



Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej **w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski”**

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa.

Bezpieczeństwo zdrowotne stało się strategicznym priorytetem UE, co wynika z nasilania się m.in. takich czynników determinujących zdrowie, jak:

- zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, co wpływa na zmianę struktury chorób, znacząco podnosi koszty i zagraża równowadze unijnych systemów zdrowotnych;
- zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z klimatem, poszerzającą się sfera nierówności społecznych i przemieszczaniem się całych grup ludności, co sprzyja występowaniu katastrof naturalnych o szerokim, niekiedy globalnym zasięgu oraz zwiększa zagrożenie epidemiczne i bioterroryzmem;
- rozwój nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby.

W obliczu tych wyzwań Komisja Wspólnoty Europejskiej przyjęła na lata 2008-2013 trzy cele strategiczne: 1) propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie, 2) ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia; 3) monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Istotą strategii UE z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego jest równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, tak aby każdy, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zamożność w razie poczucia zagrożenia zdrowotnego mógł skorzystać z odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie sytuację zdrowotną. W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne procesy, w tym przede wszystkim systematyczny spadek umieralności niemowląt i znaczące obniżenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były wynikiem zarówno realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych. W kolejnej dekadzie obejmującej początek XXI wieku wystąpiły w Polsce pewne niepokojące trendy zdrowotne, w tym:

- po roku 2002 wzrost długości życia uległ spowolnieniu, co powoduje narastanie dysproporcji w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne, w tym warunki socjalne, wykształcenie, środowisko zamieszkania;
- spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. a poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE; głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej; tymczasem od 2002 roku odstępiono

od realizacji trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej jako programu polityki zdrowotnej państwa;

- choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE i niestety w ostatnich latach w Polsce obserwowany w latach 90-tych spadek przedwczesnej umieralności z ich powodu uległ spowolnieniu;

- nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet, ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn, nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka a z powodu raka szyjki macicy zmniejsza się bardzo powoli i jest zawstydzająco wysoka na tle większości krajów UE;

- natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych, trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce wykazuje powolny trend spadkowy tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmienia się w ostatnich latach i jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób, a także samobójstwa, których częstość jest dość ustabilizowana w latach 2000., a które powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn jak wypadki komunikacyjne a większą niż zawał serca;

- hospitalizacja ludności w Polsce różni się od większości krajów UE dużą częstością leczenia najmłodszych roczników (poniżej 5 lat), przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75 roku życia; stosunkowo niskiej obecnie na tle innych krajów śmiertelności szpitalnej w Polsce z powodu zawału serca towarzyszy wysoka śmiertelność w udarach mózgu;

- mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej, zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej; nadzór nad HIV/AIDS w Polsce nie dostarcza kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji, nieznajomość głównych dróg transmisji wirusa HIV w danym miejscu i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się zakażeń; niebezpiecznie wzrasta liczba zakażeń wzw C; niepokojący jest trend wzrostowy zachorowań na kiłę wrodzoną; od 2004 roku obserwuje się silny trend wzrostowy zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2; niewystarczający rozwój diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt mała dostępność utrudniają rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób, co opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom, niska jest wiarygodność danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań;

- od 2000 roku nasila się dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą, niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad dziećmi, młodzieżą, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym; problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych i wysokospecjalistycznych; do tej dysfunkcji systemu przyczyniła się także migracja lekarzy i pielęgniarek spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

Zasygnalizowane zjawiska przyczyniają się do zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W kontekście tych wyzwań należy podkreślić, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE niemniej poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast udział wydatków na

leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych.

Z tej przyczyny najważniejszą sprawą do rozwiązania większości lub wszystkich problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów jest zapewnienie odpowiedniego finansowania systemu opieki zdrowotnej. Istotną część funkcji systemu opieki zdrowotnej pozostaje i musi pozostać dobrem publicznym, za które odpowiedzialność musi ponosić państwo. Na podstawie dogłębnej analizy aktualnej sytuacji i wyważenia proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa, a obciążeniem indywidualnym na zdrowie, powinny zostać podjęte kroki zaradcze w kierunku systemowych zmian w ochronie zdrowia. Przy podejmowaniu takich decyzji należy pamiętać, że zmiana systemu nie jest celem samym w sobie i musi jej towarzyszyć naczelne przesłanie jakim jest zdrowie narodu i pojedynczego obywatela. Działania mające na celu zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w rozumieniu dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, rzeczywistą wycenę świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki) powinny być połączone z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli promocji zdrowia, oświaty zdrowotnej oraz profilaktyki zagrożeń i chorób.

W opinii Rządowej Rady Ludnościowej konieczne jest podjęcie i realizacja następujących działań w sferze zdrowotnej polityki państwa, które przyczynią się do poprawy kondycji zdrowotnej populacji i zmniejszenia chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu:

- Zapoczątkowanie budowania systemu międzysektorowej współpracy na rzecz stwarzania warunków dla upowszechnienia zdrowego stylu życia z myślą o redukcji społecznych nierówności w zdrowiu, w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015
- Zwiększenie skuteczności realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa w zakresie kardiologii i onkologii poprzez wnikliwą ocenę dotychczasowych efektów działań i zwrócenie większej uwagi na promocje zdrowia i profilaktykę, w tym na zadania edukacyjne; dobra jakość leczenia szpitalnego pacjentów z zawałami powinna być utrzymana natomiast istnieje pilna potrzeba zajęcia się problemem udarów mózgu; profilaktyka chorób zależnych od tytoniu, w tym raka płuca, wymaga dofinansowania, natomiast całkowitej weryfikacji ze względu na obserwowane załamanie się profilaktyki, wymaga podejście do zachorowań kobiet na raka szyjki macicy i raka piersi.
- Ze względu na narastanie epidemii otyłości i nadwagi konieczne jest nadanie Narodowemu Programowi Zwalczenia Nadwagi i Otyłości oraz Przewlekłych Chorób Niezakaźnych poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej (POL-HEALTH) 2007-2011 rangi programu rządowego z zapewnieniem finansowania jego realizacji.
- Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania, co wymaga: podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji; konsekwentnego prowadzenia i unowocześniania wieloletnich programów szczepień ochronnych; zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych i wzmożonej kontroli higieny w instytucjach medycznych, zakładach kosmetycznych i innych, w których może dochodzić do przerwania ciągłości tkanek; stworzenia systemowych mechanizmów skutecznie przeciwdziałających ograniczaniu zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
- Zbudowanie systemu kompleksowej, międzysektorowej opieki gerontologicznej;

subwencjom ze strony sektora ochrony zdrowia musi towarzyszyć wsparcie sektora opieki społecznej i utworzenie systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

- Poprawa opieki zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi (liczba tych osób w Polsce w populacji w i wieku produkcyjnym jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich i wynosi 16%), co wymaga rozwoju kompleksowej rehabilitacji. Zapobieganie zewnętrznym przyczynom zgonów musi być stałym priorytetem zdrowia publicznego.
- Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego w Polsce i ich skutki społeczne warunkują pilną potrzebę wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
- Poprawa opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe, w tym jakości życia osób chorujących na tzw. choroby rzadkie, poprawa systemu zwalczania bólu i ustalenie standardów opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych i odrębnie dla dzieci.
- Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji. Umożliwienie dzieciom i młodzieży realizowania pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju medycyny szkolnej, w szczególności badań słuchu, wzroku - dla grup dyspersyjnych, które jeśli nie są wykryte wcześniej powodują ogromne straty w jakości życia młodych ludzi i przyczyniają się do niepełnosprawności w późniejszym wieku
- Konieczne jest nadanie rzeczywistego priorytetu w polityce państwa opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem, co wymaga: przestrzegania formalnych i merytorycznych zasad trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej, podniesienia zakresu jakości opieki profilaktyczno-leczniczej nad kobietą ciężarną i rodzącą, przestrzegania standardów tej opieki i zapewnienia jej pełnej dostępności; zwiększonego zaangażowania państwa w zapobieganie i leczenie niepłodności (łącznie z rozwojem metody in vitro), zwiększenia liczby badań prenatalnych; przywrócenia roli pediatry jako lekarza sprawującego opiekę podstawową nad dzieckiem, zahamowania dysfunkcjonalności pediatrycznego lecznictwa szpitalnego, w tym wysoko specjalistycznego,.

Podjęcie powyższych działań dotyczących nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale zdrowia narodu jest niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w naszym kraju.

Działania te powinny być podejmowane przy współdziałaniu wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

Przedstawione stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej powinno stanowić ważny punkt odniesienia do wypracowania rozwiązań prawnych, finansowych, organizacyjnych oraz edukacyjnych w wymienionych obszarach działań. W procesie przygotowania kompleksowego programu polityki Rządu w kwestii zabezpieczenia zdrowotnego istotne znaczenie miałyby uwzględnienie dorobku analitycznego i diagnostycznego innych środowisk, w tym prac Rządowej Rady Ludnościowej zawartych w materiałach programowych I Kongresu Demograficznego oraz w „Założeniach polityki ludnościowej w Polsce” opracowanych przez szerokie zespoły ekspertów i przyjętych przez RRL w 2005 roku. Rządowa Rada Ludnościowa opowiada się za kontynuacją prac nad kompleksowym programem polityki ludnościowej wspartej rozwiązaniami ustawowymi.

Warszawa, 20 .11.2008 r.