MINISTER ZDROWIA

NARODOWY PLAN ZDROWOTNY

na lata 2004-2013

WARSZAWA, 2003 ROK

Spis treści

Wprowadzenie 1

Przesłanki tworzenia Narodowego Planu Zdrowotnego 1
Narodowy Plan Zdrowotny a Narodowy Program Zdrowia 2
Wpływ Narodowego Planu na działania podejmowane w sektorze zdrowia 5
Prace nad Narodowym Planem Zdrowotnym 5
Dalsze prace nad Planem 6
Finansowanie zadań wynikających z Narodowego Planu Zdrowotnego 7
Zakres Narodowego Planu Zdrowotnego 7

Struktura Narodowego Planu Zdrowotnego 8

1. Diagnoza stanu zdrowia społeczeństwa polskiego (Część I) 8
   1.1 Poziom ogólnokrajowy 8
   1.2 Poziom wojewódzki 8
2. Cele przyjęte w Narodowym Planie oraz wytyczne do ich osiągania (Część II) 9
   2.1 Cele priorytetowe 9
   2.2 Cele szczegółowe 11
   2.3 Wytyczne osiągania celów 11
   2.4 Rekomendacje WHO 11
3. Syntetyczna prezentacja ustaleń zawartych w Planie (Część III) 14
4. Realizacja i monitorowanie Narodowego Planu (Część IV) 14
5. Kierunki dalszych prac nad Narodowym Planem (Część V) 14

Część I - Diagnoza stanu zdrowia społeczeństwa polskiego 15

1. Wybrane aspekty sytuacji demograficznej 15
   1.1 Ludność ogółem 15
   1.2 Struktura ludności 17
   1.3 Urodzenia 20
   1.4 Podsumowanie 22
2. Stan zdrowia ludności Polski na podstawie danych o umieralności 23
   2.1. Zmiany w czasie i zróżnicowanie terytorialne długości trwania życia mieszkańców Polski 23
   2.2. Długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w krajach Unii Europejskiej 26
   2.3 Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej 29
   2.4. Umieralność według płci i wieku 30
   2.5. Umieralność według przyczyn 32
   2.6 Umieralność z powodu chorób układu krążenia 35
   2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych 41
   2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów 48
   2.9 Umieralność z powodu chorób układu oddechowego 52
   2.10.Umieralność z powodu chorób układu trawiennego 55
   2.11 Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych 57
   2.12. Umieralność niemowląt 59
   2.13. Przedwczesna umieralność w Polsce na tle sytuacji w Unii Europejskiej 63
   2.14 Podsumowanie 70
   2.15 Tabele do rozdziału 72
3. Stan zdrowia ludności na podstawie danych o hospitalizacji 77
   3.1. Zmiany hospitalizacji w czasie 79
   3.2 Zróżnicowanie terytorialne hospitalizacji 87
   3.3. Struktura głównych przyczyn hospitalizacji 90
   3.4. Zmiany struktury osób hospitalizowanych z wiekiem 93

3.5 Podsumowanie 94

4. Choroby zakaźne 96
4.1 Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych 96
4.2 Sytuacja epidemiologiczna w zakresie poszczególnych chorób zakaźnych 100
4.2.1 Gruźlica 100
4.2.2 Wirusowe zapalenia wątroby 101
4.2.3 Zespół nabytego upośledzenia odporności - AIDS 106
4.2.4 Kiła 107
4.2.5 Błonica, tężec, krztusiec 109
4.2.6 Odra, różyczka, świnka 111
4.2.7 Polio 114
4.2.8 Grypa 115
4.2.9 Biegunki u dzieci do lat 2 116
4.2.10 Salmonelozy i inne bakteryjne zatrucia pokarmowe 118
4.3 Szczepienia ochronne - najważniejsze problemy 119
4.4 Podsumowanie 121
4.5 Tabele do rozdziału 122

5. Zachorowania na nowotwory złośliwe 128
5.1 Diagnoza sytuacji 128
5.2 Podsumowanie 136

6. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania 137
6.1 Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej 137
6.2 Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej 138
6.3 Podsumowanie 141

7. Wnioski 145
7.1. Poziom ogólnokrajowy 145
7.2. Poziom wojewódzki 150

Część II - Cele przyjęte w Narodowym Planie Zdrowotnym i wytyczne do ich osiągania 154

1. Choroby układu krążenia 154
1.1 Trend 154
1.1.1 Uszczegółowienie 154
1.1.2 Zróżnicowanie według województw 155
1.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich 155
1.2 Cel priorytetowy 155
1.3 Cele szczegółowe 156
1.3.1 Uzasadnienie 156
1.4 Wytyczne 157

2. Nowotwory złośliwe 159
2.1 Trend 159
2.1.1 Uszczegółowienie 159
2.1.2 Zróżnicowanie według województw 164
2.2 Cele priorytetowe 167
2.2.1 Uzasadnienie 167
2.3 Cele szczegółowe 174

2.4 Wytyczne 174
2.5 Wskaźniki 175

3. Przyczyny zewnętrzne 176
3.1 Trend 176
3.1.1 Uszczegółowienie 176
3.1.2 Zróżnicowanie według województw 178
3.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich 179
3.2 Cel priorytetowy 180
3.2.1 Uzasadnienie 180
3.3 Wskaźniki 181
3.4 Wytyczne 183

4. Choroby układu oddechowego 184
4.1 Trend 184
4.1.1 Uszczegółowienie 184
4.1.2 Zróżnicowanie terytorialne 186
4.1.3 Ocena trendu 187
4.2 Cele priorytetowe 187
4.3 Wytyczne 187

5. Choroby zakaźne 188
5.1 Trendy 188
5.1.1 Uszczegółowienie 188
5.1.2 Zróżnicowanie według województw 189
5.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich 190
5.2 Cele priorytetowe 190
5.3 Cele szczegółowe 191
5.3.1 Uzasadnienie 191
5.3.2 Wskaźniki 192
5.4 Wytyczne 192

6. Sytuacja zdrowotna matek i dzieci 194
6.1 Trend 194
6.1.1 Uszczegółowienie 194
6.1.2 Zróżnicowanie 194
6.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich 195
6.2 Cele priorytetowe 195
6.3 Cel szczegółowy I 195
6.3.1 Uzasadnienie 195
6.3.2 Wskaźniki 196
6.3.3 Wytyczne 196
6.4 Cel szczegółowy II 197
6.4.1 Uzasadnienie 197
6.4.2 Wskaźniki 198
6.4.3 Wytyczne 198

6.5 Cel szczegółowy III 198
6.5.1 Uzasadnienie 199
6.5.2 Wskaźniki 199
6.5.3 Wytyczne 200
6.6 Cel szczegółowy IV 200
6.6.1 Uzasadnienie 200
6.6.2 Wskaźniki 202
6.6.3 Wytyczne 202

7. Choroby przewlekłe ludzi w podeszłym wieku 203
7.1 Trendy 203
7.1.1 Uszczegółowienie 203
7.1.2 Zróżnicowanie według województw 204
7.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich 204
7.2 Cele priorytetowe 205
7.3 Wytyczne 205

8. Choroby reumatyczne 207
8.1 Trendy 207
8.1.1 Uszczegółowienie 207
8.1.2 Zróżnicowanie według województw 211
8.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich 211
8.2 Cel priorytetowy 212
8.3 Cele szczegółowe 212
8.3.1 Uzasadnienie 213
8.4 Wskaźniki 213
8.5 Wytyczne 213

9. Zaburzenia psychiczne 215
9.1 Trend 215
9.1.1 Uszczegółowienie 215
9.1.2 Zróżnicowanie według województw 217
9.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich 220
9.2 Cele priorytetowe 220
9.3 Wytyczne 221

10. Obszary szczególnego zagrożenia 223
10.1 Definicja obszarów szczególnego zagrożenia 223
10.2 Jednostki terytorialne poddawane analizie 223
10.3 Cel priorytetowy 223
10.4 Wskaźniki 224
10.4.1 Wskaźniki stanu istniejącego 224
10.4.2 Wskaźniki docelowe 224
10.4.3 Etapy prac 224

11. Efektywność leczenia 226
Wprowadzenie 226
11.1. Efektywność świadczeń zdrowotnych 226

11.1.1 Efektywność technologii medycznej 226
11.1.2 Efektywność aplikacji 228
11.1.3 Wydajność systemu 229
11.2. Sposoby poprawy efektywności 230
11.3 Niezależny podmiot weryfikujący i oceniający 230
11.4. Diagnoza stanu obecnego 231
11.5 Cel priorytetowy 231
11.6 Cel szczegółowy I 231
11.6.1 Uzasadnienie 231
11.6.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu 232
11.6.3 Wytyczne 232
11.7 Cel szczegółowy II 233
11.7.1 Uzasadnienie 233
11.7.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu 234
11.7.3 Wytyczne 234
11.8 Cel szczegółowy III 235
11.8.1 Uzasadnienie 235
11.8.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu 236
11.8.3 Wytyczne 236
11.9 Cel szczegółowy IV 237
11.9.1 Uzasadnienie 237
11.9.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu 237
11.9.3 Wytyczne 238
11.10 Cel szczegółowy V 239
11.10.1 Uzasadnienie 239
11.10.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu 239
11.10.3 Wytyczne 239
11.11 Cel szczegółowy VI 240
11.11.1 Uzasadnienie 240
11.11.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu 241
11.11.3 Wytyczne 241
Część III – Syntetyczna prezentacja ustaleń zawartych w Narodowym Planie Zdrowotnym 242
Część IV - Realizacja i monitorowanie Narodowego Planu Zdrowotnego 257
1. Realizacja ustaleń Narodowego Planu 257
2. Dalsze prace nad Narodowym Planem 257
Część V - Kierunki dalszych prac nad Narodowym Planem Zdrowotnym 259
Wprowadzenie 259
1 Zespół uzależnienia od tytoniu (palenia) 260
1.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia 260
1.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym 261
2.Otyłość 262
2.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia 262

2.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym ___ 263

3. Hiperlipidemia ___ 265
3.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia ___ 265
3.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym ___ 266

4. Nadciśnienie tętnicze ___ 267
4.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia ___ 267
4.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym ___ 268

5. Cukrzyca ___ 269
5.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia ___ 269
5.2 Prace,które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym ___ 270

6. Okres terminalny postępujących chorób przewlekłych ___ 271
6.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia ___ 271
6.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym ___ 272

Załącznik 1 - Współautorzy Narodowego Planu Zdrowotnego ___ 273

Załącznik 2. Konsultanci krajowi i recenzenci którzy otrzymali projekt Narodowego Planu Zdrowotnego do zaopiniowania ___ 274

Załącznik 3. Wieloletnie cele strategiczne i operacyjne zawarte w Wojewódzkich Planach Zdrowotnych opracowanych na rok 2004 ___ 275

SPIS TABEL

Tabela 1 Narodowy Plan Zdrowotny a Narodowy Program Zdrowia (zestawienie wybranych celów) 2

Tabela 2 Cele WHO uwzględnione w pracach nad Narodowym Planem Zdrowotnym 12

Tabela 3 Ludność Polski wg płci, miejsca zamieszkania i wybranych grup wieku w latach 1970-2001 (stan na 31 grudnia) 20

Tabela 4 Urodzenia żywe i martwe w wybranych latach 1975-2001 20

Tabela 5 Urodzenia żywe według masy noworodka przy urodzeniu w wybranych latach 1975-2001 21

Tabela 6 Współczynniki zgonów ogółem według wieku i płci w wybranych latach w okresie 1970-2001 30

Tabela 7 Zgony niemowląt według wieku w wybranych latach w okresie 1970-2001 59

Tabela 8 Zgony niemowląt według wagi przy urodzeniu w wybranych latach w okresie 1975-2001 60

Tabela 9 Liczba i procent zgonów niemowląt z powodu wybranych przyczyn w 2001 r. 61

Tabela 10 Przeciętne roczne tempo spadku (w %) współczynników zgonów osób w wieku 25-64 lata z powodu wybranych przyczyn w Polsce oraz czas potrzebny do osiągnięcia w Polsce obecnego poziomu umieralności w UE 70

Tabela 11 Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2000 i 2001 (na 100 tys. ludności danej grupy) 72

Tabela 12 Standaryzowane współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2000 i 2001 (na 100 tys. ludności danej grupy) 73

Tabela 13 Współczynniki zgonów z powodu wybranych głównych klas chorób według płci i wieku w 2001 r. (na 100 tys. ludności danej grupy płci i wieku) 74

Tabela 14 Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2001 r. (na 100 tys. ludności danej grupy) 75

Tabela 15 Standaryzowane współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2001 r. (na 100 tys. ludności danej grupy) 76

Tabela 16 Liczba zachorowań i zapadalność na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 1991-2001 122

Tabela 17 Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. ludności) na gruźlicę w Polsce w latach 1999-2001 według województw 124

Tabela 18 Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. ludności) na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1999-2001 według województw 125

Tabela 19 Liczba zachorowań i zapadalność(na 100 tys. ludności) na kiłę w Polsce w latach 1999-2001 według województw 125

Tabela 20 Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. dzieci w tym wieku) na biegunki dzieci do lat 2 w Polsce w latach 1999-2001 według województw 126

Tabela 21 Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. ludności) na salmonelozy w Polsce w latach 1999-2001 wg województw 126

Tabela 22 Nadzór nad wykonawstwem szczepień dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w Polsce w 2001 r. Liczba sprawdzonych kart uodpornienia w stosunku do liczby dzieci i młodzieży w populacji. 127

Tabela 23 Chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi w poradniach zdrowia psychicznego i w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych wg płci i miejsca zamieszkania, 1995-2000 (współczynniki na 100 tys. ludności) 143

Tabela 24. Chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej oraz psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych według wybranych rozpoznań, 1997-2000 (współczynniki na 100 tys. ludności) 144

Tabela 25 Udział (%) zewnętrznych przyczyn zgonów w przyczynach zgonów ogółem 176

SPIS RYCIN

Rycina 1 Elementy ruchu naturalnego ludności Polski w latach 1946-2001 16

Rycina 2 Prognozowana liczba urodzeń w mieście i na wsi w Polsce w latach 1999-2030 16

Rycina 3 Prognoza liczby ludności w Polsce w latach 2000-2030 17

Rycina 4 Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce w latach 1950-2000 oraz prognoza do roku 2030 18

Rycina 5 Prognozowany odsetek osób w wieku 65 lat i więcej według miejsca zamieszkania w latach 2000-2030 18

Rycina 6 Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w 2001 r. oraz prognoza na lata 2015 i 2030 według województw 19

Rycina 7 Odsetek osób mieszkających w miastach według województw w 2001 r. 19

Rycina 8 Odsetek żywourodzonych noworodków o masie urodzeniowej poniżej 2 500 gram według województw, w latach 1999-2001 22

Rycina 9 Przeciętne przewidywane trwanie życia mężczyzn i kobiet w chwili urodzenia, 1950-2001 23

Rycina 10 Przyrost przeciętnego trwania życia według płci i miejsca zamieszkania w latach 1991-1995, 1995-2001 i 1991-2001 24

Rycina 11 Przeciętne trwanie życia mężczyzn według województw w latach 1991, 2000 i 2001 24

Rycina 12 Przeciętne trwanie życia kobiet według województw w latach 1991, 2000 i 2001 25

Rycina 13 Przyrost przeciętnego trwania życia w latach 1991-2001 według województw i płci 25

Rycina 14 Przeciętna długość trwania życia w Polsce i krajach Unii Europejskiej 26

Rycina 15 Przeciętna długość trwania życia przeżytego w zdrowiu (HALE) w Polsce i krajach Unii Europejskiej w roku 2001 27

Rycina 16 Przeciętna długość życia w Polsce i krajach Unii Europejskiej (wartość średnia dla UE) w latach 1970-2000. 28

Rycina 17 Różnica długości trwania życia w Polsce i Unii Europejskiej ogółem w wieku 65 lat i więcej według płci w latach 1970-1999 29

Rycina 18 Standaryzowane współczynniki zgonów ogółem w Polsce i w krajach Unii Europejskiej według płci w latach 1970-2001 29

Rycina 19 Nadwyżka umieralności w Polsce w stosunku do krajów Unii Europejskiej wg płci i wieku w 1999 roku (w %) 31

Rycina 20 Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2001 r. 32

Rycina 21 Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 2001 roku 33

Rycina 22 Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wieku w 2001 roku 34

Rycina 23 Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia 34

Rycina 24 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia w latach 1991, 1999-2001 według województw 37

Rycina 25 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 1999-2001 według województw 38

Rycina 26 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zawału serca w latach 1999-2001 według województw 39

Rycina 27 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu innych chorób serca (I 30-I52) w latach 1999- 2001 według województw 39

Rycina 28 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych w latach 1999-2001 według województw 40

Rycina 29 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem w latach 1991, 1999-2001 według województw 42

Rycina 30 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu raka płuca ogółem w latach 1991, 1999-2001 według województw 43

Rycina 31 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu raka jelita grubego ogółem w latach 1991, 1999-2001 według województw 44

Rycina 32 Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu raka piersi w latach 1991, 1999-2001 według województw 45

Rycina 33 Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu raka prostaty w latach 1991, 1999-2001 według województw 46

Rycina 34 Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu raka szyjki macicy w latach 1991, 1999-2001 według województw 47

Rycina 35 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu raka żołądka w latach 1991, 1999-2001 według województw 48

Rycina 36 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych w latach 1991, 1999-2001 według województw 50

Rycina 37 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych w latach 1999- 2001 według województw 51

Rycina 38 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu samobójstw w latach 1991, 1999-2001 według województw 52

Rycina 39 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego w latach 1991, 1999- 2001 według województw 53

Rycina 40 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc w latach 1991, 1999 - 2001 według województw 54

Rycina 41 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych w latach 1991, 1999-2001 według województw 55

Rycina 42 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego w latach 1991,1999-2001 według województw 56

Rycina 43 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób wątroby w latach 1991, 1999-2001 według województw 57

Rycina 44 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych i nieznanych w latach 1991,1999- 2001 według województw 58

Rycina 45 Zgony niemowląt według województw w latach 1999-2001 62

Rycina 46 Umieralność okołoporodowa według województw w latach 1999-2001 (na 1000 urodzeń żywych i martwych).... 63

Rycina 47 Umieralność niemowląt w Polsce i Unii Europejskiej, w tym w Portugalii, w latach 1970-2001 (na 1000 urodzeń żywych) 64

Rycina 48 Umieralność niemowląt w okresie okołoporodowym, w wieku 0-27 dni i powyżej 27 dni w Polsce i Unii Europejskiej (Polska - 2001, UE - 1999) 65

Rycina 49 Nadwyżka (w %) umieralności osób w wieku 25-64 lata w Polsce w stosunku do UE w głównych grupach przyczyn zgonów według płci w 1999 roku 66

Rycina 50 Nadwyżka (w %) umieralności osób w wieku 25-64 lata w Polsce w stosunku do UE w podgrupach przyczyn zgonów w 1999 roku 66

Rycina 51 Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku 25-64 lata z powodu chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych w Polsce i UE, 1970-2001 67

Rycina 52 Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku 25-64 lata z powodu chorób układu oddechowego i układu trawiennego w Polsce i UE, w latach 1970-2001 68

Rycina 53 Hospitalizacja ogółem w latach 1988 - 1999 w Polsce wg płci i w krajach Unii Europejskiej łącznie dla mężczyzn i kobiet 79

Rycina 54 Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia w Polsce i w krajach Unii Europejskiej w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności) 80

Rycina 55 Hospitalizacja z powodu urazów i zatruć w Polsce i w krajach Unii Europejskiej w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności) 81

Rycina 56 Hospitalizacja z powodu ogółu nowotworów w Polsce i w krajach Unii Europejskiej w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności) 82

Rycina 57 Hospitalizacja z powodu chorób układu trawiennego w Polsce i w krajach Unii w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności) 83

Rycina 58 Hospitalizacja z powodu chorób układu oddechowego w Polsce i w krajach Unii w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności) 84

Rycina 59 Hospitalizacja z powodu chorób układu kostno-mięśniowego w Polsce i w krajach Unii w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności) 85

Rycina 60 Hospitalizacja z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce i w krajach Unii Europejskiej w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności) 86

Rycina 61 Współczynniki hospitalizacji ogółem w latach 1991, 1996 i 1999 według województwa zamieszkania 87

Rycina 62 Współczynniki hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w latach 1991, 1996 i 1999 według województwa zamieszkania 88

Rycina 63 Współczynniki hospitalizacji z powodu ogółu nowotworów w latach 1991, 1996 i 1999 według województwa zamieszkania 89

Rycina 64 Współczynniki hospitalizacji z powodu urazów i zatruć w latach 1991, 1996 i 1999 według województwa zamieszkania 90

Rycina 65 Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w Polsce i województwie śląskim w latach 1980-1999 – mężczyźni 91

Rycina 66 Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w Polsce i województwie śląskim w latach 1980-1999 - kobiety 92

Rycina 67 Udział głównych grup chorób w hospitalizacji mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 1999 r. 93

Rycina 68 Udział głównych grup chorób w hospitalizacji kobiet w poszczególnych grupach wieku w 1999 r. 94

Rycina 69 Umieralność na choroby zakaźne i procentowy udział zgonów z powodu chorób zakaźnych w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w latach 1951-2001 96

Rycina 70 Zapadalność na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 1991-2001 97

Rycina 71 Zapadalność na krztusiec w Polsce w latach 1991-2001 98

Rycina 72 Stan zaszczepienia przeciw krztuścowi dzieci w 2 roku życia w Polsce w latach 1991-2001 99

Rycina 73 Zapadalność na gruźlicę w Polsce w latach 1980-2001w porównaniu z zapadalnością w innych krajach europejskich 100

Rycina 74 Zapadalność na gruźlicę w Polsce w latach 1999-2001 według województw 101

Rycina 75 Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1980-2001 w porównaniu z zapadalnością w innych krajach europejskich 102

Rycina 76 Zapadalność i procentowy udział zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1999-2001 według wieku 103

Rycina 77 Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1999-2001 według województw 104

Rycina 78 Zapadalność na wirusowe zapalenia wątroby w Polsce w latach 1997-2001 106

Rycina 79 Zapadalność na AIDS w Polsce w latach 1991-2001 107

Rycina 80 Zapadalność na kiłę w Polsce w latach 1980-2001 w porównaniu z zapadalnością w innych krajach europejskich 108

Rycina 81 Zapadalność na kiłę w Polsce w latach 1999 –2001 według województw 109

Rycina 82 Stan zaszczepienia przeciw błonicy/tężcowi dzieci w 2 roku życia w Polsce w latach 1991-2001 111

Rycina 83 Stan zaszczepienia przeciw odrze dzieci w 3 roku życia w Polsce w latach 1991-2001 112

Rycina 84 Stan zaszczepienia przeciw różyczce dziewcząt w 14 roku życia w Polsce w latach 1991-2001 112

Rycina 85 Stan zaszczepienia przeciw odrze / śwince / różyczce dzieci do lat 10 w Polsce w 2001 roku według wieku dzieci 113

Rycina 86 Zapadalność na wybrane choroby zakaźne wieku dziecięcego w Polsce w latach 1980-2001 114

Rycina 87 Stan zaszczepienia przeciw poliomyelitis dzieci w 2 roku życia w Polsce w latach 1991-2001 115

Rycina 88 Zapadalność na biegunki dzieci do lat 2 w Polsce w latach 1980-2001 117

Rycina 89 Zapadalność na salmonelozy i inne bakteryjne zatrucia pokarmowe w Polsce w latach 1980-2001 119

Rycina 90 Nadzór nad wykonawstwem szczepień dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w Polsce w 2001 roku według wieku (objęci nadzorem jako procent populacji) 119

Rycina 91 Nadzór nad wykonawstwem szczepień dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w Polsce w 2001 roku według województw 120

Rycina 92 Zmiany współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe w 1999 roku w stosunku do 1990 roku według wieku i płci (w %) 129

Rycina 93 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce wg umiejscowienia nowotworu w latach 1990, 1996 i 1999 - kobiety 130

Rycina 94 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce wg umiejscowienia nowotworu w latach 1990, 1996 i 1999 - mężczyźni 131

Rycina 95 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem bez raka skóry (ICD-9 173, ICD-10 C-44)według płci w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku 132

Rycina 96 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na raka oskrzeli i płuca według płci w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku 132

Rycina 97 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na raka żołądka wg płci w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku 133

Rycina 98 Standaryzowane współczynniki zachorowalności mężczyzn na raka prostaty i raka pęcherza moczowego w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku 133

Rycina 99 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na raka jelita grubego, odbytnicy i odbytu według płci w wybranych krajach europejskich 134

Rycina 100 Standaryzowane współczynniki zachorowalności kobiet na raka piersi 135

Rycina 101 Chorzy leczeni ogółem oraz po raz pierwszy w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych według województwa zamieszkania w roku 2000 140

Rycina 102 Leczeni ogółem (przypadki) z powodu psychoz oraz niepsychotycznych zaburzeń psychicznych (N.Z.P) w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych według województwa zamieszkania w roku 2000 140

Rycina 103 Liczba zgonów na nowotwory złośliwe 160

Rycina 104 Nowotwory złośliwe jelita grubego, częstość a wiek, w 5- letnich grupach wieku, Polska - wybrane lata 161

Rycina 105 Liczby zgonów na nowotwory płuca 162

Rycina 106 Liczby zgonów na nowotwory gruczołu krokowego 162

Rycina 107 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe ogółem 163

Rycina 108 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe płuca, Polska 1963-2000 168

Rycina 109 Nowotwory złośliwe piersi, częstość a wiek, w 5- letnich grupach wieku, Polska - wybrane lata 169

Rycina 110 Umieralność i zachorowalność na nowotwory piersi, Polska 1965-2000 169

Rycina 111 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe piersi u kobiet, Polska 1963-2000 170

Rycina 112 Liczby zgonów na nowotwory szyjki macicy 170

Rycina 113 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe szyjki macicy, Polska 1963-2000 171

Rycina 114 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe jelita grubego, Polska 1963-2000 172

Rycina 115 Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego, częstość a wiek, w 5- letnich grupach wieku, Polska - wybrane lata 173

Rycina 116 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego, Polska 1963-2000 173

Rycina 117 Chorzy leczeni w poradniach zdrowia psychicznego ogółem z zaburzeniami psychicznymi w 2001 roku według województw (wskaźnik na 100 tys. ludności) 218

Rycina 118 Chorzy leczeni w poradniach zdrowia psychicznego po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi w 2001 roku według województw (wskaźnik na 100 tys. ludności) 218

Rycina 119 Leczeni ogółem w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych w 2001 roku według województw (wskaźnik na 100 tys. ludności) 219

Rycina 120 Leczeni po raz pierwszy w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych w 2001 roku według województw (wskaźnik na 100 tys. ludności)..... 219

Wprowadzenie

Narodowy Plan Zdrowotny, zwany dalej Narodowym Planem lub Planem, jest nowym narzędziem kształtowania i realizacji polityki zdrowotnej państwa w zakresie medycyny naprawczej i zapobiegawczej. Wieloletnie plany stanowią jedno z głównych narzędzi kształtowania i realizacji strategii w ochronie zdrowia i dlatego są stosowane przez wiele krajów zachodnich, z których doświadczeń wynika, że plany takie umożliwiają osiągnięcie szybkiego postępu w obszarach ochrony zdrowia uznanych za priorytetowe[1].

Przesłanki tworzenia Narodowego Planu Zdrowotnego

Narodowy Plan Zdrowotny został wprowadzony ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zgodnie z art. 112 tej ustawy jest on przygotowywany przez Ministra Zdrowia na podstawie:

- analizy długookresowych trendów epidemiologicznych,
- wskaźników zdrowotnych,
- zmian czynników mających wpływ na stan zdrowotny obywateli,
- wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych.

W Narodowym Planie Zdrowotnym określa się:

- priorytetowe cele polityki zdrowotnej,
- wytyczne do ich osiągnięcia.

Narodowy Plan opracowywany jest co najmniej na 4 lata i powinien uwzględniać:

- rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia,
- priorytety zdrowotne określone przez Radę Ministrów.

[1] W Stanach Zjednoczonych opracowano plan zatytułowany: Healthy People 2010, a wcześniej Healthy People 2000. W Wielkiej Brytanii powstał plan pod nazwą Saving Lives: Our Healthier Nation, we Francji zaś plan zatytułowany Santé France.

Narodowy Plan Zdrowotny a Narodowy Program Zdrowia

Narodowy Plan Zdrowotny obejmuje swoim zakresem zagadnienia medycyny naprawczej i zapobiegawczej, natomiast Narodowy Program Zdrowia uwzględnia zakres czynników pozamedycznych warunkujących zdrowie, tj. styl życia, środowisko fizyczne oraz środowisko społeczne życia i pracy.

Narodowy Plan i Narodowy Program są komplementarne wobec siebie, gdyż oba służą poprawie stanu zdrowia społeczeństwa. Część celów przyjętych w tych dokumentach jest wspólna, chociaż realizowana poprzez różne działania. Dlatego też Narodowy Plan Zdrowotny i Narodowy Program Zdrowia nie zawierają sprzecznych ustaleń.

Poniżej przedstawiono te oczekiwane korzyści zdrowotne z realizacji Narodowego Programu Zdrowia, które uznano także za priorytetowe cele Narodowego Planu Zdrowotnego. W tabeli 1 zestawiono wybrane cele priorytetowe Narodowego Planu Zdrowotnego z oczekiwanymi korzyściami zdrowotnymi Narodowego Programu Zdrowia, ich zakładanym poziomem, jaki ma być osiągnięty do roku 2005 oraz celami operacyjnymi służącymi uzyskaniu poprawy (szczegółowe zestawienie priorytetowych i szczegółowych celów oraz wytycznych działania Narodowego Planu Zdrowotnego stanowi jego część III).

Tabela 1 Narodowy Plan Zdrowotny a Narodowy Program Zdrowia (zestawienie wybranych celów)

Narodowy Plan Zdrowotny	Narodowy Program Zdrowia		
wybrane cele priorytetowe	**Oczekiwane korzyści zdrowotne**	**Stan (poziom, wskaźnik) do osiągnięcia do 2005 r**	**Służące im cele operacyjne**
Zmniejszenie dystansu w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia, szczególnie na tle miażdżycowym (w tym choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyniowych mózgu) pomiędzy Polską a krajami Unii Europejskiej.	Zmniejszenie wysokiej umieralności z powodu chorób układu krążenia, zwłaszcza na tle miażdżycy.	Zmniejszenie umieralności o 15% w stosunku do 1995 r.	Zwiększenie aktywności fizycznej ludności. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychogennych. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia ludności. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.

Narodowy Plan Zdrowotny	Narodowy Program Zdrowia		
wybrane cele priorytetowe	**Oczekiwane korzyści zdrowotne**	**Stan (poziom, wskaźnik) do osiągnięcia do 2005 r**	**Służące im cele operacyjne**
Zmniejszenie zachorowalności lub (i/albo) umieralności spowodowanej nowotworami złośliwymi, zwłaszcza osób w młodym i średnim wieku, w stopniu umożliwiającym zmniejszenie dystansu w stosunku do krajów członkowskich Unii Europejskiej w zakresie nowotworów: płuc, piersi, szyjki macicy, jelita grubego, gruczołu krokowego.	Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów złośliwych.	Zmniejszenie umieralności o 10% w stosunku do 1995 r.	Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i piersi.
Przyspieszenie tempa spadku umieralności niemowląt oraz dzieci i młodzieży w stopniu umożliwiającym zmniejszenie dystansu do krajów Unii Europejskiej.	Zmniejszenie umieralności niemowląt.	Osiągnięcie współczynnika umieralności 8 niemowląt na 1000 urodzeń żywych.	Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała.
Zmniejszenie skutków wypadków i urazów w postaci zgonów, niepełnosprawności i utraty zdrowia w stopniu umożliwiającym skrócenie dystansu do krajów Unii Europejskiej.	Zmniejszenie częstości występowania urazów i zatruć oraz zmniejszenie umieralności powypadkowej.	Zmniejszona w stosunku do 1995 r.: • umieralność z powodu urazów i zatruć co najmniej o 20%, • liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych o 20%,	Zwiększenie aktywności fizycznej ludności. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychogennych. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.

Narodowy Plan Zdrowotny	Narodowy Program Zdrowia		
wybrane cele priorytetowe	**Oczekiwane korzyści zdrowotne**	**Stan (poziom, wskaźnik) do osiągnięcia do 2005 r**	**Służące im cele operacyjne**
Zmniejszenie zachorowalności lub (i/albo) niepełnosprawności lub (i/albo) umieralności związanych z: • zaburzeniami afektywnymi, zwłaszcza depresjami, • zaburzeniami schizofrenicznymi, • zaburzeniami otępiennymi, • zaburzeniami psychicznymi związanymi z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych	Poprawa kondycji psychospołecznej ludności oraz zmniejszenie częstości występowania zaburzeń psychicznych.	Zmniejszona częstość występowania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza: depresyjnych, nerwicowych, psychosomatycznych, problemów związanych z piciem alkoholu, używaniem innych substancji uzależniających oraz patologii społecznej wśród młodzieży.	Zwiększenie aktywności fizycznej ludności. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychogennych. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia.

Zadania realizowane w ramach wskazanych wyżej celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia, przyczyniają się do osiągania celów Narodowego Planu Zdrowotnego.

Przykładowo - ponieważ palenie i dym tytoniowy oraz alkohol uważane są za znaczące czynniki ryzyka w zapadalności na niektóre nowotwory, dwa operacyjne cele Narodowego Programu Zdrowia: „Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu" oraz „Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych" przyczyniają się w znacznym stopniu do zmniejszania zapadalności i umieralności na nowotwory złośliwe, co jest jednym z priorytetowych celów Narodowego Planu Zdrowotnego. Podobnie, cel operacyjny „Zmniejszanie liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych" , który głównie ukierunkowany jest na zapobieganie wypadkom tworzy całość z celem priorytetowym Narodowego Planu „Zmniejszenie skutków wypadków i urazów w postaci zgonów, niepełnosprawności i utraty zdrowia w stopniu umożliwiającym skrócenie dystansu do krajów Unii Europejskiej", który koncentruje się głównie na aspekcie skutecznej pomocy medycznej udzielanej po zajściu wypadku.

Zadania realizowane w ramach celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia, które dotyczą działań medycznych zostały uwzględnione także w Narodowym Planie Zdrowotnym (np. „Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami

z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca" czy „Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i piersi". W ten sposób gwarantuje się ich wieloletnią kontynuację . Ponadto zapewnienie odpowiednio wczesnej diagnostyki oraz zwiększenie efektywności leczenia są koniecznymi działaniami, które nie mogą zostać pominięte przez Narodowy Plan Zdrowotny przy opracowywaniu wytycznych realizacji założonych celów.

W sytuacji wzajemnego dopełniania się obu dokumentów oraz dążenia do osiągania wspólnych celów konieczna będzie koordynacja prac dotyczących ich tworzenia i realizacji.

Wpływ Narodowego Planu na działania podejmowane w sektorze zdrowia

Cele priorytetowe Narodowego Planu, jako cele polityki zdrowotnej państwa, będą realizowane przez Ministra Zdrowia. Ponadto ustalenia zawarte w Narodowym Planie powinny być uwzględniane w wojewódzkich planach zdrowotnych, planie zdrowotnym dla służb mundurowych, Krajowym Planie Zabezpieczenia Świadczeń oraz Planie Finansowym Narodowego Funduszu. Jednak będzie to możliwe dopiero od roku 2005, gdyż prace nad tymi planami na rok 2004 zostały zakończone przed powstaniem Narodowego Planu Zdrowotnego.

Prace nad Narodowym Planem Zdrowotnym

W celu przygotowania Narodowego Planu Minister Zdrowia powołał Zespół Koordynacyjny. W jego skład weszli eksperci z akademii medycznych (Lublina, Krakowa i Warszawy) oraz instytutów naukowo-badawczych (Instytutu Matki i Dziecka oraz Państwowego Zakładu Higieny), a także pracownicy z kilku departamentów merytorycznych Ministerstwa – Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, Departamentu Polityki Zdrowotnej, Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego. Poza członkami Zespołu Koordynacyjnego udział w przygotowaniu Narodowego Planu wzięli także inni eksperci. Lista wszystkich osób współtworzących Plan stanowi **załącznik nr 1 i nr 2** do dokumentu.

W pracach nad Narodowym Planem przyjęto, iż okres planistyczny wynosi od 4 do 10 lat i że co roku okresem planistycznym obejmuje się następny rok kalendarzowy. Oznacza to, że prace planistyczne powinny mieć charakter ciągły.

Przyjęcie dziesięcioletniego okresu planistycznego w Narodowym Planie wynika z następujących przesłanek:

- cele priorytetowe odnoszą się do długookresowych trendów i dotyczą ich zmiany lub utrzymania;
- Narodowy Plan jest komplementarny w stosunku do Narodowego Programu Zdrowia, którego okres planistyczny wynosi 10 lat;
- Podobne plany w krajach zachodnich tworzone są często na dziesięć lat.

Dalsze prace nad Planem

Konieczność dalszej kontynuacji prac wynika z zapisów ustawowych, zgodnie z którymi Narodowy Plan jest aktualizowany każdego roku na podstawie wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych (art. 112 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ).

Ponadto w ramach aktualizacji Planu konieczne będzie uwzględnianie nowych materiałów – np. Unii Europejskiej czy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Narodowy Plan jest przygotowywany po raz pierwszy. Brak doświadczeń, opracowanych wzorców oraz krótki czas przeznaczony na jego przygotowanie powoduje, że obecna jego wersja ma charakter wstępny i dlatego będzie rozwijana w przyszłości. Ważną przyczyną dalszego kontynuowania prac jest konieczność pogłębienia i rozszerzenia istniejącej diagnozy stanu zdrowia społeczeństwa, dalsze rozwinięcie części metodologicznej procesu planowania oraz uzupełnienie listy celów priorytetowych i szczegółowych.

Finansowanie zadań wynikających z Narodowego Planu Zdrowotnego

Realizacja zadań wynikających z Narodowego Planu zależy od wielkości środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia w kolejnych latach.

Zakres Narodowego Planu Zdrowotnego

Narodowy Plan składa się z następujących części poza wprowadzeniem i opisem struktury:

I Diagnoza stanu zdrowia społeczeństwa polskiego;

II Prezentacja priorytetowych i szczegółowych celów oraz wytycznych do ich osiągania przyjętych w Narodowym Planie;

III Syntetyczna prezentacja ustaleń zawartych w Narodowym Planie;

IV Opis przyjętych rozwiązań w zakresie realizacji Narodowego Planu Zdrowotnego.

V Kierunki dalszych prac nad Narodowym Planem.

Struktura Narodowego Planu Zdrowotnego

1. Diagnoza stanu zdrowia społeczeństwa polskiego (Część I)

W pierwszej części Narodowego Planu dotyczącej diagnozy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego zostały uwzględnione wybrane zjawiska zachodzące na poziomie:

- ogólnokrajowym,
- wojewódzkim.

1.1 Poziom ogólnokrajowy

Na poziomie całego kraju analizie zostały poddane *długookresowe trendy* demograficzne i epidemiologiczne, na podstawie których można określić priorytetowe cele polityki zdrowotnej. Charakterystyka każdego trendu zawiera:

- ilościową prezentację trendu (zarówno w kraju jak i zagranicą),
- jakościową analizę przedstawionych danych,
- ocenę kierunku i dynamiki zachodzących w Polsce zmian na tle zmian w innych krajach.

W przypadkach, gdy analiza długookresowych trendów jest niemożliwa lub zbędna diagnoza jest ograniczona do *opisu istniejącej sytuacji*.

1.2 Poziom wojewódzki

W diagnozie została uwzględniona charakterystyka demograficzna i epidemiologiczna województw w zakresie trendów analizowanych na poziomie ogólnokrajowym. Szczególna uwaga została zwrócona na trwałe (utrzymujące się przez kilka kolejnych lat) różnice między województwami.

W dalszym etapie prac diagnoza zostanie uzupełniona o poziom subwojewódzki. W Narodowym Planie zostaną uwzględnione te powiaty, w których wartość wskaźników umieralności jest najwyższa w skali całego kraju. Dla powiatów tych, jako obszarów szczególnego zagrożenia, zostaną opracowane programy naprawcze (zarówno w zakresie działań medycznych jak i pozamedycznych).

2. Cele przyjęte w Narodowym Planie oraz wytyczne do ich osiągania (Część II)

W drugiej części Narodowego Planu ustalono priorytetowe cele polityki zdrowotnej i wynikające z nich cele szczegółowe.

Przez cel rozumie się w tym przypadku przyszły pożądany stan rzeczy, którego osiągnięcie oznacza poprawę istniejącej sytuacji w zakresie opieki zdrowotnej i dlatego należy dążyć do osiągnięcia tego stanu w założonym okresie. Okres ten dla każdego z celów zostanie określony w dalszych pracach nad Planem.

Przy ustaleniu celów brano pod uwagę cele zawarte w wojewódzkich planach zdrowotnych. Zestawienie tych celów stanowi **załącznik nr 3** do Narodowego Planu Zdrowotnego.

2.1 Cele priorytetowe

Priorytetowy charakter celów oznacza, że są to tylko najważniejsze cele główne, których realizacja jest konieczna i możliwa w okresie wieloletnim - do dziesięciu lat. Cele te dotyczą:

- wzmocnienia dynamiki pozytywnych długookresowych trendów (np. spadek umieralności noworodków),
- osłabienia dynamiki negatywnych długookresowych trendów (np. zachorowalność na określone rodzaje nowotworów złośliwych),
- lepszego dostosowania opieki zdrowotnej do dynamiki niektórych długookresowych trendów (np. starzenia się społeczeństwa),
- poprawy istniejącej sytuacji (analizowanej w oderwaniu od trendu),
- minimalizacji skutków przyszłych przewidywanych zewnętrznych zagrożeń stanu zdrowia społeczeństwa polskiego (np. przyszłych pandemii lub zagrożeń bioterroryzmem).

Formułowane w ten sposób priorytetowe cele bezpośrednio dotyczą obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych, których lepsze zaspokojenie wymaga podjęcia wieloletnich konsekwentnych działań.

Cele priorytetowe Narodowego Planu dotyczą chorób stanowiących przyczynę największej liczby zgonów w Polsce:

- chorób układu krążenia,
- nowotworów złośliwych,
- przyczyn zewnętrznych,
- chorób układu oddechowego,
- chorób układu trawiennego[2].

Ponadto uwzględniono cele dotyczące:

- chorób zakaźnych,
- sytuacji zdrowotnej matek i dzieci,
- chorób przewlekłych ludzi w podeszłym wieku,
- chorób reumatycznych,
- zaburzeń psychicznych,
- obszarów szczególnego zagrożenia,

a także:

- problematykę efektywności leczenia.

W większości przypadków opisy priorytetowego celu (celów) są poprzedzone:

- określeniem problemu zdrowotnego, którego dany priorytetowy cel dotyczy,
- ponowną krótką prezentacją trendu,
- krótkim uszczegółowieniem trendu,
- określeniem zróżnicowania wg województw,
- oceną omawianego trendu na tle innych krajów.

[2] W tej części obecna wersja Narodowego Planu zostanie uzupełniona

Następnie prezentowany jest priorytetowy cel i cele szczegółowe wraz z:

- uzasadnieniem ich przyjęcia,
- wskaźnikami,
- wytycznymi.

Chociaż określenie wskaźników i ich wartości jest niezbędne dla pomiaru stopnia realizacji celów, to jednak - na obecnym etapie prac - w większości przypadków nie udało się ustalić tych wskaźników ani określić okresu w jakim proponuje się osiągnięcie danego priorytetowego celu polityki zdrowotnej. Zagadnienia te zostaną uwzględnione w przyszłorocznej wersji planu.

2.2 Cele szczegółowe

Dla wybranych celów priorytetowych opracowano zestaw celów szczegółowych.

2.3 Wytyczne osiągania celów

Zgodnie z art. 112 ust. 1 ustawy Narodowy Plan powinien uwzględniać także wytyczne osiągania celów. Dotyczą one realizacji celów priorytetowych lub (i/albo) szczegółowych uwzględnionych w Narodowym Planie. Wytyczne przyjęte w Narodowym Planie zostały sformułowane w sposób ogólny.

Ustalenia na temat wytycznych należy traktować w sposób elastyczny. W trakcie realizacji określonego celu może się okazać, że istnieje konieczność przyjęcia nowych wytycznych lub zrezygnowania z istniejących. W takich sytuacjach decydenci odpowiedzialni za realizację całego Narodowego Planu będą wprowadzali zmiany w zakresie wytycznych działania.

2.4 Rekomendacje WHO

Zgodnie z przepisem art. 112 ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia uwzględniono też rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia, zarówno przy opracowywaniu celów jak i wytycznych.

Zgodnie z przepisami art. 112 ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia uwzględniono też rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia, zarówno przy opracowywaniu celów jak i wytycznych.

W pracach wzięto pod uwagę przede wszystkim cele 1-10, 12, 16 oraz 21 przyjęte w dokumencie WHO zatytułowanym: *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Cele te zostały wymienione w poniższej tabeli 2.

Tabela 2 Cele WHO uwzględnione w pracach nad Narodowym Planem Zdrowotnym

Nazwa celu	Treść	Narodowy Plan Zdrowotny
Cel 1 **Porozumienie na rzecz zdrowia w Regionie Europejskim**	Do 2020 r. obecna dysproporcja w stanie zdrowia pomiędzy Krajami Członkowskimi Regionu Europejskiego powinna zostać zredukowana przynajmniej o jedną trzecią.	W wielu celach priorytetowych Narodowego Planu przyjęto, że należy dążyć do zmniejszenia dystansu istniejącego między Polską a krajami Unii Europejskiej
Cel 2 **Równość w zdrowiu**	Do 2020 roku, powinny być zredukowane różnice zdrowotne pomiędzy grupami społeczno-ekonomicznymi wewnątrz krajów przynajmniej o jedną czwartą we wszystkich Krajach Członkowskich, dzięki istotnej poprawie stanu zdrowia grup znajdujących się w niekorzystnym położeniu.	W celach Narodowego Planu uwzględniono zmniejszanie różnić międzywojewódzkich w zakresie stanu zdrowia. Zmniejszaniu różnic poświęcony jest też tekst z części II zatytułowany: *Obszary szczególnego zagrożenia*.
Cel 3 **Zdrowy start życiowy**	Do roku 2020 zdrowie wszystkich noworodków, niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym w Regionie powinno ulec poprawie, stwarzając im lepszy start życiowy.	Patrz: Rozdział w części II zatytułowany: *Sytuacja zdrowotna matek i dzieci*
Cel 4 **Zdrowie młodych ludzi**	Do 2020 roku w Regionie, młodzi ludzie powinni być zdrowsi i lepiej przygotowani do pełnienia swojej roli w społeczeństwie.	Patrz: Rozdział w części II zatytułowany: *Sytuacja zdrowotna matek i dzieci*
Cel 5 **Zdrowie ludzi starych**	Do roku 2020 ludzie w wieku ponad 65 lat powinni mieć możliwość satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i pełnienia aktywnej roli społecznej.	Patrz: Rozdział w części II zatytułowany: *Choroby przewlekłe ludzi w podeszłym wieku.*
Cel 6 **Poprawa zdrowia psychicznego**	Do 2020 roku powinno ulec poprawie zdrowie psychiczne ludzi oraz powinny być dostępne pełne świadczenia dla ludzi z problemami zdrowia psychicznego.	Patrz: Rozdział w części II zatytułowany: *Zaburzenia psychiczne*
Cel 7 **Redukcja chorób zakaźnych**	Do 2020 roku powinny zostać znacznie ograniczone niekorzystne skutki zdrowotne chorób zakaźnych dzięki systematycznie wprowadzanym eradykacji, eliminacji i zwalczania chorób infekcyjnych o istotnym znaczeniu dla zdrowia publicznego.	Patrz: Rozdział w części II zatytułowany: *Choroby zakaźne*
Cel 8 **Redukcja chorób niezakaźnych**	Do 2020 roku powinny zostać ograniczone do możliwie najniższego poziomu w Regionie chorobowość, niepełnosprawność i przedwczesna umieralność z powodu ważniejszych chorób przewlekłych	Patrz w części II Narodowego Planu rozdziały dotyczące: chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, chorób układu oddechowego, chorób reumatycznych oraz kierunki dalszych prac (część V).

Nazwa celu	Treść	Narodowy Plan Zdrowotny
Cel 9 **Redukcja urazów powstałych w wyniku przemocy i wypadków**	Do 2020 roku powinno dojść do znacznego i trwałego obniżenia liczby urazów, niepełnosprawności i zgonów spowodowanych wypadkami i przemocą w Regionie.	Patrz: Rozdział w części II zatytułowany: *Przyczyny zewnętrzne* oraz kierunki dalszych prac (część V).
Cel 12 **Redukcja skutków nadużywania alkoholu, palenia tytoniu i zażywania narkotyków**	Do 2015 roku we wszystkich krajach członkowskich powinny zostać znacznie ograniczone szkodliwe skutki zdrowotne związane z używaniem substancji uzależniających takich jak alkohol, tytoń i środki psychotropowe.	W zakresie tytoniu, w części II uwzględniono te problemy w wytycznych dotyczących chorób układu krążenia, nowotworów oraz chorób płuc, a także w części V dotyczącej kierunków dalszych prac. Problemy alkoholizmu i środków psychotropowych uwzględnione zostały w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych.
Cel 16 **Zarządzanie jakością opieki zdrowotnej**	Do 2010 roku zarządzanie sektorem zdrowia w Krajach Członkowskich, powinno zostać ukierunkowane na wyniki zdrowotne począwszy od populacyjnych programów zdrowotnych aż po indywidualną, kliniczną opiekę nad pacjentem.	Cel ten dotyczy skuteczności leczenia oraz jakości świadczeń zdrowotnych. Problematyce tej poświęcony jest rozdział części II zatytułowany: *Efektywność leczenia*
Cel 21 **Założenia strategii i polityki „Zdrowia Dla Wszystkich"**	Do 2010 roku wszystkie kraje członkowskie powinny posiadać i wdrażać politykę zdrowia dla wszystkich na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym, wspieraną przez odpowiednie zaplecze instytucjonalne, procesy zarządzania i twórcze przywództwo.	Opracowanie całego Narodowego Planu Zdrowotnego i jego wykonanie mają służyć realizacji tego celu.

Następujące cele *Zdrowia dla wszystkich w XXI wieku* znalazły się poza zakresem obecnej wersji Narodowego Planu:

Cel 10: Zdrowie i bezpieczne środowisko naturalne (problematyką tą zajmuje się Narodowy Program Zdrowia),

Cel 11: Zdrowszy tryb życia (problematyką tą zajmuje się Narodowy Program Zdrowia),

Cel 14: Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie (problematyka ta uwzględniona jest w Narodowym Programie Zdrowia),

Cel 15: Zintegrowany sektor zdrowia,

Cel 17: Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacja środków (problematyką ta uwzględniona jest w wojewódzkich i krajowym planach zabezpieczenia świadczeń oraz w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia jak i w budżecie Ministra Zdrowia),

Cel 18:Rozwijanie kadry pracowniczej w opiece zdrowotnej – niektóre wytyczne Narodowego Planu Zdrowotnego dotyczą tej problematyki. Brak jednak kompleksowego uwzględnienia tej tematyki w obecnej wersji Planu,

Cel 19: Pozyskiwanie partnerów dla zdrowia.

W dalszych pracach nad Planem zostanie przeprowadzona analiza na temat ewentualnego dodatkowego uwzględnienia niektórych spośród celów pominiętych obecnie.

3. Syntetyczna prezentacja ustaleń zawartych w Planie (Część III)

Wyniki prac II części Narodowego Planu Zdrowotnego zostały przedstawione w układzie tabelarycznym.

4. Realizacja i monitorowanie Narodowego Planu (Część IV)

Koordynacją i monitorowaniem prac dotyczących realizacji Narodowego Planu powinien zająć się międzydepartamentalny zespół powołany przez Ministra Zdrowia w ramach struktury Resortu. Należy przy tym pamiętać, że część podmiotów, które będą odpowiadać za realizację wytycznych Narodowego Planu nie podlega Ministrowi Zdrowia (np. zarządy województw). Zapewnienie skutecznej realizacji tych wytycznych będzie więc wymagało stosowania środków niewładczych.

Zespół powinien składać Ministrowi Zdrowia okresowe sprawozdania z realizacji Narodowego Planu.

Poza pracami dotyczącymi realizacji Narodowego Planu, będą prowadzone działania mające na celu opracowanie w przyszłym roku jego nowej, bardziej rozwiniętej wersji.

5. Kierunki dalszych prac nad Narodowym Planem (Część V)

W rozdziale tym zostały przedstawione ważne zagrożenia zdrowotne, które muszą być w najbliższej przyszłości uwzględnione w Narodowym Planie Zdrowotnym, gdyż obecnie i w przyszłości będą stanowić poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego oraz opieki zdrowotnej nie tylko w kraju, ale także w większości państw zachodnich.

Część I - Diagnoza stanu zdrowia społeczeństwa polskiego[3]

Prezentowany w tym opracowaniu stan zdrowia ludności opiera się na danych pochodzących z rutynowych systemów informacyjnych. Większość danych pochodzi z systemów funkcjonujących w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej zatwierdzanego co roku przez Prezesa Rady Ministrów. Część badań z zakresu "Zdrowia i Ochrony Zdrowia" zawartych w tym programie nadzorowana jest bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia, a część przez Główny Urząd Statystyczny. W diagnozie przedstawiono zestawienia tabelaryczne i wykresy opracowane przez Państwowy Zakład Higieny na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego. Ponadto wykorzystano dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii w zakresie analiz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz dane z Krajowego Rejestru Nowotworów prowadzonego przez Centrum Onkologii. Analizą nie objęto roku 2002, gdyż oficjalne dane GUS dotyczące tego roku nie były dostępne w czasie przygotowywania diagnozy.

1. Wybrane aspekty sytuacji demograficznej

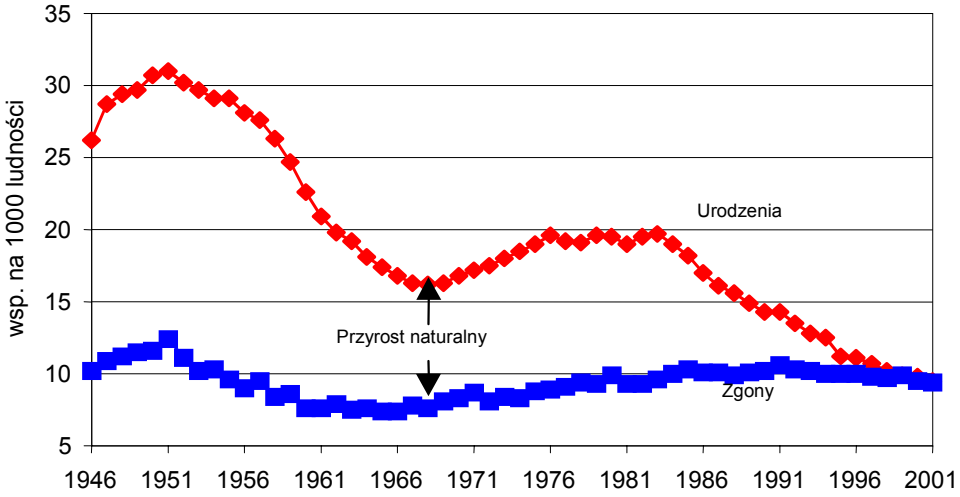
Sytuacja demograficzna ma zasadniczy wpływ na potrzeby zdrowotne w kraju. Prognozy wieloletnie mogą pozwolić na racjonalne zaplanowanie i dostosowanie założeń polityki do przyszłych potrzeb zdrowotnych.

1.1 Ludność ogółem

W końcu roku 2001 liczba ludności Polski wynosiła 38 632 453 i zmalała o około 11,8 tys. w porównaniu do 2000 r. Lata 1999-2001 to okres, w którym populacja naszego kraju uległa zmniejszeniu o około 35 tysięcy. Spadek liczby ludności wystąpił po raz pierwszy w powojennej historii Polski (ryc.1).

[3] Diagnoza stanu zdrowia społeczeństwa polskiego zawarta w tym raporcie oparta jest na wydanej przez Państwowy Zakład Higieny, w roku 2003, książce "Sytuacja zdrowotna ludności Polski" pod redakcją B. Wojtyniaka i P. Goryńskiego.

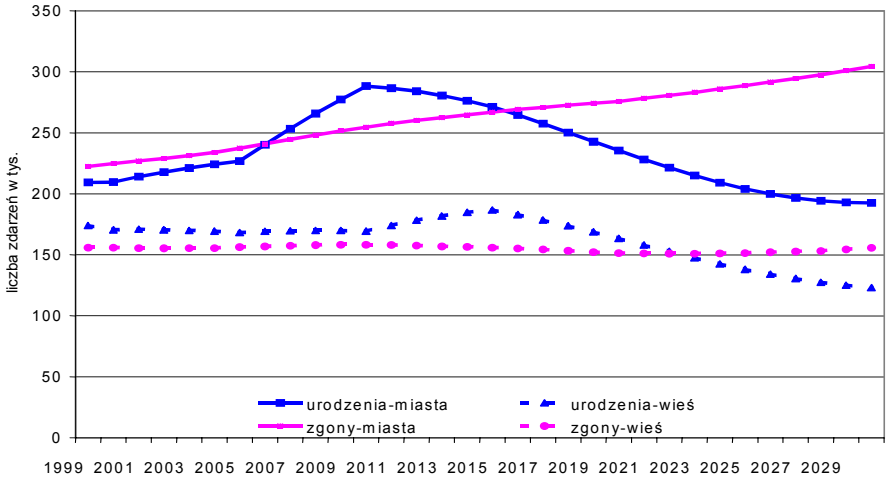
Rycina 1 Elementy ruchu naturalnego ludności Polski w latach 1946-2001



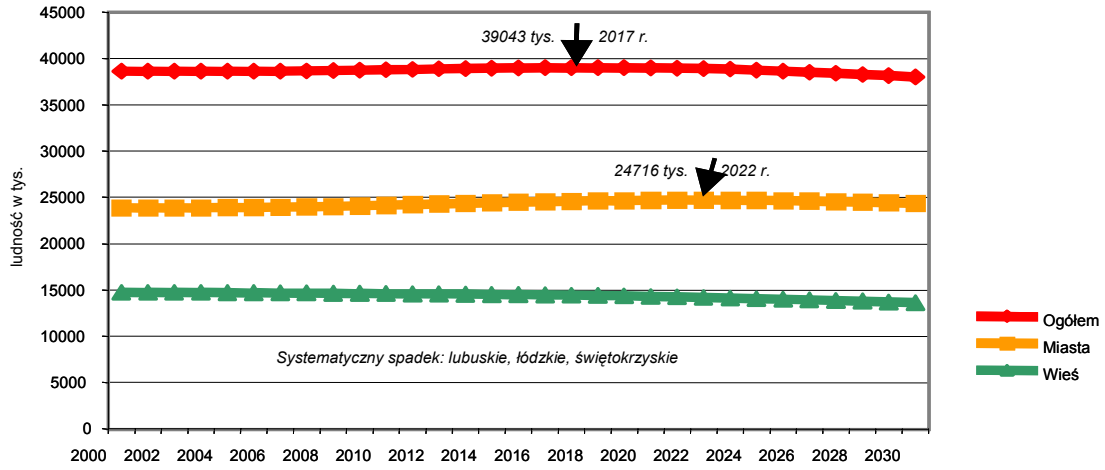
Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego liczba urodzeń będzie zwiększać się mniej więcej do roku 2013 (trochę krócej w miastach i trochę dłużej na wsi). W następnych latach przewidywane jest zmniejszanie się liczby urodzeń i wyraźna nadwyżka liczby zgonów nad urodzeniami, większa w miastach niż na wsi (ryc. 2 i 3).

Według tej samej prognozy liczba ludności Polski będzie minimalnie zwiększać się do roku 2017, w którym może osiągnąć 39 milionów, by w następnych latach nieznacznie się zmniejszać. W większości województw tendencja ta będzie podobna z wyjątkiem województw lubuskiego, łódzkiego i świętokrzyskiego, w których przewiduje się powolny, stały spadek liczby mieszkańców.

Rycina 2 Prognozowana liczba urodzeń w mieście i na wsi w Polsce w latach 1999-2030



Rycina 3 Prognoza liczby ludności w Polsce w latach 2000-2030



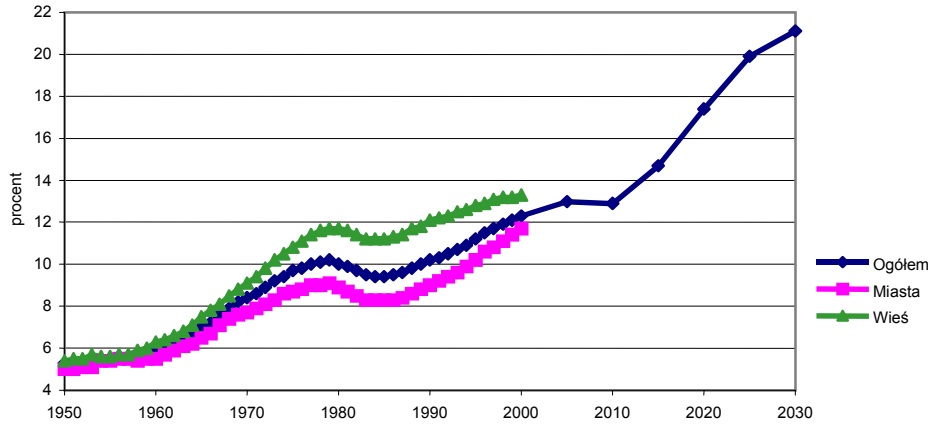
1.2 Struktura ludności

Według prognoz udział ludności wiejskiej w łącznej liczbie ludności do 2014 roku nie powinien ulegać większym zmianom. Liczba mieszkańców wsi prawdopodobnie będzie się sukcesywnie zmniejszać.

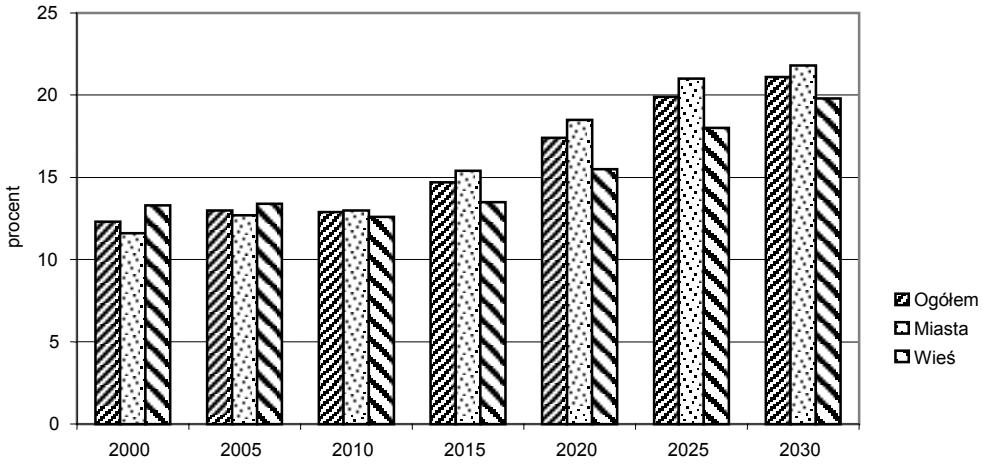
Udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat w łącznej liczbie ludności zmniejsza się powoli, ale systematycznie od drugiej połowy lat 80-tych. W 2001 r. grupa ta stanowiła 26,8% ogółu ludności, a dzieci w wieku 0-14 lat 18,2%. W tym samym czasie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej. W 2001 roku stanowiły one 12,5% ogółu ludności Polski.

Proporcja osób starszych jest wyższa wśród mieszkańców wsi niż miast: w 2001 r. odpowiednie odsetki wynosiły 13,4% i 12,0%. Następuje stopniowe zmniejszanie się tej różnicy. Według prognozy GUS do 2010 r. udział osób starszych w łącznej liczbie ludności będzie zmieniał się nieznacznie, by w następnych latach zwiększać się bardzo wyraźnie. W miastach populacja osób starszych będzie miała większy udział niż wśród mieszkańców wsi (ryc. 4 i 5).

Rycina 4 Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce w latach 1950-2000 oraz prognoza do roku 2030

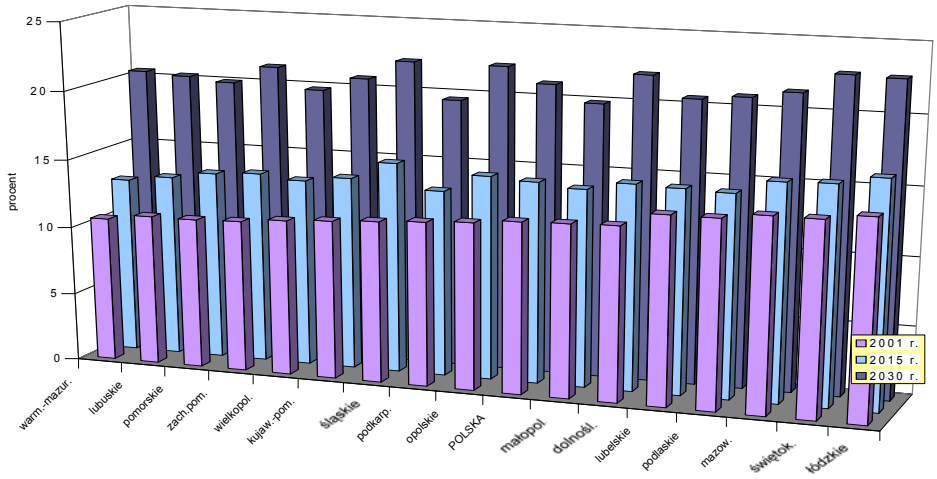


Rycina 5 Prognozowany odsetek osób w wieku 65 lat i więcej według miejsca zamieszkania w latach 2000-2030

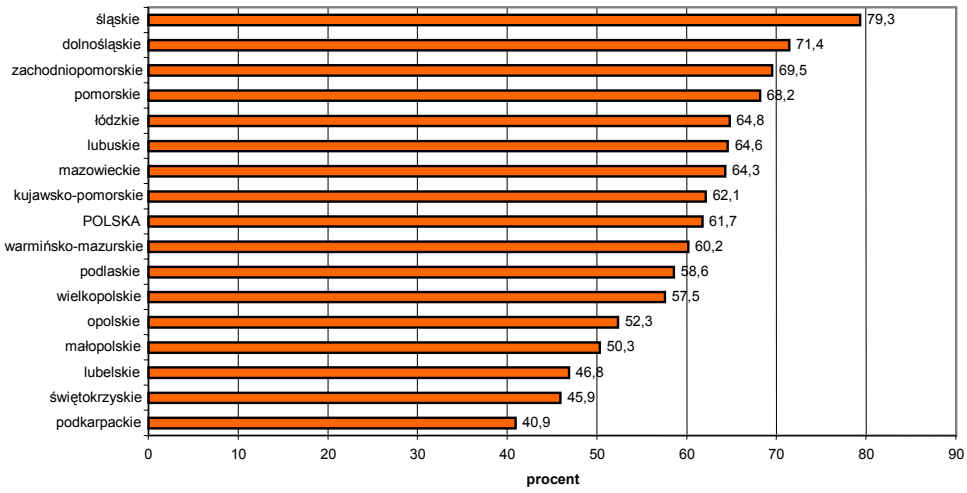


Najwyższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej występuje w województwach: łódzkim, mazowieckim i świętokrzyskim (powyżej 14%), a najniższy w województwie warmińsko-mazurskim (poniżej 11%). Przewiduje się, że w województwach łódzkim i świętokrzyskim odsetek ten będzie najwyższy do 2030 r. Natomiast największy wzrost udziału osób starszych nastąpi w województwach śląskim i zachodniopomorskim (ryc. 6).

Rycina 6 Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w 2001 r. oraz prognoza na lata 2015 i 2030 według województw



Rycina 7 Odsetek osób mieszkających w miastach według województw w 2001 r.



Kobiety stanowią ponad połowę ludności (51,4%). Na każdych 100 mężczyzn przypada 106 kobiet. Jednak nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami występuje dopiero w grupie wiekowej 40-44 lata i od tego wieku zwiększa się ona gwałtownie. W wieku powyżej 65 lat na 100 mężczyzn przypada już ponad 160 kobiet zaś w wieku podeszłym (85 lat i więcej) na 100 mężczyzn przypada o dalsze 100 kobiet więcej. W wieku poniżej 43 lat występuje stała nadwyżka liczebna mężczyzn nad kobietami, która do wieku 30 lat utrzymuje się mniej więcej na poziomie 104-105 mężczyzn na 100 kobiet. Zmiany w proporcji płci wynikają przede wszystkim z wyższej umieralności mężczyzn niż kobiet (Tabela 3).

Tabela 3 Ludność Polski wg płci, miejsca zamieszkania i wybranych grup wieku w latach 1970-2001 (stan na 31 grudnia)

Rok	Liczby w tysiącach					Liczba kobiet na 100 mężczyzn	Ludność (%)		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś		Poniżej 20 lat	65 lat i więcej	w miastach
1970	**32 658**	15 862	16 796	17 088	15 570	106	37.2	8.4	52.3
1975	**34 186**	16 634	17 552	19 031	15 155	106	33.8	9.7	55.7
1980	**35 735**	17 411	18 324	20 979	14 756	105	32.0	10.0	58.7
1985	**37 340**	18 211	19 129	22 486	14 855	105	32.3	9.4	60.2
1990	**38 183**	18 606	19 577	23 614	14 569	105	32.5	10.2	61.8
1995	**38 609**	18 786	19 823	23 877	14 733	106	30.9	11.2	61.8
1996	**38 639**	18 797	19 842	23 904	14 736	106	30.3	11.5	61.9
1997	**38 660**	18 801	19 859	23 925	14 735	106	29.6	11.7	61.9
1998	**38 667**	18 798	19 869	23 923	14 744	106	29.0	11.9	61.9
1999	**38 654**	18 784	19 870	23 894	14 760	106	28.3	12.1	61.8
2000	**38 644**	18 773	19 871	23 876	14 768	106	27.5	12.3	61.8
2001	**38 632**	18 761	19 871	23 847	14 785	106	26.8	12.5	61.7

1.3 Urodzenia

W 2001 r. nastąpił dalszy spadek liczby urodzeń żywych z 378 348 w 2000 r. do 368 205, a współczynnik urodzeń zmniejszył się z 9,8 do 9,5 na 1 000 ludności (Tabela 4).

Tabela 4 Urodzenia żywe i martwe w wybranych latach 1975-2001

Rok	Urodzenia żywe		Urodzenia martwe	
	Liczba	na 1 000 ludności	Liczba	Procent ogółu urodzeń
1975	646 400	19.0	6 086	0.93
1980	695 800	19.6	5 794	0.83
1985	680 100	18.3	5 214	0.76
1990	547 700	14.4	3 940	0.71
1995	433 100	11.2	3 203	0.73
1996	428 200	11.1	3 008	0.70
1997	412 700	10.7	2 531	0.61
1998	395 600	10.2	2 484	0.62
1999	382 000	9.9	2 377	0.62
2000	378 300	9.8	2 128	0.56
2001	368 200	9.5	2 042	0.55

Urodzenia martwe w 2001 r. stanowiły 0,55% ogółu urodzeń. Sytuacja w Polsce jest nieco gorsza od przeciętnej w krajach UE gdzie częstość martwych urodzeń w 2000 r. wynosiła 0,45%. W 2001 r. 5,9% urodzeń żywych stanowiły urodzenia o tzw. niskiej masie urodzeniowej czyli noworodków, których waga przy urodzeniu wynosiła poniżej 2500 g (Tabela 5).

Tabela 5 Urodzenia żywe według masy noworodka przy urodzeniu w wybranych latach 1975-2001

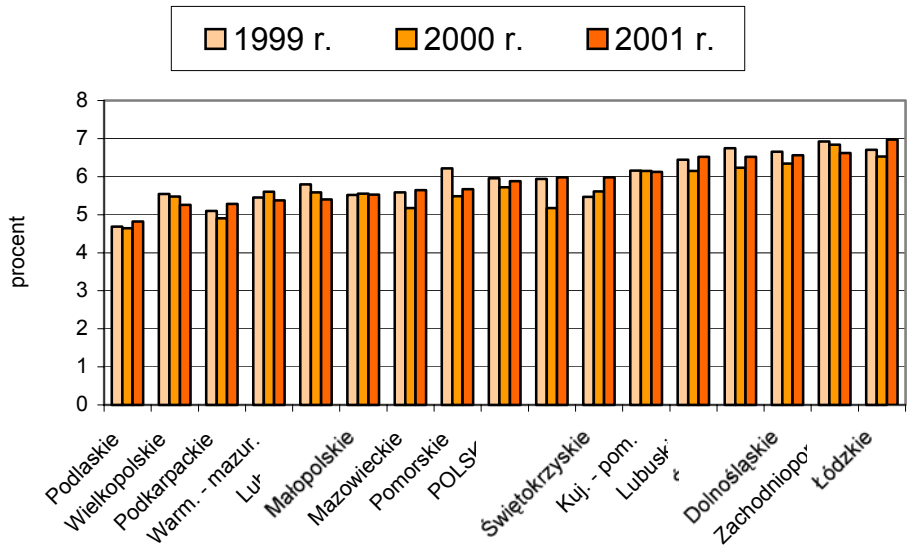
Rok	Urodzenia żywe[1]				
	Ogółem	Poniżej 2500g[2]		2500g i więcej[3]	
		Liczba	Procent	Liczba	Procent
1975	642 549	46 763	7.3	595 786	92.7
1980	692 700	52 502	7.6	640 198	92.4
1985	677 557	52 717	7.8	624 840	92.2
1990	545 783	43 952	8.1	501 831	91.9
1991	545 947	43 792	8.0	502 155	92.0
1992	513 590	40 386	7.9	473 204	92.1
1993	492 912	38 797	7.9	454 115	92.1
1994	481 274	34 492	7.2	446 782	92.8
1995	433 082	28 905	6.7	404 177	93.3
1996	428 175	27 556	6.4	400 619	93.6
1997	412 625	25 370	6.1	387 255	93.8
1998	395 600	24 386	6.2	371 214	93.8
1999	381 981	22 740	6.0	359 241	94.0
2000	378 335	21 635	5.7	356 700	94.3
2001	368 198	21 655	5.9	346 543	94.1

1 – Uwzględniono tylko urodzenia żywe o ustalonej masie urodzeniowej noworodka
2 – 2500 g i mniej do 1993 r.
3 – 2501 g i więcej do 1993 r.
W 1993r. dostosowano definicję niskiej wagi urodzeniowej do zaleceń WHO

W porównaniu z 2000 r. sytuacja uległa pewnemu pogorszeniu ale i tak częstość tych urodzeń w Polsce jest na poziomie poniżej przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej (w 1999 r. wskaźnik ten w UE wynosił 6,65%).

Różnice międzywojewódzkie odsetka niemowląt o niskiej masie urodzeniowej były dosyć ustabilizowane w ostatnich latach. W okresie 1999-2001 wyraźnie najlepsza sytuacja występowała w województwie podlaskim gdzie częstość urodzeń noworodków ważących w momencie urodzenia mniej niż 2500 g wynosiła poniżej 5% (ryc.8). Natomiast najsilniej problem ten zaznacza się w województwach zachodniopomorskim, łódzkim, dolnośląskim i śląskim gdzie średni odsetek tych noworodków w okresie 1999-2001 przekraczał 6,5%.

Rycina 8 Odsetek żywourodzonych noworodków o masie urodzeniowej poniżej 2 500 gram według województw, w latach 1999-2001



1.4 Podsumowanie

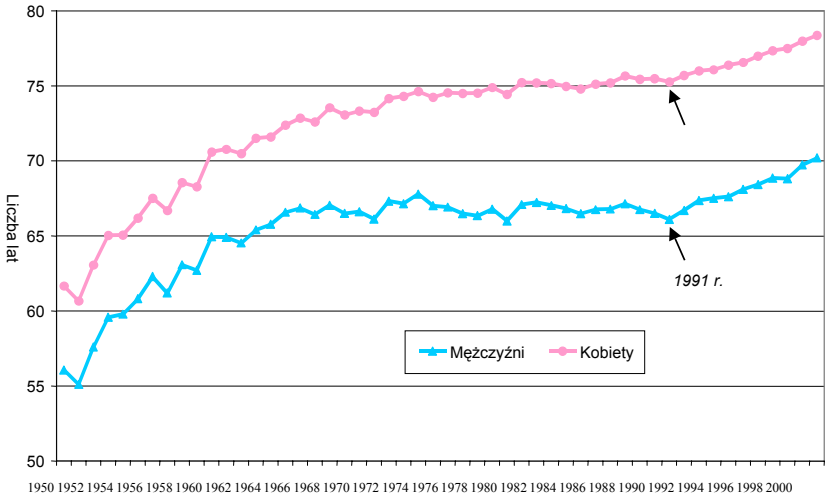
- W latach 1999-2001 liczba ludności Polski zmniejszyła się o około 35 tysięcy osób. Sytuacja taka wystąpiła po raz pierwszy w powojennej historii Polski. Według wstępnych wyników Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. w dniu 20 maja 2002 r. w Polsce mieszkało ponad 38,3 mln osób.
- Powoli, ale systematycznie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat w łącznej liczbie ludności, natomiast zwiększa się stopniowo udział osób starszych. Przewiduje się, że zmiany te wystąpią wyraźnie po 2010 r.
- Odsetek osób starszych jest wyraźnie wyższy na wsi niż w mieście, ale zgodnie z prognozą ludności GUS różnica ta będzie się stopniowo zacierała i po roku 2005 populacja osób starszych będzie miała większy udział wśród mieszkańców miast.
- W 2001 r. nastąpił dalszy spadek liczby urodzeń żywych. Według prognozy GUS liczba urodzeń w następnych kilku latach powinna się zwiększać.
- Częstość urodzeń martwych jest w Polsce nieco wyższa niż w krajach Unii Europejskiej, natomiast odsetek noworodków o niskiej masie urodzeniowej w kraju jest niższy niż przeciętny w krajach Unii Europejskiej.

2. Stan zdrowia ludności Polski na podstawie danych o umieralności

2.1. Zmiany w czasie i zróżnicowanie terytorialne długości trwania życia mieszkańców Polski

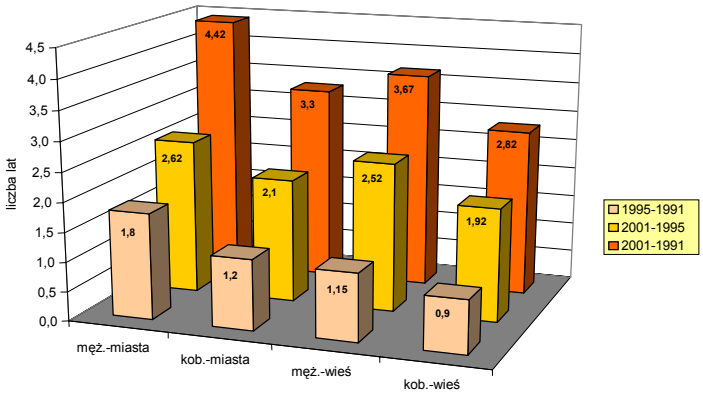
W roku 2001 przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 70,21 lat a kobiet 78,38 lat i w stosunku do 2000 r. wzrosła o 0,47 roku w przypadku mężczyzn i o 0,38 roku w przypadku kobiet. Po okresie stagnacji, a nawet pogarszania się sytuacji w latach 70-tych i 80-tych, długość życia mieszkańców Polski systematycznie wydłuża się po roku 1991 i w okresie ostatnich 10 lat zwiększyła się w przypadku mężczyzn o ponad 4 lata (4,1), a w przypadku kobiet o ponad 3 lata (ryc.9).

Rycina 9 Przeciętne przewidywane trwanie życia mężczyzn i kobiet w chwili urodzenia, 1950-2001



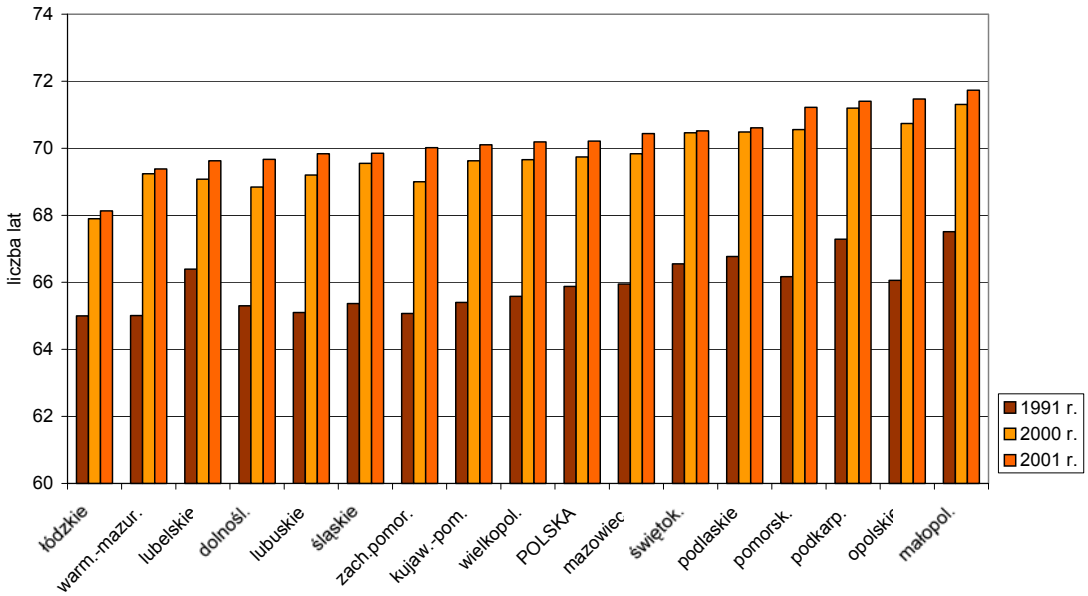
Różnice w długości życia mieszkańców miast i wsi mają odmienny charakter w przypadku mężczyzn i kobiet. Od roku 1993 mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej niż mieszkańcy wsi przy czym różnica jest raczej ustabilizowana i w 2001 r. wynosiła ona 0,55 roku. W przypadku kobiet to mieszkanki wsi żyją dłużej niż mieszkanki miast. W okresie 1991-2001 nieco większy przyrost długości życia wystąpił u mieszkańców miast niż wsi (ryc. 10).

Rycina 10 Przyrost przeciętnego trwania życia według płci i miejsca zamieszkania w latach 1991-1995, 1995-2001 i 1991-2001

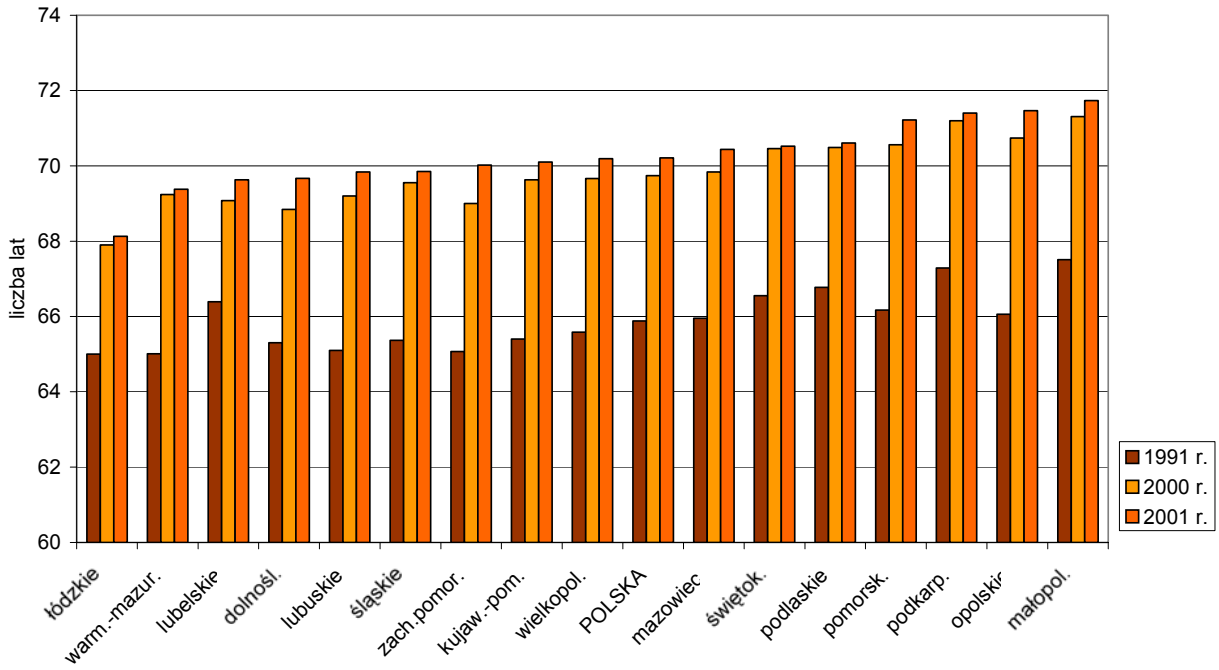


Obserwuje się wyraźne zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia (ryc. 11 i 12). W przypadku mężczyzn najgorsza sytuacja występuje w województwie łódzkim gdzie przeciętna długość życia mężczyzn w 2001 r. wynosiła 68,13 lat, podczas gdy w najlepszym województwie małopolskim była wyższa o 3,6 i wynosiła 71,73 lat. Trzeba podkreślić, że ta najbardziej niekorzystna sytuacja w województwie łódzkim występuje w całym dziesięcioleciu. Ponadto przyrost długości życia w latach 1991-2001 był w tym województwie najmniejszy i wynosił tylko 3,1 roku podczas gdy w najlepszym pod tym względem województwie opolskim długość życia wzrosła o 5,4 roku (ryc.13).

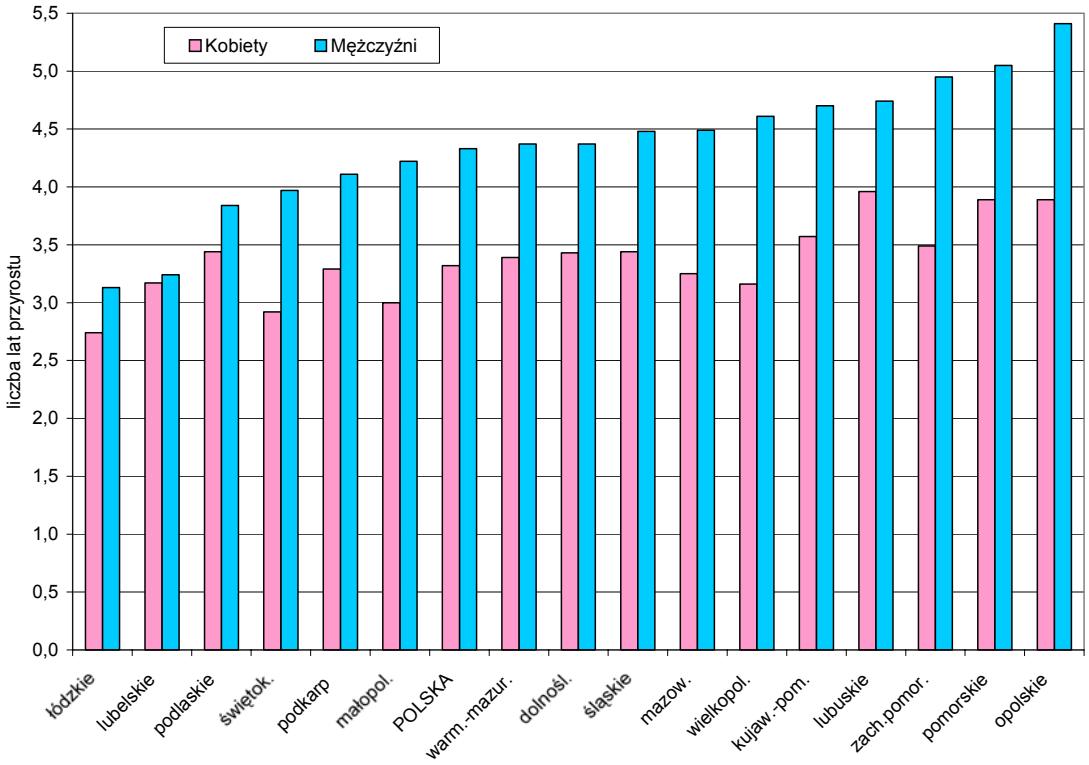
Rycina 11 Przeciętne trwanie życia mężczyzn według województw w latach 1991, 2000 i 2001



Rycina 12 Przeciętne trwanie życia kobiet według województw w latach 1991, 2000 i 2001



Rycina 13 Przyrost przeciętnego trwania życia w latach 1991-2001 według województw i płci

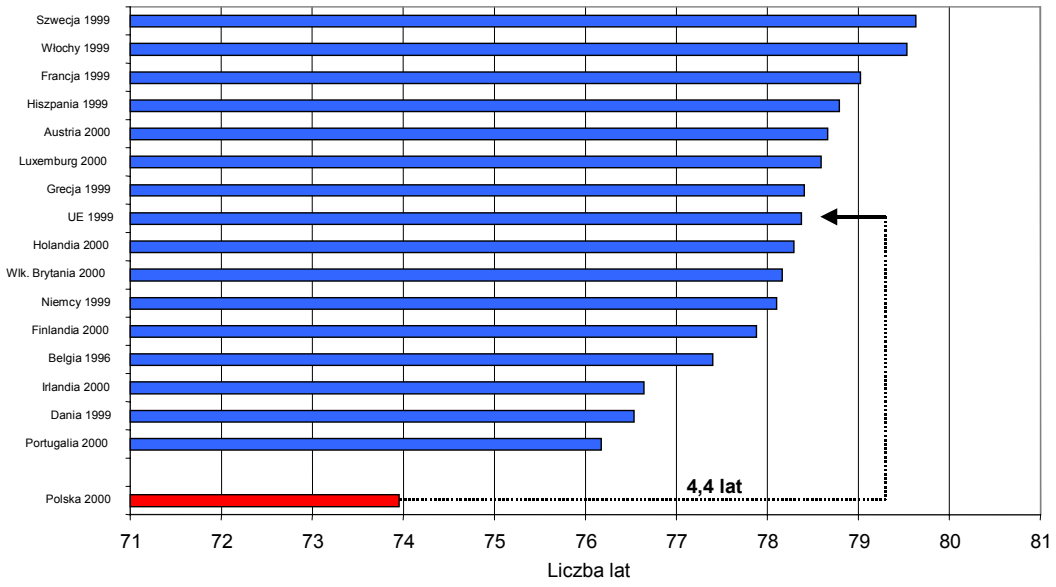


Wojewódzkie zróżnicowanie przeciętnej długości życia kobiet jest mniejsze niż mężczyzn. W przypadku kobiet najgorsza sytuacja pod tym względem występuje w województwach łódzkim i śląskim (ryc. 12). Mieszkanki tych województw żyją przeciętnie 77,42 i 77,46 lat, podczas gdy mieszkanki województw podlaskiego i podkarpackiego, żyją przeciętnie o ponad 2 lata dłużej. W latach 1991-2001 podobnie jak w przypadku mężczyzn również w przypadku kobiet przeciętna długość życia wzrosła najmniej w województwie łódzkim (ryc. 13).

2.2. Długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w krajach Unii Europejskiej

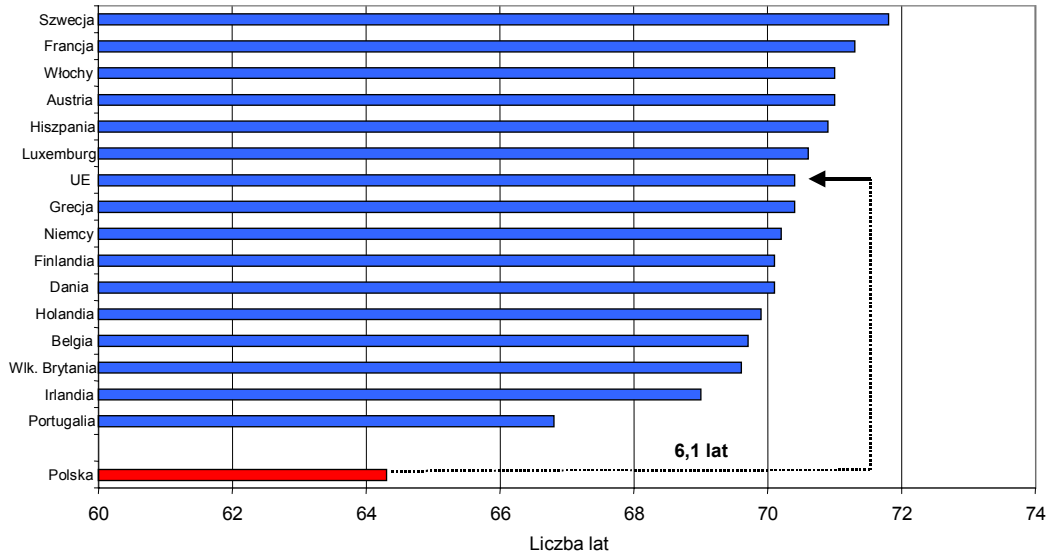
Szacuje się, że obecnie Polacy żyją przeciętnie o około 4,4 roku krócej niż mieszkańcy krajów UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących mieszkańców Szwecji wynosi ponad pięć i pół roku a w stosunku do mieszkańców Portugalii, których pozycja w Unii jest pod tym względem najgorsza, trochę ponad 2 lata (ryc.14).

Rycina 14 Przeciętna długość trwania życia w Polsce i krajach Unii Europejskiej



Sytuacja zdrowotna Polaków jest gorsza w porównaniu z mieszkańcami krajów Unii Europejskiej. Wskaźnikiem uwzględniającym ten fakt jest wskaźnik syntetyczny przeciętnej długości trwania życia przeżytego w zdrowiu[4]. Wskaźnik ten został oszacowany przez Biuro Światowe WHO w Genewie dla lat 2000 i 2001 dla wszystkich krajów[5]. Z Raportu WHO wynika, że obecnie Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 64,3 lat (62,1 mężczyźni i 66,6 lat kobiety) a więc o około 6,1 lat krócej niż mieszkańcy krajów UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w zdrowiu mieszkańców Szwecji wynosi 7,5 lat a w stosunku do mieszkańców Portugalii, których pozycja w Unii jest pod tym względem najgorsza, prawie dwa i pół roku (ryc. 15).

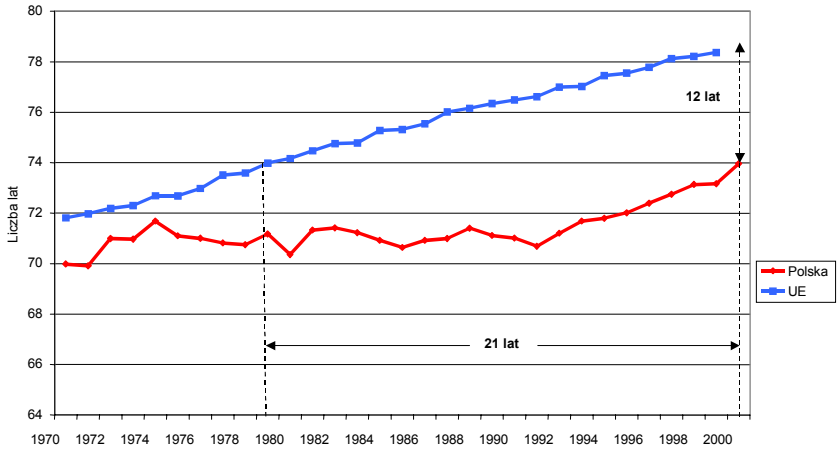
Rycina 15 Przeciętna długość trwania życia przeżytego w zdrowiu (HALE) w Polsce i krajach Unii Europejskiej w roku 2001



Jeżeli tempo wzrostu długości trwania życia w Polsce będzie w kolejnych latach takie jak w okresie 1991-2000 to podobną długość życia jaka jest obecnie w Unii Europejskiej osiągniemy za około 12-13 lat (ryc. 16).

[4] znany jako tzw. Healthy Life Expectancy - HALE (dawniej Disability-Adjusted Life Expectancy – DALE)
[5] The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life. WHO 2002

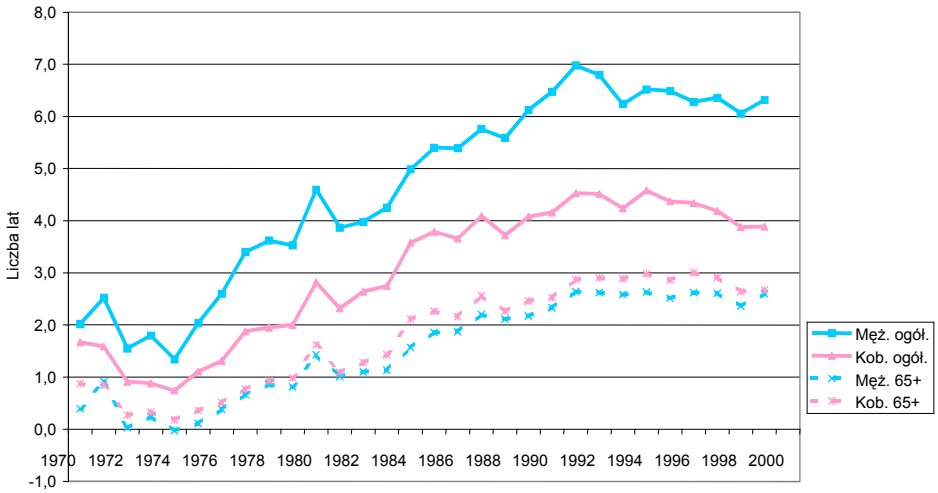
Rycina 16 Przeciętna długość życia w Polsce i krajach Unii Europejskiej (wartość średnia dla UE) w latach 1970-2000.



Obserwowane w ostatnim dziesięcioleciu tempo przyrostu długości życia w Polsce jest większe od tempa przyrostu w Unii Europejskiej co w pewnym stopniu jest zrozumiałe ze względu na różnicę poziomów w długości życia. Zbliżone do polskiego tempo przyrostu trwania życia obserwowano na przykład w Portugalii w latach 1979-1988, gdy długość życia w tym kraju była na poziomie takim jak w Polsce w ostatnich latach.

W bardziej niekorzystnej sytuacji w porównaniu z obywatelami Unii Europejskiej są polscy mężczyźni niż kobiety (ryc. 17). Długość trwania ich życia była w 1999 r. krótsza o około 6,3 lat w stosunku do mieszkańców Unii (jeżeli przyjąć dla Polski wartość z 2000 r. a dla UE wartość w 1999 r., tzn. ostatnie dostępne dane liczone wg jednakowej metody, to różnica ta wynosi 5,4 lat), a przesunięcie w czasie wynosi 23-24 lata. Oznacza to, że polscy mężczyźni żyją obecnie tak długo jak mieszkańcy Unii blisko ćwierć wieku temu. W przypadku kobiet różnice są trochę mniejsze gdyż Polki w 1999 r. żyły przeciętnie krócej o około 3,9 roku niż mieszkanki Unii Europejskiej, a przesunięcie w czasie wynosi 18 lat. Warto jednak zwrócić uwagę, że różnice w sytuacji kobiet i mężczyzn zacierają się (a nawet ulegają odwróceniu) w wieku powyżej 65 lat, kiedy to większą różnicę pomiędzy mieszkańcami Polski i UE obserwuje się w przypadku kobiet niż mężczyzn.

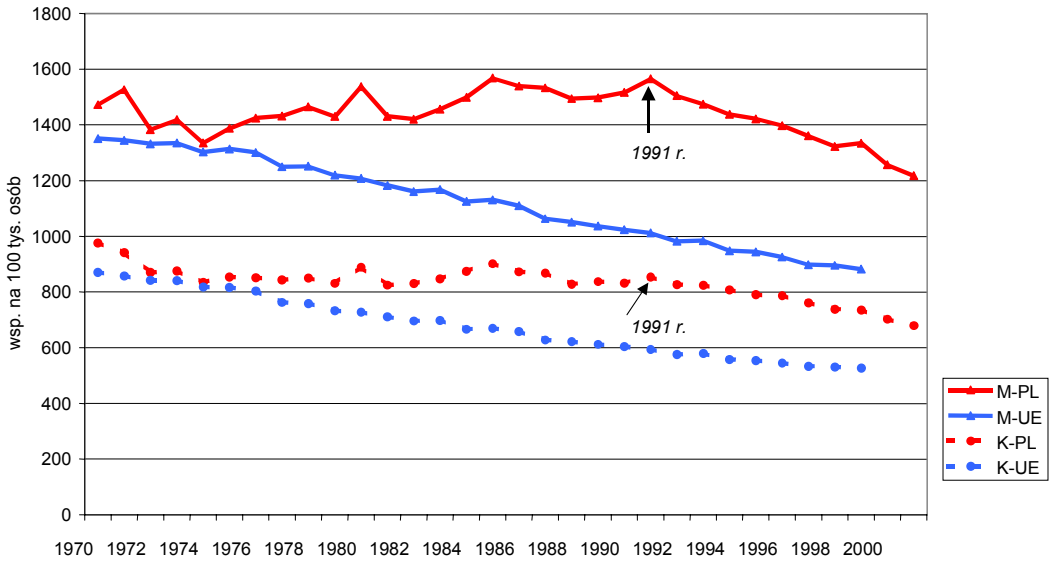
Rycina 17 Różnica długości trwania życia w Polsce i Unii Europejskiej ogółem w wieku 65 lat i więcej według płci w latach 1970-1999



2.3 Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej

W roku 2001 na każde 100 tys. mieszkańców Polski zmarło 940 osób. Po roku 1974 poziom umieralności ogółem w Polsce zaczął być wyraźnie wyższy niż w krajach UE i dopiero od lat 90-tych różnica ta zaczęła się zmniejszać (ryc. 18). W roku 2001 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce był o 38% wyższy od współczynnika zgonów mieszkańców UE w 1999 r. a w przypadku kobiet nadwyżka ta wynosiła 29%.

Rycina 18 Standaryzowane współczynniki zgonów ogółem w Polsce i w krajach Unii Europejskiej według płci w latach 1970-2001



2.4. Umieralność według płci i wieku

Umieralność mieszkańców Polski zmniejszyła się w 2001 r. w porównaniu z rokiem 2000 w większości grup wieku z wyjątkiem dzieci w wieku 1-14 lat, których umieralność minimalnie wzrosła, zwłaszcza w przypadku dziewcząt (Tabela 6).

Tabela 6 Współczynniki zgonów ogółem według wieku i płci w wybranych latach w okresie 1970-2001

Wiek w latach	Ogółem							
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001
0[1]	3 668	2 905	2 548	2 203	1 934	1 360	811	767
1-4	105	92	80	64	59	43	31	31
5-14	41	39	36	30	28	23	18	19
15-19	72	72	71	62	69	63	52	49
20-34	130	129	140	128	136	113	92	87
35-44	270	280	337	302	322	315	266	252
45-54	562	628	749	766	782	707	634	624
55-64	1 492	1 478	1 500	1 645	1 707	1 593	1 422	1 372
65 lat i więcej	5 875	5 775	6 330	7 039	6 520	6 035	5 442	5 294

według płci (na 100 tys. ludności danej grupy płci i wieku)

Wiek w latach	Mężczyźni						Kobiety					
	1970	1980	1985	1995	2000	2001	1970	1980	1985	1995	2000	2001
0[1]	4096	2879	2469	1471	882	833	3212	2199	1921	1243	734	696
1-4	117	90	71	47	35	34	94	69	57	38	27	28
5-14	49	44	36	28	22	22	33	28	23	17	14	15
15-19	100	103	91	91	74	70	43	36	33	33	29	27
20-34	188	216	195	176	143	136	65	62	58	49	40	36
35-44	371	502	438	473	395	373	173	175	167	157	135	130
45-54	760	1 093	1 124	1 052	924	910	394	428	427	379	357	349
55-64	2 064	2 165	2 393	2 395	2 123	2 054	1 024	9 71	1 038	911	830	792
65 lat i więcej	6 869	7 654	8 418	7 126	6 490	6 324	5 231	5 496	6 210	5 375	4 797	4 660

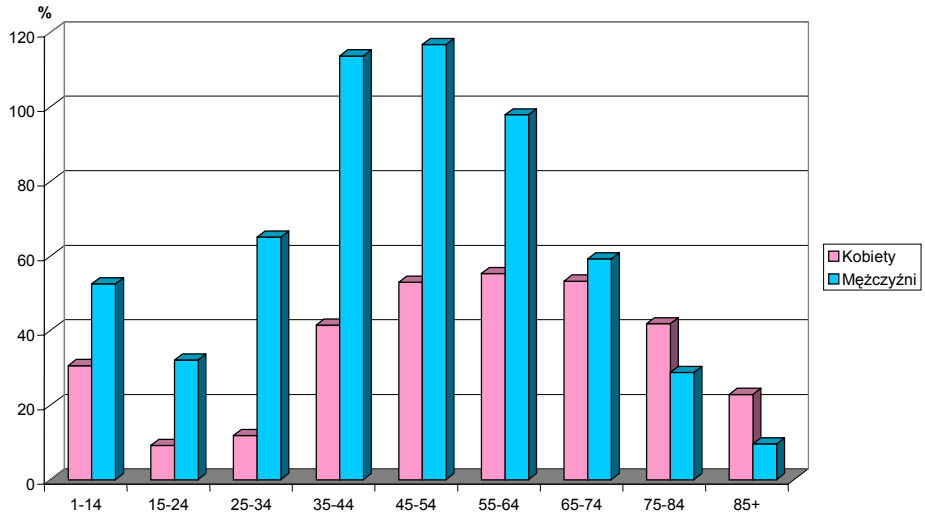
[1] współczynniki na 100 tys. żywych urodzeń

Natężenie zgonów mężczyzn w grupach wieku 35-44 i 45-54 jest obecnie jeszcze wciąż wyższe niż w roku 1970 a w grupie wieku 55-64 dopiero w 2001 r. osiągnęło poziom niższy niż 30 lat wcześniej.

We wszystkich grupach wieku mężczyźni umierają częściej niż kobiety. W 2001 r. nadwyżka ta wahała się od około 20% wśród dzieci poniżej 5 lat do około 280% w wieku 20-34 lata. Po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku w obu grupach płci poprzez standaryzację współczynników, ogólny poziom umieralności mężczyzn jest znacznie wyższy niż kobiet a różnica wykazywała długotrwałą, wyraźną tendencję rosnącą, która w ostatnich latach częściowo uległa zahamowaniu. Nadwyżka umieralności mężczyzn wzrosła od około 40% na początku lat sześćdziesiątych do ponad 80% na początku lat dziewięćdziesiątych i niestety nie ulega wyraźnemu zmniejszaniu się - w 2001 r. podobnie jak rok wcześniej wynosiła 79%. W krajach UE przeciętna nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet jest mniejsza i w 1999 r. wynosiła 67%. Pogorszenie sytuacji w Polsce zaczęło być widoczne od połowy lat 70-tych.

We wszystkich grupach wieku umieralność w Polsce jest wyższa niż w UE zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet (ryc.19)

Rycina 19 Nadwyżka umieralności w Polsce w stosunku do krajów Unii Europejskiej wg płci i wieku w 1999 roku (w %)



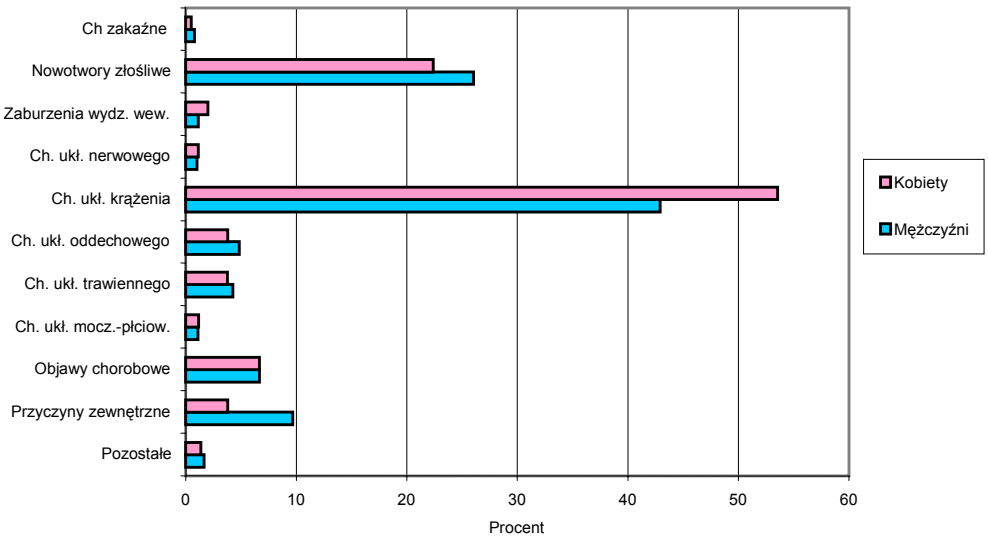
Największa różnica występuje wśród mężczyzn w wieku 35-54. W grupie tej umieralność w Polsce jest ponad dwukrotnie wyższa niż w UE. Natomiast wśród kobiet największa różnica występuje w wieku 45-74, w którym poziom umieralności Polek jest o ponad 50% wyższy niż mieszkanek UE. W najstarszych grupach wieku różnice w natężeniu umieralności w Polsce i UE są większe w przypadku kobiet niż mężczyzn.

Należy zauważyć, że gdyby w Polsce w roku 2001 natężenie umieralności w poszczególnych grupach wieku było takie samo jak przeciętne w krajach Unii Europejskiej to liczba osób zmarłych w naszym kraju byłaby o około 96 tys. mniejsza niż faktycznie obserwowana.

2.5. Umieralność według przyczyn

Dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia, a następnie nowotwory złośliwe (ryc. 20). W 2001 r. były one odpowiedzialne za 72% wszystkich zgonów. Choroby układu krążenia były przyczyną 47,9% zgonów (42,9% zgonów mężczyzn i 53,5% zgonów kobiet) a w przypadku nowotworów złośliwych - 23,8% zgonów (26,0% zgonów mężczyzn i 22,4% zgonów kobiet).

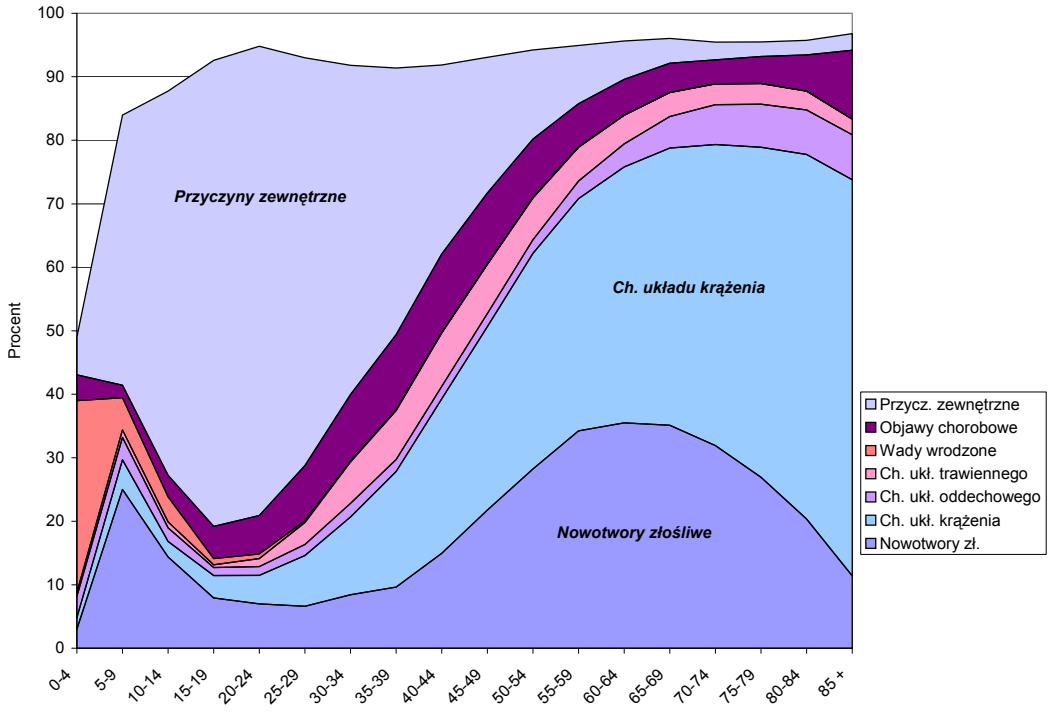
Rycina 20 Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2001 r.



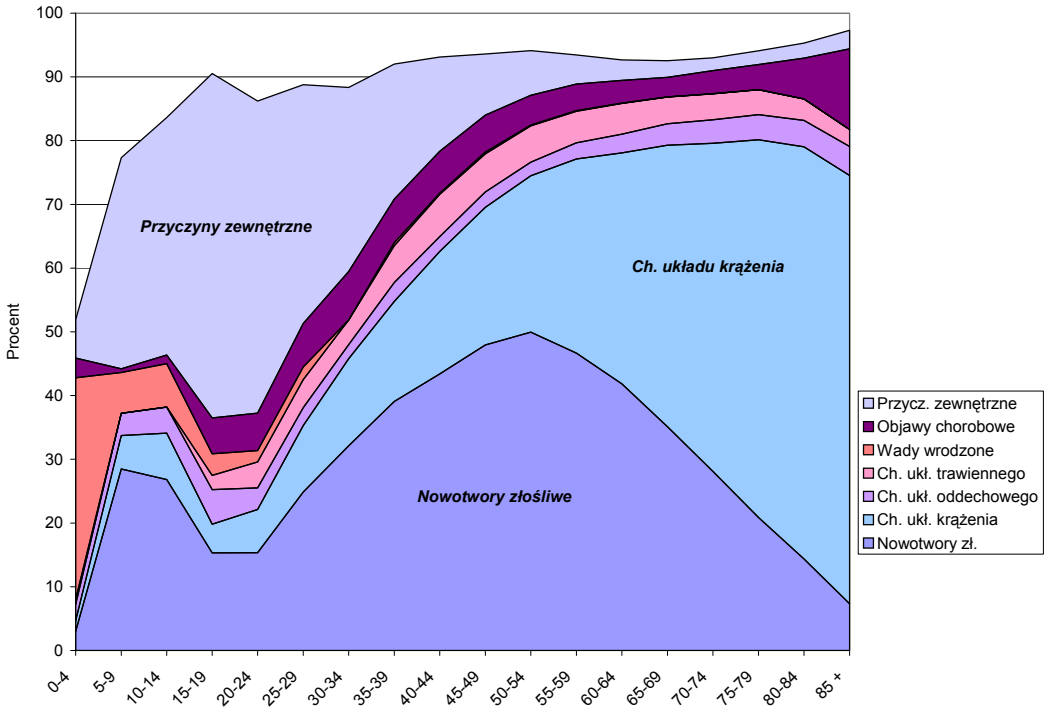
Znaczenie poszczególnych grup chorób jako przyczyn zgonów zmienia się wraz z wiekiem ludzi (ryc. 21 i 22 i Tabela 13– str. 74). W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że pierwsza połowa życia jest przede wszystkim zagrożona przyczynami zewnętrznymi, a druga chorobami układu krążenia i nowotworami złośliwymi, przy czym w przypadku kobiet w średnim wieku wyraźna jest dominacja zagrożenia nowotworami. Jeżeli przyjąć, że zgon przed 70 rokiem życia jest w obecnych warunkach zgonem przedwczesnym, to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia jaka brakuje do 70 lat. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie niż w wieku starszym. Uwzględniając ten fakt można obliczyć w jakim stopniu poszczególne przyczyny zgonów

przyczyniają się do straty potencjalnych lat życia przez mieszkańców Polski. Wśród mężczyzn największe straty powodują przyczyny zewnętrzne (27% utraconych potencjalnych lat życia), następnie choroby układu krążenia (24%) i nowotwory złośliwe (19%) (ryc.23). Natomiast wśród kobiet kolejność jest dokładnie odwrotna – największe straty, aż 35% utraconych potencjalnych lat życia powodują nowotwory złośliwe, następnie choroby układu krążenia (20%) i przyczyny zewnętrzne (13%). Warto zwrócić uwagę, że wśród mężczyzn wypadki komunikacyjne czy samobójstwa powodują straty podobne jak zawał serca, a wśród kobiet rak piersi powoduje straty większe niż zawał serca, ale niewiele większe niż wypadki komunikacyjne.

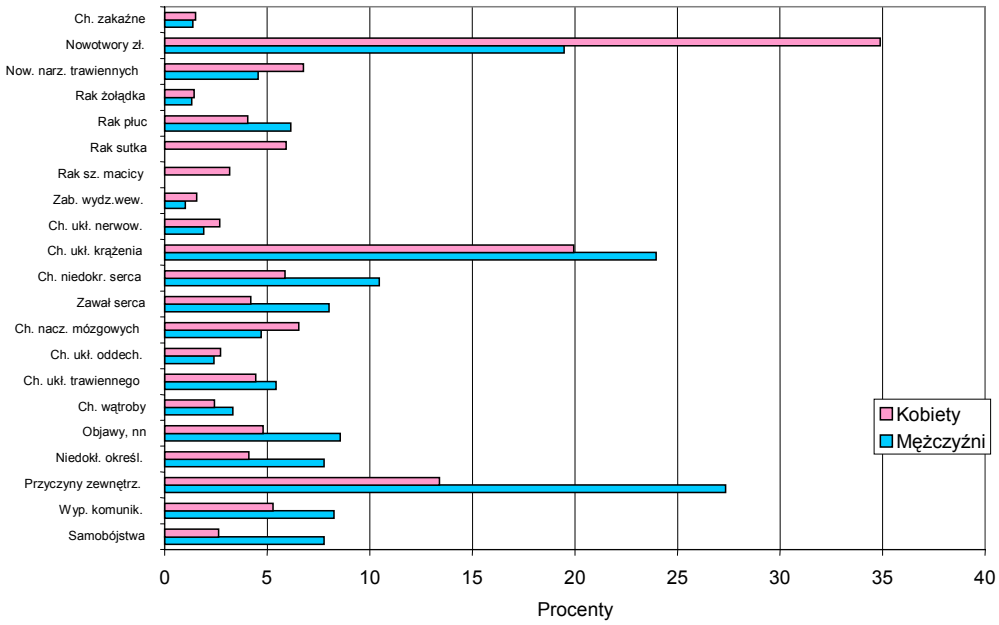
Rycina 21 Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 2001 roku



Rycina 22 Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wieku w 2001 roku



Rycina 23 Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia



Poniżej dokładniej omówiono umieralność spowodowaną najważniejszymi przyczynami zgonów w Polsce, pokazano zróżnicowanie pomiędzy mężczyznami i kobietami, mieszkańcami miast i wsi oraz pomiędzy województwami. Przedstawiono także różnice w zagrożeniu życia mieszkańców Polski w porównaniu z mieszkańcami Unii Europejskiej według przyczyn zgonów. Dla umożliwienia lepszego porównania natężenia zgonów w różnych latach a także w różnych populacjach np. mężczyzn i kobiet, mieszkańców miast i wsi, mieszkańców różnych województw, przeprowadzono standaryzację współczynników względem wieku. Przedstawione zostały także rzeczywiste współczynniki zgonów w Polsce w 2001 r. gdyż to one pokazują jakie w tym roku było faktyczne zagrożenie życia związane daną grupą chorób.

2.6 Umieralność z powodu chorób układu krążenia

W roku 2001 z powodu chorób układu krążenia zmarło w Polsce 173 809 osób, tzn. 449,8 na każde 100 tys. mieszkańców. Gdyby w Polsce w roku 2001 natężenie umieralności z powodu chorób układu krążenia w poszczególnych grupach wieku było takie samo jak przeciętne w krajach Unii Europejskiej, to zmarłoby w naszym kraju o około 72 tys. osób mniej niż faktycznie zmarło. Po 1991 r. znaczenie tych chorób jako przyczyny zgonów powoli zmniejsza się zarówno jeśli chodzi o ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów jak i natężenie umieralności z ich powodu[6].

Wprawdzie częściej z powodu chorób układu krążenia umierają kobiety niż mężczyźni (w 2001 r. współczynniki dla obu grup wynosiły odpowiednio 458 i 441 na 100 tys.), ale wynika to ze starszej struktury wieku kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w obu strukturach wieku okazuje się, że choroby te są większym zagrożeniem życia mężczyzn, gdyż standaryzowany współczynnik zgonów w 2001 r. dla mężczyzn był o 58% wyższy niż dla kobiet.

Warto jeszcze raz zwrócić uwagę, że choroby układu krążenia dominują jako przyczyna zgonu dopiero w wieku powyżej 45 lat wśród mężczyzn i 65 lat wśród kobiet (Tabela 13– str.74). Ustępują one bowiem w młodszym wieku przyczynom zewnętrznym w przypadku

[6] W opracowaniu natężenie zgonów/natężenie umieralności odnosi się do wartości współczynników umieralności.

mężczyzn natomiast w przypadku kobiet w wieku 35-64 lata nowotworom a w młodszym wieku, podobnie jak wśród mężczyzn, przyczynom zewnętrznym.

Główną rolę wśród chorób układu krążenia odgrywają:

- choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca (w 2001 r. 53,8 tys. zgonów w tym zawał 28,1 tys., a więc odpowiednio 31 i 16% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych),
- choroby naczyń mózgowych (42,1 tys. zgonów, 24% całej grupy),
- inne choroby serca (34,6 tys. zgonów, 20%),
- miażdżyca (29,5 tys. zgonów, 17%).

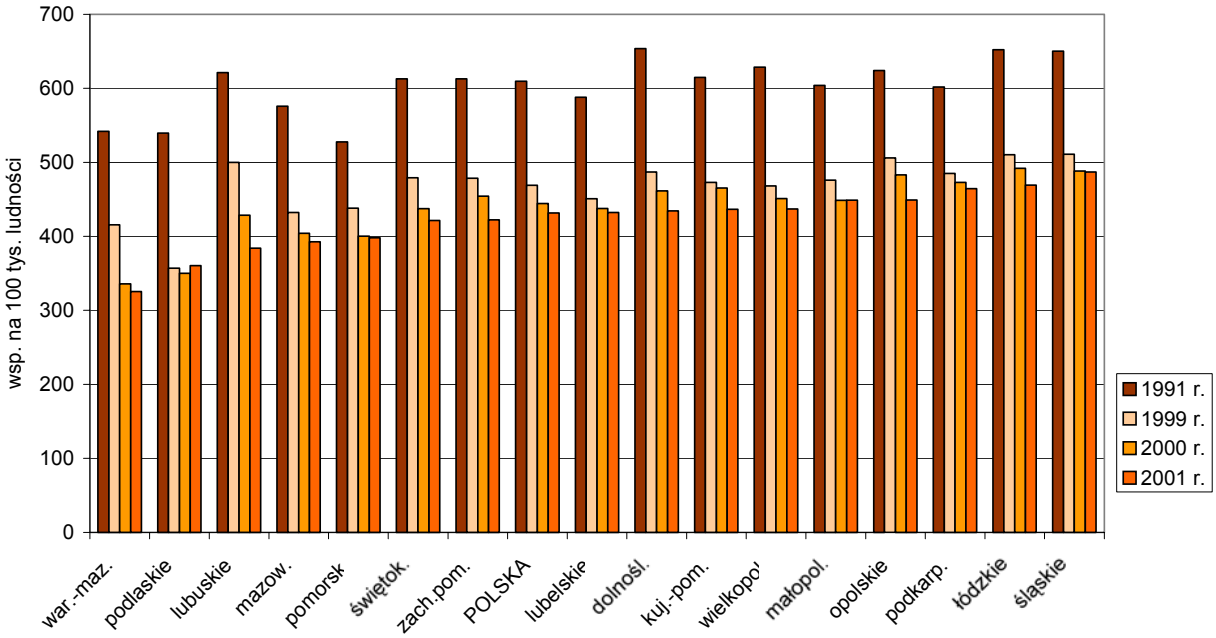
Dla wszystkich tych przyczyn z wyjątkiem innych chorób serca natężenie zgonów w 2001 r. zmniejszyło się w stosunku do roku poprzedniego (Tabela 12– str.73).

Z powodu chorób układu krążenia częściej umierają mieszkańcy wsi niż miast i nie wynika to wyłącznie z ich struktury wieku (Tabela 14– str. 75 i Tabela 15– str.76). Tylko choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca, jest większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi.

Obserwuje się znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie zagrożenia życia chorobami układu krążenia ogółem[7] (ryc. 24). W 2001 r. było ono najmniejsze w województwie warmińsko-mazurskim, a największe w województwie śląskim (większe o 50%). Należy podkreślić, że w całym okresie po 1991 r., mieszkańcy województw śląskiego i łódzkiego byli bardziej zagrożeni chorobami układu krążenia niż mieszkańcy innych województw. W okresie 1991 – 2001 umieralność z powodu ogółu chorób układu krążenia zmniejszyła się najbardziej w województwie warmińsko-mazurskim (o 40%), a także lubuskim (spadek o 38%). Najmniejszą poprawę stwierdzono w województwie podkarpackim (spadek o 23%) oraz pomorskim (spadek o 25%).

[7] Zróżnicowanie międzywojewódzkie omawiane jest dla roku 2001, ale zilustrowano także na rycinach sytuację z lat poprzednich, co pozwala na ocenę trwałości tego zróżnicowania. Do wszystkich standaryzacji zastosowano europejską strukturę wieku według WHO.

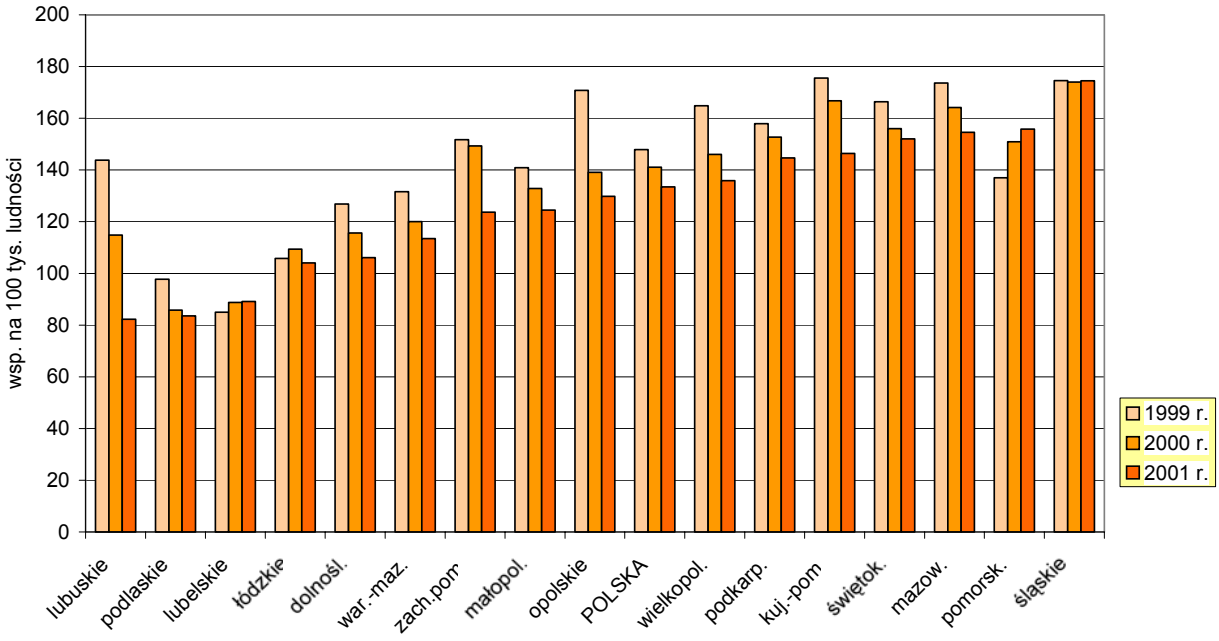
Rycina 24 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia w latach 1991, 1999-2001 według województw



Ze względu na zmiany w systemie kodowania przyczyn zgonów wprowadzone w 1997 r. nie jest możliwe porównanie obecnej sytuacji z wcześniejszymi latami dla bardziej szczegółowych podgrup chorób układu krążenia i dlatego analiza ogranicza się do lat 1999-2001.

W ostatnich latach choroba niedokrwienna serca najbardziej zagraża życiu mieszkańców województwa śląskiego natomiast aż dwukrotnie mniejsze zagrożenie stanowi w województwach lubuskim, podlaskim i lubelskim z tym, że w województwie lubuskim nastąpiła duża poprawa w ciągu ostatnich trzech lat (współczynnik zgonów obniżył się o 43%) (ryc. 25). Warto zwrócić uwagę, że w województwie łódzkim, gdzie natężenie zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem jest największe zagrożenie życia chorobą niedokrwienną serca należy do najmniejszych w kraju.

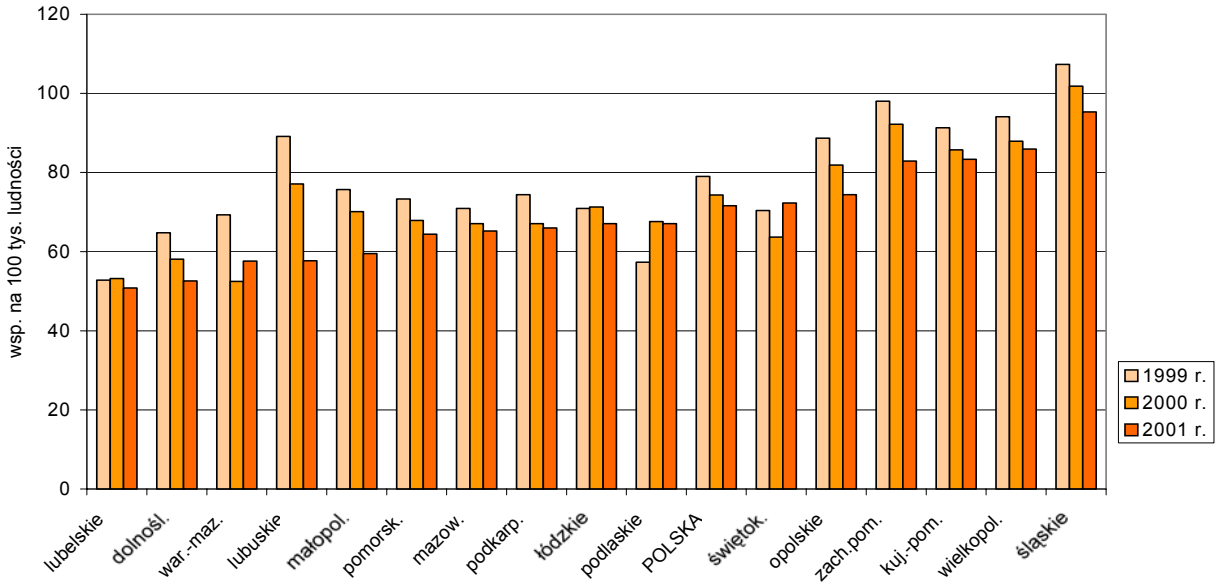
Rycina 25 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 1999-2001 według województw



Przy powszechnej tendencji spadkowej natężenia zgonów w ostatnich latach pewien niepokój może budzić wzrost współczynnika w województwie pomorskim, a w mniejszym stopniu również w województwie lubelskim.

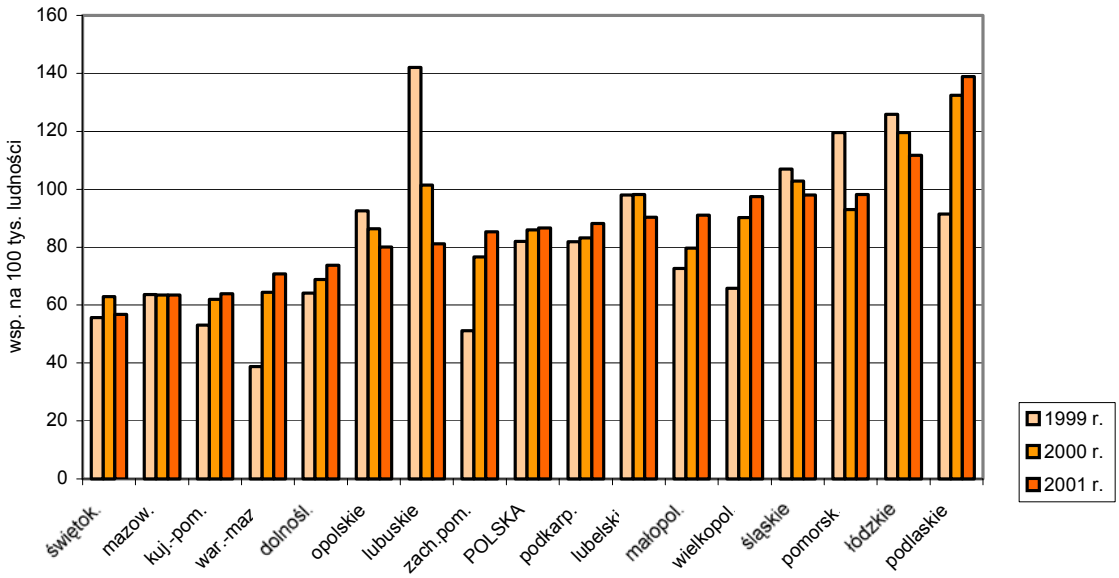
Ostry oraz ponowny zawał serca w ostatnich latach zdecydowanie najbardziej zagraża życiu mieszkańców województwa śląskiego, a najmniej osobom mieszkającym w województwie lubelskim (ryc. 26). Różnica w poziomie współczynników pomiędzy województwami skrajnymi jest prawie dwukrotna. W latach 1999-2001 największa poprawa sytuacji miała miejsce w województwie lubuskim (spadek współczynnika o 35%) i małopolskim (spadek o 21%).

Rycina 26 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zawału serca w latach 1999-2001 według województw



W 2000 i 2001 r. inne choroby serca (I30-I52), wśród których dominuje niewydolność serca, najbardziej zagrażały życiu mieszkańców województw podlaskiego oraz łódzkiego (ryc. 27).

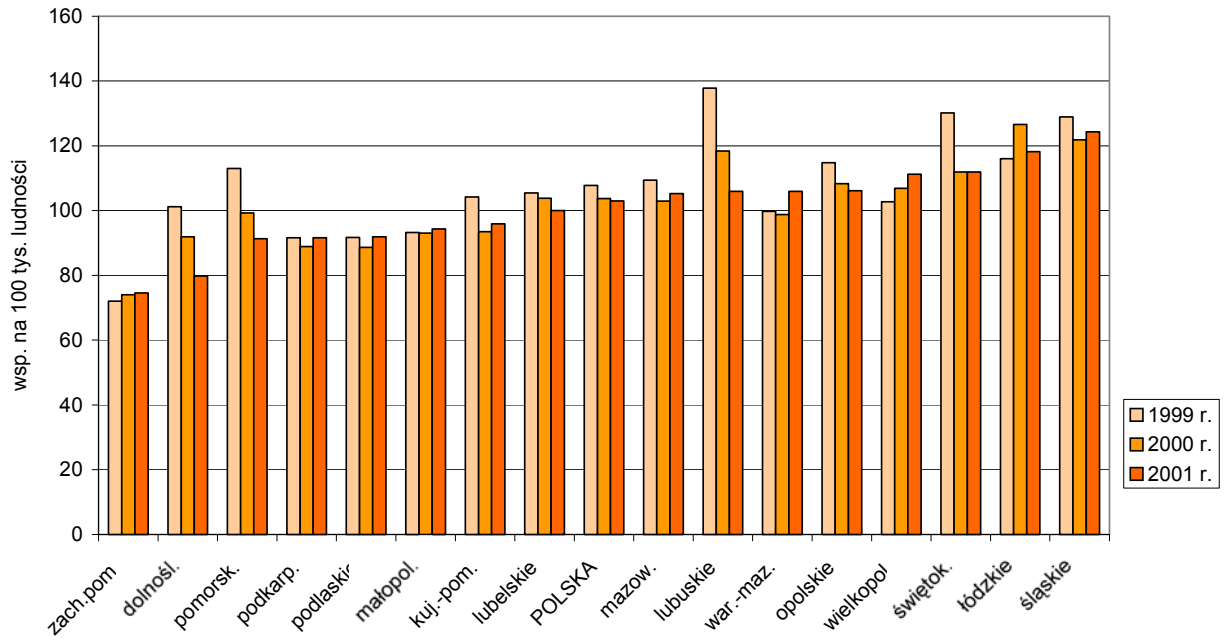
Rycina 27 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu innych chorób serca (I 30-I52) w latach 1999- 2001 według województw



Inne choroby serca stwarzały dwukrotnie mniejsze zagrożenie życia w województwach świętokrzyskim, mazowieckim i kujawsko-pomorskim. Największe pogorszenie sytuacji w latach 1999 - 2001 miało miejsce w województwach warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim i podlaskim. Natomiast największa poprawa nastąpiła w województwie lubuskim.

Najwyższe natężenie zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych w latach 2000-2001 występowało w województwach śląskim i łódzkim (ryc. 28). Było ono o około 60% wyższe niż w województwie zachodniopomorskim. Stosunkowo największa poprawa sytuacji w latach 1999-2001 nastąpiła w województwach lubuskim i dolnośląskim, w których współczynnik zgonów zmniejszył się o ponad 20%. Niewiele mniejszy był spadek współczynnika w województwie pomorskim.

Rycina 28 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych w latach 1999-2001 według województw



Można sądzić, że różnice te w dużym stopniu wynikają z braku dokładnych informacji o przebiegu procesu chorobowego i odmiennego sposobu kodowania przez lekarzy kart zgonu.

2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości grupą przyczyn zgonów. W roku 2001 zmarło w Polsce z ich powodu 86 431 osób, tzn. 223,7 na każde 100 tys. mieszkańców (Tabela 11– str.72 i Tabela 12– str.73).

Gdyby w Polsce w roku 2001 natężenie umieralności z powodu nowotworów złośliwych w poszczególnych grupach wieku było takie samo jak przeciętne w krajach Unii Europejskiej to zmarłoby w naszym kraju o około 10 tys. osób mniej.

Po 1991 roku ogólny trend natężenia zgonów z powodu nowotworów złośliwych nie wykazuje tendencji spadkowej. W 2001 roku standaryzowany współczynnik zgonów był nieco wyższy niż w 1991 r. co oznacza, że nowotwory stają się coraz częstszą przyczyną zgonów mieszkańców Polski.

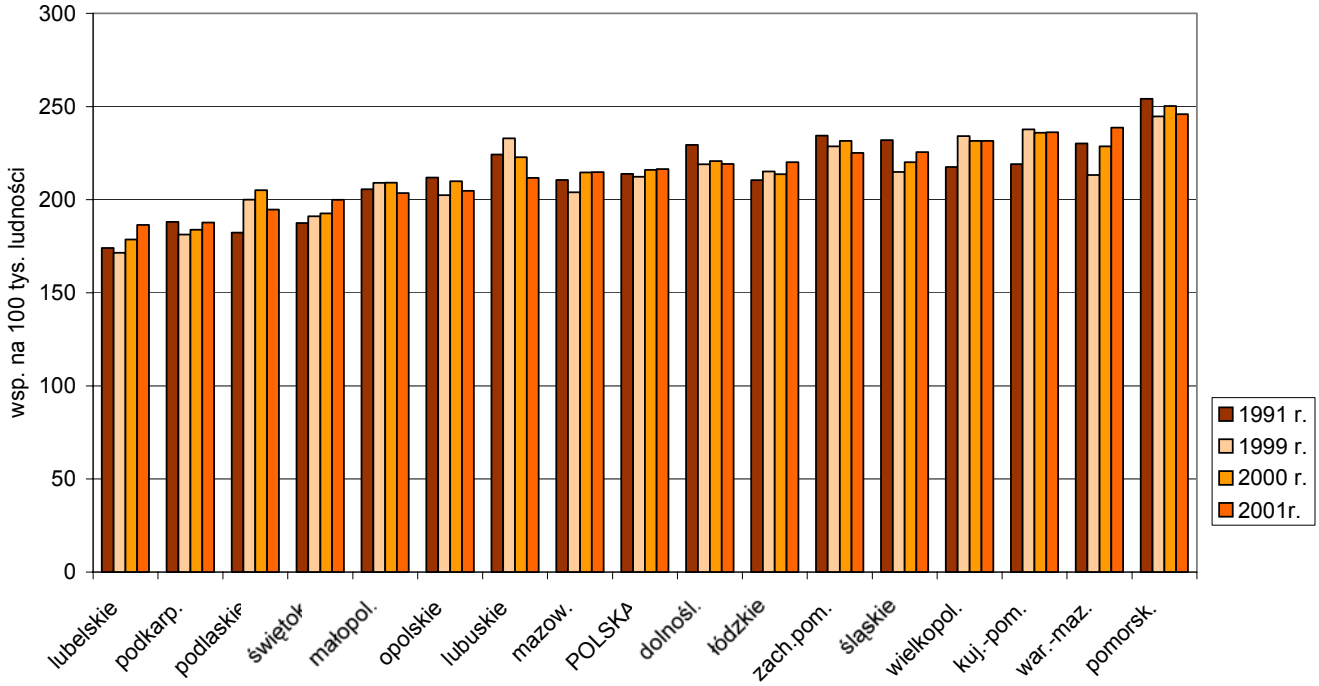
Nowotwory złośliwe są dużo częstszą przyczyną umieralności mężczyzn niż kobiet. W roku 2001 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był blisko dwukrotnie wyższy od współczynnika zgonów kobiet. Tym nie mniej to właśnie nowotwory są najważniejszą przyczyną utraconych potencjalnych lat życia kobiet (ryc.23), najważniejszą przyczyną zgonów kobiet w wieku 35-64, a w wieku 35-44 stanowią większe zagrożenie życia kobiet niż mężczyzn (Tabela 13- str.74).

Wśród nowotworów złośliwych największe zagrożenie życia dla mieszkańców Polski, a w szczególności dla mężczyzn, stanowi rak oskrzeli i płuca, z powodu którego w 2001 r. zmarło 20 570 osób. Nowotwory o innych lokalizacjach są kilkakrotnie rzadsze. W 2001 r. z powodu raka żołądka zmarło 5 929 osób, z powodu raka jelita grubego 5 767 osób, z powodu raka piersi i raka szyjki macicy odpowiednio 4 825 i 1 826 kobiet, zaś raka gruczołu krokowego (prostaty) 3 365 mężczyzn (Tabela 12– str.73).

Nowotwory złośliwe ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi, co szczególnie wyraźnie zaznacza się wśród kobiet (Tabela 14– str. 75 i Tabela 15– str.76). Natomiast natężenie zgonów mężczyzn z powodu raka oskrzeli i płuca oraz raka żołądka jest wyższe wśród mieszkańców wsi niż miast.

Nowotwory złośliwe ogółem w całym okresie 1991-2001 najbardziej zagrażały życiu mieszkańców województwa pomorskiego a najmniej województwa lubelskiego (ryc. 29).

Rycina 29 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem w latach 1991, 1999-2001 według województw

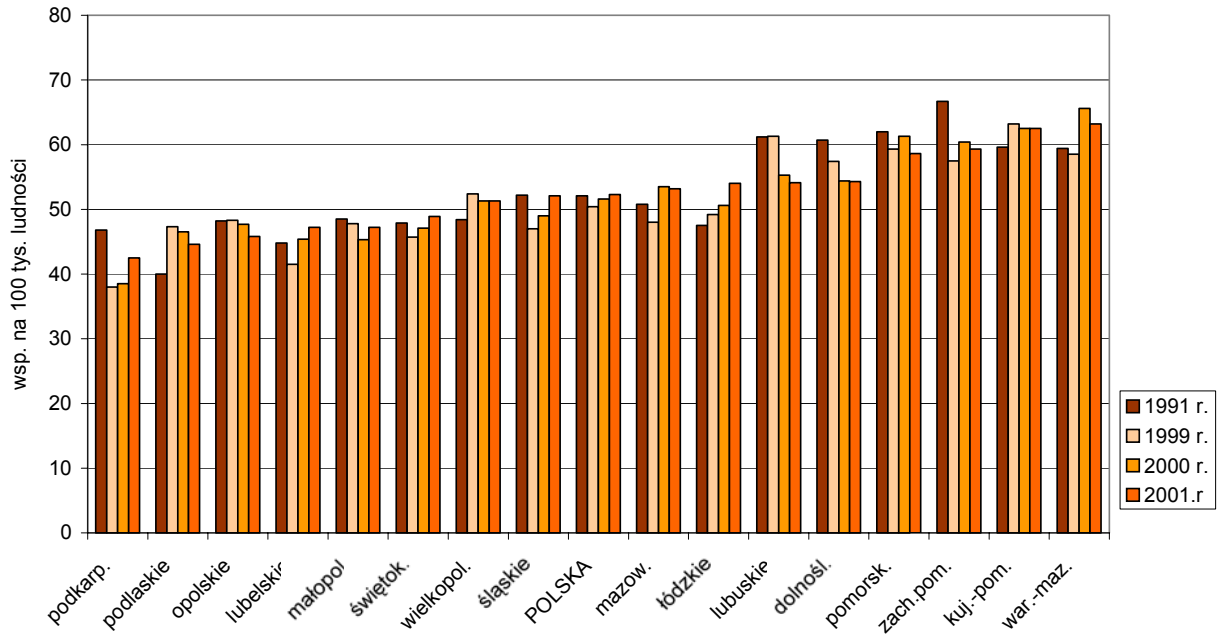


Natężenie zgonów w województwie pomorskim jest obecnie o prawie 1/3 większe niż w lubelskim i podkarpackim. W stosunku do 1991 r. w połowie województw sytuacja nieznacznie się poprawiła w połowie uległa pewnemu pogorszeniu. Niepokojący jest wyraźny wzrost natężenia zgonów w ostatnich latach w województwie warmińsko-mazurskim.

Rak oskrzeli i płuca

Umieralność z powodu raka oskrzeli i płuca w latach 2000-2001 stanowiła największy problem w województwach warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim (ryc.30). Natomiast najbardziej korzystna sytuacja w ostatnich trzech latach była w województwie podkarpackim gdzie w 2001 r. natężenie zgonów było o ok. 1/3 mniejsze niż w województwie warmińsko-mazurskim. W stosunku do 1991 r. natężenie zgonów najbardziej (o około 10%) zmniejszyło się w województwach lubuskim, zachodniopomorskim i dolnośląskim. Natomiast w województwie łódzkim obserwuje się bardzo niekorzystny systematyczny wzrost natężenia zgonów.

Rycina 30 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu raka płuca ogółem w latach 1991, 1999-2001 według województw



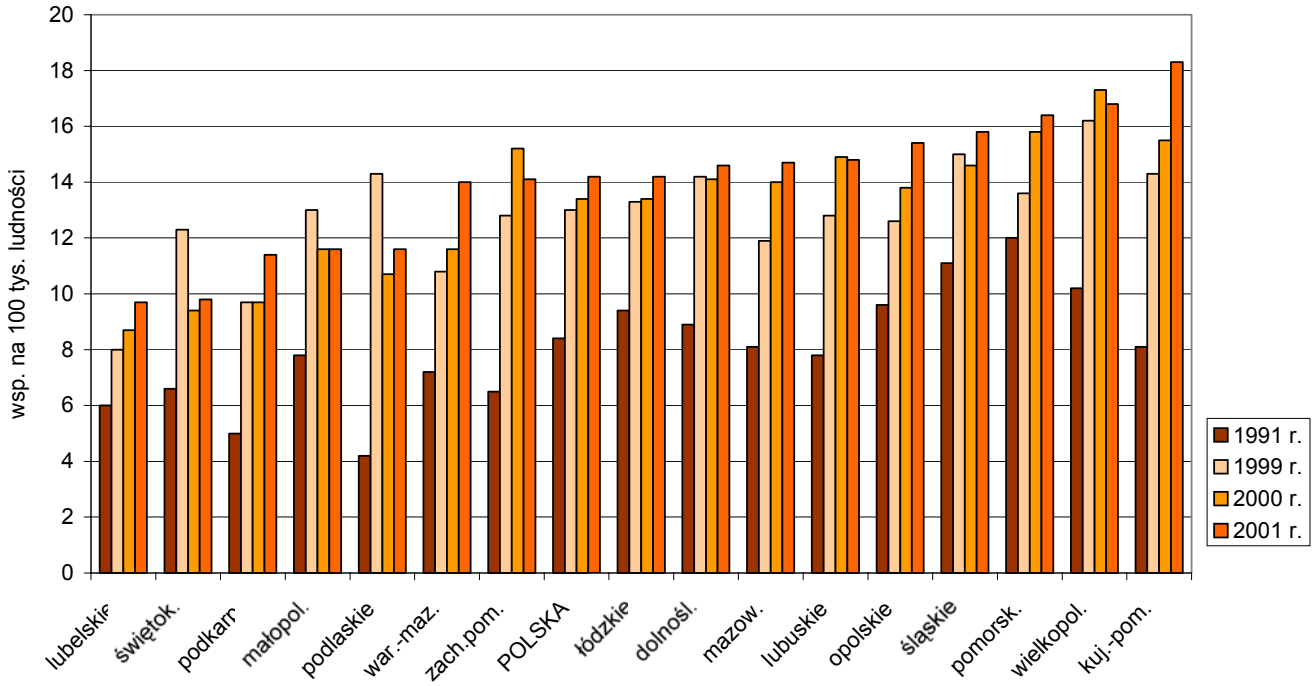
W roku 2000 najwyższe wartości standaryzowanych współczynników umieralności kobiet na raka oskrzeli i płuca odnotowano w województwach: pomorskim, kujawsko-pomorskim oraz zachodniopomorskim, natomiast w przypadku mężczyzn najwyższe współczynników dotyczą mieszkańców województw: warmińsko-mazurskiego, kujawsko-pomorskiego zachodniopomorskiego.

Rak jelita grubego

Bardzo szybko zwiększa się zagrożenie życia mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jelita grubego (ryc. 31).

W okresie 1991-2001 natężenie zgonów spowodowanych tym nowotworem wzrosło w kraju aż o 69%, natomiast w województwie podlaskim nawet o 176%, a ponad dwukrotnie wzrosło w województwach podkarpackim, kujawsko-pomorskim i zachodnio-pomorskim. Wprawdzie najwyższe natężenie zgonów z powodu raka jelita grubego w roku 2001 było w województwie kujawsko-pomorskim ale w ciągu ostatnich trzech lat nowotwór ten najbardziej zagrażał życiu mieszkańców województwa wielkopolskiego. Około dwukrotnie niższe było natężenie zgonów w województwie lubelskim.

Rycina 31 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu raka jelita grubego ogółem w latach 1991, 1999-2001 według województw

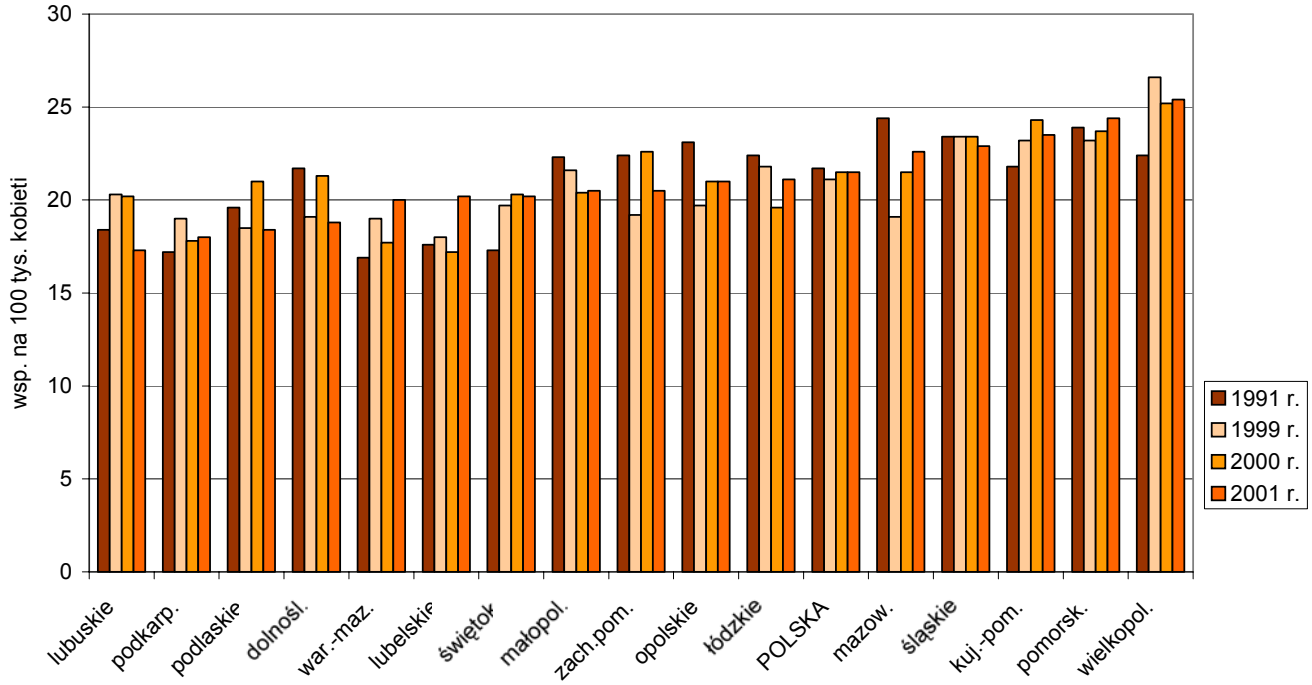


Rak piersi

W latach 1999-2001 rak piersi najbardziej zagrażał życiu mieszkanek województwa wielkopolskiego. Natomiast w całym okresie 1991-2001 do województw o najwyższym zagrożeniu życia kobiet tym nowotworem zaliczały się województwa pomorskie i śląskie.

O ile w Polsce w całym rozpatrywanym okresie wartość współczynników zgonów nie zmieniła się, to w poszczególnych województwach dały się zaobserwować ich znaczne zmiany. W ostatnich latach, po wyraźnym spadku przed rokiem 1999, systematycznie wzrasta natężenie zgonów w województwie mazowieckim (ryc.32).

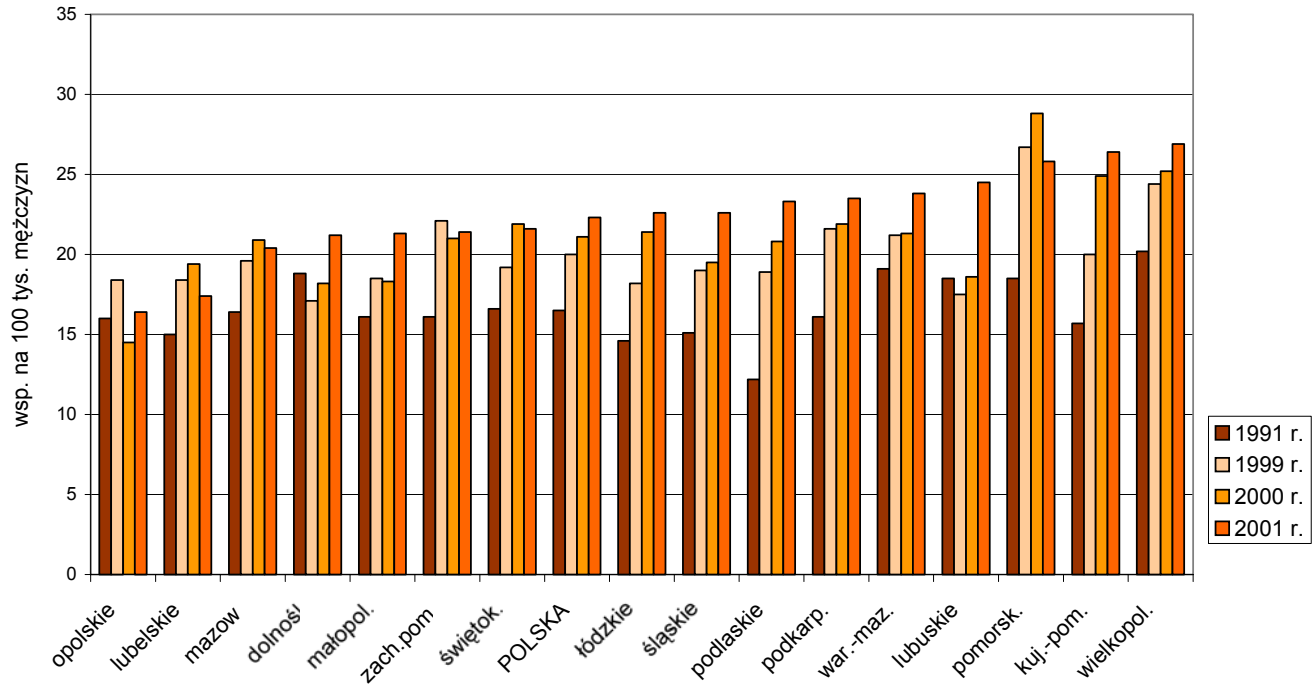
Rycina 32 Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu raka piersi w latach 1991, 1999-2001 według województw



Rak gruczołu krokowego

Obserwuje się rosnące zagrożenie życia mężczyzn nowotworem złośliwym gruczołu krokowego (prostaty) (ryc. 33). W okresie 1991-2001 natężenie zgonów spowodowanych tym nowotworem wzrosło przeciętnie w Polsce o 35% natomiast w województwie podlaskim wzrost wynosił aż 91% a w województwie kujawsko-pomorskim 68%. Najwyższe natężenie zgonów mężczyzn z powodu raka prostaty zarówno w roku 2001 jak i 2000 występowało w województwach pomorskim, wielkopolskim i kujawsko-pomorskim.

Rycina 33 Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu raka prostaty w latach 1991, 1999-2001 według województw

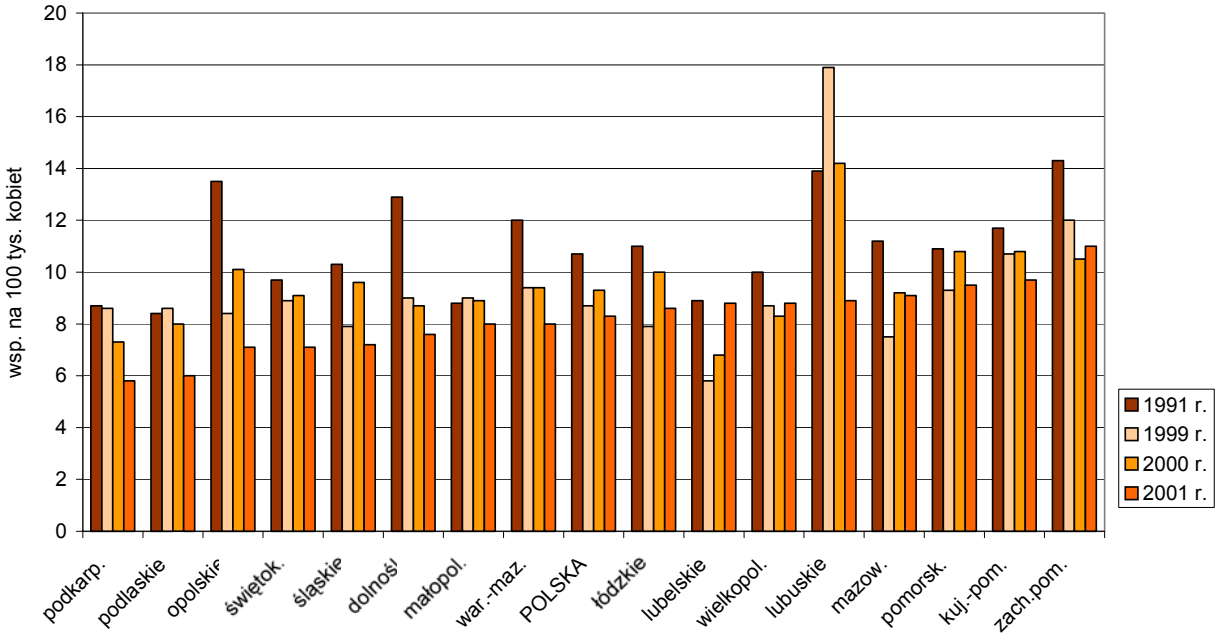


Rak szyjki macicy

Zdecydowanie największe zagrożenie życia kobiet z powodu raka szyjki macicy przed 2001 r. występowało w województwie lubuskim, gdzie współczynnik zgonów w 2000 r. przewyższał poziom ogólnopolski o ponad 50%, a rok wcześniej ponad 100 % (ryc.34). W roku 2001 nastąpił duży spadek umieralności w tym województwie. Obecnie zgony kobiet z powodu raka szyjki macicy największy problem stanowią w województwach zachodniopomorskim,

kujawsko-pomorskim i pomorskim. Stosunkowo najlepsza sytuacja występuje w województwach podkarpackim i podlaskim. Niepokojącym sygnałem jest wzrost współczynników zgonów w latach 1999-2001 w województwie lubelskim.

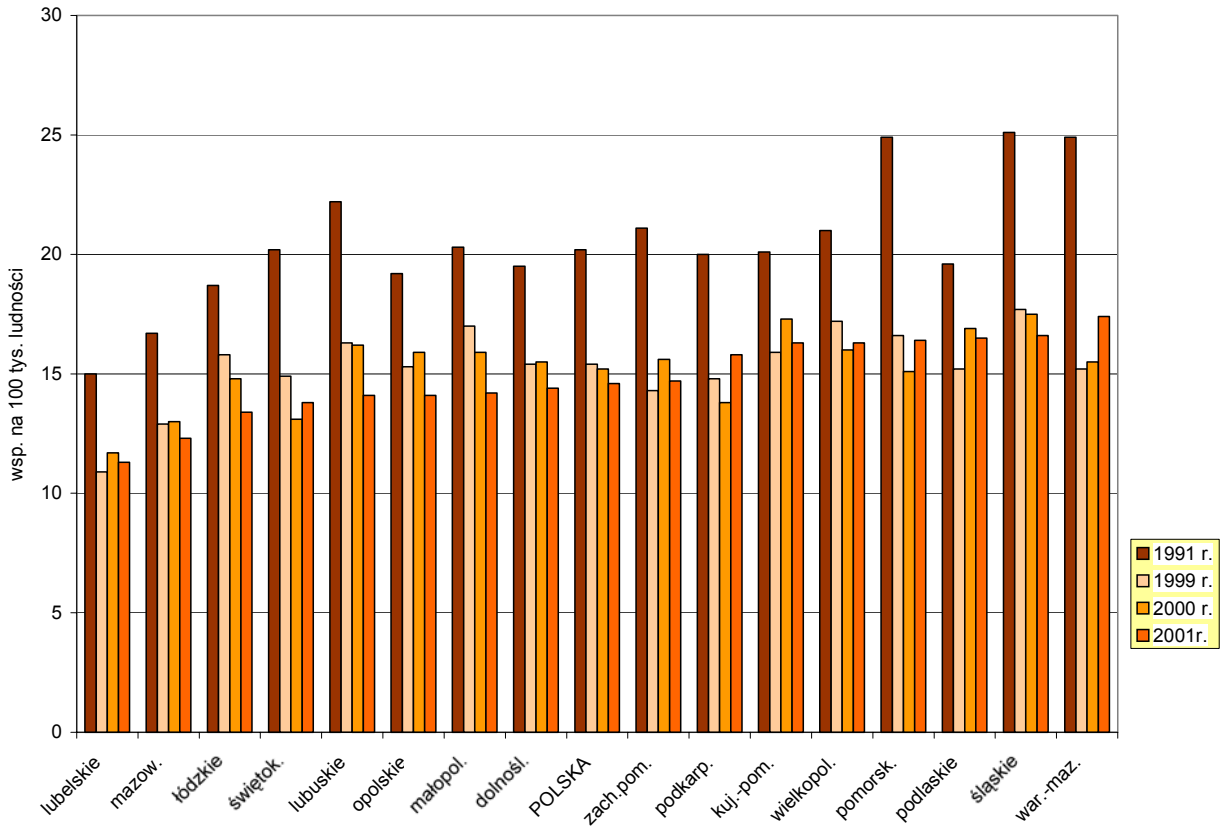
Rycina 34 Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu raka szyjki macicy w latach 1991, 1999-2001 według województw



Rak żołądka

W okresie 1991-2001 natężenie zgonów w powodu raka żołądka zmniejszyło się w Polsce średnio o 25%, w województwie lubuskim o 36%, a w województwie podlaskim o 16% (ryc. 35). W roku 2001 nastąpił dosyć wyraźny wzrost umieralności w województwach podkarpackim i warmińsko-mazurskim. W tym ostatnim województwie natężenie zgonów w 2001 r. było najwyższe. W poprzednich latach rak żołądka najbardziej zagrażał życiu mieszkańców województwa śląskiego, natomiast w całym okresie 1991-2001 najmniej zagrażał on życiu mieszkańców województwa lubelskiego.

Rycina 35 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu raka żołądka w latach 1991, 1999-2001 według województw



2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów

Przyczyny zewnętrzne są trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów. W 2001 r. z ich powodu straciło życie 25 043 osób, tzn. 64,8 na każde 100 tys. ludności (tab. 14 – str.72 i tab.15 – str. 73). Gdyby w Polsce w roku 2001 natężenie umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn w poszczególnych grupach wieku było takie samo jak przeciętne w krajach Unii Europejskiej to zmarłoby w naszym kraju o około 10 tys. osób mniej.

Po 1991 roku natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych wykazuje trend spadkowy. Zewnętrzne przyczyny zgonów są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet. W roku 2001 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 3,6 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet. Jednak zarówno wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 lat jak i kobiet poniżej 35 lat przyczyny zewnętrzne zgonów stanowiły największe zagrożenie ich życia (tab. 16 – str. 74, ryc.21 i 22).

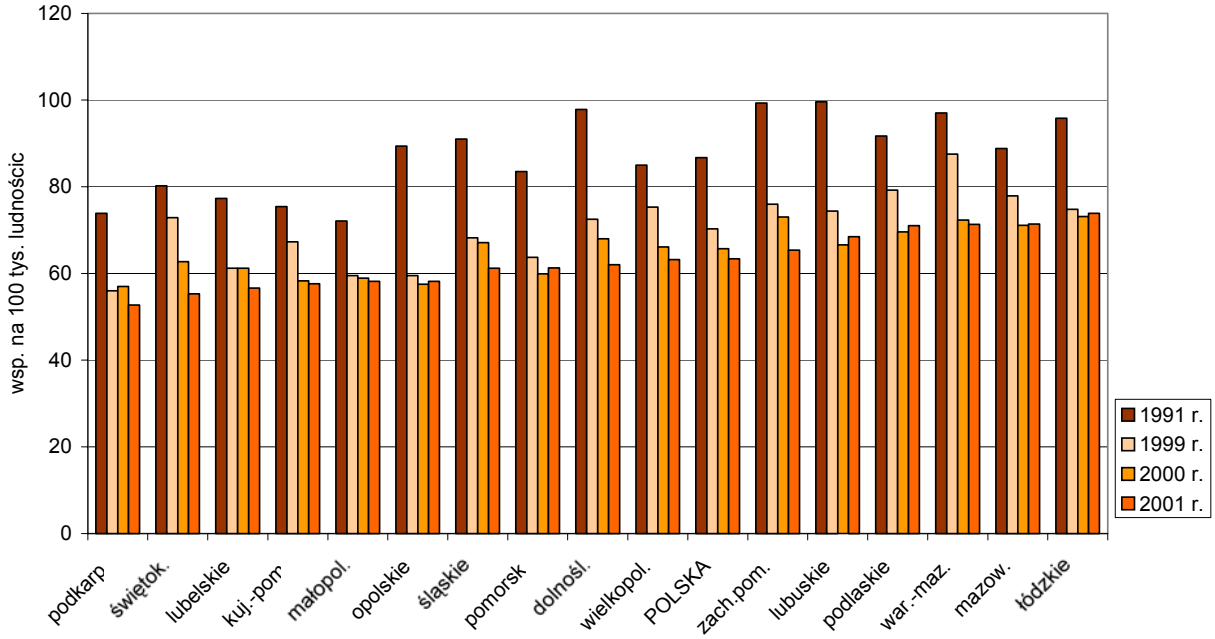
Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów należy zwrócić uwagę na wypadki komunikacyjne, z powodu których w 2001 r. zmarło 6 295 osób oraz na samobójstwa, w wyniku których straciło życie 5 855 osób. Natężenie zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych w 2001 r. uległo dosyć wyraźnemu obniżeniu, natomiast w przypadku samobójstw sytuacja praktycznie nie zmieniła się (tab. 15- str. 73). W wypadkach komunikacyjnych w 2001 r. zginęła prawie jednakowa liczba użytkowników samochodów (2 278 osób) oraz pieszych (2 153 osoby). Liczba zabitych rowerzystów wyniosła 551 osób, a użytkowników motocykli - 185 osób. Zagrożenie życia osób pieszych i rowerzystów w wyniku wypadków drogowych w Polsce należy do najwyższych w Europie. Jak wynika z danych OECD[8] w 2000 r. współczynniki zgonów osób pieszych i rowerzystów w wypadkach drogowych w Polsce wynosiły odpowiednio 5,8 i 1,8 na każde 100 tys. ludności podczas gdy w Austrii odpowiednio 1,7 i 0,8, w Belgii 1,4 i 1,3, w Czechach 3,5 i 1,5, w Danii 1,9 i 1,1, we Francji 1,4 i 0,5, w Holandii 0,7 i 1,2, w Niemczech 1,2 i 0,8; w Szwecji 0,8 i 0,5, w Szwajcarii 1,8 i 0,7, na Węgrzech 3,4 i 1,8 i w Wielkiej Brytanii 1,5 i 0,8.

Trzecią, co do częstości grupą zewnętrznych przyczyn zgonów są upadki, odpowiedzialne w 2001 r. za śmierć 3 928 osób. Na podkreślenie zasługuje fakt, że wśród osób starszych w wieku powyżej 65 lat upadki są najczęstszą zewnętrzną przyczyną zgonów (44,5% zgonów z przyczyn zewnętrznych, a w wieku powyżej 80 lat nawet 69%).
Przyczyny zewnętrzne zgonów są większym zagrożeniem życia mieszkańców wsi niż miast. Natomiast, jeżeli chodzi o wypadki komunikacyjne i samobójstwa to natężenie zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet było wyższe na wsi (Tabela 14– str.75 i Tabela 15– str.76).

Zagrożenie życia spowodowane ogółem zewnętrznych przyczyn zgonów w 2001 r. wykazywało stosunkowo małe zróżnicowanie międzywojewódzkie – najwyższe natężenie zgonów było w województwie łódzkim (podobnie jak rok wcześniej), a o 29% było niższe w najlepszym pod tym względem województwie podkarpackim (ryc. 36). We wszystkich województwach poziom umieralności wyraźnie obniżył się w stosunku do 1991 r. przy czym największy spadek, o około 35%, miał miejsce w województwach opolskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim.

[8] International Road Traffic and Accident Database, Issue: April 2002

Rycina 36 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych w latach 1991, 1999-2001 według województw

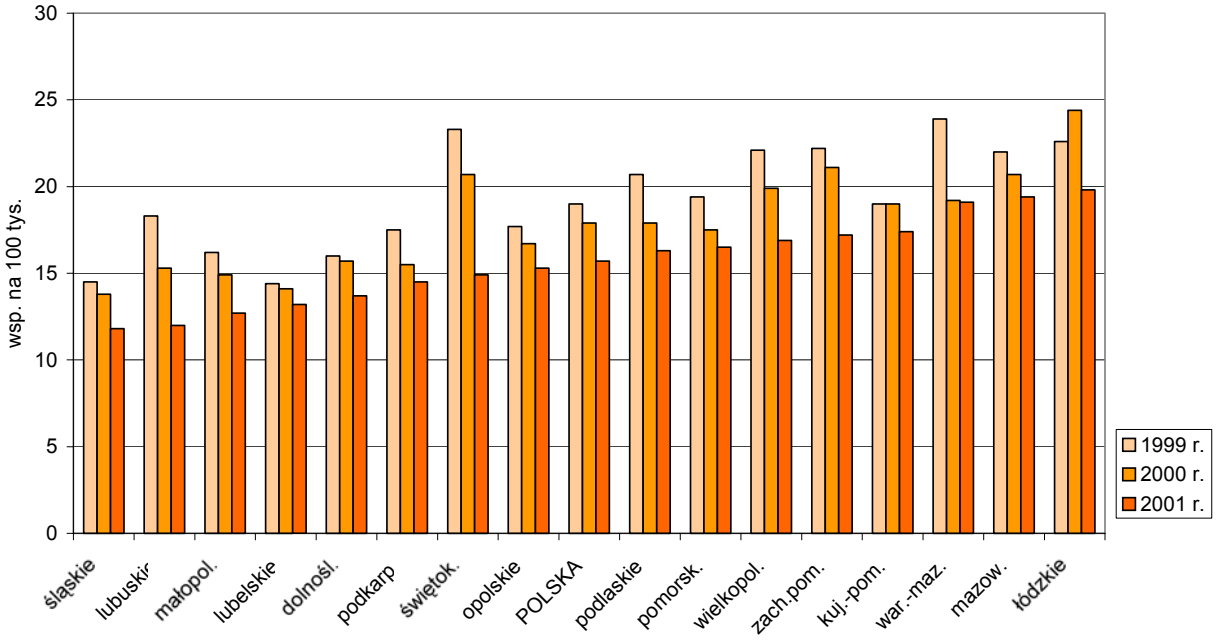


Wypadki komunikacyjne

Wypadki komunikacyjne w ostatnich latach najbardziej zagrażały życiu mieszkańców województwa łódzkiego gdzie natężenie zgonów w roku 2001 było o 25% wyższe od poziomu ogólnopolskiego a o ponad 66% od poziomu w najlepszym pod tym względem województwie śląskim (ryc. 37). W ostatnich trzech latach poziom zgonów spowodowanych wypadkami zdecydowanie się obniżył. Największej poprawie uległa sytuacja w województwach świętokrzyskim i lubuskim. Około 90% zgonów w wypadkach komunikacyjnych wynika z wypadków drogowych. Najbardziej dramatyczne skutki mają wypadki drogowe w województwie lubuskim gdzie na każdych 1000 osób rannych przypadało 136 osób zabitych w 2001 r. i 156 w 2000 r. Natomiast w województwie małopolskim gdzie sytuacja była pod tym względem najlepsza na 1000 osób rannych przypadało 57 osób zabitych (56 w 2000 r.)[9]

[9] dane Komendy Głównej Policji.

Rycina 37 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych w latach 1999- 2001 według województw

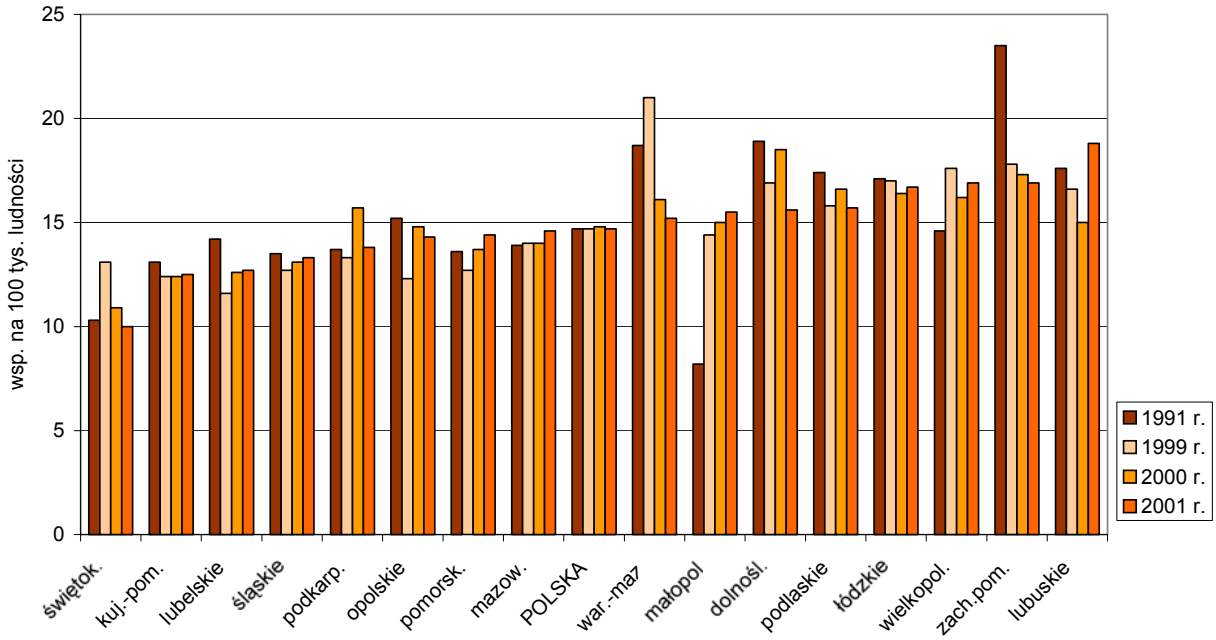


Samobójstwa

Natężenie zgonów z powodu samobójstw w 2001 r. było najwyższe w województwie lubuskim gdzie wystąpił wzrost zgonów w stosunku do poprzedniego roku (ryc.38). W okresie 1991-2001 wysokie natężenie zgonów obserwuje się w województwie zachodniopomorskim[10], łódzkim, podlaskim, dolnośląskim i warmińsko-mazurskim. Odnotować należy duży spadek umieralności po 1999 r. w województwie warmińsko-mazurskim. Z drugiej strony na uwagę zasługuje wyższy aż o ponad 80% poziom zgonów w województwie małopolskim w latach 1999-2001 w porównaniu z rokiem 1991. Sytuacja ta może wynikać z bardzo niskiej na początku lat 90-tych częstości zgonów z powodu samobójstw w dawnym województwie krakowskim.

[10] na początku lat 90-tych sytuacja była tu zdecydowanie najgorsza w porównaniu z innymi województwami a poprawa sytuacji jaka nastąpiła w latach 90-tych jest największa

Rycina 38 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu samobójstw w latach 1991, 1999-2001 według województw



2.9 Umieralność z powodu chorób układu oddechowego

W roku 2001 choroby układu oddechowego były przyczyną 15 758 zgonów tzn. na każde 100 tys. ludności zmarło z ich powodu 41 osób (Tabela 11– str.72 i Tabela 12– str. 73). Choroby układu oddechowego stanowią większe zagrożenie życia mężczyzn niż kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest ponad dwukrotnie wyższe niż wśród kobiet. Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet w wieku powyżej 65 lat choroby układu oddechowego są większym zagrożeniem życia niż przyczyny zewnętrzne zgonów (Tabela 13– str. 74).

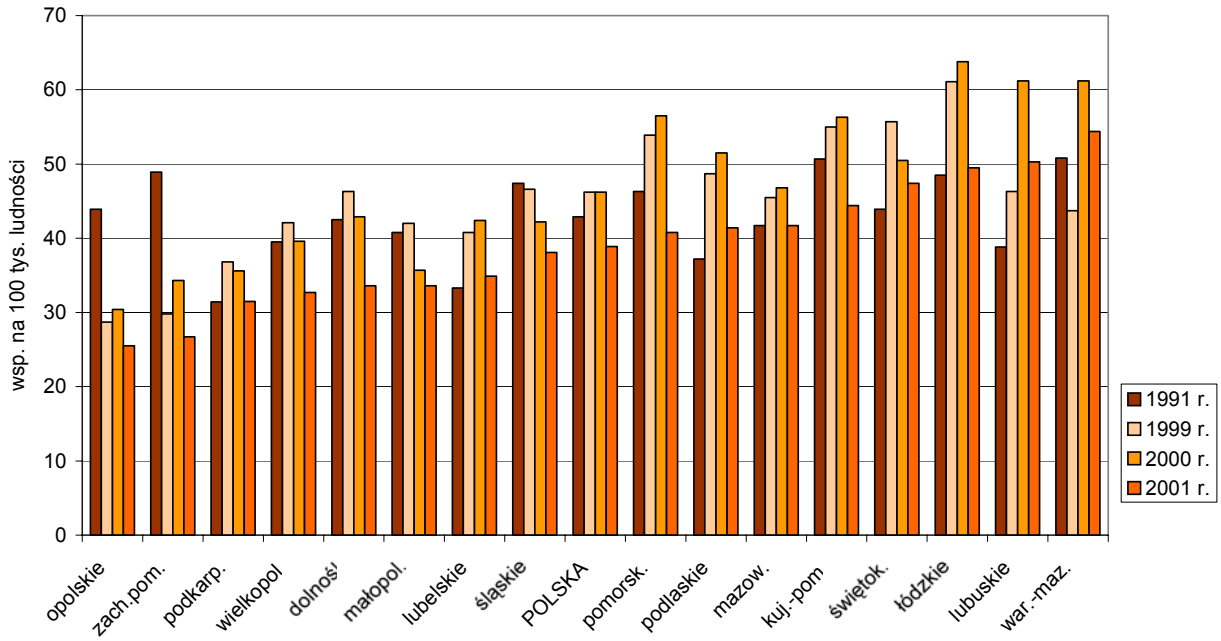
Wśród chorób układu oddechowego najważniejszymi przyczynami zgonów są:

- zapalenia płuc, z powodu których w 2001 r. zmarło 7 060 osób oraz
- przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, z powodu których zmarło 6 925 osób.

Natężenie zgonów z powodu obu tych grup chorób w 2001 r. zmniejszyło się w porównaniu z rokiem 2000 (Tabela 12– str. 73).

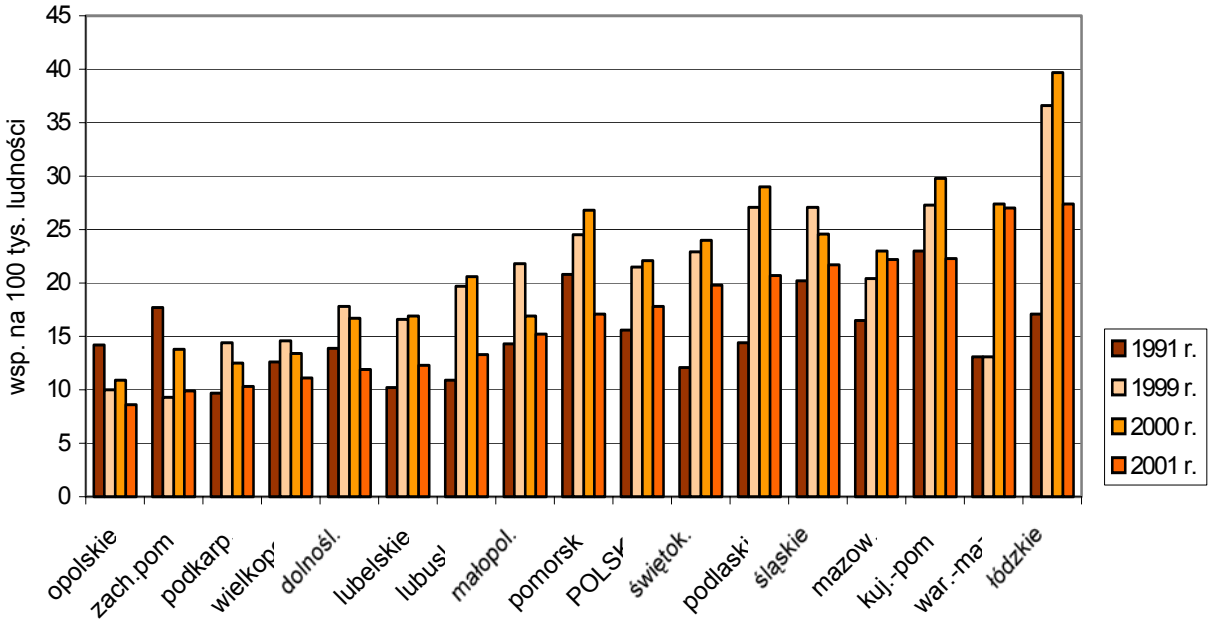
Choroby układu oddechowego stanowią większe zagrożenie życia mieszkańców wsi niż miast (Tabela 14– str.75 i Tabela 15– str.76). Umieralność z powodu zapalenia płuc jest większa wśród mieszkańców miast niż wsi. Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych w znacznie większym stopniu zagrażają życiu mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach, zaś w przypadku kobiet różnica jest wyraźnie mniejsza ale też na niekorzyść mieszkanek wsi. Zagrożenie życia spowodowane chorobami układu oddechowego ogółem wykazuje stosunkowo duże zróżnicowanie międzywojewódzkie oraz znaczne różnice w wielkości zmian w czasie w poszczególnych województwach (ryc. 39). Najwyższe natężenie zgonów w 2001 r. było w województwach warmińsko-mazurskim, lubuskim i łódzkim. Również rok wcześniej poziom umieralności w tych województwach był najwyższy. Natomiast o połowę niższe było natężenie zgonów w województwie opolskim. W porównaniu z sytuacją sprzed roku poziom umieralności najbardziej (o ponad 25%) obniżył się w województwie pomorskim a ponadto, o około 20%, w województwach łódzkim, zachodniopomorskim i kujawsko-pomorskim.

Rycina 39 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego w latach 1991, 1999- 2001 według województw



Międzywojewódzkie zróżnicowanie umieralności spowodowanej zapaleniem płuc jest duże (ryc. 40).

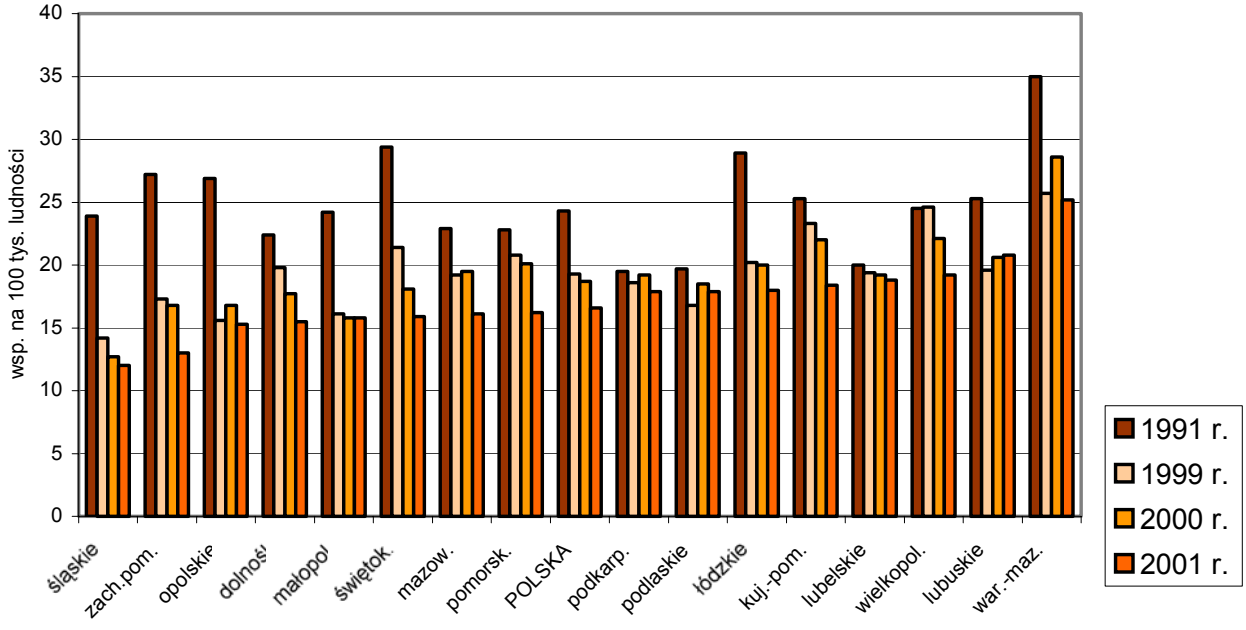
Rycina 40 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc w latach 1991, 1999 - 2001 według województw



W latach 1999 i 2000 zdecydowanie najwyższa umieralność była w województwie łódzkim, w 2001 r. uległa ona znacznemu zmniejszeniu ale nadal zagrożenie życia spowodowane zapaleniem płuc było w tym województwie najwyższe. W tym samym czasie w województwie opolskim natężenie zgonów było 3-krotnie niższe. W województwie warmińsko-mazurskim w 2000 r. miał miejsce dwukrotny wzrost poziomu umieralności w stosunku do 1999 r. i poziom ten utrzymał się w 2001 r.

Zagrożenie życia spowodowane przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych zarówno w latach 1999-2001 jak i na początku lat 90-tych było największe w województwie warmińsko-mazurskim. Natomiast najbardziej korzystna sytuacja w ostatnich latach była w województwie śląskim gdzie poziom umieralności był dwukrotnie niższy (ryc.41). Swoją najlepszą sytuację województwa śląskie i zachodniopomorskie zawdzięczają największemu spadkowi współczynników zgonów w latach 90-tych.

Rycina 41 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych w latach 1991, 1999-2001 według województw



2.10.Umieralność z powodu chorób układu trawiennego

W roku 2001 choroby układu trawiennego były przyczyną 14 556 zgonów tzn. na każde 100 tys. osób zmarło z ich powodu 38 osób. W porównaniu z rokiem 2000 liczba zgonów praktycznie pozostała bez zmian (była niższa o 97). Na prawie jednakowym poziomie pozostały też rzeczywiste i standaryzowane współczynniki zgonów (Tabela 11– str.72 i Tabela 12– str. 73). Wprawdzie ogólny poziom umieralności z powodu tych chorób był niższy niż z powodu chorób układu oddechowego ale w grupie wiekowej 20-64 lat, a to choroby układu trawiennego są częstszą przyczyną zgonów (Tabela 13– str. 74, ryc. 21 i 22).

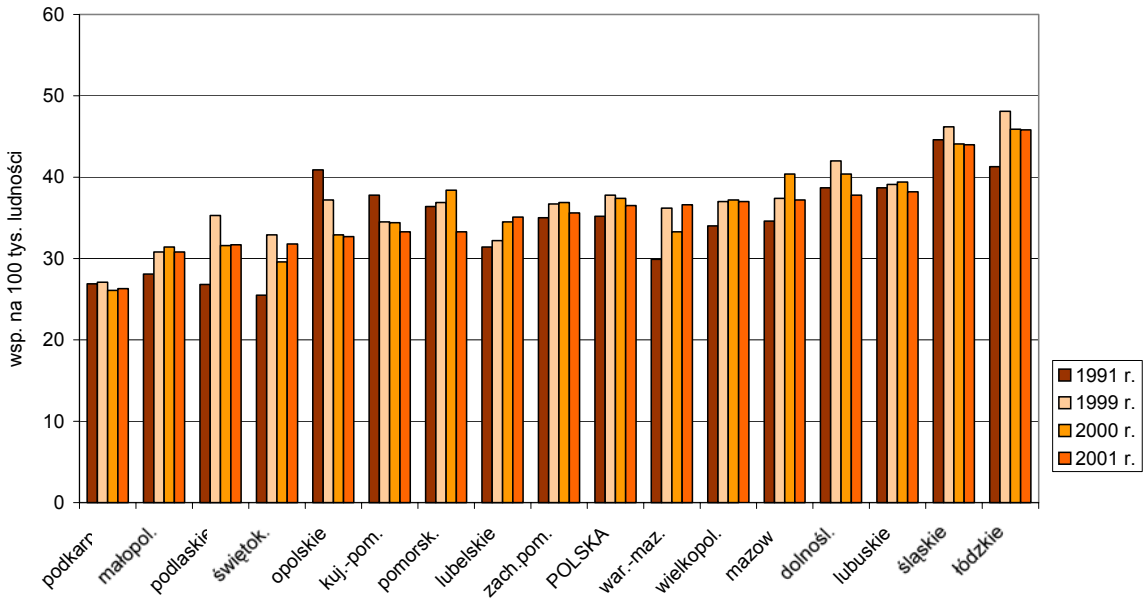
Choroby układu trawiennego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest dwukrotnie wyższe niż wśród kobiet.

Wśród chorób układu trawiennego najważniejszą grupą przyczyn zgonów są choroby wątroby, z powodu których w 2001 r. zmarło 5 555 osób. Natężenie zgonów z powodu tych chorób w 2001 r. było nieznacznie niższe niż w 2000 r. (Tabela 12– str. 73).

Choroby układu trawiennego ogółem są znacznie większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi i to zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet (Tabela 14– str.75 i Tabela 15– str.76). Jeszcze większa różnica na niekorzyść mieszkańców miast występuje w przypadku chorób wątroby.

Zagrożenie życia chorobami układu trawiennego w latach 1999-2001, ale także na początku lat 90-tych, było najwyższe w województwach łódzkim i śląskim. Najbardziej korzystna sytuacja występowała w województwie podkarpackim (ryc.42). W porównaniu z poziomem umieralności w 1991 r. natężenie zgonów w 2001 r. w skali kraju było nieznacznie wyższe natomiast w poszczególnych województwach sytuacja wyglądała różnie. Z jednej strony w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim natężenie zgonów wzrosło o ponad 20% , a z drugiej - w województwie opolskim zmniejszyło się o 20%.

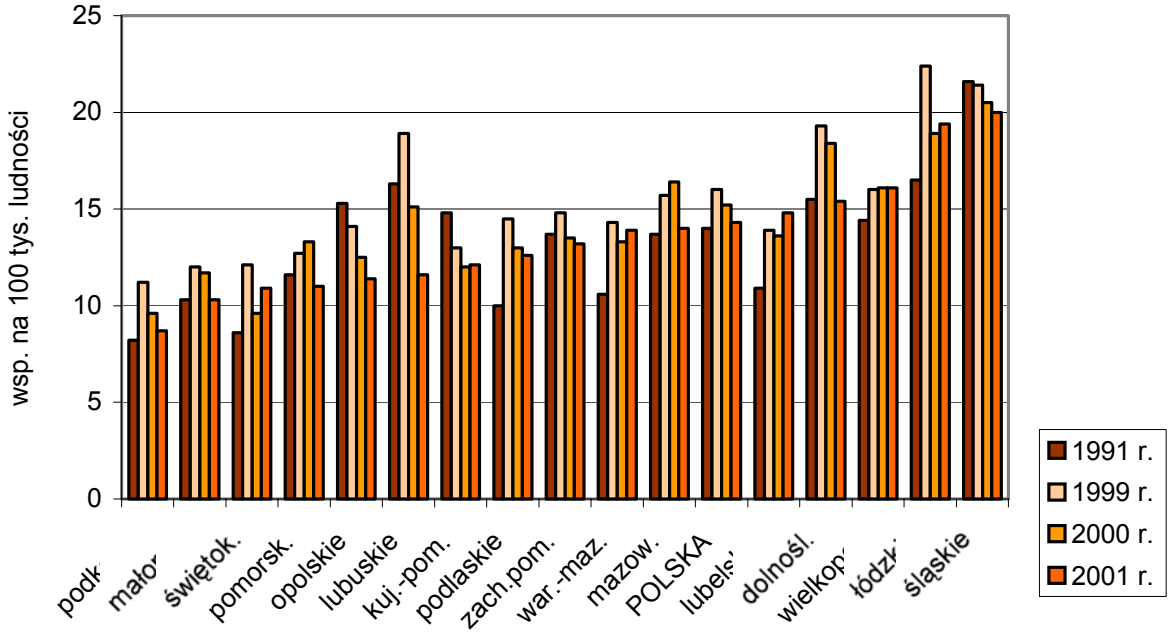
Rycina 42 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego w latach 1991,1999-2001 według województw



Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie natężenia zgonów z powodu chorób wątroby (ryc. 43). W 1991 r. zdecydowanie najgorsza sytuacja istniała w województwie śląskim, natomiast w latach 1999-2001 różnica między tym województwem, a następnym w kolejności województwie łódzkim zmniejszyła. Aktualnie sytuacja w tych dwóch województwach jest najgorsza w kraju. Natomiast najmniejsze zagrożenie życia chorobami

wątroby utrzymuje się w województwie podkarpackim – jest ono ponad dwukrotnie mniejsze niż w województwie śląskim.

Rycina 43 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób wątroby w latach 1991, 1999-2001 według województw



2.11 Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych

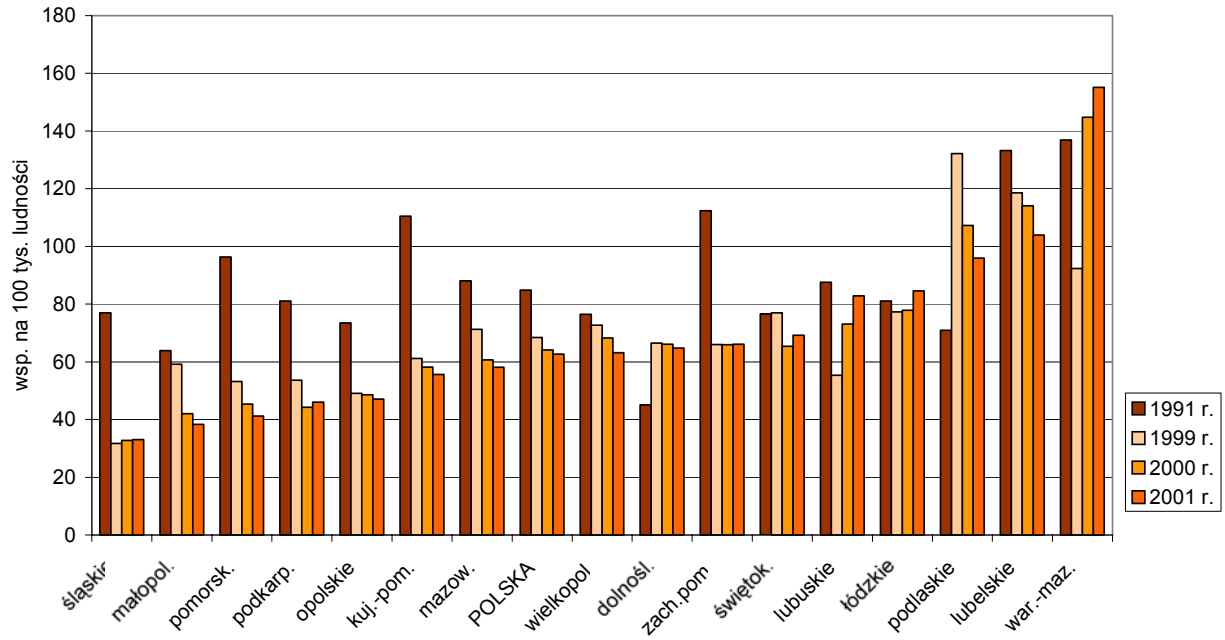
Na koniec tej części diagnozy omówiono grupę przyczyn niedokładnie określonych.

W roku 2001 w przypadku 24 152 zmarłych (63 na 100 tys. ludności) przyczyna zgonu zawierała tylko opis objawów, odwoływała się do nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, była niedokładnie określona, lub wręcz nieznana. W porównaniu z rokiem 2000 liczba takich zgonów zmniejszyła się zaledwie o 230; współczynnik rzeczywisty zgonów praktycznie nie uległ zmianie a współczynnik standaryzowany obniżył się o 2,2%. Przyczyny te częściej występują w przypadku zgonów mężczyzn niż kobiet oraz częściej w przypadku mieszkańców wsi niż miast.

Na szczególną uwagę zasługuje niepokojąca sytuacja w przypadku wojewódzkiego zróżnicowania zgonów, których przyczyny są niedokładnie określone bądź nieznane. Zróżnicowanie to jest bardzo duże i różnica natężenia zgonów

w województwach skrajnych jest blisko pięciokrotna (ryc.44). Tak znaczne różnice w częstości zgonów z powodu przyczyn nieznanych i niedokładnie określonych mogą świadczyć o występujących w województwach różnicach w rozpoznawaniu przyczyn zgonów i najprawdopodobniej niedorejestrowaniu pewnych rozpoznań tam gdzie występują znaczne nadwyżki stanów niedokładnie określonych. Na podkreślenie zasługuje bardzo zła sytuacja w województwie warmińsko-mazurskim, a ponadto w lubelskim i podlaskim. Z drugiej strony zdecydowanie najniższy poziom zgonów z powodu tych przyczyn w latach 1999-2001 był w województwie śląskim. W porównaniu z rokiem 1991 ogólnopolski współczynnik zgonów z powodu tych przyczyn zmniejszył się o 24%, przy czym w województwach śląskim i pomorskim spadek wyniósł 57%. Tymczasem w województwie warmińsko-mazurskim sytuacja nieznacznie pogorszyła się, a w województwie dolnośląskim współczynnik w 2001 r. był wyższy o 44% niż 10 lat wcześniej (wyraźny wzrost współczynników obserwuje się również w województwie podlaskim).

Rycina 44 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych i nieznanych w latach 1991,1999- 2001 według województw



2.12. Umieralność niemowląt

W 2001 r. zmarło w Polsce 2 823 dzieci poniżej pierwszego roku życia (niemowląt). Współczynnik umieralności niemowląt wynosił 7,7 na 1000 urodzeń żywych (Tabela 7).

Połowa (51%) wszystkich zgonów niemowląt nastąpiła w pierwszym tygodniu życia natomiast w wieku powyżej czterech tygodni życia a przed ukończeniem pierwszego roku życia zmarło 849 niemowląt (30% ogółu). W stosunku do roku poprzedniego współczynnik umieralności obniżył się o 5,4%, czyli na każde 100 tys. urodzeń żywych zmarło o 44 niemowląt mniej niż w 2000 r. Poprawa sytuacji nastąpiła w młodszych grupach wieku niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia oraz w okresie postneonatalnym tzn. w wieku powyżej 4 tygodnia życia.

Tabela 7 Zgony niemowląt według wieku w wybranych latach w okresie 1970-2001

Lata	Ogółem	Wiek w ukończonych dniach				
		0-27				28-365
		razem	0-6		7-27	
			razem	0		
	liczba	%				
1970	19 958	62.8	48.2	28.4	14.6	37.2
1975	18 610	68.9	55.7	31.1	13.2	31.1
1980	17 700	68.9	57.6	33.3	11.3	31.1
1985	15 052	75.5	63.7	35.2	11.8	24.5
1990	10 640	77.3	63.9	35.8	13.4	22.7
1991	9 942	76.8	64.0	36.4	12.8	23.2
1995	5 891	74.0	59.2	34.7	14.9	26.0
1996	5 228	72.8	56.9	32.8	15.9	27.2
1998	3 371	72.6	54.4	30.5	18.8	27.4
1999	3 381	71.6	53.0	30.5	18.6	28.3
2000	3 068	69.0	51.0	29.4	18.0	31.0
2001	2 823	69.9	51.0	29.2	19.0	30.1
	na 1000 żywych urodzeń					
1970	36.7	23.0	17.7	10.4	5.4	13.6
1975	29.0	20.0	16.2	9.0	3.8	9.0
1980	25.5	17.6	14.7	8.5	2.9	7.9
1985	22.0	16.6	14.0	7.8	2.6	5.4
1990	19.3	14.9	12.4	6.9	2.6	4.4
1991	18.2	13.9	11.6	6.6	2.3	4.2
1995	13.6	10.1	8.0	4.7	2.0	3.5
1996	12.2	8.9	6.9	4.0	1.9	3.3
1998	9.5	6.9	5.2	2.9	1.7	2.6
1999	8.9	6.3	4.7	2.7	1.6	2.5
2000	8.1	5.6	4.1	2.4	1.5	2.5
2001	7.7	5.4	3.9	2.2	1.5	2.3

Mała masa urodzeniowa jest jednym z głównych czynników ryzyka umieralności niemowląt.

Na tę grupę noworodków, która w 2001 r. stanowiła zaledwie 5,9% wszystkich żywo urodzonych noworodków przypada aż 64% zgonów w okresie niemowlęcym, a współczynnik umieralności niemowląt ważących przy urodzeniu poniżej 2500 g był 28-krotnie większy niż współczynnik umieralności niemowląt, które ważyły więcej (

Tabela 8).

Tabela 8 Zgony niemowląt według wagi przy urodzeniu w wybranych latach w okresie 1975-2001

Lata	Poniżej 2500 g[1]		2500 g i więcej[2]	
	procent zgonów[3]	zgony na 1000 urodzeń żywych	procent zgonów[3]	zgony na 1000 urodzeń żywych
1975	58.1	222.3	39.7	12.5
1980	60.3	192.1	38.8	10.7
1985	62.3	169.1	36.8	8.8
1990	65.7	153.1	33.5	7.1
1991	65.4	142.8	33.4	6.6
1995	63.6	129.7	35.3	5.2
1996	65.1	123.5	34.1	4.5
1998	63.3	97.8	34.3	3.5
1999	62.6	93.1	36.0	3.4
2000	61.4	87.1	37.6	3.2
2001	63.8	83.1	35.9	2.9

[1]2500g i poniżej do 1993 r.
[2]2501g i więcej do 1993 r.
[3]Procenty mogą nie sumować się do 100 ze względu na braki informacji o wadze urodzeniowej

Blisko połowa (47,6%) zgonów niemowląt była spowodowana stanami chorobowymi noworodków rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, a 34% wadami rozwojowymi wrodzonymi (Tabela 9).

Tabela 9 Liczba i procent zgonów niemowląt z powodu wybranych przyczyn w 2001 r.

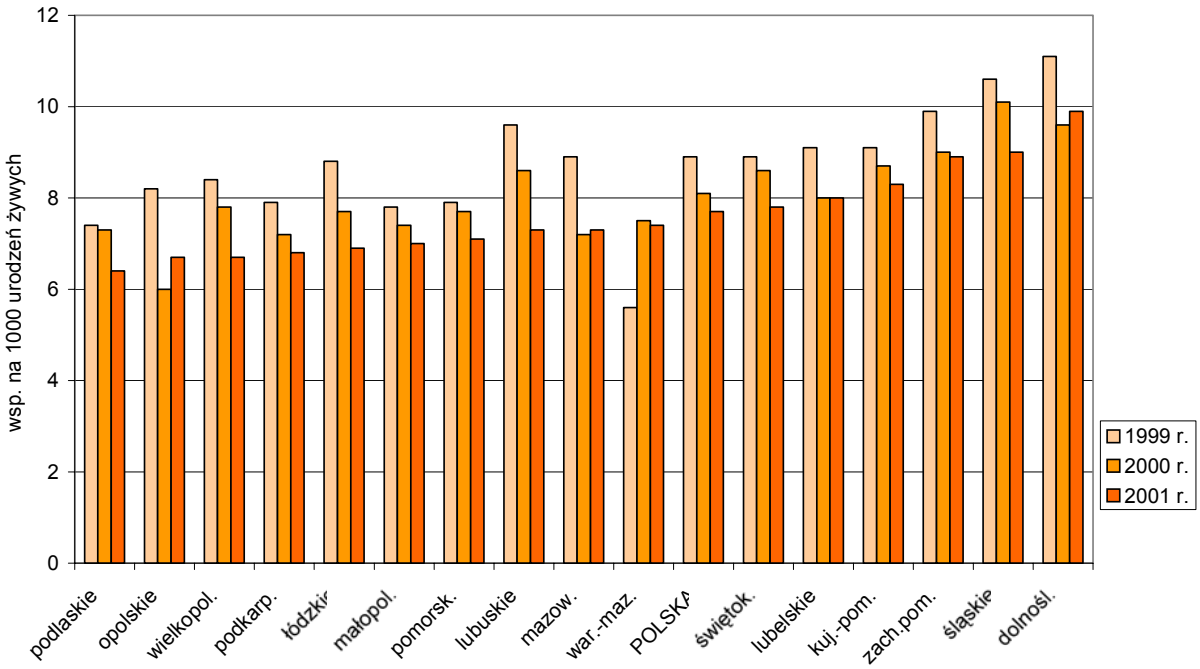
Przyczyny zgonu (ICD-10)	Liczba	Procent
Ogółem	2 823	**100.0**
Choroby zakaźne i pasożytnicze	82	**2.9**
Posocznice (A40-A41)	65	**2.3**
Zapalenie płuc (J12-J18)	64	**2.3**
Stany okresu okołoporodowego (P00-P96)	1 410	**49.9**
Wcześniactwo i niska urodzeniowa masa ciała (P07)	560	**19.8**
Uraz porodowy (P10-P15)	35	**1.2**
Zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe (P20-P29)	417	**14.8**
Posocznica bakteryjna noworodka (P36)	170	**6.0**
Wady rozwojowe wrodzone	955	**33.8**
Wady układu nerwowego (Q00-Q07)	141	**5.0**
Wady układu krążenia (Q20-Q28)	397	**14.1**
Zespół nagłej śmierci dziecka (R95)	43	**1.5**
Przyczyny niedokładnie określone i nieznane (R96-R99)	49	**1.7**
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	75	**2.7**

Główną przyczyną zgonów niemowląt powstającą w okresie okołoporodowym są zaburzenia związane ze skróconym trwaniem ciąży i niską masą urodzeniową.

Drugą przyczyną w tej grupie są zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe swoiste dla okresu okołoporodowego. Te dwie najczęstsze kategorie przyczyn są odpowiedzialne za ok. 70% zgonów spowodowanych stanami chorobowymi powstającymi w okresie okołoporodowym. Wśród przyczyn zgonów z powodu wrodzonych wad rozwojowych dominują wady układu krążenia odpowiedzialne za 40% zgonów zaś bezmózgowie, rozszczep kręgosłupa i inne wady układu nerwowego odpowiadają za 15% zgonów.

Wskaźnik umieralności niemowląt wykazuje dosyć duże zróżnicowanie między poszczególnymi województwami. W 2001 r. współczynniki wahały się od 6,4 zgonów na 1 000 urodzeń żywych w województwie podlaskim do 9,9 w województwie dolnośląskim (ryc. 45).

Rycina 45 Zgony niemowląt według województw w latach 1999-2001 (na 1000 urodzeń żywych)

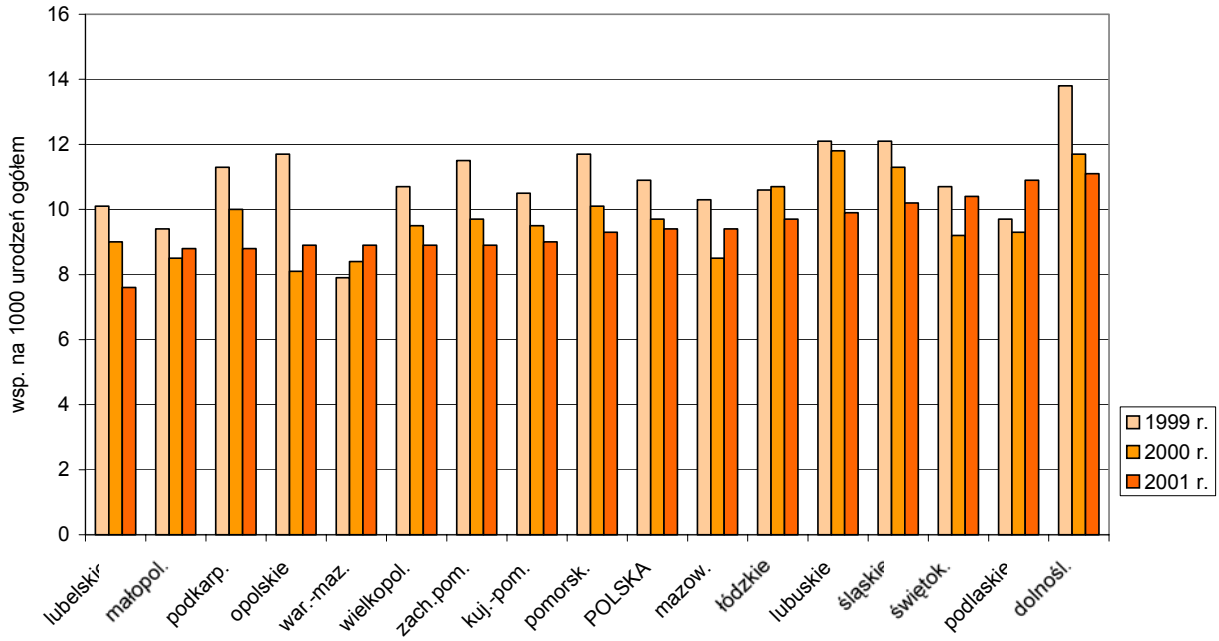


Umieralność niemowląt w województwach śląskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim należy w ostatnich latach do najwyższych w kraju. Tylko w trzech województwach: opolskim, dolnośląskim i mazowieckim poziom umieralności niemowląt w 2001 r. był wyższy niż w roku 2000. Najsilniej korzystne zmiany w umieralności niemowląt w latach 1999-2001 zaznaczyły się w województwach lubuskim, łódzkim i wielkopolskim. Natomiast w województwie warmińsko-mazurskim współczynniki umieralności niemowląt w 2000 r. i w 2001 r. były wyższe niż w 1999 r. Należy jednak wziąć pod uwagę, że współczynnik w tym województwie w 1999 r. należał do wyjątkowo niskich gdyż rok wcześniej (w 1998 r.) wynosił on 9,1.

Umieralność okołoporodowa, która obejmuje martwe urodzenia oraz zgony do szóstej doby życia włącznie, w roku 2001 była najwyższa w województwie dolnośląskim gdzie wynosiła 11,1 na 1000 urodzeń żywych i martwych a najniższa w województwie lubelskim – 7,6 na 1000 urodzeń (ryc. 46). W tym ostatnim województwie oraz w podkarpackim

i zachodniopomorskim obserwuje się największy systematyczny spadek współczynnika w latach 1999-2001. Natomiast poziom umieralności okołoporodowej w województwach warmińsko-mazurskim i podlaskim w tym samym okresie zwiększył się.

Rycina 46 Umieralność okołoporodowa według województw w latach 1999-2001 (na 1000 urodzeń żywych i martwych)



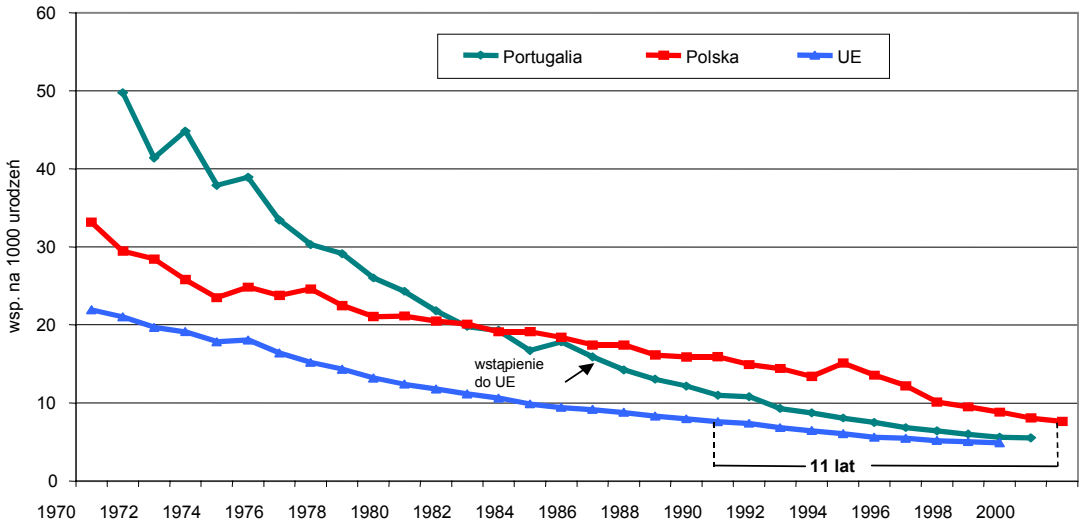
2.13. Przedwczesna umieralność w Polsce na tle sytuacji w Unii Europejskiej

Korzystając z mierników umieralności w krajach europejskich, opracowanych przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia[11], porównano poziom i tendencje zmian natężenia zgonów z powodu głównych grup chorób oraz wybranych szczegółowych rozpoznań w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w 15 krajach Unii Europejskiej (UE). Ze względu na duży problem jaki w Polsce stanowią zgony przedwczesne osób w wieku produkcyjnym, tzn. w wieku 25-64 lata, analizę porównawczą przeprowadzono właśnie dla tej grupy wieku, z wyróżnieniem na początku dzieci poniżej pierwszego roku. Przedstawione współczynniki zgonów (SWZ) są standaryzowane ze względu na wiek metodą bezpośrednią, a za standard przyjęta była tzw. europejska struktura populacji w wieku 25-64.

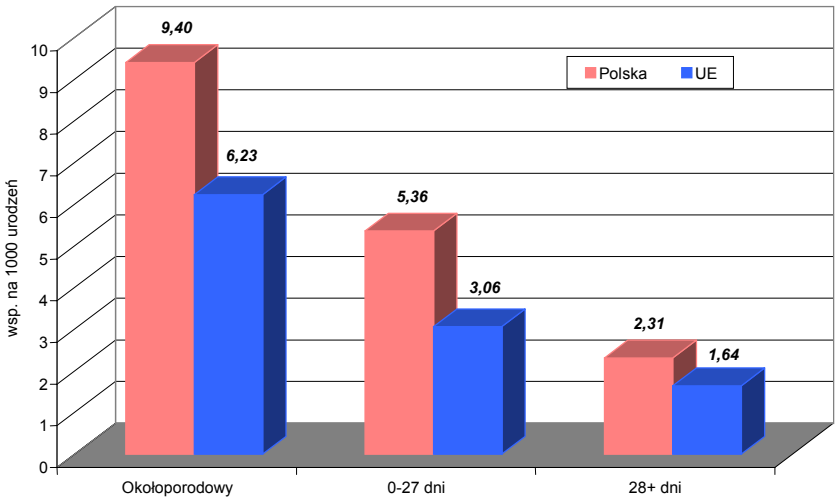
[11] baza danych HFA-M, styczeń 2003

Poziom umieralności niemowląt w naszym kraju od lat systematycznie obniża się, jednak tempo tych zmian dopiero ostatnio jest większe niż w UE i współczynnik zgonów niemowląt w Polsce w 2001 r. (7,67 na 1000 urodzeń żywych) wciąż jest znacznie wyższy (o 55%) od współczynnika w UE (w 1999 r. 4,94 na 1000 urodzeń żywych) (ryc.47). Obecny poziom umieralności niemowląt w Polsce występował w Unii Europejskiej 11 lat temu. Poziom umieralności w krajach UE z 1999 roku Polska osiągnęłaby za około 5 lat, jeżeli współczynniki zmniejszałyby się w takim tempie jakie występowało przeciętnie w latach 1994-2001. Ponieważ jednak po roku 1997 daje się zauważyć pewne spowolnienie tempa obniżania się współczynnika umieralności niemowląt, może to wydłużyć ten okres o około 2 lata. Warto zwrócić uwagę na niezwykłe tempo spadku umieralności niemowląt w Portugalii i to jeszcze przed przystąpieniem do UE (od 1986 r.).

Rycina 47 Umieralność niemowląt w Polsce i Unii Europejskiej, w tym w Portugalii, w latach 1970-2001 (na 1000 urodzeń żywych)



Rycina 48 Umieralność niemowląt w okresie okołoporodowym, w wieku 0-27 dni i powyżej 27 dni w Polsce i Unii Europejskiej (Polska - 2001, UE - 1999)



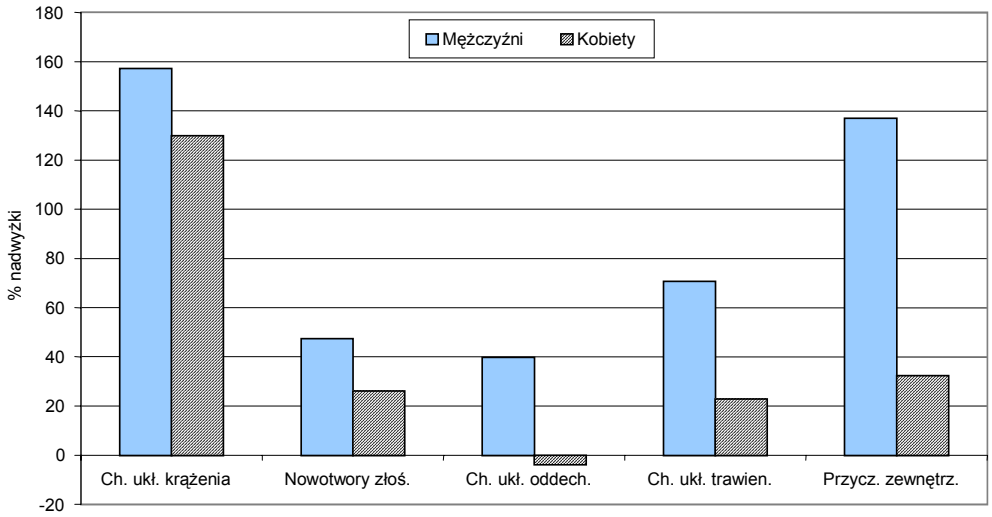
Najbardziej wyraźna różnica pomiędzy Polską i krajami UE występuje w przypadku zgonów niemowląt w okresie neonatalnym, tzn. w pierwszych czterech tygodniach życia oraz zgonów okołoporodowych obejmujących martwe urodzenia oraz zgony w pierwszym tygodniu życia. Poziom umieralności okołoporodowej w 2001 r. był w Polsce o 51% wyższy niż w UE w 1999 r. (ryc.48), gdzie już 15 lat wcześniej poziom tych zgonów był na naszym obecnym poziomie (w 1986 r. 9,38) [12]. W przypadku zgonów neonatalnych różnica jest jeszcze większa bo wynosi aż 75%. Jeżeli w najbliższych latach utrzyma się w Polsce tempo spadku współczynnika z lat 1994-2001 to średni poziom w UE w 1999 roku zostałby osiągnięty za 5 lat.

W roku 2001 zmarło w Polsce 72 tys. mężczyzn oraz 29 tys. kobiet w wieku 25-64. Liczba ta stanowiła 37% ogółu zmarłych mężczyzn i 17% zmarłych kobiet.

Główną przyczyną zgonów osób w wieku produkcyjnym, która jest znacznie większym zagrożeniem życia w Polsce niż w krajach UE są, zarówno dla mężczyzn jak i kobiet, choroby układu krążenia (ryc. 49).

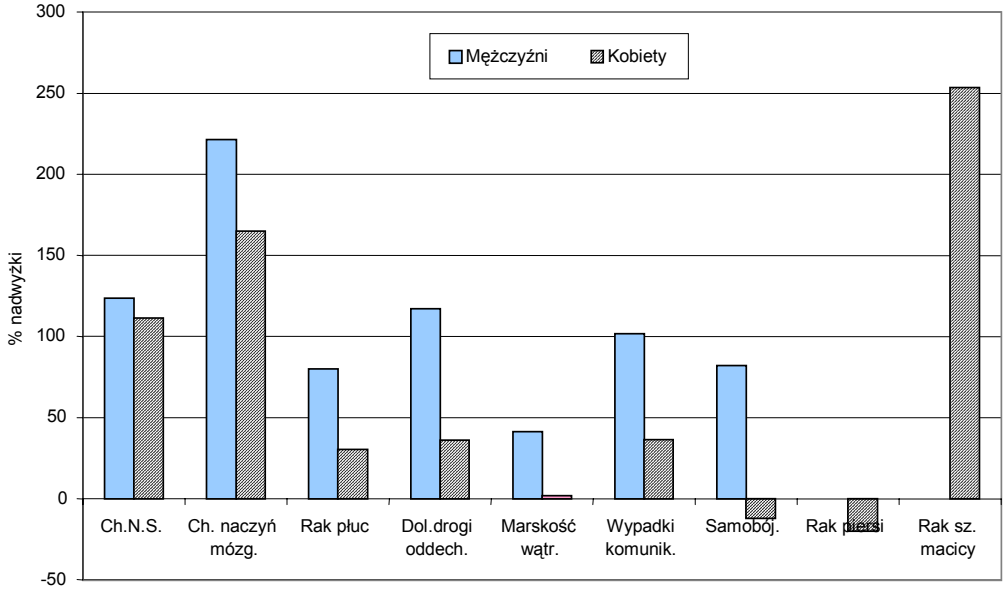
[12]Przy ocenianiu takich porównań należy uwzględnić fakt, że podany tutaj dla Polski współczynnik umieralności okołoporodowej liczony jest od 500g, a nie od 1 000g jak w przytoczonych danych dla Unii Europejskiej.

Rycina 49 Nadwyżka (w %) umieralności osób w wieku 25-64 lata w Polsce w stosunku do UE w głównych grupach przyczyn zgonów według płci w 1999 roku



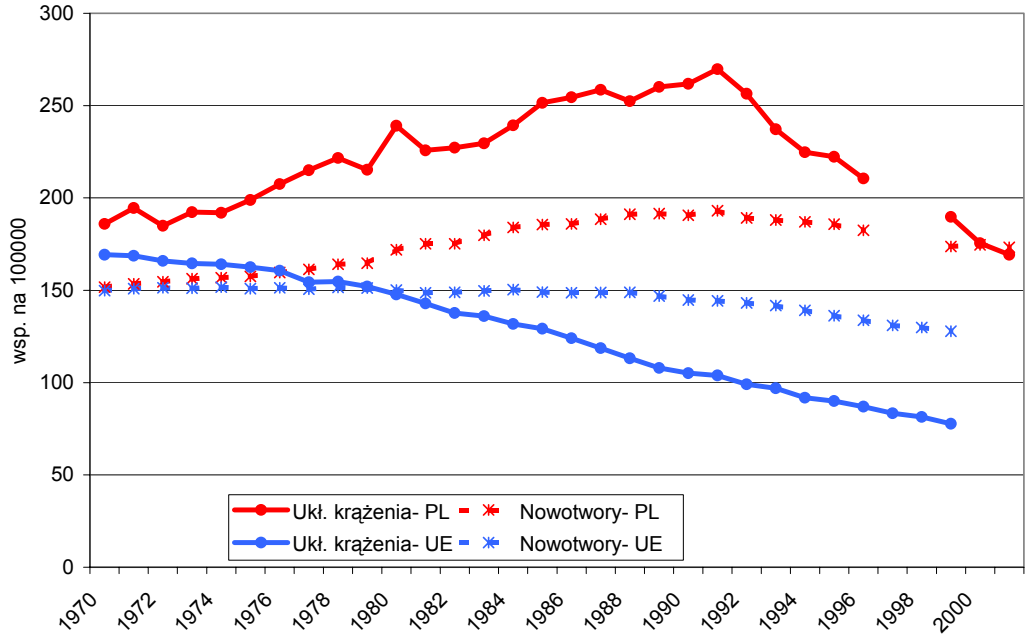
Poziom umieralności z powodu tych chorób jest w Polsce blisko 2,5-krotnie wyższy od przeciętnego w UE. Warto zwrócić uwagę, że ta niekorzystna sytuacja silniej zaznacza się w przypadku chorób naczyń mózgowych niż w przypadku choroby niedokrwiennej serca (ryc. 50).

Rycina 50 Nadwyżka (w %) umieralności osób w wieku 25-64 lata w Polsce w stosunku do UE w podgrupach przyczyn zgonów w 1999 roku



Ponadto, wśród mężczyzn niewiele mniejsza nadwyżka zgonów w stosunku do krajów UE niż dla chorób układu krążenia występuje w przypadku zewnętrznych przyczyn zgonów. Natomiast różnica pomiędzy Polską i UE w poziomie umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem jest wyraźnie mniejsza niż w przypadku chorób układu krążenia. Należy jednak podkreślić, że w przypadku raka szyjki macicy zagrożenie życia kobiet w Polsce jest 3,5-krotnie większe niż w krajach UE, podczas gdy zagrożenie życia z powodu raka piersi jest w naszym kraju mniejsze niż w krajach UE.

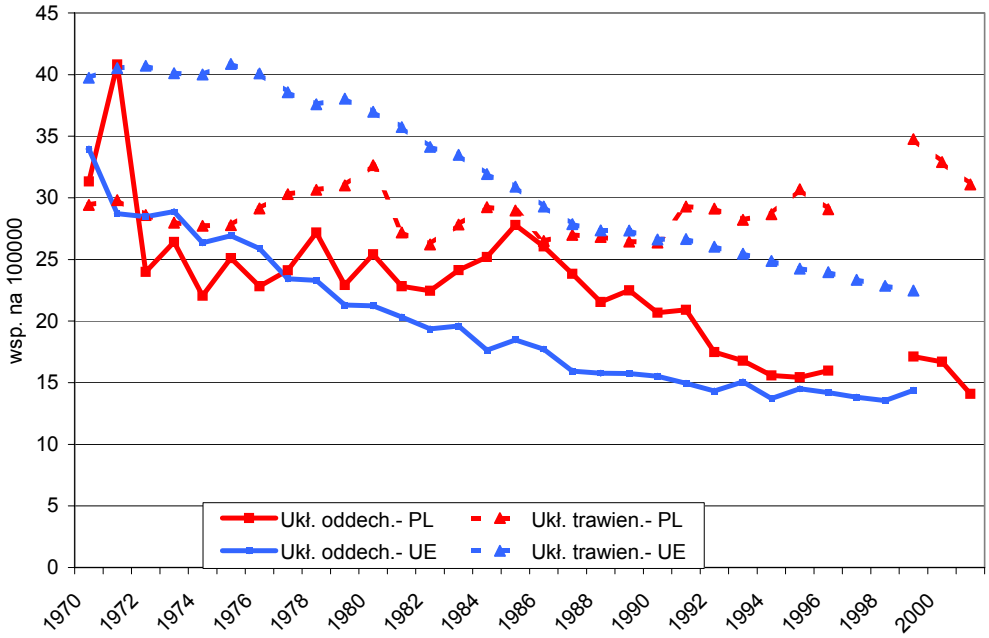
Rycina 51 Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku 25-64 lata z powodu chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych w Polsce i UE, 1970-2001



Obserwując dynamikę współczynników umieralności z powodu chorób układu krążenia i nowotworów w Polsce i UE w latach 1970-2001 (ryc. 51) należy zwrócić uwagę na fakt, że o ile w UE od początku lat 80-tych nowotwory są większym niż choroby układu krążenia zagrożeniem życia osób w wieku produkcyjnym, to w Polsce sytuacja ta wystąpiła dopiero w roku 2001. Ponieważ umieralność z powodu chorób układu krążenia wykazuje wyraźną tendencję spadkową przy znacznie wolniejszym spadku zgonów z powodu nowotworów można przyjąć, że w następnych latach nowotwory będą większym zagrożeniem życia mieszkańców Polski w wieku 25-64 lata niż choroby układu krążenia.

W porównaniu z krajami Unii Europejskiej sytuacja dotycząca chorób układu trawiennego jest niekorzystna. Natomiast w przypadku chorób układu oddechowego sytuacja istniejąca w Polsce jest porównywalna z sytuacją w UE (ryc. 52).

Rycina 52 Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku 25-64 lata z powodu chorób układu oddechowego i układu trawiennego w Polsce i UE, w latach 1970-2001



Od połowy lat 70-tych spadkowej tendencji umieralności z powodu chorób układu trawiennego w UE towarzyszył wzrostowy w latach 90-tych trend umieralności w Polsce (w 1999 r. współczynnik zgonów w naszym kraju był o 55% wyższy niż w UE). Od 1999 r. ta niekorzystna tendencja uległa odwróceniu. W przypadku chorób układu oddechowego nadwyżka umieralności w naszym kraju w stosunku do krajów UE była w ostatnich latach znacznie mniejsza, a współczynnik zgonów w 2001 r. jest na poziomie przeciętnym dla UE.

Próbując na zakończenie przedstawić w sposób syntetyczny sytuację zdrowotną mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym tzn. 25-64 lata w porównaniu z mieszkańcami Unii Europejskiej, możemy stwierdzić : (Tabela 10, str 70), że:

- W przypadku chorób układu krążenia ogółem sytuacja w Polsce jest z jednej strony niekorzystna gdyż poziom umieralności jest znacznie wyższy niż w krajach UE, ale z drugiej strony tempo spadku współczynnika zgonów jest w Polsce szybsze. Tym niemniej jeżeli tempo to utrzyma się na dotychczasowym poziomie potrzeba będzie aż 17 lat by osiągnąć obecny poziom umieralności w UE (oczywiście

w międzyczasie sytuacja w obecnych krajach członkowskich UE ulegnie najprawdopodobniej dalszej poprawie). Porównanie sytuacji i dynamiki współczynników zgonów dla bardziej szczegółowych grup chorób układu krążenia jest trudne ze względu na zmiany w systemie kodowania przyczyn zgonów w Polsce poczynając od 1997 r. i brak danych z lat 1997 i 1998;

- W odniesieniu do nowotworów złośliwych ogółem sytuacja w Polsce jest niekorzystna gdyż poziom umieralności w naszym kraju jest wyższy niż w UE (chociaż różnica jest mniejsza niż w przypadku chorób układu krążenia), a tempo spadku współczynnika zgonów jest wolniejsze niż w UE. Przy utrzymaniu tego tempa obecny przeciętny poziom umieralności w krajach UE osiągniemy dopiero za około 28 lat, przy czym w przypadku kobiet okres ten będzie najprawdopodobniej znacznie dłuższy niż w przypadku mężczyzn. Wśród kobiet niedobre tendencje występują w przypadku umieralności z powodu raka płuca, która w Polsce nie tylko, że jest wyższa niż w UE ale na dodatek szybciej wzrasta. Ponadto w naszym kraju bardzo niekorzystna sytuacja występuje w przypadku umieralności z powody raka szyjki macicy, która jest wielokrotnie wyższa niż w UE a ponadto tempo jej spadku jest nieco wolniejsze niż w UE. Jeżeli tempo to będzie takie jak dotychczas to obecny poziom współczynnika zgonów w UE zostanie w Polsce osiągnięty za około 46 lat;
- W przypadku chorób układu oddechowego i układu trawiennego sytuacja w Polsce ulegała do niedawna pogorszeniu w porównaniu z sytuacją w UE, gdyż spadkowym tendencjom umieralności z powodu tych grup chorób w UE towarzyszyły wzrostowe tendencje w Polsce. Ponieważ w przypadku chorób układu oddechowego poprawa nastąpiła dopiero w ostatnim roku, a w przypadku chorób układu trawiennego w ostatnich dwóch latach, dalszy rozwój sytuacji jest trudny do przewidzenia;
- W przypadku zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych sytuacja w Polsce po 1991 r. ulega stopniowej poprawie ale poziom umieralności jest około dwukrotnie wyższy niż w UE a tempo spadku współczynników, aczkolwiek szybsze niż w UE, pozwoli nam osiągnąć poziom obserwowany obecnie w tych krajach dopiero za około 21 lat. Szczególnie niekorzystna sytuacja występuje wśród mężczyzn a przyczyniają się do tego przede wszystkim wypadki drogowe i samobójstwa.

Kończąc przedstawione powyżej porównanie umieralności w Polsce i krajach Unii Europejskiej w przeddzień przyłączenia się naszego kraju do tej grupy państw, trzeba stwierdzić, że znacznie gorszy pod wieloma względami stan zdrowia mieszkańców Polski stanowi poważne wyzwanie dla tych instytucji, które zajmują się zdrowiem ludności w naszym kraju.

Tabela 10 Przeciętne roczne tempo spadku (w %) współczynników zgonów osób w wieku 25-64 lata z powodu wybranych przyczyn w Polsce oraz czas potrzebny do osiągnięcia w Polsce obecnego poziomu umieralności w UE

Przyczyna zgonu	Polska	
	Lata 1991-2001	Lata do obecnego poziomu UE
Choroby układu krążenia	4.55%	**17 lat**
Nowotwory złośliwe	1.07%	**28 lat**
Rak płuca – mężczyźni	2.56%	**26 lat**
Rak szyjki macicy	2.57%	**46 lat**
Przyczyny zewnętrzne	3.02%	**21 lat**

2.14 Podsumowanie

- Analiza danych o umieralności mieszkańców Polski pozwala na stwierdzenie, że stan zdrowia ludności po roku 1991 ulega systematycznie pewnej poprawie, jednak w stopniu niewystarczającym.
- Przeciętna długość życia w Polsce w 2001 r. wynosiła dla mężczyzn 70,2 lat a dla kobiet 78,4 lat i wzrosła od 1991 r. o 4,1 roku w przypadku mężczyzn i o 3,1 roku w przypadku kobiet. Jest ona jednak wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej (w przypadku mężczyzn o ponad 5 lat, a w przypadku kobiet o ponad 3 lata). Osiągnięcie w Polsce długości życia, takiej jaka jest obecnie w UE może zająć kilkanaście lat.
- Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie o około pół roku dłużej niż mieszkający na wsi, natomiast w przypadku kobiet taka sama różnica występuje na korzyść mieszkanek wsi.
- Najkrócej żyją w Polsce mieszkańcy województwa łódzkiego. Sytuacja ta występuje od lat i „niedobór" życia w tym województwie pogłębia się. W 2001 r. mężczyźni w województwie łódzkim żyli o 3,6 roku krócej niż będący w najkorzystniejszej sytuacji mężczyźni województwa małopolskiego, natomiast kobiety żyły o 2,5 roku

krócej niż mieszkanki województwa podlaskiego.

- Od lat zdecydowanie najważniejszą przyczynę zgonów, chociaż powoli zmniejszającą swoje znaczenie, stanowią choroby układu krążenia (173 809 zgonów w 2001 r.). Są one znacznie większym zagrożeniem życia mieszkańców Polski niż mieszkańców UE szczególnie w przypadku chorób naczyń mózgowych.
- Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (86 431 zgonów w 2001 r.) i nie zmniejszają swojego znaczenia, a w przypadku niektórych umiejscowień zagrożenie życia nimi wzrasta (np. nowotwór jelita grubego, gruczołu krokowego, raka płuca u kobiet). Są one najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet. Zdecydowanie najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jest rak oskrzeli i płuca. W porównaniu z krajami UE sytuacja w Polsce jest niekorzystna ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia.
- Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych, trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce (25 043 zgony w 2001 r.), wykazuje trend spadkowy, ale jest wciąż znacznie wyższe od przeciętnego w UE. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, z niepokojąco wysoką liczbą zabitych pieszych, a także samobójstwa.
- Systematycznie obniża się w Polsce umieralność niemowląt – w 2001 r. zmarły 2 823 niemowlęta, tzn. 7,7 na 1000 urodzeń żywych. Ten poziom umieralności jest jednak jeszcze znacznie (o ponad 50%) wyższy od przeciętnego w UE. W Polsce w ostatnich latach najwyższa umieralność niemowląt występuje w województwach dolnośląskim i śląskim.
- Gdyby w Polsce w roku 2001 natężenie umieralności w poszczególnych grupach wieku było takie samo jak przeciętne w krajach Unii Europejskiej, to liczba osób zmarłych w naszym kraju byłaby o około 96 tys. mniejsza niż faktycznie obserwowana.

2.15 Tabele do rozdziału

Tabela 11 Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2000 i 2001 (na 100 tys. ludności danej grupy)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Razem w tym:	952.3	940.0	1040.6	1027.6	868.9	857.3
Choroby zakaźne i pasożytnicze	6.3	6.0	8.3	7.9	4.4	4.2
Gruźlica	2.7	2.6	4.1	4.1	1.3	1.1
Nowotwory złośliwe	218.8	223.7	255.7	262.3	183.9	187.2
nowotwór złośliwy żołądka	15.6	15.3	20.6	19.9	10.9	11.0
nowotwór złośliwy jelita grubego	13.9	14.9	14.4	15.3	13.3	14.6
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	51.6	53.2	84.9	87.1	20.2	21.2
nowotwór złośliwy piersi kobiet	12.2	12.6	-	-	23.7	24.3
nowotwór złośliwy szyjki macicy	5.1	4.7	-	-	10.0	9.2
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	8.1	8.7	16.8	17.9	-	-
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	14.8	14.4	12.0	11.6	17.4	17.1
Choroby układu krążenia	453.9	449.8	445.6	440.6	461.7	458.5
choroba nadciśnieniowa	12.1	11.4	10.1	9.7	14.1	13.0
choroba niedokrwienna serca	143.8	139.1	164.9	159.0	123.8	120.4
ostry zawał serca (I21-I22)	75.6	72.6	99.3	94.4	53.2	52.1
inne choroby serca (I30-I52)	87.4	89.5	84.4	88.2	90.3	90.7
choroby naczyń mózgowych	107.2	108.9	95.2	95.4	118.7	121.6
miażdżyca	78.2	76.4	60.2	58.2	95.3	93.5
Choroby układu oddechowego	47.4	40.8	55.9	49.5	39.4	32.6
zapalenie płuc	22.3	18.3	21.6	18.0	23.0	18.5
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	19.5	17.9	28.0	25.7	11.5	10.6
Choroby układu trawiennego	37.9	37.7	45.1	43.6	31.1	32.1
choroby wątroby	15.0	14.4	21.8	20.4	8.7	8.7
Choroby układu moczowo-płciowego	10.7	10.5	11.2	11.2	10.2	9.9
niewydolność nerek	8.6	8.6	8.9	9.2	8.4	8.1
Zewnętrzne przyczyny zgonu	66.7	64.8	101.4	99.1	33.9	32.4
wypadki komunikacyjne	18.4	15.5	29.6	24.3	7.8	7.2
samobójstwa i samouszkodzenia	15.1	15.2	25.9	26.7	4.9	4.3

Tabela 12 Standaryzowane współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2000 i 2001 (na 100 tys. ludności danej grupy)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Razem w tym:	941.0	911.7	1256.8	1218.2	702.5	679.5
Choroby zakaźne i pasożytnicze	6.4	6.0	9.5	8.8	3.9	3.8
gruźlica	2.7	2.5	4.7	4.6	1.1	0.9
Nowotwory złośliwe	216.0	216.5	300.2	302.4	158.6	158.0
nowotwór złośliwy żołądka	15.2	14.6	24.3	23.0	8.9	8.9
nowotwór złośliwy jelita grubego	13.4	14.2	17.1	17.8	10.9	11.8
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	51.6	52.3	98.6	99.4	18.0	18.5
nowotwór złośliwy piersi kobiet	12.2	12.4	-	-	21.5	21.5
nowotwór złośliwy szyjki macicy	5.1	4.6	-	-	9.3	8.3
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	7.7	8.1	21.1	22.3	-	-
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	14.2	13.5	14.1	13.4	13.9	13.2
Choroby układu krążenia	444.4	431.5	562.0	545.0	356.2	346.0
choroba nadciśnieniowa	11.9	10.9	12.2	11.5	11.1	9.9
choroba niedokrwienna serca	141.1	133.5	200.7	189.6	96.3	91.4
ostry zawał serca (I21-I22)	74.3	69.7	115.8	108.0	42.7	40.6
inne choroby serca (I30-I52)	86.0	86.6	107.5	110.3	69.6	68.9
choroby naczyń mózgowych	103.7	103.0	118.9	117.0	91.7	91.5
miażdżyca	77.6	74.3	86.0	81.4	71.5	68.9
Choroby układu oddechowego	46.2	38.9	71.0	61.2	31.1	25.1
zapalenie płuc	22.1	17.8	29.0	23.6	17.9	14.2
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	18.7	16.6	34.3	30.8	9.3	8.1
Choroby układu trawiennego	37.4	36.5	51.7	49.3	25.5	25.8
choroby wątroby	15.2	14.3	23.7	22.1	7.9	7.8
Choroby układu moczowo-płciowego	10.4	10.0	14.4	13.9	8.2	7.7
niewydolność nerek	8.4	8.2	11.4	11.4	6.7	6.3
Zewnętrzne przyczyny zgonu	65.7	63.4	104.6	101.3	29.7	28.2
wypadki komunikacyjne	17.9	15.0	29.5	23.9	7.2	6.7
samobójstwa i samouszkodzenia	14.8	14.7	26.0	26.3	4.6	4.1

Tabela 13 Współczynniki zgonów z powodu wybranych głównych klas chorób według płci i wieku w 2001 r. (na 100 tys. ludności danej grupy płci i wieku)

Wiek w latach	Mężczyźni							Kobiety						
	A00-B99	C00-C97	I00-I99	J00-J99	K00-K93	R00-R99	V01-Y98	A00-B99	C00-C97	I00-I99	J00-J99	K00-K93	R00-R99	V01-Y98
Ogółem	7.9	262.3	440.6	49.5	43.6	68.3	99.1	4.2	187.2	458.5	32.6	32.1	57.1	32.4
0-14	1.9	4.4	1.5	2.1	0.5	2.5	11.4	1.6	4.2	1.4	1.5	0.3	1.4	6.5
15-19	0.2	5.1	2.5	0.9	0.3	3.5	51.2	0.4	3.8	1.2	1.5	0.6	1.5	14.7
20-34	2.0	9.8	11.5	2.4	5.3	11.6	85.4	1.0	8.7	3.9	1.0	1.5	2.5	13.6
35-44	6.2	48.3	83.1	7.2	30.6	45.5	126.4	1.9	54.0	23.6	3.3	8.3	8.7	21.7
45-54	11.1	227.9	288.6	19.2	64.6	91.7	157.0	2.8	169.1	81.4	7.9	20.3	18.0	28.3
55-64	16.3	707.5	795.9	67.5	99.4	125.5	149.9	6.0	340.5	269.1	22.0	38.5	30.1	29.7
65 lat i więcej	31.6	1635.2	3250.2	399.9	202.7	346.9	177.7	16.5	808.0	2799.0	190.0	160.6	332.0	115.2

A00-B99 - Choroby zakaźne i pasożytnicze

C00-C97 - Nowotwory złośliwe

I00-I99 - Choroby układu krążenia

J00-J99 - Choroby układu oddechowego

K00-K93 - Choroby układu trawiennego

R00-R99 - Przyczyny niedokładnie określone

V01-Y98 - Zewnętrzne przyczyny zgonu

Tabela 14 Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2001 r. (na 100 tys. ludności danej grupy)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Razem w tym:	907.4	992.1	997.2	1074.0	825.4	910.4
Choroby zakaźne i pasożytnicze	6.2	5.7	8.0	7.7	4.5	3.8
gruźlica	2.5	2.7	4.1	4.1	1.1	1.3
Nowotwory złośliwe	232.8	209.1	266.6	255.7	202.0	162.7
nowotwór złośliwy żołądka	14.8	16.2	19.3	21.0	10.7	11.5
nowotwór złośliwy jelita grubego	16.8	11.9	17.4	11.9	16.3	11.8
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	53.5	52.9	83.9	92.0	25.6	13.9
nowotwór złośliwy piersi kobiet	14.6	9.5	-	-	27.6	18.7
nowotwór złośliwy szyjki macicy	5.3	3.8	-	-	10.1	7.6
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	8.4	9.2	17.6	18.4	-	-
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	15.2	13.1	12.9	9.6	17.3	16.7
Choroby układu krążenia	417.0	502.2	416.5	477.3	417.4	527.0
choroba nadciśnieniowa	9.5	14.5	8.6	11.4	10.2	17.7
choroba niedokrwienna serca	139.5	138.5	161.7	154.8	119.2	122.4
ostry zawał serca (I21-I22)	73.8	70.8	96.8	90.8	52.8	50.8
inne choroby serca (I30-I52)	82.9	100.0	82.8	96.4	83.0	103.6
choroby naczyń mózgowych	97.5	127.0	87.8	107.1	106.4	146.9
miażdżyca	65.1	94.4	48.4	73.1	80.3	115.6
choroby układu oddechowego	37.3	46.4	42.4	60.2	32.5	32.6
zapalenie płuc	18.7	17.7	18.1	18.0	19.2	17.3
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	14.1	24.1	18.4	36.8	10.1	11.4
choroby układu trawiennego	41.2	32.0	48.7	35.7	34.4	28.3
choroby wątroby	17.3	9.6	24.6	14.0	10.7	5.2
choroby układu moczowo-płciowego	10.1	11.2	10.8	11.9	9.4	10.6
niewydolność nerek	8.3	9.1	8.9	9.6	7.8	8.6
Zewnętrzne przyczyny zgonu	61.2	70.6	92.0	110.0	33.0	31.4
wypadki komunikacyjne	13.1	19.4	19.7	31.5	7.2	7.3
samobójstwa i samouszkodzenia	14.3	16.5	25.2	28.9	4.4	4.1

Tabela 15 Standaryzowane współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2001 r. (na 100 tys. ludności danej grupy)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Razem w tym:	902.6	925.3	1201.0	1242.8	684.9	667.7
Choroby zakaźne i pasożytnicze	6.2	5.6	8.8	8.6	4.2	3.1
gruźlica	2.4	2.6	4.5	4.7	0.9	0.9
Nowotwory złośliwe	226.2	202.5	310.3	293.9	172.0	135.4
nowotwór złośliwy żołądka	14.3	15.2	22.5	24.0	8.9	8.7
nowotwór złośliwy jelita grubego	16.3	10.9	20.8	13.5	13.5	9.0
nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	52.1	53.4	95.5	106.6	22.2	12.4
nowotwór złośliwy piersi kobiet	14.2	9.5	-	-	24.1	17.1
nowotwór złośliwy szyjki macicy	5.0	3.9	-	-	8.8	7.3
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	8.2	8.0	23.5	21.0	-	-
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	14.7	11.8	15.4	10.7	14.0	12.1
Choroby układu krążenia	417.5	451.5	530.8	563.0	334.7	362.1
choroba nadciśnieniowa	9.4	13.1	10.3	13.1	8.3	12.4
choroba niedokrwienna serca	137.8	127.6	196.7	180.1	95.5	85.5
ostry zawał serca (I21-I22)	71.6	67.5	111.2	104.1	42.8	37.3
inne choroby serca (I30-I52)	83.8	90.8	106.8	115.0	67.0	71.5
choroby naczyń mózgowych	96.6	112.1	111.5	124.4	85.0	101.0
miażdżyca	68.1	82.4	73.2	91.0	63.8	76.0
Choroby układu oddechowego	37.2	41.5	55.3	69.5	26.4	23.5
zapalenie płuc	19.2	16.0	25.2	21.7	15.7	12.2
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	13.5	21.1	22.7	41.6	8.0	8.2
Choroby układu trawiennego	40.2	30.4	54.6	40.9	28.6	21.0
choroby wątroby	16.7	10.2	25.8	16.1	9.5	4.6
Choroby układu moczowo-płciowego	9.9	10.2	14.1	13.8	7.7	7.9
niewydolność nerek	8.2	8.3	11.7	11.2	6.3	6.4
Zewnętrzne przyczyny zgonu	59.1	71.2	92.9	115.4	29.1	26.9
wypadki komunikacyjne	12.4	19.4	19.2	31.7	6.5	7.1
samobójstwa i samouszkodzenia	13.4	17.2	24.0	30.3	4.0	4.3

3. Stan zdrowia ludności na podstawie danych o hospitalizacji

Informacje o przyczynach i częstości hospitalizacji są jednym z ważniejszych elementów wykorzystywanych w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. Oczywiście istnieją pewne ograniczenia tych danych, gdyż hospitalizacja jest uwarunkowana ciężkością przebiegu choroby, możliwością ustalenia rozpoznania oraz zapewnienia właściwego leczenia poza szpitalem, selekcją przyjęć związaną z dostępnością łóżek szpitalnych czy też różnymi czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Natomiast niewątpliwą zaletą informacji o hospitalizacji jest dokładność i trafność diagnozy szpitalnej przewyższająca poprawność diagnostyczną w innych rutynowych systemach wykorzystywanych do oceny stanu zdrowia ludności.

Dane o hospitalizowanych przypadkach są zbierane w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, a ich przetwarzanie i analiza prowadzone są w Państwowym Zakładzie Higieny. Podstawowym dokumentem systemu jest karta statystyczna Mz/Szp-11. Do 1999 r. włącznie badaniem objęta była 10% losowa próba osób leczonych, wypisanych lub zmarłych we wszystkich szpitalach podległych Ministerstwu Zdrowia oraz w szpitalach kolejowych, z wyjątkiem leczonych w szpitalach lub na oddziałach psychiatrycznych, którzy są objęci odrębnym badaniem. Od 2000 r. badanie chorobowości hospitalizowanej ma charakter pełny i obejmuje wszystkich pacjentów leczonych w szpitalach. Jest to zmiana niezwykle istotna z punktu widzenia monitorowania zdrowia ludności. Trzeba jednak stwierdzić, że badanie to napotyka szereg trudności i tak, na przykład, ze względu na strajk lekarzy brak jest informacji z lat 1997 i 1998, a wprowadzenie zmian w organizacji ochrony zdrowia w 1999 r. spowodowało szereg nowych zakłóceń w przebiegu badania i opóźnienie w gromadzeniu danych. Przedstawione poniżej ostatnie dostępne dane ogólnopolskie dla roku 1999 pochodzą z czternastu województw (brak danych dla województw łódzkiego i dolnośląskiego). W poniższej analizie wykorzystano dane retrospektywne z lat, 1991, 1996, 1999.

Tab. Chorzy leczeni w szpitalach z powodu chorób układu krążenia wg płci, wybranych grup wieku i miejsca zamieszkania w 1996 i 1999 r. (współczynniki na 10 tys. ludności)

Wiek (w latach)	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Choroby układu krążenia ogółem									
1996									
Ogółem	212,2	219,6	205,3	224,1	237,6	211,8	193,2	192,0	194,4
35-44	92,4	112,7	72,1	95,3	121,2	71,4	86,7	97,9	73,7
45-54	279,2	333,3	227,8	282,6	353,0	218,2	272,0	293,5	249,7
55-64	494,7	615,3	392,3	523,5	669,9	402,4	446,4	526,8	374,9
65+	976,1	1112,6	892,9	1077,7	1236,9	984,0	843,4	958,1	770,4
1999									
Ogółem	242,6	249,5	236,2	258,2	270,3	247,0	216,3	215,6	217,0
35-44	91,4	111,2	71,5	98,3	121,2	76,9	78,1	93,8	59,9
45-54	301,5	364,4	241,4	307,4	382,5	239,2	288,1	326,1	247,1
55-64	524,7	659,6	409,7	545,4	705,0	413,1	485,4	577,0	403,1
65+	1074,0	1191,0	1001,3	1176,2	1303,5	1098,9	927,1	1034,6	858,3
Choroba nadciśnieniowa									
1996									
Ogółem	29,9	24,1	35,3	29,2	25,2	32,8	31,0	22,3	39,6
35-44	19,4	21,9	17,0	19,1	23,4	15,0	20,2	19,2	21,3
45-54	60,3	55,8	64,7	55,1	54,8	55,4	71,6	57,9	85,8
55-64	77,7	61,5	91,5	73,9	61,5	84,2	84,1	61,6	104,1
65+	96,0	70,7	111,4	95,5	73,5	108,5	96,7	67,3	115,3
1999									
Ogółem	35,4	28,3	42,2	35,4	29,6	40,8	35,4	26,1	44,7
35-44	19,5	21,9	17,1	20,0	22,1	18,0	18,5	21,4	15,0
45-54	64,6	60,1	69,0	60,1	57,1	62,9	75,0	66,3	84,5
55-64	81,4	69,8	91,2	78,6	72,4	83,7	86,6	65,0	106,1
65+	119,1	83,3	141,3	119,5	87,9	138,7	118,5	76,9	145,1
Choroba niedokrwienna serca									
1996									
Ogółem	62,5	74,8	50,7	71,9	88,6	56,5	47,5	53,8	41,1
35-44	28,1	42,3	14,0	30,4	48,1	14,0	23,7	32,0	14,0
45-54	106,5	148,5	66,6	115,1	167,9	66,8	88,1	109,4	66,0
55-64	186,0	254,9	127,5	212,1	297,7	141,2	142,1	185,5	103,6
65+	243,8	308,3	204,6	296,4	380,6	246,9	175,2	218,4	147,7
1999									
Ogółem	77,6	91,5	64,4	87,6	105,5	71,1	60,6	68,8	52,4
35-44	29,3	43,8	14,7	32,6	51,2	15,3	22,8	30,9	13,3
45-54	118,9	164,6	75,2	126,0	179,6	77,3	102,5	132,8	69,8
55-64	208,4	286,7	141,6	226,9	322,7	147,5	173,1	221,1	130,0
65+	309,1	383,4	263,0	363,7	450,0	311,3	230,7	290,8	192,2
Choroby naczyń mózgowych									
1996									
Ogółem	24,4	24,0	24,9	25,7	25,5	25,8	22,5	21,7	23,3
35-44	8,8	9,4	8,1	8,9	9,9	8,0	8,4	8,6	8,3
45-54	26,0	28,9	23,3	26,5	30,1	23,2	25,1	26,6	23,6
55-64	55,4	71,3	41,9	58,7	75,1	45,2	49,7	65,1	36,1
65+	125,4	137,3	118,1	138,8	154,8	129,3	107,9	115,6	103,1
1999									
Ogółem	31,8	30,7	32,9	32,6	31,9	33,3	30,4	28,6	32,1
35-44	7,5	7,9	7,1	7,7	7,5	7,9	7,1	8,7	5,3
45-54	28,0	33,7	22,6	29,0	35,6	23,1	25,7	29,9	21,2
55-64	62,5	79,8	47,8	63,8	82,0	48,6	60,2	75,8	46,1
65+	170,4	181,5	163,5	180,3	193,1	172,6	156,1	165,3	150,2

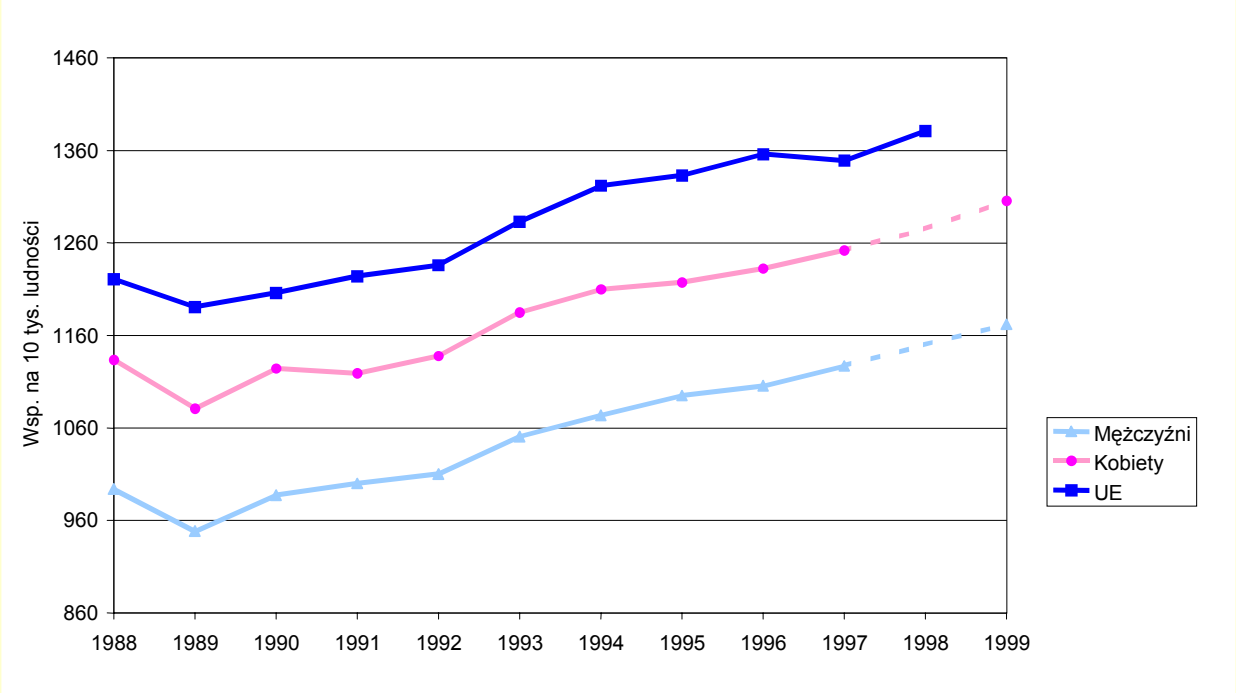
Źródło: Na podstawie danych Państwowego Zakładu Higieny

3.1. Zmiany hospitalizacji w czasie

Począwszy od roku 1988 roku ogólna liczba hospitalizowanych mężczyzn jak i kobiet zwiększała się systematycznie z niewielkim spadkiem w 1989 roku (ryc.53). Wynosiła ona dla mężczyzn prawie 100 osób na 1000 ludności a dla kobiet 113 i po 11 latach wzrosła o 18 osób dla mężczyzn i 17 dla kobiet. Należy zaznaczyć, że w analizowanym okresie nastąpiła minimalna zmiana w relacji współczynników hospitalizacji kobiet i mężczyzn (14% nadwyżki kobiet w 1988 i 11% w 1999).

Współczynniki hospitalizacji mężczyzn i kobiet ogółem w Polsce w latach 1988 - 1999 były stale niższe (w 1999 r. o 6 osób na 1000 ludności) od średnich współczynników dla ogółu obywateli Unii Europejskiej obu płci .

Rycina 53 Hospitalizacja ogółem w latach 1988 - 1999 w Polsce wg płci i w krajach Unii Europejskiej łącznie dla mężczyzn i kobiet

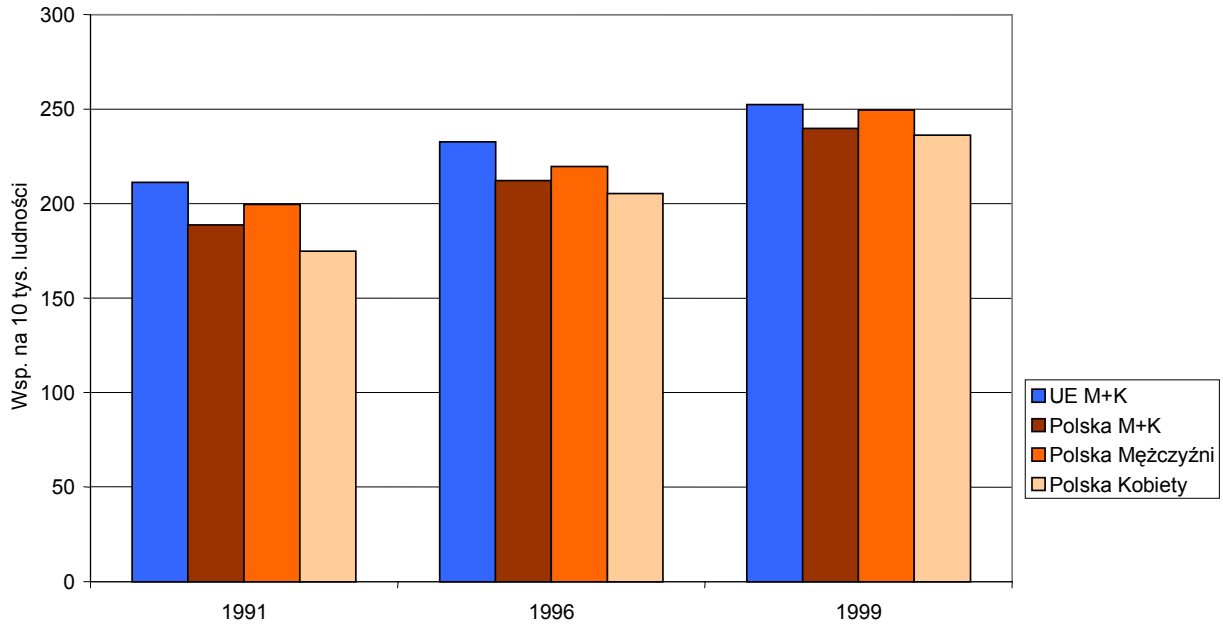


Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia

W okresie 1991-1999 r. hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia wykazywała tendencję wzrostową (ryc.54) tak u mężczyzn jak i kobiet przy czym wzrost ten wyniósł 25% u mężczyzn i 35% u kobiet. Ogółem w roku 1999 z powodu chorób układu krążenia hospitalizowano prawie 25 mężczyzn i 24 kobiety na 1000 mieszkańców.

W porównywalnym okresie w krajach Unii Europejskiej hospitalizowano średnio z powodu chorób układu krążenia nieco więcej osób niż w Polsce, a w roku 1999 współczynnik hospitalizacji ogółem (obu płci) dla Unii był bliski poziomowi odpowiedniego współczynnika dla mężczyzn w Polsce.

Rycina 54 Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia w Polsce i w krajach Unii Europejskiej w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności)

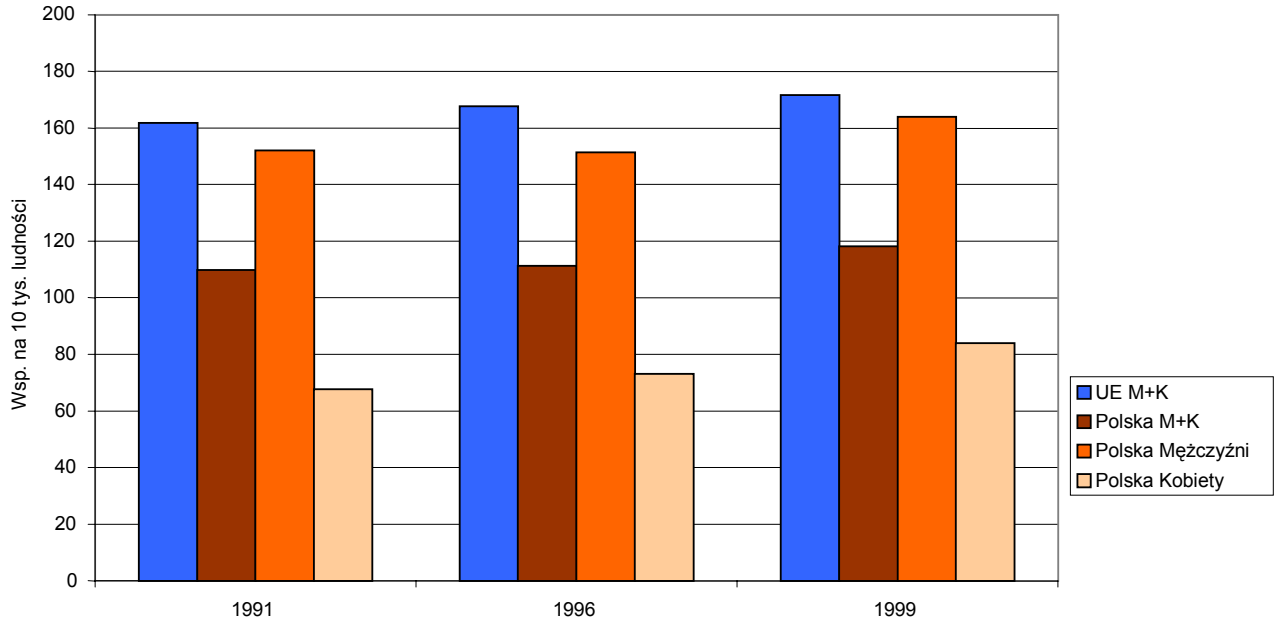


Hospitalizacja w zakresie urazów i zatruć

Znaczne (dwukrotne) różnice obserwowano w hospitalizacji mężczyzn i kobiet w zakresie urazów i zatruć (odpowiednio 16 i 8 na 1000 ludności w 1999 r.) (ryc.55). Jednak liczba hospitalizowanych osób na 1000 mieszkańców nie uległa znacznemu zwiększeniu w kolejnych analizowanych latach.

Należy dodać, że w krajach Unii Europejskiej hospitalizuje się z wyżej wymienionych przyczyn więcej mężczyzn i kobiet ogółem niż w Polsce (o 5 przypadków na 1000 mieszkańców).

Rycina 55 Hospitalizacja z powodu urazów i zatruć w Polsce i w krajach Unii Europejskiej w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności)

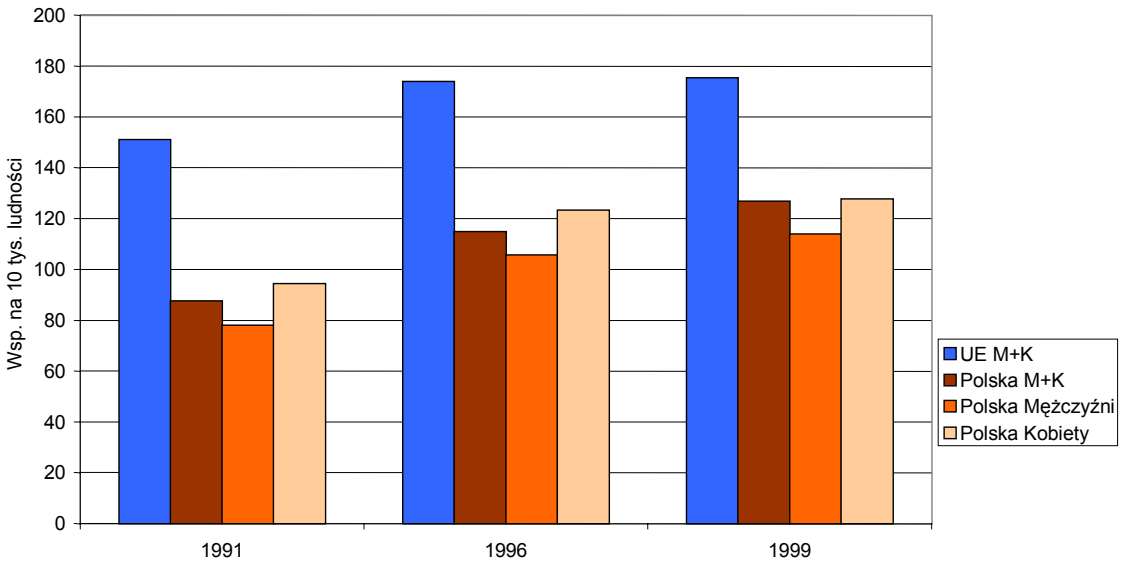


Hospitalizacja z powodu nowotworów złośliwych

Nowotwory złośliwe stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów i piątą co do częstości przyczynę hospitalizacji. W latach 1991 - 1999 liczba hospitalizowanych z tej przyczyny mężczyzn i kobiet ulegała systematycznemu wzrostowi (ryc. 56) osiągając wartość wskaźnika 11 na 1000 ludności w przypadku mężczyzn i 13 w przypadku kobiet. Trzeba też zaznaczyć, że przyrost współczynnika hospitalizacji w analizowanym okresie był znaczny i wyniósł 53% dla mężczyzn i 78% dla kobiet.

W krajach Unii Europejskiej hospitalizowano w porównywanym okresie z powodu nowotworów złośliwych nieco więcej obywateli (w 1999 r. o 5 osób więcej na 1000 mieszkańców).

Rycina 56 Hospitalizacja z powodu ogółu nowotworów w Polsce i w krajach Unii Europejskiej w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności)

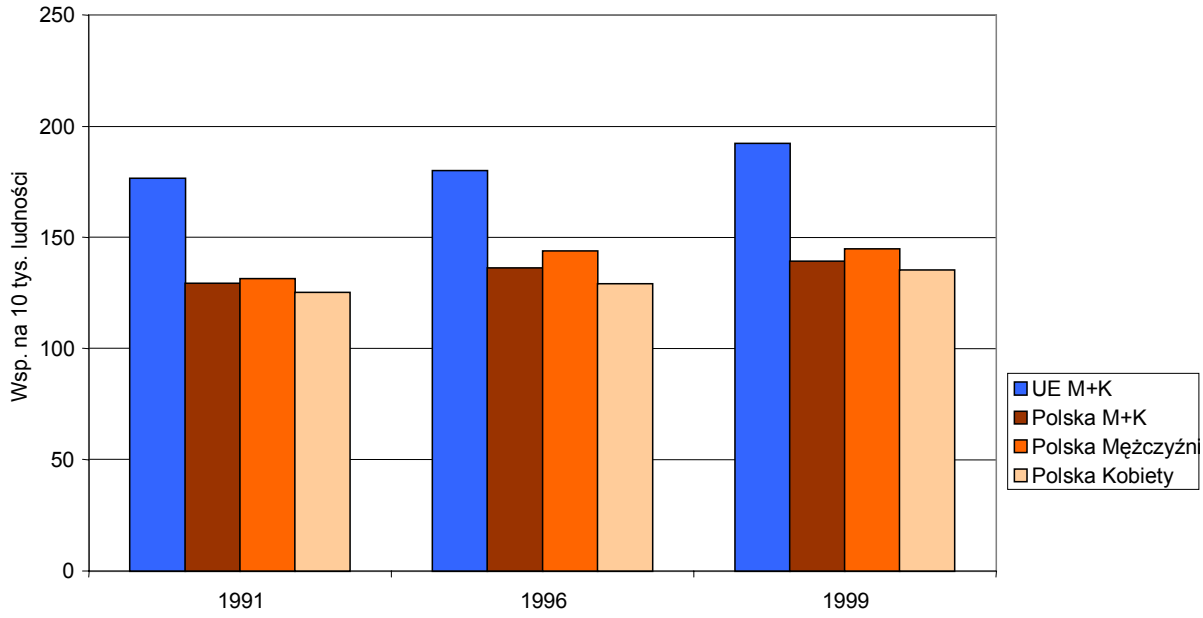


Hospitalizacja z powodu chorób układu trawiennego

Choroby układu trawiennego (ryc. 57) w okresie objętym analizą nie wykazywały zmian w częstości hospitalizacji, przy czym nieco częściej hospitalizowani byli z tej przyczyny mężczyźni.

Współczynnik hospitalizacji w roku 1999 wynosił około 14 na 1000 mieszkańców dla mężczyzn i kobiet i było to o 4 osoby mniej niż hospitalizowano z tej przyczyny w krajach Unii Europejskiej.

Rycina 57 Hospitalizacja z powodu chorób układu trawiennego w Polsce i w krajach Unii w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności)

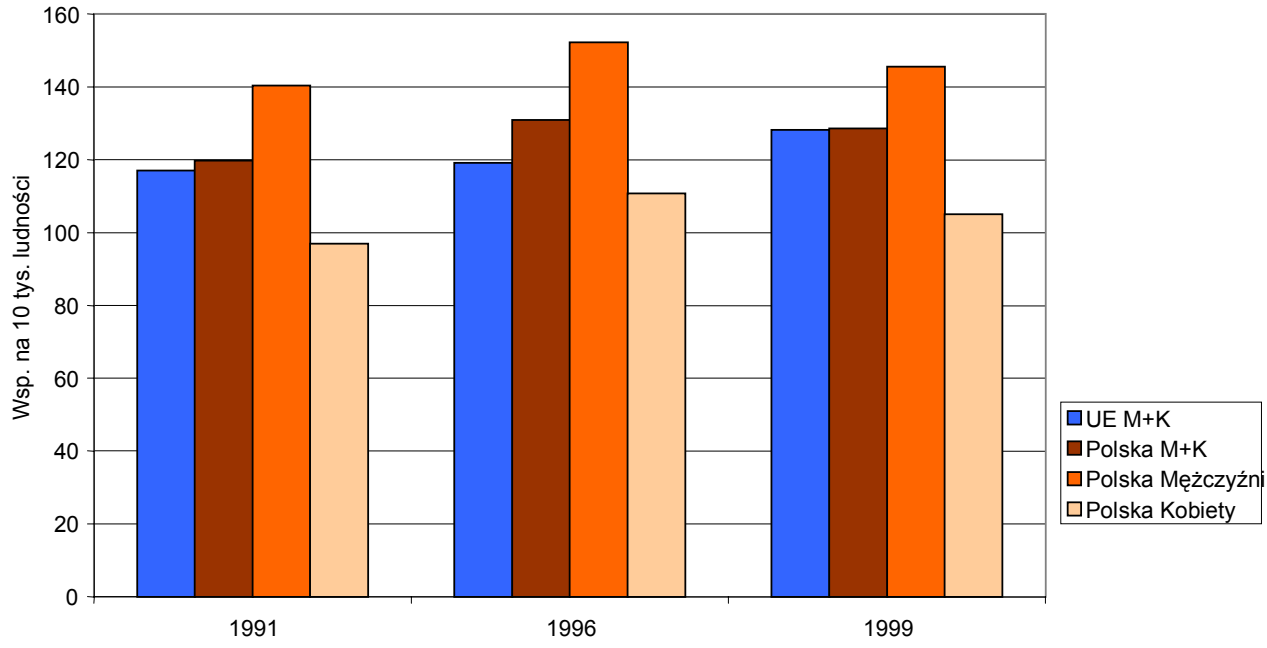


Hospitalizacja z powodu chorób układu oddechowego

W latach 1991 1996 liczba hospitalizacji z powodu chorób układu oddechowego (ryc. 58) wzrosła nieznacznie. W 1999 r. nastąpił niewielki spadek współczynników hospitalizacji (do prawie 15 mężczyzn i 12 kobiet na 1000 mieszkańców).

Hospitalizacja obu płci łącznie w Polsce była taka sama jak w krajach Unii Europejskiej, co jest wyjątkiem jedynie dla tej grupy chorób.

Rycina 58 Hospitalizacja z powodu chorób układu oddechowego w Polsce i w krajach Unii w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności)

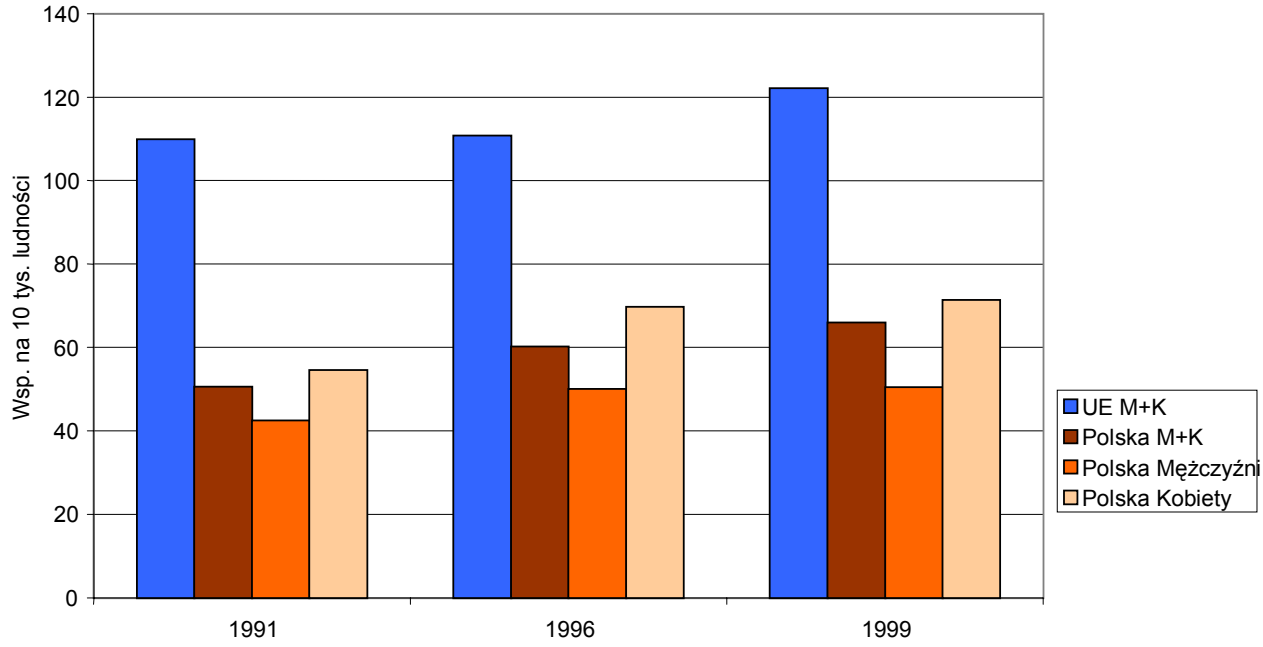


Hospitalizacja z powodu chorób układu kostno-mięśniowego

Choroby układu kostno-mięśniowego (ryc.59) są ważnym problemem społecznym ze względu na ich często przewlekły charakter, jednak hospitalizacje z tego powodu są stosunkowo rzadkie. Współczynnik hospitalizacji w analizowanym okresie wzrósł nieznacznie i w 1999 roku wynosił 7 i 5 na 1000 - odpowiednio dla mężczyzn i kobiet.

W krajach Unii Europejskiej hospitalizacje z powodu tych chorób są dwukrotnie częstsze.

Rycina 59 Hospitalizacja z powodu chorób układu kostno-mięśniowego w Polsce i w krajach Unii w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności)

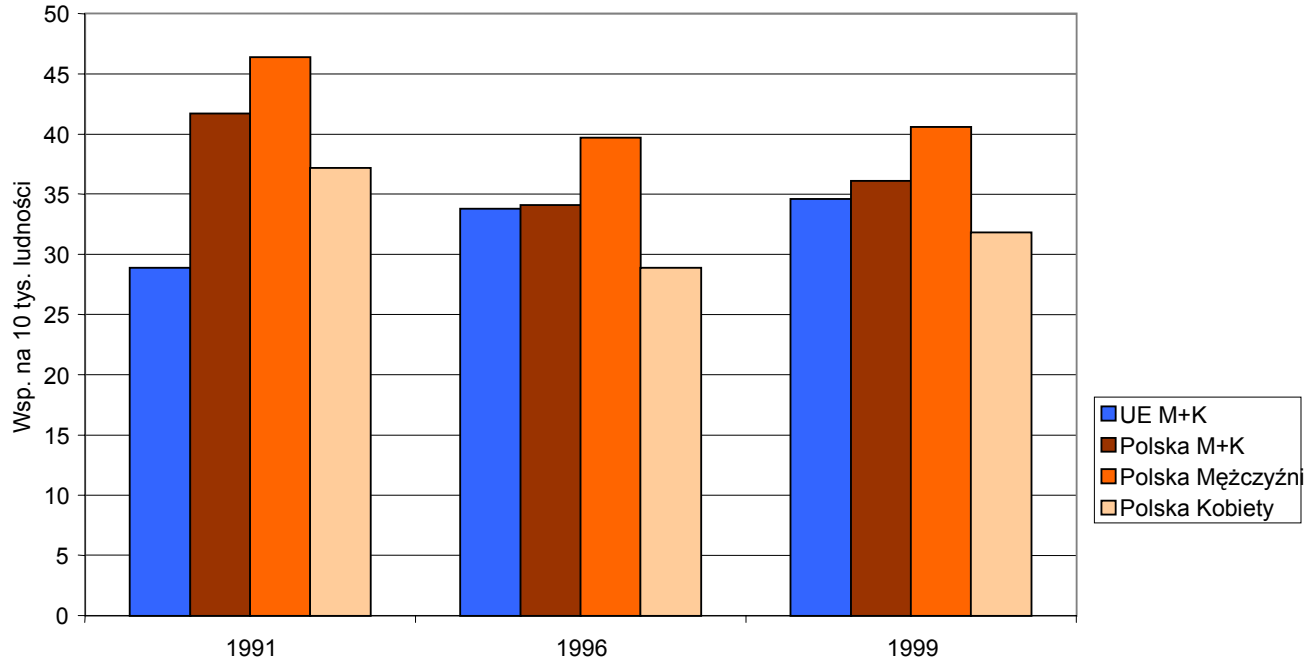


Hospitalizacja z powodu chorób zakaźnych

Liczba hospitalizacji z powodu chorób zakaźnych (ryc. 60) zmalała nieznacznie w okresie 1991 - 1996 (z 45 do 40 na 10 tys. ludności) i pozostała na tym poziomie w 1999 r. We wszystkich latach objętych analizą obserwuje się nieznacznie mniejszą hospitalizację kobiet z powodu chorób zakaźnych.

Obserwowana w 1991 roku różnica w hospitalizacji w zakresie chorób zakaźnych między Polską a Unią Europejską uległa zatarciu w wyniku nieznacznego wzrostu hospitalizacji z powodu tych chorób w krajach UE.

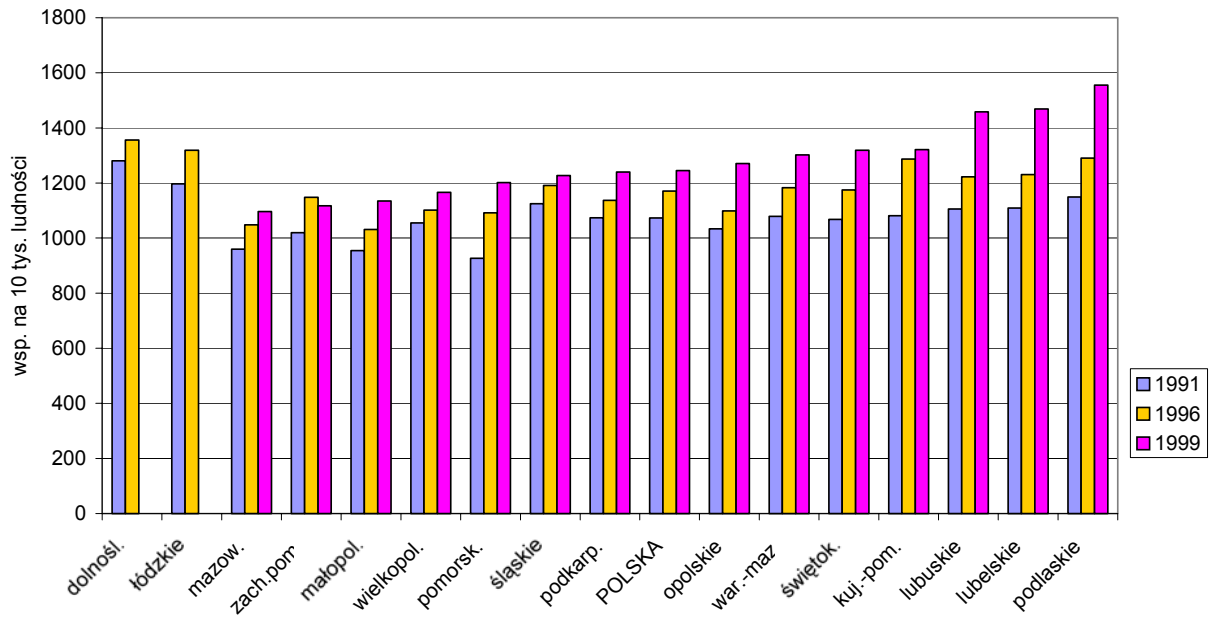
Rycina 60 Hospitalizacja z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce i w krajach Unii Europejskiej w latach 1991,1996 i 1999 (na 10 tys. ludności)



3.2 Zróżnicowanie terytorialne hospitalizacji[1]

W poniższej części analizy przedstawiono zróżnicowanie terytorialne hospitalizacji z powodu najważniejszych przyczyn w latach 1991, 1996 i 1999. Współczynniki hospitalizacji ogółem (ryc. 61) wahały się w roku 1991 od 93 na 1000 ludności w województwie pomorskim do 128 w województwie dolnośląskim co jest różnicą prawie 40%. Obok tego województwa najczęściej hospitalizowano także w województwach łódzkim i podlaskim. W 1996 r. nastąpił wzrost współczynników hospitalizacji we wszystkich województwach i to samo obserwowano w 1999 roku choć w różnym stopniu w poszczególnych województwach. Z ostatnich dostępnych danych ogólnopolskich wynika, że najczęściej hospitalizowani byli w 1999 r. mieszkańcy województwa podlaskiego a najrzadziej mazowieckiego.

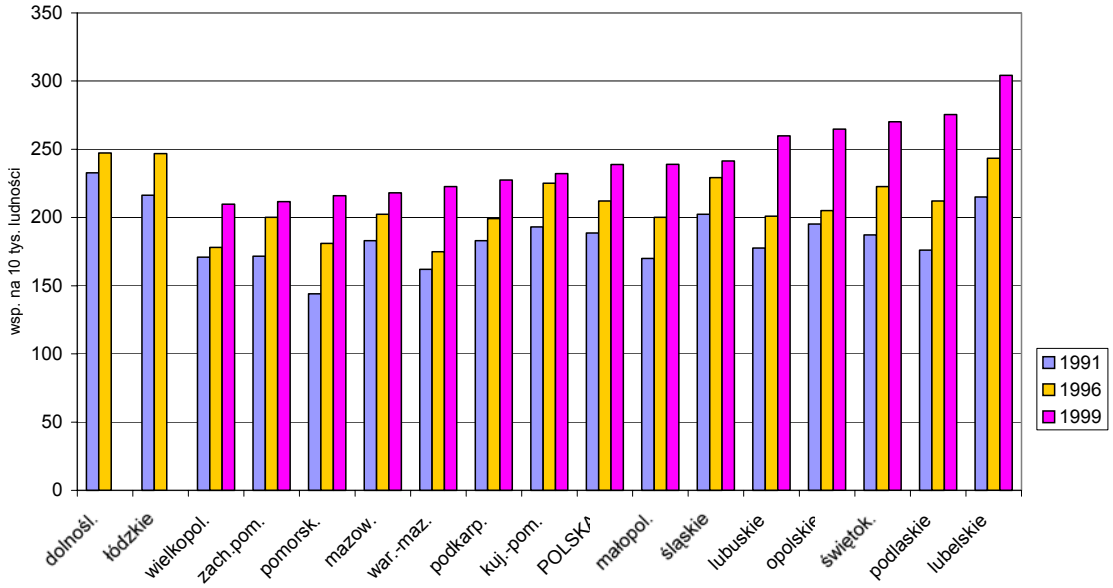
Rycina 61 Współczynniki hospitalizacji ogółem w latach 1991, 1996 i 1999 według województwa zamieszkania



[1] W 1999 roku analizowane dane dotyczyły 14 województw

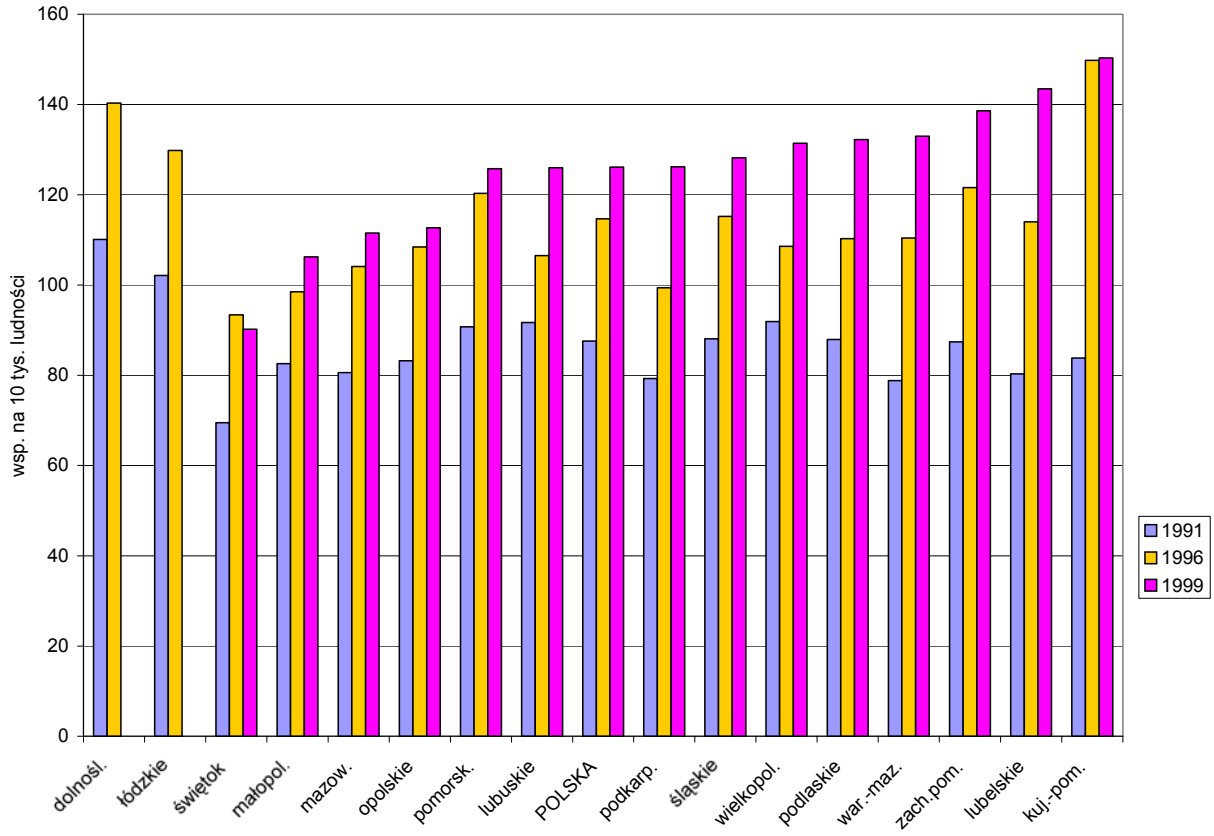
Podobnie jak dla hospitalizacji ogółem również w przypadku chorób układu krążenia (ryc. 62) w 1991 r. najczęściej leczeni byli w szpitalach mieszkańcy województwa dolnośląskiego i łódzkiego a najrzadziej pomorskiego, przy czym zróżnicowanie to wynosiło w 1991 roku 62%. Wzrost hospitalizacji w 1996 i 1999 roku we wszystkich województwach odzwierciedla omawiany uprzednio trend ogólnopolski hospitalizacji z tej przyczyny. W 1999 r. najczęściej przebywali w szpitalach z powodu chorób układu krążenia mieszkańcy województwa lubelskiego i podlaskiego, a najrzadziej wielkopolskiego.

Rycina 62 Współczynniki hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w latach 1991, 1996 i 1999 według województwa zamieszkania



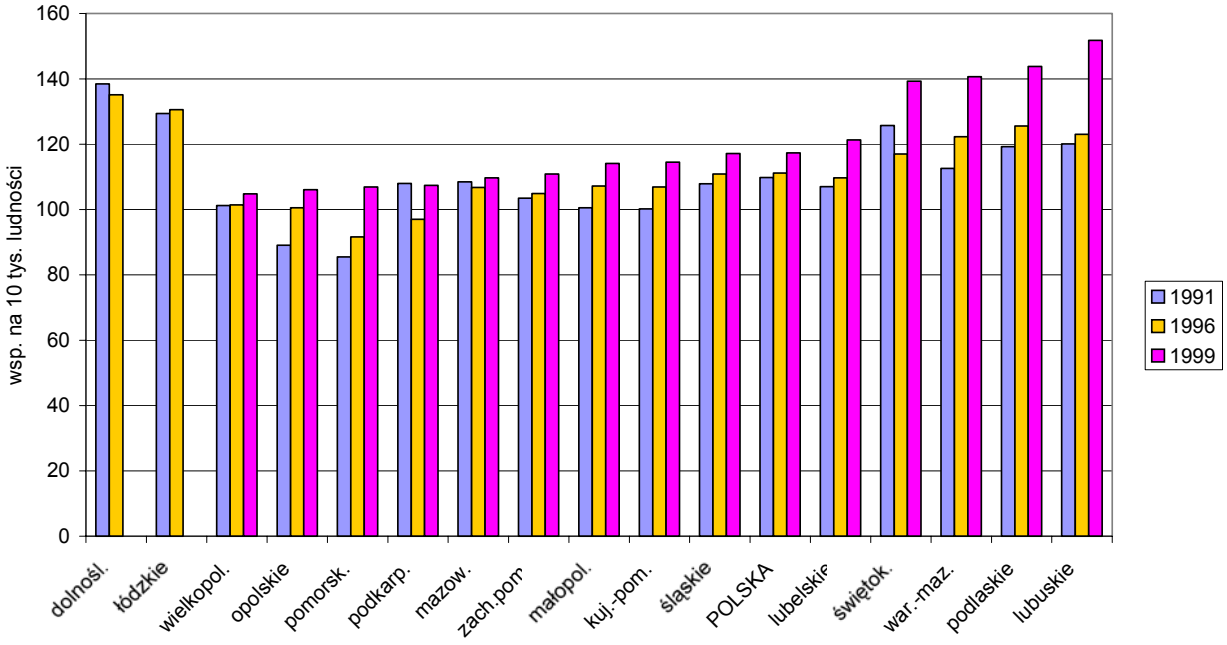
Zróżnicowanie wojewódzkie hospitalizacji **z powodu nowotworów** (ryc. 63) przedstawia się nieco inaczej od obserwowanego dla chorób układu krążenia, choć województwa dolnośląskie i łódzkie (w 1991 r.) znów znajdują się wśród regionów gdzie ludność była najczęściej hospitalizowana z powodu tych przyczyn. Omawiany uprzednio ogólnopolski rosnący trend (zmian w czasie) nie jest tu jednakowy we wszystkich województwach. W 1991 r. zróżnicowanie skrajnych województw w zakresie hospitalizacji z powodu nowotworów wynosiło 60% współczynnika hospitalizacji. W 1999 r. najwyższe współczynniki hospitalizacji obserwowano w województwach lubelskim i kujawsko-pomorskim, a najniższe w świętokrzyskim i małopolskim.

Rycina 63 Współczynniki hospitalizacji z powodu ogółu nowotworów w latach 1991, 1996 i 1999 według województwa zamieszkania.



Urazy i zatrucia to jedna z najważniejszych przyczyn hospitalizacji zwłaszcza dla osób młodych, szczególnie mężczyzn (ryc. 64). Także w przypadku tej grupy rozpoznań w 1991 r. najczęściej hospitalizowane były osoby z województw dolnośląskiego i łódzkiego, a najrzadziej z pomorskiego, przy czym różnica miedzy nimi wynosiła w 1991 roku 62%. Największy trend rosnący hospitalizacji w czasie obserwuje się w województwach świętokrzyskim, lubuskim i podlaskim. W 1999 roku w tych dwóch ostatnich województwach wystąpiła największa liczba hospitalizacji z powodu urazów i zatruć, podczas gdy najrzadziej hospitalizowano z tych przyczyn mieszkańców wielkopolskiego i opolskiego.

Rycina 64 Współczynniki hospitalizacji z powodu urazów i zatruć w latach 1991, 1996 i 1999 według województwa zamieszkania

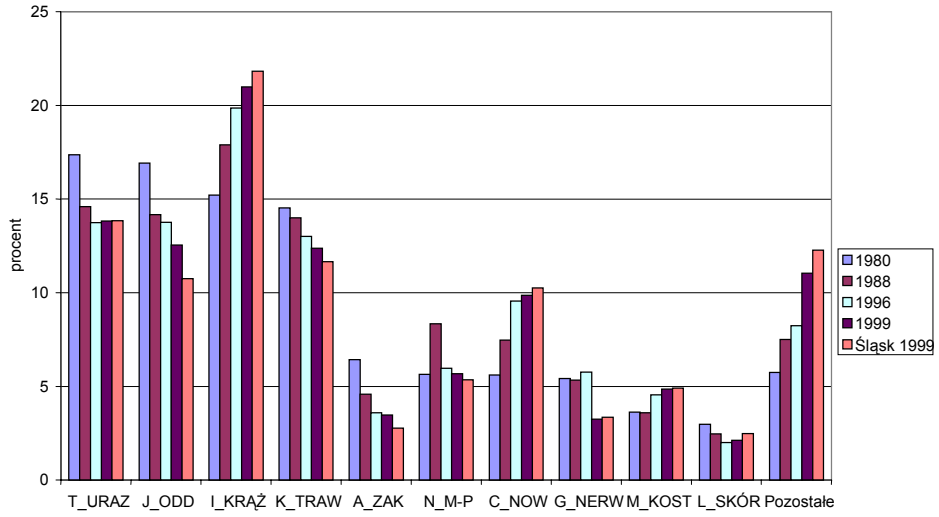


3.3. Struktura głównych przyczyn hospitalizacji

Struktura przyczyn hospitalizacji jest z jednej strony obrazem najważniejszych problemów zdrowotnych wymagających czynnej interwencji wykwalifikowanego personelu medycznego z drugiej strony zmiany tej struktury w czasie mogą świadczyć także o tendencjach w zakresie procedur postępowania terapeutycznego jak np. odchodzenia w niektórych przypadkach od hospitalizacji na rzecz zabiegów w gabinetach specjalistów. W analizie struktury hospitalizacji uwzględniono dane z lat 1980, 1988, 1991, 1996 i 1999, które stanowiły 10% próby losowej wszystkich hospitalizowanych w tych latach w Polsce (po około 500 tys. przypadków w każdym roku). Dodatkowo włączono dane z województwa śląskiego (1999 rok), gdzie uwzględniono 100% hospitalizowanych (840 tys. osób).

Struktura przyczyn hospitalizacji mężczyzn

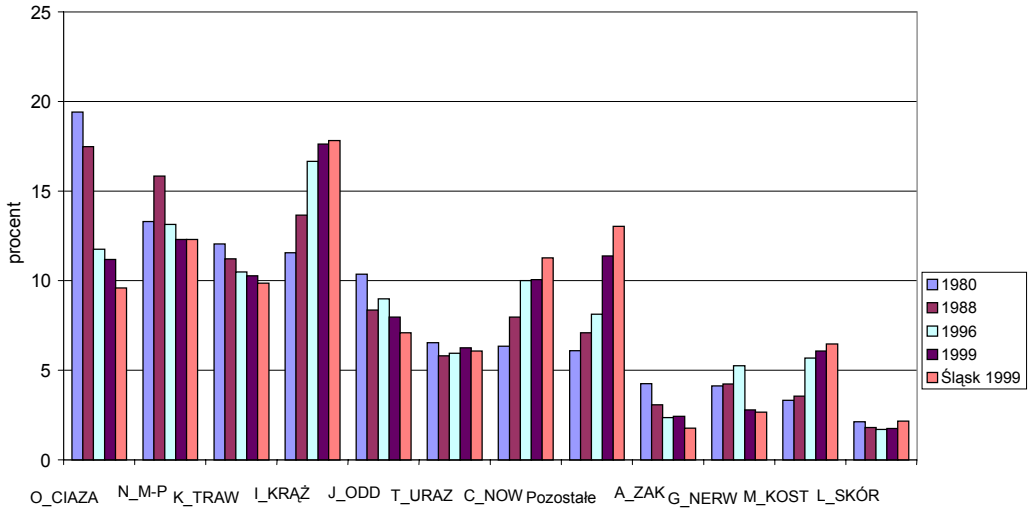
Rycina 65 Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w Polsce i województwie śląskim w latach 1980-1999 – mężczyźni



Struktura przyczyn hospitalizacji mężczyzn (ryc.65) ulegała w analizowanych latach wyraźnym zmianom. W latach 80- tych główne przyczyny hospitalizacji stanowiły urazy i zatrucia oraz choroby układu oddechowego. Od roku 1988 na pierwsze miejsce wysunęły się choroby układu krążenia, które stanowią obecnie główną przyczynę pobytu mężczyzn w szpitalach. Jako przyczyny hospitalizacji coraz większe znaczenie mają choroby układu krążenia, nowotwory i choroby układu mięśniowo-kostnego. W mniejszym natomiast stopniu niż przed osiemnastu laty hospitalizowane są urazy i zatrucia, choroby układu trawiennego choroby skóry i tkanki podskórnej oraz choroby zakaźne, które i tak znajdowały się stale na stosunkowo niskim poziomie. Niejednoznaczna jest sytuacja w zakresie chorób układu moczowo-płciowego i układu nerwowego. Wyraźny spadek udziału hospitalizacji z tej ostatniej przyczyny obserwowano dopiero w 1999 r. w całej Polsce jak i w województwie śląskim. Podsumowując można stwierdzić, że główne przyczyny pobytu mężczyzn w szpitalu (w 1999 r.) to kolejno choroby układu krążenia, urazy i zatrucia, choroby układu trawiennego, oddechowego oraz nowotwory.

Struktura przyczyn hospitalizacji kobiet

Rycina 66 Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w Polsce i województwie śląskim w latach 1980-1999 - kobiety



Pod koniec lat 80-tych głównymi przyczynami hospitalizacji kobiet (ryc. 66) były powikłania ciąży, choroby układu moczowo-płciowego i choroby układu krążenia. Podobnie jak u mężczyzn także u kobiet nastąpił wzrost znaczenia chorób układu krążenia jako przyczyny hospitalizacji. Po przeliczeniu liczby hospitalizacji powikłań ciąży, porodu i połogu na 1000 urodzeń, częstość tych powikłań wzrosła w latach 1980 - 1999 o 25%.

Tak jak u mężczyzn, u kobiet w ciągu 18 lat objętych analizą zmalało znaczenie chorób układu oddechowego, trawiennego i nerwowego oraz chorób zakaźnych. Natomiast wzrosło znaczenie chorób nowotworowych, chorób układu mięśniowo-kostnego i, jak zaznaczono na początku, chorób układu krążenia. Wzrasta wyraźnie znaczenie chorób określonych jako "pozostałe", których szerokie spektrum nie pozwoliło na odrębne omówienie, gdyż częstość poszczególnych składowych tej grupy nie przekracza zwykle 2%.

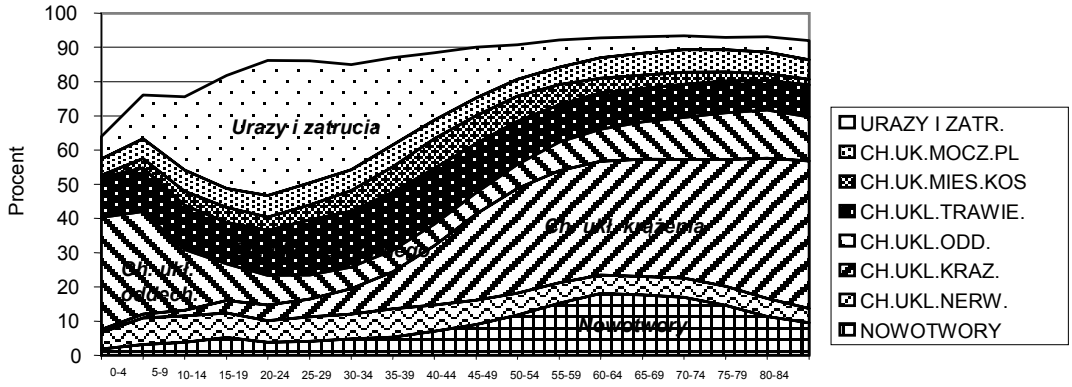
Podsumowując można stwierdzić, że u mężczyzn 70% wszystkich hospitalizacji stanowiły w roku 1980 choroby układu krążenia, urazy i zatrucia, choroby układu trawiennego, oddechowego i choroby zakaźne, które w 1999 roku zostały zastąpione przez nowotwory. U kobiet 70% wszystkich hospitalizacji w 1980 stanowiły powikłania ciąży, choroby układu krążenia, choroby układu moczowo-płciowego, choroby układu trawiennego i oddechowego, oraz urazy i zatrucia, które w 1999 roku zostały zastąpione przez nowotwory.

3.4. Zmiany struktury osób hospitalizowanych z wiekiem

W celu pogłębienia informacji dotyczących struktury hospitalizacji przeprowadzono analizę struktury hospitalizacji w 5 letnich grupach wieku dla danych z 1999 r. - osobno dla mężczyzn i kobiet.

Struktura hospitalizacji mężczyzn

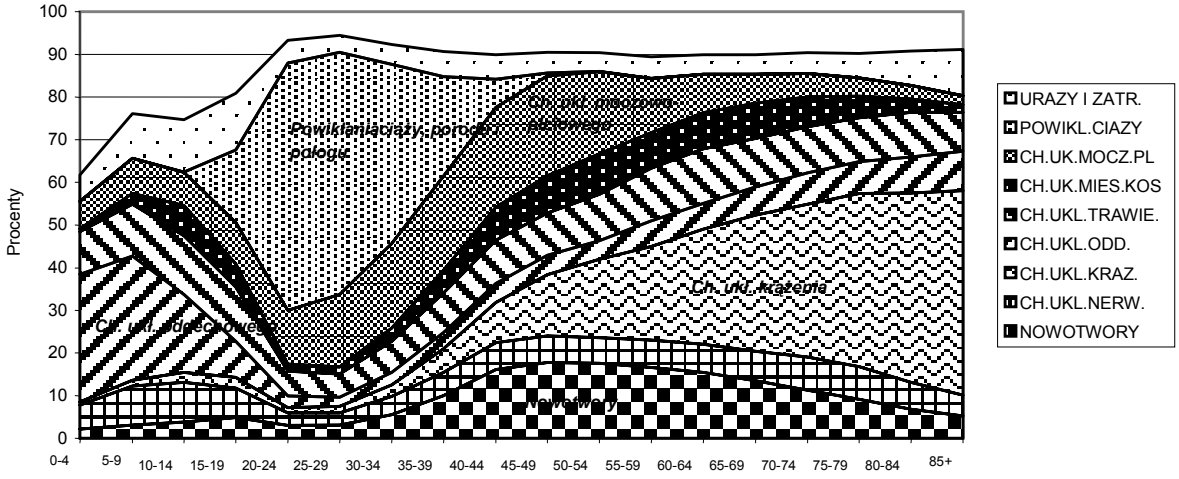
Rycina 67 Udział głównych grup chorób w hospitalizacji mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 1999 r.



Chłopcy w wieku do 9 lat hospitalizowani są najczęściej z powodu chorób układu oddechowego, w wieku od 10 lat zaczynają dominować urazy i zatrucia oraz choroby układu trawiennego (ryc.67). Sytuacja ta utrzymuje się do 35 roku życia, kiedy wśród przyczyn hospitalizacji zaczynają dominować choroby układu krążenia. Należy zaznaczyć, że choroby układu moczowo-płciowego, mięśniowo-kostnego i nerwowego hospitalizowane są u mężczyzn prawie równie często w każdym wieku. Od 45 roku życia do chorób układu krążenia dochodzą nowotwory, które jako przyczyna hospitalizacji osiągają maksimum w 60 roku życia nie przekraczając jednak, co do częstości chorób układu krążenia, które aż do 84 roku życia zwiększają swoje znaczenie jako przyczyna hospitalizacji mężczyzn. W starszych grupach wieku zwiększa się też znaczenie chorób układu oddechowego jako przyczyn pobytu w szpitalu.

Struktura hospitalizacji kobiet

Rycina 68 Udział głównych grup chorób w hospitalizacji kobiet w poszczególnych grupach wieku w 1999 r.



Nieco inaczej przedstawia się struktura hospitalizacji kobiet (ryc. 68). W wieku do 19 lat dominują choroby układu oddechowego przy stosunkowo nieznacznym w porównaniu z mężczyznami udziale urazów i zatruć. Od 20 roku życia do 45 lat przeważają powikłania ciąży, porodu i połogu przy równoczesnym wzroście znaczenia chorób układu moczowo - płciowego w stopniu znacznie większym niż u mężczyzn. Od 50 roku życia wśród przyczyn hospitalizacji kobiet zaczynają dominować choroby układu krążenia, przy czym poczynając od 80 roku życia, tak jak u mężczyzn, maleje udział nowotworów.

3.5 Podsumowanie

- Zarówno w Polsce jak i w krajach Unii Europejskiej liczba hospitalizacji ogółem w latach 1980-1999 wzrastała w podobnym tempie, a w 1999 roku średni współczynnik hospitalizacji dla krajów UE był o połowę wyższy niż w Polsce.
- Jedynie z powodu chorób zakaźnych i chorób układu mięśniowo-kostnego w Polsce hospitalizuje się częściej niż w krajach UE.
- Struktura najczęstszych przyczyn hospitalizacji w Polsce w ostatnim dwudziestoleciu uległa zmianom zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Obecnie u obu płci dominują choroby układu krążenia, podczas gdy w roku 1980 u mężczyzn były to urazy i zatrucia a u kobiet powikłania ciąży, porodu i połogu.

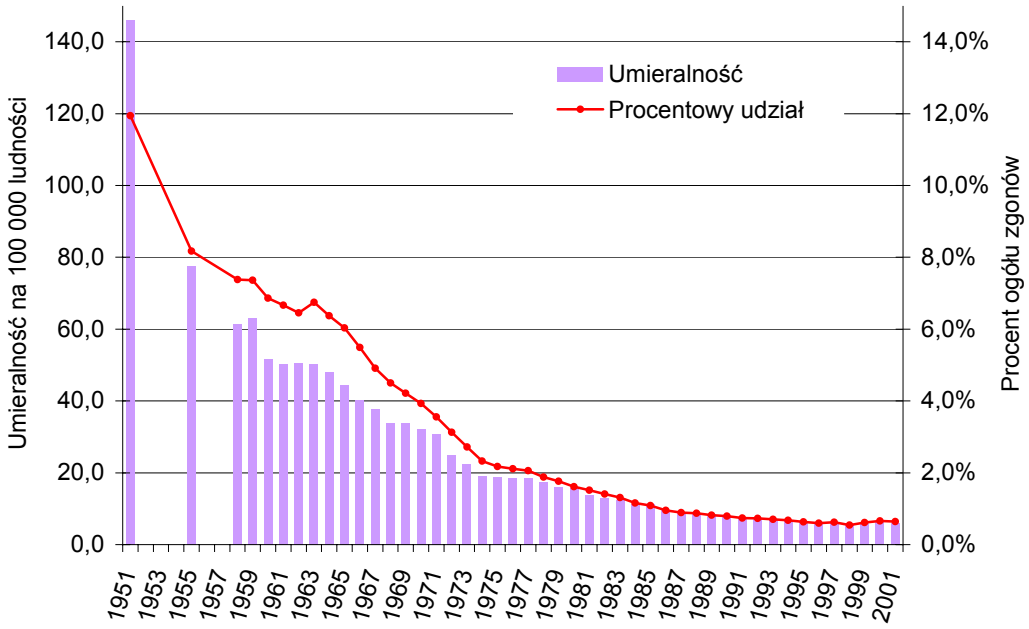
- Struktura najważniejszych przyczyn hospitalizacji ulega zmianom z wiekiem i jest różna dla mężczyzn i kobiet szczególnie w okresie do 40 roku życia. W przypadku kobiet jako główna przyczyna hospitalizacji dominują powikłania ciąży, a w przypadku mężczyzn wypadki i zatrucia.

4. Choroby zakaźne

4.1 Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce ogólnie ocenia się jako korzystną. Dane o liczbie zachorowań na wybrane choroby wskazują, że zapadalność na większość chorób w ostatnich dekadach wykazuje względnie stałą tendencję spadkową[14]. Do lat dziewięćdziesiątych wyraźną tendencję spadkową wykazywał też w Polsce współczynnik umieralności z powodu chorób zakaźnych, który w ostatnim dziesięcioleciu ustabilizował się na relatywnie niskim poziomie - rocznie 5 do 8 zgonów na 100 tys. ludności, co odpowiada udziałowi chorób zakaźnych w przyczynach zgonów Polaków w granicach 0,5%-0,7% (ryc. 69). Około 40% wszystkich zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce w ostatnich latach stanowią zgony z powodu gruźlicy i jej późnych następstw, a 20-30%, - zgony z powodu posocznic (gronkowcowych, paciorkowcowych i innych) [15].

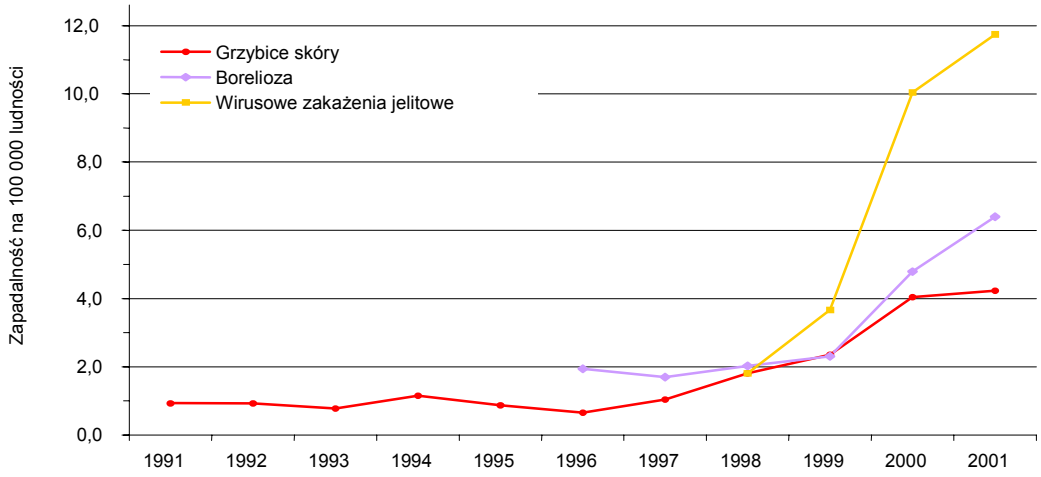
Rycina 69 Umieralność na choroby zakaźne i procentowy udział zgonów z powodu chorób zakaźnych w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w latach 1951-2001



[14] Dane te publikowane są co roku przez Państwowy Zakład Higieny, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Instytut Wenerologii AM w Warszawie (tab. 19 – str.2), tj. przez trzy placówki od lat sprawujące merytoryczny nadzór nad systemami obowiązkowego zgłaszania i rejestracji zachorowań na choroby zakaźne w Polsce

Cykl epidemiczny wielu chorób powoduje - co oczywiste - przewidywalny, okresowy wzrost liczby zachorowań. Epidemie mają jednak coraz mniej gwałtowny przebieg, a liczba zachorowań rejestrowanych w okresach kolejnych szczytów fal epidemicznych jest z reguły coraz niższa. Jednocześnie, w odniesieniu do szeregu innych chorób zakaźnych, na które zapadalność w ostatnich latach wzrasta, można przypuszczać, że wzrost ten nie wynika z pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej tych chorób, lecz wiąże się m.in. z poprawą wykrywalności i zgłaszalności, dzięki m.in. upowszechnianiu i rozwoju diagnostyki, wzmocnieniu nadzoru nad rejestracją danej choroby, wzrostowi ogólnego zainteresowania konkretną chorobą, np. w następstwie podjęcia i szerokiego nagłośnienia tematu przez media. Dotyczy to takich chorób jak np. borelioza, grzybice skóry, wirusowe zapalenie wątroby typu C czy salmonelozy pozajelitowe, a także np. wirusowych i innych określonych zakażeń jelitowych (ryc.70).

Rycina 70 Zapadalność na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 1991-2001

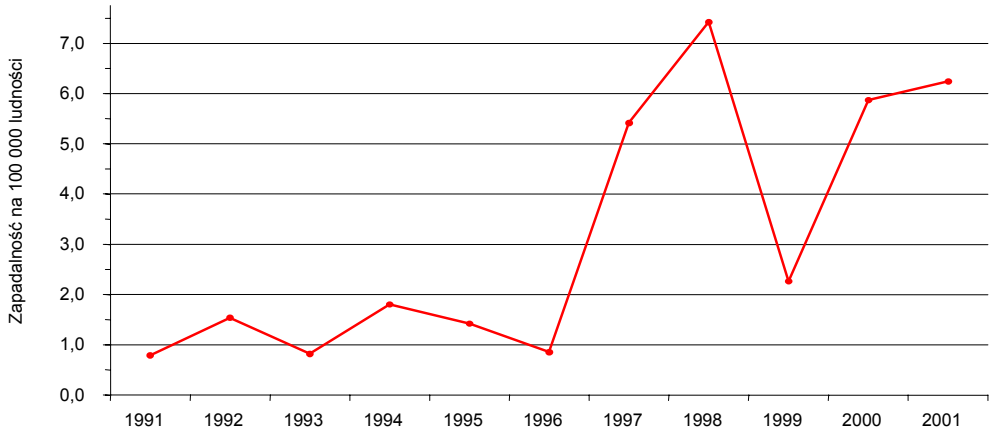


Korzystna i względnie stabilna sytuacja epidemiologiczna może prowadzić do błędnego wniosku, że choroby zakaźne nie stanowią już w naszym kraju problemu zdrowia publicznego. Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia systematycznie przypominają o ponownym wzroście znaczenia wielu chorób zakaźnych (tzw. choroby nawracające), w tym

[15] Sytuacja epidemiologiczna posocznic, których rejestrację zaczęto w Polsce wdrażać praktycznie dopiero w 2003 r., nie jest jeszcze w kraju dostatecznie rozpoznana.

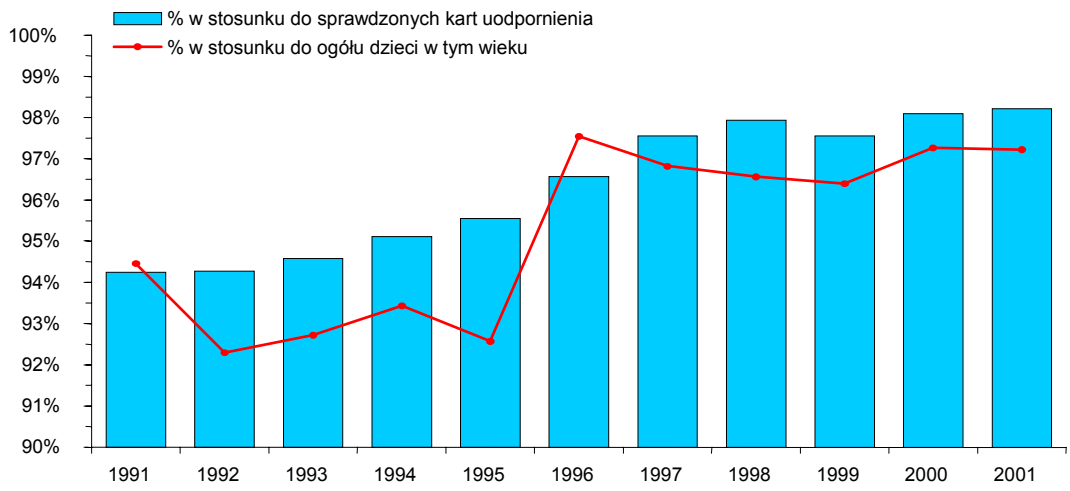
gruźlicy, błonicy, cholery czy dżumy, oraz o pojawiających się nowych zagrożeniach takimi chorobami jak gorączki krwotoczne czy choroby prionowe. Ostatni okres to pojawienie się dodatkowego, realnego zagrożenia związanego z możliwością użycia broni biologicznej przez grupy terrorystyczne - zagrożenia o skali niespotykanej w historii. Szacuje się np., że wirus ospy prawdziwej, która jako pierwsza choroba zakaźna została skutecznie eradykowana na całym świecie, użyty w celach bioterrorystycznych może spowodować zgon 2 miliardów osób.

Rycina 71 Zapadalność na krztusiec w Polsce w latach 1991-2001



Nadal aktualne są zagrożenia tymi chorobami zakaźnymi, w przypadku których niska zapadalność utrzymywana jest wyłącznie dzięki prowadzonym systematycznie wieloletnim programom szczepień ochronnych. Powstrzymanie występowania zachorowań należy w takiej sytuacji traktować jako stan równowagi chwiejnej, w której podstawową rolę odgrywa pokrycie skutecznymi szczepieniami niemal całej populacji (szczególnie dzieci i młodzieży) lub grup ryzyka. Przykładem skutków zaniechania szczepień przeciw niektórym chorobom i/albo pogorszenia się skuteczności takich szczepień jest np. znaczący wzrost liczby zachorowań na krztusiec, odnotowany w latach dziewięćdziesiątych w szeregu krajach europejskich, a także w USA i Australii. Epidemiczny wzrost zapadalności na krztusiec zarejestrowano także w Polsce (ryc.71), mimo utrzymywanego od lat relatywnie wysokiego (z tendencją wzrastającą) poziomu zaszczepienia dzieci do 2 roku życia (ryc. 72). Sytuacja ta skłania do rozważania celowości wprowadzenia dodatkowego szczepienia przeciw tej chorobie dzieci po piątym roku życia.

Rycina 72 Stan zaszczepienia przeciw krztuścowi dzieci w 2 roku życia w Polsce w latach 1991-2001



Dlatego jako szczególnie niepokojące należy traktować sygnały ze strony specjalistów nadzorujących i oceniających sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce o pogorszeniu się w ostatnich latach zgłaszania zachorowań. Zjawisko to łączone jest przede wszystkim z drastycznym zmniejszeniem się liczby wykonywanych badań diagnostycznych (a więc z pogorszeniem się wykrywalności) oraz z zaniedbywaniem obowiązku zgłaszania zachorowań przez niektóre placówki i lekarzy. Niewątpliwy wpływ na niekompletność rejestracji zachorowań miały też zmiany organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej związane z reformą administracyjną kraju i reformą systemu opieki zdrowotnej. Ogranicza to zaufanie do ocen sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w Polsce dokonywanych na podstawie oficjalnych danych z ostatnich lat (tj. rejestracji zachorowań) oraz skłania do ostrożnego formułowania wniosków. Jedynie doświadczenie wynikające ze śledzenia wieloletnich trendów poszczególnych chorób zakaźnych pozwala na uwiarygodnienie ocen.

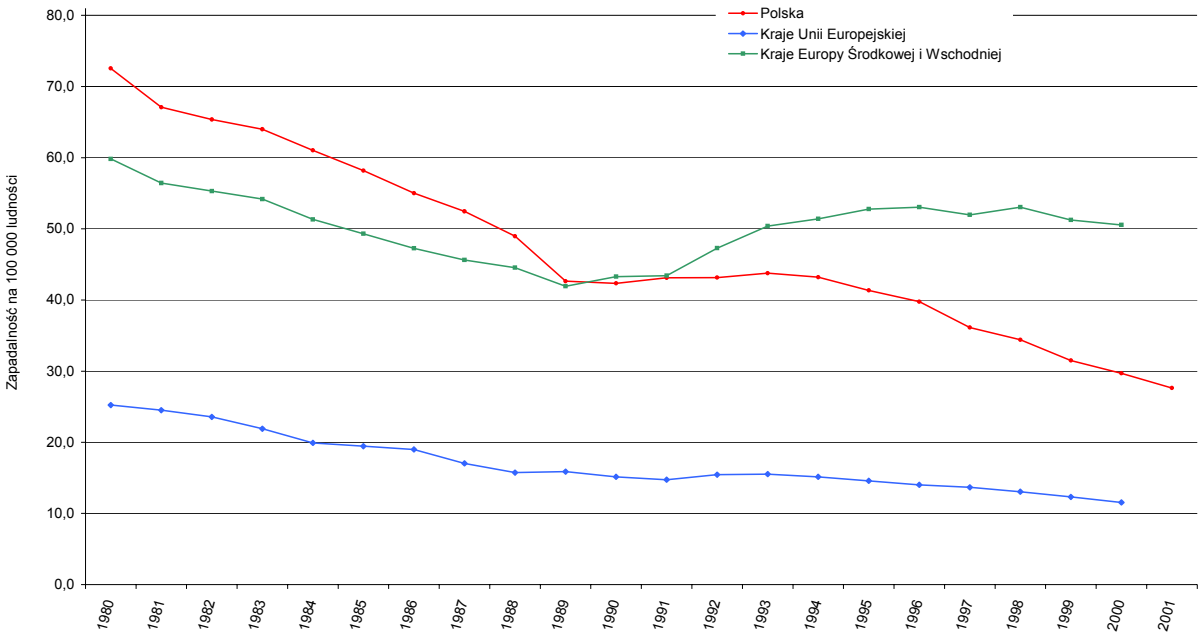
Z grupy chorób zakaźnych objętych w Polsce obowiązkiem zgłaszania należy przede wszystkim zwrócić uwagę na sytuację epidemiologiczną chorób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym, chorób przenoszonych poprzez naruszenie ciągłości tkanek oraz chorób powodujących największe straty zdrowotne i ekonomiczne (omawianie wszystkich wykraczałoby poza ramy niniejszego opracowania).

4.2 Sytuacja epidemiologiczna w zakresie poszczególnych chorób zakaźnych

4.2.1 Gruźlica

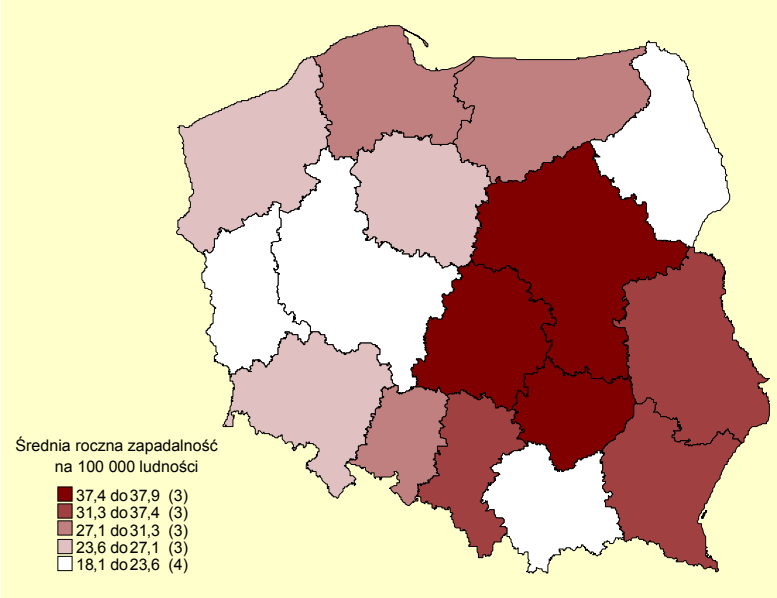
Zmniejszenie zapadalności na gruźlicę o 15% w stosunku do roku 1995, tj. do poziomu poniżej 35,2 na 100 tys. ludności, było jedną z oczekiwanych korzyści "Narodowego Programu Zdrowia" (NPZ) przyjętego w Polsce na lata 1996-2002 (w ramach celu operacyjnego 17. "Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym"). Stan ten został osiągnięty znacznie wcześniej, bo już w 1998 r., w którym - uwzględniając wszystkie postacie gruźlicy - zarejestrowano w Polsce ogółem 13 302 zachorowania, tj. 34,4 na 100 tys. ludności. W kolejnych latach liczba zachorowań na gruźlicę nadal spadała, w 2001 r. dochodząc do 10 672, tj. do poziomu 27,6/100 tys. ludności (wg wstępnych danych), czyli o 33% niższego w stosunku do 1995 r. Nawet tak wyraźne przekroczenie zamierzeń trudno jednak traktować jako satysfakcjonujące jeśli zauważy się, że współczynnik zapadalności na gruźlicę w Polsce nadal jest jednym z wyższych w Europie, prawie trzykrotnie przekracza zapadalność na gruźlicę w krajach Unii Europejskiej, w której zbliżony poziom zapadalności osiągnięto przed dwudziestu laty oraz przewyższa współczynniki notowane w krajach za naszą zachodnią i południową granicą (ryc.73).

Rycina 73 Zapadalność na gruźlicę w Polsce w latach 1980-2001w porównaniu z zapadalnością w innych krajach europejskich



Problemem jest też wyraźne zróżnicowanie zapadalności na gruźlicę w poszczególnych województwach (w 2001 r.: od 18,3/100 tys. ludności w województwie wielkopolskim do 35,9 w świętokrzyskim; Tabela 17– str. 124, ryc. 74) oraz utrzymujący się w Polsce wysoki, w porównaniu z innymi krajami, udział zachorowań na gruźlicę osób młodych. Radykalnej poprawy wymaga też dostępność i jakość diagnostyki bakteriologicznej. Według danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc udział zachorowań potwierdzonych bakteriologicznie wahał się w 2000 r. od 81,2% w województwie małopolskim do 34,7% w województwie warmińsko–mazurskim, które to różnice nie znajdują uzasadnienia w istniejącej sieci pracowni bakteriologicznych. Należy też zwrócić uwagę na pojawienie się problemu gruźlicy wielolekoopornej, której liczbę szacuje się na około 200 przypadków. Bywa ona skojarzona z AIDS i wirusowymi zapaleniami wątroby typów B oraz C i dotyczy częściej osób uzależnionych od narkotyków przyjmowanych dożylnie.

Rycina 74 Zapadalność na gruźlicę w Polsce w latach 1999-2001 według województw

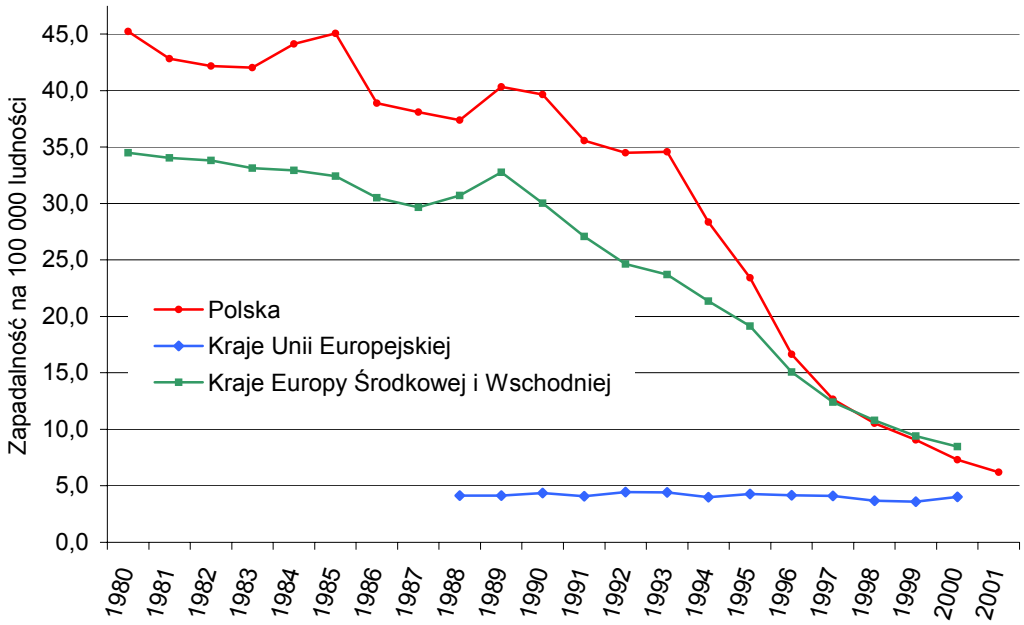


4.2.2 Wirusowe zapalenia wątroby

W pierwszej połowie lat osiemdziesiątych zapadalność na szerzące się drogą naruszenia ciągłości tkanek wirusowe zapalenie wątroby (wzw) typu B oscylowała w Polsce w granicach od 37,4/100 tys. ludności (1988 r.) do 45,1 (1985 r.) i 45,2 (1980 r.). Była ona jedną

z najwyższych w Europie (ryc.75) i stanowiła jeden z najpoważniejszych problemów epidemiologicznych w kraju. Wyższe współczynniki zapadalności notowano wówczas głównie na obszarach niektórych późniejszych państw powstałych po rozpadzie Związku Radzieckiego - np. w 1980 r. na Litwie (54,7) czy w Mołdowie (49,2), a w 1985 r. w Mołdowie (59,8) i Kirgistanie (51,6). Zapadalność na szerzące się drogą pokarmową wzw typu A, mimo że dwu-, trzykrotnie wyższa niż na wzw typu B (wnioskując po liczbie przypadków rejestrowanych jako wzw nie B), stanowiła w tamtych latach bardziej problem lokalny (epidemie wyrównawcze) niż ogólnokrajowy.

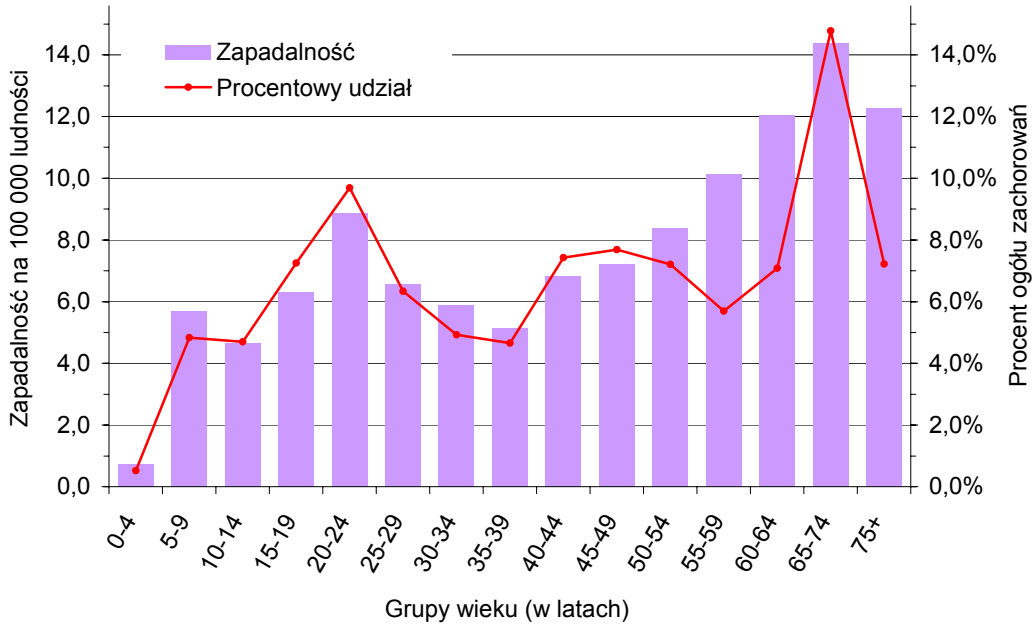
Rycina 75 Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1980-2001 w porównaniu z zapadalnością w innych krajach europejskich



Przeciwdziałanie szerzeniu się **wzw typu B** w latach osiemdziesiątych przynosiło umiarkowane efekty w postaci obniżenia zapadalności do poziomu około 35/100 tys. ludności na początku lat dziewięćdziesiątych. Dopiero realizacja intensywnego programu zwalczania tej choroby z 1993 r., wsparta uwzględnieniem walki z wzw B w Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996-2005, pozwoliła na radykalne obniżenie zapadalności. W 2001 r. w całym kraju zarejestrowano 2 394 zachorowania, a zapadalność wyniosła 6,2/100 tys. Oznacza to, że już w 2001 r. osiągnięto oczekiwaną w NPZ korzyść - spadek liczby zachorowań na wzw B poniżej 2 500 rocznie, a tym samym poziom zapadalności zbliżony do średniej dla całej Europy. Nie umniejszając sukcesu, wypada jednak zauważyć, że jest

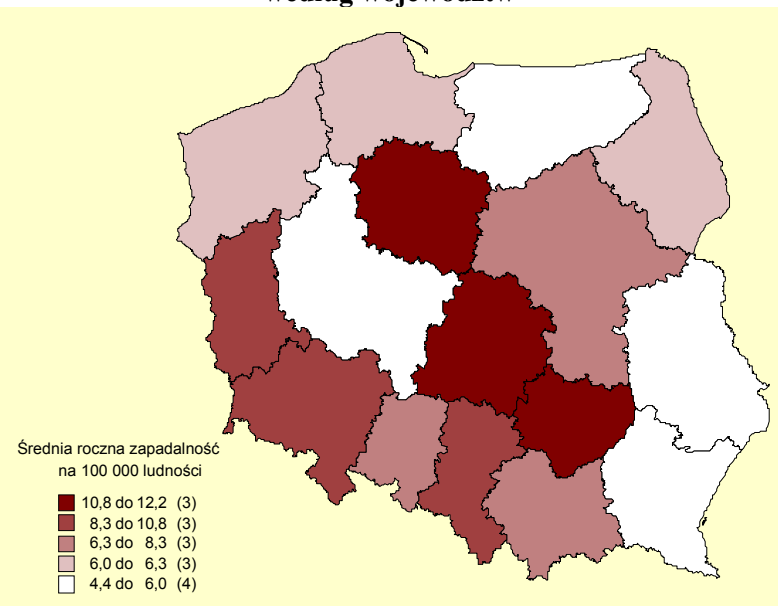
to poziom o ponad 50% wyższy niż w krajach Unii Europejskiej (4,0/100 tys. ludności w 2000 r.), a tempo spadku liczby zachorowań na wzw B w Polsce w ostatnich latach wyraźnie słabnie, co może świadczyć o wyczerpywaniu się możliwości uzyskania dalszej wyraźnej poprawy wyłącznie dzięki realizowanemu programowi, opartemu przede wszystkim na prowadzeniu szczepień ochronnych. Wprowadzenie szczepień młodzieży w wieku 14 lat poprawi niewątpliwie ochronę populacji. Przy utrzymaniu obowiązkowych szczepień noworodków, które w Polsce stały się szczepieniami obejmującymi największy odsetek dzieci. Powinno to w perspektywie najbliższych 10 lat zapobiec zachorowaniom w całej populacji dzieci, młodzieży i osób wchodzących w okres rozrodczy. Pozostaje jednak problem ok. 6-8 roczników dzieci, które nie były szczepione jako noworodki i będą zaszczepione dopiero w wieku 14 lat. Są one pozbawione przez ten czas ochronnego działania szczepionki i część z nich zachoruje. Ryzyko zachorowania jest wprawdzie w tej grupie wieku mniejsze niż przeciętne w populacji generalnej, niemniej należy uwzględnić ten problem w dalszych działaniach profilaktycznych.

Rycina 76 Zapadalność i procentowy udział zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1999-2001 według wieku



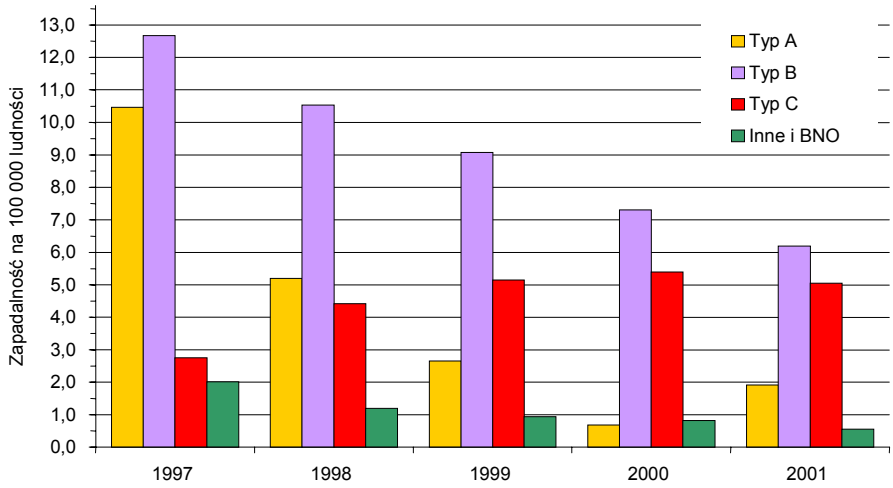
Utrzymanie w następnych latach dotychczasowego kręgu osób szczepionych przeciw wzw B (niemowlęta, pracownicy służby zdrowia, studenci uczelni medycznych i uczniowie szkół medycznych, osoby przewlekle chore i przed zabiegami chirurgicznymi) i dotychczasowego poziomu wykonania tych szczepień, stanowiłoby jedną z dróg utrwalenia dotychczasowych osiągnięć w zwalczaniu wzw B i gwarantowało możliwość dalszej poprawy sytuacji. Ze względów ekonomicznych może się to jednak okazać niemożliwe. Dlatego wymagane będzie dalsze konsekwentne nasilanie działań na rzecz poprawy procesów sterylizacji sprzętu medycznego wielokrotnego użytku i stałe szkolenie personelu, traktowane jako jeden z elementów zakładowych programów przeciwdziałania zagrożeniom biologicznym. W związku z wycofaniem się z bezpłatnego szczepienia osób przewlekle chorych i przed zabiegami chirurgicznymi, będzie to jedyne działanie zapobiegające wysokiej zapadalności na wzw B osób w starszym wieku (ryc. 76), która jest czynnikiem w największym stopniu rzutującym na ogólny poziom zapadalności na wzw B w całej populacji. Działania te przede wszystkim należałoby nasilić w województwach kujawsko–pomorskim, łódzkim i świętokrzyskim, w których średnia roczna zapadalność w trzech ostatnich latach przekraczała o 40-60% przeciętny poziom zapadalności w całym kraju (Tabela 18– str. 125, ryc.77).

Rycina 77 Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1999-2001 według województw



Zachorowania na wirusowe zapalenia wątroby typu A oraz typu C rejestrowane są w Polsce odrębnie dopiero od 1997 r. (wcześniej rejestrowano je łącznie z przypadkami wzw bliżej nie określonymi i sporadycznie wykrywanymi przypadkami wzw innych typów - jako wzw nie B). W świetle danych z rejestracji (ryc. 78), zachorowania na **wzw typu A** nie stanowią obecnie w Polsce istotnego problemu epidemiologicznego, np. w 2001 r. w całym kraju zarejestrowano 738 zachorowań, tj. 1,9/100 tys. ludności. Ze względu na brak odporności wśród znacznej części populacji utrzymuje się jednak możliwość występowania lokalnych ognisk oraz okresowego (co 5-10 lat) wzrostu liczby zachorowań o charakterze epidemii wyrównawczych, co uzasadnia utrzymywanie ścisłego nadzoru epidemiologicznego nad tą chorobą. Na zachorowania narażone są szczególnie osoby podróżujące do krajów o wysokiej endemiczności (zaleca się im szczepienia). W perspektywie najbliższych lat poważniejszym problemem mogą natomiast stać się w Polsce zachorowania na **wzw typu C**. Wzrost liczby rejestrowanych zachorowań na tę postać wzw w latach 1997-2000 (ryc.78) w większym stopniu wynikał z upowszechniania się diagnostyki tej choroby oraz ze zgłaszania przypadków przewlekłych, wcześniej nie rozpoznanych, niż z gwałtownego pogarszania się sytuacji epidemiologicznej. Niemniej, biorąc pod uwagę zarówno poziom zapadalności odnotowany w dwu ostatnich latach (2000 r. - 5,4 na 100 tys. ludności; 2001 - 5,1) oraz znane drogi szerzenia się zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C, uważa się, że sytuacja staje się alarmująca, podobnie zresztą jak w innych krajach europejskich. Na pewien optymizm pozwalają jedynie wyniki badania serologicznego populacji pracowników ochrony zdrowia wykonanego w ramach Strategicznego Programu Rządowego SPR-1. Grupa ta, charakteryzująca się niemal 5-krotnie większą zapadalnością na wzw B niż populacja ogólna, powinna mieć markery wzw C na poziomie ok. 4%, tymczasem badanie wykazało niewiele ponad 1%. Może to świadczyć o zmianie nawyków zawodowych i poprawie procesów sterylizacji oraz właściwym zastosowaniu jednorazowego sprzętu medycznego. Być może zmiana ta będzie skutkować zmniejszoną ekspozycją pacjentów na zakażenia przenoszone drogą naruszenia ciągłości tkanek w placówkach ochrony zdrowia, nie jest to jednak jedyna droga szerzenia się zakażeń wzw C.

Rycina 78 Zapadalność na wirusowe zapalenia wątroby w Polsce w latach 1997-2001

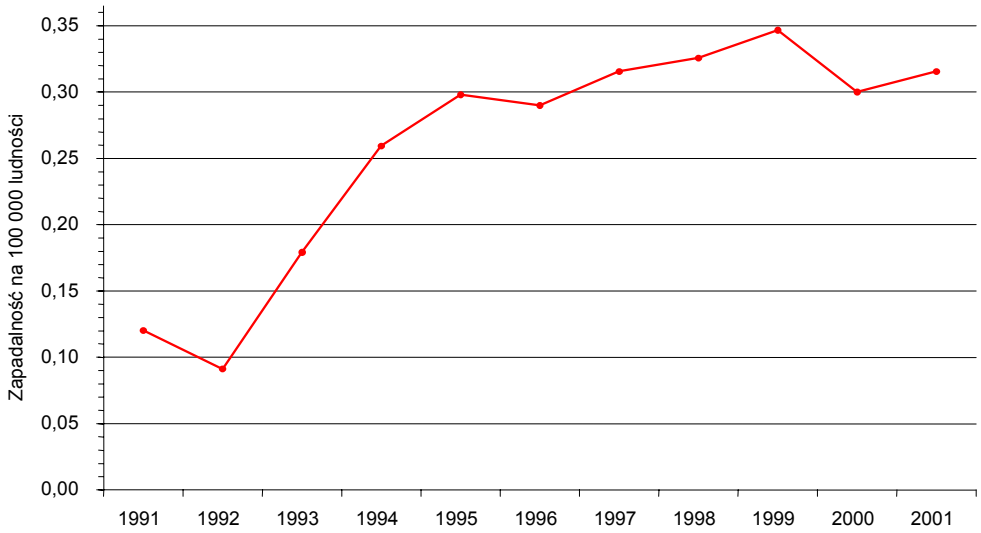


4.2.3 Zespół nabytego upośledzenia odporności - AIDS

Po 1994 r., w którym AIDS rozpoznano w Polsce u 100 osób (zapadalność 0,25 na 100 tys. ludności) tempo wzrostu liczby zachorowań na tę chorobę rejestrowanych w kolejnych latach wyraźnie spadło (ryc. 79). Najwyższą - jak dotychczas - liczbę zachorowań i najwyższą zapadalność odnotowano w 1999 r. - 134 zachorowania; 0,34/100 tys. (dla porównania, zapadalność na AIDS w krajach Unii Europejskiej w ostatnich 5 latach obniżała się z poziomu 6,5 do 2,2 na 100 tys. ludności, wielokrotnie przekraczając poziom zapadalności w Polsce). Niewielki spadek liczby zachorowań zarejestrowanych w Polsce po 1999 r. traktować należy raczej jako potwierdzenie zahamowania tempa wzrostu, niż dowód rzeczywistego obniżenia się zapadalności na AIDS w latach 2000-2001. Może on bowiem wynikać z opóźnień w przekazywaniu informacji o niektórych zachorowaniach rozpoznanych w dwóch ostatnich latach. Analiza danych z wcześniejszych lat wskazuje, że dokonywane w nich korekty mogą zwiększać liczbę zachorowań nawet o kilkanaście procent w stosunku do wykazanych pierwotnie. Niestety, odsetek osób zakażonych HIV w jednej z najbardziej narażonych grup, tj. wśród narkomanów, po okresie utrzymywania się w Polsce na względnie stałym poziomie (w latach 1995-1997 ok. 5%), nie zaczął zmniejszać się, co miało stanowić jedną z oczekiwanych korzyści NPZ. Zamiast ego po 1997 r. ponownie począł nastąpił wzrost dochodzący w roku 2001 do poziomu 9,0% dodatnich wyników w badaniach serologicznych osób z tej grupy. W tej sytuacji jako szczególnie alarmujące należy traktować dane

o spadkowej tendencji liczby wykonywanych w Polsce badań w kierunku przeciwciał anty–HIV, nie tylko w tej grupie ryzyka, gdzie liczba wykonanych badań w 2001 r. była mniejsza o ok. 56% w stosunku do 1997 r., ale także w innych grupach ludności, w tym wśród osób nie ujawniających ryzykownych zachowań (o ok. 35% w stosunku do 1997 r.).

Rycina 79 Zapadalność na AIDS w Polsce w latach 1991-2001

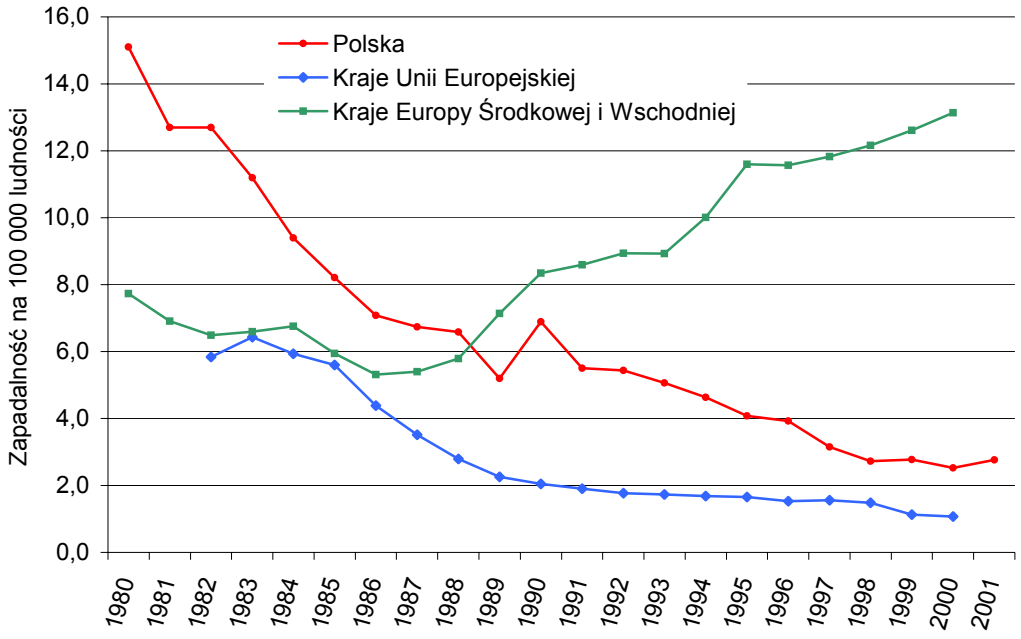


4.2.4 Kiła

Tak jak wzrost liczby rejestrowanych zachorowań nie musi być sygnałem rzeczywistego pogarszania się sytuacji epidemiologicznej danej choroby (przykłady wymieniono wcześniej), tak spadek liczby zgłaszanych zachorowań nie zawsze można traktować jako efekt poprawy sytuacji. W grupie chorób, których sytuacja epidemiologiczna wzbudzać może poważne zaniepokojenie pomimo utrzymywania się w ostatniej dekadzie lekkiego trendu spadkowego liczby rejestrowanych przypadków, znajduje się m.in. kiła (ryc. 80), ale także i inne choroby przenoszone drogą płciową. W świetle danych z rejestracji, w latach 1998-2001 zarejestrowano w Polsce odpowiednio: 1 049 przypadków kiły wczesnej i późnej ogółem (tj. 2,7 na 100 tys. ludności) w roku 1998 ; 1 061 (2,8) w roku 1999; 968 (2,5) w roku 2000 oraz 1 057 (2,7) w roku 2001. Należy jednak zauważyć, że w tych samych latach nastąpił w Polsce częściowy demontaż sieci nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową

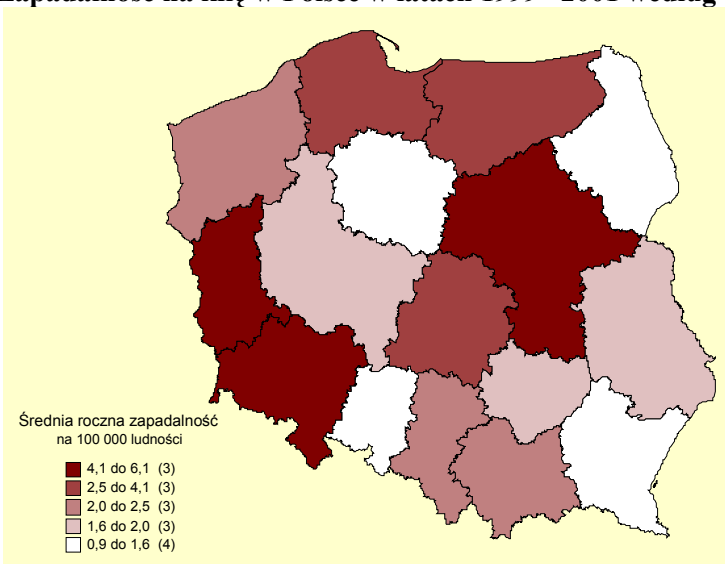
(tylko częściowo związany z reformą administracyjną kraju), a liczba badań serologicznych w kierunku kiły wykonywanych w pionie skórno–wenerologicznym drastycznie spadała (prawie pięciokrotnie), jako efekt poszukiwania oszczędności i rezygnacji z okresowych badań w niektórych zawodach (w 1998 r. - 6 137 tys. zbadanych próbek, w 1999 r. – 2 701 tys., w 2000 r. - 1 253 tys., w 2001 r. - 1 409 tys.). Musiało to znacząco wpłynąć na wykrywalność choroby i postawić pod znakiem zapytania wiarygodność danych pochodzących z rejestracji. O pogorszeniu się wykrywalności kiły w Polsce świadczą rejestrowane rokrocznie przypadki kiły wrodzonej, których liczba nie zmniejsza się mimo zmniejszającej się z roku na rok liczby urodzeń (1997 r. – 4; 1998 r - 7, 1999 r. – 10; 2000 r. - 7, 2001 r. -10). W tej sytuacji trudno jest oceniać w jakim stopniu różnice wysokości współczynników zapadalności na kiłę na obszarze poszczególnych województw (w 2001 r. od 1,1/100 tys. ludności w województwach kujawsko–pomorskim i podkarpackim do 4,4 w lubuskim i 5,5 w mazowieckim - Tabela 19 – str. 125, ryc.81) oddają zróżnicowanie sytuacji epidemiologicznej, a w jakim są odzwierciedleniem sytuacji organizacyjnej nadzoru.

Rycina 80 Zapadalność na kiłę w Polsce w latach 1980-2001 w porównaniu z zapadalnością w innych krajach europejskich



Biorąc pod uwagę wspomniane we wstępie zagrożenia związane z migracją transgraniczną oraz rozluźnienie obyczajów w Polsce (w tym szerzenie się prostytucji), sytuacja niewątpliwie wymaga szybkiego zweryfikowania szeroko rozumianej polityki w zakresie zapobiegania chorobom szerzącym się drogą seksualną. Jest to uzasadnione tym bardziej, że nawet zaniżone współczynniki zapadalności na kiłę w Polsce są w przybliżeniu dwukrotnie wyższe niż w krajach Unii Europejskiej i nic nie wskazuje na to by różnica ta miała się zmniejszyć. Należy też rozważyć, postulowane od kilku lat przez specjalistów, skrócenie cyklu zbierania informacji o zachorowaniach na choroby przenoszone drogą płciową z rocznego na krótszy (np. kwartalny), co nie tylko umożliwi bieżącą ocenę sytuacji, ale będzie też bardziej dyscyplinowało osoby zobowiązane do zgłaszania zachorowań. Nowa "Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach" potencjalnie stworzyła taką możliwość, ale należy zauważyć, że jednocześnie pogłębia się proces destrukcji systemu nadzoru.

Rycina 81 Zapadalność na kiłę w Polsce w latach 1999 –2001 według województw

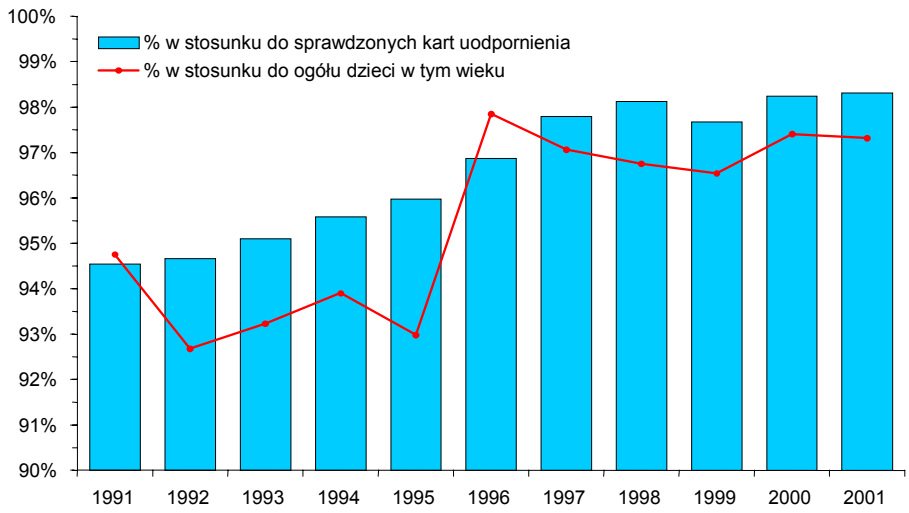


4.2.5 Błonica, tężec, krztusiec

Sytuację epidemiologiczną tych trzech chorób w Polsce określają prowadzone systematycznie od lat obowiązkowe szczepienia ochronne, których wykonawstwo ocenia się jako jedno z lepszych w Europie (ryc. 72 i 82). Zachorowania na **błonicę** notowane są jedynie sporadycznie, głównie w następstwie zawlekania z obszarów byłego Związku Radzieckiego.

W latach 1975-2001 zarejestrowano w Polsce ogółem 33 zachorowania, w tym 10 (0,03 na 100 tys. ludności) w 1993 r. - wszystkie na terenach wschodnich województw. W przypadku **tężca** liczba zachorowań w Polsce systematycznie zmniejsza się, od około 100 przypadków notowanych w ciągu roku w drugiej połowie lat siedemdziesiątych do poniżej 50 rocznie rejestrowanych w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych (w 2001 r. 21 zachorowań, 0,05 na 100 tys.). Zachorowania występują przede wszystkim w województwach południowej Polski i dotyczą osób starszych. Zmienione przed paru laty zasady postępowania po zranieniach, wprowadzenie szczepienia przeciw błonicy/tężcowi szczepionką "Td" w 19 roku życia oraz odporność populacji do 50 roku życia powinny sprzyjać dalszemu zmniejszaniu się liczby zachorowań. Zdecydowanie mniej korzystnie przedstawia się natomiast sytuacja epidemiologiczna **krztuśca** pomimo równie dobrego jak w przypadku błonicy i tężca wykonawstwa szczepień ochronnych dzieci w 1-2 roku życia (ryc. 72). Po okresie względnej stabilizacji zapadalności na tę chorobę w Polsce na relatywnie niskim poziomie w latach osiemdziesiątych (przeciętnie ok. 250 zachorowań rocznie, tj. ok. 0,7 na 100 tys. ludności) liczba zachorowań w latach dziewięćdziesiątych poczęła wzrastać (ryc. 71) dochodząc w okresach szczytu fali epidemicznej do 2 871 przypadków (7,4 na 100 tys.) w 1998 r. i 2 411 zachorowań (6,2 na 100 tys.) w 2001 r. Wzrostowi zapadalności towarzyszyło zwiększenie się procentowego udziału zachorowań dzieci w wieku powyżej pięciu lat, co można wiązać ze stopniowym spadkiem uodpornienia po szczepieniu przebytym w 1-2 roku życia. Wnikliwej analizy wymagają bardzo duże różnice terytorialne. W 2000 r. zapadalność na krztusiec w województwie łódzkim (32,6 na 100 tys. ludności) była ponad 5-krotnie, a w podlaskim (20,5) ponad 3-krotnie wyższa niż przeciętna w całym kraju (5,9), natomiast w województwie zachodniopomorskim odnotowano tylko jedno zachorowanie (zapadalność 0,06). W 2001 r. zapadalność na krztusiec w województwie łódzkim (26,5 na 100 tys. ludności) była ponad 4-krotnie, a w podlaskim (22,4) ponad 3-krotnie wyższa niż przeciętna w całym kraju (6,2), natomiast w województwie zachodniopomorskim nie zarejestrowano żadnego zachorowania. Utrzymanie się tendencji do wzrostu liczby zachorowań w kolejnych latach skłoniło do rozszerzenia kalendarza szczepień o dopełniającą dawkę szczepionki przeciwko krztuścowi w wieku 6 lat.

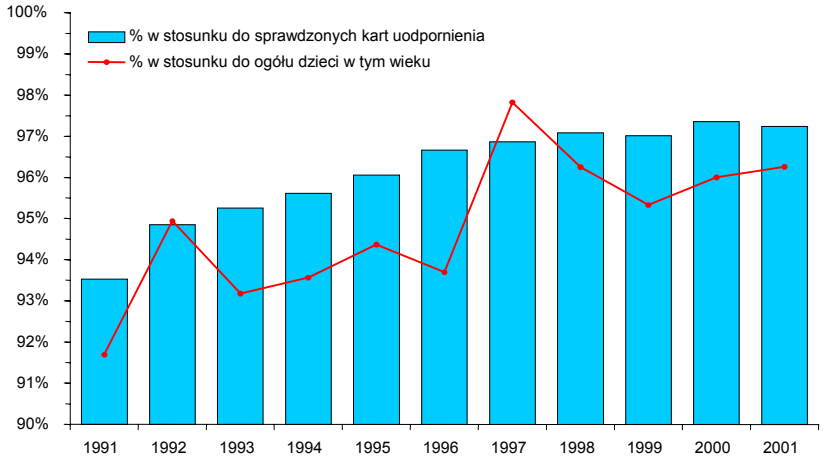
Rycina 82 Stan zaszczepienia przeciw błonicy/tężcowi dzieci w 2 roku życia w Polsce w latach 1991-2001



4.2.6 Odra, różyczka, świnka

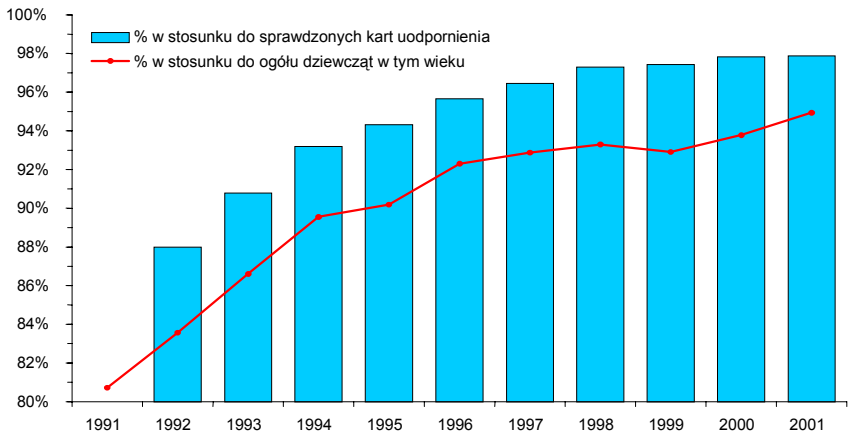
Po ponad dwóch dekadach intensywnych obowiązkowych szczepień przeciw **odrze** dzieci w 2 roku życia (ryc. 83) liczba zachorowań na tę chorobę spadła w Polsce do 2 255 przypadków (5,8 na 100 tys. ludności) w czasie szczytu ostatniej epidemii wyrównawczej w 1998 r. (w okresie poprzedniej epidemii w 1990 r. zarejestrowano 56 471 zachorowań, tj. 148,1 na 100 tys.) i do poziomu około 100 przypadków rocznie w ostatnich latach (ryc. 86). W 2000 r. w całym kraju zarejestrowano 77 zachorowań, tj. 0,20 na 100 tys. ludności, a w 2001 r. - 133, tj. 0,34 na 100 tys., co pozwala na umiarkowany optymizm w ocenie możliwości całkowitego wyeliminowania tej choroby w Polsce zgodnie z planem Światowej Organizacji Zdrowia eradykacji odry w Europie do 2007 r. W miarę zmniejszania się liczby zachorowań coraz większego znaczenia nabiera jednak problem diagnozowania odry w Polsce. Poważne podejście do kwestii eliminacji tej choroby wymaga już obecnie - zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia - serologicznego lub epidemiologicznego potwierdzenia każdego zgłaszanego przypadku, a w najbliższej przyszłości być może nawet genetycznej identyfikacji wirusa w celu wyodrębnienia zachorowań rodzimych i importowanych.

Rycina 83 Stan zaszczepienia przeciw odrze dzieci w 3 roku życia w Polsce w latach 1991-2001



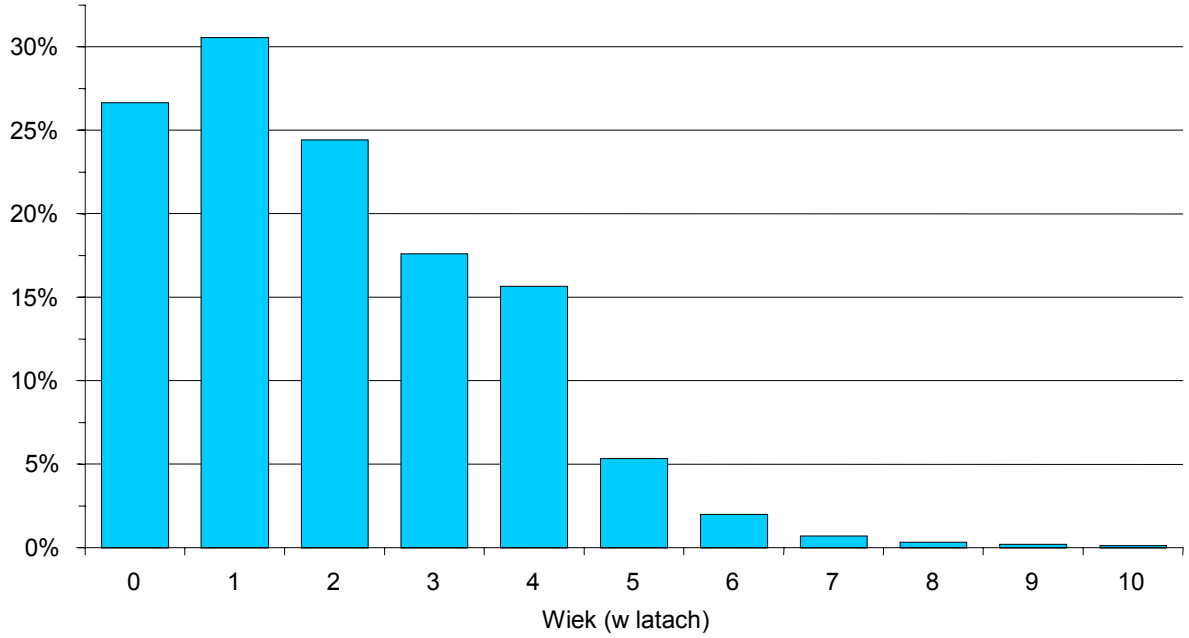
W odróżnieniu od odry, sytuacja epidemiologiczna różyczki i świnki rozwija się w Polsce - jak dotychczas - w dużym stopniu niezależnie od prowadzonych szczepień. W przypadku **różyczki** obligatoryjne szczepienie dziewcząt w 13 roku życia wprowadzone w latach 1988-1999 nie mogło wpłynąć w znaczącym stopniu na obniżenie ogólnej zapadalność na różyczkę w kraju mimo osiągania z roku na rok coraz wyższego odsetka zaszczepionych dziewcząt (ryc. 84), ponieważ gros zachorowań na tę chorobę przypada na wcześniejsze lata życia (najwyższą zapadalność notuje się wśród dzieci 6-7 letnich). Celem wprowadzania tego szczepienia nie było zresztą ograniczenie krążenia wirusa w populacji lecz zapobieganie zespołowi różyczki wrodzonej.

Rycina 84 Stan zaszczepienia przeciw różyczce dziewcząt w 14 roku życia w Polsce w latach 1991-2001



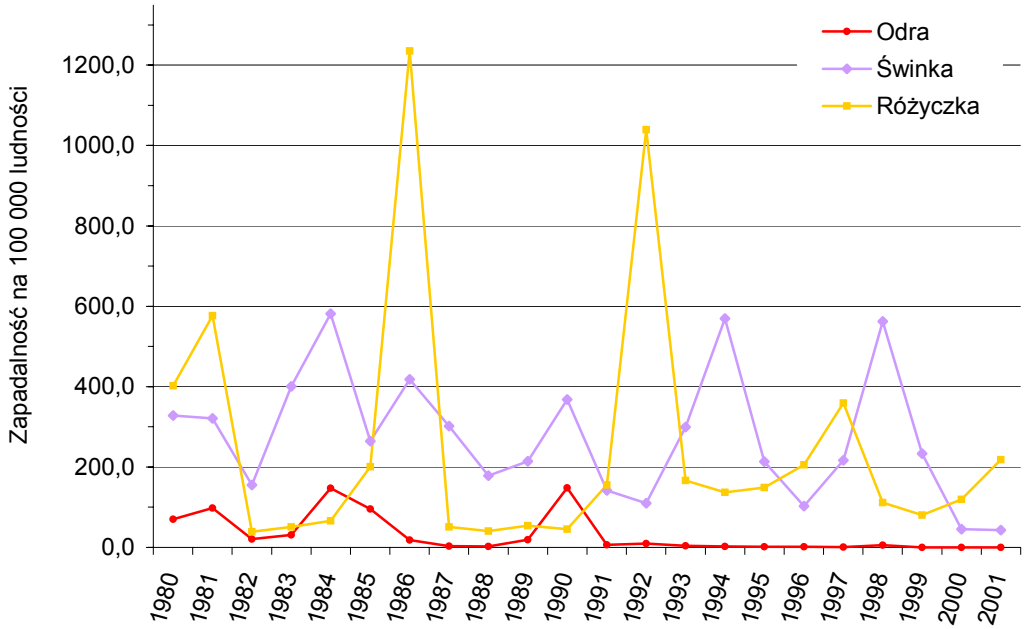
Spadkowy trend zachorowań na różyczkę obserwowany w Polsce po 1986 r. (ryc.86) wynika przede wszystkim - podobnie jak w kilku chorobach zakaźnych wieku dziecięcego – z przemian demograficznych (zmniejszająca się liczba dzieci w kolejnych rocznikach) oraz społecznych (spadek odsetka dzieci uczęszczających do żłobków i przedszkoli). Po 1990 r. - w zależności od fazy cyklu epidemicznego - notowano w Polsce od 30 958 zachorowań na różyczkę (80,1 na 100 tys. ludności) w 1999 r. do 398 704 (1 039,2) w 1992 r. Nadzieję na poprawę sytuacji epidemiologicznej różyczki, a także świnki, wzbudza wprowadzenie do Programu Szczepień Ochronnych w roku 2004 obowiązkowego szczepienia skojarzoną szczepionką przeciw odrze-śwince-różyczce zamiast szczepienia monowalentną szczepionką przeciw odrze. Efekt szczepień zacznie się uwidaczniać dopiero za kilka lat, gdy w okres najwyższej zapadalności wejdą roczniki w znaczącym odsetku zaszczepione tą szczepionką.

Rycina 85 Stan zaszczepienia przeciw odrze / śwince / różyczce dzieci do lat 10 w Polsce w 2001 roku według wieku dzieci



W przypadku **świnki** jest to równoznaczne ze stwierdzeniem, że raczej nie zostanie osiągnięta przewidywana przez NPZ korzyść, jaką miało być zmniejszenie w Polsce do 2005 r. liczby zachorowań na tę chorobę (ryc.86). Po 1990 r. - w zależności od fazy cyklu epidemicznego - notowano w Polsce od 16 723 zachorowań na świnkę (43,3 na 100 tys. ludności) w 2001 r. do 219 516 (569,5) w 1994 r.

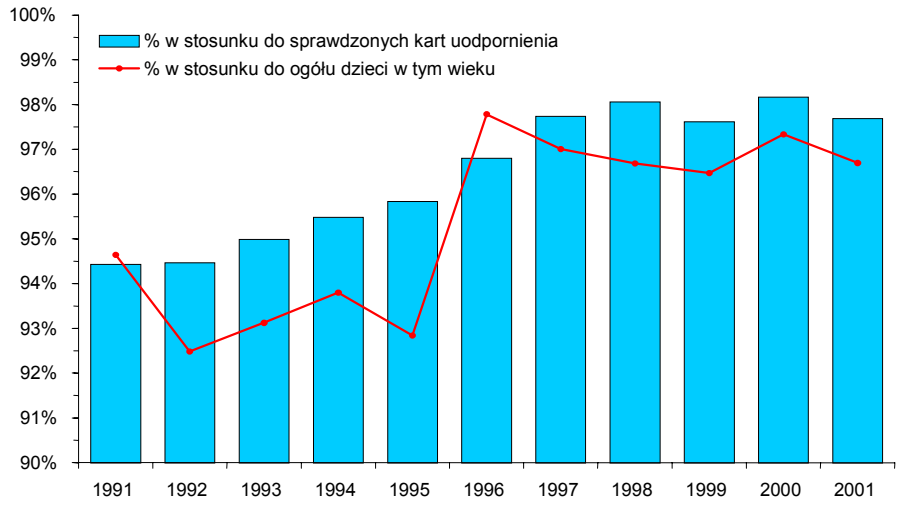
Rycina 86 Zapadalność na wybrane choroby zakaźne wieku dziecięcego w Polsce w latach 1980-2001



4.2.7 Polio

Zachorowania na poliomyelitis podlegają w Polsce, tak jak i w innych krajach, szczególnemu nadzorowi ze względu na przyjęty przez Światową Organizację Zdrowia program eradykacji tej choroby i zabiegi o uzyskanie certyfikatu kraju wolnego od *polio*. Dlatego należy podkreślić, że po 1984 r., a więc w okresie ostatnich siedemnastu lat nie zgłoszono i nie wykryto w Polsce żadnego zachorowania wywołanego dzikim wirusem *polio*, mimo rozszerzanego z roku na rok i coraz ściślejszego nadzoru nad przypadkami porażeń wiotkich u dzieci w wieku 0-14 lat, wśród których aktywnie poszukuje się ewentualnych zachorowań wywołanych dzikim wirusem. Wysoki w skali całego kraju przeciętny poziom zaszczepienia przeciw polio dzieci w 2 roku życia (ryc. 87) oraz coraz lepsza jakość nadzoru nad porażeniami wiotkimi złożyły się na pozytywną ocenę działań Polski w tej dziedzinie ze strony Światowej Organizacji Zdrowia. Warto zaznaczyć, że 21 czerwca 2001 Region Europejski Światowej Organizacji Zdrowia został uznany za wolny od polio.

Rycina 87 Stan zaszczepienia przeciw poliomyelitis dzieci w 2 roku życia w Polsce w latach 1991-2001



4.2.8 Grypa

Monitorowanie zachorowań na grypę i ocena sytuacji epidemiologicznej tej choroby ma szczególne znaczenie ze względu na fakt, że to właśnie grypa, poprzez swą masowość (np. w 1999 r. zachorowania na grypę stanowiły około 85% wszystkich zachorowań na choroby zakaźne w Polsce), powoduje największe straty ekonomiczne związane z absencją chorobową, powikłaniami w układzie krążenia i oddychania oraz odpowiada za wzrost umieralności, mimo że zgony z powodu samej grypy odnotowywane są rzadko. Szacuje się, że na każdy zgon z powodu grypy, przypada 6-8 zgonów osób z przewlekłymi schorzeniami powikłanymi grypą. I tak np. - w świetle ekspertyzy przygotowanej w Zakładzie Epidemiologii PZH dla Rządowego Centrum Studiów Strategicznych - właśnie ze zwiększoną liczbą zachorowań na grypę i choroby grypopodobne należało wiązać wzrost ogólnej liczby zgonów (nadumieralność) ludności w Polsce w I kwartale 1999 r. w porównaniu do I kwartału 1998 r., co stało się przedmiotem burzliwych dyskusji, także o politycznym charakterze. Przebiegu epidemii grypy w 1999 r. nie należy traktować jako wyjątkowego - epidemie tej choroby występujące w różnych latach dość często różniły się zarówno pod względem liczby zachorowań jak i ciężkości przebiegu choroby. W latach 1975-2001 liczba zarejestrowanych w Polsce zachorowań na grypę i choroby grypopodobne wahała się od 80 161 (210,3 na 100 tys. ludności) w 1990 r. do 3 768 054 (11 075,3 na 100 tys. w

1975r.), czyli prawie 50-krotnie. Wyraźnie zmieniał się też w poszczególnych latach udział zachorowań osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży. W latach 1984-2001, tj. w okresie, w którym w zgłoszeniach wyodrębnia się zachorowania dzieci i młodzieży w wieku 0-14 lat, stanowiły one od 25,6% ogółu zarejestrowanych przypadków w 2000 r. do 58,5% w 1988 r. W tym kontekście zwraca uwagę konieczność przyjęcia w Polsce skutecznego programu profilaktyki grypy. Jako zjawisko pozytywne należy odnotować stosunkowo szybkie upowszechnianie się szczepień przeciw tej chorobie. O ile w 1997 r. zaszczepiło się w całym kraju minimum 187 tys. osób, a w 1998 - min. 266 tys., to w 1999 r. liczba zaszczepionych wzrosła do min. 634 tys., a w 2000 r. - do 1 205 tys. W 2001 r. przeciwko grypie zaszczepiło się w całym kraju minimum 1 339 tys. osób - wzrost liczby zaszczepionych nie był więc już tak dynamiczny, co może oznaczać stabilizowanie się kręgu osób zainteresowanych tego typu profilaktyką. Sądząc z rozkładu wieku osób szczepionych przeciw grypie, decyzje o szczepieniu mają podłoże bardziej ekonomiczne niż kliniczne - większość szczepionych to osoby w wieku produkcyjnym.

4.2.9 Biegunki u dzieci do lat 2

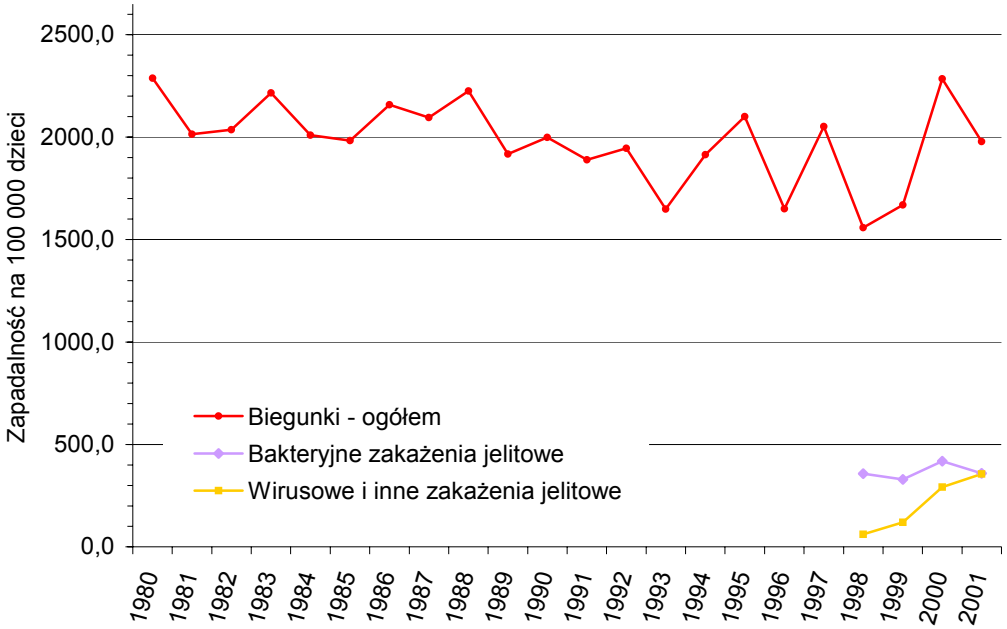
Biegunki utrzymujące się u najmłodszych dzieci powodują poważne konsekwencje zdrowotne - odwodnienia organizmu i zaburzenia metaboliczne (ze zgonem włącznie). Dlatego w systemach nadzoru nad chorobami zakaźnymi w odniesieniu do chorób, którym może towarzyszyć biegunka, z ogólnej liczby zachorowań wyodrębnia się zazwyczaj zachorowania dzieci w wieku 0-1 lat i/alb wymaga się odrębnego zgłaszania biegunek i zapaleń żołądkowych "o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu" u dzieci w tym wieku.

Przyjmowane rozwiązania uzależnione są m.in. od wykazu chorób objętych w danym kraju zgłaszaniem (nadzorem) oraz wynikają z lokalnej sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą pokarmową, co utrudnia bezpośrednie porównania międzynarodowe. W Polsce do 1997 r. w ramach "biegunek u dzieci do lat 2" oprócz biegunek bliżej nie określonych, o nieustalonym czynniku etiologicznym, rejestrowano także wirusowe oraz niektóre bakteryjne zakażenia jelitowe, od 1998 r. odnotowywane osobno (w celu ułatwienia oceny trendu zachowano też jednak prezentowanie danych łącznie, jak do 1997 r.).

Przy ustabilizowanej sytuacji epidemiologicznej, liczba rejestrowanych rocznie biegunek "o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu" powinna stopniowo zmniejszać się, w miarę jak poprawia się w kraju i rozwija diagnostyka oraz rozszerza jej zakres. Jeśli liczba rejestrowanych biegunek nie maleje (w ostatniej dekadzie można nawet mówić o lekkiej tendencji wzrostowej - ryc.88), to sytuacja musi wzbudzać uzasadniony niepokój - przede wszystkim o stan i zakres diagnostyki mikrobiologicznej w Polsce.

Uwagę zwracają też trudne do interpretacji w świetle ogólnej wiedzy o sytuacji epidemiologicznej w kraju różnice w zapadalności na biegunki dzieci do lat 2 pomiędzy poszczególnymi województwami (Tabela 20– str. 126). Można przypuszczać, że różnice te w większym stopniu wynikają ze stosunku do diagnostyki i niedociągnięć nadzoru nad zgłaszaniem biegunek, niż z rzeczywistego zróżnicowania sytuacji epidemiologicznej.

Rycina 88 Zapadalność na biegunki dzieci do lat 2 w Polsce w latach 1980-2001

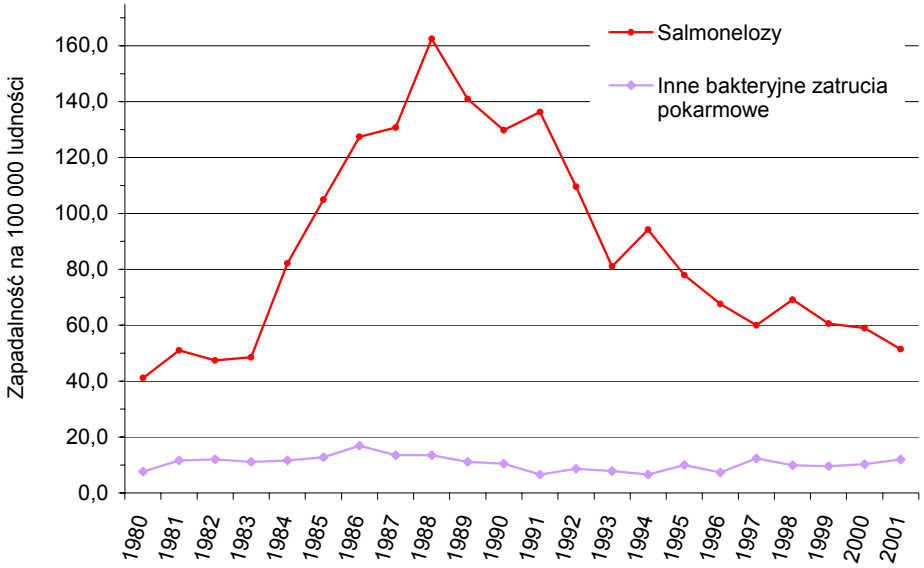


4.2.10 Salmonelozy i inne bakteryjne zatrucia pokarmowe

W drugiej połowie lat siedemdziesiątych zatrucia pokarmowe w Polsce zostały zdominowane przez salmonelozy odzwierzęce. Ich liczba systematycznie wzrastała, szczególnie gwałtownie w latach osiemdziesiątych, dochodząc do 61 522 (162,5 na 100 tys. ludności) przypadków zachorowań ogółem wywołanych przez pałeczki *Salmonella* w 1988 r. Była to liczba ponad 12-krotnie wyższa od liczby innych bakteryjnych zatruć pokarmowych oraz 5,5 razy wyższa niż liczba zachorowań na czerwonkę zarejestrowanych w 1988 r. Po 1988 r. roku notuje się w Polsce zdecydowany spadek zachorowań na salmonelozy, jednak tempo tego spadku wyraźnie słabnie w ostatniej dekadzie (ryc. 89). W 2001 r. zarejestrowano w Polsce ogółem 19 881 (51,5 na 100 tys. ludności) zachorowań na salmonelozy, w tym 19 790 (51,2) zakwalifikowanych jako zatrucia pokarmowe, przy 4 605 (11,9 na 100 tys.) innych bakteryjnych zatruciach pokarmowych zarejestrowanych w tym roku.

Z wniosków formułowanych przez specjalistów analizujących wyniki dochodzeń epidemiologicznych przeprowadzanych w ogniskach zatruć pokarmowych wynika dość jednoznacznie, że dalszy efektywny spadek zapadalności na salmonelozy w Polsce nie będzie możliwy bez częstszego niż to ma miejsce obecnie, podejmowania w dochodzeniach prób dotarcia do producentów zakażonej żywności. Wymagać to jednak będzie poprawy i zacieśnienia współpracy pomiędzy stacjami sanitarno–epidemiologicznymi a inspekcją weterynaryjną. Znaczny spadek zapadalności można też uzyskać wzmacniając nadzór epidemiologiczny na obszarach o systematycznie wyższej zapadalności niż przeciętna w całym kraju, w tym np. w województwach warmińsko–mazurskim, lubelskim i podlaskim (Tabela 21 – str. 126).

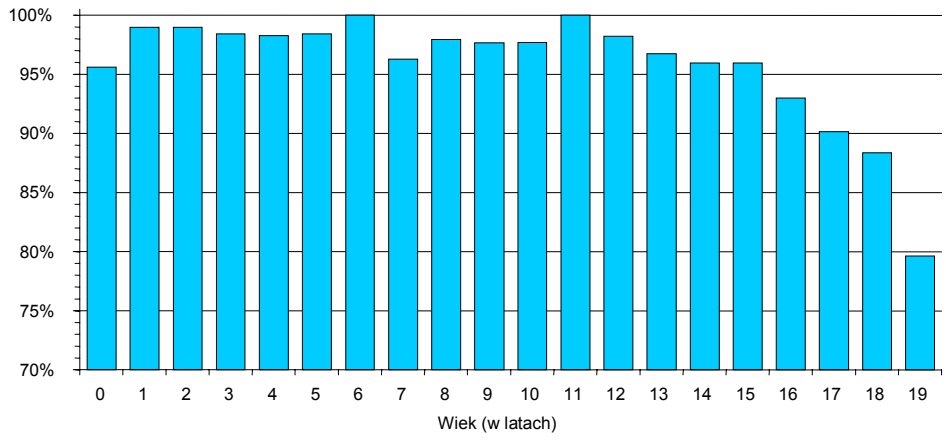
Rycina 89 Zapadalność na salmonelozy i inne bakteryjne zatrucia pokarmowe w Polsce w latach 1980-2001



4.3 Szczepienia ochronne - najważniejsze problemy

Polska posiada wypracowany przez wiele lat, skuteczny powszechny system szczepień ochronnych. Odporność zbiorowiskowa pojawiająca się przy zaszczepieniu ponad 90% populacji, a taki poziom przekraczany jest w przypadku wszystkich prowadzonych w kraju obligatoryjnych szczepień, skutecznie ogranicza możliwość epidemicznego szerzenia się patogenów.

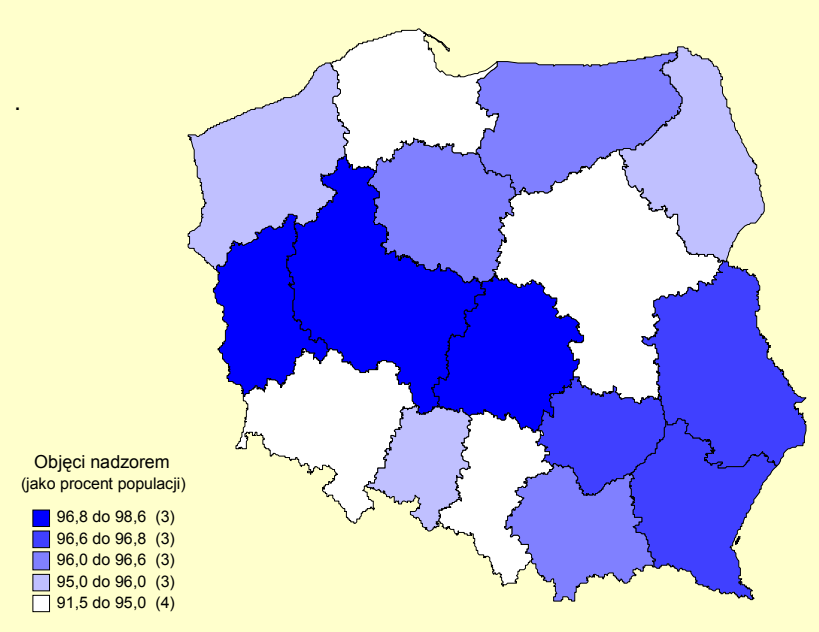
Rycina 90 Nadzór nad wykonawstwem szczepień dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w Polsce w 2001 roku według wieku (objęci nadzorem jako procent populacji)



Dzięki tak prowadzonym szczepieniom zostały opanowane w kraju epidemie takich chorób jak błonica, polio, krztusiec czy odra. Należy jednak zaznaczyć, że utrzymuje się dość wyraźne zróżnicowanie poziomu zaszczepienia w poszczególnych województwach, oraz poziomu nadzoru nad wykonawstwem szczepień (Tabela 22 – str. 127, ryc. 91). Może to świadczyć o możliwości lokalnego występowania zbiorowości o niskim poziomie immunizacji i być przyczyną pojawiania się ograniczonych terytorialnie ognisk epidemicznych.

Poprawy wymaga przede wszystkim nadzór nad wykonawstwem szczepień młodzieży w wieku 16-19 lat (ryc. 90), która na przykład w województwie mazowieckim jest nadzorowana zaledwie w 77%. Pomimo problemów finansowych wprowadzane są do kalendarza nowe szczepienia obowiązkowe np. przeciwko *Haemophilus influenzae* wśród grup szczególnie narażonych, to jest dzieci z domów dziecka w wieku od 0 do 2 lat.

Rycina 91 Nadzór nad wykonawstwem szczepień dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w Polsce w 2001 roku według województw



4.4 Podsumowanie

- Ogólnie korzystna sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych w Polsce nie zwalnia z konieczności systematycznego monitorowania zachorowań i prowadzenia aktywnego nadzoru epidemiologicznego nad tymi chorobami. Służy temu wdrożony przez Główny Inspektorat Sanitarny w trzech województwach system elektronicznego przesyłania zgłoszeń o przypadkach i podejrzeniach zachorowań oraz analizy danych epidemiologicznych, który obejmie swoim zasięgiem obszar całego kraju najpóźniej do początku 2006 r.
- Mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej wskaźniki zapadalności na wiele chorób zakaźnych w Polsce przekraczają poziom zapadalności notowany w krajach regionu europejskiego i z reguły są znacznie wyższe niż przeciętny poziom zapadalności w krajach Unii Europejskiej.
- Korzystną, stabilną sytuację epidemiologiczną szeregu chorób zakaźnych osiągnięto w Polsce dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych - kontynuacja zmodyfikowanych wersji tych programów stanowi warunek utrzymania osiągniętych rezultatów.
- Wobec wyczerpywania się możliwości dalszej znaczącej poprawy sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób poprzez prowadzone centralnie programy zapobiegania i zwalczania tych chorób, należy w większym stopniu wykorzystywać programy lokalne, ukierunkowane na poprawę sytuacji na terenach o najwyższej zapadalności.
- Skuteczne zwalczanie chorób zakaźnych i zapobieganie im nie jest możliwe w warunkach ograniczonego dostępu do badań diagnostycznych - określenie czynnika etiologicznego choroby ma wpływ nie tylko na postępowanie terapeutyczne ale także na profilaktykę przeciwepidemiczną.

4.5 Tabele do rozdziału

Tabela 16 Liczba zachorowań i zapadalność na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 1991-2001

Jednostka chorobowa	Mediana 1991-2000		2001 r.	
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
AIDS - choroby wywołane przez HIV	113	0,29	122	0,32
Cholera	0	0,000	0	0
Dur brzuszny	13	0,032	6	0,016
Dury rzekome	3	0,008	1	0,003
Inne zakażenia wywołane pałeczkami *Salmonella*	28 416	73,6	19 881	51,5
zatrucia pokarmowe (a)	26 052	67,5	19 790	51,2
zakażenia pozajelitowe (a)	64	0,17	91	0,24
Czerwonka bakteryjna	685	1,77	128	0,33
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe (b)	4 146	10,7	4 427	11,5
u dzieci w wieku 0-1 (b)	2 930	358,2	2 694	358,6
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	3 531	9,2	4 605	11,9
gronkowcowe	375	0,97	647	1,67
jadem kiełbasianym	112	0,29	66	0,17
wywołane przez *Cl.perfringens*	0	0,000	1	0,003
inne określone (c)	88	0,23	307	0,79
nie określone	2 778	7,2	3 584	9,3
Pełzakowa czerwonka ostra (d)	2	0,005	0	0
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe (b)	1 418	3,7	4 539	11,7
u dzieci w wieku 0-1 (b)	952	120,9	2 681	356,8
Biegunki u dzieci w wieku 0-1	17 461	1902,5	14 861	1977,9
BNO, o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu (b)	9 599	1218,7	9 486	1262,5
Dżuma	0	0	0	0
Tularemia	1	0,001	0	0
Wąglik	1	0,003	0	0
Bruceloza	56	0,15	29	0,08
nowe zachorowania (a)	6	0,016	3	0,008
Nosacizna	0	0	0	0
Różyca	111	0,29	99	0,26
Leptospiroza	12	0,031	5	0,013
Trąd	0	0	0	0
Listerioza	5	0,012	9	0,023
listerioza wrodzona (d)	1	0,23	0	0
Tężec	45	0,12	21	0,05
tężec noworodków	0	0	0	0
Błonica	1	0,003	0	0
Krztusiec	644	1,67	2 411	6,24
Płonica (szkarlatyna)	12 952	33,5	5 885	15,2
Zapalenie opon mózgowych	3 321	8,62	2 366	6,12
meningokokowe	154	0,40	101	0,26
wywołane przez *Haemophilus influenzae* (c)	89	0,23	70	0,18
inne bakteryjne	1 274	1,58	667	1,73
wirusowe (określone i nie określone)	1 452	3,78	1 324	3,43
inne i nie określone	293	0,76	204	0,53

Jednostka chorobowa	Mediana 1991-2000		2001 r.	
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Zapalenie mózgu	568	1,47	562	1,45
meningokokowe i inne bakteryjne [e]	99	0,26	117	0,30
kleszczowe	191	0,49	205	0,53
inne wirusowe, określone	32	0,08	23	0,06
inne wirusowe, nie określone	122	0,32	151	0,39
poszczepienne	1	0,001	0	0
inne i nie określone	168	0,44	71	0,18
Róża	2 002	5,2	3 637	9,4
po porodzie [c]	0	0	0	0
Twardziel	0	0,000	1	0,003
Gorączka powrotna	0	0	0	0
Borelioza [d]	784	2,0	2 473	6,4
Ornitozy	1	0,003	5	0,013
Jaglica	0	0,000	0	0
Dur wysypkowy	0	0	0	0
Gorączka Q	1	0,003	1	0,003
Gorączka plamista i inne riketsjozy	0	0,000	0	0
Ostre nagminne porażenie dziecięce [f]	1	0,001	0	0
Ostre porażenia wiotkie u dzieci w wieku 0-14 [b]	52	0,65	75	1,05
Choroba Jakoba-Creutzfeldta [d,g]	4	0,010	8	0,021
Podostre stwardniające zapalenie mózgu [c]	1	0,003	1	0,003
Wścieklizna	0	0,000	0	0
Szczepieni przeciw wściekliźnie [h]	7 239	18,8	11 381	29,5
Żółta gorączka	0	0	0	0
Ospa wietrzna	171 897	445,1	106 342	275,2
Odra	808	2,10	133	0,34
Różyczka	58 388	152,0	84 419	218,5
zespół różyczki wrodzonej [c]	3	0,64	3	0,81
Pryszczyca	0	0	0	0
Wirusowe zapalenia wątroby	24 366	63,1	5 181	13,4
typu A [c]	1 518	3,9	738	1,9
typu B	7 735	20,0	2 393	6,2
typu C [c]	1 849	4,8	1 952	5,1
zakażenia mieszane B+C [c]	140	0,36	114	0,30
inne i nie określone [c]	411	1,06	212	0,55
Świnka (zapalenie przyusznic)	82 963	214,8	16 723	43,3
Mononukleoza zakaźna	1 030	2,7	1 911	4,9
Grzybice skóry	379	0,98	1 636	4,23
Zimnica	26	0,07	24	0,06
zimnica wrodzona [c]	0	0	0	0
Toksoplazmoza	264	0,68	446	1,15
toksoplazmoza wrodzona [c]	10	2,57	5	1,36
Tasiemczyce	972	2,52	323	0,84
bąblowica [c]	29	0,07	37	0,10
wągrzyca [c]	2	0,004	0	0
wywołana przez *T.saginata* [a]	632	1,64	194	0,50
inne i nie określone [c]	83	0,21	92	0,24

Jednostka chorobowa	Mediana 1991-2000		2001 r.	
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Włośnica	111	0,29	64	0,17
Świerzb	20 790	54,1	16 389	42,4
Paciorkowcowe zapalenie gardła/migdałków	455	1,18	329	0,85
Grypa	1 587 707	4108,1	576 449	1491,8
w tym u dzieci w wieku 0-14	531 892	6233,6	275 358	3851,4
Zatrucia grzybami	292	0,76	238	0,62
Zatrucia pestycydami	148	0,38	220	0,57
Gruźlica - wszystkie postacie	15 659	40,6	10 672	27,6
gruźlica układu oddechowego	15 036	39,0	10 183	26,4
Kiła	1 543	4,0	1 067	2,8
kiła wrodzona	10	2,4	10	2,7
kiła wczesna	1 293	3,3	870	2,3
kiła późna	226	0,59	187	0,48
Rzeżączka	1 417	3,7	707	1,8
Zapadalność na 100 000 ludności ogółem lub w danym wieku, dla chorób wrodzonych na 100 000 urodzeń żywych; (a) mediana 1994-2000; (b) mediana 1998-2000; (c) mediana 1997-2000; (d) mediana 1994-2000; (e) mediana 1999-2000; (f) łącznie z zachorowaniami towarzyszącym				

Tabela 17 Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. ludności) na gruźlicę w Polsce w latach 1999-2001 według województw

Województwo		1999		2000		2001*	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
	POLSKA	12 179	31,5	11 477	29,7	10 672	27,6
1.	Dolnośląskie	776	26,0	845	28,4	759	25,5
2.	Kujawsko-pomorskie	536	25,5	501	23,8	449	21,4
3.	Lubelskie	838	37,5	778	34,8	748	33,5
4.	Lubuskie	155	15,2	163	15,9	236	23,0
5.	Łódzkie	1 094	41,2	1 004	37,9	869	32,9
6.	Małopolskie	717	22,3	669	20,7	594	18,3
7.	Mazowieckie	2 061	40,7	1 863	36,8	1 806	35,6
8.	Opolskie	321	29,5	327	30,1	277	25,6
9.	Podkarpackie	727	34,2	635	29,8	631	29,6
10.	Podlaskie	308	25,2	271	22,2	259	21,2
11.	Pomorskie	628	28,7	630	28,7	636	28,9
12.	Śląskie	1 911	39,2	1 722	35,4	1 456	30,1
13.	Świętokrzyskie	539	40,7	487	36,8	475	35,9
14.	Warmińsko-mazurskie	410	28,0	369	25,2	413	28,1
15.	Wielkopolskie	730	21,8	766	22,8	614	18,3
16.	Zachodniopomorskie	428	24,7	447	25,8	450	25,9

* wstępne dane

Tabela 18 Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. ludności) na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1999-2001 według województw

Województwo		1999		2000		2001*	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
	POLSKA	3 508	9,1	2 825	7,3	2 394	6,2
1.	Dolnośląskie	306	10,3	278	9,3	298	10,0
2.	Kujawsko-pomorskie	250	11,9	272	12,9	244	11,6
3.	Lubelskie	147	6,6	88	3,9	81	3,6
4.	Lubuskie	64	6,3	109	10,6	82	8,0
5.	Łódzkie	398	15,0	276	10,4	224	8,5
6.	Małopolskie	310	9,6	214	6,6	156	4,8
7.	Mazowieckie	429	8,5	349	6,9	252	5,0
8.	Opolskie	82	7,5	61	5,6	62	5,7
9.	Podkarpackie	129	6,1	80	3,8	71	3,3
10.	Podlaskie	85	7,0	65	5,3	71	5,8
11.	Pomorskie	178	8,1	107	4,9	124	5,6
12.	Śląskie	547	11,2	458	9,4	337	7,0
13.	Świętokrzyskie	153	11,6	143	10,8	132	10,0
14.	Warmińsko-mazurskie	94	6,4	72	4,9	53	3,6
15.	Wielkopolskie	195	5,8	138	4,1	142	4,2
16.	Zachodniopomorskie	141	8,1	115	6,6	65	3,7

* wstępne dane

Tabela 19 Liczba zachorowań i zapadalność(na 100 tys. ludności) na kiłę w Polsce w latach 1999-2001 według województw

Województwo		1999		2000		2001*	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
	POLSKA	1 071	2,8	975	2,5	1 067	2,8
1.	Dolnośląskie	127	4,3	142	4,8	96	3,2
2.	Kujawsko-pomorskie	18	0,9	20	1,0	23	1,1
3.	Lubelskie	45	2,0	29	1,3	34	1,5
4.	Lubuskie	48	4,7	34	3,3	45	4,4
5.	Łódzkie	98	3,7	50	1,9	47	1,8
6.	Małopolskie	46	1,4	67	2,1	104	3,2
7.	Mazowieckie	334	6,6	301	5,9	278	5,5
8.	Opolskie	11	1,0	20	1,8	11	1,0
9.	Podkarpackie	18	0,8	15	0,7	23	1,1
10.	Podlaskie	19	1,6	10	0,8	18	1,5
11.	Pomorskie	74	3,4	53	2,4	48	2,2
12.	Śląskie	68	1,4	92	1,9	187	3,9
13.	Świętokrzyskie	16	1,2	25	1,9	25	1,9
14.	Warmińsko-mazurskie	49	3,3	40	2,7	45	3,1
15.	Wielkopolskie	51	1,5	50	1,5	60	1,8
16.	Zachodniopomorskie	49	2,8	27	1,6	23	1,3

*wstępne dane

Tabela 20 Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. dzieci w tym wieku) na biegunki dzieci do lat 2 w Polsce w latach 1999-2001 według województw

Województwo		1999		2000		2001*	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
	POLSKA	13 146	1669,1	17 538	2285,1	14 861	1977,9
1.	Dolnośląskie	904	1656,9	1 177	2219,1	991	1913,1
2.	Kujawsko-pomorskie	1 000	2227,2	1 213	2769,7	1 130	2652,6
3.	Lubelskie	736	1526,6	1 156	2467,3	844	1849,0
4.	Lubuskie	191	878,8	452	2156,1	248	1224,5
5.	Łódzkie	623	1277,4	789	1662,8	666	1435,7
6.	Małopolskie	927	1291,2	1 126	1594,3	1 021	1463,5
7.	Mazowieckie	1 395	1406,2	1 783	1835,3	1 570	1636,0
8.	Opolskie	172	853,9	192	982,4	129	691,5
9.	Podkarpackie	830	1692,7	1 344	2808,1	1 156	2490,2
10.	Podlaskie	530	2046,3	738	2968,5	404	1682,4
11.	Pomorskie	1 030	2113,8	1 774	3730,4	1 324	2806,6
12.	Śląskie	1 237	1424,5	1 542	1821,9	1 539	1851,5
13.	Świętokrzyskie	656	2418,9	672	2590,5	685	2732,3
14.	Warmińsko-mazurskie	821	2499,5	851	2667,4	798	2565,5
15.	Wielkopolskie	1 764	2418,8	2 194	3079,5	1 939	2775,2
16.	Zachodniopomorskie	330	945,7	535	1570,6	417	1244,4

* wstępne dane

Tabela 21 Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. ludności) na salmonelozy w Polsce w latach 1999-2001 wg województw

Województwo		1999		2000		2001*	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
	POLSKA	23 436	60,6	22 799	59,0	19 881	51,5
1.	Dolnośląskie	1 500	50,3	1 392	46,8	1 167	39,3
2.	Kujawsko-pomorskie	1 493	71,1	1 794	85,4	1 395	66,4
3.	Lubelskie	2 222	99,3	2 215	99,2	1 942	87,1
4.	Lubuskie	673	65,8	572	55,9	496	48,4
5.	Łódzkie	1 724	64,9	1 696	64,1	1 357	51,4
6.	Małopolskie	1 369	42,5	1 377	42,7	1 170	36,1
7.	Mazowieckie	2 545	50,2	2 619	51,7	2 628	51,8
8.	Opolskie	407	37,4	559	51,4	501	46,3
9.	Podkarpackie	1 542	72,6	1 550	72,8	1 434	67,3
10.	Podlaskie	1 175	96,1	1 051	86,0	1 140	93,4
11.	Pomorskie	1 597	73,0	1 433	65,3	1 222	55,5
12.	Śląskie	1 723	35,3	1 877	38,6	1 479	30,6
13.	Świętokrzyskie	904	68,3	763	57,6	703	53,2
14.	Warmińsko-mazurskie	1 490	101,8	1 294	88,3	1 037	70,6
15.	Wielkopolskie	2 424	72,3	1 880	56,0	1 616	48,0
16.	Zachodniopomorskie	648	37,4	727	41,9	594	34,2

* wstępne dane

Tabela 22 Nadzór nad wykonawstwem szczepień dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w Polsce w 2001 r. Liczba sprawdzonych kart uodpornienia w stosunku do liczby dzieci i młodzieży w populacji.

	Województwo	Wiek w latach				
		0-2	3-6	7-14	15-19	Ogółem
	POLSKA	97,9	98,9	97,6	89,3	95,2
1.	Dolnośląskie	97,3	99,0	97,1	87,8	94,3
2.	Kujawsko-pomorskie	98,2	99,3	98,1	92,6	96,6
3.	Lubelskie	96,0	98,2	98,0	94,1	96,6
4.	Lubuskie	97,7	98,3	98,0	94,5	96,8
5.	Łódzkie	96,9	98,2	99,2	93,3	96,9
6.	Małopolskie	98,3	99,1	97,8	91,7	96,2
7.	Mazowieckie	99,6	99,7	97,2	77,3	91,5
8.	Opolskie	98,0	99,0	96,0	92,0	95,3
9.	Podkarpackie	97,4	98,8	97,5	94,7	96,8
10.	Podlaskie	97,3	98,0	97,7	90,3	95,4
11.	Pomorskie	98,2	98,3	97,7	80,3	92,4
12.	Śląskie	98,0	98,1	96,0	85,7	93,0
13.	Świętokrzyskie	96,5	98,8	98,7	93,4	96,8
14.	Warmińsko-mazurskie	96,5	98,9	97,2	92,9	96,0
15.	Wielkopolskie	98,7	100,0	99,1	97,2	98,6
16.	Zachodniopomorskie	97,4	98,6	96,7	90,4	95,0

5. Zachorowania na nowotwory złośliwe

5.1 Diagnoza sytuacji

Rejestracja zachorowań (zapadalności) na nowotwory złośliwe w Polsce prowadzona jest od wielu lat przez Centrum Onkologii. Obok Krajowego Rejestru Nowotworów, który gromadzi dane ogólnopolskie istnieją też Regionalne Rejestry Nowotworów gromadzące i przetwarzające dane z poszczególnych województw. Stopień kompletności ogólnopolskich informacji dotyczących zachorowań na nowotwory, według oceny Centrum Onkologii stale poprawia się i w 1996 r. niedorejestrowanie zgłoszeń zachorowań szacowano na 5% (w 1992 r. 11%, w 1984 r. 24%). W związku ze strajkami lekarzy w latach 1997-1998 wystąpiły duże braki w dokumentacji medycznej, co praktycznie uniemożliwiło analizę danych o zachorowaniach i zgonach w tych latach w odniesieniu do wszystkich chorób w tym nowotworowych. Niestety również w 1999 niedorejestrowanie zachorowań na nowotwory było dosyć wysokie gdyż szacuje się je na 14% przy czym w województwie łódzkim niedorejestrowanie było na poziomie 41%. Duże różnice w kompletności rejestracji pomiędzy województwami poważnie utrudniają ocenę wojewódzkiego zróżnicowania zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce.

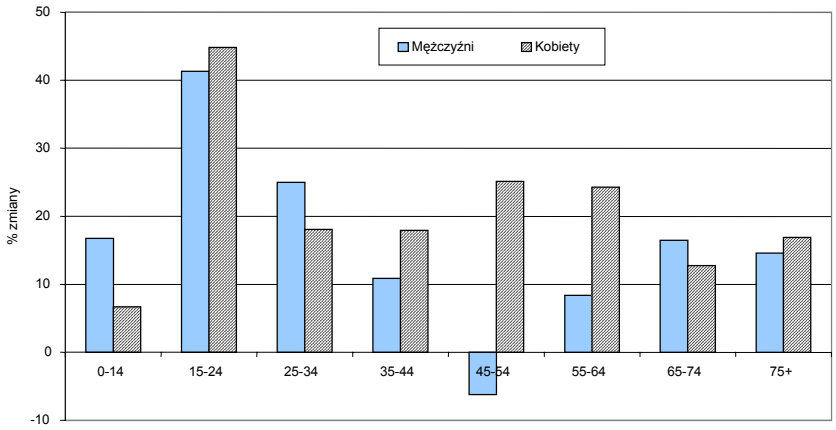
Rejestracja nowotworów oparta jest na karcie zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ-N1), która wypełniana jest przez lekarza, który rozpoznał u pacjenta wystąpienie nowotworu. Karty są przesyłane do Regionalnych Rejestrów Nowotworowych a następnie zbiory danych na nośnikach magnetycznych przekazywane są do rejestru krajowego. Dane w rejestrach nowotworów są skomputeryzowane i archiwizowane w siedzibach Regionalnych Rejestrów Nowotworów a dane Krajowego Rejestru Nowotworów w Centrum Onkologii w Warszawie. Centrum publikuje corocznie na podstawie danych z rejestru raporty pt. "Nowotwory Złośliwe w Polsce". Standardowe tabele opracowania zawierają liczby bezwzględne, ogólne rzeczywiste i standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności dla poszczególnych umiejscowień nowotworów, liczby zgonów i współczynniki umieralności w grupach wieku. W mniejszym stopniu prezentowane są dane o zapadalności. W poniższym opracowaniu korzystano z danych zawartych we wspomnianych raportach Centrum

Onkologii oraz danych WHO zawartych w bazie „GLOBOCAN 2000”[16] i obliczeń własnych wykonanych na ich podstawie.

W 1999 r. zarejestrowano ogółem 55 257 zachorowań na nowotwory złośliwe mężczyzn i 51 002 zachorowania kobiet co oznacza, że w przeliczeniu na 100 tys. ludności danej płci zachorowało 296 mężczyzn i 257 kobiet. Ponieważ szacowana przez Centrum Onkologii kompletność rejestracji zachorowań mężczyzn wynosi 85% a kobiet 87% można w przybliżeniu przyjąć, że współczynnik zachorowalności mężczyzn wynosił około 350 na 100 tys. mężczyzn a współczynnik dla kobiet około 300 na 100 tys. kobiet.

Standaryzowany współczynnik rejestrowanej zachorowalności mężczyzn w 1999 r. wynosił 242,4 na 100 tys., a kobiet 171,9 co oznacza iż ryzyko zachorowania na nowotwory mężczyzn było co najmniej (ze względu na trochę większą niekompletność rejestracji zachorowań mężczyzn) o 40% większe niż kobiet. Nadwyżka zapadalności mężczyzn w stosunku do kobiet zwiększała się od lat 60 - tych (w 1965 r. wynosiła 5%) do roku 1990, w którym wynosiła 53% i od tego czasu wykazuje tendencję spadkową.

Rycina 92 Zmiany współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe w 1999 roku w stosunku do 1990 roku według wieku i płci (w %)

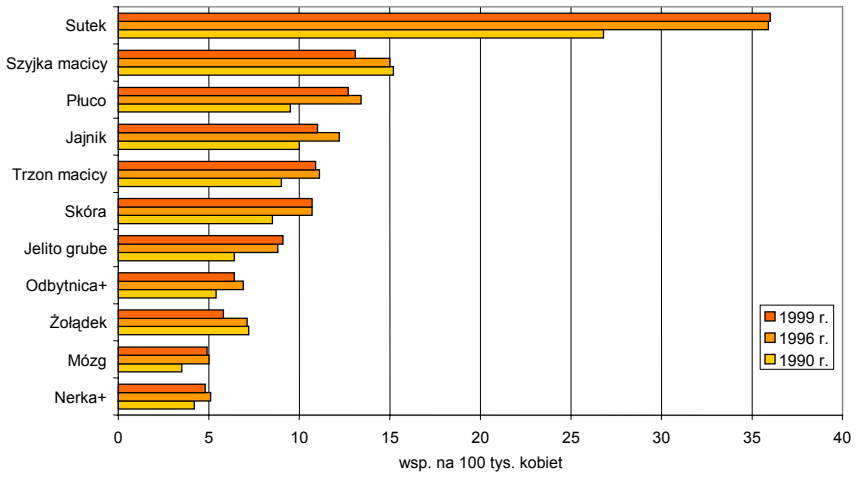


[16] J. Ferlay, F. Bray, P. Pisani and D.M. Parkin. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. IARC CancerBase No. 5. Lyon, IARCPress, 2001.GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0., June 2002

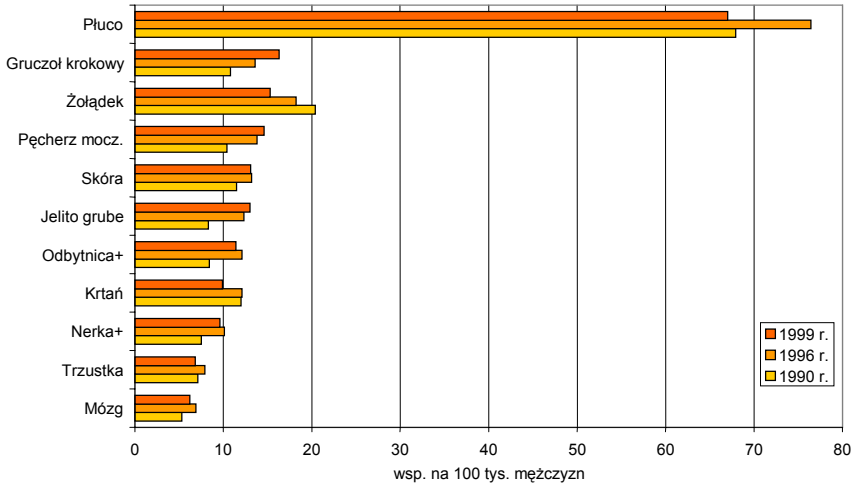
W stosunku do roku 1990, w roku 1999 współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe wzrosły we wszystkich grupach wieku z wyjątkiem mężczyzn w wieku 45-54 lata (ryc.92). Szczególnie wysoki względny wzrost zachorowalności na nowotwory stwierdza się w grupie wieku 15-24 lata. Zwraca również uwagę znacznie większy wzrost zachorowalności kobiet niż mężczyzn w wieku 45-64 lata. Było to związane z dużym wzrostem zapadalności kobiet w tym wieku na raka płuca (w wieku 45-54 aż o 76%) i raka piersi (o ponad 40%).

Struktura zapadalności wg umiejscowienia nowotworu jest oczywiście różna dla mężczyzn i kobiet. U mężczyzn dominuje zachorowalność na nowotwory złośliwe oskrzela i płuca (w 1999 r. 15 350 zarejestrowanych przypadków- 81,7 na 100 tys. mężczyzn), która była czterokrotnie wyższa od zapadalności na następny w kolejności nowotwór gruczołu krokowego (3 937 przypadków, 7,1 na 100 tys.). Następne w kolejności nowotwory na które zachorowali mężczyźni w Polsce to rak żołądka (3 588 przypadków - 6,5 na 100 tys.), pęcherza moczowego (3 404 przypadki, 6,1 na 100 tys.), nowotwory złośliwe skóry (3 058 przypadków - 5,5 na 100 tys.) i rak jelita grubego (3 057 przypadków - 5,5 na 100 tys.). Zmiany w ciągu lat 90-tych standaryzowanych współczynników zapadalności wskazują, że systematycznie zwiększa się ryzyko zachorowania mężczyzn na nowotwór złośliwy jelita grubego (w okresie 1990-1999 o 57%), gruczołu krokowego (o 51%) i pęcherza moczowego (o 40%) (ryc.94). Zmniejsza się natomiast stopniowo ryzyko zachorowania na raka żołądka (w latach 1990-1999 spadek o 25%).

Rycina 93 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce wg umiejscowienia nowotworu w latach 1990, 1996 i 1999 - kobiety



Rycina 94 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce wg umiejscowienia nowotworu w latach 1990, 1996 i 1999 - mężczyźni

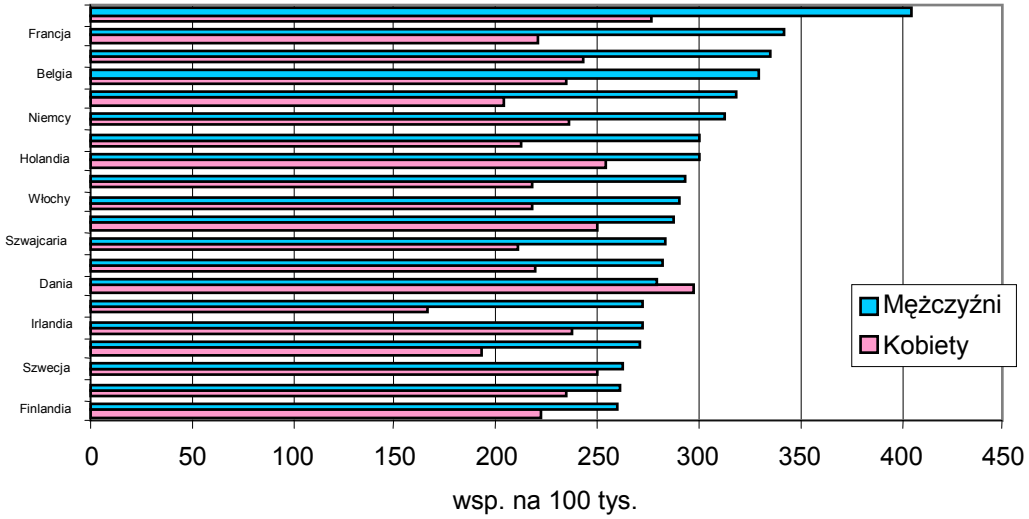


Nowotworem złośliwym, na który najczęściej chorują kobiety jest zdecydowanie rak piersi (w 1999 r. zarejestrowano 10 031 nowych przypadków - 50,5 na 100 tys. kobiet). Następny z kolei, a dominujący u mężczyzn, nowotwór złośliwy oskrzela i płuca występował 2,5 razy rzadziej (3 880 zachorowań- 19,5 na 100 tys. kobiet). Na trzecim i czwartym miejscu przyczyn zachorowań kobiet występują rak szyjki macicy (3 499 przypadków - 6,9 na 100 tys.) oraz rak trzonu macicy (3 109 przypadków - 6,1 na 100 tys.). Ponieważ zaraz w kolejności występuje nowotwór złośliwy jajnika wskazuje to, że u kobiet dominującą rolę w zapadalności na nowotwory złośliwe odgrywają nowotwory charakterystyczne dla płci (prawie 40% ogółu zachorowań).

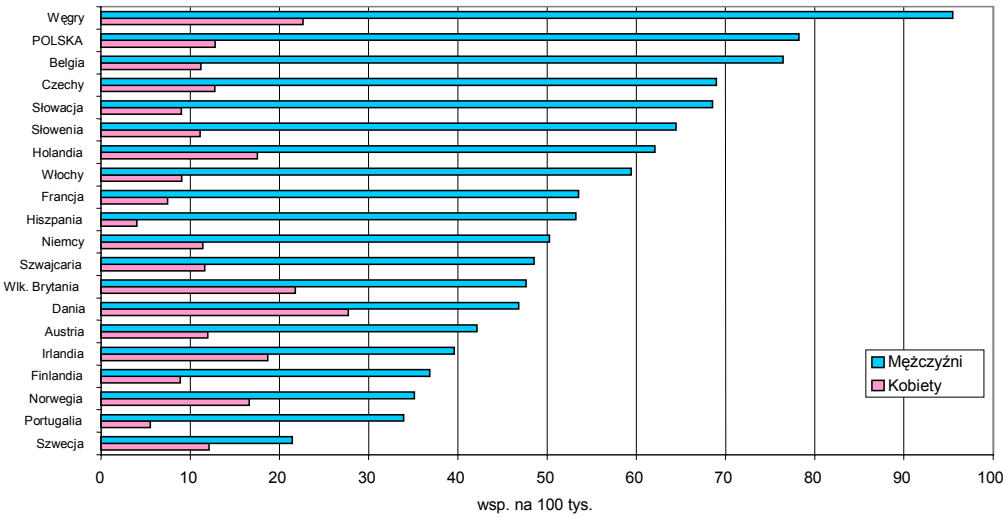
Zmiany standaryzowanych współczynników zapadalności w ciągu lat 90-tych mają mniej jednoznaczny charakter niż w przypadku mężczyzn (ryc.93). Niewielkie różnice pomiędzy współczynnikami w roku 1996 i 1999 i fakt niedorejestrowania zachorowań w 1999 r. nie pozwalają jednoznacznie ocenić sytuacji dla wielu umiejscowień nowotworów. Zwraca uwagę wzrost ryzyka zachorowań z powodu raka jelita grubego (w latach 1990-1999 o 42%), mózgu (o 40%) i piersi (o 34%).

Rycina 95 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem bez raka skóry (ICD-9 173, ICD-10 C-44)według płci w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku

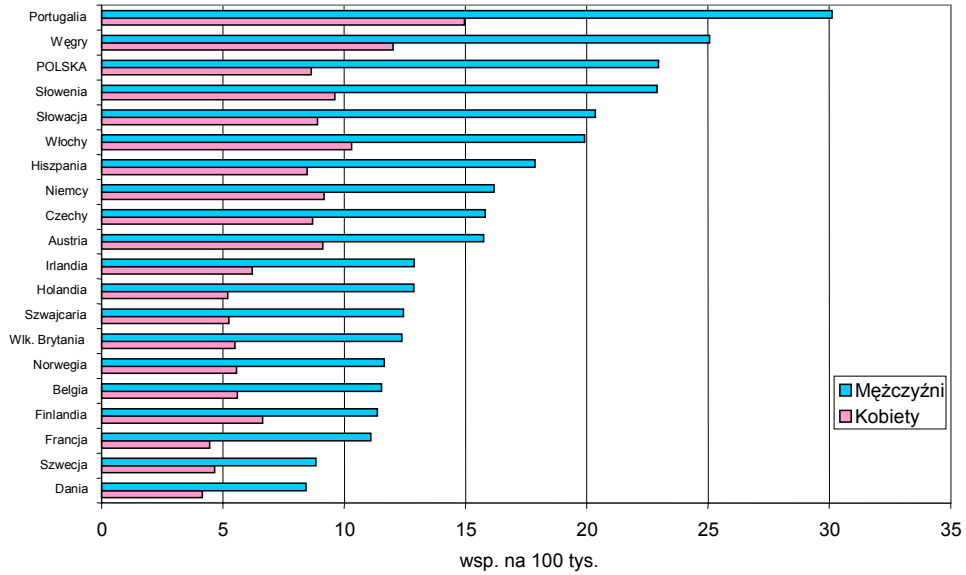
.



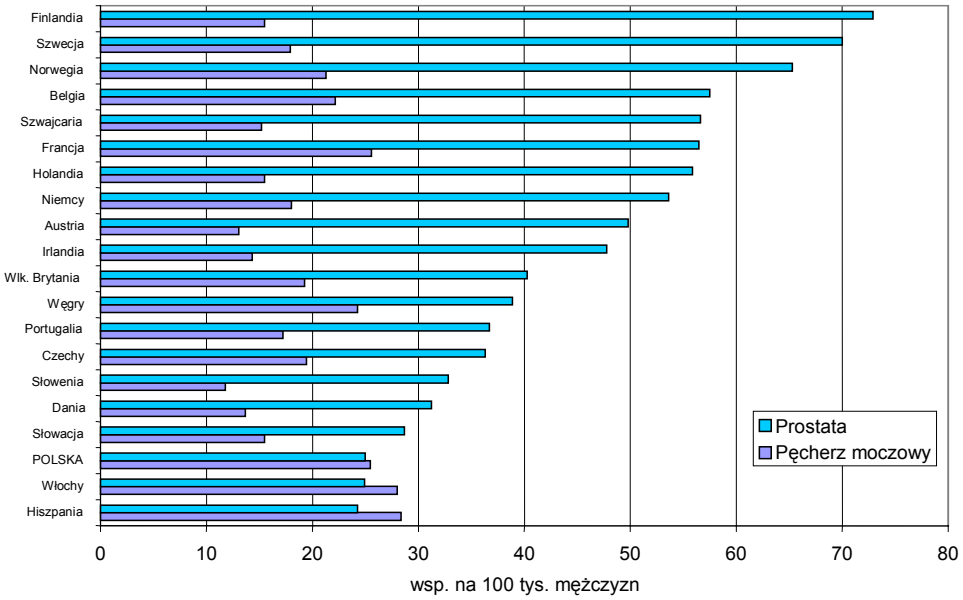
Rycina 96 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na raka oskrzeli i płuca według płci w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku



Rycina 97 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na raka żołądka wg płci w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku

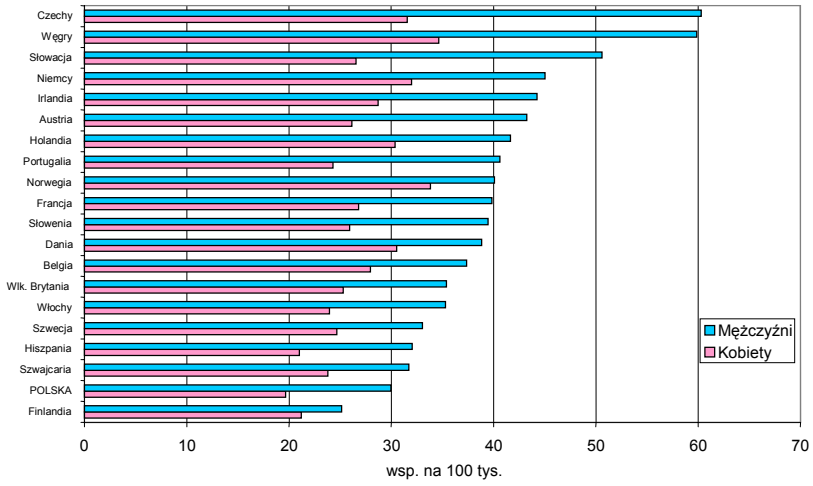


Rycina 98 Standaryzowane współczynniki zachorowalności mężczyzn na raka prostaty i raka pęcherza moczowego w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku



Korzystając z danych przygotowanych przez Międzynarodową Agencję do Badań nad Rakiem (IARC), o których wspomniano już wyżej, porównano częstość zachorowań na nowotwory złośliwe w 2000 r. w Polsce w stosunku do innych krajów europejskich. Posłużono się standaryzowanymi na wiek współczynnikami zachorowalności na nowotwory dla najczęstszych umiejscowień, przy czym standardem była tym razem tzw. światowa struktura wieku. Porównując wielkość współczynników w poszczególnych krajach trzeba pamiętać, że są one szacowane przez IARC a nie wzięte bezpośrednio z krajowych rejestrów ze względu na ich niekompletność (jak np. w przypadku Polski) i z tego powodu mają wartości przybliżone w stosunku do tych jakie mogą występować faktycznie (ale pozostają nieznane). Nie powinno to jednak rzutować na różnice pomiędzy krajami i pozycję Polski wśród krajów Europy.

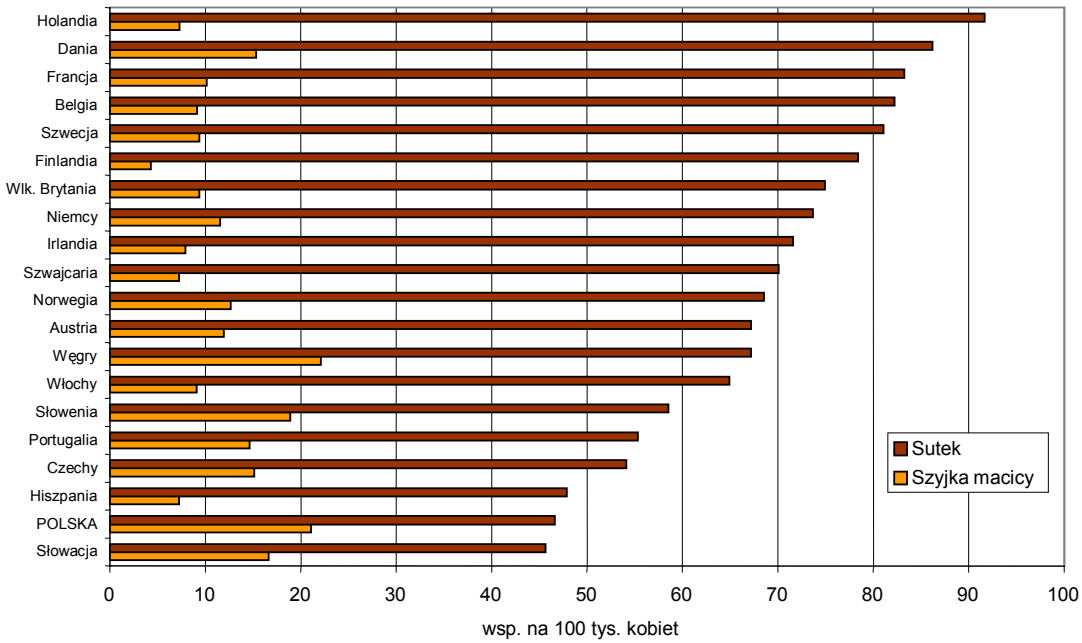
Rycina 99 Standaryzowane współczynniki zachorowalności na raka jelita grubego, odbytnicy i odbytu według płci w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku



W Polsce zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem (z wyłączeniem innych niż czerniak nowotworów złośliwych skóry - ICD9 - 173, ICD10 - C44) jest w porównaniu z wieloma krajami wysoka wśród mężczyzn natomiast wśród kobiet zalicza się do raczej niskich (ryc.95). Do jednej z najwyższych w Europie należy zachorowalność mężczyzn w Polsce na raka płuca (ryc. 96), na raka żołądka (ryc.97) i raka pęcherza moczowego (ryc. 98). Natomiast stosunkowo niska jest jeszcze zachorowalność na raka gruczołu krokowego (ryc.98) oraz raka jelita grubego, odbytnicy i odbytu (ryc. 99). Mieszkanki Polski charakteryzują się dosyć wysoką zachorowalnością na raka żołądka (ryc. 97) a poziom

zachorowań na raka szyjki macicy ustępuje tylko obserwowanemu na Węgrzech (ryc. 100). Stosunkowo niski jest poziom zachorowań kobiet w Polsce na raka jelita grubego, odbytnicy i odbytu (ryc. 99) a poziom zachorowań na raka piersi należy do najniższych w Europie (ryc. 100).

Rycina 100 Standaryzowane współczynniki zachorowalności kobiet na raka piersi i raka szyjki macicy w wybranych krajach europejskich – oszacowanie dla 2000 roku



Rak jelita grubego

Bardzo szybko zwiększa się zagrożenie życia mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jelita grubego (ryc. 31). W okresie 1991-2001 natężenie zgonów spowodowanych tym nowotworem wzrosło przeciętnie w kraju aż o 69% natomiast w województwie podlaskim nawet o 176% a ponadto ponad dwukrotnie jeszcze w województwach podkarpackim, kujawsko-pomorskim i zachodnio-pomorskim. Wprawdzie najwyższe natężenie zgonów z powodu raka jelita grubego w roku 2001 było w województwie kujawsko-pomorskim ale w ciągu ostatnich trzech lat nowotwór ten najbardziej zagrażał życiu mieszkańców województwa wielkopolskiego. Około dwukrotnie niższe było natężenie zgonów w najlepszym pod tym względem województwie lubelskim.

5.2 Podsumowanie

- W Polsce w ostatnich latach, każdego roku zachorowuje na nowotwory złośliwe około 350 na każde 100 tys. mężczyzn i około 300 na każde 100 tys. kobiet.
- Nadwyżka częstości zachorowań na nowotwory mężczyzn w stosunku do kobiet zwiększała się do początku lat 90-tych i od tego czasu ulega powolnemu zmniejszeniu.
- W przypadku mężczyzn nowotworem zdecydowanie dominującym co do częstości jego występowania jest rak oskrzela i płuca, a poziom zachorowań w Polsce należy do jednego z najwyższych w Europie. Wzrasta ryzyko zachorowania mężczyzn na raka prostaty, jelita grubego i pęcherza moczowego. W przypadku raka pęcherza moczowego ryzyko to należy do jednego z najwyższych w Europie.
- Wśród zachorowań na nowotwory złośliwe kobiet w Polsce dominującą rolę odgrywają nowotwory charakterystyczne dla płci (prawie 40% ogółu zachorowań). Zdecydowanie najczęstszy jest rak piersi, chociaż poziom zachorowań na niego w Polsce należy do najniższych w Europie. Mieszkanki Polski charakteryzują się dosyć wysoką zachorowalnością na raka żołądka, a poziom zachorowań na raka szyjki macicy należy do najwyższych na naszym kontynencie.

6. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

6.1 Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej

Informacje o osobach leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dotyczą leczenia w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach odwykowych oraz w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. Informacje te są od wielu lat opracowywane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i publikowane corocznie w roczniku statystycznym „*Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*" wydawanym przez Instytut. Zagregowana forma gromadzenia danych ogranicza możliwości ich analizy, ale i tak stanowią one ważne źródło informacji o częstości zaburzeń psychicznych w Polsce.

Liczba chorych leczonych ogółem dotyczy osób, gdyż chorego wlicza się do ewidencji jeden raz, niezależnie od liczby porad w ciągu roku, które są zarejestrowane w zakładach opieki ambulatoryjnej w danym roku. Chorzy leczeni po raz pierwszy są to osoby zarejestrowane w danym roku w poradni danego rodzaju po raz pierwszy w życiu.

W 2000 r. liczba chorych ogółem z zaburzeniami psychicznymi leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wyniosła 800 tys. osób, tzn. że na każde 100 tys. ludności leczono 2 069 osób (Tabela 23– str. 143). Z liczby tej 221 tys. (572 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy. Kobiety były o 37% częściej leczone niż mężczyźni i o 29% częściej występowały wśród nich nowe zachorowania. Trzeba jednak pamiętać, że w poradniach zdrowia psychicznego jest leczona tylko niewielka część chorych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu, gdyż są oni przede wszystkim leczeni w poradniach odwykowych i w grupie tej na pięciu mężczyzn przypada jedna kobieta (wśród pierwszorazowych przypadków jedna na czterech). Zarówno w przypadku chorych leczonych ogółem jak i leczonych po raz pierwszy mieszkańcy miast byli leczeni o 38% częściej niż mieszkańcy wsi i nadwyżka ta była mniejsza niż rok wcześniej.

W porównaniu z 1999 r. współczynnik chorobowości ogólnej zwiększył się o 5,8%, natomiast częstość nowo zarejestrowanych zachorowań zwiększyła się o 3%. Przyrost ten był mniejszy niż w latach 1998 i 1999, które przyniosły wyraźny wzrost liczby zachorowań leczonych w poradniach zdrowia psychicznego.

Ogółem opieką ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w 2000 r. objętych było ok. 950 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (2 455 na 100 tys. ludności) w tym 285 tys. leczonych po raz pierwszy (738 na 100 tys. ludności). Najczęstszą grupą rozpoznań chorobowych wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem, i somatoformiczne, które w 2000 r. występowały u ok. 230 tys. leczonych ogółem (594 na 100 tys. ludności) i 78 tys. leczonych po raz pierwszy (202 na 100 tys. ludności) (Tabela 24– str. 144). Chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych stanowią trzecią co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem, a drugą wśród leczonych po raz pierwszy. W 2000 r. z tego powodu ogółem leczono 140 tys. osób (363 na 100 tys.), natomiast po raz pierwszy 57 tys. osób (149 na 100 tys.).

W latach 1998, 1999 i 2000 liczba zachorowań leczonych w zakładach ambulatoryjnych dla większości zaburzeń psychicznych systematycznie i znacząco zwiększała się. W stosunku do 1997 roku największy względny wzrost chorych leczonych odnotowano w przypadku uzależnienia od środków psychoaktywnych: trzykrotny dla leczonych ogółem i ponad pięciokrotny dla leczonych po raz pierwszy (tylko w porównaniu z 1999 r. współczynniki w 2000 r. były o 50% wyższe). W przypadku organicznych zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń nastroju przyrost leczonych po raz pierwszy w latach 1997-2000 wynosił odpowiednio 87% i 37%, a o 33% wzrosła częstość leczonych po raz pierwszy z powodu schizofrenii.

6.2 Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej

Specyfika chorób psychicznych spowodowała, że od lat informacje o hospitalizacji mieszkańców Polski z powodu zaburzeń psychicznych zbierane są w ramach odrębnego Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej, prowadzonego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie opracowuje się i analizuje dane. Tabele wynikowe są publikowane w roczniku statystycznym wydawanym przez Instytut.

Prezentowane współczynniki dotyczą osób a nie przypadków, gdyż hospitalizacje wielokrotne były w Instytucie łączone według przyjętego klucza identyfikacyjnego.

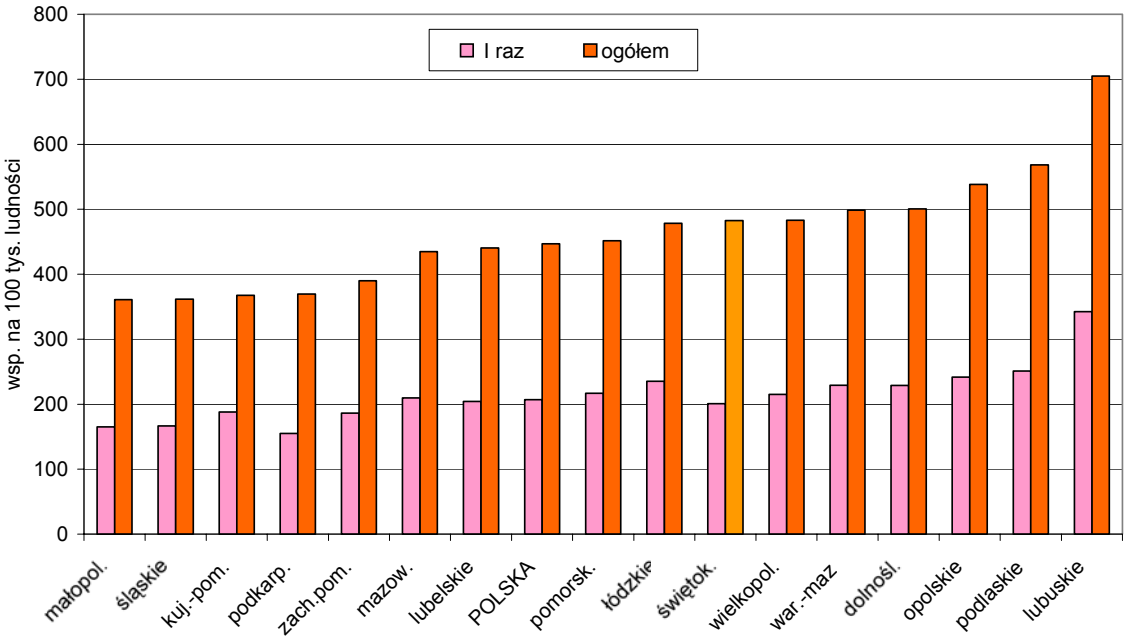
W 2000 r. liczba ogółu osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej wyniosła prawie 170 tys., tzn. że na każde 100 tys. ludności leczono 439 osób. Z liczby tej 78 tys. (202 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy (Tabela 23– str.20). Mężczyźni byli o 65% częściej leczeni niż kobiety, przy czym w przypadku rozpoznań pierwszorazowych nadwyżka ta wynosiła 75%. Zarówno w przypadku chorych leczonych ogółem jak i leczonych po raz pierwszy mieszkańcy miast byli leczeni o 36-37% częściej niż mieszkańcy wsi.

W porównaniu z 1999 r. współczynnik hospitalizowanej chorobowości w 2000 r. zwiększył się o 8%, natomiast częstość hospitalizacji nowych zachorowań zwiększyła się o 9%. Lata 1998, 1999 i 2000 przyniosły wyraźny wzrost zachorowań wśród osób leczonych po raz pierwszy w szpitalach psychiatrycznych, większy w przypadku kobiet niż mężczyzn oraz mieszkańców miast niż wsi.

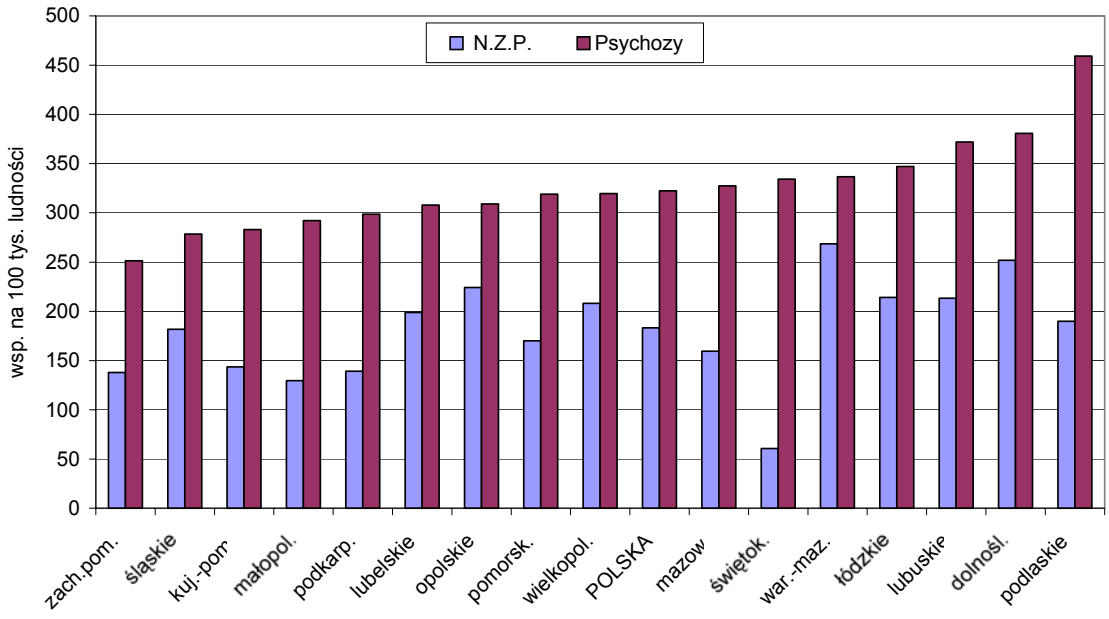
Najczęstszą grupą rozpoznań chorobowych wśród osób leczonych w szpitalach psychiatrycznych były zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, które w 2000 r. występowały u 50 tys. leczonych ogółem (130 na 100 tys. ludności) i 27 tys. leczonych po raz pierwszy (71 na 100 tys. ludności) (Tabela 24– str. 144). Chorzy leczeni z powodu schizofrenii stanowią drugą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem. W 2000 r. z tego powodu leczono ogółem 31 tys. osób (81 na 100 tys. ludności), a po raz pierwszy 5 tys. osób (14 na 100 tys. osób).

Obserwuje się duże różnice w częstości hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych mieszkańców poszczególnych województw (ryc.101). W roku 2000 zdecydowanie najczęściej byli hospitalizowani, zarówno ogółem jak i po raz pierwszy, mieszkańcy województwa lubuskiego, a najrzadziej województw małopolskiego i śląskiego ale w przypadku nowych zachorowań województwa podkarpackiego. Różnica w częstości hospitalizacji pomiędzy województwami skrajnymi była dwukrotna, ale w dużym stopniu wynikało to z wysokiej częstości hospitalizacji w województwie lubuskim.

Rycina 101 Chorzy leczeni ogółem oraz po raz pierwszy w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych według województwa zamieszkania w roku 2000.



Rycina 102 Leczeni ogółem (przypadki) z powodu psychoz oraz niepsychotycznych zaburzeń psychicznych (N.Z.P) w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych według województwa zamieszkania w roku 2000



Trochę inaczej wygląda obraz zróżnicowania międzywojewódzkiego dla dwóch szerokich grup rozpoznań, a mianowicie psychoz oraz niepsychotycznych zaburzeń psychicznych (NZP). W pierwszej z tych grup dominującą chorobą jest schizofrenia,

a następnie psychozy organiczne. W drugiej grupie dominują uzależnienia alkoholowe, a na drugim miejscu są znacznie rzadsze zaburzenia nerwicowe. Otóż z powodu psychoz zdecydowanie najczęściej hospitalizowani byli mieszkańcy województwa podlaskiego, a blisko o połowę rzadziej mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego (ryc.102). Natomiast w przypadku niepsychotycznych zaburzeń psychicznych najczęściej hospitalizowani byli mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego (najwyższa częstość leczenia uzależnienia alkoholowego), a aż o 77% rzadziej mieszkańcy województwa świętokrzyskiego. Być może tak niska częstość hospitalizacji NZP w województwie świętokrzyskim wynika z różnic diagnostycznych, gdyż w województwie tym był bardzo wysoki współczynnik hospitalizacji z powodu pozostałych przyczyn przy bardzo małej hospitalizacji uzależnienia alkoholowego. Jeszcze wyższy współczynnik dla pozostałych przyczyn był w województwie lubuskim, co tłumaczy dlaczego współczynnik hospitalizacji ogółem był w tym województwie najwyższy. Problem ten wymaga bardziej szczegółowych analiz i wyjaśnienia w terenie.

6.3 Podsumowanie

- Liczba osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień systematycznie zwiększa się. W 2000 r. opieką ambulatoryjną objętych było ok. 950 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi w tym 285 tys. po raz pierwszy;
- Najczęstszym rozpoznaniem leczonym w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe – w 2000 r. ok. 230 tys. leczonych ogółem (594 na 100 tys. ludności) w tym 78 tys. po raz pierwszy. Z powodu zaburzeń alkoholowych leczono 140 tys. osób w tym 57 tys. po raz pierwszy;
- W latach 1997-2000 pięciokrotnie wzrosła liczba leczonych po raz pierwszy z powodu uzależnień od środków psychoaktywnych, o blisko 90% liczba leczonych z powodu organicznych zaburzeń psychicznych, a o 33% liczba leczonych po raz pierwszy z powodu schizofrenii;
- W 2000 r. liczba ogółu osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej wyniosła prawie 170 tys. (439 na 100 tys. ludności), w tym 78 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy (202 na 100 tys. ludności);

- Lata 1998 - 2000 przyniosły wyraźny wzrost zachorowań leczonych po raz pierwszy w szpitalach psychiatrycznych, większy w przypadku kobiet niż mężczyzn oraz mieszkańców miast niż wsi;
- Najczęstszą grupą rozpoznań chorobowych wśród osób leczonych w szpitalach psychiatrycznych były zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu;
- Obserwuje się duże różnice w częstości hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych mieszkańców poszczególnych województw.

Tabela 23 Chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi w poradniach zdrowia psychicznego i w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych wg płci i miejsca zamieszkania, 1995-2000 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
Poradnie zdrowia psychicznego					
chorzy leczeni ogółem					
1995	1602.0	1350.9	1840.1	1844.9	1207.9
1996	1623.8	1372.9	1861.5	1857.0	1245.1
1997	1642.2	1367.7	1901.9	1853.8	1297.7
1998	1803.9	1515.3	2077.9	2051.4	1417.2
1999	1954.6	1614.1	2276.7	2211.7	1537.8
2000	2068.8	1734.5	2384.8	2311.9	1675.0
chorzy leczeni po raz pierwszy					
1995	412.7	383.8	440.0	466.7	325.0
1996	428.6	399.3	456.3	480.1	345.0
1997	421.1	392.3	448.3	464.6	350.4
1998	476.4	417.9	532.0	544.5	370.0
1999	555.1	485.0	621.5	625.6	440.9
2000	571.5	496.5	642.3	638.8	462.3
Oddziały pełnodobowe					
chorzy leczeni ogółem					
1995	367.3	462.9	276.8	413.5	290.9
1996	368.4	465.9	276.0	411.5	297.4
1997	367.8	461.8	278.7	399.1	316.7
1998	380.1	477.4	287.8	414.7	309.0
1999	405.4	511.1	305.4	443.0	326.5
2000	438.6	549.5	333.8	481.6	354.8
chorzy leczeni po raz pierwszy					
1995	147.2	196.1	100.8	169.6	109.9
1996	153.0	204.7	104.0	176.5	114.4
1997	156.0	203.8	110.8	171.4	131.3
1998	165.2	214.5	118.5	181.2	132.9
1999	184.6	239.2	133.0	202.3	149.0
2000	201.7	258.8	147.6	222.1	162.6

Źródło: Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Tabela 24. Chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej oraz psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych według wybranych rozpoznań, 1997-2000 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie (ICD 10)	Chorzy leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
Psychiatryczna opieka ambulatoryjna								
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)*	170.2	207.7	237.8	276.2	40.6	51.8	66.6	76.1
Schizofrenia (F20)*	230.3	246.5	255.1	270.3	22.0	23.7	27.6	29.7
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)*	317.6	353.4	400.6	426.1	76.1	91.6	108.0	104.4
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)*	531.4	565.4	585.3	593.8	168.7	183.4	205.1	201.9
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)**	305.7	312.5	352.7	362.7	115.8	121.8	150.4	148.6
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)**	20.1	24.5	39.5	60.5	5.9	9.6	19.3	31.2
Oddziały pełnodobowe								
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)	38.5	41.8	48.0	57.7	19.4	21.0	24.7	29.1
Schizofrenia (F20)	82.5	80.5	80.2	80.8	12.4	11.9	13.5	14.0
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)	41.2	43.9	47.6	53.3	17.8	19.5	21.4	23.8
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)	25.8	26.9	31.5	36.4	16.0	17.1	20.3	23.4
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)	114.8	119.8	126.1	130.3	60.9	64.0	69.4	70.6
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)	14.3	16.4	18.2	21.9	5.8	7.6	8.8	11.6

*) leczeni w poradniach zdrowia psychicznego

**) leczeni w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień

Źródło: Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii

7. Wnioski

Poniżej przedstawiono najważniejsze wnioski ogólne wynikające z przeprowadzonej analizy.

7.1. Poziom ogólnokrajowy

- W okresie 1999-2001 ludność Polski zmniejszyła się o około 35 tys. osób. Sytuacja taka wystąpiła po raz pierwszy w powojennej historii Polski. Według wstępnych wyników Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. w dniu 20 maja 2002 r. w Polsce mieszkało ponad 38,3 mln osób.
- Powoli, ale systematycznie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat w łącznej liczbie ludności, natomiast zwiększa się stopniowo udział osób starszych (w wieku 65 lat i więcej).
- Odsetek osób starszych jest wyższy na wsi niż w miastach, ale wg prognozy ludności GUS różnica ta będzie się stopniowo zacierała i z czasem populacja osób starszych będzie miała większy udział wśród mieszkańców miast.
- W 2001 r. nastąpił dalszy spadek liczy urodzeń żywych. Według prognozy GUS liczba urodzeń w następnych kilku latach powinna się zwiększać.
- W 2001 r. nastąpiło dalsze zahamowanie tempa spadku umieralności niemowląt i umieralności okołoporodowej. Poziom umieralności niemowląt jest w Polsce nadal wyższy niż w krajach Unii Europejskiej.
- Analiza danych o umieralności mieszkańców Polski pozwala na stwierdzenie, że stan zdrowia ludności po roku 1991 ulega systematycznej poprawie, jednak w stopniu niewystarczającym.
- Przeciętna długość życia w Polsce w 2001 r. wynosiła dla mężczyzn 70,2 lat, a dla kobiet 78,4 lat i wzrosła od 1991 r. o 4,1 roku w przypadku mężczyzn i o 3,1 roku w przypadku kobiet. Jest ona jednak wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej (w przypadku mężczyzn o ponad 5 lat, a w przypadku kobiet o ponad 3 lata). Osiągnięcie w Polsce długości życia takiej jaka jest obecnie w UE może zająć kilkanaście lat.

- Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie o około pół roku dłużej niż mieszkający na wsi natomiast w przypadku kobiet taka sama różnica występuje na korzyść mieszkanek wsi.
- Od lat zdecydowanie najważniejszą przyczynę zgonów stanowią choroby układu krążenia (173 809 zgonów w roku 2001). Są one znacznie większym zagrożeniem życia mieszkańców Polski niż mieszkańców UE szczególnie w przypadku chorób naczyń mózgowych.
- Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (86 431 zgonów w roku 2001). W przypadku niektórych umiejscowień zagrożenie życia nimi wzrasta (np. nowotwór jelita grubego, gruczołu krokowego czy rak płuca u kobiet). Nowotwory stanowią najważniejszą przyczynę przedwczesnych zgonów kobiet. Zdecydowanie najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jest rak oskrzeli i płuca. W porównaniu z krajami UE sytuacja w Polsce jest niekorzystna, ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia.
- Zgony z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych stanowią trzecią co do znaczenia grupę przyczyn zgonów w Polsce (25 043 zgonów w roku 2001). Natężenie zgonów z tej przyczyny wykazuje trend spadkowy, ale jest wciąż znacznie wyższe niż przeciętne w UE. Zgony z przyczyn zewnętrznych stanowią główny powód przedwczesnych zgonów mężczyzn. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, z niepokojąco wysoką liczbą zabitych pieszych, a także samobójstwa.
- Systematycznie obniża się w Polsce umieralność niemowląt – w 2001 r. zmarły 2 823 niemowlęta, tzn. 7,7 na 1000 urodzeń żywych. Ten poziom umieralności jest jednak jeszcze znacznie (o ponad 50%) wyższy od przeciętnego w UE. W Polsce w ostatnich latach najwyższa umieralność niemowląt występuje w województwach dolnośląskim i śląskim.
- Gdyby w Polsce w roku 2001 natężenie umieralności w poszczególnych grupach wieku było takie samo jak przeciętne w krajach Unii Europejskiej, to liczba osób zmarłych w naszym kraju byłaby o około 96 tys. mniejsza niż faktycznie obserwowana.

- Zarówno w Polsce, jak i w krajach Unii Europejskiej, liczba hospitalizacji ogółem w latach 1980-1999 wzrastała w podobnym tempie, ale w 1999 roku średni współczynnik hospitalizacji dla krajów UE był o połowę wyższy niż w Polsce.
- Jedynie z powodu chorób zakaźnych i chorób układu mięśniowo-kostnego w Polsce liczba hospitalizacji jest wyższa niż w krajach UE.
- Struktura najczęstszych przyczyn hospitalizacji w Polsce w ostatnim dwudziestoleciu uległa zmianom zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Obecnie u obu płci dominują choroby układu krążenia, podczas gdy w roku 1980 u mężczyzn były to urazy i zatrucia, a u kobiet powikłania ciąży, porodu i połogu.
- Struktura najważniejszych przyczyn hospitalizacji ulega zmianom w zależności od wieku i jest różna dla mężczyzn i kobiet szczególnie w okresie do 40 roku życia. W przypadku kobiet w tym wieku główną przyczynę hospitalizacji stanowią powikłania ciąży, a w przypadku mężczyzn wypadki i zatrucia.
- Ogólnie korzystna sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych w Polsce nie zwalnia z konieczności systematycznego monitorowania zachorowań i prowadzenia aktywnego nadzoru epidemiologicznego nad tymi chorobami.
- Mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej wskaźniki zapadalności na wiele chorób zakaźnych w Polsce przekraczają poziom zapadalności notowany w krajach regionu europejskiego. Są one także znacznie wyższe niż przeciętny poziom zapadalności w krajach Unii Europejskiej.
- Korzystną, stabilną sytuację epidemiologiczną wielu chorób zakaźnych osiągnięto w Polsce dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych - kontynuacja zmodyfikowanych wersji tych programów stanowi warunek utrzymania osiągniętych rezultatów.
- Wyczerpują się możliwości dalszej znaczącej poprawy sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób poprzez centralnie prowadzone programy zapobiegania i zwalczania tych chorób, dlatego należy w większym stopniu wykorzystywać programy lokalne, ukierunkowane na poprawę sytuacji na terenach o najwyższej zapadalności.

- Skuteczne zwalczanie chorób zakaźnych i zapobieganie im nie jest możliwe w warunkach ograniczonego dostępu do badań diagnostycznych - określenie czynnika etiologicznego choroby ma wpływ nie tylko na postępowanie terapeutyczne ale także na profilaktykę przeciwepidemiczną.
- Liczba osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień systematycznie rośnie. W 2000 r. opieką ambulatoryjną objętych było ok. 950 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym 285 tys. po raz pierwszy.
- Najczęstszym rozpoznaniem leczonym w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe. W 2000 r. ok. 230 tys. leczonych ogółem (594 na 100 tys. ludności), w tym 78 tys. po raz pierwszy. Z powodu zaburzeń alkoholowych leczono 140 tys. osób , w tym 57 tys. po raz pierwszy.
- W latach 1997-2000 pięciokrotnie wzrosła liczba leczonych po raz pierwszy z powodu uzależnień od środków psychoaktywnych, o blisko 90% liczba leczonych z powodu organicznych zaburzeń psychicznych, a o 33% liczba leczonych po raz pierwszy z powodu schizofrenii.
- W 2000 r. liczba ogółu osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej wyniosła prawie 170 tys. (439 na 100 tys. ludności), w tym 78 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy (202 na 100 tys. ludności).
- Lata 1998 - 2000 przyniosły wyraźny wzrost zachorowań leczonych po raz pierwszy w szpitalach psychiatrycznych, większy w przypadku kobiet niż mężczyzn oraz w przypadku mieszkańców miast niż wsi.
- Najczęstszą grupą rozpoznań chorobowych wśród osób leczonych w szpitalach psychiatrycznych były zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu.
- Obserwuje się duże różnice w częstości hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych mieszkańców poszczególnych województw.

Aktualna sytuacja zdrowotna ludności Polski wynika z wieloletnich trendów w zakresie wskaźników demograficznych i podstawowych mierników zdrowia wyrażających się przede wszystkim umieralnością. Priorytety ogólnopolskie wynikają z dystansu dzielącego nas od krajów Unii Europejskiej (Tabela 10- str. 70).

Przedstawiając w sposób syntetyczny omawianą sytuację zdrowotną mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym tzn. 25-64 lata w porównaniu z mieszkańcami Unii Europejskiej, możemy stwierdzić, że:

- W przypadku chorób układu krążenia ogółem sytuacja w Polsce jest z jednej strony niekorzystna gdyż poziom umieralności jest znacznie wyższy niż w krajach UE, ale z drugiej strony tempo spadku współczynnika zgonów jest w Polsce szybsze. Tym niemniej, jeżeli tempo to utrzyma się na dotychczasowym poziomie potrzeba będzie aż 17 lat by osiągnąć obecny poziom umieralności w UE (oczywiście w międzyczasie sytuacja w obecnych krajach członkowskich UE ulegnie najprawdopodobniej dalszej poprawie). Porównanie sytuacji i dynamiki współczynników zgonów dla bardziej szczegółowych grup chorób układu krążenia jest trudne ze względu na zmiany w systemie kodowania przyczyn zgonów w Polsce od 1997 roku i brak danych z lat 1997 i 1998.
- W odniesieniu do nowotworów złośliwych ogółem sytuacja w Polsce jest niekorzystna gdyż poziom umieralności w naszym kraju jest wyższy niż w UE (chociaż różnica jest mniejsza niż w przypadku chorób układu krążenia), a tempo spadku współczynnika zgonów jest wolniejsze niż w UE. Przy utrzymaniu tego tempa obecny przeciętny poziom umieralności w krajach UE osiągniemy dopiero za około 28 lat. W przypadku kobiet okres ten będzie prawdopodobnie znacznie dłuższy niż w przypadku mężczyzn. Wśród kobiet niekorzystne tendencje występują w przypadku umieralności z powodu raka płuca, która w Polsce nie tylko że jest wyższa niż w UE, ale na dodatek szybciej wzrasta. Podobnie, bardzo niekorzystna sytuacja występuje w przypadku umieralności z powodu raka szyjki macicy. Jest ona w Polsce wielokrotnie wyższa niż w UE, a tempo jej spadku jest nieco wolniejsze niż w UE. Jeżeli tempo to będzie takie jak dotychczas to obecny poziom współczynnika zgonów w UE zostanie w Polsce osiągnięty za około 46 lat.
- Natężenie zgonów z powodu chorób układu oddechowego utrzymuje się na poziomie zbliżonym do przeciętnego w UE.
- W przypadku chorób układu trawiennego sytuacja w Polsce ulegała do niedawna pogorszeniu w porównaniu z sytuacją w UE, gdyż spadkowym tendencjom

umieralności z powodu tej grupy chorób w UE towarzyszyły wzrostowe tendencje w Polsce.

- W przypadku zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych sytuacja w Polsce po 1991 r. ulega stopniowej poprawie, ale poziom umieralności jest około dwukrotnie wyższy niż w UE. Tempo spadku współczynników, aczkolwiek szybsze niż w UE, pozwoli nam osiągnąć poziom obserwowany obecnie w tych krajach dopiero za około 21 lat. Szczególnie niekorzystna sytuacja występuje wśród mężczyzn, a powodem tego są przede wszystkim wypadki drogowe i samobójstwa.

7.2. Poziom wojewódzki

Obok określenia najważniejszych problemów zdrowotnych na poziomie ogólnokrajowym niezbędne jest dla oszacowania potrzeb zdrowotnych ustalenie województw, które na tle kraju wyróżniają się (zarówno w sposób korzystny jak i niekorzystny).

Z przeprowadzonych analiz wynika, że trudno jest tworzyć miary sumaryczne lub średnie dla województw (np. na podstawie rang), ponieważ analizowane problemy zdrowotne są często nieporównywalne i nieskorelowane ze sobą co wymaga ich odrębnego traktowania.
Dlatego w zakresie najważniejszych problemów zdrowotnych przedstawiono po trzy województwa "najgorsze" i "najlepsze" na podstawie ostatnich dostępnych danych. Należy tu dodać, iż niektóre problemy zdrowotne województw są stabilne tzn. wynikają z wieloletnich trendów - dotyczy to przede wszystkim umieralności. Natomiast chorobowość, a szczególnie zapadalność, może ulegać krótkotrwałym fluktuacjom. Dlatego też informacje te wymagają stałej krytycznej weryfikacji i konfrontacji z najnowszymi danymi.

- Najkrócej żyją w Polsce mieszkańcy województwa łódzkiego. Sytuacja ta występuje od lat i „niedobór" życia w tym województwie pogłębia się. W 2001 r. mężczyźni w województwie łódzkim żyli o 3,6 roku krócej niż będący w najkorzystniejszej sytuacji mężczyźni w województwie małopolskim, kobiety zaś żyły o 2,5 roku krócej niż mieszkanki województwa podlaskiego. Ogólnie województwa o najdłuższym trwaniu życia ludności to małopolskie, podkarpackie, podlaskie i opolskie a województwa kontrastowe to zachodniopomorskie, warmińsko-mazurskie, śląskie i łódzkie.

- Istotnym dla oceny zmian w stanie zdrowia województw jest porównanie dynamiki przyrostu przeciętnego dalszego trwania życia. Stwierdzono że w latach 1991-2001, najmniejszy przyrost dalszego trwania życia miał miejsce w województwach: małopolskim, lubelskim, świętokrzyskim i łódzkim. Największą dynamikę obserwowano natomiast w opolskim, pomorskim, lubelskim i zachodniopomorskim.
- W Polsce w ostatnich latach najwyższa umieralność niemowląt występuje w województwach dolnośląskim, śląskim, kujawskim i zachodniopomorskim. Województwa o najniższej umieralności niemowląt to: podlaskie opolskie, wielkopolskie i podkarpackie.
- Wśród województw o największym odsetku noworodków z niską masą urodzeniową znalazły się kolejno: śląskie dolnośląskie, zachodnio-pomorskie i łódzkie. Województwa kontrastowe pod względem tej cechy to podlaskie, wielkopolskie, podkarpackie i warmińsko-mazurskie.
- Większy odsetek osób starszych w województwie determinuje potrzeby zdrowotne i jest wskazówką do restrukturyzacji opieki zdrowotnej zwłaszcza gdy towarzyszy temu zjawisku malejąca liczba urodzeń. W Polsce w roku 2001 województwami o największej liczbie osób powyżej 65 roku życia były podlaskie, mazowieckie i łódzkie. W tej grupie województw znalazło się łódzkie mające szereg problemów zdrowotnych jak i podlaskie o wielu korzystnych wskaźnikach zdrowotnych. Województwa o najmniejszej liczbie osób starszych to warmińsko-mazurskie, lubuskie, pomorskie i zachodniopomorskie.

Podsumowując zróżnicowanie województw można stwierdzić, że województwo łódzkie niewątpliwie wyróżnia się niekorzystnie na tle średniej ogólnopolskiej jak i pozostałych województw w zakresie wielu mierników sytuacji zdrowotnej. Drugim województwem o gorszej od innych sytuacji zdrowotnej ludności jest najbardziej zurbanizowane województwo śląskie, w którym ludność charakteryzuje się niskim przeciętnym dalszym trwaniem życia, największą umieralnością z powodu chorób układu krążenia i stosunkowo niekorzystną sytuacją w zakresie chorób nowotworowych. Zachodniopomorskie i warmińsko - mazurskie to pozostałe wśród czterech województw o najniższym przeciętnym dalszym trwaniu życia. Województwo zachodniopomorskie ma również niekorzystną sytuację

w zakresie umieralności niemowląt i urodzeń noworodków z niską masą urodzeniową, zaś na obszarze warmińsko-mazurskiego, posiadającego stosunkowo niski odsetek osób powyżej 65 roku życia, występuje wysoka umieralność z powodu nowotworów złośliwych. Województwem, które można określić jako kontrastowe - w stosunku do łódzkiego charakteryzującego się niekorzystną sytuacją zdrowotną - jest podlaskie, choć w zakresie umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych sytuacja jest tam niekorzystna. Trudno jest podać inne przykłady województw o jednoznacznie korzystnej sytuacji zdrowotnej ludności w zakresie kilku wskaźników równocześnie. Jedynie podkarpackie może być częściowo zaliczone do tej grupy, chociaż w zakresie chorób układu krążenia sytuacja jest tu niekorzystna.

Województwo opolskie o najwyższej wartości wskaźnika dotyczącego dalszego trwania życia, charakteryzuje się też największym tempem poprawy tego wskaźnika w latach 1991-2001. Z drugiej strony zachodniopomorskie mimo obecnej niskiej pozycji w zakresie długości życia mieszkańców, wykazuje dużą dynamikę poprawy tego wskaźnika, charakteryzującego syntetycznie sytuację zdrowotną.

Tabela 28 Rangi województw w zakresie wybranych mierników stanu zdrowia

Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet wg województw, 2001 r.		*Średni (M+K) przyrost przeciętnego trwania życia mężczyzn w okresie 1991-2001 wg województw.*		*Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wg województw, 2001 r.*		*Odsetek żywo urodzonych noworodków o masie urodzeniowej poniżej 2500 g wg województw, 2001 r.*	
małopolskie	**1**	**opolskie**	**1**	**warmińsko-mazurskie**	**1**	**podlaskie**	**1**
podkarpackie	**2**	**pomorskie**	**2**	**lubuskie**	**2**	**wielkopolskie**	**2**
podlaskie	**3**	**lubuskie**	**3**	**pomorskie**	**3**	**podkarpackie**	**3**
opolskie	**4**	**zachodniopomorskie**	**4**	**zachodniopomorskie**	**4**	**warmińsko-mazurskie**	**4**
świętokrzyskie	5	kujawsko-pomorskie	5	wielkopolskie	5	lubelskie	5
pomorskie	6	śląskie	6	kujawsko-pomorskie	6	małopolskie	6
mazowieckie	7	dolnośląskie	7	śląskie	7	mazowieckie	7
lubelskie	8	mazowieckie	8	podkarpackie	8	pomorskie	8
wielkopolskie	9	warmińsko-mazurskie	9	opolskie	9	opolskie	9
lubuskie	10	wielkopolskie	10	małopolskie	10	świętokrzyskie	10
kujawsko-pomorskie	11	podlaskie	11	dolnośląskie	11	kujawsko-pomorskie	11
dolnośląskie	12	podkarpackie	12	lubelskie	12	lubuskie	12
zachodniopomorskie	**13**	**małopolskie**	**13**	**podlaskie**	**13**	**śląskie**	**13**
warmińsko-mazurskie	**14**	**lubelskie**	**14**	**mazowieckie**	**14**	**dolnośląskie**	**14**
śląskie	**15**	**świętokrzyskie**	**15**	**świętokrzyskie**	**15**	**zachodniopomorskie**	**15**
łódzkie	**16**	**łódzkie**	**16**	**łódzkie**	**16**	**łódzkie**	**16**

Standaryzowane współczynniki zgonów według województw, rok 2001						***Odsetek osób mieszkających w miastach wg województw, 2001 r.***	
z powodu chorób układu krążenia		***z powodu nowotworów złośliwych***		***z powodu przyczyn zewnętrznych***			
warmińsko-mazurskie	**1**	**lubelskie**	**1**	**podkarpackie**	**1**	**podkarpackie**	**1**
podlaskie	**2**	**podkarpackie**	**2**	**świętokrzyskie**	**2**	**świętokrzyskie**	**2**
lubuskie	**3**	**podlaskie**	**3**	**lubelskie**	**3**	**lubelskie**	**3**
mazowieckie	**4**	**świętokrzyskie**	**4**	**kujawsko-pomorskie**	**4**	**małopolskie**	**4**
pomorskie	5	małopolskie	5	małopolskie	5	opolskie	5
świętokrzyskie	6	opolskie	6	opolskie	6	wielkopolskie	6
zachodniopomorskie	7	lubuskie	7	śląskie	7	podlaskie	7
lubelskie	8	mazowieckie	8	pomorskie	8	warmińsko-mazurskie	8
dolnośląskie	9	dolnośląskie	9	dolnośląskie	9	kujawsko-pomorskie	9
kujawsko-pomorskie	10	łódzkie	10	wielkopolskie	10	mazowieckie	10
wielkopolskie	11	zachodniopomorskie	11	zachodniopomorskie	11	lubuskie	11
małopolskie	12	śląskie	12	lubuskie	12	łódzkie	12
opolskie	**13**	**wielkopolskie**	**13**	**podlaskie**	**13**	**pomorskie**	**13**
podkarpackie	**14**	**kujawsko-pomorskie**	**14**	**warmińsko-mazurskie**	**14**	**zachodniopomorskie**	**14**
łódzkie	**15**	**warmińsko-mazur**	**15**	**mazowieckie**	**15**	**dolnośląskie**	**15**
śląskie	**16**	**pomorskie**	**16**	**łódzkie**	**16**	**śląskie**	**16**

1 – oznacza najlepszą sytuację w danym województwie

Część II - Cele przyjęte w Narodowym Planie Zdrowotnym i wytyczne do ich osiągania

1. Choroby układu krążenia

1.1 Trend

Spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia

1.1.1 Uszczegółowienie

W skali świata choroby na tle miażdżycowym są główną przyczyną zgonów, inwalidztwa, i chorobowości. Ich udział w łącznych kosztach opieki zdrowotnej jest największy. Badanie globalnego obciążenia chorobowego (wg koncepcji WHO opracowanej przez Ch. Murraya i A. Lopeza) wykazało, że choroba niedokrwienna serca i choroby naczyniowe mózgu stanowią najważniejsze przyczyny umieralności. Prognozy przewidują podwojenie się liczby zgonów z tego powodu na świecie w latach 1995-2020. W Polsce choroby na tle miażdżycowym pozostają, mimo zmniejszenie ich liczby w latach 90-tych, najczęstszymi przyczynami umieralności.

Jeszcze bardziej rozpowszechnione są w Polsce stany patologiczne sprzyjające występowaniu chorób układu krążenia na tle miażdżycowym. W latach 80-tych co piąta osoba dorosła miała ciśnienie tętnicze powyżej poziomu 160 i/albo 95 mm Hg. Ogólnopolskie badania reprezentacyjne, oparte na aktualnej niższej normie diagnostycznej (140 i/albo 90 mm Hg) przyniosły oceny jeszcze wyższe: w latach 1999 i 2002 tak określona chorobowość na nadciśnienie tętnicze wyniosła odpowiednio 40% oraz 35% populacji ludzi dorosłych. Nadciśnienie tętnicze było także, pod koniec lat 90-tych, najczęstszą przyczyną wizyt w poradniach ambulatoryjnych (przed drugą w kolejności chorobą niedokrwienną serca). Jeszcze większe natężenie miała częstość występowania hipercholesterolemii. Występowanie cholesterolu o wartości powyżej 200 mg% w czterech miastach polskich stwierdzono u 60% do 87% dorosłej ludności.

1.1.2 Zróżnicowanie według województw

Obserwuje się znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie zagrożenia życia chorobami układu krążenia ogółem[17] (ryc.24 - str.51)

W 2001 r. mieszkańcy województw śląskiego i łódzkiego byli bardziej zagrożeni chorobami układu krążenia niż mieszkańcy innych województw w całym okresie po 1991 r. W okresie 1991 – 2001 umieralność z powodu ogółu chorób układu krążenia najbardziej zmniejszyła się w województwie warmińsko-mazurskim (o 40%) a także lubuskim (spadek o 38%). Najmniejsza poprawa nastąpiła w województwie podkarpackim (spadek o 23%) oraz pomorskim (spadek o 25%).

1.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich

Choroby układu krążenia stanowią większe zagrożenia życia mieszkańców Polski niż mieszkańców Unii Europejskiej. Wynika to z częstszego występowania tych chorób oraz umieralności z ich powodu. Tempo spadku umieralności z powodu chorób układu krążenia jest w Polsce szybsze niż w Unii Europejskiej, ale do ewentualnego zrównania poziomu umieralności na obu obszarach musiałoby - przy utrzymaniu się obecnego tempa spadku – upłynąć blisko 17 lat.

1.2 Cel priorytetowy

Zmniejszenie dystansu w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia, szczególnie na tle miażdżycowym (w tym choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyniowych mózgu) pomiędzy Polską a krajami Unii Europejskiej[18].

[17] Zróżnicowanie międzywojewódzkie omawiane jest dla roku 2001 ale zilustrowano także na rycinach sytuację z lat poprzednich co pozwala na ocenę trwałości tego zróżnicowania.

1.3 Cele szczegółowe

- Poprawa wykrywalności i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych a także cukrzycy,
- Leczenie uzależnienia od palenia tytoniu[19],
- Zapobieganie powikłaniom choroby niedokrwiennej serca, chorób naczyniowych mózgu i naczyń obwodowych,
- Rozwój opieki medycznej w zakresie szybkiej diagnostyki i interwencji kardiologicznej i angiologicznej oraz pomocy przedszpitalnej,
- Ograniczanie niepełnosprawności będącej następstwem z chorób układu krążenia,
- Zmniejszenie różnic międzywojewódzkich w zakresie umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia.

1.3.1 Uzasadnienie

Wciąż znaczne rozpowszechnienie w Polsce chorób układu krążenia na tle miażdżycowym i ich znanych prekursorów - szczególnie palenia tytoniu, nadciśnienia tętniczego stylu odżywiania i dyslipidemii - wymaga intensyfikacji czynności diagnostycznych i leczniczych ponad rutynowy tok niezbędnego postępowania klinicznego. Najczęstszą metodą osiągnięcia tego celu są: porada antynikotynowa z ew. wspomaganiem farmakologicznym oraz wczesna diagnostyka i profilaktycznie ukierunkowane leczenie nadciśnienia tętniczego a także obniżanie ryzyka naczyniowego poprzez leczenie hipolipomizujące. Cele te są najłatwiej osiągalne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej pod warunkiem, że zapewni się odpowiednią pomoc pielęgniarską w przychodniach oraz wsparcie ze strony specjalistycznych poradni kardiologicznych i angiologicznych. Działalność tą mogą uzupełniać badania przesiewowe dokonywane w populacji objętej opieką przychodni, w środowiskach pracy, itp. Równie istotne jest systematyczne leczenie przypadków wykrytego nadciśnienia, wysokiego ryzyka naczyniowego i hiperlipidemii. Aktualnym elementem tej działalności jest skuteczne leczenie przy pomocy nowoczesnych środków przeciwcholesterolowych (statyn).

---

[18] Chodzi o kraje, które wstąpiły do Unii przed 2004 rokiem.
[19] Dym tytoniowy jest czynnikiem ryzyka zapadalności na wiele chorób i stąd leczenie uzależnień od palenia tytoniu wymieniane jest jako wytyczna także przy chorobach układu oddechowego oraz nowotworach. Będzie ona jednak realizowana w ramach jednego wspólnego działania.

Choć zmniejsza się liczba zgonów ze strony chorób układu krążenia, to jednak stale rośnie zarówno częstość hospitalizacji z tego powodu oraz liczba porad ambulatoryjnych. Choroby krążenia stanowią także jedną z głównych przyczyn hospitalizacji. Rosnący trend liczby przyjęć do szpitala obejmuje w równym stopniu wszystkie regiony kraju. Wzrasta także liczba porad ambulatoryjnych spowodowanych chorobami układu krążenia, np. w roku 2000 leczyło się w przychodniach z tego powodu o 17% pacjentów więcej niż rok wcześniej. Wzrost ten był większy niż między latami 1998 i 1999 (12%). Ponadto rośnie liczba świadczeń wysokospecjalistycznych w tym zakresie związanych m.in. z szybką interwencją kardiologiczną, stentowaniem tętnic szyjnych oraz leczeniem tętniaków aorty. Część zadań z zakresu opieki kardiologicznej realizowana jest w ramach programów zdrowotnych prowadzonych zarówno na poziomie ogólnokrajowym jak i regionalnym.

Uzupełnieniem leczenia szpitalnego jest często działalność rehabilitacyjna przyspieszająca usprawnienie układu krążenia, wykonywana zarówno w warunkach opieki domowej, jak i uzdrowiskowej.

1.4 Wytyczne

- Upowszechnienie metod oceny ryzyka chorób układu krążenia oraz upowszechnienie wieloczynnikowej interwencji na poziomie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- Opracowanie programu dotyczącego stosowania globalnej oceny czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz upowszechnienie wieloczynnikowej interwencji na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej,
- Upowszechnianie prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej wśród świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej,
- Zapobieganie rozwojowi chorób układu krążenia poprzez intensyfikację badań przesiewowych w grupach podwyższonego ryzyka w zakresie nadciśnienia i wysokiego poziomu ryzyka naczyniowego (w tym udarów mózgowych) w oparciu o placówki pierwszego kontaktu z chorymi oraz zapewnienie leczenia osobom z podwyższonym poziomem ciśnienia tętniczego, dyslipidemii i cukrzycy z uwzględnieniem najnowszych standardów,

- Rozwój systemu szybkiej interwencji kardiologicznej poprzez dostosowanie liczby placówek do zapotrzebowania oraz odpowiednie wyposażenie w specjalistyczny sprzęt w zakresie kardiologii inwazyjnej w celu poprawy dostępności świadczeń,
- Rozwój systemu szybkiej interwencji neurologicznej,
- Rozwój endowaskularnych interwencji angiologicznych w naczyniach pozawieńcowych w ośrodkach o zasięgu regionalnym,
- Usprawnienie systemu ratownictwa medycznego w zakresie pomocy przedszpitalnej,
- Rozwój monitoringu dotyczącego dostępności do świadczeń opieki podstawowej i specjalistycznej w zakresie chorób układu krążenia,
- Usprawnianie stacjonarnej i ambulatoryjnej działalności rehabilitacyjnej po leczeniu ostrych incydentów sercowo-naczyniowych, w tym udarów mózgowych i naczyń obwodowych,
- Zapewnienie skutecznego leczenia osobom z cukrzycą w celu minimalizacji powikłań naczyniowych będących skutkiem cukrzycy,
- Zapobieganie udarom mózgu poprzez rozwijanie badań przesiewowych w grupach wysokiego ryzyka w zakresie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, dyslipidemii,
- Uwzględnienie co najmniej przez zarządy województw o najgorszych wskaźnikach, w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005, problemów zmniejszenia zachorowalności lub (albo/i) umieralności na choroby układu krążenia

Wybrane problemy profilaktyki/ prewencji pierwotnej oraz promocji zdrowia uwzględnione są w Narodowym Programie Zdrowia, wytyczne dotyczące pomocy doraźnej zostały przedstawione w rozdziale dotyczącym przyczyn zewnętrznych.

2. Nowotwory złośliwe

2.1 Trend

- Stały wzrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe.

2.1.1 Uszczegółowienie

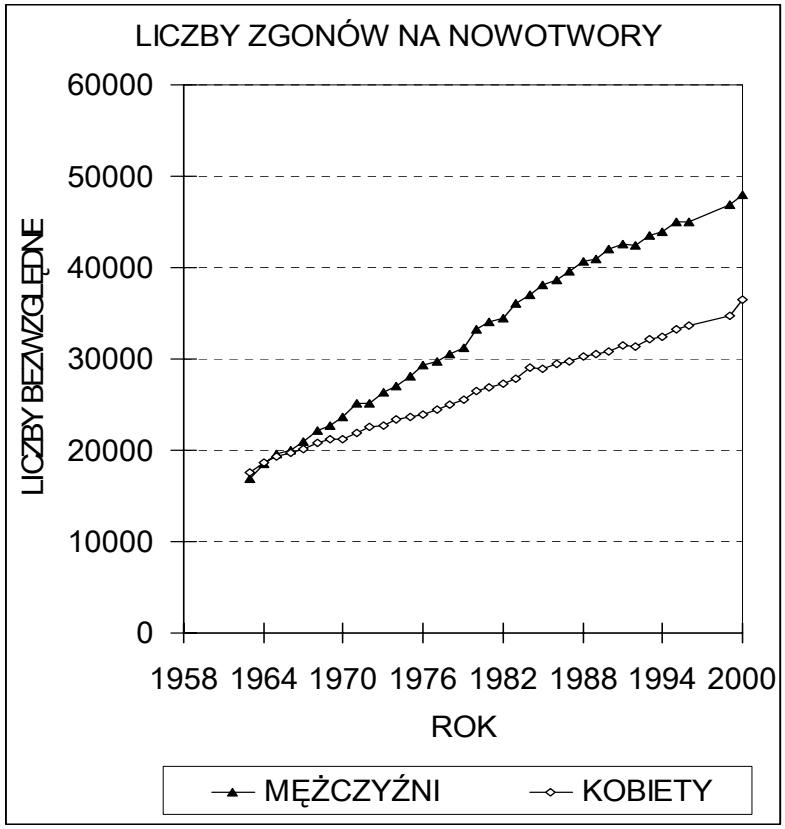
W Polsce od kilku dekad obserwuje się rosnącą liczbę zachorowań na nowotwory złośliwe zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Biorąc pod uwagę stan zgłaszanych zachorowań i szacowany stopień niedorejestrowania w tym zakresie ocenia się, że rzeczywista liczba zachorowań w 2000 roku wynosiła około 120 000, z czego 64 000 u mężczyzn i 56 000 u kobiet. Nowotworami złośliwymi najczęściej rejestrowanymi w 2000 roku u mężczyzn były nowotwory złośliwe płuca – 27,1%, jelita grubego – 10,3% i gruczołu krokowego – 8,1%. W dalszej kolejności zgłaszane były nowotwory złośliwe pęcherza moczowego – 6,5% i żołądka – 6,4%. U kobiet w 2000 roku najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy piersi – 20,7%, jelita grubego – 10%, a następnie płuca – 7,8%, szyjki macicy – 6,8%, trzonu macicy – 6,2% i jajnika – 5,4%.

Programy dotyczące walki z nowotworami powinny być zharmonizowane z programem walki z rakiem przyjętym przez kraje Unii Europejskiej.

Zgony na nowotwory złośliwe

W ostatnich dziesięciu latach wzrosła zarówno liczba zachorowań jak i zgonów na nowotwory złośliwe. W 2000 roku wystawiono w Polsce 48 020 świadectw zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn i 36 539 u kobiet, łącznie dla 84 559 osób. W 1990 roku liczby zgonów na nowotwory złośliwe u mężczyzn i kobiet wynosiły odpowiednio: 42 077 i 30 837 przypadków.

Rycina 103 Liczba zgonów na nowotwory złośliwe

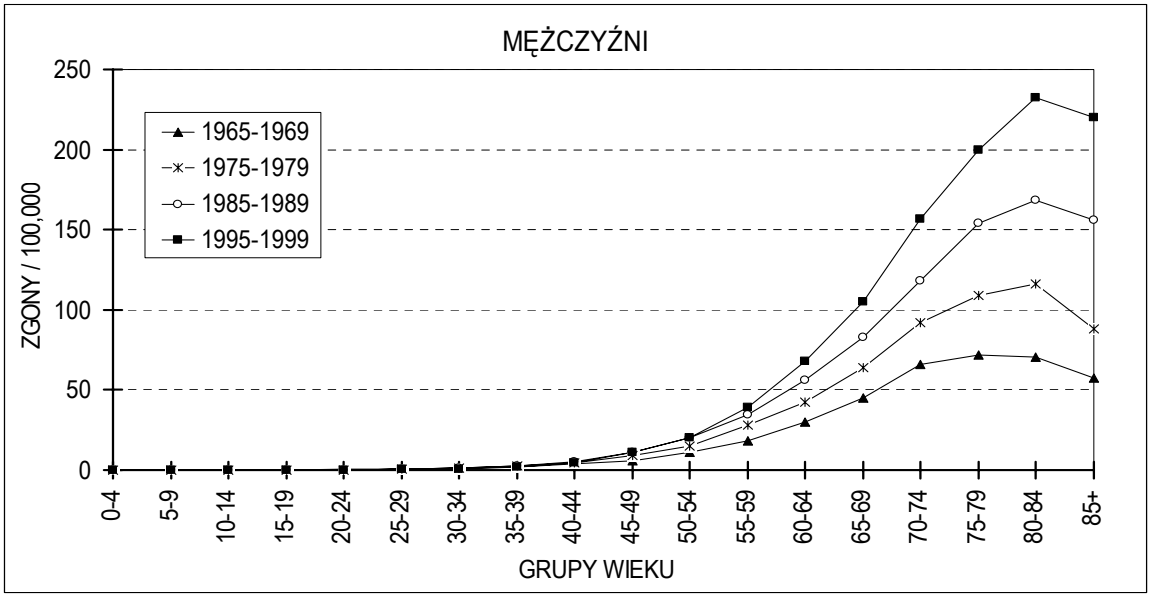


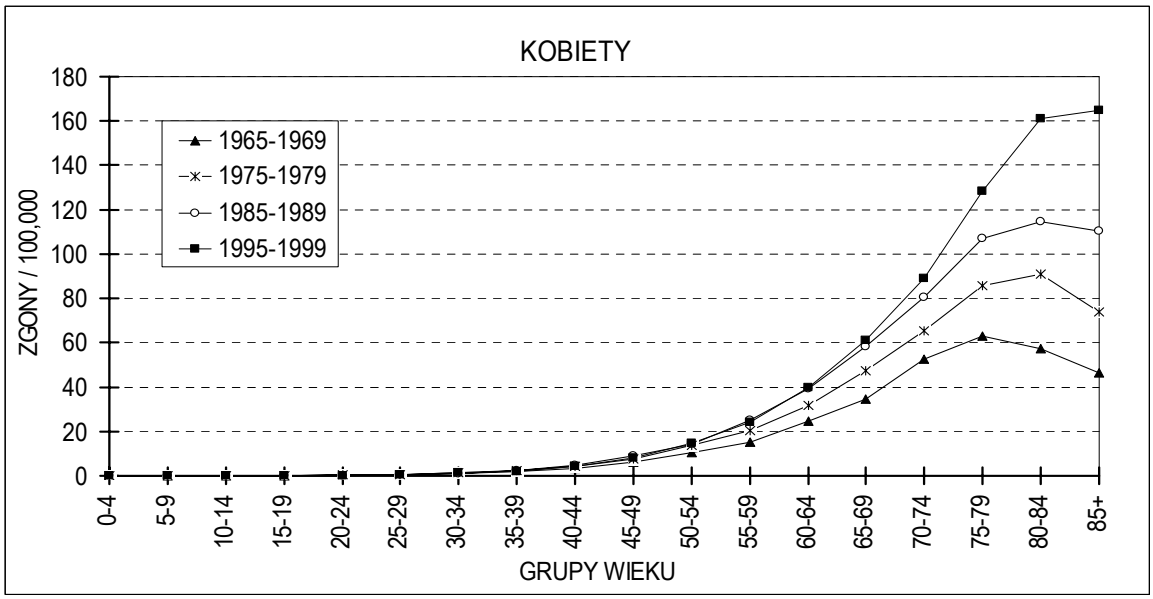
W 2000 roku największy odsetek zgonów nowotworowych u mężczyzn stanowiły zgony z powodu nowotworów złośliwych płuca (33.2%) a ponadto jelita grubego (9.1%), żołądka (8.1%), gruczołu krokowego (6.6%) oraz pęcherza moczowego (4.2%). U kobiet największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły zgony na nowotwór złośliwy piersi (12.9%), jelita grubego (11.4%), płuca (11%), żołądka (5,9%), jajnika (5.6%) i szyjki macicy (5.4%).

Największą dynamikę zgonów notuje się dla nowotworów:

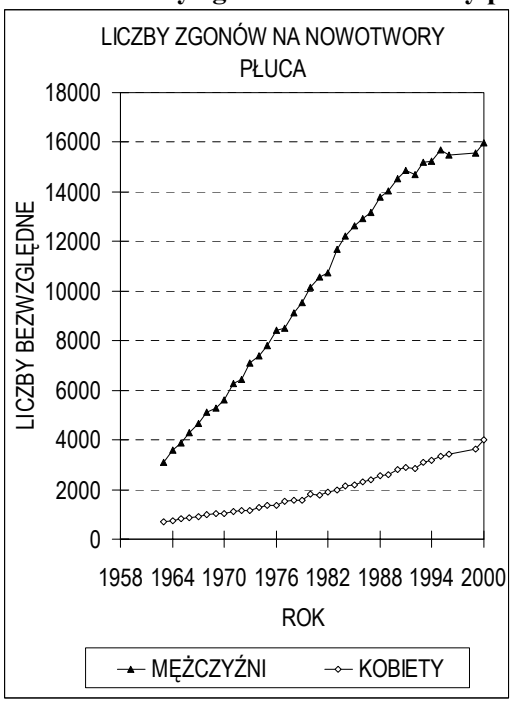
- jelita grubego (u obu płci),
- nowotworów płuca (u kobiet),
- nowotworów prostaty (u mężczyzn).

Rycina 104 Nowotwory złośliwe jelita grubego, częstość a wiek, w 5- letnich grupach wieku, Polska - wybrane lata

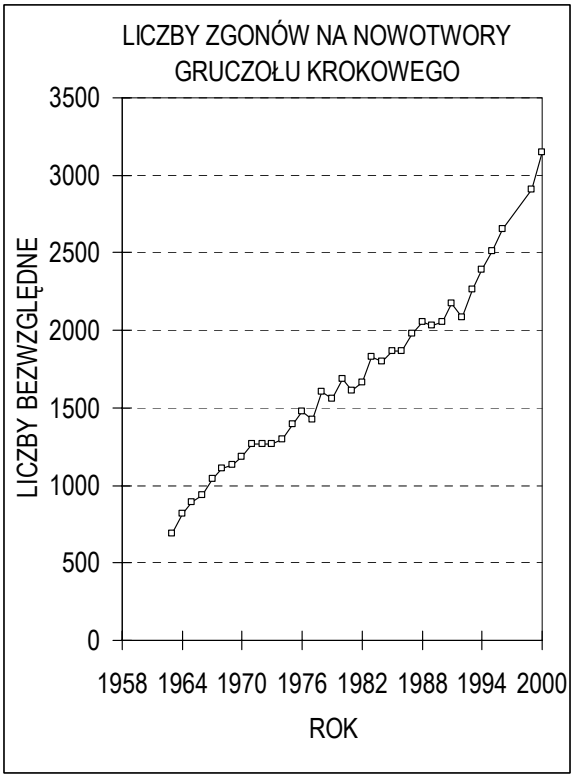




Rycina 105 Liczby zgonów na nowotwory płuca

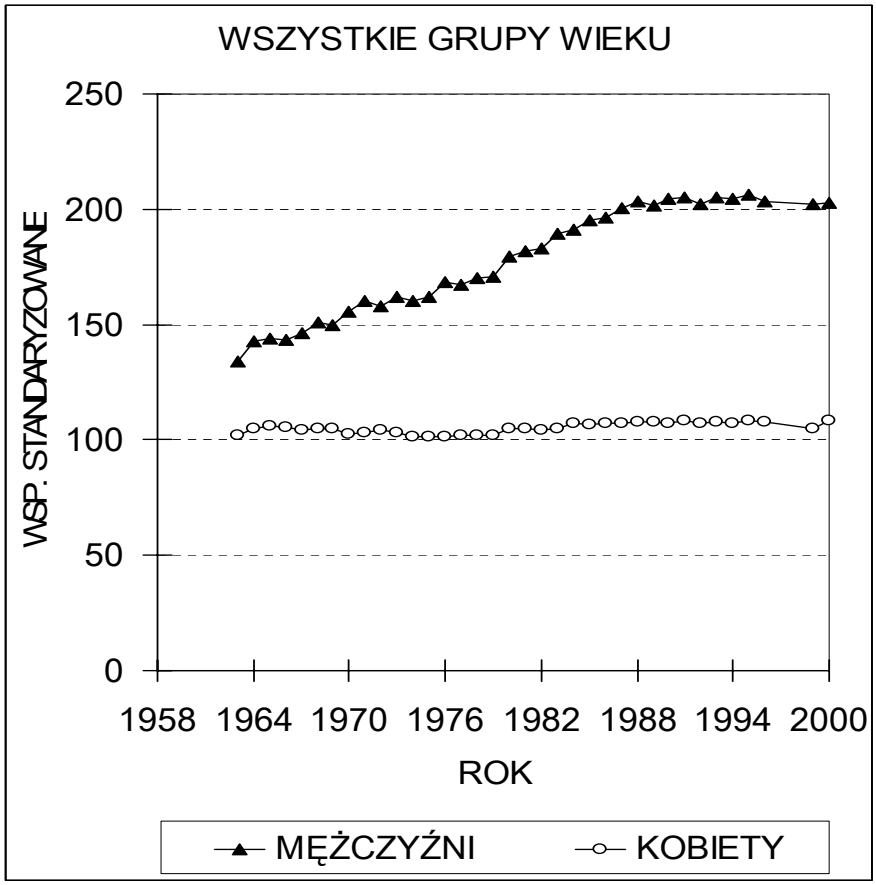


Rycina 106 Liczby zgonów na nowotwory gruczołu krokowego



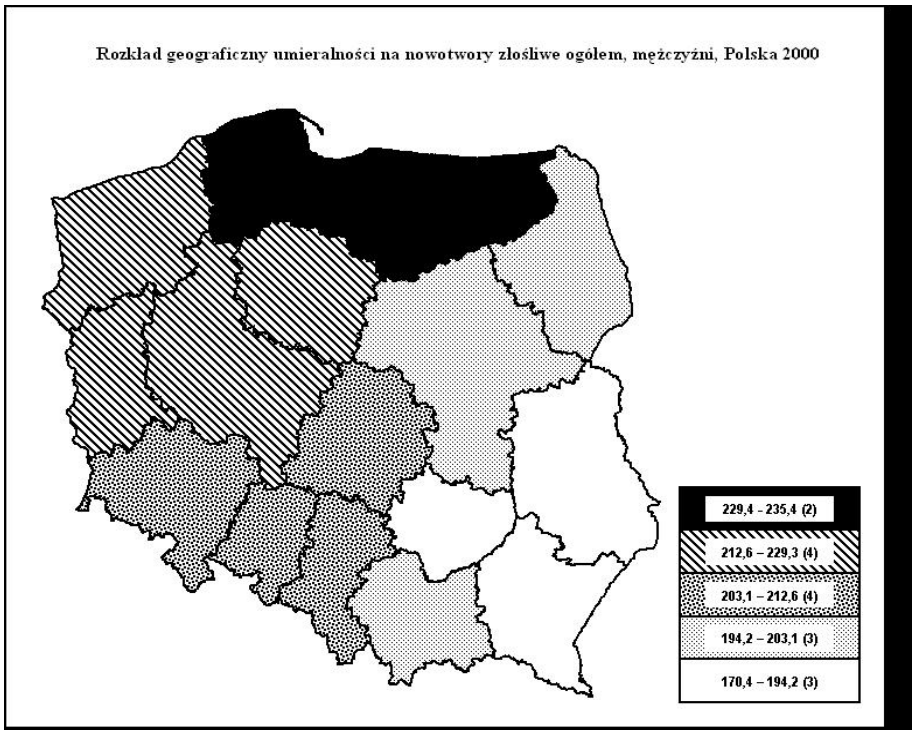
Należy jednak podkreślić, że trendy standaryzowanych współczynników umieralności (uwzględniających zmiany populacyjne) na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce wykazują w ostatniej dekadzie stabilizację zjawiska u obu płci (w poprzednich dekadach u mężczyzn notowano wzrost umieralności).

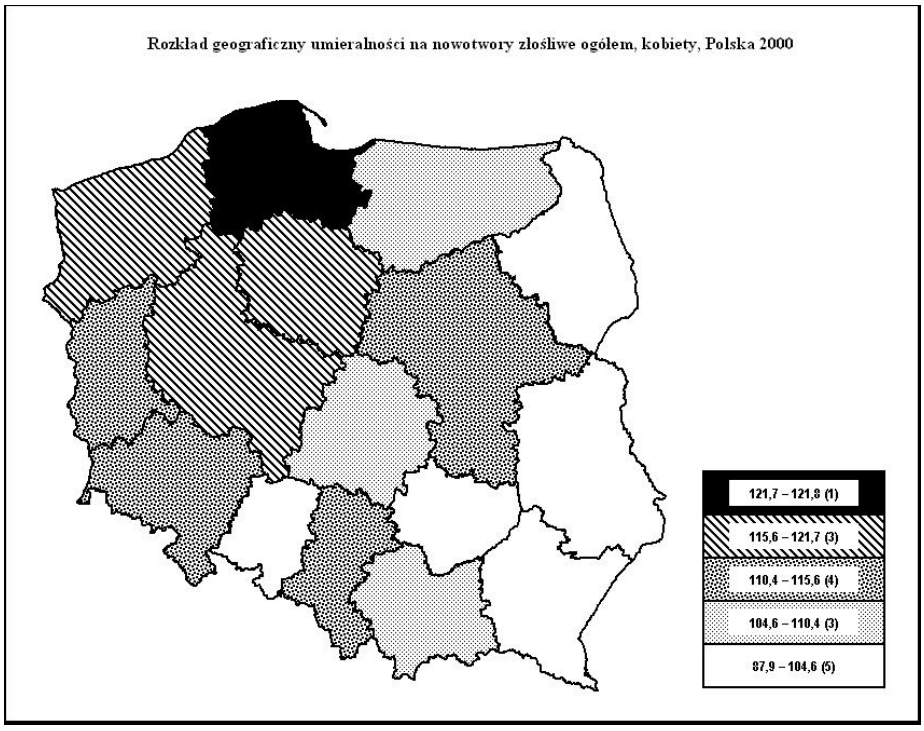
Rycina 107 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe ogółem (ICD-9 140-208), *Polska 1963-2000*



2.1.2 Zróżnicowanie według województw

Geograficzny rozkład współczynników zachorowalności i umieralności w Polsce wskazuje na istnienie regionalnych różnic w poziomie ryzyka występowania choroby nowotworowej zarówno u mężczyzn jak i kobiet.





Różnice te utrzymują się od wielu dziesięcioleci. Najwyższe ryzyko wystąpienia nowotworów złośliwych notuje się w północnej części Polski, znacznie niższe natomiast we wschodniej części kraju, a szczególnie w województwach leżących w południowo-wschodnim rejonie Polski.

Tabela 29 Standaryzowany współczynnik umieralności na nowotwory złośliwe ogółem - 2000 r

MĘŻCZYŹNI			KOBIETY		
1	Pomorskie	235,4	1	Pomorskie	121,8
2	Warmińsko – Mazurskie	229,3	2	Kujawsko – Pomorskie	117,8
3	Kujawsko – Pomorskie	224,3	3	Wielkopolskie	117,8
4	Zachodniopomorskie	220,9	4	Zachodniopomorskie	115,6
5	Lubuskie	214,8	5	Śląskie	112,2
6	Wielkopolskie	212,6	6	Dolnośląskie	111,5
7	Dolnośląskie	208,3	7	Lubuskie	111
8	Opolskie	207	8	Mazowieckie	110,5
9	Łódzkie	204,7	9	Małopolskie	106,6
10	Śląskie	203,2	10	Łódzkie	105,4
11	Podlaskie	196,7	11	Warmińsko – Mazurskie	104,7
12	Mazowieckie	196,4	12	Opolskie	99,9
13	Małopolskie	194,2	13	Podlaskie	97,2
14	Świętokrzyskie	181,7	14	Świętokrzyskie	95,5
15	Lubelskie	172,7	15	Podkarpackie	93
16	Podkarpackie	170,5	16	Lubelskie	88

2.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich

Zagrożenie chorobami nowotworowymi całej populacji Polski jest uznawane za wysokie. Szczególnie niekorzystna sytuacja widoczna jest wśród osób młodych i w średnim wieku (przed ukończeniem 65 roku życia). Odsetek zgonów nowotworowych w Polsce w tej grupie wiekowej jest szczególnie wysoki, jeśli porównać go z danymi z krajów Unii Europejskiej (np. w Szwecji odsetek zgonów nowotworowych przed 65 rokiem życia jest około dwa razy niższy niż w Polsce).

Podobnie jak w krajach Unii Europejskiej, także w Polsce na skutek spadku częstości palenia, doszło do zahamowania wzrostu umieralności na nowotwory złośliwe płuca u mężczyzn.
Od początku lat 80-tych spadek umieralności na raka płuca notuje się w młodych grupach wieku (20-44 lata), a od początku lat 90-tych także w średnich (45-64). Natomiast w populacji kobiet, podobnie jak w Unii Europejskiej, zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe płuca stale rośnie.

W ciągu ostatnich 25 lat umieralność na raka płuca w populacji polskich kobiet podwoiła się.

W 1978 roku standaryzowane współczynniki umieralności wynosiły 6/100 tys., a w 2000 roku 13/100 tys.).

W obu grupach płci niekorzystna sytuacja rysuje się w przypadku nowotworów jelita grubego. W krajach Unii Europejskiej obserwuje się spadek umieralności z powodu tego nowotworu u obu płci przy rosnącym trendzie zachorowalności. W Polsce zarówno zachorowalność, jak i umieralność z powodu nowotworów jelita grubego charakteryzuje się najwyższym tempem wzrostu spośród innych lokalizacji nowotworowych.

Kolejnym przykładem wyższego ryzyka nowotworów złośliwych w Polsce jest rak szyjki macicy, którego poziom wielokrotnie przewyższa obserwowany w krajach Unii Europejskiej, gdzie także tempo spadku umieralności z tego powodu jest znacznie szybsze niż w Polsce. Polska należy do krajów europejskich o najwyższym poziomie zachorowań i umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy. W większości rozwiniętych krajów, dzięki wprowadzeniu populacyjnej wczesnej diagnostyki (prewencja wtórna), doszło do znacznego obniżenia umieralności (na przykład w Finlandii o ponad 80%). Porównanie danych epidemiologicznych z Finlandii (kraju, w którym na skalę populacyjną wprowadzono wtórną prewencję) oraz z Polski, w której od ponad 20 lat liczba zgonów na nowotwory złośliwe szyjki macicy wynosi ok. 2000 zgonów rocznie, wskazuje na bardzo poważne zaniedbania w naszym kraju.

2.2 Cele priorytetowe

1) Zmniejszenie zachorowalności lub (i/albo) umieralności spowodowanej nowotworami złośliwymi, zwłaszcza osób w młodym i średnim wieku, w stopniu umożliwiającym zmniejszenie dystansu w stosunku do krajów członkowskich Unii Europejskiej w zakresie nowotworów o następujących lokalizacjach:

- **rak płuca,**
- **rak piersi,**
- **rak szyjki macicy,**
- **rak jelita grubego,**
- **rak gruczołu krokowego.**

2) Poprawa jakości życia oraz jakości opieki nad pacjentami chorymi na nowotwory złośliwe we wszystkich fazach choroby.

2.2.1 Uzasadnienie

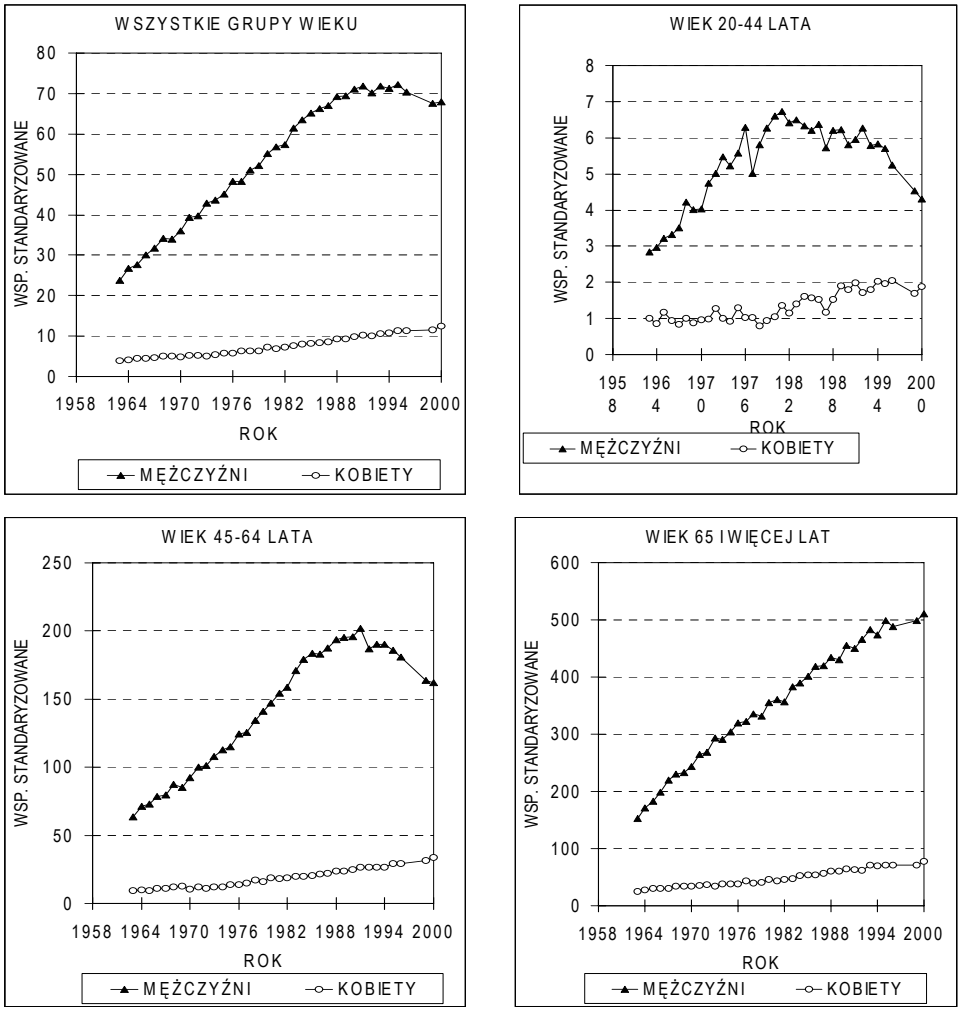
Nowotwory złośliwe płuca.

Nowotwory złośliwe płuca są najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w Polsce, stanowiąc co trzecią przyczynę zgonu z powodu nowotworów złośliwych.

Współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych płuca wzrastał u mężczyzn od około 20/100 tys. na początku lat 60 do ponad 70/100 tys. na początku lat 90, a następnie ustabilizował się i w 2000 roku wynosił 68/100 tys. Współczynnik umieralności na nowotwory płuca wśród mężczyzn wskazywał na gwałtownie rosnące zagrożenie tym schorzeniem do końca lat 80-tych. Od lat osiemdziesiątych obserwuje się spadek umieralności u młodych mężczyzn w wieku 20-44 lat, a od początku lat 90-tych także u mężczyzn w średnim wieku (45-64 lat). Jedynie w najstarszej grupie wieku (powyżej 65 lat) obserwuje się dalszy wzrost umieralności. Od połowy lat 90-tych w populacji kobiet nowotwór ten należy do najczęściej występujących nowotworów, stanowiąc drugą lokalizację nowotworową.

U kobiet obserwuje się stały wzrost umieralności (z 4/100 tys. w 1963 roku do 13/100 tys. w 2000), a także we wszystkich grupach wiekowych w całym okresie obserwacji.

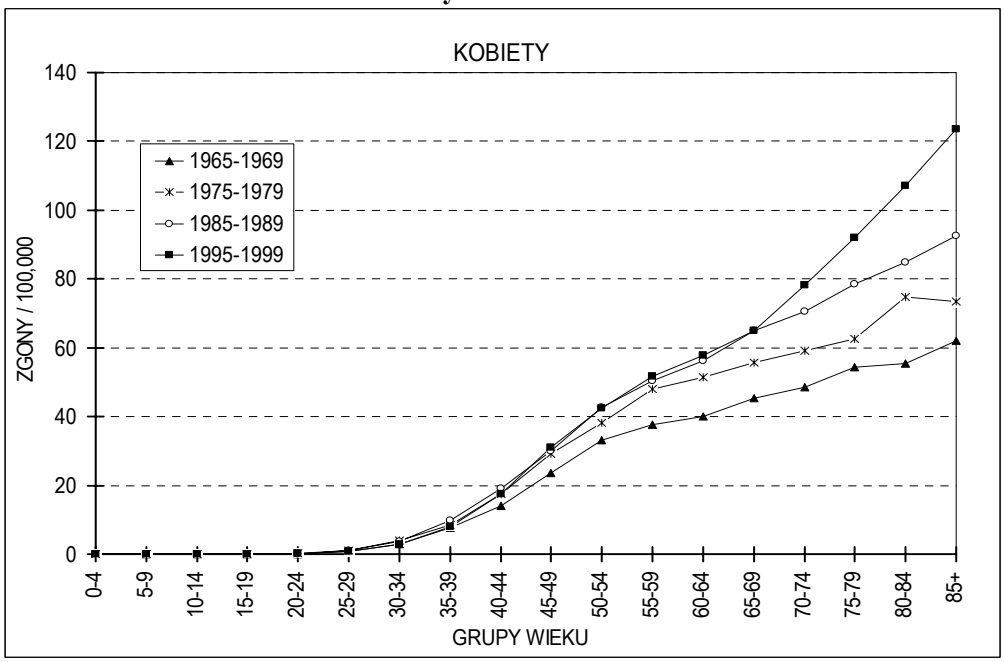
Rycina 108 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe płuca, Polska 1963-2000



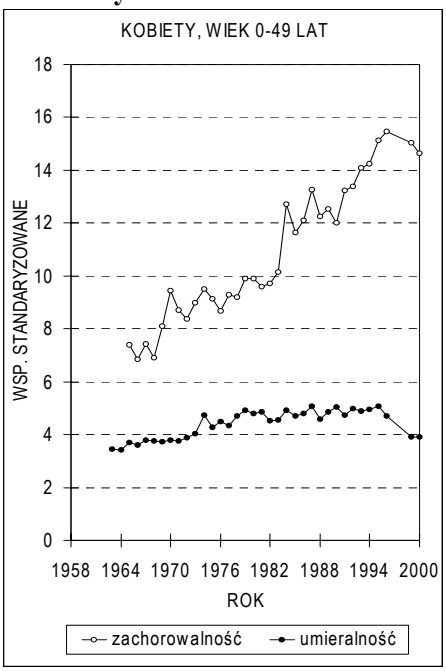
Nowotwory złośliwe piersi

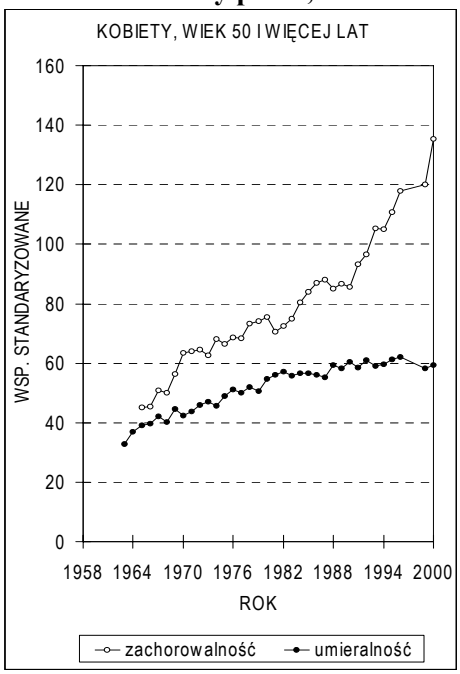
W ostatnim stuleciu nowotwory złośliwe piersi stały się jednym z najczęstszych zagrożeń przedwczesnej umieralności kobiet. Nowotwory złośliwe piersi są wiodącą lokalizacją nowotworową u kobiet prawie we wszystkich rozwiniętych krajach świata, chociaż w wielu krajach, np. USA rak piersi zajmuje w ostatnich latach drugą pozycję za rakiem płuca. W Polsce nowotwory te są najczęstszym schorzeniem nowotworowym u kobiet od schyłku lat siedemdziesiątych (wyprzedziły wówczas nowotwory złośliwe żołądka). Od początku lat sześćdziesiątych obserwuje się rosnący trend umieralności na nowotwory złośliwe piersi – współczynnik umieralności wzrósł z 9/100 tys. w 1963 roku do 16/100 tys. w 1996 roku (15/100 tys. w 2000 roku). Nowotwory złośliwe piersi stanowiły w 2000 roku 13% zgonów (21% zachorowań) z powodu nowotworów złośliwych u kobiet, a 9% w 1963 roku.

Rycina 109 Nowotwory złośliwe piersi, częstość a wiek, w 5- letnich grupach wieku, Polska - wybrane lata

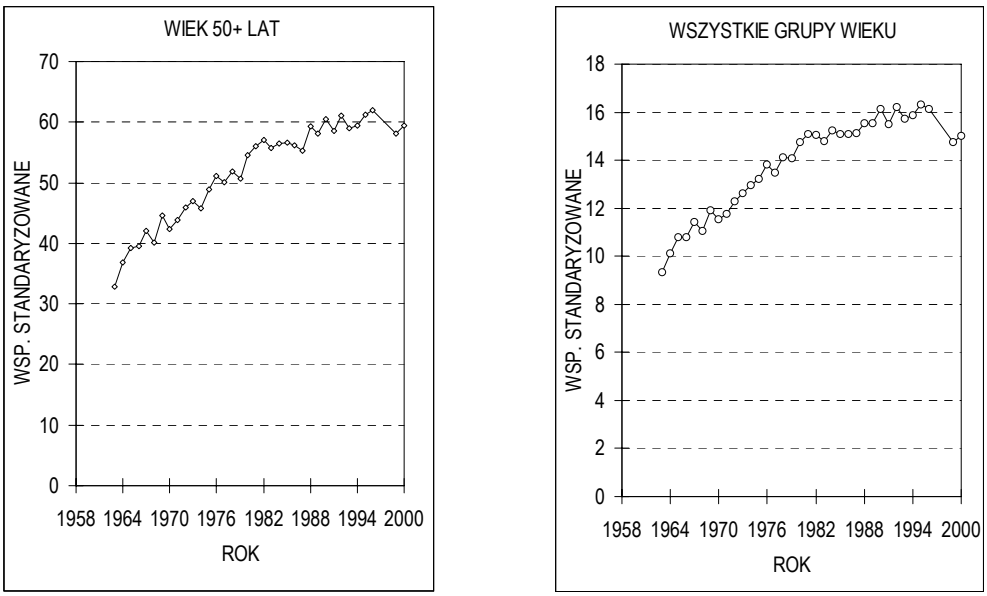


Rycina 110 Umieralność i zachorowalność na nowotwory piersi, Polska 1965-2000





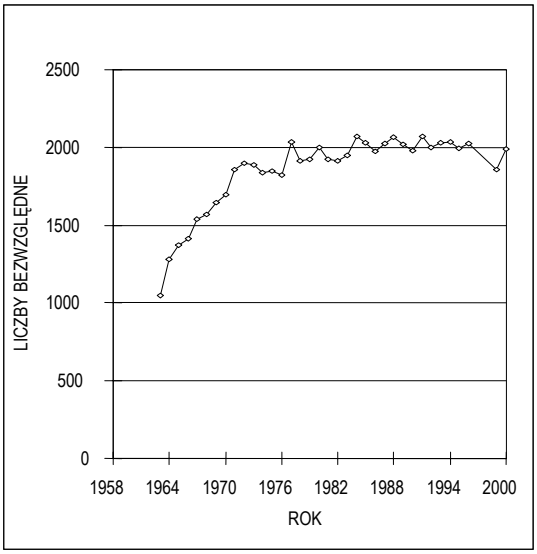
Rycina 111 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe piersi u kobiet, Polska 1963-2000



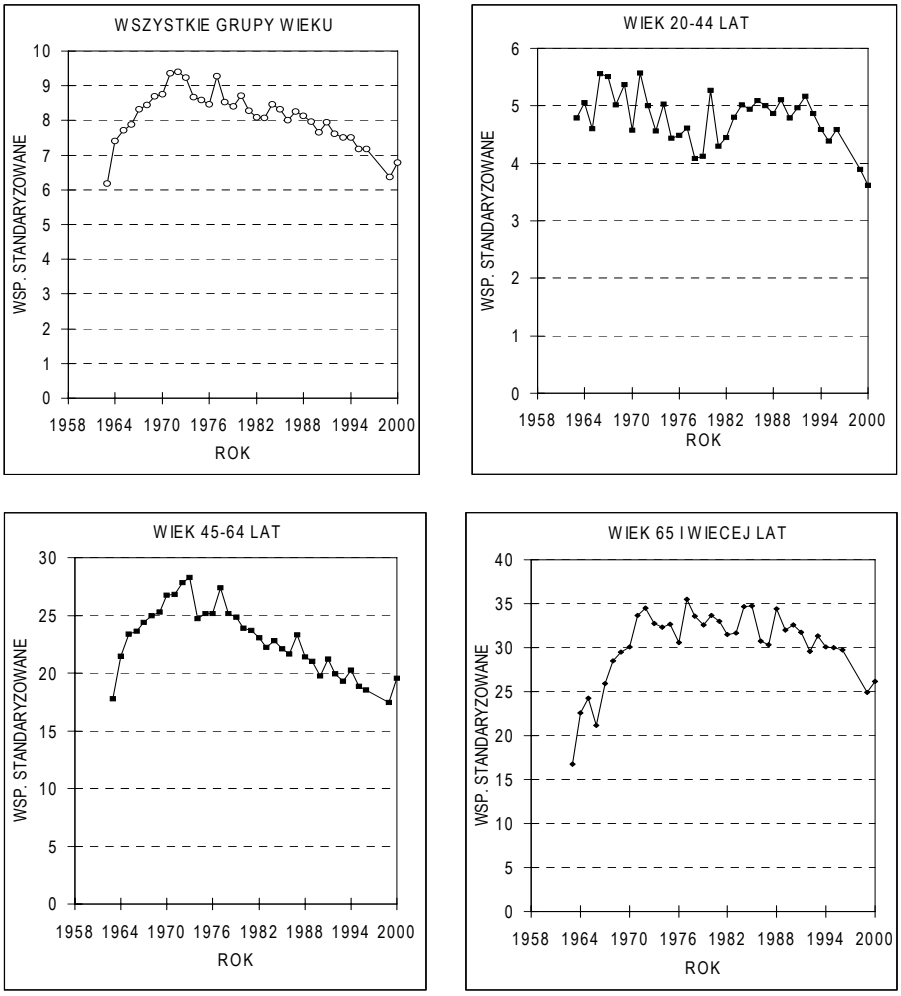
Nowotwory złośliwe szyjki macicy

W 2000 roku nowotwory złośliwe szyjki macicy spowodowały 5.5% zgonów nowotworowych u kobiet, co oznacza prawie 2000 zgonów (w 1971 roku zanotowano 1859 zgonów, co stanowiło 8,5%). Współczynnik umieralności w 2000 roku wynosił 7/10 tys. (prawie tyle samo, co w połowie lat 60 - tych).

Rycina 112 Liczby zgonów na nowotwory szyjki macicy



Rycina 113 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe szyjki macicy, Polska 1963-2000

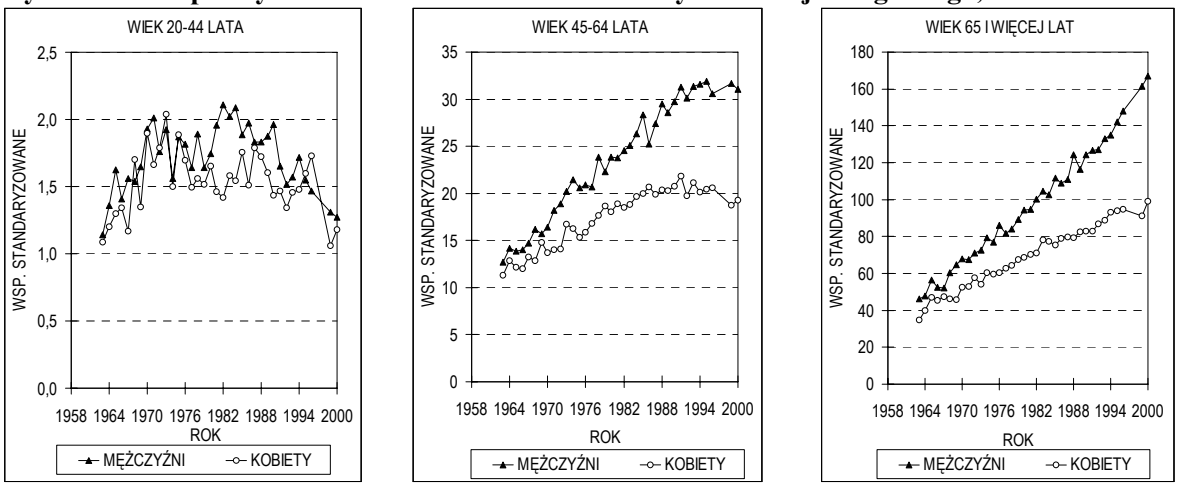


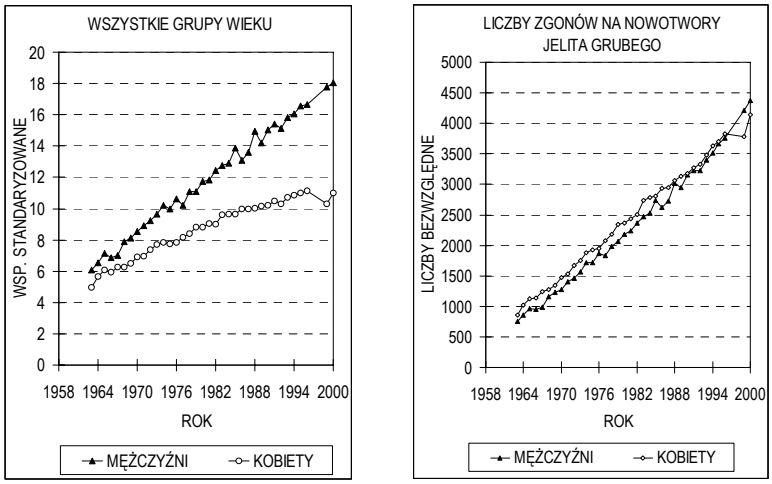
Nowotwory złośliwe jelita grubego

Na świecie doszło w ciągu ostatnich dziesięcioleci do znacznych zmian w częstości występowania nowotworów złośliwych w obrębie przewodu pokarmowego. W Polsce od 40 lat spada ryzyko zachorowania na nowotwór żołądka, natomiast drugim nowotworem co do częstości występowania w obrębie przewodu pokarmowego są nowotwory jelita grubego (odbytnicy i okrężnicy). W Polsce zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet notuje się wzrost zagrożenia nowotworami złośliwymi dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Warto zaznaczyć, że nowotwory złośliwe jelita grubego stają się coraz istotniejszym problemem onkologicznym w Polsce. U kobiet nowotwory złośliwe jelita grubego (okrężnica i odbytnica) w roku 1986 przekroczyły poziom umieralności obserwowany dla nowotworów

złośliwych żołądka. Na początku lat sześćdziesiątych poziom umieralności na nowotwory złośliwe jelita grubego był w Polsce bardzo niski (6/100000 u mężczyzn i 5/100000 u kobiet). W 2000 roku umieralność z tego powodu wynosiła 11/100000 u kobiet i 18/100000 u mężczyzn. Nowotwory złośliwe jelita grubego stanowiły w 2000 roku ponad 9% zgonów na nowotwory złośliwe u mężczyzn i ponad 11% u kobiet (w 1963 roku odpowiednio 4,5% i 5%).

Rycina 114 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe jelita grubego, Polska 1963-2000

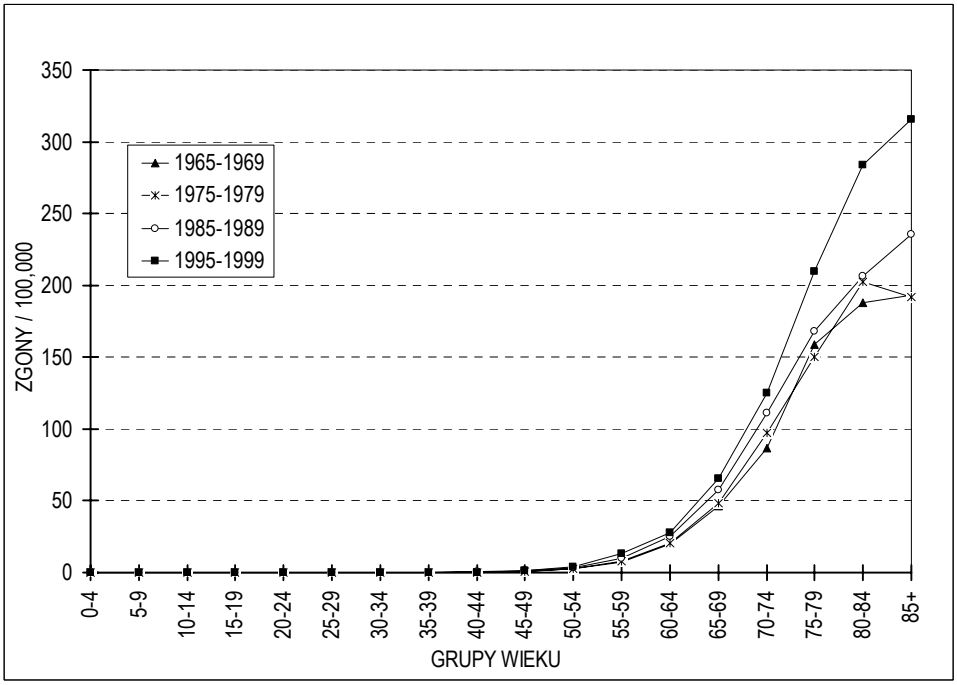




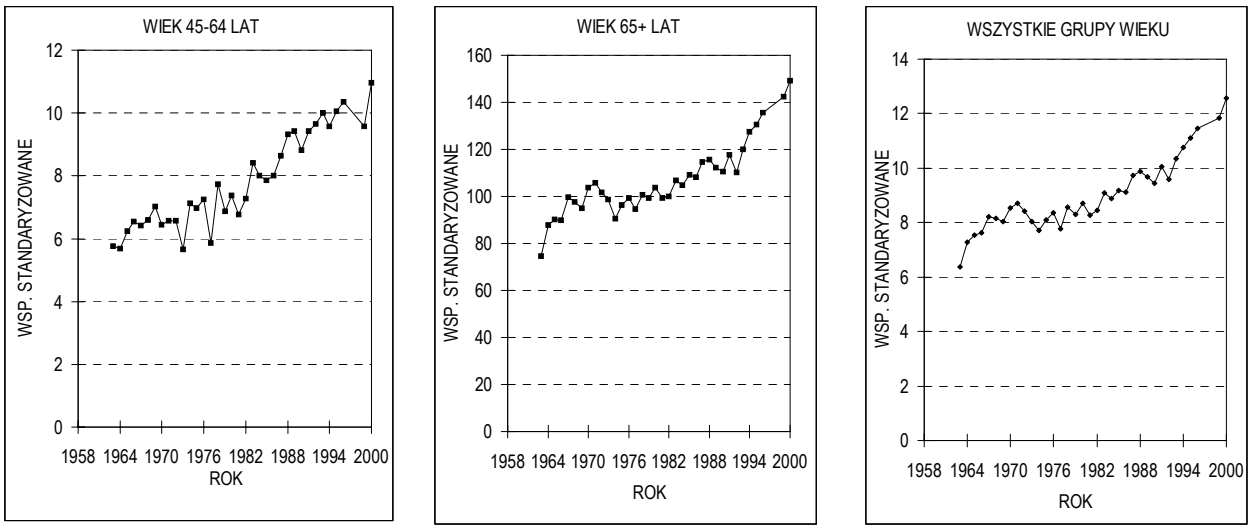
Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego

Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w 2000 roku stanowiły 6,6% (w 1963 roku 4,1%) zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn, powodując 3 147 zgonów (w 1963 roku 691 zgonów). Obserwuje się stały wzrost współczynników umieralności: w 1963 roku 6,4/100 tys., w 2000 roku 12,6/100 tys..

Rycina 115 Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego, częstość a wiek, w 5- letnich grupach wieku, Polska - wybrane lata



Rycina 116 Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego, Polska 1963-2000



2.3 Cele szczegółowe

- Upowszechnienie edukacji personelu medycznego w zakresie prewencji nowotworów wśród populacji osób w szczególności w młodym i średnim wieku,
- Kształcenie lekarzy w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych,
- Poprawa zgłaszalności i rejestracji danych epidemiologicznych dotyczących chorób nowotworowych (rejestracja zachorowań i statystyka zgonów),
- Objęcie większej liczby osób palących tytoń profilaktyką oraz diagnostyką i leczeniem w dziedzinie uzależnienia od tytoniu, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów onkologicznych oraz grup wysokiego ryzyka nowotworów złośliwych płuca,
- Zwiększenie odsetka wczesnych rozpoznań raka piersi, raka szyjki macicy i jelita grubego a także (o ile dowiedzione zostaną korzyści zdrowotne) wczesnego wykrycia gruczołu krokowego,
- Zwiększenie odsetka pacjentów nowotworowych wyżej wymienionych lokalizacji objętych nowymi, efektywnymi i opłacalnymi metodami leczenia skojarzonego,
- Poprawa dostępności standardowych metod oceny zaawansowania i leczenia chorych na nowotwory złośliwe wymienione w celach priorytetowych,
- Upowszechnienie metod leczenia objawowego i walki z bólem dla pacjentów we wszystkich fazach choroby nowotworowej,
- Zmniejszenie różnic międzywojewódzkich w zakresie zachorowalności na nowotwory złośliwe.

2.4 Wytyczne

- Organizacja systemu kursów szkoleniowych dla lekarzy w dziedzinie zwalczania chorób nowotworowych, z uwzględnieniem nowoczesnych metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej, diagnostyki oraz leczenia nowotworowego,
- Organizacja badań profilaktycznych i przesiewowych, w szczególności w regionach najwyższego ryzyka oraz opracowanie i wdrożenie szczegółowych wytycznych dla podstawowej opieki zdrowotnej i lecznictwa ambulatoryjnego,
- Skrócenie czasu oczekiwania na specjalistyczne badania w celu wcześniejszego podjęcia leczenia,

- Poprawienie dostępu do niezbędnych badań diagnostycznych poprzez zwiększenie wykorzystania posiadanej aparatury,
- Poprawienie dostępu metod leczniczych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną,
- Zapewnienie wysokiej jakości badań diagnostycznych i podejmowanej terapii:
  - wprowadzenie systemu certyfikacji pracowni mammograficznych,
  - stworzenie systemu kontroli podejmowanych działań diagnostycznych i leczniczych,
- Objęcie nadzorem merytorycznym istniejących oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej w regionalnych ośrodkach onkologicznych w Polsce,
- Poprawa funkcjonowania sieci rejestrów nowotworowych, stworzenie systemu wiązania danych o zachorowaniach i zgonach na nowotwory złośliwe, stworzenie baz danych chorych leczonych w Centrum Onkologii i regionalnych placówkach onkologicznych
- Uwzględnienie przez zarządy województw w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005 problemów zmniejszenia zachorowalności lub (albo/i) umieralności na nowotwory złośliwe.

2.5 Wskaźniki

- Liczba przypadków zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe ogółem i wymienione w celach priorytetowych lokalizacje nowotworowe w skali kraju i województwach według płci,
- Surowe i standaryzowane według wieku współczynniki zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe ogółem i wymienione w celach priorytetowych lokalizacje nowotworowe w skali kraju i województwach według płci,
- Wskaźnik struktury zgonów i zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce i województwach z uwzględnieniem województw i płci,
- Wskaźnik zarejestrowane zachorowania/zgony na nowotwory złośliwe w Polsce i województwach (pomocny w ocenie kompletności rejestracji),
- Odsetkowy udział wczesnych stadiów nowotworów złośliwych wymienionych w celach priorytetowych w łącznej liczbie ich rozpoznań,
- Odsetek przeżyć pięcioletnich na wymienione w celach priorytetowych lokalizacje nowotworów złośliwych.

3. Przyczyny zewnętrzne

3.1 Trend

Mimo spadkowego trendu umieralności z przyczyn zewnętrznych przyczyny te stanowią największe zagrożenie życia wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 lat i kobiet poniżej 35 lat.

Mimo stabilnego trendu umieralności wypadki są główną przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. Wzrasta liczba hospitalizacji oraz przypadków niepełnosprawności spowodowanych wypadkami.

3.1.1 Uszczegółowienie

Zewnętrzne przyczyny zgonów są trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów ogółem - w 2001 r. z ich powodu straciło życie 25 tys. osób. Stanowią one jednak największe zagrożenie życia wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 lat jak i kobiet poniżej 35 lat. Zewnętrzne przyczyny zgonów są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet .
Przyczyny zewnętrzne zgonów są większym zagrożeniem życia mieszkańców wsi niż miast co jest spowodowane znaczną różnicą w umieralności mężczyzn z powodu tych przyczyn gdyż mieszkanki wsi rzadziej umierają z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu niż mieszkanki miast.

Tabela 25 Udział (%) zewnętrznych przyczyn zgonów w przyczynach zgonów ogółem

grupy wiekowe	Grupy wiekowe																	
	0-4	*5-9*	*10-14*	*15-19*	*20-24*	*25-29*	*30-34*	*35-39*	*40-44*	*45-49*	*50-54*	*55-59*	*60-64*	*65-69*	*70-74*	*75-79*	*80-84*	*85 +*
Mężczyźni	5,92	**42,58**	**60,55**	**73,40**	**73,90**	**64,24**	**51,85**	**42,00**	**29,75**	21,38	14,02	9,17	6,03	3,90	2,79	2,26	2,32	2,62
Kobiety	6,04	**33,14**	**37,27**	**54,05**	**48,98**	**37,47**	**28,89**	21,17	14,78	9,60	7,00	4,58	3,20	2,62	2,00	2,16	2,39	2,92

Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych wykazuje po 1991 r. trend spadkowy. Najwięcej osób ginie w wyniku wypadków komunikacyjnych (w 2001 r. - 6 295 osób) oraz samobójstw (w 2001 – 5 855 osób). Około 90% zgonów w wypadkach komunikacyjnych wynika z wypadków drogowych. W 2001 r. zginęła prawie jednakowa liczba użytkowników samochodów (2 278 osób) oraz pieszych (2 153 osoby). Liczba zabitych rowerzystów (551 osób) była blisko trzykrotnie większa niż użytkowników

motocykli (185 osób). Natężenie zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych w 2001 r. uległo dosyć wyraźnemu obniżeniu. Natężenie zgonów zarówno mężczyzn jak i kobiet było wyższe na wsi.

Samobójstwo jako zewnętrzna przyczyna zgonów są zdecydowanie większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet - w roku 2001 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był ponad 6 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet. Natężenie zgonów z powodu samobójstw w 2001 r nie uległo zmianie w stosunku do lat poprzednich.

Trzecią co do częstości grupą zewnętrznych przyczyn zgonów są upadki, odpowiedzialne w 2001 r. za śmierć 3928 osób. Już jednak wśród osób starszych w wieku powyżej 65 lat upadki są najczęstszą zewnętrzną przyczyną zgonów (44,5% zgonów z przyczyn zewnętrznych, a w wieku powyżej 80 lat nawet 69% zgonów z powodu tych przyczyn).

Dzieci i młodzież

W 2000 r na skutek wypadków zmarło 1854 osób w wieku 0 – 19 lat. Częstość zgonów z powodu wypadków zwiększa się z wiekiem. W wieku 15 – 19 lat stanowią one nawet 65% ogółu zgonów. W analizie trendów umieralności powypadkowej dzieci i młodzieży nie obserwuje się, poza grupą największego ryzyka (chłopcy w wieku 15 – 19 lat), trendów spadkowych.

Spośród wypadków powodujących zgon dzieci i młodzieży na pierwszym miejscu są wypadki komunikacyjne (48% zgonów), wśród ofiar których jedną czwarta stanowią piesi, na drugim miejscu - samobójstwa (22% zgonów), na trzecim – utonięcia (7% zgonów). Istotną pozycję zajmują też upadki, zatrucia i porażenia prądem. W ostatnich latach odnotowuje się także rosnącą częstość samobójstw i zabójstw w tej grupie wiekowej.

Corocznie z powodu urazów przebywa w szpitalach ok. 120 tys. dzieci i młodzieży, przy czym w tej grupie wiekowej utrzymuje się wzrostowy trend hospitalizacji. Wśród urazów najczęstsze są złamania i stłuczenia, jednakże wysoka jest także częstość powodujących największą śmiertelność ran głowy, szczególnie z uszkodzeniem czaszki i mózgu.

Dla przykładu rocznie trafia z tego powodu do szpitala ponad 6 tys. osób w wieku 10-19 lat, co stanowi ponad 1 na 1000 osób w tej populacji.

Wśród zewnętrznych przyczyn hospitalizacji, najczęstszą – są upadki (41%), natomiast mniejszy jest udział wypadków komunikacyjnych (21%).

3.1.2 Zróżnicowanie według województw

Zagrożenie życia spowodowane ogółem zewnętrznych przyczyn zgonów w 2001 r. wykazywało stosunkowo małe zróżnicowanie międzywojewódzkie – najwyższe natężenie zgonów było w województwie łódzkim (podobnie jak rok wcześniej) a o 29% było niższe w najlepszym pod tym względem województwie podkarpackim.

We wszystkich województwach poziom umieralności wyraźnie obniżył się w stosunku do 1991 r. przy czym największy spadek, o około 35%, miał miejsce w województwach opolskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim (ryc. 36)

Wypadki komunikacyjne w ostatnich latach najbardziej zagrażały życiu mieszkańców województwa łódzkiego, gdzie natężenie zgonów w roku 2001 było o 1/4 wyższe od poziomu ogólnopolskiego a o ponad 2/3 od poziomu w najlepszym pod tym względem województwa śląskim (ryc.37). W okresie ostatnich trzech latach spadał poziom zgonów spowodowanych tymi wypadkami a najbardziej poprawiła się sytuacja w województwach świętokrzyskim i lubuskim. Najbardziej dramatyczne skutki mają wypadki drogowe w województwie lubuskim gdzie na każdych 1000 osób rannych przypadało 136 osób zabitych w 2001 r. (w porównaniu z 57 osobami zabitymi w najlepszym pod tym względem województwie małopolskim) (dane Komendy Głównej Policji).

Natężenie zgonów z powodu samobójstw w 2001 r. dosyć nieoczekiwanie było najwyższe w województwie lubuskim gdzie wystąpił wzrost zgonów w stosunku do poprzedniego roku. W całym okresie 1991-2001 wysokie natężenie zgonów obserwuje się w województwach zachodnio-pomorskim, łódzkim, podlaskim, dolnośląskim i warmińsko-mazurskim. Na uwagę zasługuje też wyższy aż o ponad 80% poziom zgonów w województwie małopolskim w latach 1999-2001 (ryc. 38 – str.16)

3.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich

Gdyby w Polsce w roku 2001 natężenie umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn w poszczególnych grupach wieku było takie samo jak przeciętne w krajach Unii Europejskiej to w naszym kraju zmarłoby o około 10 tys. osób mniej.

Wypadki w Polsce charakteryzują się wyjątkowo wysoką śmiertelnością: na 100 wypadków ginie 12 osób, wobec przeciętnego wskaźnika 3,5 w krajach Unii Europejskiej. Także odsetek zgonów z nagłego zagrożenia życia w okresie przedszpitalnym jest bardzo wysoki - 62,4 % zgonów około wypadkowych, podczas gdy w Unii Europejskiej - 31%.

Zagrożenie życia osób pieszych i rowerzystów w wyniku wypadków drogowych w Polsce jest dramatycznym problemem gdyż należy do najwyższych w Europie.

Czas dotarcia karetki do pacjenta z zagrożeniem życia znacznie przekracza standardy europejskie i niejednokrotnie przekracza 1 godzinę, szczególnie poza dużymi aglomeracjami miejskimi.

Dzieci i młodzież

Urazy są główną przyczyną zgonów dzieci we wszystkich krajach rozwiniętych na świecie, będąc przyczyną prawie 40% zgonów w grupie wiekowej 1-14. Jednak współczynnik zgonów u dzieci z powodu urazów w Polsce wynosi 13,4, czyli jest prawie trzykrotnie większy od współczynnika osiągniętego w kraju o najniższym współczynniku – 5,2 (Szwecja). Szacuje się, że gdyby w Polsce osiągnięto szwedzki współczynnik zgonów pourazowych uratowano by ok. 3 500 dzieci rocznie.

Podobnie bardzo wysoka śmiertelność występuje w Polsce w przypadku zgonów spowodowanych wypadkami drogowymi (5,9 na 100 tys. dzieci w Polsce w porównaniu z 2,5 w Szwecji).

3.2 Cel priorytetowy

1) Zmniejszenie skutków wypadków i urazów w postaci zgonów, niepełnosprawności i utraty zdrowia w stopniu umożliwiającym skrócenie dystansu do krajów Unii Europejskiej.

2) Zmniejszenie różnic międzywojewódzkich w zakresie umieralności spowodowanej przyczynami zewnętrznymi.

3.2.1 Uzasadnienie

W liczbie zgonów spowodowanych wypadkami znaczny odsetek stanowią zgony nagłe. Umieralność około urazowa to 6-8 tysięcy zgonów rocznie.

Skracanie czasu, jaki mija od pojawienia się stanu zagrożenia życia do podjęcia specjalistycznego leczenia, obniża wskaźniki śmiertelności z powodu wypadków (tzw. złota godzina). Tymczasem w Polsce czas dotarcia osoby w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia do kwalifikowanego leczenia szpitalnego jest bardzo długi - 41% ofiar wypadku dociera do specjalistycznego leczenia szpitalnego w czasie dłuższym niż 3 godziny. Wpływa to bezpośrednio na nasze wskaźniki śmiertelności urazowej – 17 ofiar śmiertelnych na 100 tys mieszkańców. Kraje o najlepszych osiągnięciach pod względem bezpieczeństwa w Unii Europejskiej mają ten wskaźnik na poziomie tylko 6 ofiar.

Wypadki, urazy i zatrucia w 2000 roku stanowiły drugą grupę przyczyn niepełnosprawności w Polsce (13%) (w przypadku mężczyzn wypadki są ponad dwukrotnie częstszą przyczyną niepełnosprawności niż u kobiet). Stanowią także częstą przyczynę krótko lub długo trwałej niepełnosprawności lub inwalidztwa u dzieci i młodzieży. Analiza odległych skutków wypadków wykazała m. in., że w grupie młodzieży 10 – 19 lat o ograniczonej sprawności na skutek wypadku około 11 tys. osób uznano za niepełnosprawne biologicznie lub prawnie. Poprawa dostępności i jakości świadczeń pozwoliłaby w wielu przypadkach na wyeliminowanie albo ograniczenie stopnia niepełnosprawności.

W przypadku dzieci i młodzieży istotne jest także porównanie danych o zgonach i hospitalizacji, z którego wynika, że na jedną osobę zmarłą z powodu wypadku, przypada 61 osób hospitalizowanych. Natomiast porównanie stabilnego trendu umieralności z wzrostowym trendem hospitalizacji świadczy o:

- poprawie poziomu diagnostyki i leczenia prowadzącego do zmniejszającej się śmiertelności powypadkowej,
- braku skutecznych mechanizmów zapobiegania wypadkom, tzn. zmiany warunków środowiska oraz zachowań, które im sprzyjają (zapobieganie zaistnieniu wypadków jest jednym z celów realizowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia).

Drugą grupą wysokiego ryzyka są osoby w podeszłym wieku szczególnie zagrożone złamaniami kości w wyniku upadków.

Wypadki drogowe - Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że wypadki drogowe, znajdujące się na 9 pozycji największych zagrożeń zdrowia i życia, znajdą się w 2020 roku na 3 miejscu , tuż po chorobach serca i nerwicach. W Polsce, mimo zmniejszania się liczby wypadków drogowych zgony spowodowane wypadkami drogowymi stanowią nadal bardzo duży udział w zgonach z przyczyn zewnętrznych (prawie 25% w 2000 roku).
Ponadto wysokiej śmiertelności w wypadkach drogowych towarzyszy wysoki odsetek urazów powypadkowych prowadzących do trwałego inwalidztwa.

3.3 Wskaźniki

- Umieralność osób z powodu przyczyn zewnętrznych (V01 – Y89) w poszczególnych grupach wiekowych i według kategorii przyczyn,
- Liczba zgonów w ciągu miesiąca od wystąpienia wypadku (umieralność okołourazowa),
- Liczba zgonów przedszpitalnych,
- Liczba i częstość śmiertelnych wypadków drogowych, w tym zgonów na miejscu wypadku, w poszczególnych grupach wiekowych,
- Ranne ofiary wypadków drogowych w poszczególnych grupach wiekowych,

- Odsetek uczniów, którzy w ciągu 12 miesięcy doznali urazu wymagającego pomocy medycznej (badanie HBSC),
- Średni czas dotarcia do miejsca wypadku właściwego zespołu ratunkowego,
- Liczba i częstość podejmowanych oraz skutecznych usiłowań przywrócenia życia poza szpitalem,
- Hospitalizacja osób z powodu przyczyn zewnętrznych (V01 – Y89) w poszczególnych grupach wiekowych i według przyczyn,
- Liczba wysokospecjalistycznych centrów pourazowych,
- Liczba, rozmieszczenie i wyposażenie stacji pogotowia ratunkowego.

Stan istniejący wybranych wskaźników

Wskaźniki dla dzieci i młodzieży	Stan istniejący
Umieralność osób w wieku 0 – 19 lat z powodu przyczyn zewnętrznych (V01 – Y89) w poszczególnych grupach wiekowych i kategoriach przyczyn	17/100 tys. (2000 r.)
Hospitalizacja osób w wieku 0 – 19 lat z powodu przyczyn zewnętrznych (V01 – Y89) w poszczególnych grupach wiekowych i kategoriach przyczyn	1039/100 tys.(1996 r.)
Śmiertelne ofiary wypadków drogowych (nieletni do lat 14) – *dane Komendy Głównej Policji*	471 (2000r).
Ranne ofiary wypadków drogowych (nieletni do lat 14) – *dane Komendy Głównej Policji*	8289 (2000r.)
Odsetek uczniów, którzy w ciągu 12 miesięcy doznali urazu wymagającego pomocy medycznej – *badanie HBSC*	28% (2002 r.)

Docelowa wartość wskaźników dotyczących czasu dojazdu

W zakresie ratownictwa przedszpitalnego, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

- mediana czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca – powinna być nie większa niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską,
- maksymalny czas dojazdu nie może być dłuższy niż 20 minut w aglomeracji miejskiej i 30 minut poza aglomeracją miejską, przy czym przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dojazdu w skali każdego miesiąca nie bierze udziału w naliczaniu parametrów określonych w punkcie 1 i 2, z dodatkowym zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

Zakłada się, że wskaźniki te zostaną osiągnięte do 2009 roku.

3.4 Wytyczne

- Pełne wdrożenie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego,
- Zwiększanie sprawności, skuteczności, szybkości i jakości udzielania pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia poprzez:
    - odpowiednie postępowanie przed przyjęciem do szpitala, z uwzględnieniem:
        - skracania czasu dojazdu do osób w stanie zagrożenia życia,
        - skracania dojazdu do szpitalnego oddziału ratunkowego do 30 minut,
        - podnoszenia kwalifikacji personelu ratownictwa medycznego,
        - odpowiedniego wyposażenia zespołów ratowniczych,
    - właściwą opiekę szpitalną, w tym rozwój wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia urazów,
    - efektywną rehabilitację,
- Upowszechnianie wiedzy w zakresie pierwszej pomocy,
- Podnoszenie jakości leczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych,
- Zwiększenie liczby kontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego,
- Uwzględnienie w świadczeniach kontraktowanych w zakładach opieki zdrowotnej, w zakresie Izby Przyjęć lub Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, procedur w nich wykonywanych, czasu pobytu pacjenta i zakresu przeprowadzanej diagnostyki,
- kontraktowanie odpowiedniej liczby ośrodków, aby czas dotarcia pacjenta znajdującego się w stanach zagrożenia życia umożliwiał udzielenie skutecznej pomocy,
- wdrażanie znanych na świecie strategii zapobiegania wypadkom i łagodzenia ich skutków poprzez: edukację społeczeństwa, zmiany środowiskowe i działania legislacyjne,
- Uwzględnienie przez zarządy województw o najgorszych wskaźnikach, w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005, problemów zmniejszenia umieralności w zakresie przyczyn zewnętrznych

4. Choroby układu oddechowego

4.1 Trend

- Spadek umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego (w tym szczególnie wyraźny spadek liczby zgonów z powodu zapaleń płuc).

4.1.1 Uszczegółowienie

Mimo obserwowanego spadku umieralności choroby układu oddechowego stanowią czwartą co do wielkości przyczynę zgonów w kraju.

Ocenę skali problemu jakim są w Polsce choroby układu oddechowego przeprowadzono na podstawie analizy umieralności z powodu chorób układu oddechowego o znacznym rozpowszechnieniu takich, jak:

- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- astma oskrzelowa
- nowotwory układu oddechowego
- zapalenie płuc
- przewlekłe serce płucne
- gruźlica płuc[20]

Znana jest ograniczona wartość danych dotyczących umieralności wg przyczyn pochodzących z „karty zgonu". Jednak na podstawie kształtowania się tych danych w czasie można ocenić tendencje w tym zakresie.

W grupie chorób układu oddechowego najważniejsze znaczenie ze względu na rozpowszechnienie oraz ciężkość następstw – inwalidztwo, zgony - mają: nowotwory układu oddechowego, przewlekła obturacyjna choroba płuc oraz ostre choroby układu oddechowego, zdominowane przez zapalenie płuc.

Znaczne wahania umieralności w poszczególnych latach analizowanych okresów są często trudne do wytłumaczenia w kategoriach racjonalnych. Odzwierciedlają natomiast prawdopodobnie „preferencje" rozpoznawcze wypełniających Karty zgonów.

[20] Gruźlica płuc została omówiona w rozdziale „Choroby zakaźne".

W 2001r. choroby układu oddechowego łącznie ze zgonami z powodu gruźlicy i nowotworów układu oddechowego i serca płucnego zostały uznane za przyczynę śmierci 42 110 chorych. Współczynnik umieralności z powodu tych chorób - 109,6 - ma tendencję zniżkową. Z powodu chorób układu oddechowego (bez zespołu serca płucnego, nowotworów i gruźlicy) zmarło 15 758 chorych - odpowiednie współczynniki 40,8. Tak znaczny w skali roku spadek – bo 13,9% - był spowodowany głównie zmniejszeniem liczby zgonów z powodu zapalenia płuc z 8 630 zgonów (współczynnik 22,3) w 2000 roku do 7 060 (współczynnik 18,3) w 2000r. Zgony z powodu zapalenia płuc dotyczą głównie ludzi starszych w wieku 70 lat i więcej.

Zgony w tej grupie w roku 2001 – 5 382 – stanowiły 76,2% ogółu zgonów z tej przyczyny. Wzrost udziału zgonów w tej grupie wiekowej jest rejestrowany od lat sześćdziesiątych. Towarzyszył im stały i szybki spadek umieralności z powodu zapalenia płuc wśród niemowląt. W roku 1965 zmarło z powodu zapalenia płuc 9 145 niemowląt i stanowiło to 45,8% ogółu zgonów z tej przyczyny (była to obok biegunek najczęstsza przyczyna zgonu niemowląt) w 2001r. odpowiednio 64 zgony – 0,9% ogółu zgonów z tej przyczyny.

W latach 1980-2001 zmniejszyła się umieralność z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z 6 711 do 5 842 zgonów, współczynniki odpowiednio 18,8 i 15,1.

Również zgony z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc podobnie jak chorobowość występują głównie wśród ludzi starszych i ta tendencja utrzymuje się i pogłębia od wielu lat. Zgony w grupie chorych w wieku 70 lat i więcej stanowiły w 2001r. 70,8% a w 1970 – 56,6%. Za pozytywny objaw należy uznać zmniejszenie liczby zgonów z powodu astmy z 3 441 w 1980 roku do 1 064 w 2001. Współczynniki umieralności wynoszą odpowiednio 9,7 i 2,8.

Nadal, choć wolniej, wzrasta liczba zachorowań na raka płuca. Umieralność z powodu raka jest znacząco wyższa u mężczyzn, niż u kobiet; odpowiednio współczynniki w 2001 r.: 87,4 (85,1) u mężczyzn i 21,3 (20,2) u kobiet. Dynamika wzrostu umieralności była wyższa u kobiet niż u mężczyzn. W latach 1980-2001 umieralność wzrosła o 45,5% wśród mężczyzn i o 104,0% u kobiet. Umieralność z powodu nowotworów układu oddechowego była ponad 20 razy większa niż z powodu gruźlicy i ponad trzykrotnie wyższa niż z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

4.1.2 Zróżnicowanie terytorialne

Zagrożenie życia spowodowane chorobami układu oddechowego ogółem wykazuje stosunkowo duże zróżnicowanie międzywojewódzkie oraz znaczne różnice w wielkości zmian w czasie w poszczególnych województwach (ryc. 39 – str.53)

Najwyższe natężenie zgonów w 2001 r. było w województwach warmińsko-mazurskim, lubuskim i łódzkim. Natomiast o połowę niższe było natężenie zgonów w województwie opolskim. Mimo dużych różnic wojewódzkich nie jest możliwe wyodrębnienie czynników, jakie mogą wpływać na to zróżnicowanie. Nie ma tu zastosowania ani podział na „wschód-zachód" ani „północ-południe", ani też wskaźniki dotyczące rozwoju ekonomicznego. Niemniej jednak, tendencje spadkowe, niezależnie do zróżnicowania wskaźników umieralności w poszczególnych województwach są wyraźnie zauważalne na przestrzeni ostatniej dekady.

Zapalenie płuc.

Międzywojewódzkie zróżnicowanie natężenia umieralności spowodowanej zapaleniem płuc jest duże i również duże zróżnicowanie wykazywały zmiany w czasie poziomu umieralności w poszczególnych województwach. W latach 1999 i 2000 zdecydowanie najwyższa umieralność była w województwie łódzkim, w 2001 r. uległa ona znacznemu zmniejszeniu ale nadal zagrożenie życia spowodowane zapaleniem płuc było w tym województwie najwyższe. W tym samym czasie w województwie opolskim natężenie zgonów było 3-krotnie niższe. W województwie warmińsko-mazurskim w 2000 r. miał miejsce dwukrotny wzrost poziomu umieralności w stosunku do 1999 r. i poziom ten utrzymał się w 2001 r. (ryc.40 –str. 54)

Przewlekłe choroby dróg oddechowych.

Zagrożenie życia spowodowane przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych zarówno w latach 1999-2001 jak i na początku lat 90-tych było największe w województwie warmińsko-mazurskim natomiast najbardziej korzystna w ostatnich latach sytuacja była w województwie śląskim gdzie poziom umieralności było dwukrotnie niższy (ryc.41 – str. 55)

4.1.3 Ocena trendu

W przypadku chorób układu oddechowego od kilku lat sytuacja w Polsce i Krajach Unii Europejskiej jest porównywalna. W Polsce w latach 1991-2001 następował stały spadek, który był szybszy od spadkowych tendencji umieralności z powodu tych grup chorób w Unii.

4.2 Cele priorytetowe

1) Dalsze zmniejszanie umieralności spowodowanej chorobami płuc.

2) Zmniejszenie różnic międzywojewódzkich w zakresie umieralności spowodowanej chorobami układu oddechowego.

4.3 Wytyczne

- Leczenie uzależnienia od palenia tytoniu,
- Poprawa bazy diagnostycznej w zakresie diagnostyki czynnościowej układu oddechowego na poziomie lekarza pierwszego kontaktu i działania w zakresie promocji zdrowia,
- Rozwój tlenoterapii domowej i innych metod przewlekłego leczenia niewydolności oddechowej,
- Uwzględnienie przez zarządy województw o szczególnie wysokich wartościach wskaźników umieralności, problematyki chorób układu oddechowego w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005,
- Weryfikacja sposobów wypełniania kart zgonów z powodu chorób układu oddechowego

5. Choroby zakaźne

5.1 Trendy

- Stabilizacja ogólnej umieralności z powodu chorób zakaźnych na poziomie 5-8 zgonów rocznie na 100 tys. ludności.
- Utrzymywanie się stałej tendencji spadkowej zapadalności na większość chorób zakaźnych objętych nadzorem epidemiologicznym.

5.1.1 Uszczegółowienie

Cykl epidemiczny szeregu chorób zakaźnych powoduje okresowy wzrost liczby zachorowań, jednak liczba przypadków rejestrowanych w czasie kolejnych szczytów fali epidemicznej, które - w zależności od choroby - obserwuje się co kilka (do kilkunastu) lat, jest w ostatnich dekadach coraz niższa. Pewien wpływ na to zjawisko ma niewątpliwie zmniejszenie się populacji dzieci, tj. grupy szczególnie narażonej, co osłabia transmisję zakażeń.
Korzystną sytuację epidemiologiczną niektórych chorób zakaźnych postrzegać jednak należy jako stan równowagi chwiejnej, uzyskiwanej dzięki systematycznie prowadzonym szczepieniom ochronnym dzieci i młodzieży, w praktyce obejmujących prawie 100% populacji (np. błonica, krztusiec, tężec, odra, a nawet polio - do czasu całkowitej eradykacji tej choroby). Jednocześnie specyfika chorób zakaźnych nakazuje poważne uwzględnianie możliwości wybuchu epidemii w wyniku przywleczenia do kraju chorób dotychczas w Polsce nie występujących, które nie natrafią na naturalną odporność populacji. Ponadto istnieje realne zagrożenie epidemiami w następstwie ewentualnych ataków terrorystycznych oraz możliwość gwałtownego wzrostu zapadalności na którąś z chorób ponad poziom notowany w ostatnich dekadach (dotyczy to np. grypy, której pandemii, zgodnie z opinią specjalistów, należy oczekiwać w najbliższych latach).
Przy umiarkowanie niskiej ogólnej umieralności z powodu chorób zakaźnych w Polsce zwraca uwagę gruźlica, która rokrocznie jest przyczyną około 2/3 wszystkich zgonów z powodu chorób zakaźnych.

5.1.2 Zróżnicowanie według województw

W przypadku chorób zakaźnych o wyraźnie cyklicznym przebiegu krzywej epidemicznej, w okresach gwałtownego wzrostu (w skali kraju) liczby zachorowań, bezpośrednio przed szczytem fali, oraz w okresie gwałtownego spadku zachorowań po przekroczeniu tego szczytu, skokowo powiększają się różnice w poziomie zapadalności notowanej na obszarze poszczególnych województw. Stosunek zapadalności najniższej w skali województw do zapadalności najwyższej może w takich sytuacjach kształtować się (w zależności od choroby) jak 1 do 10, 20, 50 i więcej. Różnice te pojawiają się jednak tylko okresowo i wynikają z przesunięcia w czasie rozprzestrzenia się epidemii.

Większe znaczenie przypisuje się mniej spektakularnym ale bardziej trwałym międzywojewódzkim różnicom w poziomie zapadalności na choroby, w których nie występuje zjawisko epidemii wyrównawczych. Do chorób takich zaliczyć należy m.in.: **gruźlicę** (w latach 1999-2001 przeciętna roczna zapadalność od 18,1 na 100 tys. ludności w województwie lubuskim do 37,4 w łódzkim, 37,7 w mazowieckim i 37,9 w świętokrzyskim); **wirusowe zapalenie wątroby typu B** (w latach 1999-2001 przeciętna roczna zapadalność od 4,4 na 100 tys. ludności w województwie podkarpackim do 10,8 w świętokrzyskim; 11,3 w łódzkim i 12,2 w kujawsko-pomorskim); **kiłę** (w latach 1999-2001 przeciętna roczna zapadalność od 0,9 na 100 tys. ludności w województwie podkarpackim do 4,1 w dolnośląskim; 4,2 w lubuskim i 6,1 w mazowieckim); **salmonelozy odzwierzęce**
(w latach 1999-2001 przeciętna roczna zapadalność od 34,8 na 100 tys. ludności w województwie zachodniopomorskim do 86,9 w warmińsko-mazurskim; 91,8 w podlaskim i 95,2 w lubelskim); a także np. **biegunki u dzieci do lat 2** (w latach 1999-2001 przeciętna roczna zapadalność od 842 na 100 tys. dzieci w tym wieku w województwie opolskim do 2 580 w świętokrzyskim, 2 757 w wielkopolskim i 2 883 w pomorskim), chociaż w przypadku biegunek u dzieci dane z nadzoru w większym stopniu mogą odzwierciedlać międzywojewódzkie różnice w nadzorze, niż w zapadalności.

W kontekście różnic międzywojewódzkich należy też zwrócić uwagę na choroby występujące endemicznie, takie jak np. borelioza (w 2001 r. na obszarze większości województw

zapadalność poniżej 10 na 100 tys. ludności - w województwie warmińsko-mazurskim 18,5 a w podlaskim 37,6) czy kleszczowe zapalenie mózgu (w 2001 r. na obszarze większości województw zapadalność poniżej 0,5 na 100 tys. ludności - w województwie warmińsko-mazurskim 5,0 a w podlaskim 8,5).

5.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich

Z wyjątkiem gruźlicy zapadalność na choroby zakaźne objęte wieloletnimi programami szczepień ochronnych nie odbiega od poziomu zapadalności na te choroby w innych krajach europejskich stosujących podobne strategie i realizujących podobne programy. Mniej korzystnie kształtuje się sytuacja epidemiologiczna innych chorób zakaźnych i to mimo wyraźnych trendów spadkowych jakie obserwujemy w kraju. Zapadalność na gruźlicę np. jest jedną z wyższych w Europie i prawie trzykrotnie przewyższa zapadalność w krajach Unii Europejskiej (przy obecnym tempie spadku zachorowań osiągnięcie poziomu przeciętnej zapadalności w krajach Unii w jej obecnym składzie nie będzie możliwe przed upływem 15-20 lat), a zapadalność na kiłę ponad dwukrotnie przewyższa zapadalność w krajach Unii. Znacznie wyższe współczynniki zapadalności notuje się też w Polsce w przypadku niektórych chorób szerzących się drogą pokarmową (np. salmonelozy) oraz chorób szerzących się drogą naruszenia ciągłości tkanek (np. wzw typu B i typu C). Jedynie w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B, przy utrzymaniu dotychczasowej strategii zwalczania tej choroby, można liczyć na osiągnięcie poziomy zbliżonego do przeciętnego w krajach Unii stosunkowo szybko, być może w ciągu najbliższych pięciu lat.

5.2 Cele priorytetowe

1) Przyśpieszenie tempa spadku ogólnej zapadalności na choroby zakaźne oraz obniżenie umieralności z powodu tych chorób w stopniu umożliwiającym zbliżenie się od poziomu notowanego w krajach Unii Europejskiej.

2) Ograniczanie niepełnosprawności wynikającej z powikłań, przewlekłego charakteru i odległych skutków niektórych chorób zakaźnych, w tym skutków chorób zakaźnych wrodzonych.

3) Skuteczne zabezpieczenie przed epidemicznym pojawianiem się nowych chorób zakaźnych (np. SARS), bioterroryzmem oraz minimalizacja przewidywanych skutków pandemii.

5.3 Cele szczegółowe

- Zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne szczególnie niekorzystnie wpływające na ogólną ocenę sytuacji epidemiologicznej oraz wskaźnik umieralności z powodu chorób zakaźnych, takie jak: gruźlica, posocznice, salmonelozy, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, kiła, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka zwiększonej zachorowalności.
- Zlikwidowanie międzywojewódzkich różnic w zapadalności na choroby zakaźne, nie znajdujących uzasadnienia w świetle danych o terytorialnym zróżnicowaniu narażenia populacji.
- Utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia w odniesieniu do chorób objętych zasadą obowiązkowości szczepień oraz szersze propagowanie szczepień zalecanych przez Program Szczepień Ochronnych.
- Wczesne rozpoznawanie chorób zakaźnych i zapobieganie możliwości ich przeniesienia na inne osoby.

5.3.1 Uzasadnienie

Choroby zakaźne zaliczają się do tej grupy chorób, w których najlepsze efekty przy najniższych nakładach uzyskuje się poprzez właściwą działalność profilaktyczną, na którą służba zdrowia ma znacznie większy wpływ niż w przypadku profilaktyki innych chorób.

Należy wymienić nie tylko szczepienia ochronne ale także możliwość zapobiegania dalszemu rozprzestrzenianiu się choroby poprzez szybkie przecięcie łańcucha epidemicznego.

Specyficzność chorób zakaźnych powoduje też, że utrata kontroli nad nimi może doprowadzić do gwałtownego wzrostu liczby przypadków wymagających szeroko rozumianej pomocy medycznej (w tym pomocy ambulatoryjnej, izolacji, hospitalizacji) w zakresie przekraczającym możliwości systemu.

Odnotowane poza Europą epidemiczne przypadki SARS i możliwość ponownego wystąpienia ognisk tej choroby, stanowią ilustrację tezy o konieczności stałego monitorowania zachorowań na choroby zakaźne i wszechstronnego przygotowania systemu opieki

zdrowotnej do tego typu zdarzeń. Tymczasem w aktualnym systemie organizacji i finansowania działalności medycznej brak jest miejsca na poszerzoną diagnostykę i utrzymywanie w gotowości odpowiedniej liczby łóżek na wypadek epidemii.

5.3.2 Wskaźniki

- Współczynniki zapadalności na poszczególne choroby zakaźne objęte nadzorem w przeliczeniu na liczbę ludności z uwzględnieniem wieku, płci oraz środowiska (miasto/wieś) i miejsca zamieszkania (województwo, powiat).
- Współczynnik umieralności z powodu chorób zakaźnych ogółem i procentowy udział wybranych chorób zakaźnych w ogólnej liczbie zgonów z powodu tych chorób z uwzględnieniem wieku, płci oraz środowiska (miasto/wieś) i miejsca zamieszkania (województwo).

5.4 Wytyczne

- Zapewnienie właściwej diagnostyki mikrobiologicznej wybranych chorób zakaźnych nie tylko w celach diagnostycznych i terapeutycznych ale także ze względów epidemiologicznych.
- Rozszerzenie zakresu badań przesiewowych, szczególnie w grupach ryzyka, w tym badań kobiet ciężarnych, w celu zmniejszenia ryzyka zachorowań, a tym samym ograniczenia kosztów systemu.
- Utrzymanie dotychczasowego zakresu obowiązkowych szczepień ochronnych (jako minimum) i ewentualne korekty kalendarza szczepień w razie zmian sytuacji epidemicznej, z uwzględnieniem dalszego wyrównywania różnic terytorialnych.
- Racjonalizacja kalendarza szczepień ochronnych (np. szersze korzystanie ze szczepionek wysoce skojarzonych, rezygnacja - wzorem innych krajów - z nieskutecznych szczepień przeciw gruźlicy w 12 roku życia itp.).
- Zwiększenie efektywności leczenia chorób zakaźnych, przede wszystkim gruźlicy, przez wprowadzenie powszechnego leczenia nadzorowanego, co oprócz poprawy ogólnej sytuacji epidemiologicznej tej choroby ograniczy możliwość rozwijania się szczepów wielolekoopornych.
- Wyprzedzająca organizacja systemu wczesnego ostrzegania, diagnostyki, a także izolacji i hospitalizacji podejrzanych o zachorowanie lub chorych na choroby

stanowiące szczególne zagrożenie (np. gorączki krwotoczne, SARS) oraz innych działań przeciwepidemicznych, w tym szczepień.

- Dalszy rozwój sieci nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, z uwzględnieniem szerszego wykorzystania międzynarodowej wymiany informacji.
- Uwzględnienie problematyki związanej ze szczepieniami i chorobami zakaźnymi przez zarządy województw, w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005, co najmniej w tych województwach, które mają wysokie wskaźniki zapadalności na wybrane choroby zakaźne.

6. Sytuacja zdrowotna matek i dzieci

6.1 Trend

Zahamowanie tempa spadku umieralności niemowląt oraz dzieci i młodzieży.

6.1.1 Uszczegółowienie

Polskie rodziny są coraz mniej skłonne do posiadania dzieci. Dziecko – gdy ma przyjść na świat - staje się więc wartością rzadką i niezwykle cenną. Tym więc większa jest troska o jego prawidłowy rozwój i zdrowie, zwłaszcza, że stan zdrowia dzisiejszych najmłodszych w znacznym stopniu wyznacza stan zdrowia przyszłych dorosłych.

Mimo osiągniętej w latach 90-tych znacznej poprawy w zakresie stanu zdrowia kobiet ciężarnych, niemowląt, dzieci i młodzieży, od końca dekady aż do dziś, obserwuje się wyraźne zahamowanie tempa tej poprawy, a niekiedy całkowitą stabilizację.

6.1.2 Zróżnicowanie

Sytuacja zdrowotna kobiet ciężarnych, niemowląt oraz dzieci i młodzieży wykazuje silne, bardzo dobrze udokumentowane zróżnicowanie społeczne. Wyraża się ono zwłaszcza w związku z wynikami ciąży (zgony noworodków, wcześniactwo, opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego płodu), ale i w związku ze zdrowiem starszych dzieci i młodzieży. Zróżnicowanie to wynika z odmiennej sytuacji materialnej i życiowej różnych grup społecznych, odmiennych zachowań, a niekiedy odmiennej świadomości zdrowotnej i dostępności usług zdrowotnych.

Wyrazem zróżnicowania społecznego jest dość silne zróżnicowanie terytorialne (wojewódzkie) podstawowych mierników stanu zdrowia: kobiet w związku z ciążą, dzieci i młodzieży.

6.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich

W Polsce, wartość podstawowych mierników sytuacji zdrowotnej: kobiet w związku z ciążą, dzieci i młodzieży nie odbiega znacząco od notowanej w krajach Unii Europejskiej i jest na ogół lepsza od wskaźników dla innych krajów Europy Środkowej i Wschodniej, głównie dzięki znaczącemu obniżeniu umieralności niemowląt w latach 90-tych.

6.2 Cele priorytetowe

1) Przyspieszenie tempa spadku umieralności niemowląt oraz dzieci i młodzieży w stopniu umożliwiającym zmniejszenie dystansu do krajów Unii Europejskiej.
2) Dalsza poprawa stanu zdrowia matek i dzieci.

Zagadnienia stanu zdrowia matek, dzieci i młodzieży należą do priorytetów Światowej Organizacji Zdrowia w regionie europejskim, co wyrażono w programie „Zdrowie dla wszystkich w 21 wieku".

6.3 Cel szczegółowy I

Przyspieszenie tempa spadku umieralności niemowląt i umieralności okołoporodowej.

6.3.1 Uzasadnienie

W latach 90-tych (do 1998 r.), dokonano znaczącego postępu w zakresie obniżania poziomu umieralności niemowląt. Ryzyko zgonu w pierwszym roku życia zmniejszyło się z 19,4 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 1990 r. do 9,5 w 1998 r. Obniżył się także poziom umieralności okołoporodowej do 11,4 zgonów na 1000 urodzeń w 1998 r. Największy spadek umieralności dotyczył stosunkowo niewielkiej grupy noworodków o bardzo małej masie urodzeniowej (poniżej 1500g) i był efektem znaczącego postępu, jaki dokonał się w Polsce w zakresie intensywnej opieki nad noworodkami z bardzo małą masą ciała, które stanowią zaledwie 1,1-1,2% wszystkich urodzeń. Tempo spadku umieralności niemowląt zmniejszyło się pod koniec lat 90-tych i obecnie nadal ulega spowolnieniu. W 2002 r. współczynnik

umieralności niemowląt wynosił 7,5, a umieralności okołoporodowej 9,4 w 2001 r. Istnieją województwa, w których nastąpił nawet wzrost umieralności okołoporodowej i niemowląt. Pogłębiają się także różnice między województwami. O ile w województwie podlaskim współczynnik umieralności niemowląt wynosił 6,4 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 2001 r., to w województwie dolnośląskim - 9,9. Według prognoz na 2003 r. ta niekorzystna sytuacja nie ulegnie zmianie.

Zgony niemowląt zdarzają się przede wszystkim pod wpływem przyczyn mających źródła w przebiegu ciąży, a także w wyniku braku możliwości lub umiejętności skutecznego zapobiegania tym przyczynom i leczenia ich następstw. Obecnie mała masa urodzeniowa stanowi 20% przyczyn zgonów niemowląt, niedotlenienie wewnątrzmaciczne i zamartwica urodzeniowa – 7%, zespół zaburzeń oddychania – 4%, posocznica bakteryjna noworodka – 6% (rosnący trend umieralności), zaburzenia krwotoczne i hematologiczne u płodu i noworodka – 4% oraz wady rozwojowe wrodzone (zwłaszcza układu nerwowego i serca) – 34%. Łącznie wymienione patologie stanowią 75% przyczyn zgonów niemowląt i 85% przyczyn zgonów noworodków. Głównymi przyczynami hospitalizacji są choroby układu oddechowego, stany okołoporodowe i wady wrodzone.

6.3.2 Wskaźniki

Miernik	Stan istniejący
Umieralność niemowląt ogółem (na 1000 urodzeń żywych)	7,7 w 2001 r.
Umieralność niemowląt w wieku 0-6 dni (na 1000 urodzeń żywych)	3,9 w 2001 r.
Umieralność niemowląt w wieku 0-27 dni (na 1000 urodzeń żywych)	5,4 w 2001 r.
Umieralność niemowląt w wieku powyżej 27 dni (na 1000 urodzeń żywych)	2,3 w 2001 r.
Umieralność okołoporodowa ogółem (na 1000 urodzeń ogółem)	9,4 w 2001 r.
Umieralność okołoporodowa przed-śródporodowa (na 1000 urodzeń ogółem)	5,5 w 2001 r.
Umieralność okołoporodowa poporodowa (na 1000 urodzeń ogółem)	3,9 w 2001 r.
Umieralność noworodków w wieku 0-27 dni o masie urodzeniowej <1500 g (na 1000 urodzeń żywych)	314,0 2001 r.

6.3.3 Wytyczne

- Realizacja dotychczasowych programów zdrowotnych dotyczących opieki nad noworodkiem, zwłaszcza urodzonym przedwcześnie (program optymalizacji opieki okołoporodowej).
- Umieszczenie w planach co najmniej województw: dolnośląskiego, śląskiego

i zachodniopomorskiego celu szczegółowego dotyczącego przyspieszenia tempa spadku umieralności niemowląt i umieralności okołoporodowej.

- Usprawnienie działania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad noworodkiem.

6.4 Cel szczegółowy II

- Usprawnienie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji wybranych wad rozwojowych wrodzonych.

6.4.1 Uzasadnienie

Wrodzone wady rozwojowe stanowią poważny i niełatwy do rozwiązania problem zdrowotny. O jego wadze świadczy częstość ich występowania osiągająca ponad 2% -3% przypadków wśród urodzeń żywych i martwych, duży udział wynoszący 30% zgonów w umieralności niemowląt a także nakłady związane z leczeniem (około 5% ogółu hospitalizacji w wieku 0-19 lat, to jest 1 milion przypadków rocznie) i rehabilitacją.
Rozpowszechniona w wielu krajach profilaktyka wtórna obejmująca diagnostykę prenatalną i eliminację płodów dotkniętym ciężkimi wadami nie może być w pełni wdrażana w Polsce z uwagi na klimat społeczny dotyczący tego problemu, a wynikający z konfliktów etyczno-moralnych i ograniczeń prawnych.

Postępy w rozwoju wczesnej interwencji chirurgicznej w niektórych wadach wrodzonych odbiły się na wybitnym wzroście hospitalizacji, np. w latach 1990-1996 hospitalizacja pierwszorazowa niemowląt z powodu wad układu krążenia wzrosła dwukrotnie. Jednakże mimo postępów w leczeniu niektórych wad (np. układu krążenia) leczenie innych nie zawsze kończy się pełnym powodzeniem (np. wady cewy nerwowej).

Niezależnie od doskonalenia rehabilitacji nadal znaczna liczba dzieci wykazuje cechy niesprawności. Dotyczy to np. około 3,5% dzieci w wieku 0-14. W znacznej proporcji niesprawność związana jest z wadami wrodzonymi. Dlatego konieczne jest dalsze intensywne kontynuowanie wdrażania programu profilaktyki pierwotnej, polegającej na stosowaniu

suplementacji kwasem foliowym diety w populacji kobiet w wieku rozrodczym. Interwencja ta pozwala na znaczną redukcję częstości najczęstszych wad (w stosunku do wad cewy nerwowej o 75% i co najmniej 30% w przypadku wad układu krążenia). Skuteczna profilaktyka pierwotna mogłaby znacząco ograniczyć także nakłady związane z leczeniem i rehabilitacją. Powyższy postulat nie oznacza jednak konieczności dalszych postępów w leczeniu i rehabilitacji w zakresie wad wrodzonych.

6.4.2 Wskaźniki

Miernik	Stan istniejący
Umieralność niemowląt z powodu wad rozwojowych wrodzonych (ogółem oraz poszczególne wady lub grupy wad) – na 100000 urodzeń żywych	259,4 w 2001 r.
Częstość występowania wybranych wad rozwojowych wrodzonych u dzieci do lat 2	
Odsetek noworodków objętych badaniami przesiewowymi w kierunku wybranych wad rozwojowych wrodzonych (np. fenyloketonuria, hipotyreoza, mukowiscydoza, wady dziedziczne)	
Poziom spożycia folianów i częstość przyjmowania kwasu foliowego przez kobiety w wieku 15-49 lat	13% w 2001 r.

6.4.3 Wytyczne

- Umieszczenie w planach województw celu szczegółowego dotyczącego profilaktyki, leczenia i rehabilitacji wybranych wad rozwojowych wrodzonych.
- Realizacja programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki, leczenia i rehabilitacji wybranych wad rozwojowych wrodzonych, a zwłaszcza znanych skutecznych metod działania w zakresie:
    - pierwotnej profilaktyki wad cewy nerwowej,
    - profilaktyki chorób dziedzicznych w rodzinach ryzyka - badania molekularne i poradnictwo genetyczne,
    - badań przesiewowych noworodków.
- Stworzenie jednolitego systemu monitorowania celu szczegółowego z uwzględnieniem podziału wojewódzkiego.

6.5 Cel szczegółowy III

- Poprawa jakości opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i połogiem.

6.5.1 Uzasadnienie

Większość zaburzeń i chorób okresu okołoporodowego następuje pod wpływem przyczyn mających swe źródła w przebiegu ciąży lub okresu poprzedzającego ciążę. Dotyczy to przede wszystkim wcześniactwa i małej masy urodzeniowej noworodków.

W Polsce w 2001 r. nastąpił wzrost odsetka małej masy urodzeniowej z 5,7% do 5,9% i miał on miejsce w 11 województwach. Szczególnie alarmujące jest zróżnicowanie terytorialne i społeczne występowania małej masy urodzeniowej (od 4,8% w województwie podlaskim do 7,0% w województwie łódzkim, od 4,2% wśród matek z wykształceniem wyższym do 6,4% - z wykształceniem zasadniczym zawodowym i 9,4% - z wykształceniem podstawowym). Istnieją województwa, w których zanotowano wzrost częstości występowania małej masy urodzeniowej (11 województw). U podłoża niekorzystnych zmian w zakresie częstości występowania małej masy urodzeniowej leżą czynniki społeczne (np. zła sytuacja materialna, brak wsparcia społecznego w trudnych sytuacjach życiowych), niewłaściwe zachowania zdrowotne (np. palenie papierosów). Ponadto istotną przyczynę stanowi też niska świadomość potrzeby wczesnej opieki medycznej w czasie ciąży i często niska jej jakość, (w tym na poziomie podstawowym), co w rezultacie prowadzi do nie zidentyfikowanych i nie leczonych zaburzeń i chorób, np. nie leczonych infekcji układu moczowo-płciowego, nadciśnienia, cukrzycy lub anemii.

6.5.2 Wskaźniki

Miernik	Stan istniejący	Stan docelowy (w skali kraju i województw)
Odsetek małej masy urodzeniowej (<2500 g) wśród urodzeń żywych (ogółem, według wieku, miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia matki)	5,9 w 2001 r.	
Odsetek urodzeń żywych z porodów przedwczesnych (<37 tygodnia ciąży)	6,3 w 2001 r.	
Odsetek kobiet ciężarnych rozpoczynających opiekę w czasie ciąży w I trymestrze (ogółem, według wieku, miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia matki)	około 50-60% w 2001 r.	co najmniej 90%
Odsetek kobiet ciężarnych otrzymujących opiekę w czasie ciąży zgodnie ze standardem Ministerstwa Zdrowia (ogółem, według wieku, miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia matki)	?	co najmniej 80%
Częstość hospitalizacji z powodu powikłań w związku z ciążą, porodem i połogiem		
Odsetek urodzeń z bardzo małą masą ciała <1500 g na III poziomie referencyjności szpitali		co najmniej 90%
Odsetek urodzeń z masą ciała <1000 g na III poziomie referencyjności szpitali	44% w 2001 r.	
Odsetek porodów ukończonych za pomocą cięcia cesarskiego	21,1% 2001 r.	
Odsetek kobiet palących papierosy w poszczególnych trymestrach ciąży	około 20% w I trymestrze ciąży, około 10% w III trymestrze ciąży	poniżej 10% w I trymestrze ciąży

6.5.3 Wytyczne

- Umieszczenie w planach co najmniej województw: łódzkiego, zachodniopomorskiego i opolskiego celu szczegółowego dotyczącego opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i połogiem
- Realizacja programów zdrowotnych dotyczących opieki w czasie ciąży, ze szczególnym zwróceniem uwagi na opiekę podstawową (program optymalizacji opieki okołoporodowej).
- Stworzenie jednolitego systemu monitorowania celu szczegółowego z uwzględnieniem podziału wojewódzkiego.
- Usprawnienie działania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad kobietą ciężarną.

6.6 Cel szczegółowy IV

- Zmniejszenie umieralności oraz zachorowalności i zaburzeń rozwojowych u dzieci i młodzieży.

6.6.1 Uzasadnienie

Ryzyko zgonu w okresie rozwojowym jest najwyższe wkrótce po urodzeniu, po czym spada do minimum w wieku 5-9 lat, a w następnych grupach wieku nieznacznie – w porównaniu z okresem niemowlęcym – wzrasta. W latach 2000-2001 zanotowano, po raz pierwszy od wielu lat, plateau w zakresie umieralności w wieku 1-14 lat, przy postępującym spadku umieralności we wszystkich pozostałych grupach wieku ludności.

Zgony dzieci w wieku 1-4 lata, o ile następują, to przede wszystkim w wyniku oddziaływania zewnętrznych przyczyn urazów, wad rozwojowych wrodzonych, nowotworów i chorób układu nerwowego. W wieku 5 – 9 , 10 – 14 i 15 – 19 lat najczęstszymi przyczynami zgonów są zewnętrzne przyczyny urazów, nowotwory i choroby układu nerwowego, w tym dziecięce porażenie mózgowe . Znaczenie zewnętrznych przyczyn urazów jest większe u chłopców i rośnie wraz ze wzrostem stopnia usamodzielniania się dzieci i młodzieży, stanowiąc odpowiednio 25%, 39%, 51% i 68% przyczyn zgonów w wieku 1 – 4, 5 – 9, 10 –14 i 15 - 19 lat w 2001 r.

Zewnętrzne przyczyny zgonów dzieci i młodzieży to najczęściej – chociaż nie wyłącznie - śmiertelne następstwa wypadków komunikacyjnych i utonięcia, a także samobójstwa młodzieży.

Główne przyczyny hospitalizacji w wieku rozwojowym to choroby układu oddechowego, choroby układu trawiennego, choroby zakaźne i pasożytnicze, choroby układu nerwowego, choroby układu moczowo-płciowego, następstwa wypadków, urazów i zatruć oraz wady rozwojowe wrodzone . Należy zwrócić uwagę na malejące wraz z wiekiem natężenie hospitalizacji w związku z infekcjami, i tym samym rosnące znaczenie wypadków, urazów i zatruć jako przyczyny hospitalizacji.

O ile uważa się, że współczynniki umieralności dość dobrze odzwierciedlają (negatywnie) stan zdrowia niemowląt i noworodków, to w przypadku dzieci i młodzieży, poszukuje się nowych mierników dotyczących wieloaspektowego podejścia do jakości życia i opartych, na przykład, na badaniach stanu zdrowia ludności czy badaniach zachowań zdrowotnych.

Według danych ankietowego Badania Stanu Ludności przeprowadzonego w 1996 r. przez Główny Urząd Statystyczny na reprezentacyjnej próbie 63 tys. osób, najczęściej wymienianą przez rodziców chorobą przewlekłą u dzieci w wieku 0-14 lat były uczulenia i alergie (ok.10%) oraz przewlekły nieżyt oskrzeli, astma i inne choroby płuc (ok. 5%).Kłopoty ze wzrokiem miało 2,6% dzieci w wieku 0-4 lata, 5,3% dzieci w wieku 5-9 lat i 11,4% dzieci w wieku 10-14 lat, kłopoty ze słuchem – około 1% dzieci, trudności w poruszaniu się – około 1%, a trudności w mówieniu – około 2% dzieci. Liczbę dzieci niepełnosprawnych oceniono na 288,1 tys. Stanowiły one 2,8% dzieci w wieku 0-4 lata oraz 3,5% w wieku 10-14 lat.

Z kolei z badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, wynika że ulegają pogłębieniu takie niekorzystne zjawiska jak na przykład: wzrost częstości palenia papierosów (z 7% w 1990 r. do 14% w 2002 r., zwiększenie odsetka upijającej się młodzieży (przynajmniej raz w życiu – z 11% w 1990 r. do 24% w 2002 r., zwiększenie częstości agresywnych zachowań (z 19% w 1998 r. do 28% w 2002 r.).

6.6.2 Wskaźniki

Miernik	Stan istniejący	Stan docelowy (w skali kraju i województw)
Odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią w 6 miesiącu życia	około 10%	co najmniej 30%
Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19 lat ogółem i z powodu poszczególnych przyczyn lub grup przyczyn (np. choroby zakaźne i pasożytnicze, nowotwory, przyczyny zewnętrzne) (na 100000 dzieci i młodzieży)	ogółem 1-4: 31 5-9: 18 10-14: 19 15-19: 49	
Częstość hospitalizacji dzieci i młodzieży w wieku 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19 lat ogółem i z powodu wybranych przyczyn		
Częstość nowych przypadków wybranych nowotworów u dzieci i młodzieży		
Częstość hospitalizacji z powodu astmy u dzieci i młodzieży		
Odsetek dzieci w wieku 0-14 lat mieszkających w gospodarstwach domowych, w których pali się papierosy	około 70%	
Częstość wybranych chorób zakaźnych i pasożytniczych		
Odsetek dzieci zaszczepionych zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień	ponad 90%	blisko 100%

6.6.3 Wytyczne

- Realizacja programów zdrowotnych dotyczących poprawy stanu zdrowia dzieci i młodzieży, w zakresie:
    - promocji karmienia piersią;
    - opieki zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym.
- Uwzględnienie w planach zdrowotnych województw celu priorytetowego dotyczącego poprawy jakości opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą.
- Opracowanie programu zdrowotnego dotyczącego zapobiegania wypadkom i urazom oraz ich następstwom u dzieci i młodzieży.
- Stworzenie jednolitego systemu monitorowania celu szczegółowego z uwzględnieniem podziału wojewódzkiego.
- Usprawnienie działania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

7. Choroby przewlekłe ludzi w podeszłym wieku

7.1 Trendy

- **Trend zdrowotny -** narastająca częstość chorób przewlekłych, o różnej etiologii, jako zjawisko obserwowane w Polsce i w Europie od ponad 30 lat.
- **Trend demograficzny** - postępujące i przybierające na sile w ostatniej dekadzie starzenie się społeczeństwa polskiego, podobne do starzenia się populacji w krajach zachodniej i północnej Europy.

Zjawisku temu towarzyszy zanikanie rodziny dwu, trzypokoleniowej, samotność osób w wieku podeszłym, nieporadność fizyczna, uzależnienie od opieki otoczenia.

7.1.1 Uszczegółowienie

Przedstawione trendy są dostatecznie rozpoznane i były wcześniej prognozowane. Nie zyskały jednak stosownego wyrazu w strategicznych i operacyjnych działaniach państwa, ograniczającego się w poważnej mierze do zapewnień werbalnych lub fragmentarycznych poczynań o niskiej efektywności. Skutkiem takiego stanu są niezaspokojone, istotne potrzeby natury medycznej, socjalnej i zaniedbania moralno-etyczne państwa wobec szacowanej na ponad 7-9 milionów mieszkańców populacji ludzi starych, chorych, niesprawnych i często osamotnionych. Dotychczas osoby te w głównej mierze mogą się ubiegać w opiece zdrowotnej o świadczenia dwóch klasycznych formacji organizacyjnych - szpitalnej i ambulatoryjnej.

W małym stopniu oferowana jest tym ludziom pomoc dostosowana do ich różnorodnych potrzeb medycznych, opiekuńczych, socjalnych oraz potrzeb chorych w stanie terminalnym. Zróżnicowane zapotrzebowanie tej populacji wymaga integrowanych, problemowo i kompleksowo przygotowanych i stosowanych metod postępowania, długoterminowego, a nie zorientowanego tylko doraźnie.

7.1.2 Zróżnicowanie według województw

W skali całego kraju występowanie chorób o przewlekłym i nawracającym przebiegu ocenia się na poziomie 70-74% chorobowości ogólnej. Nie ma danych świadczących o wyraźniejszym zróżnicowaniu pomiędzy województwami. Znane są odmienności w chorobowości związanej z określoną etiologią jednak dla szacunków ogólnych występowania chorób przewlekłych w danym regionie nie posiadają one praktycznego znaczenia. Nie znane są również wyniki badań nad potrzebami wiązanymi, medyczno - socjalnymi populacji w podeszłym wieku, cierpiącej z powodu przewlekłości stanu chorobowego oraz warunków życiowych. Zróżnicowanie tych ostatnich występuje zapewne w regionach objętych zubożeniem i strukturalnym bezrobociem.

Struktura demograficzna wskazuje, że odsetek osób w wieku ponad 65 lat oscyluje w województwach wokół 12-15 %. Większy odsetek tych osób występuje w województwach: łódzkim, mazowieckim i świętokrzyskim. Te województwa oraz w przyszłości jeszcze śląskie, lubelskie i wielkopolskie osiągną około roku 2030 ponad 20% udziału ludności w wieku 65 lat i więcej. Podobnie jak obecnie, liczba kobiet w tym przedziale wieku będzie znacznie przewyższać populację mężczyzn. Aktualnie proporcja ta wynosi 160 kobiet na 100 mężczyzn. Więcej ludzi starszych jest mieszkańcami wsi i taka proporcja utrzyma się w następnej dekadzie po czym dojdzie do większego udziału mieszkańców miast w populacji osób starszych. Ogólnie prognozuję się stopniowe powiększanie się odsetka osób w grupie 65 lat i więcej do roku 2015 i szybsze narastanie tego zjawiska w następnym piętnastoleciu.

7.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich

Polskę na tle innych krajów europejskich nie charakteryzują większe odmienności w występowaniu chorób przewlekłych. Jedynie niektóre kraje północnej Europy posiadają wyższe wskaźniki w ogólnej chorobowości przekraczające 75%. Wynika to m.in. z faktu, że społeczeństwa tego regionu są starsze od populacji polskiej i dłuższa jest tam, podobnie jak w zachodniej Europie, przeciętna długość życia. W porównaniu z Polską inne kraje mają rozbudowany, sprawdzony i przeważnie kompleksowy program opieki medycznej i socjalnej nad osobami starszymi, przewlekle chorymi i niesprawnymi. Zdecydowanie największy zasięg rozpoznania i realizacji potrzeb tej grupy ludności i operacyjnie dostosowany model realizacji świadczeń posiada Szwecja, Finlandia, Dania i Holandia.

7.2 Cele priorytetowe

1) Zapewnienie właściwej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku.

2) Wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej ludzi w podeszłym wieku.

7.3 Wytyczne

- Ograniczanie następstw występujących w wyniku procesu "złego" starzenia się populacji, mających wpływ na stan zdrowia, zwłaszcza w przebiegu długotrwałych chorób zapalnych, zwyrodnieniowych i rozrostowych oraz stanach powypadkowych.
- Dostosowanie opieki zdrowotnej szpitalnej i ambulatoryjnej, w tym szczególnie zespołów podstawowej opieki zdrowotnej, do wprowadzenia form opieki zespołowej, ciągłej i wszechstronnej dla przewlekle chorych.
- Integracja funkcjonalna opieki zdrowotnej z opieką społeczną w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych, w ramach pomocy domowej i poradnictwa ambulatoryjnego.
- Przyspieszona rekonstrukcja sieci szpitalnej powiększająca liczbę zakładów i miejsc dla przewlekłego leczenia, rehabilitacji i kontrolowanej rekonwalescencji oraz dla prowadzenia opieki paliatywnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej. W tym celu wskazane jest:
    - przyspieszenie prac mających na celu zwiększenie liczby łóżek przeznaczonych na cele stacjonarnej opieki długoterminowej. Około 10% tych łóżek powinno być użytkowanych dla potrzeb stosowania szpitalnej opieki paliatywnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej.
    - w zakresie struktury i lokalizacji zakładów prowadzących opiekę długoterminową:
        - na terenie gmin, dla jednej dużej lub wspólnie dla kilku sąsiednich, mniejszych: placówka opieki długoterminowej z opieką medyczną miejscowego ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodka opieki społecznej (ważna bliskość miejsca zamieszkania),

- w powiecie lub dla 2-3 sąsiednich powiatów: oddział szpitalny dla przewlekle chorych w składzie:
  - jednostka lekarsko-pielęgniarska o przedłużonej hospitalizacji i rehabilitacji,
  - jednostka opieki paliatywnej,
- w województwie oddział o podobnym charakterze w szpitalu wojewódzkim lub miejskim, względnie jeden szpital przeznaczony w całości na opiekę geriatryczną i/lub rehabilitację.

- Uzupełnienie medycznej opieki długoterminowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez pozaresortowe placówki instytucjonalnej opieki socjalnej i niepubliczne zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze oraz hospicja, prowadzone przez organizacje charytatywne, fundacje lub przedsiębiorstwa komercyjne.
- Powiązanie programowo - operacyjne długoterminowej opieki stacjonarnej z podstawową opieką w miejscu zamieszkania, wykorzystujące opiekę poszpitalną oraz odpowiedni zakres opieki domowej medyczno - socjalnej, przy współpracy i z pomocą administracji samorządowej i organizacji pozarządowych (obywatelskich).
- Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia nowocześnie wymaganego postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego. Proponuje się szkolić lekarzy i pielęgniarki w dziedzinie geriatrii oraz medycyny i opieki paliatywnej.
- Prowadzenie badań poznawczo - użytkowych nad rodzajem i skalą potrzeb zdrowotnych i społecznych wiążących się ze stanem zdrowia i warunkami życia osób w wieku 65 lat i więcej, ze specjalnym uwzględnieniem grupy najstarszych wiekiem (ponad 75 lub 80 lat).

8. Choroby reumatyczne

8.1 Trendy

- Wzrost zapadalności na choroby zwyrodnieniowo-zniekształcające stawów na skutek starzenia się społeczeństwa;
- Występowanie wczesnego inwalidztwa u chorych na zapalne choroby stawów (z powodu zbyt późnego diagnozowania i podejmowania właściwej terapii)

Przedstawione trendy nie wynikają z danych epidemiologicznych w Polsce, lecz z danych pochodzących z innych krajów europejskich.

8.1.1 Uszczegółowienie

Choroby reumatyczne obejmują ponad 120 jednostek nozologicznych. Do najczęściej występujących należą choroba zwyrodnieniowo-zniekształcająca stawów obwodowych i kręgosłupa (około 10 – 14% populacji), reumatoidalne zapalenie stawów (1-1,5 % populacji), spondyloartropatie seronegatywne w tym zzsk, łuszczycowe zapalenie stawów i reaktywne zapalenia stawów (2 – 3% populacji).

Choroby reumatyczne są często chorobami wielonarządowymi, w których dominuje klinicznie manifestacja ze strony układu kostno-stawowego, ale często przebiegają ze zmianami pozastawowymi, co wymaga zarówno pełnej diagnostyki jak i leczenia ukierunkowanego nie tylko na układ mięśniowo-szkieletowy ale na inne układy.

Choroby reumatyczne dotykają z reguły częściej kobiet niż mężczyzn i to w okresie potencjalnie rozrodczym. Dlatego jednym z istotnych problemów jest właściwa opieka nad chorą w zakresie samego poczęcia, prowadzenia ciąży jak i okresu poporodowego, zarówno z uwagi na możliwe częstsze powikłania jak i pobierane w tym czasie leki.

Nie można wszystkich chorób reumatycznych traktować w sposób jednakowy, gdyż różnią się one między sobą częstością zachorowania (w całkowitej populacji jak i w poszczególnych przedziałach wiekowych), stopniem ciężkości przebiegu choroby i stopniem zajęcia innych

układów i narządów.Z danych zebranych od wszystkich konsultantów wojewódzkich i opartych na sprawozdaniach 95% oddziałów reumatologicznych w Polsce na rok 2002 wynika, iż na oddziałach reumatologicznych leczonych było 64 309 chorych, w tym 2/3 stanowiły kobiety.

Odnotowano następujące przyczyny hospitalizacji:

Przyczyna	**liczba hospitalizacji**	**udział %**
reumatoidalne zapalenie stawów	21 399	**63,51%**
inne uogólnione choroby tkanki łącznej (w tym zespół Sjogrena)	2 482	**7,37%**
zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	2 594	**7,70%**
toczeń rumieniowaty układowy	1 951	**5,79%**
młodzieńcze zapalenie stawów	1 304	**3,87%**
reaktywne zapalenie stawów	1 244	**3,69%**
łuszczycowe zapalenie stawów	1 080	**3,21%**
krystaloartropatie	1 003	**2,98%**
zapalenia naczyń	635	**1,88%**

Reumatoidalne zapalenie stawów – dotyczy dwu-trzykrotnie częściej kobiet niż mężczyzn. W przypadku tej choroby mogą wystąpić zaostrzenia w okresie poporodowym. Szybkie rozpoznanie choroby pozwala na zahamowanie postępu zmian w stawach, wymaga jednak stałego monitorowania bezpieczeństwa leczenia. Rozpoznanie - oprócz ustalenia kryteriów diagnostycznych typowych dla tej choroby - wymaga również wykluczenia innych schorzeń. W wątpliwych przypadkach diagnostycznych oznacza to konieczność przeprowadzenia kosztochłonnych badań. Chorzy wymagają oprócz farmakoterapii również stałej fizykoterapii świadczonych w opiece ambulatoryjnej jak i przeprowadzania stałych ćwiczeń w warunkach domowych. Nieleczone lub niewłaściwie leczone przypadki reumatoidalnego zapalenia stawów mogą prowadzić zarówno do trwałego kalectwa jak i powikłań wtórną skrobiawicą. Właściwe leczenie oprócz zapobiegania trwałym zmianom w układzie kostno-stawowym prowadzi również do ustąpienia bólów wielostawowych, które swym nasileniem w ciężkich postaciach choroby, często są zbliżone do bólu nowotworowego (tymczasem chorzy nie są uprawnieni do korzystania ze zniżek w zakupie skutecznych leków przeciwbólowych).

Odczynowe zapalenie stawów – wymaga dość pracochłonnej i kosztownej diagnostyki w celu wykazania ewentualnego czynnika zakaźnego (np. Borelia burgdorferi), w tym również niekiedy badań wirusologicznych. Szybka diagnostyka może uchronić przed przewlekaniem się zmian i przed trwałym kalectwem. Odpowiednia terapia przy wcześnie zdiagnozowanej chorobie może prowadzić do trwałego wyleczenia. Leczenie może wymagać współpracy wielu specjalności (np. w przypadku boreliozy" kardiologa, neurologa i dermatologa)

Młodzieńcze zapalenie stawów – często może przebiegać ze zmianami wielonarządowymi czy wtórną skrobiawicą. Wymaga bardzo intensywnego leczenia jak i w opornych przypadkach konieczności zastosowania kosztownych procedur medycznych włącznie z leczeniem biologicznym.

Spondyloartropatie (wlicza się tutaj zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa i łuszczycowe zapalenie stawów) – bardzo istotne jest wczesne rozpoznawanie. Wymaga ono zarówno wczesnego kierowania chorych z niespecyficznymi bólami w krzyżu do specjalisty jak i szerszego dostępu do badania rezonansu magnetycznego, które często jest jedynym badaniem mogącym służyć właściwemu postawieniu rozpoznania jeszcze przed pojawieniem się zmian nieodwracalnych w stawach krzyżowo-biodrowych i w kręgosłupie. Jest to bardzo istotne również ze względów społecznych, gdyż początki choroby mają miejsce na przełomie drugiej i trzeciej dekady życia; w chwili obecnej coraz szerzej zalecane są leki modyfikujące postęp tej choroby. Ma to szczególne znaczenie we wczesnej fazie choroby.

Toczeń rumieniowaty układowy – schorzenie, którego częstość występowania wzrosła około trzykrotnie w ostatnich 40 latach. Istnieje znaczący postęp w terapii przekładający się na wydłużenie przeżycia u tych chorych. Choroba może jednak przebiegać szereg lat bez właściwego rozpoznania, gdyż często w pierwszym okresie może przebiegać skąpoobjawowo. Właściwe rozpoznanie wymaga zapewnienia szerszego dostępu do badań immunologicznych u chorych z takim podejrzeniem i w przypadkach wątpliwych kierowanie ich do ośrodka wysokospecjalistycznego.Choroba występuje przede wszystkim u młodych kobiet i stąd bardzo istotne jest prowadzenie tych chorych podczas ciąży. Schorzenie może wtedy ulec znacznemu zaostrzeniu lub też może dojść do poronienia, przedwczesnego porodu

i/albo zwiększonej umieralności noworodków. W przypadku wystąpienia tocznia zespołu antyfosfolipidowego wymagana jest bezwzględnie ścisła współpracy ginekologa i reumatologa.

Choroba zwyrodnieniowa stawów – istotne klinicznie zmiany zwyrodnieniowe dotyczą przede wszystkim stawów nośnych czyli stawów biodrowych i kolanowych. W niektórych przypadkach chorzy mogą wymagać intensywnego leczenia rehabilitacyjnego, właściwego postępowania przeciwbólowego (z uwzględnieniem możliwych powikłań związanych z krwawieniem z przewodu pokarmowego przy podawaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych), a w ciężkich przypadkach leczenia operacyjnego.

W chorobach reumatycznych, głównie o podłożu zapalnym obserwuje się zwiększenie umieralności w porównaniu do osób w podobnych przedziałach wiekowych i bez schorzeń reumatycznych. Można zakładać możliwość zmniejszenia ciężkich zmian stawowych poprzez zapewnienie odpowiedniego wczesnego rozpoznawania jak i wczesnego intensywnego leczenia, pod warunkiem prowadzenia tego rodzaju terapii w wyspecjalizowanych ośrodkach reumatologicznych.

Nadumieralność z powodu chorób reumatycznych wynika z następujących przyczyn:

- ciężkich zmian narządowych w przebiegu uogólnionych chorób tkanki łącznej (w tym w szczególności zapalenia naczyń, tocznia rumieniowatego trzewnego, zespołu antyfosfolipidowego, twardziny układowej i zapalenia skórno-mięśniowego),
- częstszych zakażeń w przebiegu tych schorzeń, co wynika ze stosowania leków, które mogą obniżać odporność, samego charakteru niektórych schorzeń mogących przebiegać z upośledzeniem odporności humoralnej i komórkowej oraz częstszych zabiegów instrumentalnych,
- częstszym występowaniem nowotworów układu chłonnego jak i guzów litych co wynika zarówno z naturalnego przebiegu niektórych chorób reumatycznych (jak w zespole Sjogrena), możliwym związkiem między długotrwałym podawaniem niektórych leków cytostatycznych oraz faktem, iż zmiany stawowe paraneoplazmatyczne mogą wyprzedzać pojawienie się nowotworu,

- krwawienia z przewodu pokarmowego wywołanego stosowaniem (ze względów ekonomicznych) nieselektywnych niesteroidowych leków przeciwzapalnych jak i niepodawaniem blokerów pompy protonowej skutecznych w profilaktyce krwawień z przewodu pokarmowego,
- wtórnej skrobiawicy w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów, rzadziej innych chorób jak zesztywniające zapalenie stawów, z niewydolnością wielonarządową.

Wzrost zapadalności na bardziej zaawansowane postacie choroby zwyrodnieniowej na skutek starzenia się społeczeństwa może być przyczyną zwiększenia liczby interwencji ortopedycznych z endoprotezowaniem włącznie. W związku ze starzeniem się społeczeństwa wzrastać będzie też częstość złamań na tle osteoporozy starczej, co często jest pośrednią przyczyną śmiertelności u tych chorych wskutek unieruchomienia i związanych z tym powikłań infekcyjnych jak i zakrzepowo-zatorowych.

8.1.2 Zróżnicowanie według województw

Nie ma danych epidemiologicznych pod tym względem, choć należy podkreślić różny stopień dostępności chorych w szczególności do oddziałów reumatologicznych na terenie różnych województw. W związku z tym chorzy mogą być często leczeni zbyt późno lub też na oddziałach wewnętrznych bez udziału reumatologa.

8.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich

W Polsce brakuje przede wszystkim danych epidemiologicznych jak i oszacowania kosztów zaniechania leczenia wskutek zbyt późnej diagnostyki lub niemożności udzielenia właściwych świadczeń leczniczych zgodnych z aktualną wiedzą. Takie dane mogłyby stanowić podstawę dla właściwego określenia częstości występowania poszczególnych schorzeń jak i ustalenia właściwej proporcji pomiędzy ponoszonymi wydatkami na leczenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia i przez samego chorego na diagnostykę i leczenie chorób reumatycznych a stratami jakie są związane z inwalidztwem chorych zapadających na te schorzenia (dość często w wieku produkcyjnym).

Przy znanej dysproporcji środków wydawanych w Europie Zachodniej i w Polsce na niekorzyść naszego kraju istotne jest, że:

- chorzy w Polsce muszą ponosić znacznie większe koszty na leczenie farmakologiczne niż chorzy w krajach Zachodniej Europy – dotyczy to np. bardziej bezpiecznych wobec przewodu pokarmowego niesteroidowych leków przeciwzapalnych jak i blokerów pompy protonowej skutecznych w profilaktyce krwawień z przewodu pokarmowego,
- występuje znacznie trudniejszy dostęp chorych do szeregu procedur diagnostycznych stosowanych w reumatologii, częściowo wskutek słabszej bazy diagnostycznej jak i faktu, że nie zostały jak dotąd wprowadzone opłacalne procedury diagnostyczne w trybie ambulatoryjnym, które zastąpiłyby analogiczne usługi wykonywane w warunkach szpitalnych,
- bardzo trudny jest dostęp chorych do procedur leczniczych kosztochłonnych jak np. leczenie biologiczne reumatoidalnego zapalenia stawów w porównaniu do innych krajów europejskich.

8.2 Cel priorytetowy

Ograniczenie liczby trwałych powikłań występujących przy niekorzystnym przebiegu schorzeń reumatycznych.

8.3 Cele szczegółowe

- Zwiększenie liczby wczesnych rozpoznań chorób reumatycznych ze szczególnym uwzględnieniem reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia rumieniowatego trzewnego, spondyloartropatii seronegatywnych, zespołu Sjogrena i reaktywnych chorób stawów.
- Wczesne rozpoczynanie leczenia hamującego postęp danej choroby reumatycznej przy uwzględnieniu przeciwwskazań i właściwym dalszym monitorowaniu choroby.
- Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych rehabilitacyjnych w pobliżu miejsca zamieszkania.
- Opieka nad kobietą ze schorzeniem reumatycznym w okresie ciąży i po porodzie.

8.3.1 Uzasadnienie

Uzasadnienie przedstawiono w charakterystyce poszczególnych, najczęściej występujących chorób reumatycznych.

Problem społeczny chorób reumatycznych został właściwie zrozumiany i doceniony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która ogłosiła lata 2000 – 2010 Dekadą Kości i Stawów. Polska jest jednym z sygnatariuszy tego dokumentu.

8.4 Wskaźniki

Z braku danych epidemiologicznych niemożliwe jest to do określenia.

8.5 Wytyczne

- Opracowanie diagnozy epidemiologicznej w zakresie schorzeń reumatycznych w Polsce na podstawie liczby i rodzaju hospitalizacji z powodu tych chorób wg klasyfikacji ICD oraz analizy przyczyn rent przyznawanych w Polsce u osób z tymi schorzeniami.
- Przeprowadzenie badań epidemiologicznych na reprezentatywnej populacji osób (w wybranym regionie) z uwzględnieniem kosztów zaniechania leczenia wskutek zbyt późnej diagnostyki lub niemożności udzielenia właściwych świadczeń leczniczych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.
- Oszacowanie rocznej liczby chorych wymagających stosowania nowoczesnych metod terapeutycznych w zakresie zapalnych chorób stawów w tym leczenia biologicznego (szybki postęp farmakoterapii reumatoidalnego zapalenia stawów i innych zapalnych chorób stawów, wymaga uwzględnienia dostępu do nowych metod terapeutycznych tj. leków modyfikujących przebieg choroby i leków biologicznych).
- Przeanalizowanie możliwości stworzenia krajowego rejestru częściej występujących chorób reumatycznych na podłożu zapalnym (w tym reumatoidalnego zapalenia stawów, uogólnionych chorób tkanki łącznej, zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapaleń naczyń oraz osób potencjalnie kwalifikowanych do endoprotezowania stawów kolanowych lub biodrowych).

- Stałe kształcenie lekarzy rodzinnych w zakresie rozpoznania i leczenia chorób reumatycznych.
- Rozwój ambulatoryjnej wczesnej diagnostyki i terapii chorób reumatycznych ze szczególnym uwzględnieniem reumatoidalnego zapalenia stawów i spondyloartropatii seronegatywnej.
- Rozwój współpracy reumatologa i ginekologa w przypadku kobiet ze schorzeniami reumatycznymi i zespołem antyfosfolipidowym, mogącym być przyczyną częstej utraty ciąży.
- Poprawa funkcjonowania sieci ośrodków fizykoterapeutycznych i rehabilitacyjnych w stopniu umożliwiającym utrzymanie odpowiedniej sprawności chorych.
- Uwzględnienie problematyki związanej z chorobami reumatologicznymi przez zarządy województw, w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005.

9. Zaburzenia psychiczne

9.1 Trend

Wzrost w latach 1996-2001 rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych rejestrowanych zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i opiece całodobowej.

9.1.1 Uszczegółowienie

W 1996 roku rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych zarejestrowanych w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej kształtowało się na poziomie ok. 1 900 na 100 tys. ludności[21] . W kolejnych latach wartość tego wskaźnika rosła – do 2 276 w roku 1999 i 2 744 na 100 tys. ludności w 2001 r. W 1996 roku w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych alkoholowych i poradniach profilaktyki i leczenia uzależnień od innych środków psychoaktywnych leczyło się ponad 760 tys. osób. W 1999 roku liczba leczonych wzrosła do 920 tys., a w roku 2001 liczba osób objętych opieką ambulatoryjną wyniosła ponad 1 milion 67 tys., co stanowi 3% całej ludności Polski.

W opiece szpitalnej w 1996 roku zarejestrowano rozpowszechnienie na poziomie 380 osób na 100 tys. ludności, w roku 1999 – 415 osób , a w roku 2001 rozpowszechnienie hospitalizacji wyniosło 468 na 100 tys. ludności. W całodobowych zakładach psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej leczono w 2001 roku prawie 181 tys. osób, z których większość była jednocześnie zarejestrowana i leczona w opiece ambulatoryjnej.

W ciągu 10 ostatnich lat (1991-2001) rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej wzrosło o 60%, a rozpowszechnienie hospitalizacji o blisko 30%. W tym samym okresie zapadalność na zaburzenia psychiczne w lecznictwie ambulatoryjnym wzrosła o 73%, a w lecznictwie szpitalnym o 53%.

---

[21] Źródłem danych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych jest wydawnictwo Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1997-2001.

W grupie zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu w latach 1991-2001 wskaźnik zapadalności (pierwszych przyjęć) w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 13% (ze 141 do 159 na 100 tys. ludności), a w opiece całodobowej o 47% (z 49 do 72 na 100 tys. ludności).

W tym samym okresie w grupie zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem innych substancji psychoaktywnych niż alkohol (środki narkotyczne) wskaźnik zapadalności w lecznictwie ambulatoryjnym wzrósł 13-krotnie (z 3 do 39 na 100 tys. ludności), a w lecznictwie całodobowym 3-krotnie (z 5 do 14 na 100 tys. ludności).

Polska należy do grupy krajów europejskich o średnim współczynniku samobójstw. Przykładowo największe współczynniki samobójstw są notowane w Europie na Litwie – ponad 40 na 100 tys. oraz w Estonii, Federacji Rosyjskiej i na Węgrzech – ponad 30 przypadków na 100 tys. ludności. Najniższe współczynniki zgonów z powodu zamachów samobójczych występują w Grecji – poniżej 4 przypadków na 100 tys., w Wielkiej Brytanii – 7 na 100 tys. i we Włoszech – 9 przypadków na 100 tys. ludności. Przed 1990 r. w Polsce najwyższe współczynniki samobójstw dokonanych zanotowano w 1977 r. - 14,1 i w 1984 - 13,9 na 100 tys. ludności. W 1990 r. współczynnik ten wynosił 13,0; w latach 1994-1996 ustabilizował się na poziomie 14,2-14,3 na 100 tys. ludności. W latach 1997-1998 nastąpił spadek współczynnika do wysokości 13,1. Główny Urząd Statystyczny interpretuje to zjawisko wprowadzeniem w 1997 roku nowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych – ICD–10, a także niepoprawnym wypełnianiem przez lekarzy w tym okresie (protest) kart zgonów. Potwierdzałby to nagły wzrost współczynnika samobójstw do 14,9 na 100 tys. w 1999 roku i do 15,1 w latach 2000-2001. W okresie od 1989 do 2001 roku obserwuje się niepokojące zjawisko wzrostu o 44% liczby samobójstw zakończonych zgonem wśród dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 19 lat. Wskaźnik samobójstw na 100 tys. w grupie wieku od 10 do 14 lat wynosił w 1992 roku 1,23; a w 2001 r. - 1, 35; zaś w grupie wieku 15-19 lat wskaźnik ten w 1992 r. wynosił 7,2; a w 2001 r. – 8,7.

W 2001 roku, w poradniach zdrowia psychicznego zarejestrowanych było ponad 932 tys. osób, w tym z zaburzeniami psychicznymi leczyło się ponad 899 tys. pacjentów, wśród których ponad połowa, prawie 489 tys. (54%) miała rozpoznanie zaburzeń psychotycznych.

Najczęściej występującymi psychozami są zaburzenia afektywne - 21%, zaburzenia organiczne - 14% i schizofrenia - 12%. Zaburzenia nerwicowe stanowią 28% ogółu rozpoznań, alkoholowe - 2% (w tym 0,5% psychotycznych), a związane z używaniem środków psychoaktywnych - 0,7% (w tym 0,2% psychotycznych).

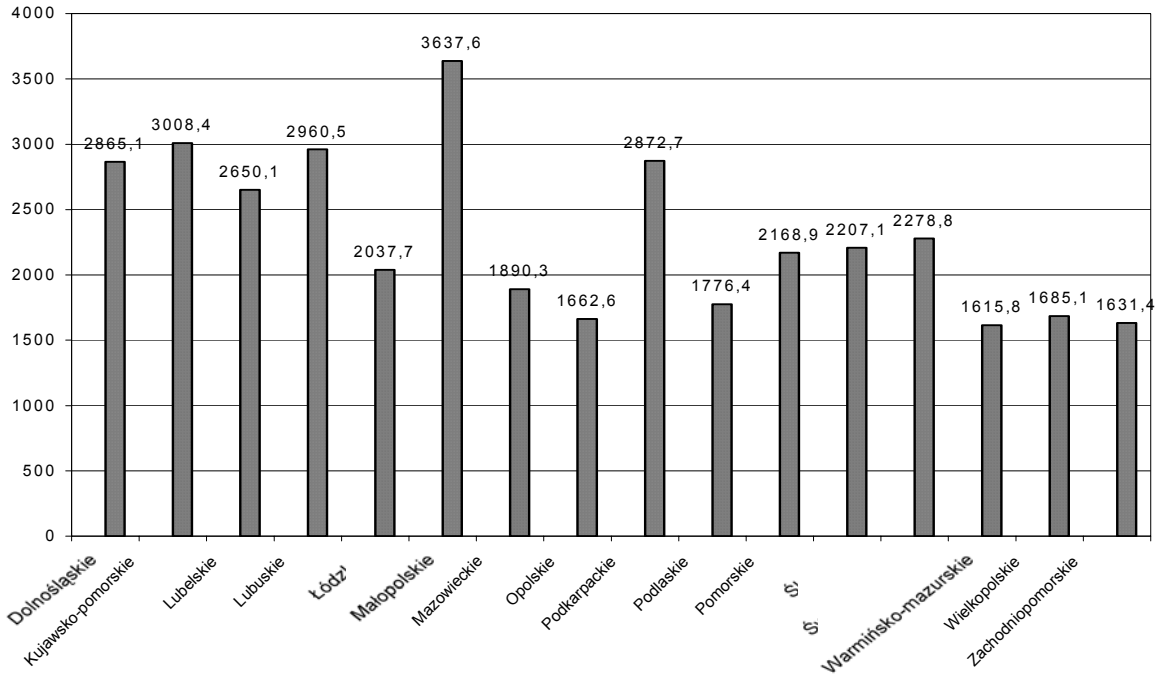
Wśród pacjentów hospitalizowanych ogółem, chorzy z rozpoznaniem psychoz (bezalkoholowych i po środkach psychoaktywnych) stanowili 46% ogółu leczonych, w tym z rozpoznaniem schizofrenii - 17%, psychoz organicznych - 10%, innych psychoz - 7%, zaburzeń afektywnych - 12%. Osoby z rozpoznaniami niepsychotycznymi (bez uzależnień) stanowiły 15% ogółu leczonych, w tym 9% z zaburzeniami nerwicowymi. Z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu hospitalizowano 29% osób, w tym 4% z powodu psychoz, a z zaburzeniami spowodowanymi używaniem innych środków psychoaktywnych 6%, w tym z powodu psychoz 0,2%.

9.1.2 Zróżnicowanie według województw

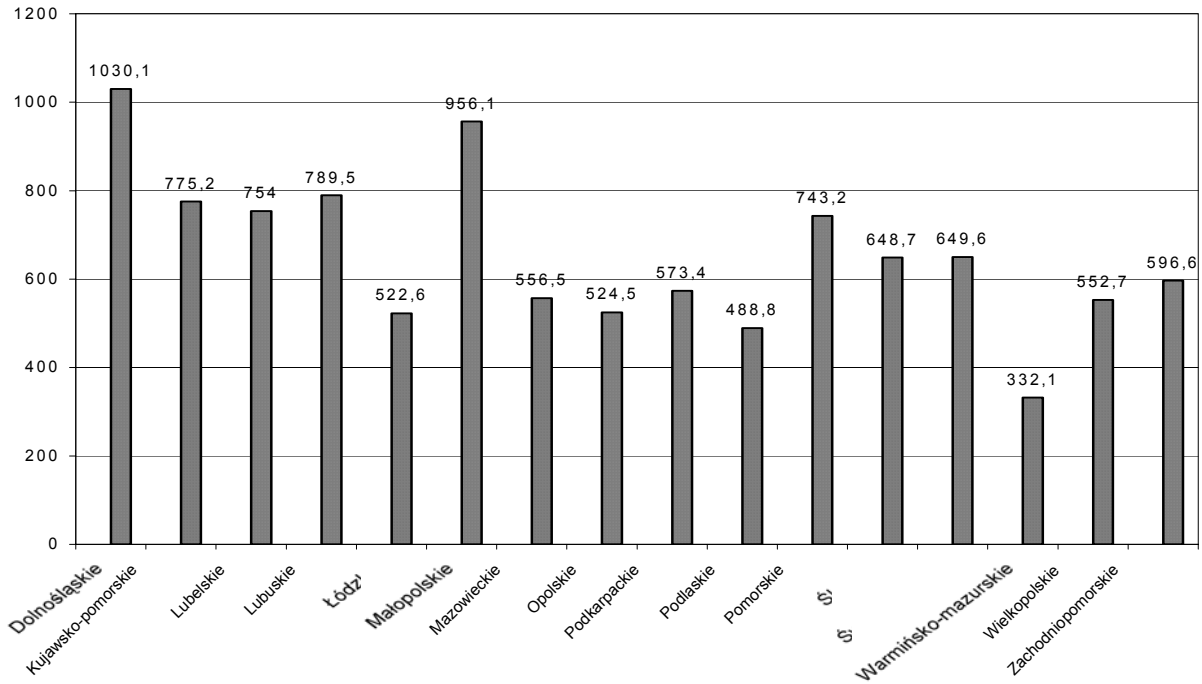
W ostatnich latach (1999-2001) najwyższy wskaźnik leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, a także przyjętych po raz pierwszy, obserwuje się w województwach małopolskim i kujawsko-pomorskim, najniższy w województwach warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim, a także mazowieckim i wielkopolskim.

Natomiast najwyższy wskaźnik leczonych w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych i przyjętych pacjentów pierwszorazowych jest w województwach lubuskim i podlaskim, najniższy zaś w województwach małopolskim, podkarpackim i śląskim.

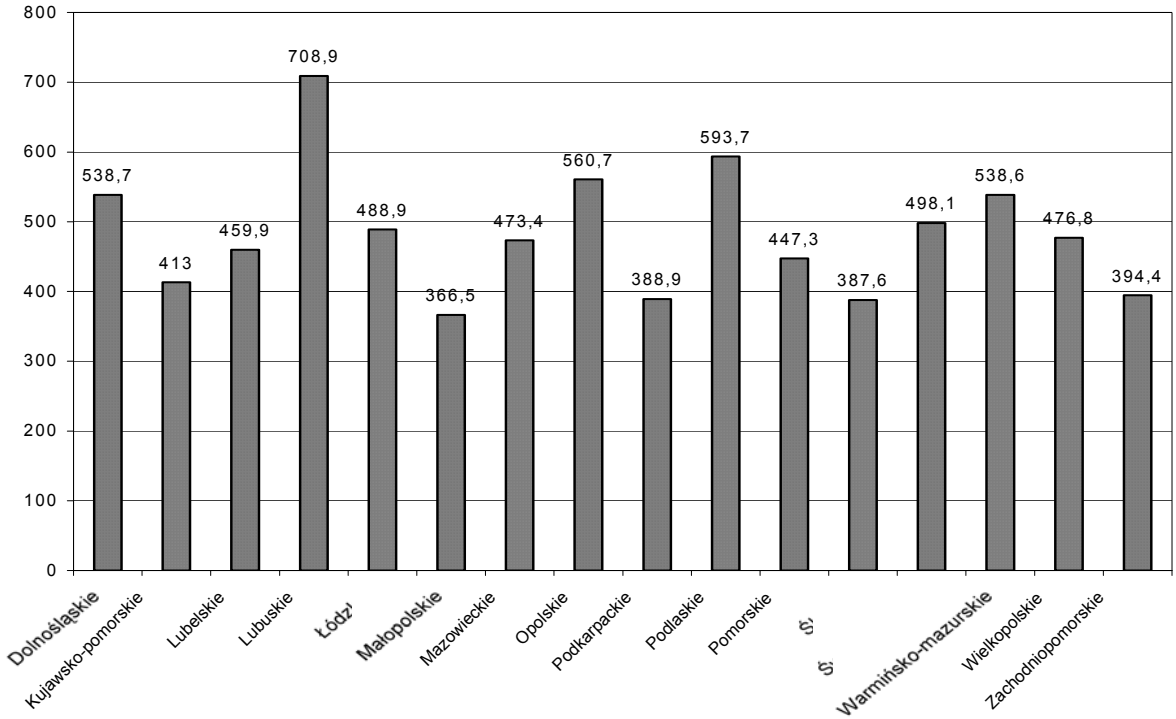
Rycina 117 Chorzy leczeni w poradniach zdrowia psychicznego ogółem z zaburzeniami psychicznymi w 2001 roku według województw (wskaźnik na 100 tys. ludności)



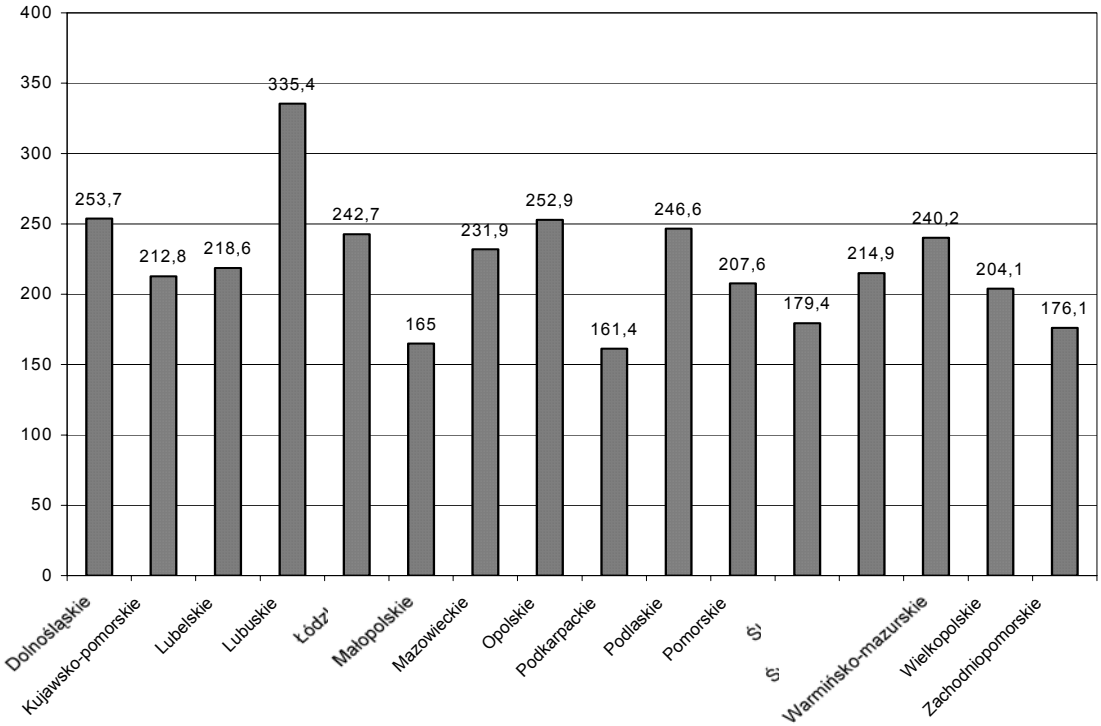
Rycina 118 Chorzy leczeni w poradniach zdrowia psychicznego po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi w 2001 roku według województw (wskaźnik na 100 tys. ludności)



Rycina 119 Leczeni ogółem w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych w 2001 roku według województw (wskaźnik na 100 tys. ludności)



Rycina 120 Leczeni po raz pierwszy w psychiatrycznych oddziałach pełnodobowych w 2001 roku według województw (wskaźnik na 100 tys. ludności)



9.1.3 Ocena na tle innych krajów europejskich

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych jest w Polsce porównywalne do innych krajów. Zwraca jednak uwagę rosnąca z roku na rok zapadalność na zaburzenia depresyjne i związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Na podstawie badań przeprowadzonych w krajach europejskich i USA należy przyjąć, że obecność takich zaburzeń jak depresje, zaburzenia schizofreniczne, uzależnienia idą w parze z nadumieralnością związaną z współwystępującymi schorzeniami somatycznymi i samobójstwami.

Należy podkreślić, że niesprawność i wynikające stąd straty ekonomiczne lokują zaburzenia psychiczne na trzecim miejscu wśród przyczyn niepełnosprawności.

9.2 Cele priorytetowe

1) Zmniejszenie zachorowalności lub (i/albo) niepełnosprawności lub (i/albo) umieralności związanych z:
   - zaburzeniami afektywnymi, zwłaszcza depresjami,
   - zaburzeniami schizofrenicznymi,
   - zaburzeniami otępiennymi,
   - zaburzeniami psychicznymi związanymi z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.
2) Promocja zdrowia psychicznego, której celem jest tworzenie warunków sprzyjających nabywaniu przez ludzi umiejętności kontrolowania i wpływania na własne zdrowie.
3) Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy i opieki niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel ten będzie realizowany w ramach opieki zdrowotnej i innych form pomocy, przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W szczególności poprzez zwiększenie zakresu działań podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy rodzinnych), a także jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, edukacji, stowarzyszeń pozarządowych i innych form pomocy. Istotną częścią tego systemu jest stworzenie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Cele powyższe zgodne są z rekomendacją Światowej Organizacji Zdrowia dla Regionu Europejskiego (*"Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku")* oraz uzgodnionym z WHO stanowiskiem Komisji Europejskiej z 1999 r, dotyczącym promocji zdrowia psychicznego.

9.3 Wytyczne

- Zapewnienie poprawy dostępności do świadczeń poprzez zwiększenie liczby psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych, pracowników socjalnych, pielęgniarek, terapeutów zajęciowych, specjalistów i instruktorów terapii odwykowej oraz kwalifikowanych psychoterapeutów.
- Zapewnienie poprawy dostępności dzięki zróżnicowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych, dzieci i młodzieży, uzależnionych od alkoholu, uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych i współuzależnionych w zakresie opieki środowiskowej, tj. poradni zdrowia psychicznego, psychiatrycznych oddziałów dziennych dla dorosłych, w tym dla osób z zaburzeniami nerwicowymi, dla dzieci, odwykowych i psychiatrycznych oddziałów (zespołów) leczenia środowiskowego.
- Doprowadzenie w opiece całodobowej do:
    - zapewnienia równomiernej dostępności do podstawowych świadczeń psychiatrycznych, w jak najmniejszej odległości od miejsca zamieszkania pacjentów,
    - tworzenia oddziałów psychiatrycznych, odwykowych i oddziałów dla dzieci i młodzieży przy szpitalach ogólnych w rejonach nie spełniających wyżej wymienionych warunków,
    - zmniejszenia liczby łóżek psychiatrycznych w dużych szpitalach do maksimum 350,
    - utworzenia wyspecjalizowanych form całodobowej opieki psychiatrycznej, przede wszystkim przez zorganizowanie w dużych szpitalach oddziałów/zakładów: psychogeriatrycznych, rehabilitacyjnych, leczenia zaburzeń nerwicowych, opiekuńczo-leczniczych bądź pielęgnacyjno-opiekuńczych, form zakwaterowania chronionego (np. hosteli),

- utworzenia zakładów/oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla wykonywania środka zabezpieczającego (art. 201 § 3 kkw) i dla obserwacji sądowo-psychiatrycznej osób pozbawionych wolności (art. 203 § 5 kpk), zgodnie z zapisami rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia wynikającymi z delegacji zawartych w wyżej wymienionych artykułów kodeksu karnego wykonawczego i kodeksu postępowania karnego.

- Uwzględnienie problematyki zaburzeń psychicznych przez zarządy województw w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005, co najmniej województw o najwyższej zapadalności na te zaburzenia.

10. Obszary szczególnego zagrożenia

10.1 Definicja obszarów szczególnego zagrożenia

Przez ***obszary szczególnego zagrożenia*** rozumie się jednostki terytorialne, na których terenie występuje największa umieralność w skali kraju mierzona standaryzowanymi współczynnikami zgonów.

Przyjęto dane dotyczące zgonów, gdyż:

- są one znacznie dokładniejsze niż dane na temat chorobowości,
- od 1999 r. istnieje system jednolitego określania przyczyn zgonów, co pozwala na stosunkowo precyzyjne ich określenie.

10.2 Jednostki terytorialne poddawane analizie

Analizie w zakresie określenia obszarów zagrożenia zostaną poddane powiaty.

Wybór jednostek terytorialnych poddawanych analizie jest w dużym stopniu uzależniony od dostępności danych potrzebnych do opracowania standaryzowanych współczynników zgonu. Ustalenie standaryzowanych współczynników zgonów według powiatów jest łatwiejsze niż w przypadku gmin.

Ze wstępnych analiz przeprowadzonych przez Państwowy Zakład Higieny wynika, że zróżnicowanie powiatów w zakresie umieralności ogółem i z powodu najważniejszych przyczyn zgonów charakteryzowało się co najmniej dwukrotną rozpiętością.

10.3 Cel priorytetowy

Zmniejszenie umieralności w powiatach uznanych za obszary szczególnego zagrożenia.

Większość powiatów jest zamieszkała przez relatywnie niewielką liczbę mieszkańców.

Pozwala to na podejmowanie skutecznych działań medycznych lub pozamedycznych w celu uzyskania w stosunkowo krótkim czasie widocznej poprawy sytuacji zdrowotnej na ich terenie, przy często niewielkich kosztach.

10.4 Wskaźniki

10.4.1 Wskaźniki stanu istniejącego

W analizie zostaną wykorzystane *standaryzowane współczynniki zgonów*, co pozwoli na porównanie jednostek terytorialnych zamieszkałych przez społeczności o zróżnicowanej strukturze demograficznej.
Opracowywanie standaryzowanych współczynników zgonów na podstawie danych pochodzących z kilku kolejnych lat pozwoli ustalić, które powiaty należą do najbardziej zagrożonych.

10.4.2 Wskaźniki docelowe

Wskaźniki te zostaną określone odrębnie dla każdego powiatu uznanego za obszar szczególnego zagrożenia.

10.4.3 Etapy prac

- **Ustalenie powiatów, które należy uznać za obszary szczególnego zagrożenia**.
  Obszary zagrożenia będą określane na podstawie danych demograficznych dotyczących struktury populacji według wieku i płci oraz dotyczących zgonów co najmniej z pięciu kolejnych lat według wszystkich powiatów.
- **Przeprowadzenie szczegółowej analizy przyczyn i liczby zgonów na obszarze poszczególnych powiatów**.
  Analizy te będą stanowiły podstawę do opracowania programów mających na celu poprawę sytuacji na danym obszarze. Będą także weryfikowały i uzupełniały dane gromadzone na poziomie ogólnokrajowym.

- **Wybór powiatów do realizacji programu**
  Część powiatów spośród wszystkich uznanych za obszary szczególnego zagrożenia zostanie wybrana do realizacji pierwszego cyklu programu. Podstawą będzie analiza przyczyn dużej liczby zgonów i ocena co do możliwości ich zmniejszenia w wyniku interwencji medycznych lub pozamedycznych.
- **Opracowanie programu działania dla poszczególnych powiatów**.

W Programie zostaną określone działania , które powinny być podjęte dla zmniejszenia wysokiej, aktualnej umieralności. W szczególności rozważony winien być kompleksowy program działań profilaktycznych oparty o dedykowaną do tego celu jednostkę organizacyjną – Centrum Zdrowia Publicznego, specjalizowaną w działaniach profilaktycznych. Programy te zostaną przygotowane przez ekspertów zewnętrznych przy ścisłej współpracy z miejscowymi władzami i mieszkańcami.

11. Efektywność leczenia

Wprowadzenie

Stan zdrowia społeczeństwa jest kluczowym ale nie jedynym wskaźnikiem na podstawie którego należy planować udzielanie świadczeń medycznych. Celem świadczeń jest poprawa stanu zdrowia. Współczesne lecznictwo niestety nie w każdej sytuacji dysponuje skutecznymi sposobami pomocy pacjentowi. Wobec istniejących ograniczeń ekonomicznych planować należy w pierwszej kolejności rozwój tych świadczeń, które mogą przynieść największy pożytek zdrowiu społeczeństwa. W związku z tym w planowaniu konieczne jest uwzględnienie kwestii efektywności leczenia.

11.1. Efektywność świadczeń zdrowotnych

System ochrony zdrowia w Polsce daleki jest od uzyskiwania optymalnych efektów zdrowotnych, możliwych do osiągnięcia dzięki współczesnej wiedzy naukowej. Poprawę sytuacji można uzyskać poprzez nowe, dodatkowe nakłady albo lepsze wykorzystanie posiadanych środków. Wobec poważnego ograniczenia środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną rośnie potrzeba ich efektywniejszego spożytkowywania.

Efektywność, czyli zdolność uzyskiwania możliwie dużych efektów zdrowotnych przy danych nakładach może być rozpatrywana jako wypadkowa trzech elementów:

- efektywności technologii,
- efektywności aplikacji,
- wydajności systemu.

11.1.1 Efektywność technologii medycznej

Sposób diagnozowania bądź leczenia, metoda, procedura, operacja gdy odbywa się z wykorzystaniem środków technicznych, czynności manualnych bądź leków określane są jako technologia medyczna.

Konieczna jest selekcja stosowanych metod pod kątem ich:

- skuteczności,
- bezpieczeństwa,
- kosztów.

Aktualnie stosowane metody/technologie medyczne dzielą się na takie, które są:

- skuteczne i bezpieczne,
- skuteczne ale obarczone wysokim ryzykiem powikłań lub działań niepożądanych,
- nieskuteczne,
- szkodliwe,
- o niepotwierdzonej skuteczności (jedyną metodą racjonalnej oceny skuteczności są kliniczne badania naukowe, gdyż opinie oparte wyłącznie o doświadczenie praktyczne okazały się wielokrotnie drastycznie błędne i współcześnie nie mogą być uznawane za dostatecznie wiarygodne).

Udział technologii nieskutecznych, szkodliwych i o niepotwierdzonej skuteczności szacowany jest na ponad 50% działalności wielu placówek medycznych w Polsce.

Równie fundamentalne jak rozpatrywanie, które problemy medyczne w największym stopniu odpowiedzialne są za niski poziom zdrowotności jest ustalenie czy dysponujemy lub możemy dysponować skutecznym i bezpiecznym narzędziem rozwiązywania tych problemów. Przy braku skutecznej technologii medycznej uzasadnione może być podjęcie badań naukowych dla jej poszukiwania, ale nie opłacanie metod nieskutecznych. Finansowanie nieefektywnej technologii oznacza nie tylko marnotrawstwo środków, ale wobec ograniczonej ich ilości może też uniemożliwiać finansowanie innych skutecznych działań. Dlatego takie postępowanie musi być uznawane za działanie nieetyczne.

Ocena technologii medycznej sprowadza się do ustalenia jej:

- efektywności klinicznej w warunkach optymalnych – czyli określenia czy w badaniach klinicznych okazała się ona skuteczna i bezpieczna. Ocena taka winna brać pod uwagę wszystkie a nie wybiórczo wybrane badania (przegląd

systematyczny), określać poziom wiarygodności dostępnych wyników oraz istotność kliniczną efektów;

- praktycznej efektywności klinicznej – czyli ustalenia czy dane z systematycznej obserwacji dużej kohorty poddawanych technologii w warunkach rutynowej działalności medycznej potwierdzają ich skuteczność i bezpieczeństwo;
- opłacalności – czyli analizy kosztów efektywności klinicznej (w warunkach polskich).

11.1.2 Efektywność aplikacji

Efektywna technologia może przynosić korzyści jedynie przy zapewnieniu, iż będzie:

- zasadnie użyta - zastosowana u pacjentów, których stan zdrowia w pełni to uzasadnia (zgodnie ze wskazaniami). Jeżeli system finansowania zachęca do zwiększania stosowania jakiejś technologii pojawia się pokusa nieuzasadnionego rozszerzania wskazań do jej użycia co zmniejsza możliwość uzyskania korzyści zdrowotnych.
- stosowana z odpowiednią wprawą i doświadczeniem. Zbyt rzadkie wykonywanie jakiejś procedury zwiększa znacząco ryzyko niepoprawnego wykonania, co prowadzi do pogorszenia efektów i zwiększenia powikłań. Odwrotnie, częste wykonywanie jakiejś procedury prowadzi do uzyskania znacznej wprawy i doświadczenia co stwarza szanse uzyskiwania większych korzyści zdrowotnych.

Zasadność użycia technologii może być oceniana poprzez:

- ustalenie czy placówka medyczna posługuje się standardem, algorytmem bądź wytycznymi zawierającymi kryteria kwalifikowania i czy posiada wewnętrzny system oceny stosowania przyjętych rekomendacji,
- audyt dokumentacji medycznej przygotowany i prowadzony przez zewnętrzną, niezależną organizację,
- analizę danych gromadzonych w rejestrze chorych (bazy zawierającej dane o indywidualnych pacjentach)

11.1.3 Wydajność systemu

Na wydajność systemu składają się:

- stopień alternatywnego obciążenia tańszych składowych systemu. Rozwiązanie to polega na zwiększaniu wykorzystywania alternatywnych form opieki czyli przenoszenia wykonywania świadczeń:
    - ze szpitala do ambulatorium,
    - ze szpitali ostrych do opieki długoterminowej,
    - z opieki specjalistycznej do opieki podstawowej (określenie kompetencji lekarza rodzinnego w zakresie poszczególnych specjalności),
- ograniczenie przerzucania i duplikowania kosztów w szczególności kosztów badań, leków i kosztów powikłań poprzez wspieranie rozwiązań cechujących się integracją zadań i odpowiedzialności. Dotyczy to integracji funkcjonalnej:
    - opieki lekarskiej i pielęgniarskiej opieki środowiskowej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej,
    - medycyny rodzinnej z badaniami i konsultacjami specjalistycznymi (w systemie umownie nazywanym *fundholding),*
    - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze szpitalem (w celu zmniejszenia przerzucania na szpital kosztów diagnostyki i kosztów leczenia powikłań oraz przypadków drogich);
- stopień wykorzystania kosztownych inwestycji – stosowanie zasady finansowania nowej inwestycji po wyczerpaniu możliwości wzrostu wydajności istniejących podmiotów, funkcjonowania zasady potwierdzania potrzeby nowej inwestycji przed jej uruchomieniem (*certificate of need*),
- ekonomizacja pracy placówek – poprzez powiększanie wykorzystania czasu pracy i wysiłku ludzkiego, redukcję zbędnych zleceń, przenoszenie wybranych zadań na personel niżej płatny lub pomocniczy z jednoczesną standaryzacją czynności i adekwatne kształtowanie składu personelu.

11.2. Sposoby poprawy efektywności

Strategiczne kierunki działań zmierzające do poprawy zdrowotnej efektywności i zagwarantowania wyższego poziomu bezpieczeństwa chorego to wprowadzanie zasady obiektywnego oceniania potencjalnej efektywności poprzez wykorzystanie metod oceny technologii medycznych, upowszechnianie oceny rzeczywistych skutków stosowanego świadczenia zdrowotnego poprzez tworzenie i wykorzystywanie rejestrów pacjentów upowszechnienie zewnętrznego systemu oceny jakości świadczeniodawcy poprzez preferowanie placówek posiadających certyfikat ISO i /albo akredytację[22].

Wobec braku doświadczeń niemożliwe jest szybkie wdrożenie takich działań w odniesieniu do całej opieki zdrowotnej. Należy zatem wskazać obszary priorytetowe, od których należy rozpocząć proces wdrażania i zdobywania doświadczenia. Za obszary te uznano:

- profilaktykę,
- świadczenia wysokospecjalistyczne.

11.3 Niezależny podmiot weryfikujący i oceniający

Dla zapewnienia wiarygodnej oceny korzyści z finansowanych świadczeń zdrowotnych niezbędne jest odejście od opierania się na opiniach i sprawozdaniach oferenta lub wykonawcy świadczeń. W to miejsce należy przyjąć zasadę wykorzystywania, opinii osób lub instytucji niezależnych od oferenta i wykonawcy. Należy też wprowadzić wymóg ujawniania wszelkich możliwych konfliktów interesu przy wydawaniu takich opinii.
Przy rozpatrywaniu propozycji finansowania wybranych świadczeń należy wprowadzić wymóg prezentowania ich potencjalnych korzyści. Przedstawione propozycje powinny być poddane ocenie niezależnego weryfikatora posiadającego doświadczenie w zakresie dokonywania oceny technologii medycznych. Warunkiem finansowania wybranych świadczeń powinno być zagwarantowanie prowadzenia elektronicznego rejestru pacjentów przez podmiot niezależny od wykonawcy, doświadczony w prowadzeniu tego typu rejestrów.

[22] W zakresie ostatniego z wymienionych kierunków działania prowadzone są od kilku lat i zadaniem głównym na najbliższą przyszłość pozostaje upowszechnienie akredytacji placówek medycznych. Wymaga to m.in. powołania Rady Akredytacyjnej na podstawie art. 18 c ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Dwa pierwsze kierunki są nowymi zadaniami. Konieczne jest rozpoczęcie działań w tych kierunkach.

Podmiot taki musi gwarantować prowadzenie okresowej analizy wyników dostarczanej tak wykonawcy świadczeń jak i podmiotowi finansującemu.

11.4. Diagnoza stanu obecnego

Aktualnie brak jest dostępnych danych przemawiających za tezą, iż niektóre (lub choćby jedna) kasy chorych prowadziły systematyczne działania w zakresie wszystkich trzech, przedstawionych wyżej elementów składowych efektywności.
Problematyka wagi efektywności wykorzystania posiadanych zasobów umyka też autorom wielu wojewódzkich planów zdrowotnych. Jest to niewątpliwie słaba strona tych planów.
Pewne prace w tym obszarze były prowadzone na poziomie Ministerstwa Zdrowia. W ramach projektu Banku Światowego dotyczącego pakietu świadczeń gwarantowanych opracowano pierwszy zestaw technologii opłacalnych. Projekt ten zawiera też propozycje wprowadzenia systemu analogicznego do zagranicznych świadectw niezbędności (*certificate of need)*.

11.5 Cel priorytetowy

- Poprawa efektywności programów profilaktycznych i świadczeń wysokospecjalistycznych .

11.6 Cel szczegółowy I

- Zapewnienie dostępności do nowych, wysoce korzystnych technologii medycznych. (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)

11.6.1 Uzasadnienie

Do chwili obecnej nowe technologie medyczne (procedury, metody, świadczenia) wdrażane są na zasadzie działalności lobbingowej medycznych środowisk akademickich, w szczególności grup samodzielnych pracowników nauki zainteresowanych wykonywaniem nowej technologii. Prowadzi to do sytuacji, w której dyfuzja do naszego kraju nowatorskich metod jest zależna od woli i możliwości lobbowania i ma charakter przypadkowy. Tymczasem dostępne środki są znacznie ograniczone, co implikuje priorytet dla technologii

cechujących się szczególnie wysoką efektywnością przywracania zdrowia oraz opłacalnością współczynnika koszt-efekt. W tym celu konieczne jest stworzenie systemu testowania technologii w warunkach polskich, przed ich ewentualnym upowszechnieniem. Racjonalna decyzja, w które technologie inwestować winna przede wszystkim uwzględniać wyniki takiego testowania.

11.6.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu

- Określenie budżetu przeznaczonego dla testowania nowych technologii.
- Opracowanie zestawu wymogów i procedury wyboru technologii do pilotażowego wdrożenia oraz zasady ich testowania.
- Uwzględnienie w procedurze konieczności określania przez oferenta potencjalnych pozytywnych i negatywnych skutków dla pacjentów, na podstawie wyników dotychczasowych badań klinicznych oraz w oparciu o zasadę weryfikowania tych szacunków przez niezależnego eksperta ds. oceny technologii.
- Uwzględnienie w procedurze konieczności opracowania przez realizatora wewnętrznego standardu (algorytmu lub ścieżek opieki) obejmującego wskazania do zastosowania technologii obowiązujących w okresie testowania i szczegółowy sposób postępowania.
- Uwzględnienie w procedurze prowadzenia rejestru pacjentów i rejestru kosztów pod nadzorem zewnętrznego, niezależnego oceniającego.
- Stosowanie w praktyce wskaźników jak wyżej.
- Prowadzenie okresowej oceny kompletności stosowania wskaźników.

Obecna wartość wskaźników – dotychczas nie stosowane.
Docelowa (pożądana) wartość wskaźników – pozytywna ocena wszystkich wskaźników.
Zakładany okres osiągnięcia celu – 2 lata.

11.6.3 Wytyczne

Propozycje nowych technologii medycznych powinny być zgłaszane Ministrowi Zdrowia przez zainteresowane środowiska akademickie na konkurs ofert w jednolitej, standardowej formie umożliwiającej dokonanie porównań. Decyzja o ustanowieniu programu testowania

nowej technologii powinna być podejmowana po dokonaniu przy pomocy ekspertów niezależnych od wykonawców, weryfikacji potencjalnej efektywności. Warunkiem uruchomienia programu powinno być opracowanie i wdrożenie przez wykonawcę standardu, algorytmu postępowania bądź ścieżek opieki dla poszczególnych grup pacjentów. Dokumentacja realizacji programu powinna obejmować rejestr pacjentów pozwalający na określenie dla każdego pacjenta wskazań do zastosowania testowanej technologii, zakresu wykonanych procedur, wykonawców, efektów bezpośrednich i odległych tak pozytywnych jak i negatywnych. Rejestracji będą też podlegały koszty generowane przez program. Rejestr pacjentów i rejestr kosztów powinien być prowadzony przez niezależnego, zewnętrznego ewaluatora wskazanego przez Ministra przy rozstrzyganiu o ustanowieniu programu.

11.7 Cel szczegółowy II

- Poprawienie wydajności i jakości szczególnie drogich technologii.
  (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)

11.7.1 Uzasadnienie

Z uwagi na duże ograniczenia środków możliwości wykonywania drogich procedur są szczególnie ograniczone. Do tej pory nie wyróżniano takiej kategorii świadczeń. Zastosowanie takiego wyróżnika pozwoliłoby skoncentrować ocenę na:

- zasadności finansowania procedury z uwagi na jej potencjalną efektywność,
- równości dostępu wszystkich obywateli zgodnie z przyjętymi wskazaniami,
- koncentracji wykonawstwa dla zwiększania wydajności i uzyskiwania poziomu doświadczenia i wprawy,
- rzeczywiście uzyskiwanych efektach bezpośrednich i odległych.

Stworzyłoby to przesłanki do poprawiania organizacji tych świadczeń. Brak jest możliwości wprowadzenia obiektywnego, niezależnego nadzoru zasadności i efektywności nad wszystkimi świadczeniami wysoko-specjalistycznymi. W związku z tym należy rozpocząć ten proces od świadczeń szczególnie kosztownych.

11.7.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu

- Wyróżnienie wśród świadczeń wysoko-specjalistycznych, tych, które charakteryzuje szczególnie wysoka kosztochłonność,
- Wprowadzenie zasady finansowania jedynie tych świadczeń, dla których opracowano jednoznaczne kryteria kwalifikacji i dyskwalifikacji,
- Udostępnienie środowisku lekarskiemu powyższych kryteriów kwalifikacji i dyskwalifikacji w postaci osobnej strony internetowej,
- Przeprowadzenie niezależnej analizy opłacalności technologii medycznych w odniesieniu do tych świadczeń,
- Prowadzenie rejestru pacjentów pozwalającego na ocenę kwalifikacji (zasadności), sposobu wykonania oraz jakości wyników bezpośrednich i odległych,
- Prowadzenie rejestru pacjentów przez jednostkę podległą Ministrowi, niezależną od wykonawcy świadczeń i nie będącą wykonawcą innych analogicznych świadczeń,
- Wykonywanie rocznych raportów przez jednostkę prowadzącą rejestry pacjentów i udostępnianie ich wykonawcom świadczeń.

Obecna wartość wskaźników – dotychczas nie stosowane.

Docelowa (pożądana) wartość wskaźników – pozytywna ocena wszystkich wyżej wymienionych wskaźników.

Zakładany okres osiągnięcia celu - 2 lata.

11.7.3 Wytyczne

- W oparciu o przesłanki ekonomiczne powinno zostać wyróżnionych 15% - 25% najdroższych spośród finansowanych świadczeń wysokospecjalistycznych. Tworząc listę świadczeń szczególnie kosztownych należy dążyć do oszacowania wszystkich kosztów medycznych z perspektywy płatnika w horyzoncie czasowym, co najmniej jednego roku.
- Finansowanie należy uzasadnić od przedstawienie przez wykonawców kryteriów kwalifikujących i dyskwalifikujących. Kryteria powinny być poddane zewnętrznej

ocenie, osoby niezależnej od wykonawcy pod kątem poziomu obiektywności kryteriów.

- Należy zapewnić środowisku lekarskiemu w Polsce możliwie wyczerpującą informację o dostępie do świadczeń wysokospecjalistycznych – poczynając od świadczeń najdroższych.
- Należy opracować harmonogram i zgodnie z nim zlecać stopniowo opracowywanie przez ekspertów ds. oceny technologii medycznych, niezależnych od wykonawców świadczenia (wprowadzić zasadę obligatoryjności ujawniania konfliktu interesów), analiz kosztów - efektywności.
- Należy zlecić opracowanie a następnie prowadzenie rejestru pacjentów, przez niezależną od wykonawców świadczenia jednostkę doświadczoną w zagadnieniach monitorowania zewnętrznego, nad którą Minister Zdrowia może sprawować nadzór.

11.8 Cel szczegółowy III

- Wprowadzenie preferencji dla świadczeń przynoszących duże korzyści zdrowotne (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)

11.8.1 Uzasadnienie

W przyszłości należy dążyć do wykorzystania ograniczonych zasobów na finansowanie świadczeń dających największe korzyści zdrowotne. Nie może to oczywiście oznaczać całkowitej rezygnacji ze świadczeń mało skutecznych, o ile nie istnieją dla nich lepsze alternatywy. System zachęt finansowych dla świadczeniodawców nie powinien jednak w żadnej mierze zachęcać do eskalowania liczby świadczeń mało skutecznych. Powinien natomiast zachęcać do zwiększania liczby świadczeń przynoszących szczególnie duże korzyści zdrowotne w miarę wzrostu dostępnych środków finansowych. Zachęty do zwiększania liczby takich świadczeń mogą prowadzić do niekorzystnych skutków ubocznych takich jak obniżenie ich jakości. Dlatego niezbędne jest stworzenie niezależnego, zewnętrznego monitorowania jakości.

11.8.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu

- Wprowadzenie jednolitych formularzy aplikacji dla oferentów świadczeń wysokospecjalistycznych obejmujących prezentację wyników dotychczasowych badań dotyczących efektów pozytywnych i negatywnych świadczenia;
- Wprowadzenie zasady, iż stale mogą być odnawiane aplikacje i zgłaszane nowe propozycje świadczeń finansowanych indywidualnie jako procedury wysokospecjalistyczne;
- Przyjęcie zasady zlecania, niezależnej od wykonawców, zewnętrznej weryfikacji aplikacji z oceną na podstawie zasad EBM danych i wniosków przedstawianych w aplikacjach;
- W przypadku rozbieżności w ocenach stosowanie wzajemnej konfrontacji;
- Wprowadzenie ujednoliconego modelu liczenia kosztów realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych pozwalającego na porównanie świadczeń;
- Wprowadzenie zasady porównywania użyteczności poszczególnych świadczeń.

Obecna wartość wskaźników – dotychczas nie stosowane.
Docelowa (pożądana) wartość wskaźników – pozytywna ocena wszystkich wyżej wymienionych wskaźników.
Zakładany okres osiągnięcia celu- 3 lata.

11.8.3 Wytyczne

- Opracować definicję świadczenia wysokospecjalistycznego;
- Na podstawie wyników programu Banku Światowego realizowanego na zlecenie Ministra Zdrowia, należy rozwinąć formularz oceny dla oceny świadczeń wysokospecjalistycznych.
- Minister Zdrowia jako główny regulator systemu ochrony zdrowia powinien dysponować możliwością uzyskiwania niezależnej oceny poszczególnych rodzajów świadczeń wysokospecjalistycznych poprzez powierzenie tych zadań podległym mu jednostkom, w szczególności nie będącym realizatorami świadczeń.

11.9 Cel szczegółowy IV

- Zapewnienie priorytetu dla bezpiecznych warunków udzielania świadczeń. (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)

11.9.1 Uzasadnienie

Jakość i bezpieczeństwo świadczeń zależą od charakteru samego świadczenia, ale też od jakości wykonawstwa i ogólnej jakości placówki medycznej. Dlatego też istotne jest dążenie do poprawy również tych aspektów udzielanych świadczeń. Jakość wykonawstwa zależy w dużym stopniu od posiadanej wprawy i doświadczenia zarówno placówki jak i wykonawców. Określenia wymaga wolumen świadczeń wykonywanych, aby placówka kwalifikowała się do kontraktowania tychże świadczeń oraz wolumen zalecany. Należy dać bezwzględne pierwszeństwo doświadczeniu przed formalnymi kwalifikacjami (takimi jak np. posiadanie określonej specjalizacji). Niemniej ważne jest posiadanie własnego lub funkcjonalnie bliskiego zaplecza, które może być natychmiast lub bardzo szybko użyte w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań. Dotyczy to tak zaplecza diagnostycznego (laboratorium, pracownie badań fizjologicznych, pracownia badań obrazowych, CT, NMR) jak i leczniczego (sala operacyjna, intensywna terapia, doświadczeni fachowcy do rozwiązywania problemu powikłania). Preferowane powinno być kontraktowanie świadczeń w placówkach medycznych, których jakość potwierdza certyfikat akredytacyjny.

11.9.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu

- Wprowadzenie zasady preferowania wykonawców posiadających aktualny certyfikat ISO lub (i/albo) akredytację;
- Określenie minimalnego poziomu umiejętności i doświadczenia personelu wykonującego świadczenie;
- Określenie, jaki rodzaj zaplecza jest istotny dla bezpieczeństwa udzielania świadczeń danego typu;
- Określenie poziomu doświadczenia (nie monopolizujące) i warunków bezpieczeństwa dla danego typu świadczenia dokonywane jest przez przedstawicieli wykonawców świadczenia z udziałem niezależnych ekspertów od spraw jakości opieki medycznej;

- Posiadanie doświadczenia i możliwości szybkiego użycia określonego zaplecza jest brane pod uwagę w typowaniu wykonawców świadczeń;
- Wprowadzenie zasady zgłaszania i rejestrowania przez placówkę niezależną, przypadków poważnych skutków niepożądanych, błędów w postępowaniu oraz wypadków zagrażających bądź powodujących szkody u pacjenta;
- Wprowadzenie systemu analizy przyczyn błędów i wypadków oraz poszukiwania rozwiązań mających na przyszłość zabezpieczyć przed analogicznym zdarzeniem. Upowszechnianie wypracowanych rozwiązań wśród placówek medycznych, których to dotyczy.

Obecna wartość wskaźników – dotychczas nie stosowane.
Docelowa (pożądana) wartość wskaźników – pozytywna ocena wszystkich 7 wskaźników.
Zakładany okres osiągnięcia celu- 1,5 roku.

11.9.3 Wytyczne

- Należy określić jednostkę, posiadającą doświadczenie w monitorowaniu zewnętrznym, której winna zostać powierzona rola koordynowania przygotowania i ostatecznego opracowania wymogów bezpieczeństwa udzielania świadczeń we współpracy z wykonawcami reprezentowanymi przez konsultantów krajowych i prezesów odpowiednich kolegiów specjalistów (w przypadku ich braku prezesów towarzystw naukowych).
- Należy wprowadzić jednolity system punktowania uwzględniający:
    - posiadanie przez placówkę medyczną certyfikatu ISO lub (i/albo) akredytacji,
    - poziom spełnienia wymogów dotyczących doświadczenia personelu,
    - zabezpieczenie na wypadek powikłań,
    - deklarację udziału w systemie zgłaszania poważnych skutków niepożądanych, błędów i wypadków;

  Zgłaszanie błędów i wypadków może wzbudzać pewne obawy przed ewentualną odpowiedzialnością cywilną lub karną. Na skutek realizacja tego celu może być poważnie utrudniona. W związku z tym należy wypracować odpowiednie rozwiązania przeciwdziałające powstaniu tego rodzaju sytuacji.

11.10 Cel szczegółowy V

- Wzmacnianie współdziałania różnych specjalistów i świadczeniodawców. (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)

11.10.1 Uzasadnienie

Świadczenia wysokospecjalistyczne dotyczą często pacjentów poddawanych opiece różnych specjalistów i wielu świadczeniodawców. Dlatego należy dążyć do ustanawiania programów uwzględniających współdziałanie różnych podmiotów jak np. w zakresie problemów sercowo-naczyniowych:

- program wczesnej interwencji endowaskularnej w świeżym zawale serca – obejmujący pracownie koronaroplastyki i pomoc doraźną,
- program stentowania tętnic szyjnych – obejmujący ośrodki radiologii bądź angiologii interwencyjnej oraz ośrodki neurologiczne lub udarowe,
- program endowaskularnego leczenia tętniaków aorty – obejmujący ośrodki angiologii bądź radiologii interwencyjnej oraz ośrodki chirurgii naczyniowej.

11.10.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu

1. Opracowanie i ogłoszenie zachęt do zgłaszania programów przez współpracujących świadczeniodawców;
2. Ustanowienie i wdrożenie wskaźników oceny efektywności współdziałania w osiąganiu celu świadczenia.

Obecna wartość wskaźników – brak danych zbiorczych, niektóre programy mają charakter powiązanych programów co w pewnym sensie implikuje współdziałanie.
Docelowa (pożądana) wartość wskaźników – pozytywna ocena wskaźników.
Zakładany okres osiągnięcia celu- 2 lata.

11.10.3 Wytyczne

- Przyjęcie i przestrzeganie zasady wzmacniania współdziałania różnych specjalistów

przy ustanawianiu programów finansowania świadczeń wysoko-specjalistycznych. Ustanowienie wskaźników efektywności współdziałania wymaga testowania. W oparciu o zebrane doświadczenie należy opracować dopiero wskaźniki docelowe.

11.11 Cel szczegółowy VI

- Poprawa efektywności programów profilaktycznych.

11.11.1 Uzasadnienie

Świadczenia profilaktyczne dotyczą osób bez dolegliwości, bez objawów choroby, mających poczucie zdrowia. Prawdopodobieństwo wystąpienia choroby albo istnienia jej już w formie bezobjawowej bywa bardzo różne. W ocenie zagrożenia osób należy posługiwać się sumarycznym poziomem ryzyka. Populację osób bez dolegliwości można, zatem podzielić na grupy w zależności od poziomu czynników ryzyka. Strategie profilaktyczne należą do jednej z trzech kategorii i mogą być:

- Oferowane całej populacji, a więc w przeważającej liczbie osobom o niskim ryzyku.
- Skierowane do subpopulacji o wysokim ryzyku. Wskazanie części populacji o wysokim zagrożeniu odbywa się na podstawie parametrów demograficznych (np. wiek, przynależność do grupy etnicznej), wywiadu (np. ankiety dotyczącej nawyków, narażenia zawodowego, cech fizycznych, objawów) oraz badania (np. ciśnienie tętnicze, poziom cholesterolu we krwi).
- Zróżnicowane, z odmiennym podejściem w zależności od poziomu ryzyka. Populacja jest dzielona na dwie lub większą liczbę grup, w zależności od poziomu czynników ryzyka. Poszczególnym grupom oferowane jest odmienne podejście.

Za cel ostateczny badań przesiewowych nie należy przyjmować wykrycia schorzenia, ale poprawę stanu zdrowotnego (np. zmniejszenie śmiertelności) w wyniku wcześniej wdrożonej terapii. Konieczne jest zatem dysponowanie testem skutecznie wykrywającym wczesne stadium choroby oraz skutecznym leczeniem gdy wczesne wdrożenie leczenia poprawia wyniki końcowe.

11.11.2 Wskaźniki pozwalające na pomiar realizacji celu

- Opracowanie jednolitego formularza zgłoszenia pozwalającego na ocenę spodziewanej efektywności programu przez niezależnego weryfikatora;
- Wprowadzenie zasady przeprowadzania oceny potencjalnej efektywności proponowanego programu profilaktycznego przez niezależnego weryfikatora doświadczonego w ocenach technologii medycznych;
- Ocena wyników programu nie przy pomocy sprawozdania wykonawcy ale przez zewnętrznego w stosunku do wykonawcy podmiotu oceniającego mającego doświadczenie w zakresie prowadzenia rejestrów pacjentów.

11.11.3 Wytyczne

Analiz efektywności programów przesiewowych nie można ograniczać do oceny zdolności samego testu do wykrywania zmiany patologicznej. Konieczne jest udowodnienie lub, co najmniej uprawdopodobnienie, iż zastosowanie testu spowoduje poprawę zdrowia (np. przeżywalności) osób poddanych przesiewowi w porównaniu do nie uczestniczących w nim. Wstępnej ocenie, przed podjęciem decyzji o wyborze programu profilaktycznego powinny podlegać zarówno korzystne jak i niekorzystne aspekty proponowanych świadczeń profilaktycznych. Oszacować należy ryzyko związanez testem przesiewowym oraz z weryfikacją fałszywie dodatnich wyników tego testu. Przy programach skierowanych do populacji o niskim ryzyku występowania schorzenia należy spodziewać się znacznej przewagi wyników fałszywie dodatnich nad prawdziwie dodatnimi. Wybór programów profilaktycznych winien opierać się na konkursie ofert. Dla ich prowadzenia niezbędne jest opracowanie jednolitego formularza aplikacji, uwzględniającego takie dane, które pozwolą na wstępną ocenę spodziewanych korzyści. Dane przedstawione przez oferenta winny być ocenione przez niezależnego weryfikatora posiadającego doświadczenie w wykonywaniu ocen technologii medycznych.

Należy wprowadzić wymóg prowadzenia elektronicznego rejestru pacjentów uczestniczących w programie profilaktycznym oraz poddawania zbieranych danych analizie przez jednostkę niezależną od wykonawcy programu.

Część III – Syntetyczna prezentacja ustaleń zawartych w Narodowym Planie Zdrowotnym

Wyniki prac II części Narodowego Planu zostały przedstawione w postaci tabel przedstawionych poniżej.

1. Choroby układu krążenia	
TREND	Spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia
CEL PRIORYTETOWY	**Zmniejszenie dystansu w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia, szczególnie na tle miażdżycowym (w tym choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyniowych mózgu) pomiędzy Polską a krajami Unii Europejskiej**
CELE SZCZEGÓŁOWE	Poprawa wykrywalności i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych a także cukrzycy,
	Leczenie uzależnienia od palenia tytoniu
	Zapobieganie powikłaniom choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyniowych mózgu,
	Rozwój opieki medycznej w zakresie szybkiej diagnostyki i interwencji kardiologicznej i angiologicznej oraz pomocy przedszpitalnej,
	Ograniczanie niepełnosprawności będącej następstwem z chorób układu krążenia,
	Zmniejszenie różnic międzywojewódzkich w zakresie umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia.
WYTYCZNE	Upowszechnienie metod oceny ryzyka chorób układu krążenia oraz upowszechnienie wieloczynnikowej interwencji na poziomie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej,
	Opracowanie programu do stosowania globalnej oceny czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz upowszechnienie wieloczynnikowej interwencji na poziomie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej,
	Upowszechnienie prowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej wśród świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej,
	Zapobieganie rozwojowi chorób układu krążenia poprzez intensyfikację badań przesiewowych w zakresie nadciśnienia i wysokiego poziomu ryzyka naczyniowego (w tym udarów mózgowych) w oparciu o placówki pierwszego kontaktu z chorymi oraz zapewnienie leczenia osobom z podwyższonym poziomem ciśnienia tętniczego, dyslipidemii i cukrzycy z uwzględnieniem najnowszych standardów,
	Rozwój systemu szybkiej interwencji kardiologicznej poprzez dostosowanie liczby placówek do zapotrzebowania oraz odpowiednie wyposażenie w specjalistyczny sprzęt w zakresie kardiologii inwazyjnej w celu poprawy dostępności świadczeń,
	Rozwój systemu szybkiej interwencji neurologicznej,
	Rozwój endowaskularnych interwencji angiologicznych w naczyniach pozawieńcowych w ośrodkach o zasięgu regionalnym,
	Usprawnienie systemu ratownictwa medycznego w zakresie pomocy przedszpitalnej,
	Rozwój monitoringu dotyczącego dostępności do świadczeń opieki podstawowej i specjalistycznej w zakresie chorób układu krążenia,
	Usprawnianie stacjonarnej i ambulatoryjnej działalności rehabilitacyjnej po leczeniu ostrych incydentów sercowo-naczyniowych, w tym udarów mózgowych,
	Zapewnienie skutecznego leczenia osobom z cukrzycą w celu minimalizacji powikłań naczyniowych będących skutkiem cukrzycy,
	Zapobieganie udarom mózgu poprzez rozwijanie badań przesiewowych w grupach wysokiego ryzyka w zakresie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, dyslipidemii,
	Uwzględnienie przez zarządy województw o najgorszych wskaźnikach, w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005, problemów zmniejszenia zachorowalności lub (albo/i) umieralności na choroby układu krążenia

2. Nowotwory złośliwe	
TREND	Stały wzrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe
CELE PRIORYTETOWE	**Zmniejszenie zachorowalności lub (i/albo) umieralności spowodowanej nowotworami złośliwymi, zwłaszcza osób w młodym i średnim wieku, w stopniu umożliwiającym zmniejszenie dystansu w stosunku do krajów członkowskich Unii Europejskiej w zakresie nowotworów o następujących lokalizacjach:** • **rak płuca,** • **rak piersi,** • **rak szyjki macicy,** • **rak jelita grubego,** • **rak gruczołu krokowego.**
	Poprawa jakości życia oraz jakości opieki nad pacjentami chorymi na nowotwory złośliwe we wszystkich fazach choroby.
CELE SZCZEGÓŁOWE	Upowszechnienie edukacji personelu medycznego w zakresie prewencji nowotworów wśród populacji osób w szczególności w młodym i średnim wieku,
	Kształcenie lekarzy w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych,
	Poprawa zgłaszalności i rejestracji danych epidemiologicznych dotyczących chorób nowotworowych (rejestracja zachorowań i statystyka zgonów),
	Objęcie większej liczby osób palących tytoń profilaktyką oraz diagnostyką i leczeniem w dziedzinie uzależnienia od tytoniu, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów onkologicznych oraz grup wysokiego ryzyka nowotworów złośliwych płuca,
	Zwiększenie odsetka wczesnych rozpoznań raka piersi, raka szyjki macicy i jelita grubego a także wczesnego wykrycia gruczołu krokowego,
	Zwiększenie odsetka pacjentów nowotworowych wyżej wymienionych lokalizacji objętych nowymi, efektywnymi i opłacalnymi metodami leczenia skojarzonego,
	Poprawa dostępności standardowych metod oceny zaawansowania i leczenia chorych na nowotwory złośliwe wymienione w celach priorytetowych,
	Upowszechnienie metod leczenia objawowego i walki z bólem dla pacjentów we wszystkich fazach choroby nowotworowej
	Zmniejszenie różnic międzywojewódzkich w zakresie zachorowalności na nowotwory złośliwe
WYTYCZNE	Organizacja systemu kursów szkoleniowych dla lekarzy w dziedzinie zwalczania chorób nowotworowych, z uwzględnieniem nowoczesnych metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej, diagnostyki oraz leczenia nowotworowego,
	Organizacja badań profilaktycznych i przesiewowych, w szczególności w regionach najwyższego ryzyka oraz opracowanie i wdrożenie szczegółowych wytycznych dla podstawowej opieki zdrowotnej i lecznictwa ambulatoryjnego,
	Skrócenie czasu oczekiwania na specjalistyczne badania w celu wcześniejszego podjęcia leczenia,
	Poprawienie dostępu do niezbędnych badań diagnostycznych poprzez zwiększenie wykorzystania posiadanej aparatury,
	Poprawienie dostępu metod leczniczych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną,
	Zapewnienie wysokiej jakości badań diagnostycznych i podejmowanej terapii:
	wprowadzenie systemu certyfikacji pracowni mammograficznych,
	stworzenie systemu kontroli podejmowanych działań diagnostycznych i leczniczych,
	Objęcie nadzorem merytorycznym istniejących oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej w regionalnych ośrodkach onkologicznych w Polsce, w szczególności w regionach największego ryzyka na uznane za priorytetowe lokalizacje nowotworowe,

2. Nowotwory złośliwe	
	Poprawa funkcjonowania sieci rejestrów nowotworowych, stworzenie systemu wiązania danych o zachorowaniach i zgonach na nowotwory złośliwe, stworzenie baz danych chorych leczonych w Centrum Onkologii i regionalnych placówkach onkologicznych
	Uwzględnienie przez zarządy województw w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005 problemów zmniejszenia zachorowalności lub (albo/i) umieralności na nowotwory złośliwe.
WSKAŹNIKI	Liczba przypadków zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe ogółem i wymienione w celach priorytetowych lokalizacje nowotworowe w skali kraju i województwach według płci,
	Surowe i standaryzowane według wieku współczynniki zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe ogółem i wymienione w celach priorytetowych lokalizacje nowotworowe w skali kraju i województwach według płci,
	Wskaźnik struktury zgonów i zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce i województwach z uwzględnieniem województw i płci,
	Wskaźnik zarejestrowane zachorowania/zgony na nowotwory złośliwe w Polsce i województwach (pomocny w ocenie kompletności rejestracji),
	Odsetkowy udział wczesnych stadiów nowotworów złośliwych wymienionych w celach priorytetowych w łącznej liczbie ich rozpoznań,
	Odsetek przeżyć pięcioletnich na wymienione w celach priorytetowych lokalizacje nowotworów złośliwych.

3. Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych	
TREND	Mimo spadkowego trendu umieralności z przyczyn zewnętrznych przyczyny te stanowią największe zagrożenie życia wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 lat i kobiet poniżej 35 lat.
	Mimo stabilnego trendu umieralności wypadki są główną przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. Wzrasta liczba hospitalizacji oraz przypadków niepełnosprawności spowodowanych wypadkami.
CELE PRIORYTETOWE	Zmniejszenie skutków wypadków i urazów w postaci zgonów, niepełnosprawności i utraty zdrowia w stopniu umożliwiającym skrócenie dystansu do krajów Unii Europejskiej.
	Zmniejszenie różnic międzywojewódzkich w zakresie umieralności spowodowanej przyczynami zewnętrznymi.
WKAŹNIKI	Umieralność osób z powodu przyczyn zewnętrznych (V01 – Y89) w poszczególnych grupach wiekowych i według kategorii przyczyn,
	Liczba zgonów w ciągu miesiąca od wystąpienia wypadku (umieralność okołourazowa)
	Liczba zgonów przedszpitalnych,
	Liczba i częstość śmiertelnych wypadków drogowych, w tym zgonów na miejscu wypadku, w poszczególnych grupach wiekowych,
	Ranne ofiary wypadków drogowych w poszczególnych grupach wiekowych,
	Odsetek uczniów, którzy w ciągu 12 miesięcy doznali urazu wymagającego pomocy medycznej (badanie HBSC),
	Średni czas dotarcia do miejsca wypadku właściwego zespołu ratunkowego,
	Liczba i częstość podejmowanych oraz skutecznych usiłowań przywrócenia życia poza szpitalem,
	Hospitalizacja osób z powodu przyczyn zewnętrznych (V01 – Y89) w poszczególnych grupach wiekowych i według przyczyn,
	Liczba wysokospecjalistycznych centrów pourazowych,
	Liczba, rozmieszczenie i wyposażenie stacji pogotowia ratunkowego.
WYTYCZNE	Pełne wdrożenie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego,
	Zwiększanie sprawności, skuteczności, szybkości i jakości udzielania pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia poprzez:
	odpowiednie postępowanie przed przyjęciem do szpitala, z uwzględnieniem:
	skracania czasu dojazdu do osób w stanie zagrożenia życia,
	skracania dojazdu do szpitalnego oddziału ratunkowego do 30 minut,
	podnoszenia kwalifikacji personelu ratownictwa medycznego,
	odpowiedniego wyposażenia zespołów ratowniczych,
	właściwą opiekę szpitalną, w tym rozwój wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia urazów,
	efektywną rehabilitację,
	Upowszechnianie wiedzy w zakresie pierwszej pomocy,
	Podnoszenie jakości leczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych,
	Zwiększenie liczby kontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego,
	Uwzględnienie w świadczeniach kontraktowanych w zakładach opieki zdrowotnej, w zakresie Izby Przyjęć lub Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, procedur w nich wykonywanych, czasu pobytu pacjenta i zakresu przeprowadzanej diagnostyki,
	kontraktowanie odpowiedniej liczby ośrodków, aby czas dotarcia pacjenta znajdującego się w stanach zagrożenia życia umożliwiał udzielenie skutecznej pomocy,
	wdrażanie znanych na świecie strategii zapobiegania wypadkom i łagodzenia ich skutków poprzez: edukację społeczeństwa, zmiany środowiskowe i działania legislacyjne,
	Uwzględnienie przez zarządy województw o najgorszych wskaźnikach, w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005, problemów zmniejszenia umieralności w zakresie przyczyn zewnętrznych

4. Choroby układu oddechowego	
TREND	Spadek umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego (w tym szczególnie wyraźny spadek liczby zgonów z powodu zapaleń płuc).
CELE PRIORYTETOWE	Dalsze zmniejszanie umieralności spowodowanej chorobami płuc.
	Zmniejszenie różnic międzywojewódzkich w zakresie umieralności spowodowanej chorobami układu oddechowego.
WYTYCZNE	Leczenie uzależnienia od palenia tytoniu,
	Poprawa bazy diagnostycznej w zakresie diagnostyki czynnościowej układu oddechowego na poziomie lekarza pierwszego kontaktu i działania w zakresie promocji zdrowia,
	Rozwój tlenoterapii domowej i innych metod przewlekłego leczenia niewydolności oddechowej
	Uwzględnienie przez zarządy województw o szczególnie wysokich wartościach wskaźników umieralności, problematyki chorób układu oddechowego w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005
	Weryfikacja sposobów wypełniania kart zgonów z powodu chorób układu oddechowego

5. Choroby zakaźne	
TREND	Stabilizacja ogólnej umieralności z powodu chorób zakaźnych na poziomie 5-8 zgonów rocznie na 100 tys. ludności.
	Utrzymywanie się stałej tendencji spadkowej zapadalności na większość chorób zakaźnych objętych nadzorem epidemiologicznym.
CELE PRIORYTETOWE	Przyśpieszenie tempa spadku ogólnej zapadalności na choroby zakaźne oraz obniżenie umieralności z powodu tych chorób w stopniu umożliwiającym zbliżenie się od poziomu notowanego w krajach Unii Europejskiej.
	Ograniczanie niepełnosprawności wynikającej z powikłań, przewlekłego charakteru i odległych skutków niektórych chorób zakaźnych, w tym skutków chorób zakaźnych wrodzonych.
	Skuteczne zabezpieczenie przed epidemicznym pojawianiem się nowych chorób zakaźnych (np. SARS), bioterroryzmem oraz minimalizacja przewidywanych skutków pandemii.
CELE SZCZEGÓŁOWE	Zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne szczególnie niekorzystnie wpływające na ogólną ocenę sytuacji epidemiologicznej oraz wskaźnik umieralności z powodu chorób zakaźnych, takie jak: gruźlica, posocznice, salmonelozy, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, kiła, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka zwiększonej zachorowalności.
	Zlikwidowanie międzywojewódzkich różnic w zapadalności na choroby zakaźne, nie znajdujących uzasadnienia w świetle danych o terytorialnym zróżnicowaniu narażenia populacji.
	Utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia w odniesieniu do chorób objętych zasadą obowiązkowości szczepień oraz szersze propagowanie szczepień zalecanych przez Program Szczepień Ochronnych.
	Wczesne rozpoznawanie chorób zakaźnych i zapobieganie możliwości ich przeniesienia na inne osoby
WSKAŹNIKI	Współczynniki zapadalności na poszczególne choroby zakaźne objęte nadzorem w przeliczeniu na liczbę ludności z uwzględnieniem wieku, płci oraz środowiska (miasto/wieś) i miejsca zamieszkania (województwo, powiat).
	Współczynnik umieralności z powodu chorób zakaźnych ogółem i procentowy udział wybranych chorób zakaźnych w ogólnej liczbie zgonów z powodu tych chorób z uwzględnieniem wieku, płci oraz środowiska (miasto/wieś) i miejsca zamieszkania (województwo).
WYTYCZNE	Zapewnienie właściwej diagnostyki mikrobiologicznej wybranych chorób zakaźnych nie tylko w celach diagnostycznych i terapeutycznych ale także ze względów epidemiologicznych.
	Rozszerzenie zakresu badań przesiewowych, szczególnie w grupach ryzyka, w tym badań kobiet ciężarnych, w celu zmniejszenia ryzyka zachorowań, a tym samym ograniczenia kosztów systemu.
	Utrzymanie dotychczasowego zakresu obowiązkowych szczepień ochronnych (jako minimum) i ewentualne korekty kalendarza szczepień w razie zmian sytuacji epidemicznej, z uwzględnieniem dalszego wyrównywania różnic terytorialnych.
	Racjonalizacja kalendarza szczepień ochronnych (np. szersze korzystanie ze szczepionek wysoce skojarzonych oraz - wzorem innych krajów - rezygnacja z nieskutecznych szczepień przeciw gruźlicy w 12 roku życia itp.).
	Zwiększenie efektywności leczenia chorób zakaźnych, przede wszystkim gruźlicy przez wprowadzenie powszechnego leczenia nadzorowanego, co oprócz poprawy ogólnej sytuacji epidemiologicznej tej choroby ograniczy możliwość rozwijania się szczepów wielolekoopornych.
	Wyprzedzająca organizacja systemu wczesnego ostrzegania, diagnostyki, a także izolacji i hospitalizacji podejrzanych o zachorowanie lub chorych na choroby stanowiące szczególne zagrożenie (np. gorączki krwotoczne, SARS) oraz innych działań przeciwepidemicznych, w tym szczepień.
	Dalszy rozwój sieci nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, z uwzględnieniem szerszego wykorzystania międzynarodowej wymiany informacji,
	Uwzględnienie problematyki związanej ze szczepieniami i chorobami zakaźnymi przez zarządy województw, w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005, co najmniej w tych województwach, które mają wysokie wskaźniki zapadalności na wybrane choroby zakaźne

6. Sytuacja zdrowotna matek i dzieci	
TREND	Zahamowanie tempa spadku umieralności niemowląt oraz dzieci i młodzieży.
CELE PRIORYTETOWE	**Przyspieszenie tempa spadku umieralności niemowląt oraz dzieci i młodzieży w stopniu umożliwiającym zmniejszenie dystansu do krajów Unii Europejskiej.**
	Dalsza poprawa stanu zdrowia matek i dzieci.
CEL SZCZEGÓŁOWY I	Przyspieszenie tempa spadku umieralności niemowląt i umieralności okołoporodowej
WSKAŹNIKI	Umieralność niemowląt ogółem (na 1000 urodzeń żywych)
	Umieralność niemowląt w wieku 0-6 dni(na 1000 urodzeń żywych)
	Umieralność niemowląt w wieku 0-27 dni(na 1000 urodzeń żywych)
	Umieralność niemowląt w wieku powyżej 27 dni(na 1000 urodzeń żywych)
	Umieralność okołoporodowa ogółem (na 1000 urodzeń ogółem)
	Umieralność okołoporodowa przed-śródporodowa(na 1000 urodzeń ogółem)
	Umieralność okołoporodowa poporodowa (na 1000 urodzeń ogółem)
	Umieralność noworodków w wieku 0-27 dni o masie urodzeniowej <1500 g (na 1000 urodzeń żywych)
WYTYCZNE	Realizacja dotychczasowych programów zdrowotnych dotyczących opieki nad noworodkiem, zwłaszcza urodzonym przedwcześnie (program optymalizacji opieki okołoporodowej),
	Umieszczenie w planach co najmniej województw: dolnośląskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego celu szczegółowego dotyczącego przyspieszenia tempa spadku umieralności niemowląt i umieralności okołoporodowej,
	Usprawnienie działania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad noworodkiem.
CEL SZCZEGÓŁOWY II	Usprawnienie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji wybranych wad rozwojowych wrodzonych
WSKAŹNIKI	Umieralność niemowląt z powodu wad rozwojowych wrodzonych (ogółem oraz poszczególne wady lub grupy wad) – na 100000 urodzeń żywych
	Częstość występowania wybranych wad rozwojowych wrodzonych u dzieci do lat 2
	Odsetek noworodków objętych badaniami przesiewowymi w kierunku wybranych wad rozwojowych wrodzonych (np. fenyloketonuria, hipotyreoza, mukowiscydoza, wady dziedziczne)
	Poziom spożycia folianów i częstość przyjmowania kwasu foliowego przez kobiety w wieku 15-49 lat
WYTYCZNE	Umieszczenie w planach województw celu szczegółowego dotyczącego profilaktyki, leczenia i rehabilitacji wybranych wad rozwojowych wrodzonych,
	Realizacja programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki, leczenia i rehabilitacji wybranych wad rozwojowych wrodzonych, a zwłaszcza znanych skutecznych metod działania w zakresie: • pierwotnej profilaktyki wad cewy nerwowej; • profilaktyki chorób dziedzicznych w rodzinach ryzyka - badania molekularne i poradnictwo genetyczne; • badań przesiewowych noworodków
	Stworzenie jednolitego systemu monitorowania celu szczegółowego z uwzględnieniem podziału wojewódzkiego
CEL SZCZEGÓŁOWY III	Poprawa jakości opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i połogiem
WSKAŹNIKI	Odsetek małej masy urodzeniowej (<2500 g) wśród urodzeń żywych (ogółem, według wieku, miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia matki)
	Odsetek urodzeń żywych z porodów przedwczesnych (<37 tygodnia ciąży)
	Odsetek kobiet ciężarnych rozpoczynających opiekę w czasie ciąży w I trymestrze (ogółem, według wieku, miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia matki)
	Odsetek kobiet ciężarnych otrzymujących opiekę w czasie ciąży zgodnie ze standardem Ministerstwa Zdrowia (ogółem, według wieku, miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia matki)
	Częstość hospitalizacji z powodu powikłań w związku z ciążą, porodem i połogiem
	Odsetek urodzeń z bardzo małą masą ciała <1500 g na III poziomie referencyjności szpitali
	Odsetek urodzeń z masą ciała <1000 g na III poziomie referencyjności szpitali
	Odsetek porodów ukończonych za pomocą cięcia cesarskiego
	Odsetek kobiet palących papierosy w poszczególnych trymestrach ciąży

6. Sytuacja zdrowotna matek i dzieci	
WYTYCZNE	Umieszczenie w planach co najmniej województw: łódzkiego, zachodniopomorskiego i opolskiego celu szczegółowego dotyczącego opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i połogiem;
	Realizacja programów zdrowotnych dotyczących opieki w czasie ciąży, ze szczególnym zwróceniem uwagi na opiekę podstawową (program optymalizacji opieki okołoporodowej);
	Stworzenie jednolitego systemu monitorowania celu szczegółowego z uwzględnieniem podziału wojewódzkiego;
	Usprawnienie działania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad kobietą ciężarną
CEL SZCZEGÓŁOWY IV	Zmniejszenie umieralności oraz zachorowalności i zaburzeń rozwojowych u dzieci i młodzieży
WSKAŹNIKI	Odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią w 6 miesiącu życia
	Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19 lat ogółem i z powodu poszczególnych przyczyn lub grup przyczyn (np. choroby zakaźne i pasożytnicze, nowotwory, przyczyny zewnętrzne) (na 100 tys dzieci i młodzieży)
	Częstość hospitalizacji dzieci i młodzieży w wieku 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19 lat ogółem i z powodu wybranych przyczyn
	Częstość nowych przypadków wybranych nowotworów u dzieci i młodzieży
	Częstość hospitalizacji z powodu astmy u dzieci i młodzieży
	Odsetek dzieci w wieku 0-14 lat mieszkających w gospodarstwach domowych, w których pali się papierosy
	Częstość wybranych chorób zakaźnych i pasożytniczych
	Odsetek dzieci zaszczepionych zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień
WYTYCZNE	Realizacja programów zdrowotnych dotyczących poprawy stanu zdrowia dzieci i młodzieży, w zakresie: • promocji karmienia piersią; • opieki zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym;
	Uwzględnienie w planach zdrowotnych województw celu priorytetowego dotyczącego poprawy jakości opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą;
	Opracowanie programu zdrowotnego dotyczącego zapobiegania wypadkom i urazom oraz ich następstwom u dzieci i młodzieży;
	Stworzenie jednolitego systemu monitorowania celu szczegółowego z uwzględnieniem podziału wojewódzkiego
	Usprawnienie działania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

7. Choroby przewlekłe ludzi w podeszłym wieku	
TREND	**Trend zdrowotny -** narastająca częstość chorób przewlekłych, o różnej etiologii, jako zjawisko obserwowane w Polsce i w Europie od ponad 30 lat.
	Trend demograficzny - postępujące i przybierające na sile w ostatniej dekadzie starzenie się społeczeństwa polskiego, podobne do starzenia się populacji w krajach zachodniej i północnej Europy.
CELE PRIORYTETOWE	**Zapewnienie właściwej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku.**
	Wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej ludzi w podeszłym wieku.
WYTYCZNE	Ograniczanie następstw występujących w wyniku procesu "złego" starzenia się populacji, mających wpływ na stan zdrowia, zwłaszcza w przebiegu długotrwałych chorób zapalnych, zwyrodnieniowych i rozrostowych oraz stanach powypadkowych.
	Dostosowanie opieki zdrowotnej szpitalnej i ambulatoryjnej, w tym szczególnie zespołów podstawowej opieki zdrowotnej do wprowadzenia form opieki zespołowej, ciągłej i wszechstronnej dla przewlekle chorych.
	Integracja funkcjonalna opieki zdrowotnej z opieką społeczną w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych, w ramach pomocy domowej i poradnictwa ambulatoryjnego.
	Przyspieszona rekonstrukcja sieci szpitalnej powiększająca liczbę zakładów i miejsc dla przewlekłego leczenia, rehabilitacji i kontrolowanej rekonwalescencji oraz dla prowadzenia opieki paliatywnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej. W tym celu wskazane jest: • przyspieszenie prac mających na celu zwiększenie liczby łóżek przeznaczonych na cele stacjonarnej opieki długoterminowej. Około 10% tych łóżek powinno być użytkowanych dla potrzeb stosowania szpitalnej opieki paliatywnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej**.** • w zakresie struktury i lokalizacji zakładów prowadzących opiekę długoterminową: o na terenie gmin: dla jednej dużej lub wspólnie dla kilku sąsiednich, mniejszych: placówka opieki długoterminowej z opieką medyczną miejscowego ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodka opieki społecznej (ważna bliskość miejsca zamieszkania), o w powiecie lub dla 2-3 sąsiednich powiatów: oddział szpitalny dla przewlekle chorych w składzie: ▪ jednostka lekarsko-pielęgniarska o przedłużonej hospitalizacji i rehabilitacji, ▪ jednostka opieki paliatywnej, o w województwie: oddział o podobnym charakterze w szpitalu wojewódzkim lub miejskim, względnie jeden szpital przeznaczony w całości na opiekę geriatryczną i/lub rehabilitację.
	Uzupełnienie medycznej opieki długoterminowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez pozaresortowe placówki instytucjonalnej opieki socjalnej i niepubliczne zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze oraz hospicja, prowadzone przez organizacje charytatywne, fundacje lub przedsiębiorstwa komercyjne,
	Powiązanie programowo - operacyjne długoterminowej opieki stacjonarnej z podstawową opieką w miejscu zamieszkania, wykorzystujące opiekę poszpitalną oraz odpowiedni zakres opieki domowej medyczno - socjalnej, przy współpracy i z pomocą administracji samorządowej i organizacji pozarządowych (obywatelskich),
	Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia nowocześnie wymaganego postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego. Proponuje się szkolić lekarzy i pielęgniarki w dziedzinie geriatrii oraz medycyny paliatywnej i opieki paliatywnej,
	Prowadzenie badań poznawczo - użytkowych nad rodzajem i skalą potrzeb zdrowotnych i społecznych wiążących się ze stanem zdrowia i warunkami życia osób w wieku 65 lat i więcej, ze specjalnym uwzględnieniem grupy najstarszych wiekiem (ponad 75 lat lub 80 lat).

8. Choroby reumatyczne	
TRENDY	Wzrost zapadalności na choroby zwyrodnieniowo-zniekształcające stawów na skutek starzenia się społeczeństwa;
	Występowanie wczesnego inwalidztwa u chorych na zapalne choroby stawów (z powodu zbyt późnego diagnozowania i podejmowania właściwej terapii)
CEL PRIORYTETOWY	**Ograniczenie liczby trwałych powikłań występujących przy niekorzystnym przebiegu schorzeń reumatycznych.**
CELE SZCZEGÓŁOWE	Zwiększenie liczby wczesnych rozpoznań chorób reumatycznych ze szczególnym uwzględnieniem reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia rumieniowatego trzewnego, spondyloartropatii seronegatywnych, zespołu Sjogrena i reaktywnych chorób stawów.
	Wczesne rozpoczynanie leczenia hamującego postęp danej choroby reumatycznej przy uwzględnieniu przeciwwskazań i właściwym dalszym monitorowaniu choroby,
	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych rehabilitacyjnych w pobliżu miejsca zamieszkania,
	Opieka nad kobietą ze schorzeniem reumatycznym w okresie ciąży i po porodzie.
WYTYCZNE	Opracowanie diagnozy stanu epidemiologicznego schorzeń reumatycznych w Polsce na podstawie liczby i rodzaju hospitalizacji z powodu tych chorób wg klasyfikacji ICD oraz analizy przyczyn rent przyznawanych w Polsce u osób z tymi schorzeniami,
	Przeprowadzenie badań epidemiologicznych na reprezentatywnej populacji osób (w wybranym regionie) z uwzględnieniem kosztów zaniechania leczenia wskutek zbyt późnej diagnostyki lub niemożności udzielenia właściwych świadczeń leczniczych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną,
	Oszacowanie rocznej liczby chorych wymagających stosowania nowoczesnych metod terapeutycznych w zakresie zapalnych chorób stawów w tym leczenia biologicznego (szybki postęp farmakoterapii reumatoidalnego zapalenia stawów i innych zapalnych chorób stawów, wymaga uwzględnienia dostępu do nowych metod terapeutycznych tj. leków modyfikujących przebieg choroby i leków biologicznych),
	Przeanalizowanie możliwości stworzenia krajowego rejestru częściej występujących chorób reumatycznych na podłożu zapalnym (w tym reumatoidalnego zapalenia stawów, uogólnionych chorób tkanki łącznej, zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapaleń naczyń oraz osób potencjalnie kwalifikowanych do endoprotezowania stawów kolanowych lub biodrowych),
	Stałe kształcenie lekarzy rodzinnych w zakresie rozpoznania i leczenia chorób reumatycznych,
	Rozwój ambulatoryjnej wczesnej diagnostyki i terapii chorób reumatycznych ze szczególnym uwzględnieniem reumatoidalnego zapalenia stawów i spondyloartropatii seronegatywnej,
	Rozwój współpracy reumatologa i ginekologa w przypadku kobiet ze schorzeniami reumatycznymi i zespołem antyfosfolipidowym, mogącym być przyczyną częstej utraty ciąży,
	Poprawa funkcjonowania sieci ośrodków fizykoterapeutycznych i rehabilitacyjnych w stopniu umożliwiającym utrzymanie odpowiedniej sprawności chorych
	Uwzględnienie problematyki związanej z chorobami reumatologicznymi przez zarządy województw, w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005.

9. Zaburzenia psychiczne	
TREND	Wzrost w latach 1996-2001 rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych rejestrowanych zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i opiece całodobowej.
CELE PRIORYTETOWE	Zmniejszenie zachorowalności lub (i/albo) niepełnosprawności lub (i/albo) umieralności związanych z: o zaburzeniami afektywnymi, zwłaszcza depresjami, o zaburzeniami schizofrenicznymi, o zaburzeniami otępiennymi, o zaburzeniami psychicznymi związanymi z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.
	Promocja zdrowia psychicznego, której celem jest tworzenie warunków sprzyjających nabywaniu przez ludzi umiejętności kontrolowania i wpływania na własne zdrowie.
	Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy i opieki niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel ten będzie realizowany w ramach opieki zdrowotnej i innych form pomocy, przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W szczególności poprzez zwiększenie zakresu działań podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy rodzinnych), a także jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, edukacji, stowarzyszeń pozarządowych i innych form pomocy. Istotną częścią tego systemu jest stworzenie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
WYTYCZNE	Zapewnienie poprawy dostępności do świadczeń poprzez zwiększenie liczby psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych, pracowników socjalnych, pielęgniarek, terapeutów zajęciowych, specjalistów i instruktorów terapii odwykowej oraz kwalifikowanych psychoterapeutów.
	Zapewnienie poprawy dostępności dzięki zróżnicowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych, dzieci i młodzieży, uzależnionych od alkoholu, uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych i współuzależnionych w zakresie opieki środowiskowej, tj. poradni zdrowia psychicznego, psychiatrycznych oddziałów dziennych dla dorosłych, w tym dla osób z zaburzeniami nerwicowymi, dla dzieci, odwykowych i psychiatrycznych oddziałów (zespołów) leczenia środowiskowego,
	Doprowadzenie w opiece całodobowej do: o zapewnienia równomiernej dostępności do podstawowych świadczeń psychiatrycznych, w jak najmniejszej odległości od miejsca zamieszkania pacjentów, o tworzenia oddziałów psychiatrycznych, odwykowych i oddziałów dla dzieci i młodzieży przy szpitalach ogólnych w rejonach nie spełniających wyżej wymienionych warunków, o zmniejszenia liczby łóżek psychiatrycznych w dużych szpitalach do maksimum 350, o utworzenia wyspecjalizowanych form całodobowej opieki psychiatrycznej, przede wszystkim przez zorganizowanie w dużych szpitalach oddziałów/zakładów: psychogeriatrycznych, rehabilitacyjnych, leczenia zaburzeń nerwicowych, opiekuńczo-leczniczych bądź pielęgnacyjno-opiekuńczych, form zakwaterowania chronionego (np. hosteli), o utworzenia zakładów/oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla wykonywania środka zabezpieczającego (art. 201 § 3 kkw) i dla obserwacji sądowo-psychiatrycznej osób pozbawionych wolności (art. 203 § 5 kpk), zgodnie z zapisami rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia wynikającymi z delegacji zawartych w wyżej wymienionych artykułów kodeksu karnego wykonawczego i kodeksu postępowania karnego
	Uwzględnienie problematyki zaburzeń psychicznych przez zarządy województw w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2005, co najmniej województw o najwyższej zapadalności na te zaburzenia.

10. Obszary szczególnego zagrożenia	
CEL PRIORYTETOWY	Zmniejszenie umieralności w powiatach uznanych za obszary szczególnego zagrożenia
WSKAŹNIKI STANU ISTNIEJĄCEGO	W analizie zostaną wykorzystane *standaryzowane współczynniki zgonów*, co pozwoli na porównanie jednostek terytorialnych zamieszkałych przez społeczności o zróżnicowanej strukturze demograficznej; Opracowywanie standaryzowanych współczynników zgonów na podstawie danych pochodzących z kilku kolejnych lat pozwoli ustalić, które powiaty należą do najbardziej zagrożonych.
ETAPY PRAC	Ustalenie powiatów, które należy uznać za obszary szczególnego zagrożenia.
	Przeprowadzenie szczegółowej analizy przyczyn i liczby zgonów na obszarze poszczególnych powiatów.
	Wybór powiatów do realizacji programu.
	Opracowanie programu działania dla poszczególnych powiatów.

11. Efektywność leczenia.	
CEL PRIORYTETOWY	**Poprawa efektywności programów profilaktycznych i świadczeń wysokospecjalistycznych .**
CEL SZCZEGÓŁOWY I	Zapewnienie dostępności do nowych, wysoce korzystnych technologii medycznych. (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)
WSKAŹNIKI	Określenie budżetu przeznaczonego dla testowania nowych technologii,
	Opracowanie zestawu wymogów i procedury wyboru technologii do pilotażowego wdrożenia oraz zasady ich testowania,
	Uwzględnienie w procedurze konieczności określania przez oferenta potencjalnych pozytywnych i negatywnych skutków dla pacjentów, w oparciu o wyniki dotychczasowych badań klinicznych oraz zasadę weryfikowania tych szacunków przez niezależnego eksperta oceny technologii,
	Uwzględnienie w procedurze konieczności opracowania przez realizatora wewnętrznego standardu (algorytmu lub ścieżek opieki) obejmującego wskazania do zastosowania technologii obowiązujących w okresie testowania i szczegółowy sposób postępowania,
	Uwzględnienie w procedurze prowadzenia rejestru pacjentów i rejestru kosztów pod nadzorem zewnętrznego, niezależnego oceniającego,
	Stosowanie w praktyce wskaźników jak wyżej,
	Prowadzenie okresowej oceny kompletności stosowania wskaźników.
WYTYCZNE	Propozycje nowych technologii medycznych powinny być zgłaszane Ministrowi Zdrowia przez zainteresowane środowiska akademickie na konkurs ofert w jednolitej, standardowej formie umożliwiającej dokonanie porównań. Decyzja o ustanowieniu programu testowania nowej technologii powinna być podejmowana po dokonaniu przy pomocy ekspertów niezależnych od wykonawców, weryfikacji potencjalnej efektywności. Warunkiem uruchomienia programu powinno być opracowanie i wdrożenie przez wykonawcę standardu, algorytmu postępowania bądź ścieżek opieki dla poszczególnych grup pacjentów. Dokumentacja realizacji programu powinna obejmować rejestr pacjentów pozwalający na określenie dla każdego pacjenta wskazań do zastosowania testowanej technologii, zakresu wykonanych procedur, wykonawców, efektów bezpośrednich i odległych tak pozytywnych jak i negatywnych. Rejestracji będą też podlegały koszty generowane przez program. Rejestr pacjentów i rejestr kosztów powinien być prowadzony przez niezależnego, zewnętrznego ewaluatora wskazanego przez Ministra przy rozstrzyganiu o ustanowieniu programu.
CEL SZCZEGÓŁOWY II	Poprawienie wydajności i jakości szczególnie drogich technologii. (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)
WSKAŹNIKI	Wyróżnienie wśród świadczeń wysoko-specjalistycznych, tych, które charakteryzuje szczególnie wysoka kosztochłonność,
	Wprowadzenie zasady finansowania jedynie tych świadczeń, dla których opracowano jednoznaczne kryteria kwalifikacji i dyskwalifikacji,
	Udostępnienie środowisku lekarskiemu powyższych kryteriów kwalifikacji i dyskwalifikacji w postaci osobnej strony internetowej,
	Przeprowadzenie niezależnej analizy opłacalności technologii medycznych w odniesieniu do tych świadczeń,
	Prowadzenie rejestru pacjentów pozwalającego na ocenę kwalifikacji (zasadności), sposobu wykonania oraz jakości wyników bezpośrednich i odległych,
	Prowadzenie rejestru pacjentów przez jednostkę podległą Ministrowi, niezależną od wykonawcy świadczeń i nie będącą wykonawcą innych analogicznych świadczeń,
	Wykonywanie rocznych raportów przez jednostkę prowadzącą rejestry pacjentów I udostępnianie ich wykonawcom świadczeń.
WYTYCZNE	W oparciu o przesłanki ekonomiczne powinno zostać wyróżnionych 15% - 25% najdroższych spośród finansowanych świadczeń wysokospecjalistycznych. Tworząc listę świadczeń szczególnie kosztownych należy dążyć do oszacowania wszystkich kosztów medycznych z perspektywy płatnika w horyzoncie czasowym, co najmniej jednego roku.

11. Efektywność leczenia.	
	Finansowanie należy uzasadnić od przedstawienie przez wykonawców kryteriów kwalifikujących i dyskwalifikujących. Kryteria powinny być poddane zewnętrznej ocenie, osoby niezależnej od wykonawcy pod kątem poziomu obiektywności kryteriów.
	Należy stworzyć i zapewnić środowisku lekarskiemu w Polsce możliwie wyczerpującą informację o dostępie do świadczeń wysokospecjalistycznych – poczynając od świadczeń najdroższych.
	Należy opracować harmonogram i zgodnie z nim zlecać stopniowo opracowywanie przez ekspertów w ocenie technologii medycznych, niezależnych od wykonawców świadczenia (wprowadzić zasadę obligatoryjności ujawniania konfliktu interesów) analiz kosztów - efektywności.
	Należy zlecić opracowanie a następnie prowadzenie rejestru pacjentów, przez niezależną od wykonawców świadczenia jednostkę doświadczoną w zagadnieniach monitorowania zewnętrznego, nad którą Minister Zdrowia może sprawować nadzór.
CEL SZCZEGÓŁOWY III	Wprowadzenie preferencji dla świadczeń przynoszących duże korzyści zdrowotne (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)
WSKAŹNIKI	Wprowadzenie jednolitych formularzy aplikacji dla oferentów świadczeń wysokospecjalistycznych obejmujących prezentację wyników dotychczasowych badań dotyczących efektów pozytywnych i negatywnych świadczenia;
	Wprowadzenie zasady, iż stale mogą być odnawiane aplikacje i zgłaszane nowe propozycje świadczeń finansowanych indywidualnie jako procedury wysokospecjalistyczne;
	Przyjęcie zasady zlecania, niezależnej od wykonawców, zewnętrznej weryfikacji aplikacji z oceną na podstawie zasad EBM danych i wniosków przedstawianych w aplikacjach;
	W przypadku rozbieżności w ocenach stosowanie wzajemnej konfrontacji;
	Wprowadzenie ujednoliconego modelu liczenia kosztów realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych pozwalającego na porównanie świadczeń;
	Wprowadzenie zasady porównywania użyteczności poszczególnych świadczeń.
WYTYCZNE	Opracować definicję świadczenia wysokospecjalistycznego;
	Na podstawie wyników programu Banku Światowego realizowanego na zlecenie Ministra Zdrowia, należy rozwinąć formularz oceny dla oceny świadczeń wysokospecjalistycznych.
	Minister Zdrowia jako główny regulator systemu ochrony zdrowia powinien dysponować możliwością uzyskiwania niezależnej oceny poszczególnych rodzajów świadczeń wysokospecjalistycznych poprzez powierzenie tych zadań podległym mu jednostkom, w szczególności nie będącym realizatorami świadczeń.
CELE SZCZEGÓŁOWE	Zapewnienie priorytetu dla bezpiecznych warunków udzielania świadczeń. (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)
WSKAŹNIKI	Wprowadzenie zasady preferowania wykonawców posiadających aktualny certyfikat ISO lub (i/albo) akredytację;
	Określenie minimalnego poziomu umiejętności i doświadczenia personelu wykonującego świadczenie;
	Określenie, jaki rodzaj zaplecza jest istotny dla bezpieczeństwa udzielania świadczeń danego typu;
	Określenie poziomu doświadczenia (nie monopolizujące) i warunków bezpieczeństwa dla danego typu świadczenia dokonywane jest przez przedstawicieli wykonawców świadczenia z udziałem niezależnych ekspertów od spraw jakości opieki medycznej;
	Posiadanie doświadczenia i możliwości szybkiego użycia określonego zaplecza jest brane pod uwagę w typowaniu wykonawców świadczeń;
	Wprowadzenie zasady zgłaszania i rejestrowania przez placówkę niezależną, przypadków poważnych skutków niepożądanych, błędów w postępowaniu oraz wypadków zagrażających bądź powodujących szkody u pacjenta;
	Wprowadzenie systemu analizy przyczyn błędów i wypadków oraz poszukiwania rozwiązań mających na przyszłość zabezpieczyć przed analogicznym zdarzeniem. Upowszechnianie wypracowanych rozwiązań wśród placówek medycznych, których to dotyczy.

11. Efektywność leczenia.	
W**YTYCZNE**	Należy określić jednostkę, posiadającą doświadczenie w monitorowaniu zewnętrznym, której winna zostać powierzona rola koordynowania przygotowania i ostatecznego opracowania wymogów bezpieczeństwa udzielania świadczeń we współpracy z wykonawcami reprezentowanymi przez konsultantów krajowych i prezesów odpowiednich kolegiów specjalistów (w przypadku ich braku prezesów towarzystw naukowych).
	Należy wprowadzić jednolity system punktowania uwzględniający: o posiadanie przez placówkę medyczną certyfikatu ISO lub (i/albo) akredytacji, o poziom spełnienie wymogów doświadczenia personelu, o zabezpieczenie na wypadek powikłań, o deklarację udziału w systemie zgłaszania poważnych skutków niepożądanych, błędów i wypadków;
	Zgłaszanie błędów i wypadków może wzbudzać pewne obawy przed ewentualną odpowiedzialnością cywilną lub karną. Na skutek realizacja tego celu może być poważnie utrudniona. W związku z tym należy wypracować odpowiednie rozwiązania przeciwdziałające powstaniu tego rodzaju sytuacji.
CEL SZCZEGÓŁOWY V	Wzmacnianie współdziałania różnych specjalistów i świadczeniodawców. (dziedzina – świadczenia wysokospecjalistyczne)
WSKAŹNIKI	Opracowanie i ogłoszenie zachęt do zgłaszania programów przez współpracujących świadczeniodawców;
	Ustanowienie i wdrożenie wskaźników oceny efektywności współdziałania w osiąganiu celu świadczenia.
WYTYCZNE	Przyjęcie i przestrzeganie zasady wzmacniania współdziałania różnych specjalistów przy ustanawianiu programów finansowania świadczeń wysoko-specjalistycznych. Ustanowienie wskaźników efektywności współdziałania wymaga testowania. W oparciu o zebrane doświadczenie należy opracować dopiero wskaźniki docelowe.
CEL SZCZEGÓŁOWY VI	poprawa efektywności programów profilaktycznych
WSKAŹNIKI	Opracowanie jednolitego formularz zgłoszenia pozwalającego na ocenę spodziewanej efektywności programu przez niezależnego weryfikatora;
	Wprowadzenie zasady przeprowadzania oceny potencjalnej efektywności proponowanego programu profilaktycznego przez niezależnego weryfikatora doświadczonego w ocenach technologii medycznych;
	Ocena wyników programu nie przy pomocy sprawozdania wykonawcy ale przez zewnętrznego w stosunku do wykonawcy podmiotu oceniającego mającego doświadczenie w zakresie prowadzenia rejestrów pacjentów
WYTYCZNE	Analiz efektywności programów przesiewowych nie można ograniczać do oceny zdolności samego testu do wykrywania zmiany patologicznej. Konieczne jest udowodnienie lub, co najmniej uprawdopodobnienie, iż zastosowanie testu spowoduje poprawę zdrowia (np. przeżywalności) poddanych przesiewowi w porównaniu do nie uczestniczących w nim. Wstępnej ocenie, przed podjęciem decyzji o wyborze programu profilaktycznego powinny podlegać zarówno korzystne jak i niekorzystne aspekty proponowanych świadczeń profilaktycznych. Oszacować należy ryzyko związane z testem przesiewowym oraz z weryfikacją fałszywie dodatnich wyników tego testu. Przy programach skierowanych do populacji o niskim ryzyku występowania schorzenia należy spodziewać się znacznej przewagi wyników fałszywie dodatnich nad prawdziwie dodatnimi. Wybór programów profilaktycznych winien opierać się na konkursie ofert. Dla ich prowadzenia niezbędne jest opracowanie jednolitego formularza aplikacji, uwzględniającego takie dane, które pozwolą na wstępną ocenę spodziewanych korzyści. Dane przedstawione przez oferenta winny być ocenione przez niezależnego weryfikatora posiadającego doświadczenie w wykonywaniu ocen technologii medycznych.
	Należy wprowadzić wymóg prowadzenia elektronicznego rejestru pacjentów uczestniczących w programie profilaktycznym oraz poddawania go analizie przez jednostkę niezależną od wykonawcy programu.

Część IV - Realizacja i monitorowanie Narodowego Planu Zdrowotnego

W roku 2004 będą prowadzone prace mające na celu:

- realizację przyjętych ustaleń w Narodowym Planie Zdrowotnym,
- dalsze prace nad Narodowym Planem – aktualizacja Planu.

1. Realizacja ustaleń Narodowego Planu

Koordynacją i monitorowaniem prac dotyczących realizacji Narodowego Planu zajmie się powołany przez Ministra Zdrowia Międzydepartamentalny Zespół do spraw Realizacji Narodowego Planu Zdrowotnego. Zespół ten będzie zobowiązany do:

- opracowania swoich zadań w zakresie realizacji ustaleń przyjętych w Narodowym Planie,
- opracowania harmonogramu realizacji zadań,
- realizacji zadań we współpracy z podmiotami zajmującymi się poszczególnymi problemami uwzględnionymi w Narodowym Planie,
- prowadzenia monitoringu prac wykonywanych przez podmioty odpowiadające za realizację wytycznych działania,
- składanie Ministrowi Zdrowia kwartalnych sprawozdań z realizacji Narodowego Planu.

Część podmiotów odpowiedzialnych za realizację Narodowego Planu nie podlega Ministrowi Zdrowia (np. zarządy województw), dlatego z formalnego punktu widzenia wytyczne adresowane do tych podmiotów mają niewiążący dla nich charakter. Zapewnienie skutecznej realizacji tych wytycznych będzie więc wymagało stosowania środków niewładczych.

2. Dalsze prace nad Narodowym Planem

Konieczność wprowadzenia zmian w Narodowym Planem wynika z następujących przesłanek:

- kroczącego charakteru Narodowego Planu Zdrowotnego,

- potrzeby corocznego uwzględnienia w nim zmian zachodzących w wojewódzkich planach zdrowotnych i planie zdrowotnym dla służb mundurowych, a także nowych ustaleń Unii Europejskiej oraz rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia,
- konieczności pogłębienia i rozszerzenia części diagnostycznej Planu,
- rozwinięcia części metodologicznej procesu planowania oraz uzupełnienia listy celów priorytetowych i szczegółowych.

W części dotyczącej kontynuacji prac wymieniono zagadnienia, które mają być uwzględnione w dalszych pracach nad planem. Lista ta nie jest zamknięta.

Dalsze propozycje w tym zakresie zgłoszone przez Zespół Koordynacyjny zostaną uwzględnione w Narodowym Planie po ich wcześniejszym zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Prace nad planem będą prowadzone przez Zespół Koordynacyjny we współpracy z departamentami merytorycznymi Ministerstwa Zdrowia, Krajowymi Konsultantami, wybranymi instytutami naukowo-badawczymi, akademiami medycznymi, a także samorządami terytorialnymi.

Zadania Zespołu Koordynacyjnego będą analogiczne do wymienionych wyżej zadań Międzydepartamentalnego Zespołu Ministerstwa Zdrowia, odpowiedzialnego za realizację Narodowego Planu. Do jego obowiązków będzie należało w szczególności:

- opracowanie propozycji zadań, które będą realizowane w roku 2004 w zakresie nowych obowiązków,
- opracowanie harmonogramu realizacji zadań,
- realizacja zadań,
- składanie Ministrowi Zdrowia kwartalnych sprawozdań z realizacji Narodowego Planu.

Między Zespołem Koordynacyjnym a Międzydepartamentalnym Zespołem Ministerstwa Zdrowia konieczna będzie ścisła współpraca.

Część V - Kierunki dalszych prac nad Narodowym Planem Zdrowotnym

Wprowadzenie

Dalsze prace nad Narodowym Planem będą dotyczyły zarówno uzupełnienia listy celów priorytetowych i szczegółowych uwzględnionych dotychczas jak i nowych problemów, którym w Części II tej wersji Planu nie poświęcono uwagi.

W części tej zostały przedstawione ważne problemy zdrowotne, które muszą być uwzględnione w Narodowym Planie Zdrowotnym, gdyż obecnie i w przyszłości będą stanowić poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego oraz opieki zdrowotnej nie tylko w kraju, ale także w większości państw uprzemysłowionych. Do problemów tych należą przede wszystkim:

- zespół uzależnienia od tytoniu (palenia),
- otyłość,
- nadciśnienie,
- hipercholesterolemia,
- cukrzyca,
- okres terminalny postępujących chorób przewlekłych.

Poniżej przedstawiono charakterystykę każdego z tych problemów, by następnie określić prace, które należy wykonać w celu ich uwzględnienia w Narodowym Planie.

Ponadto w dalszych pracach zostaną uwzględnione następujące problemy, które nie zostały szczegółowo przedstawione. Należą do nich:

- choroby układu trawiennego (jedna z głównych przyczyn umieralności w Polsce)
- choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa i narządu ruchu (w obecnej wersji Narodowego Planu Zdrowotnego uwzględniono choroby reumatyczne),
- choroby naczyń obwodowych,
- alergie,

- stany nagłych zagrożeń zdrowia lub życia (częściowo problematyka uwzględniona w rozdziale Przyczyny zewnętrzne)

W Narodowym Planie zostanie uwzględniona także problematyka transplantacji tkanek i narządów, ze względu na swoje istotne znaczenie w procesie leczenia.

Za konieczne należy uznać też podjęcie prac nad poprawą statystyki publicznej jako podstawy planowania w ochronie zdrowia.

1 Zespół uzależnienia od tytoniu (palenia)

1.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia

Aktywne palenie tytoniu (inhalacja dymu tytoniowego, w którym zawartych jest 4000 związków chemicznych, w tym 40 o działaniu rakotwórczym) jest najpoważniejszym czynnikiem zagrożenia zdrowia Polaków. Wynika to z wielkości ekspozycji oraz długości ekspozycji na dym tytoniowy (palenie papierosów polskiej populacji). Szacuje się, że na początku XXI wieku pali w Polsce około 9 milionów Polaków, jednocześnie około 4,5 miliona Polaków to ekspalacze (tzn. populacja, która często przez wiele lat przed rzuceniem palenia była eksponowana na czynniki toksyczne dymu tytoniowego). Obecnie pali około 40% dorosłych mężczyzn i około 25% dorosłych kobiet. U około połowy z nich występują objawy zespołu uzależnienia od tytoniu, schorzenia opisanego w X. Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rocznie Polacy wypalają około 90 miliardów papierosów. Około 4 miliony z codziennych palaczy ma ekspozycję na dym tytoniowy dłuższą niż 20 lat, średnio 20 papierosów dziennie. Szacuje się, że z powodu chorób wynikających z ekspozycji na dym tytoniowy (aktywnego palenia) corocznie przedwcześnie umiera w Polsce około 70 tysięcy Polaków. Nowotwory złośliwe płuca, przewlekła obturacyjna choroba płuc czy choroba Bürgera występuje prawie wyłącznie u palaczy tytoniu. Szacuje się, że wszystkie pozostałe czynniki przyczynowe stanowią 10-15% ryzyka przypisanego (ang. attributable risk) dla tych schorzeń w Polsce. Ekspozycja na dym tytoniowy prowadzi po pierwsze do chorób nowotworowych, 14 z chorób nowotworowych jest przyczynowo związanych z ekspozycją na dym tytoniowy. WHO szacuje, że ponad 60% nowotworów złośliwych u mężczyzn w średnim wieku (39-69)

wynika z inhalacji dymu papierosowego. Według badań MONICA szacuje się, że około 40% zawałów mięśnia sercowego (i innych chorób naczyniowych) jest przyczynowo związane z inhalacją dymu tytoniowego. Polska stale wyróżnia się niezwykle wysokim poziomem zarówno chorób nowotworowych wywołanych inhalacją dymu tytoniowego a także chorób układu krążenia (u palaczy inhalacja dymu tytoniowego jest najwyższym czynnikiem ryzyka tych schorzeń).

Mimo istotnego postępu, który został dokonany w ostatnich dziesięcioleciach (spadek częstości palenia tytoniu przez dorosłych mężczyzn z ponad 60% na początku lat 80- tych do 40% obecnie, a u kobiet z 30% do 25% obecnie) aktywna inhalacja dymu tytoniowego jest stale najpoważniejszym problemem zdrowia w Polsce. Z tego powodu szczególnie ważne jest podjęcie działań mających doprowadzić do zwiększania odsetka populacji osób nigdy nie palących oraz wdrażania programu zdrowotnego leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu występującego u obecnych palaczy (szczególnie w kardiologii, pulmonologii, ginekologii i pediatrii).

1.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym

Aby uwzględnić problem uzależnienia od tytoniu w Narodowym Planie Zdrowotnym należy wykonać prace w zakresie:

- **Diagnozy istniejącego stanu.** Należy między innymi określić: aktualny społeczno-demograficzny obraz zjawiska, trendy czasowe w Polsce w porównaniu z trendami międzynarodowymi, (w szczególności w krajach Unii Europejskiej), główne determinanty i mechanizmy uzależnienia od tytoniu, a także diagnozę aktualnego stanu lecznictwa w tej dziedzinie i potrzeb z nim związanych:
    - Celem priorytetowym jest zmniejszenie odsetka Polaków uzależnionych od tytoniu oraz wzrost odsetka ekspalaczy. Pozwoli to na szybkie zmniejszenie ryzyka zachorowalności i umieralności na: schorzenia odtytoniowe u osób intensywnie i długotrwale palących tytoń, otyłość oraz jej powikłania.
    - Istnieje potrzeba opracowania dużych programów badawczych, zarówno populacyjnych jak i kliniczno-kontrolnych, obejmujących różne grupy ryzyka oraz różne sposoby leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, również w formie skojarzonej.

- Nawiązanie stałej współpracy i koordynacja działań diagnostycznych i terapeutycznych z wiodącymi ośrodkami na świecie, w tym w krajach Unii Europejskiej oraz organizacjami międzynarodowymi, w szczególności WHO zajmującymi się leczeniem uzależnienia od tytoniu.

- **Prac planistycznych** w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (opracowanie priorytetowych i szczegółowych celów, opracowanie wytycznych działania). Prowadzenie prac planistycznych wymaga:
  - powołania grupy roboczej mającej na celu opracowanie priorytetowych i szczegółowych celów w dziedzinie leczenia uzależnienia od tytoniu, zalecanej strategii działań w tym zakresie oraz procedur diagnostycznych i terapeutycznych,
  - skoordynowania działań w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu poprzez zorganizowanie szkoleń specjalistycznych w tej dziedzinie dla lekarzy i pielęgniarek oraz stworzenie ogólnopolskiej sieci specjalistycznych poradni leczenia uzależnienia od tytoniu,
  - leczenia uzależnienia od tytoniu należy uwzględnić w katalogu procedur medycznych lub interwencyjnych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2.Otyłość

2.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia

Otyłość może być zdefiniowana jako stan, w którym w organizmie dochodzi do zgromadzenia tkanki tłuszczowej w stopniu zagrażającym zdrowiu. Otyłość wiąże się ze znacznie większą liczbą powikłań metabolicznych (takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej). Nadwaga i otyłość oraz chorobowość i śmiertelność z nimi się wiążąca stanowią poważne zagrożenie zdrowotne w Polsce, którego rozmiar stale i szybko rośnie. Otyłość ma bardzo istotny wpływ na zwiększenie ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Otyłości najczęściej towarzyszą zaburzenia gospodarki lipodowej (podwyższenie stężenia w surowicy trójglicerydów, cholesterolu całkowitego i lipoprotein LDL, jak również obniżenie lipoprotein HDL). Otyłość również znacząco sprzyja występowaniu i rozwojowi nadciśnienia tętniczego i wielokrotnie zwiększa

ryzyko cukrzycy typu 2. Oprócz zaburzeń metabolicznych i ze strony układu sercowo-naczyniowego nadmierna masa ciała prowadzi do wielu innych, negatywnych następstw zdrowotnych, które dotyczą układu oddechowego, układu kostno-stawowego i mają znaczący wpływ na obniżenie jakości życia. Otyłość ponadto zwiększa całkowite ryzyko śmierci.

Nawet przyjmując zachowawczą wartość wskaźnika masy ciała BMI w zakresie 30 kg/m^2 jako granicę otyłości jej częstość zbliża się w Polsce do 30%. W grupie osób z nadwagą przeważają raczej mężczyzn, natomiast otyłość dotyczy bardziej kobiet. W Polsce brakuje dużych badań nad epidemiologią otyłości, w tym dotyczących zróżnicowania regionalnego. Z programów zapobiegania chorobom układu krążenia (POL-MONICA) wynika, że w populacji warszawskiej nadwagę ma 45% mężczyzn i 35% kobiet, a otyłość 22% mężczyzn i 29% kobiet. Inne badania wskazują, że w populacji wiejskiej 36% kobiet i 10% mężczyzn ma otyłość. Ostatnie raporty Światowej Organizacji Zdrowia na temat otyłości wykazały, że w krajach rozwiniętych prawie połowa ludzi ma nadwagę i otyłość, a trzy czwarte ma takie predyspozycję. Otyłość jest szczególnie rozpowszechniona w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i USA (około 30%), najmniej w Japonii, Chinach, Australii i Nowej Zelandii (<5%). Według ostatniego raportu Europejskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością ponad 50% Europejczyków w przedziale wieku 35-56 lat ma nadwagę lub otyłość, natomiast w wieku 55-74 lat otyłość występowała u 23,6% kobiet i 9,8% mężczyzn. Ponad 38% mężczyzn i 37% kobiet w tej grupie prowadzi siedzący tryb życia. Raport tego Towarzystwa podkreśla, że w ostatniej dekadzie populacja osób otyłych zależnie od kraju rosła o 10-15%. Szczególnie niepokojący jest stały wzrost otyłości wśród dzieci i młodzieży. Należy oczekiwać, że wraz z narastaniem niekorzystnych trendów cywilizacyjnych w zakresie zmian stylu życia - zmniejszona aktywność fizyczna, nieprawidłowy sposób odżywiania - w ciągu najbliższych lat w Polsce może dojść do dalszego zwiększenia częstości występowania otyłości, jej następstw i powikłań.

2.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym

Aby uwzględnić dany problem w Narodowym Planie Zdrowotnym należy wykonać prace w zakresie:

- **diagnozy istniejącego stanu** (w tym: określenia wieloletnich trendów w kraju lub (i/albo) na świecie):

- Celem priorytetowym jest ograniczenie zapadalności na otyłość oraz jej powikłania. Z uwagi na wagę problemu otyłości i jej powikłań w Polsce istnieje konieczność zaplanowania i realizacji długoterminowych działań mających na celu prewencję otyłości i jej powikłań.
- Stworzenie całościowych programów badawczych obejmujących duże grupy i różne populacje mieszkańców Polski, mających na celu określenie częstości występowania otyłości jej powikłań i następstw oraz sposobu odżywiania.
- Stała współpraca i koordynacja działań profilaktyczno-terapeutycznych z programami w krajach Unii Europejskiej i odpowiednimi jednostkami WHO zajmującymi się otyłością.
- Skoordynowanie działań w zakresie zapobiegania i leczenia otyłości poprzez stworzenie specjalistycznych poradni leczenia otyłości oraz szkolenie personelu medycznego, a szczególnie lekarzy rodzinnych w zakresie zapobiegania, diagnostyki i terapii otyłości i jego powikłań.

- **prac planistycznych** (opracowanie priorytetowych i szczegółowych celów, opracowanie wytycznych działania):
  - Należy powołać grupy robocze mające na celu:
    - określenie czynników ryzyka związanych z otyłością i jej powikłaniami i ich następstwami oraz poznanie możliwości przeciwdziałania otyłości w poszczególnych grupach wiekowych i społecznych,
    - aktywne przeciwdziałanie niekorzystnym zmianom cywilizacyjnym w zakresie diety jak i wysiłku fizycznego,
    - informowanie i edukację o zagrożeniach zdrowotnych otyłości i propagowanie zachowań prozdrowotnych w środkach masowego przekazu i szkolnictwie,
    - opracowanie właściwego modelu postępowania profilaktycznego, diagnostycznego i terapeutycznego otyłości i jej powikłań dla wszystkich grup wiekowych.

3. Hiperlipidemia

3.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia

Do najważniejszych czynników ryzyka chorób układu krążenia oprócz palenia papierosów, nadciśnienie tętniczego i otyłości zalicza się podwyższony poziom cholesterolu. Przeprowadzone w latach ubiegłych badania przekrojowe w kilku populacjach różnych regionów Polski wykazały znaczne odstępstwa od zasad prowadzenia zdrowego trybu życia i odżywiania. Aż u 70% mężczyzn i 67% kobiet stwierdzono zaburzenia gospodarki lipidowej (cholesterol>200 mg/dl).

Polska cechuje się wysoką umieralnością na chorobę niedokrwienną serca, co pozostaje w bezpośrednim związku z rozpowszechnieniem czynników ryzyka. Już od lat 50-tych wiadomo o możliwości zredukowania częstotliwości występowania epizodów choroby niedokrwiennej serca poprzez modyfikację spożycia tłuszczów, szczególny nacisk kładzie się na spożycie tłuszczu ogółem, nasyconych i nienasyconych kwasów tłuszczowych oraz samego cholesterolu. Żywienie sprzyjające profilaktyce miażdżycy powinno cechować się niskim spożyciem nasyconych kwasów tłuszczowych, cholesterolu i sodu, a wysokim spożyciem błonnika pokarmowego, witamin i flawonoidów. W Polsce w porównaniu z powyższymi zaleceniami przeważą znacznie wyższe spożycie tłuszczów ogółem i nasyconych kwasów tłuszczowych, zbyt wysokie spożycie cholesterolu (zwłaszcza przez mężczyzn) przy niskim spożyciu błonnika pokarmowego.

Umieralność na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną rosła w Polsce do początku lat 90-tych. W następnych latach obserwuje się stały spadek liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia, ale i umieralności ogólnej. Jest to prawdopodobnie skutkiem przemian wiążących się ze wzrostem spożycia produktów o mniejszej zawartości cholesterolu. Nie należy również niedoceniać wieloletnich wysiłków edukacyjnych na rzecz profilaktyki chorób układu krążenia. Podkreślenia wymaga, że poza zmniejszeniem zgonów na chorobę niedokrwienną serca wystąpił także spadek zachorowalności na zawał serca po roku 1990. Wskazuje to na dużą skuteczność podjętych działań w zakresie profilaktyki pierwotnej i potwierdza celowość i konieczność dalszych wysiłków na rzecz rozwoju profilaktyki chorób serca.

3.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym

Aby uwzględnić dany problem w Narodowym Planie Zdrowotnym należy wykonać prace w zakresie:

- **Diagnozy istniejącego stanu** (w tym: określenia wieloletnich trendów w kraju lub (i/albo) na świecie):
    - Stworzenie całościowych programów badawczych obejmujących duże grupy i różne populacje mieszkańców Polski mających na celu określenie częstości występowania zaburzeń lipidowych i sposobu odżywiania.
    - Stała współpraca i koordynacja działań profilaktyczno-terapeutycznych z podobnymi programami w krajach Unii Europejskiej i odpowiednimi jednostkami WHO.

- **Prac planistycznych** (opracowanie priorytetowych i szczegółowych celów, opracowanie wytycznych działania):
    - Należy powołać grupy robocze mające na celu:
        - poznanie czynników ryzyka zaburzeń lipidowych w poszczególnych grupach społecznych wobec możliwości szerokiej profilaktyki pierwotnej chorób układu sercowo-naczyniowego
        - aktywne przeciwdziałanie niekorzystnym zmianom cywilizacyjnym w zakresie diety jak i wysiłku fizycznego,
        - zmniejszenia umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia chorych z grup wysokiego ryzyka,
        - obniżenie kosztów leczenia zaburzeń lipidowych przez zyskanie pożądanego hipolipomizującego przy stosowaniu mniejszej liczby i niższych dawek leków,
        - koszty działań profilaktycznych i edukacyjnych są nieporównywalnie niższe niż suma wydatków przeznaczonych na leczenie powikłań sercowo-naczyniowych nadciśnienia tętniczego (w związku z tym edukacja chorych powinna być podstawowym elementem postępowania leczniczego u chorych z zaburzeniami lipidowymi).

Dalszych prac i rozstrzygnięcia wymaga czy hiperlipidemię należy traktować jako samodzielną patologię, która wymaga zwalczania dla poprawy zdrowotności populacji polskiej czy też raczej jako element składający się na poziom globalnego ryzyka naczyniowego, które to ryzyko winno być identyfikowane i zwalczane. Powyżej wstępnie sformułowano postulaty odnoszące się do hiperlipidemii jako niezależnej patologii wymagającej zwalczania. Przyjęcie założenia o priorytetowym znaczeniu globalnego ryzyka naczyniowego wymagać będzie odpowiedniej modyfikacji proponowanego podejścia.

4. Nadciśnienie tętnicze

4.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia

Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą układu krążenia. Szacuje się, że co trzeci dorosły Polak choruje na nadciśnienie tętnicze (wartości ciśnienia tętniczego powyżej 140/90 mmHg). Nadciśnienie tętnicze szczególnie często występuje u ludzi w wieku podeszłym, często jest następstwem otyłości i jej powikłań metabolicznych.

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu i zawału serca. Leczenie nadciśnienia tętniczego powoduje zmniejszenie ryzyka wystąpienia jego powikłań nawet o 40%. Ponad 30% Polaków nie zna wartości swojego ciśnienia tętniczego. Aż 33% chorych nie wie, że ma nadciśnienie tętnicze, a około 10% pacjentów pomimo stwierdzenia podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego nie leczy się wcale. Szacuje się, że w Polsce jedynie około 12% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest leczonych w sposób skuteczny.

Należy oczekiwać, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa polskiego oraz narastaniem niekorzystnych trendów cywilizacyjnych w zakresie zmian stylu życia- zmniejszona aktywność fizyczna, nieprawidłowy sposób odżywiania w ciągu najbliższych lat w Polsce może dojść do zwiększenia częstości występowania nadciśnienia tętniczego do poziomu niektórych krajów Unii Europejskiej, na przykład Wielkiej Brytanii, Finlandii czy Niemiec gdzie częstość występowania nadciśnienia tętniczego szacuje się na 24-49-55%.

4.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym

Aby uwzględnić dany problem w Narodowym Planie Zdrowotnym należy wykonać prace w zakresie:

- **Diagnozy istniejącego stanu** (w tym: określenia wieloletnich trendów w kraju lub (i/albo) na świecie):
    - Stworzenie całościowych programów badawczych obejmujących duże grupy i różne populacje mieszkańców Polski mających na celu określenie częstości występowania nadciśnienia tętniczego i jego powikłań.
    - Stała współpraca i koordynacja działań profilaktyczno-terapeutycznych z podobnymi programami w krajach Unii Europejskiej i odpowiednimi jednostkami WHO
- **Prac planistycznych** (opracowanie priorytetowych i szczegółowych celów, opracowanie wytycznych działania):
    - Należy powołać grupy robocze mające na celu:
        - zróżnicowanie czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego oraz wyodrębnienie grup szczególnego zagrożenia w celu zapobiegania nadciśnieniu tętniczemu krwi wraz z jego powikłaniami i następstwami
        - aktywne przeciwdziałanie niekorzystnym zmianom cywilizacyjnym w zakresie diety jak i wysiłku fizycznego,
        - zmniejszenie ryzyka rozwoju powikłań nadciśnienia tętniczego,
        - zmniejszenie umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia chorych z grup wysokiego ryzyka,
        - rozwój edukacji społeczeństwa, gdyż koszty działań profilaktycznych i edukacyjnych są nieporównywalnie niższe niż suma wydatków przeznaczonych na leczenie powikłań sercowo-naczyniowych nadciśnienia tętniczego. W związku z tym edukacja chorych powinna być podstawowym elementem postępowania leczniczego u chorych z nadciśnieniem tętniczym,
        - obniżenie kosztów leczenia nadciśnienia tętniczego przez uzyskanie pożądanego efektu hipotensyjnego przy stosowaniu mniejszej liczby i niższych dawek leków.

5. Cukrzyca

5.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia

Cukrzyca jest zbiorem kilkudziesięciu chorób. Jest ona chorobą przewlekłą, która powoduje powstawanie ciężkich powikłań narządowych ze strony przede wszystkim układu sercowo-naczyniowego, nerek, narządu wzroku i układu nerwowego. Prewencja i leczenie tych zaburzeń stało się obecnie bardziej skuteczne dzięki zmianom metodycznym obejmowanym mianem intensyfikacji opieki diabetologicznej.

Cukrzyca stanowi jedno z głównych medycznych, społecznych i ekonomicznych obciążeń zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej. Stwierdzenie powyższe opiera się na szeregu dowodach jak:

- **szybkie narastanie chorobowości zwłaszcza cukrzycy typu 2** na świecie i w Polsce. W istocie mamy do czynienia teraz i w perspektywie z epidemią cukrzycy. Istnieje w tym zakresie wiele ocen bieżących i prognostycznych - WHO, IDF, EASD, Instytut Cukrzycy w Melbourne-Australia, badania epidemiologiczne Z.Szybińskiego i Zespołu w ramach programu KBN zamawianego przez Ministerstwo Zdrowia. Z powyższych badań wynika, że w Polsce było w roku 2002 ponad 2 miliony osób chorych na cukrzycę. Liczba ta ulegnie podwojeniu do roku 2025 (WHO).

- **Cukrzyca, zwłaszcza niedostatecznie leczona powoduje w sposób masowy powikłania**, którymi zajmują się lekarze innych specjalności:
    - retinopatia cukrzycowa występuje u 50% osób z cukrzycą,
    - cukrzyca jest najczęstszą przyczyną ślepoty z przyczyn nieurazowych,
    - nefropatia cukrzycowa dotyczy 20% chorych (chorzy na cukrzycę stanowią główną grupę osób poddawanych dializie w Polsce),
    - cukrzyca jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka zawału serca (20% chorych z zawałem ma cukrzycę), udaru mózgu (50% chorych) i amputacji kończyn z powodu niedokrwienia (80% amputacji nieurazowych),
    - cukrzyca powoduje różne zespoły uszkodzenia układu nerwowego, które dotyczą 40% chorych.

Tego rodzaju wyjątkowa i groźna sytuacja, zależna tak od charakteru choroby jak i epidemicznego tempa jej narastania, już obecnie zużywa w budżetach wielu państw 8-12% całkowitych nakładów na opiekę zdrowotną.

Z powyższych względów cukrzyca musi się znaleźć w Narodowym Planie Zdrowotnym.

5.2 Prace,które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym

Aby uwzględnić problem w Narodowym Planie Zdrowotnym należy wykonać następujące zadania i prace:

- Reaktywowanie Krajowej Grupy Ekspertów w zakresie diabetologii przy Ministrze Zdrowia i przedstawienie jej nowych zadań;
- Rozwój i wsparcie finansowe systemu zintensyfikowanej opieki diabetologicznej, opartej na edukacji i samokontroli. Ulepszenie wyników leczenia hipoglikemizującego zmniejsza ryzyko powikłań i obniża koszty opieki diabetologicznej;
- Wprowadzenie szczegółowych programów zwiększających opiekę nad szczególnymi rodzajami chorych na cukrzycę jak: kobiety z cukrzycą w ciąży, niewidomi, dzieci i młodzież;
- Umocnienie zawodowego przygotowania studentów i lekarzy oraz pielęgniarek do rozwiązywania wyzwań jakie przyniosła cukrzyca XXI wieku (dotyczy to także specjalizacji lekarzy w zakresie diabetologii);
- Upowszechnienie i ulepszenie wydanych już przez Konsultanta Krajowego „Standardów rozpoznawania i leczenia cukrzycy" na teren całego kraju. Upowszechnienie „Standardów" umożliwi wprowadzenie systemu kontroli leczenia w skali kraju oraz w społecznościach lokalnych;
- Zwiększenie współpracy środowiska diabetologicznego z lekarzami opieki podstawowej i rodzinnej w system opieki łączonej, a także wprowadzenie zasady opieki łączonej specjalisty diabetologa i specjalisty zajmującego się poszczególnymi rodzajami powikłań;
- Dalszy rozwój diabetologii społecznej, stworzenie oferty emancypacji społecznej dla chorych i zmniejszenie ich dyskryminacji;
- Nadanie właściwej rangi działaniom prewencyjnym w cukrzycy.

Zaniechanie wczesnej prewencji przynosi wielkie szkody ludzkie i ekonomiczne, tak w zakresie zachorowalności na cukrzycę jak i powikłań cukrzycy. W diabetologii wczesne intensywne leczenie jest tańsze niż leczenie niekontrolowane, ponieważ przeciwdziała występowaniu kosztownych powikłań.

6. Okres terminalny postępujących chorób przewlekłych

6.1 Charakterystyka problemu i określenie jego znaczenia

Opieka paliatywna jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia.

Celem jej jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin. Opieka ta jest opieką specjalistyczną. Ze względu na specyfikę należy odróżnić ją od:

- geriatrii – ponieważ obejmuje chorych we wszystkich grupach wiekowych
- onkologii – ponieważ dotyczy chorych z innymi przewlekłymi schorzeniami w okresie terminalnym.
- opieki długoterminowej – ponieważ jej czas trwania jest zdecydowanie krótszy (średni czas opieki około 30 dni).

Warto również podkreślić szczególną cechę opieki paliatywnej jaką jest konieczność dostosowywania opieki do szybko zachodzących zmian w przebiegu stanu terminalnego oraz wymagania całodobowej dostępności.

Skalę problemu ilustrują dane epidemiologiczne z 2000r. W Polsce rocznie umiera około 380 tys. osób w tym około 240 tys. z powodu postępujących chorób przewlekłych i ponad 80 tys. z powodu chorób nowotworowych. W latach następnych przewiduje się dalszy wzrost zachorowań i zgonów z powodu choroby nowotworowej, a także z powodu wydłużenia się średniego okresu życia i starzenia się społeczeństwa.

Porównanie potrzeb w zakresie świadczenia opieki paliatywnej z aktualnymi możliwościami udzielania wyżej wymienionych świadczeń stanowi poważne wyzwanie dla opieki zdrowotnej i dlatego zagadnienie to powinno być rozpatrywane odrębnie w Narodowym Planie Zdrowotnym.

6.2 Prace, które należy wykonać w celu uwzględnienia problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym

Aby uwzględnić problem w Narodowym Planie Zdrowotnym należy wykonać następujące zadania i prace:

- wprowadzenie programu opieki paliatywnej jako odrębnego problemu w Narodowym Planie Zdrowotnym.
- realizacja celów priorytetowych opieki paliatywnej, którymi są:

a. zwiększenie dostępności opieki paliatywnej w kraju,

b. podniesienie poziomu świadczonych usług,

c. stworzenie całościowych programów badawczych nastawionych na ocenę jakości opieki paliatywnej w różnych jej modelach

- stała współpraca i koordynacja działań terapeutycznych, opiekuńczych, psychologicznych i rehabilitacyjnych z analogicznymi programami w krajach UE i odpowiednimi jednostkami WHO.

Prace planistyczne (opracowanie priorytetowych i szczegółowych celów, opracowanie wytycznych działania)

Należy powołać grupy robocze mające na celu:

- edukację społeczeństwa w zakresie kształtowania postaw wobec choroby i śmierci
- edukację pracowników medycznych ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy rodzinnych; szkolenie personelu medycznego w zakresie opieki paliatywnej może przynieść:
    a. ograniczenie stosowania kosztownej diagnostyki wówczas gdy nie wnosi ona zmian w terapii.
    b. ograniczenie nieefektywnych, kosztownych oraz potencjalnie szkodliwych metod leczenia
- opracowanie programów zabezpieczających dostępność właściwej opieki u kresu życia niezależnie od miejsca pobytu chorego.

Załącznik 1 - Współautorzy Narodowego Planu Zdrowotnego

Część Narodowego Planu Zdrowotnego	Autorzy
Część I. Diagnoza	
Diagnoza	Dr Bogdan Wojtyniak, Dr Paweł Goryński, Prof. dr hab.med. Mirosław J. Wysocki, Dr med. Krzysztof Kuszewski, mgr Mirosław Czarkowski
Część II. Cele przyjęte w Narodowym Planie Zdrowotnym	
1. Choroby układu krążenia	Prof. dr hab. med. Jan Kopczyński
2. Nowotwory złośliwe	Prof. dr hab. med. Witold Zatoński Krzysztof Przewoźniak Mgr Urszula Wojciechowska
3. Zewnętrzne przyczyny zgonów	Lek. Med. Wojciech Figiel, Dr med. Katarzyna Szamotulska (w zakresie przyczyn zewnętrznych dzieci i młodzieży)
5. Choroby układu oddechowego	Prof. dr hab. med. Kazimierz Roszkowski
6. Choroby zakaźne i szczepienia	Dr med. Krzysztof Kuszewski, mgr Mirosław Czarkowski
7. Sytuacja zdrowotna matek i dzieci	Dr med. Katarzyna Szamotulska
8. Choroby przewlekłe ludzi w podeszłym wieku	Dr med. Marian Miśkiewicz
9. Choroby reumatyczne	Prof. dr hab. med. Jacek Szechiński, Dr med. Piotr Wiland
10. Zaburzenia psychiczne	Doc. dr hab. Danuta Ryglewicz, Prof. dr hab. Stanisław Pużyński, Dr med. Bożena Pietrzykowska
11. Obszary szczególnego zagrożenia	Dr Michał Marek
12. Efektywność leczenia	Doc. dr hab. Rafał Niżankowski
Część V. Kierunki dalszych prac nad Narodowym Planem Zdrowotnym	
1. Zespół uzależnienia od tytoniu (palenia)	Prof. dr hab. med. Witold Zatoński, Krzysztof Przewoźniak
2.Otyłość, nadciśnienie, hiperlipidemie	Prof. dr hab. med. Andrzej Milewicz Prof. Dr hab. Janusz Nauman Dr n. med. Marek Demissie
3. Cukrzyca	Prof. dr hab. Anna Czech
4. Okres terminalny postępujących chorób przewlekłych	Prof. dr hab. med. Krystyna de Walden -Gałuszko
Koordynacja prac - Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia	

Załącznik 2. Konsultanci krajowi i recenzenci którzy otrzymali projekt Narodowego Planu Zdrowotnego do zaopiniowania

Dziedzina	**Imię i nazwisko**
Konsultanci krajowi	
Angiologia	Prof. dr hab. med. Krzysztof Ziaja
Choroby płuc	Prof. dr hab. med. Jan Kuś
Diabetologia	Prof. dr hab. med. Anna Czech
Geriatria	Dr hab. med. Tomasz Grodzicki
Kardiologia	Prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski
Medycyna paliatywna	Prof. dr hab. med. Krystyna de Walden - Gałuszko
Medycyna ratunkowa	Prof. dr hab. med. Juliusz Jakubaszko
Neonatologia	Prof. dr hab. med. Ewa Helwich
Onkologia kliniczna	Dr hab. med. Maciej Krzakowski
Pediatria	Dr hab. med. Anna Dobrzańska
Psychiatria	Prof. dr hab. med. Stanisław Pużyński
Psychiatria dzieci i młodzieży	Prof. dr hab. med. Irena Namysłowska
Reumatologia	Prof. dr hab. med. Jacek Szechiński
Choroby zakaźne	Prof. dr hab. med Andrzej Gładysz
Recenzenci	
Przewodniczący Konwentu Marszałków	Leszek Deptuła, Marszałek Województwa Podkarpackiego
Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich	Ludwik Węgrzyn, Starosta Bocheński
Przewodniczący Komisji Promocji i Ochrony Zdrowia Związku Miast Polskich	Mirosław Mikietyński, Prezydent Miasta Koszalina

Załącznik 3.

Wieloletnie cele strategiczne i operacyjne zawarte w Wojewódzkich Planach Zdrowotnych opracowanych na rok 2004

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
1	Dostępność	Zapewnienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w najbardziej optymalny i efektywny sposób														X			O
2	Dostępność	Ludzie mający specjalne potrzeby związane ze zdrowiem, warunkami społecznymi i ekonomicznymi, powinni być chronieni przed alienacją społeczną oraz mieć łatwy dostęp do odpowiedniej opieki.															X		O
3	Dostępność	Zapewnienie lepszego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej ukierunkowanej na rodzinę i społeczność, popartej wysokiej jakości specjalistycznym lecznictwem ambulatoryjnym oraz sprawnym systemem szpitalnictwa.															X		O
4	Dostępność	Zapewnienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w najbardziej optymalny i efektywny sposób	X																O
5	Dostępność	Zwiększenie dostępności do stacjonarnej opieki rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej		X															O
6	Dostępność	Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów			X		X		X	X									O

[23] O – cel operacyjny; S- cel strategiczny

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
7	Dostępność	Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców poprzez stworzenie systemu ochrony zdrowia zapewniającego ciągłą i kompleksową opiekę zdrowotną dla mieszkańców województwa w zakresie: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, stomatologii, stacjonarnej opieki zdrowotnej						X	X		X	X			X				S
8	Dostępność	Skrócenie czasu oczekiwania na porady specjalistyczne, poprzez dostosowanie godzin pracy przychodni i zakresu niektórych usług do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa										X							O
9	Dostępność	Wyrównywanie dostępności pacjentów do sprzętu diagnostycznego i ratunkowego pomiędzy poszczególnymi szpitalami i regionami										X							O
10	Dostępność	Wzmocnienie dostępności do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej poprzez zabezpieczenie sieci poradni specjalistycznych na poziomie powiatów (w 14 podstawowych specjalnościach) oraz na poziomie województwa (z wąskimi specjalnościami medycznymi)										X			X				S
11	Dostępność	Poprawa dostępności do oferty poz poprzez utrzymanie dotychczasowego wskaźnika populacji w poszczególnych powiatach na jednego lekarza, jednego lekarza pediatrę, jedną pielęgniarkę środowiskowo/rodzinną, jedną położną, jedną pielęgniarkę środowiskową w miejscu nauczania i wychowania							X										O
12	Edukacja	Umożliwienie edukacji w zakresie w zakresie ochrony zdrowia i promocji zdrowia psychicznego różnym grupom społecznym szczególnie rodzicom, nauczycielom, menedżerom i bezrobotnym.															X		O
13	Edukacja	Zwiększenie edukacji zdrowotnej oraz działań w zakresie promocji zdrowia			X		X												S
14	Informacja	Utworzenie sprawnego systemu informacyjnego			X														S

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
15	Jakość opieki	Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych, w tym satysfakcji pacjentów z korzystania z systemu publicznej ochrony zdrowia, niezależnie od ich sytuacji społecznej i ekonomicznej.														X	X		S
16	Jakość opieki	Zarządzanie jakością opieki zdrowotnej.															X		S
17	Jakość opieki	Należy stworzyć regionalne mechanizmy do ciągłego monitorowania i rozwoju jakości opieki, przynajmniej dla głównych problemów zdrowotnych, łącznie z oceną ich wpływu na zdrowie, skalą opłacalności i satysfakcji pacjenta.															X		O
18	Jakość opieki	Poprawa jakości zarządzania i informacji, stanu bazy rzeczowej oraz sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej																X	O
19	Jakość opieki	Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych, w tym satysfakcji pacjentów z korzystania z systemu publicznej ochrony zdrowia, niezależnie od ich sytuacji społecznej i ekonomicznej	X		X				X		X	X							S
20	Jakość opieki	Poprawa jakości opieki nad pacjentem (restrukturyzacja wewnętrzna jednostek, poprawa warunków diagnozowania, leczenia, pielęgnacji oraz pobytu pacjenta							X			X							O
21	Jakość opieki	Wdrażanie systemu oceny jakości na zasadach normy ISO 9000							X										O
22	Jakość opieki	Systematyczne opracowywanie i wdrażanie standardów opieki nad pacjentem w poszczególnych jednostkach							X										O
23	Kadry	Podnoszenie poziomu wykształcenia personelu medycznego oraz poprawa warunków pracy personelu medycznego	X			X		X											S

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
24	Kadry	Poprawa efektywności wykorzystania posiadanych zasobów ludzkich (dostosowanie struktury i kadry medycznej do liczby i potrzeb województwa) oraz sprzętowych (rozwój zaplecza diagnostycznego w celu wdrożenia procedur tzw. „jednego dnia"),							X										O
25	Kadry	Usprawnienie współpracy lekarzy zatrudnionych w sp zoz z lekarzami poz i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej							X										O
26	Kadry	Szkolenie kadr do prowadzenia zadań w zakresie promocji zdrowia										X							O
27	Kadry	Doskonalenie zawodowe kadry medycznej w zakresie ratownictwa medycznego										X							O
28	Niepełnosprawni	Ludziom niepełnosprawnym należy zwiększyć możliwości na rynku pracy oraz poprawić dostęp do opieki zdrowotnej, życia publicznego i społecznego.															X		O
29	Niepełnosprawni	Poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez usprawnienie systemu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, zwiększenie dostępności do poradni rehabilitacyjnych, dziennych oddziałów rehabilitacyjnych oraz szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, usuwanie barier urbanistycznych, architektonicznych, komunikacyjnych, organizację kształcenia integracyjnego, tworzenie zakładów pracy chronionej / tworzenie stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych													X				O
30	Niepełnosprawni	Rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych									X								S
31	Niepełnosprawni	Zorganizowanie lub wyodrębnienie jednostek zajmujących się opieką stomatologiczną dla osób niepełnosprawnych							X			X							O
32	Niepełnosprawni	Wyrównywanie szans życiowych osób niepełnosprawnych																	O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
33	Ogólny	Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie w dobie akcesji Polski do Unii Europejskiej													X				O
34	Ogólny	Stałe podnoszenie stanu zdrowia mieszkańców województwa i zmniejszanie różnic w stanie zdrowia pomiędzy grupami społecznymi, w tym mieszkańców różnych obszarów województwa.									X					X			S
35	Ogólny	Uczynienie z jednostek opieki zdrowotnej w województwie konkurencyjnego i dynamicznego sektora gospodarki														X			S
36	Ogólny	Zdrowie ludzi starszych														X			O
37	Ogólny	Efektywny sektor zdrowia oraz redukcja kosztów opieki stacjonarnej.															X		S
38	Ogólny	Zminimalizowana powinna zostać liczba zabójstw dzieci nienarodzonych i noworodków poprzez edukację, opiekę nad przyszłą matką i jej rodziną oraz pomoc w sytuacji, kiedy koniecznym staje się adopcja dziecka.															X		O
39	Ogólny	Skuteczność głównych problemów zdrowia powinna być oceniana w kategoriach wyniku zdrowotnego, a decyzje dotyczące alternatywnych strategii dla poszczególnych problemów zdrowotnych powinny być coraz częściej podejmowane przez porównanie wyników zdrowotnych i kosztów ich uzyskania.															X		O
40	Ogólny	Wyniki zdrowotne głównych problemów zdrowotnych powinny się znacznie poprawić, a badania wykazać wzrost zadowolenia pacjentów z jakości otrzymanych świadczeń oraz większe poszanowanie dla ich praw.															X		O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
41	Ogólny	Stałe podnoszenie stanu zdrowia mieszkańców województwa i zmniejszanie różnic w stanie zdrowia pomiędzy grupami społecznymi, w tym mieszkańców różnych obszarów województwa	X		X												X	X	S
42	Ogólny	Uczynienie z jednostek opieki zdrowotnej w województwie konkurencyjnego i dynamicznego sektora gospodarki	X																S
43	Ogólny	Stworzenie korzystnego środowiska i stabilnych oraz przejrzystych mechanizmów ekonomicznych działania placówek opieki zdrowotnej	X																O
44	Ogólny	Przeciwdziałanie patologiom społecznym					X												S
45	Ogólny	System elastyczny, dostosowany do potrzeb społecznych					X												S
46	Ogólny	Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego						X											S
47	Ogólny	Przygotowanie jednostek ochrony zdrowia województwa do standardów Unii Europejskiej i pomoc w uzyskiwaniu funduszy strukturalnych.						X											S
48	Ogólny	Monitorowanie Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia						X											O
49	Ogólny	Opracowanie i wdrożenie jednolitej metodologii opracowania wojewódzkich planów zdrowotnych dla wszystkich samorządów wojewódzkich						X											O
50	Ogólny	Pełna informacja o zasadach funkcjonowania opieki zdrowotnej										X							O
51	Ogólny	Poprawa warunków życia w regionie												X					S
52	Ogólny	Dążenie do przedłużenia życia mieszkańców przy jednoczesnym stałym podnoszeniu jego jakości												X					S

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
53	Ogólny	Zdrowy start w życie	X																O
54	Ogólny	Zdrowie ludzi starszych	X																O
55	Ogólny	Zapobieganie urazom, wypadkom i zatruciom oraz ograniczenie ich skutków poprzez tworzenie stref ograniczenia prędkości, zwiększenie kontroli szybkości jazdy oraz kontroli trzeźwości kierowców przez policję, poprawę i zabezpieczanie przejść dla pieszych, przebudowę dróg, budowę rond, ścieżek rowerowych, modernizację skrzyżowań, upowszechnianie właściwego wyposażenia pojazdów, upowszechnianie zasad udzielania pierwszej pomocy, rozwój ratownictwa medycznego : Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, Powiatowych Centrów Powiadamiania Ratowniczego													X				O
56	Ogólny	Wartości ważniejszych wskaźników: zachorowalności, niepełnosprawności, umieralonści powinny zostać obniżone przez przyspieszenie poprawy sytuacji w jednostkach samorządu terytorialnego, tam gdzie te wskaźniki są niekorzystne															X		O
57	Organizacja opieki	Zwiększenie dostępności do diagnostyki na poziomie POZ										X							O
58	Organizacja opieki	Poprawa stanu sanitarnego województwa i skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym														X			O
59	Organizacja opieki	Stworzenie korzystnego środowiska i stabilnych oraz przejrzystych mechanizmów ekonomicznych działania placówek opieki zdrowotnej														X			O
60	Organizacja opieki	Zabezpieczenie opieki medycznej mieszkańcom w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego.															X		O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
61	Organizacja opieki	Poprawa efektywności nakładów na opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia w narodowym Funduszu Zdrowia																X	O
62	Organizacja opieki	Ukierunkowanie potencjału usługowego w regionie na specjalizację w zakresie opieki medycznej dla starzejacej się populacji																X	O
63	Organizacja opieki	Wprowadzenie mechanizmów ograniczających do niezbędnego minimum ilość świadczeń do specjalistyki i lecznictwa stacjonarnego							X										O
64	Organizacja opieki	Tworzenie i wykorzystywanie zaplecza diagnostycznego w celu realizacji większości diagnostyki oraz części leczenia w zakresie procedur tzw. „jednego dnia”										X							S
65	Organizacja opieki	Wypracowanie optymalnego modelu ochrony zdrowia oraz zapewnienie właściwych warunków dostępu do świadczeń medycznych						X											S
66	Organizacja opieki	Utrzymanie w należytym stanie technicznym przychodni specjalistycznych										X							O
67	Organizacja opieki	Wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia oraz optymalizacja globalnych kosztów opieki stacjonarnej			X		X												O
68	Organizacja opieki	Rozwój i modernizacja zakładów opieki zdrowotnej dostosowany do potrzeb i kontraktów w Narodowym Funduszu Zdrowia						X											S
69	Organizacja opieki	Poszerzenie zakresu odpowiedzialności kompetencji i znaczenia specjalistów – konsultantów wojewódzkich w kreowaniu polityki danej specjalności, zwłaszcza w zakresie nadzoru celem weryfikacji jakości							X										O
70	Organizacja opieki	Dostosowanie różnorodnych form organizacyjno – prawnych jednostek opieki zdrowotnej do wymogów rynku świadczeń zdrowotnych									X								O
71	Organizacja opieki	Wzrost efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia województwa poprzez racjonalne i efektywne gospodarowanie bazą oraz zasobami ludzkimi									X								O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
72	Organizacja opieki	Poprawa efektywności mikroekonomicznej zakładów opieki zdrowotnej poprzez racjonalne wykorzystanie obecnego potencjału i dostosowanie oferowanych świadczeń do potrzeb rynku									X								O
73	Organizacja opieki	Rozwój instytucji zdrowia												X					S
74	Organizacja opieki	Określenie zasad współpracy i zależności pomiędzy poz , lecznictwem stacjonarnym a specjalistyczną opieką ambulatoryjną					X		X										O
75	Organizacja opieki	Optymalizacja liczby i powierzchni użytkowanych nieruchomości przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej										X							S
76	Organizacja opieki	Określenie zasad współpracy lekarzy specjalistów z lekarzami POZ i lecznictwa zamkniętego, co doprowadzi do większego powiązania funkcjonalnego poszczególnych rodzajów świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z podstawową opieką zdrowotną										X							O
77	Organizacja opieki	Włączanie stosunkowo małych nie mających możliwości rozwoju zakładów opieki zdrowotnej w struktury większych, umożliwiających rozwój danej dziedziny lecznictwa zamkniętego										X							O
78	Organizacja opieki	Zapewnienie funkcjonowania w każdym powiecie szpitala o podstawowym zakresie świadczeń (4 oddziały) z możliwością szerszego zakresu świadczeń, gdy taką potrzebą wykaże analiza										X							O
79	Organizacja opieki	Lepsze wykorzystanie nieruchomości będących własnością samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, bądź ich organów założycielskich, prowadzenie dodatkowej działalności gospodarczej										X							O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
80	Organizacja opieki	Przekazywanie zbędnych nieruchomości ich właścicielom, najczęściej organom założycielskim mające na celu ograniczenie kosztów funkcjonowania zakładu bez ograniczania zakresu jego działalności podstawowej										X							O
81	Organizacja opieki	Przeniesienie środka ciężkości realizacji świadczeń zdrowotnych do sektora ambulatoryjnego i działalności oddziałów dziennych												X					S
82	Organizacja opieki	Wdrożenie zasad amortyzacji środków trwałych							X										O
83	Organizacja opieki	Zapewnienie w wyznaczonych ośrodkach specjalistycznej opieki onkologicznej i kardiologicznej oraz rozwój innych centrów specjalistycznych								X									S
84	Organizacja opieki	Rozwój systemu specjalistycznej opieki pediatrycznej w zakresie nowoczesnych metod wczesnego wykrywania zaburzeń, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji								X									O
85	Organizacja opieki	Organizacja nowych zespołów lecznictwa środowiskowego, opartych na świadczeniu wizyt domowych										X							O
86	Organizacja opieki	Poprawa opieki medycznej nad kobietami w ciąży, matką i dzieckiem dzieckiem poprzez objęcie opieką wszystkich kobiet ciężarnych, prowadzenie szkół rodzenia dla rodziców oczekujących dziecka, zapewnienie trójstopniowej opieki okołoporodowej oraz właściwego transportu noworodków, upowszechnianie karmienia piersią, zapewnienie współpracy pomiędzy POZ a oddziałami położniczymi i noworodkowymi, uaktywnienie nadzoru ordynatorskiego													X				O
87	Pacjent	Przestrzeganie praw pacjenta w placówkach ochrony zdrowia – pacjent podmiotem w procesie leczenia						X				X							S

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
88	POZ	Poprawa dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej poprzez weryfikowanie i poprawę systemu nocnej pomocy lekarskiej, egzekwowanie wczesnego wykrywania chorób w POZ, prowadzenie czynnej opieki w zakresie chorób społecznych													X				S
89	POZ	Stała poprawa skuteczności i efektywności działania podstawowej opieki zdrowotnej														X			O
90	POZ	Zakończenie procesu prywatyzacji podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez tworzenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich i pielęgniarskich oraz likwidacja dużych publicznych przychodni świadczących usługi w zakresie POZ z docelowym przejęciem świadczenia usług przez prywatnych świadczeniodawców, w tym byłych pracowników tych zakładów, w stopniu gwarantującym odpowiedni dostęp do świadczeń medycznych niezależnie od miejsca zamieszkania										X							O
91	POZ	Stała poprawa skuteczności i efektywności działania podstawowej opieki zdrowotnej	X																O
92	POZ	Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego w podstawowej opiece zdrowotnej		X															S
93	POZ	Wzrost znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia Wielkopolski poprzez poprawę dostępności i jakości udzielanych świadczeń.							X			X							S
94	POZ	Przejęcie całościowej koordynacji działalności poz przez lekarza rodzinnego, poprzez nawiązanie i umocnienie już istniejącej więzi z innymi świadczeniodawcami (specjalistyczna opieka ambulatoryjna, stacjonarna opieka medyczna, opieka środowiskowa),							X										O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
95	POZ	Rozwój systemu podstawowej opieki zdrowotnej opierającego się na instytucji lekarza rodzinnego oraz praktyk pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych								X									O
96	POZ	Zapewnienie lekarzom POZ współpracy w ramach zespołów lekarzy specjalistów (internisty, pediatry) wypełniającymi rolę lekarzy rodzinnych do czasu wykształcenia dostatecznej liczby lekarzy ze specjalnością medycyny rodzinnej										X							O
97	POZ	Ukierunkowanie podstawowej opieki zdrowotnej na profilaktykę i rozwój form opieki środowiskowej										X							O
98	POZ	Powierzenie programu polityki zdrowotnej i promocji zdrowia podstawowej opiece lekarskiej na zasadach konkursu										X							O
99	Promocja	Wzmocnienie roli profilaktyki i promocji zdrowia w systemie.			X		X	X				X						X	S
100	Promocja	Prowadzenie aktywnej polityki prozdrowotnej – promocji zdrowego stylu życia								X									S
101	Promocja	Realizacja programów promocji i ochrony zdrowia								X									O
102	Promocja	Upowszechnienie badań profilaktycznych i przesiewowych								X									O
103	Promocja	Utworzenie sieci koordynatorów ds. promocji zdrowia i monitoring zdrowia na wszystkich szczeblach samorządu																	O
104	Promocja	Profilaktyka i wczesna prewencja schorzeń cywilizacyjnych																	O
105	Ratownictwo	Powinno się poprawić dostępność świadczeń medycznych w stanach naglących, przy spadku liczby wezwań nieuzasadnionych.															X		O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
106	Ratownictwo	Zwiększyć szybkość udzielania niezwłocznej pomocy.															X		O
107	Ratownictwo	Rozwój regionalnego systemu ratownictwa medycznego					X												S
108	Ratownictwo	Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego					X												O
109	Ratownictwo	Realizacja zadań w zakresie ratownictwa medycznego zapewniająca ustawowe działania w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia						X											S
110	Ratownictwo	Zapewnienie całodobowej opieki z ograniczeniem roli pogotowia ratunkowego do leczenia stanów zagrożenia życia							X										O
111	Ratownictwo	Osiągnięcie zakładanej jakości świadczeń zintegrowanego ratownictwa medycznego								X									S
112	Ratownictwo	Zwiększanie sprawności i skuteczności udzielania pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia								X									O
113	Ratownictwo	Zapewnienie kompleksowej pomocy doraźnej poprzez wdrożenie na terenie województwa zintegrowanego ratownictwa medycznego			X						X	X							S
114	Ratownictwo	Doskonalenie systemu łączności w województwie										X							O
115	Ratownictwo	Tworzenie sieci Centrów Powiadamiana Ratunkowego										X							O
116	Ratownictwo	Udoskonalenie systemu usytuowania ambulansów ratunkowych w terenie oraz ich doposażenie w wymaganą aparaturę medyczną										X							O
117	Ratownictwo	Tworzenie nowych lądowisk dla śmigłowca HEMS oraz przystosowanie istniejących do obowiązujących standardów										X							O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
118	Ratownictwo	Zapewnienie możliwości szybkiego transportu chorych ze śmigłowca do szpitala										X							O
119	Ratownictwo	Zwiększenie liczby zespołów ratunkowych, co pozwoli osiągnąć wymagane parametry czasu przybycia na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego centrum powiadamiania ratunkowego										X							O
120	Ratownictwo	Usprawnienie funkcjonowania pomocy doraźnej w regionie przy współpracy lekarzy poz systemu ratownictwa medycznego																	O
121	Ratownictwo	Przeprowadzenie zakupu nowych ambulansów w celu wymiany wyeksploatowanego taboru sanitarnego										X							O
122	Schorzenia	Zmniejszenie liczby i skutków urazów, szczególnie powstałych w wyniku wypadków drogowych														X			O
123	Schorzenia	Zwiększenie skuteczności zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia chorób niezakaźnych														X			
124	Schorzenia	Redukcja chorób niezakaźnych w tym chorób cywilizacyjnych.															X		S
125	Schorzenia	Redukcja chorób zakaźnych.		X													X		S
126	Schorzenia	Ograniczenie występowania urazów powstałych w wyniku przemocy i wypadków.															X		S
127	Schorzenia	Powinna zostać znacznie zredukowana umieralność z powodu nowotworów złośliwych, umieralność z powodu chorób układu sercowo – naczyniowego, występowanie poważnych skutków zdrowotnych spowodowanych cukrzycą															X		O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
128	Schorzenia	Powinna nastąpić stała redukcja chorobowości, niepełnosprawności i umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, zaburzeń kostno- mięśniowych i innych powszechnych chorób przewlekłych.															X		O
129	Schorzenia	Redukcja występowania nowo nabytego nosicielstwa wirusowego zapalenia wątroby typu „B", dzięki włączeniu szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu „B" do programu szczepień dziecięcych.															X		O
130	Schorzenia	Powinno się zredukować przynajmniej o 30% umieralność i niepełnosprawność z powodu wypadków drogowych.															X		O
131	Schorzenia	Powinna zostać ograniczona przynajmniej o połowę umieralność i niepełnosprawność z powodu wypadków w pracy, w domu i w czasie wolnym.															X		O
132	Schorzenia	Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem choroby niedokrwiennej serca oraz rozwój infrastruktury w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania i leczenia chorób serca					X			X		X							O
133	Schorzenia	Organizacja ośrodków szybkiej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób z udarami mózgu – trzy ośrodki w szpitalach II-go poziomu referencyjnego										X							O
134	Schorzenia	Zmniejszenie umieralności noworodków i niemowląt		X															S
135	Schorzenia	Zmniejszenie zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia		X															S
136	Schorzenia	Zwiększenie wczesnej wykrywalności chorób układu krążenia																	O
137	Schorzenia	Zwiększenie aktywności fizycznej mieszkańców oraz uświadomienie o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia																	O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
138	Schorzenia	Zmniejszenie zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe		X															S
139	Schorzenia	Zmniejszenie odsetka zgonów z powodu chorób nowotworowych			X														O
140	Schorzenia	Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych					X												O
141	Schorzenia	Rozwój pełnoprofilowego ośrodka onkologicznego								X									O
142	Schorzenia	Zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie chorób nowotworowych													X				O
143	Schorzenia	Ograniczenie występowania chorób cywilizacyjnych, społecznych, niepełnosprawności, przedwczesnej umieralności, poprzez profilaktykę i leczenie oraz otoczenie pacjentów ciągłą skuteczną opieką poprzez wczesne wykrywanie chorób układu krążenia poprzez prowadzenie badań profilaktycznych i przesiewowych (m.in.: ciśnienia tętniczego krwi, EKG, poziomu cholesterolu we krwi całkowity, HDL i trójglicerydy, poziomu cukru we krwi) objęcie systemem opieki czynnej osób z wykrytymi chorobami układu krążenia, w tym: nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, zawałem mięśnia sercowego, chorobami naczyniowymi mózgu, zorganizowanie systemu szpitalnej opieki nad chorymi kardiologicznie (I, II i III poziomu)usprawnienie i zapewnienie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej.													X				O
144	Schorzenia	Wdrażanie programów zdrowotnych Narodowego Programu Zdrowia w szczególności profilaktyki chorób układu krążenia, nowotworów, uzależnień, jaskry i cukrzycy,										X							O
145	Schorzenia	Poprawa stanu sanitarnego województwa i skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym	X									X							O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
146	Schorzenia	Zmniejszenie liczby i skutków urazów, szczególnie powstałych w wyniku wypadków drogowych	X																O
147	Schorzenia	Obniżenie okołoporodowej zachorowalności i umieralności matek, płodów i noworodków poprzez poprawę opieki perinatalnej								X									O
148	Schorzenia	Wczesne zapobieganie chorobom układu krążenia oraz objęcie czynną opieką osób z ryzykiem choroby niedokrwiennej serca, z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym, z chorobą wieńcową													X				O
149	Schorzenia	Wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom cukrzycy													X				O
150	Schorzenia	Wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom osteoporozy													X				O
151	Schorzenia	Wczesne wykrywanie chorób nowotworowych (szyjki macicy, sutka, jelita grubego gruczołu krokowego) poprzez prowadzenie badań profilaktycznych i przesiewowych: badanie piersi przez lekarza, usg piersi, mammografia, cytologia, badanie per rectum, kał na krew utajoną, objęcie systemem opieki czynnej osób z wykrytymi chorobami nowotworowymi usprawnienie systemu rehabilitacji po leczeniu szpitalnym z powodu chorób nowotworowych																	
152	Schorzenia	Wczesne wykrywanie i zapobieganie rozwojowi chorób przewlekłych : chorobom układu oddechowego i układu trawiennego, chorobom reumatycznym, chorobom neurologicznym poprzez wczesne wykrywanie chorób i objęcie czynną opieką i rehabilitacją.													X				O
153	Schorzenia	Zwiększenie skuteczności zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia chorób niezakaźnych	X																O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
154	Schorzenia	Utworzenie centrum koordynacji i usprawnienie systemu leczenia chorób zakaźnych								X									O
155	Schorzenia	Zapobieganie chorobom zakaźnym (WZW typu B, typu C, gruźlica, AIDS) poprzez upowszechnianie i wykonywanie szczepień ochronnych (obowiązkowych i zalecanych), prowadzenie badań diagnostycznych u osób narażonych i z grup ryzyka, objęcie czynną opieką osób z wykrytą chorobą, realizacja zadań „Wojewódzkiego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS”													X				O
156	Specjalistyka	Utworzenie na terenie powiatów nowych poradni specjalistycznych zgodnie z epidemiologią i potrzebami zdrowotnymi										X							O
157	Stomatologia	Zapewnienie właściwej opieki stomatologicznej, szczególnie nad dziećmi, młodzieżą oraz kobietami w ciąży														X			O
158	Stomatologia	Zapewnienie mieszkańcom dostępności do gwarantowanej opieki stomatologicznej, oraz profilaktyki i leczenia chorób jamy ustnej u dzieci i młodzieży szkolnej,	X						X			X							S
159	Stomatologia	Zagwarantowanie świadczeń stomatologicznych w zakresie zgodnym z możliwościami finansowymi							X										O
160	Stomatologia	Zwiększenie działań mających na celu profilaktykę stomatologiczną, z głównym naciskiem na profilaktykę wśród dzieci i młodzieży szkolnej oraz w środowiskach wiejskich, gdzie dostępność do tego typu usług jest bardzo niska										X							O
161	Stomatologia	Prywatyzacja podmiotów stomatologicznych z dzierżawą pomieszczeń, jako źródło utrzymania nieruchomości										X							O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
162	Stomatologia	Ponowienie finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia stomatologicznych badań kontrolnych oraz instruktaży higieny jamy ustnej, co przy obecnej świadomości zdrowotnej społeczeństwa przyczyni się do polepszenia wskaźników epidemiologicznych, co zapobiegnie w dalszym okresie bezzębności i jej skutkom										X							O
163	Stomatologia	Dofinansowanie przez gminy (na określonych przez nie warunkach) świadczeń stomatologicznych najbiedniejszym mieszkańcom województwa podlaskiego										X							O
164	Stomatologia	Radykalne zwiększyć profilaktykę w zakresie zapobiegania próchnicy zębów u dzieci do lat 6 i w wieku szkolnym.															X		O
165	Stomatologia	Profilaktyka próchnicy zębów i poprawa stanu zdrowia jamy ustnej poprzez prowadzenie edukacji w zakresie promocji zdrowia jamy ustnej, profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia, prowadzenie profilaktyki fluorkowej egzogennej (kontaktowej) u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów oraz lakowania zębów u uczniów klas „0", I i II szkół podstawowych, prowadzenie systematycznej kontroli i edukacji stomatologicznej u dzieci, młodzieży i kobiet w ciąży													X				O
166	Styl zycia	Zwiększenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa		X															S

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
167	Styl zycia	Promowanie aktywnego, zdrowego stylu życia poprzez motywowanie, stwarzanie warunków oraz wdrażanie programów zwiększania aktywności fizycznej w różnych grupach ludności, inicjowanie w środowisku lokalnym różnorodnych form spędzania czasu wolnego, dostosowanych do potrzeb różnych grup wiekowych, tworzenie i rozwój sieci poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia: rodzinnego, psychologicznego, żywieniowego, antytytoniowego, antyalkoholowego													X				O
168	Styl życia	Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji i wiedzy dla zwiększenia indywidualnej odpowiedzialności każdego człowieka za zdrowie									X								S
169	Styl życia	Tworzenie mieszkańcom warunków do kształtowania zdrowego stylu życia i zapobiegania chorobom										X							S
170	Styl życia	Edukacja na rzecz zdrowia oraz promocja zdrowego stylu życia.															X		S
171	Styl życia	Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu	X													X	X		S
172	Styl życia	Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem	X									X				X	X		S
173	Styl życia	Zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności każdego człowieka za zdrowie.															X		O
174	Styl życia	Poprawa zachowań pro-zdrowotnych takich jak: odżywianie, większa dostępność i możliwość nabycia bezpiecznej i zdrowej żywności, aktywnośc fizyczna, nawyk częstszych badań profilaktycznych jako świadomy wybór kształtowania zdrowego stylu życia															X		O
175	Styl życia	Powszechność używania środków psychotropowych powinna zostać zmniejszona, a umieralność z tym związana ograniczona przynajmniej o połowę.															X		O

***N**arodowy **P**lan **Z**drowotny*

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
176	Styl życia	Większy nacisk należy położyć na rehabilitację chorych oraz zmiany stylu życia na zdrowszy.															X		O
177	Styl życia	Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych	X				X			X		X			X	X			O
178	Szkolnictwo	Usprawnienie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania								X									O
179	Szkolnictwo	Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych świadczonych na rzecz dzieci i młodzieży w miejscu nauki, tzw. medycyna szkolna										X							O
180	Szkolnictwo	Przywrócenie i utrzymanie opieki profilaktycznej w środowisku nauki i wychowania poprzez prowadzenie badań profilaktycznych dzieci i młodzieży (bilansowych i przesiewowych) zgodnie z wytycznymi ImiDz, utrzymanie opieki pielęgniarskiej, lekarskiej, stomatologicznej w szkołach i placówkach opiekuńczo-wychowawczych													X				O
181	Szpitale	Wzrost efektywności funkcjonowania stacjonarnej opieki zdrowotnej.															X		O
182	Szpitale	Poprawa warunków diagnozowania, leczenia i pobytu pacjentów w jednostkach lecznictwa zamkniętego										X							S
183	Szpitale	Łączenie jednostek organizacyjnych lecznictwa zamkniętego z jednoczesną redukcją kosztów administracyjnych i logistycznych										X							O
184	Szpitale	Zmiana formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących w ramach lecznictwa zamkniętego										X							O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
185	Szpitale	Polepszenie komfortu pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym										X							O
186	Szpitale	Dostosowanie wskaźników rzeczywistych łóżek szpitalnych do wskaźników kierunkowych		X															O
187	Szpitale	Zwiększenie poprzez restrukturyzację, ilości łóżek długoterminowych i psychiatrycznych, a zmniejszenie liczby łóżek krótkoterminowych i dążenie do stopniowego osiągnięcia wskaźników kierunkowych						X											O
188	Szpitale	Dopasowanie ilości jednostek służby zdrowia do rzeczywistych potrzeb województwa						X											O
189	Szpitale	Restrukturyzacja instytucjonalna poszczególnych jednostek ochrony zdrowia poprzez dopasowanie potencjału zadaniowego jednostki do potrzeb wojewódzkich i uzyskanie stanu równoważenia strony przychodów i kosztów w jednostce		X				X											O
190	Szpitale	Efektywne i racjonalne wykorzystanie bazy łóżkowej, zasobów kadrowych							X										S
191	Szpitale	Wprowadzenie mechanizmów kierowania na oddziały szpitalne wyłącznie w przypadkach koniecznych							X										O
192	Szpitale	Usprawnienie zarządzania sp zoz-ami w celu zachowania płynności finansowej szpitali							X										O
193	Szpitale	Zaplanowane procedury koordynowania wykorzystania zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa							X										O
194	Szpitale	Wypracowanie optymalnego modelu sieci i struktury placówek ochrony zdrowia, wynikającego z danych demograficznych i epidemiologicznych			X			X		X		X							S

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
195	Szpitale	Racjonalne wykorzystanie dostępnej bazy łóżkowej, przyjmując jako minimalny wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych dla dorosłych w szpitalach II i III poziomu referencyjnego w wysokości 85%, dla dzieci 80%, a szpitalach I poziomu referencyjnego odpowiednio 80% i 75%,										X							O
196	Szpitale	Docelowa likwidacja oddziałów liczących mniej niż 20 łóżek (oprócz oddziałów specjalistycznych), zwłaszcza mających niskie współczynniki wykorzystania posiadanej bazy łóżkowej										X							O
197	Szpitale	Zmiana aktualnego zakresu działania jednostki o stosunkowo małej liczbie łóżek (do 100), wykorzystanych w niewielkim stopniu, lub też wymagającej znaczących nakładów inwestycyjnych, której zadania może przejąć inna jednostka										X							O
198	Szpitale	Ustalenie docelowej sieci szpitali z uwzględnieniem podziału na szpitale opieki krótkoterminowej i długoterminowej w oparciu o posiadane zasoby ludzkie i techniczne, strukturę wiekową i chorobową leczonych pacjentów, stopień wykorzystania łóżek, położenie geograficzne oraz powiązania z infrastrukturą np. drogową; pozwoli to również na poprawę jakości i standardu świadczonych usług pozwalając również na optymalne wykorzystanie posiadanej bazy oraz wyspecjalizowanie się zakładów w świadczeniu określonych usług zdrowotnych										X							O
199	Szpitale	Skrócenie czasu leczenia i pobytu pacjentów na oddziałach szpitalnych										X							O
200	Szpitale	Tworzenie łóżek dziennych dla specjalności zarówno zachowawczej jak i zabiegowej, w celu rozwoju chirurgii jednego dnia, diagnostyki na oddziałach zachowawczych rehabilitacji, psychiatrii, dermatologii itp										X							O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
201	Środowisko	Zmniejszenie narażenia ludności na czynniki szkodliwe w środowisku życia, pracy i nauki oraz ich skutków zdrowotnych	X																O
202	Środowisko	Sukcesywne stwarzanie warunków zmierzających do poprawy stanu środowiska naturalnego, środowiska nauki i pracy.																	O
203	Środowisko	Zmniejszenie narażenia ludności na czynniki szkodliwe w środowisku życia, pracy i nauki oraz ich skutków zdrowotnych														X			O
204	Środowisko	Kształtowanie środowiska przyjazneg zdrowiu.															X		S
205	Środowisko	Powinien zostać znacznie ograniczony wpływ na populację niebezpiecznych dla zdrowia, fizycznych, biologicznych i chemicznych zanieczyszczeń środowiska naturalnego.															X		O
206	Środowisko	Powinno ulec poprawie bezpieczeństwo i jakość środowiska domowego, co jest do osiągnięcia poprzez zwiększenie wiedzy własnej oraz rodziny w zakresie promocji i ochrony dobrego stanu zdrowia.															X		O
207	Środowisko	Wykorzystanie warunków środowiskowych oraz renty lokalizacyjnej dla rozwiju opieki zdrowotnej i eksportu jej usług																X	S
208	Uzdrowiska	Rozwój lecznictwa uzdrowiskowego (sanatoryjnego)									X								S
209	Zdrowie psychiczne	Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych														X			O
210	Zdrowie psychiczne	Poprawa zdrowia psychicznego.															X		S
211	Zdrowie psychiczne	W istotny sposób powinny zostać zredukowane: powszechność występowania i szkodliwy wpływ problemów zdrowia psychicznego, a ludzie powinni posiąść lepszą umiejętność radzenia sobie z problemami życia codziennego.															X		O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
212	Zdrowie psychiczne	Obniżone winny zostać wskaźniki samobójstw.															X		O
213	Zdrowie psychiczne	Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych	X																O
214	Zdrowie psychiczne	Promocja i ochrona zdrowia psychicznego oraz rozwijanie systemu wsparcia społecznego poprzez zwiększenie dostępności do poradni zdrowia psychicznego, rozwój psychiatrii dziecięcej, rozwój psychiatrycznych oddziałów dziennych, psychiatrii środowiskowej, zorganizowanie systemu pomocy w województwie dla osób i rodzin w sytuacjach kryzysowych (alkoholizm, narkomania, przemoc domowa, dziecko krzywdzone), organizowanie wsparcia oraz pomocy środowiskowej i instytucjonalnej dla osób i rodzin w trudnej sytuacji życiowej, wspieranie rozwoju grup samopomocy oraz organizacji pozarządowych działających na rzecz promocji zdrowia i rozwiązywania problemów społecznych, upowszechnianie informacji o formach pomocy na rzecz osób pozostających w trudnej sytuacji życiowej													X				O
215	Zdrowie psychiczne	Poprawa poziomu opieki psychiatrycznej oraz z zakresu uzależnień i współuzależnień					X				X								S
216	Zdrowie psychiczne	Organizacja całodobowego Centrum Interwencji Kryzysowej wg zasad organizacyjnych pogotowia doraźnego (kontakt telefoniczny z lekarzem psychiatrą, psychologiem),										X							O
217	Zdrowie psychiczne	Rozwój docelowej sieci psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej										X							O

Lp.	Funkcja	Cel	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Łódzkie	Małopolskie	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Pomorskie	Śląskie	Lubuskie	Charakter celu[23]
218	ZOL	Stworzenie możliwości integracji opieki długoterminowej z systemem pomocy społecznej						X											S
219	ZOL	Wdrożenie do systemu opieki długoterminowej, pielęgniarskiej opieki w domu chorego								X									O
220	ZOL	Rozwój łóżek opieki długoterminowej, rozszerzanie alternatywnych form opieki stacjonarnej: oddziały dzienne, jednego dnia, opieka hospicyjna.								X									O
221	ZOL	Poszerzenie oferty stacjonarnej opieki długoterminowej przez utworzenie zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczej i paliatywno-hospicyjnej,										X							O
222	ZOL	Poszerzenie oferty stacjonarnej opieki długoterminowej przez utworzenie oddziału rehabilitacji narządu ruchu										X							O
223	ZOL	Rozwój opieki długoterminowej połączony z jednoczesną zmianą struktury już istniejących łóżek opieki krótkoterminowej, co pozwoli na lepszą alokację środków finansowych w systemie opieki zdrowotnej, lepszą jakość świadczonych usług oraz ponoszenie racjonalnych kosztów związanych ze świadczeniem usług w opiece długoterminowej (koszty utrzymania pacjenta w oddziałach opieki krótkoterminowej są wyższe niż w długoterminowych),							X			X							O
224	ZOL	Zapewnienie opieki domowej w opiece długoterminowej										X							O
225	ZOL	Tworzenie oddziałów dziennych										X							O
226	ZOL	Organizacja świadczeń opieki długoterminowej w ścisłej współpracy z samorządami i opieką społeczną												X					S