

NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY SYTUACJI ZDROWOTNEJ W POLSCE PORÓWNANIE MIĘDZYNARODOWE



*Wersja polska przygotowana pod redakcją:
Dr Bogdana Wojtyniaka i Dr Pawła Goryńskiego (Państwowy Zakład Higieny)*

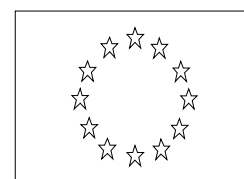
Opracowanie niniejsze daje przegląd stanu zdrowia i zagadnień z nim związanych w Polsce i porównanie, tam gdzie to jest możliwe, z krajami aspirującymi o przyjęcie do Unii Europejskiej. Opracowanie to było przygotowane we współpracy i instytucjami i nie stanowi oficjalnej informacji o charakterze biuletynu statystycznego. Oparte jest ono na źródłach krajowych i zagranicznych wymienionych na końcu opracowania.

SPIS TREŚCI

KRÓTKI PRZEGLĄD	4
KRAJ I JEGO LUDNOŚĆ	7
SYTUACJA ZDROWOTNA.....	12
STYL ŻYCIA	30
ŚRODOWISKO I ZDROWIE.....	40
SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ	43
PIŚMIENNICTWO.....	53



WHO Regional Office for Europe



European Commission

KRÓTKI PRZEGLĄD

Współczynnik urodzeń na 1000 ludności ulega w Polsce obniżeniu a współczynnik przyrostu naturalnego w końcu lat 90. osiągnął poziom zerowy. Mimo że natężenie urodzeń jest wciąż jednym z najwyższych wśród krajów referencyjnych (KR)¹ to współczynnik płodności spadł poniżej poziomu zastępowalności.

Średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia, wynoszące w 1999 r. 68,9 lat dla mężczyzn i 77,6 lat dla kobiet, wykazuje tendencję wzrostową i jest dłuższe niż przeciętnie w KR, jakkolwiek jest istotnie krótsze od średniej długości w państwach Unii Europejskiej (EU). Po długim okresie stagnacji, średnia długość życia zaczęła ponownie wzrastać, w połowie lat 80. dla kobiet, a następnie we wczesnych latach 90. dla mężczyzn.

W latach 90. standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności (SDR) z powodu chorób układu krążenia w grupie wieku 0-64 lat uległ obniżeniu i w końcu lat 90. był niższy od średniego w KR. Jednak współczynnik zgonów mężczyzn z powodu chorób naczyń mózgowych ma tendencję rosnącą.

Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych w grupie wieku 0-64 lata wykazywał przed 1990 r. tendencję wzrostową wśród mężczyzn, a następnie obniżał się osiągając poziom notowany na początku lat 80. W odniesieniu do kobiet zmiany w wartości współczynnika były mniejsze i w końcu lat 90. współczynnik pozostawał na poziomie lat 70. Współczynnik umieralności z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca w grupie wieku 0-64 lata jest wśród najwyższych w KR, i chociaż od prawie dziesięciu lat obserwuje się spadek umieralności mężczyzn w tej grupie wieku, to jednak wśród kobiet (zarówno w wieku poniżej, jak i powyżej 65 lat) współczynnik ten wzrasta systematycznie od początku lat 70. Świadczy to o dużym rozpowszechnieniu palenia tytoniu w ostatnich dekadach. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu raka szyjki macicy spada, mimo to pozostaje na jednym z najwyższych poziomów wśród KR i jest ponad trzykrotnie wyższy od średniego w UE. SDR z powodu raka piersi wzrósł w wielu KR, jednak współczynnik umieralności polskich kobiet utrzymuje się od lat 80. na stałym poziomie i w chwili obecnej jest najniższy wśród KR a także poniżej średniej w UE.

¹ Dziesięć następujących państw ubiegających się o przyjęcie do Unii Europejskiej określono jako kraje referencyjne: Bułgaria, Republika Czech, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Rumunia, Słowacja, Słowenia i Węgry.

W odniesieniu do chorób zakaźnych i pasożytniczych (uwzględniając wszystkie grupy wieku) SDR obniżył się, w wyniku czego sytuacja Polski w porównaniu z innymi krajami uległa poprawie. Wartości współczynników umieralności z powodu chorób układu oddechowego i chorób układu trawiennego również spadały do połowy lat 90. ale w drugiej połowie tej dekady zaczęły ponownie wzrastać. Rosnąca umieralność z powodu chorób układu oddechowego może także wiązać się częściowo z bardzo rozpowszechnionym wśród ludności paleniem tytoniu. Główną przyczyną zgonów z powodu chorób układu trawiennego są choroby wątroby. W Polsce SDR z powodu chorób wątroby, włącznie z marskością wątroby, jest niższy we wszystkich grupach wiekowych od średniego w KR, jednak obniżający się stale średni w UE współczynnik jest już poniżej współczynnika w Polsce. Przedwczesna umieralność (tzn. w wieku 0-64 lata) z powodu chorób wątroby, włącznie z marskością wątroby, wzrasta wśród mężczyzn, szczególnie w wieku 25-54 lata.

Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu zabójstw i samobójstw, we wszystkich grupach wiekowych, kształtują się poniżej średniej KR, niemniej są wyższe niż średnie w UE.

Jakkolwiek zachorowalność na AIDS jest niższa w Polsce niż w UE, to jednak jest ona wyższa niż w wielu KR. Polska jest jedynym krajem referencyjnym, w którym

narkomani stanowią największą grupę odpowiedzialną za przenoszenie się zakażenia HIV (49% wszystkich przypadków). Zachorowalność na gruźlicę, wirusowe zapalenie wątroby i kiłę zmniejszyła się bardzo istotnie w okresie od połowy lat 80.

Wskaźnik zepsutych, brakujących lub wypełnionych zębów (DMFT) wskazuje na pogarszający się w latach 90. stan zdrowia jamy ustnej u dzieci w wieku 12 lat, w związku z czym Polska posiada aktualnie jeden z najgorszych wskaźników spośród wszystkich KR.

System finansowania opieki zdrowotnej oparty na środkach z budżetu centralnego został zastąpiony systemem opieki zdrowotnej finansowanym przez autonomiczne kasy chorych, które funkcjonują w Polsce od 1999 r².

Zarówno liczba łóżek szpitalnych, jak i liczba lekarzy na 100 tys. ludności są na ogół niższe niż w KR i w krajach UE.

² Według zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia system ten w roku 2002 podlegać będzie modyfikacjom (red.)

UWAGI TECHNICZNE

Opracowania, które są ogólnie zatytułowane „Najistotniejsze elementy sytuacji zdrowotnej” dają zarys stanu zdrowia ludności oraz podstawowych czynników rzutujących na ten stan. Wszędzie gdzie jest to możliwe dokonuje się porównań międzynarodowych, uznając to jako metodę oceny słabych i mocnych stron kraju, dokonanych dotychczas osiągnięć oraz tego, co należy poprawić w przyszłości. Grupy krajów stanowiące punkt odniesienia dokonywanych porównań zostały określone jako kraje referencyjne (KR) dobrane w oparciu o:

- podobne trendy społeczno-ekonomiczne lub rozwojowe oraz
- grupy geopolityczne, takie jak Unia Europejska, Wspólnota Niepodległych Państw, Republiki Azji Środkowej lub kraje kandydujące do członkostwa w Unii Europejskiej.

W stosunku do Polski krajami referencyjnymi jest grupa 10 krajów Europy Środkowej i Wschodniej ubiegających się o przyjęcie do Unii Europejskiej (Bułgaria, Republika Czeska, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Rumunia, Słowacja, Słowenia i Węgry).

W celu dokonania porównań między krajami w sposób możliwie najbardziej rzetelny, dane dla każdego wskaźnika brano, oczywiście tam gdzie było to możliwe, z jednego powszechnego źródła międzynarodowego (WHO, EUROSTAT, Organizacji Współpracy Ekonomicznej i Rozwoju /OECD/ oraz Międzynarodowej Organizacji Pracy /ILO/). Dzięki temu analizowane dane są w większym stopniu porównywalne ze sobą. Należy jednak pamiętać, że czynniki takie jak sposób prowadzenia dokumentacji i klasyfikacji oraz różnice kulturowe mogą również wpływać na porównywalność danych. O ile nie podano innych informacji, źródłem danych jest baza danych statystycznych odnoszących się do strategii „zdrowie dla wszystkich” Regionalnego Biura WHO na Europę (*WHO Regional Office for Europe, 2001*). Źródłem informacji na temat polityki zdrowotnej poszczególnych krajów są raporty władz państwowych przedstawiające ocenę realizacji tej strategii, bezpośrednie kontakty z władzami oraz publikacja WHO „Zdrowie w Europie w 1997 r.” (*WHO Regional Office for Europe, 1998*).

Szczególny przypadek porównania występuje wtedy gdy kraje podlegają uszeregowaniu i mają nadawane rangi. Jakkolwiek dogodny w podsumowaniach, jest to jednak sposób niekiedy mylący i wymagający ostrożnej interpretacji, szczególnie wtedy, gdy stosuje się go bez dodatkowych danych, ponieważ jest podatny na minimalne różnice w szeregowanych wartościach wskaźnika. Należy również zachować ostrożność, gdy w ten sposób dokonuje się oceny trendów (np. tabela na początku rozdziału dotyczącego stanu zdrowia), gdyż sama kolejność może ukryć ważne dla poszczególnych krajów, bezwzględne zmiany w poziomie danego zjawiska. W niniejszych opracowaniach najczęściej stosowane są wykresy słupkowe (dla wskazania sytuacji danego kraju w stosunku do KR zgodnie z najnowszymi danymi) oraz wykresy liniowe (stosowane najczęściej w celu przedstawienia trendów czasowych począwszy od 1970 r.). Wykresy liniowe pokazują trendy dla wszystkich KR i dla średniego poziomu w UE. Wartości dla omawianego kraju i odpowiedniej średniej grupowej są wyróżnione poprzez pogrubienie i określenie w legendzie ryciny. Umożliwia to zorientowanie się w kierunku trendów danego kraju w stosunku do trendów wszystkich KR oraz ułatwia ocenę sytuacji poprzez odniesienie do dających się zaobserwować zgrupowań krajów lub ogólnego trendu czy też ogólnej wartości średniej. Dla złagodzenia wahań występujących w rocznych współczynnikach spowodowanych małą liczebnością zdarzeń stosowano, gdy to uznano za właściwe, średnią z okresu trzech lat. Na przykład dotyczy to umieralności okołoporodowej matek dla wszystkich KR. Porównania powinny odnosić się do tego samego okresu czasu, jakkolwiek nie wszystkie najnowsze dostępne dane dotyczą tego samego roku. Należy zatem mieć to na uwadze, ponieważ ocena sytuacji w danym kraju może ulec zmianie w momencie uzyskania nowszych danych.

Uwaga: W odniesieniu do Polski dane dotyczące umieralności w latach 1997 i 1998 są niekompletne ze względu na występujące wtedy zaburzenia w ich zbieraniu. Dlatego też na wielu wykresach brakuje danych dotyczących tych dwóch lat, a trend interpolowano i przedstawiany jest on przerywaną linią. Proszę zwrócić uwagę, że te dane są dostępne do 1996 r. i następnie dla 1999 r.

KRAJ I JEGO LUDNOŚĆ³

Poprzednia Konstytucja została przyjęta w lipcu 1952 r., a kolejne poprawki do niej wprowadzano w latach 1976, 1983 i 1992. W okresie ostatniej reformy, uległ pewnej zmianie podział władzy między Prezydentem, Rządem i Sejmem, i władza Prezydenta i Premiera uległy zwiększeniu.

Sejmowi wybieranemu co cztery lata w wyborach proporcjonalnych. Istnieje pięcioprocentowy próg dla partii i ośmioprocentowy dla koalicji, ale są też miejsca zarezerwowane dla mniejszości etnicznych nawet wtedy gdy liczba uzyskanych przez nie głosów nie osiąga przyjętego progu. Sejm wybiera Radę

Tabela 1. Polska a inne kraje kandydujące do Unii Europejskiej (UE) (1999)

	Polska	Kraje kandydujące		
Stolica	Warszawa	Średnia/razem	Minimum	Maksimum
Ludność ogółem	38 741 000	104 705 300	1 442 400	38 741 000
Ludność 0–14 lat (%)	20,9	18,7	16,1	21,2
Ludność 15–64 lat (%)	67,1	68,4	66,3	74,2
Ludność ≥ 65 lat (%)	12,0	12,8	9,6	16,0
Powierzchnia w km ²	313 000	1 078 066	20 000	313 000
Gęstość zaludnienia na km ²	124	97	32	130
Ludność w miastach (%)	65	64	50	75
Urodzenia na 1000 ludności	9,9	9,7	8,0	10,5
Zgony na 1000 ludności	9,9	11,2	9,6	14,2
Przyrost naturalny na 1000 ludności	0,0	-1,5	-5,5	0,8
Produkt krajowy brutto na 1 mieszkańca w US \$ PPP	8 079	8 369	5 071	15 977
PPP: w przeliczeniu na parytet siły nabywczej				

Nową Konstytucję przyjęto w kwietniu 1997 roku. Władzę ustawodawczą w Rzeczypospolitej Polskiej jest powierzona

Ministrów. Wybierany jest również Senat - wyższa izba Parlamentu, składający się ze 100 senatorów. Może on wprowadzać zmiany do sejmowych projektów ustaw, które izba

³ Niniejsze wstępne podrozdziały oparte zostały na materiale zawartym w Roczniku Statystycznym (Stateman's Yearbook, Turner, 2000).

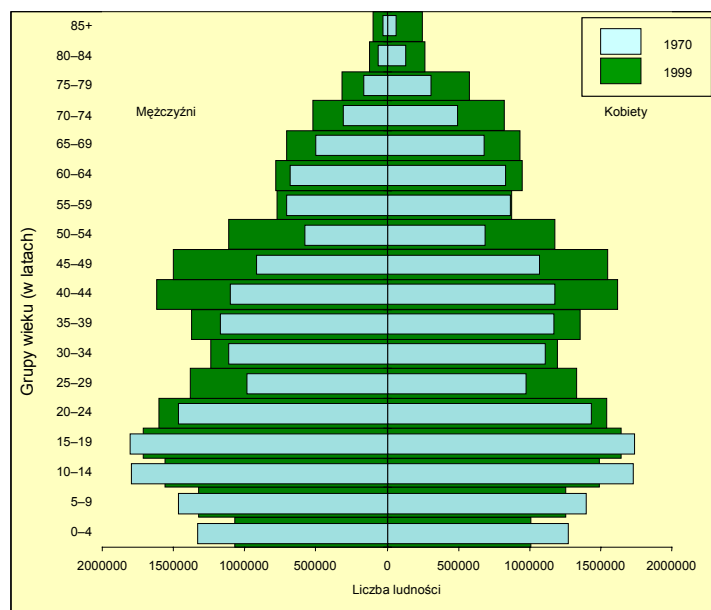
niższa może odrzucić jedynie większością dwóch trzecich głosów.

Na czele państwa stoi Prezydent, który wybierany jest w wyborach bezpośrednich na kadencję pięcioletnią. Prezydent nie może pełnić swojej funkcji dłużej niż przez dwie kadencje. Prezydent wyznacza premiera za zgodą Sejmu. Członkowie Rady Ministrów są mianowani ale nie mogą być odwoływani

na podstawie systemu większościowego albo proporcjonalnego. Działalność władz lokalnych finansowana jest częściowo z budżetu lokalnego, a częściowo z dotacji z budżetu centralnego.

Polska jest członkiem Organizacji Narodów Zjednoczonych, Rady Europy, Organizacji Współpracy Ekonomicznej i Rozwoju, Środkowoeuropejskiej Strefy

Ryc. 1. Piramida wieku ludności Polski w 1970 i 1999



przez prezydenta. Prezydent posiada prawo weta w stosunku do uchwalanych ustaw, które może być przegłosowane w Sejmie tylko w przypadku większości dwóch trzecich głosów.

Kraj podzielony jest na 16 województw, w skład których wchodzi 308 powiatów, które z kolei dzielą się na 2489 gmin. Władza lokalna sprawowana jest przez rady wybierane na każdym szczeblu administracji państwowej, co cztery lata albo

Wolnego Handlu, Inicjatywy Środkowoeuropejskiej, a także jest członkiem stowarzyszonym Unii Europejskiej oraz partnerem stowarzyszonym Unii Zachodnioeuropejskiej. Polska wystąpiła o przyznanie pełnego członkostwa w Unii Europejskiej. W grudniu 1999 roku Komisja Europejska wyraziła poparcie dla procesu akcesyjnego, zaliczając Polskę (wraz z Węgrami) do tych krajów Europy Środkowej

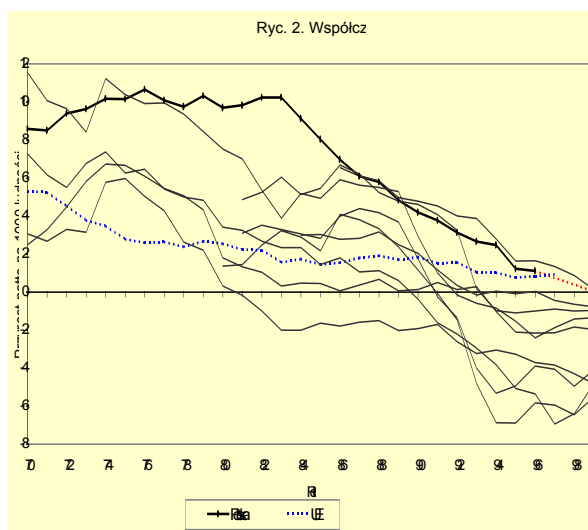
i Wschodniej, które prawdopodobnie jako pierwsze zostaną przyjęte do Unii Europejskiej. W marcu 1999 r. Polska stała się pełnoprawnym członkiem NATO.

Sytuacja demograficzna

Kształt piramidy wieku wskazuje na etap transformacji demograficznej ludności. Całokształt zmian w strukturze populacji wynikający ze zmian w płodności, umieralności i migracji daje się z łatwością zauważyć gdy porówna się piramidy wieku dla dwóch różnych lat (Ryc. 1). Kraje Unii Europejskiej osiągnęły, generalnie rzecz biorąc, zaawansowany etap w transformacji demograficznej. Młodsze grupy wiekowe stają się mniej liczne niż grupy wieku średniego, a niekiedy niż grupy ludzi starszych. W KR zaczyna się kształtować ogół podobna struktura wieku ludności. W Polsce grupy wieku 10-14 lat i 35-49 lat były proporcjonalnie liczniejsze a grupy wieku 25-29 lat i 50-84 lata były mniej liczne od średniej w KR w 1999 roku.

Do 1984 r. współczynnik przyrostu naturalnego wynosił około 10 na 1000 ludności, natomiast w późniejszym okresie zmniejszał się i w drugiej połowie lat 90. osiągnął poziom krajów Unii Europejskiej co wynika z malejącej liczby urodzeń: współczynnik urodzeń obniżył się z 19 na 1000 ludności w 1984 r. do 10 w 1999 r.

Mimo malejącej liczby urodzeń, współczynnik przyrostu naturalnego w Polsce (0,0 na 1000 ludności w 1999 r.) był drugim najwyższym wśród KR w 1999 r, niemniej był on niższy od współczynnika dla krajów UE (1,1 na 1000 w 1997 r.) (Ryc. 2).



Chociaż współczynnik płodności w Polsce (1,4 w 1999 r.) jest najwyższy spośród KR (średnia 1,3 w 1999 r.), to jednak jego wartość spadła poniżej poziomu zastępowalności.

Ludność migrująca i struktura etniczna

Imigranci i mniejszości etniczne mogą prezentować szczególnie wzorzec chorób i potrzeb zdrowotnych ze względu na czynniki kulturowe, społeczno-ekonomiczne i behawioralne oraz narażenie na różne czynniki środowiskowe w krajach swojego pochodzenia. Uzyskanie dostępu do opieki zdrowotnej, która mogłaby zaspokoić takie szczególne potrzeby oraz być akceptowaną z

punktu widzenia kultury i znajomości języka może okazać się niekiedy trudne. Co więcej, wielu ludzi należących do tej grupy jest narażonych na większe ryzyko ubóstwa i marginalizacji, co może prowadzić do gorszego stanu ich zdrowia w porównaniu z ludnością miejscową. Szczególnie nielegalni imigranci mogą natrafić na trudności w uzyskaniu opieki zdrowotnej, nie mówiąc o tym, że zdobycie jakiegokolwiek opieki może okazać się problematyczne.

W Polsce liczebność mniejszości etnicznych nie jest ściśle określona, niemniej szacuje się, że w 1984 r. żyło tutaj 1,2 miliona Niemców, a mniejsze grupy etniczne składały się z Ukraińców, Białorusinów i Litwinów (Turner, 2000).

W latach 90. Polska miała ujemne saldo migracji ale zmniejszyło się ono z 19 tys. w 1994 r. do 14 tys. w 1999 r. Głównymi punktami docelowymi emigrantów w tych latach były Niemcy, Stany Zjednoczone i Kanada (Council of Europe, 1997), Austria, Szwecja i Francja (Council of Europe, 1999). Największe grupy imigrantów pochodzą z Niemiec, Stanów Zjednoczonych, Ukrainy i nowych państw niepodległych oraz z Azji (Council of Europe, 1999).

Warunki społeczne i gospodarka

Związek między poziomem wykształcenia i zdrowiem jest dobrze udokumentowany. Poziom umiejętności pisania i czytania wśród ludzi dorosłych (wiek 15 lat i powyżej) jest często stosowanym wskaźnikiem, ale jednakowo wysokie jego wartości w Europie (wszystkie KR podają odsetek w wysokości 96% lub nawet więcej) ograniczają jego wartość porównawczą. Ponieważ we wszystkich KR wykształcenie podstawowe jest powszechne i obejmuje prawie wszystkie dzieci w wieku szkolnym, procent dzieci przyjętych⁴ do szkół podstawowych również nie jest czułym wskaźnikiem pozwalającym na wykrycie różnic w poziomie wykształcenia.

Dane porównawcze dotyczące odsetka młodzieży zapisanej do szkół ponadpodstawowych (gimnazja, licea oraz szkoły zawodowe i technika) są bardziej przydatne. Odkąd porównywalne dane stały się dostępne (1980 r.), liczba młodzieży polskiej uczęszczającej do szkół na tym poziomie wzrasta. Do 1996 roku odsetek

⁴ Współczynnik przyjętych dzieci (*net enrolment ratio*) jest to liczba zarejestrowanych uczniów w oficjalnej grupie wiekowej, podzielona przez populację w tym samym wieku, która odpowiada określonemu poziomowi wykształcenia. Uregulowania prawne poszczególnych krajów służą do określania poziomu wykształcenia, a tym samym oficjalnej grupy wiekowej (UNESCO, 1999).

uczących się na poziomie ponadpodstawowym był jednym z najwyższych w KR i sięgał 84% w porównaniu z przeciętnym wynoszącym 79% (*UNESCO, 1999*).

W Polsce produkt krajowy brutto w przeliczeniu na parytet siły nabywczej wynosił w 1988 r. 4190 USD a do roku 1999 osiągnął wysokość 8079 USD. Wartość ta zbliżona była do średniej dla KR, ale stanowiła tylko 37% średniej dla krajów UE. Płaca realna zmalała o ponad jedną piątą w latach 1989-1996. W tym samym okresie powiększyły się także nierówności w rozkładzie zarobków (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*). Według szacunku z 1999 r., 14,4% ludności mieszkało w gospodarstwach domowych poniżej ustawowej granicy ubóstwa (*GUS, 1999*).

W 1996 r. liczba zatrudnionych wynosiła 20,1 miliona, w tym 3,3 miliona w przemyśle i budownictwie, 3,6 miliona w transporcie, łączności, handlu, oświacie, finansach, ochronie zdrowia i służbie socjalnej a około 4 miliony stanowili rolnicy (*Turner, 2000*) Mimo znacznej liczby pracowników rolnych, ich wkład w produkt krajowy brutto jest stosunkowo niski. Zgodnie z wstępnymi obliczeniami, w 1997 roku 57% PKB pochodziło z usług, 37% z przemysłu, a tylko 6% z rolnictwa (*United*

Nations Economic Commission for Europe, 1999).

Według oficjalnych danych, wskaźnik bezrobocia w Polsce wzrósł z 6,3% w 1990 r. do 16,4% w 1993 r., a następnie spadł do 10,5% w 1998 r. ale według źródeł krajowych wzrósł do 13,1% w 1999 r (*GUS, 2001*). Jest to wyżej niż średnia w KR (10,3% w 1999 r.) i średnia w krajach UE (10,3% w 1999 r.). Bezrobocie w większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej może być wyższe od oficjalnie podawanych wskaźników.

Inflacja spowodowała poważne problemy w niektórych krajach Europy Środkowej i Wschodniej. W Polsce wskaźnik inflacji obniżył się z 71% w 1991 r. do 10% w 2000 r. (*GUS, 2001*).

SYTUACJA ZDROWOTNA

Bilans zmian, jakie nastąpiły w ostatnich latach w polskiej sytuacji zdrowotnej na tle krajów referencyjnych (Ryc. 3) wykazuje:

- stosunkową poprawę w zakresie przeciętnego dalszego trwania życia oraz umieralności niemowląt i matek;
- wysoką umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem a szczególnie z powodu raka płuc i szyjki macicy w porównaniu z KR. Rak piersi jest znaczącym wyjątkiem w tym

uogólnieniu;

- istotną poprawę miejsca Polski w przypadku niedokrwiennej choroby serca w przeciwieństwie do znacznego pogorszenia sytuacji w przypadku chorób naczyń mózgowych;
- stosunkowe pogorszenie sytuacji w zakresie umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych spowodowane stabilizacją współczynników w Polsce przy malejących trendach w innych krajach.

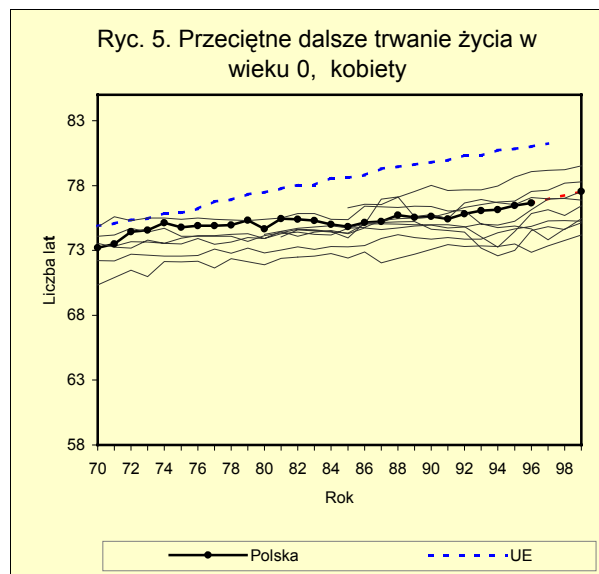
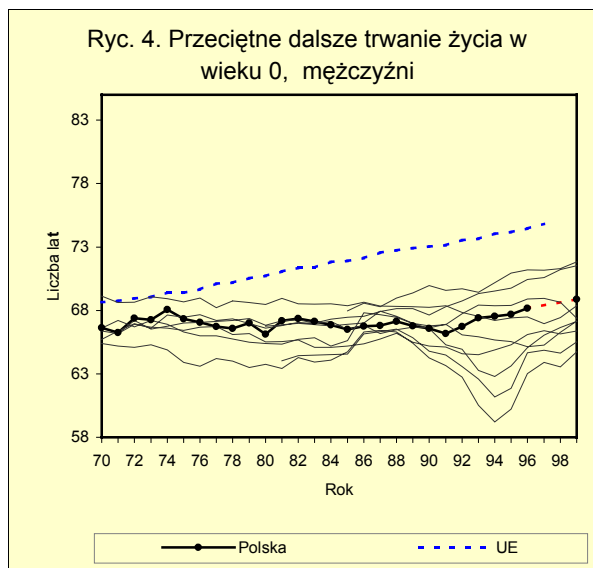
Ryc. 3. Polska na tle krajów referencyjnych w 1985 r. ● i w ostatnim dostępnym roku (1999 ^e) ☺															
NAJLEPSZA											NAJGORSZA				
POZYCJA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Polska	Kraje kandydujące (średnia)	Minimum ^a	Maksimum ^b	
Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 0 (lata)			☺		●						73,2	72,4	70,2	75,8	
Różnica przeciętnego trwania życia (kobiety-mężczyźni) (lata)						☺					8,7	8,1	6,8	10,9	
Współczynnik umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych						☺		●			8,9	10,9	4,6	18,6	
Współczynnik umieralności okołoporodowej matek, wszystkie przyczyny (na 100 tys. urodzeń żywych) ^f			☺	●							8,6	17,6	6,3	44,1	
SDR ^d z powodu ch. układu krążenia, wiek: 0-64 lata			☺				●				114,0	129,9	61,1	167,3	
SDR z powodu ch. niedokrwiennej serca, wiek: 0-64 lata			☺				●				50,1	57,5	25,3	88,0	
SDR z powodu ch. naczyń mózgowych, wiek 0-64 lata	●				☹						25,7	32,6	14,3	51,1	
SDR z powodu nowotworów, wiek: 0-64 lata							☺				105,4	107,3	92,7	145,3	
SDR z powodu raka płuc, wiek: 0-64 lata								●	☹		27,8	26,8	19,4	42,0	
SDR z powodu raka. szyjki macicy, kobiety w wieku: 0-64 lata								☺	●		6,7	7,4	3,3	11,9	
SDR z powodu raka piersi, kobiety w wieku: 0-64 lata	☺	●									13,7	15,7	13,7	20,6	
SDR z powodu zewnętrznych przyczyn urazów i zatruc, wiek				●	☹						70,2	74,0	52,2	156,6	
SDR z powodu wypadków komunikacyjnych					●	☹					16,6	14,5	10,2	26,0	
SDR z powodu samobójstw i samouszkodzeń	●				☹						14,7	17,3	12,0	42,1	
☺	Poprawa sytuacji			7 wskaźników											
☺	Sytuacja niezmienniona			2 wskaźniki											
☹	Pogorszenie sytuacji			5 wskaźników											
											^a Najniższa wartość obserwowana wśród krajów kandydujących				
											^b Najwyższa wartość obserwowana wśród krajów kandydujących				
											^c Średnia z trzech lat				
											^d SDR: standaryzowany współczynnik umieralności				
											^e umieralność okołoporodowa matek 1997-1999 (dla Polski 1994-1996)				

Przeciętne dalsze trwanie życia

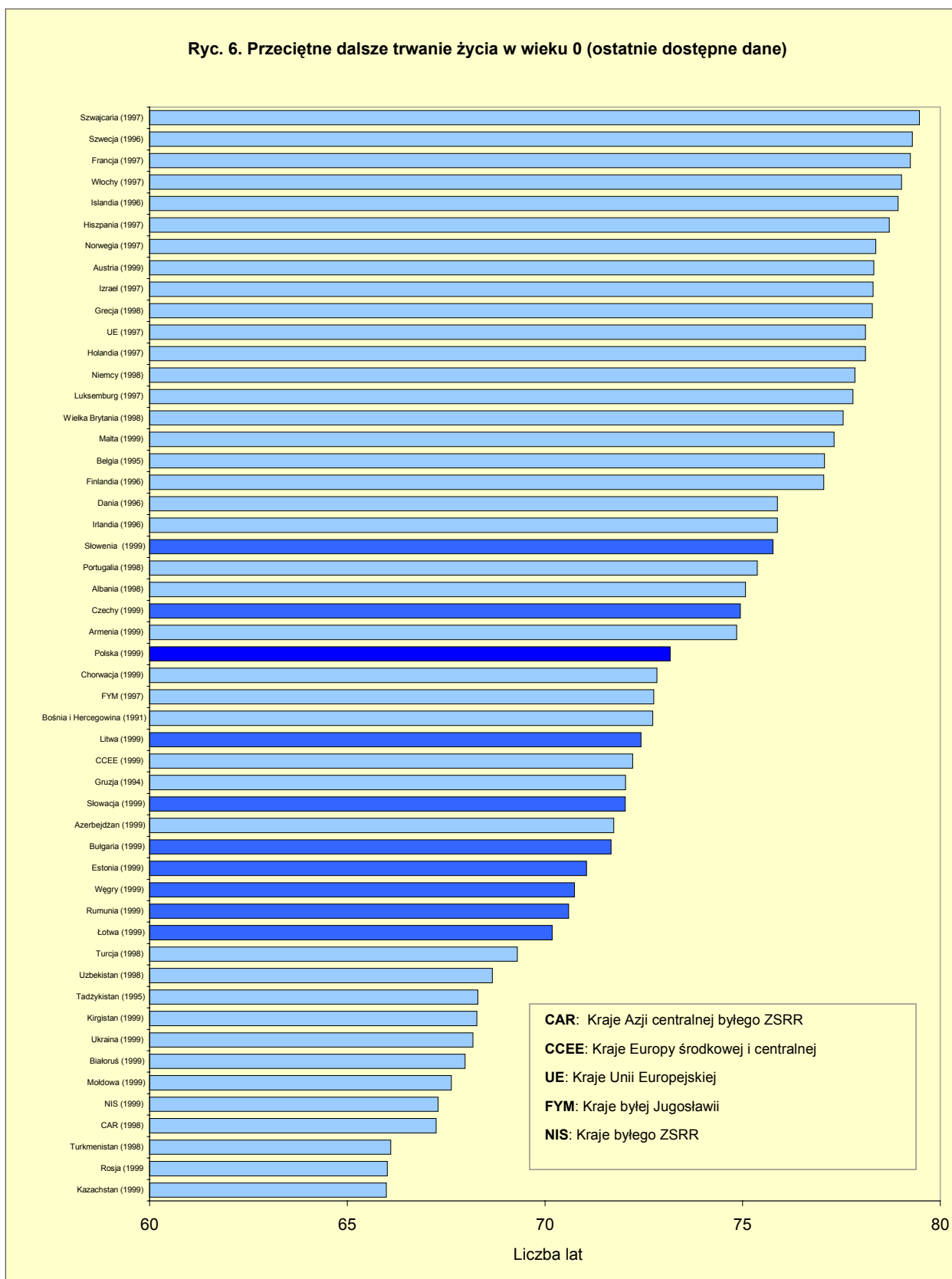
W 1999 r. przeciętne dalsze trwanie życia dla noworodków płci męskiej wynosiło 68,9 lat, a dla płci żeńskiej 77,6 lat. W każdym z tych przypadków było ono dłuższe od średniej KR. Na początku lat 70. odnotowano w Polsce wzrost długości życia, natomiast w latach 90. ogólny wzrost ponad tamten poziom był niewielki. Wzrost długości życia kobiet odnotowano ponownie w połowie lat 80. i obecnie żyją one 2,5 roku dłużej niż w 1974 r. Wzrost długości życia mężczyzn rozpoczął się w latach 90. osiągając poziom z 1974 r. po ponad dwóch dziesięcioleciach (Ryc. 4, 5, 6).

Różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet wzrosła prawie we wszystkich KR. W 1999 r. różnica w Polsce wyniosła 8,7 lat i równa jest średniej KR, natomiast jest ona o ponad dwa lata większa w porównaniu do krajów UE.

Przeciętne dalsze trwanie życia jest dłuższe dla mężczyzn żyjących w mieście niż dla mężczyzn żyjących na wsi, w odniesieniu do kobiet sytuacja jest odwrotna. Najwyższą umieralność i najkrótsze trwanie życia obserwuje się w zachodnich i środkowych regionach Polski (*Ministry of Health and Social Welfare, 1996*)



Ryc. 6. Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 0 (ostatnie dostępne dane)



Główne przyczyny zgonów

Porównanie współczynników umieralności z powodu głównych przyczyn w poszczególnych krajach pozwala ocenić jak dalece można ograniczyć obserwowany poziom zgonów. Biorąc pod uwagę, że nałogi i zachowanie, w sensie zbiorowym i indywidualnym, wpływają na prawie wszystkie główne przyczyny zgonów przypisywane chorobom układu krążenia, nowotworom i wypadkom, różnorodne działania w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, mogą doprowadzić do zmian wpływających na obniżenie ryzyka, a tym samym na zmniejszenie zachorowalności i liczby przedwczesnych zgonów. Podobnie jak w przypadku ogółu KR umieralność mężczyzn w grupie wieku 15-34 lata jest w Polsce wysoka, głównie w wyniku licznych zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych. Sytuacja kobiet w tej grupie wiekowej jest lepsza, ogólna umieralność jest niższa od średniej w KR i zbliża się do średniej krajów UE (Ryc. 7).

Choroby układu krążenia

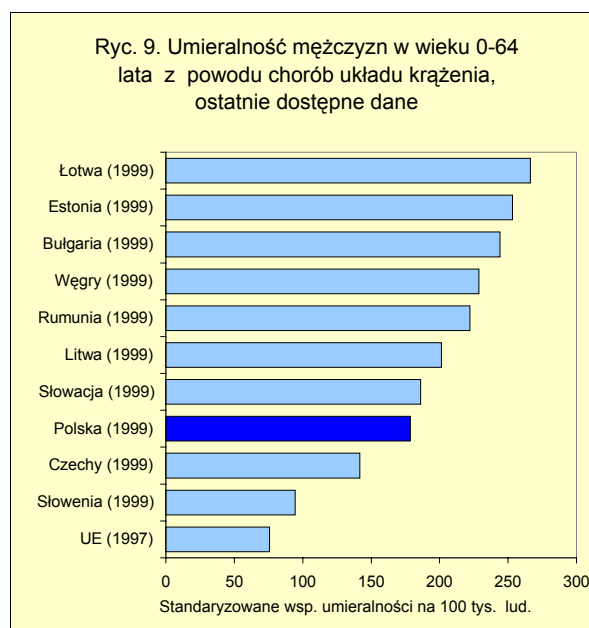
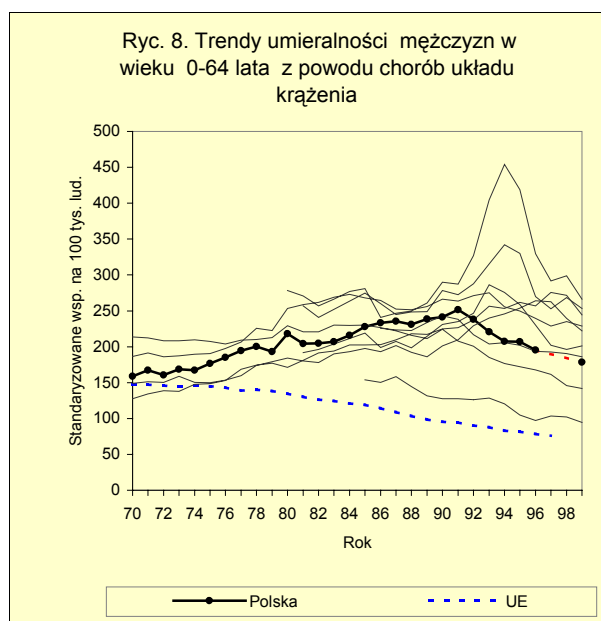
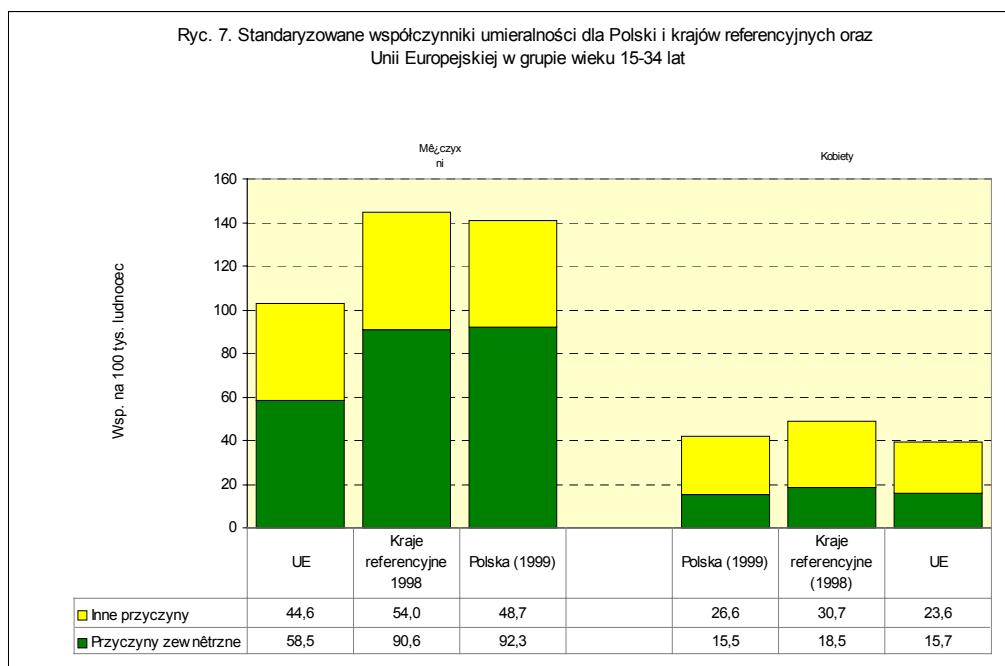
W 1970 r. standaryzowane współczynniki umieralności mężczyzn z powodu chorób układu krążenia w grupie wieku 0-64 lata były w KR zbliżone do średniej krajów UE. Od tego czasu współczynniki uległy obniżeniu w krajach UE, podczas gdy w większości KR nastąpił ich wzrost. W Polsce współczynniki umieralności wzrastały do 1991 r. a następnie zmalały o 30%. W 1999 r.

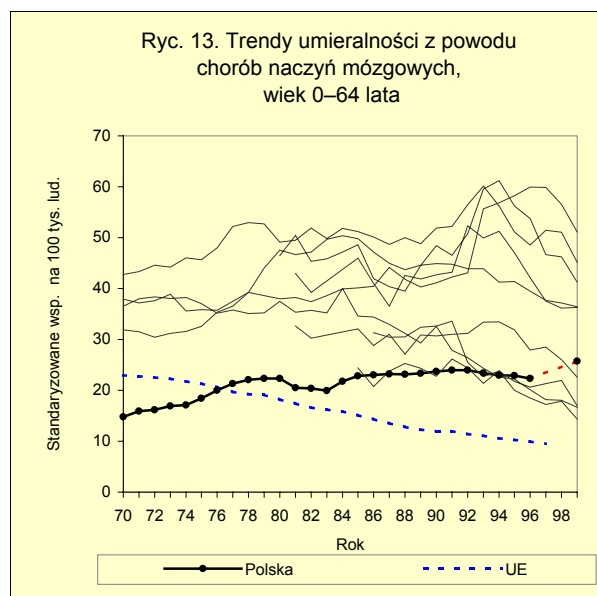
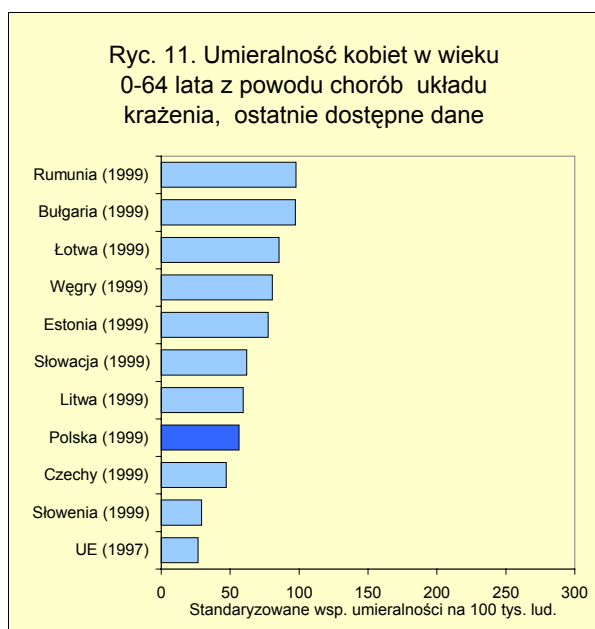
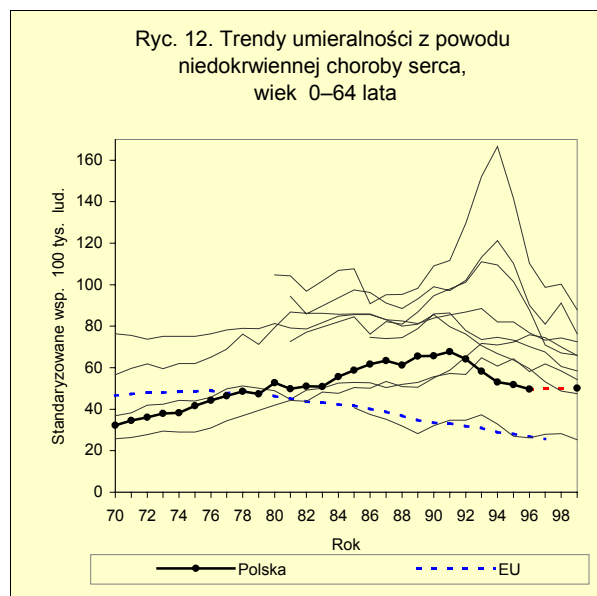
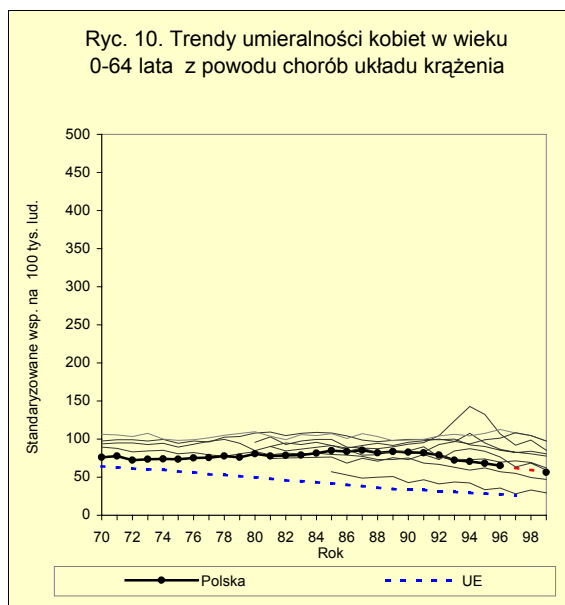
współczynnik dla Polski był jednym z najniższych wśród KR niemniej był ponad dwukrotnie wyższy niż w krajach UE (Ryc. 8 i 9).

Do 1970 r. współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia dla populacji żeńskiej w grupie wieku 0-64 lata był niższy w krajach UE niż w KR. Od tego czasu obserwowano w Polsce nieznaczny, ale stały jego wzrost, który trwał do wczesnych lat 90. po czym nastąpił spadek jego wartości o ponad jedną trzecią. W późniejszych latach 90. współczynnik umieralności w Polsce miał wartość poniżej średniej w KR ale, podobnie jak dla populacji męskiej, był on ponad dwukrotnie wyższy od średniej krajów UE (Ryc. 10 i 11).

W krajach Unii Europejskiej standaryzowany współczynnik umieralności z powodu niedokrwiennej choroby serca dla populacji w wieku 0-64 lata malał począwszy od lat 70., podczas gdy w KR spadek wartości współczynnika zaczął się znacznie później, a nawet obserwowano jego tendencję wzrostową. W Polsce współczynnik zaczął się obniżać we wczesnych latach 90. uzyskując wartość o jedną czwartą niższą od maksymalnej. Mimo spadku obecny współczynnik jest wciąż wyższy od odnotowanego w latach 70. (Ryc. 12)⁵.

⁵ Wyraźny wzrost współczynników zgonów z powodu niedokrwiennej choroby serca i chorób naczyń mózgowych w Polsce w 1999 r w stosunku do roku 1996 był związany ze zmianami w systemie informacyjnym dotyczącym umieralności





Począwszy od późnych lat 70. standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób naczyń mózgowych w grupie wieku 0-64 lata był w Polsce wyższy od współczynnika w krajach UE (Ryc. 13). Współczynnik dla populacji męskiej wzrastał w okresie od 1980 r. do wczesnych lat 90. i pozostawał na niezmiennym poziomie w połowie tej dekady, a następnie zaczął ponownie wzrastać.

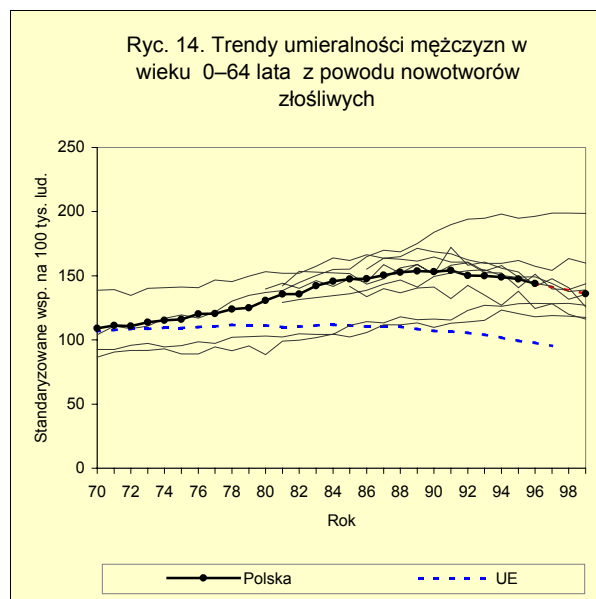
Współczynnik dla populacji żeńskiej uległ nieznacznej zmianie od końca lat siedemdziesiątych

Nowotwory złośliwe

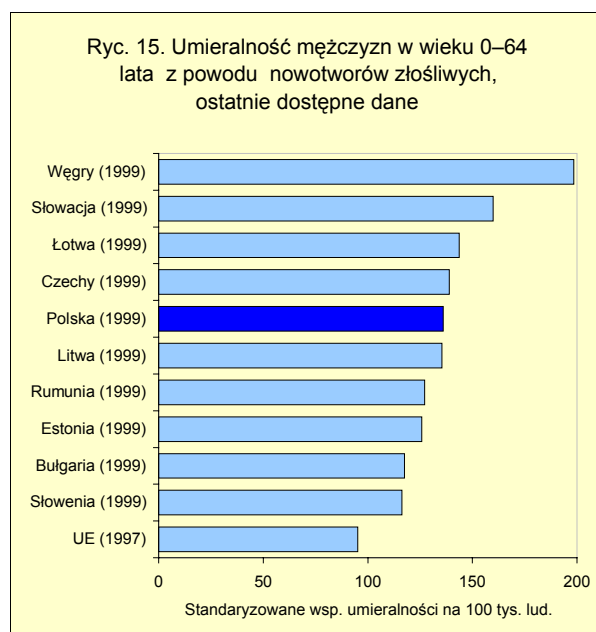
W tej części przedstawiono dane porównawcze dotyczące umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem. Bardziej szczegółowe dane odnoszące się do raka piersi i raka szyjki macicy podane są w części poświęconej zdrowiu kobiet, zaś dane dotyczące raka tchawicy, oskrzela i płuca w części poświęconej paleniu tytoniu.

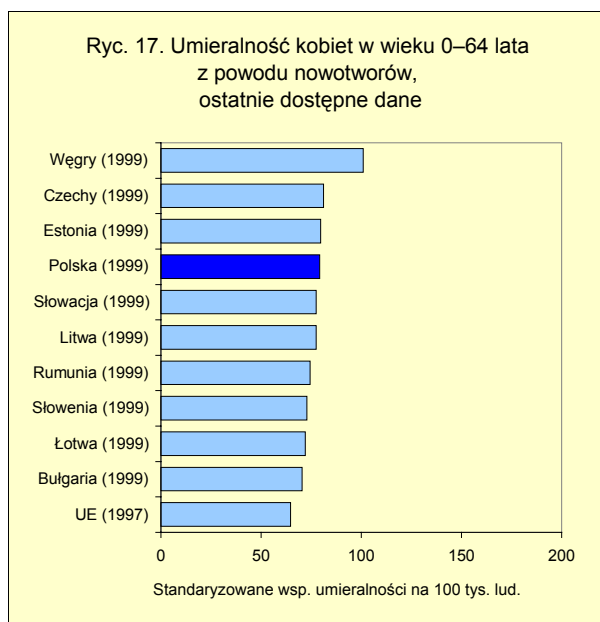
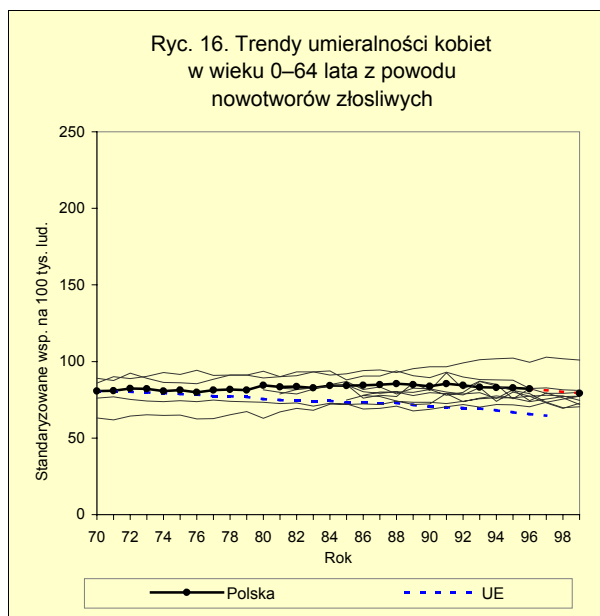
We wczesnych latach 70. standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w populacji męskiej w grupie wieku 0-64 lata był taki sam jak współczynnik dla UE. Do wczesnych lat 90, współczynnik ten zmalał w krajach UE, podczas gdy w Polsce uległ wzrostowi. Mimo tego, że w Polsce zaczął on maleć w latach 90., to jednak jest wciąż o ponad 40% wyższy od obecnego współczynnika w krajach UE.

Sytuacja w Polsce uległa również pogorszeniu w stosunku do KR (Ryc. 14 i 15). Również w przypadku kobiet w wieku 0-64 lata współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych w Polsce był na początku lat siedemdziesiątych taki sam jak w krajach UE. Następnie współczynnik ten zaczął maleć w UE, podczas gdy w Polsce utrzymywał się na



tym samym poziomie i pod koniec lat 90. współczynnik UE był o prawie jedną piątą niższy od polskiego. Podobnie jak w przypadku populacji męskiej pozycja Polski nie uległa poprawie w porównaniu z KR.

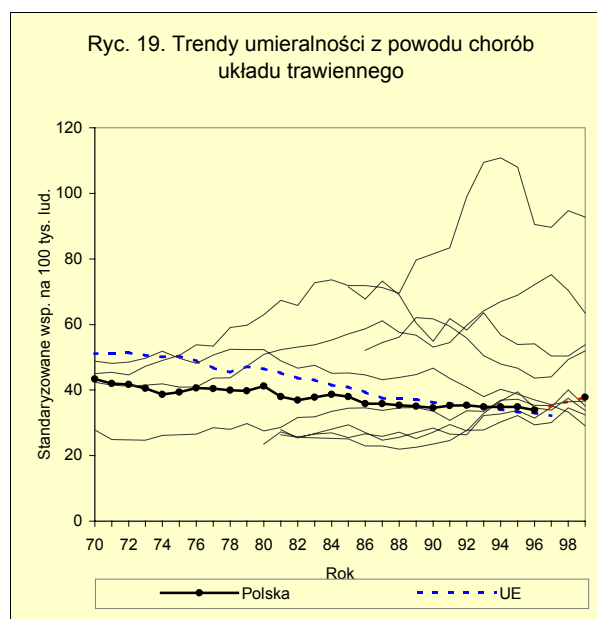
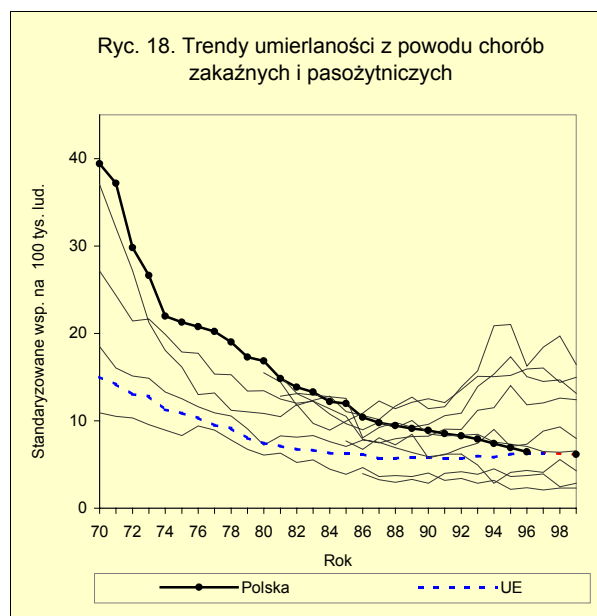




Inne naturalne przyczyny zgonu

W latach 70. i na początku lat 80. standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych zmalał gwałtownie zarówno w KR, jak i w krajach UE. Podczas gdy spadek ten ustabilizował się w większości krajów, w Polsce postępował on nadal. W rezultacie współczynnik w Polsce, który był jednym z najwyższych w latach 70. i na początku 80.

zmniejszył się na tyle, że w połowie lat 80. osiągnął średnią KR, a w połowie lat 90. średnią krajów UE (Ryc. 18).



Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu oddechowego w Polsce był jednym z najniższych wśród współczynników KR. Pomimo jego wzrostu w połowie lat 90. jest

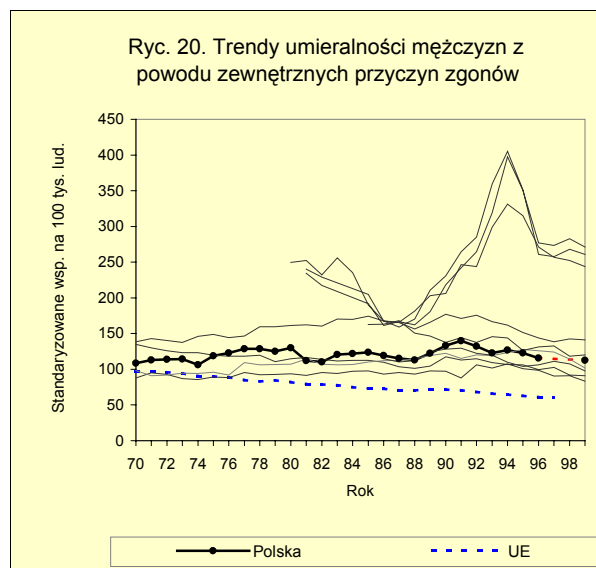
wciąż o ponad jedną piątą niższy od współczynnika dla krajów UE.

Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu trawiennego w Polsce obniżał się i do połowy lat 90. był niższy od średniej dla krajów UE. Dane z 1996 r. wskazywały bardzo zbliżone wartości w Polsce i UE. Obserwowany obecnie wzrost współczynnika dla Polski może wskazywać, że umieralność w Polsce przekroczyła przeciętny poziom w UE. Tym niemniej współczynnik dla Polski jest wciąż jednym z najniższych spośród KR (Ryc. 19).

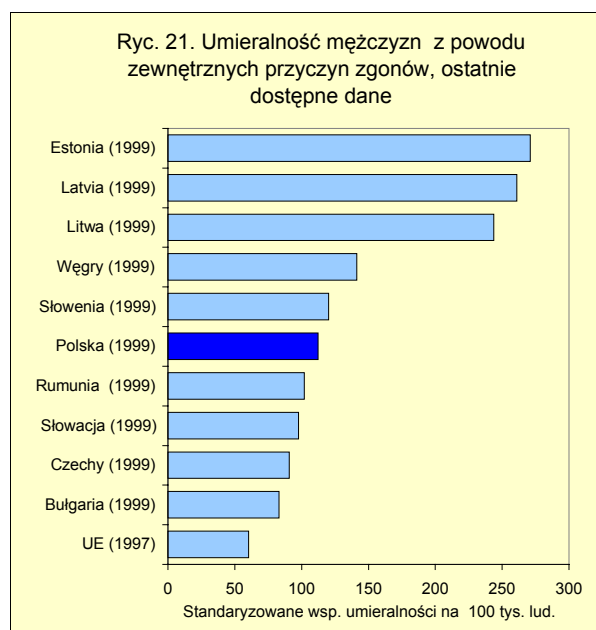
Zewnętrzne przyczyny zgonów i urazów

Zewnętrzne przyczyny zgonów i urazów obejmują wszystkie zgony spowodowane wypadkami, obrażeniami, zatruciami i innymi okolicznościami środowiskowymi lub sytuacjami, w których zastosowano przemoc (zabójstwo) lub nastąpiło samobójstwo.

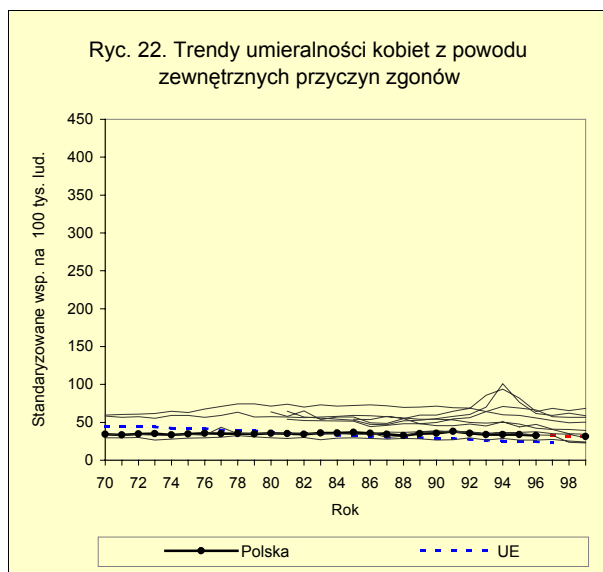
W końcu lat 90. współczynnik umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn był w Polsce o 85% wyższy niż w UE, niemniej był niższy od średniego w KR. Dane z 1999 r. pokazują spadek aż o ponad 50% dzięki czemu współczynnik zgonów dla Polski osiągnął poziom zbliżony do przeciętnego w UE w połowie lat 90 (Ryc. 20, 21). Nie można jednak wykluczyć, że spadek



ten był częściowo spowodowany zmianami kompletności i jakości kodowania

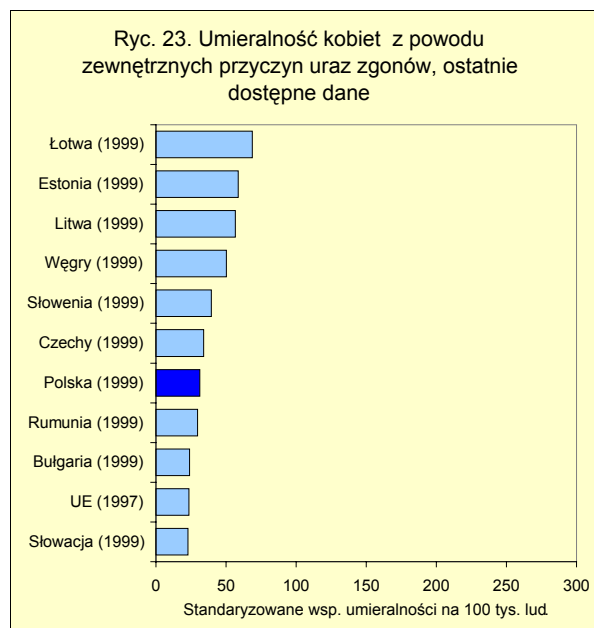


Współczynnik zgonów z powodu tych przyczyn jest powszechnie znacznie niższy dla kobiet. W Polsce umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn jest trzykrotnie wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet.



Do wczesnych lat 80. współczynnik dla kobiet był w Polsce niższy od średniego współczynnika dla UE. Jednak w następnych latach w Polsce współczynnik pozostawał na tym samym poziomie, podczas gdy w krajach UE zmalał o jedną trzecią. Mimo tego, że tendencja obserwowana w Polsce nie jest tak korzystna jak w krajach UE, Polska posiada jeden z najniższych współczynników umieralności kobiet z powodu przyczyn zewnętrznych spośród wszystkich KR (Ryc. 22 i 23). W latach 70. polski współczynnik umieralności z powodu zabójstw i zamierzonych uszkodzeń ciała był równy wartościom w krajach UE, jednak w następnych dekadach uległ zwiększeniu.

W późnych latach 80. nastąpiło przyspieszenie wzrostu współczynnika, szczególnie w grupie mężczyzn, doprowadzając w ciągu kilku lat do podwojenia jego wartości. Według najnowszych danych współczynnik w Polsce



jest ponad dwukrotnie wyższy niż w krajach UE, ale wciąż niższy od średniego w KR.

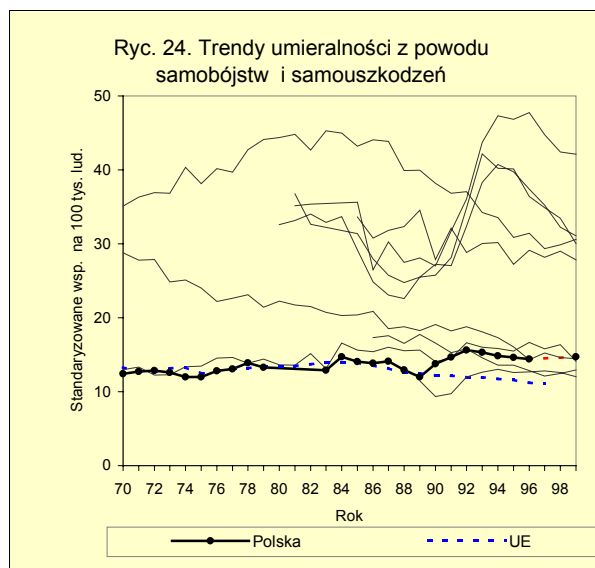
W latach 70. i na początku lat 80. współczynnik umieralności z powodu wypadków drogowych w Polsce był bardzo zbliżony do współczynnika dla krajów UE, ale gwałtownie wzrósł pod koniec lat 80. i na początku 90. Pomimo tego, że jego wartość zaczęła spadać współczynnik utrzymuje się na poziomie około 50% wyższym niż w krajach UE. W 1999 r. zarejestrowano 6730 zgonów i 68449 uszkodzeń ciała w wyniku wypadków drogowych. Wypadki drogowe w Polsce charakteryzują się bardzo wysoką liczbą zgonów będących ich następstwem (12 zgonów na 100 wypadków) w porównaniu z krajami UE (3,5 na 100 wypadków) (Rządowa Rada Ludnościowa, 2000).

Zdrowie psychiczne

Jakkolwiek dobry stan psychiczny i psychospołeczny stanowi ważny aspekt jakości życia wiążący się ze stanem zdrowia, to jednak wciąż jest zbyt mało dostępnych informacji dla rzetelnego zaprezentowania tego niezwykle ważnego wymiaru stanu zdrowia ludności. Częstość samobójstw może służyć jako wskaźnik zastępczy ogólnego stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa.

W Polsce współczynnik umieralności z powodu samobójstw i samouszkodzeń jest jednym z najniższych spośród KR w odniesieniu do obu płci (Ryc. 24). W późnych latach 90. współczynnik w Polsce był dla mężczyzn o ponad 50% wyższy a dla kobiet o 20% niższy od średniej w krajach UE.

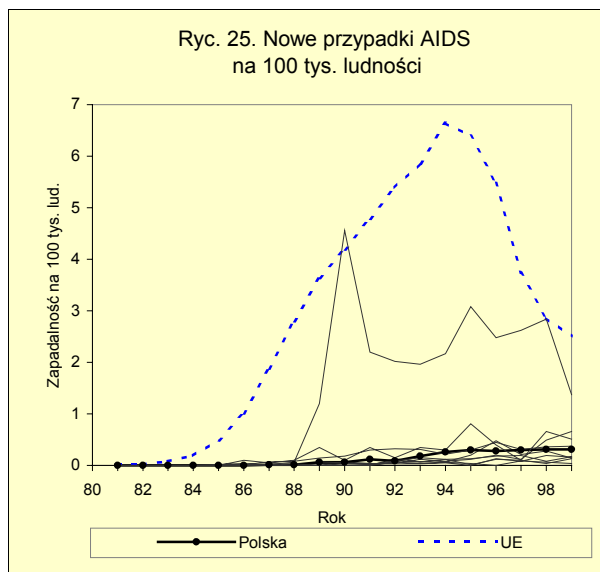
W latach 1989-1999, szczególnie w ciągu pierwszych trzech lat po upadku starego systemu, współczynnik umieralności z powodu samobójstw i samouszkodzeń dla mężczyzn wzrósł o 30%, podczas gdy współczynnik dla kobiet utrzymywał się na tym samym poziomie. Przyczyniło się to do pogłębienia różnicy między mężczyznami i kobietami. W 1999 r. współczynnik dla mężczyzn był ponad sześciokrotnie (6,1 razy) wyższy od współczynnika dla kobiet. Jest to przykład jednej z największych różnic między mężczyznami i kobietami wśród KR.



Od 1975 r. współczynnik hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych powoli zwiększał się, natomiast szybciej wzrosła w tym okresie liczba nowych przypadków zaburzeń psychicznych leczonych w zakładach otwartych, przede wszystkim z powodu wzrostu liczby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w wyniku nadużywania alkoholu (*Instytut Psychiatrii i Neurologii*, 2000).

Choroby zakaźne

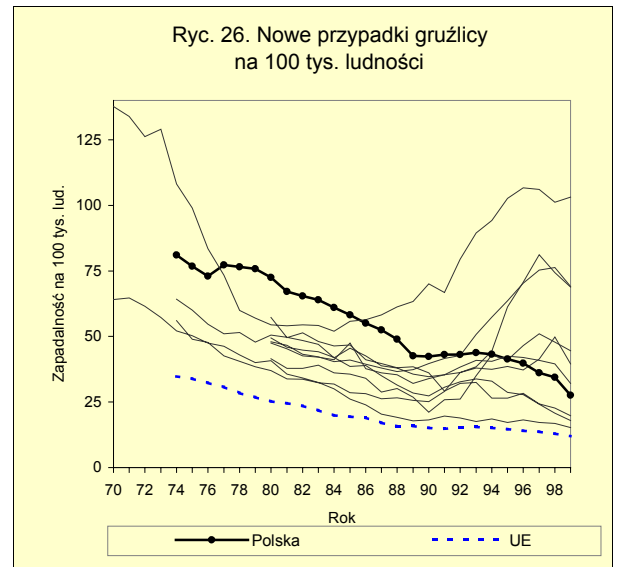
AIDS jest chorobą wywoływaną przez wirus ludzkiego niedoboru odporności (HIV), która może być przenoszona drogą płciową, poprzez transfuzję skażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych albo przez stosowanie niesterylnych strzykawek lub innych instrumentów do iniekcji.



Może być ona także przekazywana dziecku przez matkę. Okres inkubacji począwszy od wstępnego zakażenia HIV do rozwoju AIDS wynosi około 10 lub więcej lat. Liczba zgłoszonych przypadków AIDS ciągle wzrasta w Europie Środkowej i Wschodniej, jakkolwiek liczba osób ze zdiagnozowaną chorobą jest większa w krajach Europy Zachodniej i Północnej.

W Polsce współczynnik zachorowalności na AIDS wynosił w 1999 roku 0,3 na 100 tys. ludności, co oznacza jedną z najwyższych wartości wśród KR, jest

on jednak zdecydowanie niższy niż w krajach UE (2,5/100 tys.) (Ryc. 25).

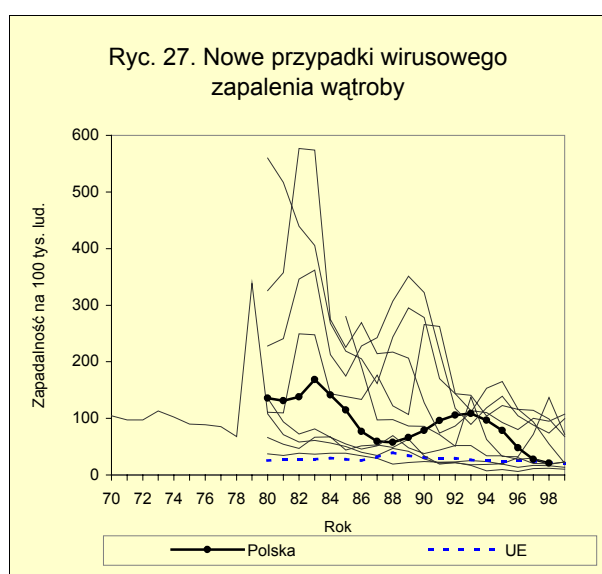


W Polsce grupy przenoszące AIDS różnią się od grup w KR. Osoby zażywające narkotyki stanowiły w latach 1986-1999 około 50% wszystkich chorych na AIDS a w 1999 roku 60% co jest najwyższym odsetkiem wśród KR (średnia 28%) (Szata, 2001). Ogółem, kontakty homoseksualne były przyczyną 26% przypadków, a kontakty heteroseksualne 14% i pierwszy z tych odsetków były wyraźnie niższy niż w KR (44%) a drugi tylko nieznacznie - średnia w KR 18% (w obu średnich KR nie uwzględniono Rumunii). Odnotowano także kilka przypadków przenoszenia choroby z matki na dziecko oraz za pośrednictwem preparatów krwiopochodnych (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2000).

Jakkolwiek stosunkowo wysoka, zapadalność na gruźlicę w Polsce spadła w latach 70. i 80. Trend ten utrzymywał się w

późnych latach 80. i w latach 90. podczas gdy zapadalność w kilku KR rosła. W sumie w połowie lat 90. współczynnik zapadalności w Polsce spadł poniżej średniej w KR, jednak jest on dwukrotnie wyższy od współczynnika dla krajów UE (Ryc.26).

Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby w Polsce wykazuje dużą zmienność w czasie. W latach 80., do roku 1988,



częstość zachorowań zasadniczo zmniejszyła się by w ciągu następnych pięciu lat wzrosnąć i prawie podwoić się. Następnie, po 1993 r. współczynnik zapadalności obniżył się o ponad 80% i obecnie jest mniejszy od średniego w KR i UE (Ryc. 27).

W Polsce zachorowalność na kiłę spadła i jest jedną z najniższych wśród KR. Zarejestrowano w Polsce epidemie odry (1990), świnki (1994 i 1998), różyczki (1992 i 1997) i krztuśca (1997-1998), natomiast nie było epidemii błonicy.

Choroby przewlekłe i niepełnosprawność

Występowanie chorób przewlekłych i niepełnej sprawności stanowi ważny wskaźnik stanu zdrowia społeczeństwa i związanej z tym jakości życia. Porównanie krajów, które udostępniły dane jest utrudnione ze względu na różnice definicji, metod zbierania danych oraz ustawodawstwa dotyczącego przyznawania rent inwalidzkich (tam gdzie dane statystyczne dotyczące niepełnosprawności opierały się na liczbie osób otrzymujących tego rodzaju świadczenia).

Zgodnie z szacunkami wynikającym z Ogólnopolskiego Ankietowego Badania Stanu Zdrowia, przeprowadzonego w 1996 r., w Polsce jest około 4,4 miliona osób niepełnosprawnych z orzeczeniem prawnym (15% całej populacji w wieku 15 lat i powyżej) i dodatkowo 0,8 miliona niepełnosprawnych tylko biologicznie tzn. bez orzeczenia prawnego. Około 53% spośród tych osób podało co najmniej dwie przyczyny niepełnosprawności, przy czym zarówno choroby układu krążenia jak i układu kostnowstawowego odpowiadały za około 45% przypadków niepełnosprawności GUS, 2001).

Samoocena zdrowia

Brakuje również danych porównawczych w odniesieniu do odsetka ludności oceniającej pozytywnie swój własny stan zdrowia. Wśród KR siedem posiada tego rodzaju dane, przy czym w Bułgarii (62%) i w

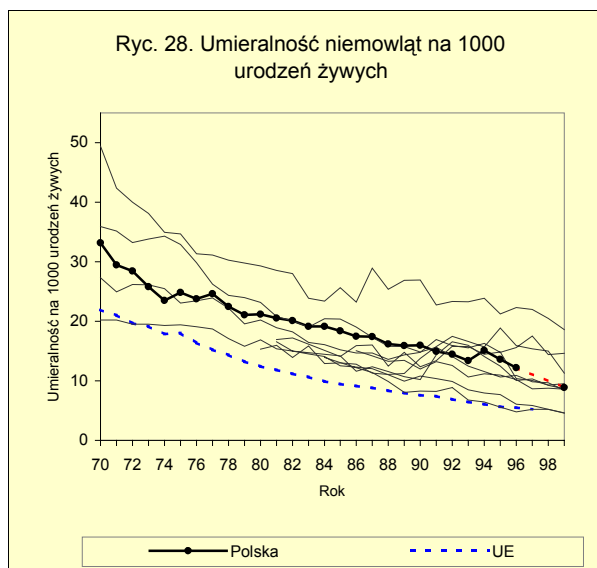
Polsce (55%) najczęściej dorosłych respondentów oceniło swoje zdrowie jako dobre, natomiast na Litwie ten odsetek był najniższy (26%). Tak znaczna rozbieżność może być spowodowana różnicami w środowiskach poddanych badaniu, w metodach zbierania danych lub też różnicami kulturowymi.

We wszystkich krajach, mężczyźni częściej niż kobiety oceniają swoje zdrowie jako dobre. W Polsce, w 1990 r., 59% mężczyzn i 51% kobiet uznało, że swój stan zdrowia jako dobrym. W 1996 r. wielkość tej grupy ogółem zmniejszyła się do 44%, wśród mężczyzn do 48% a wśród kobiet do 40% (GUS, 1997b).

Zdrowie dzieci i młodzieży

W latach 1985-1999 współczynnik umieralności niemowląt uległ obniżeniu prawie we wszystkich KR. W tym czasie w Polsce współczynnik ten zmniejszył się o połowę z 18,4 do 8,9 na 1000 żywych urodzeń i w chwili obecnej jest niższy od średniej w KR (Ryc. 28).

Główne przyczyny umieralności niemowląt w Polsce są podobne do obserwowanych w Europie Zachodniej gdzie główną przyczyną umieralności niemowląt są wady rozwojowe i stany chorobowe noworodków powstające w okresie okołoporodowym, które stanowią 82% przyczyn zgonów noworodków w UE. Trzecią najbardziej powszechną przyczyną jest zespół nagłej śmierci niemowląt (11%),



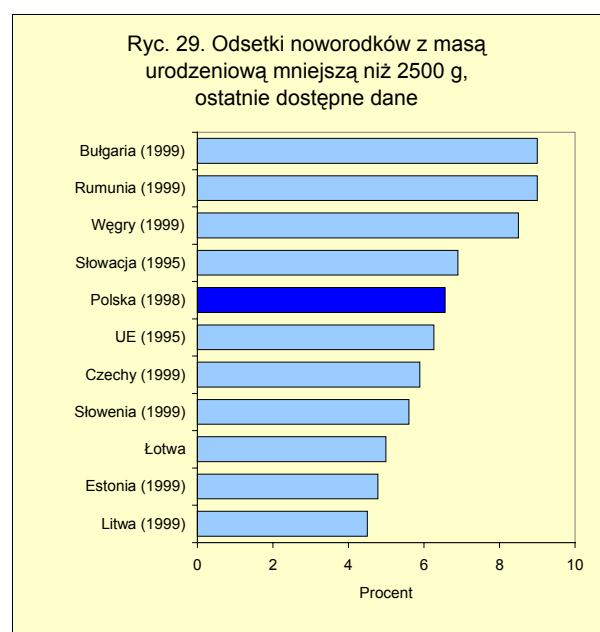
podczas gdy zewnętrzne przyczyny, choroby zakaźne i pasożytnicze oraz choroby układu oddechowego odpowiedzialne są za 2-3% zgonów.

Podobny rozkład można zaobserwować w Polsce, gdzie najczęstszą przyczyną zgonów są wady rozwojowe i stany chorobowe noworodków powstające w okresie okołoporodowym (86%). Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych oraz chorób zakaźnych i pasożytniczych występują w Polsce nieco częściej (3-4%) niż w krajach UE, natomiast zespół nagłej śmierci niemowląt (3%) diagnozowany jest znacznie rzadziej, z tym że niektóre jego przypadki mogą być rejestrowane w kategorii chorób układu oddechowego.

Odsetek niemowląt z wagą urodzeniową poniżej 2500 g często jest stosowany jako wskaźnik zdrowia nowo rodzących się dzieci oraz jakości opieki perinatalnej. W krajach UE, 6,0% wszystkich

dzieci rodzi się z niską wagą. Odsetek ten jest generalnie wyższy w Polsce (6,6% w 1998 r.) i w KR (7,2% w 1998 r.) (Ryc. 29).

Umieralność wśród noworodków o niskiej wadze urodzeniowej jest znacznie wyższa od umieralności niemowląt ogółem. W Polsce umieralność noworodków o niskiej wadze urodzeniowej jest dwukrotnie wyższa niż w rozwiniętych krajach europejskich. Odnotowuje się, że karmienie piersią w okresie pierwszych sześciu miesięcy



po urodzeniu nie jest zbyt powszechne w Polsce. (*Ministerstwo Zdrowia, 2000*).

W większości KR dzieci objęte są dobrze realizowanym programem szczepień. W Polsce program ten obejmuje 96% lub więcej dzieci i odnosi się do wszystkich chorób okresu dziecięcego.

W latach 90. sytuacja w zakresie zdrowia jamy ustnej u dzieci w KR uległa na ogół poprawie podobnie jak w krajach UE.

Sytuacji takiej nie obserwuje się jednak w Polsce. W połowie lat 80. indeks DMFT (liczba zębów zepsutych, brakujących lub wypełnionych) wyniósł 4,4 i wzrósł do 5,2 dziesięć lat później. Badania krajowe wykazały, że zaawansowana próchnica występuje u 60% dzieci w wieku 12 lat. (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*).

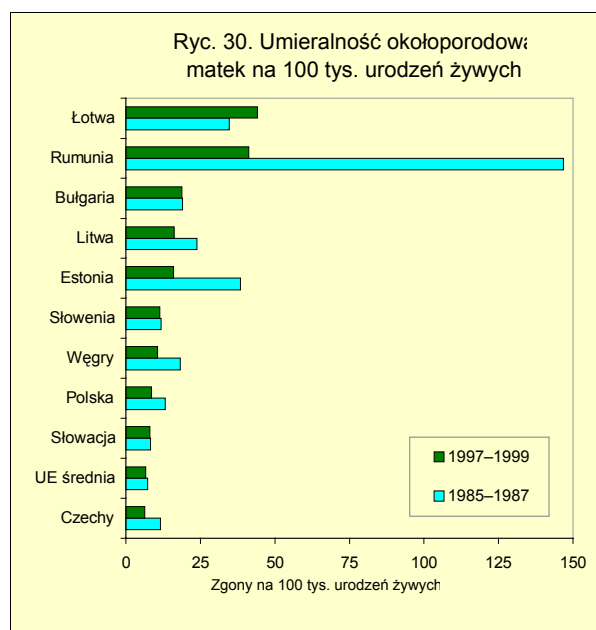
Dzieci niepełnosprawne oraz dzieci mające trudności w nauce są zazwyczaj marginalizowane w środowisku szkolnym lub nawet z niego eliminowane. W wyniku tradycyjnego podejścia, polegającego na nadmiernej medykacji, które dominuje w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, wprowadzono system nauczania tej grupy dzieci w oddzielnych specjalnych instytucjach. W latach 90. w większości KR nastąpiła zmiana w kierunku ich integracji w ramach normalnego systemu nauczania, niestety postęp w tym zakresie jest powolny ze względów ekonomicznych (*Ainscow & Haile-Giorgis, 1998*).

Jednym z niewielu rutynowo dostępnych wskaźników zdrowia i zachowań seksualnych młodzieży jest współczynnik porodów wśród nastolatek, który może stanowić odbicie wpływu czynników społecznych oraz dostępności i stosowania środków antykoncepcyjnych. W Polsce w 1998 r. współczynnik urodzeń na 1000 kobiet w wieku 15-19 lat wyniósł 19 i był najniższy w grupie KR, jakkolwiek wciąż przekraczał

średni wskaźnik dla krajów UE (8 na 1000) (*Council of Europe, 2000*). Od 1980 r. współczynnik urodzeń w tej grupie wieku ulega zmniejszeniu we wszystkich KR. W Polsce spadek wyniósł 43%.

Zdrowie kobiet

Kobiety żyją dłużej niż mężczyźni i mają niższe niż oni współczynniki umieralności z powodu wszystkich głównych przyczyn zgonu. Na przykład w Polsce w 1999 r. współczynnik umieralności z powodu nowotworów w wieku 0-64 lata był o 42% niższy dla populacji żeńskiej niż dla populacji męskiej. Różnica płci była nawet większa w odniesieniu do współczynnika umieralności z powodu chorób układu krążenia, który był o 68% niższy u kobiet. Natomiast kobiety mają wyższe wskaźniki zachorowalności i korzystania z usług opieki zdrowotnej (szczególnie w okresie okołoporodowym), a poza tym mogą one bardziej niż mężczyźni odczuwać skutki polityki w zakresie opieki społecznej. Prawie we wszystkich KR współczynnik umieralności okołoporodowej matek zdecydowanie maleje począwszy od lat 80. W okresie od połowy lat 80. do połowy lat 90. odnotowano w Polsce spadek współczynnika o jedną trzecią z 13,1 do 8,6 na 100 tys. żywych urodzeń. Współczynnik w Polsce jest jednym z najniższych wśród KR, niemniej jest on wciąż wyższy od średniego w krajach UE (6,6 na 100 tys. żywych urodzeń) (Ryc. 30).



W krajach Europy Środkowej i Wschodniej oraz w nowopowstałych państwach niepodległych, usunięcie ciąży spełniało najczęściej rolę antykoncepcji ze względu na brak nowoczesnych środków antykoncepcyjnych. Polska była jednak wyjątkiem pod tym względem. W 1989 r. przeprowadzono 141 zabiegów aborcyjnych na 1000 żywych urodzeń. Był to najniższy współczynnik w całej Europie. Ustawa z 1993 r. zezwala na przerwanie ciąży w sytuacjach gdy: 1. ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, 2. badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, 3. zachodzi uzasadnione prawdopodobieństwo, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Brak jednak

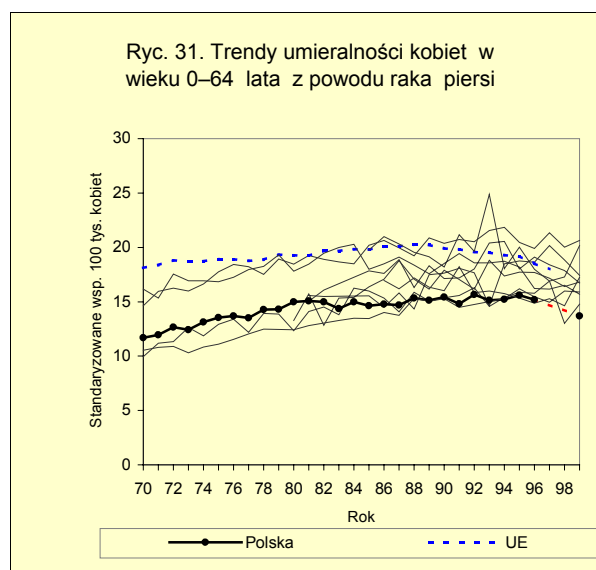
rzetelnych danych statystycznych odnośnie liczby zabiegów usunięcia ciąży wykonywanych po wprowadzeniu Ustawy.

Istnieje tylko ograniczona informacja na ten temat stosowania środków antykoncepcyjnych.

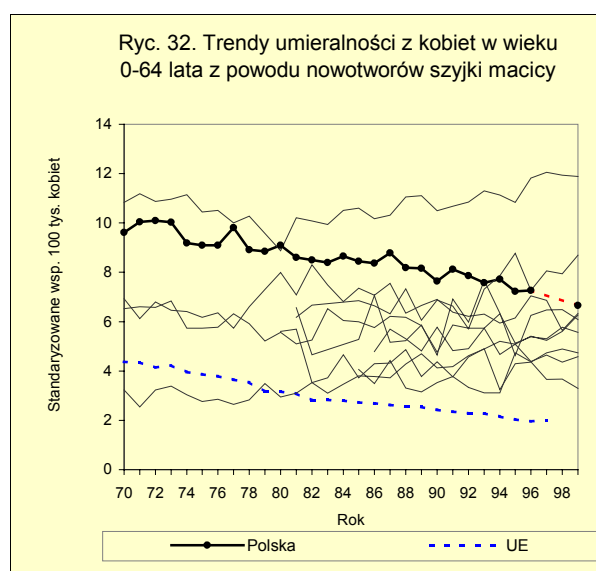
Z badania przeprowadzonego w 1991r. wynika, że 40% kobiet polskich w wieku rozrodczym nie stosuje żadnych środków antykoncepcyjnych, a 80% matek nie stosowało w ogóle żadnych środków przed urodzeniem pierwszej dwójki dzieci. Doustne środki antykoncepcyjne i wewnątrzmaciczne stosowało w 1993 r. 11% dorosłych kobiet; spadek o ponad 50% w porównaniu z 1992 r. Sterylizacja jako dobrowolna metoda antykoncepcyjna jest nielegalna (*WHO Regional Office for Europe, 2000a*).

Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu raka piersi wzrósł w Polsce w latach 70. i pozostawał na tym samym poziomie od wczesnych lat 80. W połowie lat 90. współczynnik w Polsce był najniższy wśród KR i o około jedną czwartą niższy od współczynnika dla krajów UE (Ryc. 31).

Odwrotna sytuacja ma miejsce w przypadku umieralności z powodu raka szyjki macicy, która jest w Polsce jedną z najwyższych wśród KR. Zarówno w krajach UE, jak i w Polsce wartość współczynnika umieralności spadła z tym, że w Polsce był on w końcu lat 90. wciąż trzykrotnie wyższy niż w krajach UE.



Na ogół mało uwagi poświęca się przemocy w stosunku do kobiet, jako problemowi zdrowia publicznego. Ponadto, brak jest danych dotyczących zakresu i form tego zjawiska. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu zabójstw i zamierzonych okaleczeń ciała w populacji



kobiet może posłużyć jako wskaźnik zastępczy. W latach 70. polski współczynnik

zabójstw kobiet był niski i równy współczynnikowi w krajach UE. Począwszy od połowy lat 80. nastąpił jego wzrost osiągając wartość szczytową w roku 1990. Następnie obniżył się, ale pozostał wyższy od współczynnika w minionych dekadach. Polski współczynnik (1,1 na 100 tys. kobiet w 1999 r. jest jednak niższy od występującego w KR, gdzie jego najwyższe wartości wahają się między 5,1 - 10,1 na 100 tys. kobiet.

STYL ŻYCIA

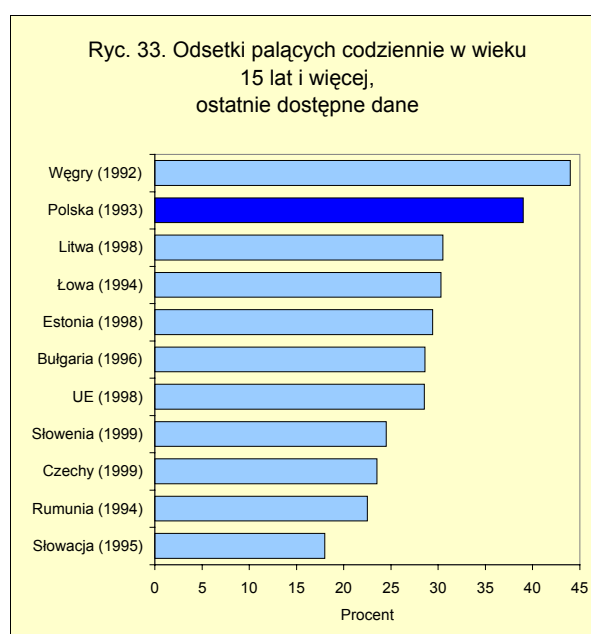
Wśród czynników (włączając genetyczne oraz środowiskowe, w tym środowiska fizycznego i społecznego), wpływających na stan zdrowia, styl życia oddziałuje w sposób szczególny na zdrowie i samopoczucie każdego człowieka i całego społeczeństwa. Wzorce stylu życia, np. sposób odżywiania się, aktywność fizyczna, palenie tytoniu lub nadmierne spożywanie alkoholu, przy jednoczesnym występowaniu takich czynników ryzyka, jak podwyższone ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu lub nadwaga, mają wpływ na przedwczesne zgony, przede wszystkim z powodu chorób układu krążenia i nowotworów, będących najważniejszymi przyczynami zgonów w Europie. Niekorzystne dla zdrowia zachowania przyczyniają się również do występowania innych chorób przewlekłych, a tym samym wpływają na ogólną jakość życia.

Styl życia zależy w znacznym stopniu od zachowań typowych dla danej grupy społecznej, a także od ogólnych warunków społeczno-ekonomicznych. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że przynajmniej w większości krajów Europy Zachodniej korzystne zmiany w stylu życia obserwuje się z reguły w grupach społecznie i ekonomicznie bardziej uprzywilejowanych, którym łatwiej

jest przyjąć i wprowadzić w życie prozdrowotne zmiany w zachowaniu (*WHO Regional Office for Europe, 1993 i 1999b*).

Palenie tytoniu

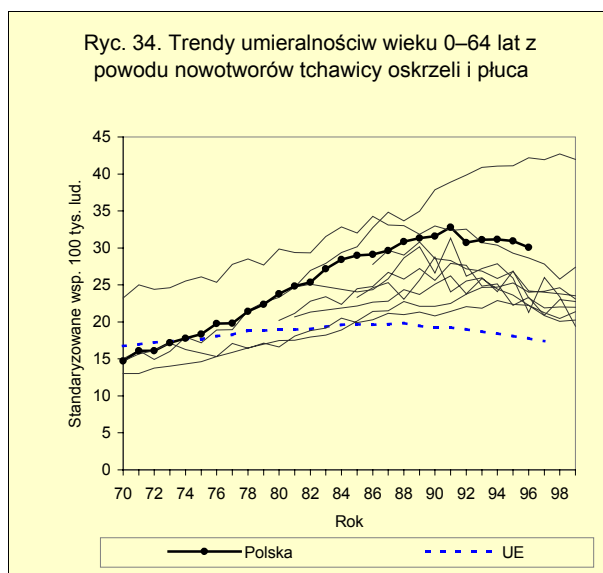
W Polsce rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród osób w wieku 15 lat i więcej jest jednym z najwyższych w Europie. Spośród KR tylko na Węgrzech było ono równie wysokie jak w Polsce w połowie lat 90. (Ryc. 33). W 1996 r. regularnie paliło ponad 40% Polaków i prawie co piąta Polka (*Główny Urząd Statystyczny, 1997b*).



Palenie w czasie ciąży było również zjawiskiem powszechnym, prawie co trzecia kobieta w ciąży paliła regularnie. Liczba palaczy wśród lekarzy była niższa niż w ogólnej populacji (30% mężczyzn i 19%

kobiet), za to wśród pielęgniarek blisko 50% paliło papierosy (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*).

Zgodnie z danymi uzyskanymi z badania ankietowego, przeprowadzonego w szkołach w latach 1997-1998, 22% chłopców i 14% dziewcząt w wieku 15 lat paliło przynajmniej raz w tygodniu.



Częstość występowania tego zjawiska pozostawała na tym samym poziomie w stosunku do badań prowadzonych cztery lata wcześniej i była wyższa od stwierdzonej w badaniach prowadzonych w latach 80. (*WHO Regional Office for Europe, 1997 i 2000b*).

Roczna konsumpcja papierosów na osobę była również duża w krajach o wysokim wskaźniku palaczy, wśród których Polska i Węgry zajmują pierwsze miejsca. W latach 90. konsumpcja papierosów spadła w Polsce o jedną piątą. Ten pozorny spadek

konsumpcji można w pewnym sensie wyjaśnić zwiększoną sprzedażą wyrobów tytoniowych z nielegalnego importu.

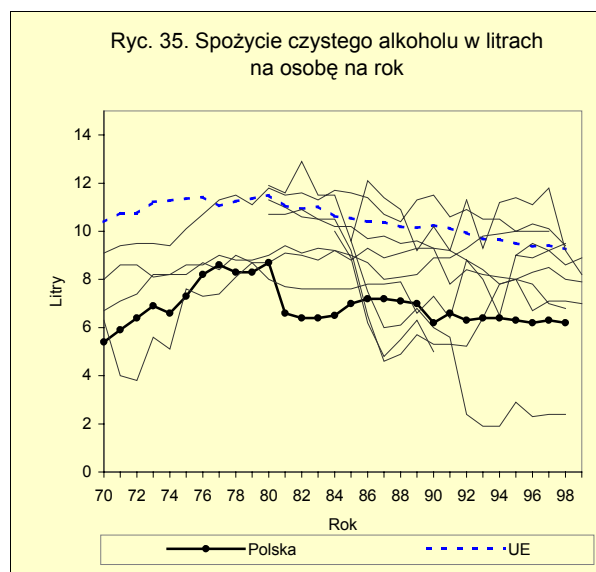
Badanie CINDI (*Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention -Krajowe Zintegrowane Badania Interwencyjne w Zakresie Chorób Niezakaźnych*) potwierdza informacje z innych źródeł o powszechnym zjawisku palenia (oraz występowaniu innych czynników ryzyka możliwych do uniknięcia), podkreślając jednocześnie wyższą konsumpcję wyrobów tytoniowych w miastach objętych badaniem niż na wsi (*Sapiński et al., 1999*).

Umieralność z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuca służy jako wskaźnik pozwalający ustalić trendy i sytuację w danym kraju odnośnie zgonów, których przyczyną było palenie tytoniu. We wczesnych latach 70. polski współczynnik umieralności z powodu raka płuc był niższy od współczynnika krajów UE, jednak do 1991 r. stale wzrastał. W tym czasie współczynnik dla Polski był o około 70% wyższy od średniego w krajach UE. Mimo to, że w latach 90. współczynnik ten obniżył się w związku ze spadkiem współczynnika dla mężczyzn, pozostaje wciąż na tym samym wysokim poziomie z połowy lat 80. i jest jednym z najwyższych wśród KR (Ryc. 34).

Podczas gdy w latach 90. w Polsce współczynnik umieralności z powodu raka płuc dla mężczyzn ulegał stopniowemu obniżeniu, współczynnik dla kobiet stale wzrastał doprowadzając do zmniejszania różnicy między populacją mężczyzn i kobiet. Wciąż jednak w Polsce współczynnik dla mężczyzn pozostaje pięciokrotnie wyższy niż dla kobiet.

Spożycie alkoholu

W Polsce rejestrowane spożycie alkoholu (oparte na danych o sprzedaży) spadło począwszy od połowy lat 80. w granicach około 10% (z 7,0 l do 6,3 l czystego alkoholu na osobę). W krajach UE spadek konsumpcji był tak samo wysoki jak w Polsce (11%), jednak poziom konsumpcji w tych krajach był o około trzy litry wyższy począwszy od lat 80. W latach 80. i 90. poziom konsumpcji alkoholu w Polsce był jednym z niższych (Ryc. 35). Można to częściowo wyjaśnić problemami związanymi z rejestrowaniem konsumpcji alkoholu w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Na przykład, niektóre państwa Bałtyckie w latach 90. odnotowały bardzo znaczny spadek konsumpcji dochodzący do 65%. Natomiast, badania prowadzone lokalnie wykazały bardzo wysoki poziom nierejestrowanej konsumpcji, jak i nielegalnego importu i



produkcji alkoholu (*WHO Regional Office for Europe, 1997*).

Według polskich szacunków faktyczne spożycie alkoholu w latach 90. wynosiło 9-10 litrów a nie 6-7 jak rejestrowano oficjalnie (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*).

Liczba osób uzależnionych od alkoholu szacowana jest w granicach 600-800 tys., a oprócz tego 2-3 miliony Polaków niszczy swoje zdrowie spożywając nadmierną ilość alkoholu. Jednym z głównych problemów w Polsce wiążących się z konsumpcją alkoholu jest znaczna częstotliwość pojedynczych epizodów spożywania dużej ilości wysokoprocentowego alkoholu w czasie różnych libacji (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*).

Dane dotyczące sprzedaży alkoholu wskazują, że od połowy lat 80. rejestrowana konsumpcja wysokoprocentowych alkoholi spadła w Polsce w większym stopniu niż sprzedaż innych napoi alkoholowych (z 4,6 l do 3,5 l). W tym samym czasie, konsumpcja wina spadła z 7,9 l to 6,0 l, natomiast konsumpcja piwa wzrosła z 30 l do 53 l (*Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, 2000*). Wprawdzie rejestrowane spożycie alkoholu ogółem na jednego mieszkańca zmniejszyło się i należy do niższych w KR to jednak tendencja ta może nie oddawać zmian spożycia zachodzących w różnych podpopulacjach.

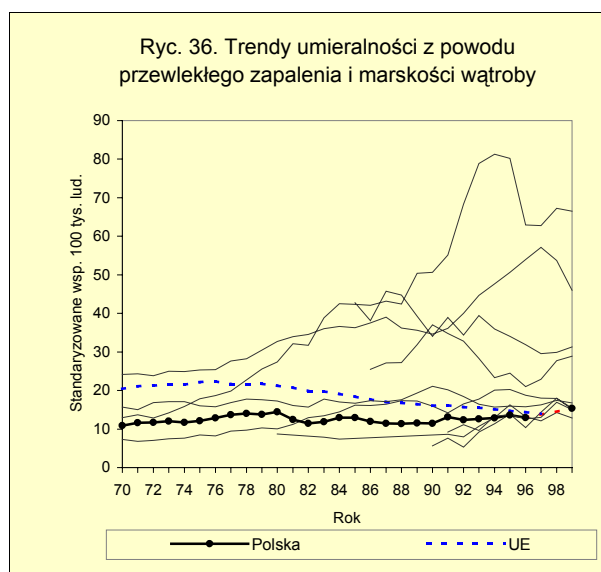
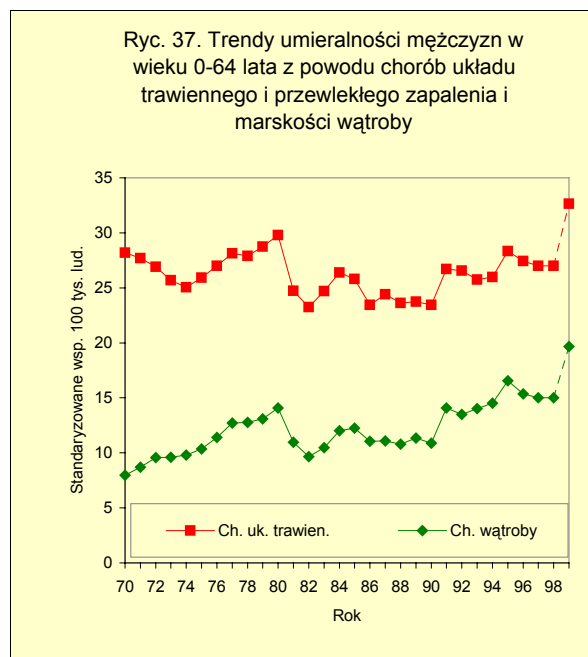
Nowa struktura picia zaobserwowana w latach 90. wpłynęła także na zmianę kultury picia. Upowszechniło się picie piwa w publicznych miejscach lub w pojedynkę, a także bez specjalnych okazji, podczas gdy alkohole wysokoprocentowe i wino pije się częściej w domach, i to najczęściej w czasie różnych uroczystości (*WHO Regional Office for Europe, 1997*).

Wyniki badań lokalnych prowadzonych w 1993 r. wykazały, że wśród respondentów 11% było abstynentami (6% mężczyzn i 16% kobiet), aż 24% mężczyzn i 4% kobiet przyznało się do picia dużej ilości alkoholu, mierzonej według minimalnej ilości spożycia tygodniowo w granicach 150 g dla mężczyzn i 115 g dla kobiet. Wyjątkowo

wysoki odsetek osób spożywających znaczne ilości alkoholu obserwowano wśród bezrobotnych. Według wyników badania ankietowego prowadzonego w szkołach w latach 1997-1998 wśród uczniów w wieku 15 lat, alkohol pity był przynajmniej raz w tygodniu przez prawie jedną uczennicę na dziesięć i jednego ucznia na pięciu. Wartości te nie uległy zmianie w ciągu całej dekady i były jednymi z najniższych wśród KR uczestniczących w badaniach (*WHO Regional Office for Europe, 1997 i 2000b*).

Liczba zgonów z powodu przewlekłego zapalenia wątroby i marskości wątroby może służyć jako wskaźnik szkodliwego wpływu długotrwałego spożywania alkoholu. Współczynnik umieralności z powodu tych chorób w Polsce był od początku lat 70. najniższy spośród KR i do lat 90. utrzymywał się stale na poziomie niższym od wartości współczynnika dla krajów UE. Mimo tego, że współczynnik w Polsce był stosunkowo stabilny począwszy od 1970 r., to różnica w stosunku do współczynnika UE zmniejszyła się w wyniku spadku tego ostatniego. Współczynnik UE w roku 1970 był prawie dwukrotnie wyższy od polskiego, jednak według najnowszych danych są one obecnie zbliżone do siebie (Ryc. 36). We wszystkich KR obserwowano podobny trend wśród mężczyzn i kobiet, niemniej ryzyko umieralności wśród

mężczyzn było wyższe niż wśród kobiet. W Polsce standaryzowany współczynnik umieralności dla mężczyzn był trzykrotnie wyższy niż dla kobiet. Jednak w latach 90. współczynnik umieralności w populacji męskiej w wieku 0-64 lata, a szczególnie w wieku 25-54 lata, wykazywał tendencję wzrostową, podczas gdy u kobiet był on raczej stabilny. Wzrostowi temu można prawie całkowicie przypisać zaobserwowane ostatnio zwiększenie przedwczesnej umieralności mężczyzn z powodu chorób układu trawiennego (Ryc. 37).



Używanie substancji psychoaktywnych

Porównywalne dane dotyczące nielegalnego używania narkotyków należą do rzadkości. W latach 90. obserwowano na ogół wzrost zjawiska używania narkotyków w KR, jakkolwiek jego zakres jest wciąż niższy niż w krajach UE.

Wyroby z konopi indyjskich są najbardziej rozpowszechnioną formą narkotyku wśród młodych Polaków i ich używanie wykazuje stale tendencję wzrostową. Badania prowadzone w 1992 r. wykazały, że co dziesiąty uczeń w wieku 14-18 lat używał przetworów konopi i prawie połowa z tej grupy używała ich w miesiącu poprzedzającym prowadzone badanie. Inne badanie z tego samego roku wykazało, że 28% studentów Uniwersytetu Warszawskiego używało przetworów konopi przynajmniej raz, a jedna piąta z tej grupy używała ich w miesiącu poprzedzającym omawiane badanie. Według badań ESPAD (*European School Survey Report - Europejskie Badanie Ankiety w Szkołach*) prowadzonych w 1995r. odnośnie spożywania alkoholu i zażywania narkotyków wśród młodzieży w wieku 15-16 lat, 2% chłopców i 5% dziewcząt używało przetwory konopi przynajmniej raz w życiu. Ten odsetek był jednym z najniższych wśród KR (*Hibell et al., 1997*). Odsetek respondentów przyznających się do używania przetworów konopi wzrósł

do 14% w 1999 r. Ponadto, 15% chłopców i 8% dziewcząt zgłaszało używanie też innych narkotyków. Odsetki te były nieco wyższe od średnich w KR (*Hibell et al., 1997*).

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie szacował w 1994 r. liczbę uzależnionych od opiatów na 20-40 tys. osób. Opiaty wyrabiane z lokalnych upraw maku są najchętniej zażywane przez narkomanów. Kokaina, LSD, amfetamina i barbiturany należą do innych często zażywanych narkotyków. Odnotowuje się rosnące zjawisko zażywania substancji psychotropowych, amfetaminy i halucynogenów, natomiast kokaina nie jest wymieniana wśród tych substancji. Wyniki badania ankietowego z 1992 r. wskazują, że 4,2% uczniów w wieku 14-18 lat zażywało kiedykolwiek amfetaminę, 1,5% halucynogeny, natomiast wśród studentów Uniwersytetu Warszawskiego te odsetki wynosiły odpowiednio 5,6 i 6,6%. Ponadto, co piąty student eksperymentował z używaniem barbituranów (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996 i WHO Regional Office for Europe, 1997*).

Liczba wykroczeń związanych z zażywaniem narkotyków jest stosunkowo niska, niemniej zauważa się tendencje wzrostową. Międzynarodowy nielegalny handel narkotykami wzrasta w dużym tempie (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej,*

1996 i WHO Regional Office for Europe, 1997).

Żywnienie

Sposób odżywiania się zakorzeniony jest w tradycji kulturowej oraz wiąże się z rodzajem produkowanej żywności. Niezależnie od tego, obserwuje się jednak pewne zmiany, wynikające z rosnącej globalizacji, szerokiego otwarcia rynków żywnościowych, szybszego transportu, a także opracowania bardziej skutecznych metod konserwacji żywności. Czynniki te wraz z rosną mobilnością ludzi i wzrastającą siłą nabywczą przyczyniają się do tego, że różne historycznie ugruntowane wzorce żywieniowe w Europie zaczynają zbliżać się do siebie.

Historyczne różnice w Europie Zachodniej między wzorcami żywieniowymi z północy i południa potwierdzają zbierane przez Organizację Żywnienia i Żywności (FAO) Narodów Zjednoczonych⁶ od lat 60., dane dotyczące ilości dostępnej żywności (arkusze krajowego bilansu żywności) w poszczególnych krajach. Europa Północna charakteryzuje się łatwą dostępnością tłuszczu nasyconego przy niższej dostępności

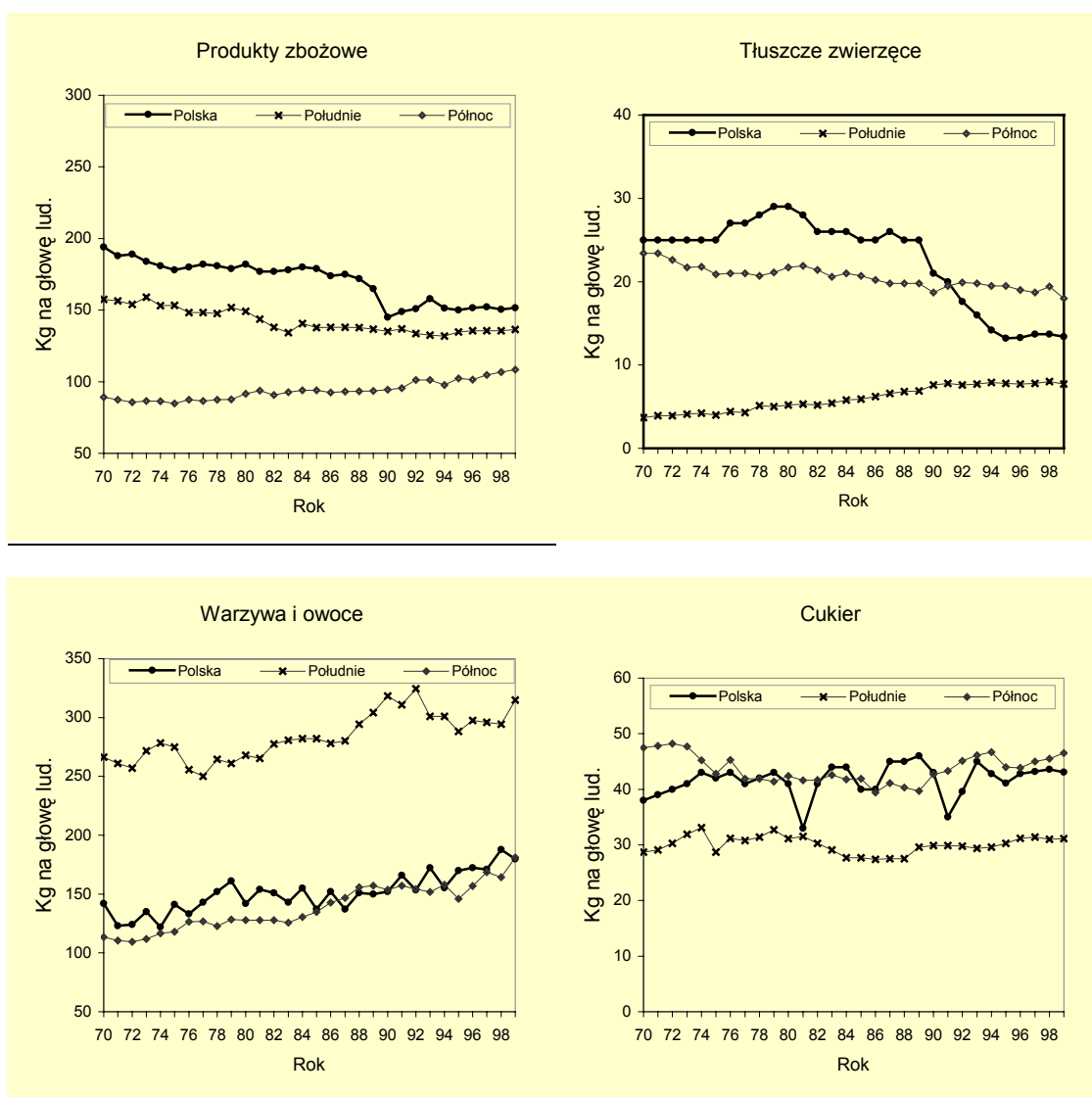
owoców i warzyw. Natomiast w Europie Południowej występuje odwrotność tego wzorca.

Dane FAO sugerują, że Polska podąża śladem wzorca północnego z tym, że dostępność wyrobów zbożowych wydaje się być również wysoka a dostępność tłuszczu zwierzęcego od 1990 r. plasuje się pomiędzy wzorcem północnoeuropejskim i południowo-europejskim (Ryc. 38).

Dostępność owoców i warzyw może być zaniżona, ponieważ owoce i warzywa uprawiane w małych gospodarstwach mogą nie być uwzględniane w tych danych, afaktyczne spożycie można najlepiej zweryfikować w badaniach dziennego spożycia.

Międzynarodowe badanie oparte na przeglądzie budżetu gospodarstw domowych wydatkowanego na żywność potwierdza wysoką konsumpcję cukru (89 g/dzień) i tłuszczów zwierzęcych (16 g/dzień). Obserwowano także znaczne różnice regionalne i społeczno-ekonomiczne w dostępności tych produktów.

⁶ Szybki wzrost handlu międzynarodowego uległ przyspieszeniu w 1994 r., kiedy żywność została włączona do międzynarodowego wolnego handlu (Urugwajska Runda GATT). Wpłynęło to na pogorszenie krajowych statystyk żywności, utrudniając porównania międzynarodowe.



Ryc. 38. Wskaźniki spożycia wybranych produktów - 1970–1999

Populacja wiejska oraz osoby o niskim poziomie wykształcenia używały więcej cukru, a przede wszystkim więcej tłuszczów pochodzenia zwierzęcego niż ludność zamieszkująca miasta i posiadająca wyższe wykształcenie (*European Commission, 1997*).

Średni odsetek energii uzyskiwanej z tłuszczów nie odzwierciedla wysokiego spożycia tłuszczów pochodzenia zwierzęcego.

W Polsce szacuje się ten odsetek na 30%, co równa się średniej w KR (29%), ale jest znacznie niższe od odsetka w Krajach UE (39%).

Chociaż zwyczaje żywieniowe ulegają w Polsce poprawie, istnieje wciąż jeszcze szereg poważnych problemów wiążących się z odżywianiem. Świadczy o tym na przykład nadużywanie soli (ponad 15 g/dzień przy

zalecanych 5-6 g/dzień), zbyt małe spożycie produktów mlecznych i nieregularne spożywanie posiłków (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*).

Aktywność fizyczna

W wielu krajach aktywność fizyczna w życiu codziennym zanika i dlatego ćwiczenia w czasie wolnym od pracy nabierają coraz większego znaczenia dla zachowania aktywności niezbędnej dla zdrowia. Zgodnie z danymi krajowymi z początku lat 90., 70% dzieci w wieku 6-7 lat, 20-30% młodzieży w wieku 11-15 lat, a tylko 10% dorosłych stara się utrzymać sprawność fizyczną poprzez właściwą regularną aktywność (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*).

Nadwaga

Nadwaga i otyłość są powszechnie mierzone za pomocą wskaźnika masy ciała (BMI) obliczanego jako iloraz wagi w kilogramach i podniesionej do kwadratu wysokości w centymetrach.

Według wyników badań CINDI (*Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention -Krajowe Zintegrowane Badania Interwencyjne w Zakresie Chorób Niezakaźnych*) średni wskaźnik masy ciała wśród polskich respondentów w wieku 25 - 64 lata wyniósł

25,7 dla mężczyzn i 25,8 dla kobiet, podczas gdy kryterium dla prawidłowej wagi waha się między 20 i 25. Ogółem 51% mężczyzn i 53% kobiet posiada wskaźnik masy ciała powyżej 25, co wskazuje na dość powszechną nadwagę. (*baza danych WHO CINDI, dane niepublikowane*).

Nadciśnienie tętnicze

Skurczowe ciśnienie krwi przekraczające 160 mmHg oraz rozkurczowe ciśnienie krwi powyżej 95 mmHg uważa się za poziomy, które wymagają leczenia mającego na celu obniżenie ryzyka wystąpienia choroby układu krążenia. Wyniki badań CINDI z 1992 r., wykazują, że w Polsce 17% mężczyzn i kobiet w wieku 35-64 lata miało wysokie ciśnienie krwi. Stosując niższe wartości progowe (140 mm Hg i 95 mmHg) okazuje się, że 39% mężczyzn i 35% kobiet w tej samej grupie wieku miało wysokie ciśnienie krwi. Niezależnie od przyjętej definicji odsetek osób z nadciśnieniem w Polsce jest najniższy wśród pięciu KR, które dysponowały danymi porównawczymi (*baza danych WHO CINDI, dane niepublikowane*).

Podwyższony poziom cholesterolu

Poziom cholesterolu powyżej 250 mg/dl stawia człowieka wobec istotnie podwyższonego ryzyka choroby układu krążenia. W Polsce 16% mężczyzn i 14%

kobiet w wieku 35-64 lat posiada tak wysoki poziom cholesterolu. Podobnie jak w przypadku nadciśnienia tętniczego również rozpowszechnienie wysokiego poziomu cholesterolu należy do najniższych wśród KR, które dysponują porównywalnymi danymi. (*baza danych WHO CINDI, dane niepublikowane*).

ŚRODOWISKO I ZDROWIE

Warunki środowiskowe wpływają na człowieka poprzez krótko- i długookresowe narażenie na czynniki szkodliwe. Podstawowym zadaniem w dłuższej perspektywie czasu jest dążenie do zrównoważonego rozwoju sprzyjającego dobremu zdrowiu a w szczególności ochrona łańcucha pokarmowego (wody, produktów rolnych) przed szkodliwymi substancjami. Krótkookresowa ochrona środowiska oznacza unikanie lub przynajmniej ograniczanie potencjalnie szkodliwych sytuacji, mając przy tym na uwadze niejednakowy stopień narażenia ludzi na negatywne czynniki środowiskowe oraz zróżnicowaną podatność ludzi i grup społecznych na ich działanie. Tak więc dzieci, kobiety w ciąży, ludzie w starszym wieku i ludzie chorzy mogą bardziej odczuwać skutki zanieczyszczonego powietrza lub skażonej żywności. Również określone grupy ludności są bardziej niż inne narażone na negatywne warunki środowiska. Na przykład, grupy o niskim dochodzie są częściej narażone na zagrożenia środowiskowe w miejscu pracy (szkodliwe substancje i ryzyko wypadków) a także związane ze złymi warunkami mieszkaniowymi (ciasne mieszkanie, zanieczyszczenie powietrza i hałas). Takie sytuacje mogą wpływać na stan zdrowia i samopoczucie w sposób bezpośredni,

powodując dyskomfort i stres oraz pośredni, stając się przyczyną zachowań, które charakteryzują się radzeniem sobie z trudnościami w sposób szkodzący zdrowiu poprzez zażywanie narkotyków lub nadużywanie alkoholu.

Coraz większe uświadamianie sobie znaczenia wpływu środowiska na zdrowie oraz konieczności podejmowania działań międzysektorowych na wszystkich szczeblach wyraża się opracowywaniem i realizacją w prawie wszystkich państwach Europy narodowych planów działań na rzecz środowiska i zdrowia (NEHAP) (*Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Środowiska, 1998*).

Pokarmowe choroby bakteryjne

Liczba epidemii pokarmowych chorób bakteryjnych oraz liczba osób dotkniętych tymi chorobami może służyć jako kryterium jakości żywności oraz jej produkcji, jakkolwiek niektóre z zaobserwowanych różnic mogą być też wynikiem odmiennych definicji i stosowaniem różnych metod zbierania danych. Zgodnie z najnowszymi danymi, różnice między KR są duże (począwszy od mniej niż jednej osoby dotkniętej pokarmowymi chorobami bakteryjnymi na 100 tys. ludności w Estonii do 585 chorych na 100 tys. ludności w

Republice Czeskiej w 1999 r.). W Polsce w połowie lat 80. częstość zachorowań była wyraźnie ponad średnią w KR, natomiast najnowsze dane wykazują znaczne obniżenie tego poziomu (70/100 tys. w 1999 r.).

Jakość powietrza i odpady

W Polsce emisja na jednego mieszkańca dwutlenku azotu, tlenku węgla i dwutlenku węgla jest wyższa niż w KR, natomiast emisja w krajach UE była

Tabela 2. Emisja wybranych zanieczyszczeń powietrza w kg na głowę ludności w Polsce i krajach referencyjnych oraz w krajach UE w 1995

	Polska	Kraje referencyjne	Kraje UE
Dwutlenek siarki	60,6	68,3	31,5
Dwutlenek azotu	29,0	25,3	32,4
Amoniak	9,8	10,7	9,4
Tlenek węgla	117,8	99,1	119,3
Dwutlenek węgla	8697	7555	8499
Metan	46,5	56,5	61,4

przynajmniej tak samo wysoka lub nawet wyższa niż w Polsce. W odniesieniu do dwutlenku siarki i amoniaku, emisja w Polsce była niższa niż w KR ale wyższa niż w UE. Natomiast emisja metanu w Polsce była niższa zarówno od obserwowanej w KR, jak i w krajach UE (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*).

W latach 1985-1995 ilość komunalnych odpadów ogółem wzrosła o 6% i w końcu tego okresu wynosiła 294 kg/osobę,

co równało się średniej dla pięciu KR, które udostępniły dane porównawcze (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*).

Warunki mieszkaniowe

Średni metraż mieszkań w Polsce wynosi 61 m² i jest większy od średniej w KR (54 m²), ale mniejszy od średniej w krajach UE (89 m²). W 1995 roku, 56% polskich mieszkań było zajmowanych przez ich właścicieli, co równa się średniej w KR i UE (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*).

Jednym z mierników jakości warunków mieszkaniowych jest odsetek mieszkańców korzystających z bieżącej wody i możliwości higienicznego sposobu usuwania ścieków. Według ostatnich danych z 1992 r., 91% Polaków posiada w swoich mieszkaniach podłączenie do bieżącej wody i jest to jeden z najwyższych odsetków wśród KR (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*). Jakość wody wodociągowej jest w większości przypadków uznana za dobrą, natomiast jakość wody studziennej jest gorsza (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*). Praktycznie wszystkie gospodarstwa domowe, w miastach, i przeważająca część na wsi, dysponują możliwością higienicznego sposobu usuwania odpadów.

Podczas gdy warunki mieszkaniowe, obejmujące między innymi jakość, lokalizację i infrastrukturę wpływają na zdrowie i dobre samopoczucie człowieka, to skutki braku mieszkania mają jeszcze większe konsekwencje. Ludzie bezdomni są bardziej podatni w porównaniu z resztą społeczeństwa na wystąpienie problemów zdrowotnych, takich jak niedożywienie, choroby zakaźne oraz stres psycho-społeczny, będący następstwem osamotnienia i braku poczucia bezpieczeństwa. Podczas gdy dane dotyczące jakości warunków mieszkaniowych (jakkolwiek nie zawsze porównywalne) stają się coraz bardziej dostępne, to jednak wciąż odczuwa się brak wiarygodnych danych dotyczących bezdomności.

Zdrowie i bezpieczeństwo zawodowe

Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia w miejscu pracy jest nadal ważną przyczyną chorób i zgonów. Niemniej informacje na temat narażenia, w sensie rodzaju, częstotliwości i intensywności występowania zagrożeń oraz liczby niebezpiecznych miejsc pracy lub osób dotkniętych ich skutkami, nie zawsze są dostępne a porównywalnych danych jest bardzo mało.

Współczynnik urazów z powodu wypadków przy pracy na 100 tys. ludności różni się zasadniczo w KR, co sugeruje, że

podawane dane mogą odnosić się do różnych zdarzeń w poszczególnych krajach. Niemniej w latach 1985-1999, liczba urazów zmniejszyła się we wszystkich KR przeciętnie o około 51% (z 592 to 292 na 100 tys. ludności). W Polsce spadek ten wyniósł 40%.

Dane dotyczące zgonów z powodu wypadków przy pracy są bardziej porównywalne niż dane dotyczące urazów. Liczba zgonów zmniejszyła się we wszystkich KR, co wskazuje na poprawę w zakresie bezpieczeństwa pracy. W latach 1985-1999, liczba zgonów w wyniku wypadków przy pracy spadła w KR z 3,8 do 1,8 na 100 tys. (spadek o 53%). W Polsce spadek ten był większy i w 1999 r. współczynnik zgonów (1,4/100 tys., mniejszy o 67% od wartości z 1985 r.) był poniżej średniego dla KR, a także dla UE (1,6/100 tys., spadek o 28% od 1985 r.).

Wprawdzie liczba zgonów i urazów z powodu wypadków przy pracy zmalała, to wzrosła jednak częstość występowania chorób zawodowych z 57 do 131 na 100 tys. pracowników w okresie od połowy lat 70. Najczęstszymi chorobami zawodowymi, odpowiedzialnymi za 85% wszystkich przypadków były uszkodzenia słuchu, przewlekłe choroby organu mowy, choroby zakaźne i inwazyjne, pylica, choroby skóry, zespół wibracyjny i zatrucia (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*).

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ⁷

W latach 1918-1939 nastąpiło rozszerzenie zakresu usług zdrowotnych oraz wprowadzono ograniczony system ubezpieczeń zdrowotnych oparty na zasadzie Bismarcka obejmujący około 7% ludności.

Po drugiej Wojnie Światowej uznano, że opieka zdrowotna należy do obowiązków państwa. System administracyjny ochrony zdrowia był w dużej mierze scentralizowany. Sama opieka zdrowotna nie była jednak odbiciem systemu obowiązującego w Związku Radzieckim, np. praktyka prywatna nigdy nie była formalnie zniesiona, funkcjonowały prywatne spółdzielnie lekarskie i gabinety stomatologiczne. Pierwsza reforma służby zdrowia miała na celu stworzenie bezpłatnej i powszechnie dostępnej państwowej opieki zdrowotnej. Usługi medyczne były dostępne dla wszystkich pracowników państwowych a od lat 1950. tworzono w zakładach przemysłową służbę zdrowia. W 1972 r. rozszerzono zakres działalności państwowej służby zdrowia w celu objęcia nią rolników.

Reforma służby zdrowia

Reforma zdrowia przeprowadzona w latach 1980. rozpoczęła proces decentralizacji. W okresie tym miało miejsce wzmocnienie pozycji samorządu lokalnego (wojewódzkiego i gminnego). Ponadto wprowadzono system zarządzania zintegrowanymi jednostkami służby zdrowia, czyli tzw. Zespołami Opieki Zdrowotnej (ZOZ), który dawał większą swobodę w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej oraz rozszerzał zakres władzy administracyjnej.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r. wraz z późniejszymi poprawkami z 1998 r. miała za podstawę cztery następujące zasady: 1. powszechność i obowiązkowy udział, 2. społeczną solidarność, 3. samorządność i niezależność kas chorych oraz 4. zagwarantowanie przez państwo bezpieczeństwa ubezpieczenia. System finansowania oparty na budżecie centralnym został stopniowo zniesiony i zastąpiony systemem opieki zdrowotnej finansowanym poprzez 17 autonomicznych kas chorych utworzonych na początku 1999 r., z których 16 to wojewódzkie kasy chorych, natomiast siedemnasta (branżowa) została wydzielona i

⁷ Ta część jest oparta głównie na opracowaniu *Health care systems in transition. Poland (WHO Regional Office for Europe, 1999a)*.

obejmuje tzw. służby mundurowe, tj. wojsko i pracowników kolei państwowych.

Proces prywatyzacji rozpoczął się od aptek, usług stomatologicznych i usług medycznych. Szpitale pozostają w sektorze państwowym, jakkolwiek istnieje kilka szpitali niepaństwowych prowadzonych głównie przez organizacje pozarządowe. Być

Zmiany polityczne i ekonomiczne zapoczątkowane w pierwszym okresie lat 90. nie dotknęły opieki zdrowotnej w tak istotnym stopniu, jak miało to miejsce w innych sektorach gospodarki państwowej. System opieki zdrowotnej reformował się w znacznie wolniejszym tempie i większość usług pozostaje nadal w sektorze publicznym.

Tabela 3. Wskaźniki ochrony zdrowia w Polsce i w krajach kandydujących (1999 lub ostatnie dostępne dane)

	Polska	Kraje kandydujące	Minimum	Maksimum
Łóżka szpitalne na 100 000 ludności	581^a	716	555	938
Lekarze na 100 000 ludności	226	265	191	394
Liczba hospitalizowanych na 100 ludności	13,8	18,1	13,8 ^a	25,4
Średnia długość pobytu w szpitalu	9,3	10,3	9,0	11,9
Wydatki na ochronę zdrowia jako odsetek PKB	6,2	5,6	2,6 ^a	7,7
^a 1998				

może w 2002 r. zacząć działać prywatne systemy ubezpieczeń zdrowotnych.

Narodowy Program Zdrowia na lata 1996-2005 ma na celu chronić, wzmacniać i przywracać zdrowie społeczeństwa. Pod tym kątem opracowano 18 celów operacyjnych ukierunkowanych na upowszechnianie prozdrowotnego stylu życia, promocję zdrowia i profilaktykę oraz poprawę jakości opieki zdrowotnej (*Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996*). Program ten został uaktualniony w 2000 r. (*Ministerstwo Zdrowia, 2000 r.*).

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. stworzyła odpowiedni grunt dla reform wprowadzających różne formy organizacyjne i ustanowiła prawo własności w odniesieniu do instytucji opieki zdrowotnej. Ministerstw Zdrowia stało się odpowiedzialne za politykę zdrowotną państwa, szkolenie, badania naukowe i opiekę specjalistyczną, natomiast władze wojewódzkie za organizację i finansowanie opieki szpitalnej, a samorządowe władze lokalne za opiekę zdrowotną pierwszego i drugiego stopnia.

Realizacja Narodowego Programu

Zdrowia niedomaga z powodu niezbyt skutecznego i powolnego wdrażania programu zapobiegania chorobom układu krążenia, chorobom nowotworowym i urazom, wskutek braku odpowiednich funduszy. Ponadto, ochrona zdrowia wymaga reorganizacji w celu wzmożenia jej efektywności, wprowadzenia nowych form opieki (np. opieka dzienna i opieka w domu), racjonalizacji zarządzania finansami szpitali i innych instytucji opieki zdrowotnej, a także zdobycia poprzez fundusze ubezpieczeniowe nowych źródeł finansowania. Zasadniczym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej na następne kilka lat będzie zakończenie tworzenia systemu opieki zdrowotnej opartej na ubezpieczeniu zdrowotnym. Z doświadczeń zdobytych na początku drogi wynika, że dostępne środki finansowe na ten cel są niewystarczające, w związku z czym składka na ubezpieczenie zdrowotne może ulec w przyszłości podwyższeniu z 7,75% do 10-11% (*Vogler and Habl, 1999*).

Struktura organizacyjna

W 1972 r. zostały stworzone zespoły opieki zdrowotnej z myślą o wspólnej administracji opieki zamkniętej i otwartej, specjalistycznej i podstawowej, uwzględniając przy tym również pewien zakres opieki społecznej.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej stworzyła podstawy przyszłego systemu

opieki zdrowotnej w Polsce. Wprowadza różnicowanie organizacyjne oraz własnościowe zakładów opieki zdrowotnej, obejmując w ten sposób sektor prywatny, społeczny, spółdzielczy, lokalny, wojewódzki i publiczny (via szczebel centralny). Na początku lat 90. reforma opieki zdrowotnej koncentrowała się na zarządzaniu sektorem publicznym i umacnianiu pozycji podstawowej opieki zdrowotnej.

Opieka zdrowotna świadczona przez ZOZ zapewniała opiekę podstawową i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz zasadniczą opiekę szpitalną, podczas gdy opieka drugiego stopnia w przychodniach i szpitalach specjalistycznych była zapewniana na szczeblu wojewódzkim. Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej podlegały natomiast niektóre placówki zapewniające opiekę zdrowotną stopnia trzeciego. W końcu lat 90. podstawowa opieka zdrowotna przeszła w ręce władz lokalnych (gmin), a szpitale rejonowe w ręce zrekonstruowanych władz powiatowych, podczas gdy Ministerstwo Zdrowia zachowało w swojej gestii placówki o najwyższej specjalizacji.

Finanse i wydatki opieki zdrowotnej

System ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje całe społeczeństwo na tych samych warunkach, w związku z czym koszty ponoszone są ostatecznie przez wszystkich ubezpieczonych. Osoby ubezpieczone mają

jednakowy dostęp do usług medycznych, a opieka zdrowotna jest bezpłatna niezależnie od ryzyka, jakkolwiek usługi wykraczające poza ustalony standard mogą wymagać dopłaty, natomiast usługi medyczne i stomatologiczne w sektorze prywatnym są płatne bezpośrednio przez pacjenta. Dość poważne nieformalne gratyfikacje wypłacane lekarzom i innym członkom personelu medycznego są nielegalne, jakkolwiek zgodnie z tym, co się mówi, stały się one powszechne począwszy od lat 70.

Opieka zdrowotna będzie w coraz większym stopniu finansowana przez fundusze ubezpieczeń zdrowotnych. Podstawowym celem reformy jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, zapewnienie powszechnego dostępu do usług wysokiej jakości, zwiększenie efektywności, zapewnienie finansowania opieki zdrowotnej na ustabilizowanym poziomie oraz kontrola wydatków. Zgodnie z Ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r. i jej późniejszymi poprawkami wprowadzonymi w 1998 r., polski system ochrony zdrowia jest powszechny, obowiązkowy, autonomiczny, samorządowy i zagwarantowany przez państwo.

Nowy system zabezpieczenia socjalnego oparty na ubezpieczeniu obejmuje trzy elementy: 1. ubezpieczenie zdrowotne (włącznie z ubezpieczeniem w przypadku macierzyństwa), 2. ubezpieczenie emerytalne,

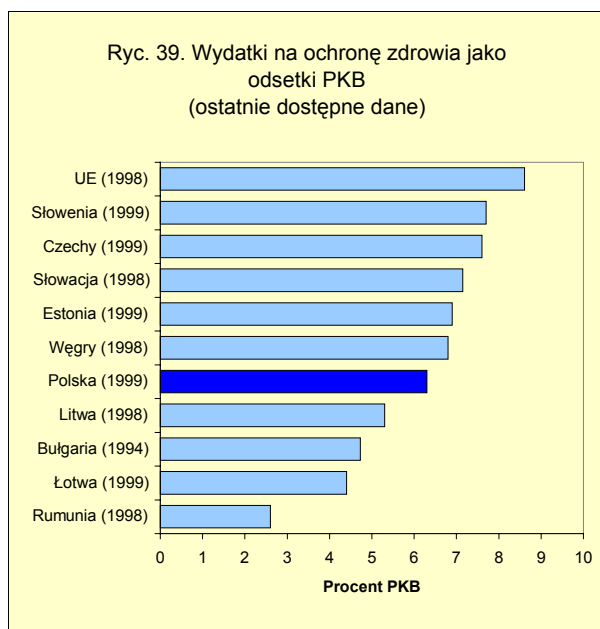
3. ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Każdy z tych elementów posiada swój własny fundusz administracyjny i funkcjonuje oddzielnie. Poszczególne elementy finansowane są indywidualnie: fundusze na ubezpieczenie zdrowotne zapewnia pracodawca (maksymalnie 7,5% od wynagrodzenia przed opodatkowaniem), ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych opłacają pracodawcy, a ubezpieczenie emerytalne opłacają zarówno pracodawcy jak i pracownicy (*Vogler and Habl, 1999*).

Mimo tych usprawnień, system boryka się z szeregiem problemów, takich jak: brak centralnego rejestru osób ubezpieczonych, system nie obejmuje całego społeczeństwa, istnieje różna ściągalność składek wśród różnych grup społeczeństwa, system państwowy natrafia na trudności finansowe i charakteryzuje się stałym deficytem (*Vogler and Habl, 1999*).

Międzynarodowe porównania wydatków na ochronę zdrowotną są bardzo trudne, ponieważ podstawowe definicje w statystyce zdrowotnej oraz systemy rachunkowe różnią się w zależności od kraju. Dlatego też przedstawione dane dotyczące wydatków na ochronę zdrowia należy przyjmować z dużą ostrożnością, bowiem granice, które określają zakres opieki zdrowotnej mogą różnić się wydatnie między poszczególnymi krajami.

Zgodnie z danymi z 1998 r. wydatki na ochronę zdrowia w stosunku do PKB kształtowały się we wszystkich KR poniżej średniej notowanej w krajach UE wynoszącej 8,5%. Polski odsetek w wysokości 5,2% był nieznacznie wyższy od średniej w KR (5,1%) (Ryc. 39).

Tylko cztery kraje udostępniły dane dotyczące wydatków na opiekę zdrowotną z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej. Według danych z 1996 r., wydatki na zdrowie na osobę były najwyższe w Słowenii (US\$ 1030) i Republice Czeskiej (US\$ 917), następne miejsca ze znacznie niższymi kwotami zajmowały Węgry (US\$ 662) i Polska (US\$ 473).



Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawową opiekę zdrowotną (poz) zapewniają ZOZ. W 1998 r. ponad połowa z 3,300 ośrodków podstawowej opieki

zdrowotnej administrowana była przez województwa, a przynajmniej jedna trzecia przez gminy. Na wsi poz dostępna jest w małych przychodniach lub ośrodkach zdrowia, które zatrudniają specjalistę chorób wewnętrznych, ginekologa-położnika, pediatrę, stomatologa, położną i personel pielęgniarski. W miastach, podstawową opiekę zdrowotną często świadczą duże przychodnie, które w swoim składzie personalnym mają również niektórych specjalistów oraz dysponują możliwościami diagnostycznymi. Pomoc w nagłych przypadkach zapewnia pogotowie ratunkowe.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, którymi są najczęściej specjaliści chorób wewnętrznych, położnicy, ginekolodzy lub pediatry, spełniają rolę sita w stosunku do opieki specjalistycznej. Pacjenci mają swobodny wybór lekarza spośród tych, którzy mają podpisany kontrakt z kasą chorych. Tradycyjnie opieka podstawowa była niedoceniana i cierpiała na brak wyposażenia oraz możliwości szkolenia specjalistów w tym zakresie. Obecna strategia ma na celu podniesienie statusu podstawowej opieki zdrowotnej, przyznając lekarzom ogólnym większą autonomię. Przyjęty model medycyny rodzinnej jest organizowany w oparciu o praktykę indywidualną i grupową.

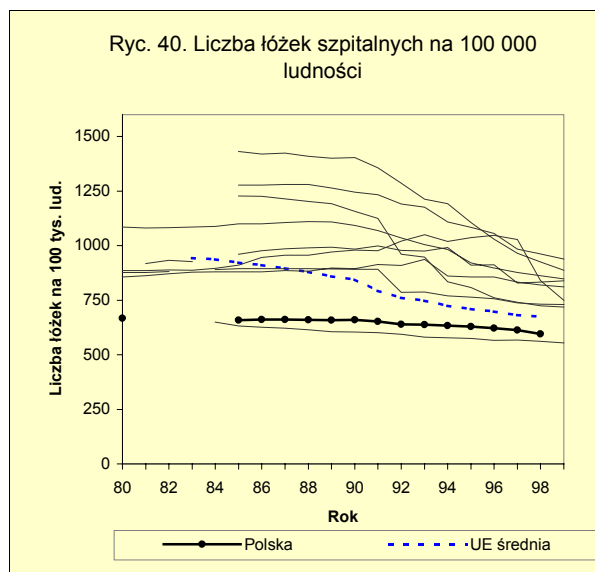
Liczba porad przypadających na jednego mieszkańca w mieście przewyższa znacznie ich liczbę przypadającą na

mieszkańca wsi. Dotyczy to w równym stopniu populacji ogólnej, jak i kobiet, dzieci oraz opieki stomatologicznej (Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, 1999). Uważa się, że jakość usług zdrowotnych różni się w zależności od województwa. Istnieje ponadto kilka innych problemów: zła organizacja poz doprowadziła do wydłużających się kolejek i długiego czekania na poradę, a słabe wyposażenie w aparaturę medyczną do niezadowolenia pacjentów i niskiego morale wśród pracowników ochrony zdrowia. Istnieje także obawa, że najlepiej wykształceni lekarze zechcą chętniej pracować w sektorze prywatnym niż publicznym (Vogler and Habl, 1999).

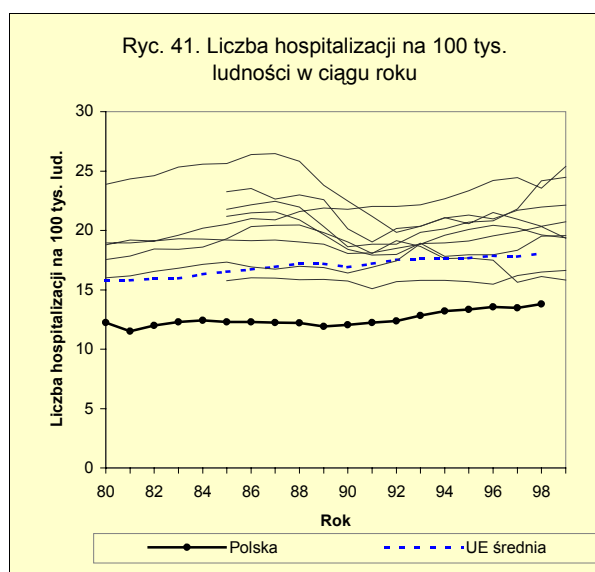
Opieka medyczna drugiego i trzeciego stopnia

Pierwszy poziom ambulatoryjnej opieki zdrowotnej drugiego stopnia zapewniają przychodnie specjalistyczne zarządzane przez wojewódzkie władze zdrowotne (ZOZ lub województwa) lub władze lokalne w dużych miastach.

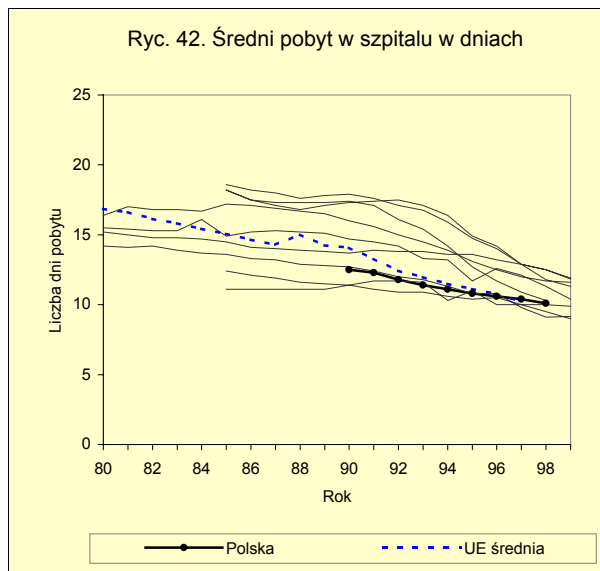
W ramach ostatniej reformy ochrony zdrowia, zakłady zamkniętej opieki zdrowotnej zostały podzielone na szpitale zajmujące się ostrymi przypadkami, placówki zapewniające opiekę przewlekle chorym, domy opieki i hospicja.



Każda z tych jednostek powinna uzyskać akredytację państwową w oparciu o kryteria opracowane przez Ministerstwo Zdrowia. Nowy system akredytacji i rejestracji powinien doprowadzić do zamknięcia niektórych małych szpitali, a tym samym przyczynić się do obniżenia o 10% liczby łóżek szpitalnych nawet pomimo ich pewnego niedoboru (Vogler and Habl, 1999).



Dąży się także do stworzenia większych możliwości w zakresie opieki dziennej i opieki domowej oraz wyeliminowania ze szpitali opieki długoterminowej. Nie ma aktualnie programu prywatyzacji, niemniej niektóre szpitale wróciły do swoich pierwotnych właścicieli - kościołów oraz innych organizacji pozarządowych. W kraju funkcjonuje kilka prywatnych szpitali komercyjnych.



Oprócz braku łóżek, system szpitalnictwa krytykowany jest ponadto z kilku innych powodów, między innymi braku centralnego planowania środków oraz długich list oczekujących pacjentów, szczególnie w przypadku niektórych rodzajów zabiegów, co sprzyja rozwojowi korupcji. Mówi się również o słabej kontroli finansowej w szpitalach (Vogler and Habl, 1999).

W okresie od 1985 r., liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. ludności zmalała

prawie we wszystkich KR z tym, że w Polsce spadek był jednym z najmniejszych (o 7%). Liczba łóżek w Polsce w 1997 r. (613/100 tys.) była drugą z najniższych wśród KR (po Słowenii) i ale była prawie identyczna ze średnią dla krajów UE (611/100 tys. w 1997 r.) i KR (736/100 tys. w 1998 r.)⁸ (Ryc. 40).

Liczba pacjentów przyjmowanych do szpitala waha się znacznie w KR od 13,5 do 24,2 przyjęć na 100 osób w 1998 r. Mimo to, że współczynnik dla Polski wzrósł w ciągu ostatnich dziesięciu lat do 13,8 w 1998 r. to jednak jest on stale znacznie niższy od średniego w UE (18,1/100 w 1998 r.) (Fig. 41).

Od lat 80. średnia długość pobytu w szpitalu uległa skróceniu we wszystkich KR. W 1985 r. wynosiła ona 13,4 dni w KR, a tym samym była o 1,5 dnia krótsza od średniej dla UE (15,1 dni). W 1997 r. średnia długość hospitalizacji w Polsce wynosiła 10,4 dni, mniej niż w KR (10,9 dni) i w UE (11,1 dni w 1996 r.) (Ryc. 42). Pod koniec 1999 r. zaobserwowano dalszy spadek długości hospitalizacji do 9,3 dni.

Istnieje duża różnica między średnią liczbą porad ambulatoryjnych w poszczególnych KR, od 4,6 do 16,4 porad w roku na osobę w 1998 r. W ciągu ostatnich 12 lat liczba ta uległa w Polsce obniżeniu do 5,2

⁸ Podane wartości dotyczą łącznie łóżek w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych (red.)

porad⁹ (spadek o 16%), co było znacznie poniżej średniej w KR (8,1 porad w 1998 r.).

Leki i apteki

Przemysł farmaceutyczny jest jedną z najnowocześniejszych gałęzi gospodarki w Polsce. Oferowane są ulgi podatkowe w celu przyciągnięcia inwestorów i podniesienia jakości farmaceutyków. Ceny leków produkowanych w kraju są wciąż znacznie niższe od równorzędnych leków importowanych. Import leków zagranicznych stale wzrasta a równocześnie lekarze przepisują więcej leków z importu, co podwyższa koszty opieki zdrowotnej.

W przybliżeniu 6 tys. spośród 20 tys. farmaceutów pracuje w sektorze prywatnym.

Refundacja kosztów związanych z zakupem lekarstw zależy od rodzaju leku i kategorii pacjenta. Leki z listy podstawowej są dostępne za niską opłatą stanowiącą ekwiwalent 0.05% wynagrodzenia minimalnego, a w przypadku leków z listy uzupełniającej pacjent płaci zazwyczaj od 30 do 50% kosztów. Pacjenci cierpiący na schorzenia przewlekłe, inwalidzi wojenni i kombatanci mają koszty leków refundowane w pełnym zakresie lub częściowo. Farmaceuci zobowiązani są do wydawania najtańszych leków, a państwo refunduje koszty tylko najtańszych leków.

⁹ Dotyczy to porad w poz oraz w poradniach specjalistycznych

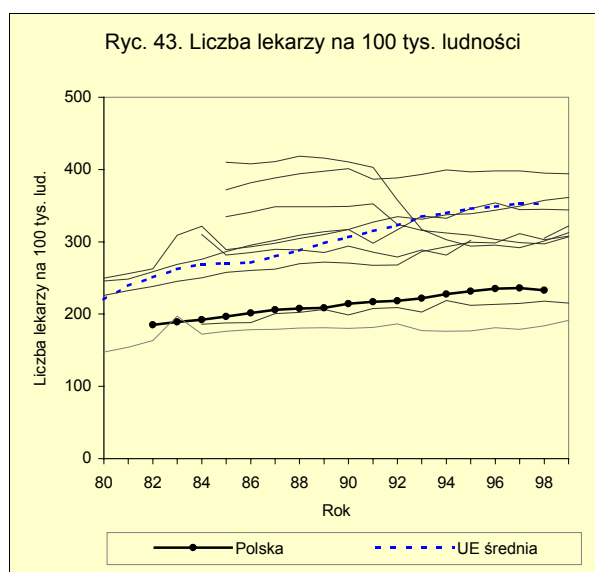
Personel

W Polsce liczba lekarzy (233/100 tys. ludności w 1998 r.) była niższa od średniej w UE (376/100 tys. w 1998 r.) i była jedną z najniższych wśród KR mimo wzrostu o 20% obserwowanego od 1985 r. (Ryc. 43).

W 1998 r. Polska dysponowała wskaźnikiem stomatologów (44,8 na 100 tys. ludności) zbliżonym do średniej w porównywanych krajach (44,5/100 tys. w 1998 r.), ale o jedną trzecią niższym od średniej w UE (68,8/100 tys. w 1998 r.).

W 1998 r. liczba farmaceutów w Polsce wynosiła 53,2 na 100 tys. ludności i wskaźnik ten był o 40% wyższy od średniego w KR (37,5/100 tys. w 1998 r.) ale wskaźnik dla UE (73,4/100 tys. w 1996 r.) był o 38% wyższy od wskaźnika dla Polski.

Liczba pielęgniarek w Polsce wzrosła gwałtownie w latach 70. i 80. Osiągając w



1990 r. poziom 527 pielęgniarek na 100 tys. ludności. Liczba położnych była wyższa prawie we wszystkich KR (średnia 49,5/100 tys. w 1998 r.) niż w krajach UE (średnia 19,5/100 tys. w 1996 r.), a w Polsce (63,2/100 tys. w 1998 r.) była jedną z najwyższych wśród KR.

LITERATURA

AINSCOW, M. & HAILE-GIORGIS, M.(1998). *The education of children with special needs: barriers and opportunities in central and eastern Europe* Florence, UNICEF International Child Development Center (Innocent Occasional Papers, Economic and Social Policy Series, No. 67).

CONUCIL OF EUROPE (1997). *Recent demographic developments in Europe – 1997*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.

CONUCIL OF EUROPE (1999). *Recent demographic developments in Europe – 1999*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.

CONUCIL OF EUROPE (2000). *Recent demographic developments in Europe – 2000*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.

GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY (1997a). *Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 r.* Warszawa.

GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY (1997b). *Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r.* Warszawa.

GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY (2000a). *Rocznik Demograficzny 2000*. Warszawa.

GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY (2000b). *Warunki życia ludności w 1999 r.* Warszawa.

GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY (2001). *Mały rocznik statystyczny (fragmenty (dostępne w listopadzie 2001) (<http://www.stat.gov.pl/english/index.htm>).*

EUROPEAN COMMISSION (1997). *Methodology for the Exploitation of HBS Food Data and Results on Food Availability in 5 European Countries*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.

EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS (2000). *HIV/AIDS surveillance in Europe: surveillance report, 62*. Saint-Maurice, France, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

RZĄDOWA RADA LUDONŚCIOWA (2000). *Sytuacja demograficzna Polski, raport 1999-2000*. Warszawa.

HIBELL, B. ET AL. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug use Among Students in 26 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.

HIBELL, B. ET AL. (2000). *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Modin Tryck AB. Stockholm.

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII (2000). *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 1999*. Warszawa.

MINISTERSTWO ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ (1996). *NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 1996-2005. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny ds. Realizacji Narodowego Programu Zdrowia*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej Warszawa.

MINISTERSTWO ZDROWIA (2000). *NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 1996-2005. Wersja znowelizowana w 2000 r. (projekt). Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny ds. Realizacji Narodowego Programu Zdrowia*. Ministerstwo Zdrowia Warszawa. Dokument nieopublikowany

MINISTERSTWO ZDROWIA i MINISTERSTWO OCHRONY ŚRODOWISKA (1998). *Narodowy Program Działań w Zakresie Zdrowia i Środowiska - Informacja o sytuacji obecnej i działaniach w przyszłości*. Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Ochrony Środowiska. Dokument nieopublikowany.

CENTRUM ORGANIZACJI I EKONOMIKI OCHRONY ZDROWIA (1996). *Ochrona Zdrowia w liczbach 1995*. Warszawa.

PRODUKTSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN (2000). *World drink trends 2000*. Schiedam, NTC Publications.

SAPINSKI, W. ET AL. *Wpływ miejsca zamieszkania na częstość występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia*. Polish Heart Journal 1999; 50 (2): 111-116.

SZATA, W. Zakażenia *AIDS i HIV w Polsce w 1999 r.* *Przegląd Epidemiologiczny* 2001; 55 (1-2): 165-173

TURNER, B., ed. (2000). *The statesman's yearbook 2000*. London, Macmillan.

UNESCO (1999). *Statistical yearbook 1999*. Paris, UNESCO Publishing & Bernan Press.

UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (1999). *Trends in Europe and North America 1998/1999*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe.

VOGLER, S. & HABL, C (1999). *Gesundheitssysteme in Mittel- und Osteuropa*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1993). *Health for all targets. The health police for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 4).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1997). *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1998). *Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996-1997)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 83).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1999a). *Health care systems in transition. Poland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Observatory on Health Care Systems).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1999b). *HEALTH21 – the health for all policy framework for the WHO Regional Office* (<http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 6) (accessed 22 August 1999).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000a). *Highlights on Women's Health in Poland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Family and Community Health).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000b). *Health and health behaviour among young people. WHO Policy Series. Health policy for children and adolescents 1*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2001). Health for all Database. January 2001. (<http://www.euro.who.int/hfadb>).

SŁOWNIK

Współczynnik zapadalności (zachorowalności): Liczba nowych lub nowo wykrytych zachorowań na daną chorobę w populacji w określonym okresie czasu w stosunku do liczby osób narażonych na ryzyko danego zachorowania w tym okresie czasu (zazwyczaj jednego roku) (wyrażona na pewną stałą liczbę ludności, często na 100 tys.).

Współczynnik umieralności niemowląt: Liczba zgonów dzieci w wieku poniżej 1 roku na 1000 urodzeń żywych.

Przeciętne dalsze trwanie życia: Wyraża średnią liczbę lat, jaką ma jeszcze do przeżycia osoba w danym wieku (w wieku 0 oznacza w momencie urodzenia) przy założeniu, że poziom umieralności w poszczególnych grupach wieku będzie cały czas taki sam jak w okresie, dla którego opracowano tablice trwania życia.

Współczynnik chorobowości: Liczba wszystkich osób chorujących na daną chorobę w określonym momencie czasu (albo w określonym okresie czasu) w stosunku do liczby osób narażonych na ryzyko danej choroby w tym określonym momencie czasu (albo w połowie okresu czasu) (wyrażona na pewną stałą liczbę ludności, często na 100 tys.).

Parytet siły nabywczej: oznacza wartość dolara USA odpowiadającą jednostce waluty danego kraju na rynku krajowym obejmującym całość towarów i usług rynkowych i nierynkowych przy uwzględnieniu stosunku cen danego kraju do cen we wszystkich innych krajach biorących udział w porównaniach siły nabywczej walut.

Standaryzowany współczynnik umieralności: współczynnik umieralności (zwykle na 100 tys. ludności) wyliczony wg ogólnie przyjętych metod przy przyjęciu struktury wieku dla standardowej populacji europejskiej. Dzięki przyjęciu jednej standardowej struktury wieku różnice pomiędzy współczynnikami standaryzowanymi w porównywanych krajach czy też latach wynikają wyłącznie z różnic w natężeniu umieralności a nie z odmiennej struktury wieku ludności w tych krajach czy też w danym kraju w kolejnych latach.

Współczynnik dzietności: oznacza liczbę dzieci, które urodziłaby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat) przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną w badanym roku, tzn. przy przyjęciu cząstkowych współczynników płodności z tego okresu za niezmiennie.

Projekt, którego celem było stworzenie opracowania pt "Highlights on Health in Poland" przetłumaczonego i wydanego w niniejszej książce pod tytułem "Najważniejsze Elementy Sytuacji Zdrowotnej w Polsce, Porównanie Międzynarodowe" otrzymał wsparcie finansowe od Komisji Europejskiej i rządu Finlandii. Opracowania podobne jak to dla Polski powstały także dla innych krajów kandydujących do Unii Europejskiej. Ani WHO ani Komisja Europejska ani ktokolwiek działający w imieniu tych organizacji nie odpowiada za sposób wykorzystania informacji zawartych w tym dokumencie.

Przeznaczenie dokumentu i przedstawienie materiału nie oznacza wyrażania jakiegokolwiek opinii ze strony Sekretariatu Światowej Organizacji Zdrowia odnośnie do sytuacji prawnej jakiegokolwiek kraju, terytorium, miast, ich władz jak też podziału administracyjnego lub układu granic.

Mapa na stronie tytułowej (Copyright 1999 Lonely Planet Publications) została opracowana wg strony domowej Lonely Planet (<http://www.lonelyplanet.com>) za pozwoleniem i prawa autorskie pozostają z Lonely Planet Publications.

Wersja angielskojęzyczna tego dokumentu została przygotowana przez Zespół ds. Informacji Zdrowotnej Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Zdrowia (Państwowym Zakładem Higieny) i z pomocą finansową Komisji Europejskiej oraz Ministerstwa Zdrowia Finlandii.

Oryginał wydany po angielsku przez Unię Europejską i Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia w grudniu 2001, pod tytułem: Highlights on Health in Poland

Tłumaczenie: mgr Izabella Głowacka

ISBN 83-914286-6-4

Tłumaczenie i wydanie niniejszego opracowania sfinansowano ze środków Państwowego Zakładu Higieny

Druk: PUIP TEL./FAX (022 768-13-14, 0602-353-483)

© Państwowy Zakład Higieny 2002

Państwowy Zakład Higieny

Zakład Statystyki Medycznej

Chocimska 24

00-791 Warszawa,

Polska

Telefon: +48 (22) 8497725

E-mail:

[bogdan\(pawel\)@medstat.waw.pl](mailto:bogdan(pawel)@medstat.waw.pl)

Web:<http://www.pzh.gov.pl>

WHO Regional Office for Europe

Health Information Unit

8 Scherfigsvej

DK-2100 Copenhagen

Denmark

Telephone +45 39 17 18 95

E-mail:

rpf@who.dk

Web: <http://www.who.dk>