



SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI I JEJ UWARUNKOWANIA

**Pod redakcją
Bogdana Wojtyniaka
Pawła Goryńskiego
i Bożeny Moskalewicz**

**Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
-Państwowy Zakład Higieny**

Warszawa 2012

**NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
-PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY**

**© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
-Państwowy Zakład Higieny, 2012**

Przedruk materiałów w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny. Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

Recenzja naukowa:
Prof. nadzw. dr hab. Piotr Tyszko

Redakcja techniczna: mgr Izabela Mrówczyńska (NIZP-PZH)

Projekt okładki: mgr Jarosław Jaworski (NIZP-PZH)

ISBN 83-89379-63-5

Koszty związane z przygotowaniem i publikacją Raportu zostały w całości pokryte ze środków własnych NIZP-PZH

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
ul Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. (22) 54-21-229
e-mail: bogdan@pzh.gov.pl
www.pzh.gov.pl

Skład, druk i oprawa:

Libra-Print, 18-400 Łomża, Al. Legionów 114b,
Tel. 086 473 77 84
e-mail: biuro@libra-print.pl
www.libra-print.pl

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	7
Od Redaktorów	9
Najważniejsze fakty	11
1. Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej	21
<i>Bogdan Wojtyniak, Mirosław Wysocki</i>	
2. Długość życia i umieralność ludności Polski	
<i>Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwizewski, Paweł Goryński, Anna Poznańska</i>	
2.1. Zmiany w czasie i zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców Polski	38
2.2. Długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w krajach Unii Europejskiej	45
2.3. Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej	51
2.4. Umieralność według płci i wieku	52
2.5. Umieralność według przyczyn	55
2.6. Umieralność z powodu chorób układu krążenia	59
2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych	74
2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów	82
2.9. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego	86
2.10. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego	91
2.11. Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych	94
2.12. Umieralność niemowląt	96
2.13. Umieralność w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w krajach Unii Europejskiej	101
Aneks	122
3. Chorobowość hospitalizowana	
<i>Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Wojciech Seroka, Mirosław Wysocki</i>	
3.1. Hospitalizacja wg przyczyn	128
3.2. Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku w Polsce	134
3.3. Zmiany hospitalizacji w czasie	135
3.4. Porównania międzynarodowe hospitalizacji	136
3.5. Hospitalizacja według wybranych przyczyn i wieku w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej	137
3.6. Długość hospitalizacji	146
3.7. Śmiertelność szpitalna	148
4. Obciążenie nowotworami złośliwymi w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej	
<i>M. Bielska-Lasota, J. Car, E. Rzepczak-Zacharek</i>	
4.1. Wprowadzenie	153
4.2. Źródła informacji o obciążeniu nowotworami	153
4.3. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe	155

4.4.	Najczęstsze nowotwory złośliwe	157
4.4.1.	Zachorowalność	157
4.4.2.	Umieralność	158
4.5.	Trendy umieralności na nowotwory złośliwe w latach 2000 – 2011	158
4.6.	Wyleczalność chorych na nowotwory złośliwe	161
4.7.	Chorobowość	165
4.8.	Polska na tle Europy	169

5. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

Elżbieta Mąka, Bogdan Wojtyniak, Bożena Moskalewicz

5.1.	Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej	173
5.2.	Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej	178
5.3.	Psychiczny stan zdrowia ludności Polski – porównanie europejskie	181
5.3.1.	Uczucia i nastroje osób w wieku 15 lat i więcej	181
5.3.2.	Wskaźniki dobrego i złego samopoczucia psychicznego Polaków w wieku 15 lat i więcej	186
5.3.2.1.	Dobre samopoczucie psychiczne Polaków w wieku 15 lat i więcej	187
5.3.2.2.	Złe samopoczucie psychiczne osób w wieku 15 lat i więcej ..	187

6. Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze

Miroslaw P. Czarkowski, Magdalena Rosińska, Małgorzata Sadkowska-Todys

6.1.	Choroby objęte w Polsce obowiązkowym szczepieniem	195
6.2.	Inne choroby zakaźne	208
6.2.1.	Zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)	208
6.2.2.	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	211
6.2.3.	Zatrucia i zakażenia pokarmowe	213
6.2.4.	Choroby przenoszone drogą płciową	217
6.2.5.	Grypa	219
6.2.6.	Problem zawlekania do Polski chorób zakaźnych	221

7. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski

Rafał Halik

7.1.	Definicja i informacje wstępne	224
7.2.	Zagrożenie wypadkami w Polsce i w Europie	225
7.3.	Wypadki drogowe	227
7.4.	Upadki	231
7.5.	Wypadkowe zatrucia	232
7.6.	Utonięcia	233
7.7.	Pożary	234
7.8.	Wypadki przy pracy	236
7.9.	Wypadki w rolnictwie indywidualnym	238
7.10.	Wypadki w oświacie i edukacji	239

8. Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy w 2009 roku w badaniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Ewa Karczewicz, Hanna Markowska

8.1. Przyczyny czasowej niezdolności do pracy – absencja chorobowa	242
8.2. Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych wydawanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych	250
8.3. Realizacja programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS	256

9. Zagrożenia środowiskowe

Krzysztof Skotak, Dorota Maziarka, Jakub Bratkowski, Małgorzata Jamsheer-Bratkowska, Bożena Krogulska

9.1. Wprowadzenie	260
9.2. Jakość powietrza atmosferycznego	261
9.3. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	267
9.4. Inne zagrożenia środowiskowe	283

10. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia

Anna Poznańska, Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak

10.1. Palenie tytoniu	287
10.2. Spożycie alkoholu	291
10.3. Nadwaga i otyłość	295
10.4. Spożycie warzyw i owoców	298
10.5. Aktywność fizyczna	301

11. Wydatki na ochronę zdrowia oraz infrastruktura systemu ochrony zdrowia w Polsce

Elżbieta Buczak-Stec, Elżbieta Mąka, Rafał Halik

11.1. Wydatki na ochronę zdrowia	305
11.1.1. Wydatki publiczne	307
11.1.2. Wydatki prywatne	310
11.1.3. Wydatki bieżące (publiczne i prywatne) na ochronę zdrowia – podział	311
11.1.4. Struktura przedmiotowa wydatków w Polsce	314
11.1.4.1. Porównanie europejskie	315
11.1.4.2. Wydatki na hospitalizację	316
11.1.4.3. Wydatki na leki i materiały nietrwałego użytku	317
11.1.4.4. Wydatki na zdrowie publiczne	318
11.2. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce	320
11.3. Wydatki NFZ na hospitalizacje wg Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)	324
11.4. Infrastruktura ochrony zdrowia	326
11.4.1. Personel medyczny w systemie opieki zdrowotnej	326
11.4.2. Szpitale	330
11.4.3. Opieka ambulatoryjna	334
11.4.4. Opieka długoterminowa	336

Słowo wstępne

Prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej przez państwo wymaga posiadania aktualnej i rzetelnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach wpływających na tę sytuację. Wiedzy takiej powinny dostarczyć dobrze działające systemy informacyjne pozwalające na monitorowanie stanu zdrowia populacji za pomocą mierników odpowiednich do konkretnych potrzeb. Systemy te pod względem zakresu gromadzonych informacji powinny być w miarę możliwości synchronizowane z podobnymi systemami istniejącymi w innych krajach Unii Europejskiej za pośrednictwem Unijnego urzędu statystycznego, którym jest Eurostat. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) od lat 70. wykorzystuje rutynowo zbierane dane do monitorowania stanu zdrowia ludności Polski. Cele tego monitoringu to przede wszystkim określenie rozmiaru problemów zdrowotnych, ich trendów i stopnia zróżnicowania regionalnego i w konsekwencji identyfikacja zagadnień o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego.

Cykliczne raporty o stanie zdrowia ludności opracowywane przez NIZP-PZH wykorzystywane były do oceny skutków zdrowotnych realizacji różnych programów zdrowotnych w tym Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) 1996-2005. Prezentowany obecnie raport zawierający ostatnie dostępne dane z roku 2010 jest znacznie poszerzony w stosunku do poprzednich i zawiera m.in. informacje o infrastrukturze i finansowaniu ochrony zdrowia.

Publikacja tego raportu może stanowić punkt startowy dla oceny zmian zdrowia ludności Polski w kontekście nowej Strategii Europejskiego Biura Regionalnego WHO „Zdrowie 2020” i dostosowywania do niej polskich programów w obszarze zdrowia publicznego.

Mamy nadzieję, że prezentowany Raport będzie przydatny dla wszystkich zawodowo związanych ze zdrowiem publicznym na szczeblu centralnym i terenowym jak również dla nauczycieli akademickich uczelni medycznych.

Prof. dr hab. med. Mirosław J. Wysocki

Dyrektor

Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
-Państwowego Zakładu Higieny

Od Redaktorów

Prezentowany obraz stanu zdrowia ludności opiera się na dostępnych w momencie tworzenia raportu danych pochodzących z rutynowych systemów informacyjnych. Większość z systemów funkcjonuje w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej zatwierdzanego co roku przez Prezesa Rady Ministrów. Ponadto wykorzystano dane zawarte w uznanych międzynarodowych bazach danych w tym w szczególności bazach WHO: HFA DB, European Mortality Database oraz European Hospital Morbidity Database, w bazie danych Urzędu Statystycznego UE Eurostat oraz OECD. W kilku przypadkach wykorzystano opublikowane wyniki międzynarodowych projektów badawczych.

Niestety istniejące w kraju systemy informacyjne są zdecydowanie niewystarczające dla właściwego monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia całej populacji i jego zagrożeń. Ogólnie można stwierdzić, że istnieje niedostatek dobrej informacji o niedomaganiach w stanie zdrowia o mniej dramatycznym charakterze nie prowadzącym do hospitalizacji lub zgonu a także nie związanych z niektórymi chorobami objętymi specjalnymi rejestrami lub obowiązkową zgłaszalnością. Luka ta powinna zostać wypełniona przez system generujący informacje z podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej (z danych Narodowego Funduszu Zdrowia - NFZ) zbliżony do proponowanego w przeszłości Rejestru Usług Medycznych albo na raportowaniu przez wybranych lekarzy (tzw. sentinel).

Mimo występowania tych niedostatków autorzy niniejszego opracowania podjęli się tego zadania zwracając równocześnie w tym wstępie uwagę na pilną potrzebę poprawienia systemu informacyjnego w zdrowiu publicznym pod kątem dopasowania do istniejących potrzeb w zakresie polityki zdrowotnej prowadzonej przez decydentów na różnych szczeblach zarządzania.

Prezentowane opracowanie, już chyba szesnaste w serii zapoczątkowanej przez PZH w 1977 r. obszernym artykułem F. Sawickiego, B. Wojtyniaka i M. Chańskiej „Sytuacja zdrowotna ludności Polski” w Postęпах Higieny i Medycyny Doświadczalnej, ma bardziej rozległy zakres niż wcześniejsze opracowania. Szerzej została omówiona większość zagadnień uwzględnianych do tej pory a ponadto przedstawiono również nowe problemy dotyczące zdrowia środowiskowego, wypadków oraz finansowania i infrastruktury ochrony zdrowia. Ważnym jest szersze uwzględnienie zróżnicowania omawianych problemów. Autorzy i redaktorzy mają świadomość, że opracowanie nie wyczerpuje niezwykle rozległego tematu jakim jest zdrowie społeczeństwa a problematyka każdego rozdziału zasługuje na osobny raport (szczegółowe opracowania dotyczące problemów chorób zakaźnych, nowotworów, chorób zawodowych i chorób psychicznych są przygotowywane przez odpowiednie instytucje resortu zdrowia). Sądzymy jednak, że to właśnie syntetyczna a zarazem prosta analiza porównawcza pokazująca dynamikę zjawisk w kraju oraz ich kontekst międzynarodowy jest potrzebna żeby usprawnić proces podejmowania decyzji w ramach polityki zdrowotnej. Odpowiednie dane statystyczne i towarzyszące im analizy są niezbędne do właściwej oceny

tej polityki – wskazania jej sukcesów ale także określenia obszarów niepowodzeń w celu wprowadzenia niezbędnych korekt. Mamy nadzieję, że prezentowane opracowanie będzie dobrze służyło wszystkim osobom i organizacjom działającym na polu zdrowia publicznego a także wszystkim tym, którzy dążą do poprawy stanu zdrowia polskiego społeczeństwa.

NAJWAŻNIEJSZE FAKTY

Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej

1. Liczba ludności Polski systematycznie zmniejszała się po 1996 roku aż do 2007 roku, po którym powoli wzrastała i w końcu 2010 roku wynosiła 38 200 tys. osób.
2. Kobiety stanowią ponad połowę ogółu ludności ale niedobór liczebny mężczyzn w stosunku do kobiet w populacji ogólnej ujawnia się dopiero w grupie wieku 45-49 lata i następnie powiększa się gwałtownie. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypada już 165 kobiet, zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 277 kobiet.
3. Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE27) ale jak wynika z prognozy Eurostatu ta korzystna dla Polski różnica będzie się stopniowo zmniejszać i w połowie obecnego wieku odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie w Polsce wyższy od przeciętnego dla krajów Unii.
4. Liczba urodzeń żywych wzrastała po 2003 roku aż do 2009 roku, jednak w 2010 roku urodziło się o 4,3 tys. dzieci mniej niż rok wcześniej, a współczynnik urodzeń zmniejszył się z 11,0 do 10,8 na 1000 ludności.
5. Co piąte rodzące się w Polsce dziecko jest dzieckiem pozamałżeńskim, a w woj. zachodniopomorskim i lubuskim nawet co trzecie.
6. Urodzenia martwe w 2010 r. stanowiły 0,42% ogółu urodzeń i obecny wskaźnik jest praktycznie na poziomie przeciętnym dla krajów UE.
7. W latach 2000. nie obserwuje się tendencji spadkowej częstości urodzeń dzieci o niskiej masie urodzeniowej ale i tak w Polsce urodzenia te (w 2010 r. 5,7%) są rzadsze niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej.
8. Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym bardzo wzrósł w Polsce w ostatnich latach, to jednak jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE.
9. Za korzystny należy uznać fakt zmniejszania się różnicowania dochodów, które obecnie jest w Polsce na poziomie przeciętnym dla krajów UE.
10. Niepokojące i niekorzystne z punktu widzenia zdrowia publicznego jest stosunkowo wysokie zagrożenie ubóstwem w naszym kraju, większe niż w większości krajów UE (ale nie dotyczy to osób w starszym wieku – 75 lat i więcej). Problem ten jest najbardziej nasilony w woj. świętokrzyskim.
11. Poziom bezrobocia w Polsce jest zbliżony do przeciętnego dla krajów UE a stopa bezrobocia długotrwałego jest nawet w Polsce niższa niż średnia dla EU27. Województwami gdzie sytuacja w zakresie bezrobocia jest najgorsza są zachodniopomorskie i świętokrzyskie.
12. Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach Unii, a szczególnie niekorzystne jest zagęszczenie mieszkań w Polsce.
13. Aktualny (2011 r.) Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI) plasuje Polskę na dosyć odległym 22 miejscu w Unii Europejskiej i na 39 miejscu w świecie.

Długość życia i umieralność ludności Polski

14. Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski pozwala na stwierdzenie, że stan zdrowia ludności w latach 2000. stopniowo poprawia się, ale poprawa

ta była wolniejsza, szczególnie w przypadku mężczyzn, niż w latach 90. Na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuację należy uznać za wciąż niezbyt niezadowolającą.

15. Przeciętna długość życia w Polsce wzrastała po 1991 r.; w latach 2002-2008 tempo tego wzrostu uległo spowolnieniu, ale w ostatnich latach obserwuje się jego wzrost. W 2011 r. długość życia mężczyzn wynosiła 72,4 lat a dla kobiet była o 8,5 lat dłuższa i wynosiła 80,9 lat. Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 81% długości życia, a kobiety 77%. Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (mężczyźni 6,7 lat, tzn. 45%, kobiety 7,5 lat, tzn. 39%).
16. Długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej - mężczyzn o 4,8 lat a kobiet o 2,1 lat. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa i tempo wzrostu długości trwania życia ludności Polski będzie nadal takie jak w ostatnich latach, to obecną średnią długość życia dla krajów UE osiągniemy w przypadku mężczyzn dopiero w latach 2031-2032 a w przypadku kobiet 15 lat wcześniej tzn. w latach 2021-2022.
17. Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne – w Polsce w 2010 r. osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogły oczekiwać, że będą żyły znacznie dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym lub niższym - mężczyźni o około 12 lat i kobiety o około 5 lat.
18. Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; przeciętnie najdłużej żyją natomiast mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi.
19. Już od wielu lat najkrócej żyją w Polsce mieszkańcy województwa łódzkiego - w 2010 r. mężczyźni o 3,6 lat, a kobiety o 2,5 lat krócej niż osoby mieszkające w najlepszych pod względem długości życia województwach tzn. małopolskim i podkarpackim w przypadku mężczyzn oraz podlaskim w przypadku kobiet.
20. Umieralność niemowląt w Polsce jest nadal wyższa od przeciętnej w UE, na każde 10 000 urodzeń żywych w 2010 r. w Polsce zmarło 50 niemowląt a w UE 41 niemowląt. Ponieważ poziom umieralności obniża się w Polsce szybciej to jeżeli nie ulegnie on trwałemu spowolnieniu różnica ta może zaniknąć w ciągu najbliższych paru lat. Głównym problemem w Polsce jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od opieki medycznej. Główne zagrożenie życia niemowląt związane jest z krótkim okresem trwania ciąży i niską urodzeniową masą ciała.
21. Od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia są choroby układu krążenia odpowiedzialne w 2010 r. za 46% ogółu zgonów Polaków. Zmniejsza się umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału serca, oraz chorób naczyń mózgowych natomiast trend wzrostowy ma w ostatnich latach umieralność z powodu innych chorób serca, w tym niewydolności serca. Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. Zadziwiające różnice pomiędzy województwami w przypadku niektórych szczegółowych przyczyn zgonów sercowo-naczyniowych mogą wynikać w dużym stopniu z lokalnych zwyczajów w określaniu przyczyny wyjściowej zgonu i sposobu w jaki podchodzą do tego problemu lekarze kodujący karty zgonu. Problem ten niewątpliwie wymaga głębszej analizy i podjęcia działań w celu zapewnienia lepszej porównywalności danych zbieranych w różnych częściach kraju.

22. Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (24,5% ogółu zgonów w 2010 r.) i ich udział w ogólnej liczbie zgonów jest w ostatnich latach dosyć ustabilizowany, natomiast natężenie umieralności z ich powodu powoli się zmniejsza. Nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet, ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn. Zdecydowanie najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jest rak tchawicy, oskrzela i płuca (bardziej niż przeciętnym mieszkańcom UE), a współczynniki umieralności kobiet z powodu tego nowotworu rosną. Zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (jest niższa od średniej dla UE) i z powodu raka szyjki macicy, która jednak wciąż jest na zawstydzająco wysokim poziomie na tle większości krajów Unii. Umieralność w Polsce z powodu nowotworów złośliwych jest w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE niekorzystna ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia.
23. Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych, czwartej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce (6,5% zgonów w 2010 r.), ma długotrwały powolny trend spadkowy w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn dopiero w ostatnich latach wyraźnie się zmniejsza, ale jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE. Przyczyny zewnętrzne zgonów są najbardziej odpowiedzialne za zgony ogółu osób w wieku 5-44 lata. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób, a także samobójstwa, których częstość wyraźnie wzrosła w latach 2008 i 2009. Samobójstwa powodują większą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn niż wypadki komunikacyjne, choroby dolnych dróg oddechowych a nawet zawał serca. Umieralność polskich mężczyzn ogółem oraz w wieku 25-64 lata z powodu wypadków komunikacyjnych i samobójstw jest o ponad dwie trzecie wyższa od przeciętnej dla krajów UE.
24. W 2010 r. w Polsce trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów stała się niestety grupa przyczyn niedokładnie określonych a więc takich gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, odwoływała się do nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, była niedokładnie określona, lub wręcz nieznana (ICD-10 R00-R99). Na szczególną uwagę zasługuje niepokojąca sytuacja w przypadku wojewódzkiego zróżnicowania zgonów z powodu tych przyczyn. Zróżnicowanie to w latach 2009-2010 było ponad czterokrotne. Tak znaczne różnice w częstości zgonów z powodu przyczyn nieznanymi i niedokładnie określonych mogą świadczyć o występujących w województwach różnicach w rozpoznawaniu przyczyn zgonów i najprawdopodobniej niedorejestrowaniu pewnych rozpoznań. Wskazuje to na niezadawalającą jakość systemu orzekania o przyczynach zgonów.

Chorobowość hospitalizowana

25. W roku 2010 hospitalizowano w Polsce 3041 tys. mężczyzn. (1721,6 na 10 tys.) i 37121 tys. kobiet (1760,8 na 10 tys.). Pacjenci szpitali byli leczeni najczęściej z powodu chorób układu krążenia (15% hospitalizowanych), urazów i zatruc (9,6% hospitalizowanych) nowotworów ogółem (9%), oraz chorób układu moczowo-płciowego i trawiennego po około 8%.
26. Jeśli uwzględnić porody, kobiety są hospitalizowane nieznacznie częściej niż mężczyźni, ale jak wynika z analizy większości przyczyn chorobowych mężczyźni przebywają

1 Z wyłączeniem ciąży, porodu i połogu

w szpitalach częściej. Kobiety przeważają wśród hospitalizowanych tylko z czterech przyczyn: chorób układu moczowo płciowego, nadciśnienia tętniczego i zaburzeń endokrynologicznych oraz chorób układu nerwowego.

27. Mężczyźni i kobiety z miast korzystają z leczenia szpitalnego odpowiednio o 7 i 5% częściej niż mieszkańcy wsi. Różnica ta zmniejszyła się o ponad połowę w porównaniu z rokiem 2006. Są jednak przyczyny hospitalizacji: choroby dolnych dróg oddechowych, odmrozenia i oparzenia, choroby układu krążenia (a w tym choroby naczyń mózgowych i choroba nadciśnieniowa), z powodu których częściej hospitalizowani są mieszkańcy wsi. Kobiety ze wsi przebywają też w szpitalu częściej, niż mieszkanki miast w związku z porodem.
28. Dynamika hospitalizacji w Polsce miała charakter podobny jak w innych krajach UE w latach osiemdziesiątych, lecz od roku 1999 nastąpił szybszy wzrost współczynnika hospitalizacji spowodowany zmianą systemu finansowania ochrony zdrowia. Polska pozostaje jednak w grupie krajów UE o niższej od średniej częstości hospitalizacji ogółem.
29. 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.
30. Polska różni się od innych analizowanych krajów Europy wyższymi współczynnikami hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego w prawie wszystkich grupach wieku, oraz z powodu zawału serca w młodszym i średnim wieku.
31. Czas pobytu w szpitalu dla wszystkich przyczyn ogółem w Polsce należy do najkrótszych w krajach UE, ale dla niektórych rozpoznań należy do najdłuższych, jak to jest w przypadku leczenia wyrostka robaczkowego czy zaćmy.
32. Stosunkowo niska obecnie na tle innych krajów śmiertelność szpitalna w Polsce z powodu zawału serca wskazuje na dobrą jakość leczenia szpitalnego. Śmiertelność ta zmniejszyła się trzykrotnie w latach 1980-2010 z 22% do 6,5%.
33. Niepokojąco wysoka jest w porównaniu z innymi krajami śmiertelność powodu udaru mózgu. Ta częstość nie ulegała poprawie w latach 2004-2010 zarówno z powodu zatoru mózgu 12,6% w 2010 jak i krwotoku mózgowego (31,4% w 2009). Notuje się nadal stale wysoki odsetek śmiertelności z powodu zatoru nieokreślonego (16,5%).

Obciążenie nowotworami złośliwymi w Polsce na tle krajów Unii europejskiej

34. Polska jest w Europie krajem o niskiej zachorowalności i wysokiej umieralności na nowotwory złośliwe. Szacuje się, że w 2008 roku zachorowało 140,8 tys. osób (standaryzowany według populacji europejskiej współczynnik zachorowalności wynosił 318,9/100 tys.), zmarło zaś 92,6 tys. chorych (203,5/100 tys.).
35. Pospolite nowotwory stanowią około 50% zachorowań ogółem, w tym rak płuca prawie 20% (58,9/100 tys.). Kolejne to rak piersi (36,4/100 tys.), jelita grubego (36,3/100 tys.) oraz gruczołu krokowego (27,2/100 tys.). Rak płuca był także w Polsce najczęstszą przyczyną zgonu (50,9/100 tys.). Dalsze to rak jelita grubego (22,1/100 tys.), żołądka (12,1/100 tys.), piersi (11,9/100 tys.) i trzustki (9,9/100 tys.).
36. Zmiany umieralności w Polsce w latach 2000 – 2011 można określić jako korzystne, lecz zbyt wolne w stosunku do potrzeb kraju oraz możliwości, a także w porównaniu z krajami UE, gdzie planowa walka z rakiem przynosi istotne efekty zdrowotne. W okresie tym w Polsce zwiększyła się liczba zgonów z powodu nowotworów, lecz równocześnie istotnie obniżył się współczynnik umieralności wśród mężczyzn i w znacznie mniejszym

stopniu kobiet. Korzystne zmiany u mężczyzn dotyczyły głównie nowotworów tytoniozależnych. Zbyt małe zmiany u kobiet wynikały z niskiej efektywności populacyjnych programów skryningowych. Znacznie szybsze tempo zmian w niektórych krajach Europy wpłynęło na pogłębienie dotychczasowych różnic umieralności pomiędzy Polską i średnią UE. Wśród mężczyzn różnicowanie to zwiększyło się o 3%, u kobiet zaś prawie o 7%.

37. Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć w populacji zależą od struktury zachorowań oraz standardu profilaktyki i leczenia. W Polsce wskaźnik wynosił 38,8% u mężczyzn i 48,3% u kobiet, co odpowiada około 11 tys. zgonów rocznie, których można byłoby uniknąć, gdyby wyleczalność nowotworów w Polsce była na średnim poziomie europejskim. Ocenia się, że chorobowość 5-letnia w Polsce wynosi ok. 323,6 tys. osób. Wśród nich najwięcej, (54%) jest osób, które chorowały na raka piersi, gruczołu krokowego, jelita grubego, oraz płuca. Są to osoby wymagające obserwacji oraz różnych świadczeń medycznych i socjalnych z powodu następstw przebytej choroby.
38. Polskę, jako kraj znacząco obciążony chorobami nowotworowymi charakteryzuje średniowysoka zachorowalność i wysoka umieralność mężczyzn, oraz niska zachorowalność i wysoka umieralność kobiet, niskie wskaźniki 5-letnich przeżyć, niska chorobowość, utrzymujące się wysokie zagrożenie rakiem szyjki macicy. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych przynosi mierne efekty zdrowotne i powinien być modyfikowany w oparciu o dowody wynikające z badań opartych na dobrej jakości danych epidemiologicznych, które w Polsce, pomimo dotychczasowych wysiłków są wciąż niewystarczające i rozproszone.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

39. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem i po raz pierwszy niemalże podwoiła się w okresie 1997-2010 (wzrost o 88%). Nieznaczne odwrócenie tendencji wzrostowej wystąpiło tylko przez dwa lata 2005 i 2006. W 2010 roku opieką ambulatoryjną objętych było około 1396 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (nieco częściej kobiety – 3832/100 tys. ludności, niż mężczyźni – 3465/100 tys.), z czego 384 tys. to pacjenci pierwszorazowi.
40. Najczęstszym rozpoznaniem leczonym w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej, dominującym wśród kobiet, są zaburzenia nerwicowe – w 2010 r. 339 tys. leczonych ogółem (mężczyźni – 599/100 tys., kobiety – 1159/100 tys.), w tym 108 tys. po raz pierwszy. W wyniku zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, które dominują wśród mężczyzn, leczono 184 tys. osób (mężczyźni 781/100 tys., kobiety 201/100 tys.), w tym 80 tys. po raz pierwszy.
41. W latach 1997-2009 liczba leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej wzrosła o połowę. W 2009 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 209 tys. osób (częściej dotyczyło to mężczyzn – 726/100 tys. niż kobiet – 382/100 tys.), w tym 86 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy.
42. Najczęstszym rozpoznaniem chorobowym osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2009 r. dotyczyło ono 77 tys. osób, (częściej mężczyzn – 358/100 tys., ponad sześciokrotnie rzadziej kobiet – 57/100 tys.), w tym 40 tys. leczonych po raz pierwszy. Kobiety są o ponad połowę częściej niż mężczyźni leczone w oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń nastroju i zaburzeń nerwicowych (łącznie kobiety 104/100 tys., mężczyźni 69/100 tys.).

43. Badania stanu zdrowia (GUS 2009) wskazują, że rodzaj samopoczucia psychicznego dorosłego Polaka w badanym okresie (ostatnie 4 tygodnie przed badaniem) ma związek z jego stanem zdrowia, płcią, aktywnością zawodową oraz stylem życia. Problemy związane ze zdrowiem, kłopoty finansowe, wiek, poczucie wykluczenia społecznego, samotność są obserwowane istotnie częściej wśród osób o gorszej kondycji psychicznej, co manifestuje się znacząco wśród kobiet.

Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze

44. Dane z rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Polsce wskazują, że współczynnik zapadalności na większość chorób objętych nadzorem utrzymują tendencje spadkowe, a ogólną ich sytuację epidemiologiczną ocenić można jako dobrą i stosunkowo stabilną.
45. Pomimo systematycznej poprawy ogólnej sytuacji epidemiologicznej, wskaźniki zapadalności na szereg chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce kształtują się na poziomie wyższym niż przeciętna zapadalność na te choroby w krajach Unii Europejskiej.
46. Korzystna sytuacja epidemiologiczna w zakresie ograniczenia szeregu chorób zakaźnych w Polsce utrzymuje się m.in. dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych, a w celu jej utrzymania należy skutecznie przeciwstawiać się obserwowanym w ostatnich latach nasilającym się ruchom antyszczepionkowym.
47. W związku z rozszerzeniem w ostatnim dziesięcioleciu Programu Szczepień Ochronnych, w perspektywie kilku najbliższych lat oczekuje się radykalnego obniżenia się zapadalności na różyczkę, świnkę oraz krztusiec.
48. Ponieważ nie wszystkie szczepienia ochronne mogą być finansowane z budżetu państwa, szczególnego znaczenia w zapobieganiu chorobom zakaźnym nabiera promowanie szczepień innych niż obowiązkowe (np. przeciw grypie), wykonywanych na koszt pacjenta.
49. Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym i zwalczanie ich wymaga skutecznego przeciwdziałania zawężaniu się zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
50. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania nie będzie możliwe bez podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji (np. danych o zakażeniach HIV, chorobach przenoszonych drogą płciową).
51. Ze względu na obserwowany w ostatnich latach zwiększony ruch turystyczny do różnych części świata istotne jest podniesienie świadomości społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych wiążących się z nimi i sposobach zapobiegania im.

Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski

52. Umieralność z powodu wypadków w Polsce systematycznie spada. Dynamika spadku umieralności jest podobna do średniej UE co powoduje, że utrzymuje się również niekorzystna nadwyżka współczynnika umieralności z powodu wypadków na 100 000 ludności (32,9 w Polsce vs 22,6 w UE).
53. W Polsce zagrożenie życia z powodu wypadków jest wśród mężczyzn blisko czterokrotnie wyższe niż wśród kobiet, podczas gdy przeciętna nadwyżka dla ogółu krajów UE jest mniej niż trzykrotna.
54. Najbardziej niekorzystna sytuacja panuje na terenie województwa podlaskiego (współczynnik umieralności o 35% wyższy niż średnia dla kraju). Województwo to odznacza

się w Polsce jednymi z najwyższych współczynników umieralności z powodu: wypadków, wypadkowych zatruc oraz utonięć. Najkorzystniejsza sytuacja panuje na terenie woj. kujawsko- pomorskiego, gdzie standaryzowany współczynnik umieralności z powodu wypadków jest zbliżony do średniej państw UE.

55. Polska jest zaliczana przez ekspertów do krajów UE cechujących się niskim bezpieczeństwem ruchu drogowego. Niepokojącymi zjawiskami są: jedna z najwyższych śmiertelności w UE z powodu wypadków drogowych oraz duży 39% odsetek wśród ofiar wypadków drogowych niechronionych uczestników ruchu (pieszych, rowerzystów oraz motocyklistów). Zwiększa się też niekorzystna nadwyżka umieralności z powodu wypadków drogowych w stosunku do średniej krajów UE (w latach 200-2010 dynamika spadku współczynnika ofiar śmiertelnych w Polsce wynosiła 29% vs 45% w UE).
56. Obserwowany od lat 90. trend spadkowy liczby osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy wyhamował, a od roku 2009 zanotowano niewielki wzrost liczby poszkodowanych (8,4 poszkodowanych na 1000 zatrudnionych). Notowany jest też systematyczny spadek liczby wypadków rolników indywidualnych zgłaszanych do KRUS. Niepokojąca jest natomiast duża wypadkowość rejestrowana na terenie szkół, utrzymująca się stale na podobnym poziomie (12,8 na 1000 uczęszczających uczniów w roku szkolnym 2010/2011).

Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy w 2009 roku w badaniach zakładu ubezpieczeń społecznych

57. Najczęstszymi przyczynami czasowej niezdolności do pracy osób ubezpieczonych w ZUS w 2009 r. były: ciąża, poród i połóg (17,8% ogółu liczby dni absencji), choroby układu oddechowego (15,9%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (14,7%).
58. Podstawowymi chorobami powodującymi niezdolność do pracy u osób badanych po raz pierwszy dla celów rentowych były w 2009 r. choroby układu krążenia (23,4% ogółu orzeczeń), nowotwory (22,0%), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego (12,2%).
59. Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy odmiennie kształtowały się w odniesieniu do płci, wieku oraz miejsca zamieszkania osób ubezpieczonych.
60. W wyniku programu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ZUS w ramach profili: narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, chorób psychosomatycznych i schorzeń onkologicznych ukończyło rehabilitację w 2009 r. 73,4 tys. osób. Jak wykazują wyniki badań, skuteczność programu jest wysoka: zdolność do pracy przywracana jest średnio w odniesieniu do połowy osób poddanych rehabilitacji leczniczej, przy czym jest najwyższa w przypadku chorób narządu ruchu, a najniższa w przypadku układu oddechowego.

Zagrożenia środowiskowe

61. W 2009 roku w Polsce blisko 13% populacji nie miało dostępu do zbiorowych systemów zaopatrzenia w wodę (blisko 5% żyjących w miastach i ponad 25% mieszkańców wsi). Problem dotyczył głównie obszarów południowo-wschodniej części kraju (województw małopolskiego i podkarpackiego).
62. Zanieczyszczenie kałowe wody stanowiło problem zwłaszcza w południowej części kraju, gdzie większy jest udział wód powierzchniowych w zaopatrzeniu ludności. Ogółem bakterie będące wskaźnikami tego zanieczyszczenia - E. coli wykryto w 0,97%

badanych próbek wody, a paciorkowce kałowe – w 1,55%. W przypadku E. coli częstość ich występowania była nieco większa w porównaniu z 2008 rokiem, kiedy wynosiła 0,88%; zmniejszyła się ona natomiast w odniesieniu do paciorkowców kałowych (1,81% próbek w 2008 roku).

63. Nadmiernie wysokie wartości stężeń parametrów chemicznych o istotnym znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego wody najczęściej dotyczyły azotanów i azotynów (2,71% próbek), sumy tri- i tetrachloroetenu (0,97%), rtęci (0,64%), sumy trihalometanów (0,44%), ołowiu (0,35%) i fluorków (0,35%). We wszystkich powyższych przypadkach były one niższe w porównaniu z 2008 rokiem.
64. Znacznie częściej stwierdzano przekroczenia wartości dopuszczalnych parametrów badanych z uwagi na ich znaczenie w ocenie sensorycznej wody, lecz niemających bezpośredniego wpływu na bezpieczeństwo wody dla zdrowia ludzi – dotyczyło to 3,72% próbek. Wśród nich przeważały nadmiernie wysokie stężenia manganu (12,04% próbek), żelaza (10,14%) i jonu amonowego (2,88%). W porównaniu z 2008 rokiem wartości te również uległy obniżeniu.
65. W 2008 roku wprowadzono w Polsce obowiązek badania wody ciepłej w kierunku wykrywania bakterii z rodzaju Legionella w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i w budynkach zamieszkania zbiorowego. Spośród obiektów będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej badania wody ciepłej przeprowadzono w 51,5% szpitali i 2,5% budynków zamieszkania zbiorowego. Przekroczenia dopuszczalnej liczby Legionella (100 jtk w 100 ml) stwierdzono odpowiednio w 58,6% i 32,6% skontrolowanych obiektów.
66. Hałas związany z transportem, postrzegany jest obecnie jako główny element w zakresie uciążliwości wśród czynników środowiskowych. Badania pokazują, że 36% ludności największych aglomeracjach narażonych jest na hałas przekraczający dopuszczalne wartości.
67. Ocenia się, że zagrożenia dla zdrowia ludzi wynikające ze stanu środowiska mogą być zwielokrotnione poprzez zmiany klimatyczne. Największe skutki zdrowotne zmian klimatycznych w Polsce wiązane są z intensyfikacją zjawisk ekstremalnych: fal upałów i chłódów, zwiększonym ryzykiem występowania powodzi oraz ze zmianami w stopniu zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego prekursorami pyłu i ozonu. W ciągu ostatnich 15 lat w Polsce spowodowały ponad 1300 zgonów, zaś powodzie były przyczyną śmierci 113 osób.

Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia

68. Spożycie alkoholu w Polsce w ciągu roku wynosi 10,1 litra/osobę powyżej 15 roku życia i jest nieco niższe od średniej europejskiej (10,7 litra /osobę). Struktura spożycia różni się od przeciętnej europejskiej – Polacy piją więcej alkoholi mocnych i piwa, natomiast znacznie mniej wina.
69. W Polsce (wg danych z 2009 roku) papierosy pali codziennie 33,5% mężczyzn (19 miejsce wśród 27 krajów Unii Europejskiej) oraz 21,0% kobiet (20 miejsce). W stosunku do 1996 roku nastąpił spadek odsetka palących wśród mężczyzn, natomiast wśród kobiet rozpowszechnienie palenia nie zmieniło się w stopniu znaczącym.
70. Najwyższym odsetkiem palących, zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet charakteryzuje się grupa osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym.
71. Zwiększa się liczba Polaków z nadwagą lub otyłością - 61,4% ważących zbyt dużo mężczyzn w 2009 roku to jeden z wyższych odsetków w krajach EU, narasta również rozpowszechnienie tego problemu wśród młodzieży szkolnej.

72. Spożycie (dostępność) owoców w Polsce jest jednym z najniższych w krajach EU. Szczególnie niekorzystna jest sytuacja wśród dzieci i młodzieży - zwłaszcza najstarszej. Odsetek uczniów codziennie jedzących owoce w ostatnich latach szybko się zmniejsza we wszystkich kategoriach wieku (w 2010 roku wśród uczniów 17-o i 18-letnich wynosił zaledwie 15% dla chłopców i 20% dla dziewcząt).
73. Dostępność warzyw w Polsce jest zbliżona do średniej UE, jednak ich spożycie wśród młodzieży systematycznie spada.
74. Polska należy do krajów o niskim odsetku osób systematycznie ćwiczących (6%), natomiast pod względem innych form aktywności fizycznej sytuacja jest korzystniejsza i zbliżona do średniej UE (regularnie podejmuje je 26% dorosłych). Również ogół młodzieży nie wypełnia przewidzianych dla wieku norm aktywności, choć wśród chłopców i najmłodszych dziewcząt sytuacja w ostatnich latach się poprawia.

Wydatki na ochronę zdrowia oraz infrastruktura systemu ochrony zdrowia w Polsce

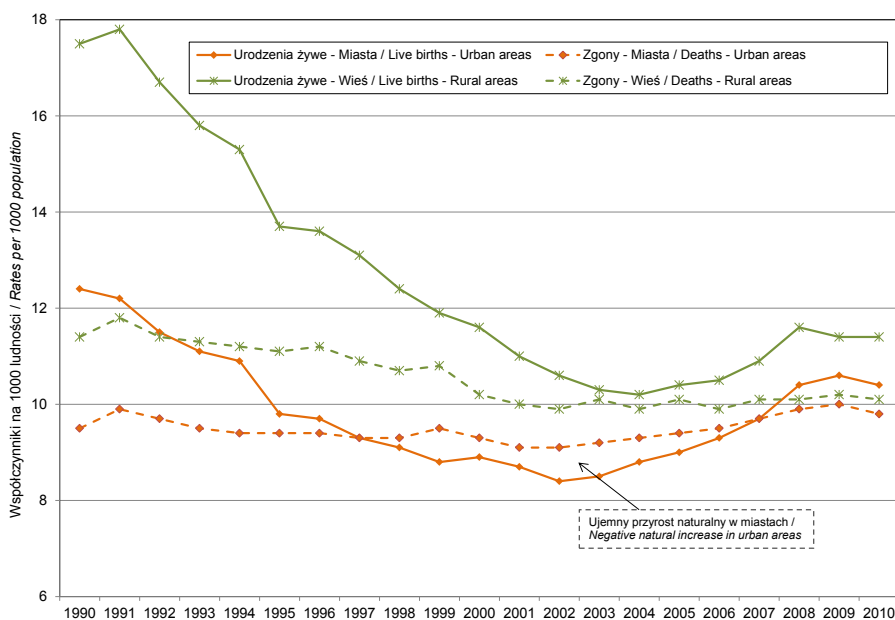
75. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, wydatki na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca stale rosną ale różnica bezwzględna pomiędzy średnim poziomem wydatków dla ogółu krajów UE i w Polsce systematycznie się powiększa. Obecnie wydatki w Polsce w przeliczeniu na jednego mieszkańca są niższe prawie o 60% niż średnia UE.
76. W Polsce, w ciągu lat 2000-2009 wydatki na zdrowie w ujęciu realnym wzrastały, co roku średnio o 7%, jednak w 2010 r. wzrost wyniósł tylko 0,6%.
77. Polska należy do grupy krajów Unii Europejskiej, w której wydatki na zdrowie wyrażone jako procent PKB jak również liczone per capita należą do jednych z najniższych. Na zdrowie przeznaczają się tylko 7% PKB, podczas gdy średnia dla krajów UE wynosi 9,8%. Różnica w wydatkach na zdrowie pomiędzy Polską a Holandią i Francją, które wydają najwięcej, wynosi odpowiednio aż 5 oraz 4,7 punktów procentowych.
78. Tylko niewiele ponad 71% całkowitych wydatków na zdrowie pokrywana jest w Polsce ze środków publicznych, co plasuje Polskę na jednym z najniższych miejsc w Europie. Największy udział wydatków publicznych obserwuje się w Holandii i Danii (85%) oraz w Luksemburgu i Czechach (84%).
79. Na leczenie realizowane w polskich szpitalach (leczenie szpitalne) przeznaczonych jest 43% publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Jest to najwięcej spośród analizowanych krajów UE należących do OECD. Jednakże w przeliczeniu tych wydatków na jednego mieszkańca Polska (400\$) jest na jednej z niższych pozycji.
80. Publiczne wydatki na leczenie realizowane w trybie ambulatoryjnym charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem. Szwecja i Finlandia przeznaczają na ten cel około jedną trzecią publicznych środków na ochronę zdrowia, podczas gdy Polska plasuje się na jednej z niższych pozycji wydając na ten cel 17% środków.
81. W Polsce prawie jedna czwarta (23%) wszystkich wydatków związanych z ochroną zdrowia jest pokrywana z prywatnych środków gospodarstw domowych. Plasuje nas to na jednej z najwyższych pozycji w Unii Europejskiej. Najwięcej wydatków prywatnych przeznaczamy jest na leki i środki nietrwałego użytku – ponad 60%, z tego dwie trzecie na leki bez recepty.
82. W Polsce tylko 1,5% bieżących wydatków przeznaczana jest na ośrodki zajmujące się opieką długoterminową i jedynie Portugalia wydaje na ten cel mniej – 1,4%. Najwięcej na ten cel przekazują takie kraje jak: Holandia i Dania, odpowiednio 23,4% oraz 13,4%.

83. Tylko niewielka część wydatków na świadczenia stomatologiczne, tj. 16%, jest pokrywana w Polsce ze środków publicznych (z NFZ), co umieszcza Polskę na drugim od końca miejscu w UE.
84. Całkowite wydatki na leczenie i rehabilitację w warunkach szpitalnych w Polsce wynoszą 35% bieżących wydatków na zdrowie i należą do średnich w UE.
85. W naszym kraju środki finansowe przeznaczane na profilaktykę oraz zdrowie publiczne w przeliczeniu na jednego mieszkańca należą do jednych z najniższych. W Holandii, Francji i Niemczech na ten cel wydawanych jest odpowiednio ponad osiem, sześć i pięć razy więcej środków.
86. W bezpośrednich wydatkach gospodarstw domowych na zdrowie zdecydowanie przeważają wydatki na leki i artykuły medyczne. W 2010 r. stanowiły ponad 64% średnich miesięcznych wydatków na ochronę zdrowia na osobę. Drugą co do wielkości grupę wydatków stanowią koszty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (28,1%). W tej grupie przeważają wydatki na leczenie stomatologiczne (51,3%) oraz specjalistyczną opiekę medyczną (29,1%).
87. W 2010 roku wskaźnik liczby lekarzy na 1 000 wynosił 2,1 co sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów UE. Wskaźnik liczby pielęgniarek na 1 000 osób w roku 2010 wynosił 4,87 i był blisko o 1/3 niższy niż średnia dla wszystkich państw Unii Europejskiej.
88. Polska w porównaniu ze średnią Unii Europejskiej, charakteryzuje się wyższą liczbą łóżek ogólnych przypadających na 100 tys. mieszkańców (438,5 vs. 308,2).
89. Polska znajduje się na etapie rozwijania kompleksowej opieki długoterminowej. Różnice w dostępie do placówek ZOP, ZOL i hospicjów na terenie kraju są znaczne. Najwięcej łóżek na 100 000 mieszkańców we wszystkich ww. jednostkach znajduje się w woj. dolnośląskim – 88,8 a czterokrotnie mniej w woj. wielkopolskim – 21,7.

WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

Bogdan Wojtyniak, Mirosław Wysocki

Liczba ludności Polski systematycznie zmniejszała się po roku 1996 aż do roku 2007 (spadek o 178 tys.) a następnie powoli wzrastała i w końcu 2010 roku wynosiła 38 200 tys. osób. Natomiast jak wynika ze wstępnych wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (NSP) 2011 w dniu 31 marca 2011 r. w Polsce mieszkało 38,3 mln. osób. Wprawdzie saldo migracji zagranicznych jest od wielu lat ujemne, to jednak w latach 2009-2010 stosunkowo nieznacznie, natomiast przyrost naturalny (różnica między liczbą urodzeń i liczbą zgonów) od roku 2008 jest dodatni już nie tylko na wsi ale również w miastach (ryc. 1.1). W skali całego kraju dodatni przyrost naturalny występuje od roku 2006.



Ryc. 1.1. Ruch naturalny ludności w Polsce w miastach i na wsi w latach 1990-2010 (dane GUS)
Fig.1.1. Vital statistics of Polish population in urban and rural areas, 1990-2010 (data CSO)

Kobiety stanowią ponad połowę ludności (51,7%) i na każdym 100 mężczyzn przypada 107 kobiet (tabela 1.1) (wg wstępnych wyników NSP kobiety stanowią 52,1% ludności i na 100 mężczyzn przypada 108 kobiet). Jednak nadwyżkę liczebną nad mężczyznami osiągają kobiety dopiero w grupie wieku 45-49 lata i w coraz starszych grupach wieku zwiększa się ona gwałtownie. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypada już 165 kobiet, zaś w wieku podeszłym - 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 277 kobiet (stanowią one 73,5% ogółu ludności Polski w tym wieku). Poniżej 45 lat ma miejsce stała przewaga liczebna mężczyzn nad kobietami (wśród noworodków chłopcy stanowią większość – w 2010 r. 51,9%), która zmniejsza się stopniowo przede wszystkim w wyniku wyższej przedwczesnej umieralności mężczyzn niż kobiet.

Tabela 1.1. Ludność Polski wg płci, charakteru miejsca zamieszkania i wybranych grup wieku w latach 1970-2010 (wg stanu na 31 grudnia)

Table 1.1. Population of Poland by sex, place of residence and selected age groups, 1970-2010 (as of December 31)

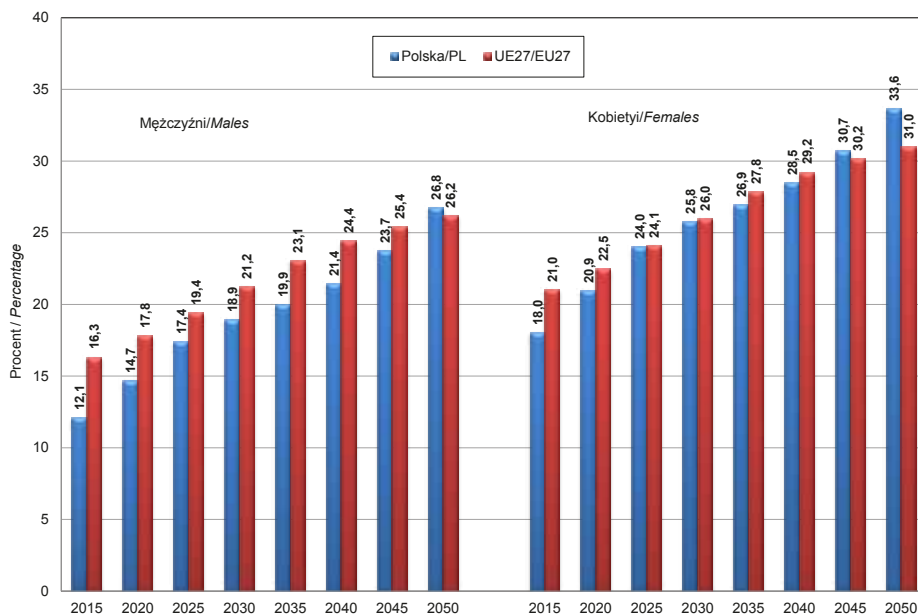
Rok/ Year	Ogółem/ Total	Mężczyźni/ Males	Kobiety/ Females	Miasta/ Urban areas	Wieś/ Rural areas	Liczba kobiet na 100 mężczyzn/ Females per 100 males	Ludność (%) / Population (percentages)		
	liczby w tysiącach						poniżej 20 lat/ below 20	65 lat i więcej/ 65 and more	w miastach/ urban
1970	32658	15862	16796	17088	15570	106	37,2	8,4	52,3
1980	35735	17411	18324	20979	14756	105	32,0	10,0	58,7
1990	38183	18606	19577	23614	14569	105	32,5	10,2	61,8
1995	38609	18786	19823	23877	14733	106	30,9	11,2	61,8
2000	38644	18773	19871	23876	14768	106	27,5	12,3	61,8
2004	38174	18470	19704	23470	14704	107	24,5	13,1	61,5
2005	38157	18454	19703	23424	14733	107	23,7	13,3	61,4
2006	38125	18427	19699	23369	14757	107	23,1	13,4	61,3
2007	38116	18412	19704	23317	14799	107	22,6	13,5	61,2
2008	38136	18415	19721	23288	14848	107	22,2	13,5	61,1
2009	38167	18429	19739	23278	14889	107	21,8	13,5	61,0
2010	38200	18444	19756	23264	14936	107	21,4	13,6	60,9

Źródło: dane GUS / CSO data

Udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat zmniejsza się powoli, ale systematycznie od drugiej połowy lat 80. i w 2010 r. grupa ta stanowiła 21,6% ogółu ludności a dzieci w wieku 0-14 lat 15,1%. W tym samym czasie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej i w 2010 r. stanowili oni 13,6% ogółu ludności Polski (tabela 1.1). Proporcja osób starszych, w wieku 65 lat i więcej, jest już większa wśród mieszkańców miast niż wsi: w 2010 r. odpowiednie odsetki wynosiły 14,0% i 13,0%.

Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż większości krajów Unii Europejskiej (UE27). Według danych urzędu statystycznego Unii Europejskiej Eurostatu na 1.01.2010 mediana wieku mieszkańców całej Unii wynosiła 40,9 lat a Polski 37,7 lat, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił odpowiednio 17,4% i 13,5% (tylko ludność Cypru, Irlandii

i Słowacji jest według tych wskaźników młodsza od ludności Polski)¹. Jak wynika z prognozy opracowanej przez Eurostat ta korzystna dla Polski różnica będzie się stopniowo zmniejszać i w połowie obecnego stulecia odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie w Polsce wyższy od przeciętnego dla krajów UE27 (ryc. 1.2). Proces zachodzących zmian struktury wieku i starzenia się ludności Polski dobrze ilustrują zmiany proporcji dzieci poniżej 15 lat i osób starszych w wieku 75 lat i starszych jakie będą zachodzić w polskiej populacji (ryc. 1.3).



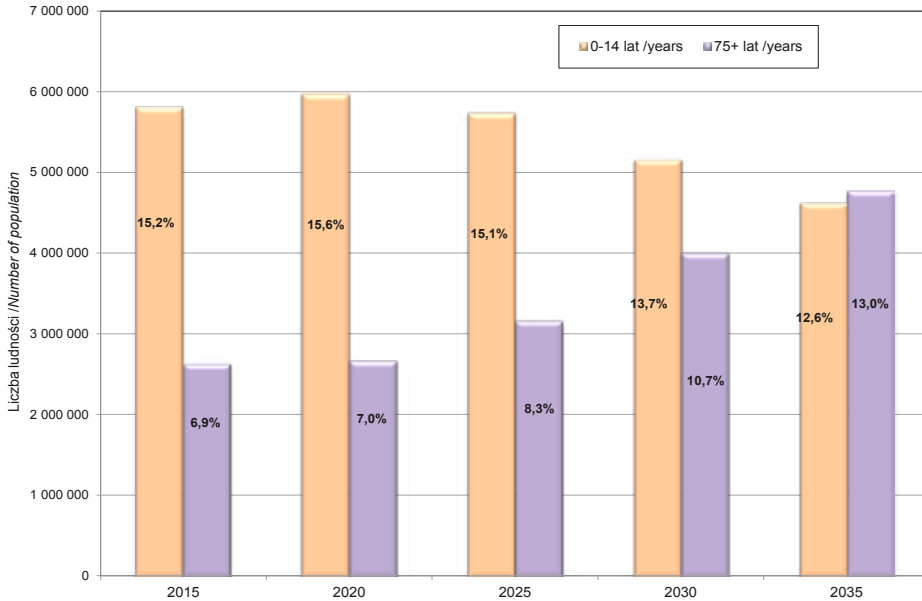
Ryc. 1.2. Prognozowany odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce i średni dla krajów UE w latach 2015-2050 (dane Eurostat)

Fig.1.2. Projected percentage of persons aged 65 years and more in Poland and average for the EU countries, 2015-2050 (Eurostat projection)

Najwyższym odsetkiem osób w wieku 65 lat i więcej od szeregu lat charakteryzuje się woj. łódzkie i świętokrzyskie natomiast najniższym woj. warmińsko-mazurskie ale sytuacja ta nie dotyczy mieszkańców wsi, w przypadku których stosunkowo najwięcej osób w starszym wieku mieszka w woj. podlaskim (17,9%) a najmniej, prawie o połowę, w woj. pomorskim (9,1%) (ryc. 1.4). Zróżnicowanie międzywojewódzkie udziału osób starszych w przypadku mieszkańców wsi jest znacznie większe niż w przypadku mieszkańców miast. Według prognozy GUS, przewiduje się, że woj. świętokrzyskie i łódzkie utrzymają najwyższą pozycję również w 2030 r. natomiast największy wzrost udziału osób starszych ma nastąpić w woj. lubuskim warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim².

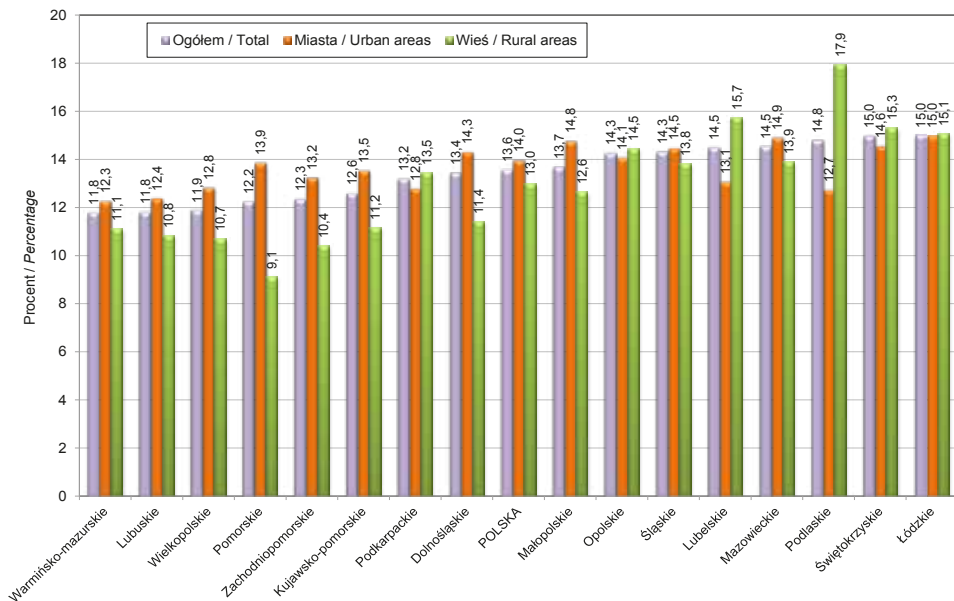
1 Demography report 2010, *Older, more numerous and diverse Europeans*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Eurostat, Luxembourg, 2011.

2 <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx>



Ryc. 1.3. Prognozowana liczba i odsetek osób w wieku 0-14 lat oraz 75 lat i więcej w Polsce w latach 2015-2035 (dane Eurostat)

Fig. 1.3. Projected number and percentage of population aged 0-14 years and 75 years and more in Poland, 2015-2035 (Eurostat projection)



Ryc. 1.4. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w miastach i na wsi wg województw w 2010 r. (dane GUS)

Fig. 1.4. Percentage of population aged 65 years and more in urban and rural areas in Poland by voivodships, 2010 (CSO data)

Odsetek osób mieszkających w miastach ma po roku 2000 tendencję spadkową i w 2010 r. wynosił 60,9% (według wstępnych wyników NSP 2011 roku ludność faktycznie zamieszkała w miastach stanowiła ok. 59,4% ogółu ludności a wg NSP 2002 roku udział ten wynosił 61,2%). Według prognozy GUS odsetek ten będzie powoli ale systematycznie zmniejszał się. Najbardziej zurbanizowanym województwem jest woj. śląskie gdzie w 2010 r. 78,0% ludności mieszkało w miastach natomiast prawie o połowę mniejszy odsetek ludności miejskiej miało woj. podkarpackie – 41,4%. Wyniki prognozy GUS wskazują, że tylko w woj. mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim udział mieszkańców miast w ogólnej liczbie ludności będzie się zwiększał.

Liczba urodzeń żywych wzrastała po roku 2003 aż do roku 2009 jednak w 2010 r. urodziło się o 4,3 tys. dzieci mniej niż rok wcześniej a współczynnik urodzeń zmniejszył się z 11,0 do 10,8 na 1000 ludności (tabela 1.2). Wszystkie dane zawarte w tabeli 1.2 są oparte na obowiązujących w Polsce od 1 lipca 1994 r. definicjach żywego urodzenia oraz zgonu płodu, które są zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Według tych definicji tzw. urodzenia noworodków niezdolnych do życia z oznakami życia powinny być klasyfikowane jako urodzenia żywe, zaś tzw. urodzenia noworodków niezdolnych do życia bez oznak życia jako zgony płodu tzn. urodzenia martwe.

Tabela 1.2. Urodzenia w Polsce w wybranych latach 1975-2010

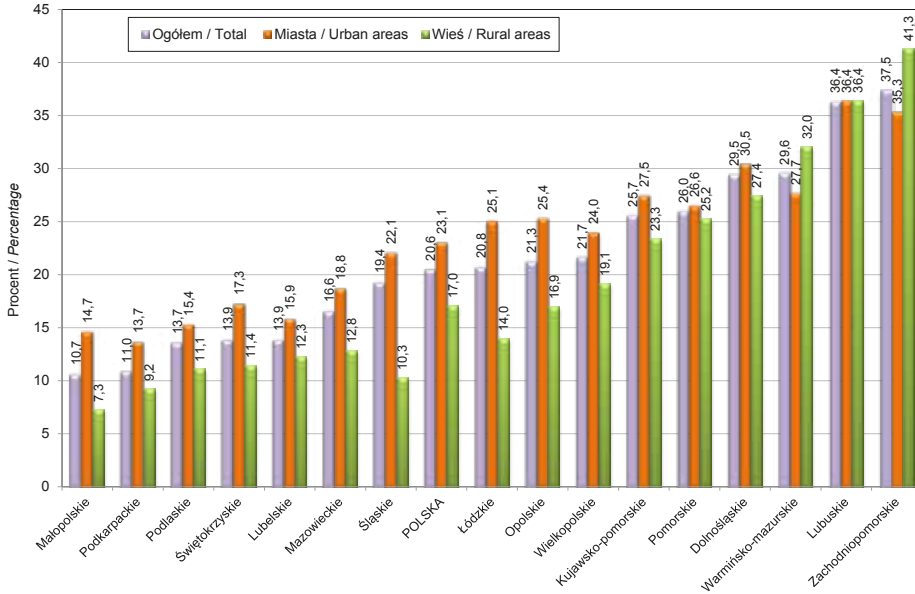
Table 1.2. Births in Poland, selected years 1975-2010

Rok/ Year	Urodzenia żywe / Live births			Urodzenia martwe / Still births	
	liczba (w tysiącach)/ number (in thousands)	na 1000 lud- ności/ per 1000 popula- tion	Pozamałżeńskie jako % urodzeń żywych/ ille- gitimate as percentage of live births	liczba/ number	% ogółu urodzeń/ percentage of all births
1975	646,4	19	4,7	6086	0,93
1980	695,8	19,6	4,8	5794	0,83
1990	547,7	14,4	6,2	3940	0,71
1995	433,1	11,2	9,5	3203	0,73
2000	378,3	9,8	12,1	2128	0,56
2003	351,1	9,2	15,8	1713	0,49
2004	356,1	9,3	17,1	1753	0,49
2005	364,4	9,6	18,5	1712	0,47
2006	374,2	9,8	18,9	1791	0,48
2007	387,9	10,2	19,7	1840	0,47
2008	414,5	10,9	20,0	1938	0,47
2009	417,6	11,0	20,2	1748	0,42
2010	413,3	10,8	20,6	1730	0,42

Źródło: dane GUS/ CSO data

Co piąte rodzące się w Polsce dziecko jest dzieckiem pozamałżeńskim. Częstość tych urodzeń najbardziej zwiększała się w latach 2000-2005 (tabela 1.2). Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie wielkości tego odsetka i o ile w woj. małopolskim i podkarpackim wynosił on około 11% to w woj. zachodniopomorskim i lubuskim był ponad trzykrotnie wyższy, a więc częściej niż co trzecie urodzenie było pozamałżeńskie (ryc.

1.5). W prawie wszystkich województwach odsetek urodzeń pozamażeńskich jest wyższy w miastach niż na wsi tylko w województwach zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim, sytuacja jest odwrotna.



Ryc. 1.5. Odsetek urodzeń pozamażeńskich wśród urodzeń żywych w miastach i na wsi wg województw w 2010 r. (dane GUS)

Fig. 1.5. *Illegitimate as a percentage of total live births in urban and rural areas by voivodship, 2010 (CSO data)*

Urodzenia martwe w 2010 r. stanowiły 0,42% ogółu urodzeń, a więc obserwuje się powolną poprawę sytuacji (tabela 1.2). Urodzenia te występują nieznacznie częściej na wsi niż w miastach (zarówno w 2010 r. jak i w 2009 r. odpowiednio 0,44% i 0,40%). Sytuacja w Polsce jest praktycznie na poziomie przeciętnym dla krajów UE gdyż wg szacunków WHO w 2010 r. średni odsetek dla krajów Unii wynosił 0,40% (WHO HFA DB).

W 2010 r. 5,7% urodzeń żywych stanowiły urodzenia o tzw. niskiej masie urodzeniowej czyli noworodków, których ciężar przy urodzeniu wynosił poniżej 2500 g (tabela 1.3). W latach 2000 nie obserwuje się tendencji spadkowej częstości tych urodzeń ale i tak w Polsce urodzenia dzieci o niskiej masie urodzeniowej są rzadsze niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej (wg szacunków WHO w 2009 r. odsetek ten dla UE wynosił 7,3%, WHO HFA DB, August 2012). Natomiast oceniając sytuację w latach wcześniejszych trzeba pamiętać o przesunięciu w 1994 r. o 1 g w dół wartości granicznej pomiędzy normalną i niską wagą urodzeniową oraz zmianie definicji urodzenia żywego.

Zróznicowanie międzywojewódzkie odsetka niemowląt o niskiej masie urodzeniowej (NMU) w ostatnich latach było mniejsze niż dziesięć lat wcześniej. Zarówno jednak w latach 2009-2010 jak i 2000-2001 najmniej korzystna sytuacja występowała w woj. zachodniopomorskim, śląskim, łódzkim i lubuskim a najbardziej korzystna w woj. podlaskim (ryc. 1.6).

Tabela 1.3. Urodzenia żywe według wagi noworodka przy urodzeniu w wybranych latach 1975-2010
 Table 1.3 Live born infants by birth weight, selected years 1975-2010

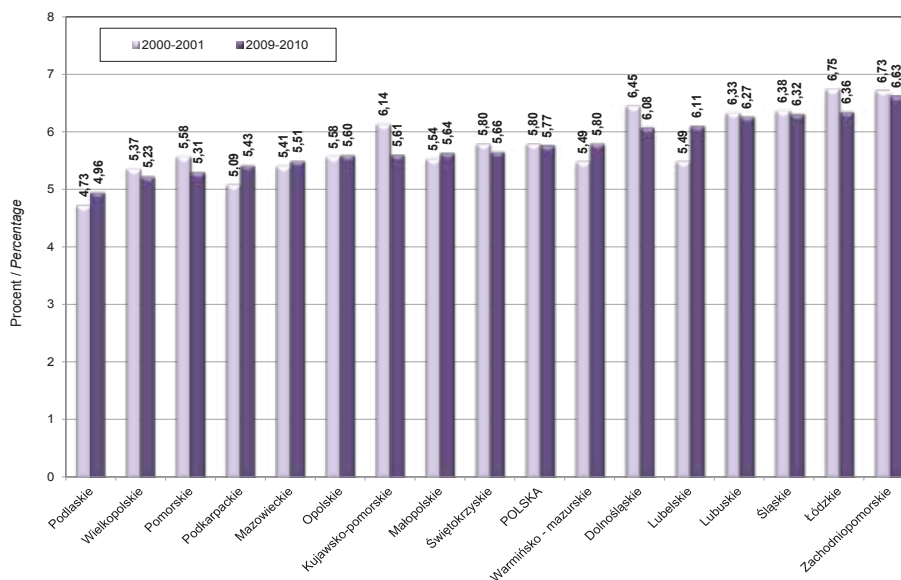
Rok/ Year	Urodzenia żywe ¹ / Live births ¹				
	ogółem/ total	poniżej 2500g ² / below 2500g ²		2500g i więcej ³ / 2500g and more ³	
		liczba/ number	procent/ percentage	liczba/ number	procent/ percentage
1975	642549	46763	7,3	595786	92,7
1980	692700	52502	7,6	640198	92,4
1990	545783	43952	8,1	501831	91,9
1995	433082	28905	6,7	404177	93,3
2000	378335	21635	5,7	356700	94,3
2003	351067	20834	5,9	330233	94,1
2004	356131	21777	6,1	334354	93,9
2005	364383	22053	5,7	362330	94,3
2006	374244	22612	6,0	351632	94,0
2007	387868	23579	6,1	364289	93,9
2008	414494	23639	5,7	390855	94,3
2009	417583	24449	5,9	393134	94,1
2010	413300	23506	5,7	389794	94,3

1 – Uwzględniono tylko urodzenia żywe o ustalonej wadze noworodka przy urodzeniu / cases in which weight of infant at birth is unknown are excluded

2 – 2500 g i mniej do 1993 r./ 2500g and less till 1993

3 – 2501 g i więcej do 1993 r./ 2501g and more till 1993

Źródło: dane GUS/ CSO data

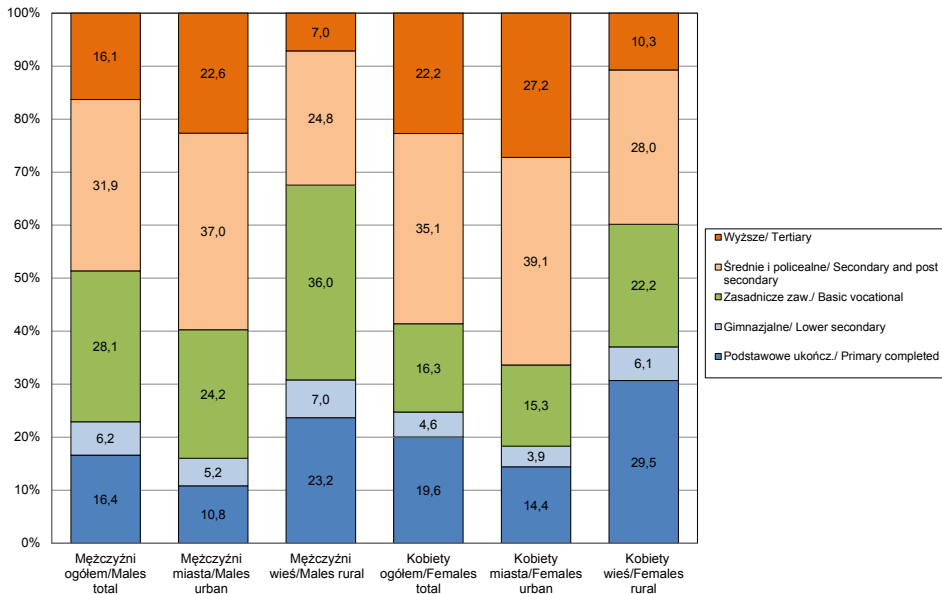


Ryc. 1.6. Odsetek żywo urodzonych noworodków o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2500g) wg województw, 2000-2001 i 2009-2010 (dane GUS)

Fig. 1.6. Percentage of low birth-weight (below 2500 g) live births by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010 (CSO data)

W dziewięciu województwach częstość urodzeń o niskiej masie była w ostatnich dwóch latach niższa niż przed dziesięcią laty przy czym największy spadek częstości tych urodzeń nastąpił w woj. kujawsko-pomorskim i dolnośląskim. W siedmiu województwach natomiast odsetek urodzeń NMU w latach 2009-2010 był wyższy niż w 2000-2001 a największy wzrost tych urodzeń wystąpił w woj. lubelskim.

Status społeczno-ekonomiczny ma uznany, niezwykle istotny wpływ na stan zdrowia. Struktura społeczno-ekonomicznej ludności Polski na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej jest mniej korzystna, aczkolwiek z pewnymi wyjątkami. Do najważniejszych wyznaczników statusu społecznego należy poziom wykształcenia. Struktura wykształcenia ludności Polski charakteryzuje się korzystnymi zmianami, jakie zachodzą w czasie ostatnich kilkunastu lat. Wyniki ostatnich dwóch Spisów Powszechnych Ludności w 2002 i 2011 r pokazały, że odsetek osób w wieku 13 lat i więcej, które mają wykształcenie wyższe zwiększył się z 9,9% do 17,5%³. Coroczne szacunki GUS metodą bilansową pokazują, że kobiety mają przeciętnie lepsze wykształcenie niż mężczyźni i wciąż występują duże różnice w wykształceniu mieszkańców miast i wsi na niekorzyść tych drugich (ryc. 1.7).



7

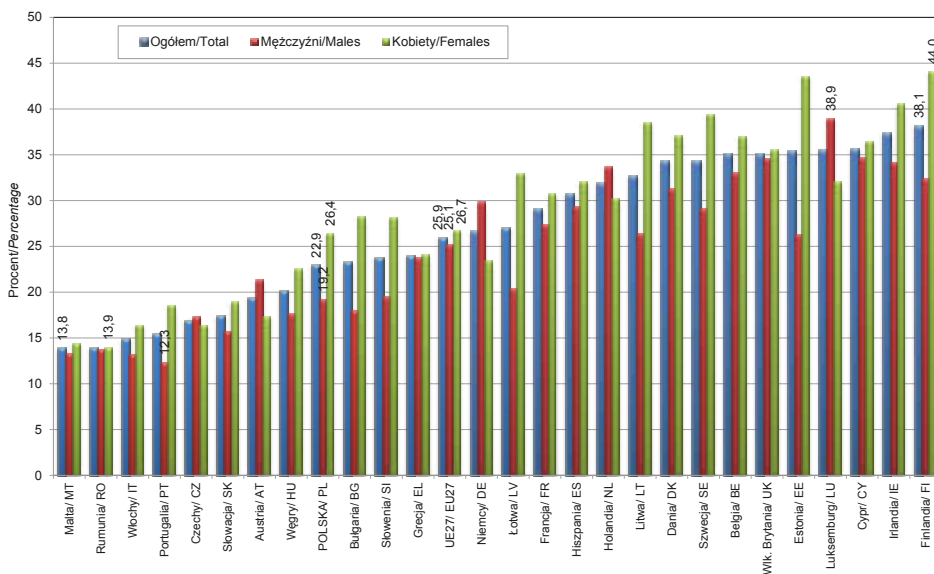
Ryc. 1.7. Ludność w wieku 13 lat i więcej ogółem oraz w miastach i na wsi wg poziomu wykształcenia - stan w dniu 31 XII 2010 (dane GUS - szacunki metodą bilansową)

Fig. 1.7. Population aged 13 years and more overall and in urban and rural areas by education level in Poland - as of 31 XII 2010 (estimations of CSO by balance method)

Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym bardzo wzrósł w Polsce w ostatnich latach to jednak jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE (ryc. 1.8).

3 Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Demograficznych, Notatka informacyjna: Wyniki wstępne Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Materiał na konferencję prasową w dniu 22 grudnia 2011 r.

Natomiast udział osób o wykształceniu średnim w grupie wieku 25-64 lata już znacznie przekracza w Polsce przeciętny poziom w krajach UE (w 2010 r. odpowiednio 65,8% i 46,8%, baza danych Eurostat⁴). Dane Eurostatu również pokazują, że odsetek osób w wieku 18-24 lata, które mają wykształcenie co najwyżej gimnazjalne i nie kontynuują nauki jest w Polsce jednym z najniższych dla krajów UE i w 2010 r. wynosił 5,5% podczas gdy średnia dla krajów UE27 wynosiła 15,1%.



Ryc. 1.8. Odsetek osób w wieku 25-64 lata z wykształceniem wyższym ukończonym wg płci w krajach UE, 2010 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.8. Population of age 25-64 years (%) with tertiary education attainment by sex in EU countries, 2010 (Eurostat database, EU-SILC instrument)

Wprawdzie sytuacja ekonomiczna w Polsce poprawia się i wzrost Produktu Krajowego Brutto (PKB) jest szybszy nie tylko od średniego dla całej Unii Europejskiej ale także niż w znacznej większości krajów Unii, to jednak jego wartość w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest wciąż jedną z najniższych w UE - w 2010 r. była ona o 37% niższa od średniej dla całej UE27⁵ (ale w 2003 r. była niższa o 51%). Bardziej niekorzystna sytuacja jest tylko na Litwie, Łotwie w Bułgarii i Rumunii.

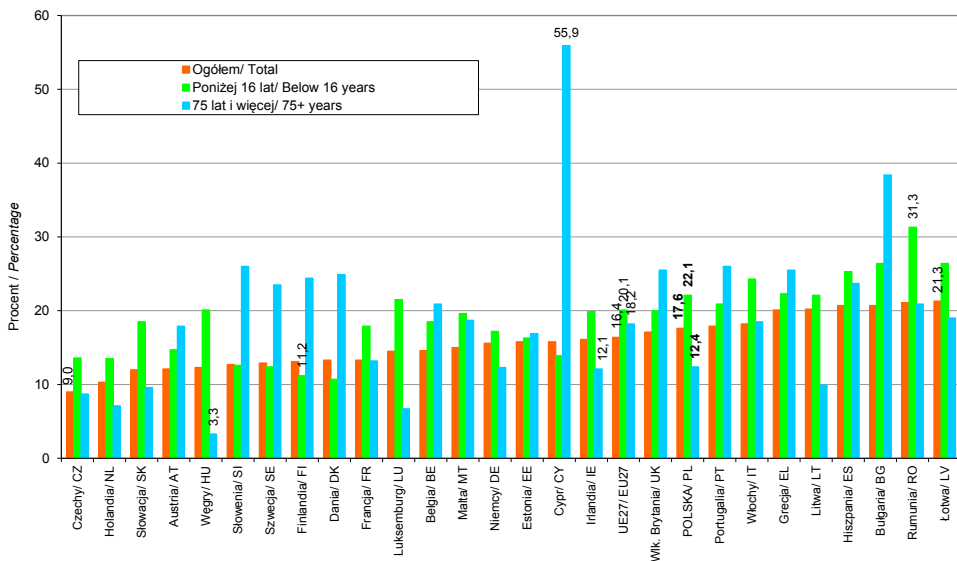
Za korzystny należy uznać fakt zmniejszania się różnicowania dochodów w naszym kraju – o ile dochody jakie ma 20% osób o najwyższym ich poziomie były w 2005 r. 6,6 razy wyższe niż te jakie ma 20% osób o najniższych dochodach, przy średniej dla UE27 równej 5,0 o tyle w roku 2010 wskaźnik dla Polski był równy przeciętnemu dla krajów Unii i obydwa wynosiły 5,0 (dane Eurostatu). Podobne zmiany różnicowania dochodów ludności Polski w porównaniu z innymi krajami UE pokazuje również wskaźnik Giniego. W 2005 r. wyniósł on dla Polski 0,36 (średni dla krajów Unii 0,31) a w 2010 r. wyniósł 0,31

4 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database>

5 Eurostat: Statistics in focus 64/2011; author: Marjanca GASIC.

(średni dla UE27 to 0,30). Kwestia wielkości zróżnicowania dochodów jest dlatego ważna w kontekście zdrowia ludności, że jej związek ze stanem zdrowia społeczeństwa, szeroko dyskutowany w literaturze naukowej, może on mieć jak wskazują wyniki szeregu badań istotny negatywny charakter, zwłaszcza w społeczeństwach mniej zamożnych⁶.

Niepokojące i niekorzystne z punktu widzenia zdrowia publicznego jest stosunkowo wysokie zagrożenie ubóstwem w naszym kraju. Za zagrożone ubóstwem uważa się, zgodnie z definicją przyjętą przez kraje UE, osoby żyjące w gospodarstwach domowych, których dochód do dyspozycji jest niższy od granicy ubóstwa ustalonej na poziomie 60% mediany dochodu w danym kraju. Dane Eurostatu pokazują, że w 2010 r. w 18 krajach UE zagrożenie ubóstwem było mniej powszechne niż w Polsce a w 8 krajach było większe (ryc. 1.9). W większości krajów, w tym w Polsce bardziej zagrożone ubóstwem są dzieci i młodzież poniżej 16 lat niż osoby starsze w wieku powyżej 75 lat, przy czym warto zwrócić uwagę, że w przypadku osób w starszym wieku zagrożenie ubóstwem w Polsce jest mniejsze od przeciętnego w krajach Unii.



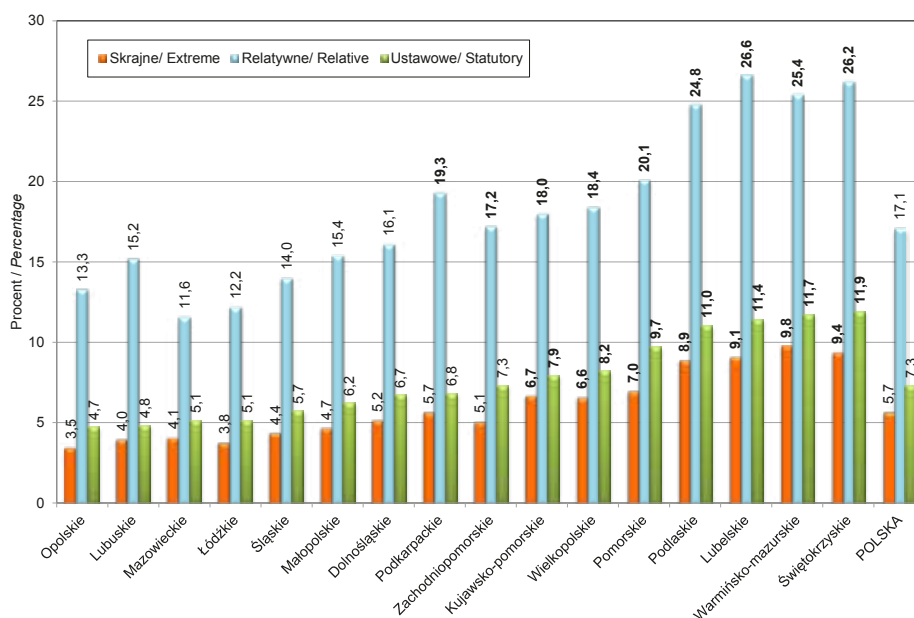
Ryc. 1.9. Odsetek ludności z dochodem rozporządzalnym poniżej granicy ubóstwa z uwzględnieniem skali porównywalności, ogółem oraz w wybranych grupach wieku w krajach UE, 2010 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.9. At-risk-of-poverty rate in total population and selected age groups in EU countries, 2010 (cut-off point: 60% of median equivalised income after social transfers) (Eurostat database, EU-SILC instrument)

Obserwuje się znaczne wojewódzkie zróżnicowanie zasięgu ubóstwa. Rycina 1.10 przedstawia trzy wskaźniki zagrożenia ubóstwem w województwach w 2010 r. oszacowane przez GUS na podstawie wyników badania budżetów gospodarstw domowych. Wskaźniki

6 Wilkinson R. and Pickett K. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 2006; 62:1768-84.

te oparte są o różne granice ubóstwa. Przy obliczaniu zasięgu ubóstwa obiektywnego GUS uwzględnia następujące granice ubóstwa: (a) jako relatywną granicę ubóstwa - 50% średnich wydatków ogółu gospodarstw domowych, (b) jako tzw. ustawową granicę ubóstwa - kwotę, która zgodnie z obowiązującą ustawą o pomocy społecznej uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z systemu pomocy społecznej, (c) jako granicę ubóstwa skrajnego - poziom minimum egzystencji obliczany przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS). Minimum egzystencji uwzględnia jedynie te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a konsumpcja niższa od tego poziomu prowadzi do biologicznego wyniszczenia. Za punkt wyjścia do ustalania granic ubóstwa skrajnego bierze się poziom minimum obliczony dla 1-osobowego gospodarstwa pracowniczego, a następnie mnoży się tę wartość przez liczbę „osób ekwiwalentnych”. Na rycinie województwa zostały uszeregowane według średniej rangi dla trzech wskaźników. Można więc powiedzieć, że z punktu widzenia zagrożenia ubóstwem materialnym najbardziej korzystna sytuacja jest w woj. opolskim a najmniej korzystna w woj. świętokrzyskim.

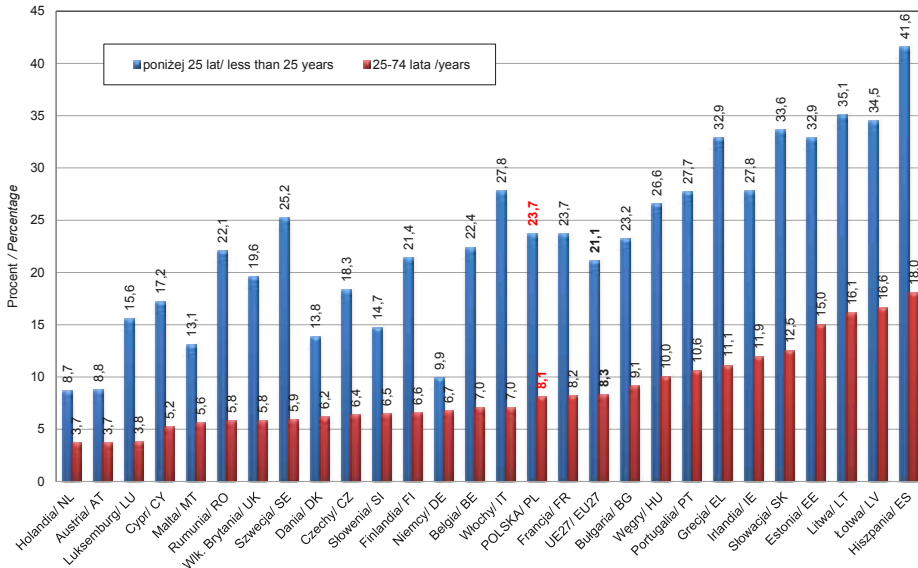


Ryc. 1.10. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem ekonomicznym wg województw, 2010 r. (szacunki GUS na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych)

Fig. 1.10. At-risk-of-poverty rates in Poland by voivodships, 2010 (CSO estimates based on households budgets survey)

Duża poprawa sytuacji w Polsce w stosunku do wcześniejszych lat nastąpiła w przypadku bezrobocia, które jest na poziomie zbliżonym do przeciętnego dla krajów UE. Jak wynika z prowadzonego w tych krajach Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (Labour Force Survey) w 2010 r. stopa bezrobocia w Polsce wynosiła 9,6% a średnia dla UE27 wynosiła 9,7%. Wskaźnik bezrobocia wśród młodych osób w wieku poniżej 25 lat wyniósł jednak aż 23,7% i był trochę wyższy od średniego w krajach UE27 podczas gdy dla osób w wieku

25-74 lata wynosił 8,1% a więc poniżej średniej Unijnej (ryc. 1.11). Sytuacja w Polsce była bardzo podobna do obserwowanej we Francji. Dodatkowo korzystny jest fakt niższej w Polsce stopy bezrobocia długotrwałego, tzn. powyżej 12 miesięcy, która w 2010 r. wynosiła 3,0% w stosunku do aktywnej ludności podczas gdy średnia dla UE27 wynosiła 3,9%.

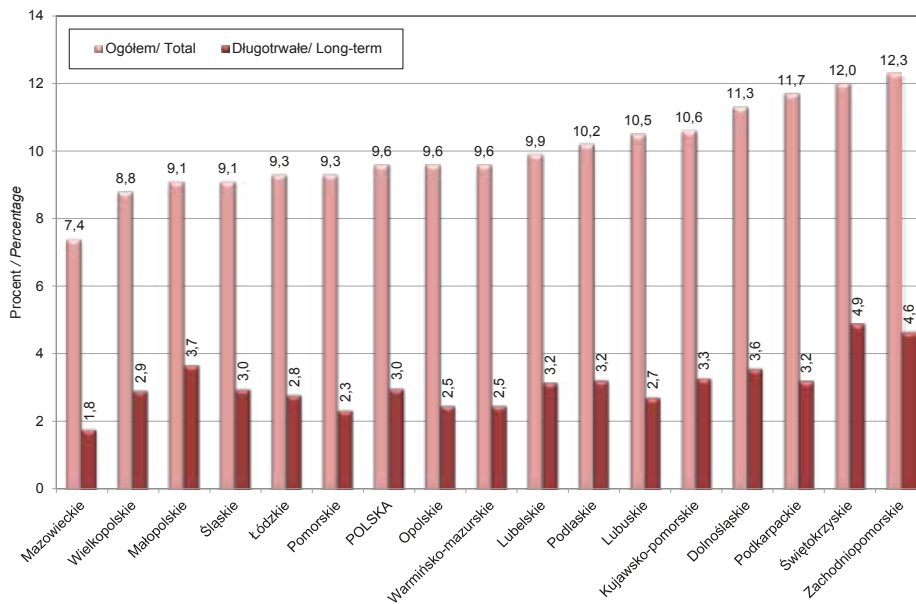


Ryc. 1.11. Stopa bezrobocia wśród osób w wieku poniżej 25 lat oraz 25-74 lata w krajach UE w 2010 r. (dane Eurostat, badanie BAEL)

Fig. 1.11. Unemployment rate among persons below 25 years and 25-74 years old in EU countries, 2010 (Eurostat database, Labour Force Survey)

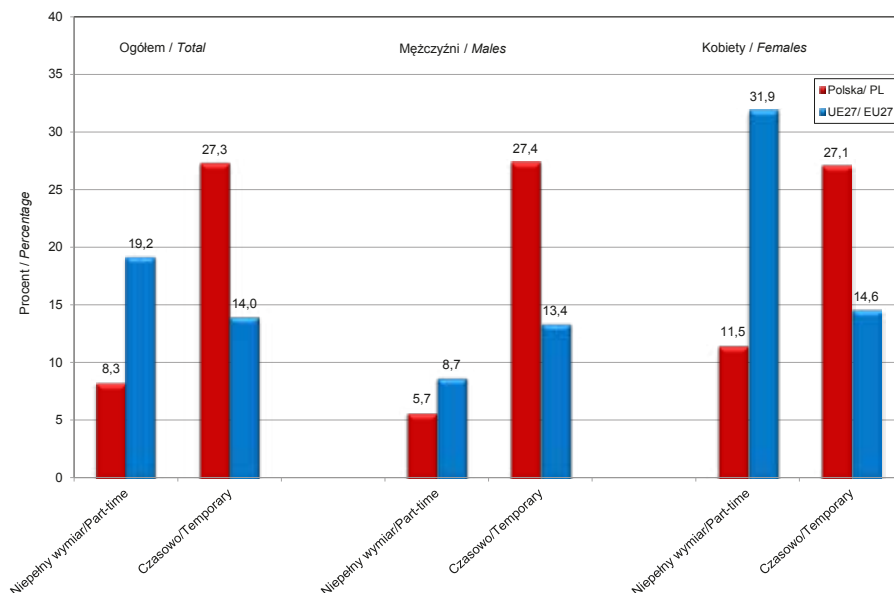
Zagrożenie bezrobociem różni się znacznie w poszczególnych województwach. Zdecydowanie najlepsza sytuacja w 2010 r. była w woj. mazowieckim gdzie zarówno ogólny poziom bezrobocia jak i bezrobocia długotrwałego, tzn. trwającego ponad rok, był najniższy, natomiast najgorsza sytuacja miała miejsce w woj. zachodniopomorskim i świętokrzyskim gdzie wskaźnik bezrobocia ogółem był o około dwie trzecie wyższy niż na Mazowszu a bezrobocia długotrwałego był wyższy ponad dwuipółkrotnie (ryc. 1.12).

Oprócz faktu samego zatrudnienia za ważny pośrednio z punktu widzenia zdrowia publicznego można też uznać charakter zatrudnienia a więc czy zatrudnienie ma charakter stały czy czasowy oraz czy zatrudnienie jest w pełnym czy niepełnym wymiarze. W pierwszym przypadku ta druga opcja może na przykład przyczyniać się do poczucia braku bezpieczeństwa ekonomicznego, a w drugim przypadku ta druga opcja może dawać możliwość lepszego wypełniania obowiązków rodzinnych, dotyczących także zdrowia, na przykład związanych z opieką nad dziećmi czy osobami starszymi. Jak widać z ryc. 1.13 sytuacja w Polsce jest odmienna od przeciętnej w krajach UE - Polacy, zarówno mężczyźni jak i kobiety, są znacznie częściej zatrudnieni na okres czasowy a także, szczególnie kobiety, znacznie rzadziej są zatrudnione w niepełnym wymiarze. Stan ten należy uznać za niekorzystny, zwłaszcza jeśli przyjąć, że nie wynika on z dobrowolnych wyborów.



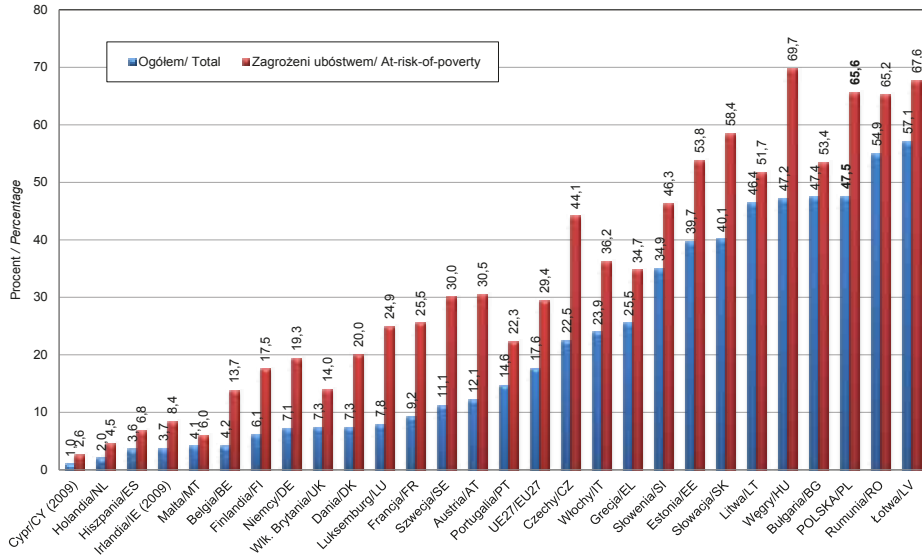
Ryc. 1.12. Stopa bezrobocia ogółem oraz bezrobocia długotrwałego wg województw w 2010 r. (dane Eurostat, badanie BAEL)

Fig. 1.12. Unemployment rate total and long-term in Poland by voivodships, 2010 (Eurostat database, Labour Force Survey)



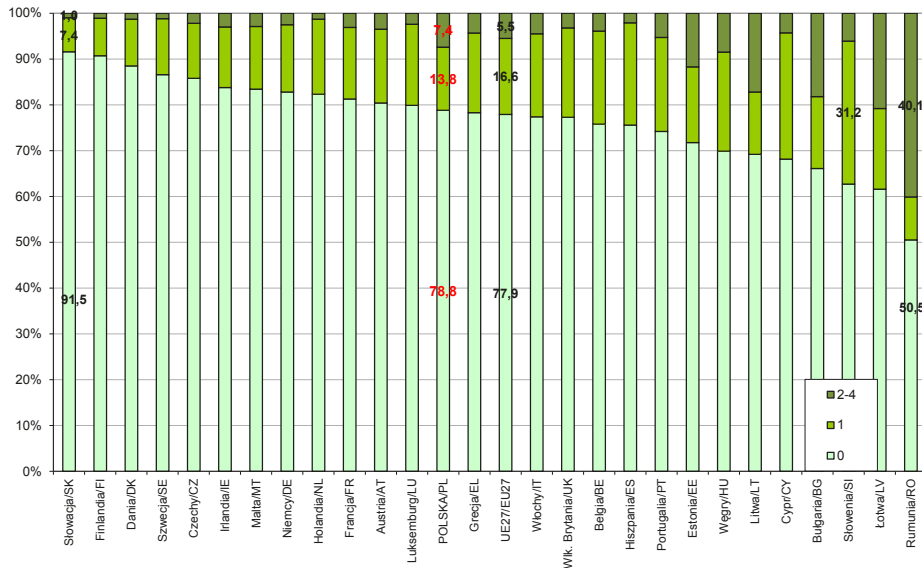
Ryc. 1.13. Odsetek osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze lub czasowo wśród ogółu zatrudnionych w Polsce i średni dla krajów UE27 w 2010 r. (dane Eurostat)

Fig. 1.13. Part-time workers and employees with temporary contracts in % of total employment in Poland and average values for EU27 countries, 2010 (Eurostat database)



Ryc. 1.14. Odsetek ludności mieszkającej w mieszkaniach o zwiększonym zagęszczeniu wśród ogółu ludności oraz zagrożonej ubóstwem w krajach UE, 2010 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.14. Overcrowding rate in total population and in those at-risk-of-poverty in EU countries, 2010 (Eurostat database, EU-SILC instrument)



Ryc. 1.15. Odsetek ludności wg liczby podstawowych cech wskazujących na niedostatek mieszkania w krajach UE, 2010 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.15. Percentage of population by number of housing deprivation items in EU countries, 2010 (Eurostat database, EU-SILC instrument)

Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach Unii. Szczególnie wyraźnie występuje to w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań. Zgodnie z definicją Eurostatu przyjmuje się, że osoba mieszka w mieszkaniu o zwiększonym zagęszczeniu (overcrowded) jeżeli mieszkanie nie spełnia któregoś z następujących warunków: (a) ma co najmniej jeden pokój, (b) każde małżeństwo ma co najmniej jeden pokój, (c) każda pojedyncza osoba w wieku 18 lat i starszym ma co najmniej jeden pokój, (d) dwoje dzieci w wieku 12-17 lat o tej samej płci nie mają co najmniej jednego pokoju, (e) każde z dzieci w wieku 12-17 lat nie ma co najmniej jednego pokoju, (f) dwoje dzieci poniżej 12 lat nie ma co najmniej jednego pokoju. Jak widać na ryc. 1.14 blisko połowa ludności Polski mieszka w zagęszczonych mieszkaniach i tylko w Rumunii i na Łotwie sytuacja jest gorsza. W przypadku osób zagrożonych ubóstwem sytuacja we wszystkich krajach jest jeszcze bardziej niekorzystna a gorzej niż w Polsce jest tylko na Węgrzech i w Rumunii.

Natomiast jeżeli wziąć pod uwagę ocenę warunków mieszkaniowych ze względu na występowanie którejs z cech wskazujących na podstawowe braki mieszkania do których należy: (a) brak łazienki z wanną i/lub prysznicem, (b) brak ustępu spłukiwanego wodą, (c) przeciekający dach, zawilgocone ściany, podłogi, fundamenty, butwiejące okna lub podłogi, (d) jest zbyt ciemne (niewystarczająca ilość światła dziennego) to sytuację w Polsce nie odbiega szczególnie od przeciętnej dla krajów UE27 (ryc. 1.15).

Jedną z sumarycznych miar ogólnej sytuacji społecznej krajów jest syntetyczny Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI), który został zaproponowany przez ONZ dla celów porównań międzynarodowych. Jest on miarą opartą na średniej wskaźników obejmujących trzy podstawowe sfery życia. Jest to sfera zdrowia (oceniana poprzez wskaźnik przeciętnej długości życia), edukacji (wskaźniki przeciętnej liczby lat nauki i oczekiwanej liczby lat nauki) oraz zamożności tzn. dochodu przypadającego na głowę mieszkańca z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej (PPP) (Dochód Krajowy Brutto *Gross National Income*). Konstrukcja wskaźnika określa skrajne, docelowe wartości w każdej z wymienionych sfer. Według ostatnich danych ONZ dla roku 2011⁷ Polska plasuje się na dosyć odległym 22 miejscu w Unii Europejskiej i na 39 miejscu w świecie (tabela 1.4). Autorzy raportu zwracają uwagę, że ze względu na poprawę jakości danych w stosunku do poprzedniego roku a także trochę inny zakres w stosunku do lat jeszcze wcześniejszych nie należy porównywać obecnych wartości z wcześniejszymi.

Przedstawiona powyżej charakterystyka sytuacji społeczno-ekonomicznej społeczeństwa naszego kraju pozwala na stwierdzenie, że działania zmierzające do jej poprawy i zmniejszenia dystansu jaki w niektórych obszarach dzieli społeczeństwo polskie od społeczeństw bardziej rozwiniętych krajów UE będą w dużym stopniu przyczyniały się do korzystnych zmian stanu zdrowia ludności Polski, co jest zgodne z koncepcją nowego zdrowia publicznego.

7 Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All. UNDP 2011.

Tabela 1.4. Wskaźnik rozwoju społecznego dla krajów UE27, 2011 (dane Human Development Report 2011, UNDP)

Table 1.4. Human Development Index for EU27 countries, 2011 (Human Development Report 2011, UNDP)

Kraje UE / EU countries	Wskaźnik rozwoju społecznego / HDI			Wskaźnik rozwoju społecznego bez dochodu / Nonincome HDI	
	wartość / value	ranga w UE27 / EU27 rank	ranga w świecie / world rank	ranga w UE27 / EU27 rank	ranga w świecie / world rank
Holandia/ NL	0,910	1	3	2	6
Irlandia/ IE	0,908	2	7	1	4
Niemcy/ DE	0,905	3	9	3	9
Szwecja/ SE	0,904	4	10	4	12
Dania/ DK	0,895	5	16	6	16
Belgia/ BE	0,886	6	18	11	21
Austria/ AT	0,885	7	19	13	24
Francja/ FR	0,884	8	20	8	18
Słowenia/ SI	0,884	9	21	5	13
Finlandia/ FI	0,882	10	22	12	22
Hiszpania/ ES	0,878	11	23	7	17
Włochy/ IT	0,874	12	24	10	20
Luksemburg/ LU	0,867	13	25	22	36
Czechy/ CZ	0,865	14	27	9	19
Wlk. Brytania/ UK	0,863	15	28	16	28
Grecja/ EL	0,861	16	29	14	26
Cypr/ CY	0,840	17	31	18	31
Estonia/ EE	0,835	18	34	15	27
Słowacja/ SK	0,834	19	35	17	30
Malta/ MT	0,832	20	36	19	32
Węgry/ HU	0,816	21	38	20	34
POLSKA/ PL	0,813	22	39	24	39
Litwa/ LT	0,810	23	40	23	38
Portugalia/ PT	0,809	24	41	26	46
Łotwa/ LV	0,805	25	43	21	35
Rumunia/ RO	0,781	26	50	25	43
Bułgaria/ BG	0,771	27	55	27	51

PODSUMOWANIE:

1. Liczba ludności Polski systematycznie zmniejszała się po roku 1996 aż do roku 2007, po którym powoli wzrasta i w końcu 2010 roku wynosiła 38 200 tys. osób. W skali całego kraju dodatni przyrost naturalny występuje od roku 2006 przy czym w miastach od roku 2008.
2. Kobiety stanowią ponad połowę ogółu ludności ale niedobór liczebny mężczyzn w stosunku do kobiet w populacji ogólnej ujawnia się dopiero w grupie wieku 45-49 lata

- i następnie w coraz starszych grupach wieku zwiększa się gwałtownie. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypada już 165 kobiet zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 277 kobiet.
3. Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE27) ale jak wynika z prognozy Eurostatu ta korzystna dla Polski różnica będzie się stopniowo zmniejszać i w połowie obecnego wieku odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie w Polsce wyższy od przeciętnego dla krajów Unii.
 4. Liczba urodzeń żywych wzrastała po roku 2003 aż do roku 2009 jednak w 2010 r. urodziło się o 4,3 tys. dzieci mniej niż rok wcześniej a współczynnik urodzeń zmniejszył się z 11,0 do 10,8 na 1000 ludności.
 5. Co piąte rodzące się w Polsce dziecko jest dzieckiem pozamałżeńskim a w woj. zachodniopomorskim i lubuskim nawet co trzecie.
 6. Urodzenia martwe w 2010 r. stanowiły 0,42% ogółu urodzeń, a więc obserwuje się poważną poprawę sytuacji, a obecny wskaźnik jest praktycznie na poziomie przeciętnym dla krajów UE.
 7. W latach 2000. nie obserwuje się tendencji spadkowej częstości urodzeń o niskiej masie urodzeniowej ale i tak w Polsce urodzenia te (w 2010 r. 5,7%) są rzadsze niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej.
 8. Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym bardzo wzrósł w Polsce w ostatnich latach to jednak jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE.
 9. Za korzystny należy uznać fakt zmniejszania się zróżnicowania dochodów, które obecnie jest w Polsce na poziomie przeciętnym dla krajów UE.
 10. Niepokojące i niekorzystne z punktu widzenia zdrowia publicznego jest stosunkowo wysokie zagrożenie ubóstwem w naszym kraju, większe niż w większości krajów UE (ale nie dotyczy to osób w podeszłym wieku). Problem ten jest najbardziej nasilony w woj. świętokrzyskim.
 11. Poziom bezrobocia w Polsce jest zbliżony do przeciętnego dla krajów UE a stopa bezrobocia długotrwałego jest nawet w Polsce niższa niż średnia dla EU27. Województwami gdzie sytuacja w zakresie bezrobocia jest najgorsza są zachodniopomorskie i świętokrzyskie.
 12. Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach Unii a szczególnie wyraźnie występuje to w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań.
 13. Ostatni (2011 r.) Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI) plasuje Polskę na dość odległym 22 miejscu w Unii Europejskiej i na 39 miejscu w świecie.

2. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI

Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Paweł Goryński, Anna Poznańska

Przedstawiona poniżej analiza umieralności mieszkańców Polski jest oparta w dużym stopniu na indywidualnych danych z rejestru zgonów mieszkańców Polski prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny. Rejestr ten z pewnymi niezbędnymi ograniczeniami jest udostępniany Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - Państwowemu Zakładowi Higieny w celu prowadzenia zgodnie ze statutem analiz stanu zdrowia mieszkańców Polski. Większość prezentowanych wyników stanowią obliczenia własne autorów a ponadto wykorzystano wskaźniki publikowane przez GUS oraz dostępne w międzynarodowych bazach danych przede wszystkim Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze (HFA DB January i August 2012 oraz European mortality database HFA MDB January i July 2012) i Eurostatu¹, co zawsze zostało zaznaczone w treści. Do standaryzacji współczynników zgonów względem wieku stosowano metodę bezpośrednią. Jako standardową strukturę wieku przyjęto tak zwaną strukturę europejską, jednakową dla mężczyzn i kobiet, stosowaną między innymi przez Europejskie Biuro Regionalne WHO. Analizę trendów czasowych współczynników zgonów i długości życia w Polsce i przeciętnych dla Unii Europejskiej przeprowadzono za pomocą modeli jointpoint i programu Jointpoint Regression Program, (*Version 3.3.1. April 2008; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute*)

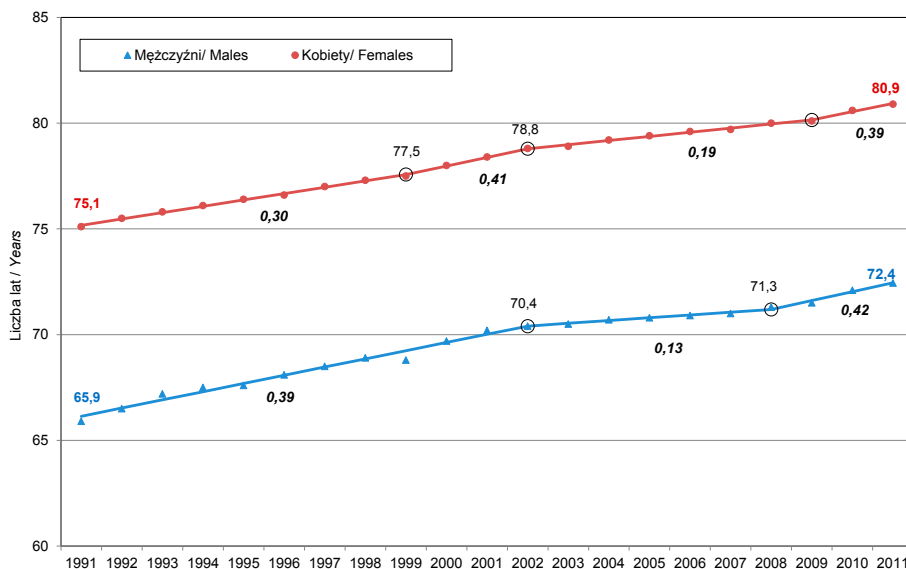
2.1. Zmiany w czasie i zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców Polski

Według najnowszych danych GUS² w roku 2011 przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 72,4 lat a kobiet była o 8,5 roku dłuższa i wynosiła 80,9 lat. Długość życia mieszkańców Polski systematycznie wydłuża się po roku 1991 i w tym okresie zwiększyła się w przypadku mężczyzn o 6,5 lat a w przypadku kobiet o 5,8 lat (o 0,7 roku mniej) (ryc. 2.1). Zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet widać wyraźne spowolnienie wzrostu długości życia w ciągu większości lat 2000. O ile w latach 1991-2002 długość życia mężczyzn zwiększała się rokrocznie przeciętnie o 0,39 roku życia to w latach 2002-2008 już tylko o 0,13 roku. W przypadku kobiet przeciętne roczne tempo wzrostu w latach 2002-2009 wynosiło 0,19 roku życia podczas gdy w latach 1999-2002 wynosiło 0,41 roku a w latach 1991-1999 0,30 roku. Za optymistyczny można uznać fakt, że zarówno w przypadku męż-

1 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

2 Ponieważ dane te zostały opublikowane praktycznie po zakończeniu prac nad naszym Raportem rok 2011 uwzględniono tylko w analizie trendów pokazanych na ryc. 2.1. W dalszej części ostatnie uwzględnione dane dotyczą 2010 r.

czyn jak i kobiet w ostatnich latach przeciętne roczne przyrosty długości życia wyraźnie zwiększyły się.

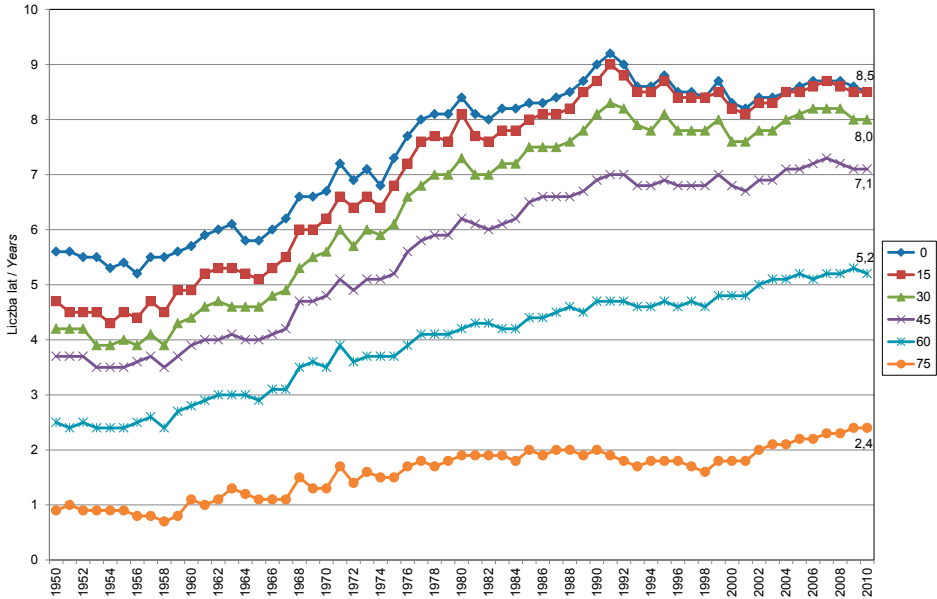


Ryc. 2.1. Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat w latach 1991–2010 – jego trendy oraz średnioroczne tempo wzrostu (dane GUS i obliczenia własne)

Fig. 2.1. Life expectancy at birth in Poland in years 1991–2011 – its trends and mean annual increase (CSO data and authors' own calculation)

Jak wynika z naszych analiz wydłużenie życia mężczyzn w latach 1991–2010 wynikało w 72% z obniżenia umieralności przedwczesnej (przed 65 rokiem życia) a w 28% ze spadku umieralności mężczyzn w starszym wieku natomiast w przypadku kobiet większe znaczenie miało obniżenie umieralności w wieku starszym (65 lat i więcej), które przyczyniło się w 55% do wydłużenia przeciętnej długości ich życia.

Bardzo wyraźnie zaznacza się w Polsce niekorzystne zjawisko dużej nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet i w konsekwencji znacznie krótsza długość ich dalszego życia niezależnie od wieku (ryc. 2.2). Rodzący się w 2010 r. chłopcy mogli oczekiwać, że będą żyli przeciętnie o 8,5 lat krócej niż rodzące się dziewczynki ale nawet mężczyźni w wieku 60 lat mają przed sobą o 5,2 lat mniej życia niż kobiety w tym samym wieku. Za niekorzystny należy uznać brak poprawy w tym zakresie. Szacujemy, że dwie trzecie (65%) tej różnicy wynika wyższej umieralności mężczyzn niż kobiet w wieku 45–74 lata i w około jednej piątej (21%) z wyższej umieralności w wieku poniżej 45 lat i w około 14% z wyższej umieralności w wieku 75 lat i starszym. Problem znacznie krótszego trwania życia mężczyzn wydaje się być wciąż jeszcze niedostatecznie dostrzegany przez programy polityki zdrowotnej.

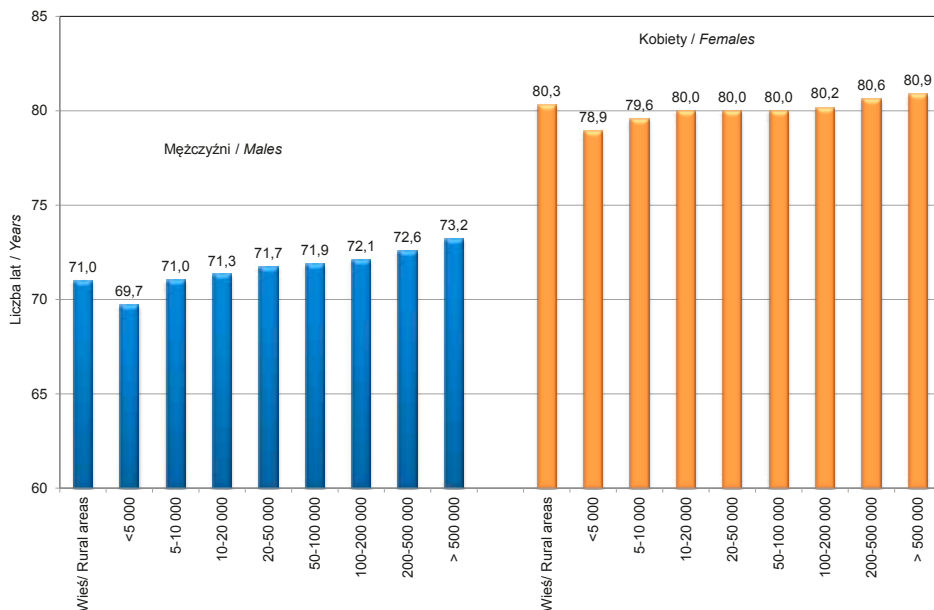


Ryc. 2.2. Różnice przeciętnego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn wg wieku w latach 1950–2010 (na podstawie danych GUS)

Fig. 2.2. Differences between females and males life expectancy in Poland by age, 1950–2010 (based on CSO data)

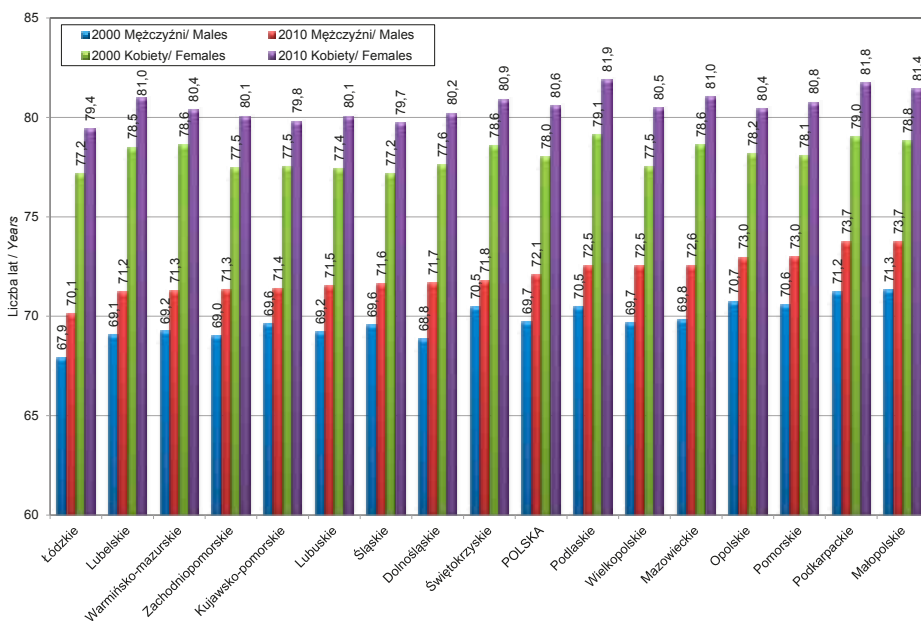
Długości trwania życia mieszkańców Polski różni się w zależności od środowiska zamieszkania. Można powiedzieć, że w najmniej korzystnej sytuacji zdrowotnej są mieszkańcy najmniejszych miasteczek poniżej 5 tys. ludności, których przeciętna długość życia jest najkrótsza. W latach 2008–2010 mężczyźni w najmniejszych miastach żyli przeciętnie o ok. 3,5 lat krócej niż mężczyźni w dużych miastach i o ponad rok krócej niż mężczyźni na wsi, natomiast kobiety w najmniejszych miastach żyły o ok. 2 lata krócej niż mieszkanki największych miast i o prawie półtora roku krócej niż mieszkanki wsi (ryc. 2.3). Należy zwrócić uwagę, że na tle ogólnie najlepszej sytuacji mieszkańców największych miast bardzo niekorzystnie zaznacza się sytuacja mieszkańców Łodzi, których długość życia w latach 2008–2010 wynosiła 69,1 lat w przypadku mężczyzn i 78,3 lat w przypadku kobiet a więc była nawet o 0,6 roku krótsza niż mieszkańców małych miasteczek.

Obserwuje się wyraźne zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia przy czym zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet w 2010 r. było ono większe niż 10 lat wcześniej (ryc. 2.4). Od lat najkrócej żyją w Polsce mieszkańcy woj. łódzkiego przy czym w przypadku kobiet tylko w niewiele lepszej sytuacji są mieszkanki Śląska. Natomiast najdłuższego życia mogą oczekiwać mężczyźni w woj. małopolskim i podkarpackim oraz kobiety w woj. podlaskim i podkarpackim. Różnica w długości życia mieszkańców tych skrajnych województw wynosi obecnie w przypadku mężczyzn 3,6 lat a w przypadku kobiet 2,5 lat. Największa różnica w długości życia mężczyzn i kobiet występuje w woj. lubelskim i wynosi 9,7 lat podczas gdy w woj. opolskim gdzie nadumieralność mężczyzn jest najmniejsza różnica ta wynosi 7,5 lat.



Ryc. 2.3. Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat mieszkańców wsi oraz miast wg liczby mieszkańców, 2008-2010 (obliczenia własne)

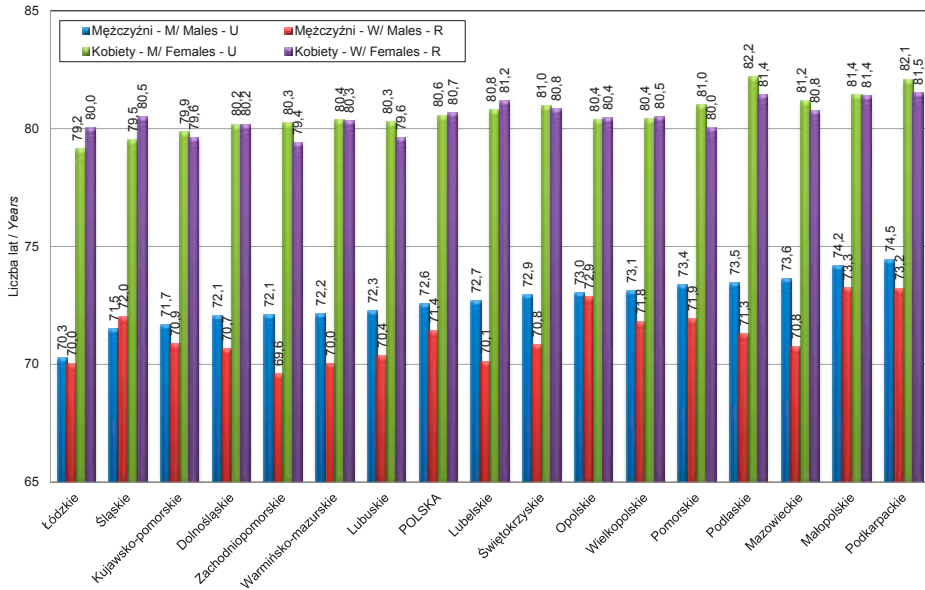
Fig. 2.3. Life expectancy at birth in Poland in rural areas and in towns by population size, average in 3-year period 2008-2010 (authors' own calculation)



Ryc. 2.4. Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat wg województw w latach 2000 i 2010 (dane GUS)

Fig. 2.4. Life expectancy at birth in Poland by voivodships in 2000 and 2010 (CSO data)

Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej od mieszkających na wsi we wszystkich województwach oprócz śląskiego przy czym w woj. mazowieckim różnica ta wynosi blisko trzy lata (2,9 lat) a w woj. lubelskim i zachodniopomorskim około dwa i pół roku (ryc. 2.5). W przypadku kobiet różnice w długości życia mieszkanek miast i wsi są znacznie mniejsze niż w przypadku mężczyzn i w dziesięciu województwach dłużej żyją mieszkanki miast (największa różnica, o jeden rok, występuje w woj. pomorskim) a w pięciu mieszkanki wsi (w woj. śląskim jeden rok różnicy).



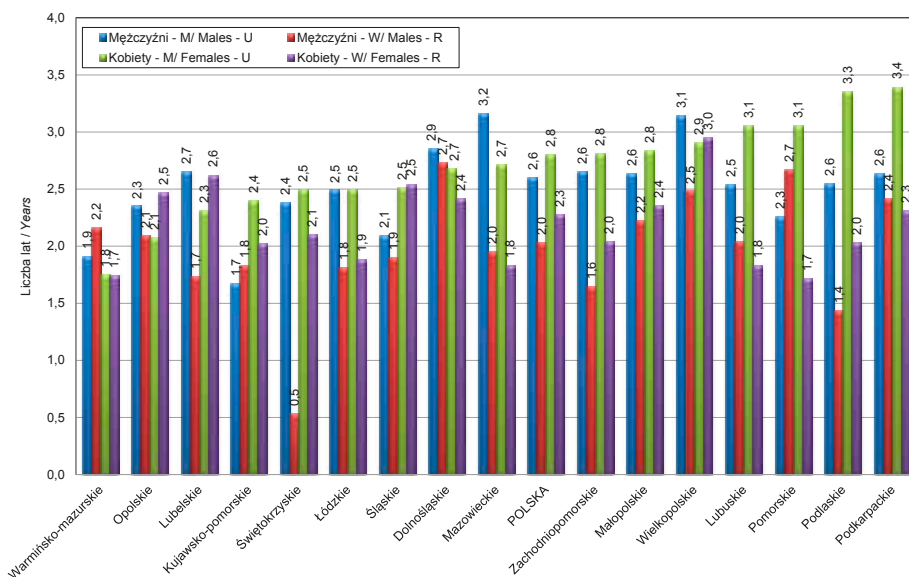
Ryc. 2.5. Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat w miastach (M) i na wsi (W) wg województw w 2010 r. (dane GUS)

Fig. 2.5. Life expectancy at birth in urban (U) and rural (R) areas in Poland by voivodships in 2010 (CSO data)

W latach 2000-2010 długość życia mężczyzn mieszkających w miastach wzrosła o 2,6 lat a mieszkających na wsi o 2 lata ale w trzech województwach (pomorskim, warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim) trochę bardziej wzrosła długość życia mieszkańców wsi niż miast (ryc. 2.6). Zwraca uwagę mały przyrost długości życia mężczyzn mieszkających na wsi w woj. świętokrzyskim.

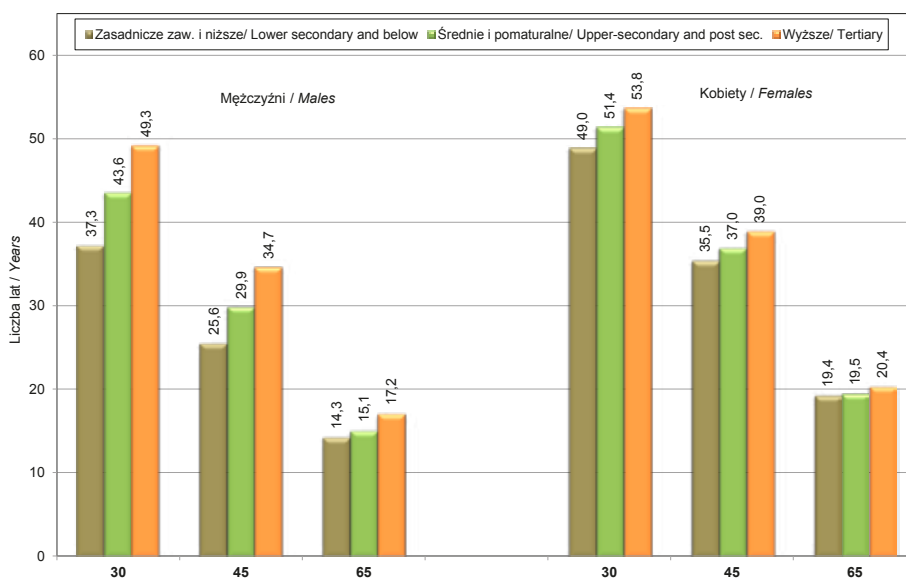
Również w przypadku kobiet w ostatnich dziesięciu latach bardziej wzrosła długość życia mieszkanek miast niż wsi i różnica była podobna jak wśród mężczyzn. Podobnie w trzech województwach ale już innych (wielkopolskim, lubelskim i opolskim) długość życia mieszkanek wsi zwiększyła się bardziej niż mieszkanek miast.

Czynnikami silnie różnicującym długość życia Polaków jest poziom ich wykształcenia. Jak wynika z szacunków Eurostatu mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogą oczekiwać, że będą żyli o ok. 12 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem zasadniczym zawodowym i niższym przy czym ta niekorzystna różnica wprawdzie zmniejsza się



Ryc. 2.6. Przyrost przeciętnego trwania życia w wieku 0 lat w miastach (M) i na wsi (W) wg województw w latach 2000-2010 (dane GUS)

Fig. 2.6. Increase in life expectancy at birth in urban (U) and rural (R) areas in Poland by voivodships in years 2000–2010 (CSO data)

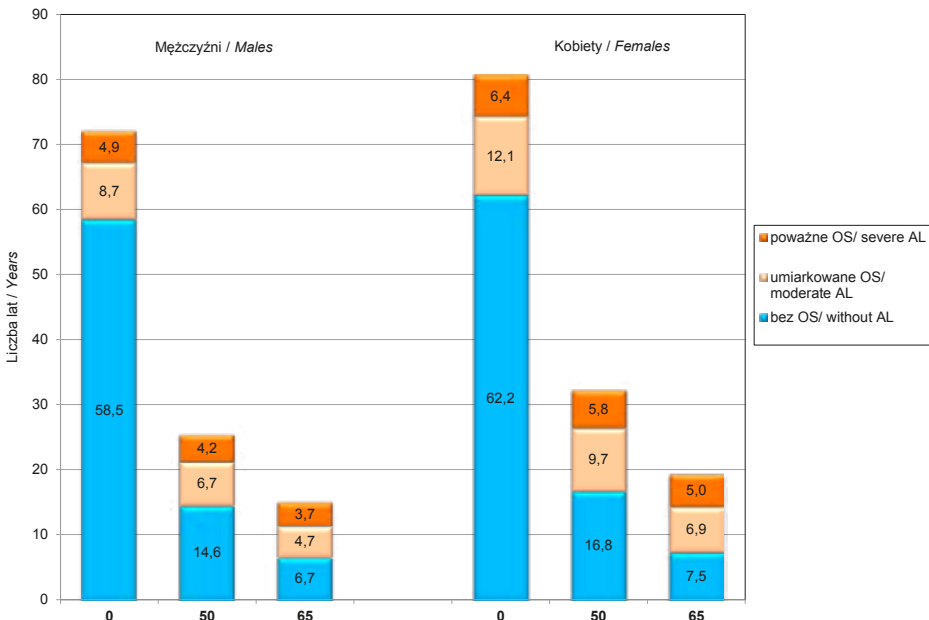


Ryc. 2.7. Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 30, 45 i 65 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w 2010 r. (dane Eurostat)

Fig. 2.7. Life expectancy at age 30, 45 and 65 by educational attainment in Poland, 2010 (Eurostat database)

z wiekiem ale nawet wśród mężczyzn w wieku 65 lat wynosi około 3 lat (ryc. 2.7). W przypadku kobiet te różnice są znacznie mniejsze i wynoszą odpowiednio ok. 5 lat i jeden rok.

Długość trwania życia jest jednym z podstawowych i najczęściej używanych prostych mierników syntetycznych służących do ogólnej oceny stanu zdrowia populacji. Widoczne są jednak jego ograniczenia wynikające z faktu, że nie pokazuje on w jakim zdrowiu przeżywają ludzie swoje życie. Z tego powodu coraz częściej stosowany jest również miernik złożony jakim jest **długość trwania życia w zdrowiu** (znany jako tzw. Health Expectancy albo Healthy Life Years - HLY), przy obliczaniu którego cały okres życia dzieli się na przeżyty w zdrowiu oraz przy jego braku. Jako brak zdrowia przyjmowane mogą być różne miary ale powszechnie przyjmuje się występowanie ograniczonej sprawności z powodu stanu zdrowia, występowanie określonych chorób przewlekłych, złą samoocenę stanu zdrowia. Oszacowania długości życia w zdrowiu dla krajów Unii Europejskiej podawane przez Eurostat oparte są na tzw. wskaźniku GALI (Global Activity Limitation Index). Pytanie o ograniczoną sprawność zadawane jest w ramach Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC), które w Polsce od 2005 r. prowadzi GUS na losowej próbie ludności. Należy jednak podkreślić, że treść pytania ulegała pewnym modyfikacjom co uniemożliwia ocenę zmiany wskaźnika w ciągu tych lat. W badaniu w 2010 r. pytanie brzmiało: „Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?”.



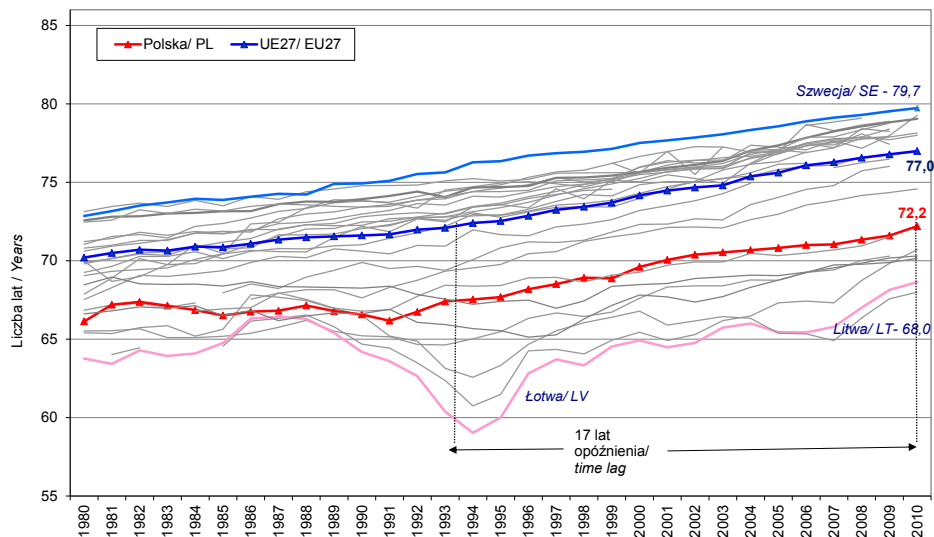
Ryc. 2.8. Przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności – „bez OS”) i przy jego braku („umiarkowane OS” i „poważne OS”) w wieku 0, 50 i 65 lat w Polsce w 2010 r. (dane projektu JA EHLEIS na podstawie EU SILC)

Fig. 2.8. Health expectancy (without activity limitation – „without AL.”, with „moderate AL.” and with „severe AL.”) at age 0, 50 and 65 years in Poland, 2010 (data of EU project JA EHLEIS availing EU SILC)

Według szacunków ekspertów działających w ramach projektu Unii Europejskiej JA - EHLEIS wykorzystujących wyniki badania EU-SILC w roku 2010, mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu 58,5 lat tzn. 81% całego życia, z ograniczoną sprawnością ale niezbyt poważnie 8,7 lat (12,1%) i 4,9 lat (6,8%) z poważnie ograniczoną sprawnością (ryc. 2.8). Liczba lat przeżywanych w zdrowiu przez kobiety jest większa (62,2 lat) ale stanowi ona trochę mniejszą część ich całego życia (77%). Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu natomiast w okresie około jednej czwartej dalszego życia będą mieli poważnie ograniczoną z powodów zdrowotnych zdolność wykonywania zwykłych czynności.

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

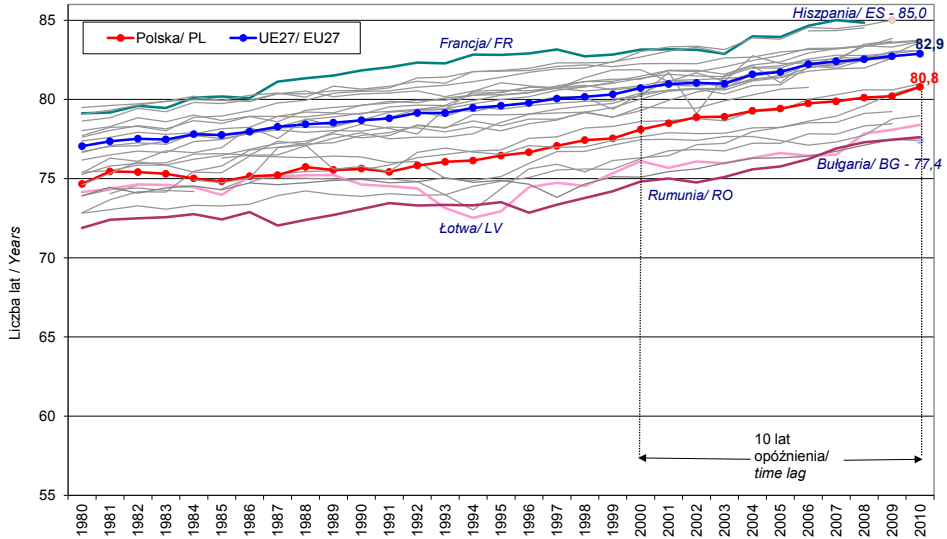
Na podstawie danych WHO szacuje się, że obecnie mężczyźni w Polsce żyją przeciętnie o ok. 4,8 roku krócej niż wynosi średnia długość życia mieszkańców UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących mieszkańców Szwecji wynosi 7,5 lat (ryc. 2.9a). Obecna długość życia Polaków jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE występowała 17 lat temu.



Ryc. 2.9a. Przeciętne trwanie życia MĘŻCZYŹN w Polsce i w pozostałych krajach UE, 1980-2010 (dane WHO HFA DB)

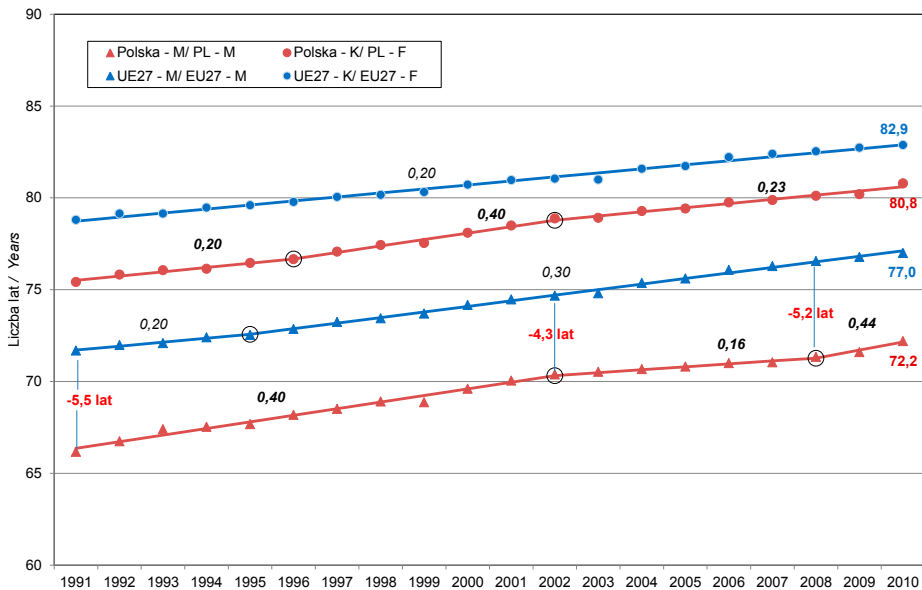
Fig. 2.9a. Males life expectancy in Poland and other EU countries, 1980-2010 (WHO HFA DB)

W przypadku kobiet różnice są mniejsze i Polki żyją przeciętnie o ok. 2,1 lat krócej niż wynosi średnia długość życia dla ogółu mieszkanki UE a o ok. 4,8 lat krócej niż kobiety w Hiszpanii i Francji, które żyją najdłużej (ryc. 2.9b). Obecna długość życia Polek jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE występowała 11 lat temu.



Ryc. 2.9b. Przeciętne trwanie życia KOBIEC w Polsce i w pozostałych krajach UE, 1980-2010 (dane WHO HFA DB)

Fig. 2.9b. Females life expectancy in Poland and other EU countries, 1980-2010 (WHO HFA DB)

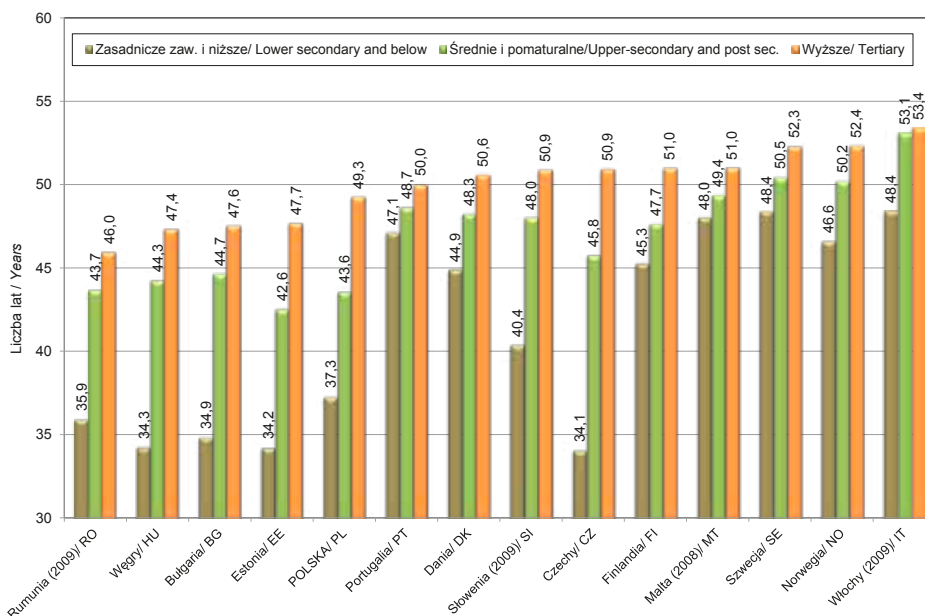


Ryc. 2.10. Przeciętne trwanie życia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 0 lat w Polsce i średnie dla krajów UE27 w latach 1991–2010 – jego trendy oraz średnioroczne tempo wzrostu (dane WHO HFA DB oraz obliczenia własne)

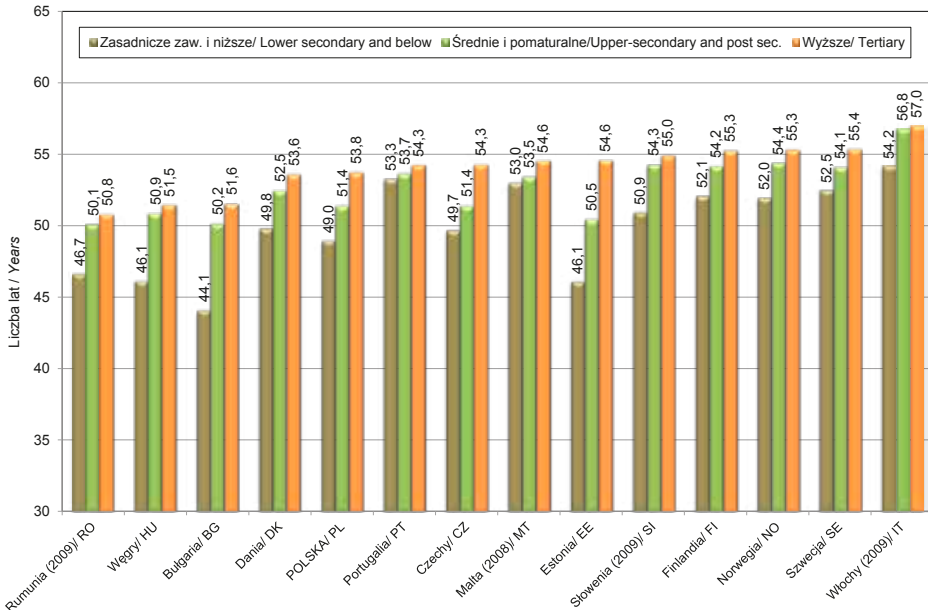
Fig. 2.10. Males (M) and females (F) life expectancy at birth in Poland and average for EU27 countries in years 1991–2010 – its trends and mean annual increase (WHO HFA DB data and authors' own calculation)

Na rycinie 2.10 przedstawiono trendy długości życia oraz wartości średniego rocznego tempa jego wzrostu mężczyzn i kobiet w Polsce oraz przeciętne dla ogółu krajów UE. Długości trwania życia dla Polski są obliczone przez WHO i nieznacznie różnią się od obliczanych przez GUS ale jednakowa metoda obliczeń dla wszystkich krajów UE pozwala na lepsze analizy porównawcze. Nadrabianie dystansu, odziedziczony po poprzednim ustroju, do średniego poziomu dla krajów UE szczególnie w przypadku mężczyzn przebiega opornie i w latach 2002-2008 różnica nawet pogłębiała się, ale również w przypadku kobiet po roku 2002 praktycznie brak jest postępu pod tym względem (ryc. 2.10). Być może, o czym wspomniano już uprzednio a co można zauważyć również na tej rycinie, ostatnie lata przynoszą pozytywną zmianę tej niezbyt korzystnej sytuacji.

Jak wspomniano wcześniej czynnikiem bardzo silnie różnicującym długość życia ludności jest poziom posiadanego wykształcenia. Sytuacja taka występuje nie tylko w naszym kraju ale jak widać na ryc. 2.11a i 2.11b w krajach Europy środkowo-wschodniej zaznacza się szczególnie silnie. Wynika to ze stosunkowo krótkiego życia osób o niskim poziomie wykształcenia. Polacy w wieku 30 lat z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym żyją przeciętnie krócej od swoich rówieśników o takim samym wykształceniu w Danii, Finlandii Szwecji czy Włoszech aż o 7,5 – 11,0 lat podczas gdy różnice w długości życia mężczyzn z wyższym wykształceniem wahają się w granicach 1,3 – 3,9 lat. W przypadku kobiet różnice te są znacznie mniejsze.



Ryc. 2.11a. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2010 r. lub ostatni dostępny (dane Eurostat)
 Fig. 2.11a. Males life expectancy at age 30 by educational attainment in selected European countries, 2010 or latest available data (Eurostat database)

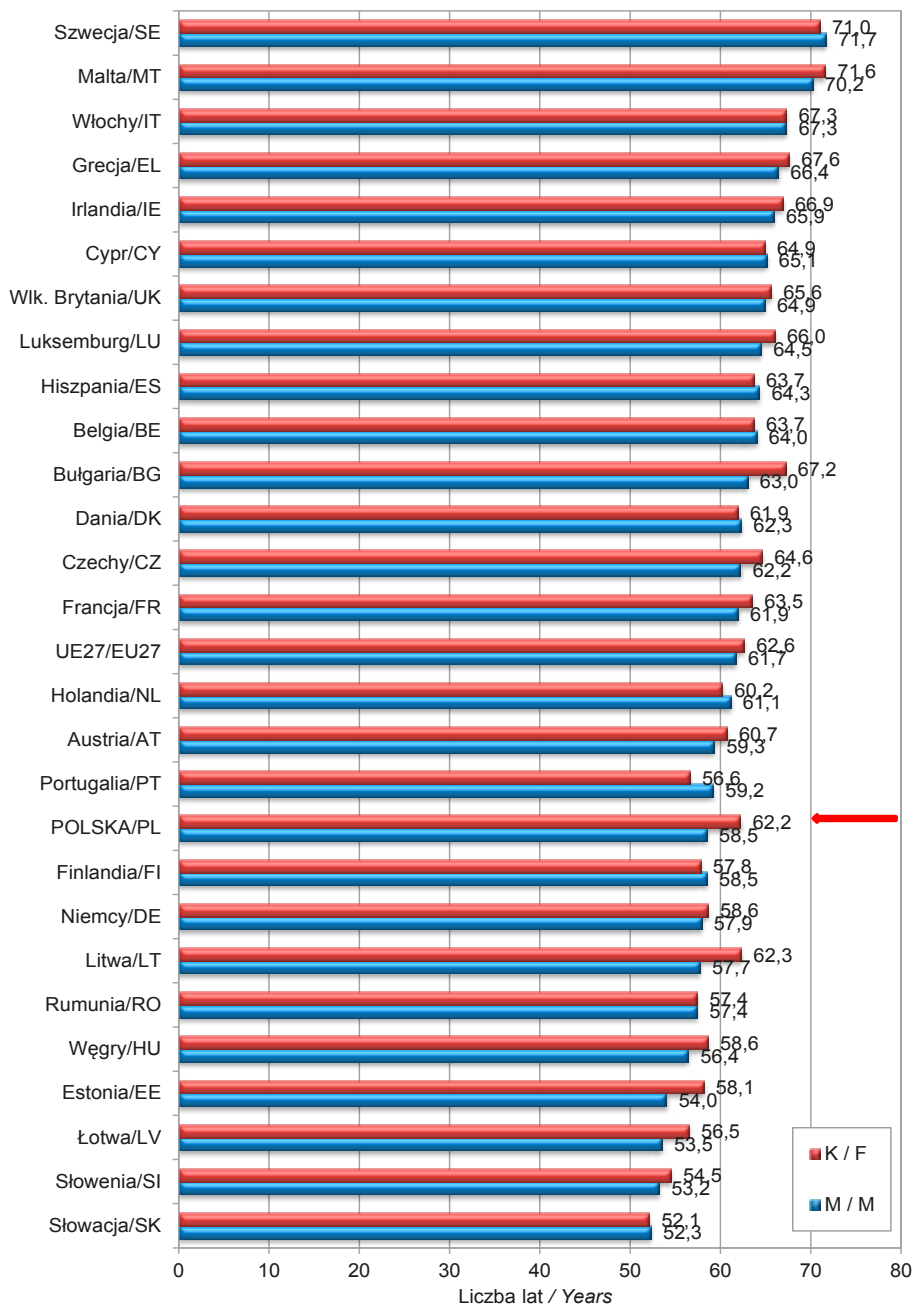


Ryc. 2.11b. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2010 r. lub ostatni dostępny (dane Eurostat)

Fig. 2.11b. *Females life expectancy at age 30 by educational attainment in selected European countries, 2010 or latest available data (Eurostat database)*

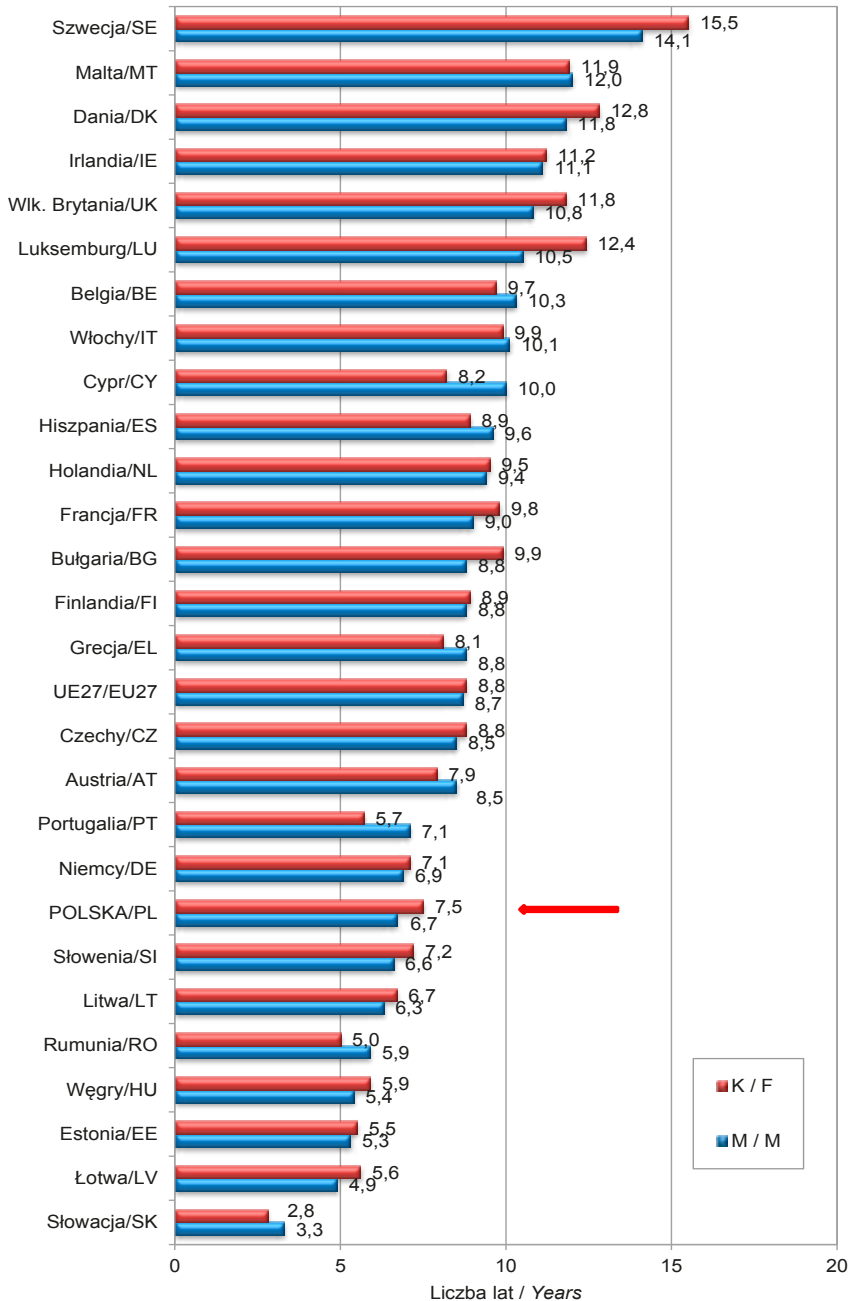
Ogólna sytuacja zdrowotna ludności Polski, a zwłaszcza kobiet przedstawia się trochę mniej niekorzystnie w porównaniu z ogółem mieszkańców Unii Europejskiej jeżeli przy obliczaniu długości życia uwzględni się równocześnie fakt, że tylko jego część przeżywana jest w zdrowiu (patrz wyjaśnienie powyżej). Według szacunków Eurostatu długość życia w zdrowiu Polek jest na poziomie nieznacznie poniżej średniego dla krajów UE natomiast Polacy żyją w zdrowiu o 3,2 lat krócej niż wynosi wartość przeciętna dla krajów UE ale i tak okres ten jest tak samo długi jak w przypadku Finów a dłuższy niż w przypadku Niemców (ryc. 2.12a). Różnica w długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce zalicza się do największych w krajach UE.

W przypadku osób w wieku 65 lat i ich długości życia w zdrowiu sytuacja mieszkańców Polski na tle ludności w innych krajach UE wygląda gorzej niż w przypadku ogółu osób – zarówno mężczyźni jak i kobiety w starszym wieku w naszym kraju żyją w zdrowiu krócej niż przeciętni mieszkańcy UE (ryc. 2.12b).



Ryc. 2.12a. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 0 lat w Polsce i krajach UE w 2010 r. (dane Eurostat)

Fig. 2.12a. Males (M) and females (F) health expectancy at birth (without activity limitation) in Poland and other EU countries, 2010 (Eurostat database)

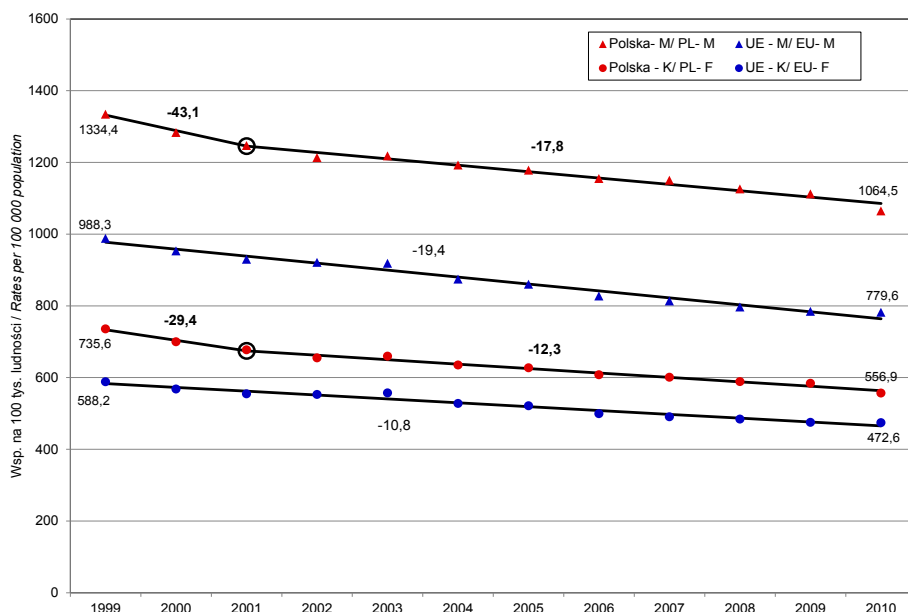


Ryc. 2.12b. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 65 lat w Polsce i krajach UE w 2010 r. (dane Eurostat)

Fig. 2.12b. *Males (M) and females (F) health expectancy at age 65 years (without activity limitation) in Poland and other EU countries, 2010 (Eurostat database)*

2.3. Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej

Ogólny poziom umieralności w Polsce systematycznie obniża się od 1991 r. ale jest on wciąż znacznie wyższy od poziomu przeciętnego dla krajów UE. Standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce w 2010 r. był wyższy o ok. 36% od współczynnika dla UE, a w przypadku kobiet nadwyżka ta wynosiła 17%. Przewidywane roczne tempo spadku standaryzowanego współczynnika zgonów kobiet w Polsce w latach 2001-2010, które wynosiło 12,3 zgonów/100 tys. kobiet jest tylko nieznacznie szybsze niż średnie dla krajów UE 10,7 zgonów/100 tys. kobiet i nadwyżka umieralności polskich kobiet zmniejsza się systematycznie ale powoli (ryc. 2.13). Jeżeli tempo spadku nie zmieni się, to poziom umieralności jaki obecnie występuje w UE osiągnięty zostanie około lat 2017-2018. Natomiast w przypadku mężczyzn spowolnienie tempa spadku standaryzowanego ogólnego współczynnika zgonów w Polsce obserwowane po roku 2001 spowodowało, że obecne jego tempo (17,8 zgonów/100 tys. mężczyzn na rok) jest nawet wolniejsze od średniego dla UE (19,4 zgonów/100 tys. mężczyzn na rok). Jest to sytuacja bardzo niepokojąca, gdyż zwiększa się dystans dzielący Polskę od większości krajów UE. Jeżeli tempo spadku umieralności mężczyzn w Polsce nie zmieni się, to obecny średni poziom umieralności w UE osiągnięty zostanie w naszym kraju dopiero około lat 2027-2028.



Ryc. 2.13. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

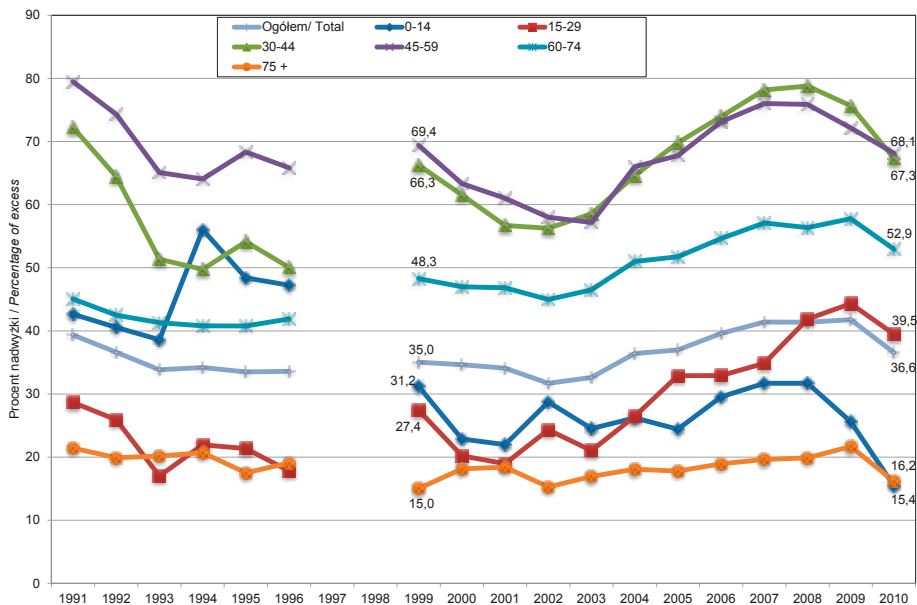
Fig. 2.13. Age-standardized total death rates of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries in years 1991–2010 – their trends and mean annual decrease (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

2.4. Umieralność według płci i wieku

Umieralność mieszkańców Polski w latach 2000. wykazuje tendencję spadkową w większości szerokich grup wieku, ale warto zwrócić uwagę, że w 2010 r. natężenie zgonów po kilkuletniej przerwie praktycznie obniżyło się we wszystkich grupach wieku (nie zmieniło się tylko w przypadku chłopców w wieku 1-4 lata) (tabela 2.1a i 2.1b).

We wszystkich grupach wieku mężczyźni umierają częściej niż kobiety. W 2010 r. nadwyżka ta wahała się od 18% wśród dzieci poniżej 5 lat do około 315% w wieku 20-34 lata co oznacza, że w tej grupie młodych osób umieralność mężczyzn była ponad czterokrotnie wyższa niż kobiet. W latach 2000. nie obserwuje się niestety poprawy sytuacji w odniesieniu do nadumieralności mężczyzn w żadnej grupie wieku. Po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku w obu grupach płci poprzez standaryzację współczynników, ogólny poziom umieralności mężczyzn w 2010 r. był o 91% wyższy niż kobiet. W krajach UE przeciętna nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet jest mniejsza i w 2010 r. wynosiła około 65% (w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Holandii wynosi ok. 40-45%).

Umieralność mężczyzn w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach UE we wszystkich grupach wieku (ryc. 2.14a). Największa różnica występuje wśród mężczyzn w wieku 30-59 lat, w którym zagrożenie ich życia w Polsce jest o ok. 2/3 wyższe niż w UE. Najbardziej zbliżona do poziomu przeciętnego dla krajów UE jest umieralność mężczyzn najstarszych (75 lat i więcej) oraz chłopców poniżej 15 lat. Zwraca uwagę pewna poprawa sytuacji



Ryc. 2.14a. Nadwyżka (%) umieralności mężczyzn w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE27 w grupach wieku w latach 1991-2010 (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.14a. Excess (%) mortality of males in Poland in relation to average level in EU27 countries by age groups, 1991-2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Tabela 2.1a. Współczynniki zgonów MĘŻCZYŹN według wieku w wybranych latach 1970-2010 (na 100 tys. mężczyzn danej grupy wieku)
 Table 2.1a. Death rates of MALES by age in selected years 1970-2010 (per 100 000 men of given age)

Wiek / Age	1970	1980	1991	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0 ¹	4096	2879	1684	882	833	818	766	743	696	664	651	611	604	539
1-4	117	90	60	35	34	35	31	29	29	29	29	30	22	22
5-14	49	44	33	22	22	23	21	20	19	21	19	18	18	16
15-19	100	103	102	74	70	74	65	63	69	66	72	73	72	66
20-34	188	216	217	143	136	141	133	134	132	127	131	132	128	122
35-44	371	502	517	395	373	365	359	356	355	353	350	335	320	302
45-54	760	1093	1250	924	910	902	885	920	927	939	941	925	869	838
55-64	2064	2165	2639	2123	2054	1981	1933	1919	1883	1889	1892	1857	1856	1800
65-74	5066	5333	5094	4491	4338	4218	4224	4125	4053	3959	3960	3847	3839	3719
>75	12204	13202	13493	10887	10495	10536	10651	10147	10011	9751	9720	9704	9821	9458

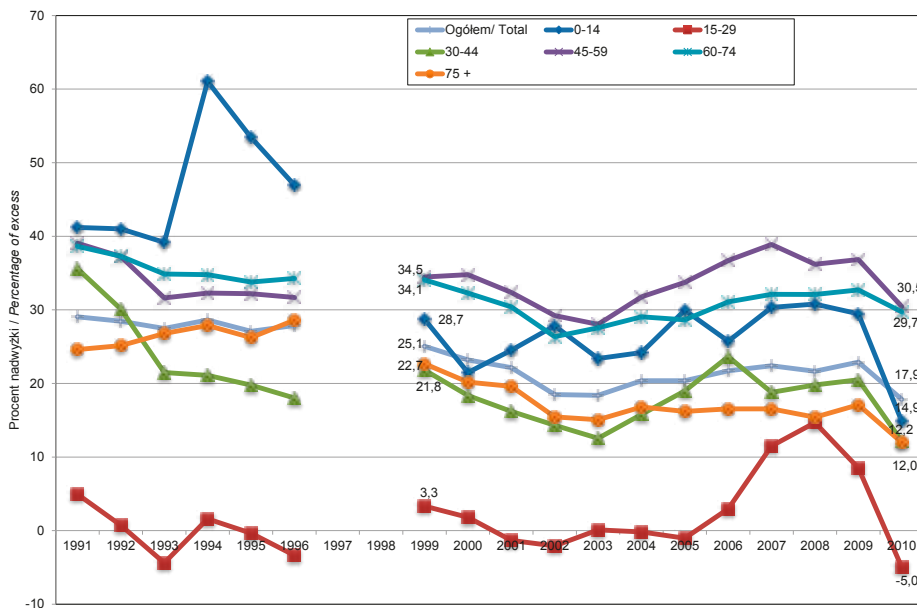
¹współczynniki na 100 tys. żywych urodzeń / rates per 100 000 live births

Tabela 2.1b. Współczynniki zgonów KOBIEŃ według wieku w wybranych latach 1970-2010 (na 100 tys. kobiet danej grupy wieku)
 Table 2.1b. Death rates of FEMALES by age in selected years 1970-2010 (per 100 000 women of given age)

Wiek / Age	1970	1980	1991	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0 ¹	3212	2199	1301	734	696	683	638	614	585	528	537	514	508	454
1-4	94	69	47	27	28	26	21	22	25	25	22	24	21	20
5-14	33	28	23	14	15	16	14	13	14	14	13	11	14	11
15-19	43	36	38	29	27	29	26	26	24	25	26	29	25	21
20-34	65	62	60	40	36	36	36	35	34	33	35	33	34	29
35-44	173	175	177	135	130	124	119	117	116	117	107	106	103	97
45-54	394	428	427	357	349	341	334	341	337	339	335	329	325	308
55-64	1024	971	1024	830	792	756	751	729	729	731	745	735	735	704
65-74	3038	2815	2606	2165	2072	1977	1966	1876	1827	1774	1752	1720	1698	1665
>75	9939	10125	10454	8837	8451	8098	8143	7751	7695	7437	7424	7418	7527	7319

¹współczynniki na 100 tys. żywych urodzeń / rates per 100 000 live births

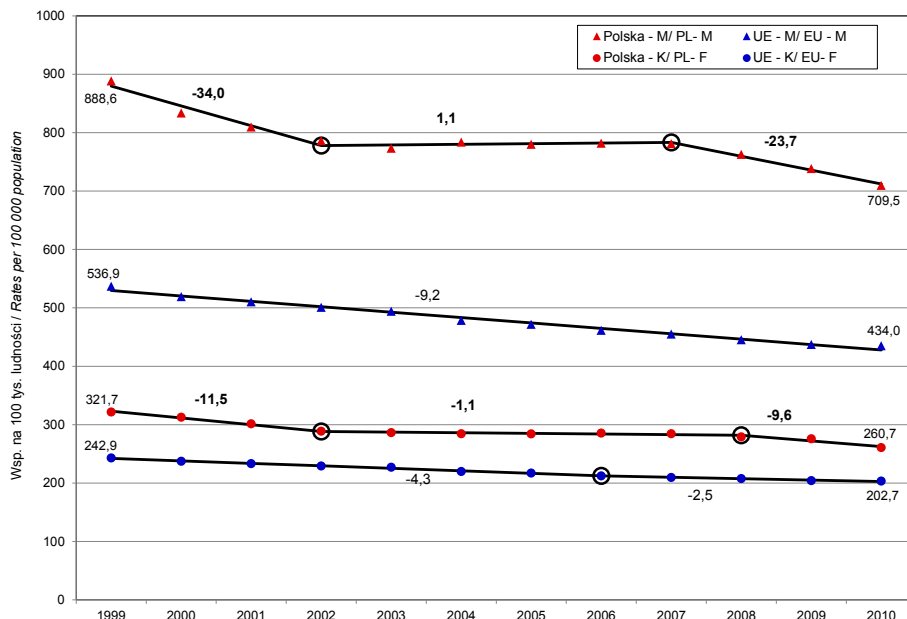
w 2010 r. i zmniejszenie nadumieralności polskich mężczyzn w stosunku do rówieśników w UE we wszystkich grupach wieku. Natomiast wśród kobiet różnice poziomu umieralności w Polsce i UE w grupach wieku są mniejsze niż w przypadku mężczyzn i nadwyżka umieralności Polek w porównaniu z ogółem mieszkanki UE również wyraźnie zmniejszyła się w roku 2010 (ryc. 2.14b). Największa, około 30%, jest w grupach wieku 45-59 i 60-74 lata natomiast umieralność młodych kobiet w wieku 15-29 lat była w Polsce w 2010 r. niższa niż przeciętna w UE.



Ryc. 2.14b. Nadwyżka (%) umieralności kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE27 w grupach wieku w latach 1991-2010 (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.14b. Excess (%) mortality of females in Poland in relation to average level in EU27 countries by age groups, 1991-2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Obserwując dynamikę współczynników umieralności ogółem w grupie wieku 25-64 lata w Polsce i UE w latach 1999-2010 należy zwrócić uwagę na odwrócenie niekorzystnego trendu stabilizacji współczynników zgonów mężczyzn w Polsce w latach 2002-2007 (ryc. 2.15). Obserwowane ostatnio (2008-2010) przeciętne roczne tempo spadku 23,7 zgonów/100 tys. mężczyzn jest wyraźnie większe od przeciętnego dla ogółu krajów UE (9,3/100 tys.). Jednak różnica poziomów umieralności jest tak znaczna, że przy obecnym tempie spadku umieralności w Polsce obecny średni poziom umieralności w krajach UE osiągniemy około roku 2022. Również tempo spadku umieralności kobiet w Polsce zwiększyło się w latach 2009-2010 i jeżeli utrzyma się na tym poziomie to obecny średni poziom umieralności w krajach UE polskie kobiety osiągną ok. roku 2016.



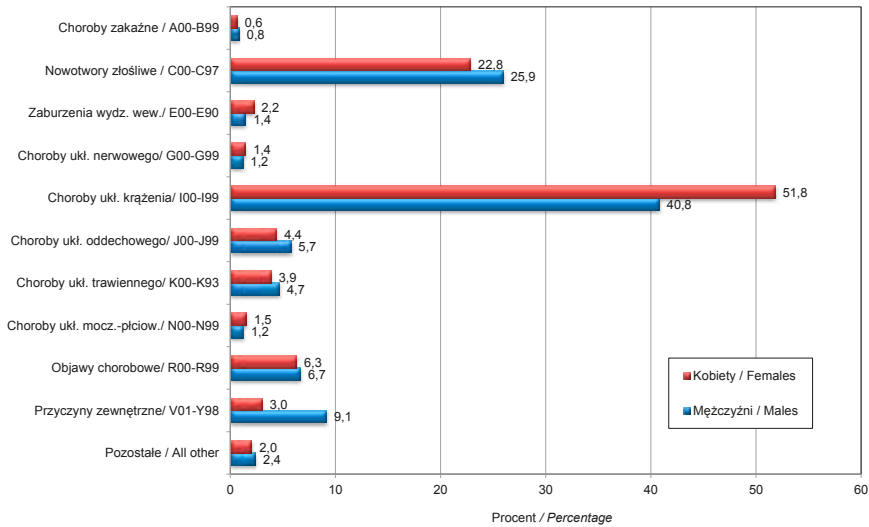
Ryc. 2.15. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.15. Age-standardized total death rates of males (M) and females (F) 25-64 years old in Poland and average for EU27 countries in years 1991–2010 – their trends and mean annual decrease (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

2.5. Umieralność według przyczyn

Dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia, a następnie nowotwory złośliwe (ryc. 2.16). W 2010 r. były one odpowiedzialne za 70,4% wszystkich zgonów, odpowiednio za 46,0% zgonów w przypadku chorób układu krążenia (40,8% zgonów mężczyzn i 51,8% zgonów kobiet) i 24,5% zgonów w przypadku nowotworów (25,9% zgonów mężczyzn i 22,8% zgonów kobiet). Pozostałe przyczyny o bardziej istotnym znaczeniu tzn. zewnętrzne przyczyny zgonów, choroby układu oddechowego, układu trawiennego, oraz objawy i stany niedokładnie określone odpowiadały za dalsze 22,1% wszystkich zgonów.

Znaczenie poszczególnych grup chorób jako przyczyny zgonów zmienia się wraz z wiekiem (ryc. 2.17a i 2.17b, tabela 2.2). W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że pierwsza połowa życia jest przede wszystkim zagrożona przyczynami zewnętrznymi (w przypadku najmniejszych dzieci problemami związanymi z okresem okołoporodowym) a druga chorobami układu krążenia i nowotworami złośliwymi, przy czym w przypadku kobiet w średnim wieku wyraźna jest dominacja zagrożenia życia chorobami nowotworowymi.



Ryc. 2.16. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2010 r. (dane GUS)

Fig. 2.16. Proportion of deaths from main causes by sex in Poland 2010 (CSO data)

Tabela 2.2. Udział zgonów z powodu głównych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów wg grup wieku zmarłych, Polska 2010

Table 2.2. Percentage of total deaths by age of the deceased and main groups of causes in Poland, 2010

Grupy wieku / Age groups									
0-4 lata/ 0-4 years	5-14	15-24	25-44	45-64	65 lat i więcej/ 65 and more	Ogółem / Total			
P	44,4	VY 36,5	VY 69,2	VY 37,1	C 34,8	I 54,1	I	46,0	
Q	32,8	C 19,7	C 7,3	I 17,1	I 30,0	C 21,8	C	24,5	
VY	4,5	GH 11,0	I 5,6	C 14,7	VY 10,1	R 5,8	R	6,5	
R	3,8	Q 9,7	R 5,2	R 10,4	R 7,8	J 5,8	VY	6,2	
J	3,6	J 6,5	GH 3,8	K 9,0	K 6,7	K 3,2	J	5,1	
AB	2,7	I 4,7	J 2,8	J 2,8	J 3,6	VY 2,4	K	4,3	
C	2,3	R 3,6	K 1,7	GH 2,2	E 1,6	E 2,0	E	1,8	

AB - Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)

C - Nowotwory złośliwe (C00-C97)

E - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)

GH - Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (G00-H95)

I - Choroby układu krążenia (I00-I99)

J - Choroby układu oddechowego (J00-J99)

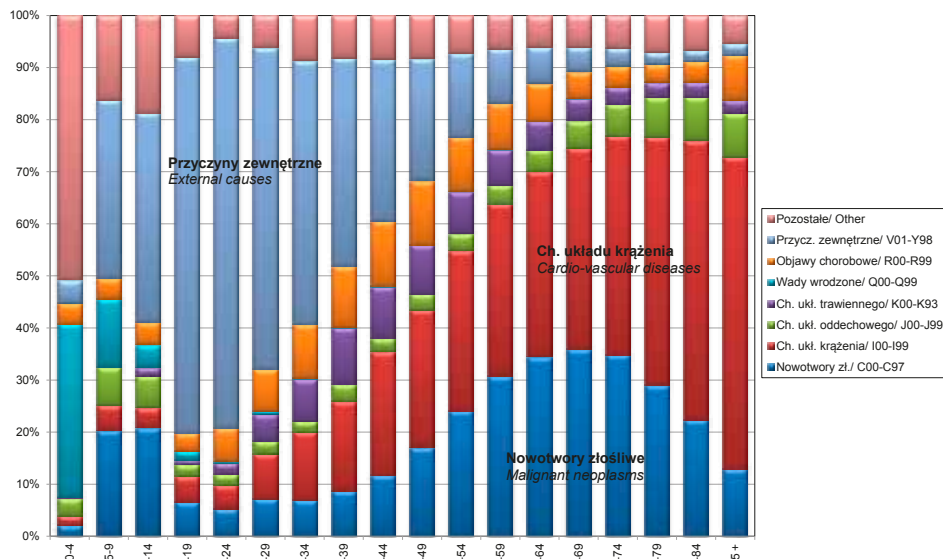
K - Choroby układu trawiennego (K00-K93)

P - Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00-P96)

Q - Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)

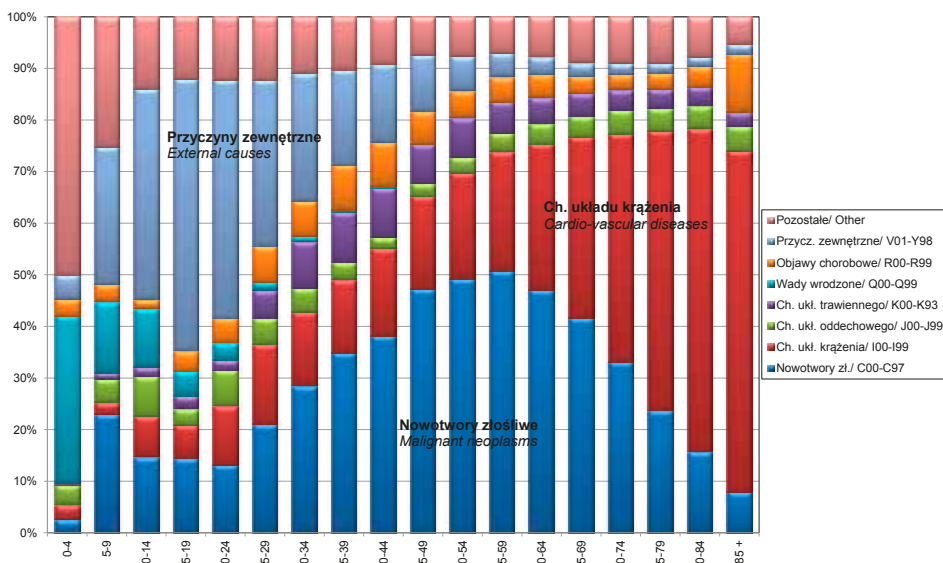
R - Objawy, cechy chorobowe, przyczyny nieokreślone (R00-R99)

VY - Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)



Ryc. 2.17a. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 2010 r. (na podstawie danych GUS)

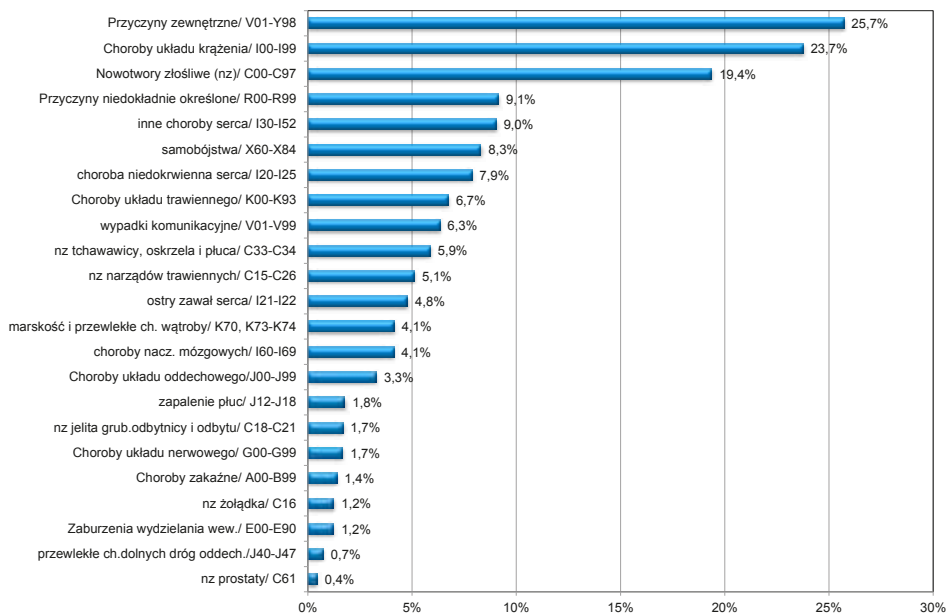
Fig. 2.17a. Proportion of deaths from main causes in all deaths by 5-year age groups – males, 2010 (based on CSO data)



Ryc. 2.17b. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wieku w 2010 r. (na podstawie danych GUS)

Fig. 2.17b. Proportion of deaths from main causes in all deaths by 5-year age groups – females, 2010 (based on CSO data)

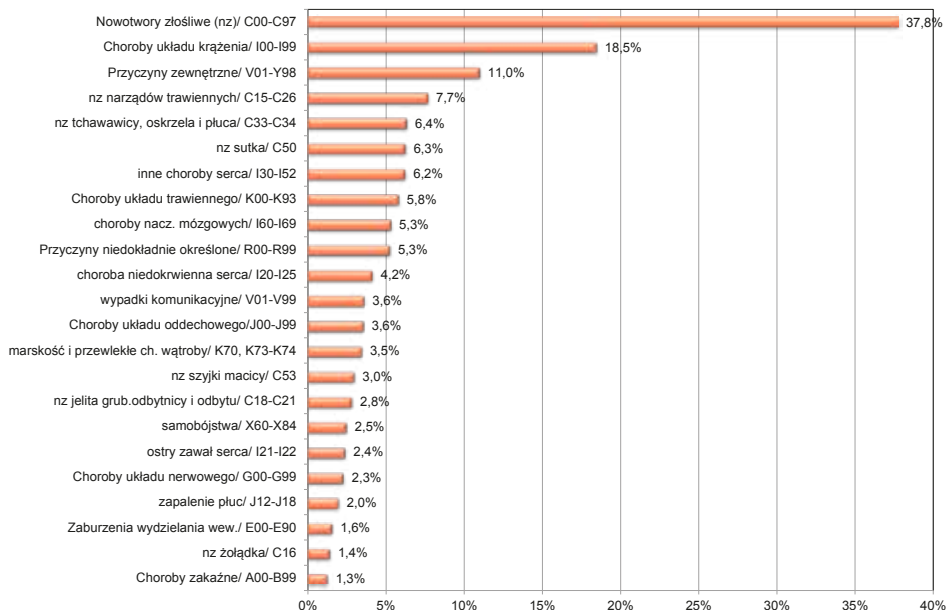
Jeżeli przyjąć, że zgon przed dożyciem wieku 70 lat jest przedwczesnym to jego fakt powoduje utratę takiej liczby potencjalnych lat życia (PYLL – Potential Years of Life Lost) jaka wynika z różnicy między wiekiem zgonu i 70 latami. I tak na przykład mężczyzna który zmarł w 2010 r. w wieku 20 lat utracił 50 lat potencjalnego dalszego trwania życia a kobieta, która zmarła w wieku 65 lat utraciła 5 lat. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie, niż w wieku starszym. Uwzględniając ten fakt można obliczyć w jakim stopniu poszczególne przyczyny zgonów przyczyniają się do straty potencjalnych lat życia przez mieszkańców Polski. Wśród mężczyzn po około jedna czwarta PYLL jest spowodowana zgonami z powodu przyczyn zewnętrznych oraz chorób układu krążenia a jedna piąta z powodu chorób nowotworowych (ryc. 2.18a). Aż blisko 10% PYLL wynika ze zgonów, których przyczyny są niedokładnie określone. Trzeba podkreślić, że mężczyźni tracą więcej potencjalnych lat życia z powodu samobójstw, niż z powodu chorób układu trawiennego ogółem, czy też wypadków komunikacyjnych. Natomiast w przypadku kobiet zdecydowanie dominującą przyczyną utraconych lat życia są nowotwory złośliwe, które odpowiadają za blisko 40% PYLL, natomiast choroby układu krążenia mają znaczenie o połowę mniejsze (ryc. 2.18b). Warto zwrócić uwagę, że rak płuca powoduje wśród kobiet większą utratę potencjalnych lat życia, niż rak sutka czy choroba niedokrwienna serca.



Ryc. 2.18a. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn w 2010 r. (obliczenia własne)

Fig. 2.18a. Potential years of life lost (PYLL) due to main causes of death in Poland - males, 2010 (authors' own calculation)

Poniżej omówiono bardziej dokładnie umieralność spowodowaną najważniejszymi przyczynami zgonów w Polsce, pokazano zróżnicowanie pomiędzy mężczyznami i kobietami, mieszkańcami miast i wsi oraz pomiędzy województwami. Dla wybranych przyczyn pokazano także różnice w zagrożeniu życia, jakie powodują one wśród mieszkańców Polski



Ryc. 2.18b. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia kobiet w 2010 r. (obliczenia własne)

Fig. 2.18b. Potential years of life lost (PYLL) due to main causes of death in Poland - females, 2010 (authors' own calculation)

w porównaniu z ogółem mieszkańców Unii Europejskiej. Dla umożliwienia lepszego porównania natężenia zgonów w różnych latach, a także w różnych populacjach np. mężczyzn i kobiet, mieszkańców miast i wsi, mieszkańców różnych województw, przeprowadzono standaryzację współczynników względem wieku. Ale przedstawione zostały także rzeczywiste współczynniki zgonów w Polsce w 2010 r. gdyż to one pokazują, jakie w tym roku było faktyczne zagrożenie życia związane z daną grupą chorób.

2.6. Umieralność z powodu chorób układu krążenia

Po roku 1991 znaczenie chorób układu krążenia (ChUK) jako przyczyny zgonów pomału zmniejsza się, zarówno jeśli chodzi o ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów, jak i natężenie umieralności z ich powodu (tabela 2.3a i 2.3b). Według naszych szacunków wydłużenie życia ludności Polski jakie obserwujemy w latach 1991-2010 w 51% w przypadku mężczyzn i 61% w przypadku kobiet jest wynikiem spadku umieralności z powodu ChUK. Cały jednak czas choroby te są największym zagrożeniem życia Polaków. W roku 2010 zmarły w Polsce z ich powodu 174003 osoby, tzn. 456 na każde 100 tys. ludności.

Wprawdzie częściej z powodu ChUK umierają kobiety niż mężczyźni (w 2010 r. współczynniki rzeczywiste dla obu grup wynosiły odpowiednio 469 i 442 na 100 tys.) ale wynika to ze starszej struktury wieku kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w obu strukturach wieku okazuje się, że choroby te są znacznie większym zagrożeniem życia mężczyzn gdyż standaryzowany współczynnik zgonów w 2010 r. dla mężczyzn był o 69% wyższy niż dla kobiet (tabela 2.4 i 2.5).

Tabela 2.3a. Umieralność MEŻCZYŻN według głównych przyczyn w wybranych latach 1980-2010
 Table. 2.3a. Deaths of MALES by main groups of causes in selected years 1980-2010

Przyczyna zgonu (ICD-10) / Causes of deaths	1980	1991	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. mężczyzn / Age-adjusted death rates per 100 000 men														
Nowotwory zł. (C00-C97)	259,6	296,9	297,7	300	302,4	307	301,1	302,8	296	293,6	290,8	284,3	279,9	271,1
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	737,9	797,1	670,5	561,3	545	531,4	535,9	510,2	492,8	480,2	472,5	463,7	464,8	439,7
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	102,1	72	61,3	70,9	61,2	61,8	66,8	65,1	68,9	66,8	68,3	65,4	67,4	61,9
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	55,9	48,4	47	51,6	49,3	50,6	49,9	52,1	54,8	51,8	53,6	53,6	51,5	48,6
Objawy chorob. (R00-R99)	127,8	109,7	119,7	91	84,4	83,3	84,6	84,9	85,2	82,1	84,6	79,0	73,9	72,3
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)		139,6	115,4	104,6	101,3	103,5	101,7	101,9	102,5	101,1	99,4	100,8	95,8	93,7
Procentowy udział w zgonach mężczyzn ogółem / Percentage of total deaths of males														
Nowotwory zł. (C00-C97)	17,5	19,5	22,1	24,6	25,5	26,2	25,8	26,4	25,9	26,1	25,9	25,8	25,7	25,9
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	44,5	48,3	45,7	42,8	42,9	41,8	42	41,1	40,3	40,2	39,9	40,3	41,0	40,8
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	6,6	4,5	4,2	5,4	4,8	4,9	5,3	5,2	5,6	5,6	5,8	5,7	6,0	5,7
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	3,8	3,2	3,6	4,3	4,2	4,4	4,3	4,6	4,9	4,7	4,8	4,9	4,7	4,7
Objawy chorob. (R00-R99)	6,6	6,5	8	7	6,7	6,7	6,7	6,8	7	7	7,3	6,8	6,5	6,7
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)		10,9	9,9	9,7	9,6	9,9	9,6	9,7	9,8	9,6	9,4	9,6	9,1	9,1

Tabela 2.3b. Umieralność KOBIET według głównych przyczyn w wybranych latach 1980-2010
 Table 2.3b Deaths of FEMALES by main groups of causes in selected years 1980-2010

Przyczyna zgonu (ICD-10) / Causes of deaths	1980	1991	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. kobiet / Age-adjusted death rates per 100 000 women														
Nowotwory zł. (C00-C97)	149,8	155,2	155,7	158,6	158	156,6	157,7	155	155,5	154,9	154,5	152,1	150,1	146,9
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	463,8	476	419,5	355,9	346	328,8	330,9	314,2	304,1	291,9	285,4	277,2	275,9	259,9
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	38,3	24,7	24,1	31,1	25,2	23,5	26,6	24,4	26,5	25	25,1	24,8	26,4	23,8
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	29,9	24,9	23,2	25,5	25,8	25,2	25,3	25,5	25,9	25,6	25,4	25,5	24,6	23,2
Objawy chorob. (R00-R99)	89,6	65	72,9	49,3	45,8	42	42,6	41,6	40	35,6	36,6	35,5	33,9	33,8
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)		37,9	32,4	29,7	28,2	28,2	26,5	25,6	26	24,9	23,8	24,1	22,3	20,7
Procentowy udział w zgonach kobiet ogółem /Percentage of total deaths of females														
Nowotwory zł. (C00-C97)	16,5	16,9	18,5	21,2	21,8	22,3	22,4	22,8	22,9	23,3	23,2	23,1	22,6	22,8
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	52,6	57,9	55,6	53,1	53,5	53,1	53,1	52,6	51,9	51,8	51,8	51,6	52,1	51,8
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	4,4	2,9	3,1	4,5	3,8	3,7	4,2	4	4,4	4,3	4,4	4,4	4,7	4,4
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	3,4	2,8	2,9	3,6	3,7	3,8	3,8	4	4,1	4,1	4,0	4,0	3,9	3,9
Objawy chorob. (R00-R99)	9,4	7,8	9,6	7,1	6,8	6,4	6,3	6,3	6,2	5,7	5,9	6,0	5,9	6,3
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)		4,2	3,9	3,9	3,8	3,9	3,6	3,6	3,6	3,5	3,3	3,4	3,1	3,0

Tabela 2.4 Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2009-2010 (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.4. Crude death rates by sex and causes of deaths, 2009 and 2010 (per 100 000 population)

Przyczyny zgonów (ICD-10) / Causes of death (ICD-10)	Ogółem / Total		Mężczyźni / Males		Kobiety / Females	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Razem / Total	1008,9	991,2	1106,3	1083,6	918,0	905,0
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	7,3	7,3	9,0	9,1	5,7	5,7
gruźlica (A15-A19)	1,9	6,6	3,2	8,1	0,8	5,1
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	244,5	242,5	284,4	281,0	207,3	206,6
nowotwór zł. żołądka (C16)	14,0	14,0	18,8	18,9	9,5	9,5
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	27,5	28,3	31,2	32,3	24,1	24,6
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	58,6	58,6	89,0	87,9	30,2	31,3
nowotwór zł. sutka (C50)	13,9	13,8	0,4	0,3	26,6	26,5
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	4,6	4,5	0,0	0,0	8,9	8,8
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	10,6	10,3	21,9	21,4	0,0	0,0
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	18,7	18,0	16,4	15,7	20,9	20,1
Choroby układu krążenia (I00-I99)	466,4	455,7	453,8	441,8	478,2	468,7
choroba nadciśnieniowa (I10-I16)	16,2	16,4	14,2	14,2	18,1	18,4
choroba niedokrwienna serca (I20-I25)	125,2	120,0	137,9	134,9	113,4	106,2
ostry zawał serca (I21-I22)	49,4	46,5	62,2	59,7	37,4	34,3
inne choroby serca (I26-I51)	133,3	134,9	136,9	137,3	129,9	132,7
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	95,3	93,2	86,4	83,1	103,7	102,5
miażdżycy (I70)	87,0	82,2	67,3	61,5	105,4	101,5
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	54,1	50,6	66,3	62,3	42,8	39,7
zapalenie płuc (J12-J18)	25,3	25,0	26,9	27,7	23,7	22,5
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	22,4	18,8	31,5	26,2	13,9	11,8
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	44,0	42,5	52,5	50,6	36,1	35,0
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	19,3	16,2	27,9	24,2	11,3	8,8
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	13,2	13,5	13,2	13,3	13,2	13,6
niewydolność nerek (N17-N19)	12,2	12,3	12,2	12,3	12,1	12,4
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	62,6	64,2	71,9	72,1	53,9	56,7
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	63,4	61,9	100,6	98,8	28,7	27,3
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	13,2	11,9	20,9	19,1	5,9	5,1
upadki (W00-W19)	9,3	9,8	10,8	11,2	7,9	8,6
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	17,0	16,6	30,0	29,9	4,8	4,2

Tabela 2.5. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2009 i 2010 (na 100 tysięcy ludności)

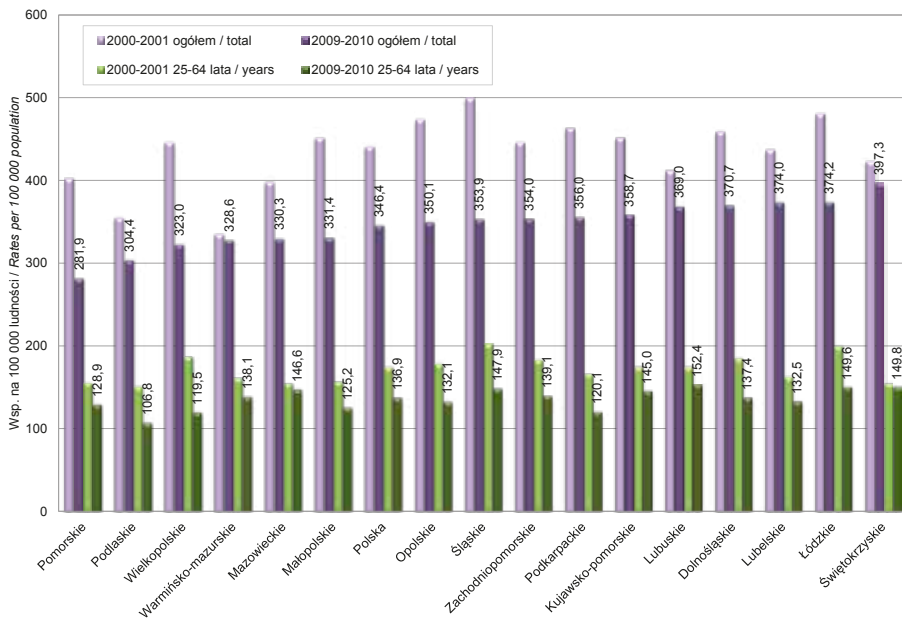
Table 2.5. Age-standardized death rates by sex and causes of deaths, 2009 and 2010 (per 100 000 population)

Przyczyny zgonów (ICD-10) / Causes of death (ICD-10)	Ogółem / Total		Mężczyźni / Males		Kobiety / Females	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Razem / Total	809,7	775,0	1112,1	1064,5	583,9	556,9
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	6,3	6,2	8,9	8,8	4,2	3,9
gruźlica (A15-A19)	1,7	5,5	3,1	7,9	0,5	3,5
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	201,8	196,5	279,9	271,1	150,1	146,9
nowotwór zł. żołądka (C16)	11,4	11,2	18,4	18,2	6,5	6,4
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	21,9	22,2	30,8	31,3	16,1	16,2
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	49,4	48,7	86,8	84,5	23,1	23,6
nowotwór zł. sutka (C50)	11,7	11,4	0,4	0,3	20,3	19,8
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	4,0	3,9	0,0	0,0	7,3	7,1
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	8,0	7,6	22,2	20,9	0,0	0,0
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	14,6	13,7	16,3	15,2	12,9	12,1
Choroby układu krążenia (I00-I99)	356,3	336,8	464,8	439,7	275,9	259,9
choroba nadciśnieniowa (I10-I16)	12,6	12,2	14,4	13,9	10,7	10,4
choroba niedokrwienności serca (I20-I25)	96,9	90,6	139,6	132,7	66,1	59,8
ostry zawał serca (I21-I22)	39,6	36,7	61,7	57,9	23,2	20,7
inne choroby serca (I26-I51)	103,5	101,4	139,5	136,3	76,4	74,9
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	72,4	68,7	87,3	81,8	60,9	58,4
miażdżycy (I70)	63,3	56,8	72,8	64,4	56,8	51,8
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	41,9	38,2	67,4	61,9	26,4	23,8
zapalenie płuc (J12-J18)	19,4	18,7	28,1	28,3	14,0	12,9
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	17,1	14,0	31,4	25,4	8,8	7,4
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	37,0	34,9	51,5	48,6	24,6	23,2
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	17,6	14,6	27,0	22,9	9,5	7,4
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	10,1	9,9	13,7	13,2	8,1	7,9
niewydolność nerek (N17-N19)	9,2	9,0	12,6	12,2	7,3	7,1
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	52,5	51,8	73,9	72,3	33,9	33,8
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	57,4	55,5	95,8	93,7	22,3	20,7
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	12,1	11,0	19,6	17,9	5,2	4,5
upadki (W00-W19)	7,5	7,6	11,0	11,1	4,6	4,7
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	15,8	15,4	28,3	28,0	4,3	3,8

Warto jeszcze raz zwrócić uwagę, że choroby układu krążenia dominują jako przyczyna zgonu ogółu Polaków dopiero w wieku powyżej 64 lat (powyżej 44 lat wśród mężczyzn i 69 lat wśród kobiet) (tabela 2.2, ryc. 2.17a i 2.17b). Ustępują one bowiem w młodszym wieku przyczynom zewnętrznym w przypadku mężczyzn, natomiast w przypadku kobiet w wieku 30-69 lata nowotworom, a w młodszym wieku, podobnie jak wśród mężczyzn, przyczynom zewnętrznym.

Główną rolę wśród chorób układu krążenia odgrywają: choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca (w 2010 r. 45,8 tys. zgonów w tym zawał 17,8 tys., a więc odpowiednio 26% i 10% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych), choroby naczyń mózgowych (35,6 tys. zgonów, 20% całej grupy), zespół sercowo-płucny i inne choroby serca (51,5 tys. zgonów, 30%) oraz miażdżyca (31,4 tys. zgonów, 18%). Warto podkreślić fakt, że inne choroby serca są już częstszą niż choroba niedokrwienna przyczyną zgonu Polaków. Dla wszystkich tych przyczyn standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów w 2010 r. zmniejszyły się w stosunku do roku poprzedniego (tabela 2.5) a ten obiektywny spadek zagrożenia życia ChUK znalazł też odbicie w faktycznym, pomimo starzenia się populacji, zmniejszeniu rozmiaru poważnych problemów zdrowotnych związanych z ChUK na co wskazuje spadek współczynników rzeczywistych (tabela 2.4).

Na choroby układu krążenia częściej umierają mieszkańcy wsi, niż miast i nie wynika to wyłącznie z ich starszej struktury wieku (tabela 2.6 i 2.7). Trzeba zwrócić uwagę, że nawet w przypadku choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału serca, która do niedawna była większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi, umieralność na wsi jest obecnie wyższa niż w miastach.



Ryc. 2.19a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (100-199) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010
 Fig. 2.19a. Age-standardized annual death rates from diseases of the circulatory system (100-199) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Tabela 2.6. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2010 r. (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.6. Crude death rates by sex, place of residence and causes of deaths, 2010 (per 100 000 population)

Przyczyny zgonów (ICD-10) / Causes of death (ICD-10)	Ogółem / Total		Mężczyźni / Males		Kobiety / Females	
	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas
Razem / Total	981,0	1007,1	1076,3	1094,3	895,1	920,9
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	8,2	6,1	10,3	7,3	6,2	4,9
gruźlica (A15-A19)	7,2	5,6	9,0	6,7	5,5	4,5
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	257,2	219,8	291,3	265,8	226,5	174,5
nowotwór zł. żołądka (C16)	14,2	13,7	19,3	18,2	9,6	9,3
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	30,7	24,7	35,0	28,3	26,8	21,1
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	61,4	54,3	88,1	87,5	37,4	21,4
nowotwór zł. sutka (C50)	15,7	11,0	0,4	0,3	29,5	21,6
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	5,1	3,6	0,0	0,0	9,8	7,2
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	10,3	10,4	21,7	20,9	0,0	0,0
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	18,5	17,3	17,0	13,8	19,8	20,7
Choroby układu krążenia (I00-I99)	430,0	495,5	427,0	463,7	432,7	526,9
choroba nadciśnieniowa (I10-I16)	14,8	18,7	13,5	15,1	16,0	22,3
choroba niedokrwienności serca (I20-I25)	119,4	121,0	136,7	132,2	103,8	110,0
ostry zawał serca (I21-I22)	46,5	46,6	60,3	58,7	34,1	34,6
inne choroby serca (I26-I51)	126,4	148,0	131,3	146,1	122,0	149,9
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	87,7	101,6	79,7	88,2	94,9	114,8
miażdżycy (I70)	71,9	98,0	54,1	72,5	88,0	123,3
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	49,2	52,9	58,0	68,7	41,2	37,4
zapalenie płuc (J12-J18)	25,8	23,8	28,7	26,3	23,1	21,4
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	16,3	22,5	20,6	34,3	12,5	10,8
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	46,6	36,2	55,8	42,9	38,4	29,6
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	19,2	11,7	28,1	18,4	11,2	5,0
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	13,5	13,5	13,4	13,3	13,6	13,7
niewydolność nerek (N17-N19)	12,2	12,5	12,2	12,5	12,2	12,6
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	64,3	63,9	74,0	69,3	55,7	58,5
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	56,7	69,9	88,5	114,1	28,0	26,3
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	9,6	15,4	15,1	25,2	4,7	5,7
upadki (W00-W19)	9,5	10,3	10,7	11,9	8,5	8,7
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	14,0	20,7	24,8	37,2	4,2	4,3

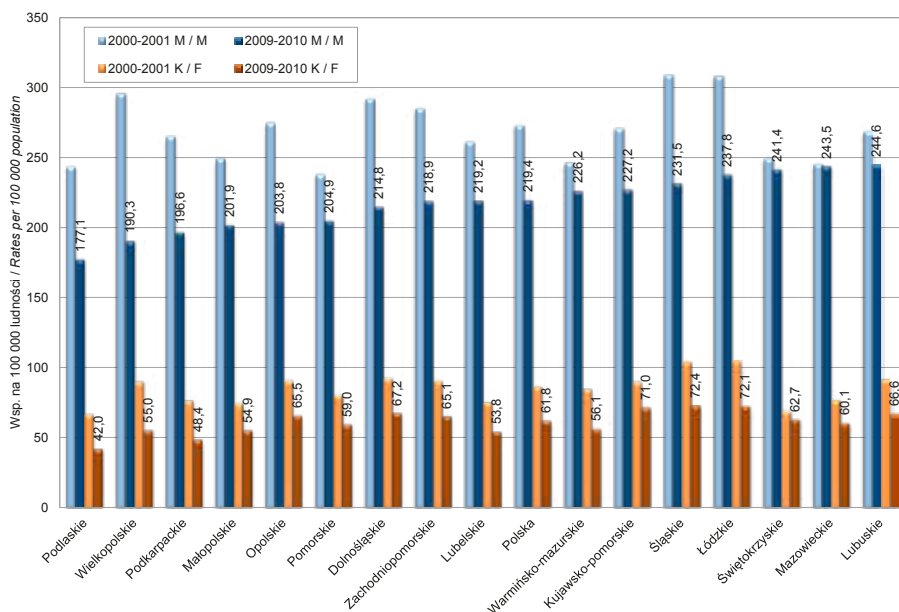
Tabela 2.7. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz wybranych przyczyn w 2010 r. (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.7. Age-adjusted death rates by sex, place of residence and causes of deaths, 2010 (per 100 000 population)

Przyczyny zgonów (ICD-10) / Causes of deaths (ICD-10)	Ogółem / Total		Mężczyźni / Males		Kobiety / Females	
	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas
Razem / Total	751,1	813,3	1025,4	1125,0	552,7	560,6
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	6,7	5,3	9,7	7,5	4,3	3,4
gruźlica (A15-A19)	5,8	4,9	8,5	6,8	3,8	3,2
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	199,6	191,9	269,9	274,0	155,3	132,2
nowotwór zł. żołądka (C16)	10,9	11,8	17,8	18,8	6,4	6,4
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	23,2	20,6	32,7	29,1	17,2	14,4
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	48,3	49,7	80,7	91,0	26,6	18,1
nowotwór zł. sutka (C50)	12,4	9,7	0,3	0,3	21,0	17,6
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	4,2	3,3			7,6	6,4
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	7,4	8,0	20,8	21,2		
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	13,7	13,6	15,9	14,0	11,8	12,6
Choroby układu krążenia (I00-I99)	314,4	372,4	413,0	480,1	243,1	286,4
choroba nadciśnieniowa (I10-I16)	11,0	14,3	12,8	15,7	9,2	12,4
choroba niedokrwienna serca (I20-I25)	88,3	94,5	130,3	136,4	58,8	61,3
ostry zawał serca (I21-I22)	35,5	38,9	56,4	60,4	20,5	21,1
inne choroby serca (I26-I51)	94,0	113,2	126,8	150,8	69,7	83,1
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	63,8	76,7	75,9	90,8	54,4	64,8
miażdżyca (I70)	50,1	67,0	56,2	76,5	46,1	60,5
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	36,6	41,1	56,6	70,4	24,6	22,5
zapalenie płuc (J12-J18)	19,2	18,1	29,0	27,2	13,4	12,2
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	12,0	17,5	19,5	34,8	7,7	6,9
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	37,2	30,8	51,8	43,4	25,5	18,9
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	16,4	11,4	25,6	18,6	9,0	4,4
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	9,7	10,2	13,1	13,6	7,8	8,1
niewydolność nerek (N17-N19)	8,8	9,4	11,9	12,7	7,0	7,4
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	51,2	52,5	72,0	72,5	33,9	33,1
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	49,4	65,5	82,2	111,6	20,9	20,2
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	8,6	14,6	13,8	23,9	3,9	5,3
upadki (W00-W19)	7,3	8,2	10,4	12,3	4,8	4,6
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	12,6	20,1	22,8	36,2	3,6	4,1

Obserwuje się znaczne zróżnicowanie między wojewódzkie zagrożenia życia **chorobami układu krążenia ogółem** (ryc. 2.19a i aneks ryc. 1 i 2). W latach 2009-2010 poziom umieralności był najniższy w woj. Pomorskim, a najwyższy w woj. świętokrzyskim (wyższy o 41%). Należy podkreślić, że mieszkańcy woj. łódzkiego są bardziej zagrożeni chorobami układu krążenia niż mieszkańcy innych województw w całym okresie lat 2000. W ciągu ostatnich 10 lat (2000/2001-2009/2010) umieralność z powodu ChUK zmniejszyła się w Polsce o 21% przy czym najbardziej w woj. pomorskim (o 30%) i śląskim (29%) a najmniejsza poprawa nastąpiła w woj. warmińsko-mazurskim (spadek tylko o 2%) oraz świętokrzyskim (spadek o 6%). Trzeba jednak zauważyć, że w woj. warmińsko-mazurskim tak niewielki spadek mógł być spowodowany zjawiskiem korzystnym tzn. poprawą orzecznictwa o przyczynach zgonów, gdyż w ciągu tego okresu bardzo spadła liczba zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (patrz dalej).

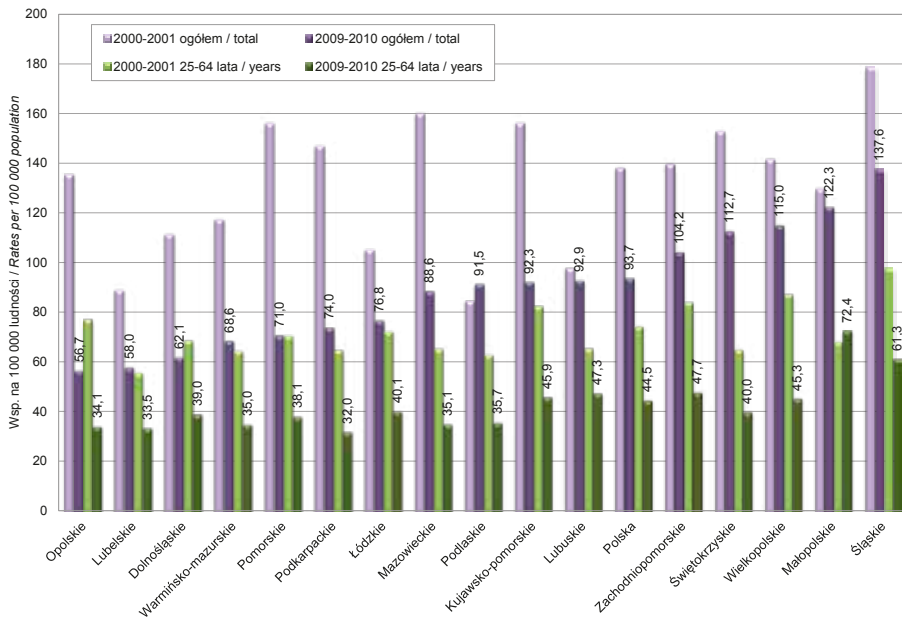
Umieralność przedwczesna tzn. osób w wieku 25-64 lata jest od szeregu lat na najniższym poziomie w woj. Podlaskim, natomiast w woj. łódzkim jej poziom należy do najwyższych. W ostatnich dziesięciu latach zagrożenie życia spowodowane ChUK w tej grupie wieku zmniejszyło się wyraźnie, praktycznie we wszystkich województwach z wyjątkiem świętokrzyskiego, gdzie spadek współczynnika zgonów wyniósł zaledwie 3% podczas gdy w woj. wielkopolskim wyniósł aż 36% (w całym kraju 21%). Warto zwrócić uwagę na fakt, że w woj. mazowieckim, warmińsko-mazurskim i lubuskim znacznemu spadkowi umieralności kobiet towarzyszył tylko niewielki spadek umieralności mężczyzn (w woj. mazowieckim o niecały jeden procent) (ryc. 2.19b).



Ryc. 2.19b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

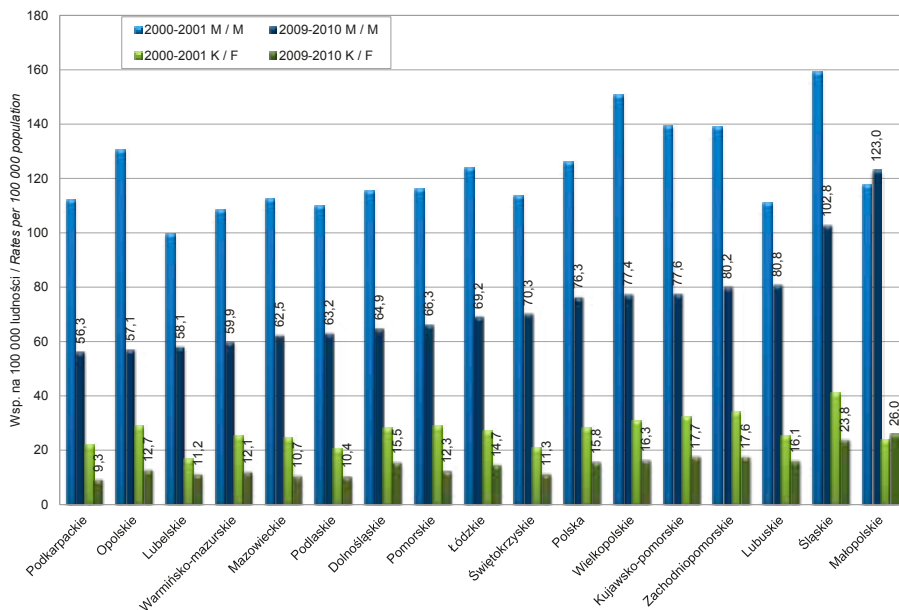
Fig. 2.19b. Age-standardized annual death rates from diseases of the circulatory system (I00-I99) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Choroba niedokrwienna serca (ChNS) (I20-I25) od szeregu lat zdecydowanie najbardziej zagraża życiu mieszkańców woj. Śląskiego, natomiast ponad dwukrotnie mniejsze zagrożenie stanowi w woj. opolskim, lubelskim i dolnośląskim z tym, że w woj. opolskim nastąpiła duża poprawa w stosunku do początku lat 2000. (współczynnik zgonów obniżył się o 58%) (ryc. 2.20a). Przy powszechnej tendencji spadkowej natężenia zgonów w analizowanym okresie (poziom umieralności w całym kraju zmniejszył się o ok. 1/3) zwraca uwagę wzrost umieralności ogółu mieszkańców w woj. podlaskim (o 8%) przy równoczesnym wyraźnym spadku umieralności przedwczesnej w wieku 25-64 lata. Wynika to ze wzrostu o 40% umieralności osób w wieku 65 lat i starszych w tym województwie (jest to jedno z dwóch województw gdzie umieralność z powodu ChNS osób starszych wzrosła; w mniejszym stopniu wystąpiło to także w woj. lubuskim).



Ryc. 2.20a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca (I20-I25) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010
 Fig. 2.20a. Age-standardized annual death rates from ischaemic heart diseases (I20-I25) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Umieralność przedwczesna z powodu ChNS jest w ostatnich latach najwyższa w woj. małopolskim i jest to jedyne województwo gdzie jej poziom jest obecnie wyższy niż na początku lat 2000. W całym kraju nastąpił spadek o 40% przy czym w woj. opolskim i podkarpackim wyniósł ponad 50%. Wciąż do najwyższych należy umieralność przedwczesna mieszkańców woj. śląskiego. We wszystkich województwach spadek umieralności mężczyzn i kobiet był podobny (ryc. 2.20b).



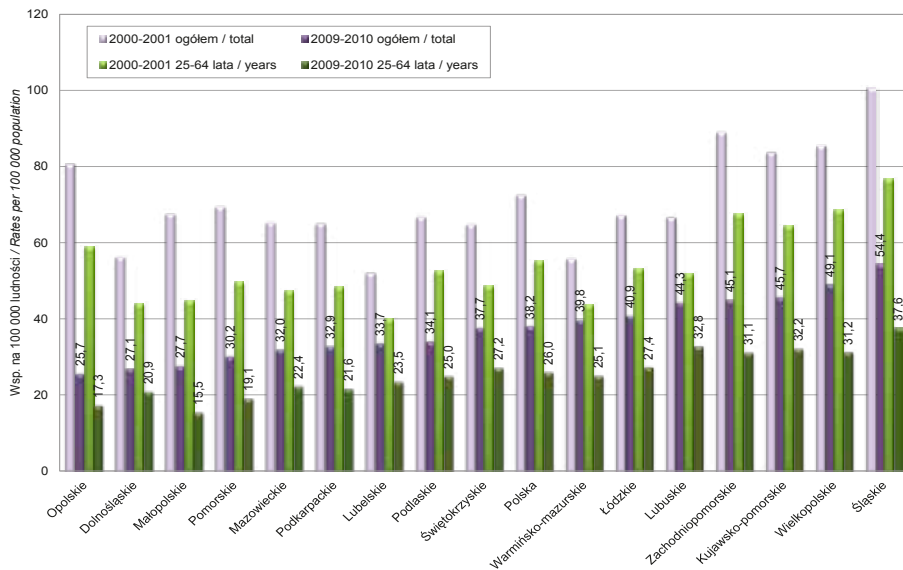
Ryc. 2.20b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca (I20-I25) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.20b. Age-standardized annual death rates from ischaemic heart diseases (I20-I25) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Ostry oraz ponowny („dorzut”) zawał serca (I20-I21) od szeregu lat zdecydowanie najbardziej zagraża życiu mieszkańców woj. śląskiego i to zarówno w odniesieniu do całej ludności jak i osób w wieku 25-64 lata, natomiast stosunkowo dobra sytuacja utrzymuje się w woj. Dolnośląskim, chociaż najlepsza w ostatnich latach jest w woj. Opolskim, a w przypadku umieralności przedwczesnej w woj. małopolskim (ryc. 2.21a). Różnica w poziomie umieralności pomiędzy województwami skrajnymi jest ponad dwukrotna. W latach 2000-2010 największa poprawa sytuacji miała miejsce w woj. opolskim - spadek współczynnika aż o 68% i 71% dla umieralności odpowiednio ogółem i przedwczesnej oraz w woj. małopolskim - spadek współczynnika odpowiednio o 59% i 65% przy przeciętnym dla całego kraju spadku o 48% i 53%. We wszystkich województwach spadek przedwczesnej umieralności mężczyzn i kobiet był podobny (ryc. 2.21b).

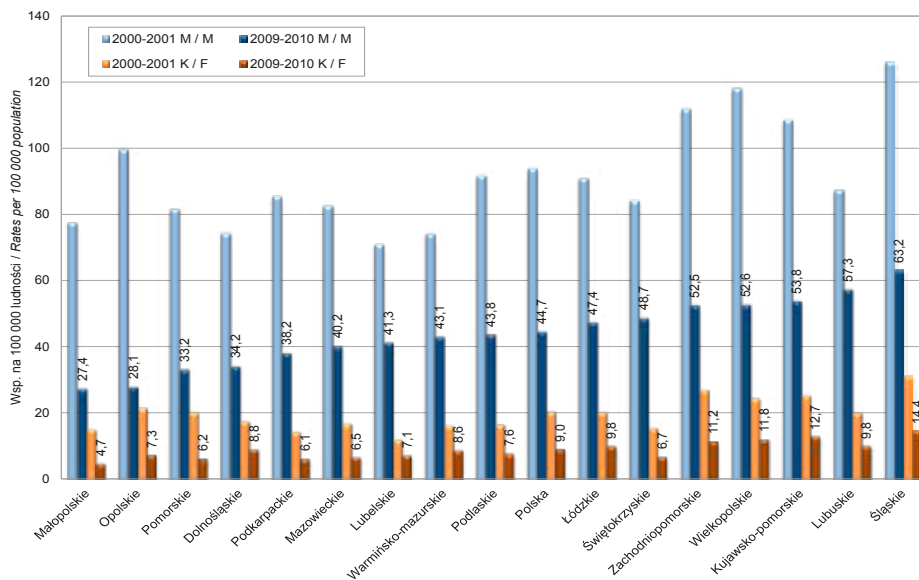
Udział zgonów z powodu zawału serca w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób układu krążenia w latach 2009-2010 we wszystkich województwach był niższy niż dziesięć lat wcześniej (odpowiednie wartości dla całego kraju wynoszą 16,4% i 10,4%), co świadczy o bardziej skutecznej walce z zagrożeniem życia mieszkańców Polski spowodowanego zawałem serca, niż z innymi chorobami serca i naczyń.

W przypadku **innych chorób serca z uwzględnieniem zespołu sercowo-płucnego (I26-I51)**, wśród których dominuje niewydolność serca, sytuację związaną ze zróżnicowaniem międzywojewódzkim można uznać za dziwną zarówno co do różnic w poziomie umieralności jak i jego zmian w czasie. Przede wszystkim zwraca uwagę wyjątkowo niski



Ryc. 2.21a Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu zawału serca (I21-I22) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

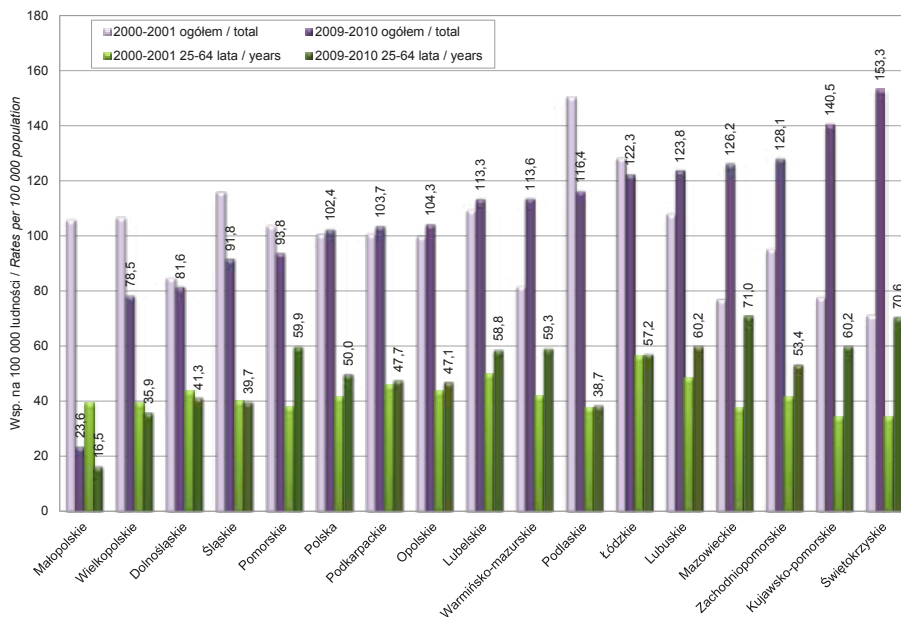
Fig. 2.21a. Age-standardized annual death rates from myocardial infarction (I21-I22) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.21.b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu zawału serca (I21-I22) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.21b. Age-standardized annual death rates from myocardial infarction (I21-I22) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

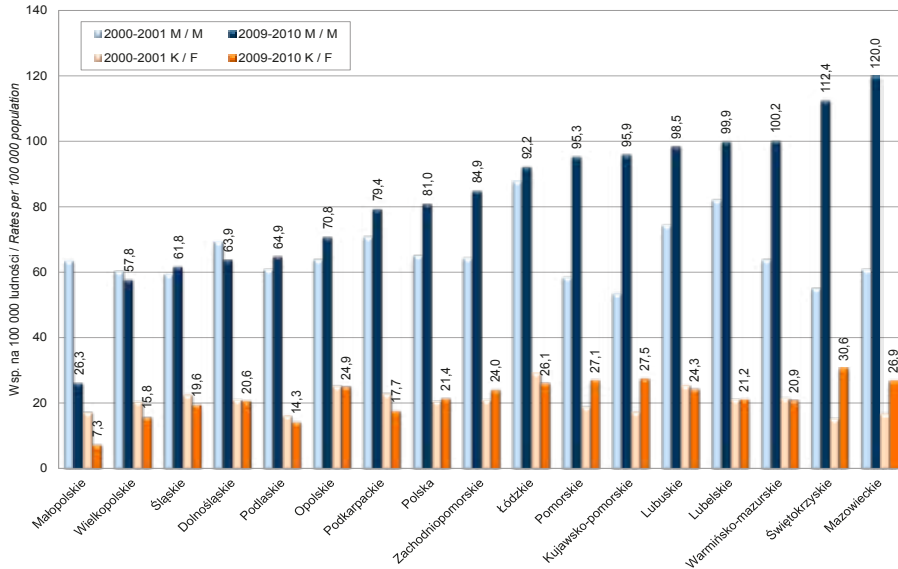
poziom umieralności zarówno ogółem jak i przedwczesnej w woj. małopolskim, który wynika z bardzo dużego jej spadku w stosunku do poziomu z początku lat 2000. (ryc. 2.22a i 2.22b). Znacznie mniejszy spadek umieralności wystąpił jeszcze w sześciu województwach natomiast w dziewięciu umieralność z powodu tej przyczyny wzrosła, przy czym w woj. świętokrzyskim nawet dwukrotnie. Takie zróżnicowanie międzywojewódzkie poziomu umieralności i jego zmian w ostatnich latach wskazują na możliwość występowania różnic w orzekaniu o przyczynach zgonu i bardzo utrudniają rzetelną ocenę problemu jaki może stanowić niewydolność serca.



Ryc. 2.22a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu zespołu sercowo-płucnego i innych chorób serca (I26-I51) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

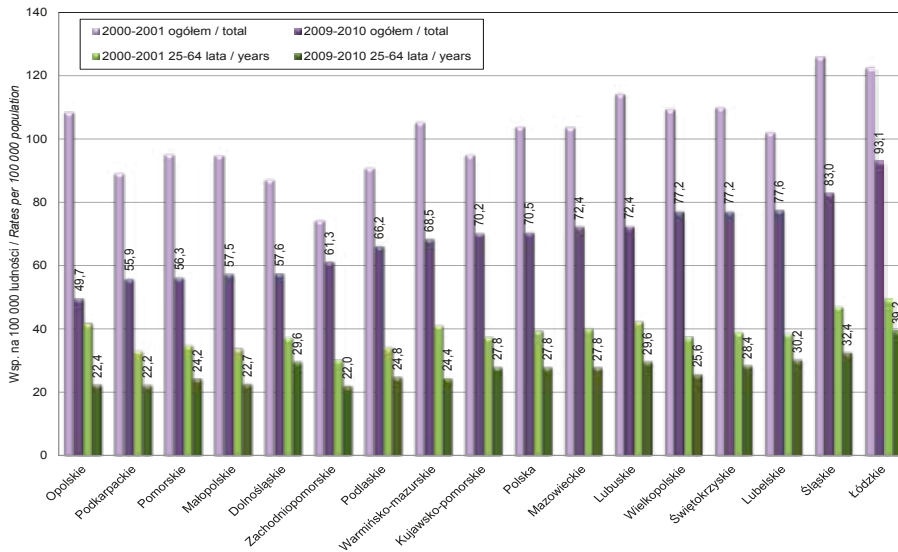
Fig. 2.22a. Age-standardized annual death rates from pulmonary heart disease and other heart diseases (I26-I51) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Umieralność z powodu **chorób naczyń mózgowych** (I60-I69) od lat stanowi stosunkowo największy problem w woj. łódzkim i śląskim i to zarówno w przypadku umieralności ogółu mieszkańców jak i umieralności przedwczesnej (ryc. 2.23a i 2.23b). We wszystkich województwach umieralność z powodu tych chorób zmniejszyła się wyraźnie w ciągu ostatnich dziesięciu lat (w skali całego kraju umieralność ogółu ludności o 32% i umieralność przedwczesna 29%) przy czym o ile w woj. śląskim spadek ten był trochę wyższy od przeciętnego (wynosił odpowiednio 34% i 31%) to w woj. łódzkim należał do najniższych (24% i 21%). Największa poprawa nastąpiła w woj. opolskim.



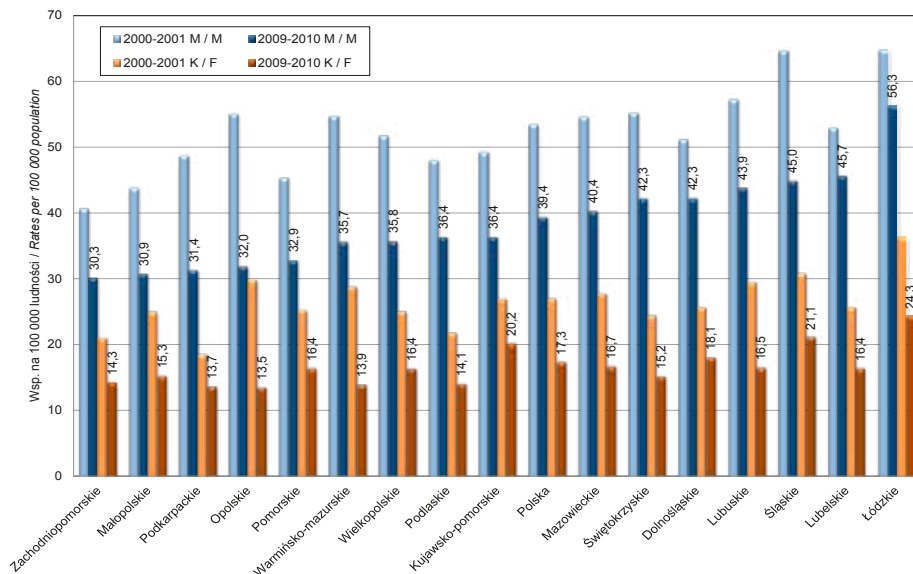
Ryc. 2.22b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu zespołu sercowo-płucnego i innych chorób serca (I26-I51) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.22b. Age-standardized annual death rates from pulmonary heart disease and other heart diseases (I26-I51) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



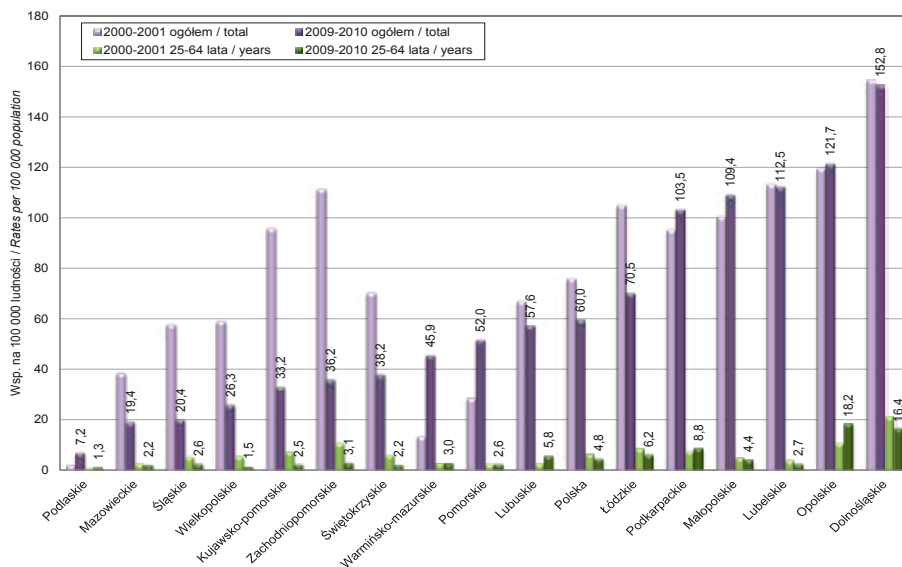
Ryc. 2.23a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych (I60-I69) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.23a. Age-standardized annual death rates from cerebrovascular diseases (I60-I69) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.23b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych (I60-I69) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.23b. Age-standardized annual death rates from cerebrovascular diseases (I60-I69) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.24. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu miażdżycy (I70) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.24. Age-standardized annual death rates from atherosclerosis (I70) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Dosyć niezwykle przedstawia się sytuacja jeśli chodzi o międzywojewódzkie zróżnicowanie natężenia zgonów, w których jako przyczyna podana została **miażdżycy** (I70). W województwie dolnośląskim poziom umieralności z powodu tej przyczyny był dwudziestokrotnie wyższy niż w woj. Podlaskim, a siedmiokrotnie wyższy niż w woj. mazowieckim i śląskim (ryc. 2.24). Przy ogólnej tendencji spadkowej poziomu umieralności z powodu miażdżycy zwraca uwagę ponad dwukrotny jego wzrost w woj. warmińsko-mazurskim i osiemdziesięcioprocentowy wzrost w woj. pomorskim.

Podsumowując wojewódzkie zróżnicowanie umieralności z powodu chorób układu krążenia należy zwrócić uwagę, że zadziwiające różnice pomiędzy województwami w przypadku niektórych szczegółowych przyczyn mogą wynikać w dużym stopniu z lokalnych zwyczajów w określaniu przyczyny wyjściowej zgonu i sposobu w jaki podchodzą do tego problemu przeszkoleni lekarze kodujący karty zgonu. Problem ten niewątpliwie wymaga głębszej analizy i podjęcia działań w celu zapewnienia lepszej porównywalności danych zbieranych w różnych częściach kraju.

2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości grupą przyczyn zgonów przy czym w ostatnich latach ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów oraz standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu powoli się zmniejszają (tabela 2.3a i 2.3b) (warto przypomnieć, że wśród kobiet w wieku 30-69 lat a za ich przyczyną wśród ogółu Polaków w wieku 45-64 lata to nowotwory stanowią największe zagrożenie życia, ryc. 2.17b, tabela 2.2). W roku 2010 zmarło w Polsce z ich powodu 92610 osób (51817 mężczyzn i 40793 kobiety), tzn. 242,5 na każde 100 tys. mieszkańców.

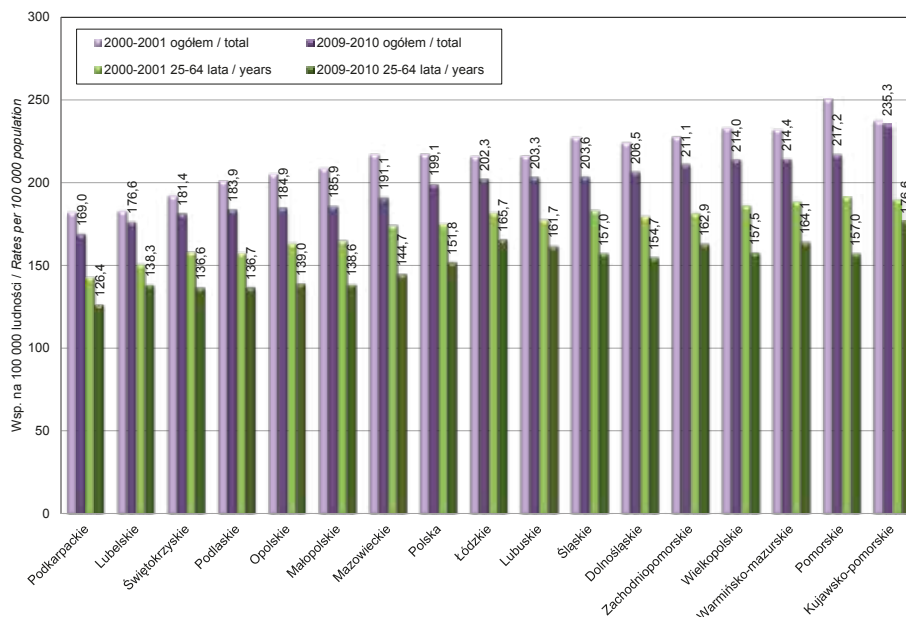
Nowotwory złośliwe są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn, niż kobiet i w roku 2010 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był o 84,5% wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 2.5).

Wśród nowotworów złośliwych największe zagrożenie życia dla mieszkańców Polski stanowi bezapelacyjnie nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34), z powodu którego w 2010 r. zmarły 22374 osoby (24% ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych). Nowotwory o innych umiejscowieniach są wyraźnie rzadsze i tak w 2010 r. z powodu raka jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu (ICD10 C18-C21) zmarło 10820 osób (12% zgonów nowotworowych), z powodu raka żołądka (C16) 5364 osoby (6%), z powodu raka sutka (C50) zmarło 5226 kobiet (a także 59 mężczyzn) (6% ogółu zgonów nowotworowych i 13% zgonów kobiet z powodu nowotworów), raka szyjki macicy (C53) 1735 kobiet (2% ogółu zgonów nowotworowych i 4% zgonów kobiet z powodu nowotworów), zaś z powodu raka gruczołu krokowego (prostaty) zmarło 3940 mężczyzn (4% ogółu zgonów nowotworowych i 8% zgonów mężczyzn z powodu nowotworów). Tylko dla nowotworów jelita grubego oraz raka płuc u kobiet standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów w 2010 r. były wyższe niż rok wcześniej (tabela 2.5). Trendy zmian umieralności z powodu chorób nowotworowych ludności Polski na tle trendów przeciętnych dla ogółu krajów zostaną omówione w dalszej części.

Nowotwory złośliwe ogółem są większym zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi, niż w miastach ale ze względu na różnice w strukturze wieku rzeczywisty współczynnik zgonów jest wyższy w miastach. Tylko współczynnik umieralności mężczyzn z powodu

nowotworu złośliwego jelita grubego jest wyższy w miastach, niż na wsi (tabela 2.6 i 2.7). W przypadku kobiet poziom umieralności na wsi jest niższy niż w miastach zarówno dla nowotworów ogółem jak i wyróżnionych umiejscowień.

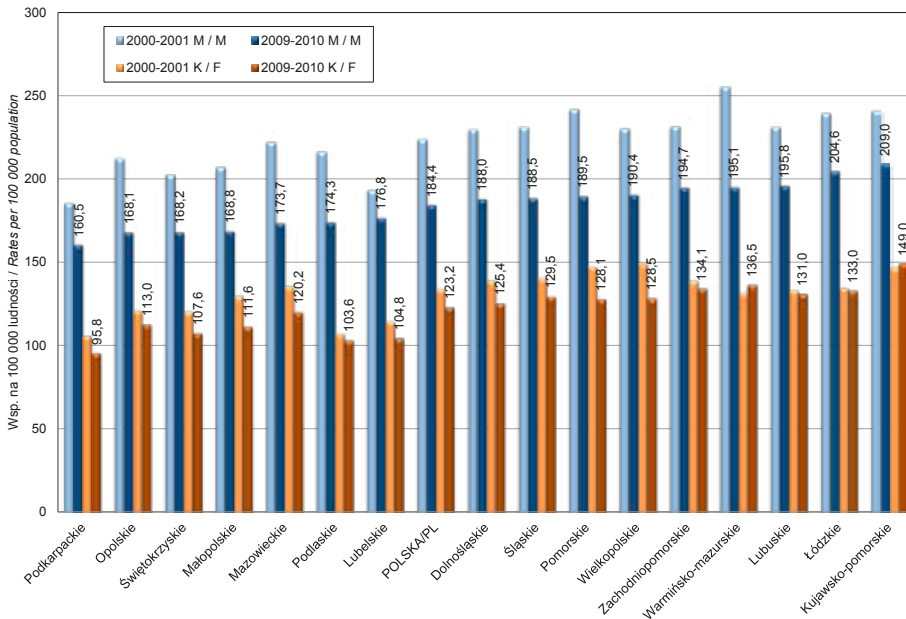
Nowotwory złośliwe ogółem najbardziej zagrażają życiu mieszkańców woj. kujawsko-pomorskiego, a najmniej mieszkańcom Polski południowo-wschodniej - woj. podkarpackiego i lubelskiego (ryc. 2.25a, aneks ryc. 3 i 4). Natężenie zgonów w woj. kujawsko-pomorskim jest obecnie o prawie 40% większe niż w woj. podkarpackim zarówno w przypadku ogółu ludności jak i w wieku 25-64 lata. W latach 2000/2001-2009/2010 współczynnik zgonów ogółu ludności obniżył się we wszystkich województwach, w Polsce przeciętnie o 8,6%, a w przypadku osób w wieku 25-64 lata o 13,5%, przy czym największy spadek miał miejsce w woj. Pomorskim, a najmniejszy w kujawsko-pomorskim.



Ryc. 2.25a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.25a. Age-standardized annual death rates from malignant neoplasms (C00-C97) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Porównując umieralność kobiet i mężczyzn w wieku 25-64 lata można stwierdzić, że nadumieralność mężczyzn występuje we wszystkich województwach, jest blisko siedemdziesięcioprocentowa w woj. lubelskim, podlaskim i podkarpackim a w woj. kujawsko-pomorskim jest na poziomie 40% (ryc. 2.25b). Warto zauważyć, że w woj. warmińsko-mazurskim wyraźnemu spadkowi w latach 2000. umieralności mężczyzn towarzyszył niewielki wzrost umieralności (podobna sytuacja tylko w mniejszym stopniu miała miejsce w woj. kujawsko-pomorskim).

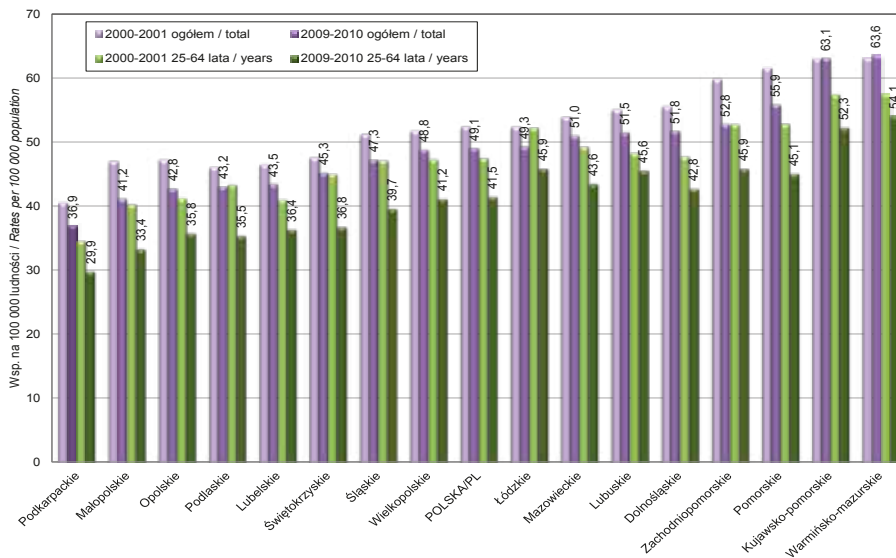


Ryc. 2.25b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.25b. Age-standardized annual death rates from malignant neoplasms (C00-C97) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

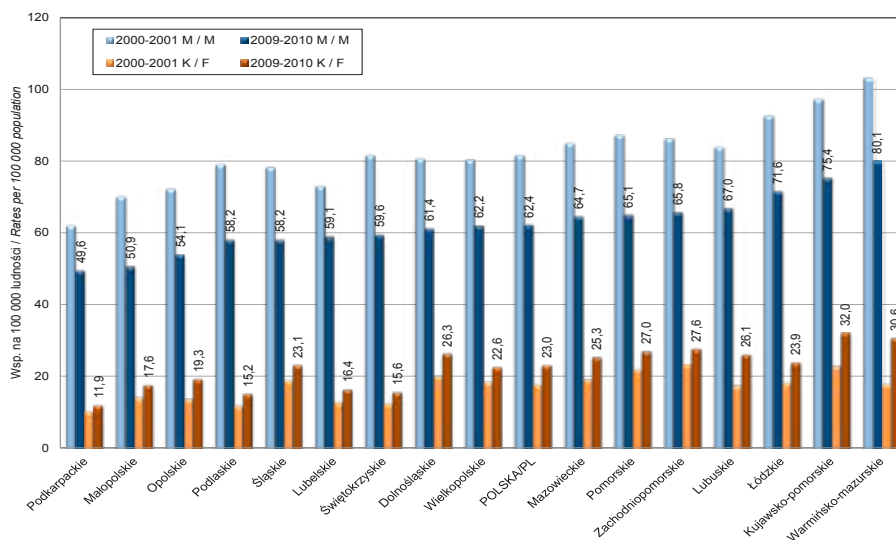
Umieralność z powodu **nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca** w latach 2000/2001-2009/2010 stanowiła największy problem w woj. warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim zarówno w przypadku ludności ogółem jak i osób w wieku 25-64 lata (ryc. 2.26a). Natomiast najbardziej korzystna sytuacja w obu grupach płci i wieku występuje w woj. Podkarpackim, gdzie w latach 2009/2010 natężenie zgonów było o 1/4 niższe niż poziom ogólnopolski, a o 42% mniejsze niż w woj. warmińsko-mazurskim. W stosunku do początku lat 2000. natężenie zgonów z powodu raka płuca ogółu ludności obniżyło się najbardziej (o 12%) w woj. małopolskim i zachodniopomorskim, natomiast w przypadku osób w wieku 25-64 lata w woj. podlaskim i świętokrzyskim (o 18%). Należy jednak zwrócić uwagę, że obniżenie umieralności obserwuje się tylko w przypadku mężczyzn, natomiast w przypadku kobiet w obu grupach wieku we wszystkich województwach obecny poziom umieralności jest wyższy niż na początku lat 2000. – w woj. warmińsko-mazurskim w grupie wieku 25-64 lata aż o 71% (ryc. 2.26b).

Zagrożenie życia mieszkańców Polski **nowotworem złośliwym jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu** (C18-C21) jest obecnie wyraźnie najniższe w woj. Podkarpackim, natomiast największe w woj. wielkopolskim (wyższe o 51%) gdzie tak niekorzystna sytuacja występuje od dłuższego czasu (ryc. 2.27a). W połowie województw obecny poziom umieralności jest wyższy niż na początku lat 2000. a szczególnie niepokojący jest wzrost umieralności zarówno ogółu ludności jak też w wieku 25-64 lata w woj. świętokrzyskim. Wzrost ten wystąpił zarówno u mężczyzn jak i kobiet (ryc. 2.27b).



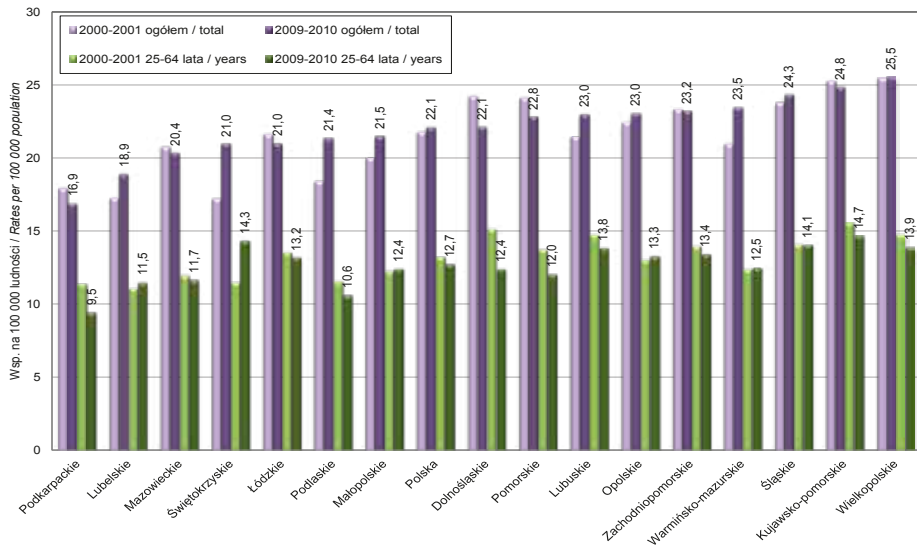
Ryc. 2.26a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.26a. Age-standardized annual death rates from trachea, bronchus and lung cancer (C33-C34) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



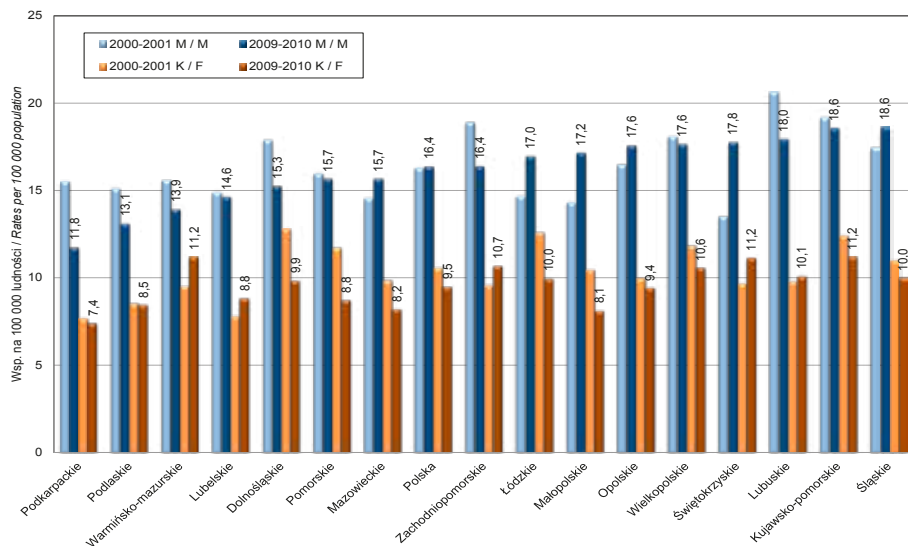
Ryc. 2.26b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.26b. Age-standardized annual death rates from trachea, bronchus and lung cancer (C33-C34) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.27a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

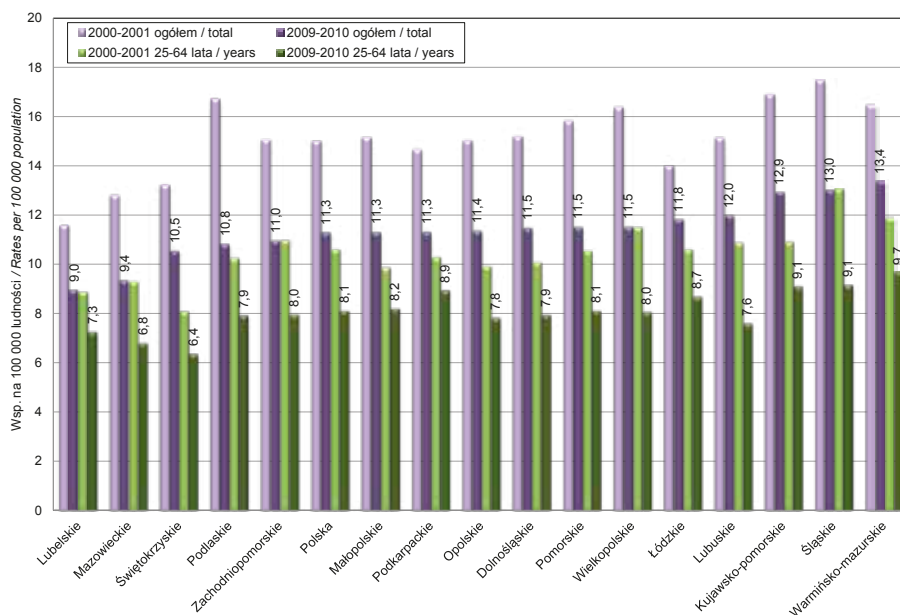
Fig. 2.27a. Age-standardized annual death rates from colorectal cancer (C18-C21) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.27b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

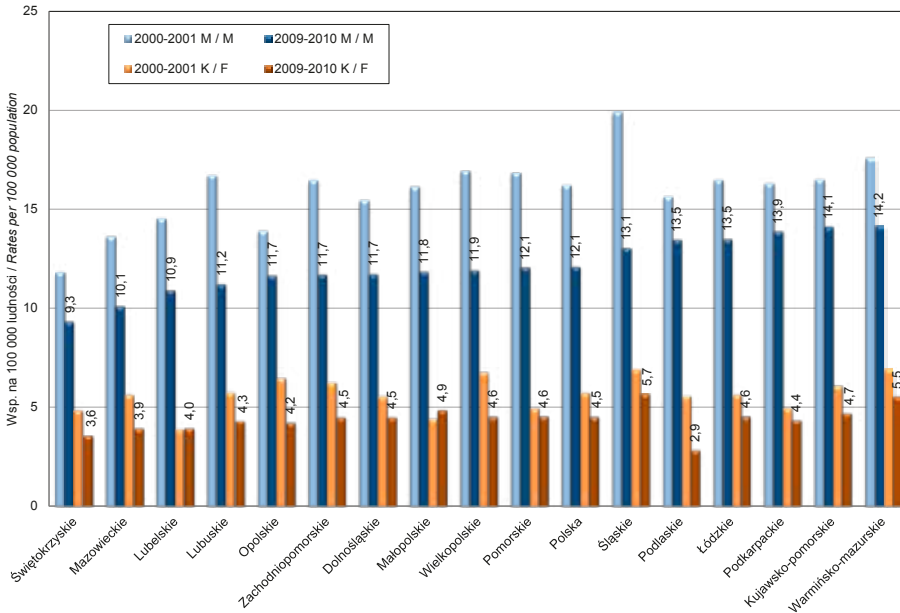
Fig. 2.27b. Age-standardized death rates from colorectal cancer (C18-C21) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Umieralność z powodu **nowotworu złośliwego żołądka** w Polsce zmniejsza się systematycznie od dziesiątek lat. W okresie 2000/2001-2009/2010 natężenie zgonów zmniejszyło się w Polsce o ok. 25% zarówno w przypadku ogółu ludności jak i osób w wieku 25-64 lata (ryc. 2.28a). Największy spadek umieralności ogółu mieszkańców miał miejsce w woj. podlaskim (o 35%) natomiast o połowę mniejszy był w woj. łódzkim. W ciągu ostatnich dziesięciu lat rak żołądka najmniej zagrażał życiu mieszkańców woj. lubelskiego i mazowieckiego, a w przypadku osób w wieku 25-64 lata również świętokrzyskiego, natomiast w najbardziej niekorzystnej sytuacji byli mieszkańcy woj. warmińsko-mazurskiego, śląskiego, kujawsko-pomorskiego. Różnica poziomu umieralności w województwach gdzie sytuacja była najmniej i najbardziej korzystna jest rzędu 50%. W przypadku umieralności osób w wieku produkcyjnym zwraca uwagę duży spadek współczynnika zgonów mężczyzn w woj. śląskim (ryc. 2.28b).



Ryc. 2.28a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego żołądka (C16) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010
 Fig. 2.28a. Age-standardized annual death rates from stomach cancer (C16) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Zagrożenie życia kobiet z powodu **nowotworu złośliwego sutka** („raka piersi”) w Polsce w latach 2009-2010 było mniejsze niż na początku lat 2000. o 7,1% w przypadku ogółu kobiet, a o 12,2% w przypadku kobiet w wieku 25-64 lata (ryc. 2.29). Największa poprawa ogółem miała miejsce w woj. zachodniopomorskim (spadek umieralności o 17,6%), a szczególnie w odniesieniu do młodszych kobiet: w woj. pomorskim, zachodniopomorskim i wielkopolskim (spadek o ok. 26%). Trzeba zwrócić uwagę, że w woj. łódzkim, a także lubuskim zagrożenie życia kobiet z powodu raka piersi jest obecnie wyższe niż dziesięć lat wcześniej, zarówno wśród ogółu kobiet jak i w wieku 25-64 lata. Do województw o najwyższym pozio-

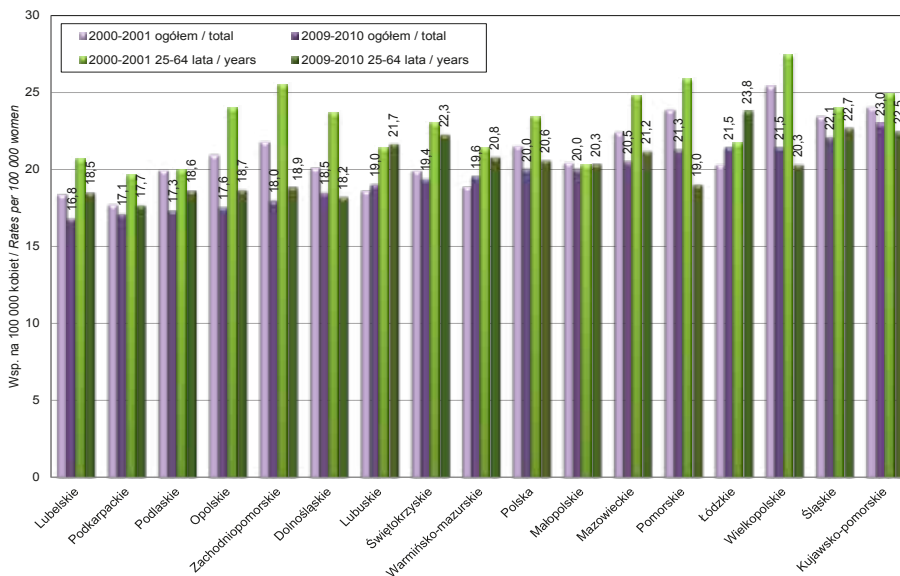


Ryc. 2.28b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego żołądka (C16) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

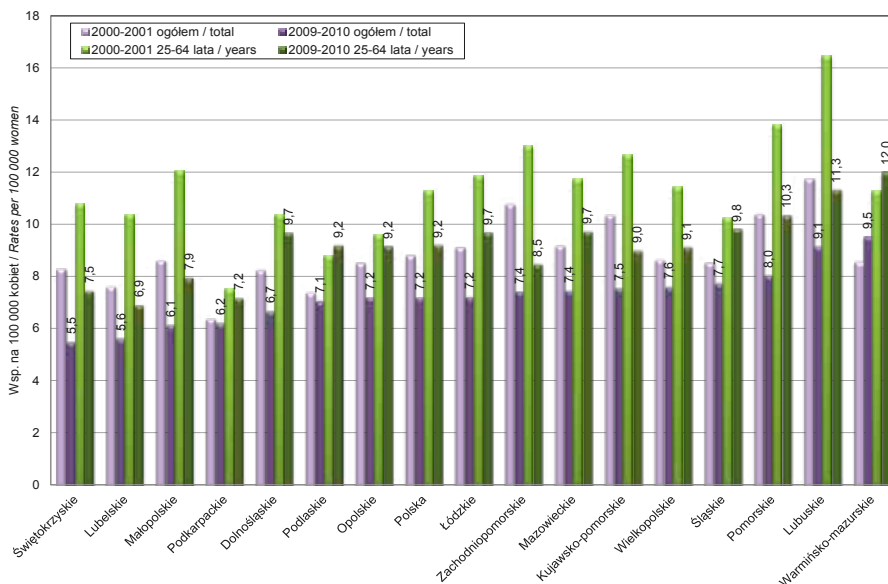
Fig. 2.28b. Age-standardized annual death rates from stomach cancer (C16) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

mie umieralności kobiet, w tym także umieralności przedwczesnej z powodu tego nowotworu zaliczają się niewątpliwie woj. kujawsko-pomorskie, śląskie, łódzkie, a w przypadku ogółu kobiet także wielkopolskie i pomorskie. Stosunkowo najkorzystniejsza sytuacja występuje w woj. podkarpackim, lubelskim i podlaskim. Różnica poziomu umieralności w województwach, gdzie sytuacja była najmniej i najbardziej korzystna jest poniżej 40%.

Zagrożenie życia kobiet z powodu **nowotworu złośliwego szyjki macicy** zmniejsza się w Polsce dosyć systematycznie, ale powoli. Obecny poziom umieralności zarówno ogółu kobiet jak i tych w wieku 25-64 lata jest o ok. 18% niższy niż na początku lat 2000 (ryc. 2.30). Można uznać, że w ostatnich latach zgony kobiet z powodu tego nowotworu stanowią największy problem w woj. warmińsko-mazurskim, lubuskim i pomorskim, przy czym o ile w tych ostatnich dwóch województwach obserwuje się wyraźny spadek współczynników umieralności, to w woj. warmińsko-mazurskim są one obecnie wyższe niż dziesięć lat wcześniej. Stosunkowo najlepsza sytuacja występuje w woj. świętokrzyskim, małopolskim, lubelskim i podkarpackim z tym, że w pierwszych trzech województwach nastąpił wyraźny spadek umieralności w okresie 2000/2001 – 2009/2010 natomiast w woj. podkarpackim umieralność była stosunkowo niska już na początku lat 2000. i poprawa jest niewielka. Różnica poziomu umieralności w województwach gdzie był on najwyższy i najniższy jest stosunkowo duża i wynosi około 74%.

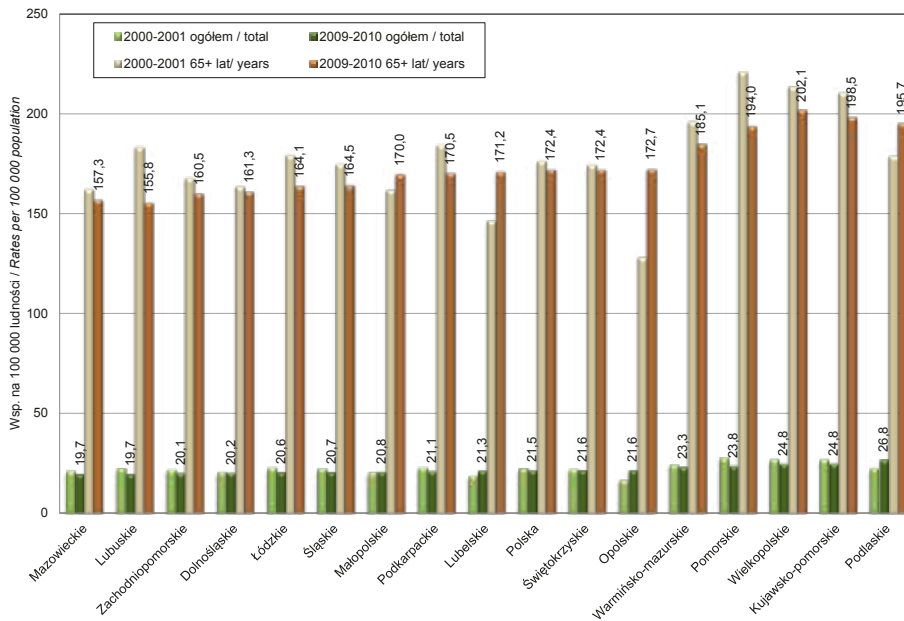


Ryc. 2.29. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego sutka (C50) kobiet ogółem oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010
 Fig. 2.29. Age-standardized annual death rates from breast cancer (C50) in all females and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.30. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53) kobiet ogółem oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010
 Fig. 2.30. Age-standardized annual death rates from cancer of cervix uteri (C50) in all females and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Ponieważ zgony mężczyzn z powodu **nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty)** w 87% występują wśród mężczyzn w wieku 65 lat i starszym, dlatego umieralność z powodu tego nowotworu wg województw przedstawiono dla ogółu mężczyzn oraz w wieku 65 lat i powyżej (ryc. 2.31). Stosunkowo najlepsza sytuacja i najmniejsze zagrożenie życia mężczyzn rakiem prostaty w ostatnich dwóch latach występowało w woj. mazowieckim i lubuskim natomiast województwem o najwyższej umieralności z powodu tego nowotworu mężczyzn ogółem było podlaskie, a w przypadku starszych wiekiem mężczyzn woj. wielkopolskie. Warto podkreślić, że różnice międzywojewódzkie współczynników umieralności w ostatnich latach (2009-2010) były znacznie mniejsze niż dziesięć lat wcześniej. Oceniając zmiany współczynników w tym okresie należy zwrócić uwagę na duży wzrost umieralności w woj. opolskim – obecny poziom umieralności jest o ok. jedną trzecią wyższy niż na początku lat 2000.



Ryc. 2.31. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego prostaty (C61) mężczyzn ogółem oraz w wieku 65 lat i starszym wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.31. Age-standardized annual death rates from cancer of prostate (C61) in all males and in aged 65 years and over by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów

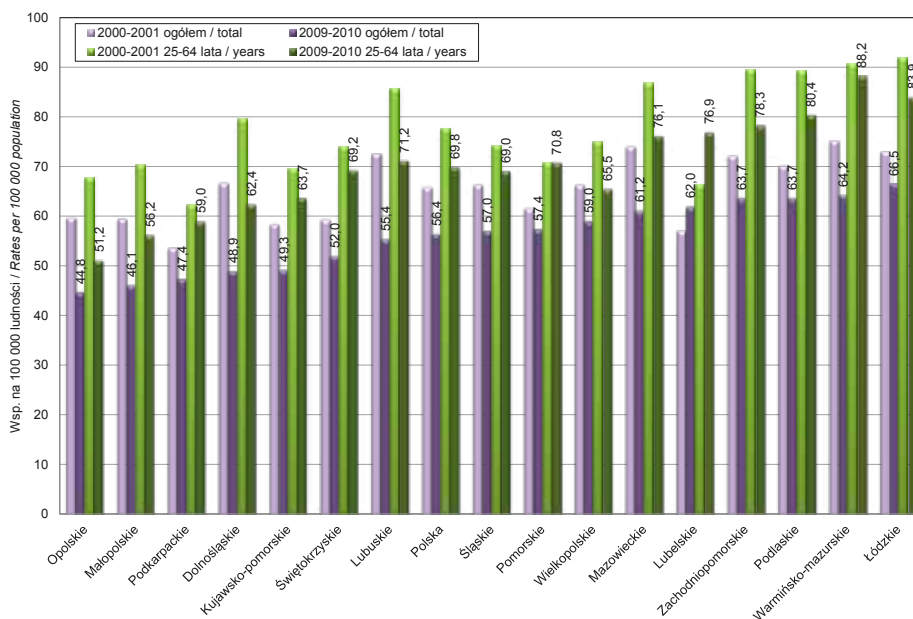
Przyczyny zewnętrzne były w 2010 r. czwartą co do znaczenia grupą przyczyn zgonów wśród ogółu ludności, ale stanowią największe zagrożenie życia osób w wieku 5-44 lata, w przypadku których były odpowiedzialne za 42% zgonów (tabela 2.2, ryc. 2.17a i 2.17b). W 2010 r. straciło życie z ich powodu 23626 osób (18298 mężczyzn i 5397 kobiet), tzn. 61,9 na każde 100 tys. ludności (98,8 w przypadku mężczyzn i 27,3 w przypadku kobiet,

tabela 2.5). W ostatnich dwóch latach (2009 i 2010) znaczenie tej grupy jako przyczyny zgonów mężczyzn zmniejszyło się, natomiast w przypadku kobiet trend spadkowy zarówno współczynnika zgonu jak i udziału tych przyczyn w zgonach ogółem występuje już od szeregu lat (tabela 2.3a i 2.3b).

Zewnętrzne przyczyny zgonów są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn, niż kobiet i różnica ta zwiększa się - w roku 2010 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 4,5 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 2.5).

Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów należy wyróżnić wypadki komunikacyjne, z powodu których w 2010 r. zmarło 4529 osób (3531 mężczyzn i 998 kobiet) oraz samobójstwa, w wyniku których straciły życie 6342 osoby (aż 5506 mężczyzn i 836 kobiet). Trzecią co do częstości zewnętrzną przyczyną zgonów są upadki odpowiedzialne w 2010 r. za śmierć 3755 osób (2063 mężczyzn i 1692 kobiet). Na podkreślenie zasługuje fakt, że wśród osób starszych w wieku powyżej 65 lat upadki są najczęstszą zewnętrzną przyczyną zgonów (w 2010 r. 41% zgonów z przyczyn zewnętrznych, a w wieku powyżej 80 lat nawet 62% zgonów z powodu tych przyczyn).

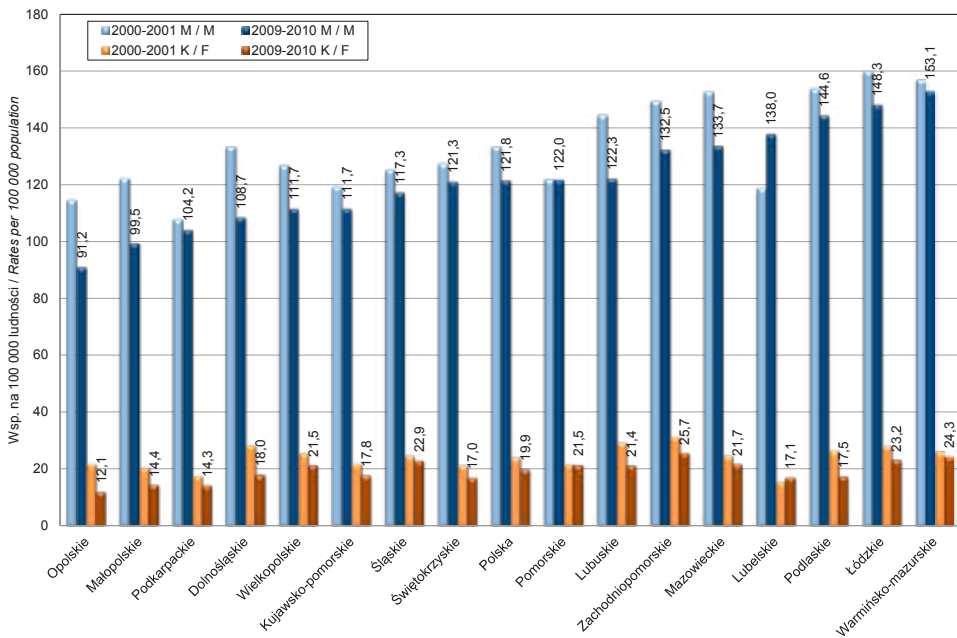
Przyczyny zewnętrzne ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców wsi, niż miast, co jest spowodowane znacznie wyższą umieralnością z ich powodu mężczyzn na wsi niż w miastach, gdyż umieralność mieszkanki wsi jest nawet nieco niższa niż mieszkanki miast (tabela 2.6 i 2.7). Jednak zarówno mężczyźni jak i kobiety na wsi częściej niż mieszkańcy miast umierają w wyniku wypadków komunikacyjnych i samobójstw, aczkolwiek



Ryc. 2.32a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (V00-Y98) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010
 Fig. 2.32a. Age-standardized annual death rates from external causes (V00-Y98) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

w przypadku samobójstw kobiet różnica jest nieduża. Natomiast poziom umieralności z powodu samobójstw mężczyzn na wsi jest o prawie 60% wyższy niż mężczyzn w miastach.

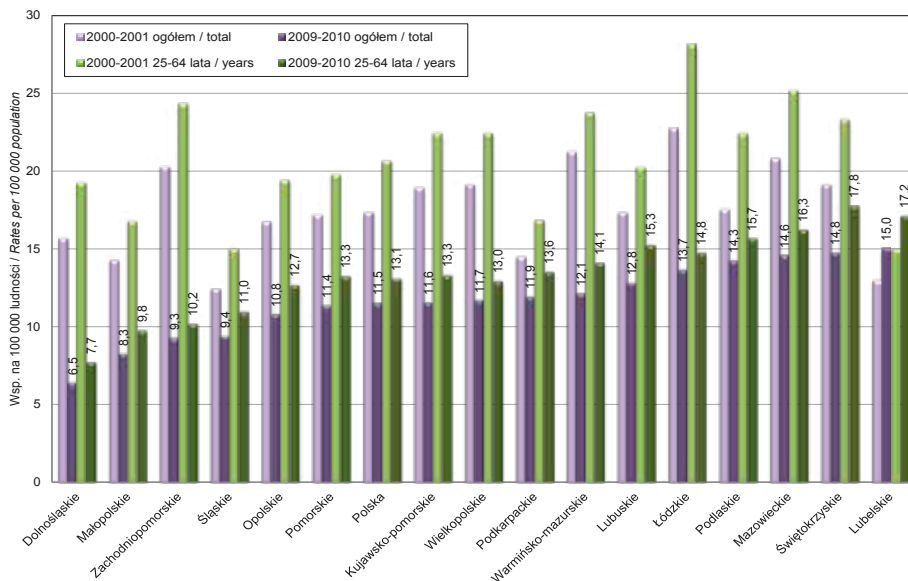
Zewnętrzne przyczyny zgonów w latach 2000. najbardziej zagrażały życiu mieszkańców woj. łódzkiego, warmińsko-mazurskiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego: zarówno ogółu jak i w wieku 25-64 lata, natomiast stosunkowo niskie zagrożenie było w woj. opolskim, podkarpackim i małopolskim (ryc. 2.32a, aneks ryc. 5 i 6). W ostatnich dwóch latach 2009-2010 umieralność ogółu osób w woj. łódzkim była o prawie 50% wyższa niż w woj. opolskim, a umieralność osób w wieku 25-64 lata w woj. warmińsko-mazurskim była wyższa o ponad 70%. Umieralność kobiet w wieku 25-64 lata zarówno na początku lat 2000. jak i obecnie jest najwyższa w woj. zachodniopomorskim i jest ponad dwukrotnie wyższa niż w woj. opolskim (ryc. 2.32b). We wszystkich województwach oprócz lubelskiego poziom umieralności w latach 2009-2010 jest wyraźnie niższy niż na początku lat 2000. a największy spadek obserwuje się w woj. opolskim (dla ogółu ludności o 25% dla osób w wieku 25-64 lata o 24%, ale kobiet o 45%), dolnośląskim (odpowiednio o 27% i 22%) i małopolskim (23% i 20%).



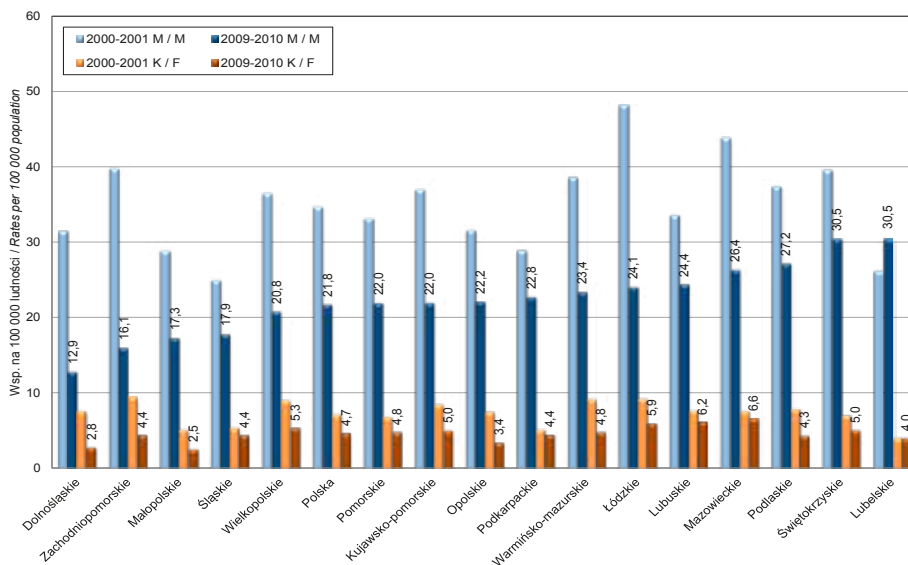
Ryc. 2.32b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (V00-Y98) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.32b. Age-standardized annual death rates from external causes (V00-Y98) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Wypadki komunikacyjne w ostatnich latach 2009-2010 najbardziej zagrażały życiu mieszkańców woj. lubelskiego i świętokrzyskiego ale dotyczyło to szczególnie mężczyzn (ryc. 2.33a i 2.33b). Natomiast najniższy poziom umieralności z powodu tej przyczyny był w woj. dolnośląskim gdzie, co trzeba podkreślić, natężenie zgonów zarówno wśród ogółu



Ryc. 2.33a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych (V00-V99) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010
 Fig.2 33a. Age-standardized annual death rates from transport accidents (V00-V99) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.33b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych (V00-V99) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010
 Fig 2.33b. Age-standardized annual death rates from transport accidents (V00-V99) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

ludności jak i w wieku 25-64 lata zmniejszyło się w stosunku do lat 2000-2001 o ok. 60% i w konsekwencji było ponad dwukrotnie niższe niż w woj. lubelskim. To ostatnie województwo było jedynym gdzie umieralność w latach 2009-2010 była wyższa niż na początku lat 2000. Zwraca również uwagę duży ponad pięćdziesięcioprocentowy spadek umieralności także w woj. zachodniopomorskim.

Natężenie zgonów z powodu **samobójstw** jest obecnie (2009-2010) wyraźnie najniższe w woj. śląskim i to zarówno wśród ogółu ludności jak i w wieku 25-64 lata, podczas gdy na początku lat 2000. zdecydowanie najniższe było w woj. świętokrzyskim (ryc. 2.34a i 2.34b). Natomiast o ponad 80% wyższa niż na Śląsku była umieralność w woj. lubuskim i lubelskim, przy czym bardzo niepokojący jest wzrost o ok. 50% umieralności z powodu samobójstw w tym ostatnim województwie. Wprawdzie obecny poziom umieralności jest wyższy niż ten dziesięć lat wcześniej w 11 województwach, ale w żadnym wzrost nie jest tak duży jak w woj. lubelskim.

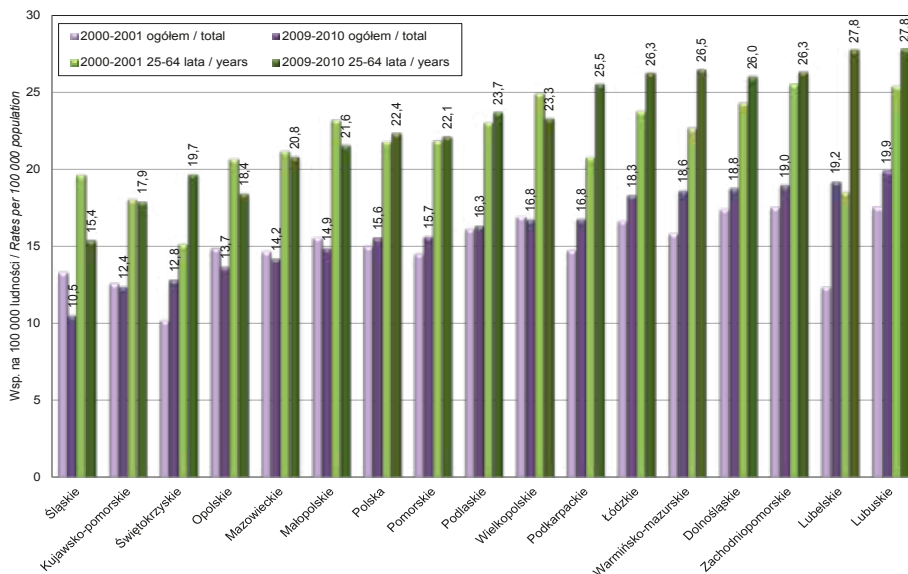
2.9. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego

Umieralność z powodu chorób układu oddechowego w latach 2003-2009 była na mniej więcej ustabilizowanym poziomie, w związku z czym udział w ogólnej liczbie zgonów lekko wzrastał (tabela 2.3a i 2.3b). W roku 2010 współczynnik umieralności obniżył się w stosunku do wcześniejszych lat i choroby te były przyczyną 19333 zgonów (11487 mężczyzn i 7846 kobiet), tzn. na każde 100 tys. ludności umarło z ich powodu 51 osób (62 w przypadku mężczyzn i 40 w przypadku kobiet, tabela 2.4).

Choroby układu oddechowego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest 2,6 razy wyższe niż wśród kobiet (tabela 2.5). W wieku powyżej 65 lat choroby układu oddechowego są większym niż przyczyny zewnętrzne zagrożeniem życia zarówno mężczyzn jak i kobiet (tabela 2.2, ryc. 2.17a i 2.17b).

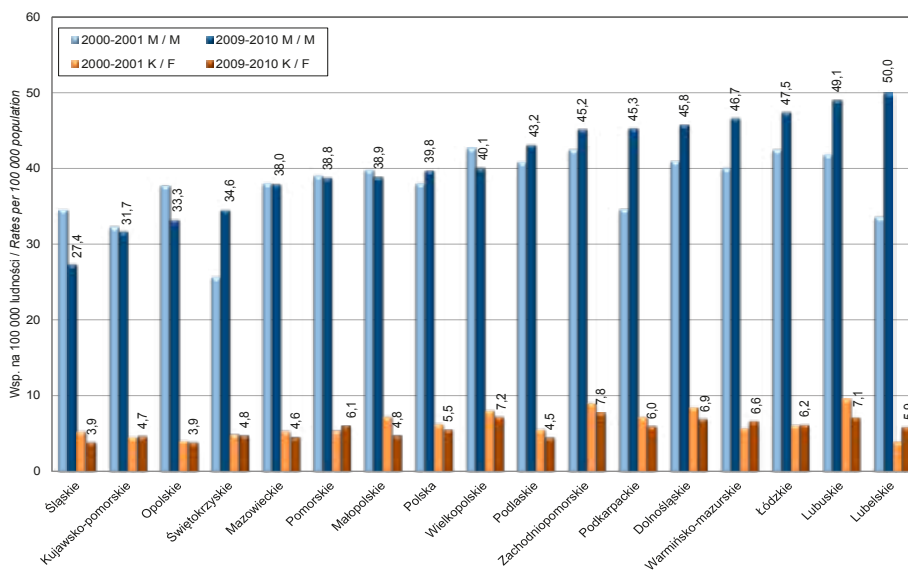
Wśród chorób układu oddechowego najważniejszymi przyczynami zgonów są zapalenie płuc, z powodu których w 2010 r. zmarło 9549 osób (5115 mężczyzn i 4434 kobiety) oraz przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, z powodu których zmarło 7161 osób (4825 mężczyzn i 2336 kobiet). Natężenie zgonów z powodu zapalenia płuc po roku 2005 wykazuje trend spadkowy w przypadku kobiet i jest dosyć ustabilizowane w przypadku mężczyzn. Natomiast poziom umieralności z powodu chorób dolnych dróg oddechowych był dosyć ustabilizowany w latach 2000. ale w roku 2010 poziom umieralności wyraźnie obniżył się zwłaszcza w przypadku mężczyzn.

Choroby układu oddechowego ogółem są większym zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (o 24%), podczas gdy poziom umieralności mieszkanki miast jest o 9% wyższy niż mieszkanki wsi (tabela 2.6 i 2.7). Natomiast umieralność z powodu zapalenia płuc jest większa wśród mieszkańców miast niż wsi i to zarówno mężczyzn jak i kobiet, podczas gdy przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych w znacznie większym stopniu zagrażają życiu mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (różnica poziomów umieralności aż o 79%), zaś w przypadku kobiet poziom umieralności w miastach jest o 12% wyższy niż na wsi.



Ryc. 2.34a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

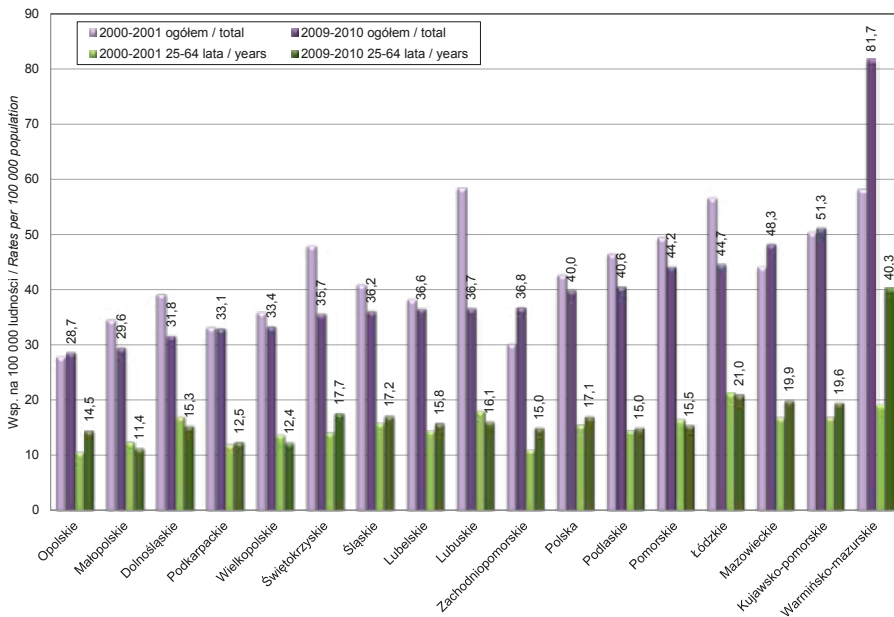
Fig. 2.34a. Age-standardized annual death rates from suicide and self-harm (X60-X84) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.34b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.34b. Age-standardized annual death rates from suicide and self-harm (X60-X84) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Zagrożenie życia spowodowane **chorobami układu oddechowego ogółem** wykazuje duże zróżnicowanie międzywojewódzkie, oraz znaczne różnice w wielkości zmian w czasie w poszczególnych województwach (ryc. 2.35a i 2.35b, aneks ryc. 7 i 8). Zdecydowanie najwyższe natężenie zgonów ogółu ludności w latach 2000. jest w woj. warmińsko-mazurskim, przy czym niezwykle niepokojący jest bardzo duży wzrost poziomu umieralności w tym województwie w ostatnich latach, który w przypadku ludności ogółem wyniósł 40% a w przypadku osób w wieku 25-64 lata aż 110%. Być może ten duży wzrost umieralności jest częściowo spowodowany lokalną zmianą w przypisywaniu przyczyny zgonu i znacznemu zmniejszeniu w tym województwie umieralności z powodu przyczyn nieznanych i niedokładnie określonych. Może na to wskazywać również fakt, że aż 40% zgonów z powodu chorób układu oddechowego jest w woj. warmińsko-mazurskim przypisanych niewydolności oddechowej (J96) podczas gdy w skali całego kraju zaledwie 5,5%.

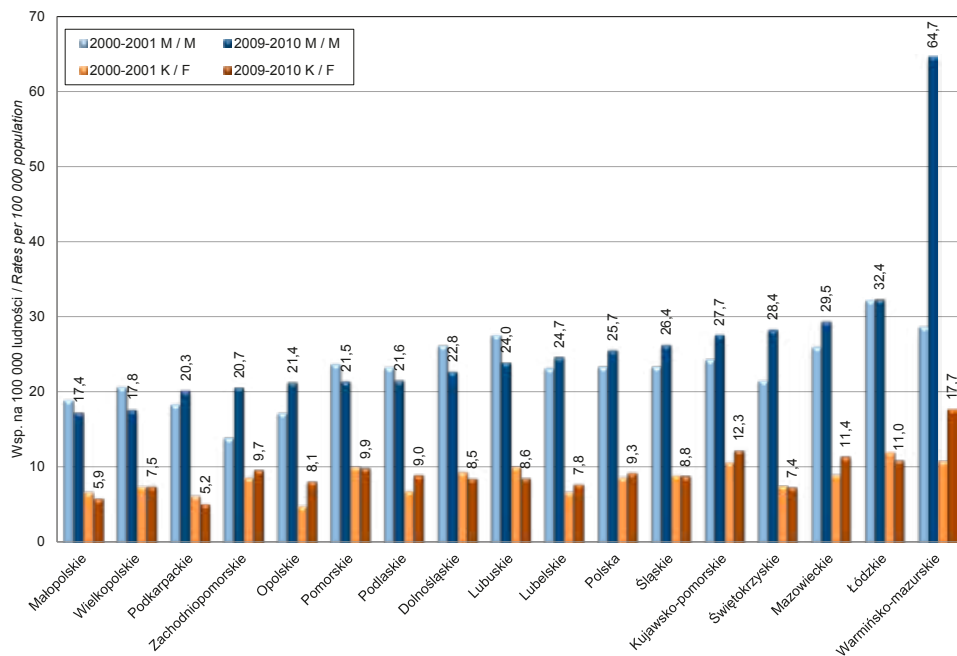


Ryc. 2.35a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego ogółem (J00-J99) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.35a. Age-standardized annual death rates from diseases of the respiratory system (J00-J99) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

O ile umieralność z powodu chorób układu oddechowego ogółu ludności w większości województw jest obecnie niższa niż na początku lat 2000. to umieralność osób w wieku 25-64 lata jest obecnie przeważnie wyższa. Oprócz woj. warmińsko-mazurskiego wyraźny wzrost umieralności obserwuje się w woj. zachodnio-pomorskim, a w przypadku populacji w wieku produkcyjnym również w woj. opolskim.

Międzywojewódzkie zróżnicowanie natężenia umieralności spowodowanej **zapaleniem płuc** jest duże i również duże zróżnicowanie wykazywały zmiany w czasie poziomu umieralności w poszczególnych województwach (ryc. 2.36a). Najbardziej zagraża ono obecnie

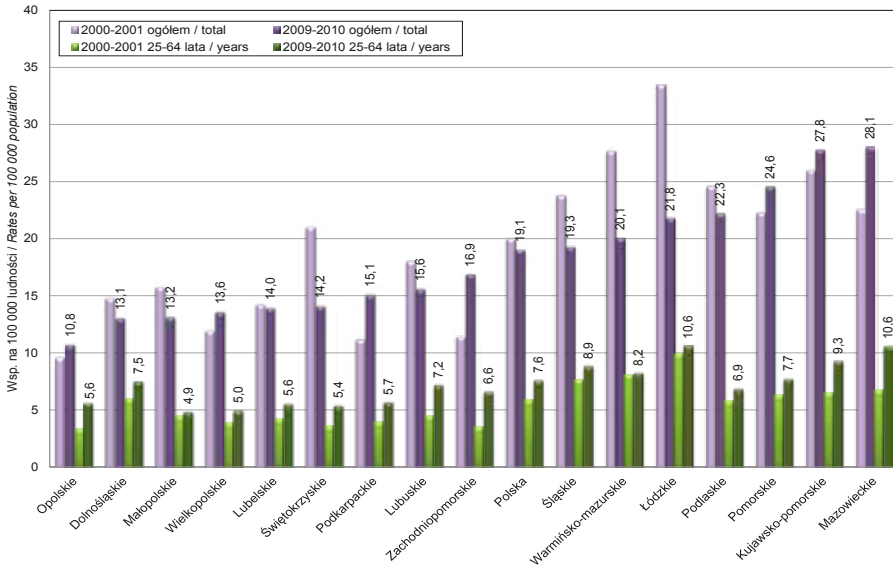


Ryc. 2.35b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego ogółem (J00-J99) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.35b. Age-standardized annual death rates from diseases of the respiratory system (J00-J99) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

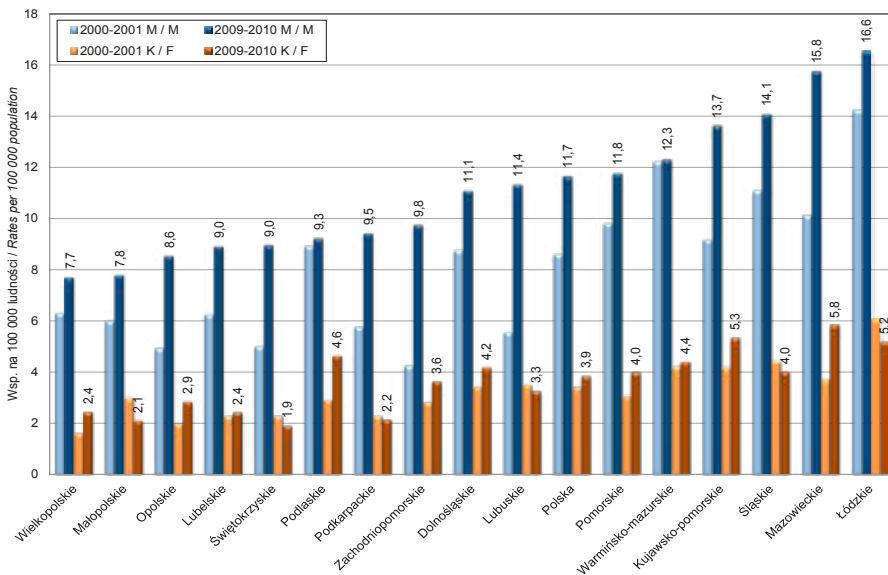
życiu mieszkańców woj. mazowieckiego i kujawsko-pomorskiego, a w przypadku osób w wieku 25-64 lata również woj. łódzkiego. W tym ostatnim województwie zwraca uwagę duże obniżenie poziomu umieralności ogółu ludności (o 35%), podobnie jak w woj. świętokrzyskim (spadek o 33%). W tym samym okresie umieralność z powodu zapalenia płuc w woj. zachodniopomorskim wzrosła o około połowę (47%), w woj. podkarpackim o 35% a w woj. mazowieckim o 24%. We wszystkich województwach umieralność mężczyzn w wieku 25-64 lata jest obecnie wyższa niż na początku lat 2000. (w woj. zachodniopomorskim i lubuskim ponad dwukrotnie) (ryc. 2.36b).

Zagrożenie życia spowodowane **przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych** zarówno w latach 2009-2010 jak i 2000-2001 było największe w woj. warmińsko-mazurskim. Było ono około dwukrotnie większe niż w województwach, gdzie w tych latach sytuacja była najlepsza tzn. odpowiednio opolskim i śląskim (ryc. 2.37). Trzeba jednak zwrócić również uwagę na większy od przeciętnego spadek umieralności w woj. warmińsko-mazurskim w tym okresie czasu. Jeszcze większy względny spadek współczynników zgonu z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych miał miejsce w woj. opolskim, podkarpackim i lubuskim.



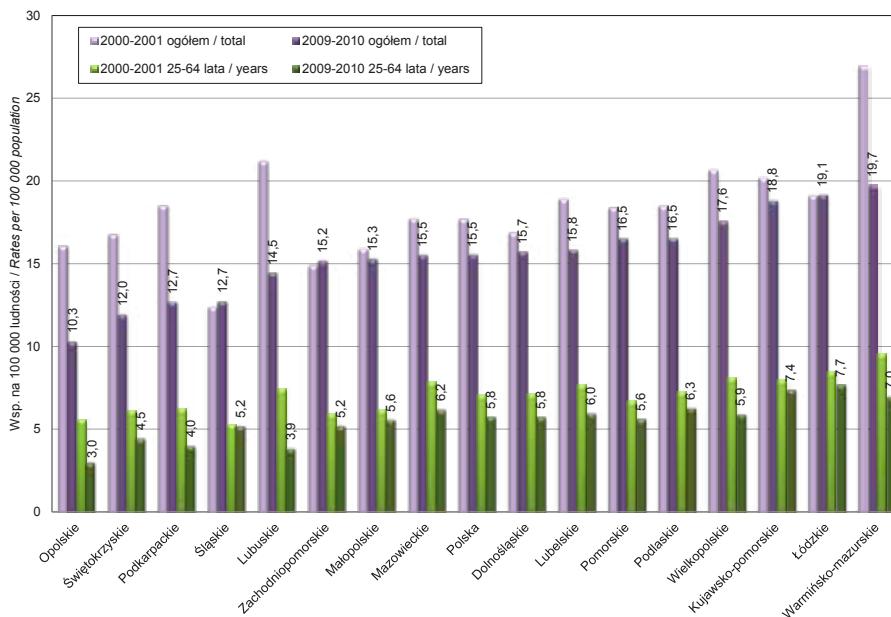
Ryc. 2.36a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc (J12-J18) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.36a. Age-standardized annual death rates from pneumonia (J12-J18) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.36b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc (J12-J18) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.36b. Age-standardized annual death rates from pneumonia (J12-J18) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.37. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych (J40-J47) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.37. Age-standardized annual death rates from chronic lower respiratory diseases (J40-J47) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

2.10. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego

Umieralność z powodu chorób układu trawiennego w latach 2000-2010 charakteryzuje się okresowymi wahaniami i brakiem długookresowego trendu. Należy jednak zwrócić uwagę na dość wyraźne zmniejszenie umieralności w ostatnich dwóch latach 2009 i 2010 (tab. 2.3a i 2.3b). W roku 2010 choroby układu trawiennego były przyczyną 16235 zgonów (9323 mężczyzn i 6912 kobiet) tzn. na każde 100 tys. osób zmarły z ich powodu 43 osoby (51 w przypadku mężczyzn i 35 w przypadku kobiet, tabela 2.4). Wprawdzie ogólny poziom umieralności z powodu tych chorób jest niższy niż z powodu chorób układu oddechowego, ale w wieku 25-64 lat to choroby układu trawiennego są częstszą przyczyną zgonów Polaków (tabela 2.2, ryc. 2.17a i 2.17b).

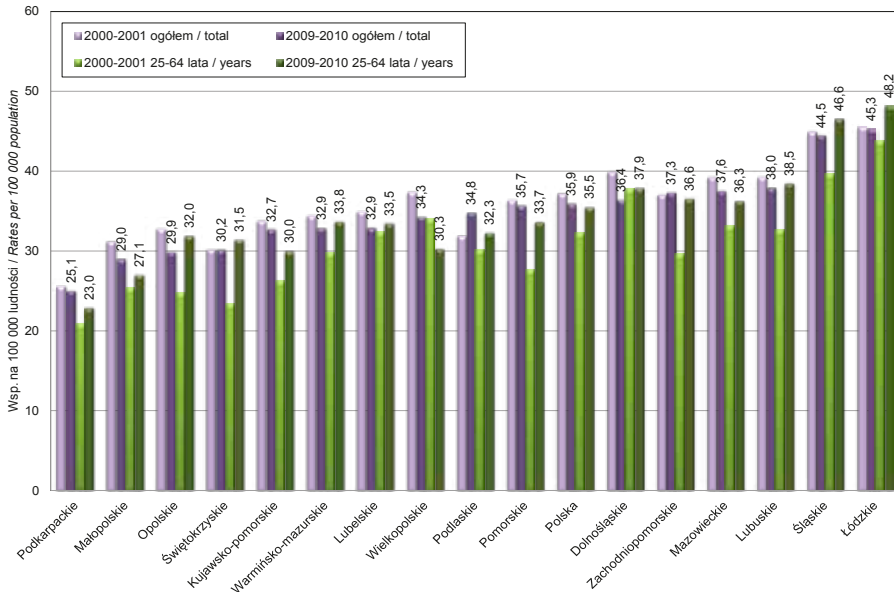
Choroby układu trawiennego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest 2,1 razy wyższe niż wśród kobiet (tabela 2.5).

Wśród chorób układu trawiennego najważniejszą podgrupą w przyczynach zgonów są przewlekłe choroby wątroby (K70, K73 i K74) (praktycznie jest to marskość i alkoholowa choroba wątroby), z powodu których w 2010 r. zmarło 6196 osób (4457 mężczyzn i 1739 kobiet) (38% zgonów z powodu ogółu chorób układu trawiennego). Natężenie zgonów z powodu tych chorób zmniejszało się w latach 1999-2003 niestety w ciągu kolejnych lat

następował szybki wzrost umieralności i nie tylko cały trend spadkowy został zniwelowany, ale w 2008 r. poziom umieralności z powodu tych chorób wątroby był najwyższy w ostatnim trzydziestoleciu. Szczęśliwie ostatnie dwa lata przyniosły dosyć wyraźny spadek współczynnika zgonów z ich powodu.

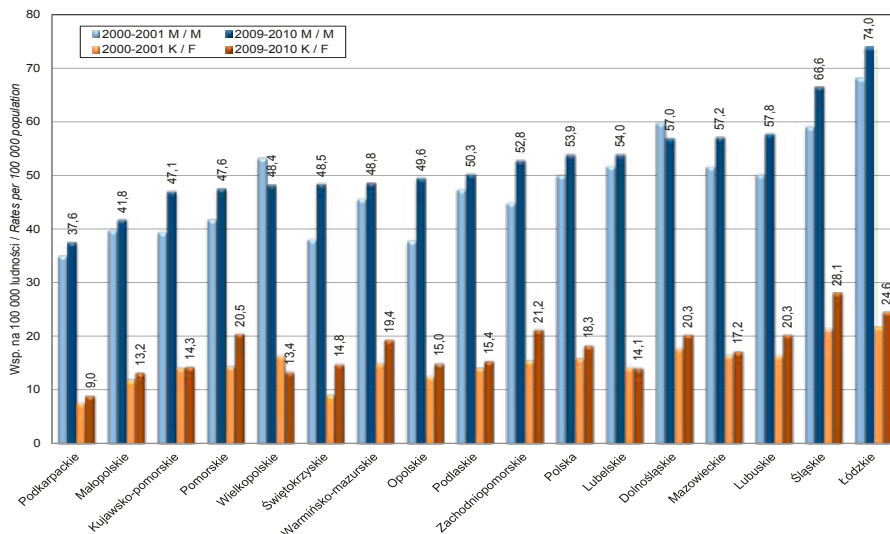
Choroby układu trawiennego ogółem są znacznie większym zagrożeniem życia mieszkańców miast, niż wsi i to zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet (tabela 2.6 i 2.7). Jeszcze większa różnica na niekorzyść mieszkańców miast występuje w przypadku chorób wątroby. Umieralność mężczyzn z ich powodu w miastach jest wyższa niż na wsi o blisko 40%, zaś w przypadku kobiet różnica jest ponad dwukrotna.

Zagrożenie życia **chorobami układu trawiennego ogółem** zarówno w ostatnich latach 2009-2010 jak i na początku lat 2000. było najwyższe w woj. łódzkim, ale niewiele lepsza sytuacja była w woj. śląskim (ryc. 2.38a, aneks ryc. 9 i 10). Z drugiej strony najbardziej korzystna sytuacja występowała w woj. podkarpackim gdzie poziom umieralności był o 45% niższy niż w woj. łódzkim. Współczynniki zgonów ogółu ludności w latach 2009-2010 i 2000-2001 w większości województw były na zbliżonym poziomie, trochę wyższym na początku lat 2000., natomiast współczynniki zgonów w wieku 25-64 lata są wyższe w latach 2009-2010 i w kilku województwach wskazują na dosyć wyraźny wzrost umieralności. Szczególnie zaznaczył się on w woj. świętokrzyskim i opolskim (obecny poziom umieralności wyższy o ok. 30%) ale także w zachodniopomorskim i pomorskim (wzrost o ok. 20%). Warto zauważyć, że wzrost umieralności wystąpił zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet (ryc. 2.38b).



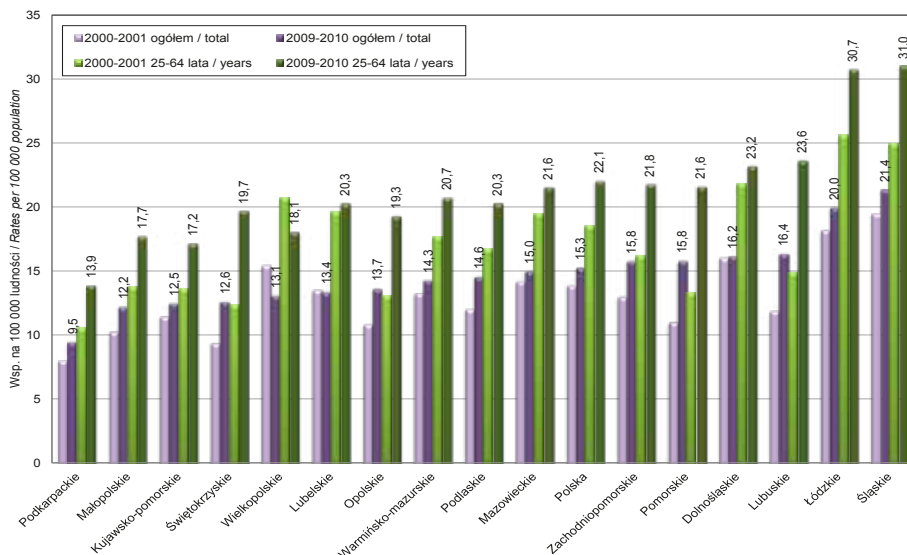
Ryc. 2.38a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego ogółem (K00-K93) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.38a. Age-standardized annual death rates from diseases of the digestive system (K00-K93) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.38b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego ogółem (K00-K93) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

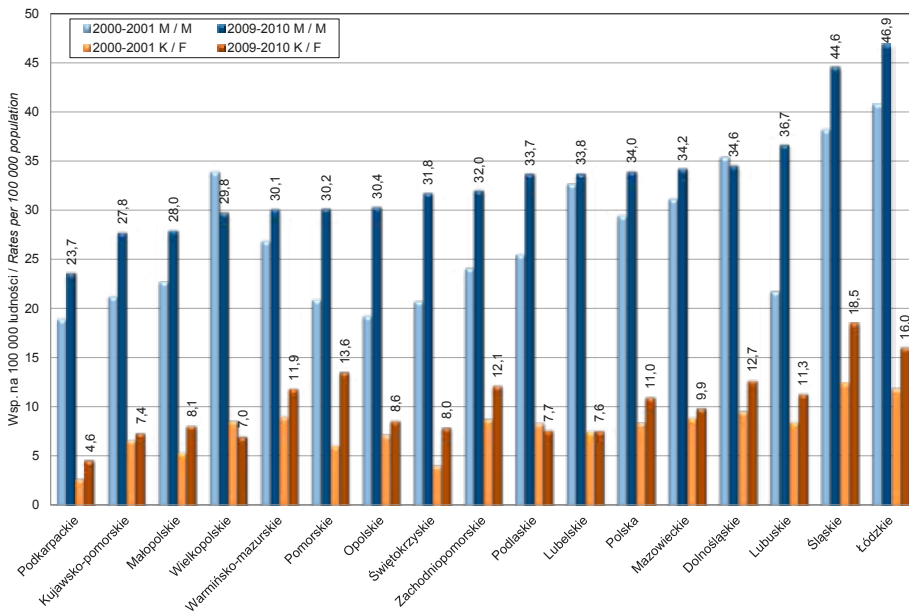
Fig. 2.38b. Age-standardized annual death rates from diseases of the digestive system (K00-K93) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.39a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości (K70, K73-K74) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.39a. Age-standardized annual death rates from chronic liver disease and cirrhosis (K70, K73-K74) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie natężenia zgonów z powodu **chorób wątroby** (ryc. 2.39a). Są one zdecydowanie największym zagrożeniem życia dla mieszkańców woj. śląskiego i łódzkiego, i to zarówno dla ogółu ludności jak i osób w wieku produkcyjnym 25-64 lata. Umieralność w tych dwóch województwach jest ponad dwukrotnie wyższa niż w woj. podkarpackim, gdzie umieralność jest najniższa. Poza woj. wielkopolskim, a w przypadku ogółu ludności również woj. lubelskim, obecny poziom umieralności jest wyższy niż dziewięć lat wcześniej, przy czym w woj. lubuskim i świętokrzyskim różnica znacznie przekraczała 30% a w woj. pomorskim nawet 40%. Trzeba podkreślić, że w tym ostatnim województwie oraz w świętokrzyskim umieralność osób w wieku 25-64 lata jest obecnie wyższa o ponad 60% w porównaniu z latami 2000-2001, przy czym umieralność kobiet wzrosła około dwukrotnie (ryc. 2.39b).

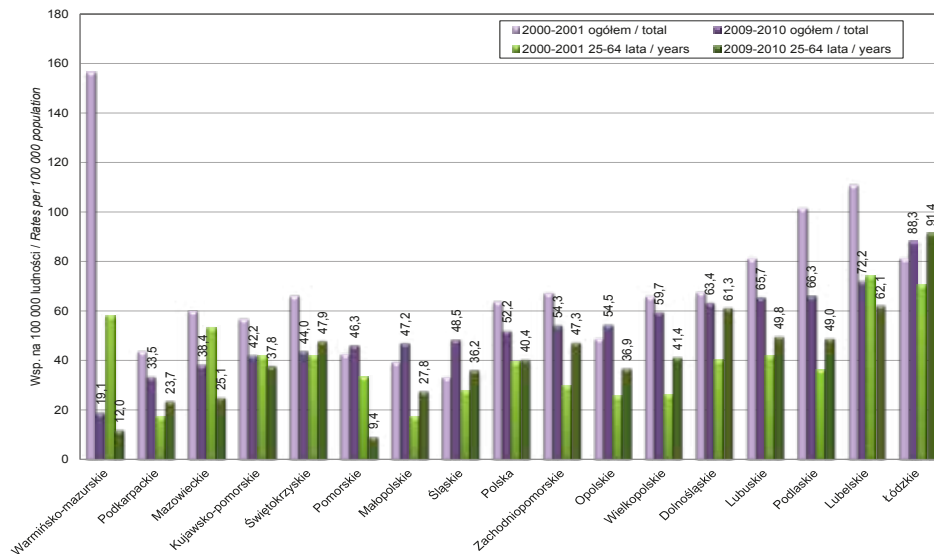


Ryc. 2.39b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości (K70, K73-K74) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.39b. Age-standardized annual death rates from chronic liver disease and cirrhosis (K70, K73-K74) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

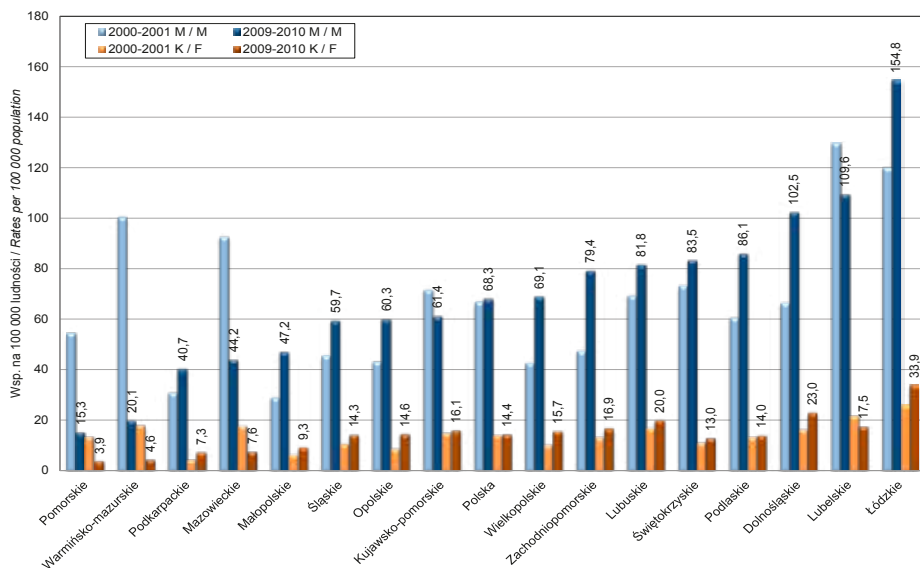
2.11. Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych

Na koniec omawiania umieralności spowodowanej poszczególnymi przyczynami zgonów trzeba zwrócić uwagę na grupę przyczyn niedokładnie określonych, a więc takich gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, odwoływała się do nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, była niedokładnie określona, lub wręcz nieznaną (ICD-10 R00-R99).



Ryc. 2.40a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) ogółu osób oraz w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.40a. Age-standardized annual death rates from ill-defined conditions (R00-R99) in total population and in aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010



Ryc. 2.40b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata wg województw, 2000-2001 oraz 2009-2010

Fig. 2.40b. Age-standardized annual death rates from ill-defined conditions (R00-R99) in males (M) and in females (F) aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001 and 2009-2010

W 2010 r. w Polsce stała się ona niestety trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów występującą zarówno wśród osób najstarszych jak i w grupach wieku 25-44 lata oraz 45-64 lata a nawet dzieci w wieku 0-4 lata (tabela 2.2, ryc. 2.17a i 2.17b). Stosunkowo duży spadek umieralności z powodu tych przyczyn miał miejsce w latach 1999-2001 a następnie wśród mężczyzn poziom umieralności ustabilizował się i dopiero po roku 2007 ponownie zaczął się zmniejszać. Natomiast wśród kobiet cały czas utrzymuje się lekka tendencja spadkowa współczynnika zgonów (tabela 2.3a i 2.3b). W roku 2010 z powodu takich niedokładnie określonych przyczyn zmarło 24496 osób (13294 mężczyzn i 11202 kobiety) (64 na 100 tys. ludności). Przyczyny te znacznie częściej występują w przypadku zgonów mężczyzn niż kobiet, natomiast nie ma dużej różnicy między mieszkańcami miast i wsi (tabela 2.4-2.7).

Na szczególną uwagę zasługuje niepokojąca sytuacja w przypadku wojewódzkiego zróżnicowania zgonów, których przyczyny są niedokładnie określone bądź nieznane. Zróżnicowanie to jest bardzo duże i różnica natężenia zgonów w województwach skrajnych w latach 2009-2010 była ponad czterokrotna dla ogółu ludności i około dziesięciokrotna dla osób w wieku 25-64 lata (ryc. 2.40a i 2.40b). Tak znaczne różnice w częstości zgonów z powodu przyczyn nieznanymi i niedokładnie określonych mogą świadczyć o występujących w województwach różnicach w rozpoznawaniu przyczyn zgonów i najprawdopodobniej niedorejestrowaniu pewnych rozpoznań tam, gdzie występują znaczne nadwyżki stanów niedokładnie określonych. Na podkreślenie zasługuje wyraźnie najgorsza obecnie sytuacja i brak poprawy w ostatnich dziewięciu latach w woj. łódzkim. Natomiast wspomniany już wcześniej duży (o 88%) spadek umieralności po 2001 r w woj. warmińsko-mazurskim poprawił sytuację w tym województwie, ale musiało to znaleźć odbicie w poziomie umieralności z powodu innych przyczyn. Za niepokojący należy uznać fakt dużego (o 45%) wzrostu współczynnika zgonów ogółu ludności w woj. śląskim, oraz wzrostu umieralności z powodu takich niedokładnie określonych przyczyn osób w wieku 25-64 lata w woj. małopolskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim o ok. 60%, a w woj. dolnośląskim o ponad 50%. Wskazuje to na pogarszanie się w tych województwach jakości systemu orzekania o przyczynach zgonów.

2.12. Umieralność niemowląt

Umieralność niemowląt tzn. dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, zmniejsza się w Polsce od wielu lat. W latach dwutysięcznych w każdym roku na każde 10 tys. urodzeń żywych umiera przeciętnie o troje dzieci mniej, niż rok wcześniej. W 2010 r. zmarło w Polsce 2057 dzieci poniżej pierwszego roku życia, a więc współczynnik umieralności niemowląt wynosił 5,0 na 1000 urodzeń żywych (tabela 2.8) (wg danych tymczasowych GUS w roku 2011 nastąpiła dalsza poprawa i współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 4,7 na 1000 urodzeń żywych)³. Ponad połowa (52,8%) wszystkich zgonów niemowląt nastąpiła w pierwszym tygodniu życia, natomiast powyżej czterech tygodni życia, a przed ukończeniem pierwszego roku życia zmarło 603 niemowlęta (29,3% ogółu).

3 Polska w liczbach. GUS, Warszawa 2012.

Tabela 2.8. Zgony niemowląt według wieku w wybranych latach w okresie 1975-2010
 Table 2.8. Infant mortality by age, selected years 1975-2010

Lata / Year	Ogółem/ Total	Wiek w ukończonych dniach/ Age in completed days				
		0-27				28-365
		razem/ total	0-6		7-27	
			razem/ total	0		
liczba	procent / percentage					
1975	18610,0	68,9	55,7	31,1	13,2	31,1
1980	17700,0	68,9	57,6	33,3	11,3	31,1
1985	15052,0	75,5	63,7	35,2	11,8	24,5
1990	10640,0	77,3	63,9	35,8	13,4	22,7
1991	9942,0	76,8	64,0	36,4	12,8	23,2
1995	5891,0	74,0	59,2	34,7	14,9	26,0
1999	3381,0	71,6	53,0	30,5	18,6	28,3
2000	3068,0	69,0	51,0	29,4	18,0	31,0
2005	2340,0	69,8	52,7	28,4	17,1	30,2
2006	2238,0	72,5	54,7	28,2	17,8	27,5
2007	2322,0	72,1	53,8	26,9	18,3	27,9
2008	2337,0	69,3	52,1	25,7	17,2	30,7
2009	2327,0	72,0	54,4	35,3	17,6	28,0
2010	2057,0	70,7	52,8	33,0	17,8	29,3
na 1000 żywych urodzeń/ per 1000 live births						
1975	29,0	20,0	16,2	9,0	3,8	9,0
1980	25,5	17,6	14,7	8,5	2,9	7,9
1985	22,0	16,6	14,0	7,8	2,6	5,4
1990	19,3	14,9	12,4	6,9	2,6	4,4
1991	18,2	13,9	11,6	6,6	2,3	4,2
1995	13,6	10,1	8,0	4,7	2,0	3,5
1999	8,9	6,3	4,7	2,7	1,6	2,5
2000	8,1	5,6	4,1	2,4	1,5	2,5
2005	6,4	4,5	3,4	1,8	1,1	1,9
2006	6,0	4,3	3,3	1,7	1,1	1,6
2007	6,0	4,3	3,2	1,6	1,1	1,7
2008	5,6	3,9	2,9	1,4	1,0	1,7
2009	5,5	4,0	3,0	2,0	1,0	1,6
2010	5,0	3,5	2,6	1,6	0,9	1,5

Źródło: na podstawie danych GUS / CSO data

Niska masa urodzeniowa jest jednym z głównych czynników ryzyka umieralności niemowląt. Na tę grupę noworodków, która w 2010 r. stanowiła zaledwie 5,7% wszystkich żywo urodzonych noworodków przypadło aż 66% zgonów w okresie niemowlęcym a współczynnik umieralności niemowląt ważących przy urodzeniu poniżej 2500 g był 32-krotnie większy niż współczynnik umieralności niemowląt, które ważyły więcej (tabela 2.9).

Tabela 2.9 Zgony niemowląt według wagi przy urodzeniu w wybranych latach w okresie 1980-2010
 Table 2.9. *Infant mortality by birth weight, selected years 1980-2010*

Lata / Year	Poniżej 2500 g ¹ / <i>Below 2500 g¹</i>		2500 g i więcej ² / <i>2500 g and more²</i>	
	procent zgonów ³ / <i>percentage of deaths³</i>	zgonów na 1000 urodzeń żywych / <i>IMR per 1000 live births</i>	procent zgonów ³ / <i>percentage of deaths</i>	zgonów na 1000 urodzeń żywych/ <i>IMR per 1000 live births</i>
1980	60,3	192,1	38,8	10,7
1985	62,3	169,1	36,8	8,8
1990	65,7	153,1	33,5	7,1
1991	65,4	142,8	33,4	6,6
1995	63,6	129,7	35,3	5,2
2000	61,4	87,1	37,6	3,2
2005	65,9	66,3	33,2	2,3
2006	69,1	68,4	30,4	1,9
2007	68,0	67,0	31,5	2,0
2008	66,2	65,5	33,8	2,0
2009	67,6	64,4	32,4	1,9
2010	66,0	57,8	34,0	1,8

¹2500g i poniżej do 1993 r./*2500g and below till 1993,*

²2501g i więcej do 1993 r./ *2501g and more till 1993*

³Procenty mogą nie sumować się do 100 ze względu na braki informacji o wadze urodzeniowej/
percentages may not sum up to 100 due to lack of information on birth weight

Źródło: na podstawie danych GUS / *based on CSO data*

Około połowa (51%) zgonów niemowląt w 2010 r. była spowodowana stanami chorobowymi noworodków rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, a 34% wadami rozwojowymi wrodzonymi (tabela 2.10). Główną przyczyną zgonów niemowląt powstającą w okresie okołoporodowym są zaburzenia związane ze skróconym trwaniem ciąży i niskim ciężarem urodzeniowym. Drugim kompleksem przyczyn w tej grupie są zaburzenia oddechowate i sercowo-naczyniowe swoiste dla okresu okołoporodowego. Te dwie najczęstsze kategorie przyczyn są odpowiedzialne za 82% zgonów spowodowanych stanami chorobowymi powstającymi w okresie okołoporodowym.

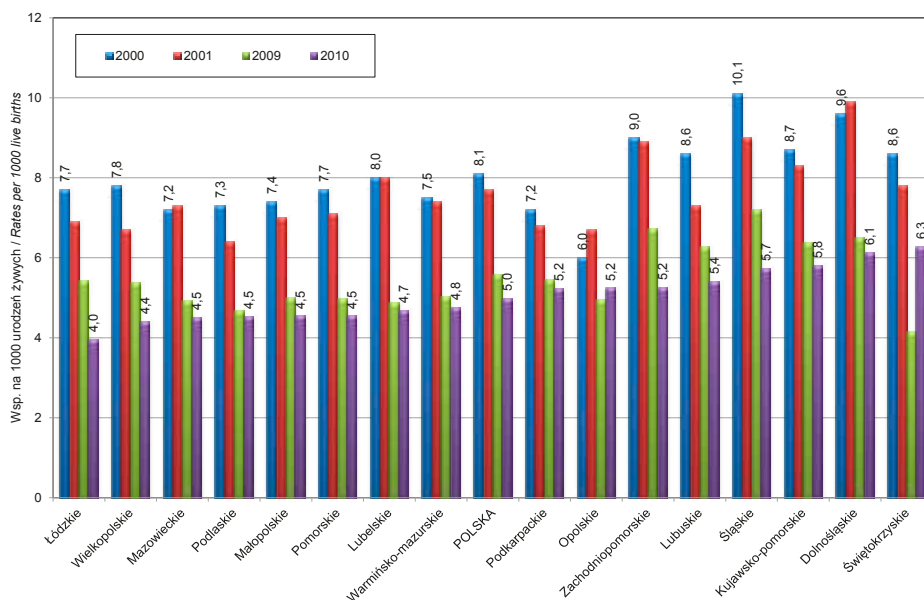
Wśród przyczyn zgonów z powodu wad rozwojowych wrodzonych dominują wady układu krążenia odpowiedzialne za 37% zgonów w tej grupie, zaś bezmózgowie, rozszczep kręgosłupa i inne wady układu nerwowego za 12% zgonów w tej grupie.

Porównując przyczyny zgonów niemowląt obecnie i na początku lat 2000. można stwierdzić duży wzrost znaczenia zaburzeń związanych ze skróconym trwaniem ciąży i niską urodzeniową masą ciała odpowiedzialnych obecnie za jedną trzecią zgonów niemowląt.

W 2010 r. współczynnik umieralności niemowląt wahał się od 4,0 zgonów na 1000 urodzeń żywych w woj. łódzkim (jeszcze w dwóch województwach był poniżej 5) do 6,3 w woj. świętokrzyskim, gdzie umieralność niemowląt znacznie wzrosła w stosunku do 2009 r. (jeszcze tylko w woj. opolskim nastąpił nieznaczny wzrost współczynnika zgonów w 2010 r.). (ryc. 2.41). Zarówno na początku lat 2000. jak i obecnie wysoki poziom umieralności niemowląt występuje w woj. dolnośląskim.

Tabela 2.10. Liczba i procent zgonów niemowląt z powodu wybranych przyczyn w 2001 i 2010 r.
Table 2.10. Infant deaths by cause, 2001 and 2010

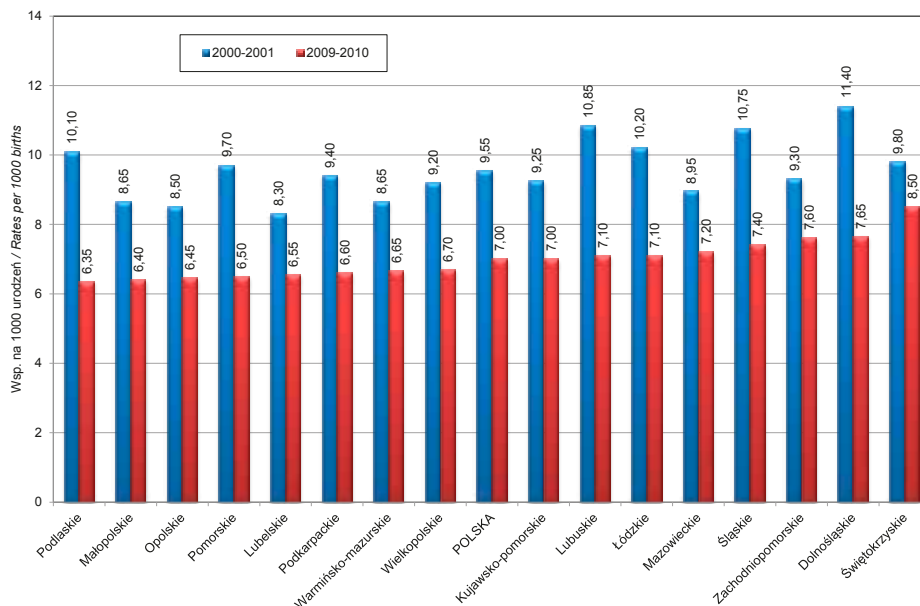
Przyczyny zgonu (ICD-10) Cause of death (ICD-10)	2001		2010	
	Liczba Number	Procent Percentage	Liczba Number	Procent Percentage
Ogółem / Total				
w tym:	2823	100,0	2057	100,0
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	82	2,9	42	2,0
posocznice (A40-A41)	65	2,3	35	1,7
Zapalenie płuc (J12-J18)	64	2,3	42	2,0
Stany okresu okołoporodowego (P00-P96)	1410	49,9	1059	51,5
wcześnieactwo i niska urodzeniowa masa ciała (P07)	560	19,8	680	33,1
uraz porodowy (P10-P15)	35	1,2	5	0,2
zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe (P20-P29)	417	14,8	184	8,9
posocznica bakteryjna noworodka (P36)	170	6,0	41	2,0
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	955	33,8	699	34,0
wady układu nerwowego (Q00-Q07)	141	5,0	85	4,1
wady układu krążenia (Q20-Q28)	397	14,1	256	12,4
Zespół nagłej śmierci dziecka (R95)	43	1,5	39	1,9
Przyczyny niedokładnie określone i nieznanne (R96-R99)	49	1,7	38	1,8
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	75	2,7	38	1,8



Ryc. 2.41. Współczynniki zgonów niemowląt wg województw w latach 2000, 2001 oraz 2009, 2010 (dane GUS)

Fig. 2.41. Infant mortality rates by voivodship, 2000, 2001 and 2009, 2010 (CSO data)

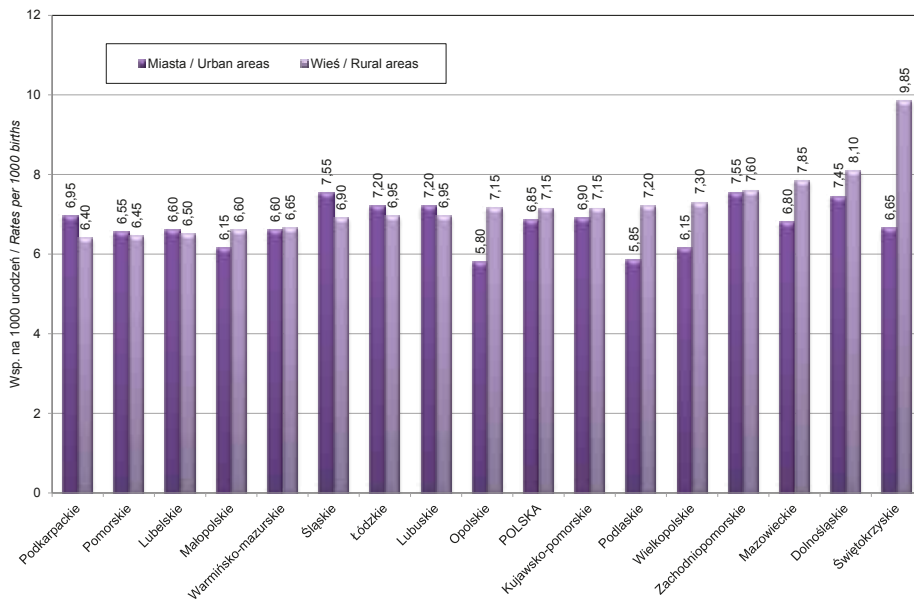
Umieralność okołoporodowa obejmująca martwe urodzenia oraz zgony w pierwszym tygodniu życia jest uważana za wskaźnikową w odniesieniu do funkcjonowania opieki medycznej nad kobietą w ciąży oraz noworodkiem. Od szeregu lat stanowi ona stosunkowo duży problem w woj. dolnośląskim, ale jej przeciętny poziom w ostatnich dwóch latach był najwyższy w woj. świętokrzyskim (ryc. 2.42). Ogólnie we wszystkich województwach można stwierdzić wyraźną poprawę w zakresie umieralności okołoporodowej, a jej największy spadek (o 37%) miał miejsce w woj. podlaskim.



Ryc. 2.42. Średnioroczne współczynniki umieralności okołoporodowej wg województw w latach 2000-2001 i 2009-2010 (na podstawie danych GUS)

Fig. 2.42. Annual perinatal mortality rates by voivodship 2000-2001 and 2009-2010 (CSO data)

W skali całego kraju i w większości województw umieralność okołoporodowa w latach 2009-2010 była trochę wyższa na wsi niż w miastach i tylko w woj. świętokrzyskim różnica ta jest znaczna w związku z wysokim poziomem umieralności na wsi (ryc. 2.43).



Ryc. 2.43. Średnioroczne współczynniki umieralności okołoporodowej w mieście i na wsi wg województw w latach 2009-2010 (na podstawie danych GUS)

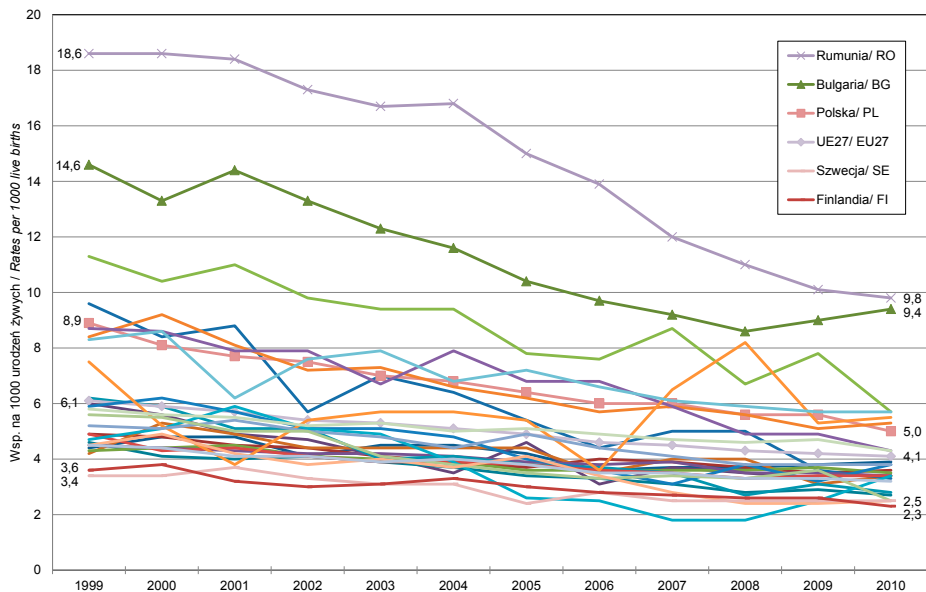
Fig. 2.43. Annual perinatal mortality rates in urban and rural areas by voivodship 2009-2010 (CSO data)

2.13. Umieralność w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w krajach Unii Europejskiej

Korzystając z mierników umieralności w krajach europejskich, opracowanych przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia (baza danych HFA-MDB, styczeń 2012), porównano poziom i tendencje zmian natężenia zgonów z powodu głównych grup chorób oraz wybranych szczegółowych rozpoznań w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w 27 krajach Unii Europejskiej (UE). Ze względu na duży problem, jaki w Polsce stanowią zgony przedwczesne osób w sile wieku, tzn. w wieku 25-64 lata, analizę porównawczą przeprowadzono dla ogółu ludności, oraz właśnie dla tej grupy wieku, z wyróżnieniem na początku umieralności dzieci poniżej pierwszego roku życia. Przedstawione współczynniki zgonów osób dorosłych (SWZ) są standaryzowane ze względu na wiek metodą bezpośrednią, a za standard przyjęta była tzw. europejska struktura wieku populacji 25-64 lata. Analizę trendów czasowych współczynników zgonów w Polsce i przeciętnych dla Unii Europejskiej przeprowadzono za pomocą modeli jointpoint i programu Joinpoint Regression Program, (Version 3.3.1. April 2008; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute)

Wprawdzie **poziom umieralności niemowląt** w naszym kraju od lat systematycznie obniża się, a tempo spadku jest większe niż przeciętne dla krajów UE, jednak współczynnik zgonów niemowląt w Polsce wciąż jest wyższy od przeciętnego współczynnika w UE (w 2010 r. 4,1 na 1000 urodzeń żywych) (ryc. 2.44). Nasz obecny poziom umieralności

niemowląt był przeciętnym dla UE sześć lat wcześniej, natomiast jeżeli współczynnik umieralności w Polsce i w UE będzie zmniejszał się w tempie takim jak dotychczas, to około roku 2015 umieralność niemowląt w Polsce może być na poziomie przeciętnym dla krajów UE.

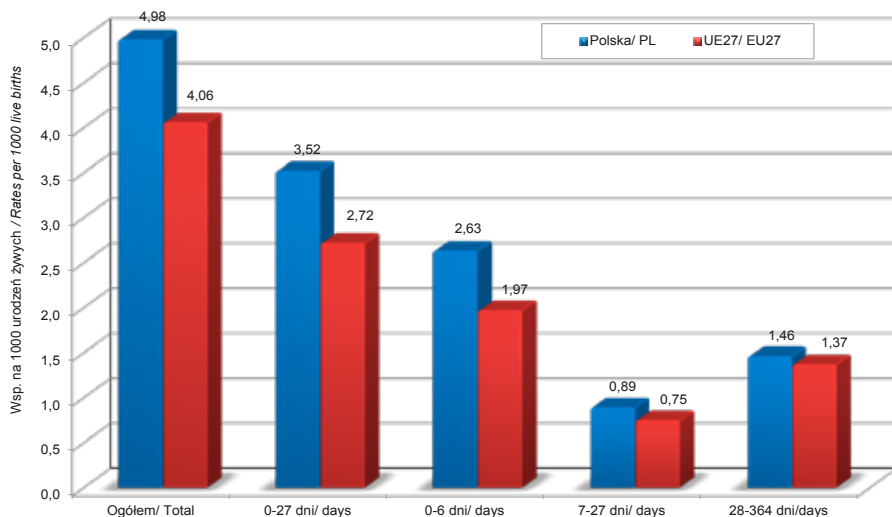


Ryc. 2.44. Zgony niemowląt w Polsce i pozostałych krajach Unii Europejskiej, 1999-2010, współczynniki na 1000 urodzeń żywych (dane Eurostat)

Fig. 2.44. Infant mortality rates in Poland and average for EU27 countries (Eurostat database)

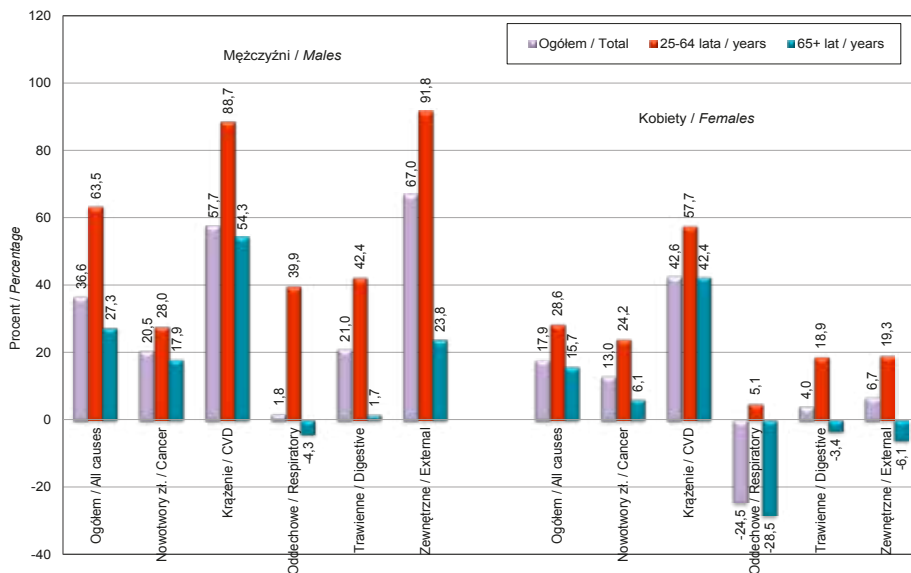
Najbardziej wyraźna różnica pomiędzy Polską i krajami UE występuje w przypadku zgonów niemowląt w okresie neonatalnym, tzn. w pierwszych czterech tygodniach życia a zwłaszcza w jego wczesnym okresie tzn. pierwszym tygodniu życia, gdyż wówczas umieralność niemowląt w Polsce jest wyższa o jedną trzecią od przeciętnej w UE (ryc. 2.45). Powyższym zgonom w sposób szczególny może przeciwdziałać skuteczna opieka medyczna.

W Polsce w 2010 r. **zmarło w wieku 25-64 lata** 76,7 tys. mężczyzn oraz 31,0 tys. kobiet i osoby te stanowiły odpowiednio 38,4% ogółu zmarłych mężczyzn i 17,3% zmarłych kobiet. Główną przyczyną przedwczesnych zgonów, która jest znacznie większym zagrożeniem życia w Polsce niż w krajach UE, zarówno mężczyzn jak i kobiet, są choroby układu krążenia (ryc. 2.46). Poziom umieralności z powodu tych chorób jest w Polsce wyższy od przeciętnego w UE o 89% w przypadku mężczyzn i 58% w przypadku kobiet. Ponadto, wśród mężczyzn podobna nadwyżka zgonów jak dla chorób układu krążenia występuje w przypadku zewnętrznych przyczyn zgonów. Natomiast różnica pomiędzy Polską i UE w poziomie umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem jest wyraźnie mniejsza niż w przypadku chorób układu krążenia.



Ryc. 2.45. Umieralność niemowląt według wieku w Polsce i przeciętna w krajach UE w 2010 r. (dane WHO HFA DB)

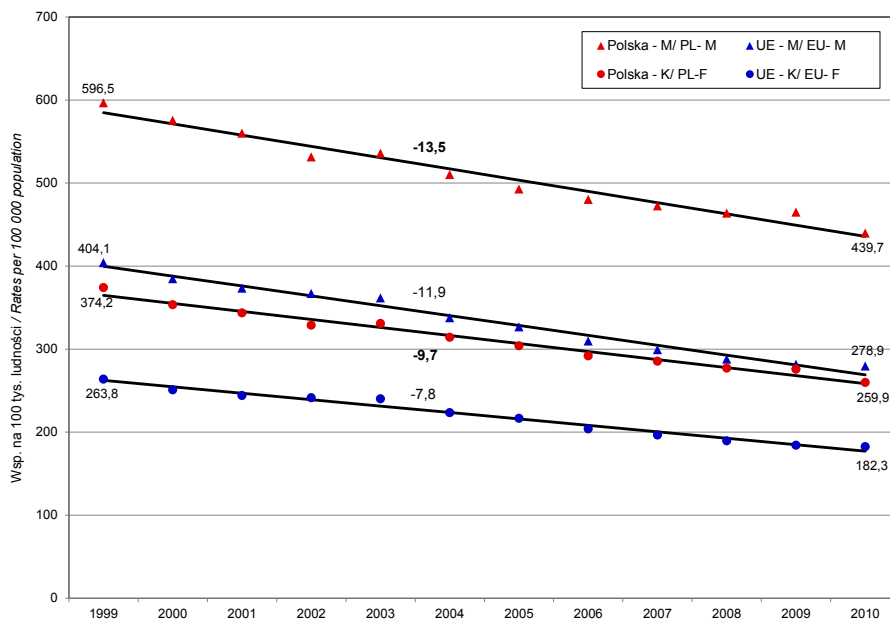
Fig. 2.45. Infant mortality rates by age in Poland and average for EU27 countries, 2010 (WHO HFA DB)



Ryc. 2.46. Nadwyżka (w %) umieralności w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu w krajach UE27 w populacji ogółem, w wieku 25-64 lata oraz 65 lat i więcej wg głównych grup przyczyn zgonów, 2010 r. (na podstawie WHO HFA MDB i obliczeń własnych)

Fig. 2.46. Excess (%) mortality in Poland in relation to average level in EU27 countries, overall and for age groups 25–64 and 65 years and over by main causes of death, 2010 (WHO HFA MDB and authors' own calculations)

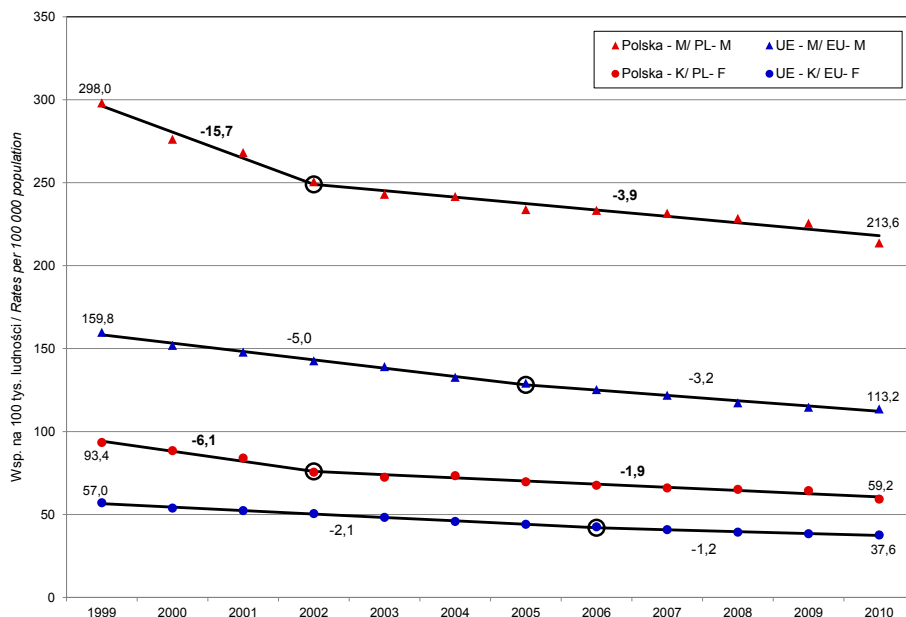
Zagrożenie życia ludności Polski spowodowane **chorobami układu krążenia (ChUK)** ogółem w latach 1999-2010 zmniejsza się w mniej więcej stałym tempie (rocznie o 13,5 zgonów/100 tys. mężczyzn i 9,7 zgonów/100 tys. kobiet) tylko nieznacznie szybszym od przeciętnego dla krajów UE (ryc. 2.47a). Jeżeli takie tempo będzie w Polsce utrzymywać się nadal, to mężczyźni osiągną obecny średni poziom umieralności w krajach UE w latach 2022-2023 a kobiety 2018-2019.



Ryc. 2.47a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)
 Fig. 2.47a. Age-standardized mortality rates from diseases of the circulatory system of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Wyraźnemu spowolnieniu po roku 2002 uległo natomiast w Polsce tempo spadku współczynników umieralności z powodu ChUK osób w wieku 25-64 lata (ryc. 2.47b). Jest ono obecnie praktycznie na tym samym poziomie, co tempo spadku średnie dla krajów UE i to oznacza, że tylko w bardzo niewielkim stopniu zmniejszamy dystans jaki dzieli nas od przeciętnego dla krajów UE poziomu przedwczesnej umieralności z powodu ChUK. Przy utrzymaniu się obecnego tempa spadku nawet obecny średni poziom umieralności w krajach UE polscy mężczyźni osiągną około lat 2037-2038, a kobiety 15 lat wcześniej, bo w latach 2022-2023.

Choroba niedokrwienna serca stanowi w Polsce większe zagrożenie życia niż przeciętne dla mieszkańców UE, zwłaszcza w przypadku mężczyzn w wieku produkcyjnym, których poziom umieralności jest wyższy od średniego dla UE o 41%, podczas gdy ogółu mężczyzn jest wyższy o 16%. W przypadku kobiet różnice są znacznie mniejsze i odpowiednio nadwyżki umieralności wynoszą 20% i 4%. W przypadku choroby niedokrwiennej

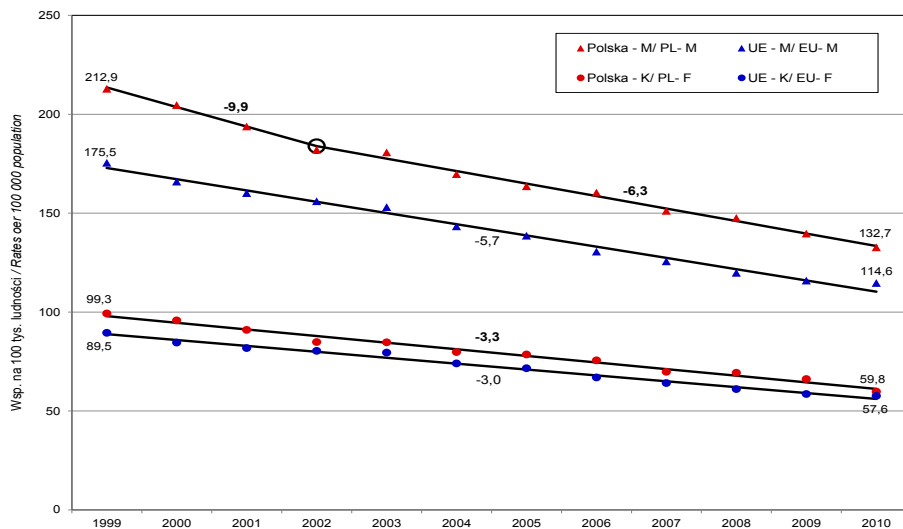


Ryc. 2.47b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.47b. Age-standardized mortality rates from diseases of the circulatory system of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

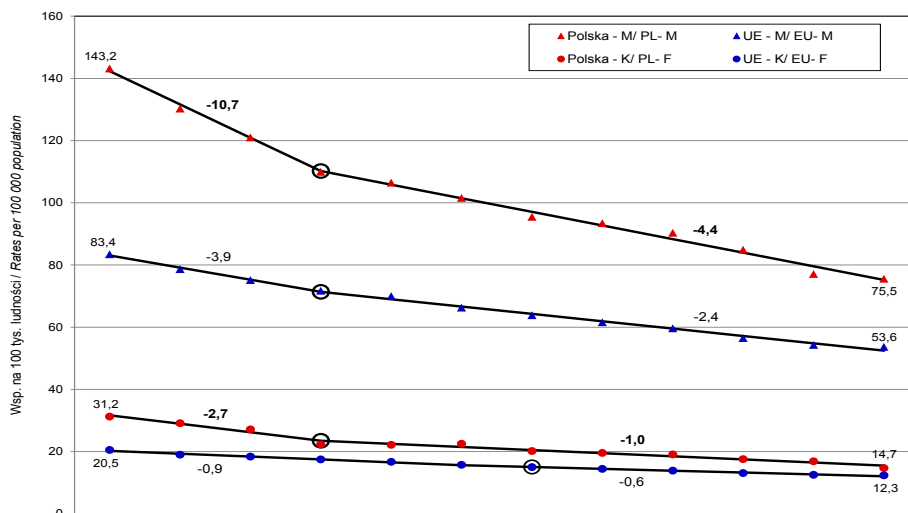
serca przeciętny roczny spadek współczynników zgonów mężczyzn, zarówno ogółem jak i w wieku 25-64 lata w latach 2002-2010 również uległ spowolnieniu (ryc. 2.48a i 2.48b) i jest już tylko trochę większy niż średni dla krajów UE. W przypadku kobiet umieralność w Polsce ulega poprawie tylko nieznacznie szybciej niż przeciętnie w krajach UE, ale dystans do nadrobienia (różnica poziomów umieralności) jest znacznie mniejszy niż w przypadku mężczyzn.

Bardzo niekorzystnie przedstawia się w Polsce na tle sytuacja przeciętnej dla całej Unii Europejskiej **umieralność z powodu zespołu sercowo-płucnego i innych chorób serca** (ICD-10 I26-I51). Znacznie wyższy jest obecny poziom umieralności w naszym kraju – mężczyzn ogółem ponad dwukrotnie, a w wieku 25-64 lata nawet trzykrotnie, natomiast kobiet ogółem jest wyższy o 67% a w wieku 25-64 lata o 120% (ryc. 2.49a i 2.49b). Ponadto po roku 2006 trend spadkowy współczynnika zgonów ogółu ludności z powodu tych przyczyn uległ niepokojącemu odwróceniu i to samo, z pewnym opóźnieniem, nastąpiło w przypadku umieralności osób w wieku 25-64 lata.



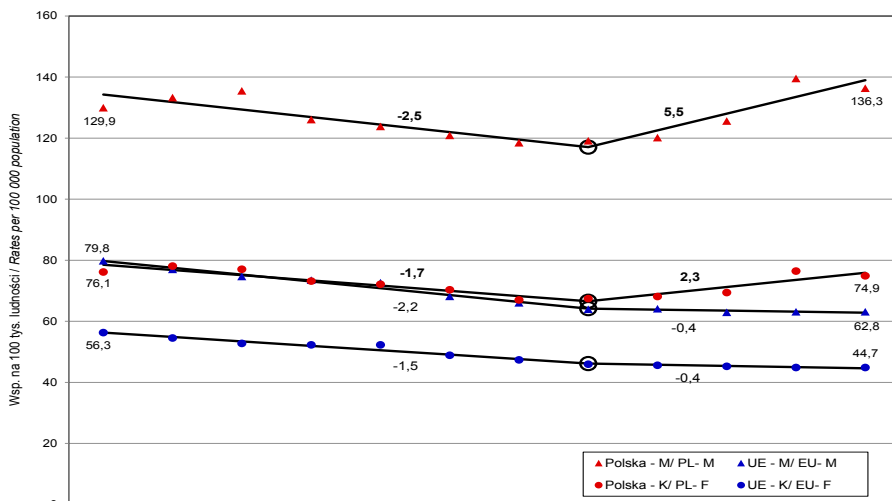
Ryc. 2.48a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.48a. Age-standardized mortality rates from ischaemic heart disease of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



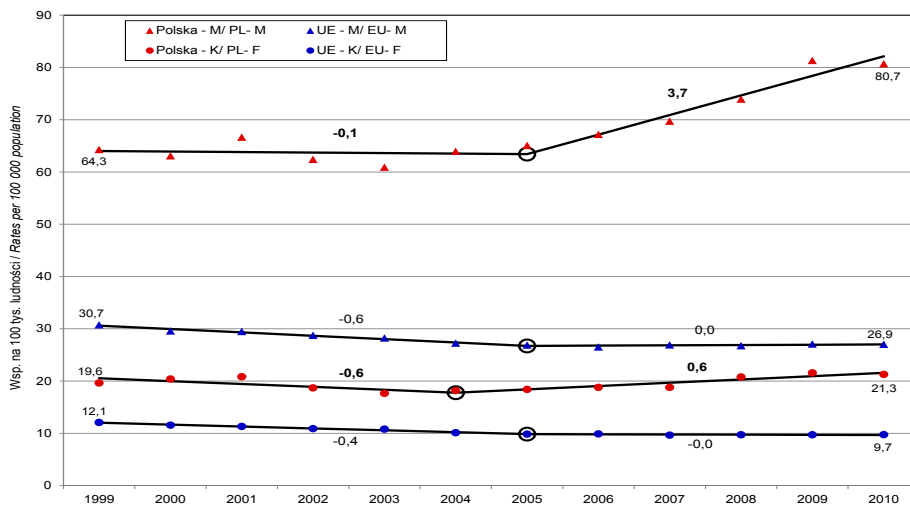
Ryc. 2.48b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.48b. Age-standardized mortality rates from ischaemic heart disease of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.49a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zespołu sercowo-płucnego i innych chorób serca (I26-I51) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

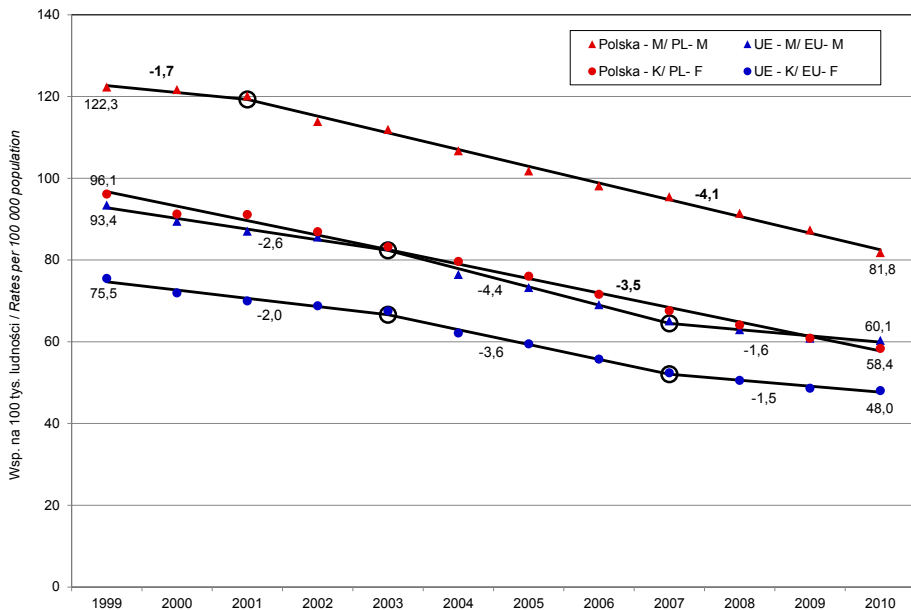
Fig. 2.49a. Age-standardized mortality rates from pulmonary heart disease and other heart diseases (I26-I51) of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.49b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zespołu sercowo-płucnego i innych chorób serca mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

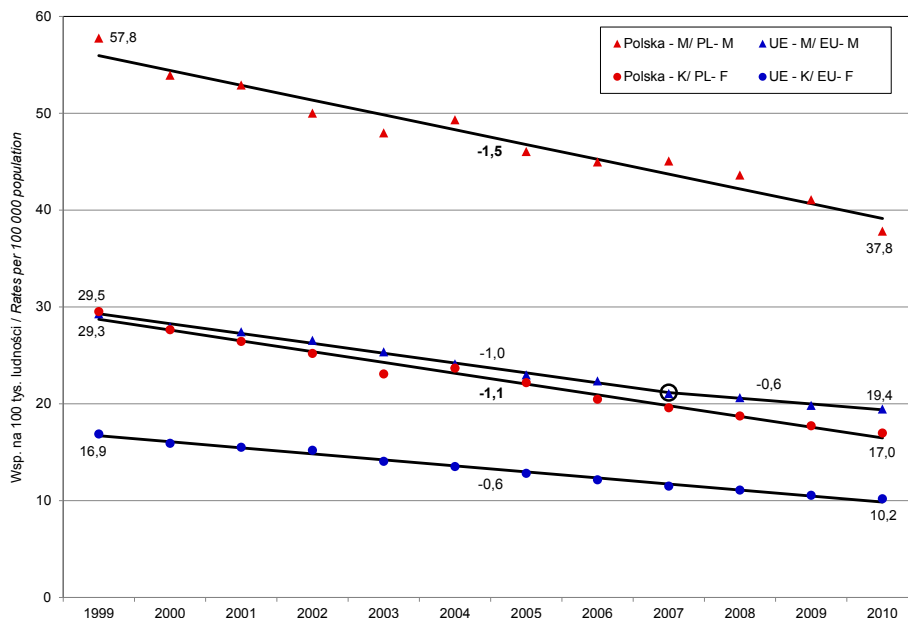
Fig. 2.49b. Age-standardized mortality rates from pulmonary heart disease and other heart diseases of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

W przeciwieństwie do umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca umieralność ogółu mężczyzn z powodu **chorób naczyń mózgowych** zmniejsza się szybciej po roku 2001, natomiast umieralność kobiet oraz umieralność osób w wieku 25-64 lata obniżały się w okresie 1999-2010 w stałym tempie (ryc. 2.50a i 2.50b). Obecne średnie roczne tempo spadku współczynnika zgonów zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet jest w Polsce szybsze od przeciętnego dla krajów UE, ale nadumieralność w Polsce, szczególnie przedwczesna w wieku 25-64 lata, jest bardzo duża – współczynnik zgonów mężczyzn w wieku produkcyjnym jest w Polsce wyższy od średniego dla UE o 94% a współczynnik zgonów kobiet jest wyższy o 67%. Jeżeli spadek umieralności w Polsce w tej grupie wieku będzie następował nadal w takim tempie to obecny przeciętny poziom umieralności w UE zostanie osiągnięty około roku 2023 w przypadku mężczyzn i 2016 w przypadku kobiet.



Ryc. 2.50a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

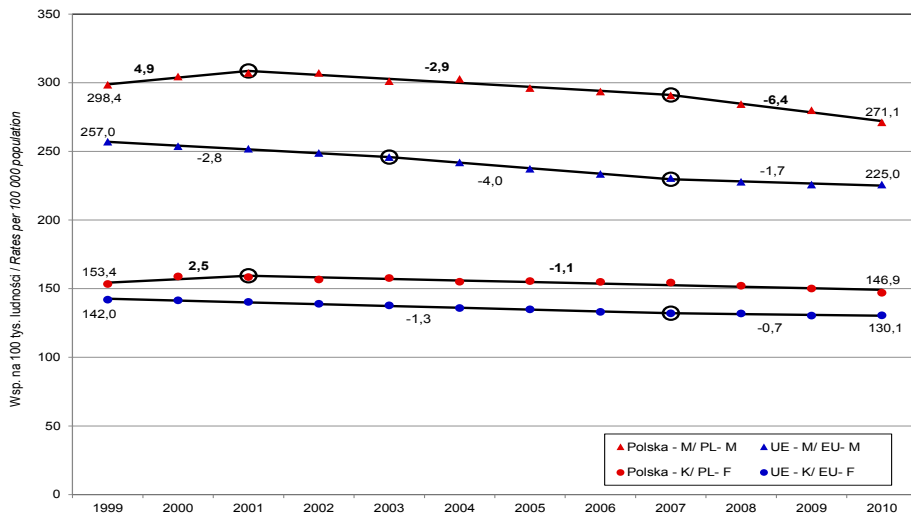
Fig. 2.50a. Age-standardized mortality rates from cerebrovascular diseases of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.50b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

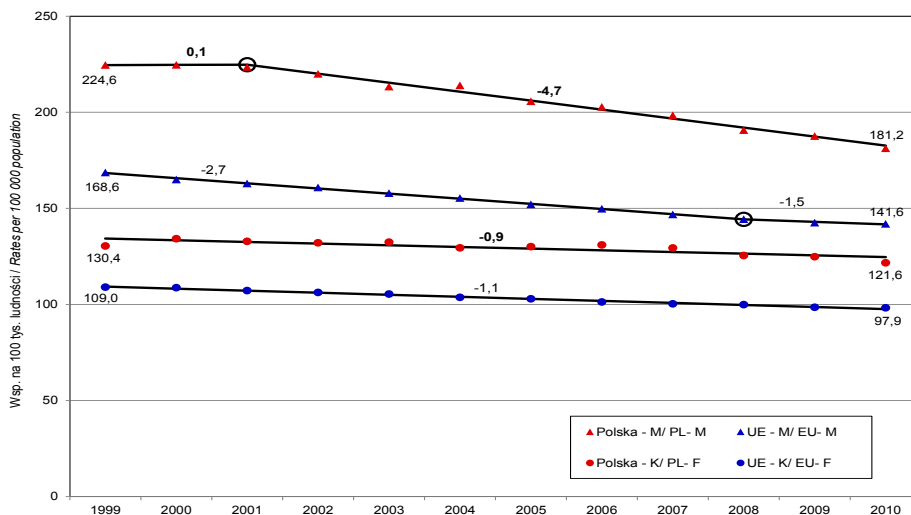
Fig. 2.50b. Age-standardized mortality rates from cerebrovascular diseases of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Tempo spadku umieralności mieszkańców Polski z powodu **nowotworów złośliwych ogółem** jest szybsze w przypadku mężczyzn niż kobiet i o ile dla ogółu mężczyzn oraz w wieku 25-64 lata tempo to jest obecnie szybsze niż średnie dla krajów UE o tyle w przypadku kobiet sytuacja jest mniej korzystna gdyż umieralność w grupie wieku 25-64 lata zmniejsza się w Polsce wolniej niż przeciętnie w krajach UE a więc nie zmniejsza się nadumieralność w naszym kraju (ryc. 2.51a i 2.51b). Jeżeli umieralność w naszym kraju w wieku 25-64 lata będzie nadal zmniejszała się w takim samym tempie jak w ostatnich latach to obecny przeciętny poziom umieralności w UE w przypadku mężczyzn zostanie osiągnięty około roku 2019 a w przypadku kobiet dopiero około roku 2041.



Ryc. 2.51a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

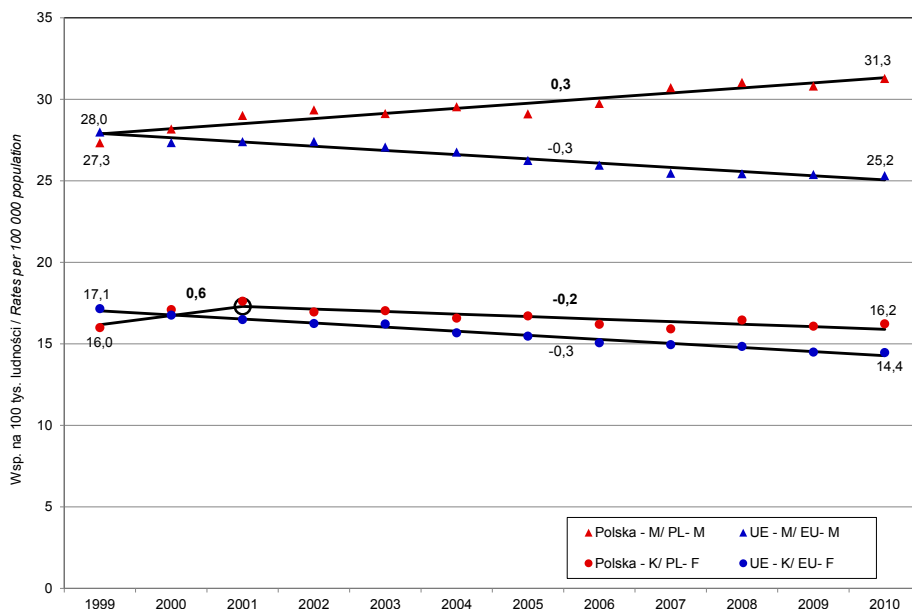
Fig. 2.51a. Age-standardized mortality rates from malignant neoplasms of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.51b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

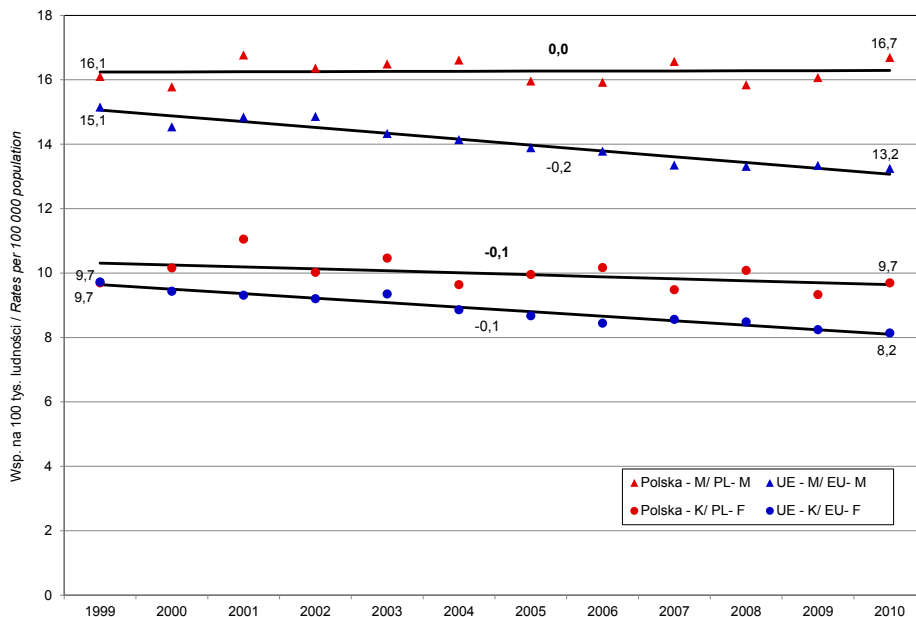
Fig. 2.51b. Age-standardized mortality rates from malignant neoplasms of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Poziom i trendy umieralność z powodu **nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu** (ICD-10 C18-C21) są w Polsce niekorzystne w porównaniu z przeciętnymi dla krajów UE. W przypadku mężczyzn ogółem trend jest rosnący a w wieku 25-64 lata poziom jest ustabilizowany, podczas gdy średni poziom umieralności w UE się obniża (ryc. 2.52a i 2.52b). Natomiast w przypadku kobiet obniżanie się poziomu umieralności następuje w Polsce wolniej niż przeciętnie w krajach UE.



Ryc. 2.52a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

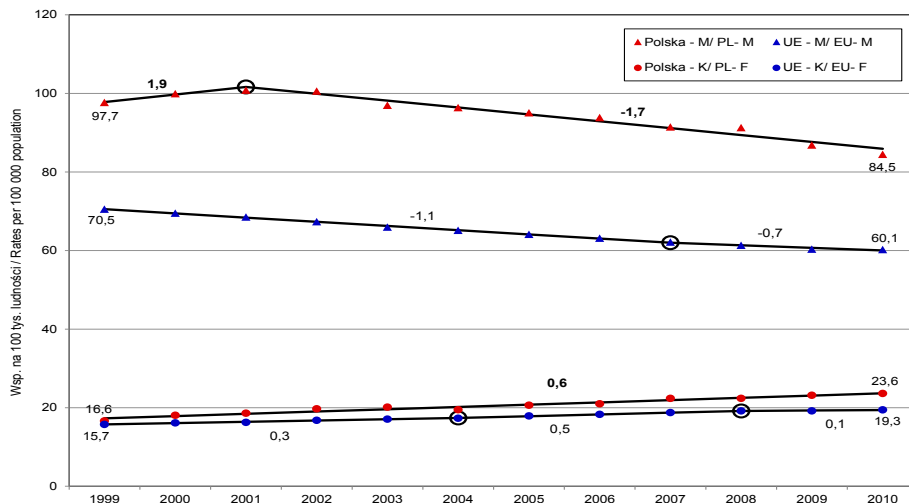
Fig. 2.52a. Age-standardized mortality rates from colorectal cancer of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.52b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

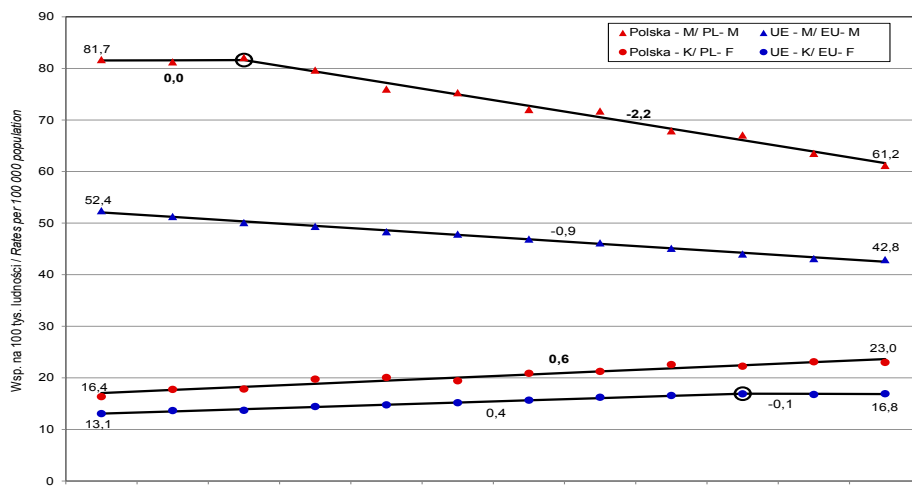
Fig. 2.52b. Age-standardized mortality rates from colorectal cancer of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Współczynniki zgonów z powodu **nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca** mężczyzn ogółem, oraz w wieku 25-64 lata są w Polsce wyższe od przeciętnych dla krajów UE (w 2010 r. nadwyżka odpowiednio o 40% i 43%), ale obniżają się nieco szybciej (ryc. 2.53a i 2.53b). Jeżeli umieralność w naszym kraju będzie nadal zmniejszała się w takim samym tempie jak dotychczas, to obecny przeciętny poziom umieralności w UE w przypadku mężczyzn ogółem zostanie osiągnięty około roku 2025, a mężczyzn w wieku 25-64 lata około roku 2019. Natomiast współczynniki zgonów kobiet w Polsce też są wyższe od przeciętnych dla krajów UE (w 2010 r. nadwyżka odpowiednio o 22% i 36%), ale mają trend rosnący i to niestety szybciej niż przeciętnie w krajach UE.



Ryc. 2.53a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

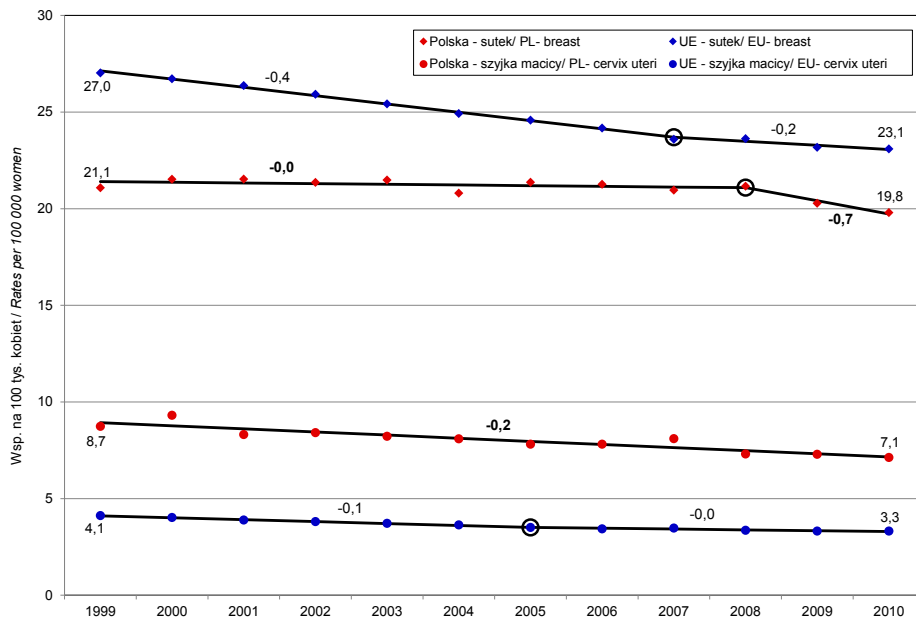
Fig. 2.53a. Age-standardized mortality rates from trachea, bronchus and lung cancer of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.53b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.53b. Age-standardized mortality rates from trachea, bronchus and lung cancer of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

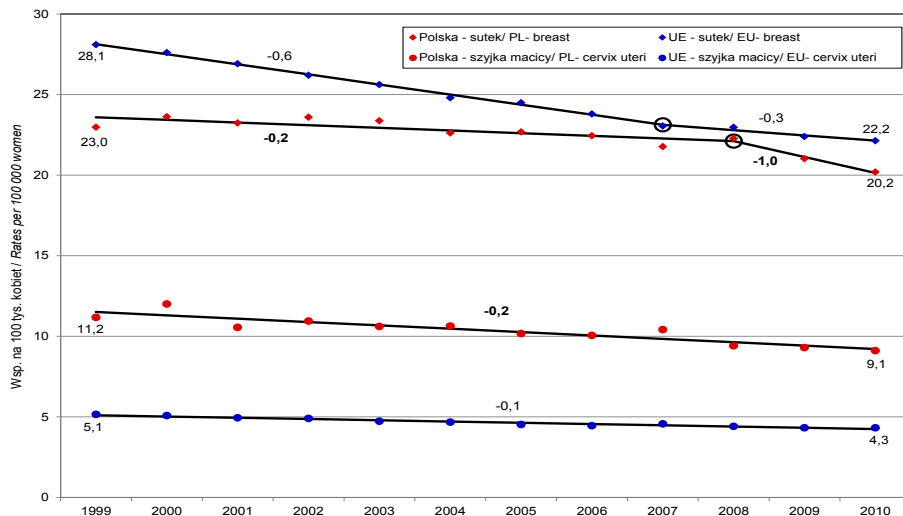
Umieralność kobiet ogółem oraz w wieku 25-64 lata z powodu **raka sutka** jest w Polsce niższa niż przeciętna dla krajów UE, a ponadto, co należy podkreślić, spadek współczynnika zgonów po roku 2008 jest w Polsce szybszy (ryc. 2.54a i 2.54b). Natomiast umieralność kobiet z powodu **raka szyjki macicy** jest w Polsce ponad dwukrotnie wyższa niż przeciętna w UE i wprawdzie spadek współczynnika zgonów jest w naszym kraju szybszy, jednak w niewystarczającym stopniu i jeżeli nie ulegnie zmianie to potrzeba będzie ponad 20 lat (około roku 2034) by osiągnąć obecny przeciętny poziom umieralności w UE kobiet ogółem oraz w wieku 25-64 lata.



Ryc. 2.54a. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworu złośliwego sutka oraz szyjki macicy w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

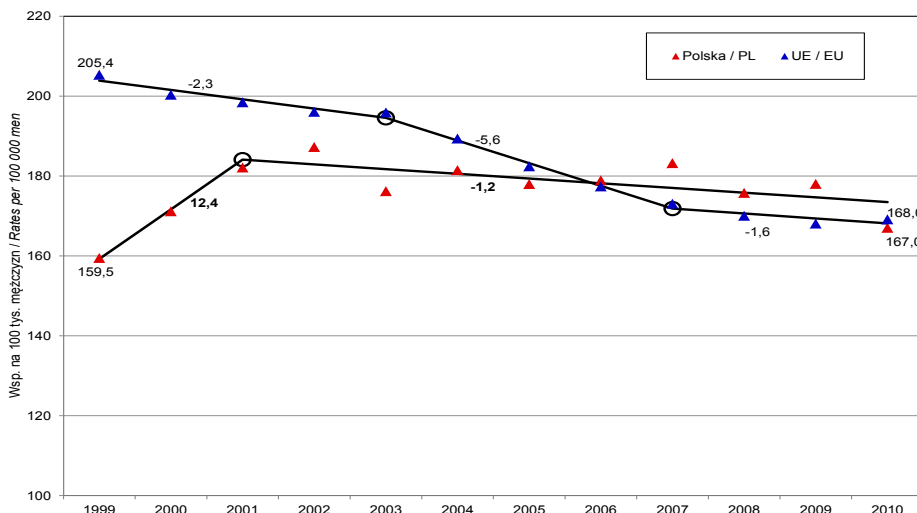
Fig. 2.54a. Age-standardized females mortality rates from breast cancer and cancer of cervix uteri in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Umieralność mężczyzn w wieku 65 lat i starszym z powodu **raka prostaty** jest obecnie (2010 r.) w Polsce taka, jak przeciętny poziom dla UE, chociaż w poprzednich czterech latach była powyżej tego poziomu. Tempo spadku współczynnika zgonów jest w Polsce takie samo jak średnie dla UE, które po roku 2007 uległo spowolnieniu (ryc. 2.55).



Ryc. 2.54b. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet w wieku 25-64 lata z powodu nowotworu złośliwego sutka oraz szyjki macicy w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

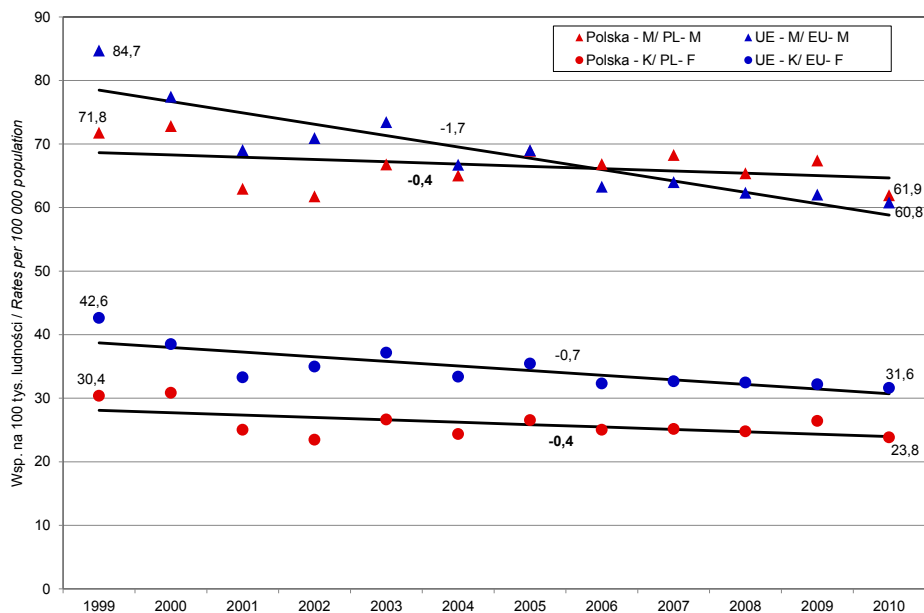
Fig. 2.54b. Age-standardized mortality rates of females aged 25-64 years from breast cancer and cancer of cervix uteri in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.55. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn w wieku 65 lat i starszym z powodu nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.55. Age-standardized mortality rates of males aged 65 years and above from prostate cancer in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

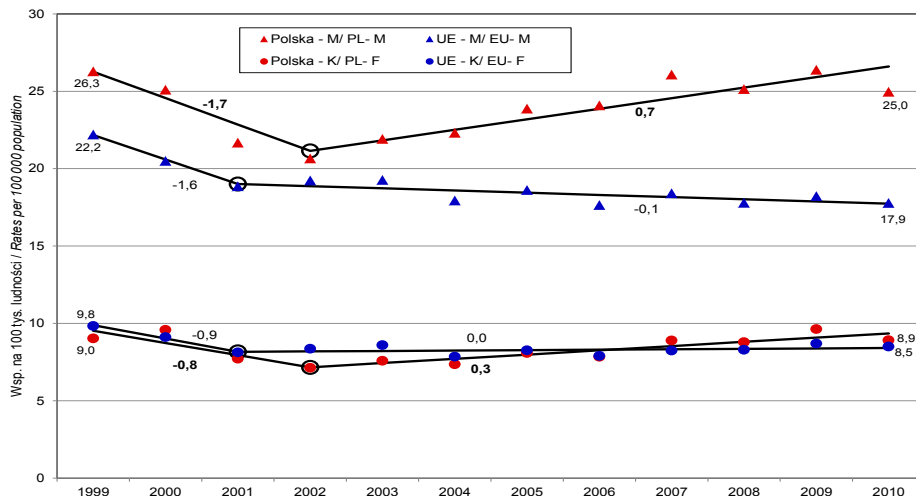
Umieralność z powodu **chorób układu oddechowego** ogółu mężczyzn i kobiet zmniejsza się w Polsce wolniej niż przeciętnie w UE z tym, że w przypadku ogółu mężczyzn poziom umieralności jest w naszym kraju trochę wyższy od średniego w UE natomiast poziom umieralności ogółu kobiet jest nawet niższy (ryc. 2.56a). Trochę niepokojąca jest natomiast sytuacja w przypadku umieralności w Polsce osób w wieku 25-64 lata, gdyż po roku 2002 ma ona trend wzrostowy, szczególnie wyraźnie zaznaczony dla mężczyzn, co powoduje że ich nadumieralność w stosunku do rówieśników w całej UE wzrasta (ryc. 2.56b).



Ryc. 2.56a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

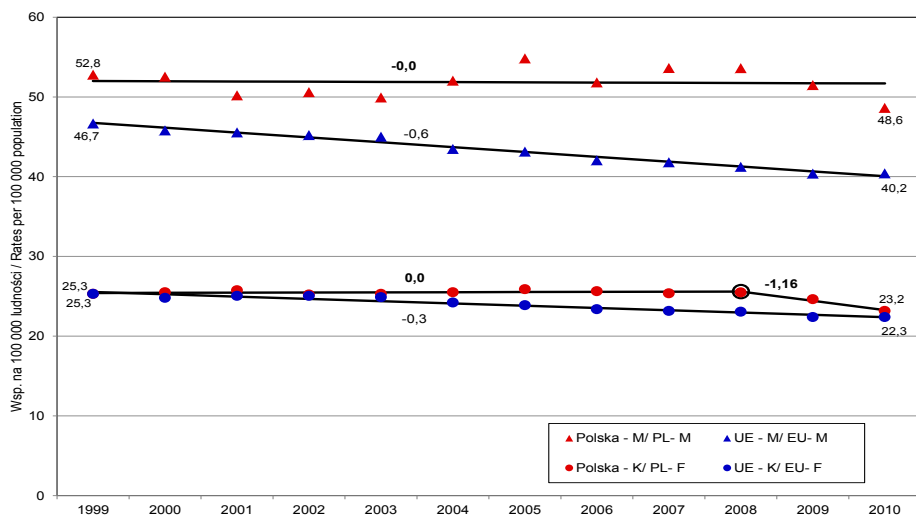
Fig. 2.56a. Age-standardized mortality rates from diseases of the respiratory system of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Umieralność z powodu **chorób układu trawiennego** ma w przypadku ogółu mężczyzn w Polsce ustabilizowany poziom przy nieznacznie spadkowym trendzie dla ogółu UE, natomiast w przypadku kobiet po roku 2008 zaznaczył się formalnie w ujęciu statystycznym trend spadkowy, dzięki któremu poziom umieralności w Polsce i UE zrównał się (ryc. 2.57a). Współczynniki zgonów osób w wieku 25-64 lata wskazują na zasadnicze zmiany, jakie zachodziły w umieralności z powodu chorób układu trawiennego w Polsce po roku 1999. Spadkowym trendom współczynników dla UE towarzyszył najpierw spadek, następnie wzrost, a od roku 2008 ponowny spadek współczynników w Polsce, szybszy od średniego w UE, ale umieralność mężczyzn w tej grupie wieku w Polsce jest znacznie wyższa (ryc. 2.57b). Sytuację taką kształtowały w Polsce zmiany umieralności z powodu przewlekłych chorób wątroby, związane najprawdopodobniej ze zmianami w konsumpcji alkoholu, które z kolei były spowodowane zmianami podatku akcyzowego.



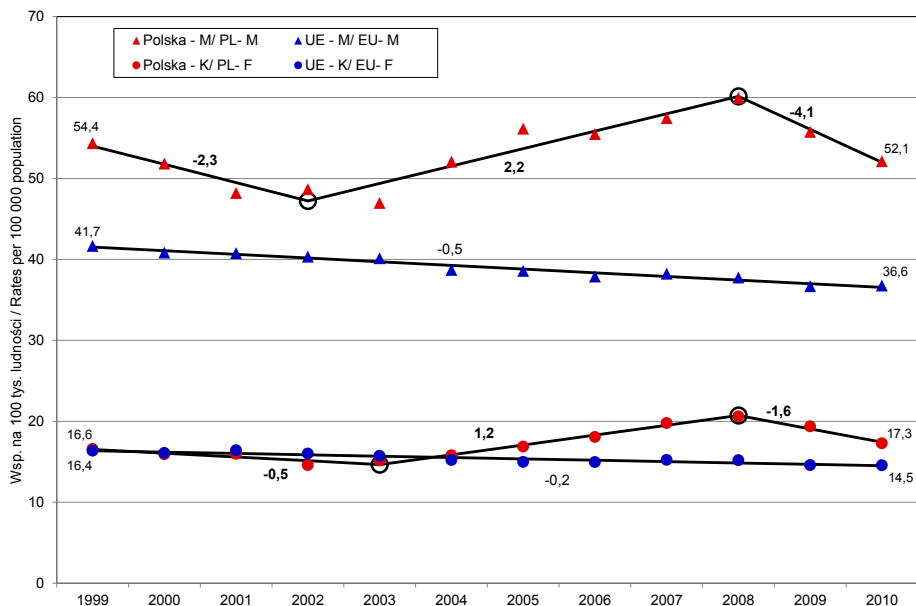
Ryc. 2.56b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.56b. Age-standardized mortality rates from diseases of the respiratory system of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.57a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

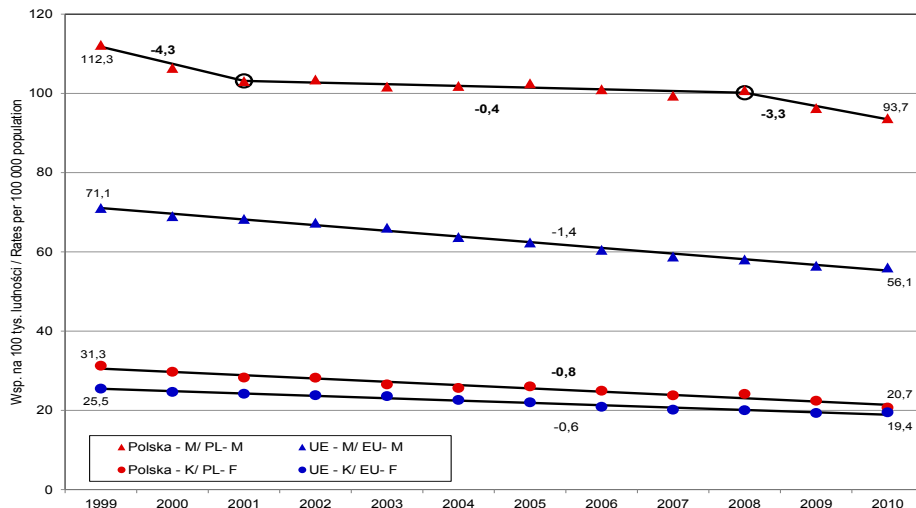
Fig. 2.57a. Age-standardized mortality rates from diseases of the digestive system of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.57b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

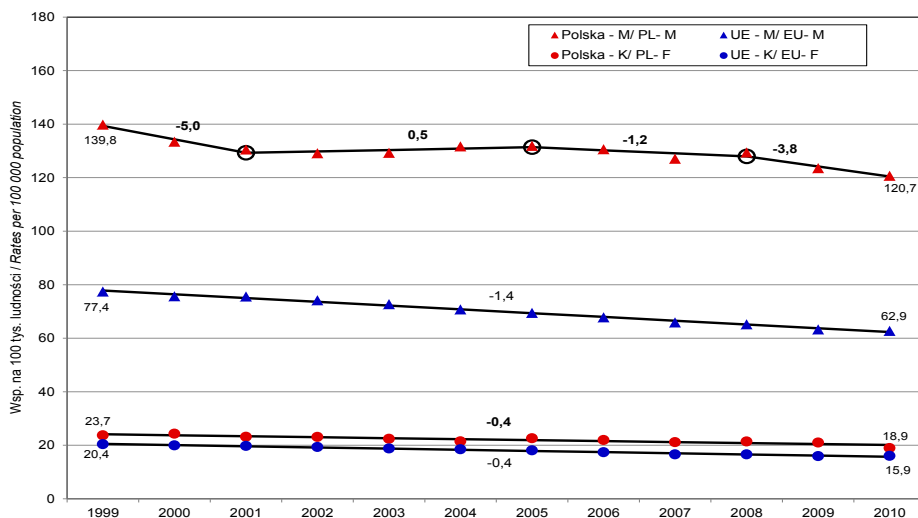
Fig. 2.57b. Age-standardized mortality rates from diseases of the digestive system of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Poziom umieralności z powodu **przyczyn zewnętrznych** zarówno mężczyzn ogółem jak i w wieku 25-64 lata jest w Polsce znacznie wyższy niż przeciętny w krajach UE i na dodatek w latach 2001-2008 różnica powiększała się, gdyż spadek współczynnika zgonów był w UE szybszy niż w Polsce (ryc. 2.58a i 2.58b). Po roku 2008 poziom umieralności w naszym kraju obniża się szybciej niż średnio w całej UE, ale i tak nawet przy utrzymaniu takiego tempa spadku obecny poziom umieralności w UE może zostać osiągnięty w Polsce w przypadku ogółu mężczyzn około roku 2021, a mężczyzn w wieku 25-64 lata około cztery lata później. Natomiast współczynniki zgonów kobiet w latach 1999-2010 zmniejszają się systematycznie w stałym tempie, w przypadku ogółu kobiet szybciej niż w UE i są już tylko nieznacznie wyższe niż średnie dla UE, a w przypadku kobiet w wieku 25-64 lata tempo spadku jest takie samo jak w UE i bezwzględna różnica poziomów umieralności nie zmienia się.



Ryc. 2.58a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

Fig. 2.58a. Age-standardized mortality rates from external causes of males (M) and females (F) in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)



Ryc. 2.58b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE27 w latach 1999-2010 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA DB, GUS oraz obliczenia własne)

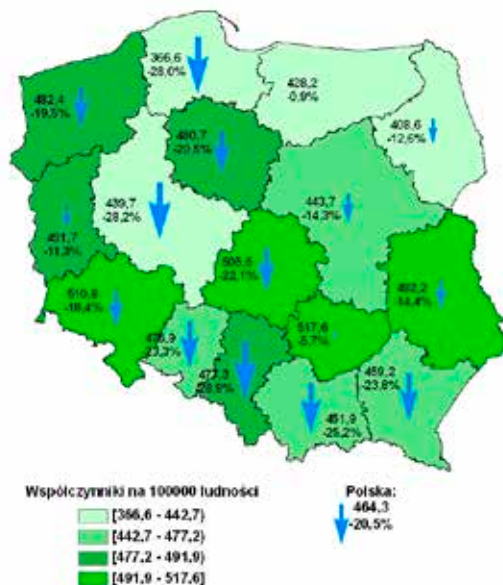
Fig. 2.58b Age-standardized mortality rates from external causes of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU27 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2010 (WHO HFA DB, CSO data and authors' own calculation)

Dużo wyższa jest w Polsce w porównaniu z przeciętnym poziomem w UE umieralność mężczyzn z powodu wypadków komunikacyjnych. Wprawdzie zmniejsza się ona w czasie, ale i tak w 2010 r. nadumieralność polskich mężczyzn ogółem wynosiła 68%, a mężczyzn w wieku 25-64 lata 77%. Również poziom umieralności polskich mężczyzn z powodu samobójstw jest znacznie wyższy od przeciętnego w UE i różnica nie zmniejsza się. W 2010 r. nadumieralność mężczyzn ogółem wynosiła 67% a mężczyzn w wieku 25-64 lata 77%.

PODSUMOWANIE:

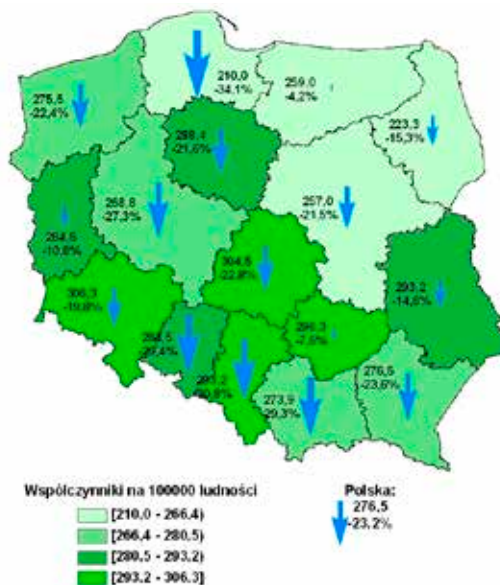
1. Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski pozwala na stwierdzenie, że stan zdrowia ludności w latach 2000. stopniowo się poprawiał, ale poprawa ta była wolniejsza, szczególnie w przypadku mężczyzn, niż w latach 90. Na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuację należy uznać za wciąż jeszcze niezadowolającą.
2. Przeciętna długość życia w Polsce wzrasta po 1991 r. ale po roku 2002 tempo tego wzrostu uległo spowolnieniu. W 2010 r. długość życia mężczyzn wynosiła 72,1 lat a dla kobiet była o 8,5 lat dłuższa i wynosiła 80,6 lat. W stosunku do 2009 r. nastąpił znaczny wzrost długości życia Polaków – o 0,6 roku w przypadku mężczyzn i 0,5 roku w przypadku kobiet. Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 81% długości życia, a kobiety 77%; osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (mężczyźni 6,7 lat, tzn. 45%, kobiety 7,5 lat, tzn. 39%).
3. Długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej - w przypadku mężczyzn o 4,7 lat a w przypadku kobiet o 2,1 lat. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa i tempo wzrostu długości trwania życia ludności Polski będzie nadal takie jak w ostatnich latach to obecnie średnią długość życia dla krajów UE osiągniemy w przypadku mężczyzn w latach 2031-2032, a w przypadku kobiet 15 lat wcześniej, tzn. w latach 2021-2022.
4. Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne – w Polsce w 2010 r. osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogły oczekiwać, że będą żyły dłużej niż osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym lub niższym o ok. 12 lat w przypadku mężczyzn i ok. 5 lat w przypadku kobiet.
5. Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; przeciętnie najdłużej żyją natomiast mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi.
6. Już od wielu lat najkrócej żyją w Polsce mieszkańcy województwa łódzkiego - w 2010 r. mężczyźni o 3,6 lata a kobiety o 2,5 lata krócej, niż osoby mieszkające w najlepszych pod względem długości życia województwach tzn. małopolskim i podkarpackim w przypadku mężczyzn, oraz podlaskim w przypadku kobiet.
7. Umieralność niemowląt w Polsce jest nadal wyższa od przeciętnej w UE: na każde 10 000 urodzeń żywych w 2010 r. w Polsce zmarło 50 niemowląt, a w UE w 2009 r. 42 niemowlęta. Ponieważ poziom umieralności obniża się w Polsce szybciej, to jeżeli nie ulegnie on trwałemu spowolnieniu, to różnica ta może zaniknąć w ciągu najbliższych paru lat. Głównym problemem w Polsce jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od opieki medycznej. Główne zagrożenie życia niemowląt związane jest z krótkim okresem trwania ciąży i niską urodzeniową masą ciała.

8. Od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia są **choroby układu krążenia** odpowiedzialne w 2010 r. za 46% ogółu zgonów Polaków. Zmniejsza się umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału serca, oraz chorób naczyń mózgowych, natomiast trend wzrostowy ma w ostatnich latach umieralność z powodu innych chorób serca, w tym niewydolności serca. Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. Zaskakujące różnice pomiędzy województwami w przypadku niektórych szczegółowych przyczyn sercowo-naczyniowych mogą wynikać w dużym stopniu z lokalnych zwyczajów w określaniu przyczyny wyjściowej zgonu i sposobu, w jaki podchodzą do tego problemu lekarze kodujący karty zgonu. Problem ten niewątpliwie wymaga głębszej analizy i podjęcia działań w celu zapewnienia lepszej porównywalności danych zbieranych w różnych częściach kraju.
9. **Nowotwory złośliwe** są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (24,5% ogółu zgonów w 2010 r.) i ich udział w ogólnej liczbie zgonów jest w ostatnich latach dosyć ustabilizowany, natomiast natężenie umieralności z ich powodu powoli zmniejsza się. Nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet, ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn. Zdecydowanie najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jest rak tchawicy, oskrzela i płuca (bardziej niż przeciętnym mieszkańcom UE), a współczynniki umieralności kobiet z jego powodu rosną. Zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (jest niższa od średniej dla UE) i z powodu raka szyjki macicy, która jednak wciąż jest na zawstydzająco wysokim poziomie na tle większości krajów Unii. Generalnie sytuacja w Polsce pod względem umieralności z powodu nowotworów złośliwych jest w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE niekorzystna, ale w mniejszym stopniu, niż w przypadku chorób układu krążenia.
10. Natężenie zgonów z powodu **ogółu przyczyn zewnętrznych**, czwartej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce (6,5% zgonów w 2010 r.), ma długotrwały powolny trend spadkowy w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn dopiero w ostatnich latach wyraźnie zmniejsza się, ale jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE. Te przyczyny zgonów są najbardziej odpowiedzialne za zgony ogółu osób w wieku 5-44 lata. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób, a także samobójstwa, których częstość wyraźnie wzrosła w latach 2008 i 2009, a które powodują większą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn niż: wypadki komunikacyjne, choroby dolnych dróg oddechowych, a nawet zawał serca. Umieralność polskich mężczyzn ogółem oraz w wieku 25-64 lata z powodu wypadków komunikacyjnych oraz z powodu samobójstw jest o ponad dwie trzecie wyższa od przeciętnej dla krajów UE.
11. W 2010 r. w Polsce trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów stała się niestety **grupa przyczyn niedokładnie określonych**, a więc takich gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, odwoływała się do nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, była niedokładnie określona, lub wręcz nieznana (ICD-10 R00-R99). Na szczególną uwagę zasługuje niepokojąca sytuacja w przypadku wojewódzkiego zróżnicowania zgonów z powodu tych przyczyn. Zróżnicowanie to jest bardzo duże i różnica natężenia zgonów ogółu ludności w województwach skrajnych w latach 2009-2010 była ponad czterokrotna. Tak znaczne różnice w częstości zgonów z powodu przyczyn nieznanymi i niedokładnie określonymi mogą świadczyć o występujących w województwach różnicach w rozpoznawaniu przyczyn zgonów i najprawdopodobniej niedorejestrowaniu pewnych rozpoznaw. Wskazuje to na niezadawalającą jakość systemu orzekania o przyczynach zgonów.



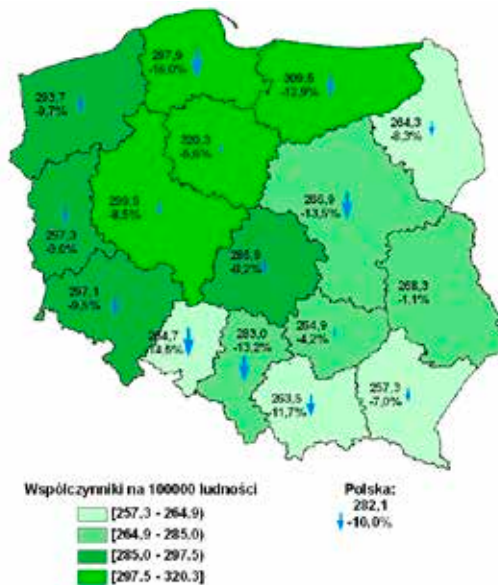
Ryc. 1. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu chorób układu krążenia (100-199) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 1. Standardized mortality rates due to circulatory system diseases (100-199) for men in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



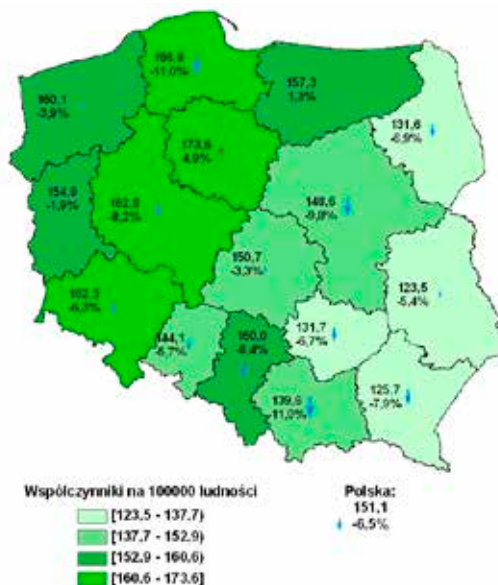
Ryc. 2. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu chorób układu krążenia (100-199) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 2. Standardized mortality rates due to circulatory system diseases (100-199) for women in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



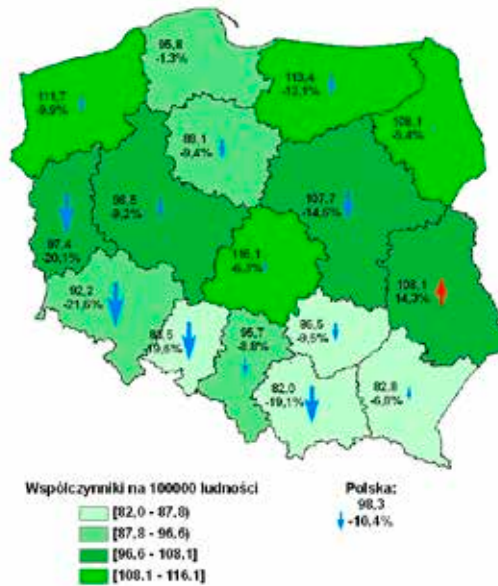
Ryc. 3. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych (C00-C97) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 3. Standardized mortality rates due to malignant neoplasms (C00-C97) for men in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



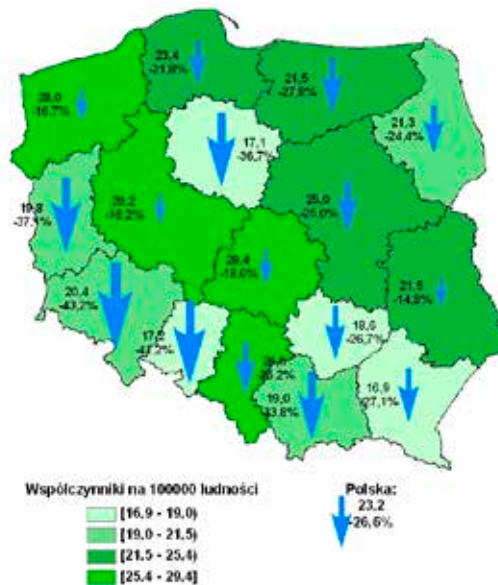
Ryc. 4. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych (C00-C97) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 4. Standardized mortality rates due to malignant neoplasms (C00-C97) for women in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



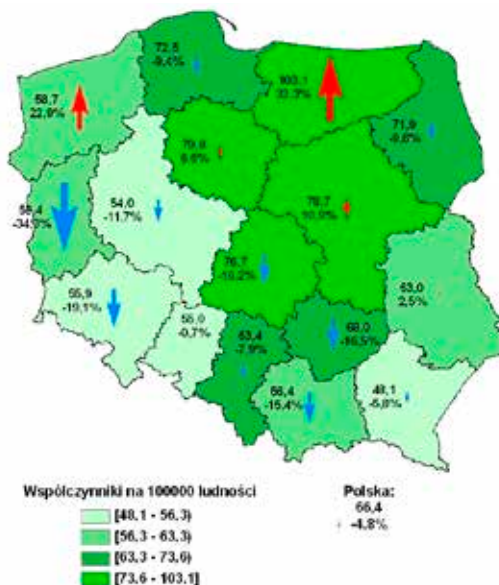
Ryc. 5. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z przyczyn zewnętrznych (V01-Y98) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 5. Standardized mortality rates due to external causes (V01-Y98) for men in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



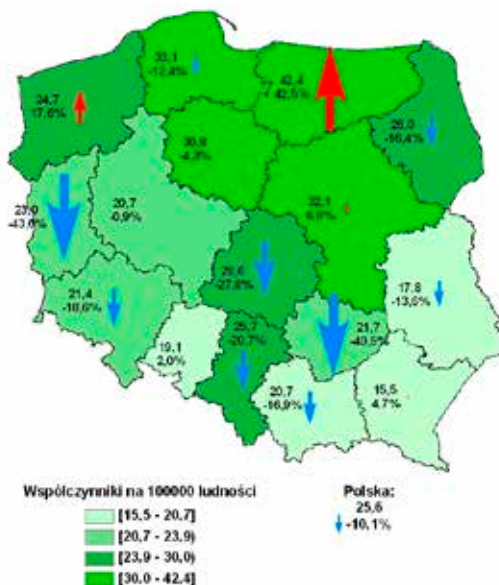
Ryc. 6. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z przyczyn zewnętrznych (V01-Y98) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 6. Standardized mortality rates due to external causes (V01-Y98) for women in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



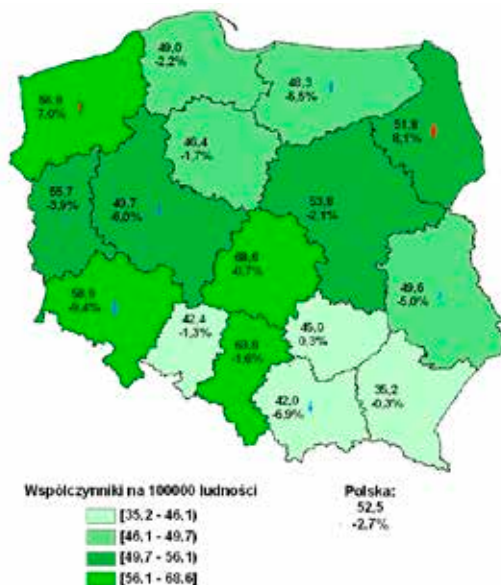
Ryc. 7. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu chorób układu oddechowego (J00-J99) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 7. Standardized mortality rates due to respiratory system diseases (J00-J99) for men in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



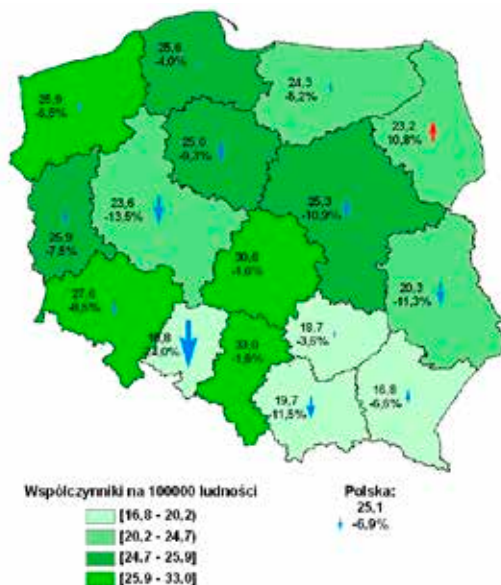
Ryc. 8. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu chorób układu oddechowego (J00-J99) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 8. Standardized mortality rates due to respiratory system diseases (J00-J99) for women in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



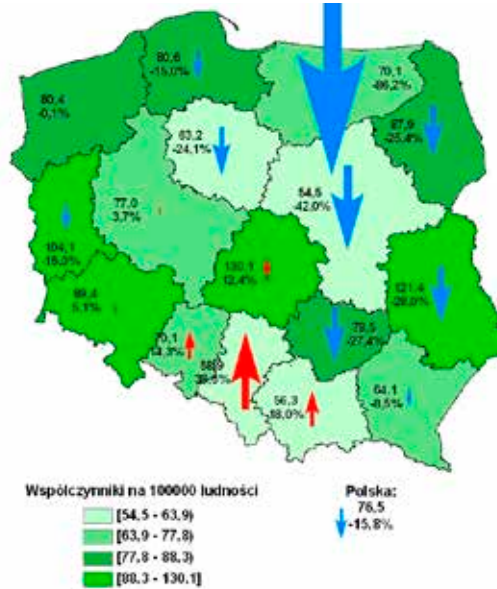
Ryc. 9. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu chorób układu trawiennego (K00-K93) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 9. Standardized mortality rates due to digestive system diseases (K00-K93) for men in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



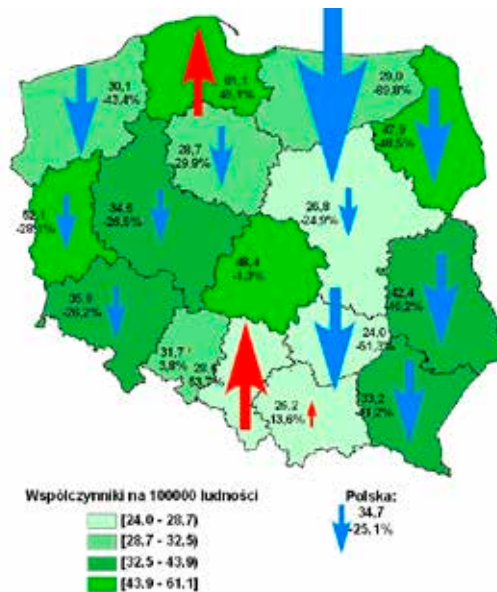
Ryc. 10. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu chorób układu trawiennego (K00-K93) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 10. Standardized mortality rates due to digestive system diseases (K00-K93) for women in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



Ryc. 11. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 11. Standardized mortality rates due to ill-defined causes (R00-R99) for men in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001



Ryc. 12. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) w latach 2009-2010 i ich zmiana (%) w stosunku do lat 2000-2001

Fig. 12. Standardized mortality rates due to ill-defined causes (R00-R99) for women in 2009-2010 and their changes in comparison with years 2000-2001

3. CHOROBOWOŚĆ HOSPITALIZOWANA

Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Wojciech Seroka, Mirosław Wysocki

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

Dane o hospitalizacji ludności Polski są zbierane w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej realizowanego zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej, a ich przetwarzanie i analiza prowadzone są w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego (NIZP-PZH). Podstawowym dokumentem systemu jest karta statystyczna Mz/Szp-11. Do 1999 r. badaniem objęta była 10% losowa próba osób leczonych, wypisanych lub zmarłych we wszystkich szpitalach publicznych i niepublicznych¹, z wyjątkiem leczonych w szpitalach lub na oddziałach psychiatrycznych, objętych odrębnym badaniem. Od 2000 r. badanie chorobowości hospitalizowanej ma charakter pełny i obejmuje wszystkich pacjentów leczonych w szpitalach. Jest to zmiana niezwykle istotna z punktu widzenia monitorowania zdrowia ludności.

W 2010 informacja o hospitalizacji ludności w Polsce obejmowała wraz z porodami 7 486 820 przypadków (bez porodów 6 753 644). Brak było danych z 7,6% szpitali, które powinny je nadsyłać zgodnie z programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

Hospitalizowane przypadki zawierają również wielokrotne hospitalizacje tych samych osób. Według szacunków NIZP-PZH dotyczy to 10% ogółu hospitalizacji.

Dane dotyczące hospitalizacji w innych krajach Unii Europejskiej pozyskano z bazy danych (HFADB i HFAMDB)² Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze, do której dostarczane są także dane z Polski przez NIZP – PZH

3.1. Hospitalizacja wg przyczyn

W tabeli 3.1 przedstawiono współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji w Polsce w 2010 roku. Ogółem - jak zaznaczono powyżej - hospitalizowano w Polsce (bez porodów) 6 753 644 osoby (niektóre wielokrotnie), tak więc współczynnik hospitalizacji

1 Z wyjątkiem resortowych MSWiA oraz MON

2 <http://www.euro.who.int/HFADB>

wynosi 1786 osób na 10 tys. ludności. Wśród ogółu tych osób w szpitalach przebywało 3 041 107 mężczyzn i 3 712 537 kobiet.

Najczęściej pacjenci szpitali byli leczeni³ z powodu chorób układu krążenia (15% hospitalizowanych), urazów i zatruc (9,6%), nowotworów ogółem (9% hospitalizowanych) oraz chorób układu moczowo-płciowego, trawiennego i oddechowego (odpowiednio 8,1%, 7,9%, 6,9% hospitalizowanych). Choroby układu mięśniowo kostnego, przyczyny niedokładnie rozpoznane i choroby układu nerwowego to kolejne trzy grupy przyczyn pobytu w szpitalu o częstości 5,3%, 4,5%, 3,6% hospitalizowanych. Spora grupa pacjentów (7,2%) przebywa w szpitalu w związku z tzw. „czynnikami wpływającymi na stan zdrowia i kontaktem ze służbą zdrowia”. Należą do nich badania i obserwacje medyczne, ale niemal połowa z tej grupy to noworodki (kod ICD-10 Z38).

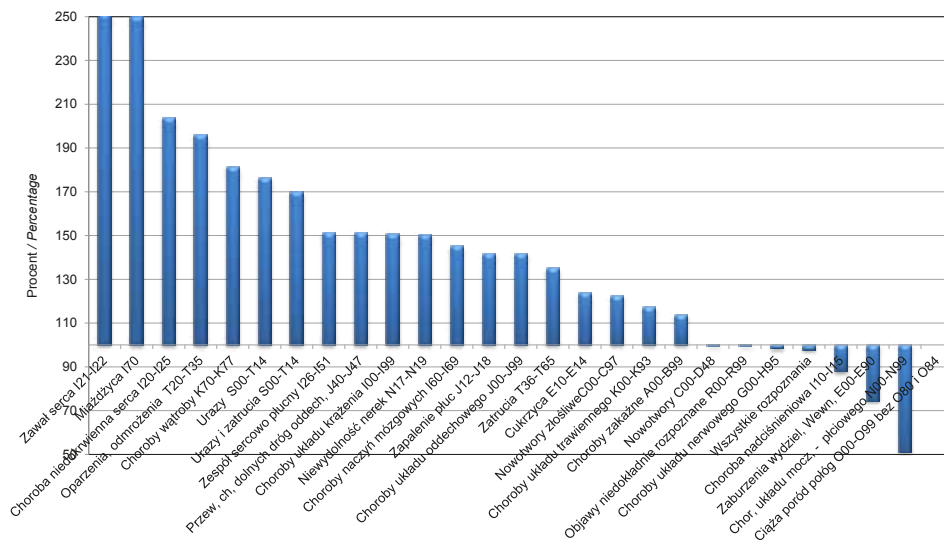
Porównanie standaryzowanych współczynników hospitalizacji mężczyzn i kobiet (tabela 3.1, ryc. 3.1) wskazuje, że ogółem kobiety hospitalizowane były o 3% częściej niż mężczyźni⁴, ale wynika to przede wszystkim z hospitalizacji z powodu ciąży, porodu i połogu. Z ryciny 3.1 widać, że z przyczyn chorobowych mężczyźni hospitalizowani byli przeważnie częściej niż kobiety⁵. Największa różnica, ponad dwukrotna dotyczy zawału serca, miażdżycy, choroby niedokrwiennej serca oraz chorób wątroby a także oparzeń i odmrożeń oraz urazów. Mężczyźni hospitalizowani są również dwukrotnie częściej z powodu niedokrwiennej choroby serca. Natomiast choroba nadciśnieniowa jest częściej przyczyną hospitalizacji kobiet (ponad 12% częściej). Rzadziej niż kobiety mężczyźni są hospitalizowani z powodu chorób układu moczowo-płciowego (kobiety 50% częściej), a także zaburzeń endokrynologicznych (kobiety o 34% częściej).

W tabelach 3.2 i 3.3 przedstawiono standaryzowane i rzeczywiste współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast i wsi. Po wyeliminowaniu różnic związanych z niejednakową strukturą wieku, mężczyźni mieszkający w miastach byli o 7 % częściej hospitalizowani niż mieszkańcy wsi. Podobnie mieszkanki miast były leczone w szpitalu o 5% częściej niż mieszkanki wsi. Może to być wynik z jednej strony - mniejszej dostępności do leczenia szpitalnego dla mieszkańców wsi, a z drugiej – odmiennej sytuacji epidemiologicznej. Trzeba równocześnie podkreślić, że różnica (miasto-wieś) obserwowana w 2010 roku jest o połowę mniejsza niż w 2006 roku, co może świadczyć o poprawie dostępności do szpitali mieszkańców wsi. Na rycinie 3.2 przedstawiono szczegółowe porównanie współczynników hospitalizacji mężczyzn i kobiet z miast i wsi w rozbiciu na poszczególne grupy rozpoznania. Współczynniki hospitalizacji zarówno mężczyzn jak i kobiet z miast były wyższe. Szczególnie duża różnica dotyczy zatruc preparatami farmakologicznymi i innymi substancjami, w tym alkoholem, zwłaszcza kobiet (odpowiednio 44% i 58% u mężczyzn i kobiet). Znaczna różnica w częstości hospitalizacji mieszkańców miast i wsi występuje również w przypadku chorób wątroby (o przeszło 18% u mężczyzn i 39% u kobiet). Chorobami częściej hospitalizowanymi u mieszkańców wsi niż miast i to zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet były choroby układu krążenia, w tym: choroba nadciśnieniowa, zespół sercowo płucny, choroby naczyń mózgowych oraz zapalenia płuc, a także odmrożenia i oparzenia, oraz niewydolność nerek.

3 W prowadzonej analizie jako przyczynę hospitalizacji przyjęto chorobę zasadniczą lezoną na pierwszym oddziale. Odsetki policzono od ogółu pacjentów przebywających w szpitalu w 2010 r.

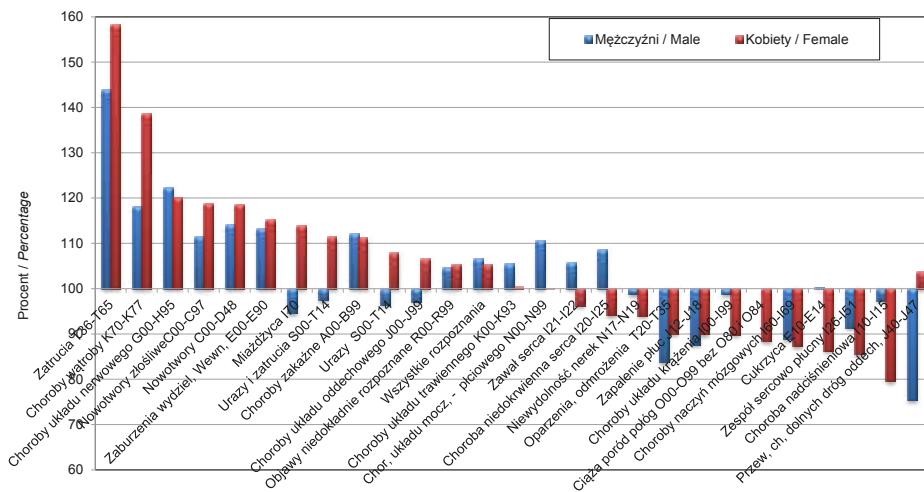
4 Wg współczynników rzeczywistych

5 Przy porównywalnej strukturze wieku (współczynniki standaryzowane)



Ryc. 3.1. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji mężczyzn w porównaniu do współczynników dla kobiet, wg przyczyn pobytu w szpitalu, kobiety = 100, Polska 2010 r. (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.1. Standardized hospitalization rates, men compared to women by cause of hospitalization / male ratio, female = 100, Poland (data NIPH - NIH)



Ryc. 3.2. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji mężczyzn i kobiet z miast w porównaniu do współczynnika dla mieszkańców wsi. Polska 2010 r, wieś =100 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.2. Standardized hospitalization rates for urban men and women compared to the rates in the rural areas. Poland 2010, rural areas =100 (data NIPH - NIH)

Tabela 3.1. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji wg. płci i przyczyn w Polsce w 2010 r. (na 100 tys. ludności)

Table 3.1. *Crude and standardized hospitalization rates in Poland in 2010 by sex and causes (per 100 thousand. population)*

Rozpoznanie Diagnosis	Rzeczywiste Crude			Standaryzowane Standardized		
	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female
Wszystkie rozpoznania All diagnosis	17861,3	16688,8	18956,7	17262,6	17216,6	17608,8
Choroby zakaźne A00-B99	441,5	481,9	403,8	531,5	567,0	497,8
Nowotwory C00-D48	1765,4	1666,9	1857,4	1587,2	1623,5	1632,1
Nowotwory złośliwe C00-C97	1115,5	1154,1	1079,5	991,1	1124,3	917,5
Zaburzenia wydziel. wew. E00-E90	557,4	441,2	665,9	536,5	456,1	612,3
Cukrzyca E10-E14	218,9	219,5	218,4	193,1	214,1	172,7
Choroby układu nerwowego G00-H95	1331,2	1208,2	1446,0	1235,9	1225,5	1244,9
Choroby układu krążenia I00-I99	2774,6	2920,2	2638,7	2276,7	2811,7	1863,1
Choroba nadciśnieniowa I10- -I15	250,2	206,8	290,8	217,1	198,1	225,0
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	772,0	944,0	611,3	644,0	899,7	441,5
Zawał serca I21-I22	210,5	272,1	153,0	172,6	260,3	103,5
Zespół sercowo-płucny I26- -I51	1006,1	1019,4	993,7	797,4	989,6	654,0
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	329,4	326,9	331,8	261,2	316,5	218,1
Miażdżyca I70	136,0	169,8	104,5	107,7	164,5	65,8
Choroby układu oddechowego J00-J99	1304,8	1523,1	1100,9	1473,9	1754,9	1239,3
Zapalenie płuc J12-J18	302,0	351,1	256,1	357,9	427,4	301,7
Przewł. ch. dolnych dróg od- dech. J40-J47	270,5	306,9	236,4	255,5	319,6	211,4
Choroby układu trawiennego K00-K93	1507,9	1553,5	1465,3	1436,8	1562,0	1332,8
Choroby wątroby K70-K77	108,8	137,9	81,5	101,6	132,9	73,2
Chor. układu mocz. - płcio- wego N00-N99	1545,1	986,2	2067,2	1476,0	1004,9	1966,5
Niewydolność nerek N17-N19	167,4	181,3	154,4	142,5	177,5	118,0
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1054,1	0,0	2038,8	941,1	0,0	1909,9
Objawy niedokładnie rozpo- znane R00-R99	853,1	822,3	881,8	848,3	853,9	858,6
Urazy i zatrucia S00-T14	1817,6	2287,5	1378,6	1829,3	2290,9	1349,1
Urazy S00-T14	1432,0	1821,2	1068,3	1435,8	1821,8	1032,9
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	36,6	51,0	23,1	43,0	57,0	29,1
Zatrucia T36-T65	115,5	136,9	95,5	118,5	136,7	101,2

Dane: Zakład Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)

Tabela 3.2. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji w Polsce wg płci i przyczyn w 2010 r. - miasto (na 10 tys. ludności)

Table 3.2. Crude and standardized hospitalization rates in Poland in 2010 by sex and causes – urban population (per 100 thousand. population)

Rozpoznanie Diagnosis	Rzeczywiste Crude			Standaryzowane Standardized		
	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female
Wszystkie rozpoznania All diagnosis	18424,7	17288,0	19448,8	17697,0	17683,5	17996,3
Choroby zakaźne A00-B99	450,9	499,0	407,6	555,1	593,7	519,5
Nowotwory C00-D48	1943,3	1817,4	2056,8	1678,7	1705,2	1730,6
Nowotwory złośliwe C00-C97	1227,7	1251,4	1206,3	1040,4	1170,5	972,6
Zaburzenia wydziel. wewn. E00-E90	584,1	463,1	693,2	569,4	481,7	652,0
Cukrzyca E10-E14	216,6	225,4	208,8	188,4	215,2	165,2
Choroby układu nerwowego G00-H95	1452,8	1318,6	1573,7	1327,7	1322,9	1332,4
Choroby układu krążenia I00-I99	2795,8	3020,6	2593,3	2221,6	2800,0	1793,3
Choroba nadciśnieniowa I10- -I15	246,4	210,5	278,8	207,0	196,9	207,3
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	813,4	1020,7	626,7	644,9	927,4	432,9
Zawał serca I21-I22	219,2	290,2	155,2	172,4	265,9	102,2
Zespół sercowo-płucny I26-I51	975,4	1015,1	939,5	758,3	955,6	617,1
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	321,4	324,7	318,5	247,6	302,1	207,0
Miażdżycy I70	139,6	173,5	108,9	106,9	160,7	68,6
Choroby układu oddechowego J00-J99	1277,2	1484,8	1090,2	1491,3	1743,4	1276,8
Zapalenie płuc J12-J18	278,1	326,3	234,5	341,4	405,3	290,0
Przewł. ch. dolnych dróg od- dech. J40-J47	251,9	270,0	235,5	246,1	286,7	217,1
Choroby układu trawiennego K00-K93	1545,0	1609,7	1486,6	1453,3	1596,1	1338,1
Choroby wątroby K70-K77	120,6	150,6	93,6	109,1	141,3	81,4
Chor. układu mocz. - płcio- wego N00-N99	1605,5	1037,8	2117,1	1509,1	1045,6	1968,7
Niewydolność nerek N17-N19	168,8	185,1	154,2	139,9	176,3	115,5
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1014,8	0,0	1929,0	903,2	0,0	1813,2
Objawy niedokładnie rozpo- znane R00-R99	863,8	836,7	888,3	868,6	873,0	879,8
Urazy i zatrucia S00-T14	1796,7	2225,8	1410,0	1850,1	2276,4	1412,8
Urazy S00-T14	1401,1	1760,5	1077,3	1442,2	1803,6	1069,8
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	33,0	46,1	21,1	40,3	52,9	28,0
Zatrucia T36-T65	131,0	156,3	108,3	137,1	156,7	119,6

Dane: Zakład Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)

Tabela 3.3. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji w Polsce wg płci i przyczyn w 2010 r. - wieś (na 10 tys. ludności)

Table 3.3. *Crude and standardized hospitalization rates in Poland in 2010 by sex and causes – rural population (per 100 thousand population)*

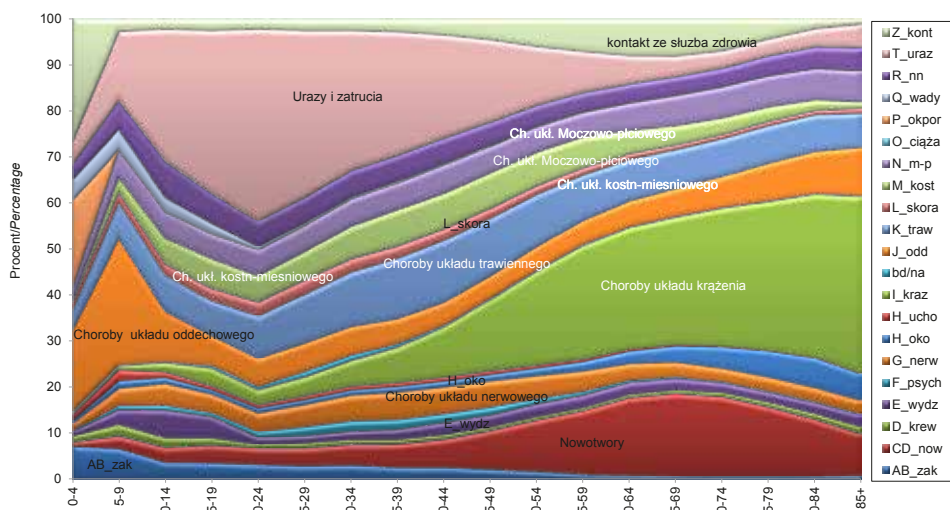
Rozpoznanie Diagnosis	Rzeczywiste Crude			Standaryzowane Standardized		
	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female
Wszystkie rozpoznania All diagnosis	16990,3	15805,5	18160,9	16696,1	16607,9	17104,7
Choroby zakaźne A00-B99	426,9	456,6	397,6	498,7	530,0	467,4
Nowotwory C00-D48	1490,2	1445,0	1534,9	1435,9	1495,6	1459,4
Nowotwory złośliwe C00-C97	942,1	1010,7	874,4	908,3	1050,4	818,8
Zaburzenia wydziel. wewn. E00-E90	516,1	409,0	621,9	497,7	425,4	566,4
Cukrzyca E10-E14	222,4	210,7	233,9	205,2	214,8	191,5
Choroby układu nerwowego G00-H95	1143,2	1045,5	1239,6	1097,1	1082,3	1110,7
Choroby układu krążenia I00-I99	2741,9	2772,1	2712,0	2377,7	2834,2	1996,2
Choroba nadciśnieniowa I10- -I15	256,1	201,3	310,4	237,1	202,3	260,5
Choroba niedokrwienna serca I20-I25	707,9	831,1	586,3	643,8	854,5	459,6
Zawał serca I21-I22	197,1	245,3	149,4	173,1	251,4	106,2
Zespół sercowo płucny I26-I51	1053,6	1025,7	1081,2	866,3	1046,0	721,7
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	341,8	330,2	353,3	284,4	339,9	237,0
Miażdżycy I70	130,5	164,2	97,3	108,6	170,0	60,2
Choroby układu oddechowego J00-J99	1347,5	1579,6	1118,2	1469,1	1795,0	1198,7
Zapalenie płuc J12-J18	339,0	387,6	291,0	385,8	462,7	322,4
Przewł. ch. dolnych dróg od- dech. J40-J47	299,2	361,2	237,9	279,7	380,1	209,3
Choroby układu trawiennego K00-K93	1450,7	1470,6	1431,0	1418,2	1515,0	1334,1
Choroby wątroby K70-K77	90,4	119,2	61,9	89,3	119,6	58,7
Chor. układu mocz. - płcio- wego N00-N99	1451,6	910,1	1986,6	1426,8	946,5	1968,0
Niewydolność nerek N17-N19	165,2	175,8	154,8	146,7	178,6	122,8
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1114,8	0,0	2216,3	993,5	0,0	2051,1
Objawy nieokładnie rozpo- znane R00-R99	836,5	801,1	871,4	826,7	833,9	836,0
Urazy i zatrucia S00-T14	1850,0	2378,5	1327,8	1822,7	2336,9	1268,8
Urazy S00-T14	1479,7	1910,7	1053,8	1447,8	1870,2	992,0
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	42,2	58,3	26,4	47,4	63,2	31,1
Zatrucia T36-T65	91,4	108,4	74,7	92,7	109,0	75,6

Dane: Zakład Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)

Podsumowując trzeba stwierdzić, że największe różnice w hospitalizacji mieszkańców miast i wsi powtarzające się w latach 2006 i 2009 obserwuje się w zakresie chorób układu oddechowego.

3.2. Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku w Polsce

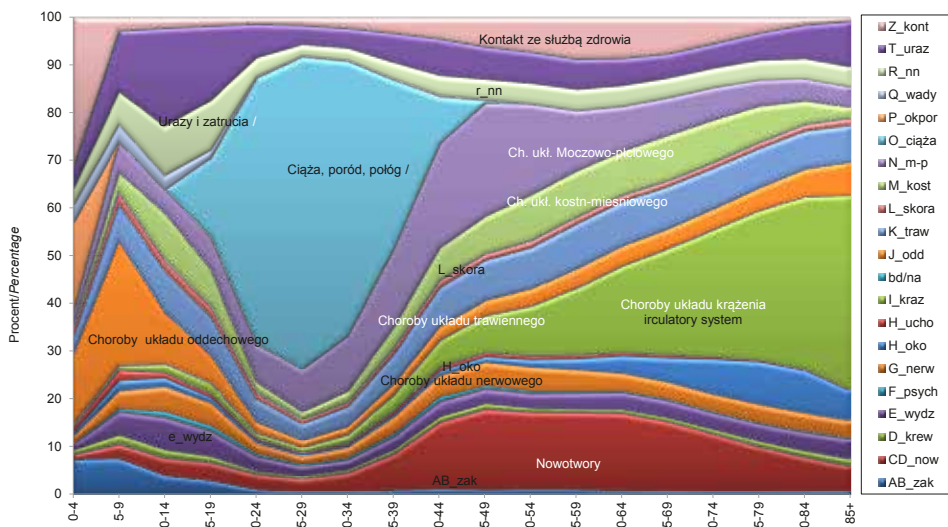
W celu pogłębienia informacji dotyczących struktury hospitalizacji przeprowadzono analizę przyczyn pobytu w szpitalu z 2010 r. w 5 letnich grupach wieku - osobno dla mężczyzn i kobiet. Jak widać (ryc. 3.3) chłopcy w wieku poniżej 10 lat hospitalizowani są najczęściej z powodu chorób układu oddechowego.



Ryc. 3.3. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2010 r. wg wieku leczonych - mężczyźni (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.3. Structure of the causes of hospitalization in Poland in 2010 by age group of treated - male (data NIPH-NIH)

Trzeba zwrócić uwagę, że o dużej częstości hospitalizacji chłopców poniżej 5 lat z powodu czynników wpływających na kontakt ze służbą zdrowia decydują kodowane w tej kategorii przyczyn urodzenia prawidłowe (ICD-10: Z38). Wśród hospitalizowanych chłopców w wieku powyżej 10 lat zaczynają dominować urazy i zatrucia a obok nich choroby układu trawiennego. Sytuacja ta utrzymuje się do 45 roku życia, kiedy wśród przyczyn hospitalizacji przeważają choroby układu krążenia. Od 50 roku życia oprócz chorób układu krążenia pojawiają się nowotwory, które swe maksimum wśród przyczyn hospitalizacji osiągnęły w grupie wieku 65-69 lat. Nie przekraczają jednak częstości chorób układu krążenia, które aż do najstarszej grupy wieku mężczyzn zwiększają swoje znaczenie wśród przyczyn hospitalizacji. W starszych grupach wieku zwiększa się też częstość chorób układu oddechowego, jako przyczyny pobytu mężczyzn w szpitalu.



Ryc. 3.4. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2010 r. wg wieku leczonych – kobiety (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.4. Structure of the causes of hospitalization in Poland in 2010 by age group of treated - female (data NIPH-NIH)

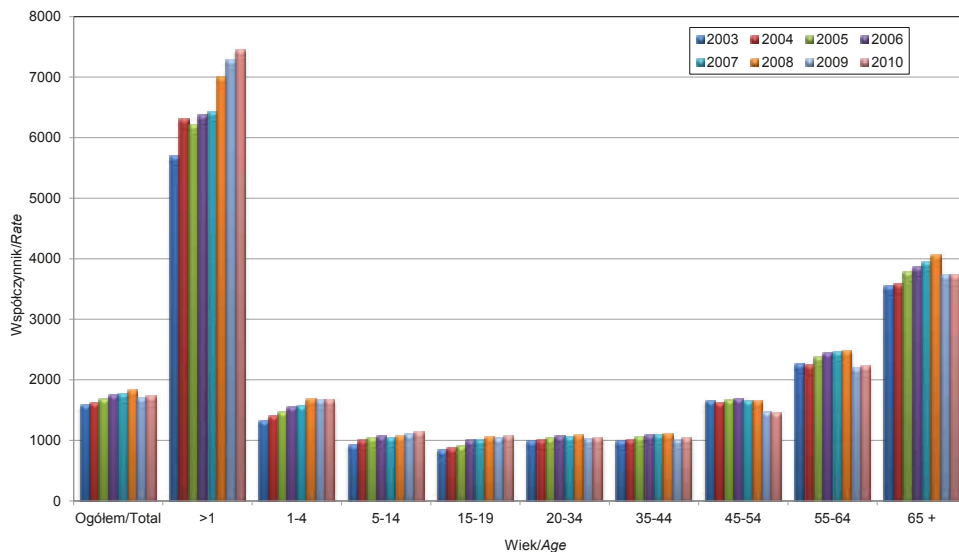
Nieco inaczej przedstawia się struktura hospitalizacji kobiet (ryc. 3.4). Choroby układu oddechowego, jako główna chorobowa przyczyna hospitalizacji, dominują wśród dziewczynki do 10 roku życia, podobnie jak wśród chłopców. Urazy i zatrucia są najczęstszą przyczyną hospitalizacji tylko wśród dziewcząt w wieku 10-14. Począwszy od grupy wieku 15-19 lat aż do 39 lat przeważają powikłania ciąży, porodu i połogu, przy równoczesnym wzroście częstości chorób układu moczowo - płciowego w stopniu znacznie większym niż u mężczyzn. Od 60 roku życia aż do najstarszych grup wieku wśród przyczyn hospitalizacji kobiet zaczynają dominować choroby układu krążenia. Stopniowo, ale bardziej niż u mężczyzn, maleje udział nowotworów, których wzrost częstości zaznacza się we wcześniejszych niż u mężczyzn grupach wieku. Choroby zakaźne są znaczącą przyczyną hospitalizacji obu płci tylko w najmłodszych grupach wieku, natomiast w starszych grupach wieku ich udział wśród przyczyn hospitalizacji jest większy wśród mężczyzn.

3.3. Zmiany hospitalizacji w czasie

Zmiany struktur współczynników hospitalizacji w latach 2003-2010 ogółem i wg wieku przedstawiono na ryc. 5. Należy zaznaczyć, że jest to okres, w którym zaczęto gromadzić informacje o 100% hospitalizowanych, inaczej niż uprzednio 10% wszystkich pacjentów⁶.

Jak widać z ryciny 3.5 najczęściej hospitalizowane są dzieci poniżej roku i osoby powyżej 65 roku życia.

Ogółem w latach 2003-2008 współczynniki hospitalizacji wzrosły o 15%. Natomiast w 2009 roku zaobserwowano zmniejszenie częstości hospitalizacji do 170 przypadków na 1000 ludności ogółem, a w 2010 roku nieznaczny wzrost: do 173 na 1000 ludności.



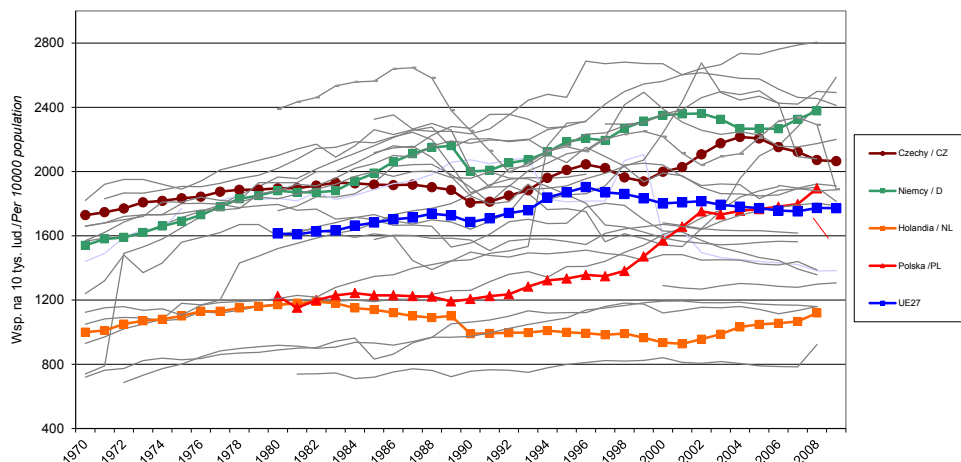
Ryc. 3.5. Hospitalizacja w Polsce w latach 2003-2009 ogółem wg wieku wsp. na 10 tys. ludności (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.5. Hospitalization in Poland in the years 2003-2009 by age total by age (rates per 10 thousand population) (data NIPH - NIH)

Charakterystyczny jest stały wzrost hospitalizacji noworodków przy tendencji spadkowej hospitalizacji osób najstarszych – powyżej 65 roku życia.

3.4. Porównania międzynarodowe hospitalizacji

Częstość hospitalizacji mieszkańców Polski w latach 1980 – 2009 (ryc. 3.6) uległa wzrostowi o 40% lecz wzrost ten był niewielki w latach osiemdziesiątych, a wyraźne przyspieszenie pojawiło się od 1999 roku tzn. po wprowadzeniu zmiany finansowania w systemie opieki zdrowotnej (powstanie kas chorych). Dane z ostatnich lat wskazują, że jesteśmy obecnie (2009 r.) na poziomie średniej unijnej w zakresie częstości hospitalizacji. Jak widać z ryciny 6 rozpiętość częstości hospitalizacji w krajach UE jest prawie trzykrotna: najczęściej hospitalizowani są mieszkańcy Austrii (2800 na 10 000 ludności), a najrzadziej mieszkańcy Cypru (923 na 10 000 mieszkańców). Spośród krajów wybranych do porównań Niemcy i Czechy hospitalizują więcej swoich obywateli w porównaniu z Polską, natomiast Holandia wyraźnie mniej, chociaż w ostatnich latach obserwuje się pewien wzrost częstości leczenia szpitalnego w tym kraju. Tak duże różnice wynikają prawdopodobnie obok rzeczywistych potrzeb medycznych także z powodu innej organizacji systemu opieki zdrowotnej m.in. wzajemnej relacji świadczeń udzielanych w opiece podstawowej, specjalistycznej i stacjonarnej. Pewne znaczenie może mieć też niejednakowa kompletność zbieranych danych.



Ryc. 3.6. Współczynniki hospitalizacji w Polsce i innych krajach UE w latach 1970-2009 (dane WHO HFA DB)

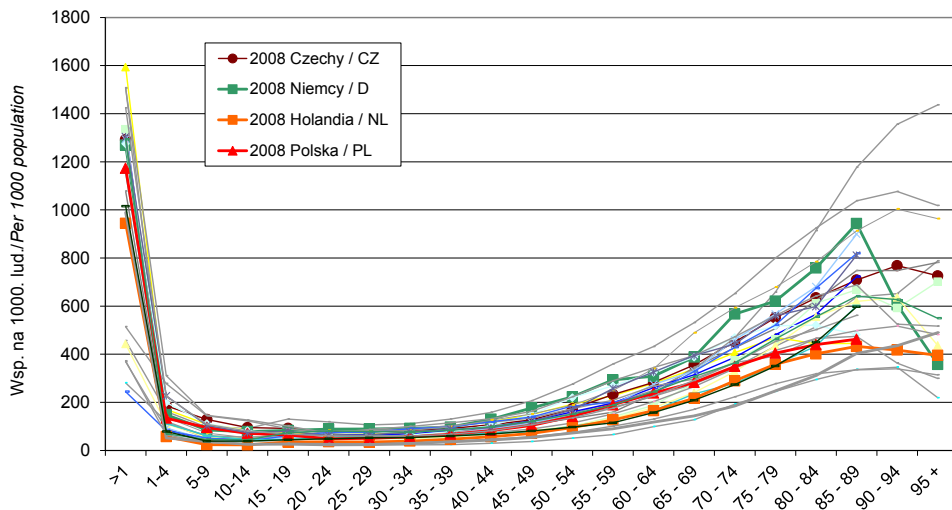
Fig. 3.6. Hospitalization rates for Poland and other EU countries in 1970-2009 (data WHO HFA DB)

3.5. Hospitalizacja według wybranych przyczyn i wieku w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej

W celu porównania hospitalizacji w Polsce z hospitalizacją w innych krajach UE przedstawiono współczynniki hospitalizacji ogółem oraz z wybranych przyczyn wg wieku. Dane do tych analiz pochodzą z bazy (HMDB) tworzonej przez Biuro Regionalne WHO w Kopenhadze, do której informacje z Polski dostarczane są przez NIZP-PZH.

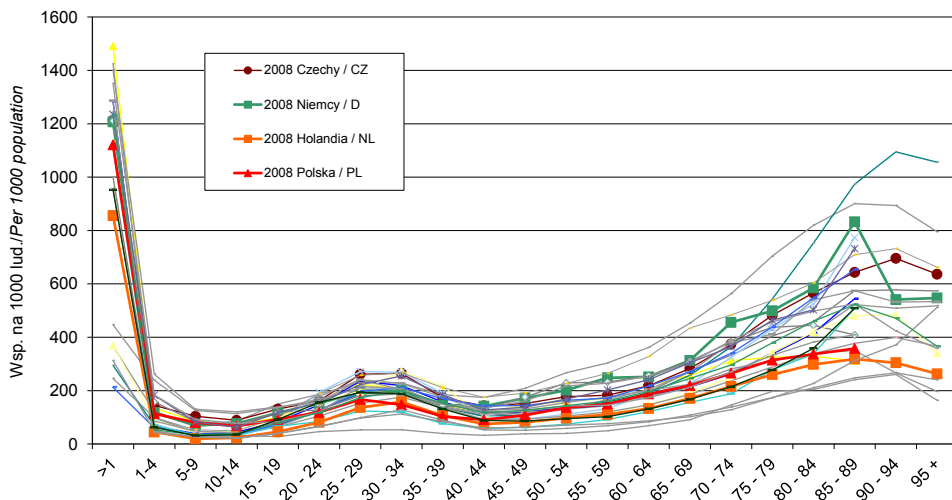
Ogółem można stwierdzić, że zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet najczęściej leczeni są w szpitalach najmłodsi i najstarsi, a więc niemowlęta i osoby po 75 roku życia (ryc. 3.7. i ryc. 3.8.). Spośród kobiet duża grupa w wieku od 20 do 34 lat przebywa w szpitalu głównie w związku z ciążą i porodem. Porównując Polskę z innymi krajami UE można powiedzieć, że częstości hospitalizacji są zbliżone. Niemniej obserwuje się pewien „nadmiar” w grupie najmłodszych i rzadszą niż w wielu innych krajach hospitalizację osób najstarszych. Zwraca uwagę wysoka częstość hospitalizacji najstarszych, po 80 roku życia, mężczyzn i kobiet w Finlandii, Austrii i Niemczech oraz kontrastowo niska częstość hospitalizacji tej grupy w Holandii.

Choroby układu krążenia (ryc. 3.9. i 3.10.) we wszystkich porównywanych krajach są hospitalizowane już od najmłodszych grup wieku, ale wyraźny wzrost częstości widoczny jest około 50 roku życia; nieco wcześniej i na wyższym poziomie wśród mężczyzn niż kobiet. Zwracają uwagę wysokie współczynniki hospitalizacji w grupie najstarszych osób w Finlandii i w Czechach przy niższej nawet niż w Polsce częstości hospitalizacji w Holandii i najniższej na Cyprze - co jest charakterystyczne dla tego kraju w większości przyczyn hospitalizacji.



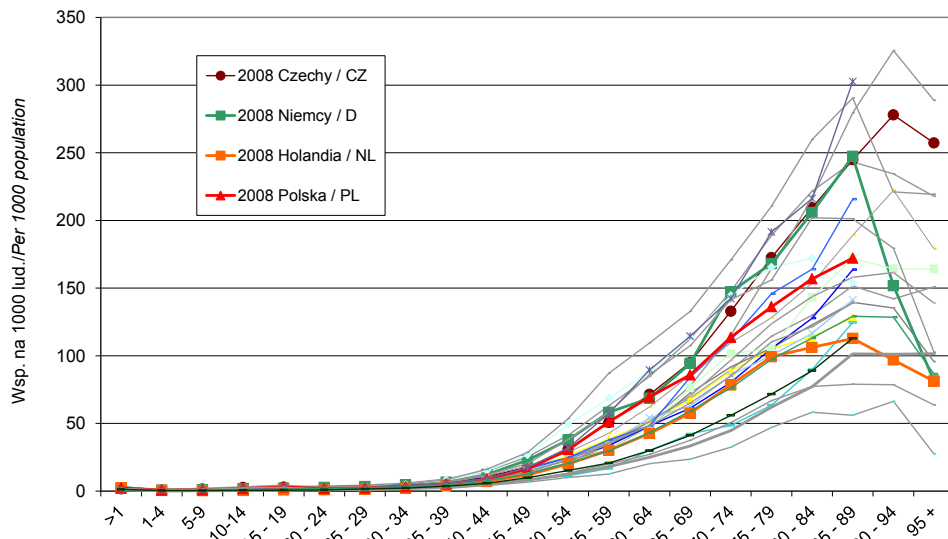
Ryc. 3.7. Hospitalizacja ogółem w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok mężczyzn (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.7. Hospitalization rates in Poland and other EU countries by age, latest available year - males (WHO data HMDB and NIPH-NIH)



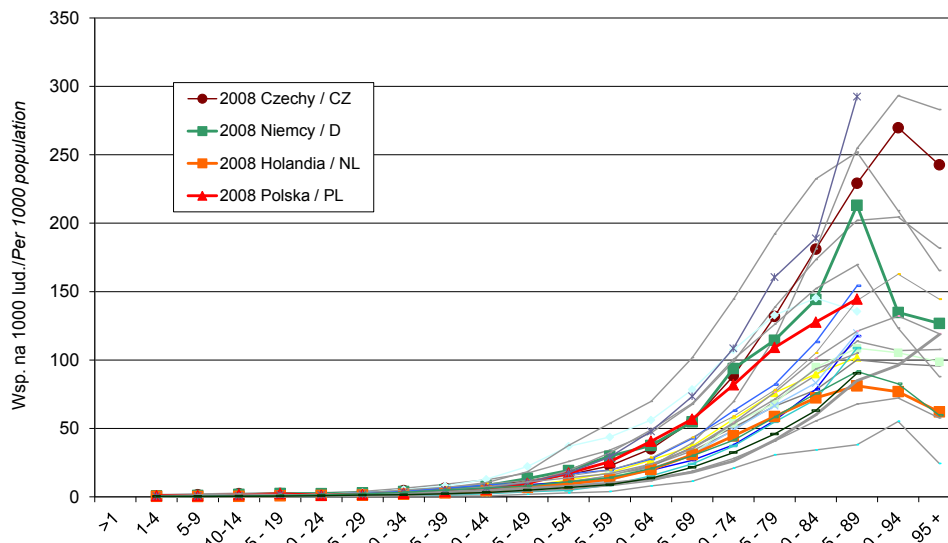
Ryc. 3.8. Hospitalizacja ogółem w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.8. Hospitalization rates in Poland and other EU countries by age, latest available year - females (WHO data HMDB and NIPH-NIH)



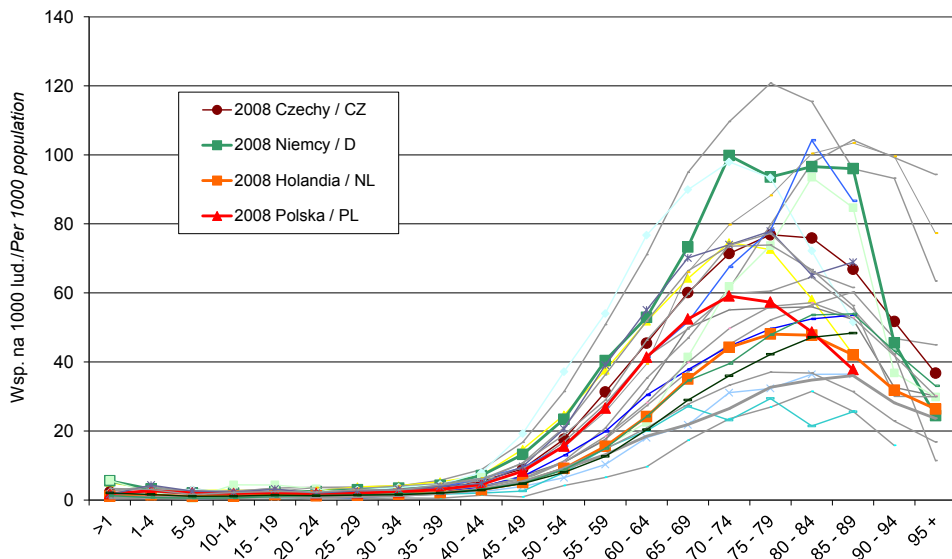
Ryc. 3.9. Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.9. Hospitalization rates due to cardiovascular diseases in Poland and other EU countries by age, latest available year - males (WHO data HMDB and NIPH-NIH)



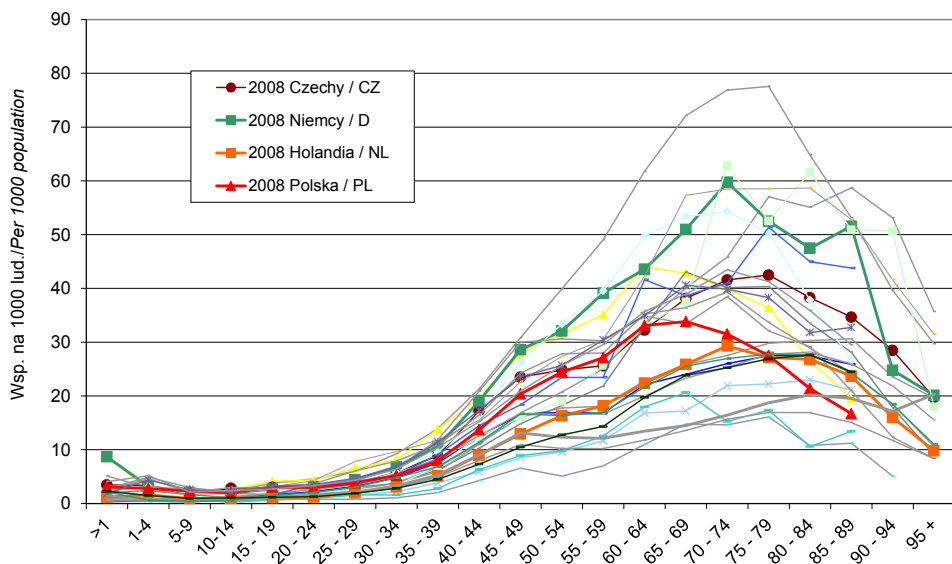
Ryc. 3.10. Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.10. Hospitalization rates due to cardiovascular diseases in Poland and other EU countries by age, latest available year - females (WHO data HMDB and NIPH-NIH)



Ryc. 3.11. Hospitalizacja z powodu nowotworów Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok mężczyzn (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

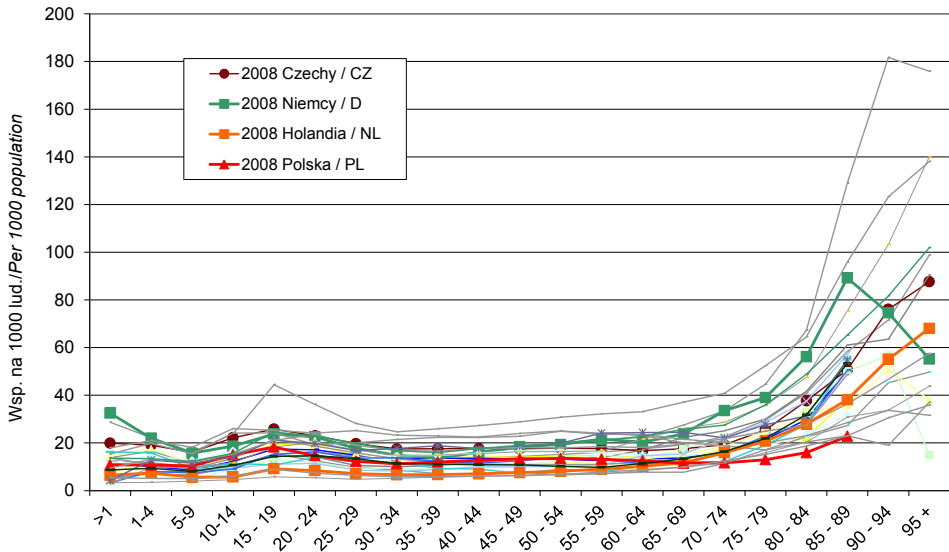
Fig. 3.11. Hospitalization rates due to malignant neoplasms in Poland and other EU countries by age, latest available year - males (WHO data HMDB and NIPH-NIH)



Ryc. 3.12. Hospitalizacja z powodu nowotworów w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.12. Hospitalization rates due to malignant neoplasms in Poland and other EU countries by age, latest available year - females (WHO data HMDB and NIPH-NIH)

Częstość hospitalizacji z powodu nowotworów (ryc.3.11, ryc.3.12) w poszczególnych grupach wieku w Polsce wygląda trochę inaczej niż w pozostałych krajach UE, zwłaszcza wśród kobiet. W nieco młodszym wieku pojawia się w Polsce szczyt częstości hospitalizacji, który dla mężczyzn przypada na 70 - 74 lata a u kobiet na 60 - 64 lata. Natomiast w większości krajów unijnych najwyższa jest częstość hospitalizacji w wieku 75-84 wśród mężczyzn, a wśród kobiet w wieku 70-74 oraz starszym. Krajami o najwyższych współczynnikach hospitalizacji z powodu nowotworów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet są Austria i Finlandia, natomiast najrzadziej z tej przyczyny hospitalizuje się na Cyprze. Niemcy i Czechy hospitalizują z powodu nowotworów częściej niż w Polsce, natomiast w Holandii hospitalizuje się rzadziej, ale tylko w młodszych grupach wieku.

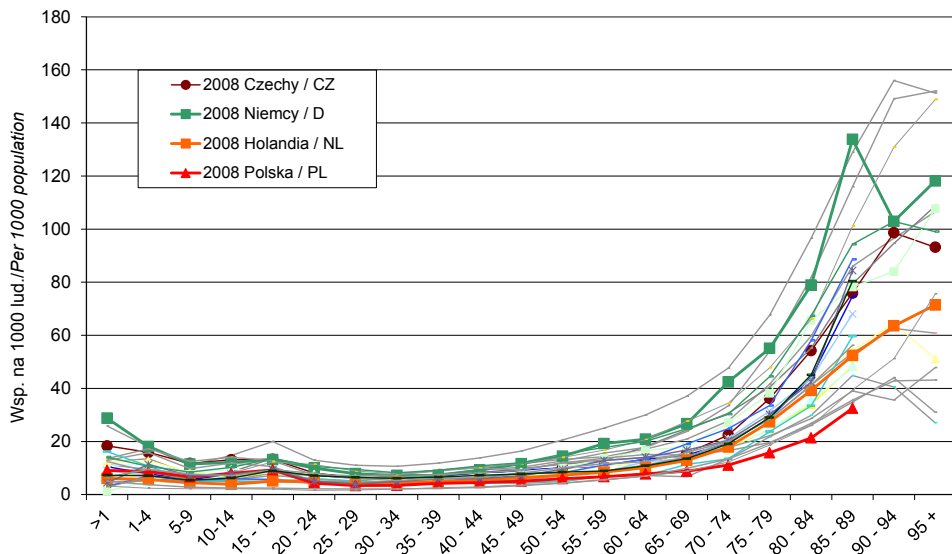


Ryc. 3.13. Hospitalizacja z powodu urazów i zatruc w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok, mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.13. Hospitalization rates due to injuries and poisoning in Poland and other EU countries by age, latest available year - males (WHO data HMDB and NIPH-NIH)

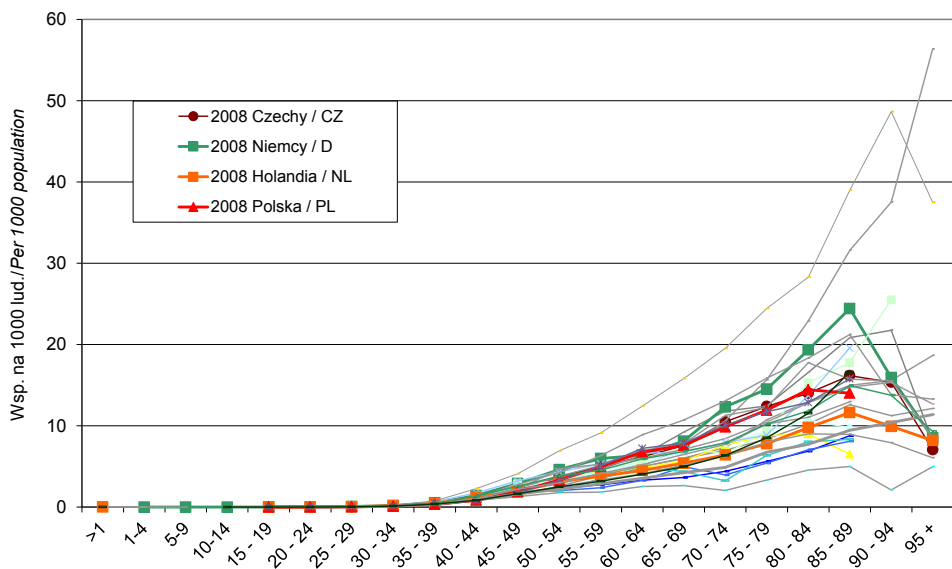
Urazy i zatrucia stanowią jedną z poważnych przyczyn hospitalizacji, zwłaszcza hospitalizacji mężczyzn, gdyż są równocześnie jedną z głównych przyczyn zgonów (ryc.3.13, ryc.3.14). Należy zwrócić uwagę, że współczynniki hospitalizacji mężczyzn z powodu tej grupy przyczyn w wieku poniżej 60 lat są w Polsce stosunkowo wysokie na tle innych krajów, natomiast współczynniki hospitalizacji w wieku powyżej 70 lat stosunkowo niskie. Również częstość hospitalizacji kobiet pow.65 roku życia należy do niskich. Rozpiętość współczynników hospitalizacji w poszczególnych krajach w tych grupach wieku jest bardzo duża i trudna do wyjaśnienia.

I tak wśród najstarszych mieszkańców Europy najczęściej hospitalizowani są mężczyźni i kobiety w Austrii, a najrzadziej w Polsce.



Ryc. 3.14. Hospitalizacja z urazów i zatruc w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok, kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.14. Hospitalization rates due to injuries and poisoning in Poland and other EU countries by age, latest available year - females (WHO data HMDB and NIPH-NIH)



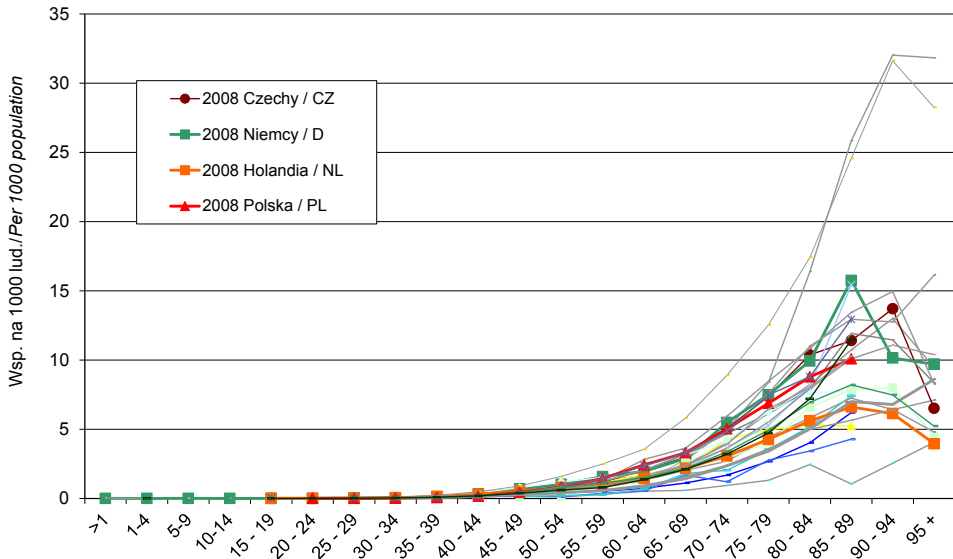
Ryc. 3.15. Hospitalizacja z powodu zawału serca w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.15. Hospitalization rates due to myocardial infarction in Poland and other EU countries by age, latest available year - males (WHO data HMDB and NIPH-NIH)

Poniżej przedstawiono kilka szczegółowych rozpoznai, dla których obserwuje się interesujące różnice między analizowanymi krajami.

Polacy w wieku 40-74 lata są hospitalizowani z powodu zawału serca częściej niż mieszkańcy innych krajów (ryc.3.15. i 3.16). Natomiast hospitalizacja starszych Polaków mieści się w średniej europejskiej. Nadspodziewanie wysoki współczynnik hospitalizacji z powodu zawału serca obserwuje się w najstarszych grupach wieku w Finlandii i Norwegii. Najmniej hospitalizowanych zawałów u mężczyzn i kobiet obserwuje się na Cyprze.

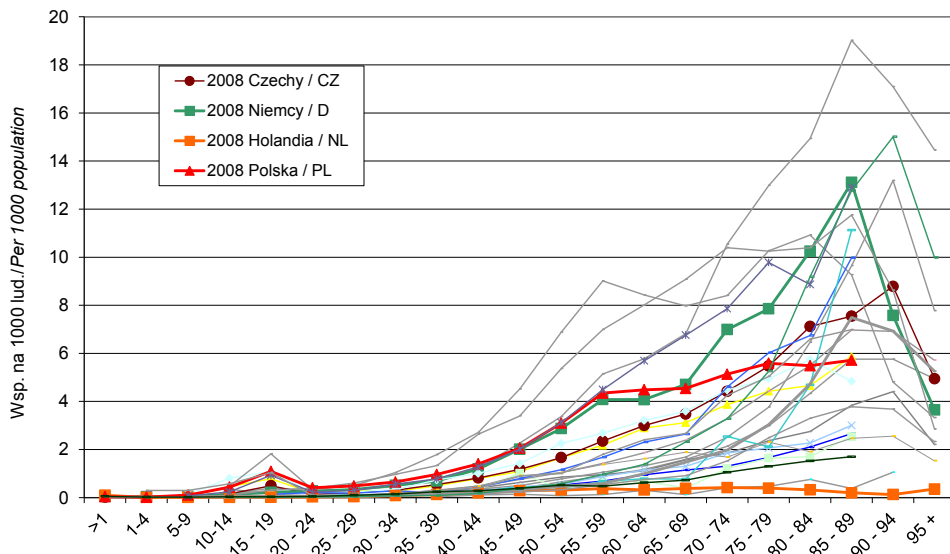
Mężczyźni w starszych grupach wieku są nieco rzadziej niż kobiety hospitalizowani z powodu choroby nadciśnieniowej w prawie wszystkich analizowanych krajach (ryc. 3.17 i 3.18).



Ryc. 3.16. Hospitalizacja z powodu zawału serca w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

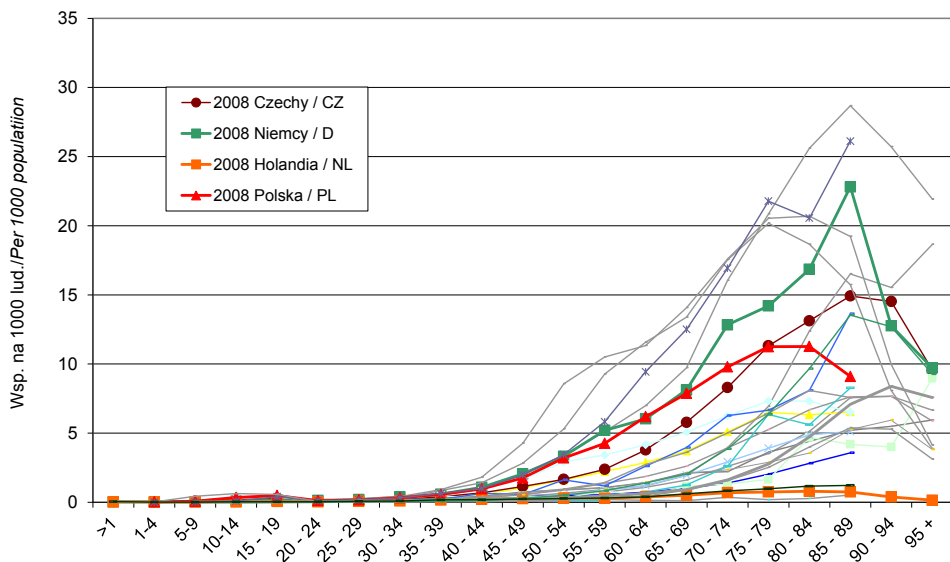
Fig. 3.16. Hospitalization rates due to myocardial infarction in Poland and other EU countries by age, latest available year - females (WHO data HMDB and NIPH-NIH)

Hospitalizacja z powodu tej przyczyny jest wyższa w Polsce niż w większości krajów UE, tak wśród mężczyzn jak i kobiet. Można przypuszczać, że w niektórych krajach leczenie nadciśnienia tętniczego odbywa się w większym stopniu poza szpitalami, a więc w opiece podstawowej i specjalistycznej. Przykładem może być Holandia charakteryzująca się najniższą częstością hospitalizacji nadciśnienia tętniczego we wszystkich grupach wieku.



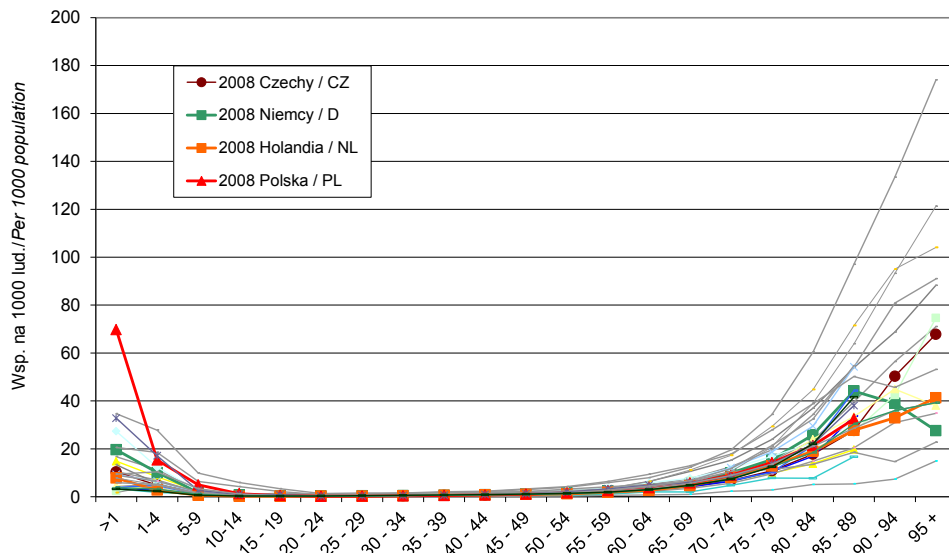
Ryc. 3.17. Hospitalizacja z powodu choroby naciśnieniowej w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.17. Hospitalization rates due to hypertension in Poland and other EU countries by age, latest available year - males (WHO data HMDB and NIPH-NIH)



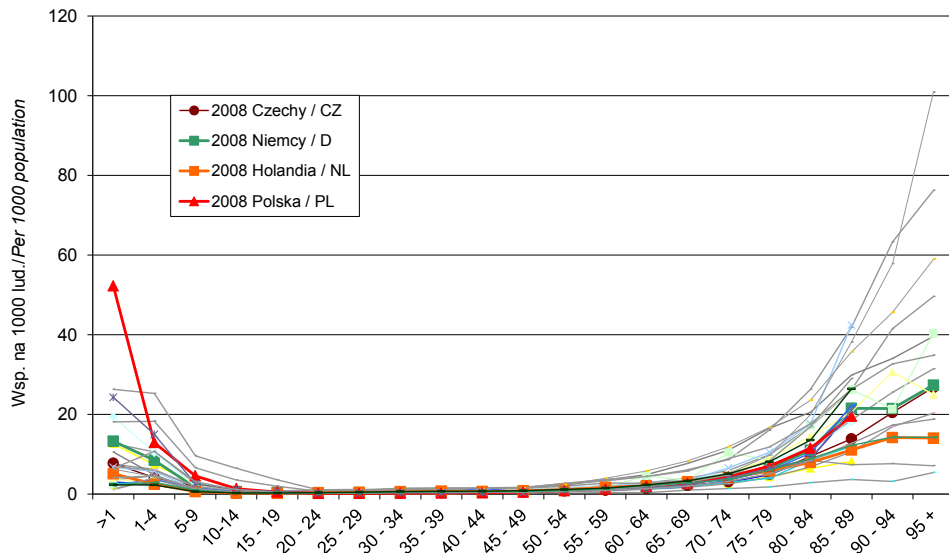
Ryc. 3.18. Hospitalizacja z powodu choroby naciśnieniowej w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.18. Hospitalization rates due to hypertension in Poland and other EU countries by age, latest available year - females (WHO data HMDB and NIPH-NIH)



Ryc. 3.19. Hospitalizacja z powodu zapalenia płuc w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.19. Hospitalization rates due to pneumonia Poland and other EU countries by age, latest available year - males (WHO data HMDB and NIPH-NIH)

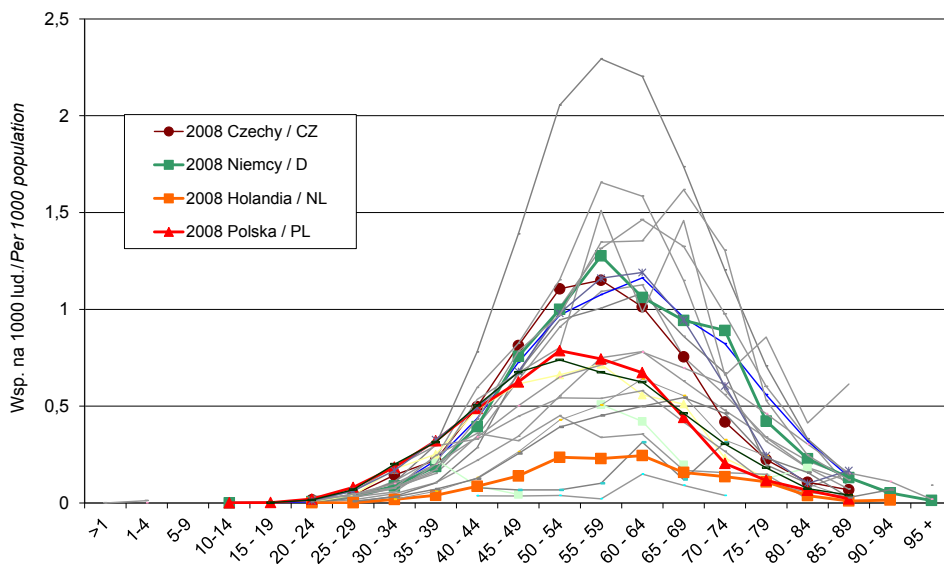


Ryc. 3.20. Hospitalizacja z powodu zapalenia płuc w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.20. Hospitalization rates due to pneumonia Poland and other EU countries by age, latest available year - females (WHO data HMDB and NIPH-NIH)

Równie ciekawy jest rozkład współczynników hospitalizacji według wieku z powodu zapalenia płuc (ryc. 3.19. i ryc. 3.20). We wszystkich krajach Europy zarówno u mężczyzn jak i kobiet zaznaczają się dwa okresy nasilenia hospitalizacji – u osób najmłodszych i najstarszych. Odmienne jest w Polsce, bo znacznie częściej niż w innych krajach hospitalizuje się z powodu zapalenia płuc niemowlęta, w nieco mniejszym stopniu dzieci do lat 10, natomiast rzadziej niż w innych krajach osoby po 75 roku życia.

Na zakończenie przedstawiono współczynniki hospitalizacji z powodu choroby alkoholowej wątroby w Polsce i innych krajach Europy (ryc. 3.21). Jak widać z ryciny okres 50-59 lat jest krytyczny dla wystąpienia problemów związanych chorobą alkoholową wątroby. Najczęściej hospitalizowani są z tej przyczyny mieszkańcy Węgier, Finlandii i Słowenii. W Polsce natomiast szczyt chorobowości szpitalnej przesunięty jest na młodsze grupy wieku, niż obserwuje się w innych krajach. Najniższą częstość hospitalizacji przyczyny choroby alkoholowej wątroby notuje się w Holandii.

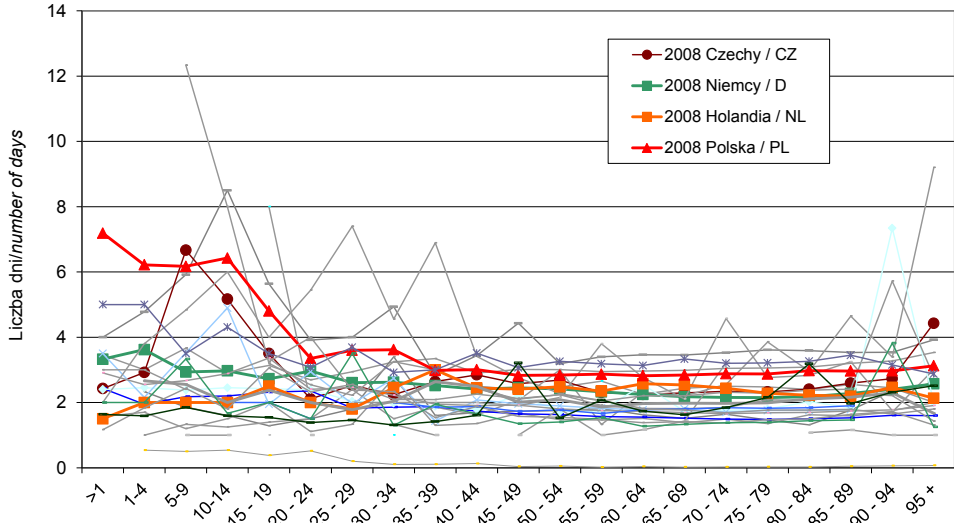


Ryc. 3.21. Hospitalizacja z powodu choroby alkoholowej wątroby w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.21. Hospitalization rates due to alcohol liver disease in Poland and other EU countries by age, latest available year (WHO data HMDB and NIPH-NIH)

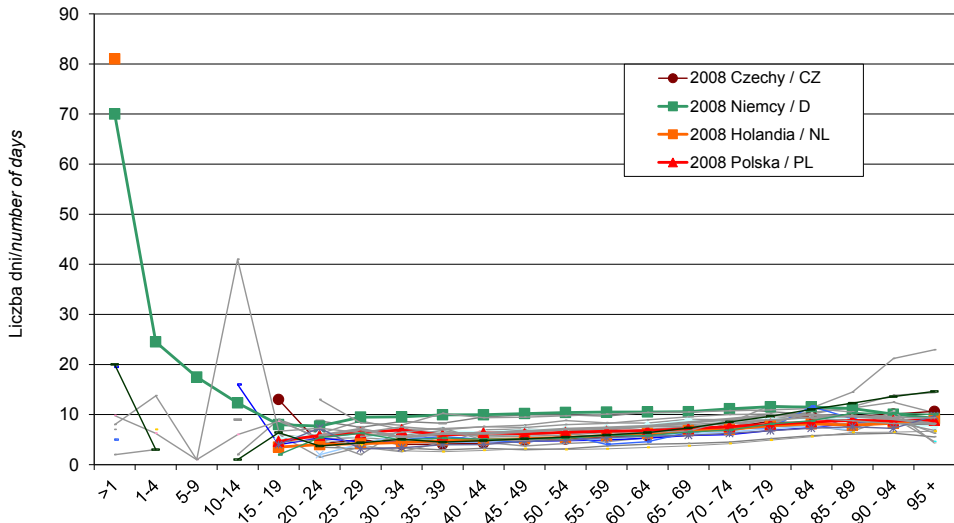
3.6. Długość hospitalizacji

Średnia długość pobytu w szpitalach w Polsce jest przedmiotem innego rozdziału jednak dla podkreślenia różnic między krajami przedstawiono kilka przykładów dotyczących rozpoznań, gdzie czas leczenia szpitalnego w Polsce różni się od okresu leczenia w innych krajach UE. Jako przykładowe rozpoznania wybrano zawał serca i choroby wyrostka robaczkowego.



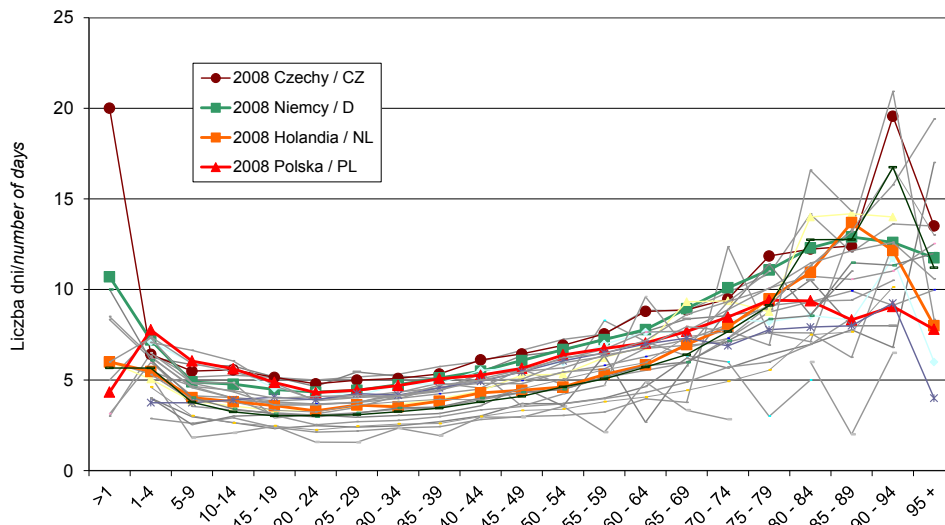
Ryc. 3.22. Długość pobytu w szpitalu z powodu leczenia zaćmy w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.22. Length of stay in hospital caused by cataract treatment in Poland and other EU countries by age, latest available year (data WHO HMDB and NIPH-NIH)



Ryc. 3.23. Długość pobytu w szpitalu z powodu zawału serca w Polsce i innych krajach wg wieku, ostatni dostępny rok (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.23. Length of stay in hospital because of myocardial infarction in Poland and other countries by age, latest available year (WHO figures HMDB and NIPH-NIH)



Ryc. 3.24. Długość pobytu w szpitalu z powodu chorób wyrostka robaczkowego w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

Fig. 3.24. Length of stay in hospital due to diseases of the appendix in Poland and other EU countries by age, latest available year (data WHO figures and NIPH-NIH)

Przeciętna długość pobytu w szpitalu z powodu leczenia zaćmy w Polsce należy do najdłuższych w krajach UE (ryc. 3.22.). Wynosi ona w naszym kraju około 3 dni dla osób powyżej 30 lat, podczas gdy średnia dla wszystkich analizowanych krajów wynosi 2 dni. Szczególnie duża różnica długości hospitalizacji z powodu zaćmy w porównaniu z innymi krajami widoczna jest w najmłodszych grupach wieku. Wydaje się, że dłuższa hospitalizacja z powodu zaćmy w starszych grupach wieku wynika m.in. z rzadszego korzystania z procedur jednodniowych leczenia zaćmy w Polsce niż w innych krajach.

Średnia długość pobytu w szpitalu z powodu zawału serca w Polsce waha się od 5 do 8 dni w zależności od wieku (ryc. 3.23). Wydłużenie czasu trwania hospitalizacji ogółem wraz wiekiem jest nieznaczne i przebiega podobnie jak w innych krajach ale, co warto podkreślić, hospitalizacje w Polsce są przeciętnie nieco krótsze niż średnio we wszystkich analizowanych krajach.

Średnia długość pobytu w szpitalu w związku z leczeniem chorób wyrostka robaczkowego jest w Polsce dłuższa niż w większości krajów UE (ryc. 3.24). Dotyczy to chorych do 70 roku życia, gdyż starsi są leczeni w Polsce wyraźnie krócej niż w większości analizowanych krajów.

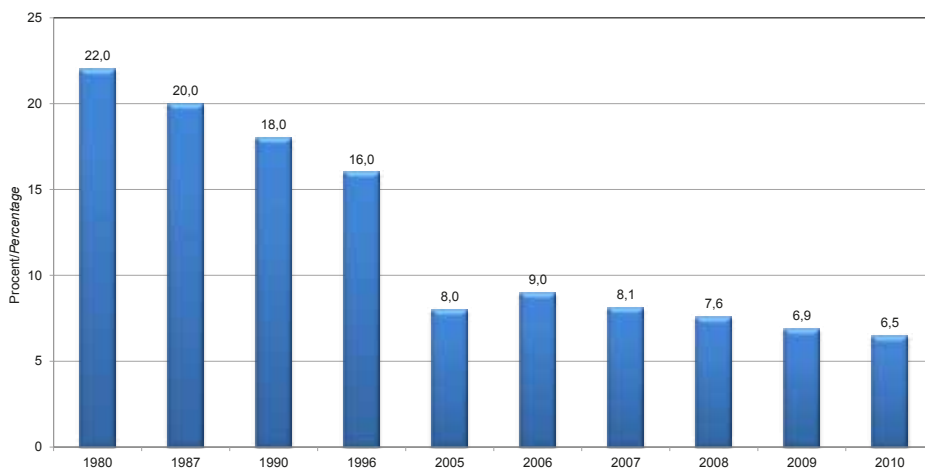
3.7. Śmiertelność szpitalna

Śmiertelność szpitalna ogółem w Polsce ulegała nieznacznemu zmniejszeniu w latach 2003-2006 i 2010 z 2,3% do 2,1% do 1,9% dla wszystkich przyczyn hospitalizacji. Największe pozytywne zmiany obserwuje się w zakresie nowotworów ogółem: zmiana z 5% na 3,6%, a następnie 3,5% w 2010, oraz w chorobach układu krążenia ogółem: obniżenie z 6,3% na 5,9% i 5,8 w 2010. Śmiertelność szpitalna z powodu innych przyczyn nie ulegała

dużym zmianom w ostatnich latach i najwyższa była w 2010 roku dla chorób układu oddechowego: 3%, chorób układu wydalania wewnętrznego 2,3% (1,8 w 2010), chorób układu trawienego 1,7% (1,9 w 2010 r.), stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym 1,4% (1,0 w 2010 r.) i chorób zakaźnych 1% (1,4 w 2010 r.).

Wskaźnik śmiertelności szpitalnej w przypadku niektórych chorób może być miernikiem jakości leczenia. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)⁷ wśród wskaźników rekomendowanych do oceny usług medycznych przyjęło dwa, odnoszące się do śmiertelności szpitalnej. Pierwszy to śmiertelność szpitalna osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w okresie 30 dni, drugi dotyczy śmiertelności z powodu udaru mózgu.

Z danych NIZP-PZH widać (ryc. 3.25), że śmiertelność z powodu zawału serca systematycznie malała w latach 1980-2010 z 22% do 6,5% przy nieznacznym wzroście w 2006 r., co jest dowodem znacznej poprawy efektów działalności oddziałów kardiologicznych, w tym przede wszystkim kardiologicznych. Równocześnie sytuacja w Polsce na tle innych krajów członków OECD w ostatnich latach jest bardzo korzystna (ryc.3. 26), bowiem wyprzedzają nas jedynie Dania, Nowa Zelandia i Islandia.



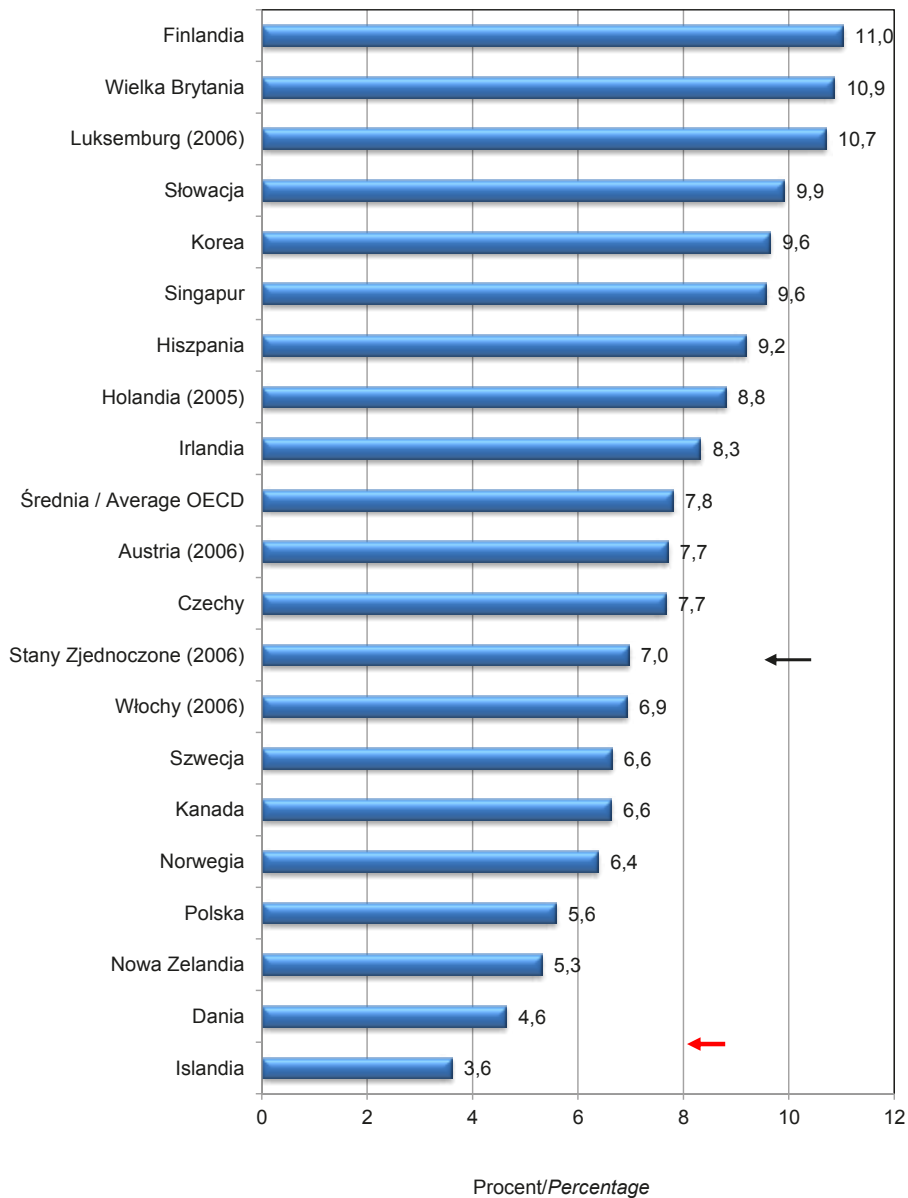
Ryc. 3.25. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w Polsce, 1980-2009 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.25. Hospital fatality during the 30 days after admission for myocardial infarction in Poland, 1980-2009 (data NIPH-NIH)

Inaczej wygląda sytuacja w zakresie udarów mózgu (ryc.3.27.). Śmiertelność szpitalna (30 dniowa) osób leczonych z powodu krwotoku mózgowego w Polsce należała w 2005 r. do najwyższych wśród krajów członkowskich ODCED - 36,9% (niestety w bazie OECD brakuje nowszych informacji). Nieco lepsza sytuacja miała miejsce w 2005 roku w zakresie śmiertelności z powodu zatoru mózgowego - 11,6% co jest wartością nieco niższą od obserwowanej w 7 z wszystkich krajów członków OECD.

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (ryc. 27) śmiertelność szpitalna z powodu krwotoku mózgowego w Polsce w latach 2004-2007 była bardzo wysoka

7 Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, OECD

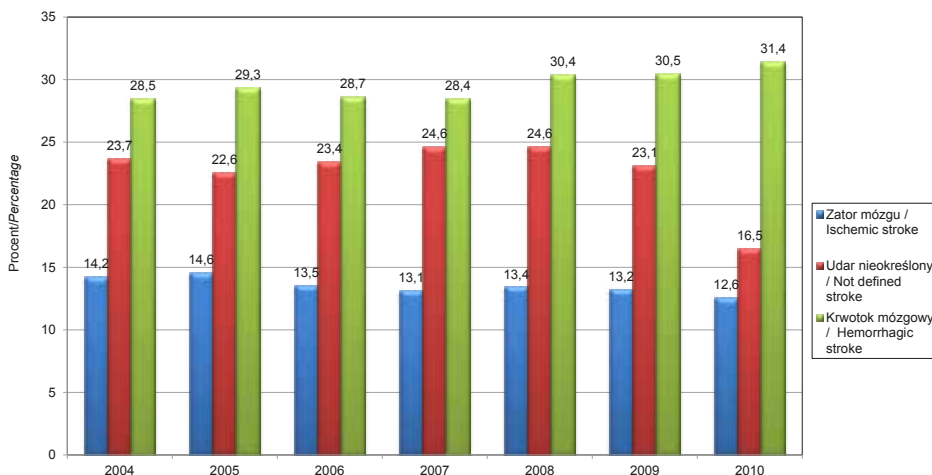


Ryc. 3.26. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w 2007 r. w krajach OECD, (dane OECD)

Fig. 3.26. Hospital fatality during the 30 days after admission for myocardial infarction in 2007 in OECD countries (OECD data)

i nie ulegała poprawie, a nawet pogorszyła się w okresie 2008 r - 2010 r., co jest zjawiskiem bardzo niepokojącym. Śmiertelność szpitalna z powodu zatoru mózgowego była na niższym poziomie, ale w latach 2004-2010 uległa poprawie zaledwie o 1,6% (z 14,2% na 12,6%).

Osobny poważny problem stanowi śmiertelność z powodu udaru nieokreślonego (I64 – ICD10). Ulegała ona niewielkim zmianom w latach 2004-2009 (23,7% do 23,1%), ale w 2010 roku zmalała znacznie: do 16,5%. Prawdopodobnie powinna być do celów analitycznych częściowo rozdzielona między obydwa omówione wyżej rozpoznania, co zwiększyłyby jeszcze podane odsetki śmiertelności w zakresie tych rozpoznania. Niepokojące jest, że mimo prowadzonych już od pewnego czasu programów nakierowanych na poprawę sytuacji w zakresie udarów mózgu⁸ dane ogólnopolskie nie wskazują na żadne pozytywne zmiany wyrażające się poprawą śmiertelności z tej przyczyny.



Ryc. 3.27. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni, osób hospitalizowanych z powodu zatoru mózgu i krwotoku mózgowego w Polsce, 2004- 2010 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.27. Hospital fatality within 30 days, persons hospitalized due to brain infarction and cerebral hemorrhage in Poland, 2004 - 2010 (data NIPH-NIH)

PODSUMOWANIE:

1. W roku 2010 hospitalizowano w Polsce 3041 tys. mężczyzn. (1721,6 na 10 tys.) i 3712⁹ tys. kobiet (1760,8 na 10 tys.). Pacjenci szpitali byli leczeni najczęściej z powodu chorób układu krążenia (15% hospitalizowanych), urazów i zatruc (9,6% hospitalizowanych) nowotworów ogółem (9%), oraz chorób układu moczowo-płciowego i trawiennego po ok. 8%.
2. Jeśli uwzględnić pory, kobiety są hospitalizowane nieznacznie częściej niż mężczyźni, ale jak wynika z analizy większości przyczyn chorobowych, mężczyźni przebywają w szpitalach częściej. Kobiety przeważają wśród hospitalizowanych tylko z czterech przyczyn: chorób układu moczowo płciowego, nadciśnienia tętniczego i zaburzeń endokrynologicznych oraz chorób układu nerwowego.
3. Mężczyźni i kobiety z miast korzystają z leczenia szpitalnego odpowiednio o 7 i 5%

⁸ Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu

⁹ Z wyłączeniem ciąży, porodu i połogu

częściej niż mieszkańcy wsi, ale ta niekorzystna różnica zmniejszyła się o ponad połowę w porównaniu z rokiem 2006. Są jednak przyczyny hospitalizacji: choroby dolnych dróg oddechowych, odmrożenia i oparzenia, choroby układu krążenia (a w tym choroby naczyń mózgowych i choroba nadciśnieniowa), z powodu których częściej hospitalizowani są mieszkańcy wsi. Kobiety ze wsi przebywają też w szpitalu częściej, niż mieszkanki miast w związku z porodem.

4. Dynamika hospitalizacji w Polsce miała charakter podobny jak w innych krajach UE w latach osiemdziesiątych, lecz od roku 1999 nastąpił szybszy wzrost współczynnika hospitalizacji spowodowany zmianą systemu finansowania ochrony zdrowia. Polska pozostaje jednak w grupie krajów UE o niższej od średniej częstości hospitalizacji ogółem.
5. 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.
6. Polska różni się od innych analizowanych krajów Europy wyższymi współczynnikami hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego w prawie wszystkich grupach wieku, oraz z powodu zawału serca w młodszym i średnim wieku.
7. Czas pobytu w szpitalu dla wszystkich przyczyn ogółem w Polsce należy do najkrótszych w krajach UE, ale dla niektórych rozpoznań należy do najdłuższych, jak to jest w przypadku leczenia choroby wyrostka robaczkowego czy zaćmy.
8. Stosunkowo niska obecnie na tle innych krajów śmiertelność szpitalna w Polsce z powodu zawału serca wskazuje na dobrą jakość leczenia szpitalnego. Śmiertelność ta zmniejszyła się trzykrotnie w latach 1980-2010 z 22% do 6,5%.
9. Niepokojąco wysoka jest w porównaniu z innymi krajami śmiertelność powodu udaru mózgu. Ta częstość nie ulegała poprawie w latach 2004-2010 zarówno z powodu zatoru mózgu (12,6% w 2010) jak i krwotoku mózgowego (31,4% w 2009). Notuje się nadal stale wysoki odsetek śmiertelności z powodu zatoru nieokreślonego 16,5%.

4. OBCIĄŻENIE NOWOTWORAMI ZŁOŚLIWYMI W POLSCE NA TLE KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ

M. Bielska-Lasota, J. Car, E. Rzepczak-Zacharek

4.1. Wprowadzenie

Już od ubiegłego stulecia dynamika zagrożenia nowotworami złośliwymi oraz potrzeba przeciwdziałania niekorzystnym trendom są przedmiotem intensywnych badań. Ich wyniki stanowią podstawę opracowania strategii programów walki z rakiem. **Kluczowym elementem jest rzetelna informacja o obciążeniu populacji nowotworami złośliwymi, nadzór nad wynikami zdrowotnymi wdrażanych interwencji oraz kosztami.** Zachowanie równowagi tych działań jest warunkiem skutecznej i sprawiedliwej społecznie walki z rakiem.

Strategicznym dokumentem Unii Europejskiej dotyczącym zwalczania nowotworów jest *Karta Paryska*¹. Kolejnym, uzgodnionym w Lizbonie i zawartym w Deklaracji Parlamentu Europejskiego - *Strategies for cancer control*². W roku 2010 Rada Unii Europejskiej przypomniała, że zgodnie z art. 168 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej konieczne jest uzupełnienie polityki krajów członkowskich o działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia obywateli oraz podjęcie dalszych działań w celu niwelowania nierówności w zdrowiu, w tym obciążenia związanych z chorobami nowotworowymi³. W Polsce na mocy ustawy realizowane są: *Narodowy Program Zdrowia 2007-2015*⁴ oraz *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych (NPZChN)*⁵. W obszarze zwalczania nowotworów programy te są zgodne ze strategią europejską.

4.2. Źródła informacji o obciążeniu nowotworami

Podstawowym źródłem informacji o zachorowaniach są zbiory danych gromadzone przez populacyjne rejestry nowotworów spełniające kryteria jakości określone przez WHO-IARC⁶. Od 1960 roku dane o zachorowaniach na świecie, z uwzględnieniem regionu geograficznego i kraju, struktury zachorowań, płci oraz wieku są publikowane w kolejnych tomach

-
- 1 Jordá GE: Global strategy against cancer in the society of information. Clin Transl Oncol 2007, 9, 683-685.
 - 2 <http://ec.europa.eu/health>
 - 3 <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>
 - 4 Uchwała z dnia 15 maja 2007 roku http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf,
 - 5 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku http://www.prsm.home.pl/prsm/images/ moje/pdp/ustawa_z_1_lipca_2005.pdf
 - 6 International Agency for Research on Cancer

*Cancer incidence in five continents*⁷. W Europie obserwowane dane o zachorowaniach są niepełne, ponieważ rejestry obejmują zaledwie około 30% populacji. Ponadto nie są one równomiernie zlokalizowane.

Natomiast informacje o zgonach są gromadzone zgodnie ze standardem WHO, a zatem zbiór jest kompletny⁸. Wraz z danymi o strukturze populacji stanowi on podstawę do obliczania współczynników umieralności i oszacowań innych wskaźników. Jednakże i te dane są często obarczone błędem wynikającym z braku poprawności kodowania przyczyny zgonu, szczególnie w przypadkach, w których zmarły chorował także na inne choroby⁹.

Braki w danych epidemiologicznych, ich zróżnicowany standard oraz opóźnienia publikacji utrudniały analizę i interpretację wyników. Równocześnie inspirowały rozwój metodologii opartej na obliczeniach matematycznych, które pozwalają na bieżące oszacowania w oparciu o dostępne źródła. Są to obserwowane dane o zachorowaniach o zasięgu krajowym pochodzące z 22 rejestrów w Europie, oszacowania na podstawie zagregowanych danych z regionalnych rejestrów nowotworów lub krajów sąsiadujących, a przy ich braku – oszacowania na podstawie danych o umieralności oraz regionalnym wskaźniku I/M¹⁰.

Oszacowania dla Polski zostały dokonane z zastosowaniem tej ostatniej metody. Do obliczeń wykorzystano dane z populacyjnych rejestrów nowotworów obejmujących metropole Kraków i Warszawę oraz województwo świętokrzyskie, razem 9% populacji Polski. W obliczeniach uwzględniono także trendy specyficzne dla kraju.

Pod auspicjami WHO-IARC, przy współpracy *European Network of Cancer Registries*, w ramach projektu EURO COURSE i przy wsparciu Komisji Europejskiej została utworzona obszerna platforma informacyjna *European Cancer Observatory*¹¹ integrująca europejskie bazy danych o nowotworach. Najważniejsze analizy i wnioski zostały opracowane przez Ferlay J. i wsp. oraz Bray F. i wsp.^{11,12}. Wskaźniki są standaryzowane według populacji europejskiej, która pozwala na zniwelowanie wpływu zróżnicowania wieku mieszkańców Europy. Po spełnieniu tego warunku platforma umożliwi prowadzenie analiz porównawczych w zakresie **zachorowalności, umieralności i chorobowości**. Analizy zamieszczone w tym rozdziale przeprowadzono w oparciu o wersję zaktualizowaną 10 września 2012 roku oraz wcześniejsze opracowania na podstawie danych platformy.

Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć są kolejnym podstawowym wskaźnikiem. Stanowią one podstawę oceny skuteczności leczenia oraz dostępności profilaktyki. Metodologia badań została opracowana także pod auspicjami WHO-IARC w ramach projektu EURO CARE. Analizy są wiarygodne, ponieważ zostały przeprowadzone na podstawie danych populacyjnych rejestrów nowotworów i spełniają wspomniane kryteria, chorzy są obserwowani przez okres co najmniej 5 lat lub znana jest data zgonu, jeśli chory zmarł wcze-

7 Curado. M. et al. [eds] *Cancer incidence in five continents 2007*. vol. IX. IARC Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC <http://www.iacr.com.fr/statist.htm>

8 <http://ci5.iarc.fr/CI5plus/ci5plus.htm>

9 Jędrzychowski W. i wsp. Trafność wyboru przez lekarza wyjściowej przyczyny zgonu i kodowania danych z kart zgonów. *Przeegl Epidemiol* 2001; 55:313-22

10 Wskaźnik zachorowalność/umieralność

11 Ferlay J, et al. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. 2010 Mar;46(4):765-81 <http://eu-cancer.iarc.fr>

12 Bray F, et al. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2012. Jul 3. doi: 10.1002/ijc.27711. [Epub ahead of print]

śniej. Wskaźniki są standaryzowane zgodnie z *International Cancer Survival Standards*¹³, co umożliwia prowadzenie badań porównawczych. Baza danych obejmuje zachorowania od roku 1978 i ponad 30-letnią obserwację chorych, co umożliwiło analizę trendów. Wyniki przedostatniej, 4. edycji obejmują zachorowania do roku 2002 i obserwację chorych do roku 2005. W obliczeniach wskaźników 5-letnich przeżyć zastosowano oszacowania metodą Brenera, co pozwoliło na bliższą w czasie publikację wyników¹⁴.

Obecnie, w końcowej fazie opracowania są wyniki analiz EUROCORE-5. Głównym celem tej edycji było zwiększenie reprezentatywności populacji, przede wszystkim włączenie krajów Europy Wschodniej do dalszych badań. Bardzo ważnym celem było także poszerzenie badań o aspekty kliniczne, które z powodu stopnia trudności ich gromadzenia były dostępne tylko w niektórych populacyjnych rejestrach w Europie.

Ponieważ wyleczalność nowotworów zależy od wydatków na zdrowie i ich optymalnego wykorzystania, wskaźniki 5-letnich przeżyć wraz z makroekonomicznymi, będą stałym elementem platformy informacyjnej *European Cancer Information System* dostępnej ze strony Komisji Europejskiej¹⁵. Udostępnienie wskaźników na każdym poziomie, poczynając od europejskiego, a kończąc na regionalnym rejestrze nowotworów, jest jednym z głównych celów inicjatywy Partnerstwa Europejskiego zapoczątkowanej w roku 2009¹⁶.

W niniejszym rozdziale przedstawiono podstawowe wskaźniki oraz dokonano oceny zagrożenia nowotworami w Polsce. Wartość wskaźników, oraz ich zmiany w czasie porównano ze średnią wartością wskaźników w krajach UE-27, co było możliwe dzięki zastosowaniu tej samej metodologii badań. Celem było wskazanie najważniejszych obszarów, w których zagrożenie Polaków nowotworami w sposób istotny różni się niekorzystnie od średniego w Unii Europejskiej.

4.3 Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe

Ocenia się, że w Polsce w 2008 roku na nowotwory złośliwe zachorowało około 140,8 tys. osób (75,9 tys. mężczyzn i 64,9 tys. kobiet)¹⁷. W tym też roku zmarło 92,6 tys. chorych (52 tys. mężczyzn i 40,6 tys. kobiet). Standaryzowany według populacji europejskiej współczynnik zachorowalności wynosił 318,9/100 tys. i umieralności 203,5/100 tys.

Według tych samych oszacowań w 27 krajach UE zachorowało 2.444,6 tys. osób i zmarło 1.234,3 tys. Współczynnik zachorowalności był znacznie wyższy niż w Polsce i wynosił 372,2/100 tys. Natomiast znacząco niższy był współczynnik umieralności - 172,6/100 tys.

W roku 2008 Polska była w Europie krajem o średnioniskiej zachorowalności i wysokiej umieralności na nowotwory złośliwe ogółem. Zróżnicowanie to uwidaczniają zamieszczone mapy Europy (ryc. 4.1 i 4.2). Wynika z nich, że w Polsce zachorowalność była niższa w porównaniu z większością krajów tzw. starej Unii (także Norwegii i Szwajcarii i Islandii), natomiast umieralność była znacznie wyższa.

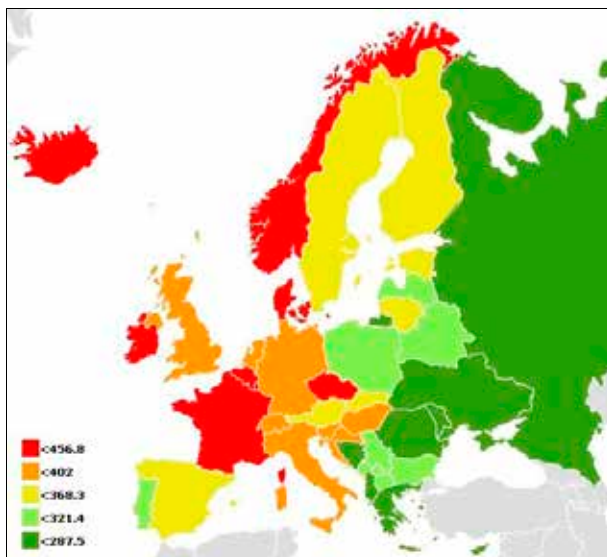
13 De Angelis R. et al. The EUROCORE-4 database on cancer survival in Europe: Data standardization, quality control and methods of statistical analysis. *Eur J Cancer* 2009; 45:909-30.

14 Verdecchia A et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCORE-4 data. *Lancet Oncol.* 2007; 8:784-96

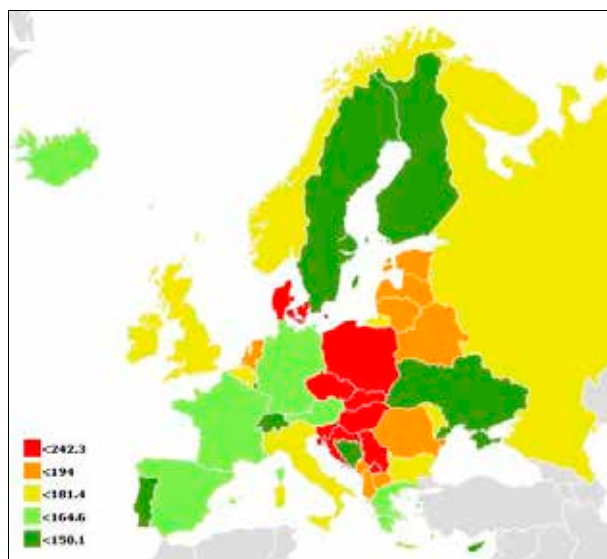
15 <http://www.epaac.eu/news/149-the-proposal-for-european-cancer-information-system-ecis>

16 *European Partnership Action Against Cancer* https://webgate.ec.europa.eu/sanco/heidi/images/0/07/OF_Rome_Ebook_EPAAC.pdf

17 *European Cancer Observatory*, data akcesji: 17 września 20012.



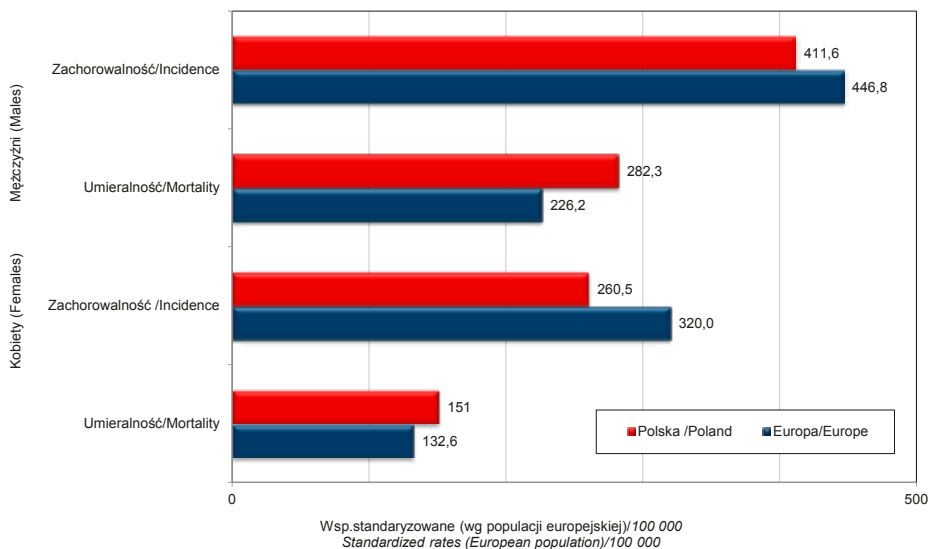
Ryc. 4.1. Zróżnicowanie zachorowalności na nowotwory złośliwe w krajach UE-27 w 2008 r. Mężczyźni i kobiety razem. Współczynniki standaryzowane (wg populacji europejskiej)/100 000
 Fig. 4.1. Differentiation in cancer incidence in the EU-27 in 2008. Both sexes. Standardized rates (European population)/100 000¹⁸.



Ryc. 4.2. Zróżnicowanie umieralności na nowotwory złośliwe w krajach UE-27 w 2008 r. Mężczyźni i kobiety razem. Współczynniki standaryzowane (wg populacji europejskiej)/100 000
 Fig. 4.2. Differentiation in mortality incidence in the EU-27 in 2008. Both sexes. Standardized rates (European population)/100 000¹⁸.

18 European Cancer Observatory (data akcesji 24.09.2012)

Jak przedstawiono na ryc.4.3, w Polsce zachorowalność była niższa u obu płci. U mężczyzn współczynnik zachorowalności był niższy o około 8%, u kobiet zaś o prawie 19%. Umieralność także była wyższa u obu płci: mężczyzn o prawie 25%, kobiet zaś o 14%.



Ryc. 4.3. Współczynniki zachorowalności/* i umieralności/* na wszystkie nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w krajach UE-27 w 2008 r. wg płci¹⁸.

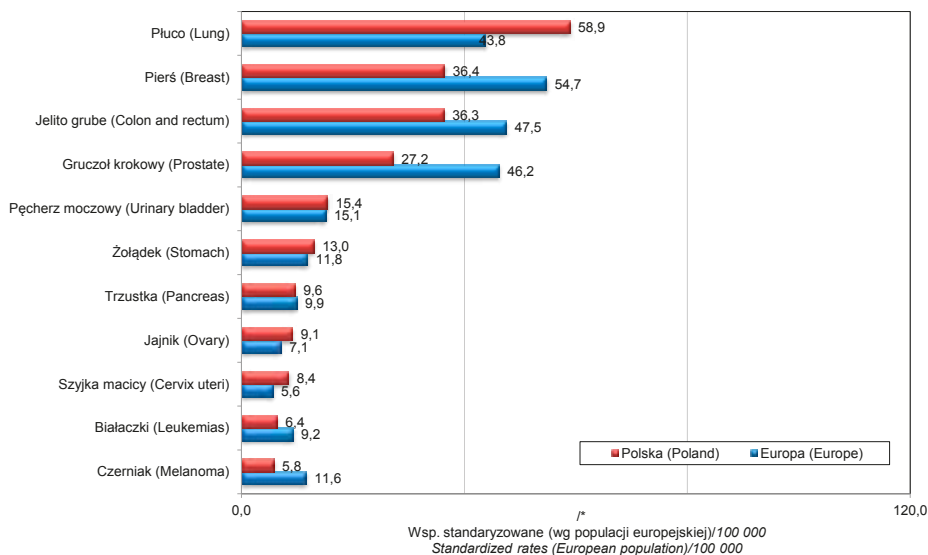
Fig. 4.3. Incidence/* and mortality/* rates for all cancers in Poland and the EU-27 in 2008 by sex¹⁸.

4.4. Najczęstsze nowotwory złośliwe

4.4.1 Zachorowalność

W Polsce najczęściej rozpoznawanym nowotworem, stanowiącym prawie 20% nowotworów ogółem był rak płuca. Współczynnik zachorowalności wynosił 58,9/100 tys. Inne pospolite nowotwory to rak piersi (36,4/100 tys.), jelita grubego (36,3/100 tys.) oraz gruczołu krokowego (27,2/100 tys.). W 2008 roku na te nowotwory zachorowało około 70,3 tys. osób, co stanowiło około 50% zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem.

W krajach UE pospolite nowotwory stanowiły ponad połowę (56%) nowych zachorowań, jednakże inna była struktura zachorowań. Najczęstszy był rak piersi, ze współczynnikiem zachorowalności prawie dwukrotnie wyższym niż w Polsce (54,7/100 tys.), oraz rak jelita grubego, także z wyższym współczynnikiem (47,5/100 tys.). W przeciwieństwie do sytuacji epidemiologicznej w Polsce, udział raka płuca był znacznie mniejszy i wynosił niespełna 13%. Znacząco niższy był także współczynnik zachorowalności na raka płuca i wynosił niespełna 43,8/100 tys. Rak gruczołu krokowego ze współczynnikiem 46,2 /100 tys. był czwartym najczęstszym nowotworem. Zachorowalność na najczęstsze nowotwory w Polsce oraz w krajach UE przedstawiono na ryc.4.4.



Ryc. 4.4. Współczynniki zachorowalności/* na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce i krajach UE-27 w roku 2008. Mężczyźni i kobiety razem/

Fig. 4.4. Incidence rates/* for selected cancers in Poland and the EU-27 in 2008. Both sexes/¹⁸

4.4.2 Umieralność

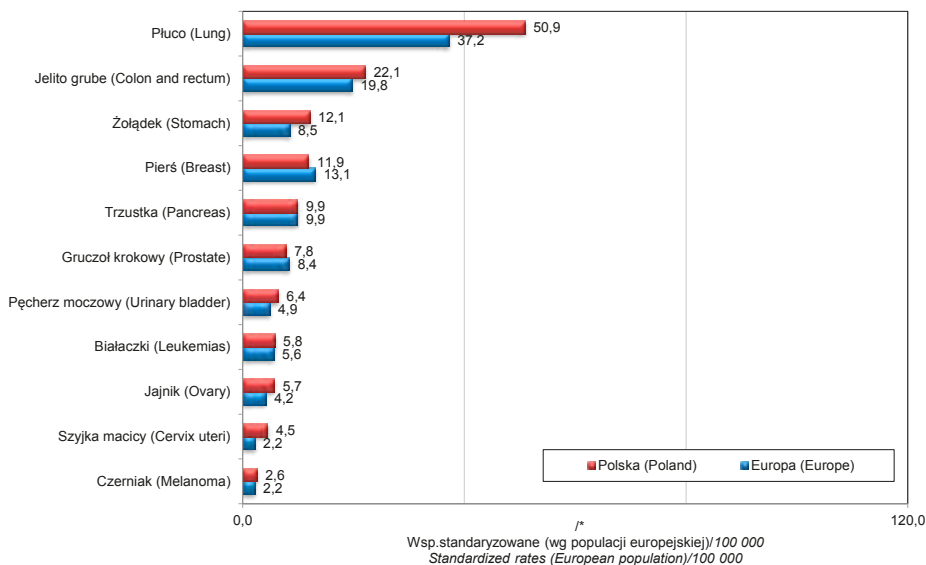
Rak płuca w Polsce (ze współczynnikiem umieralności 50,9/100 tys.) był także najczęstszą przyczyną zgonu. Kolejne to rak jelita grubego (22,1/100 tys.), żołądka (12,1/100 tys.), piersi (11,9/100 tys.) i trzustki (9,9/100 tys.).

Rak płuca był także najczęstszą przyczyną zgonu w krajach UE, lecz współczynnik umieralności (37,2/100 tys.) był znacząco niższy aniżeli w Polsce. Natomiast zbliżony był współczynnik umieralności na raka jelita grubego (19,8/100 tys.). Umieralność na raka piersi (13,1/100 tys.) i trzustki (9,9/100 tys.) były częstsze niż na raka żołądka (8,5/100 tys.).

4.5. Trendy umieralności na nowotwory złośliwe w latach 2000 – 2011

W ostatnich latach zmiany umieralności w Polsce można określić jako korzystne, lecz zbyt wolne i ograniczone tylko do niektórych nowotworów. O ile w roku 2011 liczba zgonów na nowotwory złośliwe ogółem, wynosząca około 98, 9 tys. (54,6 tys. mężczyzn i 44,4 tys. kobiet) zwiększyła się w porównaniu z rokiem 2008 do około 95,5 tys. (w tym 53,6 tys. mężczyzn i 42 tys. kobiet), to jednak znacząco obniżyły się standaryzowane współczynniki umieralności u mężczyzn z 193,0/100 tys. do 183,7/100 tys. w 2011¹⁹. Natomiast u kobiet zmiany współczynnika były niewielkie (odpowiednio: z 105,2/100 tys. w 2008 roku do 104,4/100 tys. w roku 2011). Korzystne zmiany w Polsce dotyczyły zmniejszenia liczby

¹⁹ Malvezzi M. et al. European cancer mortality predictions for the year 2011. *Ann Oncol.* 2011;22:947-56.



Ryc. 4.5. Współczynniki umieralności/* na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce i krajach UE-27 w roku 2008. Mężczyźni i kobiety razem¹⁸.

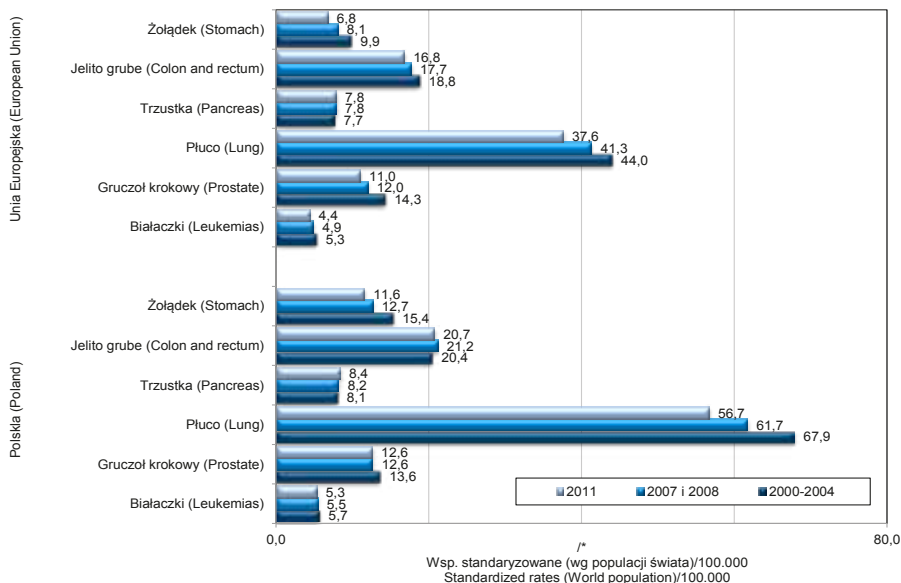
Fig. 4.5. Mortality/* rates for selected cancers in Poland and the EU-27 in 2008. Both sexes/¹⁸

zgonów oraz współczynników umieralności mężczyzn chorych na raka płuca i w mniejszym stopniu kobiet chorych na raka jelita grubego, a także u obu płci na raka żołądka. Współczynniki umieralności obniżyły się także w raku gruczołu krokowego, piersi, macicy, a także białaczki u obu płci.

Natomiast bardzo niekorzystne zmiany dotyczyły raka płuca u kobiet, ponieważ zwiększyła się zarówno liczba zgonów jak i współczynniki umieralności. Podobne zmiany dotyczyły raka jelita grubego u mężczyzn oraz trzustki u obu płci.

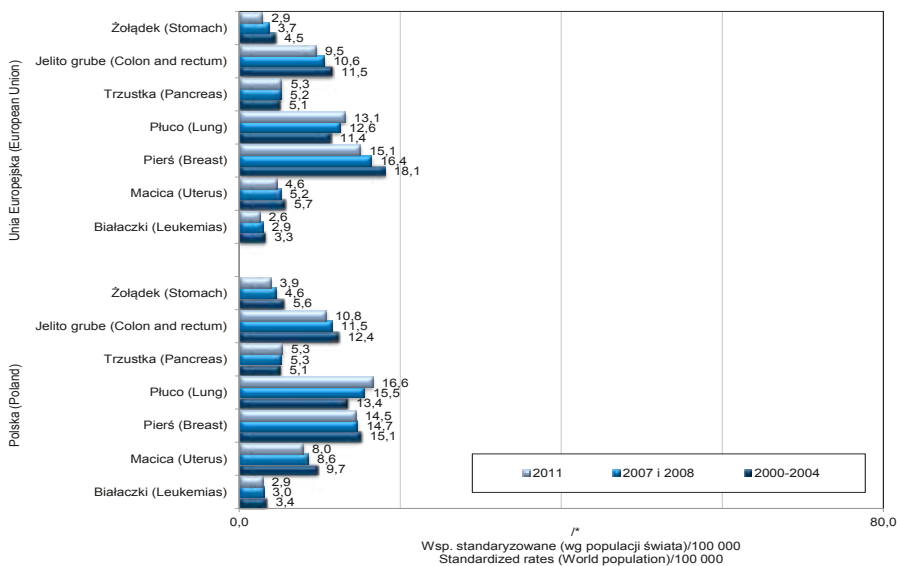
W Europie, po okresie szybkiego wzrostu zagrożenia nowotworami od połowy lat osiemdziesiątych nastąpiła stabilizacja trendu, a następnie zmiana jego kierunku. U mężczyzn zmiany były znacznie szybsze niż u kobiet.

Szacuje się, że w 2011 roku w UE zmarło około 1.281,5 tys. osób (721,3 tys. mężczyzn i 560,2 tys. kobiet). Liczba ta była niższa w porównaniu z rokiem 2007, gdy wynosiła 1.256,0 tys. (703,9 tys. mężczyzn i 552,1 tys. kobiet). W tym też okresie standaryzowany współczynnik umieralności na nowotwory złośliwe ogółem obniżył się o 7% u mężczyzn i 6% u kobiet. Korzystne zmiany dotyczyły w szczególności raka płuca i gruczołu krokowego u mężczyzn oraz raka piersi i macicy u kobiet. Zmniejszyła się także umieralność na raka jelita grubego, żołądka oraz białaczki u obu płci. Natomiast, podobnie jak w Polsce, niepokojąco wzrosła umieralność na raka płuca u kobiet, oraz znacznie wolniej - na raka trzustki u obu płci. Oszacowane współczynniki umieralności w roku 2011 oraz ich zmiany od początku stulecia przedstawiono na ryc. 4.6 i 4.7



Ryc. 4.6. Trendy umieralności/* na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Mężczyźni

Fig. 4.6. Mortality/* trends for all cancers in Poland and European Union. Males /^{19,20}.



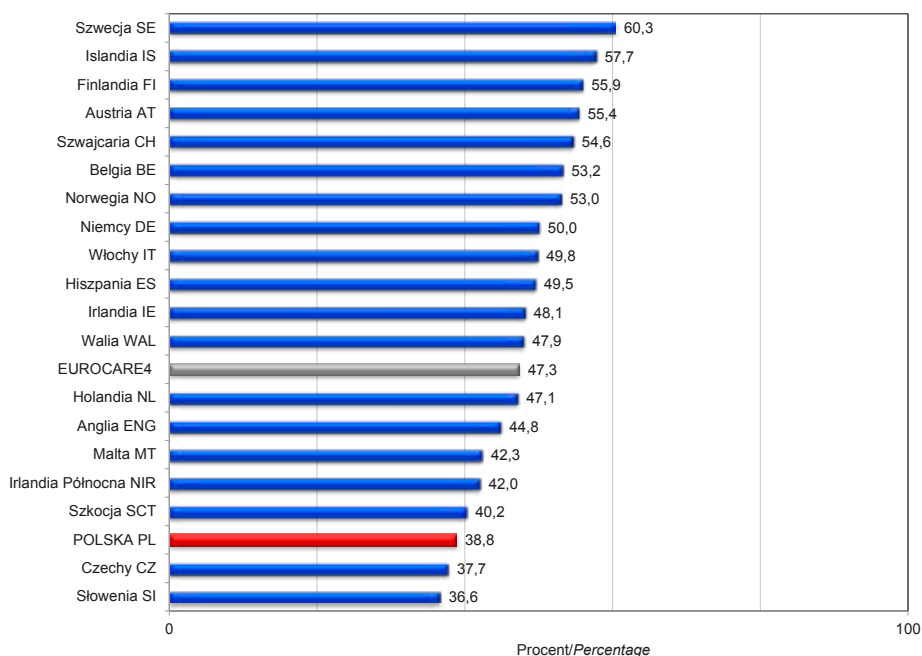
Ryc. 4.7. Trendy umieralności/* na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Kobiety

Fig. 4.7. Mortality/* trends for all cancers in Poland and European Union. Females /^{19,20}.

W wyniku tych zmian, od 2008 roku pogłębiło się zróżnicowanie umieralności pomiędzy Polską i średnią UE-27. U mężczyzn zróżnicowanie to zwiększyło się o 3%, u kobiet zaś prawie o 7%.

4.6. Wyleczalność chorych na nowotwory złośliwe

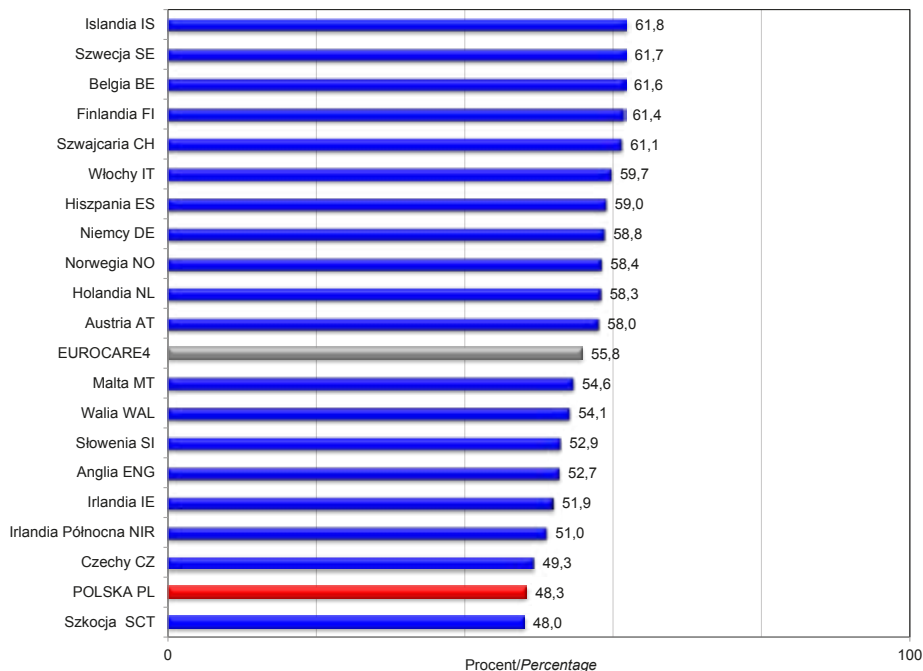
Wyleczalność chorych na nowotwory złośliwe obrazuje wskaźnik względnych 5-letnich przeżyć. W Polsce wskaźnik ten u chorych, którzy zachorowali w latach 2000 – 2002, wynosił: u mężczyzn 38,8% i 48,3% u kobiet. Wskaźnik ten był znacznie niższy od średniej europejskiej zarówno u mężczyzn (47,3%), jak i u kobiet (55,8%). **Rocznie odpowiada to około 11 tys. zgonów, których można byłoby uniknąć, gdyby wyleczalność nowotworów w Polsce była na średnim poziomie europejskim.** Zróżnicowanie wskaźnika 5-letnich przeżyć w Europie ilustrują ryc.4.8 i 4.9.



Ryc. 4.8. Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć chorych na raka ogółem. Mężczyźni. Zachorowania w latach 2000-2002

Fig. 4.8. The 5-year relative survival rates for all cancers diagnosed in 2000-2002. Males!¹¹

Wartość wskaźnika przeżyć w populacji zależy od struktury zachorowań, dostępności profilaktyki oraz standardu leczenia. Wysoka w Polsce, jak też w niektórych regionach Europy, proporcja nowotworów o złym rokowaniu, głównie raka płuca i żołądka u mężczyzn, wpływa na znaczne zróżnicowanie wskaźnika na niekorzyść mężczyzn. Natomiast wysoka proporcja nowotworów dobrze rokujących, np. raka piersi wykrytego we wczesnym stopniu zaawansowania choroby w ramach populacyjnych programów skryningowych oraz dostęp-



Ryc. 4.9. Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć chorych na raka ogółem. Kobiety. Zachorowania w latach 2000-2002

Fig. 4.9. *The 5-year relative survival rates for all cancers diagnosed in 2000-2002. Females* ¹¹

ność do leczenia według zasad najlepszej praktyki, spowodowało poprawę wyleczalności i w konsekwencji zmniejszenie umieralności na nowotwory w niektórych krajach^{19, 21}.

Jak przedstawiono na ryc. 4.10, wyleczalność chorych na raka piersi w UE wynosiła średnio 79%, a w niektórych krajach przekraczała nawet 85%, natomiast w krajach dawnego bloku wschodniego szansa przeżycia 5 lat była znacznie mniejsza i w Polsce wynosiła 73,9%.

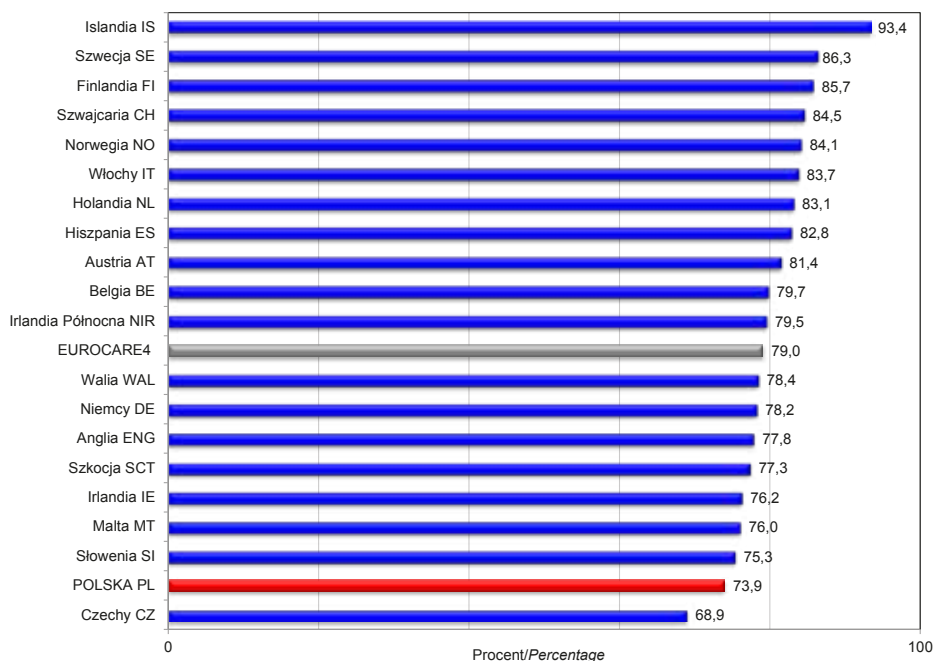
Allemani C. i wsp.²² na podstawie analizy CHI *Cancer Health Indicators*)²³ wykazali, że w Europie istniała duża dowolność w wyborze metody leczenia chorych na raka piersi. Zdarzało się, że nawet w krajach o średnich i wysokich wydatkach na zdrowie (TNEH) europejskie rekomendacje²⁴ nie były przestrzegane, co sugeruje sub-optymalny podział środków finansowych na leczenie. Jak wykazali autorzy, poza proporcją wczesnych rozpoznań, na wartość wskaźników przeżyć istotnie wpływały: częstość stosowania operacji oszczędzającej

21 Allemani C et al. Breast cancer survival in the US and Europe; a CONCORD high-resolution study. *Int J Cancer* 2012 UICC

22 Allemani et al. Variation in 'standard care' for breast cancer across Europe: a EUROCARE-3 high resolution study. *Eur J Cancer* 2010; 46:1528-36

23 Częstość stosowania standardowych procedur w stosunku do ściśle określonej grupy chorych w zdefiniowanym regionie administracyjnym <http://www.tumori.net/eurochip/>

24 O'Higgins N, et al. European guidelines for quality assurance in the surgical management of mammographically detected lesions. European Breast Cancer Working Group. *Ann Chir Gynaecol.* 1998;87:110-2.



Ryc. 4.10. Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć chorych na raka piersi. Kobiety. Zachorowania w latach 2000-2002

Fig. 4.10. The 5-year relative survival for breast cancer diagnosed in 2000-2002. Females¹⁴

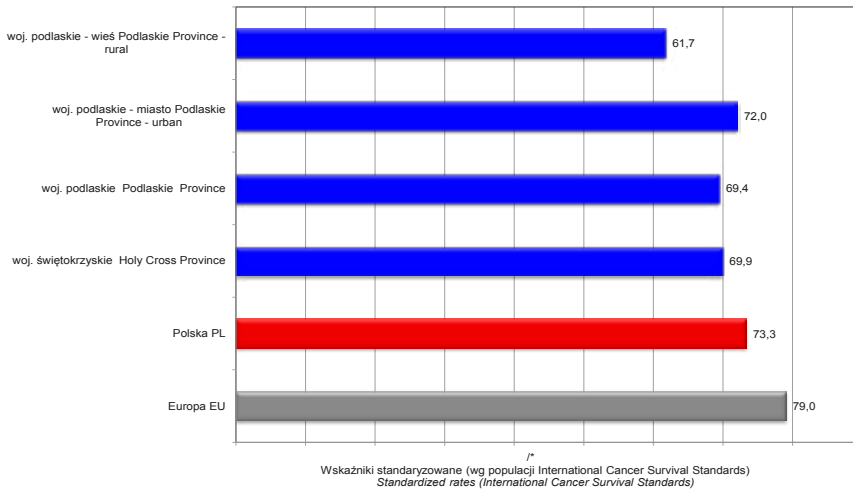
piers z uzupełniającą radioterapią, zakres operacyjnej oceny pachowych węzłów chłonnych, stosowanie uzupełniającej chemioterapii, stosowanie hormonoterapii w guzach z obecnymi receptorami estrogenowymi.

Wyniki te dotyczyły także chorych z Warszawy i Krakowa. Badania z zastosowaniem tej samej metodologii i z uwzględnieniem tych samych czynników rokowniczych, a także miejsca zamieszkania miasto – wieś przeprowadzono również w województwie podlaskim^{25, 26}. Wyniki tych badań były zgodne z Allemani i wykazały, że dostępność do profilaktyki i standardowego leczenia w województwie podlaskim była mniej korzystna dla mieszkanki wsi, co wpłynęło na zróżnicowanie wskaźnika przeżyć. Porównanie wskaźnika z innymi regionami w Polsce przedstawiono na ryc. 4.11.

Badania te były przeprowadzone, gdy europejskie standardy leczenia były już opublikowane i stosowane, lecz przed wdrożeniem w Polsce skryningu populacyjnego w ramach NPZChN⁵. **Zatem, wyniki tych badań stanowią rzetelną podstawę i powinny być wykorzystane do oceny efektów zdrowotnych NPZChN.**

25 Krzyżak M i wsp. Differences in breast cancer incidence and stage distribution between urban and rural women population in Podlaskie Voivodeship, Poland in years 2001-2002. Ann Agric Environ Med 2010, 17:159-62

26 Maślach D i wsp. The breast-conserving surgery of women with breast cancer in Podlaskie Voivodeship (Poland). Population study. Arch Med Sci. - submitted for publication



Ryc. 4.11. Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć/* w niektórych regionach Polski przed wdrożeniem Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych

Fig. 4.11. The 5-years survival rates /* in some regions of Poland before the implementations of National Cancer Programme ¹²⁷.

Jak przedstawiono na ryc. 4.12, w Polsce niekorzystna sytuacja dotyczyła także wyleczalności raka jelita grubego. W Polsce wskaźnik 5-letnich przeżyć wynosił 46%, zaś średnia europejska była wyższa o ponad 10 pkt.% i znacznie wyższa w wielu krajach UE.

Przyczyny tego zróżnicowania były podobne. Gatta G. i wsp. także wykazali istotne zróżnicowanie w standardach leczenia w Europie. Poza proporcją chorych leczonych radykalnie z zastosowaniem operacji chirurgicznej, czynnikiem istotnym dla rokowania okazał się zasięg operacji i wykrycie przerzutów w węzłach chłonnych, co stanowi podstawę do zastosowania uzupełniającej chemioterapii²⁸.

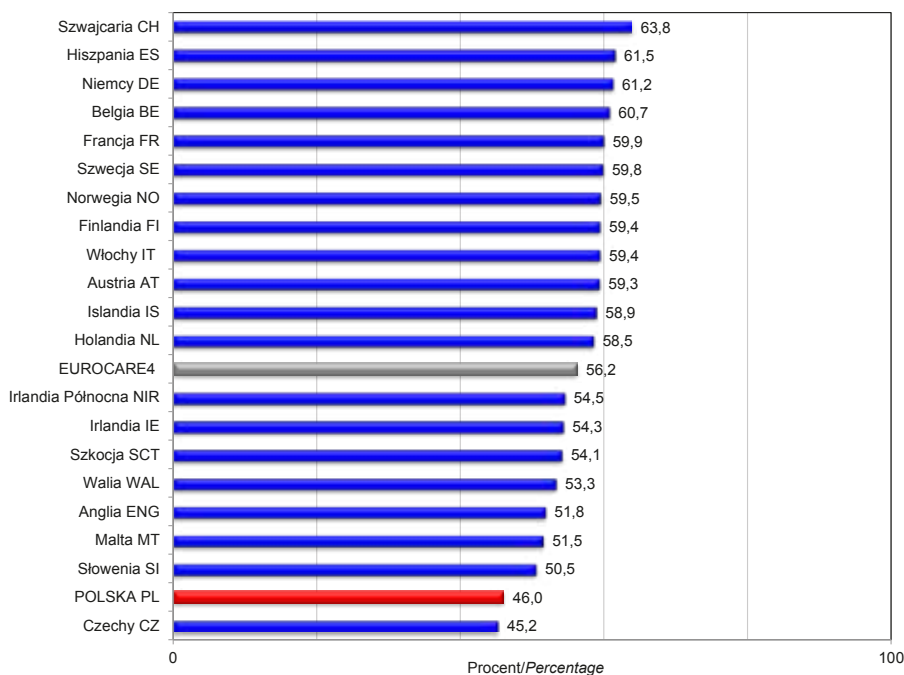
Wraz z rozwojem planowej walki z rakiem, tj. głównie ze zwiększeniem dostępności do profilaktyki i standardowego leczenia oraz kontroli jakości na każdym etapie prowadzonej interwencji, poprawiają się wyniki leczenia. Wstępne wyniki 5. edycji EUROCORE obejmujące zachorowania w latach 2000-2007 i obserwacje chorych do roku 2012 wykazały dalszą poprawę wyleczalności nowotworów w krajach europejskich²⁹. Wzrosły także wskaźniki 5-letnich przeżyć w Europie Wschodniej. W Polsce, w woj. świętokrzyskim, gdzie na początku stulecia nowoczesne Centrum Onkologii podjęło pełnoprofilową działalność, wskaźnik 5-letnich przeżyć ogółem wzrósł o 9,7 pkt.%³⁰.

27 Krzyżak M. Analiza względnych wskaźników 5-letnich przeżyć kobiet chorych na raka piersi w województwie podlaskim w latach 2001-2002. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2010

28 Gatta G. et al., Patterns of care for European colorectal cancer patients diagnosed 1996-1998: a EUROCORE high resolution study. *Acta Oncol* 2010; 49: 776-83.

29 Wyniki EUROCORE-5 w trakcie opracowania

30 Góźdz S. i wsp. Względne wskaźniki 5-letnich przeżyć na nowotwory złośliwe w województwie świętokrzyskim na podstawie danych Świętokrzyskiego Rejestru Nowotworów. *Przegl Epidemiol* 2011: 659-63.



Ryc. 4.12. Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć chorych na raka jelita grubego. Mężczyźni i kobiety razem. Zachorowania w latach 2000-2002

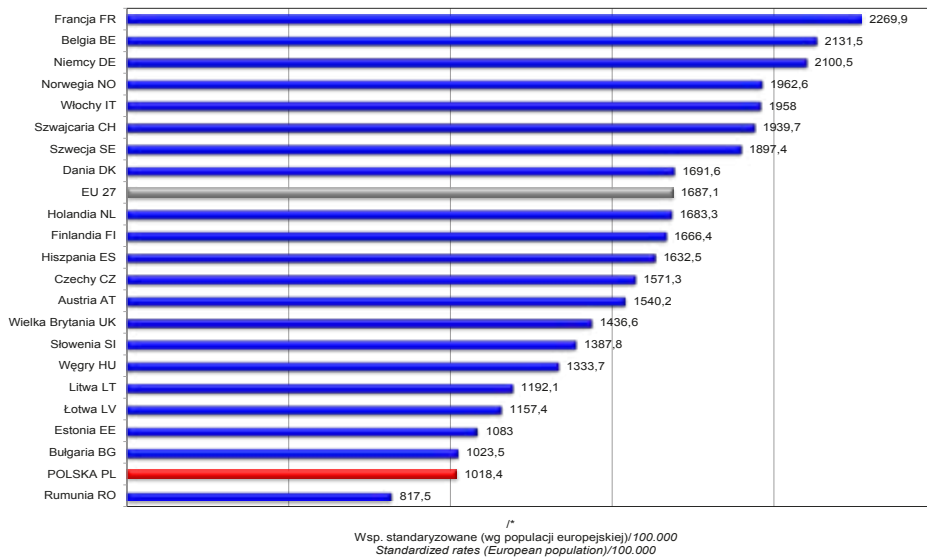
Fig. 4.12. The 5-year relative survival for colorectal cancer diagnosed in 2000-2002. Both sexes¹⁴

4.7. Chorobowość

Ocenia się, że w ostatnim dniu 2008 roku w Polsce żyło około 323,6 tys. osób, które na nowotwór złośliwy zachorowali w ciągu ostatnich 5. lat¹¹. Te wszystkie osoby wciąż wymagają obserwacji z powodu możliwości progresji lub wznowy choroby nowotworowej, ujawnienia się odległych powikłań leczenia, a także możliwości rozwoju drugiego pierwotnego nowotworu. Osoby te są w różnej fazie choroby. Niektórzy z nich są wyleczeni, inni wciąż jeszcze kontynuują leczenie, inni zaś są w okresie terminalnym choroby. Wszyscy w różnym czasie wymagają rehabilitacji, wsparcia psychologicznego i socjalnego. Wsparcie jest także potrzebne rodzinom chorych. W grupie tej najwięcej jest osób, które chorowały na raka piersi, gruczołu krokowego, jelita grubego oraz płuca i stanowią razem ponad 54%.

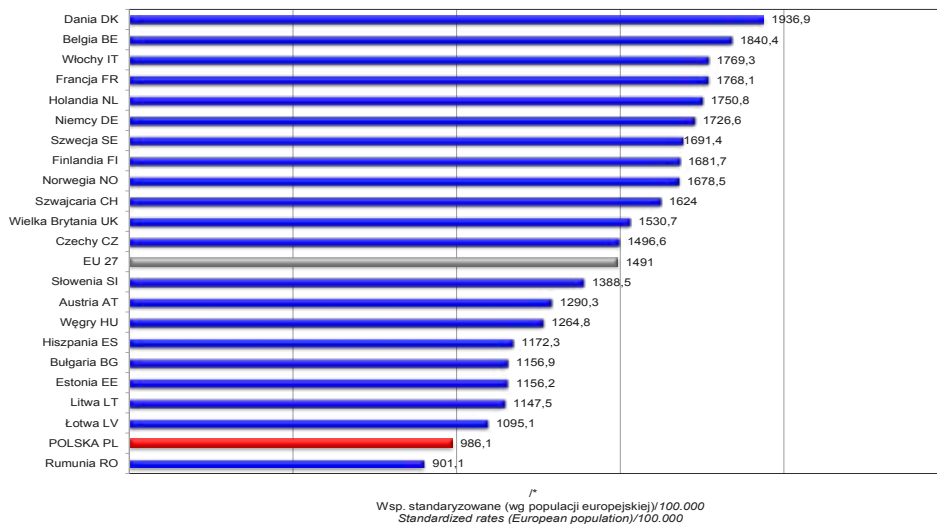
W krajach UE chorobowość wynosi 6.617,4 tys. Przebyty rak piersi, gruczołu krokowego, jelita grubego oraz pęcherza stanowią prawie 58%. Przebyty rak płuca stanowi mniej niż 5 % chorobowości ogółem, podczas gdy w Polsce wciąż jeszcze sięga prawie 9%.

Jak przedstawiono na ryc.4.13 –4.17, współczynnik chorobowości w Polsce był znacznie niższy aniżeli średni w Europie zarówno u mężczyzn jak i kobiet. Dotyczyło to nowotworów złośliwych ogółem, raka piersi, gruczołu krokowego, oraz jelita grubego. Natomiast współczynnik chorobowości na raka płuca był w Polsce wysoki i znacznie wyższy aniżeli średnia UE (ryc.4.18).



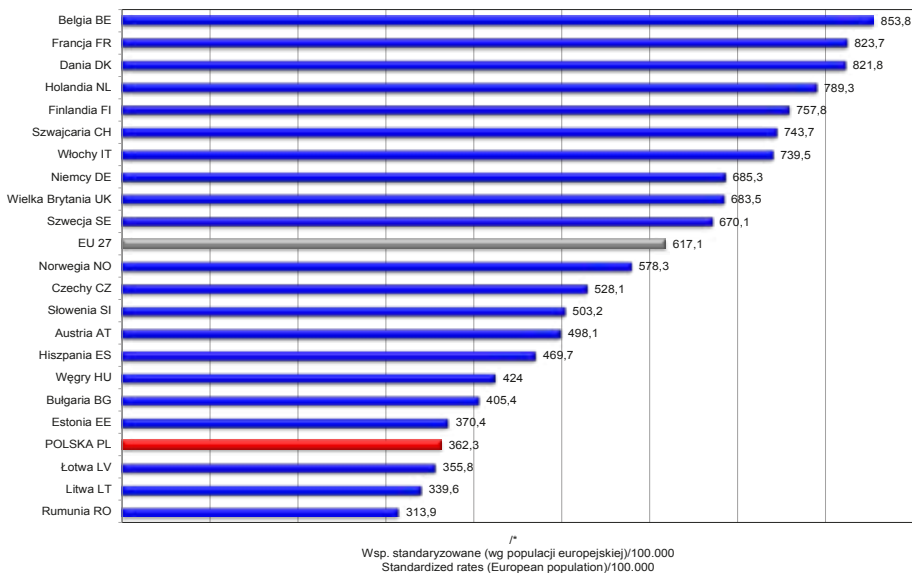
Ryc. 4.13. Współczynniki chorobowości 5-letniej/* na wszystkie nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w wybranych krajach UE-27 w 2008 r. Mężczyźni.

Fig. 4.13. The 5-years prevalence rates/* for all cancers in Poland and in the selected EU-27 countries in 2008. Males ^{β1}



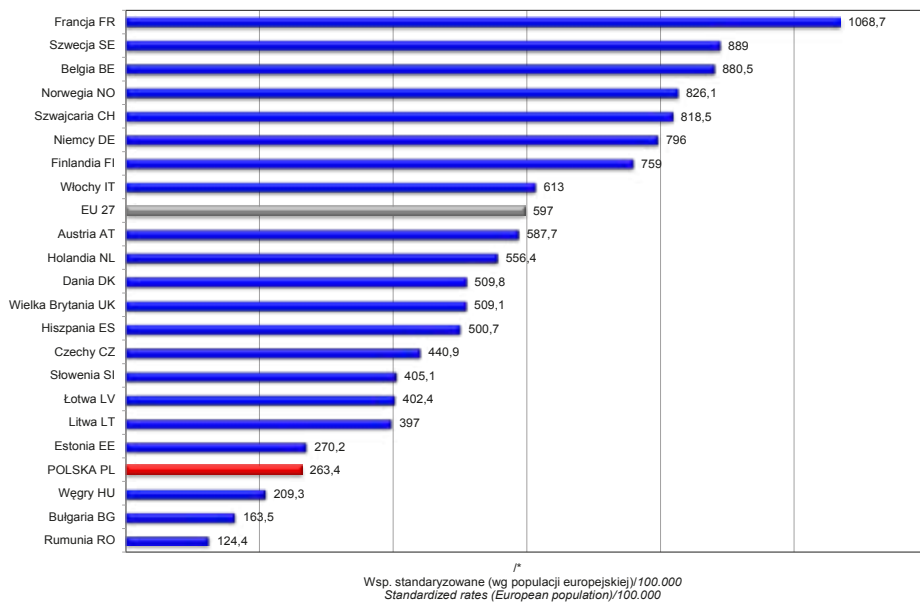
Ryc. 4.14. Współczynniki chorobowości 5-letniej/* 5-letnia na wszystkie nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w wybranych krajach UE-27 w 2008 r. Kobiety.

Fig. 4.14. The 5-years prevalence rates/* for all cancers in Poland and in the selected EU-27 countries in 2008. Females ^{β1}



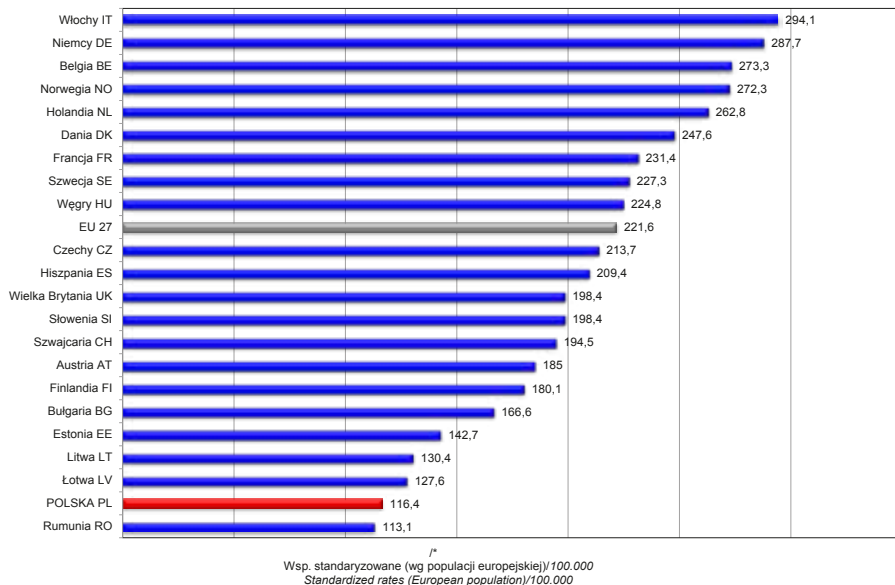
Ryc. 4.15. Współczynniki chorobowości 5-letniej/* na raka piersi w Polsce i w wybranych krajach UE-27 w 2008 r. Kobiety.

Fig. 4.15. The 5-years prevalence rates/* for breast cancer in Poland and in the selected EU-27 countries in 2008. Females ³¹



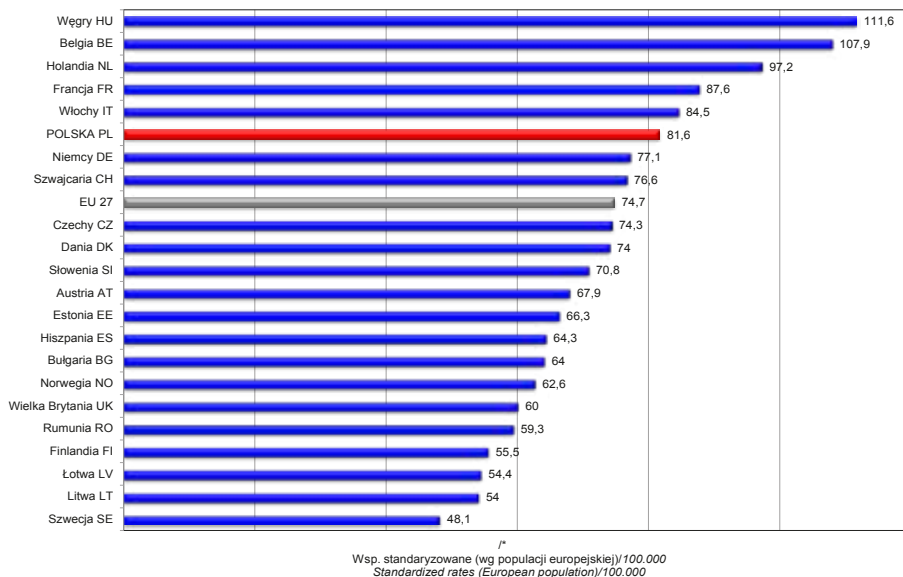
Ryc. 4.16. Współczynniki chorobowości 5-letniej/* na raka prostaty w Polsce i w wybranych krajach UE-27 w 2008 r. Mężczyźni.

Fig. 4.16. The 5-years prevalence rates/* for prostate cancer in Poland and in the selected EU-27 countries in 2008. Males ³¹



Ryc. 4.17. Współczynniki chorobowości 5-letniej/* na raka jelita grubego w Polsce i w wybranych krajach UE-27 w 2008 r. Obie płcie razem.

Fig. 4.17. The 5-years prevalence rates/* for colorectal cancer in Poland and in the selected EU-27 countries in 2008. Both sexes ³¹



Ryc. 4.18. Współczynniki chorobowości 5-letniej/* na raka płuca w Polsce i w wybranych krajach UE-27 w 2008 r. Obie płcie razem.

Fig. 4.18. The 5-years prevalence rates/* for lung cancer in Poland and in the selected EU-27 countries in 2008. Both sexes ³¹

W Polsce współczynnik chorobowości był wyższy u mężczyzn niż u kobiet. Podobnie było w większości krajów. W niektórych, m.in. w Holandii, Finlandii, Wielkiej Brytanii, a także Bułgarii i Rumunii, chorobowość była wyższa u kobiet.

W krajach skandynawskich najwyższy był współczynnik chorobowości na raka gruczołu krokowego, a rak płuca nie znajduje już miejsca wśród 9. najczęstszych nowotworów. Inaczej, i podobnie jak w Polsce, było na Węgrzech i w Belgii, gdzie chorobowość na raka płuca sięgała nawet 12% i nowotwór ten był trzecim najczęstszym nowotworem. U kobiet w Holandii, Finlandii i Wielkiej Brytanii najczęstsza była chorobowość na raka piersi, a rak szyjki macicy należał do nowotworów rzadkich. Natomiast w Rumunii i Bułgarii, a także w krajach bałtyckich i w Polsce rak szyjki macicy jest ciągle częstą chorobą. W Rumunii jest on drugim najczęstszym nowotworem a chorobowość sięga nawet 14%.

W 1992 roku w Polsce i większości krajów europejskich chorobowość była większa u kobiet. Wprawdzie szczegółowe porównania z rokiem 1992 są niemożliwe ze względów metodologicznych, to jednak niewątpliwie, zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich widoczny jest wzrost wartości współczynnika chorobowości^{32,33}. Należy zauważyć, że wówczas w Polsce najwyższa była liczba osób, które przeżyły raka piersi, trzonu i szyjki macicy, a także płuca. W krajach tzw. starej UE także najwięcej było chorych na raka piersi trzonu i szyjki macicy. W niektórych krajach częsty był także rak gruczołu krokowego.

4.8. Polska na tle Europy

Korzystne trendy oraz obecne zróżnicowanie są następstwem zmian w strukturze zachorowań oraz poprawie wyleczalności w wyniku planowej walki z rakiem prowadzonej w krajach UE. Profilaktyka pierwotna, przede wszystkim ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy istotnie wpływa na obniżenie zachorowalności i umieralności na nowotwory tytoniozależne u mężczyzn. Rak szyjki macicy stał się rzadkim nowotworem. U obu płci zmniejszyła się zachorowalność na raka żołądka. Natomiast zwiększyła się wykrywalność raka piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego w przedklinicznym – bezobjawowym okresie choroby. Równocześnie wyleczalność tych ostatnich poprawiła się zarówno w wyniku sukcesu skryningów, jak też szerokiego stosowania standardowego leczenia.

Zaufanie społeczeństw do programów skryningowych najwyższej jakości - bo realizowanych z finansów publicznych i wspartych autorytetem, oraz poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie sprzyja współpracy, która wyraża się wysoką, ponad 80% zgłaszalnością na badania wykonywane w ramach skryningów populacyjnych.

Ponieważ zalecane interwencje były wprowadzane w różnym czasie i z różnym sukcesem, procesy te wpłynęły na zróżnicowanie obrazu epidemiologicznego w Europie. Korzystny wpływ interwencji w populacji charakteryzuje wysoka zachorowalność w wyniku wysokiej wykrywalności nowotworów i niska lub średnio-niska umieralność, wysokie wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć oraz wysoka chorobowość. Jest on najlepiej widoczny m.in. we Francji, Niemczech, Norwegii, we Włoszech, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii. W Finlandii i Szwecji niskie zagrożenie rakiem płuca jest wieloletnim sukcesem profilaktyki przeciwtytoniowej, a wysoka wykrywalność raka piersi i bardzo rzadko rozpoznawany rak szyjki macicy są sukcesem populacyjnych programów skryningowych.

32 Lutz JM. et al. Cancer prevalence in Central Europe. *Ann Oncol* 2003; 14:313-22.

33 Micheli A. et al. Cancer prevalence in European registry areas. *Ann Oncol* 2002; 13:840-65.

Zupełnie inny obraz epidemiologiczny charakteryzuje Polskę. Średniowysoka zachorowalność i wysoka umieralność mężczyzn, oraz niska zachorowalność i także wysoka umieralność kobiet, niskie wskaźniki 5-letnich przeżyć oraz niska chorobowość wskazują na małą skuteczność walki z rakiem zarówno w zakresie profilaktyki pierwotnej, wczesnego wykrywania, a także leczenia nowotworów. Podobna sytuacja epidemiologiczna jest w krajach bałtyckich, a także w Bułgarii i Rumunii.

Spośród tych krajów jedynie w Polsce realizowany jest NPZChN, który w świetle skąpych danych epidemiologicznych dotyczących jego efektywności zdrowotnej jest mało skuteczny. W siódmym roku realizacji skryningów objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi wynosi 44%, zaś szyjki macicy - 24%. Z zorganizowanym skryningiem populacyjnym finansowanym z środków publicznych współistnieje skryning okazjonalny, który nie podlega żadnej kontroli jakości. W tej sytuacji rak szyjki macicy ciągle stanowi ponad 5% zachorowań i prawie tyleż zgonów, a 5-letnia chorobowość sięga 10,9 tys.^{11,34}.

Doświadczenia krajów, w których skryningi przyniosły oczekiwany sukces populacyjny wskazują, że ich skuteczność zdrowotna jest osiągnięta już przed upływem 10 lat pod warunkiem, że program był wdrażany i realizowany zgodnie z zaleceniami WHO-IARC i Komisji Europejskiej^{34, 35, 36, 37}. Niezbędnym warunkiem jest systematyczna ocena jego skuteczności zdrowotnej na każdym etapie realizacji zgodnie z procedurami zawartymi w zaleceniach.

Zgodnie ze strategią walki z rakiem w Europie (*Strategies for cancer control*²) pierwszym krokiem w kierunku poprawy efektywności programów powinna być spójna analiza wciąż jeszcze w Polsce rozproszonych i niepełnych danych epidemiologicznych, które są gromadzone, lecz nie wykorzystywane w stopniu pozwalającym na rzetelną ocenę efektywności tych programów. Na tej podstawie, czyli w oparciu o dowody, konieczne jest określenie obszarów, w których potrzebne są szybkie decyzje dotyczące modyfikacji programów.

PODSUMOWANIE:

1. Polska jest w Europie krajem o niskiej zachorowalności i wysokiej umieralności na nowotwory złośliwe. Szacuje się, że w roku 2008 zachorowało 140,8 tys. osób (standaryzowany według populacji europejskiej współczynnik zachorowalności wynosił 318,9/100 tys.), zmarło zaś 92,6 tys. chorych (203,5/100 tys.).

-
- 34 Determinants of a successful implementation of population-based cancer screening programmes. European Science Advisory Network for Health. Antilla A. et al (Expert Committee) 2011. <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/groen.pdf>
 - 35 Perry N et al (Eds.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis Fourth edition. Luxembourg Office for official publications of the EC, 2006. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf
 - 36 Arbyn M et al (Eds.). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition. Luxembourg Office for official publications of the EC, 2006. http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117ENC_002.pdf
 - 37 Segnan N et al (Eds.). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Luxembourg: publication office of the EC, 2010. <http://bookshop.europa.eu/en/european-guidelines-for-quality-assurance-in-colorectal-cancer-screening-and-diagnosis-pbND3210390>

2. Pospolite nowotwory stanowią około 50% zachorowań ogółem, w tym rak płuca prawie 20% (58,9/100 tys.). Kolejne to rak piersi (36,4/100 tys.), jelita grubego (36,3/100 tys.) oraz gruczołu krokowego (27,2/100 tys.). Rak płuca był także w Polsce najczęstszą przyczyną zgonu (50,9/100 tys.). Dalsze to rak jelita grubego (22,1/100 tys.), żołądka (12,1/100 tys.), piersi (11,9/100 tys.) i trzustki (9,9/100 tys.).
3. Zmiany umieralności w Polsce w latach 2000 – 2011 można określić jako korzystne, lecz zbyt wolne w stosunku do potrzeb kraju oraz możliwości, a także w porównaniu z krajami UE, gdzie planowa walka z rakiem przynosi istotne efekty zdrowotne. W okresie tym w Polsce zwiększyła się liczba zgonów z powodu nowotworów, lecz równocześnie istotnie obniżył się współczynnik umieralności u mężczyzn i w znacznie mniejszym stopniu u kobiet. Korzystne zmiany u mężczyzn dotyczyły głównie nowotworów tytoniozależnych. Zbyt małe zmiany u kobiet wynikały z niskiej efektywności populacyjnych programów skryningowych. Znacznie szybsze tempo zmian w niektórych krajach Europy wpłynęło na pogłębienie dotychczasowego zróżnicowania umieralności pomiędzy Polską i średnią UE. U mężczyzn zróżnicowanie to zwiększyło się o 3%, u kobiet zaś prawie o 7%.
4. Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć w populacji zależą od struktury zachorowań oraz standardu profilaktyki i leczenia. W Polsce wskaźnik wynosił 38,8% u mężczyzn i 48,3% u kobiet, co odpowiada około 11 tys. zgonów rocznie, których można byłoby uniknąć, gdyby wyleczalność nowotworów w Polsce była na średnim poziomie europejskim. Ocenia się, że chorobowość 5-letnia w Polsce wynosi ok. 323,6 tys. osób. Najwięcej, 54% jest osób, które chorowały na raka piersi, gruczołu krokowego, jelita grubego, oraz płuca. Są to osoby wymagające obserwacji oraz różnych świadczeń medycznych i socjalnych z powodu następstw przebytej choroby.
5. Średniowysoka zachorowalność i wysoka umieralność mężczyzn, oraz niska zachorowalność i wysoka umieralność kobiet, niskie wskaźniki 5-letnich przeżyć, niska chorobowość, utrzymujące się wysokie zagrożenie rakiem szyjki macicy charakteryzują Polskę, jako kraj znacząco obciążony chorobami nowotworowymi, a Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych przynosi mierne efekty zdrowotne i powinien być modyfikowany w oparciu o dowody wynikające z badań opartych na dobrej jakości danych epidemiologicznych, które w Polsce, pomimo dotychczasowych wysiłków są wciąż niewystarczające i rozproszone.

5. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA

Elżbieta Mąka, Bogdan Wojtyniak, Bożena Moskalewicz

Najnowsze wyniki badań prowadzonych w Europie (UE27, Szwajcaria, Islandia i Norwegia) opublikowane w 2011 r. wskazują, że każdego roku 164,8 miliony mieszkańców UE (38,2%) cierpią z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego¹. W porównaniu z 2005 r., kiedy to 87,2 milionów (27,4%) dorosłych członków populacji UE (18-65 lat) miało w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakiś problem związany ze zdrowiem psychicznym, ten wyższy rezultat z roku 2010 spowodowany był przede wszystkim: uwzględnieniem w badaniu 14 nowych zaburzeń, które dotyczą zarówno dzieci, osoby dorosłe jak i starsze oraz wzrostem liczby państw członkowskich UE. Jak wynika z raportu, najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (>4%), ADHD (5%) u dzieci i młodzieży, demencja (1-30% w zależności od wieku).

O istotnym znaczeniu zdrowia psychicznego w obszarze zdrowia publicznego świadczą również wyniki Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study*) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Jak głosi raport WHO, wśród 20 najczęstszych chorób znajdują się następujące zaburzenia psychiczne: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne nawracające i zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu².

Komisja Europejska, w odpowiedzi na Dokumenty WHO: „Deklarację o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy” oraz „Plan działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dla Europy”, opublikowała już w listopadzie 2005 r. tzw. Zieloną Księgę zatytułowaną „Poprawa zdrowia psychicznego ludności – strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej”. Dodatkowo w związku z Zieloną Księgą na europejskiej konferencji na temat zdrowia psychicznego w 2008 r. przyjęto europejski pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego. Pakt ten wdrażany był przede wszystkim w ramach konferencji na temat pięciu priorytetowych obszarów: *Mental Health in Youth and Education* 29-30 września 2009 (Sztokholm), *Prevention of Depression and Suicide* 10-11 grudnia 2009 (Budapeszt), *Mental Health in Older People* 28-29 czerwca 2010 (Madryt), *Combating Stigma and Social*

1 Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.-C. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* (2011) 21, 655-679. Patrz: wyniki poprzedniego raportu: Wittchen H.U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* (2005) 15, 357-376.

2 World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. WHO (2008).

Exclusion 8-9 listopada 2010 (Lizbona), *Mental Health in Workplace Settings* 3-4 marca 2011 (Berlin). Równolegle do wspomnianych konferencji za pośrednictwem narzędzia o nazwie „Kompas UE” powstaje baza informacji na temat stanu zdrowia psychicznego w całej UE i działań w tej dziedzinie.

Na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców Polski podjęte zostały konkretne działania ze strony Rady Ministrów, która 28 grudnia 2010 r. przyjęła Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128). Program zakłada realizację trzech głównych celów: po pierwsze promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, po drugie zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, i po trzecie rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego. Okres realizacji Programu obejmuje lata 2011-2015, a nad wszystkim czuwa Ministerstwo Zdrowia. W realizację poszczególnych zadań włączeni są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, spraw wewnętrznych i administracji publicznej, a także Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy województw, powiatów i gmin.

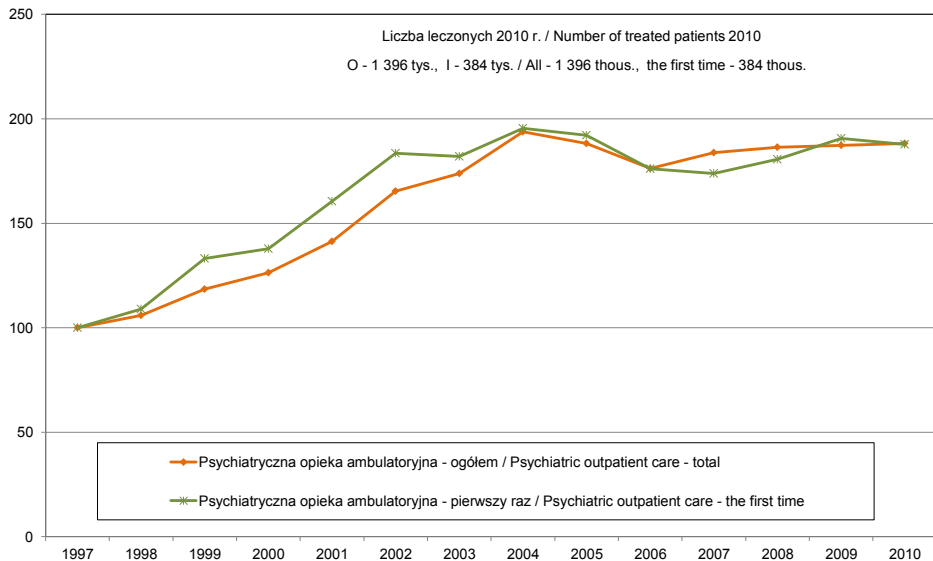
Poniżej przedstawiono rozmiar i dynamikę wybranych problemów zdrowia psychicznego w Polsce na podstawie funkcjonujących rutynowych systemów informacyjnych. Merytoryczny nadzór nad tymi systemami sprawuje Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Warto jednak w tym miejscu odwołać się do danych dotyczących umieralności mieszkańców Polski i przypomnieć, że jeden z najważniejszych wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest wśród mężczyzn w Polsce wyższy o blisko 68% od średniego dla krajów UE i sytuacja pogarsza się w okresie ostatnich 10 lat.

5.1. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej

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

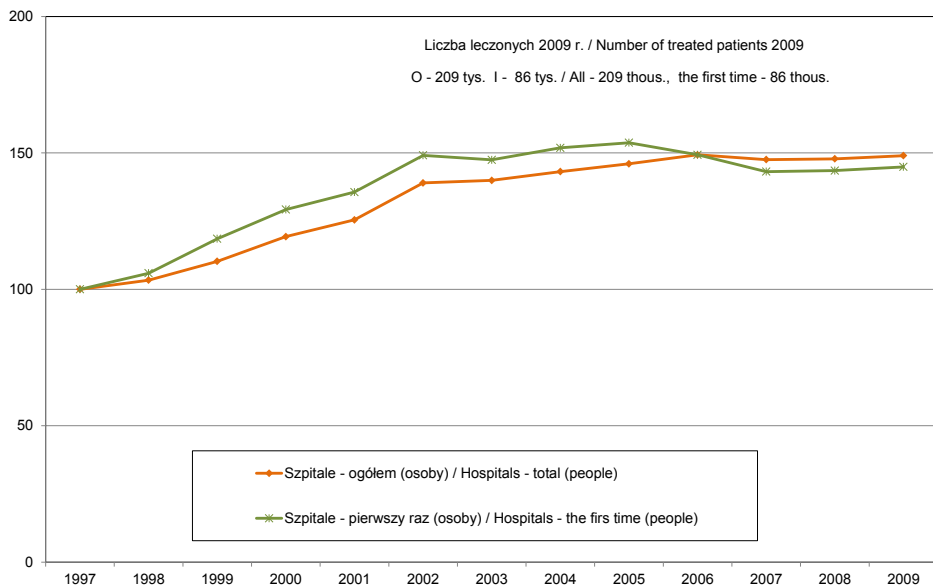
Liczba chorych leczonych ogółem dotyczy osób które są zarejestrowane w zakładach opieki ambulatoryjnej w danym roku, gdyż chorego wlicza się do ewidencji jeden raz, niezależnie od liczby porad w ciągu roku. Chorzy leczeni po raz pierwszy są to osoby zarejestrowane w danym roku w poradni danego rodzaju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

W 2010 r. na 1396 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w opiece ambulatoryjnej, 86% to pacjenci leczeni w poradniach zdrowia psychicznego. W okresie od 1997 do 2010 r. liczba leczonych ogółem i po raz pierwszy w opiece ambulatoryjnej niemal podwoiła się (w obu przypadkach wzrost o 88%), przy czym w latach: 2005 i 2006 nastąpiło niewielkie odwrócenie tendencji wzrostowej (ryc. 5.1.a).



Ryc. 5.1.a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (O) i po raz pierwszy (I) w latach 1997-2010, rok 1997=100 (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.1.a. Outpatient mental health care – growth rate of all treated patients (O) and the first time treated patients (I), 1997-2010, 1997=100 (Institute of Psychiatry and Neurology)



Ryc. 5.1.b. Psychiatryczna opieka całodobowa – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (O) i po raz pierwszy (I) w latach 1997-2009, rok 1997=100 (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.1.b. In-patient mental health care – growth rate of all treated patients (O) and the first time treated patients (I), 1997-2009, 1997=100 (Institute of Psychiatry and Neurology)

Najczęstszą grupą rozpoznań wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne, które w 2010 r. występowały u 339 tys. leczonych ogółem (889/100 tys. ludności, mężczyźni 599/100 tys., kobiety 1159/100 tys.) i 108 tys. leczonych po raz pierwszy (284/100 tys. ludności, mężczyźni 194/100 tys., kobiety 368/100 tys.) (tabela 5.1.a). Chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych stanowią czwartą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem (a pierwszą wśród mężczyzn – stanowiąc 23% przyczyn leczenia). Zaburzenia alkoholowe są drugą co do częstości przyczyną leczenia po raz pierwszy (ponownie najczęstszą wśród mężczyzn – 34% przyczyn leczenia). W 2010 r. z tego powodu ogółem leczono 184 tys. osób (481 na 100 tys.), z czego mężczyźni stanowili 78% grupy (mężczyźni 781/100 tys., kobiety 201/100 tys.). Po raz pierwszy leczonych z zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu było 80 tys. (211 na 100 tys.), z czego mężczyźni ponownie stanowili 79% grupy (mężczyźni 375/100 tys., kobiety 85/100 tys.).

Tabela 5.1.a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań, 2005-2010 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Table 5.1.a. *Outpatient mental health care – all treated patients and the first time treated patients by selected diagnosis, 2005-2010 (per 100000 population)*

Rozpoznanie <i>Diagnosis</i>	Leczeni ogółem <i>All treated patients</i>						Leczeni po raz pierwszy <i>The first time treated patients</i>					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09) ¹ <i>Organic, including symptomatic, mental disorders</i>	523,0	502,1	511,8	502,1	523,9	524,6	119,2	110,5	103,4	100,9	113,4	108,2
Schizofrenia (F20) ¹ <i>Schizophrenia</i>	331,1	317,5	330,3	338,9	347,8	365,5	40,7	38,0	35,0	39,5	41,5	38,9
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39) ¹ <i>Mood [affective] disorders</i>	699,5	641,9	658,6	687,3	665,5	673,7	168,3	148,2	139,7	149,9	146,9	144,3
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48) ¹ <i>Neurotic, stress-related and somatoform disorders</i>	866,9	820,3	846,2	874,1	889,5	888,5	276,1	259,4	252,1	264,5	290,7	283,9
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10) ² <i>Mental and behavioural disorders due to use of alcohol</i>	467,5	438,9	475,8	466,9	485,7	480,8	182,5	175,0	188,9	195,3	210,0	210,8
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19) ² <i>Mental and behavioural disorders due to use of psychoactive substances</i>	100,7	84,2	95,2	98,1	85,1	89,3	44,3	37,5	39,3	39,0	34,4	39,0

¹) leczeni w poradniach zdrowia psychicznego/*patients treated in mental health clinics*

²) leczeni w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień/*patients treated in mental health clinics, drug and alcohol detox clinics*

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Source: based on Institute of Psychiatry and Neurology data.

Tabela 5.1.b. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań, 2005-2009 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Table 5.1.b. *In-patient mental health care – all treated patients and the first time treated patients by selected diagnosis, 2005-2009 (per 100000 population)*

Rozpoznanie <i>Diagnosis</i>	Leczeni ogółem <i>All treated patients</i>					Leczeni po raz pierwszy <i>The first time treated patients</i>				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09) ¹ <i>Organic, including symptomatic, mental disorders</i>	78,6	79,3	76,7	78,3	79,7	32,9	31,3	29,3	30,0	31,3
Schizofrenia (F20) ¹ <i>Schizophrenia</i>	80,8	80,8	78,7	86,6	89,9	15,3	12,6	11,4	13,7	14,2
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39) ¹ <i>Mood [affective] disorders</i>	55,5	53,5	49,6	46,6	46,9	19,9	17,9	16,0	14,9	15,7
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48) ¹ <i>Neurotic, stress-related and somatoform disorders</i>	46,7	45,3	42,2	38,9	40,2	29,3	27,2	25,4	23,1	24,8
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10) ² <i>Mental and behavioural disorders due to use of alcohol</i>	174,8	188,2	196,4	202,3	202,4	93,7	99,7	101,8	105,2	103,8
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19) ² <i>Mental and behavioural disorders due to use of psychoactive substances</i>	32,1	33,6	32,4	30,9	30,5	15,8	14,2	12,2	11,8	11,5

¹⁾ leczeni w poradniach zdrowia psychicznego/*patients treated in mental health clinics*

²⁾ leczeni w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień/*patients treated in mental health clinics, drug and alcohol detox clinics*

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Source: based on Institute of Psychiatry and Neurology data.

W 2010 r. liczba chorych ogółem z zaburzeniami psychicznymi leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wyniosła 1196 tys. osób, tzn. że na każde 100 tys. ludności leczono 3132 osoby (tabela 5.2.a). Z liczby tej 291 tys. (763 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy. Tak jak w poprzednim roku, w PZP wśród leczonych ogółem było o 33% więcej kobiet, niż mężczyzn: mężczyźni 2654/100 tys. i kobiety 3578/100 tys. (w przypadku zachorowań pierwszorazowych danych brak). Trzeba jednak pamiętać, że w poradniach zdrowia psychicznego leczy się tylko niewielka część chorych z zaburzeniami psychicznymi

spowodowanymi używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, gdyż oni są przede wszystkim leczeni w poradniach odwykowych, oraz poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Jeżeli uwzględni się całe leczenie ambulatoryjne, to wśród tych pacjentów 2010 r. kobiet było więcej tylko o 11% niż mężczyzn (kobiety – 3832/100 tys., mężczyźni – 3465/100 tys.), natomiast w przypadku zachorowań pierwszorazowych mężczyzn było o 5% więcej (mężczyźni - 1029/100 tys., kobiety – 982/100 tys.).

Tabela 5.2.a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna, poradnie zdrowia psychicznego – chorzy leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi wg płci i miejsca zamieszkania, 2005-2010 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Table 5.2.a. *Outpatient mental health care, mental health clinics – all treated patients with mental disorders by sex and by place of residence, 2005-2010 (per 100000 population)*

Rok Year	Ogółem Total	Mężczyźni Males	Kobiety Females	Miasta Cities	Wieś Village
Psychiatryczna opieka ambulatoryjna <i>Outpatient mental health care</i>					
2005	3657,4	3476,9	3826,5	4258,9	2698,6
2006	3422,5	3336,4	3503,0	3994,0	2514,6
2007	3571,3	3415,1	3717,3	4256,1	2488,2
2008	3622,0	3494,5	3741,1	4280,8	2585,3
2009	3638,4	3481,2	3785,3	4305,2	2593,3
2010	3654,9	3464,8	3832,3	4357,5	2557,0
Poradnie zdrowia psychicznego <i>Mental health clinics</i>					
2005	3176,0	2726,8	3596,9	3652,3	2425,1
2006	2965,7	2872,2	3238,4	3146,7	2342,2
2007	3076,9	2635,9	3489,3	3627,7	2205,8
2008	3122,2	2714,5	3503,0	3661,3	2273,9
2009	3123,1	2673,6	3542,7	3675,1	2266,6
2010	3131,6	2653,6	3577,7	3690,2	2258,8

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii/ based on Institute of Psychiatry and Neurology data.

Tabela 5.2.b. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi wg płci i miejsca zamieszkania, 2005-2009 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Table 5.2.b. *Twenty-four hours mental health care – all treated patients with mental disorders by sex and by place of residence, 2005-2009 (per 100000 population)*

Rok Year	Ogółem Total	Mężczyźni Males	Kobiety Females	Miasta Cities	Wieś Village
2005	536,7	695,9	387,6	586,0	429,5
2006	548,8	718,4	390,0	549,9	453,7
2007	542,3	712,9	382,8	577,0	457,8
2008	543,4	708,9	388,8	576,4	459,3
2009	547,7	725,5	381,7	575,0	470,0

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii/ based on Institute of Psychiatry and Neurology data.

Wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi w poradniach zdrowia psychicznego mieszkańcy miast są leczeni znacznie częściej niż mieszkańcy wsi – o 63%. Podobne zjawisko przewagi miasta nad wsią w częstości leczenia można zaobserwować w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej, obejmującej łącznie poradnie zdrowia psychicznego, terapii uzależnienia od alkoholu i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (leczeni ogółem – częściej o 70%, leczeni po raz pierwszy – częściej o 85%).

W 2010 r. w poszczególnych województwach częstość leczenia zaburzeń psychicznych ogółem w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej kształtowała się od 2770 do 4360 na 100 tys. ludności. Wyższa częstość leczenia niż średnia w kraju (3655/100 tys.) wystąpiła w 9 województwach. Najwyższą obserwuje się w województwie kujawsko-pomorskim (4360/100 tys.), lubuskim (4225/100 tys.), łódzkim (4155/100 tys.) i pomorskim (4045/100 tys.). Najniższą, w województwie warmińsko-mazurskim (2770/100 tys.), opolskim (2883/100 tys.), wielkopolskim (2936/100 tys.) i zachodniopomorskim (3024/100 tys.). Wśród pacjentów pierwszorazowych 7 województw charakteryzuje się częstością leczenia wyższą od średniej w kraju (1005/100 tys.). Najwyższa występuje w województwie pomorskim (1222/100 tys.), łódzkim (1203/100 tys.), kujawsko-pomorskim (1175/100 tys.) i mazowieckim (1154/100 tys.). Natomiast najniższa w województwie warmińsko-mazurskim (693/100 tys.), wielkopolskim (696/100 tys.), opolskim (788/100 tys.) i zachodniopomorskim (881/100 tys.).

5.2. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej

Specyfika chorób psychicznych spowodowała, że od lat informacje o mieszkańcach Polski leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej (szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, ośrodki leczenia uzależnień, ośrodki rehabilitacyjne dla osób uzależnionych) zbierane są w ramach odrębnego Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej, prowadzonego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie prowadzona jest analiza i opracowanie danych. Tabele wynikowe są publikowane w roczniku statystycznym wydawanym przez Instytut. Prezentowane współczynniki dotyczą osób, a nie przypadków, gdyż dla celów analizy statystycznej hospitalizacje wielokrotnie były łączone według przyjętego przez Instytut klucza identyfikacyjnego.

Liczba leczonych ogółem i po raz pierwszy w psychiatrycznej opiece całodobowej zwiększyła się niemal o połowę w latach 1997-2009 (odpowiednio o 49% i 45%) (ryc. 5.1.b).

W 2009 r. łączna liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej wyniosła 209 tys., tzn. że na każde 100 tys. ludności leczono 548 osób (tabela 5.2). Z liczby tej 88 tys. (226 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy. Mężczyzn leczonych w szpitalach było o 90% więcej niż kobiet, a wśród pacjentów pierwszorazowych różnica ta wyniosła aż 105%. Niepokojące jest, że od 5 lat obserwuje się największe różnice w częstości leczenia w zakładach opieki całodobowej kobiet i mężczyzn tak ogółem jak i po raz pierwszy. Zarówno wśród chorych leczonych ogółem jak i leczonych po raz pierwszy mieszkańcy miast byli o 16% liczniejsi niż mieszkańcy wsi, ale ta różnica zmniejsza się od kilku lat. Większa częstość hospitalizacji w miastach niż na wsi dotyczy wszystkich kategorii zaburzeń. Wyjątkiem jest upośledzenie umysłowe, bowiem pacjenci ze wsi są nieco liczniej hospitalizowani niż pacjenci ze środowisk miejskich (miasto – 9/100 tys. ludności, wieś – 14/100 tys.). Największa różnica dotyczy hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, która jest trzykrotnie większa wśród mieszkańców miast, niż wsi (miasto – 12/100 tys. mieszkańców, 39/100 tys.).

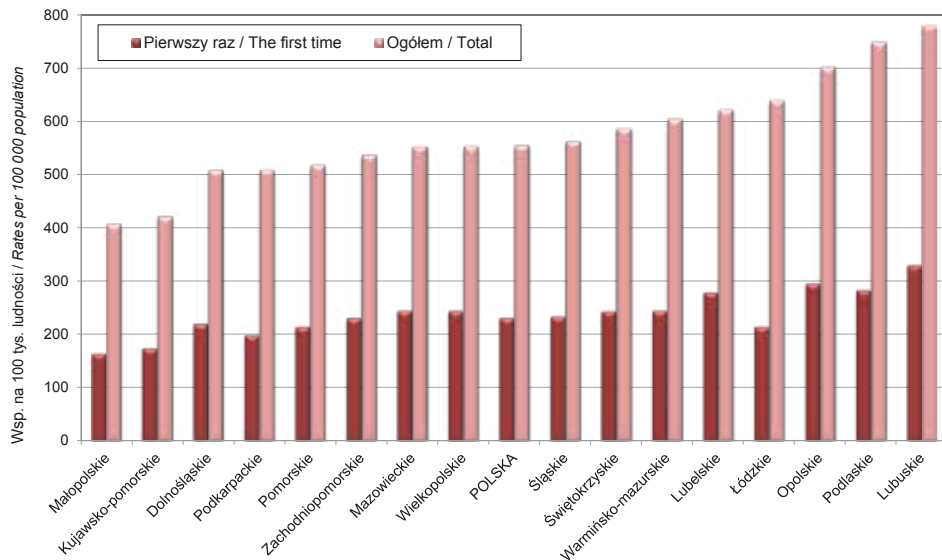
Rokrocznie najczęstszą grupą rozpoznań chorobowych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych są zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. W 2009 r. objęły około 77 tys. osób (37% z ogółu leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych) i głównie to mężczyźni, bo stanowili aż 85% leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Wskaźnik hospitalizacji mężczyzn – 358/100 tys. ludności dramatycznie przewyższał wskaźnik hospitalizacji kobiet – 57/100 tys. Natomiast przewaga mieszkańców miast – 203/100 tys., wobec mieszkańców wsi – 183/100 tys. nie była aż tak znaczna.

Podobnie jest wśród leczonych po raz pierwszy 40 tys. pacjentów. Również wśród nich największy procent stanowią mężczyźni (84%). Wskaźnik obliczony dla mężczyzn, pierwszorazowych pacjentów szpitali jest sześciokrotnie większy niż wskaźnik kobiet leczonych po raz pierwszy z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu (mężczyźni – 181/100 tys., kobiety – 32/100 tys.). (tabela 5.1.b).

Chorzy leczeni z powodu schizofrenii stanowią drugą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem, ale są mniejszą grupą wśród leczonych po raz pierwszy. W 2009 r. z tego powodu leczono stacjonarnie 34 tys. osób (mężczyźni – 99/100 tys., kobiety – 82/100 tys., mieszkańcy miast – 94/100 tys., wsi – 79/100 tys.), a wśród nich po raz pierwszy 5,4 tys. osób (mężczyźni – 15/100 tys., kobiety – 13/100 tys., mieszkańcy miast – 15/100 tys., wsi – 13/100 tys.). Wśród pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy kolejną co do wielkości grupę zaburzeń stanowią zaburzenia organiczne – 14% z ogółu leczonych (mężczyźni – 31/100 tys., kobiety – 32/100 tys., mieszkańcy miast – 33/100 tys., wsi – 27/100 tys.).

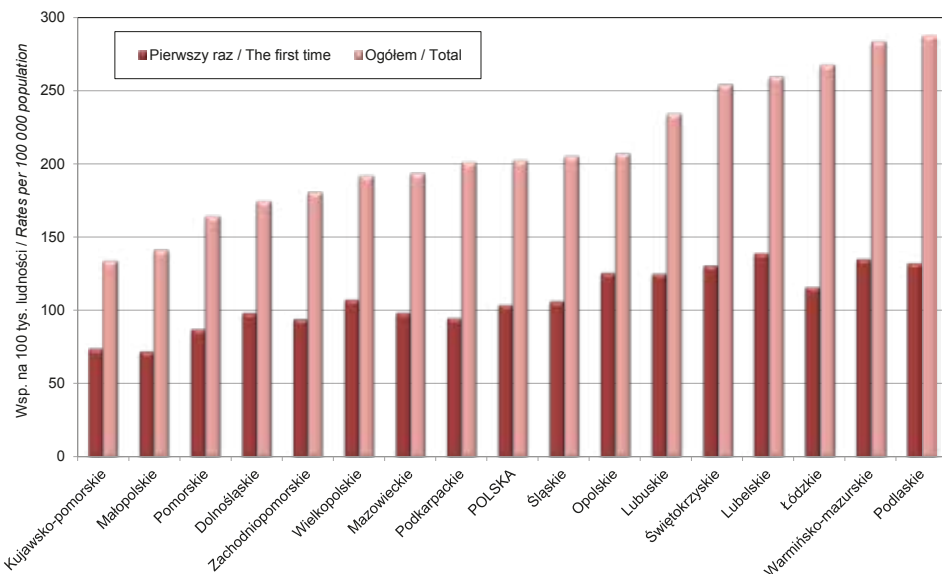
Tak jak w poprzednich latach, w zależności od województwa zamieszkania, obserwuje się znaczne różnice w częstości leczenia, zarówno ogółem jak i po raz pierwszy (ryc. 5.2). Różnica w częstości hospitalizacji pomiędzy województwami skrajnymi była prawie 2-krotna dla leczonych ogółem, a ponad 2-krotna dla pacjentów pierwszorazowych. W 2009 r. dla leczonych ogółem częstości te wynosiły od 407/100 tys. ludności w województwie małopolskim do 781/100 tys. w lubuskim. W 8 województwach były niższe niż średnia dla kraju. Oprócz małopolskiego, najniższe częstości występują w województwie kujawsko-pomorskim, dolnośląskim i podkarpackim. Najwyższe zaś, oprócz lubuskiego, w podlaskim, opolskim i łódzkim. W zbiorze pacjentów pierwszorazowych, częstości zawierały się w przedziale od 164/100 tys. w województwie małopolskim do 330/100 tys. w lubuskim. Zwraca uwagę fakt, że województwo lubuskie odznacza się najwyższym wskaźnikiem łóżek rzeczywistych na 10 tys. ludności. Wskaźnik ten wynosi 17,8/10 tys., a z kolei małopolskie ma najniższy wskaźnik łóżek w Polsce – 5,4/10 tys.

Zróznicowanie międzywojewódzkie wagi problemów psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej jest znaczne. Częstość hospitalizacji ogółem w poszczególnych województwach wynosiła od 134/100 tys. ludności w kujawsko-pomorskim do 288/100 tys. w podlaskim. Niższa od średniej w kraju była w 8 województwach. Oprócz kujawsko-pomorskiego, najniższa częstość występowała w małopolskim, pomorskim i dolnośląskim. Najwyższą zaś, oprócz podlaskiego, obserwuje się w województwie warmińsko-mazurskim, łódzkim i lubelskim. Jeśli chodzi o osoby leczone po raz pierwszy, zarówno rok jak i dwa lata wcześniej uszeregowanie województw było podobne. Niestety zdecydowanie gorzej na tle innych województw wyglądała sytuacja w łódzkim (2007 – 94/100 tys., 2008 – 72/100 tys., 2009 – 116/100 tys.) (ryc. 5.3).



Ryc. 5.2. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według województwa zamieszkania, 2009 r. (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.2. *Twenty-four hours mental health wards – all treated patients (persons) and the first time treated patients (persons) by voivodeship of residence, 2009 (Institute of Psychiatry and Neurology)*



Ryc. 5.3. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu według województwa zamieszkania, 2009 r. (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.3. *Twenty-four hours mental health wards – all treated patients (persons) and the first time treated patients (persons) due to alcohol use disorders by voivodeship of residence, 2009 (Institute of Psychiatry and Neurology)*

5.3. Psychiczny stan zdrowia ludności Polski – porównanie europejskie

Dążenie Unii Europejskiej do stworzenia jednolitego systemu statystycznego w obszarze zdrowia publicznego z jednej strony oraz konieczność zaspokojenia potrzeb informacyjnych wynikających z członkostwa Polski w Unii Europejskiej z drugiej strony, przyczyniły się do zapoczątkowania prac, realizacji określonych działań i uzyskania ostatecznego rezultatu w postaci reprezentatywnego badania ankietowego nazwanego Europejskim Ankietowym Badaniem Zdrowia (EHIS). Jest to szerokie badanie przekrojowe, które umożliwia poznanie sytuacji zdrowotnej ludności krajów członkowskich UE, uwarunkowania tej sytuacji w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną, sytuacją zawodową i miejscem zamieszkania. W Polsce badanie zostało przeprowadzone w okresie od listopada do grudnia 2009 r.³ Wyniki dla Polski zostały zanalizowane w odniesieniu do średnich wyników dla 27 państw członkowskich UE⁴.

5.3.1. Uczucia i nastroje osób w wieku 15 lat i więcej

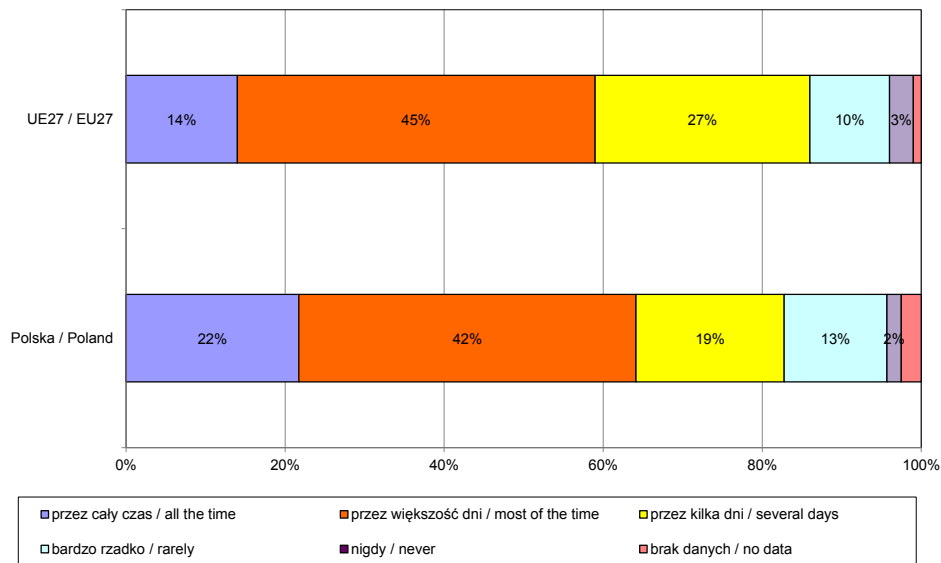
Pytania bloku 9 dotyczące uczuć i nastrojów respondentów (w wieku 15 lat i więcej) w ciągu ostatnich 4 tygodni przed badaniem stanowią część ogólnego narzędzia badawczego Krótka Forma 36 – SF-36 (*Short Form 36*), stosowanego w badaniach jakości życia – QoL (*Quality of Life*).

Analizując wyniki polskiego badania na poziomie ogólnym (na zadane pytania odpowiedziało 28098 osób) można zaobserwować, że w odpowiedziach na poszczególne pytania dominują te o charakterze pozytywnym. Większość polskich respondentów „przez cały czas” lub „przez większość dni” czuła się pełna życia (64% w stosunku do średniej unijnej wynoszącej 59%), szczęśliwa (67% w stosunku do średniej unijnej 61%), „przez większość dni” lub „przez kilka dni” spokojna i opanowana (75% wobec 79% średniej unijnej) oraz „miała dużo siły i energii” do działania (64% wobec 73%) (ryc. 5.4-5.7).

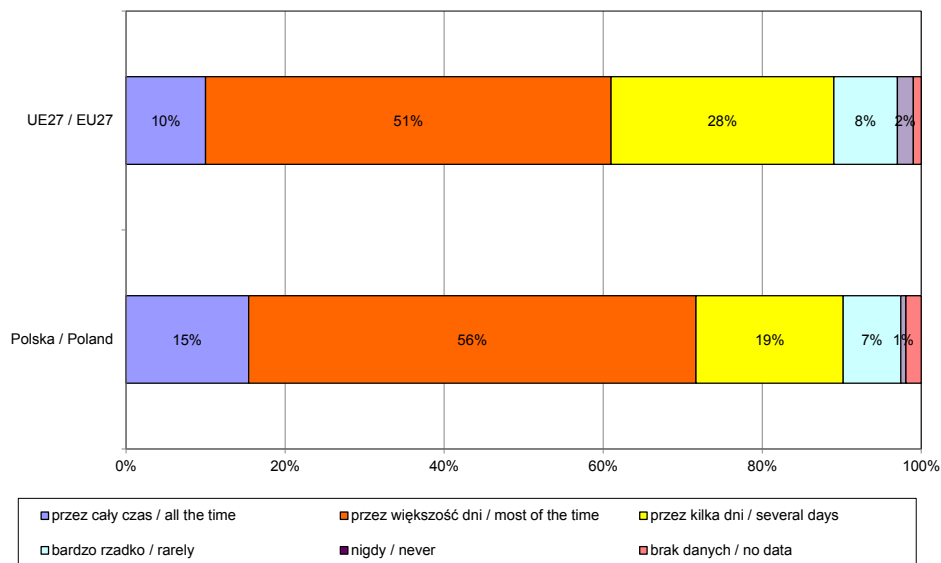
77% polskich respondentów (69% średnia unijna) „bardzo rzadko” lub zaledwie „przez kilka dni” w miesiącu denerwowało się, 71% czuło się rzadko wykończonym bądź wyczerpanym (67% średnia unijna), a 74% było rzadko zmęczonych (73% średnia unijna). Znaczna część respondentów w Polsce (ponad 82%) prawie przez większość czasu nie czuła się „tak przygnębiona, że nic nie mogło podnieść na duchu” (74% średnia unijna), a 72% nie odczuwała bądź rzadko czuła smutek (66% średnia unijna) (ryc. 5.8-5.12).

3 Reprezentacyjne ankietowe badania stanu zdrowia ludności Polski GUS przeprowadził już dwukrotnie - w 1996 r. oraz w 2004 r. Były one przygotowane z uwzględnieniem zaleceń międzynarodowych organizacji zajmujących się statystyką zdrowia. Natomiast w 2009 r. po raz pierwszy zrealizowano Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia.

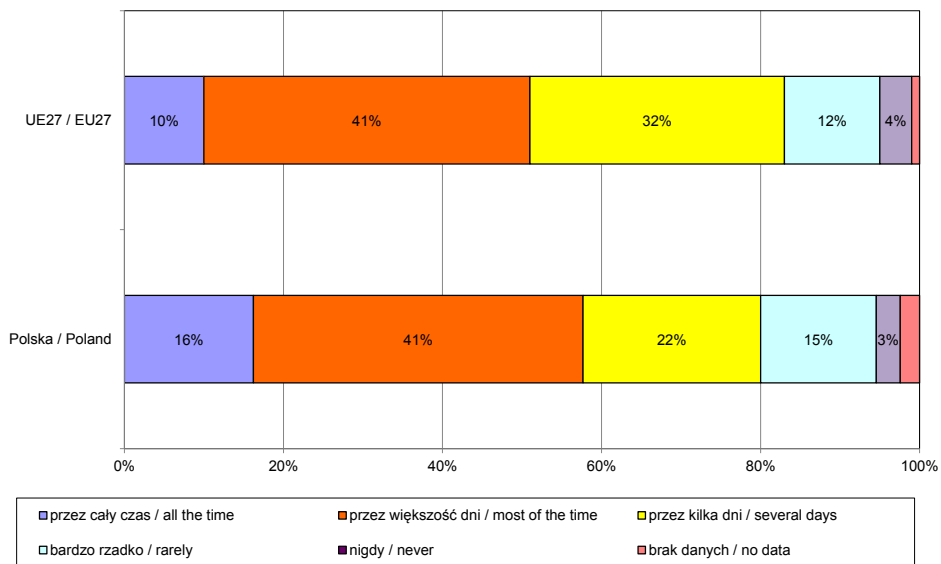
4 Termin realizacji badania: 26.02-17.03.2010 r. Wyniki dostępne w Eurobarometrze na stronie internetowej http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb_special_359_340_en.htm#345 Unii Europejskiej w dziale dotyczącym zdrowia publicznego i zdrowia psychicznego. Liczba przeprowadzonych wywiadów kwestionariuszowych dla ustalenia średnich dla EU27 wyniosła 26800.



Ryc. 5.4. Jak często w ciągu minionych 4 tygodni czuł(a) się Pan(i) pełny(a) życia? (GUS)
 Fig. 5.4. How often during the past 4 weeks have you felt full of life? (Central Statistical Office)

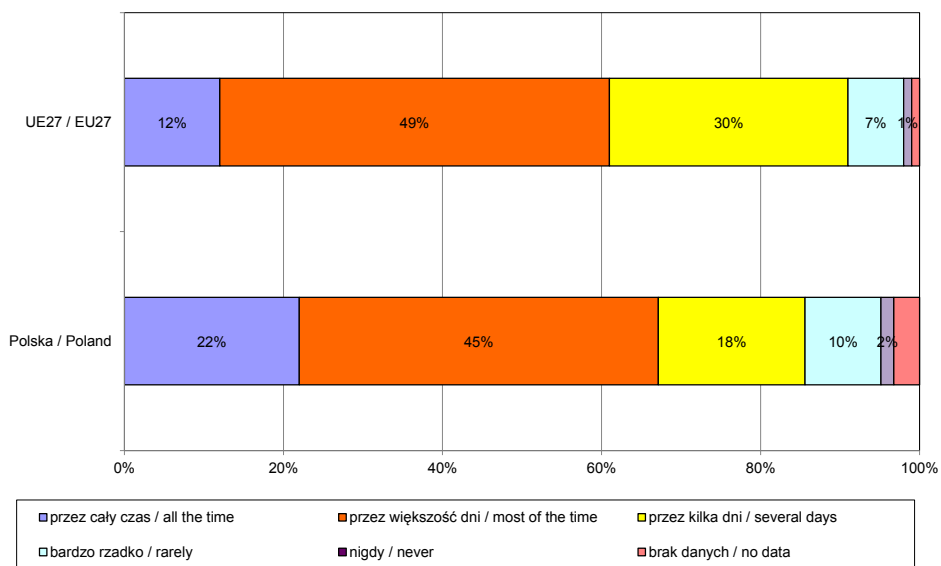


Ryc. 5.5. Jak często w ciągu minionych 4 tygodni czuł(a) się Pan(i) spokojny(a) i opanowany(a)? (GUS)
 Fig. 5.5. How often during the past 4 weeks have you felt calm and peaceful? (Central Statistical Office)



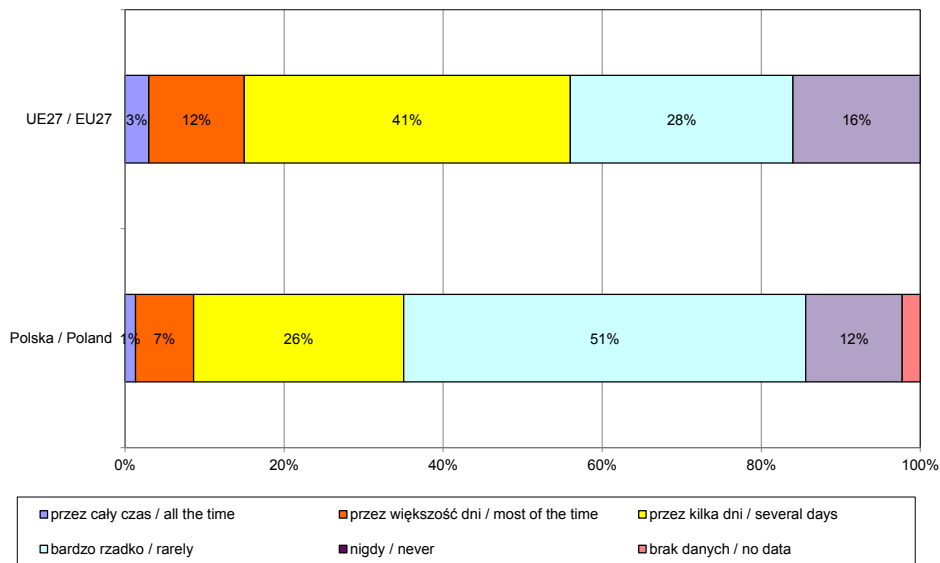
Ryc. 5.6. Odsetek odpowiedzi na pytanie: Jak często w ciągu minionych 4 tygodni miał(a) Pan(i) dużo sił i energii? (GUS)

Fig. 5.6. How often during the past 4 weeks did you have a lot of strength and energy? (Central Statistical Office)

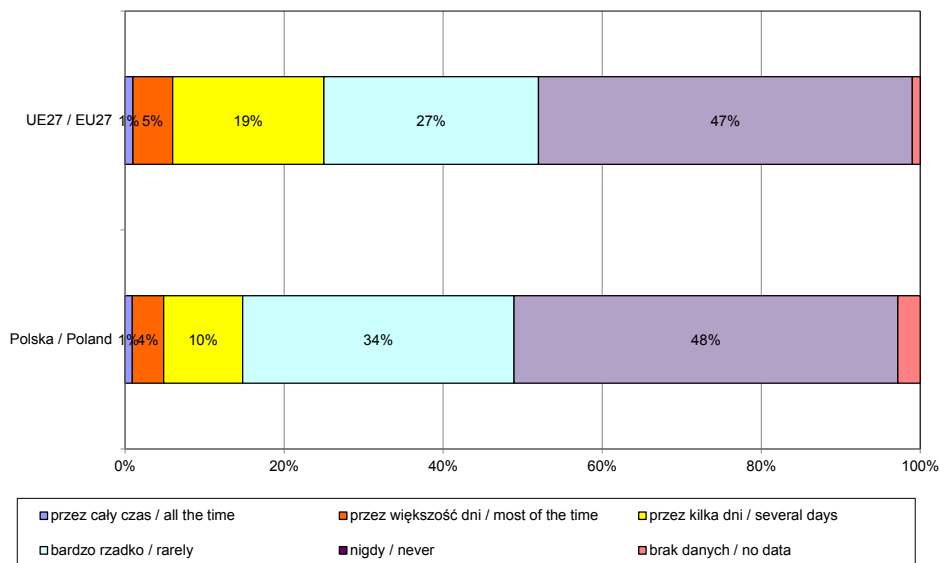


Ryc. 5.7. Jak często w ciągu minionych 4 tygodni czuł(a) się Pan(i) szczęśliwy(a)? (GUS)

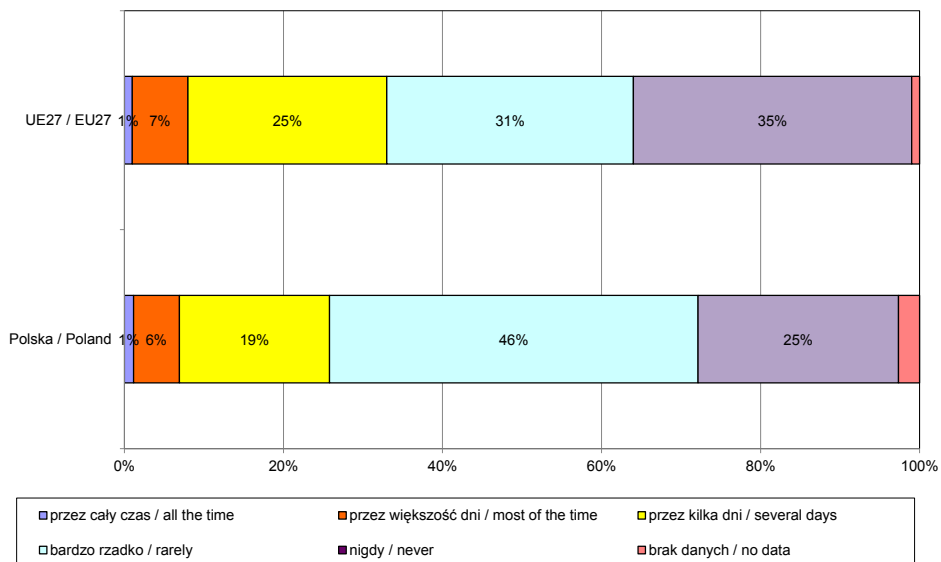
Fig. 5.7. How often during the past 4 weeks have you felt happy? (Central Statistical Office)



Ryc. 5.8. Jak często w ciągu minionych 4 tygodni był(a) Pan(i) bardzo zdenerwowany(a)? (GUS)
 Fig. 5.8. How often during the past 4 weeks have you been very nervous? (Central Statistical Office)

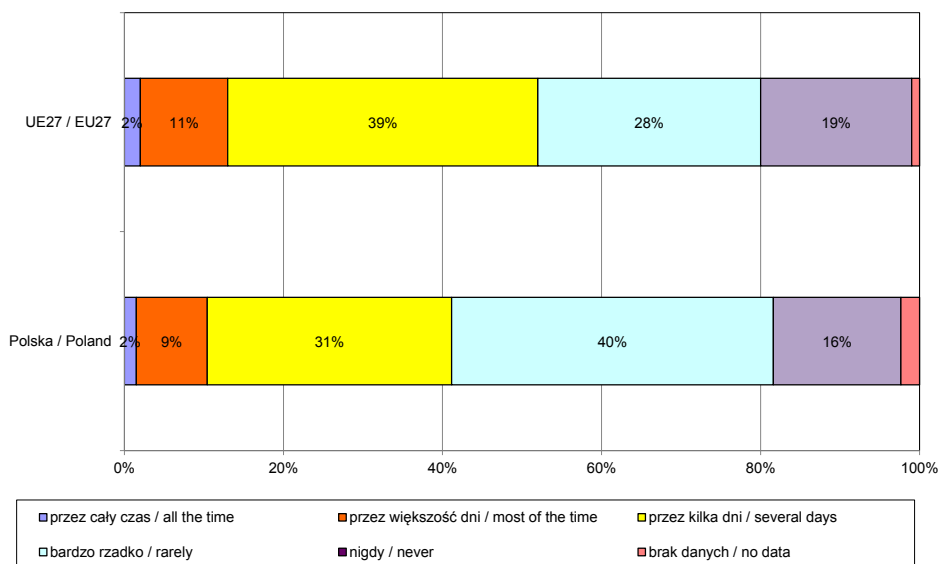


Ryc. 5.9. Jak często w ciągu minionych 4 tygodni był(a) Pan(i) tak przygnębiony(a), że nic nie mogło podnieść na duchu? (GUS)
 Fig. 5.9. How often during the past 4 weeks have you been so depressed that nothing could cheer you up? (Central Statistical Office)



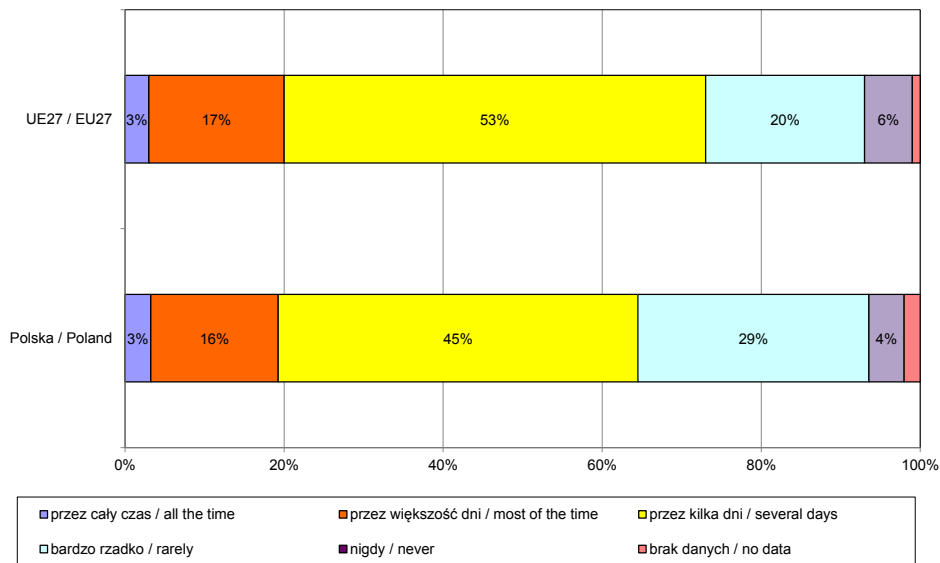
Ryc. 5.10. Jak często w ciągu minionych 4 tygodni był(a) Pan(i) smutny(a), przybity(a) lub miał(a) chandrę? (GUS)

Fig. 5.10. How often during the past 4 weeks have you been sad, distressed or you felt depressed? (Central Statistical Office)



Ryc. 5.11. Jak często w ciągu minionych 4 tygodni był(a) Pan(i) wykończony(a), wyczerpany(a)? (GUS)

Fig. 5.11. How often during the past 4 weeks have you been worn out? (Central Statistical Office)



Ryc. 5.12. Jak często w ciągu minionych 4 tygodni był(a) Pan(i) zmęczony(a)? (GUS)
 Fig. 5.12. How often during the past 4 weeks have you felt tired? (Central Statistical Office)

Najlepszym samopoczuciem i najbardziej pozytywnym stosunkiem do życia charakteryzowały się osoby z młodszych grup wieku, do 40 roku życia. One udzieliły najczęściej odpowiedzi o znaczeniu pozytywnym, świadczących o częstym odczuwaniu zadowolenia z życia, szczęścia, spokoju i energii do działania. Z upływem lat stan emocjonalny respondentów ewidentnie się pogarsza. Ze starszych roczników wieku, od 50 roku życia, respondenci częściej skarżyli się na zmęczenie, byli smutni czy przygnębieni, częściej też bywali bardzo zdenerwowani. Analiza odpowiedzi udzielonych przez respondentów z podziałem na płeć prowadzi do wniosku, że to mężczyźni odczuwają wyższy poziom dobrostanu psychicznego niż kobiety. Mężczyźni byli częściej pełni radości życia, energii, zadowoleni i spokojni przez całe lub prawie całe 4 badane tygodnie. Za to kobiety częściej doświadczały stanów negatywnych, powodujących i podnoszących poziom stresu. Więcej kobiet zgłaszało zmęczenie, zdenerwowanie, smutek i przygnębienie. Podobne tendencje można zaobserwować analizując średnie dla UE27.

5.3.2. Wskaźniki dobrego i złego samopoczucia psychicznego Polaków w wieku 15 lat i więcej

Zgodnie z wytycznymi Eurostatu, przy opracowywaniu wskaźników dotyczących zarówno dobrego, jak i złego samopoczucia psychicznego, wzięto pod uwagę tylko te osoby, które na pytania B36.1-B36.9 kwestionariusza ZDROWIE-2 (Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni czuł(-ła) się Pan(-i)...?) udzieliły odpowiedzi twierdzącej lub przeczącej na wszystkie pytania wchodzące w skład danego bloku (tj. nie ujmowano osób, które nawet tylko w jednym pytaniu udzieliły odpowiedzi „Nie wiem” lub odmówiły odpowiedzi).

5.3.2.1. Dobre samopoczucie psychiczne Polaków w wieku 15 lat i więcej

Częstość występowania dobrego samopoczucia psychicznego ustalono na podstawie odpowiedzi na cztery następujące pytania: B36.1 (Pełen/pełna życia), B36.5 (Że ma dużo siły i energii do działania), B36.7 (Wykończony(-na), wyczerpany(-na)) i B36.9 (Zmęczony(-na)) (tylko kategorie odpowiedzi 1-5: 1 – Przez cały czas, 2 – Przez większość dni, 3 – Przez kilka dni, 4 – Bardzo rzadko, 5 – Nigdy). Wyniki badania pokazują, że najwięcej respondentów – prawie 30% – miało dobre samopoczucie psychiczne przez kilka dni w okresie 4 tygodni poprzedzających badanie. Były to najczęściej osoby w wieku 30-39 lat (co trzecia), częściej mężczyźni niż kobiety, z wykształceniem policealnym, żyjące w związku, pracujące, o bardzo dobrym lub dobrym stanie zdrowia. Przez cały czas dobre samopoczucie miał prawie co piąty badany, a przez większość dni 14% respondentów. Były to głównie osoby z najmłodszej grupy wiekowej, tj. 15-19 lat. W trakcie badanego miesiąca 18% dorosłych nigdy nie cieszyło się dobrym samopoczuciem psychicznym, a bardzo rzadko odczuwane dobre samopoczucie deklarował prawie co piąty badany. Najczęściej były to osoby najstarsze, z najniższym wykształceniem, owdowiałe lub rozwiedzione, biernie zawodowo, o złym lub bardzo złym stanie zdrowia, niesprawne fizycznie. W tej grupie przeważały kobiety.

5.3.2.2. Złe samopoczucie psychiczne osób w wieku 15 lat i więcej

Częstość występowania złego samopoczucia psychicznego zidentyfikowano analizując odpowiedzi na 5 następujących pytań: B36.2 (Bardzo zdenerwowany(-na)), B36.3 (Tak głęboko przygnębiony(-na), że nic nie mogło podnieść Pana/Pani na duchu), B36.4 (Spokojny(-na) i opanowany(-na)), B36.6 (Smutny(-na), przybity(-ta) lub miał(-ła) Pan/i chandrę) i B36.8 (Szczęśliwy(-wa)). Odpowiedzi wskazują, że więcej niż 1/5 respondentów miała stale złe samopoczucie psychiczne w okresie 4 tygodni poprzedzających badanie, a nieznacznie mniejsza grupa odczuwała złe samopoczucie przez większość tego okresu. Przeważały w tej grupie kobiety, ponadto osoby ze starszych roczników (50 lat życia i więcej), osoby bez wykształcenia, owdowiałe, rozwiedzione lub w separacji, bezrobotne, o złym i bardzo złym stanie zdrowia, z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, chorujące przewlekłe i niesprawne. Kilka dni złego samopoczucia w miesiącu zgłaszał więcej niż co szósty badany. Najliczniejsza natomiast grupa respondentów (27,5%) odczuwała dyskomfort psychiczny bardzo rzadko, a 15% mówiło, że w ogóle nie miało takiego poczucia. Były to głównie osoby do 30 roku życia, dobrze wykształcone, pracujące, zdrowe i sprawne, częściej byli to mężczyźni.

PODSUMOWANIE:

1. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem i po raz pierwszy niemalże podwoiła się w okresie 1997-2010 (wzrost o 88%). Nieznaczne odwrócenie tendencji wzrostowej wystąpiło tylko przez dwa lata 2005 i 2006 r. W 2010 r. opieką ambulatoryjną objętych było ok. 1396 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (nieco częściej kobiety – 3832/100 tys. ludności niż mężczyźni – 3465/100 tys.), z czego 384 tys. to pacjenci pierwszorazowi.
2. Najczęstszym rozpoznaniem leczonym w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej, dominującym wśród kobiet, są zaburzenia nerwicowe – w 2010 r. 339 tys. leczonych ogółem

(mężczyźni – 599/100 tys., kobiety – 1159/100 tys.), w tym 108 tys. po raz pierwszy. W wyniku zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, które dominują wśród mężczyzn, leczono 184 tys. osób (mężczyźni 781/100 tys., kobiety 201/100 tys.), w tym 80 tys. po raz pierwszy.

3. W latach 1997-2009 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej wzrosła o połowę. W 2009 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 209 tys. osób (częściej dotyczyło to mężczyzn – 726/100 tys. niż kobiet – 382/100 tys.), w tym 86 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy.
4. Najczęstszym rozpoznaniem chorobowym osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2009 r. dotyczyło ono 77 tys. osób, (częściej mężczyzn – 358/100 tys., ponad sześciokrotnie rzadziej kobiet – 57/100 tys.), w tym 40 tys. leczonych po raz pierwszy. Kobiety są o ponad połowę częściej niż mężczyźni leczone w oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń nastroju i zaburzeń nerwicowych (łącznie kobiety 104/100 tys., mężczyźni 69/100 tys.).
5. Badania samopoczucia psychicznego dorosłych osób w Polsce pokazują, że rodzaj samopoczucia psychicznego dorosłego Polaka w badanym okresie (ostatnie 4 tygodnie przed badaniem) ma związek z jego stanem zdrowia, płcią, aktywnością zawodową oraz stylem życia. Problemy związane ze zdrowiem, kłopoty finansowe, wiek, poczucie wykluczenia społecznego, samotność są obserwowane istotnie częściej wśród osób o gorszej kondycji psychicznej, co manifestuje się znacząco wśród kobiet.

6. ZACHOROWANIA NA CHOROBY ZAKAŻNE I PASOŻYTNICZE

Mirosław P. Czarkowski, Magdalena Rosińska, Małgorzata Sadkowska-Todys

Dane z rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi w Polsce wskazują na korzystne kształtowanie się sytuacji epidemiologicznej większości chorób objętych tym nadzorem. Pomijając naturalny, okresowy wzrost liczby zachorowań na niektóre z chorób (szczególnie tzw. choroby wieku dziecięcego, jak różyczka, świnka czy płonica), wynikający z ich cyklu epidemicznego, oraz pomijając doroczne, losowe fluktuacje liczby zachorowań, oceniając sytuację epidemiologiczną z perspektywy wieloletniej, w większości chorób obserwuje się spadkowe trendy zapadalności (tab. 6.1.). Współczynnik umieralności ogólnej Polaków z powodu chorób zakaźnych, będący najbardziej uniwersalnym wskaźnikiem sytuacji epidemiologicznej tych chorób, utrzymywał się w ostatniej dekadzie na relatywnie niskim poziomie: 6 - 8 zgonów rocznie na 100 000 ludności, co odpowiada udziałowi chorób zakaźnych w przyczynach zgonów w granicach 0,6%-0,8%.

Ta korzystna sytuacja jest następstwem niewątpliwego zwiększenia skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zwalczania ich, ale także wynika m.in. z przemian zachodzących w strukturze demograficznej populacji – znaczącego zmniejszania się w niej udziału dzieci (utrzymujący się niż demograficzny), grupy szczególnie narażonej na większość zakażeń, co osłabia także transmisję zakażeń w całej populacji. Niestety, nie można też wykluczyć, że w odniesieniu do niektórych chorób zakaźnych spadkowe trendy zapadalności świadczą mogą nie tyle o poprawie sytuacji epidemiologicznej, co o zmniejszeniu się czułości systemu nadzoru, wynikającemu z rezygnowania przez chorych z porad lekarskich (szczególnie w przypadku chorób o lżejszym przebiegu), zawężaniu liczby i zakresu badań laboratoryjnych wykonywanych na potrzeby zdrowia publicznego, a także zaniedbywaniu dokonywania zgłoszeń zachorowań przez lekarzy czemu sprzyjają utrzymujące się niedociągnięcia i opóźnienia legislacyjne.

Ponieważ sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i pasożytniczych o największym znaczeniu dla zdrowia publicznego rokrocznie szczegółowo omawiana jest w „Kronice Epidemiologicznej” ukazującej się w „Przeglądzie Epidemiologicznym”, kwartalniku wydawanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH oraz Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, a szczegółowe dane liczbowe o zarejestrowanych zachorowaniach publikowane są w rocznych biuletynach „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” wydawanych przez NIZP-PZH oraz Główny Inspektorat Sanitarny, w rozdziale niniejszym ograniczono się do wybranych zagadnień. Podstawowe dane charakteryzujące zagrożenie poszczególnymi chorobami (tj. liczbę zarejestrowanych zachorowań oraz współczynniki zapadalności w 2010 r.), oraz kierunek i dynamikę zachodzących zmian (tj.

odniesienie zapadalności i liczby zachorowań do danych z wcześniejszych lat) zamieszczono w tabeli 6.1.

Tabela 6.1. Wybrane choroby zakaźne objęte w Polsce obowiązkiem zgłaszania i rejestracji. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności w latach 2004-2010

Table 6.1. Number of cases and incidence per 100 000 population in years 2004-2010

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)	Mediana w latach 2004-2008 / Median 2004- 2008		2009		2010	
	liczba zachorowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zachorowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zachorowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence
Cholera	0	0	0	0	0	0
Dur brzuszny / <i>Typhoid</i>	3	0,008	3	0,008	0	0
Dury rzekome A, B, C / <i>Paratyphoid A, B, C</i>	2	0,005	5	0,013	6	0,016
* Salmonellozy / <i>Salmonellosis</i>	13 362	35,0	8 972	23,5	9 732	25,5
w tym: zatrucia pokarmowe / / including: <i>foodborne intoxications</i>	13 210	34,6	8 855	23,2	9 549	25,0
* zakażenia pozajelitowe / <i>parenteral infections</i>	140	0,37	117	0,31	183	0,48
Czerwonka bakteryjna / <i>Shigellosis</i>	64	0,17	30	0,08	30	0,08
* Inne bakteryjne zakażenia jelitowe / <i>Other bacterial intestinal infections</i>	6 258	16,4	6 595	17,3	6 388	16,7
w tym: werotoksyczna <i>E. coli</i> / / including: <i>verotoxin-producing E.coli</i>	4	0,010	0	0	4	0,010
* biegunkotwórcza <i>E. coli</i> ¹⁾ / <i>Diarrhoeic E.coli</i> 1)	1 271	3,33	952	2,50	794	2,08
* <i>E. coli</i> inna i nie okre- ślona ¹⁾	813	2,13	771	2,02	999	2,62
kampylobakterioza / <i>Cam- pylobacteriosis</i>	157	0,41	359	0,94	375	0,98
jersinioza ¹⁾ / <i>Yersiniosis</i>	147	0,38	288	0,75	206	0,54
* inne określone i nie określone ¹⁾ / <i>Other speci- fied and unspecified</i> ¹⁾	4 005	10,5	4 225	11,1	4 010	10,5
* Inne bakteryjne zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2 / <i>Other bacterial intestinal infections in children under 2 years</i>	2 681	369,9	2 846	345,0	2 609	313,0
* Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe / <i>Other bacterial foodborne intoxications</i>	3 947	10,4	1 970	5,2	1 915	5,0
w tym: * enterotoksyna gronkow- / including: cowa / <i>Staphylococcal enterotoxin</i>	430	1,13	146	0,38	217	0,57
botulizm / <i>botulism</i>	49	0,13	31	0,08	32	0,08

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)	Mediana w latach 2004-2008 / Median 2004- 2008		2009		2010	
	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence
* <i>Clostridium perfringens</i>	4	0,010	1	0,003	8	0,021
* inne określone / other specified	125	0,33	306	0,80	32	0,08
* nie określone / other unspecified	3 357	8,8	1 486	3,9	1 626	4,3
* Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe u dzieci do lat 2 / Other bacterial foodborne intoxications in children under 2 years	135	18,1	109	13,2	101	12,1
Lamblioza / <i>Giardiasis</i>	3 074	8,1	2 280	6,0	2 350	60,2
Kryptosporydioza / <i>Cryptosporidiosis</i>	0	0	5	0,013	0	0
* Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe / Viral and other specified intestinal infections	20 671	54,2	32 863	86,1	32 723	85,7
w tym: * rotawirusy ¹⁾ / rotaviruses / including:	15 450	40,5	22 104	57,9	20 902	54,7
* norowirusy ¹⁾ / norovi- ruses	877	2,30	1 068	2,80	2 121	5,55
* inne ¹⁾ / other	4 889	12,8	9 691	25,4	9 700	25,4
* Wirusowe i inne okreśł. zakażenia jelit. u dzieci do lat 2 / Viral and other specified intestinal infec- tions in children under 2 years	10 036	1371,7	16 476	1997,0	15 853	1901,7
* Biegunki u dzieci do lat 2, bliżej nie określone / Diarrhoea in children under 2 years, unspecified	8 637	1215,0	11 882	1440,2	11 581	1389,2
Gruźlica ²⁾ / <i>Tuberculosis</i>	8 616	22,6	8 236	21,6	7 509	19,7
w tym: układu oddechowego ²⁾ / / including: respiratory system	8 014	21,0	7 654	20,1	6 992	18,3
Dżuma / <i>Plague</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Tularemia</i>	3	0,008	1	0,003	4	0,010
Wąglik / <i>Antrax</i>	0	0	3	0,008	0	0
Bruceloza (nowe zachorowania) / <i>Bru- cellosis (new cases)</i>	2	0,005	3	0,008	0	0
Leptospiroza / <i>Leptospirosis</i>	7	0,018	6	0,016	4	0,010
Listerioza / <i>Listeriosis</i>	28	0,07	33	0,09	64	0,17
Tężec / <i>Tetanus</i>	19	0,05	19	0,05	16	0,04
Błonica / <i>Diphtheria</i>	0	0	0	0	0	0

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)	Mediana w latach 2004-2008 / Median 2004- 2008		2009		2010	
	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence
Krztusiec / <i>Pertussis</i>	1 987	5,21	2 390	6,26	1 266	3,32
* Płonica / <i>Scarlet fever</i>	10 649	27,9	13 968	36,6	13 940	36,5
Choroba meningokokowa / <i>Meningo- coccal disease</i>	233	0,61	296	0,78	229	0,60
zapalenie opon mózgo- w tym: wych i/lub mózgu / including: / <i>meningitis and/or ence- phalitis</i>	148	0,39	190	0,50	146	0,38
posocznica / <i>sepsis</i>	149	0,39	190	0,50	154	0,40
* Róża / <i>Erysipelas</i>	4 805	12,6	2 734	7,2	3 146	8,2
Legioneloza / <i>Legionellosis</i>	21	0,06	10	0,03	36	0,09
Kiła (ogółem) ³⁾ / <i>Syphilis (total)</i>	860	2,25	1 267	3,32	932	2,44
Rzeżączka ³⁾ / <i>Gonorrhea</i>	395	1,00	402	1,05	301	0,79
Chlamydiozy przenoszone drogą płcio- wą ³⁾ / <i>Sexually transmitted chlamydia ³⁾</i>	695	1,82	908	2,38	539	1,41
* Borelioza z Lime / <i>Lyme disease</i>	6 694	17,6	10 329	27,1	9 005	23,6
Gorączka Q / <i>Q fever</i>	0	0	5	0,013	0	0
* Dur wysypkowy, gorączka plamista i inne riketsjozy / <i>Typhus fever, spotted fever and other rickettsioses</i>	0	0	1	0,003	0	0
Ostre nagminne porażenie dziecięce / <i>Poliomyelitis</i>	0	0	1	0,003	0	0
w tym: wywołane dzikim wirusem / including: / <i>caused by wild virus</i>	0	0	0	0	0	0
* Choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD)	12	0,03	18	0,05	18	0,05
Wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD)	0	0	0	0	0	0
Wścieklizna / <i>Rabies</i>	0	0	0	0	0	0
* Wirusowe zapalenie mózgu / <i>viral encephalitis</i>	514	1,35	544	1,43	477	1,25
w tym: * przenoszone przez klesz- / including: / <i>caused by tick-borne</i>	233	0,61	351	0,92	294	0,77
* inne określone / <i>other specified</i>	45	0,12	38	0,10	340	0,09
* nie określone / <i>other unspecified</i>	207	0,54	137	0,36	124	0,32
* Wirusowe zapalenie opon mózgo- wych / <i>viral meningitis</i>	1 077	2,82	736	1,93	1 184	3,10

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)	Mediana w latach 2004-2008 / Median 2004- 2008		2009		2010	
	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zacho- rowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence
w tym: * enterowirusowe ¹⁾ / ente- / including: roviral ¹⁾	43	0,11	16	0,04	37	0,10
* inne określone i nie określone ¹⁾ / other speci- fied and unspecified	1 098	2,88	695	1,82	1 124	2,94
Gorączka denga (klasyczna lub krwotoczna) ¹⁾ / Dengue fever (classical and haemorrhagic) ¹⁾	2	0,005	4	0,010	6	0,016
Żółta gorączka / Yellow fever	0	0	0	0	0	0
Gorączka Lassa / Lassa fever	0	0	0	0	0	0
Gorączka krwotoczna krymsko-kongijska / Crimean-Congo haemorrhagic fever	0	0	0	0	0	0
Choroba wywołana przez wirus Marburg lub Ebola / Disease caused by Marburg or Ebola virus	0	0	0	0	0	0
* Ospa wietrzna / Varicella	147 977	387,6	140 115	367,2	183 446	480,4
Odra / Measles	40	0,10	115	0,30	13	0,03
Różyczka / Rubella	13 146	34,5	7 587	19,9	4 197	11,0
w tym: różyczka wrodzona / con- / including: genital rubella	0	0	1	0,24	1	0,24
* Wirusowe zapalenie wątroby / Hepatitis	4 233	11,1	4 104	10,8	3 837	10,0
w tym: / including: typu A / type A	95	0,25	652	1,71	155	0,41
typu B / type B	1 570	4,1	1 475	3,9	1 633	4,3
typu C / type C	2 753	7,2	1 939	5,1	1 986	5,2
* inne i nie określone / other and unspecified	70	0,18	78	0,20	60	0,16
AIDS	165	0,43	127	0,33	171	0,45
Nowo wykryte zakażenia HIV / newly detected HIV infections	812	2,13	961	2,52	952	2,49
Świnka / Mumps	15 115	39,6	2 954	7,7	2 754	7,2
Zimnica / malaria / Malaria	20	0,05	22	0,06	35	0,09
Bąblowica / Echinococcosis	34	0,09	25	0,07	36	0,09
Włośnica / Trichinosis	130	0,34	36	0,09	51	0,13
Choroba wywołana przez Streptococcus pneumoniae ¹⁾ Disease caused by Streptococcus pneumoniae ¹⁾	243	0,64	274	0,72	364	0,95

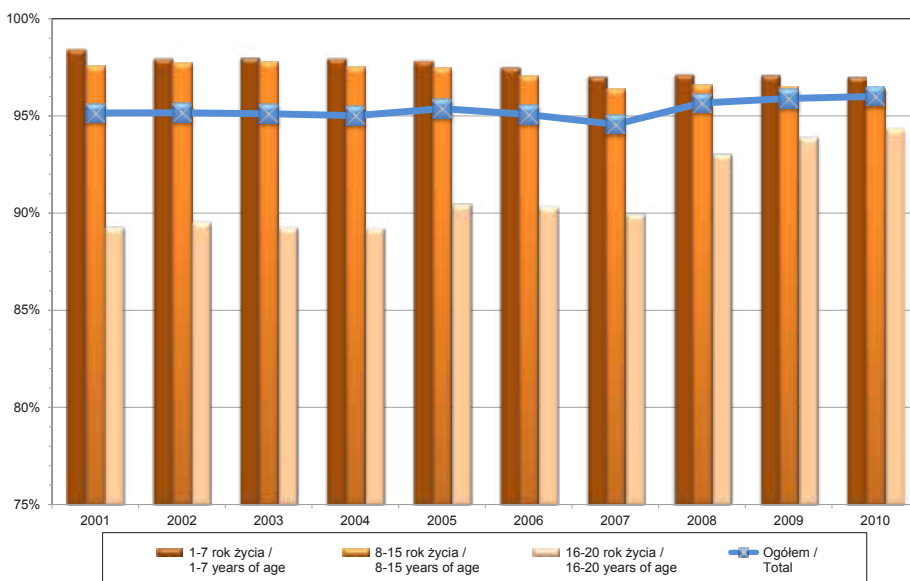
Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)	Mediana w latach 2004-2008 / Median 2004- 2008		2009		2010	
	liczba zachorowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zachorowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence	liczba zachorowań / No. of cases	zapa- dalność / inci- dence
zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu ¹⁾ / including: meningitis and/or encephalitis ¹⁾	135	0,35	163	0,43	180	0,47
posocznica ¹⁾ / sepsis ¹⁾	81	0,21	130	0,34	172	0,45
inna określona i nie określona ¹⁾ / other specified and unspecified	70	0,18	23	0,06	63	0,16
Choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> ¹⁾ <i>Disease caused by Haemophilus influenzae</i> ¹⁾	49	0,13	19	0,15	26	0,07
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu / meningitis and/or encephalitis	39	0,10	13	0,03	11	0,03
posocznica ¹⁾ / sepsis ¹⁾	16	0,04	8	0,021	17	0,045
* Bakteryjne zap. opon mózgu. i/lub mózgu - inne określ. ¹⁾ / Bacterial meningitis and/or encephalitis – other specified	171	0,45	127	0,33	148	0,39
* Bakteryjne zap. opon mózgu. i/lub mózgu - nie określ. ¹⁾ / Bacterial meningitis and/or encephalitis – other unspecified	490	1,28	372	0,98	361	0,95
* Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone / Meningitis other and unspecified	283	0,74	319	0,84	506	1,33
* Zapalenie mózgu inne i nie określone / Encephalitis other and unspecified	114	0,30	89	0,23	92	0,24
Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę / Influenza and influenza-like illness	336 919	882,4	1 081 974	2 835,9	551 054	1 443,0
Toksoplazmoza wrodzona / Congenital toxoplasmosis	8	2,06	3	0,72	7	1,69

Źródło danych: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce. NIZP-PZH, GIS, Warszawa. Roczniki 2004-2010. Data source: Infectious diseases and poisonings in Poland. NIPH-NIH, CSI, Warsaw, Yearbooks 2004-2010.

* Jednostki chorobowe i zespoły, które nie są objęte nadzorem w ramach europejskiej sieci nadzoru nad chorobami zakaźnymi. 1) Mediana liczby zachorowań i zapadalności w latach 2005-2008. 2) Dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. 3) Dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Diseases and syndromes which are not under surveillance within the European network for the surveillance of communicable diseases. 1) Median of case number and incidence in years 2005-2008. 2) Data from National Institute of Tuberculosis and Lung Disease. 3) Data from Center for Health Information Systems (CSIOZ).

6.1. Choroby objęte w Polsce obowiązkowym szczepieniem

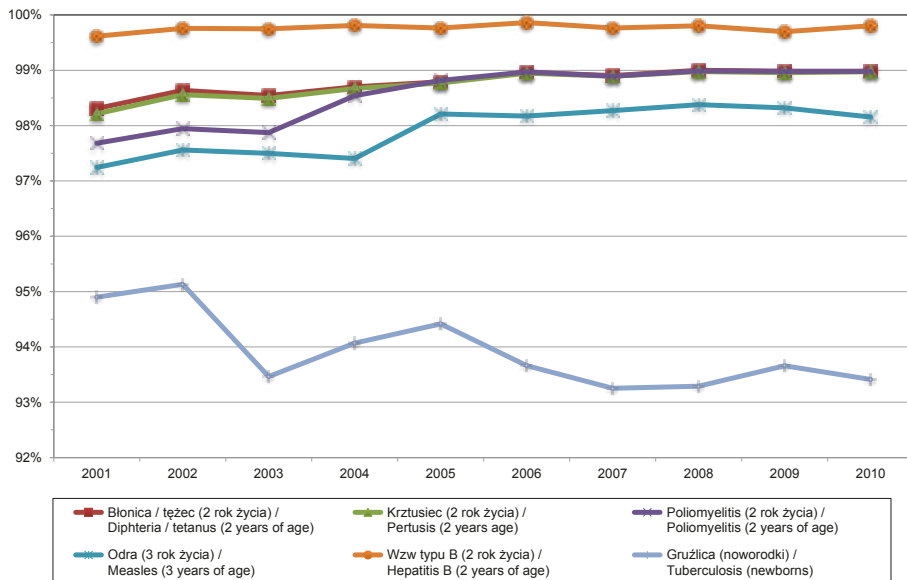
Aktualną sytuację epidemiologiczną takich chorób jak błonica, tężec, polio, krztusiec czy odra, zdeterminowały szczepienia dzieci przeciw tym chorobom wprowadzane jako obowiązkowe w Polsce na przełomie lat 50. i 60. (błonica, tężec, polio, krztusiec) oraz w pierwszej połowie lat 70. (odra) ubiegłego wieku. Wykonawstwo tych szczepień od lat ocenia się jako bardzo wysokie. Zbierane rokrocznie przez stacje sanitarno-epidemiologiczne dane o stanie zaszczepienia dzieci i młodzieży wskazują, że w skali całego kraju nadzorowany jest stan zaszczepienia około 95% populacji (ryc. 6.1), a osiągnięte odsetki zaszczepionych zdecydowanie przekraczają 90% (ryc. 6.2), tj. poziom w większości chorób wystarczający dla osiągnięcia odporności zbiorowiskowej, zapobiegającej epidemicznemu szerzeniu się zachorowań.



Ryc. 6.1. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2010. Odsetek dzieci i młodzieży objętych nadzorem nad realizacją Programu

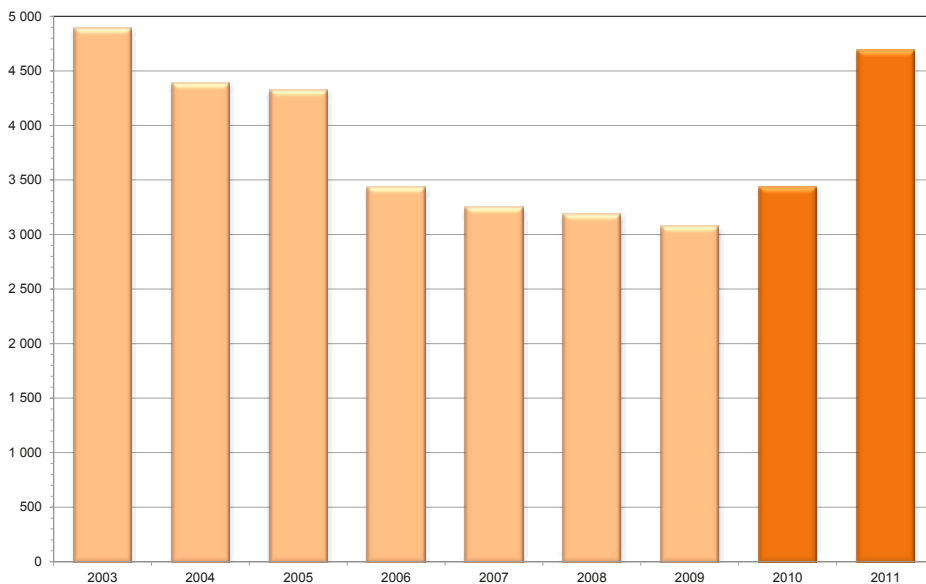
Fig. 6.1. Vaccination Program in 2001-2010. The percentage of children and adolescents covered by the supervision of the implementation of the Programme

I tak, na przykład, wg stanu w dniu 31 grudnia 2010 r. w skali całego kraju, stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia (szczepienie pierwotne) przeciw błonicy/ tężcowi oraz przeciw krztuścowi i przeciw polio wyniósł 99,0%, natomiast stan zaszczepienia dzieci w 3 r. ż. przeciw odrze - 98,2% (ryc. 6.2). Jednakże nasilające się w ostatnich latach ruchy anty-szczepionkowe i wzrastające liczby osób odmawiających obowiązkowego szczepienia dzieci (ryc. 6.3) mogą budzić obawę, czy tak dobre wykonawstwo szczepień będzie można utrzymać także w najbliższych latach.



Ryc. 6.2. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2010. Odsetek dzieci w 1-3 roku życia zaszczepionych przeciw wybranym chorobom

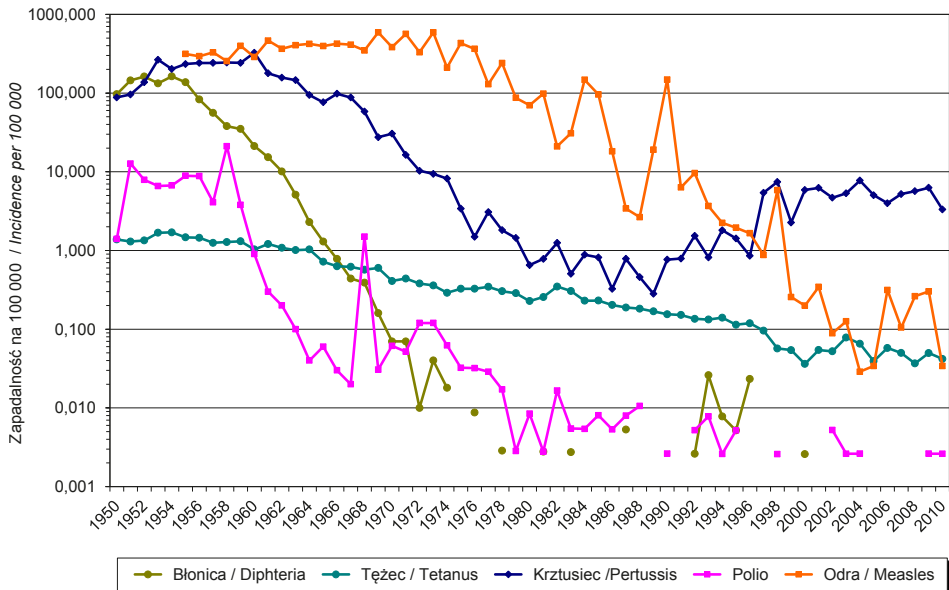
Fig. 6.2. Vaccination Program in 2001-2010. The percentage of children at 1-3 years of age vaccinated against selected diseases



Ryc. 6.3. Liczba osób uchylających się od obowiązkowych szczepień ochronnych w latach 2003-2011

Fig. 6.3. Number of persons avoiding mandatory vaccinations in the 2003-2011

W efekcie prowadzonych dotychczas szczepień, ostatni przypadek zachorowania na poliomyelitis wywołanego dzikim wirusem polio odnotowano w Polsce w 1984 r. Po tym terminie (ryc. 6.4) - mimo aktywnego poszukiwania zachorowań wywołanych przez polio-wirusy wśród przypadków porażenia wiotkich (obowiązkowo zgłaszanych do nadzoru) - rejestrowano tylko pojedyncze zachorowania wywołane wirusem pochodzenia szczepionkowego (w tym po jednym przypadku w 2009 i 2010 r.), co w ramach ogólnoswiatowego programu eradykacji polio pozwoliło Polsce na uzyskanie i utrzymywania statusu kraju wolnego od tej choroby.

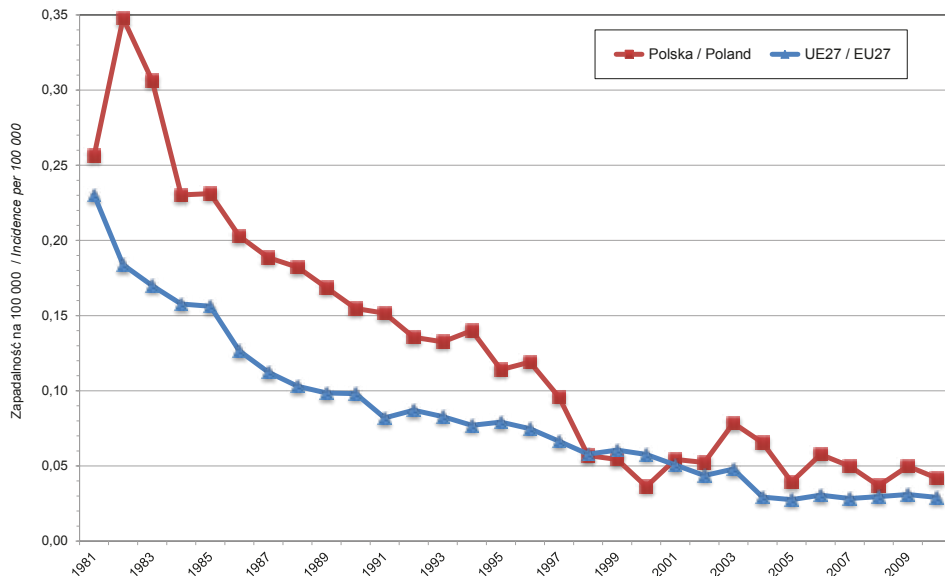


Ryc. 6.4. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne, przeciw którym prowadzone są obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci i młodzieży, w latach 1950-2010

Fig. 6.4. Incidence of selected infectious diseases against which mandatory vaccination are provided, in years 1950-2010

Zachorowania na błonicę po 1975 r. notuje się w Polsce jedynie sporadycznie (ryc. 6.4), głównie w następstwie zawlekania choroby z obszarów byłego Związku Radzieckiego. Ostatni przypadek błonicy odnotowano w Polsce w 2000 r.

Liczba zachorowań na tężec od 1998 r. nie przekracza 30 przypadków rocznie. Zapadalność na tę chorobę (w 2010 r. 0,04 na 100 000 ludności) w ostatnich latach nie wykazuje już wyraźniejszej tendencji spadkowej i utrzymuje się na poziomie powyżej przeciętnej zapadalności w krajach UE (ryc. 6.5.). Ponieważ w przypadku tężca nie wytwarza się odporność zbiorowiskowa a *Clostridium tetani* nie można wyeliminować ze środowiska, należy szerzej propagować szczepienia przeciw tężcowi osób dorosłych, szczególnie osób narażonych na zranienia i zanieczyszczenie ran na otwartym terenie, np. rolników. Na tężec zapadają bowiem w Polsce prawie wyłącznie osoby starsze, które ostatnią dawkę anatoksyny tężcowej otrzymały wiele lat wcześniej, i są to w większości kobiety, mieszkanki wsi. W 2010 r. wszystkie 16 zachorowań wystąpiło u osób po 59 roku życia, w tym 6 u osób powyżej 79 r. ż.

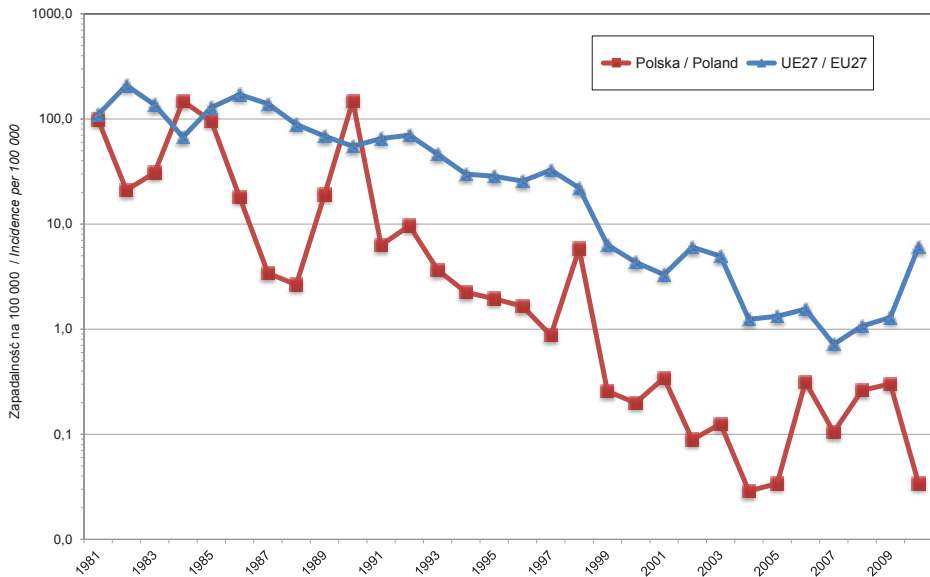


Ryc. 6.5. Zapadalność na tężec w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: WHO HFA DB)

Fig. 6.5. Tetanus incidence in Poland and average incidence in EU countries in years 1981-2010 (source: WHO HFA DB)

Liczba zachorowań na odrę - chorobę objętą w Europie programem eliminacji - gwałtownie obniżyła się pod wpływem szczepień i po ostatniej epidemii wyrównawczej w 1998 r. (2 255 zachorowań, zapadalność 5,8 na 100 000), na ogół utrzymuje się na poziomie poniżej 100 zachorowań rocznie, co jest zapadalnością, wielokrotnie niższą niż przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 6.6). Najniższą - jak dotychczas - zapadalność na odrę w Polsce zarejestrowano w 2004 r. (11 zachorowań, 0,03 na 100 000). W 2010 r. odnotowano 13 zachorowań. Jeżeli w którymś roku notowane są wyższe liczby zachorowań (powyżej 100), dzieje się tak na ogół w wyniku zawleczenia odrę z zagranicy na obszary zamieszkałe przez grupy ludności charakteryzujące się bardzo niskim poziomem zaszczepienia, przede wszystkim ludność pochodzenia romskiego.

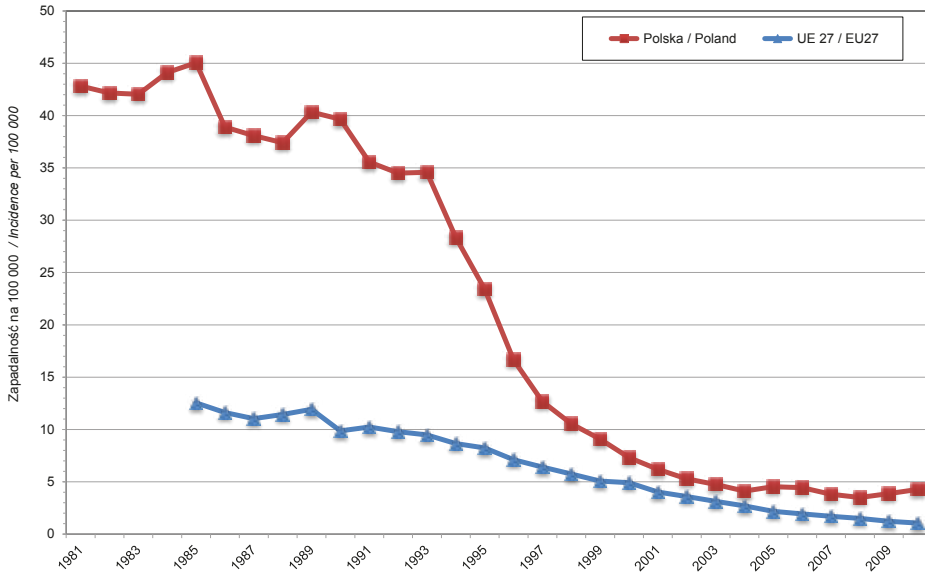
Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B) w Polsce w latach 80. ubiegłego wieku zaliczała się do najwyższych w Europie (ryc. 6.7). Podejmowane wówczas działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń HBV przynosiły pewne efekty, ale nie były one dostateczne. Dopiero przyjęty na początku lat 90. program zwalczania i zapobiegania wzw B, konsekwentnie realizowany w późniejszych latach, dość szybko zaczął przynosić wyraźne efekty w postaci systematycznego, znaczącego obniżania się zapadalności. Program ten oparto przede wszystkim na szczepieniach ochronnych, zaczynając od szczepień osób z grup ryzyka, w tym pracowników służby zdrowia, osób przewlekle chorych i przygotowywanych do zabiegów operacyjnych (a więc szczególnie narażonych na zakażenie drogą naruszenia ciągłości tkanek), by w latach 1994-1996 objąć obowiązkowym szczepieniem wszystkie noworodki, a od 2000 r. także młodzież w 14 r.ż. Zauważyć należy, że szczepienia dzieci przeciw wzw B były i są wykonywane w Polsce w wyższym odsetku (w skali



Ryc. 6.6. Zapadalność na odrę w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: WHO HFA DB)

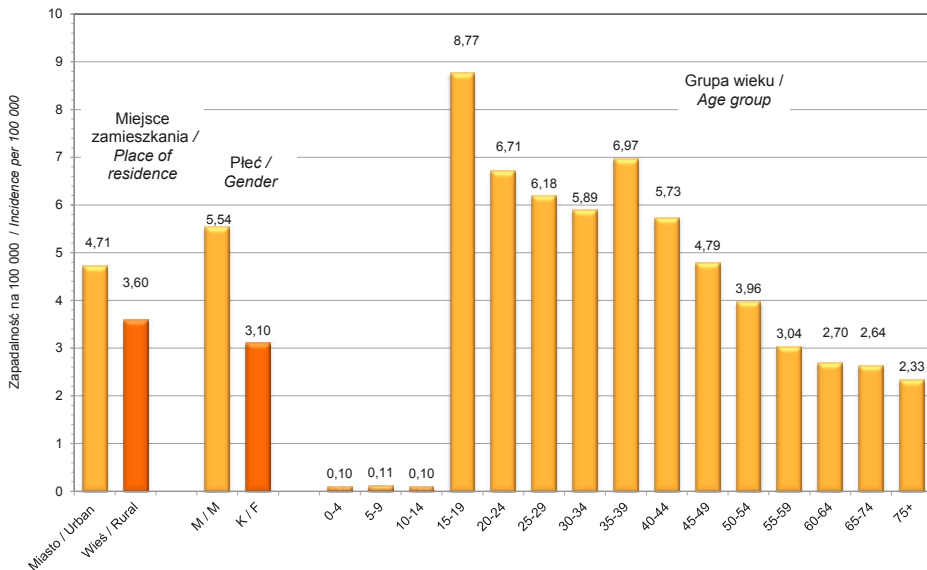
Fig. 6.6. Measles incidence in Poland and average incidence in EU countries in years 1981-2010 (source: WHO HFA DB)

całego kraju sięgającym w niektórych latach 99,9%), niż jakiegokolwiek inne obowiązkowe szczepienia dzieci (ryc. 6.2) - jak można sądzić, głównie ze względu na społeczną akceptację tych szczepień związaną ze świadomością zagrożenia. Nie bez znaczenia dla poprawy sytuacji wzw B w Polsce była też następująca w kraju powolna poprawa w dziedzinie bezpieczeństwa biologicznego w placówkach ochrony zdrowia. W rezultacie, w ostatniej dekadzie zapadalność na wzw B zbliżyła się do poziomu przeciętnej zapadalności w krajach UE i oscylowała w granicach 4-5 przypadków zachorowań rocznie na 100 000 ludności (w 2010 r. - 4,3). Intensywnemu spadkowi zapadalności towarzyszyła (co oczywiste, w związku z prowadzonymi szczepieniami) zmiana struktury wieku osób chorujących na wzw typu B, w tym prawie całkowity zanik zachorowań dzieci (ryc. 6.8). Poza tym, o ile do 2004 r. najwyższe współczynniki zapadalności odnotowywano wśród ludności najstarszej, to w latach 2005-2010 najwyższa zapadalność przesunęła się na starszą młodzież oraz osoby w średnim wieku (ryc. 6.8.). Zwraca uwagę utrzymywanie się zdecydowanie wyższej zapadalności mężczyzn niż kobiet oraz znacząco wyższej zapadalności w miastach niż na wsi. Duże wahania w liczbie nowo wykrywanych zachorowań rejestrowanych w kolejnych latach na obszarze poszczególnych województw (nierazko o ponad 50% w stosunku do roku poprzedniego) w przypadku takich chorób jak wzw B, bez wyraźnie zaznaczonego cyklu epidemicznego, wskazują bardziej na niestabilność systemu rejestracji zachorowań niż na gwałtowne zmiany lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Z perspektywy wieloletniej dają się jednak zauważyć pewne zmiany w terytorialnym zróżnicowaniu zapadalności (ryc. 6.9.). Najwyższe współczynniki zapadalności już nie są notowane woj. kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim czy dolnośląskim, a w łódzkim i opolskim.



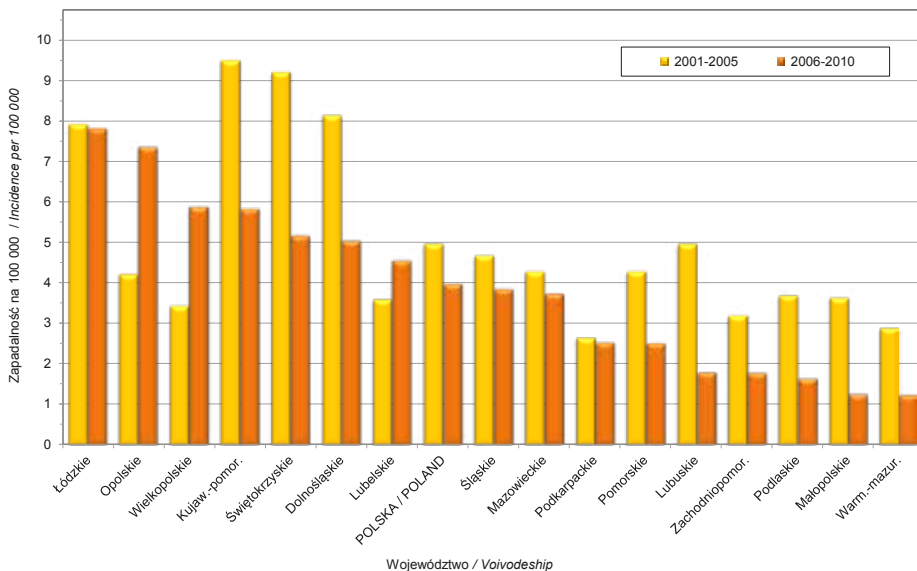
Ryc. 6.7. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: WHO HFA DB)

Fig. 6.7. Hepatitis B incidence in Poland and average incidence in EU countries in years 1981-2010 (source: WHO HFA DB)



Ryc. 6.8. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w 2010 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

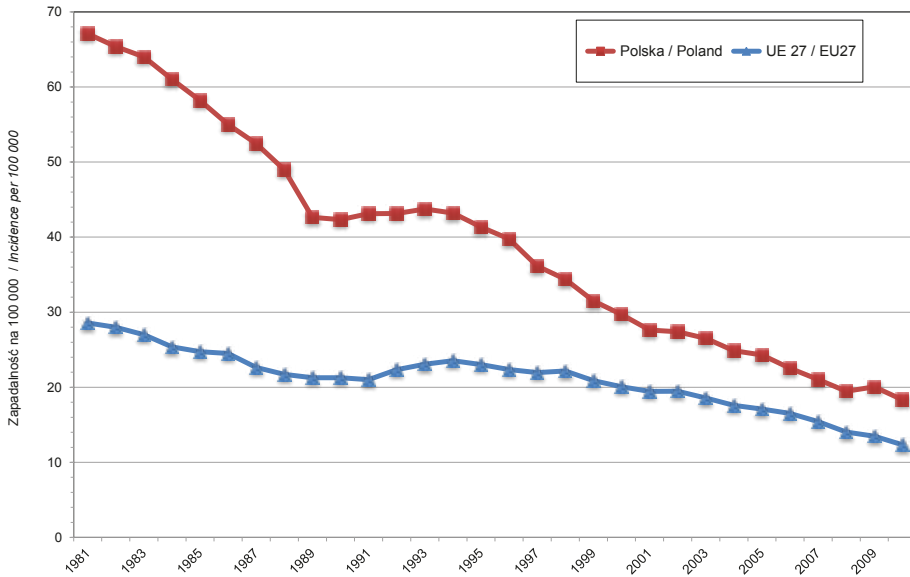
Fig. 6.8. Hepatitis B incidence in 2010 by place of residence, gender and age



Ryc. 6.9. Przeciętna roczna zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w latach 2001-2005 oraz 2006-2010 wg województw

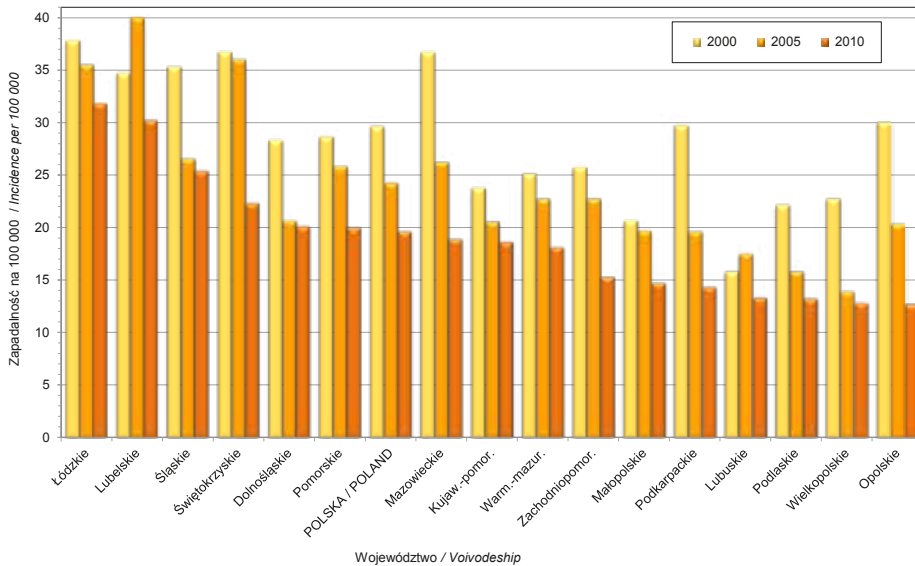
Fig. 6.9. Annual average hepatitis B incidence in years 2001-2005 and 2006-2010 by voivodeship

Spośród chorób, przeciw którym prowadzi się w Polsce obowiązkowe szczepienia, gruźlica jest tą chorobą, w której skuteczność szczepień jako metody ochrony zdrowia populacji jest zdecydowanie najniższa. Pomijając kontrowersje wokół skuteczności samej szczepionki, wczesne wykrywanie zachorowań i wczesne leczenie chorych jest od szczepień BCG znacznie bardziej efektywną metodą ograniczania szerzenia się zakażeń. Jest też to zapewne jedną z przyczyn, że mimo obowiązkowych szczepień prowadzonych od lat 50. i wysokiego ich wykonawstwa (ryc. 6.2), sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce wprawdzie poprawia się systematycznie, ale dość wolno (ryc. 6.10). W stosunku do przeciętnej zapadalności w krajach UE częstość zachorowań na gruźlicę jest w Polsce w ostatnich latach wyższa o około 50% (w 2010 r.: Polska 18,3 na 100 000; UE 12,4), przy czym, zważywszy na wyraźne osłabienie trendu spadkowego liczby zachorowań w Polsce po 2001 r., w ostatniej dekadzie dystans dzielący zapadalność w Polsce i przeciętną w UE praktycznie nie ulega zmianie. Problemem jest też utrzymywanie się dużego zróżnicowania zapadalności na gruźlicę na obszarze poszczególnych województw (w 2010 r.: od 12,8 na 100 000 w woj. opolskim do 31,9 w łódzkim) i brak oznak bardziej zdecydowanej poprawy sytuacji epidemiologicznej na terenie niektórych województw w ostatnich latach (na przykład w woj. łódzkim i lubelskim; ryc. 6.11). Ponieważ tempo spadku zapadalności mężczyzn i zapadalności kobiet w Polsce jest zbliżone, mężczyźni nadal zapadają na gruźlicę ponad dwukrotnie częściej niż kobiety (zapadalność w 2010 r. odpowiednio: 28,0 i 11,9). Zapadalność na gruźlicę mieszkańców wsi w 2010 r. po raz pierwszy była nieznacznie niższa od zapadalności mieszkańców miast (odpowiednio: 19,4 i 19,8).



Ryc. 6.10. Zapadalność na gruźlicę w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: WHO HFA DB)

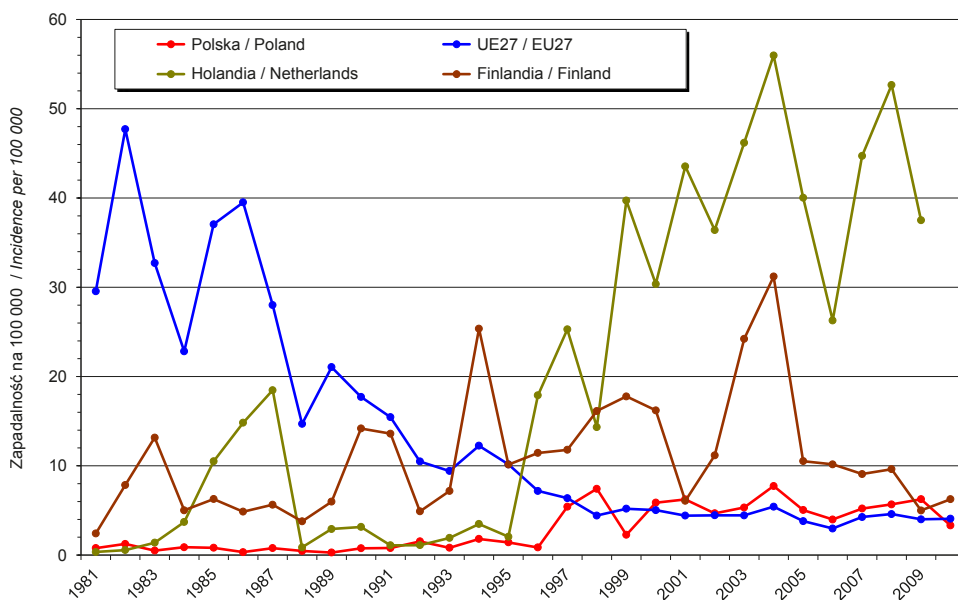
Fig. 6.10. Tuberculosis incidence in Poland and average incidence in EU countries in years 1981-2010



Ryc. 6.11. Zapadalność na gruźlicę wg województw w latach 2000, 2005 i 2010 (źródło: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc)

Fig. 6.11. Tuberculosis incidence by voivodeship in years 2000, 2005 and 2010 (source: National Institute of Tuberculosis and Lung Disease)

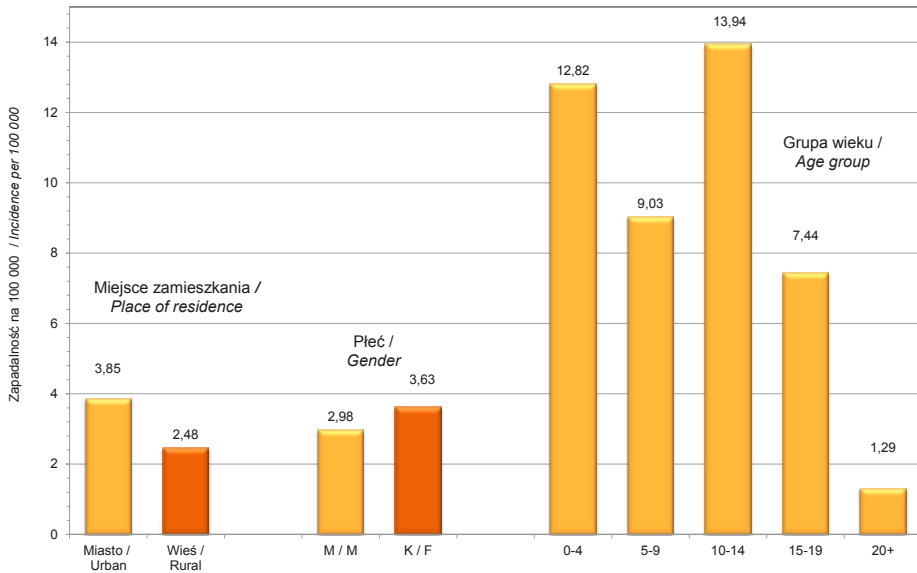
Spośród chorób objętych wieloletnimi programami obowiązkowych szczepień, jedynie w przypadku krztuśca, pomimo utrzymywania wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci w 1-2 r.ż., nastąpiło wyraźne pogorszenie się sytuacji epidemiologicznej, objawiające się wzrastającą liczbą zachorowań w latach 90. ubiegłego wieku. Podobne zjawisko odnotowano także w różnych latach w kilku innych krajach europejskich (ryc. 6.12), jednak zapadalność na krztusiec w Polsce, wcześniej bardzo niska - szczególnie w porównaniu z przeciętną zapadalnością w krajach UE - przy spadkowej tendencji obserwowanej w większości innych krajów europejskich wzrosła na tyle, że w 1998 r. po raz pierwszy przekroczyła poziom przeciętnej zapadalności w krajach UE (Polska 7,4 na 100 000; UE 4,3). Większość zachorowań na krztusiec notowano wśród dzieci w wieku od 5 do 14 lat, toteż doprogramu szczepień ochronnych w Polsce wprowadzono na przełomie 2003/4 r. podawanie przypominającej dawki szczepionki przeciw krztuścowi dzieciom w 6 r.ż. (szczepionkę DT zastąpiono szczepionką DTaP). Zmniejszyło to zapadalność wśród starszych dzieci (ryc. 6.13) i zapobiegło dalszemu wzrostowi liczby zachorowań, a w perspektywie najbliższych lat powinno spowodować bardziej wyraźny spadek zapadalności ogólnej, przynajmniej do poziomu notowanego w latach 80., tj. poniżej 1 zachorowania na 100 000 ludności. W 2010 r. zapadalność była jeszcze relatywnie wysoka, bo wynosiła 3,3 na 100 000.



Ryc. 6.12. Zapadalność na krztusiec w Polsce, Holandii i Finlandii oraz przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: WHO HFA DB)

Fig. 6.12. Pertussis incidence in Poland, Holland and Finland and average incidence in EU countries in years 1981-2010 (source: WHO HFA DB)

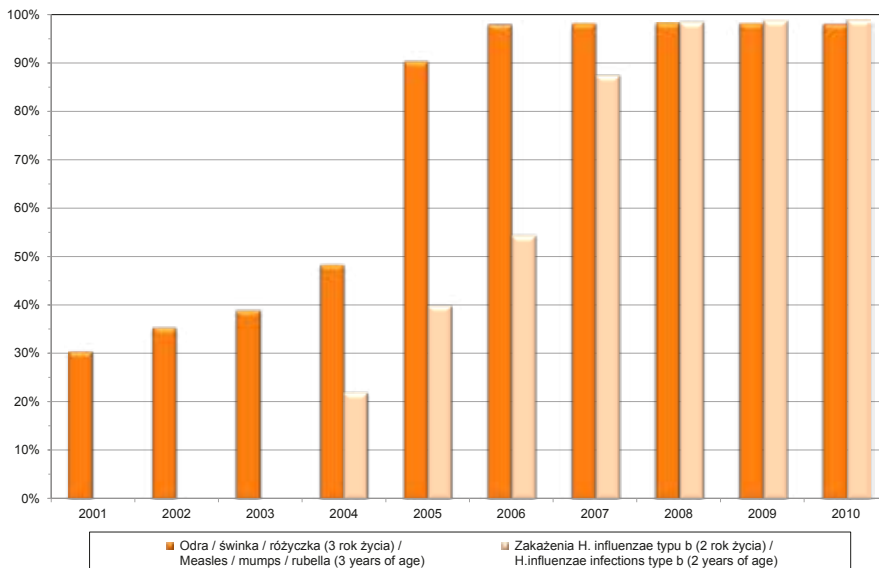
W przypadku różyczki, wprowadzone w 1988 r. obowiązkowe szczepienie przeciw tej chorobie dziewcząt w 13 r.ż. nie mogło wpłynąć w poważniejszym stopniu na poziom zapadalności w kraju, wykonywane było bowiem już po okresie najwyższej zapadalności dzieci na różyczkę, który przypada na wiek 5-9 lat. Nie było to zresztą celem, w jakim wprowadzono to szczepienie. Uodpornianie dziewcząt przed wejściem w wiek rozrodczy miało chronić je



Ryc. 6.13. Zapadalność na krztusiec w 2010 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

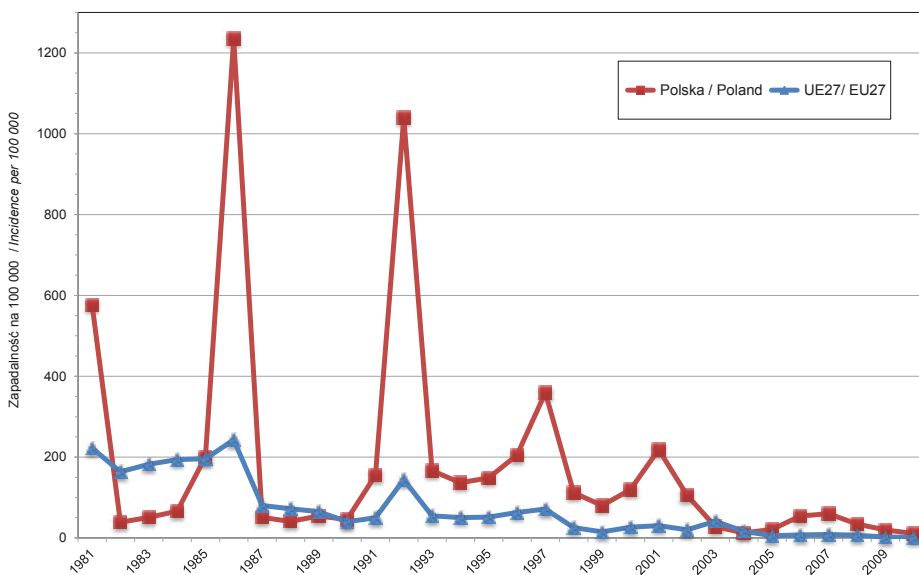
Fig. 6.13. *Pertussis incidence in 2010 by place of residence, gender and age*

przed zakażeniem w okresie ewentualnej ciąży i zapobiegać zespołowi różyczki wrodzonej u noworodka. W miarę upływu lat, systematycznie obniżając zapadalność na różyczkę kobiet w wieku rozrodczym, szczepienie zmieniało jednak nieco stosunek zapadalności chłopców/mężczyzn ogółem i dziewcząt/kobiet ogółem, z tendencją do powiększania się różnicy. Na obniżenie ogólnej zapadalności wpłynąć mogło dopiero wprowadzenie do programu szczepień w 1995 r. poliwalentnej szczepionki przeciwko odrze, śwince i różyczce, jako zalecanej (odpłatnej), zamiast monowalentnej szczepionki przeciw odrze (bezpłatnej), i coraz częstsze (z roku na rok) korzystanie z tej możliwości przez rodziców (ryc. 6.14.). Momentami, które radykalnie zmieniły sytuację epidemiologiczną różyczki w Polsce, zdecydowanie niekorzystnie prezentującą się na tle sytuacji w innych krajach europejskich (ryc. 6.15.), było wprowadzenie obowiązkowego szczepienia przeciw odrze-śwince-różyczce: w 2003 r. - zamiast podstawowego szczepienia przeciw odrze, a w 2004 r. - zamiast przypominającej dawki szczepionki przeciw tej chorobie. Efekty były widoczne już po kilku latach, gdy pierwsze roczniki dzieci zaszczepionych w 13-14 miesiącu życia osiągnęły wiek 5-9 lat, w którym ryzyko zachorowania na różyczkę było dotychczas najwyższe (ryc. 6.16). W 2010 r. zapadalność w tej grupie wieku obniżyła się w Polsce do 86,9 na 100 000, przy ogólnej zapadalności (w całej populacji) 11,0. Oznaczało to radykalny spadek ogólnej zapadalności, niemniej pozostała ona wyższa od przeciętnej zapadalności w UE prawie osmiokrotnie.



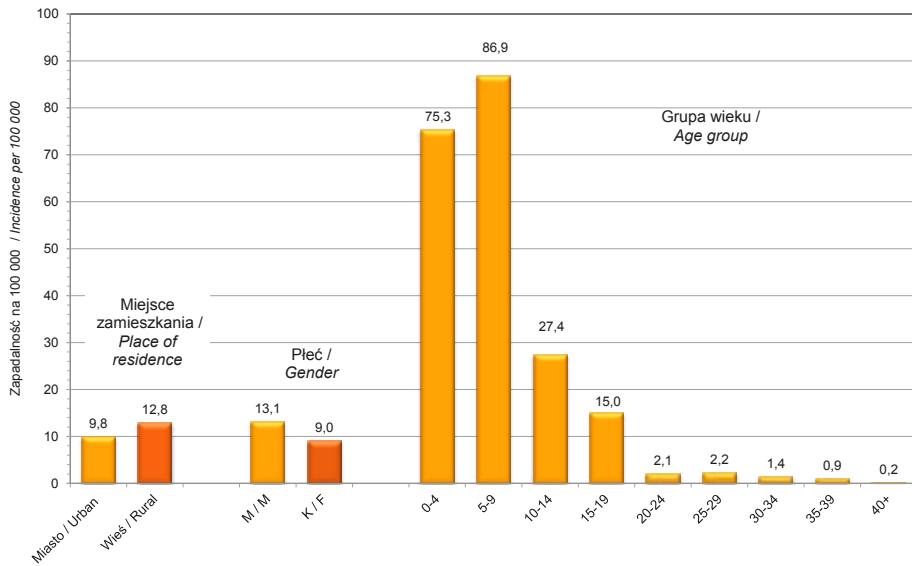
Ryc. 6.14. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2010. Odsetek dzieci w 2-3 roku życia zaszczepionych przeciw odrze-świnie-różyczce oraz zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b

Fig. 6.14. Vaccination Program in 2001-2010. The percentage of children at 2-3 years of age vaccinated against measles-mumps-rubella and *Haemophilus influenzae* type b infections.



Ryc. 6.15. Zapadalność na różyczkę w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: WHO HFA DB)

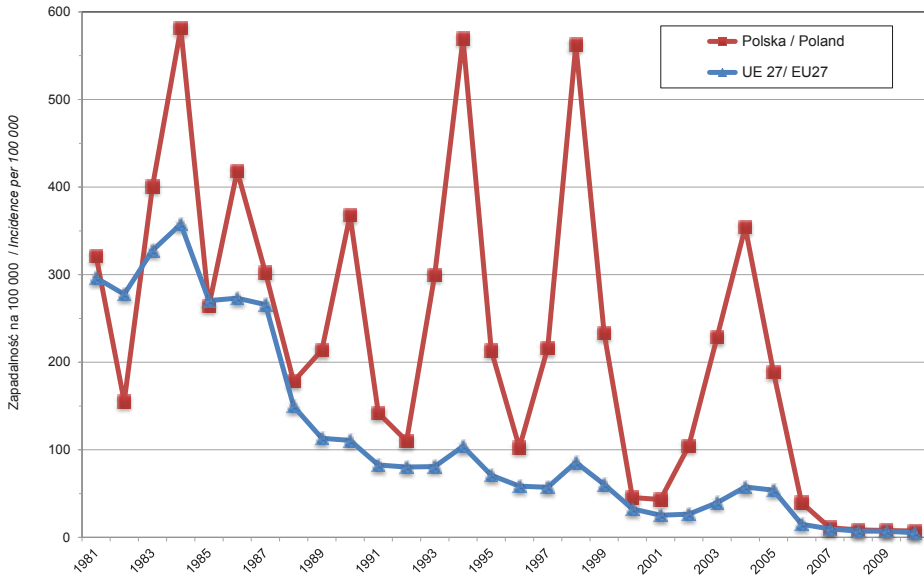
Fig. 6.15. Rubella incidence in Poland and average incidence in EU countries in years 1981-2010 (source: WHO HFA DB)



Ryc. 6.16. Zapadalność na różyczkę w 2010 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku
 Fig. 6.16. Rubella incidence in 2010 by place of residence, gender and age

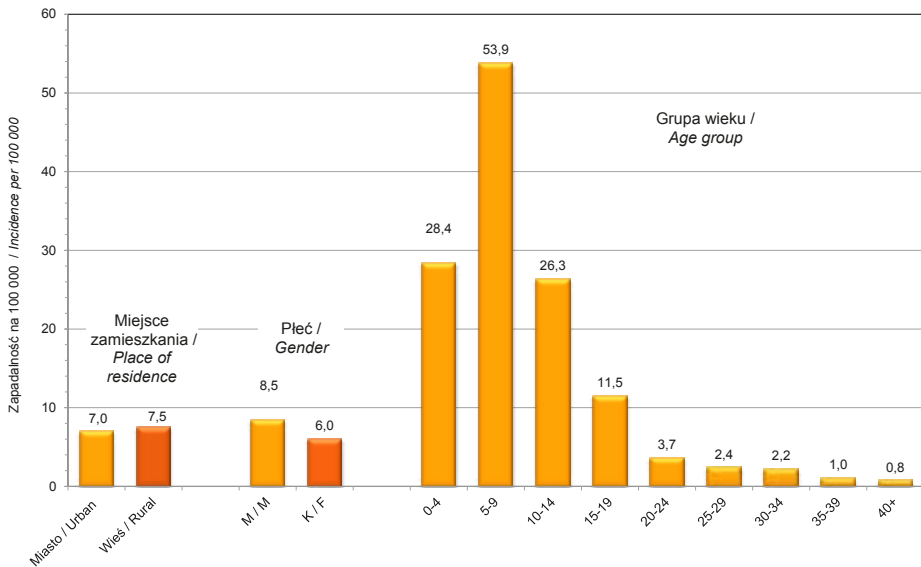
Zapadalność na świnkę w ostatnich dekadach miała w Polsce lekki, ale wyraźny, trend spadkowy (podobnie jak szereg innych chorób zakaźnych), jednak w odróżnieniu od innych chorób mniej zauważalny ze względu na występujące cyklicznie epidemie (na ogół co 3-4 lata). Była to jednak cały czas (nawet w okresach zacisza międzyepidemicznego) zapadalność znacznie przewyższająca przeciętną zapadalność w krajach UE (ryc. 6.17). Różnica miała tendencję do powiększania się, w związku z wcześniejszym (lub w szerszym zakresie) wprowadzaniem w innych krajach szczepień przeciw tej chorobie. Wspomniana wyżej zmiana w programie obowiązkowych szczepień dzieci w Polsce, czyli wprowadzenie szczepień przeciw odrze-świnie-różyczce, owocuje szybkim obniżaniem się tej zapadalności w tempie podobnym jak w przypadku różyczki. Wiek, w którym ryzyko zachorowania na świnkę jest największe, jest praktycznie ten sam co w przypadku różyczki (ryc. 6.18). W 2010 r. odnotowano w Polsce najniższą zapadalność na świnkę (7,2 na 100 000) od czasu podjęcia rejestracji zachorowań na tę chorobę, tj. od lat 50. ubiegłego wieku.

Szczepienie przeciw zakażeniom wywołanym przez *Haemophilus influenzae* typu B (Hib) po raz pierwszy zostało umieszczone w programie szczepień w Polsce w 1997 r., jako zalecane „dzieciom od 2 miesiąca życia dla zapobiegania zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych, posocznicy, zapaleniom nągłośni itp.” Jako szczepienie obowiązkowe w 1 i 2 r.ż. - ale obejmujące wyłącznie dzieci z domów dziecka, jako grupę szczególnie narażoną - wprowadzono je do programu szczepień w 2004 r., by w 2005 r. poszerzyć tę grupę o dzieci w tym samym wieku, pochodzące z rodzin wielodzietnych (nie mniej niż troje dzieci). Szczepienie powszechne, obejmujące wszystkie dzieci w 2 m.ż. wprowadzono w 2007 r. W tym samym roku ogólna zapadalność na inwazyjną chorobę wywołaną przez *H. influenzae* w Polsce (0,11 na 100 000) okazała się niższa od odnotowanej dwa lata wcześniej o 42,6% (pomimo wzrostu liczby zarejestrowanych posocznicy), a zapadalność na zapalenie opon mózgowo-



Ryc. 6.17. Zapadalność na świnkę w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: WHO HFA DB)

Fig. 6.17. Mumps incidence in Poland and average incidence in EU countries in years 1981-2010 (source: WHO HFA DB)



Ryc. 6.18. Zapadalność na świnkę w 2010 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

Fig. 6.18. Mumps incidence in 2010 by place of residence, gender and age

rdzeniowych i/lub mózgu (0,09) niższa o 40,6%. Był to niewątpliwie efekt prowadzonych szczepień. Dane o przypadkach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zarejestrowanych od 1997 r. wskazują, że spadkowy trend liczby zachorowań na tę postać kliniczną choroby zarysował się już po 1998 r. i już wówczas mogło to się wiązać z rozpoczęciem szczepień. Po ich wprowadzeniu do programu szczepień zalecanych liczba osób szczepionych przeciw Hib zaczęła szybko wzrastać: od około 10 tys. zaszczepionych w 1997 r. do ponad 110 tys. w 2003 r. i ponad 226 tys. w 2006 r., tj. na rok przed wprowadzeniem szczepień obowiązkowych, przy czym (szacunkowo) około 95% osób szczepionych w tym okresie stanowiły dzieci w wieku poniżej 5 r.ż. W 2010 r. przeciw zakażeniom Hib w Polsce zaszczepionych było (pełnym cyklem) 47,8% dzieci w 2 r.ż. oraz 95,6% w 3 r.ż. (ryc. 6.14), a zapadalność ogółem na inwazyjną chorobę wywołaną przez Hib wyniosła 0,07 na 100 000, w tym na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 0,03.

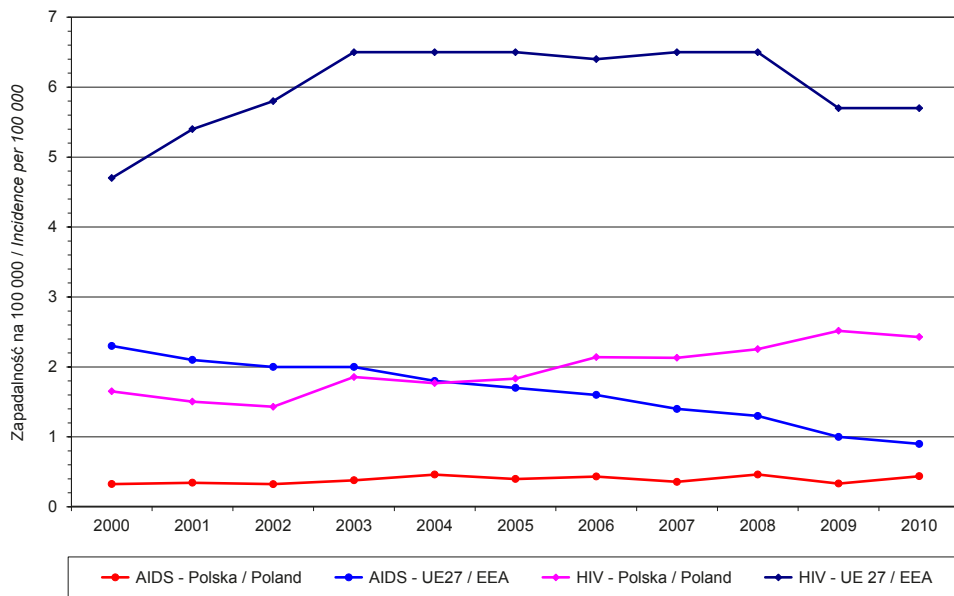
6.2. Inne choroby zakaźne

6.2.1. Zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)

W 2011 roku mija 30 lat od zgłoszenia pierwszego przypadku AIDS w Stanach Zjednoczonych i choć skutek intensywnych wysiłków zdrowia publicznego i medycyny udało się ustabilizować wskaźnik nowych zakażeń na świecie, wciąż w 2010 r. według szacunków UNAIDS na każde 3 osoby, które rozpoczęły leczenie antyretrowirusowe, przypadało 5, które uległo zakażeniu.

Zapadalność na AIDS w krajach Unii Europejskiej w jej obecnym kształcie od wielu lat wykazuje tendencję spadkową (ryc. 6.19). W 2009 r. odnotowano 1 zachorowanie na 100 000 ludności, co stanowi ponad 2-krotny spadek w stosunku do 2003 r. Tendencja ta wiąże się z wysokim odsetkiem osób zakażonych, które są skutecznie leczone antyretrowirusowo i nie dotyczy ona krajów Europy wschodniej, gdzie odnotowano w tym czasie znaczny wzrost. W Polsce zapadalność na AIDS kształtuje się na niższym poziomie (0,3 – 0,4 na 100 000 ludności), jednak pomimo prowadzonego od lat programu leczenia antyretrowirusowego nie obserwuje się spadku liczby zachorowań. Dotyczą one w dużej części osób, u których zakażenie HIV zostało rozpoznane zbyt późno (około 60% zachorowań). Dwie trzecie spośród zachorowań osób, które wcześniej nie wiedziały, że są zakażone, to zachorowania osób zakażonych drogą kontaktów hetero- lub homoseksualnych. Z kolei w grupie chorych, u których zakażenie HIV wykryto przed wystąpieniem objawów klinicznych AIDS, 70%-80% stanowią osoby zakażone drogą dożylnego przyjmowania narkotyków, co odzwierciedla trudności w objęciu opieką tej grupy pacjentów.

Z kolei wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń HIV w przeliczeniu na 100 000 ludności na terenie Unii Europejskiej, po wzroście w latach 2000-2003 spowodowanym epidemią wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w krajach wschodniej Europy, ustabilizował się na poziomie około 6,5 (ryc. 6.19). W 2009 r. wahał się on jednak od 1,5 i poniżej w Rumunii, Czechach, Słowacji i na Węgrzech do ponad 10 w Belgii, Wielkiej Brytanii a także na Łotwie i do 30,7 w Estonii. W Polsce wyniósł on w latach 2009-2010 2,5 na 100 000 ludności i choć w porównaniu do wielu krajów UE jest to wartość korzystna, należy zwrócić uwagę, że stanowi również najwyższą wartość wskaźnika nowo wykrywanych zakażeń HIV w Polsce od początku epidemii, wyższą niż podczas ogniska związanego z iniekcyjnym używaniem narkotyków na przełomie lat 80. i 90. (2,1 na 100 000). W latach 2000-2010 wystąpił



Ryc. 6.19. Wskaźnik nowo wykrytych zakażeń HIV i zapadalność na AIDS na 100 tys. populacji w Polsce i krajach UE (źródło: Raporty roczne ECDC, Zakład Epidemiologii NIZP-PZH)

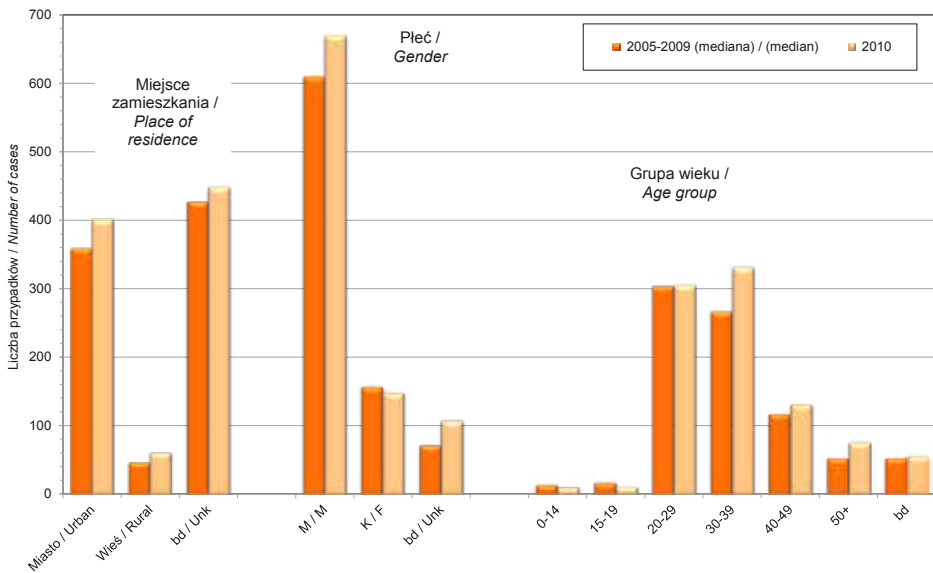
Fig. 6.19. Newly detected HIV cases and AIDS incidence per 100,000 population in Poland and EU countries (source: ECDC Annual Reports, Department of Epidemiology NIPH – NIH)

ponad 50% wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV. Wzrost ten można częściowo wyjaśnić zwiększoną liczbą wykonywanych badań w kierunku HIV. Jak dotąd liczba badań w kierunku HIV wykonywanych w Polsce należy do najniższych w Europie (5,6 na 1000 mieszkańców w 2009 r., nie uwzględniając dawców krwi), a wysoki odsetek osób z nowo rozpoznany zakażeniem HIV w fazie znacznego upośledzenia odporności wskazuje, że istotna grupa osób żyjących z HIV w Polsce może nie być tego świadoma. Z drugiej strony jednak wiele przemawia za zmieniającym się obrazem epidemii HIV w Polsce. Wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń dotyczył głównie mężczyzn, którzy stanowili w 2009 i 2010 r. 82% zakażonych, podczas gdy w latach poprzednich 70%-75% (ryc. 6.20). Wiąże się to ze wzrostem liczby zakażeń wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami. Udział procentowy zakażeń nabytych tą drogą zarejestrowanych w systemie rutynowego nadzoru epidemiologicznego wahał się od 6,6% do 14,3% zakażeń o znanej drodze zakażenia w latach 2000 – 2005 i wzrósł do 35,6% w 2009 r. i 53,1% w 2010 r. Niestety dużym ograniczeniem użyteczności tych danych jest niska kompletność informacji o drodze zakażenia, w ostatnich latach brak danych kształtuje się na poziomie 70-80%.

Najwyższe liczby nowo-wykrytych zakażeń notuje się w grupach wieku 20-29 lat i 30-39 lat. W 2010 r. zakażenia wykryte w tych grupach wieku stanowiły odpowiednio 35,2% i 38,2% wszystkich nowo wykrytych zakażeń HIV (ryc. 6.20). Należy jednak zauważyć, że zwiększa się udział zakażeń wykrywanych w wieku powyżej 40 roku życia – w 2010 r. stanowiły one 24,0% wszystkich nowo wykrytych zakażeń. Nie obserwuje się natomiast przyrostu liczby przypadków wśród nastolatków (15-19 lat). Wynika to ze zmniejszającej się liczby zakażeń drogą wstrzykiwania narkotyków, natomiast obserwuje się niewielki

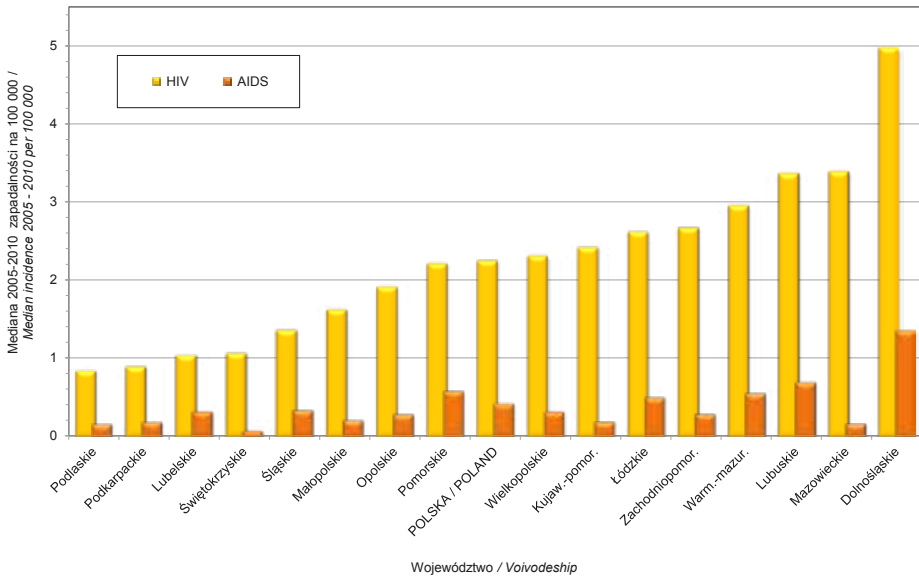
wzrost zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych w tej grupie. Pomimo ponawianych wysiłków, by wdrożyć program badań w kierunku HIV wśród kobiet ciężarnych wciąż rejestruje się zakażenia wertykalne. Wskaźnik na 1000 urodzeń żywych wynosi około 0,02 – 0,03 i nie wykazuje tendencji spadkowej. Przy dostępnej obecnie skutecznej profilaktyce zakażeń wertykalnych, zakażenia dzieci dotyczą w zasadzie tylko kobiet z nierozpoznanym zakażeniem HIV.

Zdecydowaną większość nowo-wykrywanych zakażeń HIV stanowią zakażenia mieszkańców miast. Zwraca jednak uwagę, że obserwowana tendencja wzrostowa liczby zakażeń dotyczy właściwie w równym stopniu mieszkańców miast i mieszkańców obszarów wiejskich (ryc. 6.20). Sytuacja epidemiologiczna wykazuje również duże wahania terytorialne. Wskaźnik nowo-wykrywanych zakażeń w ostatnich latach (mediana z lat 2006-2010) w województwie dolnośląskim (5,0 na 100 000) był prawie 6-krotnie wyższy niż w województwie podlaskim (0,85) (ryc. 6.21). Podczas gdy różnice te można częściowo przypisać lepszej diagnostyce w kierunku HIV, potwierdzają się one zarówno w zapadalności AIDS jak i - niezależnie od nadzoru epidemiologicznego - w danych na temat zakażeń wykrywanych wśród dawców krwi.



Ryc. 6.20. Rozkład nowo wykrywanych zakażeń HIV w latach 2005-2010 według miejsca zamieszkania, płci i wieku

Fig. 6.20. Distribution of newly detected HIV cases in 2005-2010 by place of residence, gender and age



Ryc. 6.21. Wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń HIV i zapadalność na AIDS na 100 tys. ludności w latach 2005-2010, według województw

Fig. 6.21. Newly detected HIV cases and AIDS incidence per 100,000 population in years 2005-2010 by voivodeship

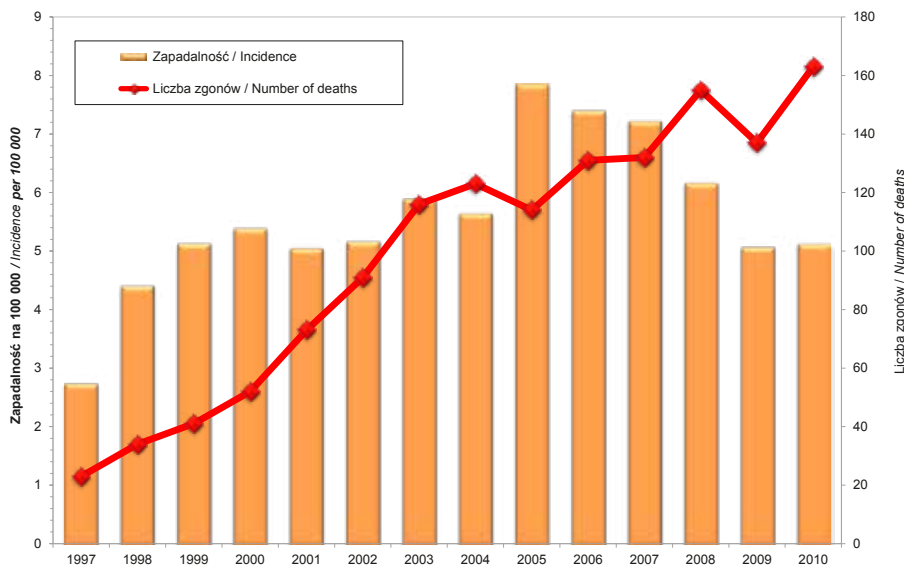
6.2.2. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Według obowiązujących definicji stosowanych do celu nadzoru epidemiologicznego nie rozróżnia się wirusowego zapalenia wątroby typu C od bezobjawowego zakażenia wirusem HCV. Jednakże ze względu na to, że do niedawna ściśle monitorowaniu podlegały jedynie przypadki objawowe (obecność objawów klinicznych lub podwyższony poziom transaminaz) do porównań wieloletnich nadal stosowana jest stara definicja.

Podobnie trudności nastęrcza porównanie pomiędzy krajami, nawet na terenie Europy, gdzie dotąd nie funkcjonuje w pełni ujednolicona definicja przypadku i kraje różnią się znacznie zarówno pod względem stosowanych kryteriów diagnostycznych, jak i rejestrowania i wydzielania przypadków ostrych, przewlekłych, przebiegających bezobjawowo itd. Biorąc pod uwagę wszystkie ograniczenia, dostępne dane wskazują, że problem wzv C na terenie Europy narasta. W badaniach przekrojowych dotyczących populacji ogólnej w większości krajów europejskich notuje się rozpowszechnienie poniżej 1%, znacznie powyżej plasują się kraje takie jak Rumunia i Litwa, a zwłaszcza Włochy. W Polsce badania wskazują na rozpowszechnienie w przybliżeniu 1%.

Zapadalność na objawowe wzv C w Polsce w 2009 r. wyniosła 5,08 na 100 000 ludności, a w 2010 – 5,13 i była niższa o 34% od najwyższej dotąd notowanej (7,85 w 2005 r.) (ryc. 6.22). Odnotowany spadek zapadalności w ostatnich latach wymaga dalszej obserwacji, z uwagi na istotne zmiany w nadzorze nad tą chorobą, które zostały wdrożone w ostatnim czasie, m.in. wdrożenie definicji przypadku. Na uwagę zasługuje umiarkowanie z powodu wzv C, która pomimo spadającej zapadalności utrzymywała się na wysokim poziomie,

aż do 2009 r., kiedy znacznie poprawiono dostępność leczenia przyczynowego. Wstępne dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują jednak na ponowny wzrost umieralności w 2010 r. (ryc. 6.22).

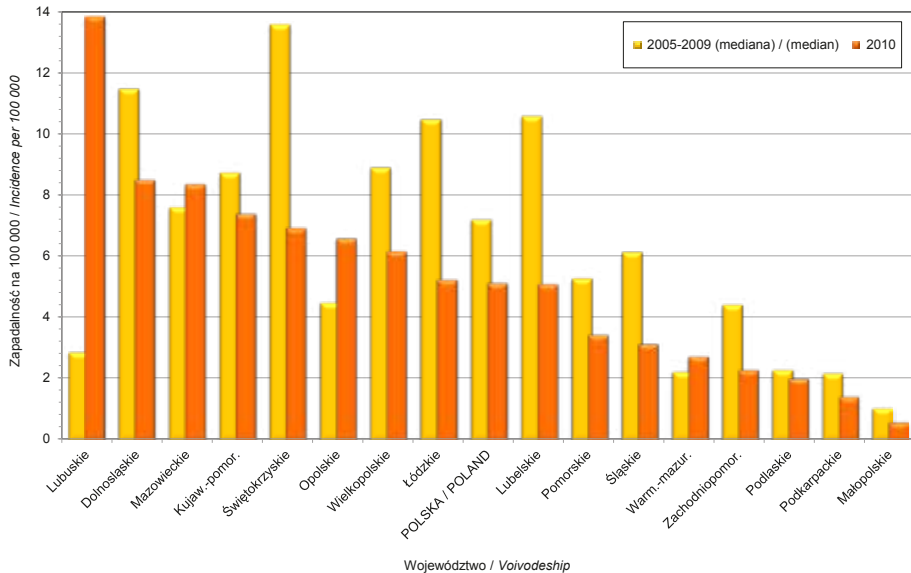


Ryc. 6.22. Zapadalność na wzw C oraz liczba zgonów z powodu ostrego lub przewlekłego wzw C w latach 1997-2010

Fig. 6.22. *Hepatitis C incidence (acute and chronic cases) and number of hepatitis C deaths in years 1997-2010*

Rozkład wiekowy zachorowań w 2010 r. pozostawał zbliżony do obserwowanego poprzednio (ryc. 6.23): najwyższą zapadalność odnotowano wśród dorosłych w wieku 40-60 lat, wśród mężczyzn również w grupie wieku 25-29 lat. Nadal zapadalność była wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet, przy czym różnica ta była wyraźna wśród nastolatków i osób młodych, poniżej 40 roku życia. Powyżej 50 roku życia zapadalność wśród kobiet nawet nieznacznie przewyższała zapadalność wśród mężczyzn. Ponadto, zapadalność w 2010 r. była znacznie wyższa wśród mieszkańców miast (6,42) w porównaniu do mieszkańców wsi (3,12). Należy zauważyć, że spadek zapadalności w stosunku do mediany z lat 2005-2009 dotyczył w równym stopniu mieszkańców miast i wsi, kobiet i mężczyzn. Można jednak zauważyć, że był istotniejszy, >50%, w młodszych grupach wieku, niż w starszych (20%-30%).

W 2010 r. zapadalność na wzw C wykazywała zdecydowane zróżnicowanie terytorialne – zapadalność w województwie lubuskim była ponad 24-krotnie wyższa niż w województwie małopolskim. Tak duże rozbieżności jak również bardzo znaczne zmiany w stosunku do mediany z poprzedzającego okresu wskazują na istotny wpływ zmian administracyjnych na statystykę zachorowań. Niemniej jednak warto podkreślić, że przy ogólnokrajowej tendencji spadkowej w kilku województwach zapadalność w 2010 r. wzrosła w stosunku do mediany zapadalności 2005-2009: w lubuskim o 380%, opolskim o 47%, warmińsko-mazurskim o 22% i mazowieckim o 10%.



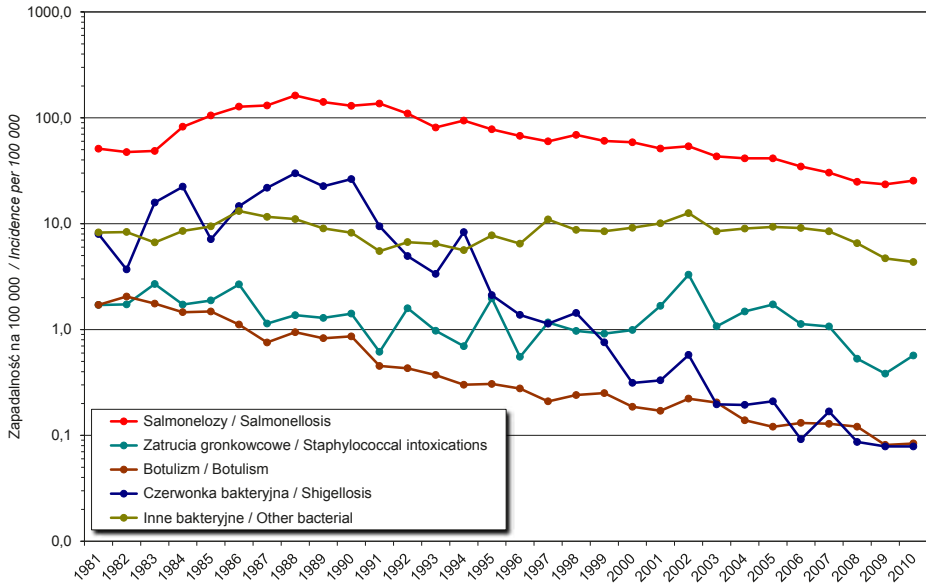
Ryc. 6.23. Zapadalność na wzv C (przypadki objawowe ostre i przewlekłe) w latach 2005-2010, według województw

Fig. 6.23. Hepatitis C incidence (acute and chronic cases) in years 2005-2010 by voivodeship

6.2.3. Zatrucia i zakażenia pokarmowe

Choroby przenoszone drogą pokarmową stanowią grupę jednostek chorobowych różniących się wywołującymi je czynnikami, jak również objawami klinicznymi, których wspólną cechą jest droga zakażenia. Wyodrębnienie tak szerokiej i złożonej grupy chorób w nadzorze epidemiologicznym podyktowane było ich ważną rolą w zdrowiu publicznym oraz tym, że stanowią podstawową miarę bezpieczeństwa żywności i poziomu higieny gospodarstw domowych oraz miejsc przyrządzania i serwowania posiłków w skali populacji. Dynamikę zapadalności na bakteryjne zakażenia i zatrucia pokarmowe od 1981 r. przedstawia rycina 6.24. Przedstawione (w skali logarytmicznej) krzywe obrazują wielkie różnice w zapadalności pomiędzy poszczególnymi chorobami i dobrze ilustrują malejące trendy zapadalności na salmonelozę, czerwonkę bakteryjną czy zatrucia jadem kiełbasianym oraz względnie stabilną sytuację epidemiologiczną w zakresie zatruc gronkowcowych oraz zakażeń nie zdiagnozowanych pod względem etiologicznym.

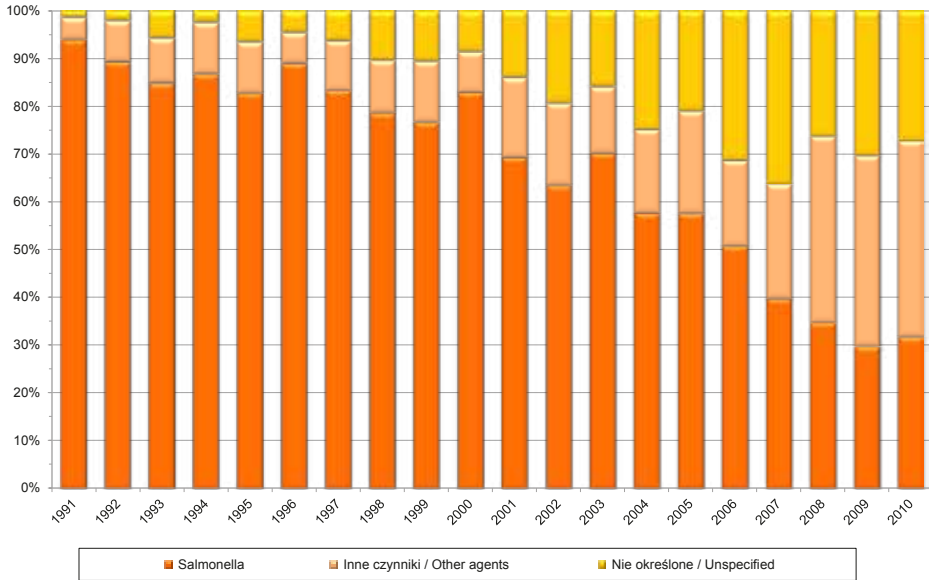
W Polsce przez wiele lat dominującym czynnikiem będącym przyczyną zakażeń pokarmowych były bakterie rodzaju *Salmonella*, wśród których dominującym gatunkiem była *S. Enteritidis*. W 1991 r. odsetek ogółu ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych wywołanych tym patogenem przekraczał 90% (ryc. 6.25). Inne czynniki występowały znacznie rzadziej i badania w ich kierunku rzadziej były podejmowane. Okresem szczególnego wzrostu zapadalności na salmonelozę była druga połowa lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. W latach 90. ubiegłego wieku nastąpił wyraźny spadek zapadalności na zakażenia pokarmowe wywołane przez pałeczki *Salmonella* i od drugiej ich połowy zapadalność w Polsce nie odbiega istotnie od średniej dla krajów UE. (ryc. 6.26). Zapadalność na zakażenia pokarmo-



Ryc. 6.24. Zapadalność na salmonelozę i inne bakteryjne zatrucia i zakażenia pokarmowe w latach 1981-2010

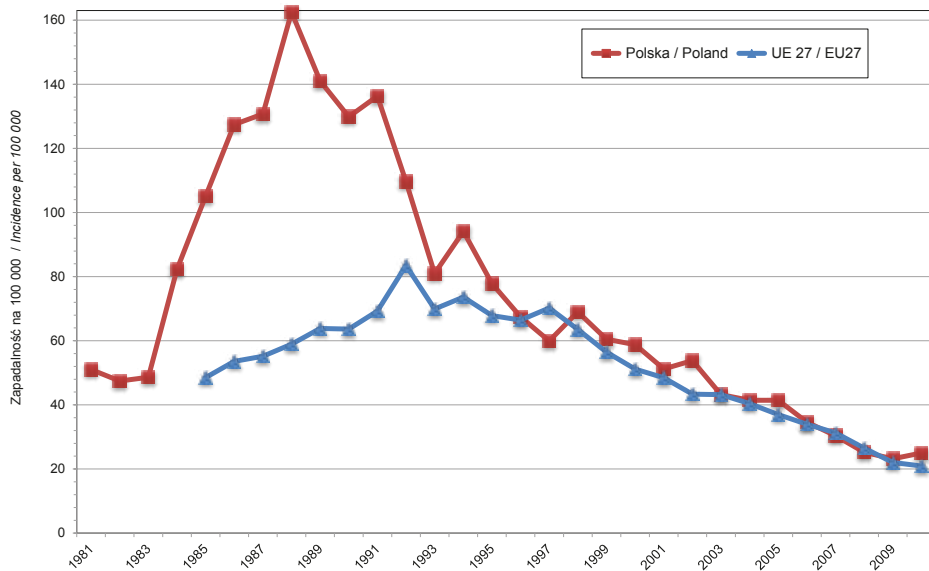
Fig. 6.24. *Salmonellosis and other bacterial foodborne intoxications and infections incidence in 1981-2010*

we wywołane przez pałeczki *Salmonella* jest, podobnie jak w przypadku innych czynników etiologicznych, najwyższa i najczęściej zgłaszana w najmłodszych grupach wiekowych. Wśród dzieci w wieku 0-4 lata wynosiła w 2010 r. 206,2 na 100 000, a w drugim roku życia nawet 277,6, po czym ulegała obniżeniu aż do najniższego poziomu - 8,9 w grupie wieku 40-44 lat i następnie nieznacznie wzrastała - do 16,8 u osób powyżej 74 roku życia. Nieco wyższa jest zapadalność wśród mężczyzn niż wśród kobiet i na wsi niż w mieście (ryc. 6.27). Występują znaczne różnice terytorialne. W 2010 r. zapadalność na obszarze poszczególnych województw wahała się w granicach od 12,3 na 100 000 ludności w woj. dolnośląskim do 38,5 w woj. podlaskim (ryc. 6.28). Zapoczątkowany w latach dziewięćdziesiątych trend spadkowy odsetka zakażeń wywołanych przez pałeczki *Salmonella* w ogniskach nasilił się wyraźnie po 2000 r. W 2010 i 2011 osiągnął on trochę powyżej 30%. Jednocześnie powyżej 40% wzrósł odsetek zakażeń pokarmowych wywołanych przez inne zdiagnozowane czynniki, wśród których obserwowana jest tendencja wzrostowa zakażeń wywołanych przez wirusy, a w szczególności zakażenia wywołane norowirusami. Niestety, nadal, niemal w 30 - 40% ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce czynnik etiologiczny nie został wykryty. Ten wysoki odsetek nie zdiagnozowanych pod względem czynnika chorobotwórczego zakażeń pokarmowych jest w dużym stopniu związany z niedostatkami bazy laboratoryjnej oraz braku zainteresowania dokładniejszą diagnostyką lekarzy leczących tę grupę chorych. Jednak w tym zakresie sytuacja ulega stopniowej poprawie.



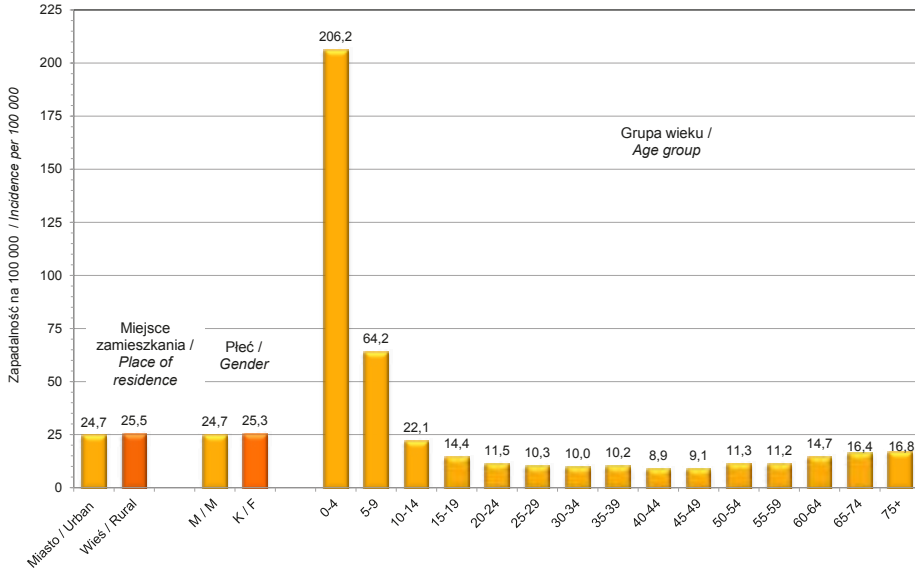
Ryc. 6.25. Ogniska zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce w latach 1991-2010 według czynnika etiologicznego

Fig. 6.25. Foodborne outbreaks in Poland in 1991-2010 by etiological agent



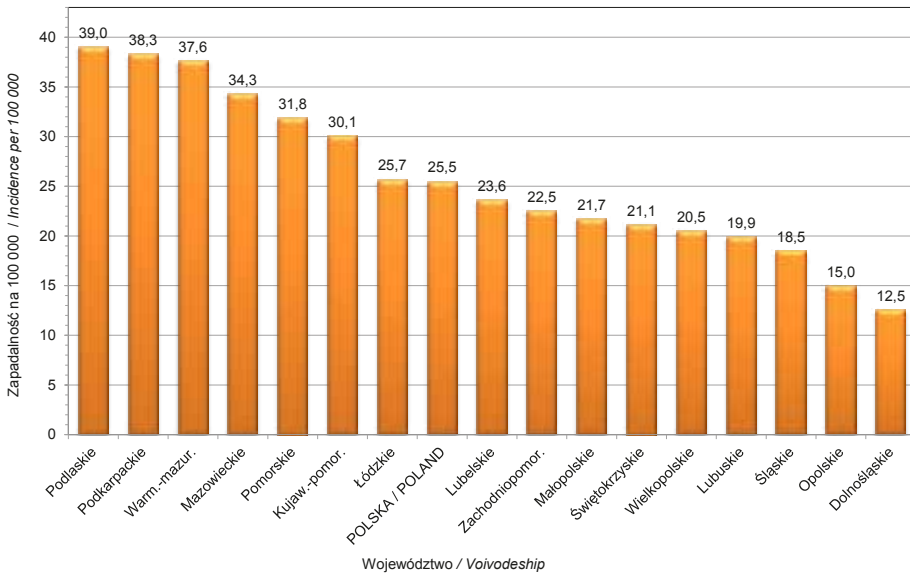
Ryc. 6.26. Zapadalność na salmonelozę w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: WHO HFA DB)

Fig. 6.26. Salmonellosis incidence in Poland and average incidence in EU countries (source: WHO HFA DB)



Ryc. 6.27. Zapadalność na salmonelozę wg miejsca zamieszkania, płci i wieku w 2010 r.

Fig. 6.27. Salmonellosis incidence in 2010 by place of residence, gender and age



Ryc. 6.28. Zapadalność na salmonelozę w 2010 r. wg województw

Fig. 6.28. Salmonellosis incidence in 2010 by voivodeship

Dwa ważne rodzaje bakterii, wywołujących zakażenia pokarmowe – *Campylobacter* i *Yersinia* są diagnozowane coraz częściej, choć nadal dużo rzadziej niż w krajach Europy Zachodniej. Od 2002 r. zachorowania spowodowane *Campylobacter spp.* są obowiązkowo

zgłaszane w ramach systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi. Liczba rozpoznawanych i zgłaszanych przypadków kamylobakteriozy powiększa się z każdym rokiem. W latach 2003 i 2004 zgłoszenia pochodziły jedynie z województw małopolskiego i mazowieckiego. W kolejnych latach dołączały następne województwa, na terenie których sukcesywnie wprowadzana jest w laboratoriach metodyka wykrywania pałeczek z rodzaju *Campylobacter* w materiale klinicznym. W 2010 r. zgłoszono 375 zachorowań na kamylobakteriozę z terenu 11 województw, co prawdopodobnie jest konsekwencją zarówno wzrostu liczby laboratoriów prowadzących badania w tym kierunku, jak i wzrostu świadomości lekarzy o możliwości zakażeń jelitowych wywołanych tym patogenem oraz o istnieniu obowiązku zgłaszania tej jednostki chorobowej. O ile w 2003 r. odsetek osób hospitalizowanych, u których stwierdzono kamylobakteriozę wynosił prawie 87%, to w kolejnych latach ulegał zmniejszeniu i w 2010 r. wyniósł 54,1%.

Zakażenia pałeczkami *Yersinia* są również rejestrowane coraz częściej. W dwóch pierwszych latach (2003 r. i 2004 r.) raportowania tej choroby liczba przypadków zgłoszonych wyniosła odpowiednio 71 i 84. W roku 2005 do systemu nadzoru zgłoszono już 136 przypadków zachorowań. W roku 2006 zarejestrowano podobną liczbę - 140 przypadków a w 2010 r. - 206. Czynniki wpływające na wzrost liczby zgłaszanych zachorowań są prawdopodobnie takie same jak w przypadku kamylobakteriozy. Od początku okresu raportowania jersiniozy odsetek osób hospitalizowanych w wyniku zachorowania był bardzo wysoki i wahał się od 59,2% w roku 2003 do 83,1 w 2005. W roku 2006 wyniósł on 67,9%, a w 2010 – 75,7%. Takie odsetki hospitalizacji w kolejnych latach mogą świadczyć przede wszystkim o tym, że jersinioza jest rozpoznawana w przypadkach, gdy zachorowanie ma ciężki przebieg i wymaga hospitalizacji. Od roku 2004 zgłaszane są zachorowania spowodowane pałeczkami *Y. enterocolitica* O8 (tzw. „serotyp amerykański”). Początkowo zachorowania były ograniczone do 2-3 województw obecnie stwierdzane są prawie na terenie całego kraju.

Ważnym wskaźnikiem bezpieczeństwa żywności i stanu sanitarnego kraju są rejestrowane liczby ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych. W latach 1988-1991 liczba rocznie rejestrowanych ognisk przekraczała 700, a od 1996 pozostaje poniżej 400, za wyjątkiem lat 1998 i 2005, kiedy to nieznacznie przekroczyła tę liczbę. Pozostałe choroby przenoszone drogą pokarmową rejestrowane w Polsce od szeregu lat, jak zatrucia jadem kiełbasianym, zatrucia toksyną gronkowcową, czerwonka bakteryjna i wirusowe zapalenie wątroby typu A, obecnie w Polsce występują w niewielkich liczbach i odgrywają znacznie mniejszą rolę jako zagrożenia dla zdrowia publicznego

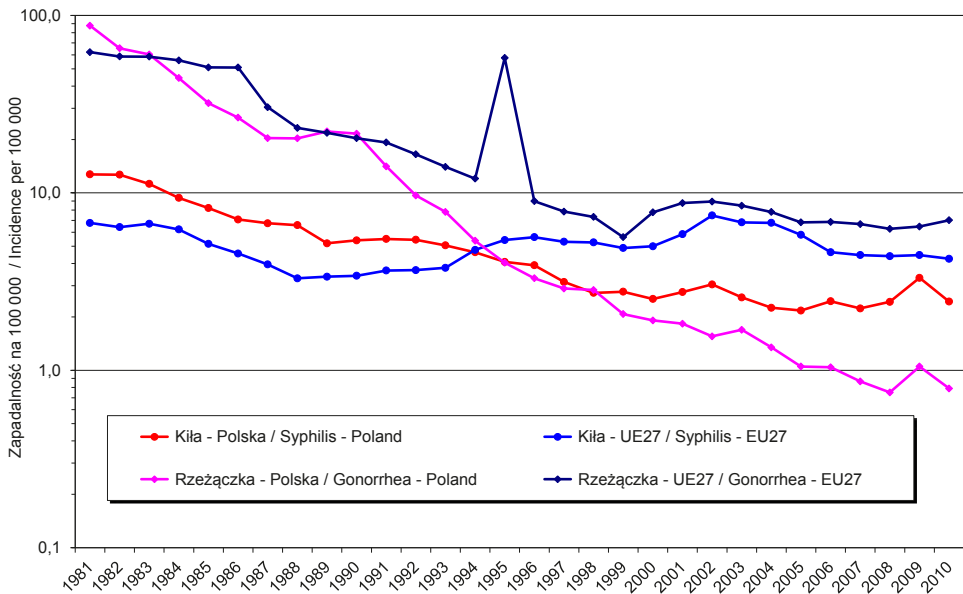
6.2.4. Choroby przenoszone drogą płciową

W okresie po drugiej wojnie światowej zachorowania na kiłę w Polsce miały rozmiary groźnej epidemii z liczbą zachorowań na kiłę wczesną objawową rzędu 55 tys. i zapadalnością odnotowaną w 1948 r. na poziomie 230 zachorowań na 100 000 ludności. Szeroko prowadzona akcja zwalczania kiły doprowadziła do radykalnego obniżenia zapadalności. Trend spadkowy utrzymał się do końca XX wieku (ryc. 6.29.). W efekcie, Polska mająca w 1980 r. niemal dwukrotnie większą zapadalność na kiłę od średniej krajów UE, od 1994 r. ma zapadalność znacznie niższą, w ostatnich latach jednak z tendencją do zacierania się różnicy (w 2010 r.: Polska 2,44 na 100 000; UE 4,25).

Jednocześnie w ostatnich dekadach obserwuje się w Polsce niepokojące zjawisko w postaci wzrostu częstości występowania kiły wrodzonej w stosunku do kiły ogółem. Kiła

wrodzona stanowi odbicie zapadalności na kiłę kobiet w wieku rozrodczym. Pojawianie się, a szczególnie narastanie liczby tych przypadków przy ogólnym spadku lub stabilizacji liczby rejestrowanych zachorowań na kiłę, stanowi sygnał wskazujący na możliwość obniżania się czułości nadzoru.

Obserwowana w latach 80. silna tendencja spadkowa zapadalności na rzeżączkę, w świetle danych nadzoru epidemiologicznego już w 1984 r. uplasowała Polskę poniżej średniej Unii Europejskiej (ryc. 6.29). W 2010 r. zapadalność na rzeżączkę wyniosła w Polsce 0,79 na 100 000, podczas, gdy w krajach UE wskaźnik ten wynosił średnio 7,01. Również i w tym przypadku wskazana byłaby jednak weryfikacja przytoczonych danych przez ocenę czułości nadzoru epidemiologicznego.

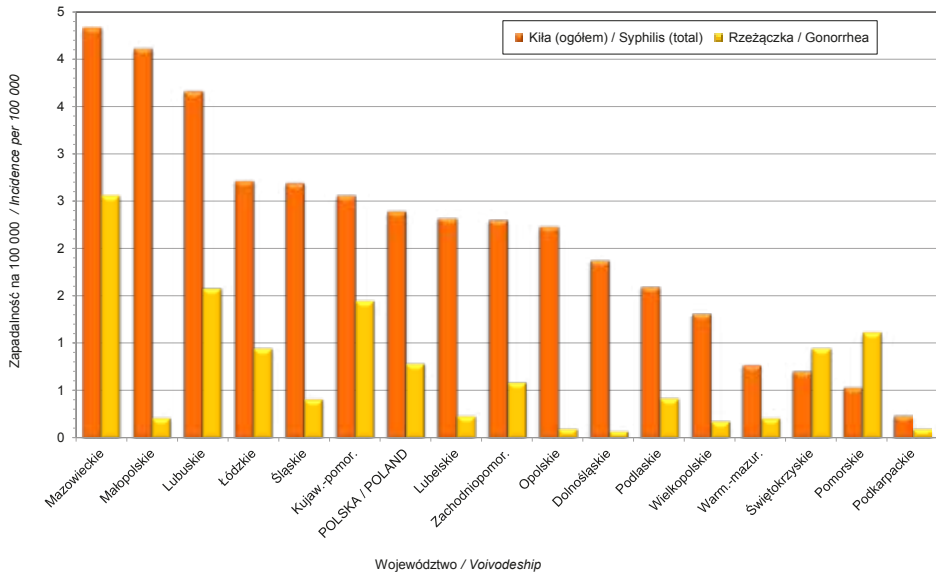


Ryc. 6.29. Zapadalność na kiłę i rzeżączkę w Polsce oraz przeciętna w krajach UE w latach 1981-2010 (źródło: CSIO, WHO HFA DB)

Fig. 6.29. Syphilis and gonorrhea incidence in Poland and average incidence in EU countries in years 1981-2010 (source: CSIOZ, WHO HFA DB)

Choroby przenoszone drogą płciową zdecydowanie częściej rejestrowane są u mężczyzn niż u kobiet. W 2010 r. w Polsce zapadalność mężczyzn na kiłę ogółem była prawie 3-krotnie wyższa niż zapadalność kobiet (odpowiednio: 3,58 i 1,29 na 100 000), a na rzeżączkę ponad 10-krotnie (odpowiednio: 1,48 i 0,14). Różnice te w dużym stopniu mogą być jednak spowodowane różnym stopniem wykrywalności tych chorób u kobiet i u mężczyzn.

W ocenie danych nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową zwracają uwagę znaczne (wręcz niewiarygodne) różnice terytorialne w zakresie raportowanej liczby osób leczonych na te choroby, a tym samym oceny zapadalności. Istnieją poważne przesłanki, że - przynajmniej częściowo - za różnice te odpowiada nierównomierna jakość nadzoru w poszczególnych województwach (ryc. 6.30.).



Ryc. 6.30. Zapadalność na kiłę oraz rzeżączkę w 2010 r. wg województw (źródło: CSIOZ)

Fig. 6.30. Syphilis and gonorrhoea incidence in 2010 by voivodeship (source: CSIOZ, WHO HFA DB)

Groźna sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową w niektórych krajach ościennych i znaczna mobilność społeczeństwa polskiego zwiększa prawdopodobieństwo zawleczeń zakażeń przenoszonych drogą płciową do naszego kraju. Dlatego tak ważne jest właściwe rozeznanie sytuacji epidemiologicznej, oraz zapewnienie wczesnego rozpoznawania i leczenia nowych przypadków tych zakażeń. Niedostateczna jakość nadzoru może skutkować niewłaściwym rozeznaniem sytuacji epidemiologicznej i niedostateczną mobilizacją administracji zdrowia publicznego w kierunku podnoszenia świadomości społecznej oraz promocji działań profilaktycznych i leczniczych.

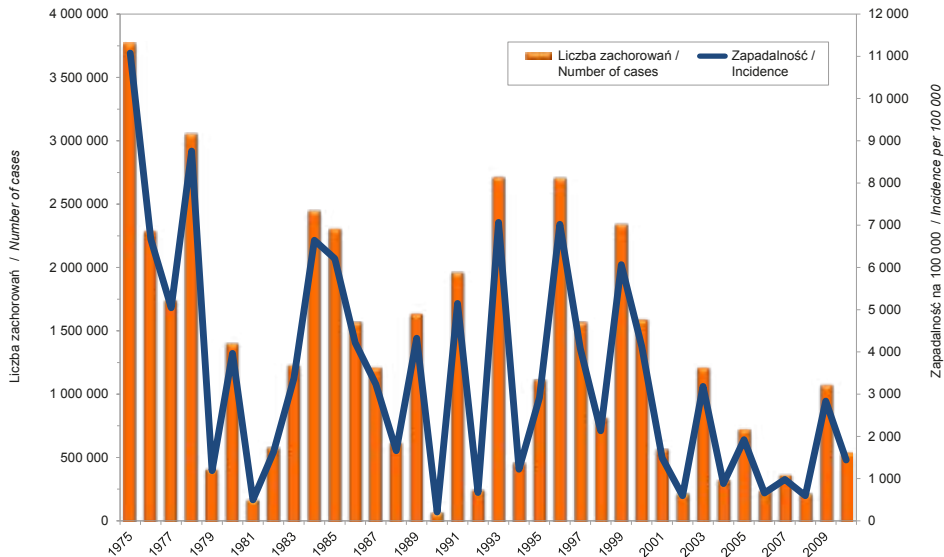
6.2.5 Grypa

Zakażenia górnych dróg oddechowych, w tym grypa, stanowią najczęściej występujące zespoły chorobowe. Coroczne sezony grypowe wiążą się absencją chorobową, wzrostem liczby zgonów, szczególnie zgonów osób w starszych grupach wiekowych, przeciążeniem instytucji medycznych i znacznymi kosztami społecznymi. Zachorowania w niewielkim odsetku przypadków wymagają hospitalizacji (w 2010 r. ok. 0,3%) i rzadko prowadzą do ciężkich powikłań i do zgonów. Jednak ze względu na ich rozpowszechnienie, te niewielkie odsetki mogą odpowiadać znaczącym liczbom. W każdym wieku, ale szczególnie u osób powyżej 60 r. ż. i u niemowląt, zakażenia te mogą prowadzić do poważnych następstw. Są one jedną z podstawowych przyczyn absencji chorobowej oraz hospitalizacji.

Nadzór epidemiologiczny nad gripą w Polsce opiera się na objawowym rejestrowaniu zakażeń górnych dróg oddechowych, określanych jako „zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę” a obejmujących (zgodnie z przyjętą definicją przypadku) zarówno ostre zakażenia dróg oddechowych jak i zachorowania grypopodobne, wśród których właściwa

grypa stanowi wysoki, ale nie do końca zidentyfikowany odsetek. Taki tryb zgłaszania jest wystarczający do oceny trendów zapadalności oraz do porównania poszczególnych sezonów między sobą, jednak nie może stanowić podstawy do bezpośrednich porównań międzynarodowych.

W 2010 r. w całym kraju zarejestrowano 551 054 takie zachorowania - 1 443,0 w przeliczeniu na 100 000 ludności. W porównaniu z pandemicznym rokiem 2009 r. zapadalność była prawie 2-krotnie niższa, ale znacznie przewyższała medianę z lat 2004-2008, częściowo w związku z utrzymującą podwyższoną czułością nadzoru w następstwie pandemii. Należy jednak zauważyć, że w okresach międzypandemicznych liczba zachorowań na grypę podlega w poszczególnych latach znacznym wahaniom, bez określonego wieloletniego trendu (ryc. 6.31.). Skala tych rocznych wahań wyniosła od około 80 tys. w 1990 r. do 3,8 mln w 1975 r., a biorąc pod uwagę sezony - od około 81 tys. w sezonie 1989/90 do 4,9 mln w sezonie 1975/76. W sezonie pandemicznym 2009/2010 zarejestrowano 856 604 zachorowania.



Ryc. 6.31. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w latach 1975-2010. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności

Fig. 6.31. Influenza and influenza-like illness in years 1975-2010. Number of cases and incidence per 100,000 population

Najwyższe współczynniki zapadalności na grypę i choroby grypopodobne notuje się wśród dzieci, szczególnie wśród dzieci najmłodszych, np. zapadalność dzieci do lat pięciu wyniosła w 2010 r. 6 060,0 na 100 000 dzieci w tym wieku i była ponad 4-krotnie wyższa niż zapadalność w całej populacji (1 443,0), ponad 6-krotnie wyższa niż w grupie wieku 15-64 lata (979,2) i ponad 7,5-krotnie wyższa niż zapadalność w grupie wieku powyżej 64 lat (807,8).

Według danych zebranych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, w 2010 r. w całej Polsce zaszczepiono przeciw grypie ogółem 1 168 432 osoby, tj. 3,1% populacji. Najczęściej zaszczepione są osoby w grupie wieku powyżej 65 lat. Ogółem zaszczepiono 480 951 osób

w tym wieku, mniej więcej co dziesiątą osobę (9,3%). Natomiast w grupie dzieci w wieku 0-4 lata oraz dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat, w których występuje najwyższa zapadalność na grypę, szczepienia objęły zaledwie - odpowiednio – 20 241 (1,0%) oraz 66 185 osób (1,7%). Nawet przyjmując, że dane inspekcji sanitarnej są poważnie niedoszacowane (nie ma obowiązku prawnego raportowania przez służbę zdrowia wykonania szczepień zalecanych), są to liczby niedopuszczalnie niskie.

6.2.6 Problem zawlekania do Polski chorób zakaźnych

W ostatnich latach obserwuje się zwiększony przepływ osób i towarów pomiędzy różnymi częściami świata, a w kontekście Polski zwłaszcza w obrębie Unii Europejskiej. Stąd też sytuacja epidemiologiczna w innych krajach, zwłaszcza w krajach europejskich, może stanowić zagrożenie zarówno dla Polaków wyjeżdżających za granicę, jak i pozostających w kraju w związku z potencjalnym szerzeniem się zawleczonych chorób, jak miało to miejsce choćby w przypadku grypy wywoływanej nowym podtypem wirusa AH1N1 w 2009/2010 roku.

W celu ograniczenia zachorowań obywateli Polski, a także zmniejszenia ryzyka zawleczeń, zgodnie z Ustawą z 1997 r. o usługach turystycznych, osoby wyjeżdżające powinny zostać poinformowane przez organizatorów turystyki na temat zagrożeń występujących w miejscu docelowym podróży. W obecnym programie szczepień ochronnych dla osób podróżujących w zależności od kraju docelowego zalecane są szczepienia przeciwko wzw A, żółtej gorączce, wścieklicznie, ale w indywidualnych przypadkach mogą być wskazane także inne szczepienia. Dodatkowe informacje dotyczące możliwości zapobiegania chorobom występujących w innych krajach można również uzyskać w Punktach szczepień dla osób podróżujących (lista dostępna na stronie www.gis.gov.pl).

Istotne z punktu widzenia sytuacji epidemiologicznej zawleczenia do Polski mogą dotyczyć chorób nie występujących na terenie naszego kraju lub chorób, które występują rzadziej. Spośród chorób, które nie występują w Polsce na uwagę zasługuje malaria, która zawlekana jest najczęściej z terenów Afryki (w latach 2008-2010 22-36 odnotowanych przypadków rocznie) ze względu na zwiększoną śmiertelność związaną z opóźnieniem w rozpoznaniu. W 2011 r. odnotowano rodzime zachorowania na malarię na terenie Europy, w Grecji. Co roku również obserwuje się kilka zawleczonych zachorowań na gorączkę denga. W ostatnich dekadach na świecie odnotowano znaczny wzrost zapadalności na dengę, która obecnie występuje endemicznie w krajach Afryki, Ameryk, Południowej Azji i wyspach Pacyfiku. Duże epidemie wystąpiły w ostatnich latach w Ameryce Południowej (np. Wenezuela). Na uwagę zasługuje również poliomyelitis, choroba, która została wyeliminowana w Regionie Europejskim WHO (certyfikacja w 2002 r.). W 2010 r. odnotowano duże ognisko związane z zawlečeniami dzikiego wirusa polio w Tadżykistanie (ponad 400 potwierdzonych przypadków) i mniejsze w Rosji. Wskazuje to na realne zagrożenie zawlečeniami dzikich szczepów wirusa na teren Polski, choć ryzyko wystąpienia ogniska porównywalnego z tym, które wystąpiło w Tadżykistanie jest niskie ze względu na wysoki stan zaszczepienia populacji polskiej w kierunku polio. Wirus może się jednak szerzyć w gorzej zaszczepionych subpopulacjach.

W tym kontekście spośród chorób, które występują rzadziej, warto przywołać przykład odry. W ostatnich latach odnotowano liczne ogniska odry w Europie, szczególnie na Ukrainie, w Bułgarii i Rumunii, ale w 2011 r. największe ognisko wystąpiło we Francji. W latach

2008-2010 Polsce wystąpiły mniejsze ogniska związane z zawleczeniem z Wielkiej Brytanii w społecznościach romskich, o niskim poziomie zaszczepienia. Niski poziom zaszczepienia, nawet jeśli dotyczy niewielkich subpopulacji może prowadzić do ponownego wprowadzenia patogenu do populacji.

Dobrze opisanym przykładem, jak łatwo choroby zakaźne mogą szerzyć się terenie Unii Europejskiej jest ognisko wywołane zakażeniem enterokrwotoczną *E. coli* w Niemczech w 2011 r. Ognisko to wywołane było spożyciem skażonych kiełków. Spośród prawie 900 potwierdzonych przypadków zespołu hemolityczno-mocznicowego 5% dotyczyło obywateli innych krajów, w większości krajów Unii Europejskiej.

Odrębny problem stanowią zakażenia przenoszone drogą pokarmową, które często dotyczą osób podróżujących na tereny ich endemicznego występowania. Stosunkowo często do Europy i Polski zawlekane jest wirusowe zapalenie wątroby typu A, stąd zaleca się zaszczepienie osób podróżujących w tereny średniej i wysokiej endemiczności tej choroby, które obejmują właściwie wszystkie kraje rozwijające się. W poprzednich latach odnotowano na terenie Unii Europejskiej i Polski ogniska wzv A związane z zawleczeniami z Egiptu. Zdarzają się też zawleczenia chorób takich jak cholera, czy dur brzuszny. Ogniska cholery są regularnie notowane w Afryce i niektórych krajach południowej Azji, w 2010 r. wystąpiła również duża epidemia cholery na Haiti). Wyższe ryzyko zachorowania na dur brzuszny dotyczy części Afryki północnej i zachodniej, południowej Azji, części Indonezji i Peru. Zakażenia przenoszone drogą pokarmową wiążą się to ze spożyciem miejscowej żywności lub wody i nie zachowywanie należytej higieny. Stąd Światowa Organizacja Zdrowia opracowała 5 głównych zaleceń dla podróżujących, jak: częste mycie rąk, unikanie potraw niegotowanych lub niedogotowanych, unikanie gotowej żywności przechowywanej w nieodpowiednich temperaturach (np. bufety, sprzedawcy uliczni), obieranie wszystkich owoców i warzyw, picie wody butelkowanej.

PODSUMOWANIE:

1. Dane z rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Polsce wskazują, że współczynniki zapadalności na większość chorób objętych nadzorem utrzymują tendencję spadkową, a ogólną ich sytuację epidemiologiczną ocenić można jako dobrą i stosunkowo stabilną.
2. Pomimo systematycznej poprawy ogólnej sytuacji epidemiologicznej, wskaźniki zapadalności na szereg chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce kształtują się na poziomie wyższym niż przeciętna zapadalność na te choroby w krajach Unii Europejskiej.
3. Korzystna sytuacja epidemiologiczna szeregu chorób zakaźnych w Polsce utrzymuje się m.in. dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych, a w celu jej utrzymania należy skutecznie przeciwstawiać się obserwowanym w ostatnich latach nasilającym się ruchom antyszczepionkowym.
4. W związku z rozszerzeniem w ostatnim dziesięcioleciu Programu Szczepień Ochronnych, w perspektywie kilku najbliższych lat oczekuje się radykalnego obniżenia się zapadalności na różyczkę, świnkę oraz krztusiec.
5. Ponieważ nie wszystkie szczepienia ochronne mogą być finansowane z budżetu państwa, szczególnego znaczenia w zapobieganiu chorobom zakaźnym nabiera promowanie szczepień innych niż obowiązkowe (np. przeciw grypie), wykonywanych na koszt pacjenta.

6. Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym i zwalczanie ich wymaga skutecznego przeciwdziałania zawężaniu się zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania nie będzie możliwe bez podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji (np. danych o zakażeniach HIV, chorobach przenoszonych drogą płciową).
8. Ze względu na obserwowany w ostatnich latach zwiększony ruch turystyczny do różnych części świata, istotne jest podniesienie świadomości społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych wiążących się z nimi i sposobach zapobiegania im.

7. WYPADKI I WYPADKOWE ZATRUCIA JAKO ZAGROŻENIE ZDROWIA MIESZKAŃCÓW POLSKI

Rafał Halik

7.1. Definicja i informacje wstępne

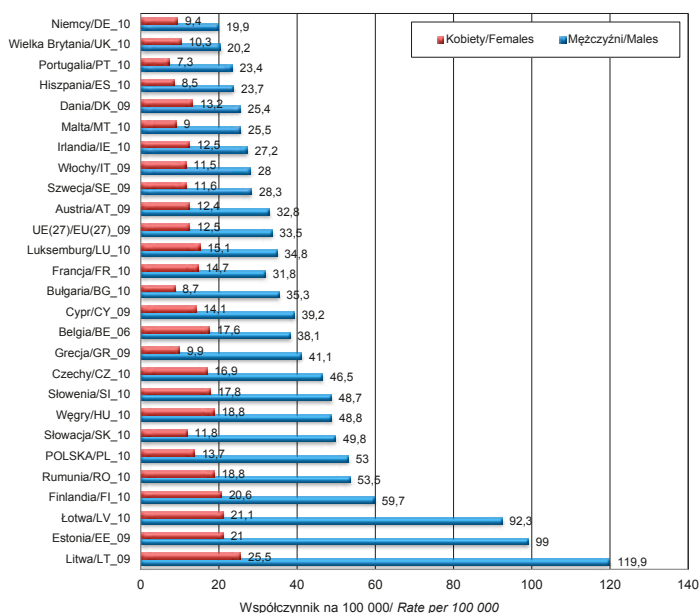
Wypadki stanowią jeden z ważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce. Pomimo to literatura naukowa w niewystarczającym stopniu poświęca uwagę temu zjawisku. Według międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD 10 wypadki, które obejmują kody od V01 do X59 można zdefiniować jako zewnętrzne zagrożenia zdrowia ludzkiego z wyłączeniem samobójstw, przemocy i przestępstw oraz powikłań związanych z opieką medyczną. W Polsce wypadki stanowią blisko 60% wszystkich zgonów wywołanych przyczynami zewnętrznymi. Szacunki uzyskane w ramach Europejskiego Badania Ankietowego Zdrowia (European Health Interview Survey) wskazują, że w ciągu roku blisko 2 miliony Polaków ulega wypadkom. Najwięcej wypadków odnotowano w domu i czasie wolnym – blisko 48% przypadków, w następnej kolejności notowane są wypadki drogowe – 25% wszystkich zdarzeń, 17% stanowią wypadki w czasie pracy i blisko 10% wypadków to wypadki w czasie nauki lub w placówce oświatowej. Inne badanie ankietowe zrealizowane przez GUS z 2010 dotyczące ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych wskazało, że wypadki mężczyźni są przyczyną 8,5% pobyków w stacjonarnych placówkach opieki zdrowotnej, natomiast w przypadku kobiet 4,1%.

W Polsce istnieje wiele systemów informacyjnych, które rejestrują wypadki. Niestety główne kryteria rejestracji odnoszą się częściej do środowiska w którym zaistniał wypadek, niż do mechanizmu powstawania wypadku, na który wskazuje klasyfikacja chorób ICD 10. Z tego powodu istnieją metodologiczne problemy przy agregacji danych i łączeniu źródeł informacji. Niejednokrotnie zdarzenia w poszczególnych rejestrach mogą też dublować się (np. wypadek samochodowy kierowcy zawodowego jako wypadek drogowy i wypadek przy pracy). Dlatego niniejszy rozdział odnosi się zarówno do klasyfikacji ze względu na środowisko zdarzenia jak i mechanizmów ich powstawania. Do najważniejszych źródeł na temat wypadków można zaliczyć:

- Rejestr Komendy Głównej Policji w zakresie wypadków drogowych i utonięć;
- Badanie statystyczne GUS dotyczące wypadków przy pracy;
- Rejestr KRUS wypadków w rolnictwie indywidualnym;
- System Informacji Oświatowej MEN w zakresie wypadków w placówkach edukacji i oświaty;
- Rejestr Państwowej Straży Pożarnej w zakresie pożarów i ich ofiar;
- Badanie GUS dotyczące umieralności ludności;

7.2. Zagrożenie wypadkami w Polsce i w Europie

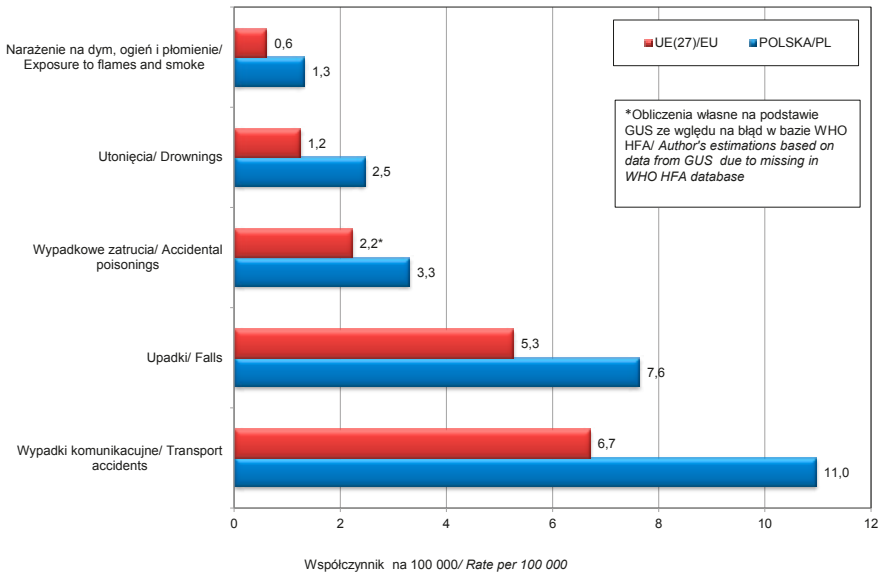
W Polsce w wyniku wypadków w roku 2010 zginęło ponad 14 000 osób. W przeciągu ostatnich dziesięciu lat można było zaobserwować tendencję spadkową liczby zgonów z powodu wypadków. Utrzymuje się za to niekorzystna nadwyżka umieralności z wymienionej przyczyny w Polsce w stosunku do średniej UE na poziomie ponad 44%, która nie ulega poważniejszym zmianom. Standaryzowany współczynnik umieralności na 100 000 mieszkańców z tej przyczyny wynosił w Polsce w roku 2010 – 32,4 podczas gdy średnia w krajach UE wynosiła - 22,6. W Polsce zagrożenie życia z powodu wypadków jest wśród mężczyzn blisko czterokrotnie wyższe niż wśród kobiet podczas gdy przeciętna nadwyżka dla ogółu krajów UE jest mniej niż trzykrotna (Ryc.7.1). W latach 1990–2009 nastąpił zarówno w Polsce jak i krajach UE jednakowy ponad 40% spadek liczby zgonów z powodu wypadków. Oznacza to również, że niekorzystna nadwyżka umieralności z powodu wypadków utrzymuje się stale na podobnym poziomie.



Ryc. 7.1. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wypadków w krajach Unii Europejskiej (EUROSTAT 2010)

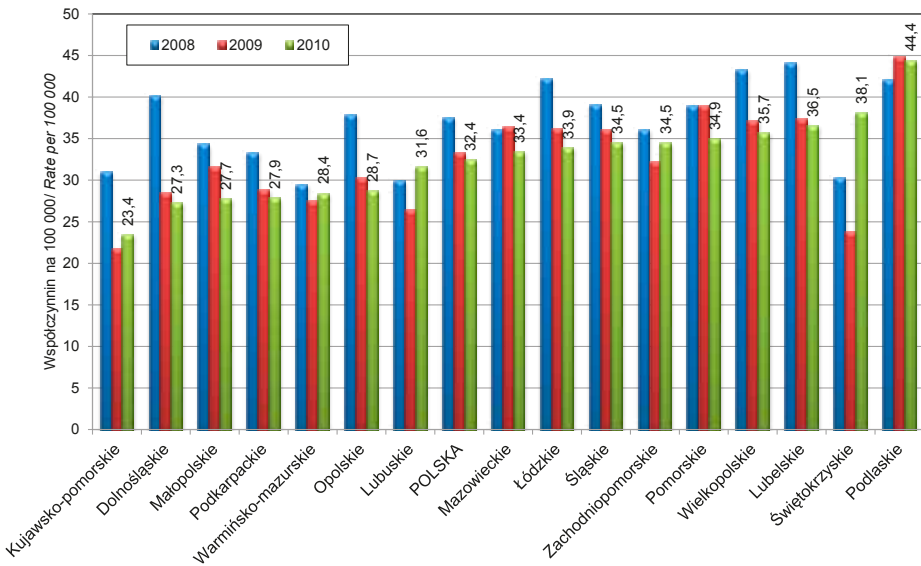
Fig. 7.1. Standardized mortality rates due to accidents in EU (EUROSTAT 2010)

Najczęstszymi przyczynami zgonów w tej grupie zdarzeń są wypadki komunikacyjne, które odpowiadają za ponad jedną trzecią zgonów (standaryzowany współczynnik umieralności 12,1 na 100 000 ludności), kolejną przyczyną zgonów są upadki a następnie wypadkowe zatrucia. Wielokrotnie mniejsze zagrożenie dla życia niosą utonięcia oraz pożary (ryc.7.2). W Polsce notuje się zwiększoną umieralność w stosunku do średniej UE dla wszystkich omawianych wyżej zdarzeniach. Negatywna różnica jest szczególnie wysoka w przypadku wypadków komunikacyjnych.



Ryc. 7.2. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wypadków według głównych przyczyn w Polsce i w krajach Unii Europejskiej (WHO 2010)

Fig. 7.2. Standardized mortality rates due to accidents by main causes of accidents in Poland and European Union (WHO 2010)



Ryc. 7.3. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wypadków na 100 000 ludności według województw

Fig. 7.3. Standardized mortality rates due to accidents per 100 000 population by voivodship

W naszym kraju obserwujemy też wyraźne geograficzne zróżnicowanie ze względu na zagrożenie życia z powodu wypadków. Najwyższy standaryzowany współczynnik umieralności jest notowany w woj. podlaskim (44,4 na 100 000 ludności), w którym od trzech lat umieralność pozostaje na podobnym poziomie (Ryc.7.3). Niepokojący wzrost liczby śmiertelnych wypadków w 2010 r. zanotowano w woj. świętokrzyskim.

Najniższe współczynniki umieralności obserwuje się w woj. kujawsko-pomorskim, w którym w 2010 r. umieralność wynosiła 23,5 na 100 000 ludności i była zbliżona do średniej UE (27). Znaczna poprawa w latach 2008-2010 wystąpiła szczególnie w województwach dolnośląskim oraz kujawsko-pomorskim.

7.3. Wypadki drogowe

Zgodnie z prawem o ruchu drogowym wypadkiem drogowym jest każde zdarzenie na drodze publicznej dotyczące uczestników ruchu drogowego, gdy ze zdarzenia wynika śmierć, albo uszkodzenie ciała lub szkody materialne i jeśli bierze w nim udział poruszający się pojazd. Polska jest zaliczana przez ekspertów do krajów UE charakteryzującym się niskim bezpieczeństwem ruchu drogowego¹. Przyczyną tego stanu rzeczy jest zarówno zły stan infrastruktury drogowej niedostosowany do rosnącej liczby pojazdów jak i niedostatki umiejętności kierujących pojazdami.

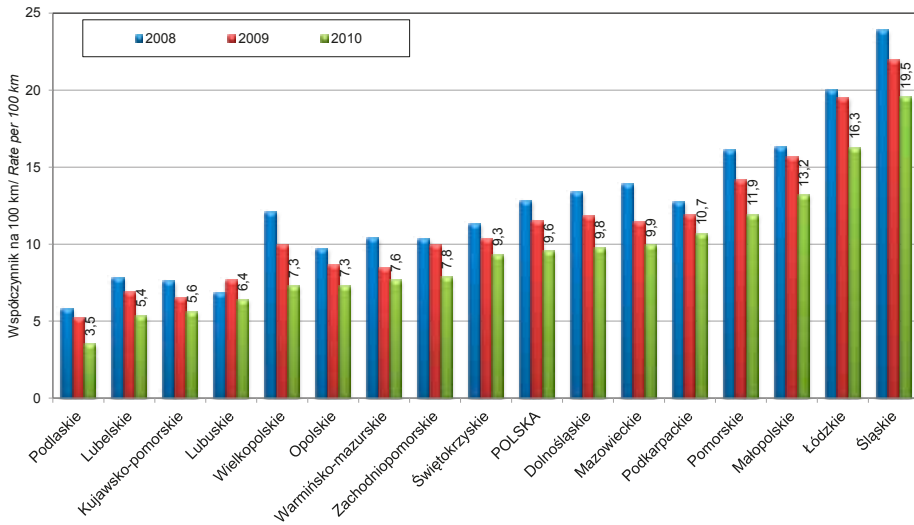
W przedstawianej analizie wykorzystano dane z Komendy Głównej Policji (KGP), z bazy danych WHO Health for All, bazy danych UE CARE, oraz z International Road Traffic and Accident Database (IRTAD). Trzeba przy tym zaznaczyć, że baza danych KGP uwzględnia również wypadki, w których uczestniczyli cudzoziemcy oraz rejestruje wypadki zgodnie z miejscem ich zdarzenia, a nie z miejscem zamieszkania uczestników wypadku.

Dane Policji wskazują, że większość wszystkich wypadków drogowych, aż 71,7% zdarza się w obszarze zabudowanym a ich natężenie charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem terytorialnym (Ryc.7.4) Najwięcej wypadków na 100 km dróg publicznych w 2010 r. miało miejsce w woj. śląskim -19,5 a najmniej w województwach podlaskim-3,5 oraz lubelskim-5,4. Liczba osób, które zginęły w wypadkach na 100 km dróg publicznych wykazuje nieco mniejsze zróżnicowanie (Ryc.7.5).

Cechą charakterystyczną wypadków drogowych w Polsce jest wysoki udział wśród ofiar śmiertelnych niechronionych uczestników ruchu (pieszych, rowerzystów i motocyklistów), którzy stanowią 39% wszystkich ofiar wypadków. W roku 2011 piesi stanowili jedną trzecią liczby ofiar śmiertelnych wszystkich wypadków drogowych. Najechanie na pieszego według KGP jest jednym z najważniejszych rodzajów wypadków stanowiąc ponad 27% wszystkich zdarzeń.

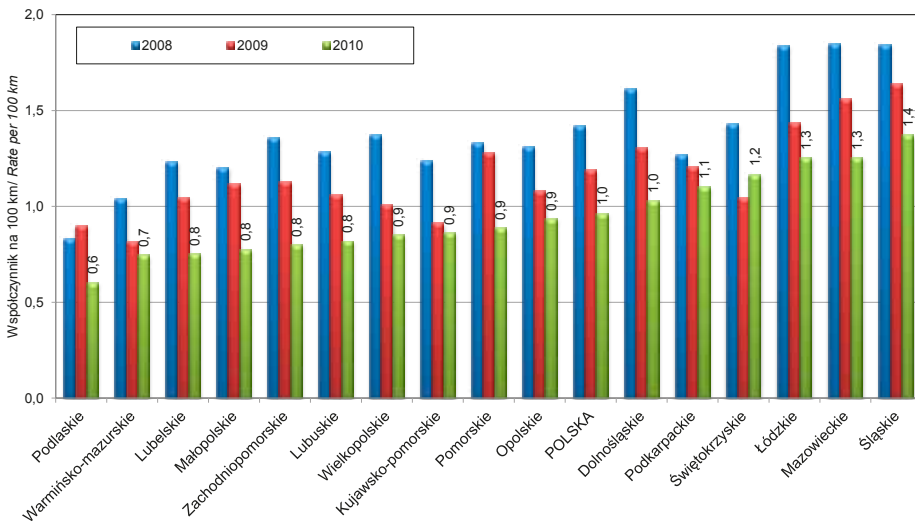
Wraz z początkiem transformacji ustrojowej w latach dziewięćdziesiątych i wzrostem liczby użytkowników samochodów w Polsce podobnie jak w innych krajach Europy Wschodniej zanotowano gwałtowny wzrost liczby ofiar śmiertelnych wypadków drogowych. Następnie w latach 2001-2010 w Polsce zaobserwowano systematyczny spadek wartości współczynnika ofiar wypadków drogowych na 100 000 ludności o 29% (spadek z 14,2 do 10,2). W tym samym okresie średnio w UE zanotowano 45% spadek współczynnika ofiar śmiertelnych wypadków drogowych na 100 000 ludności (spadek z 11,2 do 6,2). Słabsza niż w Europie dynamika spadku liczby ofiar śmiertelnych wypadków drogowych w Polsce skut-

1 „Road Safety 2011. How is your country doing ?” Komisja Europejska, 2011



Ryc. 7.4. Liczba wypadków drogowych przypadająca na 100 km dróg publicznych według województw (obliczenia własne na podstawie danych: Policji i GUS 2010)

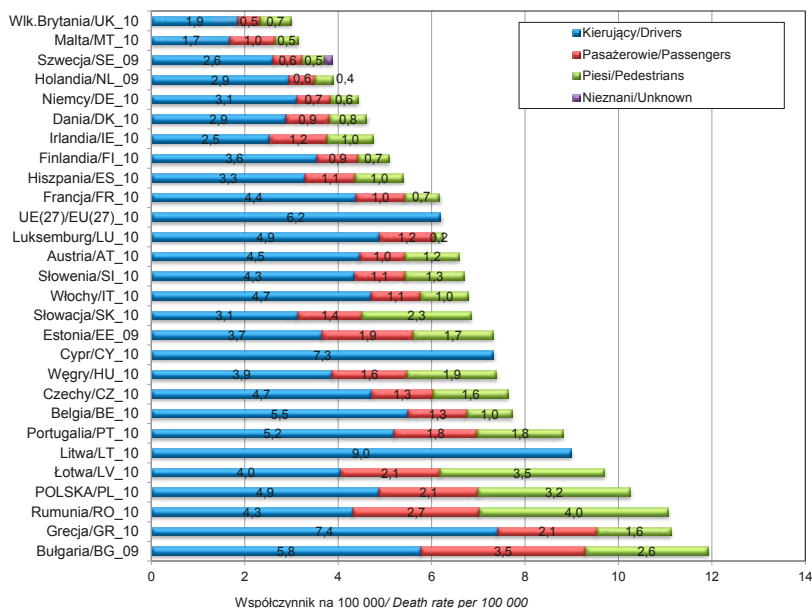
Fig. 7.4. Number of road traffic accidents per 100 km of public roads by voivodship (author's estimations based on data from Police and GUS 2010)



Ryc. 7.5. Liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych przypadająca na 100 km dróg publicznych według województw (Obliczenia własne na podstawie danych: Policji i GUS 2010)

Fig. 7.5. Number of fatalities in road traffic accidents per 100 km of public roads by voivodship (author's estimations based on data from Police and GUS 2010)

kuje zwiększającą się niekorzystną nadwyżką umieralności z powodu wypadków drogowych w stosunku do średniej UE (ryc.7.6). Należy przy tym nadmienić, że w roku 2011 ponownie wzrosła liczba zgonów w wyniku wypadków drogowych do 10,9 na 100 000 ludności.



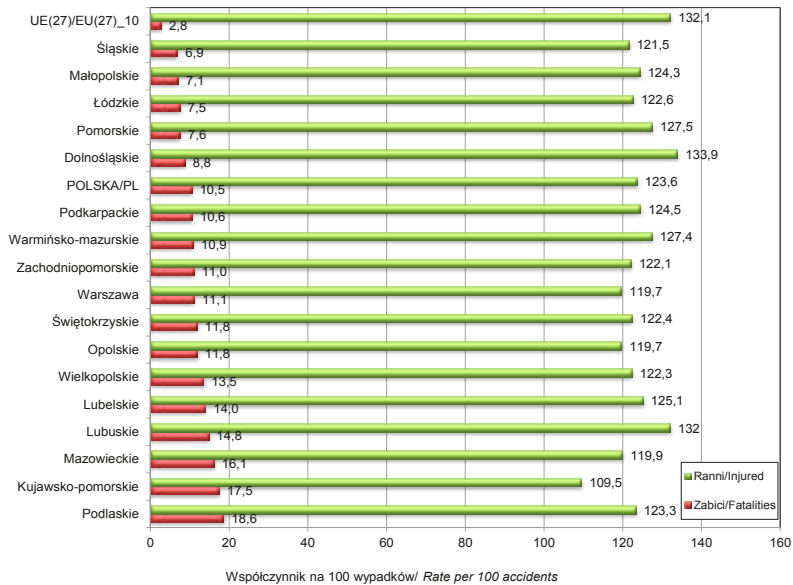
Ryc. 7.6. Rzeczywisty współczynnik umieralności z powodu wypadków drogowych w Polsce i krajach UE w podziale na uczestników ruchu drogowego (CARE 2010)

Fig. 7.6. Crude mortality rate due to road traffic accidents in Poland and EU countries by road users (CARE 2010)

Oprócz wysokiej liczby ofiar wypadków drogowych w Polsce notowana jest również jedna z najwyższych śmiertelności tych zdarzeń w UE. Najlepiej obrazuje ten fakt współczynnik liczby ofiar śmiertelnych na 100 zarejestrowanych wypadków, który w naszym kraju wynosi 10,2 i obok Bułgarii jest najwyższy w UE (Ryc. 7.7).

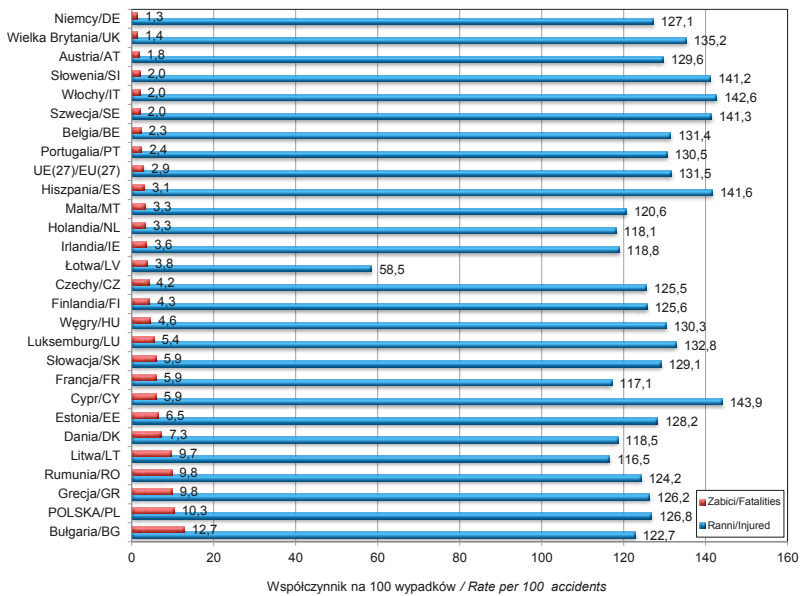
Dane Policji wskazują również na duże zróżnicowania międzywojewódzkie częstości śmiertelnych wypadków drogowych (Ryc.7.8). Największą śmiertelność - 18,6 na 100 wypadków notuje się w woj. podlaskim, zaś najniższą w woj. śląskim - 6,9. Współczynniki te, co jeszcze bardziej niepokoi, od wielu lat pozostają na tym podobnym poziomie. Najwięcej wypadków ze skutkiem śmiertelnym ma miejsce w obszarach niezabudowanych. W co piątym takim zdarzeniu ginął człowiek. Warto odnotować, że liczba rannych w wypadkach drogowych w Polsce 123,6 na każde 100 wypadków jest niższa niż w UE (131,5).

Raporty policyjne potwierdzają, że większość wypadków drogowych - blisko 80%, następuje z winy kierującego pojazdem. 11% wypadków odbyło się z winy pieszych. Wśród najważniejszych przyczyn tych zdarzeń Policja wskazuje niedostosowanie prędkości do warunków jazdy - 28,5% i nieprzestrzeganie pierwszeństwa przejazdu - 26,6%. Tendencje te utrzymują się w polskim ruchu drogowym od wielu lat.



Ryc. 7.7. Ofiary śmiertelne i ranni w wypadkach drogowych na 100 wypadków w państwach UE (CARE 2010)

Fig. 7.7. Fatalities and injuries in road traffic accidents per 100 accidents in EU countries (CARE 2010)



Ryc. 7.8. Ofiary śmiertelne i ranni w wypadkach drogowych na 100 wypadków według województw (Policja 2011)

Fig. 7.8. Fatalities and injuries in road traffic accidents per 100 accidents by voivodship (Police Headquarter 2011)

Istotnym czynnikiem zmniejszającym bezpieczeństwo na drogach jest nietrzeźwy stan użytkowników dróg. Najwięcej wypadków pod wpływem alkoholu wydarzyło się w roku 1997: stanowiły one wówczas 18,6% wszystkich wypadków. Od 1997 obserwuje się poprawę sytuacji. Według danych KGP w 2011 roku 3893 wypadki (9,7% wszystkich zdarzeń) były spowodowane przez kierujących pod wpływem alkoholu. Niestety wskaźnik ten jest wyższy niż w krajach UE, który według oszacowań WHO w roku 2004 wynosił średnio 7% wszystkich wypadków drogowych (WHO HFA DB).

Najnowsze analizy Banku Światowego wykazały, że wypadki drogowe w Polsce przyczyniają się nie tylko do olbrzymich szkód społecznych, ale również powodują kolosalne koszty ekonomiczne. Zdaniem ekspertów tej organizacji całkowite koszty bezpośrednie i pośrednie (utrata produktywności, transfery socjalne) wypadków drogowych wynoszą 10 miliardów dolarów, co stanowi ok. 1,5% rocznego PKB Polski.²

7.4. Upadki

Upadki i konsekwencje zdrowotne z nimi związane – są jednymi z poważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w krajach rozwiniętych. Upadki są szczególnie rozpowszechnione wśród osób starszych, więc również proces starzenia się społeczeństw będzie prowadził do zwiększenia liczby upadków i narastania konsekwencji zdrowotnych z nimi związanych.

Według danych dotyczących umieralności zagrożenie życia z powodu upadków w Polsce jest wyraźnie wyższe niż średnia dla Unii Europejskiej, W Polsce łącznie z tej przyczyny w roku 2010 zmarło 3755 osób. Trzy czwarte zgonów w wyniku upadków jest notowanych dla populacji w wieku powyżej 55 lat.

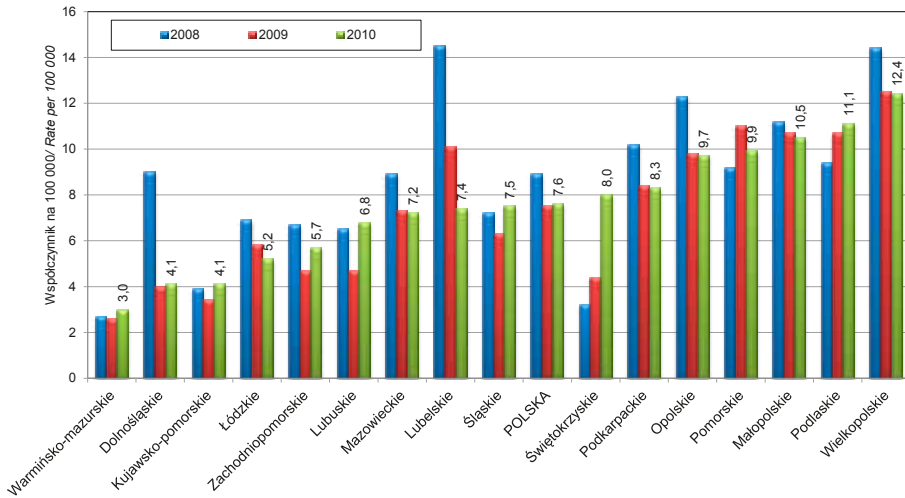
Umieralność mężczyzn z powodu upadków w Polsce (11,1 na 100 000 ludności) jest wyraźnie wyższa niż kobiet (4,7 na 100 000 ludności). Najwyższy standaryzowany współczynnik umieralności z powodu upadków (12,4) występuje w województwie wielkopolskim, zaś najniższy współczynnik (3,0) jest notowany w woj. warmińsko-mazurskim (Ryc. 7.9). Są w Polsce rejon, gdzie upadki stanowią większe zagrożenie życia niż wypadki drogowe: np. województwo wielkopolskie. Ponad 46% upadków skutkujących obrażeniami śmiertelnymi stanowią poślizgnięcia oraz upadki ze schodów lub stopni, natomiast dla blisko 35% upadków nie znamy okoliczności w jakich one nastąpiły.

Przeprowadzone ostatnio w Polsce duże badanie populacyjne POLSENIOR³ pozwalało na oszacowanie rzeczywistej częstości występowania upadków jak i ich skutków zdrowotnych. Stwierdzono, że w ciągu roku przeciętnie 23% osób powyżej 65 lat doświadcza upadku. Doznane urazy w wyniku upadku częściej zgłaszały kobiety (43,9%), niż mężczyźni (36,9%). Złamania wystąpiły częściej wśród kobiet (76,8%), niż u mężczyzn (23,2%). Jeden z najpoważniejszych i najgroźniejszych skutków zdrowotnych upadku - złamania szyjki kości udowej⁴ zdarzył się u 5,6% kobiet i 3,5% mężczyzn.

2 Confronting "Death on the Wheels" Making Roads Safe in Europe and Central Asia, Raport Banku Światowego, 2009

3 M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Termedia Poznań 2012

4 D.K. Dhanwal, E.M. Dennison Epidemiology of hip fracture: Worldwide geographic variation Indian J Orthop. 2011 Jan-Mar; 45(1): 15–22



Ryc. 7.9. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu upadków na 100 000 ludności według województw

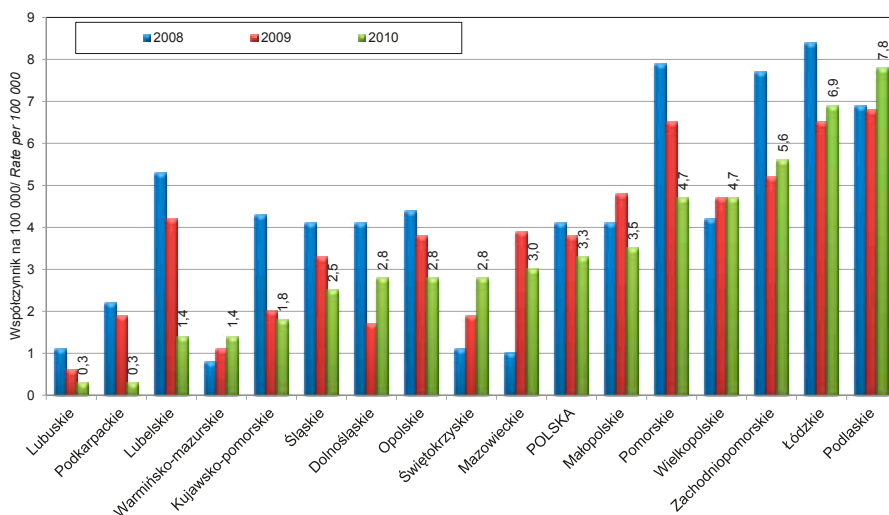
Fig. 7.9. Standardized mortality rates due to falls per 100 000 population by voivodship

7.5. Wypadkowe zatrucia

Wypadkowe zatrucia w roku 2010 były odpowiedzialne za 1337 zgonów Polaków z czego aż 83% stanowiły zgony mężczyzn. Należy zwrócić uwagę, że 71% wszystkich śmiertelnych wypadkowych zatruc zarejestrowano w grupie wiekowej 30-59 lat. Współczynnik standaryzowany umieralności z powodu zatruc w roku 2010 wyniósł 3,1 na 100 000 ludności i był znacząco wyższy niż średnia krajów UE (2,3 na 100 000 ludności). Od 2006 roku można zauważyć trwały trend spadkowy liczby zgonów wywołanych wypadkowymi zatruciami w skali kraju. Zróżnicowanie międzywojewódzkie umieralności wskazuje na olbrzymie różnice w zagrożeniu życia z tej przyczyny na terenie kraju. Najbardziej niepokojąca sytuacja jest notowana na terenie woj. podlaskiego, gdzie umieralność z powodu zatruc w latach 2008 -2010 wzrosła aż do 7,8 zgonów na 100 000 ludności. Wielokrotnie mniejsze zagrożenie życia w roku 2010 z powodu zatruc było notowane wśród mieszkańców województwa podkarpackiego oraz lubuskiego – 0,3 na 100 000 ludności (Ryc. 7.10).

Główną przyczyną śmiertelnych zatruc w Polsce jest alkohol. Śmiertelne zatrucia alkoholem stanowią blisko trzy czwarte wszystkich zgonów z powodu wypadkowych zatruc (współczynnik 2,4 na 100 000 ludności). Inaczej jest w krajach Unii Europejskiej gdzie średnio tylko co trzeci zgon z powodu zatruc jest wywołany alkoholem. Najniższa umieralność z tej przyczyny (poniżej 0,2 na 100 000 ludności) notowana jest w Niemczech, Austrii oraz Holandii.

Trzeba przy tym dodać, że niektóre kraje UE tj. Finlandia i państwa bałtyckie cechują się wielokrotnie wyższą umieralnością z powodu zatruc alkoholowych niż Polska.



Ryc. 7.10. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wypadkowych zatruc na 100 000 ludności według województw

Fig. 7.10. Standardized mortality rates due to accidental poisoning per 100 000 population by voivodship

Według oceny Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi (IMP)⁵ najczęstszymi substancjami powodującymi ostre zatrucia są substancje farmakologiczne (wraz z narkotykami) i alkohole (włączywszy alkohol metylowy oraz glikol), nieco rzadszą przyczyną ostrych zatruc jest tlenek węgla (czad).

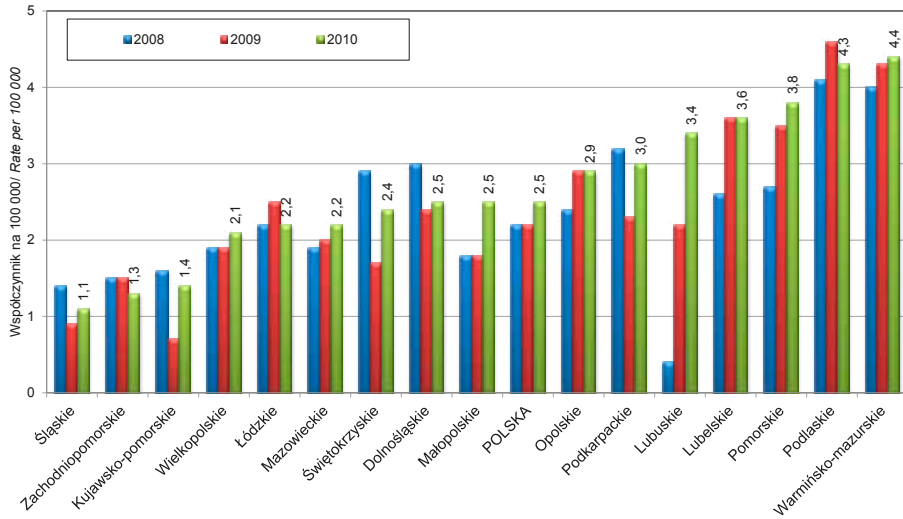
7.6. Utonięcia

W roku 2010 w wyniku utonięć zmarło w Polsce 977 osób (2,5 na 100 tys. ludności), z których ponad 84% stanowili mężczyźni.. Szczególnie wysokie zagrożenie życia z powodu utonięcia notuje się zarówno wśród mężczyzn jak kobiet w wieku produkcyjnym – około 44% ofiar to osoby w wieku od 45 do 60 lat. Ryzyko zgonu z powodu utonięcia w poszczególnych województwach różni się wielokrotnie. Najmniejszy współczynnik 1,1 zgonów na 100 000 ludności z tej przyczyny notowany jest w woj. śląskim (Ryc.7.11), zaś wielokrotnie wyższe zagrożenie życia z powodu utonięć notuje się wśród mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego i podlaskiego: ponad 4,3 zgonów na każde 100 000 ludności.

Źródłem informacji na temat przypadków tonięcia jest baza danych Komendy Głównej Policji (KGP), która wykazuje te zdarzenia, do których wzywani byli funkcjonariusze Policji lub w których interweniowało Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe. Według policyjnego źródła informacji w roku 2011 odnotowano łącznie 464 wezwań do wypadków tonięcia, w których zginęło 396 osób. Wypadkom tym ulega także duży odsetek osób nietrzeźwych

5 A. Krakowiak, M. Kotwica, K. Silikiewicz i inni Epidemiology of acute poisonings during 2003-2007 in Toxicology Unit, Department of Occupational Medicine and Toxicology, Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland

- ponad jedna trzecia wszystkich ofiar śmiertelnych. Policyjne statystyki wskazują, że po okresie długoletniego spadku liczby wezwań do osób tonących w ostatnich dwóch latach ten trend wyhamował. Szczególnie duża liczba ofiar utonięć zarejestrowanych przez Policję była notowana pod koniec lat 90. gdy tonęło rocznie ponad 800 osób. Najbardziej niebezpiecznymi akwenami wg dostępnych danych są rzeki, gdzie zdarza się 31% utonięć a następnie jeziora, w których ginie 26% wszystkich ofiar. Policyjne dane wskazują, że jedna czwarta utonięć była związana z kąpielą w miejscach niestrzeżonych bądź zabronionych. W przypadku 30% utonięć nie można było precyzyjnie ustalić okoliczności zdarzeń.



Ryc. 7.11. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu utonięć według województw na 100 000 ludności

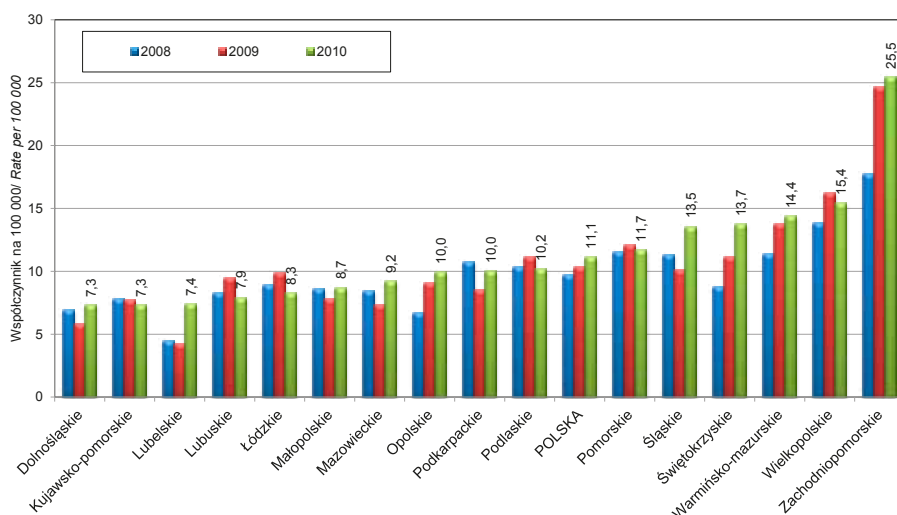
Fig. 7.11. Standardized mortality rates due to drowning per 100 000 population by voivodship

7.7. Pożary

Pożary są definiowane jako niekontrolowane procesy spalania w miejscach do tego nie przeznaczonych. Liczba śmiertelnych ofiar pożarów w krajach europejskich cechuje się znacznym zróżnicowaniem. Najmniejsze zagrożenie życia z powodu tej przyczyny notuje się w państwach zachodnich UE (poniżej 0,5 zgonu na 100 000 ludności) a najwyższe współczynniki w Europie – powyżej 5 zgonów na 100 000 ludności notuje się w Estonii.

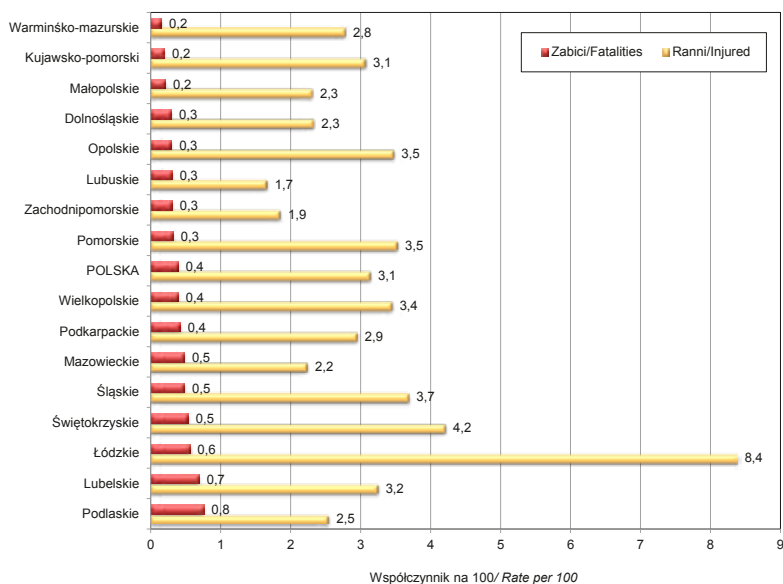
Śmiertelność związana z pożarami w Polsce nie jest wysoka i wynosi około 0,4 na każde 100 pożarów. Według meldunków Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej (PSP) w roku 2010 w wyniku 135 500 pożarów śmierć poniosło 525 osób (0,4 na 100 pożarów), a 4251 było rannych (3,1 na 100 pożarów). Ofiarami śmiertelnymi pożarów byli przede wszystkim mężczyźni – 74%. Ponad 60% ofiar stanowią osoby w wieku 15-60 lat. Ponadto duży odsetek śmiertelnych ofiar pożarów stanowią osoby starsze w wieku powyżej 60 lat - 30%.

W Polsce w latach 2008-2010 można zauważyć zmniejszającą się liczbę pożarów przy równoczesnej niewielkiej tendencji wzrostowej liczby rannych w tych zdarzeniach. Współ-



Ryc. 7.12. Liczba rannych w pożarach na 100 000 ludności według województw (Państwowa Straż Pożarna 2010)

Fig. 7.12. Number of injured in fires per 100 000 population by voivodship (State Fire Service 2010)



Ryc. 7.13. Liczba ofiar śmiertelnych i rannych w pożarach na 100 pożarów według województw (Państwowa Straż Pożarna 2010)

Fig. 7.13. Rates of fatalities and injuries in fires per 100 fires in Poland by voivodships (State Fire Service 2010)

czynnik liczby osób poszkodowanych kształtował w kraju się na poziomie 11 rannych na 100 000 ludności (Ryc.7.12). Można zaobserwować dużą zmienność jeśli chodzi o ryzyko odniesienia obrażeń w pożarach w zależności od województwa. Największy współczynnik rannych notowany jest w woj. łódzkim ponad 25,5 na 100 tys. najniższy zaś – 7,3 w woj. dolnośląskim. Natomiast inny współczynnik: rannych na 100 pożarów wynosi w Polsce 3,1 (Ryc.7.13) i również cechuje się dużą zmiennością terytorialną – najwięcej obrażeń powodują pożary w woj. łódzkim-8,4 ofiar na 100 pożarów a najmniej w woj. lubuskim:1,7 rannych i zabitych na każde 100 pożarów.

Informacje wynikające ze statystyk Straży Pożarnej wskazują, że większość pożarów jest wywołana działalnością człowieka. Znaczną grupę stanowią podpalenia (37% wszystkich pożarów), na drugim miejscu przyczynami zaproszenia ognia jest złe użytkowanie instalacji elektrycznych oraz urządzeń grzewczych.

7.8. Wypadki przy pracy

Za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

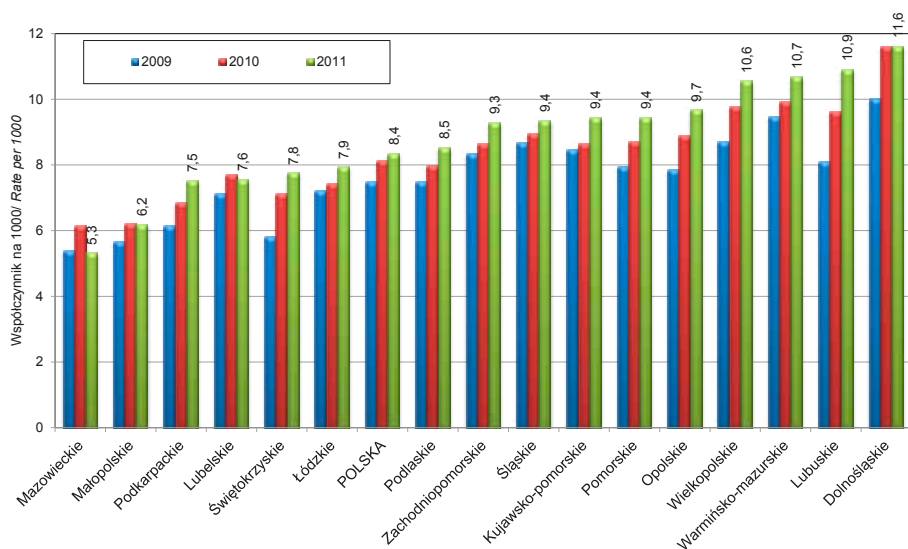
- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych oraz czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- 2) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Główny Urząd Statystyczny (GUS) obligatoryjnie rejestruje wypadki, które zdarzyły się w miejscu zatrudnienia (karta statystyczna Z-KW). W tej szerokiej kategorii wypadków nie są jednak uwzględniane wypadki w rolnictwie indywidualnym, ponieważ te dane zbiera KRUS. Według oceny Centralnego Instytutu Ochrony Pracy (CIOP) nie wszystkie wypadki przy pracy są zgłaszane, dlatego też skala problemu jest ogólnie niedoszacowana.

W roku 2011 zgłoszono 97 223 osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy, niemal tyle samo co w roku 2000. Pomimo wyższej częstości niż w przypadku wypadków drogowych (53 690 osób poszkodowanych w roku 2011), śmiertelność wypadków przy pracy jest mniejsza i wynosi ok. 0,5% (404 ofiary śmiertelne w roku 2011).

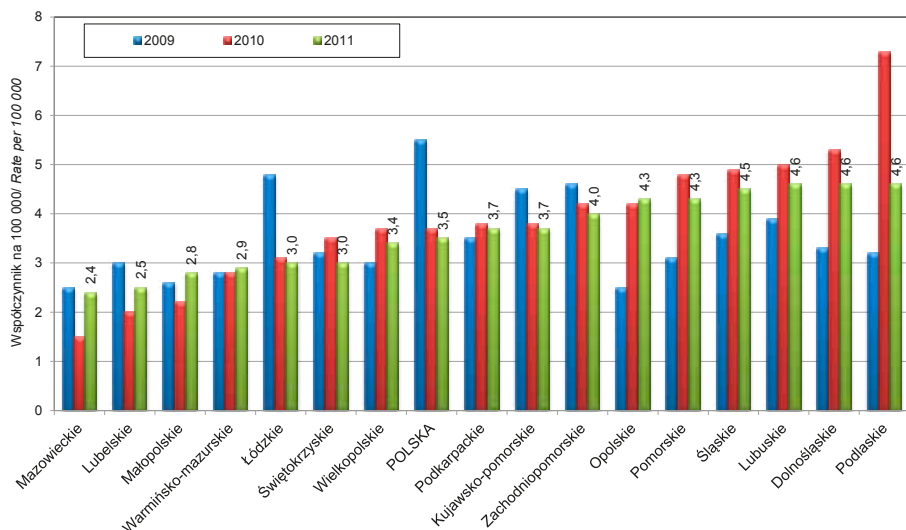
Obserwowany od lat 90. trend spadkowy liczby osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy wyhamował, a od roku 2009 zanotowano wzrost liczby poszkodowanych. Współczynnik poszkodowanych w wypadkach przy pracy na 1000 zatrudnionych, podobnie jak liczba wypadków w ciągu ostatnich 10 lat, ulegał w Polsce niewielkim zmianom nie wykazując wyraźnych tendencji rosnących lub malejących. W roku 2011 omawiany współczynnik wyniósł dla całego kraju 8,4 na 1000 zatrudnionych (Ryc.7.14). Najwięcej poszkodowanych w wypadkach przy pracy w stosunku do liczby zatrudnionych rejestrowano w woj. dolnośląskim. Współczynnik liczby poszkodowanych w latach 2010 i 2011 wyniósł tam 11,6. Wysoka częstość wypadków przy pracy występuje również od wielu lat w województwie warmińsko-mazurskim i wielkopolskim, gdzie współczynnik liczby poszkodowanych wyniósł w 2011 odpowiednio 10,9 i 10,7 na 1000 zatrudnionych.

Najwięcej ofiar śmiertelnych wypadków przy pracy w roku 2011 według danych GUS na 100 000 zatrudnionych jest w woj. podlaskie – 4,6 (Ryc.7.15) a najmniej w woj. mazowieckim – 2,4. Od roku 2009 można zauważyć pewną tendencję spadkową umieralności z powodu wypadków przy pracy.



Ryc. 7.14. Poszkodowani w wypadkach przy pracy na 1000 zatrudnionych według województw (GUS 2011)

Fig. 7.14. Persons who suffered from occupational accidents - rates per 1000 employees by voivodship (GUS 2011)



Ryc. 7.15. Liczba ofiar śmiertelnych wypadków przy pracy na 100 000 zatrudnionych według województw (GUS 2011)

Fig. 7.15. Fatalities in occupational accidents per 100 000 employees by voivodship (GUS 2011)

Według danych GUS – 55% wypadków zdarza się z powodu nieprawidłowego zachowania pracownika, 49% wypadków było spowodowane przez osoby o stażu pracy krótszym niż 3 lata. Struktura demograficzna ofiar wypadków przy pracy wskazuje, że znacząco częściej wypadkom ulegają mężczyźni, stanowiąc ponad 70% wszystkich poszkodowanych. Według przeprowadzonej w roku 2007 analizy w ramach Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) można zauważyć wyraźny związek pomiędzy wykształceniem pracowników a występowaniem wypadków w pracy. Najczęściej wypadkom ulegają osoby z wykształceniem gimnazjalnym i niższym (18,2 na 1000 zatrudnionych w przypadku mężczyzn oraz 13,9 w przypadku kobiet). Najmniejsze zagrożenie z powodu wypadku przy pracy notowane jest u pracowników z wykształceniem wyższym (5,7 na 1000 zatrudnionych wśród mężczyzn oraz 4 wśród kobiet)

Najczęstszymi przyczynami wypadków w pracy były czynności związane z przemieszczaniem się i transportem: ześlizgnięcia, upadki i potknięcia, które stanowią blisko 40% wszystkich wypadków w pracy.

Od wielu lat gałęziami gospodarki, w których szczególnie duże jest zagrożenie wypadkiem to: przemysł i górnictwo, handel i naprawy.

Porównania międzynarodowe obciążeń zdrowotnych wypadkami w pracy następują wiele trudności z uwagi na nie ujednolicone systemy zarówno zbierania danych jak i klasyfikacji samych wypadków. Jako jeden ze wskaźników do takich porównań jest wykorzystywany specjalnie zharmonizowany przez EUROSTAT tzw. standaryzowany współczynnik śmiertelnych wypadków przy pracy. Według tego wskaźnika Polska z 3,5 zgonami na 100 000 zatrudnionych ma współczynnik wyższy o 40% niż średnia dla UE - 2,5 na 100 000 zatrudnionych.

7.9. Wypadki w rolnictwie indywidualnym

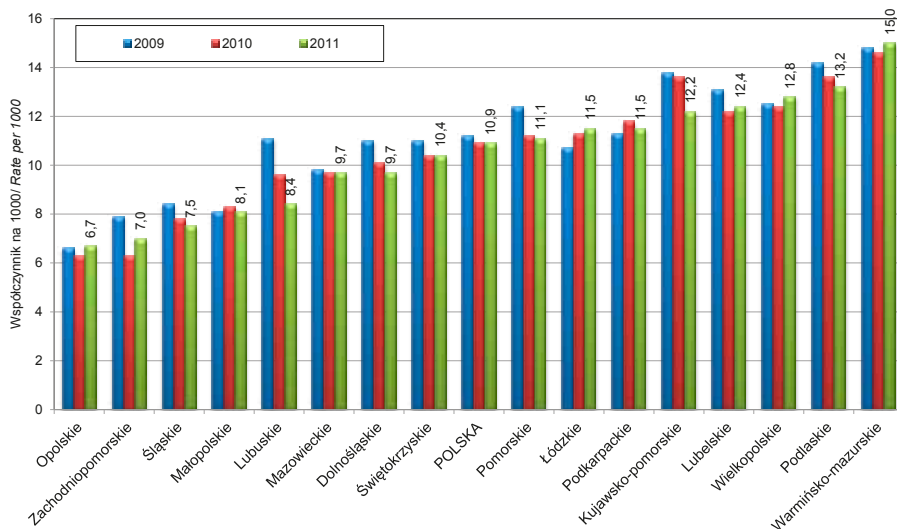
Wypadki w rolnictwie indywidualnym stanowią dość poważny i problem w Polsce. Zdarzenia te są rejestrowane jedynie przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) a co za tym idzie identyfikowane są tylko wypadki zgłoszone przez rolników ubezpieczonych w tej instytucji. Istnieje zatem cały margines wypadków w rolnictwie indywidualnym nie zgłoszonych z powodu braku ubezpieczenia KRUS, bądź zaniechania takiego zgłoszenia z innych przyczyn. W sektorze rolniczym jest zatrudnionych 14,8% wszystkich pracowników (4,5% średnia w krajach UE) a na obszarze Polski jest zarejestrowanych około 2,3 milionów gospodarstw rolnych. Większość stanowią drobne, samowystarczalne gospodarstwa indywidualne używające często tradycyjnych a więc mało nowoczesnych technologii produkcyjnych⁶.

Według dostępnych danych w 2011 roku zdarzyło się ponad 25 772 wypadków w rolnictwie indywidualnym, w których zginęło 81 osób. Śmiertelność w tych wypadkach (0,3%) jest nieco niższa niż w wypadkach przy pracy rejestrowanych przez GUS (ok. 0,4%). Od początku dekady notowany jest też systematyczny spadek liczby zgłoszonych poszkodowanych w wyniku wypadków w rolnictwie indywidualnym.

Wskaźnik liczby wypadków w rolnictwie indywidualnym, który wynosi 11 na 1000 ubezpieczonych w KRUS utrzymuje się od dwóch lat na tym samym poziomie. (Ryc.7.16). W rol-

6 M. Just „Rolnictwo i gospodarka żywnościowa w Polsce” Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Warszawa 2008

nictwie istnieje wyższe zagrożenie obrażeniami w wyniku wypadków niż w innych sektorach gospodarki. Obserwowane jest też duże zróżnicowanie międzywojewódzkie wskaźnika wypadków w gospodarstwach indywidualnych. Najwięcej wypadków na 1000 ubezpieczonych rejestruje woj. warmińsko-mazurskie – 15 a najmniej w woj. opolskie – 6,7. Zróżnicowanie to od wielu lat nie ulega większym modyfikacjom. Podobnie jak w innych działach gospodarki najczęstszymi wypadkami są upadki i wypadki związane z transportem i przemieszczaniem się stanowiące –34% ogółu wszystkich zdarzeń.



Ryc. 7.16. Liczba wypadków w rolnictwie indywidualnym, zgłoszonych do KRUS na 1000 ubezpieczonych według województw (KRUS 2011)

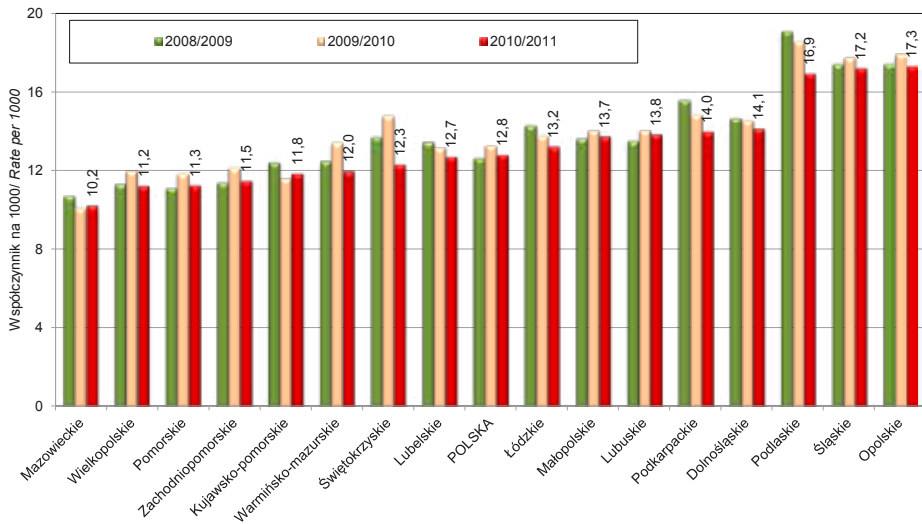
Fig. 7.16. Occupational accidents of individual farmers reported to Agricultural Social Insurance Fund per 1000 farmers insured by voivodships (KRUS 2011)

Najczęściej przyczynami zgonu w wyniku wypadku były zdarzenia z kategorii – przejechanie, uderzenie, pochwycenie przez środek transportu oraz pochwycenie lub uderzenie przez ruchome części maszyn. W tych właśnie wypadkach w roku 2011 zginęło łącznie 37 rolników ubezpieczonych w KRUS.

7.10. Wypadki w oświacie i edukacji

Do polskich szkół uczęszcza około 6 milionów uczniów, którzy stanowią ponad 14% ludności Polski. Szkoła jest więc jednym z głównych środowisk mieszkańców kraju. Problem bezpieczeństwa w placówkach szkolno-oświatowych nie jest więc izolowanym i ograniczonym zagadnieniem, ale stanowi szczególne wyzwanie z uwagi na niewielki postęp w tej dziedzinie w ostatnich 20 latach. Wypadki w oświacie pomimo stosunkowo niewielkich obrażeń, jakie powodują, są problemem zdrowia publicznego rzadko omawianym na forum publicznym.

Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN) w ramach Systemu Informacji Oświatowej (SIO) gromadzi informacje na temat wypadków w placówkach szkolno-oświatowych. W roku szkolnym 2010/2011 odnotowano 70 555 wypadków (w tym 298 ciężkich) tj. 12,8 wypadku na 1000 uczniów. Jak wspomniano wcześniej, obrażenia powodowane przez tę grupę wypadków są niewielkie, lecz poziom częstotliwości tych zdarzeń jest porównywalny z tak wypadkowymi gałęziami gospodarki jak górnictwo lub rolnictwo. Śmierć w wypadkach szkolnych poniosło 63 dzieci, a co za tym idzie śmiertelność kształtowała się na poziomie 0,08%. Śmiertelność dzieci w wyniku wypadków szkolnych w Polsce jest na niższym poziomie niż w szkołach USA, dla których Centers for Disease Control and Prevention (CDC) szacuje śmiertelność na poziomie 0,25% (1 zgon na 400 wypadków szkolnych)⁷. Na terenie Polski najwyższe ryzyko wypadku w placówce szkolnej występuje w województwach: opolskim, śląskim oraz podlaskim - około 17 wypadków na 1000 uczniów (Ryc.7.17).



Ryc. 7.17. Liczba wypadków w szkołach na 1000 uczniów według roku szkolnego i województw (opracowanie własne na podstawie: MEN 2011)

Fig. 7.17. School accidents per 1000 pupils by school year and voivodship (author's estimation based on data from Ministry of Education 2011)

Najczęstszymi obrażeniami dzieci w placówkach edukacyjnych były zwichnięcia oraz skręcenia, obejmujące 36,3% wszystkich urazów, a drugimi co do częstości obrażeniami były stłuczenia i zmiżdżenia – 16,2%.

Najczęstszymi miejscami wypadków są szkoły podstawowe i gimnazja. W tych ostatnich placówkach notowane jest też najwyższe natężenie wypadków w całym szkolnictwie – ponad 20 na 1000 uczęszczających uczniów.

7 "School Health Guidelines to Prevent Unintentional Injuries and Violence" CDC, December 7 200, Vol. 50, No. RR-22

PODSUMOWANIE:

1. Umieralność z powodu wypadków w Polsce systematycznie spada, dynamika spadku umieralności jest podobna do średniej UE co powoduje, że utrzymuje się stale niekorzystna nadwyżka współczynnika umieralności z powodu wypadków na 100 000 ludności (32,9 w Polsce vs 22,6 w UE).
2. W Polsce zagrożenie życia z powodu wypadków jest wśród mężczyzn blisko czterokrotnie wyższe niż wśród kobiet, podczas gdy przeciętna nadwyżka dla ogółu krajów UE jest mniej niż trzykrotna.
3. Najbardziej niekorzystna sytuacja w obszarze liczby wypadków śmiertelnych panuje na terenie województwa podlaskiego (współczynnik umieralności o 35% wyższy niż średnia dla kraju). Województwo to odznacza się w Polsce jednymi z najwyższych współczynnikami umieralności z powodu: upadków, wypadkowych zatruc oraz utonięć. Najkorzystniejsza sytuacja panuje na terenie woj. kujawsko - pomorskiego, gdzie standaryzowany współczynnik umieralności z powodu wypadków jest zbliżony do średniej państw UE.
4. Polska jest zaliczana przez ekspertów do krajów UE cechujących się niskim bezpieczeństwem ruchu drogowego. Niepokojącymi zjawiskami jest jedna z najwyższych śmiertelności w UE z powodu wypadków drogowych, oraz duży 39% odsetek wśród ofiar wypadków drogowych niechronionych uczestników ruchu (pieszych, rowerzystów oraz motocyklistów). Zwiększa się też niekorzystna nadwyżka umieralności z powodu wypadków drogowych w stosunku do średniej krajów UE (w latach 200-2010 dynamika spadku współczynnika ofiar śmiertelnych w Polsce wynosiła 29% vs 45% w UE).
5. Obserwowany od lat 90. trend spadkowy liczby osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy wyhamował, a od roku 2009 zanotowano niewielki wzrost liczby poszkodowanych (8,4 poszkodowanych na 1000 zatrudnionych). Notowany jest też systematyczny spadek liczby wypadków rolników indywidualnych zgłaszanych do KRUS. Niepokojąca jest natomiast duża wypadkowość rejestrowana na terenie szkół utrzymująca się stale na podobnym poziomie (12,8 na 1000 uczęszczających uczniów w roku szkolnym 2010/2011).

8. PRZYCZYNY CHOROBY NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W 2009 ROKU W BADANIACH ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Ewa Karczewicz, Hanna Markowska, Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych osobom ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego i rentowych wypłaca świadczenia stanowiące rekompensatę utraty zarobków (dochodów) w okresie długotrwałej niezdolności do pracy lub czasowej niemożności jej wykonywania. Działalność ZUS obejmuje również działalność prewencyjną. Program rehabilitacji leczniczej, prowadzony w ramach prewencji rentowej ZUS, skierowany jest do osób ubezpieczonych, które w wyniku następstw chorób i urazów są zagrożone utratą zdolności do pracy, ale rokują odzyskanie tej zdolności po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego - mają więc szansę powrotu do pracy zarobkowej.

Prowadzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych badania z zakresu absencji chorobowej oraz orzecznictwa lekarskiego umożliwiają analizę przyczyn chorobowych niezdolności do pracy, zaś wyniki badania ubezpieczonych poddanych rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej pozwalają na ocenę skuteczności programu rehabilitacji leczniczej.

8.1. Przyczyny czasowej niezdolności do pracy – absencja chorobowa

W 2009r. w *Rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS* zostało zarejestrowanych ogółem 19 991,1 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wystawionych na łączną liczbę 252 920,7 tys. dni absencji chorobowej. Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego wyniosła 12,65 dnia.

Z ogólnej liczby zarejestrowanych w 2009r. zaświadczeń lekarskich 18 154,7 tys. (tj. 90,8%) wydanych zostało osobom ubezpieczonym w ZUS z tytułu choroby własnej. Zaświadczenia te zostały wydane dla 6 123,1 tys. osób.

Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego dla tych ubezpieczonych wyniosła 11,91 dnia, natomiast przeciętna absencja chorobowa skumulowana (wynikająca z sumy dni absencji w roku dla danej osoby) przypadająca na 1 osobę wyniosła 35,12 dnia.

Przedmiotem dalszej analizy jest absencja chorobowa z tytułu choroby własnej ubezpieczonych w ZUS.

W 2009 r., zwolnienia lekarskie wydane osobom ubezpieczonym w ZUS z tytułu choroby własnej najczęściej wystawiane były na okres do 10 dni – 58,1% zwolnień opiewało na taką liczbę dni. Natomiast zwolnienia o długości absencji chorobowej 11 - 30 dni stanowiły 38,3% ogółu liczby zwolnień lekarskich.

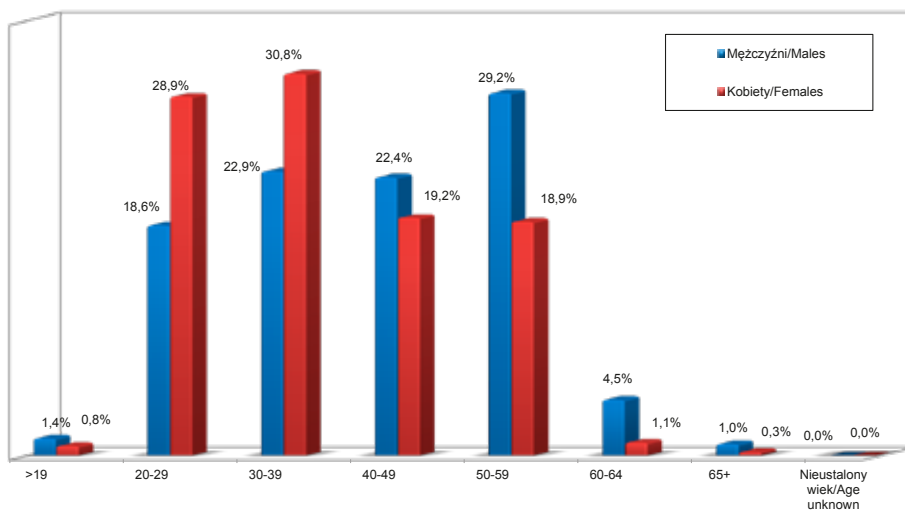
Wśród osób ubezpieczonych w ZUS przebywających na zwolnieniach lekarskich z tytułu choroby własnej w 2009 r. przeważały kobiety, stanowiąc 50,8% tej populacji (tabela 8.1).

Tabela 8.1. Liczba osób, które w 2009 r. przynajmniej raz przebywały na zwolnieniu lekarskim według wieku i płci

Table 8.1. Persons in numbers, on sick leaves according to age and gender 2009

Wiek ubezpieczonych/ Persons insured, by age	Liczba osób w tys./Persons in thousands			
	ogółem/ both	mężczyźni/males	kobiety/females	nieustalona płeć/gender unknown
OGÓŁEM/Total	6 123,1	3 013,4	3 108,9	0,8
19 lat i mniej/Up to 19	103,8	62,4	41,4	0,0
20 - 29	1 662,0	807,8	854,0	0,2
30 - 39	1 696,5	807,6	888,7	0,2
40 - 49	1 276,0	596,3	679,6	0,1
50 - 59	1 214,2	618,5	595,6	0,1
60 - 64	137,8	98,3	39,5	0,0
65 lat i więcej/65 and more	32,2	22,3	9,9	0,0
nieustalony wiek ubezpieczonego /age unknown	0,6	0,2	0,2	0,2

Analiza liczby dni absencji chorobowej w korelacji z wiekiem wykazała, że najwyższy odsetek – 27,2% dni absencji chorobowej odnotowano w grupie wiekowej 30 – 39 lat. W populacji kobiet najwyższy udział absencji chorobowej (30,8%) obserwujemy właśnie w tej grupie wiekowej. Natomiast najwyższy udział absencji chorobowej mężczyzn (29,2%) wystąpił w grupie wiekowej 50 – 59 lat (ryc.8.1).

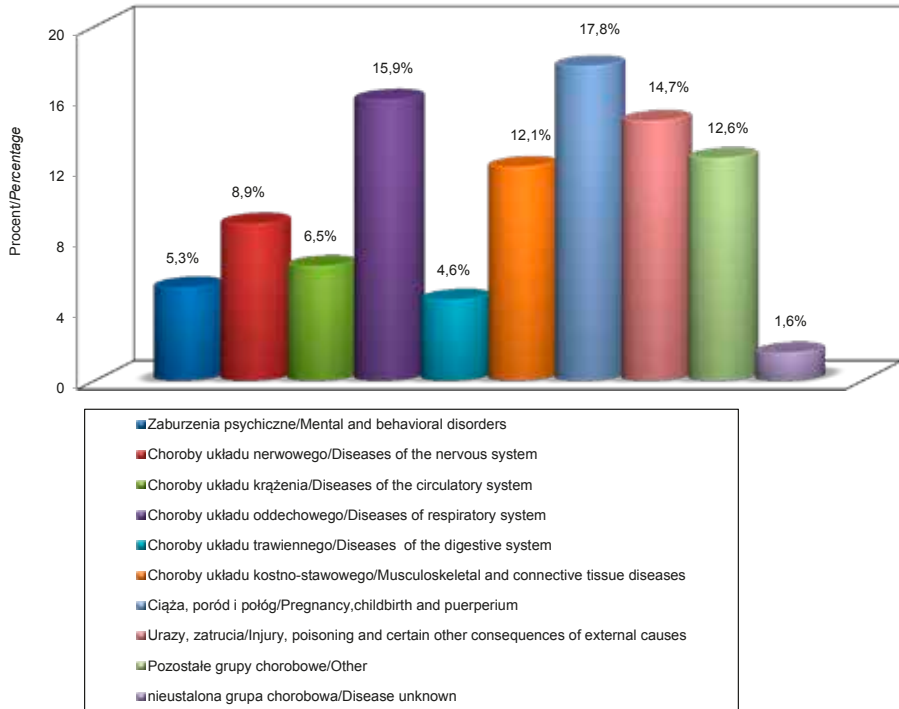


Ryc. 8.1. Liczba dni absencji chorobowej według wieku i płci

Fig. 8.1. Sick leave days per year according to age and gender

Jak wykazała analiza liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS (ryc.8.2), najczęściej występującymi przyczynami powodującymi tę absencję w 2009r. były:

- ciąża, poród i połóg – 17,8% ogółu liczby dni absencji,
- choroby układu oddechowego – 15,9%,
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 14,7%,
- choroby układu kostno stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,1%,
- choroby układu nerwowego – 8,9%,
- choroby układu krążenia – 6,5%.



Ryc. 8.2. Liczba dni absencji chorobowej według grup chorobowych
 Fig. 8.2. Days on sick leave according to major subgroups.

Ranking grup chorobowych powodujących niezdolność do pracy (w kontekście liczby dni absencji) w zależności od płci kształtował się odmiennie od rankingu dla populacji ogółem. W grupie mężczyzn najwyższą absencję powodowały urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (23,1% ogółu liczby dni absencji w populacji mężczyzn), choroby układu oddechowego (17,5%), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (15,1%), choroby układu nerwowego (11,3%), choroby układu krążenia (9,5%), choroby układu trawiennego (6,2%), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (4,9%). W populacji kobiet, poza chorobami związanymi z ciążą, porodem i połogiem (32,8% ogółu liczby dni absencji w tej populacji), najwyższą absencję powodowały choroby układu oddechowego (14,6%), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (9,6%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (7,6%), choroby układu nerwowego (6,9%), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (5,6%), choroby układu moczowo-płciowego (4,6%) oraz choroby układu krążenia (4,0%) (tabela 8.2).

Tabela 8.2 Liczba dni absencji chorobowej według wybranych grup chorobowych i płci
 Table 8.2. Reasons for absence from work and absence duration according to gender

Grupy chorobowe /Disease	Liczba dni absencji chorobowej/ Days of sick leave in numbers		z tego:					
			mężczyźni/ males		kobiety/females		brak danych/ no data available	
	w tys.	%	w tys.	%	w tys.	%	w tys.	%
OGÓŁEM/Total	216 162,0	100,0	98 643,1	100,0	117 469,0	100,0	49,9	100,0
w tym:								
Nowotwory/Neoplasms	6 780,9	3,1	2 552,1	2,6	4 228,1	3,6	0,7	1,3
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania/ Mental and behavioral disorders	11 430,7	5,3	4 799,6	4,9	6 628,4	5,6	2,7	5,4
Choroby układu nerwowego/Diseases of the nervous system	19 190,4	8,9	11 113,0	11,3	8 073,8	6,9	3,6	7,2
Choroby oka i przydatków oka/Diseases of the eye and adnexa	1 362,5	0,6	828,4	0,8	533,8	0,4	0,3	0,7
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego/Diseases of the ear and mastoid process	868,0	0,4	459,2	0,5	408,6	0,3	0,2	0,4
Choroby układu krążenia/Diseases of the circulatory system	14 083,0	6,5	9 366,0	9,5	4 714,7	4,0	2,3	4,6
Choroby układu oddechowego/Diseases of the respiratory system	34 392,5	15,9	17 285,9	17,5	17 098,5	14,6	8,1	16,2
Choroby układu trawienno- digestywnego/Diseases of the digestive system	10 002,9	4,6	6 109,5	6,2	3 890,5	3,3	2,9	5,7
Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej/Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	26 187,9	12,1	14 874,4	15,1	11 308,9	9,6	4,6	9,3
Choroby układu moczowo- płciowego/Diseases of the genitourinary system	6 823,3	3,2	1 465,1	1,5	5 357,1	4,6	1,1	2,3
Ciąża, poród i połóg/ Pregnancy, childbirth and puerperium	38 534,1	17,8	-	-	38 534,1	32,8	-	-
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych/ Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	31 749,1	14,7	22 825,5	23,1	8 913,1	7,6	10,5	21,1

Analiza liczby dni absencji chorobowej powiązanych z przyczyną niezdolności do pracy w poszczególnych grupach wiekowych potwierdza ogólną prawidłowość, że występowanie określonych chorób pozostaje w ścisłym związku z wiekiem. Poniżej, w tabelach 8.3 i 8.4, zaprezentowano rozkład liczby dni absencji chorobowej z powodu wybranych grup chorobowych w poszczególnych w grupach wiekowych.

Tabela 8.3. Struktura liczby dni absencji chorobowej według wybranych grup chorobowych i wieku
Table 8.3. Reasons for absence from work according to age (per cent)

Grupy chorobowe <i>/Major disease subgroup</i>	Dla ubezpieczonych w wieku/ <i>Age of insured:</i>							
	19 lat i mniej/ <i>up to 19</i>	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej/ <i>65 and over</i>	nieustalony wiek/ <i>age unknown</i>
OGÓLEM/<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
w tym:								
Nowotwory/ <i>Neoplasms</i>	0,6	0,8	1,5	4,4	5,6	8,0	11,6	5,0
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania/ <i>Mental and behavioral disorders</i>	1,1	3,3	5,7	7,3	5,5	3,2	1,9	6,2
Choroby układu nerwowego/ <i>Diseases of the nervous system</i>	2,7	4,7	8,0	12,3	11,5	8,9	6,4	7,9
Choroby oka i przydatków oka/ <i>Diseases of the eye and adnexa</i>	0,3	0,3	0,4	0,7	1,0	1,5	2,5	0,7
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego/ <i>Diseases of the ear and mastoid process</i>	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
Choroby układu krążenia/ <i>Diseases of the circulatory system</i>	1,3	1,5	3,0	7,6	13,3	19,3	20,8	7,2
Choroby układu oddechowego/ <i>Diseases of the respiratory system</i>	36,0	17,5	15,5	15,8	14,2	14,4	13,9	12,3
Choroby układu trawiennego/ <i>Diseases of the digestive system</i>	5,4	3,7	4,0	5,5	5,4	5,5	5,5	6,0
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej/ <i>Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue</i>	4,6	5,6	9,5	16,2	18,1	15,7	13,6	12,6
Choroby układu moczowo-płciowego/ <i>Diseases of the genitourinary system</i>	2,0	2,5	3,2	4,1	3,1	2,3	2,9	2,7
Ciąża, poród i połóg/ <i>Pregnancy, childbirth and puerperium</i>	12,1	39,6	28,5	1,8	-	-	-	17,3
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych/ <i>Injury, poisoning and certain other consequences of external causes</i>	25,6	14,3	13,8	16,5	14,2	13,3	13,2	15,4

Tabela 8.4. Struktura liczby dni absencji chorobowej według wieku oraz wybranych grup chorobowych
Table 8.4. Sick leave days according to cause (percentage).

Grupy chorobowe/Major disease subgroup	Ogółem/Total liczba dni absencji chorobowej/days of sick leave in numbers	Dla ubezpieczonych w wieku/Age of insured:							
		19 lat i mniej/up to 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej/65 and over	nieustalony wiek/age unknown
OGÓŁEM/Total	100,0	1,1	24,2	27,2	20,7	23,6	2,6	0,6	0,0
w tym:									
Nowotwory/Neoplasms	100,0	0,2	6,1	13,3	29,3	42,1	6,7	2,3	0,0
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania/Mental and behavioral disorders	100,0	0,2	15,2	29,5	28,6	24,7	1,6	0,2	0,0
Choroby układu nerwowego/Diseases of the nervous system	100,0	0,3	12,8	24,6	28,7	30,5	2,7	0,4	0,0
Choroby oka i przydatków oka/Diseases of the eye and adnexa	100,0	0,6	13,1	18,8	21,5	37,4	6,1	2,5	0,0
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego/Diseases of the ear and mastoid process	100,0	1,2	18,0	25,4	25,4	26,9	2,6	0,5	0,0
Choroby układu krążenia/Diseases of the circulatory system	100,0	0,2	5,4	12,3	24,1	48,2	7,8	2,0	0,0
Choroby układu oddechowego/Diseases of the respiratory system	100,0	2,5	26,6	26,5	20,5	21,0	2,4	0,5	0,0
Choroby układu trawiennego/Diseases of the digestive system	100,0	1,3	19,1	23,7	24,5	27,5	3,2	0,7	0,0
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej/Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	100,0	0,4	11,2	21,4	27,6	35,3	3,4	0,7	0,0
Choroby układu moczowo-płciowego/Diseases of the genitourinary system	100,0	0,7	19,0	27,4	27,0	23,4	1,9	0,6	0,0
Ciąża, poród i połóg/Pregnancy, childbirth and puerperium	100,0	0,8	53,7	43,4	2,1	-	-	-	0,0
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych/Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	100,0	1,9	23,5	25,6	23,1	22,9	2,4	0,6	0,0

Jak już wcześniej wspomniano, najwyższy odsetek dni absencji chorobowej odnotowano w grupie wiekowej 30 – 39 lat. W zależności od rodzaju schorzenia odsetek ten wskazywał na rosnącą zachorowalność również i w innych grupach wiekowych. I tak, w przypadku

nowotworów najwyższy odsetek liczby dni absencji chorobowej wynoszący 42,1 % wystąpił w grupie wiekowej 50 – 59 lat. W przypadku chorób układu krążenia, również w tej grupie wiekowej, odsetek ten był wysoki i wyniósł 48,2%. Natomiast w grupie chorób układu oddechowego oraz urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników ze-

Tabela 8.5. Struktura liczby dni absencji chorobowej według województw oraz wybranych grup chorobowych

Table 8.5. Sick leave days according to region and cause (percentage)

Województwa/Voivodship; Poland	Ogółem liczba dni absencji chorobowej/ duration of absence – number of days		W tym:					
	w tys.		choroby układu nerwowego/ diseases of the nervous system	choroby układu krążenia/ diseases of the circulatory system	choroby układu oddechowego/ diseases of the respiratory system	choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego/ diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	ciąża, poród i połód/ pregnancy, childbirth and puerperium	urazy, zatrucia/injury, poisoning and certain other consequences of external causes
OGÓLEM	216 162,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dolnośląskie	15 496,2	7,2	7,6	6,6	7,6	7,0	6,6	8,5
Kujawsko-pomorskie	11 173,5	5,2	5,4	5,1	4,3	5,2	5,5	4,9
Lubelskie	8 700,5	4,0	4,2	3,8	4,0	3,3	4,5	4,5
Lubuskie	4 729,7	2,2	1,8	2,0	2,1	2,0	2,8	2,2
Łódzkie	18 905,9	8,7	11,0	10,9	8,0	8,8	7,8	7,5
Małopolskie	16 273,0	7,5	6,7	7,3	8,2	8,0	7,9	7,3
Mazowieckie	26 502,2	12,3	10,7	11,4	13,6	11,3	14,3	10,8
Opolskie	4 714,0	2,2	1,8	2,2	2,2	2,6	1,7	2,5
Podkarpackie	10 183,3	4,7	5,6	5,0	4,3	5,1	4,6	4,6
Podlaskie	4 098,1	1,9	1,7	1,4	1,9	1,8	2,0	2,5
Pomorskie	12 466,4	5,8	6,7	5,1	5,5	5,4	6,0	5,8
Śląskie	28 194,7	13,0	11,9	13,7	14,3	13,5	11,2	13,9
Świętokrzyskie	6 652,6	3,1	3,6	3,6	2,8	3,5	2,5	3,0
Warmińsko-mazurskie	6 804,9	3,1	3,1	2,6	2,8	3,2	3,5	3,7
Wielkopolskie	21 072,9	9,8	9,3	10,4	9,0	9,2	10,3	8,5
Zachodniopomorskie	8 484,5	3,9	3,4	3,6	3,6	4,4	4,0	3,9
nieustalone województwo /voivodship unknown	11 709,6	5,4	5,5	5,3	5,8	5,7	4,8	5,9

wewnętrznych odnotowano najwyższy odsetek dni absencji dla grupy wiekowej do 29 roku życia, szczególnie w grupie mężczyzn.

Rozkład liczby dni absencji chorobowej według województw wskazuje na najwyższy odsetek dni absencji w województwie śląskim (13,0% ogólnej liczby dni absencji), w województwie mazowieckim (12,3%), w województwie wielkopolskim (9,8%), w województwie łódzkim (8,7%) (tabela 8.5-8.6).

Tabela 8.6. Struktura liczby dni absencji chorobowej według wybranych grup chorobowych oraz województw

Table 8.6. Sick leave days according to reason (percentage) by regions

Województwa/Voivodship; Poland	Ogółem liczba dni absencji chorobowej/ Total number of days		w tym:					
	w tys.		choroby układu nerwowego/ diseases of the nervous system	choroby układu krążenia/ diseases of the circulatory system	choroby układu oddechowego/ diseases of the respiratory system	choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego/ Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	ciąża, poród i połód/ pregnancy, childbirth and puerperium	urazy, zatrucia/uraz, poisoning and certain other consequences of external causes
OGÓLEM	100,0	8,9	6,5	15,9	4,6	12,1	17,8	14,7
Dolnośląskie	100,0	9,4	6,0	17,0	4,6	11,9	16,4	17,3
Kujawsko-pomorskie	100,0	9,2	6,4	13,2	4,5	12,1	19,0	13,8
Lubelskie	100,0	9,2	6,1	15,9	4,4	9,9	20,1	16,5
Lubuskie	100,0	7,3	5,9	14,9	4,2	10,9	22,9	14,8
Łódzkie	100,0	11,2	8,2	14,5	5,7	12,2	15,9	12,6
Małopolskie	100,0	7,9	6,3	17,3	4,3	12,9	18,8	14,3
Mazowieckie	100,0	7,8	6,0	17,7	4,3	11,1	20,8	12,9
Opolskie	100,0	7,2	6,7	16,4	5,0	14,3	14,0	17,1
Podkarpackie	100,0	10,7	7,0	14,5	4,5	13,1	17,3	14,2
Podlaskie	100,0	8,0	5,0	15,6	4,2	11,4	18,9	19,6
Pomorskie	100,0	10,4	5,7	15,2	4,0	11,4	18,6	14,8
Śląskie	100,0	8,1	6,8	17,4	5,3	12,6	15,3	15,6
Świętokrzyskie	100,0	10,3	7,6	14,4	4,9	13,6	14,4	14,5
Warmińsko-mazurskie	100,0	8,8	5,4	14,2	3,9	12,4	19,6	17,1
Wielkopolskie	100,0	8,5	6,9	14,7	4,5	11,4	18,8	12,9
Zachodniopomorskie	100,0	7,6	6,0	14,7	3,8	13,5	18,1	14,7
nieustalone województwo/ voivodship unknown	100,0	8,9	6,4	16,9	4,6	12,8	15,8	16,1

8.2. Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych wydawanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych

W myśl obowiązujących przepisów orzeczenia o niezdolności do pracy wydawane przez lekarzy orzeczników ZUS stanowią podstawę do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy. W zależności od charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz rokowań

Tabela 8. 7 Orzeczenia pierwszorazowe wydane dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy według płci osób badanych i wybranych grup chorobowych

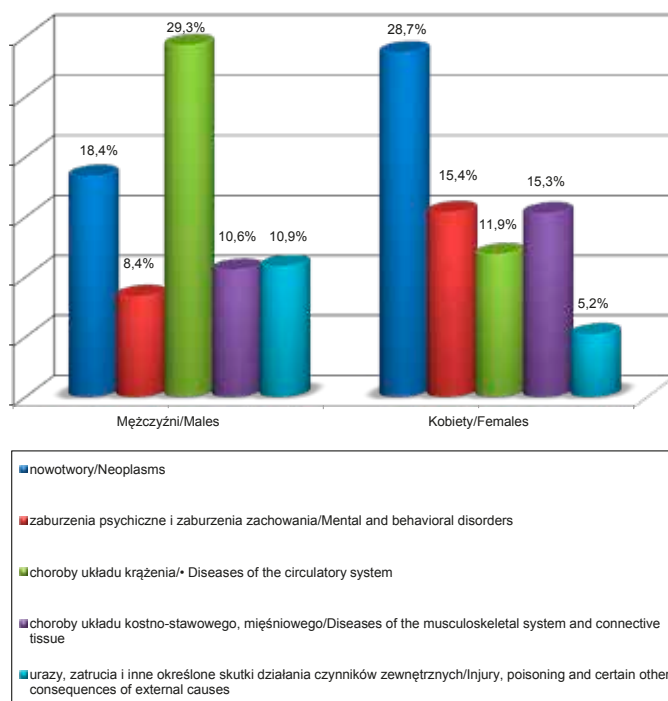
Table 8.7. Disability benefits according to major disease subgroup and gender

Grupy chorobowe/ <i>Disease subgroup</i>	Ogółem/ <i>Both</i>		z tego:			
	liczba/ <i>number</i>	w odsetkach/ <i>percent</i>	mężczyźni/ <i>males</i>		kobiety/ <i>females</i>	
			liczba/ <i>number</i>	w odsetkach/ <i>percent</i>	liczba/ <i>number</i>	w odsetkach/ <i>percent</i>
OGÓŁEM/<i>Total</i>	47 148	100,0	31 016	100,0	16 132	100,0
w tym:						
Nowotwory/ <i>Neoplasms</i>	10 349	22,0	5 715	18,4	4 634	28,7
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania/ <i>Mental and behavioral disorders</i>	5 098	10,8	2 615	8,4	2 483	15,4
Choroby układu nerwowego/ <i>Diseases of the nervous system</i>	3 897	8,3	2 409	7,8	1 488	9,2
Choroby oka i przydatków oka/ <i>Diseases of the eye and adnexa</i>	921	2,0	615	2,0	306	1,9
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego/ <i>Diseases of the ear and mastoid process</i>	336	0,7	241	0,8	95	0,6
Choroby układu krążenia/ <i>Diseases of the circulatory system</i>	11 012	23,4	9 088	29,3	1 924	11,9
Choroby układu oddechowego/ <i>Diseases of the respiratory system</i>	1 462	3,1	876	2,8	586	3,6
Choroby układu trawiennego/ <i>Diseases of the digestive system</i>	1 267	2,7	923	3,0	344	2,1
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej/ <i>Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue</i>	5 747	12,2	3 281	10,6	2 466	15,3
Choroby układu moczowo-płciowego/ <i>Diseases of the genitourinary system</i>	577	1,2	398	1,3	179	1,1
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych/ <i>Injury, poisoning and certain other consequences of external causes</i>	4 206	8,9	3 369	10,9	837	5,2

odzyskania zdolności do pracy, lekarz orzecznik ustala trwałą lub okresową niezdolność do pracy. W 2009r. lekarze orzecznicy ZUS wydali ogółem 47,1 tys. orzeczeń pierwszorazowych ustalając stopień niezdolności do pracy. W grupie badanych, którzy uzyskali orzeczenie o niezdolności do pracy 25,5 tys. osób, tj. 54,1% uznano za częściowo niezdolne do pracy, 18,2 tys. (38,6%) uzyskało orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, a 3,5 tys. (7,3%) o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Orzeczenia pierwszorazowe dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy były w 2009r. częściej wydawane mężczyznom, stanowili oni bowiem 65,8% tej grupy badanych.

Podstawowymi chorobami powodującymi niezdolność do pracy u osób badanych po raz pierwszy dla celów rentowych były w 2009r. choroby układu krążenia – 23,4% ogółu orzeczeń, nowotwory – 22,0%, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego – 12,2%, zaburzenia psychiczne – 10,8%, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 8,9%. Pozostałe grupy chorobowe stanowiły przyczynę niezdolności w 14,4% przypadków wydanych orzeczeń (tabela 8.7).

Przyczyną niezdolności do pracy w populacji badanych mężczyzn najczęściej były choroby układu krążenia – w 29,3% przypadków oraz nowotwory – 18,4%. Natomiast w populacji kobiet niezdolność do pracy występowała najczęściej na skutek nowotworów – 28,7% oraz zaburzeń psychicznych – 15,4% (ryc.8.3).



Ryc. 8.3. Struktura orzeczeń pierwszorazowych rentowych w których ustalono stopień niezdolności do pracy według wybranych grup chorobowych i płci osób badanych

Fig. 8.3. Work disability diagnosed for the first time according to major disease subgroups and gender in numbers.

W większości przypadków, tj. w 55,7%, orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy otrzymywały w 2009r. osoby w wieku 50 – 59 lat. Średni wiek dla ogółu osób badanych w 2009r. po raz pierwszy dla celów rentowych, którym ustalono stopień niezdolności do pracy wyniósł 46,9 lat, w przypadku mężczyzn 48,5 lat, kobiet – 44.1 lat.

Tabela 8.8. Struktura orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy według wieku osób badanych oraz wybranych grup chorobowych
Table 8.8. Work disability diagnosed for the first time according to age and major disease subgroup, percentage

Grupy chorobowe/Disease subgroup	Ogółem/Total	Wiek osób badanych/Age:							Średni wiek w latach/average age
		19 lat i mniej/ up to 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej/ 65 and over	
OGÓŁEM/Total	100,0	0,1	4,2	10,1	22,5	55,7	6,6	0,8	46,9
w tym:									
Nowotwory/Neoplasms	100,0	0,0	2,4	7,7	23,8	59,1	6,5	0,5	49,9
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania/Mental and behavioral disorders	100,0	0,2	9,1	18,8	24,6	43,4	3,2	0,7	37,6
Choroby układu nerwowego/Diseases of the nervous system	100,0	0,1	5,7	15,4	28,2	45,6	4,6	0,4	43,8
Choroby oka i przydatków oka/Diseases of the eye and adnexa	100,0	0,1	7,1	15,4	23,5	47,3	5,6	1,0	43,3
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego/Diseases of the ear and mastoid process	100,0	0,0	2,4	8,9	17,3	55,6	14,0	1,8	50,1
Choroby układu krążenia/Diseases of the circulatory system	100,0	0,0	1,0	3,3	16,6	68,1	10,2	0,8	52,6
Choroby układu oddechowego/Diseases of the respiratory system	100,0	0,0	0,8	3,7	14,8	65,4	11,5	3,8	52,8
Choroby układu trawiennego/Diseases of the digestive system	100,0	0,1	3,3	11,3	30,5	50,7	3,6	0,5	46,7
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej/Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	100,0	0,1	1,8	10,2	23,7	57,6	6,0	0,6	49,6
Choroby układu moczowo-płciowego/Diseases of the genitourinary system	100,0	0,0	9,7	17,0	26,0	42,8	4,2	0,3	44,3
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych/Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	100,0	0,3	13,2	18,4	25,4	38,4	3,7	0,6	44,0

Tabela 8.9. Struktura orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy według przewidywanego okresu trwania niezdolności do pracy i przyczyn chorobowych

Table 8.9. Work disability diagnosed for the first time according to estimated duration and major disease

Grupy chorobowe/ <i>Disease sub-group</i>	Ogółem/ <i>Total</i>	Orzeczenia wydane na czas określony/ <i>Estimated duration :</i>							37 miesięcy i więcej/ <i>37 months and more</i>	bezterminowo/ <i>unlimited</i>
		do 3 miesięcy/ <i>up to 3 months</i>	4-6	7-9	10-12	13 - 24	25 - 36			
OGÓŁEM	100,0	0,9	8,2	2,7	32,9	37,1	10,1	2,3	5,8	
w tym:										
Nowotwory/ <i>Neoplasms</i>	100,0	0,3	2,0	1,3	28,1	46,3	12,7	2,0	7,3	
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania/ <i>Mental and behavioral disorders</i>	100,0	0,6	7,4	2,7	39,9	34,3	8,8	1,7	4,6	
Choroby układu nerwowego/ <i>Diseases of the nervous system</i>	100,0	0,8	6,5	1,6	26,4	38,7	12,9	2,3	10,8	
Choroby oka i przydatków oka/ <i>Diseases of the eye and adnexa</i>	100,0	0,2	3,0	2,2	22,6	28,0	17,7	8,2	18,1	
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego/ <i>Diseases of the ear and mastoid process</i>	100,0	0,3	2,1	1,2	19,9	30,3	17,0	2,1	27,1	
Choroby układu krążenia/ <i>Diseases of the circulatory system</i>	100,0	0,5	6,0	2,2	34,2	40,4	9,6	2,2	4,9	
Choroby układu oddechowego/ <i>Diseases of the respiratory system</i>	100,0	0,8	6,5	1,6	26,4	38,7	12,9	2,3	10,8	
Choroby układu trawiennego/ <i>Diseases of the digestive system</i>	100,0	0,7	6,7	2,3	39,0	36,1	7,6	1,3	6,4	
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej/ <i>Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue</i>	100,0	1,8	16,9	4,0	32,4	30,8	8,1	2,4	3,6	
Choroby układu moczowo-płciowego/ <i>Diseases of the genitourinary system</i>	100,0	0,9	4,3	0,7	24,4	41,1	18,4	5,5	4,7	
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych/ <i>Injury, poisoning and certain other consequences of external causes</i>	100,0	2,9	20,5	6,2	37,7	22,0	5,4	1,9	3,4	

Prezentowane wyniki potwierdzają, iż w starszych grupach wiekowych nasila się zachorowalność na choroby przewlekłe, takie jak choroby układu krążenia czy też choroby układu oddechowego, związane ze zmniejszającą się wraz z wiekiem wydolnością organizmu. Osoby młodsze, poniżej 40 roku życia, to z reguły badani w związku z urazami, zatruciami i innymi określonymi działaniami czynników zewnętrznych, zaburzeniami psychicznymi i chorobami układu nerwowego (tabela 8.8).

Poza ustaleniem stopnia niezdolności do pracy i jej okoliczności, do zadań lekarzy orzeczników należy również ustalenie okresu ważności orzeczenia o niezdolności do pracy. Jeżeli lekarz orzecznik stwierdzi trwałą niezdolność do pracy, wówczas ubezpieczonemu przysługuje renta stała, jeśli natomiast niezdolność do pracy zostanie uznana za okresową,

Tabela 8.10. Struktura orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy według województw i wybranych przyczyn chorobowych
Table 8.10. Work disability diagnosed for the first time according to region and chosen disease subgroup

Województwa/ <i>Voivodship; Poland</i>	Ogółem liczba orzeczeń/ <i>Total</i>		w tym:				
	liczba/ <i>number</i>	%	nowotwory/ <i>neoplasms</i>	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania/ <i>mental and behavioral disorders</i>	choroby układu krążenia/ <i>diseases of the circulatory system</i>	choroby układu kostno-stawowego i tkanki łącznej/ <i>diseases of the musculoskeletal system and connective tissue</i>	urazy, zatrucia/ <i>injury, poisoning and certain other consequences of external causes</i>
OGÓLEM	47 148	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dolnośląskie	3 474	7,4	8,1	5,6	7,4	7,1	8,0
Kujawsko-pomorskie	3 788	8,0	7,4	8,0	8,5	10,5	7,2
Lubelskie	2 976	6,3	4,6	7,1	6,7	7,9	6,1
Lubuskie	1 385	2,9	3,4	1,8	3,0	3,5	3,4
Łódzkie	3 074	6,5	7,9	7,5	6,6	3,5	6,9
Małopolskie	3 168	6,7	6,8	6,0	6,6	7,0	8,0
Mazowieckie	6 259	13,3	14,0	13,3	12,5	12,4	12,7
Opolskie	822	1,8	3,0	1,1	1,9	1,3	1,1
Podkarpackie	1 999	4,2	3,5	6,0	4,4	4,4	2,9
Podlaskie	1 034	2,2	2,7	2,7	2,2	1,7	2,1
Pomorskie	1 701	3,6	4,7	3,4	3,4	2,3	2,8
Śląskie	5 379	11,4	10,6	12,8	11,1	9,7	11,9
Świętokrzyskie	1 270	2,8	3,0	2,6	2,9	1,9	2,7
Warmińsko-mazurskie	2 139	4,5	4,3	3,9	4,6	5,2	5,7
Wielkopolskie	5 983	12,7	10,2	13,8	12,3	15,8	13,0
Zachodniopomorskie	2 697	5,7	5,8	4,4	5,8	5,8	5,4

wówczas ubezpieczony ma prawo do renty przez okres wskazany w decyzji organu rentowego. Po jego upływie dalsze prawo do renty jest uzależnione od wydania nowego orzeczenia przez lekarza orzecznika na wniosek osoby zainteresowanej.

W 2009 r. wśród orzeczeń pierwszorazowych przeważały orzeczenia wydawane na okres 13 – 24 miesięcy, stanowiąc 37,1 % ogółu wydanych orzeczeń (tabela 8.9).

Istotnym czynnikiem mającym wpływ na długość okresu ważności orzeczenia jest rodzaj choroby powodującej niesprawność organizmu oraz wiek osób badanych.

Orzeczenia bezterminowe wydawano najczęściej osobom z chorobami nowotworowymi - 27,6% orzeczeń bezterminowych oraz z chorobami układu krążenia – 19,8% takich orzeczeń. Najlepsze rokowania do odzyskania pełnej sprawności organizmu bądź zdolności do pracy dotyczyły osób z urazami, zatruciami i innymi określonymi skutkami działania czynników zewnętrznych, gdyż 67,3% orzeczeń o niezdolności do pracy w tej grupie wydanych zostało na okres do 12 miesięcy. W dalszej kolejności, osoby, u których wystąpiły choroby układu kostno-stawowego stanowiły 55,1%, z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zacho-

Tabela 8.11. Struktura orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy według wybranych przyczyn chorobowych i województw

Table 8.11. Work disability diagnosed for the first time according to chosen disease subgroup and region

Województwa/Voivodship; Poland	Ogółem liczba orzeczeń/ Total	W tym:				
		nowotwory/ neoplasms	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania/ mental and behavioral disorders	choroby układu krążenia/ diseases of the circulatory system	choroby układu kostno- stawowego mięśniowego i tkanki łącznej/ diseases of the musculoskeletal sys- tem and connective tissue	urazy, zatrucia/• injury, poisoning and certain other consequences of external causes
OGÓLEM	100,0	24,1	2,2	0,7	0,3	0,2
Dolnośląskie	100,0	20,3	2,9	0,6	0,2	0,1
Kujawsko-pomorskie	100,0	16,0	2,1	0,4	0,7	0,2
Lubelskie	100,0	25,3	2,6	0,5	0,3	0,1
Lubuskie	100,0	26,8	1,9	0,5	0,3	0,1
Łódzkie	100,0	22,3	2,0	0,9	0,3	0,1
Małopolskie	100,0	23,2	2,8	0,6	0,2	0,1
Mazowieckie	100,0	37,5	2,1	0,2	0,1	0,0
Opolskie	100,0	18,1	3,0	0,7	0,3	0,2
Podkarpackie	100,0	26,8	2,7	0,2	0,3	0,2
Podlaskie	100,0	28,8	2,2	0,4	0,4	0,4
Pomorskie	100,0	20,3	1,9	1,2	0,3	0,1
Śląskie	100,0	24,7	3,9	0,5	0,1	0,4
Świętokrzyskie	100,0	20,8	3,0	0,5	0,3	0,2
Warmińsko-mazurskie	100,0	17,6	2,3	0,9	0,3	2,3
Wielkopolskie	100,0	22,1	2,7	0,9	0,3	0,2
Zachodniopomorskie	100,0	22,0	2,4	0,7	0,3	0,4

wania – 50,6%, chorobami układu trawiennego – 48,7%, z chorobami układu nerwowego - 47,1% osób, które uzyskały orzeczenie w tych grupach chorobowych.

Z analizy przestrzennego zróżnicowania wydanych orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych wynika, że największy ich odsetek wydano w województwie mazowieckim – 13,3%, wielkopolskim – 12,7% oraz śląskim – 11,4%. Przyczynami chorobowymi niezdolności do pracy z tytułu których najczęściej wydawano orzeczenia były we wszystkich województwach nowotwory (od 18,1% wydanych orzeczeń w woj. opolskim do 37,5% wydanych w woj. mazowieckim) oraz choroby układu oddechowego (od 22,0% wydanych w woj. małopolskim do 25,6% wydanych w woj. mazowieckim). Kolejną dominującą przyczyną chorobową wydawanych orzeczeń były choroby układu moczowo-płciowego – od 6,6% wydanych w woj. lubuskim do 16,0% wydanych w woj. dolnośląskim. (tabela 8.10-8.11).

8.3. Realizacja programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Jak wcześniej wspomniano, Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi również działalność w zakresie prewencji rentowej.

Kompleksowa rehabilitacja lecznicza, prowadzona przez ZUS w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym, to indywidualnie ukierunkowany program na leczenie schorzenia będącego przyczyną skierowania na rehabilitację oraz na schorzenia współistniejące, uwzględnia w szczególności dysfunkcje wynikające ze schorzeń narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, chorób psychosomatycznych, onkologicznych.

Poza rehabilitacją medyczną program obejmuje rehabilitację psychologiczną, edukację zdrowotną, naukę zasad zdrowego żywienia.

O celowości rehabilitacji leczniczej orzeka lekarz orzecznik ZUS, który orzekając m.in. o przyznaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego lub o niezdolności dla celów rentowych, lub o procentowym uszczerbku na zdrowiu z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, lub w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, może wydać orzeczenie stwierdzające potrzebę rehabilitacji leczniczej. Orzeczenie to stanowi podstawę skierowania ubezpieczonego na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.

W 2009r. programem rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS objętych zostało 73,4 tys. osób. W populacji osób poddanych rehabilitacji leczniczej dominowały osoby ze schorzeniami narządu ruchu. Z powodu tych chorób leczeniu rehabilitacyjnemu poddano 58,0 tys. osób, w związku z chorobami układu krążenia - 8,7 tys. osób, chorobami psychosomatycznymi – 4,5 tys. osób, układu oddechowego - 2,0 tys. osób, a ze względu na schorzenia onkologiczne - 0,2 tys. osób.

Poniższa tabela (tabela 8.12) prezentuje najczęściej występujące jednostki chorobowe, które były w 2008r. przyczyną kierowania na rehabilitację leczniczą, w ramach danego profilu rehabilitacji.

Powodzenie rehabilitacji w znacznym stopniu zależy od możliwie wczesnego kierowania osób zagrożonych utratą zdolności do pracy na leczenie rehabilitacyjne. Wczesne kierowanie skraca czas niezbędny do usprawnienia organizmu w stopniu umożliwiającym powrót do pracy zarobkowej. Analiza wyników rehabilitacji prowadzona po upływie 12 miesięcy od jej zakończenia (tj. wyników rehabilitacji leczniczej przeprowadzonej w 2008 r.) potwierdza tendencję zwiększenia się z roku na rok odsetka osób kierowanych na rehabilitację leczniczą w trakcie pobierania świadczeń krótkookresowych, tj. zasiłku chorobowego (w 2008 r. -

Tabela 8.12. Przyczyny chorobowe, z tytułu których w 2008 r. została przeprowadzona rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS według profili rehabilitacji leczniczej
 Table 8.12. An aim of rehabilitation provided in 2008 according to health profile.

Profil rehabilitacji/ <i>Health profile</i>	Jednostka chorobowa będąca przyczyną rehabilitacji/ <i>Causing condition</i>	Ubezpieczeni, którzy ukończyli rehabilitację leczniczą/ <i>Insured persons completing a course of rehabilitation</i>	
		liczba/number	w odsetkach/ <i>percentage</i>
Narząd ruchu/ <i>Musculoskeletal system</i>	Ogółem	52 111	100,0
	w tym:		
	choroby krążka międzykręgowego/ <i>Intervertebral disc disorder</i>	8 911	17,1
	zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych/ <i>Nerve root and plexus disorders</i>	8 181	15,7
	zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa/ <i>Arthrosis of spine</i>	8 077	15,5
	następstwa urazów kończyny dolnej/ <i>Injuries to lower extremity</i>	3 491	6,7
	następstwa urazów kończyny górnej/ <i>Injuries to upper extremity</i>	2 032	3,9
Układ krążenia/ <i>Circulatory system</i>	choroby zwyrodnieniowe stawów kolano- wych/ <i>Gonarthrosis</i>	1 720	3,3
	Ogółem	8 340	100,0
	w tym:		
	przewlekła choroba niedokrwienna serca/ <i>Chronic ischaemic heart disease</i>	5 104	61,2
	samoistne nadciśnienie/ <i>Essential (primary) hypertension</i>	984	11,8
	choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca/ <i>Hypertensive heart disease</i>	809	9,7
	dusznicza bolesna/ <i>Angina pectoris</i>	651	7,8
Układ oddechowy/ <i>Respiratory system</i>	ostry zawał serca/ <i>Acute myocardial infarction</i>	217	2,6
	Ogółem	2 350	100,0
	w tym:		
	dychawica oskrzelowa/ <i>Asthma</i>	886	37,7
	inna przewlekła zaporowa choroba płuc/ <i>Other chronic obstructive pulmonary disease</i>	757	32,2
	nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli/ <i>Unspecified chronic bronchitis</i>	80	3,4
	przewlekłe zapalenie krtani oraz krtani i tchawicy/ <i>Chronic laryngitis and laryngotracheitis</i>	68	2,9
przewlekłe zapalenie oskrzeli proste i śluzowo-ropne/ <i>Mixed simple and mucopurulent chronic bronchitis</i>	59	2,5	

Choroby psychosomatyczne/ <i>Psychosomatic disorders</i>	Ogółem w tym: reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne/ <i>Reaction to severe stress and adjustment disorders</i> inne zaburzenia lękowe/ <i>Other anxiety disorders</i> zaburzenia depresyjne nawracające/ <i>Recurrent depressive disorder</i> epizod depresyjny/ <i>Depressive episode</i> inne zaburzenia nerwicowe/ <i>Neurotic disorders</i> inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną/ <i>Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease</i> uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)/ <i>Persistent mood (affective) disorders</i>	4 368 1 227 1 131 511 310 271 249 131	100,0 28,1 25,9 11,7 7,1 6,2 5,7 3,0
---	---	---	--

Tabela 8.13. Skuteczność rehabilitacji leczniczej przeprowadzonej w 2008r. według choroby, która była przyczyną rehabilitacji

Table 8.13. Effectiveness of rehabilitation therapies according to medical cause

Profil rehabilitacji/ <i>Causing condition</i>	Liczba ubezpieczonych poddanych rehabilitacji leczniczej, ogółem/ <i>Persons insured after medical rehabilitation in numbers</i>	Rehabilitowani pobierający świadczenia po rehabilitacji/ <i>receiving disability - sickness benefits</i>	w tym:		Skuteczność rehabilitacji leczniczej	
			receiving sickness benefits up to 20 days	Rehabilitowani nie pobierający żadnych świadczeń po rehabilitacji/ <i>not receiving benefits or sickness benefits up to 20 days only</i>	Rehabilitowani nie pobierający żadnych świadczeń lub pobierający jedynie zasiłek do 20 dni/ <i>not receiving any benefits or sickness benefits up to 20 days only in numbers</i>	w % do ogółem poddanych rehabilitacji leczniczej/ <i>percentage</i>
OGÓLEM	55 319	32 959	7 241	22 360	29 601	53,5
Narząd ruchu/ <i>Musculoskeletal disorders</i>	43 407	25 497	6 549	17 910	24 459	56,3
Układ krążenia/ <i>Cardiovascular diseases</i>	7 008	4 568	551	2 440	2 991	42,7
Układ oddechowy/ <i>Respiratory diseases</i>	2 083	1 333	81	750	831	39,9
Choroby psychosomatyczne/ <i>Psycho-somatic diseases</i>	2 821	1 561	60	1 260	1 320	46,8

40,9% populacji poddanej rehabilitacji) lub świadczenia rehabilitacyjnego (33,8%). Wzrasta również odsetek osób nie pobierających przed rehabilitacją żadnych świadczeń (6,2%), co świadczy o kierowaniu na rehabilitację we wczesnym okresie rozwoju choroby. Jednocześnie systematycznie maleje odsetek rencistów kierowanych na rehabilitację leczniczą (19,1%).

Zgodnie z przyjętym dla celów badawczych założeniem, przekładającym się na fakt nie pobierania żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub pobieraniem po zakończeniu rehabilitacji jedynie zasiłku chorobowego do 20 dni, skuteczność programu rehabilitacji leczniczej z roku na rok wzrasta (tabela 8.13). Zdolność do pracy przywracana jest średnio połowie osób poddanych tej rehabilitacji.

PODSUMOWANIE:

1. Główną przyczyną czasowej niezdolności do pracy osób ubezpieczonych w ZUS w 2009 r. były: ciąża, poród i połóg (17,8% ogółu liczby dni absencji), choroby układu oddechowego (15,9%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (14,7%).
2. Podstawowymi chorobami powodującymi niezdolność do pracy u osób badanych po raz pierwszy dla celów rentowych były w 2009 r. choroby układu krążenia (23,4% ogółu orzeczeń), nowotwory (22,0%), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego (12,2%).
3. Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy odmiennie kształtowały się w odniesieniu do płci, wieku oraz miejsca zamieszkania osób ubezpieczonych.
4. W wyniku programu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ZUS w ramach profili: narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, chorób psychosomatycznych i schorzeń onkologicznych ukończyło rehabilitację w 2009 r. 73,4 tys. osób. Jak wykazują wyniki badań, skuteczność programu jest wysoka: zdolność do pracy przywracana jest średnio w odniesieniu do połowy osób poddanych rehabilitacji leczniczej, przy czym jest najwyższa w przypadku chorób narządu ruchu, a najniższa w przypadku układu oddechowego.

9. ZAGROŻENIA ŚRODOWISKOWE

Krzysztof Skotak, Dorota Maziarka, Jakub Bratkowski, Małgorzata Jamsheer-Bratkowska, Bożena Krogulska

9.1. Wprowadzenie

Degradacja środowiska naturalnego, poprzez zanieczyszczenie powietrza, wody, gleby, hałas i utratę obszarów naturalnych, w połączeniu ze zmianami klimatycznymi, stylem życia i wysoką konsumpcją energii, może przyczynić się do wystąpienia wielu ujemnych skutków zdrowotnych dotyczących duże grupy populacji. Bardzo często, jedną z głównych przyczyn związanych ze stanem środowiska jest znaczący wzrost występowania otyłości, cukrzycy oraz chorób układu oddechowego i sercowo-naczyniowego. Badania pokazują, że stan środowiska w istotny sposób przyczynia się również do wzrostu występowania problemów z reprodukcją i zdrowiem psychicznym, występowaniem astmy, alergii oraz niektórych rodzajów nowotworów. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że obciążenie chorobami środowiskowymi na kontynencie Europejskim odpowiada za 15-20% wszystkich zgonów oraz za 18-20% lat życia skorygowanych niesprawnością¹. Badania przeprowadzone w kilku krajach Europy (Belgia, Finlandia, Francja, Niemcy, Włochy, Holandia) wskazują, że za taki stan rzeczy odpowiedzialne są przede wszystkim zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego pyłem zawieszonym oraz radonem, dym tytoniowy oraz hałas¹.

Narażenia i powiązane zagrożenia zdrowotne, jak również korzyści płynące ze zmniejszenia stopnia zanieczyszczenia środowiska naturalnego, nie są równomiernie rozmieszczone. Społeczności będące w gorszej sytuacji społecznej i ekonomicznej, częściej dotknięte są negatywnymi skutkami zdrowotnymi wynikającymi z zanieczyszczenia środowiska.

Aktualnie, coraz większego znaczenia z punktu widzenia zdrowia publicznego nabierają zagrożenia zdrowotne związane z długookresowym narażeniem na niskie, nierzadko nie przekraczające wartości normatywnych ustanowionych w celu ochrony zdrowia ludzkiego, stężenia lub natężenia czynników szkodliwych występujących w środowisku. Ocena skutków zdrowotnych tych zagrożeń jest procesem złożonym i bardzo trudnym. Wynika to nie tylko z konieczności wykonania szeregu analiz w długim okresie czasu, ale również obserwowanego często jednoczesnego narażenia na szkodliwe substancje pochodzące z wielu źródeł, interakcje pomiędzy zanieczyszczeniami, niemożność zidentyfikowania wszystkich czynników szkodliwych oraz indywidualnej podatności bądź odporności organizmu.

Ochrona zdrowia w powiązaniu ze stanem środowiska znalazła odzwierciedlenie w zapisach „Konferencji Narodów Zjednoczonych na temat Środowiska i Rozwoju”, gdzie po

1 Środowisko Europy 2010–Stan i Prognozy. Synteza. Europejska Agencja Środowiska, Kopenhaga. 2010.

raz pierwszy przedstawiono koncepcję zrównoważonego rozwoju, która stała się podstawą stworzenia globalnego programu działań w XXI wieku, tzw. Agendy 21. Główne polityki europejskie mają na celu zapewnienie środowiska, w którym poziom jego zanieczyszczenia nie prowadzi do szkodliwych skutków dla zdrowia ludzi i dalszej jego degradacji, a podatne i najbardziej wrażliwe grupy ludności są chronione. Należą do nich: 6 Program Działań na Rzecz Środowiska, Europejska Strategia Środowiska i Zdrowia oraz Plan Działań na lata 2004-2010, a także ogólnoeuropejski projekt WHO Środowisko i Zdrowie.

9.2. Jakość powietrza atmosferycznego

Zgodnie z przepisami krajowymi oraz UE jakość powietrza w Polsce podlega stałej kontroli i realizowana jest w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska (PMŚ), koordynowanego i nadzorowanego przez Główny Inspektorat Ochrony Środowiska.

W ostatnich latach na obszarze Europy (w tym również i w Polsce), dzięki znacznej redukcji emisji zanieczyszczeń, obserwacje prowadzone w ramach monitoringu zanieczyszczenia powietrza potwierdzają wyraźny trend malejący poziomów stężeń wielu zanieczyszczeń, głównie dwutlenku siarki, tlenku węgla i tlenków azotu. Podobna sytuacja, dzięki wprowadzeniu benzyny bezołowiowej, ma miejsce w przypadku ołowiu. Niestety, wysokości stężeń pyłu zawieszonego w sezonie zimowym i ozonu w sezonie letnim nadal często i na znacznym obszarze przekraczają wartości normatywne pozostając głównym problemem zdrowotnym, związanym ze skróceniem przewidywanej długości życia (przedwczesnymi zgonami) oraz ostrymi i chronicznymi schorzeniami układu oddechowego i krążenia (szczególnie u dzieci i osób starszych). Najbardziej dotkliwe skutki zdrowotne obserwuje się w krótkotrwałych okresach występowania bardzo wysokich stężeń określonych zanieczyszczeń, utrzymujących się w atmosferze na danym obszarze (tzw. epizodów zanieczyszczeń określanych często sytuacjami smogowymi).

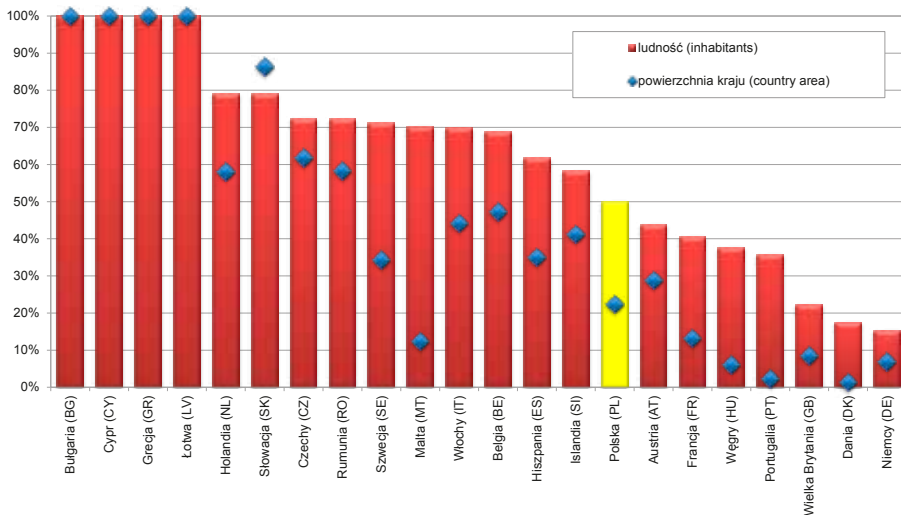
Pył zawieszony

Pył zawieszony (obecnie rozróżnia się dwie podstawowe frakcje: pył drobny PM10 o średnicy aerodynamicznej ziaren poniżej 10 μm i bardzo drobny PM2,5 o frakcji ziaren poniżej 2,5 μm) jest mieszaniną aerozoli i drobnych cząstek stałych, złożoną ze związków organicznych i nieorganicznych (węglowodorów, związków krzemu, aluminium, żelaza, metali, siarczanów, azotanów oraz związków amonowych). Wysokości stężeń pyłu obserwowane w atmosferze zależą zarówno od wielkości emisji pierwotnej, tj. pochodzącej ze spalania paliw w okresie zimowym (głównie z tzw. niskiej emisji sektora komunalno-mieszkaniowego, przemysłu i sektora energetycznego), emisji wtórnej (ponownego unosu pyłu z powierzchni), reakcji chemicznych zachodzących w atmosferze (w których biorą udział tzw. prekursorzy pyłu) oraz warunków rozpraszania (stany bezwietrznej pogody, wyżowa cyrkulacja atmosfery, inwersje temperatury, itd.).

Reakcja organizmu na zawartość pyłu w powietrzu związana jest przede wszystkim z ilością cząstek zatrzymanych w różnych miejscach układu oddechowego oraz z jego składem chemicznym i właściwościami (niektóre jego składniki jak benzo(a)piren czy ołów mogą być traktowane jako czynniki rakotwórcze). Prowadzą one do infekcji dróg oddechowych, osłabienia czynności płuc, powodują nasilenie objawów wielu chorób układu oddechowego (w tym astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – POChP) i sercowo-naczyniowego, a w sytuacjach ostrej reakcji organizmu, nawet do zgonu. Bardzo drobne frakcje pyłu zawieszonego stanowią szczególne zagrożenie dla zdrowia, ponieważ mogą zostać wchłonięte

do głębszych partii układu oddechowego, gdzie podlegają akumulacji, mogą przenikać do systemu krwionośnego lub być rozpuszczane w płynach biologicznych.

Pomimo obserwowanego zmniejszenia emisji pierwotnej pyłu i jego prekursorów oraz szeregu działań podejmowanych na rzecz obniżenia wysokości stężeń pyłu (szczególnie w obszarach zurbanizowanych), przekroczenia norm dla pyłu PM₁₀ (zarówno krótko jak i długo terminowych) obserwowane głównie w miastach i aglomeracjach, pozostają obecnie najistotniejszym problemem jakości powietrza w Polsce i Europie. W okresie 1997-2008, w zależności od roku, od 13% do 62% ludności europejskiej mieszkającej na obszarach miejskich było potencjalnie narażone na stężenia pyłu zawieszonego w powietrzu przekraczające wartości dopuszczalne. W 2008 roku przekroczenia pyłu PM₁₀ zaobserwowano na obszarze 1/3 powierzchni Europy zamieszkiwanej przez blisko 46% ludności (ryc. 9.1). Podobną sytuację zaobserwowano w Polsce, gdzie blisko 40% stref w kraju (wyodrębnionych obszarów na terenie których dokonuje się oceny stopnia zanieczyszczenia powietrza) nie spełniło określonych przepisami prawnymi norm jakości. Dotyczyło to ponad 22% obszaru kraju zamieszkałego przez 50% ludności (ryc. 9.2). Badania o charakterze epidemiologicznym pokazują, że pył zawieszony nie ma stężenia progowego, poniżej którego nie są obserwowane negatywne skutki zdrowotne, co oznacza, że występują one również na obszarach, gdzie kryteria ochrony zdrowia są dotrzymane.

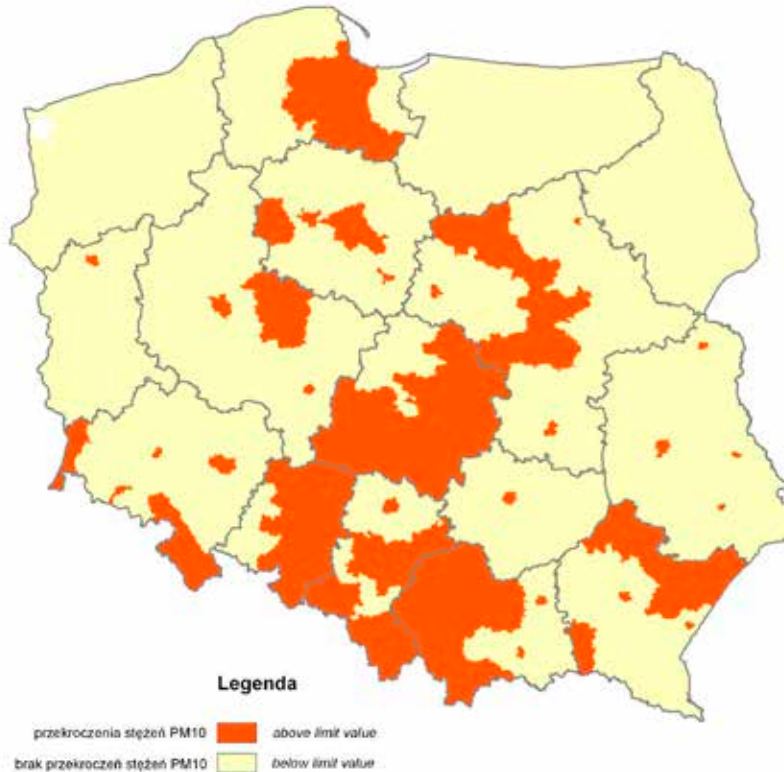


Ryc. 9.1 Procent ludności oraz powierzchni kraju, gdzie zanotowano przekroczenia wartości dopuszczalnych pyłu zawieszonego PM₁₀, w krajach UE w 2008 roku (źródło danych: EEA).

Fig. 9.1 Percentage of inhabitants and country area where limit values for PM₁₀ are exceeded in UE countries in 2008 (data source: EEA)

Szacunkowe analizy prowadzone w NIZP-PZH pokazują, że w 275 największych aglomeracjach miejskich w Unii Europejskiej, zamieszkałych przez blisko 185 mln ludzi, zanieczyszczenie powietrza pyłem zawieszonym PM₁₀ w 2008 roku było przyczyną ponad 13 tys. przedwczesnych zgonów² (7 na każde 100 tys. mieszkańców), w tym 2 tys. z powodu

² zgon zaistniały przed naturalnym wygaśnięciem życia



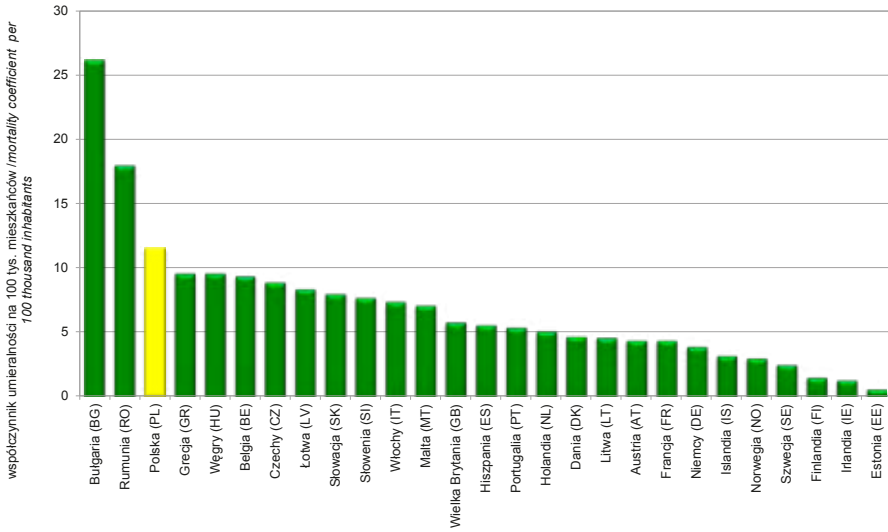
Ryc. 9.2 Przekroczenia stężeń dopuszczalnych dla pyłu PM10 w Polsce w 2008 roku (na podstawie klasyfikacji stref) (źródło danych: EEA).

Fig. 9.2 Air quality PM10 concentration exceeded limit value in Poland in 2008 (based on zone assessment) (data source: EEA)

chorób układu oddechowego. Najwyższy współczynnik umieralności szacowany jest dla Bułgarii i Rumunii (ryc. 9.3)

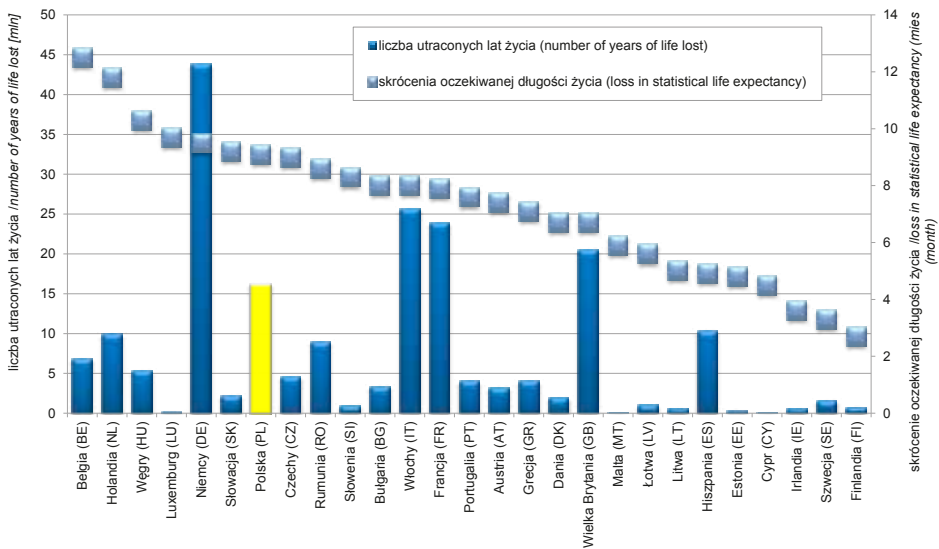
Ocena skutków zdrowotnych populacyjnego narażenia na pyły bardzo drobne PM_{2,5} w Europie w 2005 r. wykazała, że blisko 0.5 mln przedwczesnych zgonów ogółem wynika z zanieczyszczenia powietrza pyłami poniżej tej frakcji, najwięcej (łącznie połowa wszystkich w Unii Europejskiej) w Niemczech, Włoszech, Wielkiej Brytanii i w Polsce. Najwyższy współczynnik umieralności, powyżej 130 zgonów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, wynikający z zanieczyszczenia powietrza bardzo drobnymi pyłami PM_{2,5} obserwuje się na Węgrzech, w Bułgarii, na Cyprze, w Czechach i Rumunii³. W Polsce jego wartość jest wyższa (104) niż średnia obliczona dla całej UE (94). Analizy pokazują, że zanieczyszczenie powietrza pyłem PM_{2,5} powoduje skrócenie oczekiwanej długości życia w Europie średnio o 8 miesięcy, najwięcej (powyżej 10 miesięcy) w Belgii, Holandii i na Węgrzech, zaś najmniej w Finlandii, Szwecji i Irlandii (poniżej 3 miesięcy) (ryc. 9.4).

3 Barrett K at al., Health Impacts and Air pollution -An exploration of factors influencing estimates of air pollution impact upon the health of European citizens. ETC/ACC Technical paper 2008/13. EEA 2008.



Ryc. 9.3 Szacowany współczynnik umieralności wynikającej z narażenia mieszkańców aglomeracji w krajach UE na zanieczyszczenie powietrza pyłem zawieszonym PM10 w roku 2008 (źródło danych: NIZP-PZH, EEA).

Fig. 9.3 Estimated mortality coefficient attributable to PM10 exposure in 2008 (data source: NIPH, EEA).



Ryc. 9.4 Szacowana liczba utraconych lat życia oraz liczba miesięcy skrócenia oczekiwanej długości życia na skutek zanieczyszczenia powietrza drobnym pyłem zawieszonym PM2,5 w 27 krajach UE (źródło danych: IIASA).

Fig. 9.4 Number of years of life lost in total causes and loss in statistical life expectancy attributable to the exposure of PM2,5 in European Union countries (data source: IIASA).

Ozon

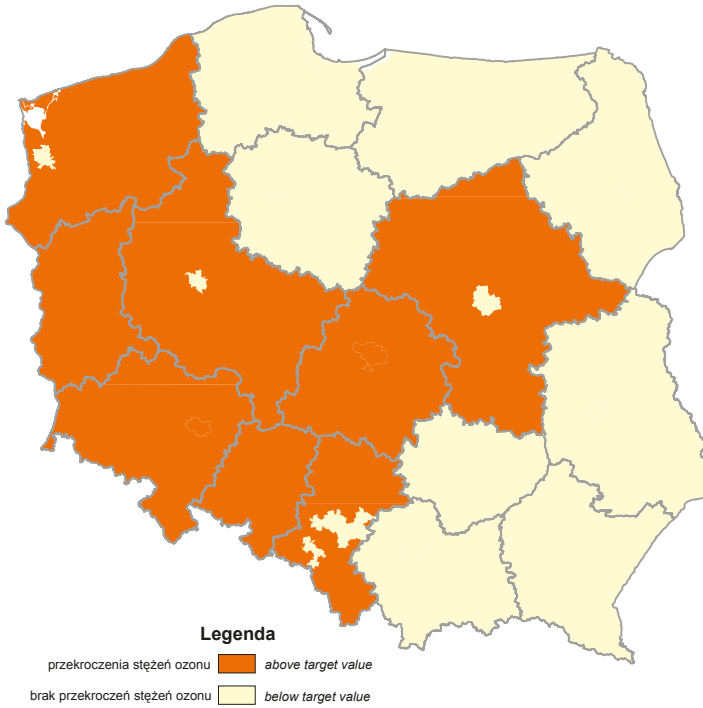
Ozon troposferyczny (w przyziemnej warstwie atmosfery) postrzegany jest jako istotne zagrożenie dla zdrowia z trzech ważnych powodów. Po pierwsze, w przeciwieństwie do innych zanieczyszczeń powietrza (takich jak np. pył zawieszony, tlenek węgla czy tlenki siarki i azotu), praktycznie nie jest emitowany do atmosfery. Jest zanieczyszczeniem wtórnym, powstającym w atmosferze w większych stężeniach w wyniku reakcji fotochemicznych, przy sprzyjających warunkach meteorologicznych, w obecności tzw. prekursorów ozonu, głównie tlenków azotu i lotnych związków organicznych. Obserwowane wysokości stężeń ozonu na danym obszarze często zależą więc od stopnia zanieczyszczenia jego prekursorami napływających mas powietrza (w Polsce są to masy napływające głównie z południowej i południowo-zachodniej Europy) oraz od ich emisji z naturalnych źródeł. Po drugie, przekroczenia ozonu obejmują swoim zasięgiem znacznie większe obszary niż ma to miejsce w przypadku pyłu zawieszonego i dotyczą głównie obszarów pozamiejskich. Trzecim powodem są jego wysoce reaktywne właściwości chemiczne. Z tego względu, w celu ochrony zdrowia ludzi w Europie, ustanowiono dla ozonu dodatkowo próg ostrzegawczy i informowania. Mają one za zadanie ochronę osób najbardziej wrażliwych przed krótkotrwałym działaniem ozonu o podwyższonym stężeniu.

Narażenie ludności na stężenia ozonu troposferycznego powoduje szereg niekorzystnych skutków zdrowotnych wyrażających się między innymi wzrostem umieralności i zachorowalności z powodu chorób układu oddechowego i krążenia. Warto w tym miejscu zauważyć, że już niewielkie stężenie ozonu może prowadzić do reakcji zapalnych spojówek oczu, dróg oddechowych, a także zmniejszenia wydolności płuc. Ozon występujący w powietrzu często jest powodem występowania objawów senności, bólu głowy i znużenia oraz powoduje spadek ciśnienia tętniczego krwi. Przy wyższych stężeniach występują objawy złego samopoczucia, zmęczenia i wyczerpania, nasilają się bóle głowy, pojawiają się objawy apatii oraz obserwuje się nasilenie objawów przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz astmy.

Obserwacje stopnia zanieczyszczenia powietrza ozonem w Polsce, prowadzone w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska pokazują, że w 2008 roku przekroczenia ozonu wystąpiły na obszarze blisko 36% stref, obejmując swoim zasięgiem ponad połowę powierzchni kraju zamieszkałej przez około 46% ludności (ryc. 9.5).

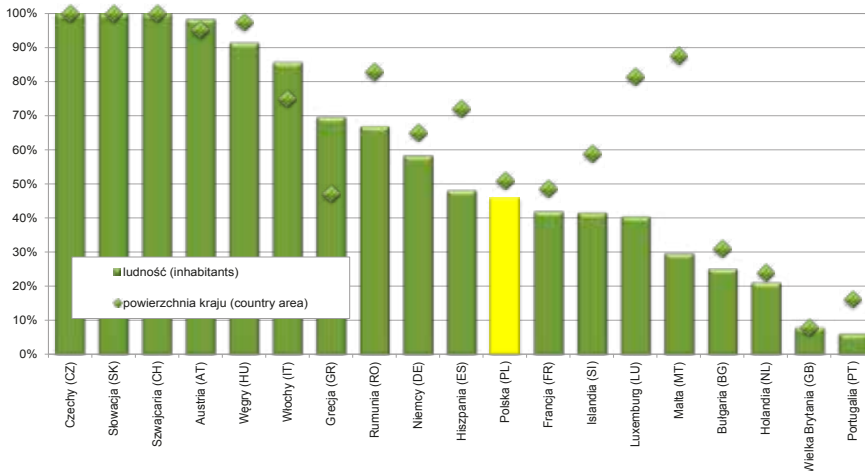
W skali Europy problem wysokich stężeń ozonu jest jednym z najistotniejszych jeśli chodzi o jakość powietrza i dotyka corocznie większości krajów Starego Kontynentu (w 2008 roku 19 z 29). Przekroczenia obserwowane są corocznie na obszarze ponad 40% powierzchni całego kontynentu, a problem dotyczy niemal połowy mieszkańców, przede wszystkim zamieszkujących zachodnią, południową i centralną Europę (ryc. 9.6). Podobnie jak w przypadku pyłu zawieszonego, badania o charakterze epidemiologicznym pokazują, że również ozon nie ma stężenia progowego, poniżej którego nie obserwuje się negatywnych skutków zdrowotnych, a więc również na terenach potencjalnie czystych zagrożenie również istnieje.

W ramach programu Czystego Powietrza dla Europy oszacowano, że przy bieżących poziomach ozonu w przyziemnej warstwie atmosfery, narażenie ludności w krajach Unii Europejskiej na maksymalne dobowe stężenia 8-godzinne przekraczające $70 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wiąże się rocznie z blisko 23 tysiącami przedwczesnych zgonów ogółem oraz dodatkowo z 14 tys. przypadków hospitalizacji z powodu chorób układu oddechowego. Najwięcej przypadków zgonów (ponad połowa wszystkich) występuje w 3 krajach: we Włoszech, Niemczech



Ryc. 9.5 Przekroczenia wartości docelowej dla ozonu w Polsce w 2008 roku (na podstawie klasyfikacji stref) (źródło danych: EEA).

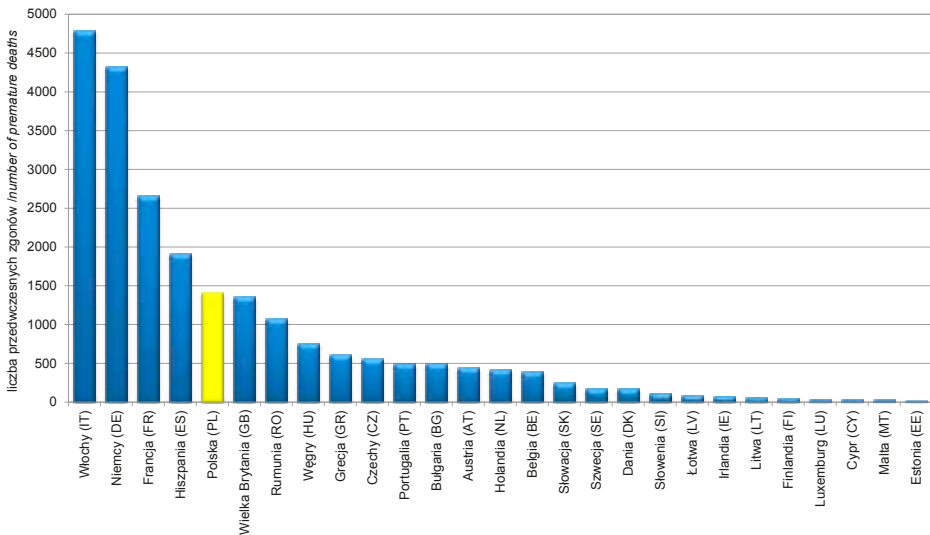
Fig. 9.5 Air quality ozone concentration exceeded target value in Poland in 2008 (based on zone assessment) (data source: EEA)



Ryc. 9.6 Procent ludności oraz powierzchni w krajach Europy, gdzie zanotowano przekroczenia poziomu docelowego dla ozonu w 2008 roku (źródło danych: EEA).

Fig. 9.6 Percentage of inhabitants and country area in European countries where ozone target values are exceeded in 2008 (data source: EEA).

i Francji⁴. W Polsce liczba szacowanych zgonów jest niemal identyczna jak w Wielkiej Brytanii - 1400 zgonów rocznie (ryc. 9.7).



Ryc. 9.7 Szacowana liczba przedwczesnych zgonów ogółem w ciągu roku w obszarach miejskich w krajach UE na skutek zanieczyszczenia powietrza ozonem (wartości obliczone dla maksymalnych dobowych stężeń 8-godzinnych przekraczających $70 \mu\text{g}/\text{m}^3$) (data source: IIASA).

Fig. 9.7 Estimated number of annual premature deaths attributable to exposure to ground-level ozone in cities an agglomeration in EU countries (data source: IIASA).

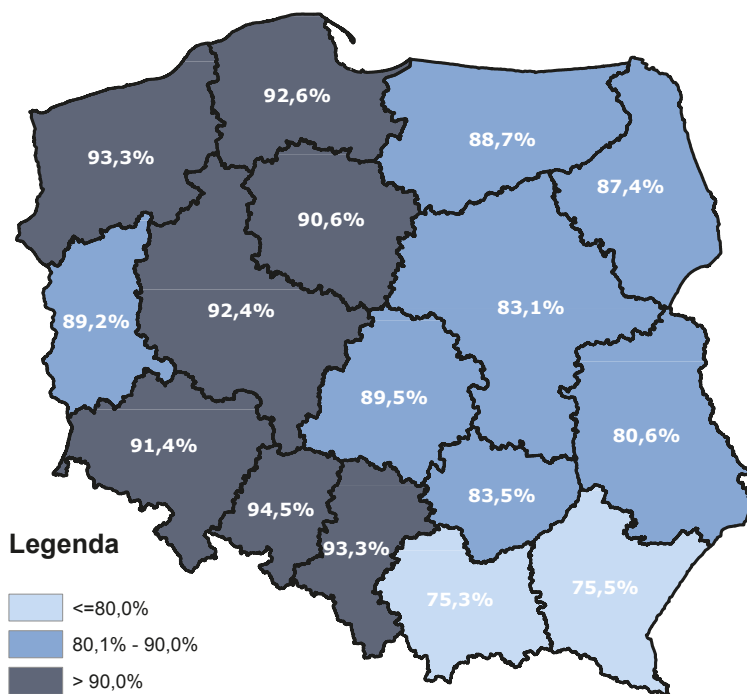
9.3. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

W Polsce nadzorem sanitarnym objęta jest jakość wody dostarczanej mieszkańcom za pośrednictwem systemów zbiorowego zaopatrzenia, w tym przede wszystkim urządzeń i instalacji wodociągowych. Od lat obserwuje się systematyczny wzrost procentowego udziału ludności zaopatrywanej w wodę za ich pośrednictwem. W skali kraju wynosił on w 2009 roku średnio 87,2%, wykazując w latach 2004-2009 wzrost o blisko 2%. W miastach odsetek ten wynosi obecnie 95,2%. Na terenach wiejskich jest on znacznie niższy i sięga 74,7%, zarazem jednak wykazuje tu największą dynamikę wzrostu (o 3,4% w ciągu ostatnich 5 lat). Spośród sąsiadujących z Polską państw Unii Europejskiej najbardziej zbliżone wartości odnotowano na Słowacji (85% populacji zaopatrywanej w wodę za pośrednictwem systemów zbiorowego zaopatrzenia). Udział ten jest wyższy w państwach takich jak Niemcy, Węgry i Republika Czeska, w których przekracza 90%, niższy jest natomiast na Litwie (76%).

Udział procentowy ludności, mającej dostęp do systemów zbiorowego zaopatrzenia w wodę wykazuje wyraźne zróżnicowanie w skali kraju, osiągając najwyższe wartości w za-

4 Wagner F. at al., Baseline Emission Projections and Further Cost-effective Reductions of Air Pollution Impacts in Europe - A 2010 Perspective. NEC Scenario Analysis Report Nr. 7. IIASA 2010

chodniej i północnej części terytorium Polski, w której przekracza on 90% (województwo opolskie - 94,5% mieszkańców, śląskie i zachodniopomorskie - po 93,3%, pomorskie - 92,6%, wielkopolskie - 92,4%, dolnośląskie - 91,4%). Najniższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę za pośrednictwem systemów zbiorowego zaopatrzenia odnotowano w województwie małopolskim (75,3%) oraz podkarpackim (75,5%) (ryc.9.8).



Ryc. 9.8 Udział procentowy ludności mającej dostęp do systemów zbiorowego zaopatrzenia w wodę wg województw w Polsce w 2009 r. (źródło danych: GUS, 2010 r.)

Fig. 9.8 Population (%) with access to the collective water supply system in Poland in 2009 by voivodships (data source: CSO, 2010)

Zużycie wody na zaopatrzenie ludności po wyraźnym spadku mającym miejsce w połowie lat 90-tych utrzymuje się od kilku lat na dość stabilnym poziomie, nieznacznie przekraczającym 2000 hm³ rocznie. W ciągu ostatnich 30 lat zmianie uległo natomiast pochodzenie wód ujmowanych na zaopatrzenie ludności, ze znacznym wzrostem udziału wód podziemnych, co ilustruje tabela 9.1.

Z powyższego zestawienia wynika, że w omawianym okresie w wodach ujmowanych na potrzeby sieci wodociągowej nastąpił stopniowy wzrost udziału wód podziemnych z 48,3% w 1980 roku do 68,6% w roku 2009. Tendencję tę należy uznać za korzystną, ponieważ wody podziemne wykazują z reguły znacznie mniejszy stopień skażenia mikrobiologicznego i zanieczyszczenia chemicznego w porównaniu z wodami powierzchniowymi oraz mniejsze wahania poziomów zanieczyszczeń. Pozwala to na uzyskanie należytej jakości wody przeznaczonej do spożycia bez stosowania rozbudowanych i kosztownych systemów uzdatniania, a w wielu przypadkach także uniknąć dezynfekcji, która jest obowiązkowa w odniesieniu do wód z ujęć powierzchniowych.

Tabela 9.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej wg źródeł poboru
 Table 9.1. Water drawn for exploitation of water supply network by water sources

Woda ujmowana na potrzeby sieci wodociągowej /water drawn for exploitation of water-line systems	1980	1990	1995	2000	2005	2009
ogółem (hm ³)/total	2722	3003	2456	2350	2105	2067
wody powierzchniowe (hm ³)/ surface waters	1407 (51,7%)	1527 (50,9%)	1117 (45,5%)	868 (36,9%)	684 (32,5%)	649 (31,4%)
wody podziemne (hm ³)/ground waters	1315 (48,3%)	1476 (49,1%)	1339 (54,5%)	1482 (63,1%)	1421 (67,5%)	1418 (68,6%)

W większości państw członkowskich Unii Europejskiej wody podziemne stanowią przeważające źródło zaopatrzenia ludności w wodę, stanowiąc od 62% (Holandia) i 66% (Francja) do 99-99,5% (Austria, Dania) wód ujmowanych na te cele. Najmniejszy udział wód podziemnych w zaopatrywaniu ludności występuje w Irlandii (10,6%), Wielkiej Brytanii (33,0%), Portugalii (35,1%), Estonii (37,8%) i Finlandii (40,9%).

Zagrożenia zdrowotne związane z nieodpowiednią jakością wody przeznaczonej do spożycia mogą dotyczyć zarówno parametrów mikrobiologicznych, jak i chemicznych. Szczególnie istotne jest zapewnienie bezpieczeństwa wody pod względem mikrobiologicznym. Zanieczyszczenie wody ściekami zawierającymi odchody ludzi lub zwierząt, w których mogą być obecne mikroorganizmy patogenne, jak np. bakterie z rodzaju *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, oraz wirusy i pierwotniaki pasożytnicze (np. z rodzaju *Giardia* i *Cryptosporidium*) zagraża wystąpieniem epidemii chorób wodozależnych. W ocenie jakości wody jako wskaźniki zanieczyszczenia kałowego wykorzystuje się bakterie *E. coli* i paciorkowce kałowe (enterokoki). Ocena rodzaju i stopnia chemicznego zanieczyszczenia wody wymaga w zwykłych warunkach uwzględnienia ponad 20 substancji, które z uwagi na częstość występowania w relatywnie wysokich stężeniach i na swe toksyczne właściwości mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.

Pośród powyższych substancji azotany i azotyny są jedynymi, które mogą prowadzić do ostrego zatrucia, nie powodując jednocześnie uchwytynych zmian w ocenie sensorycznej wody. Nadmiernie wysokie stężenia azotanów i azotynów w wodzie do picia może prowadzić do rozwoju methemoglobinemii, w której poprzez reakcję hemoglobiny z azotynami następuje utlenienie zawartego w niej żelaza i utrata zdolności uwalniania tlenu, a tym samym jego przenoszenia do tkanek. Zagrożenie to dotyczy praktycznie wyłącznie niemowląt do 3 miesiąca życia, u których z uwagi na stosunkowo wysokie pH soku żołądkowego i związany z tym rozwój mikroflory w żołądku następuje znaczna redukcja azotanów do azotynów, sięgająca 80%.

Znane jest korzystne działanie fluorków występujących w wodzie w stężeniach nie przekraczających 1,5 mg/l, które chroni przed rozwojem próchnicy zębów i zmniejsza jej nasilenie. W stężeniach wyższych niż 1,5 mg/l fluorki mogą być powodem zmian w tkance kostnej i szkliwie zębów, określanymi mianem fluorozy. Pierwszymi jej oznakami są drobne, plamkowate przebarwienia szkliwa zębów, które sporadycznie mogą występować już przy stężeniach fluorków w wodzie nieznacznie przewyższających 1,0 mg/l, mają one jednak wyłącznie znaczenie estetyczne. Przy zawartości fluorków w wodzie przewyższającej maksymalny poziom dopuszczalny 1,5 mg/l cechy fluorozy szkliwa przybierają większe

nasilenie, przejawiając się jako rozległe i bardziej intensywne przebarwienia oraz powodują zwiększoną kruchość szkliwa. Zmiany mogą obejmować także tkankę kostną, przejawiając się zniekształceniami oraz zwiększoną łamliwością kości. Ryzyko tych zmian znacznie wzrasta przy stężeniach fluorków w wodzie przekraczających 4 mg/l, jednak wartości takich praktycznie nie wykrywa się w Polsce w wodzie przeznaczonej do spożycia.

Spośród metali ciężkich, mogących występować w wodzie przeznaczonej do spożycia w Polsce szczególne znaczenie z uwagi na częstość występowania i toksyczność ma ołów. W ocenie skutków zdrowotnych narażenia podstawowe znaczenie ma fakt, że pierwiastek ten wykazuje tendencję do kumulacji w organizmie, głównie w tkance kostnej, w związku z czym nawet narażenie na niskie stężenia niesie ze sobą ryzyko niekorzystnych następstw dla zdrowia. W największym stopniu są na nie podatne niemowlęta i dzieci do 6 roku życia oraz kobiety ciężarne. Dotyczą one głównie ośrodkowego układu nerwowego i mogą przejawiać się jako zaburzenia zachowania i funkcji poznawczych. W niskich stężeniach ołów może także blokować aktywność dehydratazy d-aminolewulinowej, biorącej udział w syntezie hemu, jak również zaburzać metabolizm wapnia, oddziałując zarówno bezpośrednio, jak i poprzez wpływ na przemiany witaminy D w organizmie. Ołów został uznany za substancję o możliwym działaniu rakotwórczym u człowieka, jednak efekt neurotoksyczny jest uchwytany przy tak niewielkim narażeniu, że wartości dopuszczalne mające zapewniać ochronę przed nim stanowią zabezpieczenie także przed działaniem kancerogennym.

Innym metalem ciężkim, mogącym występować w wodzie przeznaczonej do spożycia w ilościach nadmiernych ze zdrowotnego punktu widzenia jest rtęć. Występuje ona tu przede wszystkim w formie nieorganicznej, jedynie niewielkie ilości stanowią pochodne metylowe. Główny efekt toksyczny ekspozycji na rtęć zawartą w wodzie przeznaczonej do spożycia to uszkodzenie nerek oraz działanie neurotoksyczne.

W ostatnich latach, w związku z poszerzeniem zakresu badań wody o tri- i tetrachloroeten, zwrócono uwagę na możliwe skutki zdrowotne narażenia na ich ponadnormatywną zawartość w wodzie przeznaczonej do spożycia. Obie substancje wywierają wpływ depresyjny na ośrodkowy układ nerwowy, wykazują właściwości hepatotoksyczne i mogą powodować uszkodzenie nerek, jednak następstwa takie rozwijają się w wyniku ekspozycji na wysokie wartości stężeń, wielokrotnie przewyższające poziomy stwierdzane w badaniach monitoringowych. Wyjątkiem są właściwości hepatotoksyczne tetrachloroetenu. W wykrywanych w wodzie przeznaczonej do spożycia nadmiernie wysokich stężeniach, wynoszących ok. 200 µg/l i więcej, w warunkach długotrwałego narażenia trichloroeten może zwiększać ryzyko wad wrodzonych u dzieci, w tym zwłaszcza wad serca. Obie substancje wykazują słabe właściwości genotoksyczne, podobnie jak część ich metabolitów, a ponadto są prawdopodobnie rakotwórcze dla człowieka. Ocenę skutków zdrowotnych narażenia komplikuje fakt, że w stwierdzonych przypadkach ich nadmiernie wysokiej zawartości w wodzie trudny do ustalenia jest czas trwania narażenia.

W związku z często występującą w naszym kraju koniecznością poddawania wody dezynfekcji, najczęściej z zastosowaniem podchlorynu sodu, istotne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego wody mają trihalometany, będące ubocznymi produktami dezynfekcji, w tym zwłaszcza trichlorometan (chloroform). Powstają one w wyniku chlorowania substancji organicznych, zawartych poddawanej dezynfekcji wodzie. Przypisuje im się przejawiające się przy narażeniu na wysokie stężenia działanie hepatotoksyczne. Ponadto z uwagi na udokumentowane działanie rakotwórcze u zwierząt przy ograniczonych danych wskazujących

na możliwość takiego działania u ludzi chloroform i bromodichlorometan uznawane są za substancje o możliwym działaniu rakotwórczym dla człowieka (grupa 2B wg IARC).

Do substancji mogących występować w wodzie przeznaczonej do spożycia w stężeniach wywierających szkodliwy wpływ na zdrowie ludzi należy także arsen, bor, chrom, miedź, nikiel, benzen, benzo(a)piren, cyjanki, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne. Za szczególnie toksyczny uchodzi arsen, powodujący zmiany skórne o typie zaburzeń pigmentacji i rogowacenia, choroby naczyń obwodowych, polineuropatię oraz nowotwory złośliwe skóry, pęcherza moczowego, nerek i płuc.

Znaczną toksycznością charakteryzuje się również selen, zaburzający metabolizm związków siarki i prowadzący do zmian skórnych, nasilonej próchnicy zębów, niedokrwistości i uszkodzenia mięśnia sercowego. W przypadku większości z nich przekroczenia wartości dopuszczalnych stężeń w wodzie do spożycia występują jednak w naszym kraju w bardzo ograniczonej skali i odnotowywane są w pojedynczych przypadkach. Do wyjątków należą: bor, mogący powodować zaburzenia rozwojowe płodów i uszkodzenie jąder u mężczyzn oraz nikiel, który przy doustnej drodze narażenia może nasilać skłonność do alergicznych zmian skórnych, nie przejawia natomiast właściwości kancerogennych, występujących przy ekspozycji wziewnej.

Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi podlega nadzorowi sanitarnemu. Woda jest poddawana systematycznej kontroli i ocenie, opartej na kryteriach określonych w przepisach prawnych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r., Dz. U. z 2007 r., Nr 61, poz. 417 z późn. zm.). Wykonywane w ramach tego nadzoru badania wody, będące podstawą oceny jej przydatności do spożycia obejmują dwie grupy parametrów. Do pierwszej zaliczane są parametry wymagające oceny z uwagi na ich znaczenie dla bezpieczeństwa wody dla zdrowia ludzi, jak wskaźniki skażenia kałowego wody (*E. coli*, paciorkowce kałowe), azotany i azoty, metale ciężkie, benzen, cyjanki, fluorki, trihalometany, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne i inne. W przypadku tych wskaźników przekroczenie wartości dopuszczalnych stężeń może mieć szkodliwe następstwa dla zdrowia konsumentów i wymaga pilnego podjęcia działań naprawczych. W skrajnych sytuacjach woda może być z tego powodu uznana za nieprzydatną do spożycia. Drugą grupę objętych kontrolą parametrów stanowią wskaźniki istotne z uwagi na ich wpływ na akceptowalność wody przez konsumentów, w tym głównie na ocenę sensoryczną, jak barwa, mętność, zapach, jon amonowy, chlorki, a w wodzie z ujęć podziemnych żelazo i mangan. Przekroczenia wartości dopuszczalnych tych parametrów nie stwarzają zagrożenia dla zdrowia ludzi.

Analizując wyniki badań wody za 2009 rok należy stwierdzić, że łączna częstość przekroczeń wartości dopuszczalnych dla parametrów z grupy o istotnym znaczeniu zdrowotnym wynosiła 0,61% i była wielokrotnie niższa w porównaniu ze wskaźnikami decydującymi o akceptowalności wody przez konsumentów, w przypadku których podwyższone wartości odnotowano w 3,72% badanych próbek. Wartość ta była także niższa w porównaniu z rokiem 2008, kiedy wynosiła 0,73%. Najwyższy odsetek próbek, w których odnotowano przekroczenia wartości dopuszczalnych parametrów pierwszej z powyższych grup dotyczył województw największych obszarowo – mazowieckiego (1,75%), pomorskiego (1,49%), dolnośląskiego (0,81%) oraz wielkopolskiego (0,72%). Były to zarazem jedyne województwa (poza dolnośląskim), w których odsetek ten nieznacznie wzrósł w porównaniu z rokiem 2008. Najrzadsze przekroczenia wartości dopuszczalnych w tej grupie parametrów stwierdzono w województwie podlaskim (0,14%), warmińsko-mazurskim (0,21%) i kujawsko-pomorskim (0,24%).

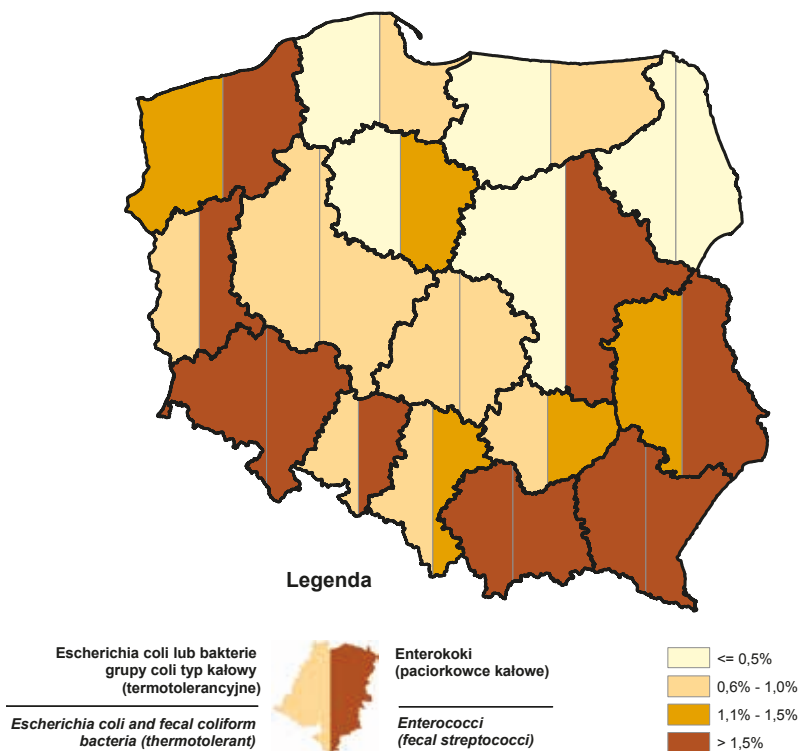
W ocenie bezpieczeństwa wody dla zdrowia ludzi i jej przydatności do spożycia podstawowe znaczenie mają wskaźniki skażenia kałowego wody – *E. coli* i enterokoki, które w warunkach prawidłowych nie powinny być wykrywane w próbce wody o objętości 100 ml. Częstość stwierdzonych w badanych próbkach w latach 2008-2009 przypadków przekroczeń wartości akceptowalnych ilustruje poniższa tabela 9.2.

Tabela 9.2. Próbkę wody przeznaczonej do spożycia (% badanych próbek), wykazujące cechy skażenia kałowego w badaniach monitoringowych w Polsce w latach 2008-2009 (źródło danych: PIS)
Table 9.2. Faecal contamination indicators non-compliance (% of samples tested) in drinking water quality monitoring in Poland in 2008-2009 (data source: NSI)

Wskaźnik/ paramater	Wartość dopuszczalna/ limit value	Próbki/samples of drinking water	2008	2009
<i>E. coli</i>	0 jtk/100 ml	liczba badanych próbek wody ogółem/ samples – total	82148	81602
		liczba i % próbek wody z przekroczeniem/ samples showing non-compliance	727 (0,88%)	790 (0,97%)
Enterokoki	0 jtk/100 ml	liczba badanych próbek wody ogółem/ samples – total	80499	80814
		liczba i % próbek wody z przekroczeniami/ samples showing non-compliance	1461 (1,81%)	1255 (1,55%)

Ogółem w 2009 roku skażenie wody bakteriami *E. coli* stwierdzono w 0,97% badanych próbek wody, co oznacza niewielki wzrost w porównaniu z rokiem 2008, kiedy wartość ta wynosiła 0,88%. Przypadki takie wystąpiły na terenie całego kraju, choć najczęściej były rejestrowane w jego południowej części, a odsetek próbek, w których wykrywano te mikroorganizmy, był najwyższy w województwie podkarpackim (3,34%), małopolskim i dolnośląskim (1,92%). Najniższy odsetek próbek z przekrozoną wartością normatywną dla *E. coli* (0 jtk/100 ml) stwierdzano natomiast w województwie kujawsko-pomorskim (0,35% badanych próbek), warmińsko-mazurskim (0,39%), pomorskim (0,42%) i mazowieckim (0,45%). Zwraca uwagę fakt, że w porównaniu z rokiem 2008 w 10 województwach zwiększył się odsetek próbek, w których wykrywano bakterie *E. coli*. Wzrost ten był największy w województwie podkarpackim (z 1,39% do 3,34%), opolskim (z 0,23% do 0,92%) oraz dolnośląskim (z 1,11% do 1,92%).

Nieco częściej stwierdzano przypadki skażenia wody paciorkowcami kałowymi, które w 2009 r. wykryto w 1,55% badanych próbek wody, a rok wcześniej – w 1,81% próbek. Zróżnicowanie terytorialne skali tego zjawiska przedstawia się podobnie jak w przypadku *E. coli*, z zaznaczającą się większą częstością skażenia wody w województwach południowej części kraju, co do pewnego stopnia odzwierciedla większy udział wód powierzchniowych w zaopatrzeniu ludności na tym obszarze. W 2009 roku paciorkowce kałowe w badanych próbkach wody wykrywano najczęściej w województwie podkarpackim (4,35% badanych próbek), dolnośląskim (2,56%), zachodniopomorskim (2,28%) i lubelskim (2,03%), najrzadziej natomiast stwierdzano je w województwie podlaskim (0,45% próbek) i warmińsko-mazurskim (0,67%). W porównaniu z rokiem 2008 stwierdzane wartości zmniejszyły się w większości województw, niewielki ich wzrost zanotowano natomiast w województwie podkarpackim, dolnośląskim, zachodniopomorskim i lubelskim (ryc.9.9).



Ryc. 9.9 Częstość przekroczeń wartości dopuszczalnych (% badanych próbek) *E. coli* i enterokoków w wodzie przeznaczonej do spożycia w 2009 r. wg województw (źródło danych: PIS)

Fig. 9.9 Faecal contamination indicators non-compliance in drinking water (samples percentage) in 2009 by voivodships (data source: NSI)

Spośród parametrów chemicznych mających wpływ na bezpieczeństwo wody dla zdrowia ludzi najwyższa częstość przekroczeń wartości dopuszczalnych stężeń dotyczyła azotanów i azotynów (2,71% próbek) i sumy tri- i tetrachloroetenu (0,97%). Nieco rzadziej stwierdzano występowanie nadmiernie wysokich wartości stężeń rtęci (0,64%), sumy trihalometanów (0,44%), ołowiu (0,35%) i fluorków (0,35%), mają one jednak znaczenie z uwagi na toksyczność wymienionych substancji. Pojedyncze przypadki podwyższonych stężeń (do 10 próbek) dotyczyły miedzi, selenu, 1,2-dichloroetenu, benzenu, i bromianów. Wielokrotnie częstsze były natomiast przypadki nadmiernie wysokich stężeń substancji nie mających bezpośredniego znaczenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego wody, jak żelazo (10,14% badanych próbek), mangan (12,04%) i jon amonowy (2,88%) (tabela 9.3.).

Z zestawień dotyczących jakości wody w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej wynika, że podobnie jak w naszym kraju do parametrów najczęściej przekraczających wartości dopuszczalne należą mangan i żelazo. Przekroczenia wartości dopuszczalnych dla enterokoków w więcej niż 1% badanych próbek stwierdzono w latach 2002-2004 w 7 państwach członkowskich UE. Spośród parametrów chemicznych o istotnym znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego wody największa częstość przekroczeń wartości dopuszczalnych w państwach UE dotyczyła azotanów i azotynów, trihalometanów, ołowiu i niklu.

Tabela 9.3. Częstość przekroczeń maksymalnych wartości dopuszczalnych stężeń wybranych parametrów chemicznych jakości wody w badaniach monitoringowych w latach 2008-2009 r. (źródło danych PIS)

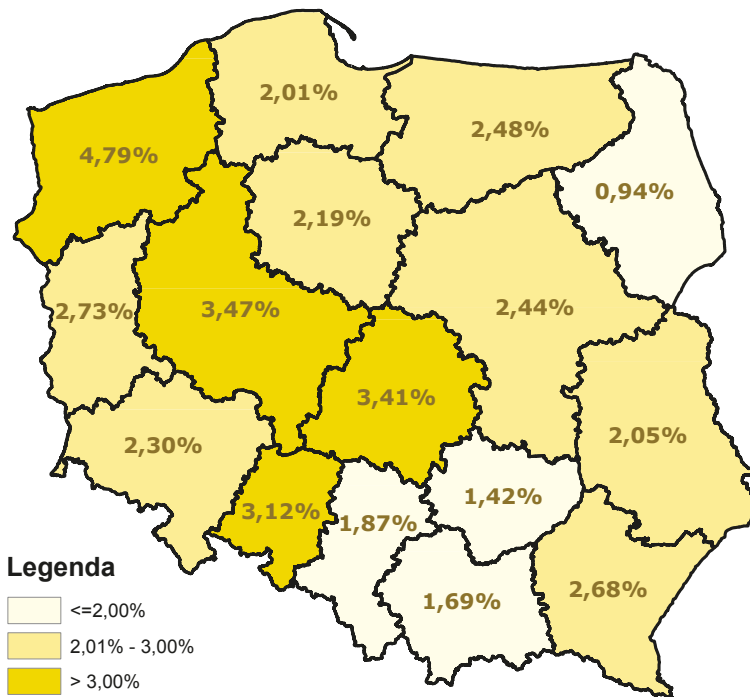
Table 9.3. Maximal acceptable levels exceeding rate in drinking water quality monitoring in Poland during 2008-2009 (data source: NSI)

Parametr/parameter	rok/year	liczba badanych próbek wody/number of water samples tested	próbki wody z przekroczeniami wartości dopuszczalnych stężeń/samples exceeding limit values for selected parameters
Arsen /As	2008	8617	58 (0,67%)
	2009	9747	27 (0,28%)
Azotany i azotyny /nitrates and nitrites	2008	67553	1814 (2,68%)
	2009	68245	1849 (2,71%)
Benzen/benzene	2008	2448	20 (0,82%)
	2009	4738	10 (0,21%)
Benzo(a)piren (benzo (a) pyrene)	2008	6489	34 (0,52%)
	2009	7846	44 (0,56%)
Bor /B	2008	4826	50 (1,04%)
	2009	6919	44 (0,64%)
Chrom /Cr	2008	10416	9 (0,09%)
	2009	11270	12 (0,11%)
Cyjanki /cyanides	2008	3726	20 (0,54%)
	2009	5851	33 (0,56%)
Fluorki /fluorides	2008	12712	83 (0,65%)
	2009	13360	47 (0,35%)
Kadm /Cd	2008	10715	44 (0,41%)
	2009	11604	26 (0,22%)
Nikiel /Ni	2008	9119	85 (0,93%)
	2009	10329	78 (0,76%)
Ołów /Pb	2008	10793	86 (0,80%)
	2009	11670	41 (0,35%)
Rtęć /Hg	2008	6123	79 (1,29%)
	2009	7921	51 (0,64%)
Selen /Se	2008	5868	6 (0,10%)
	2009	7765	5 (0,06%)
Tri- i tetrachloroeten /tri- and tetrachloroeten	2008	4484	80 (1,78%)
	2009	6910	65 (0,94%)
Trihalometany/THM	2008	3192	14 (0,44%)
	2009	4339	24 (0,55%)
Wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne /PAH	2008	6073	54 (0,89%)
	2009	7340	69 (0,94%)
Mangan /Mn	2008	69043	9877 (14,31%)
	2009	70972	8546 (12,04%)
Żelazo /Fe	2008	70730	8104 (11,46%)
	2009	72815	7384 (10,14%)
Jon amonowy /ammonium	2008	42905	1496 (3,49%)
	2009	51080	1471 (2,88%)

Azotany i azotyny

Nadmiernie wysokie stężenia w wodzie przeznaczonej do spożycia dotyczyły przede wszystkim azotanów i azotynów, które w 2009 roku stwierdzono w 2,62% badanych próbek (stężenie azotanów i azotynów oceniano jednocześnie, ponieważ obie substancje są względnie mało stabilne i w trakcie dystrybucji wody mogą wzajemnie przechodzić z jednej formy w drugą). Wartość ta nie zmieniła się istotnie w porównaniu z latami wcześniejszymi. Skażenie wody powyższymi substancjami stanowi istotny problem przede wszystkim w przypadku wód podziemnych i jest zwykle następstwem intensywnego stosowania nawozów sztucznych, których są one składnikiem. Przyczyną może być także zanieczyszczenie wody ściekami zawierającymi odchody ludzi i zwierząt. Standardowe metody uzdatniania wody nie pozwalają na usunięcie nadmiaru azotanów – zwykle niezbędne jest do tego celu zastosowanie specjalnych żywic jonowymiennych lub budowa nowego ujęcia wody albo doprowadzenia wody z innego wodociągu, co jest przedsięwzięciem długotrwałym i kosztownym.

Problem ten był dotychczas najbardziej nasilony w województwach zachodniej części kraju (zachodniopomorskie – przekroczenia odnotowano w 4,79% badanych próbek, wielkopolskie - 3,47%, opolskie - 3,12%), najmniej natomiast – w województwach południowo-wschodnich (podlaskie – 0,94%, świętokrzyskie - 1,42%, małopolskie – 1,69%) (ryc. 9.10). Tendencję tę obserwuje się do wielu lat, w 2009 roku stwierdzono natomiast spadek powyższego wskaźnika w województwach, w których zwykle osiągał największe wartości (zachodniopomorskie –



Ryc. 9.10 Częstość przekroczeń dopuszczalnych stężeń azotanów i azotynów (% badanych próbek) w wodzie przeznaczonej do spożycia w 2009 r. wg województw (źródło danych: PIS)

Fig. 9.10 Nitrate and nitrite exceeding acceptable values in drinking water (samples percentage) in 2009 by voivodships (data source: NSI)

spadek procentowego udziału próbek z przekroczeniami z 4,92% w 2008 r. do 4,79% próbek w roku 2009, wielkopolskie – spadek w analogicznym okresie z 3,81% do 3,47% próbek, opolskie – z 3,50% do 3,12% próbek). Jednocześnie częstość przekroczeń dopuszczalnych stężeń azotanów i azotynów w wodzie przeznaczonej do spożycia zwiększyła się w niewielkim stopniu w województwach środkowej części kraju – łódzkim (wzrost z 2,87% do 3,41%) i kujawsko-pomorskim (wzrost z 1,86% do 2,19% badanych próbek).

Zdecydowana większość stwierdzonych przekroczeń wartości dopuszczalnych stężeń naruszała te wartości z niewielkim stopniem. W 72% próbek wody, w których stężenia azotanów były wyższe niż dopuszczalne, nie przekraczały one 60 mg/l, z czego większość przekraczała poziom 50 mg/l jedynie nieznacznie. Wartości stężeń przekraczające 100 mg/l dotyczyły nielicznych przypadków.

Ocenia się, że w skali Europy problem narażenia na nadmiernie wysokie stężenia azotanów w wodzie przeznaczonej do spożycia dotyczy ok. 10 milionów ludzi. W Polsce jest to grupa licząca kilkadziesiąt – kilkaset tysięcy osób, z tym, że z wynikającym stąd zagrożeniem dla zdrowia należy się liczyć przede wszystkim u sztucznie żywionych niemowląt poniżej 3 miesiąca życia. Należy pamiętać, że nadmiernie wysoka zawartość azotanów w wodzie dotyczy w dużej mierze prywatnych przydomowych studni, w których jakość wody nie jest poddawana kontroli.

Tri- i tetrachloroeten

Obowiązek systematycznego badania tri- i tetrachloroetenu w wodzie przeznaczonej do spożycia wynikał z implementacji dyrektywy 98/83/WE dotyczącej jakości wody przeznaczonej do spożycia, określającej maksymalną wartość dopuszczalną stężenia sumy obu substancji jako 10 µg/l. W 2007 r. stwierdzono kilkadziesiąt przypadków znacznych przekroczeń wartości dopuszczalnych stężeń w wodzie z ujęć podziemnych. Zanieczyszczenie wody było z reguły następstwem przeniknięcia powyższych substancji ze ścieków z pralni chemicznej lub z poligonów i zakładów przemysłowych, w których były stosowane do czyszczenia silników i maszyn.

Stosunkowo duża skala tego zjawiska wynikała z faktu, że stężenie powyższych substancji nie było dotychczas przedmiotem regularnych badań. Wykrycie ponadnormatywnych stężeń obu substancji w wodzie pozwoliło na podjęcie działań naprawczych i ograniczenie skali narażenia mieszkańców. W 2009 roku przekroczenia wartości dopuszczalnych sumy stężeń obu substancji stwierdzono w 65 próbkach wody na 6910 poddanych badaniu (0,94%), co w porównaniu z rokiem 2008, kiedy odsetek ten wynosił 1,78%, oznacza wyraźny spadek. Przypadki nadmiernej zawartości tri- i tetrachloroetenu w wodzie dotyczyły przede wszystkim województwa dolnośląskiego (5,81% badanych próbek wody), mazowieckiego (3,21%), lubelskiego (2,78%) i łódzkiego (1,44%). W pozostałych województwach nie wykrywano takich przypadków albo dotyczyły one pojedynczych próbek wody. W większości przypadków stwierdzanych skażeń wody tri- i tetrachloroetenem dotyczyło jedynie części studni wchodzących w skład ujęcia i ich wyłączenie z eksploatacji pozwalało na szybkie obniżenie stężenia tych związków w wodzie.

Rtęć

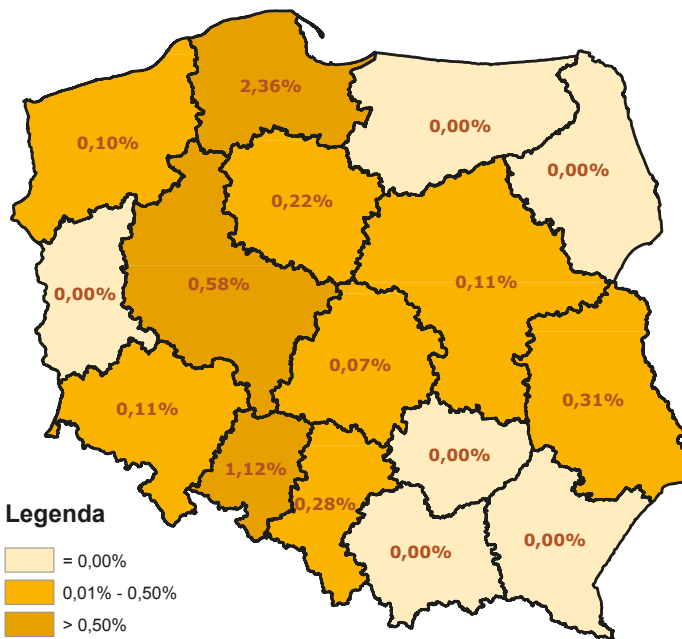
W skali kraju podwyższone wartości stężeń rtęci w wodzie przeznaczonej do spożycia stwierdzano w 2009 roku w 51 próbkach na 7870 badanych (0,64%), co jest wartością w przybliżeniu dwukrotnie niższą w porównaniu z rokiem 2008. Na większości terytorium

kraju były to nieliczne przypadki, poza województwem dolnośląskim (2,71% badanych próbek), śląskim (1,43%), wielkopolskim (1,18%).

Maksymalne dopuszczalne stężenie rtęci w wodzie przeznaczonej do spożycia wynoszące 0,001 mg/l w prawie wszystkich powyższych przypadkach było przekroczone w niewielkim stopniu, nie przewyższając poziomu 0,002 mg/l, co w praktyce mogło w nieznacznym stopniu zwiększać ryzyko działania nefrotoksycznego.

Fluorki

Występowanie nadmiernych ilości fluorków w wodzie przeznaczonej do spożycia dotyczy w naszym kraju relatywnie niewielkich obszarów, jednak z uwagi na osiągnięte stężenia i trudności w usuwaniu ich z wody mogą stanowić lokalny problem w zaopatrzeniu w wodę odpowiedniej jakości. Dotyczy on kilku powiatów na obszarze województwa pomorskiego (okolice Malborka, Tczewa, Pruszcz Gdański), w którym ponadnormatywne stężenia fluorków, przekraczające 1,5 mg/l, odnotowano w 2,36% badanych próbek, w województwie opolskim (1,12% badanych próbek) oraz w województwie wielkopolskim (0,58%) W 6 województwach, głównie we wschodniej części kraju, nie stwierdzano nadmiernych ilości fluorków w badanych próbkach wody (małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie, lubuskie), w pozostałych natomiast odnotowano je w nielicznych badaniach (0,07-0,3% badanych próbek). Tendencja taka utrzymuje się od lat, z tym, że zarówno stopień przekroczenia wartości dopuszczalnych jak i ich częstość ulega stopniowemu zmniejszeniu



Ryc. 9.11 Częstość przekroczeń dopuszczalnych stężeń fluorków (% badanych próbek) w wodzie przeznaczonej do spożycia w 2009 r. wg województw (źródło danych PIS)

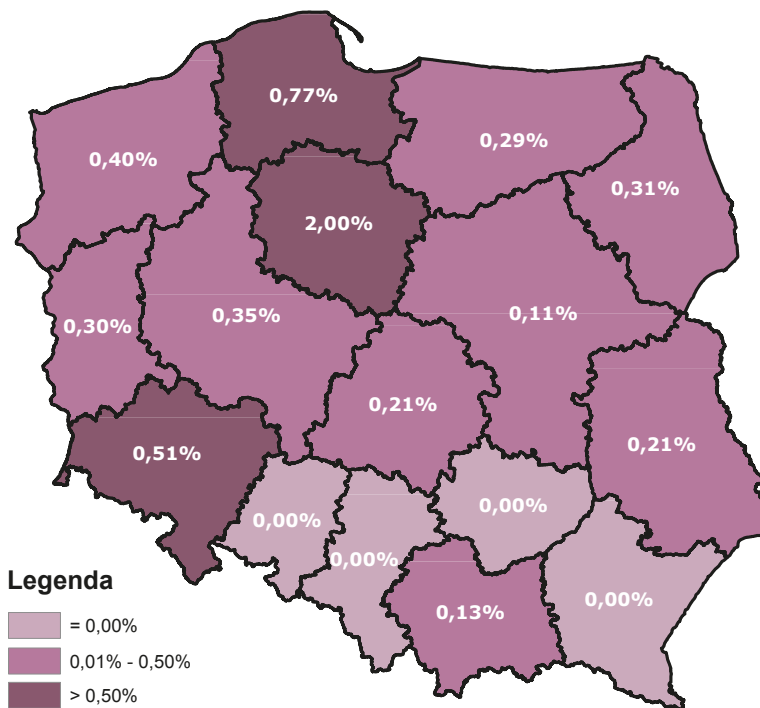
Fig. 9.11 Fluoride exceeding acceptable values in drinking water (samples percentage) in 2009 by voivodships (data source: SSI)

(ryc. 9.11). Ogółem podwyższone wartości stężeń fluorków w wodzie przeznaczanej do spożycia stwierdzono w 0,35% badanych próbek wody. W blisko 80% próbek wody, w których stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych stężeń fluorków, nie przewyższają one 2,5 mg/l.

Ołów

Źródłem ołowiu przenikającego do wody przeznaczanej do spożycia są przede wszystkim materiały instalacyjne, będące elementami systemów wodociągowych, głównie przyłącza wodociągowe oraz instalacje wodociągowe wewnątrz starych budynków, obecnie zastępowane przez wyroby nie stwarzające takiego zagrożenia.

W ciągu minionych 5 lat nastąpiła znacząca poprawa i zmniejszenie zanieczyszczenia ołowiem wody przeznaczanej do spożycia. Mimo zaostżenia od 2008 r. maksymalnej wartości dopuszczalnego stężenia ołowiu w wodzie z 0,050 mg/l do 0,025 mg/l, nastąpił w tym czasie spadek liczby próbek wody, w których stwierdzano przekroczenia wartości dopuszczalnych z 3,5% (462 próbki wody) w 2005 roku do 0,35% (41 próbek wody) w 2009 r. Obszary, na których stwierdzano największą częstość przekroczeń wartości dopuszczalnych skupiały się w północno-zachodniej części kraju (województwo kujawsko-pomorskie - 2,0% próbek), pomorskie - 0,77%, dolnośląskie - 0,5%, zachodniopomorskie - 0,40%, wielkopolskie - 0,35%; ryc. 16), z tym, że poza pierwszym z nich stwierdzane przekroczenia były nieliczne i dotyczyły pojedynczych próbek (ryc. 9.12).



Ryc. 9.12 Częstość przekroczeń dopuszczalnych stężeń ołowiu (% badanych próbek) w wodzie przeznaczanej do spożycia w 2009 r. wg województw (źródło danych PIS)

Fig. 9.12. Lead exceeding acceptable values in drinking water (samples percentage) in 2009 by voivodships (data source: NSI)

W porównaniu z latami wcześniejszymi również skala przekroczeń wartości dopuszczalnych stężeń uległa zmniejszeniu i obecnie w większości przypadków nie przewyższa poziomu 0,050 mg/l. Począwszy od dnia 1 stycznia 2013 r. maksymalna dopuszczalna wartość stężenia ołowiu w wodzie przeznaczonej do spożycia zostanie obniżona z 0,025 mg/l do 0,010 mg/l. Wartość ta ma zapewniać ochronę także grupom ludności najbardziej wrażliwym na działanie toksyczne tej substancji, w tym niemowlętom.

Wśród wskaźników jakości wody ocenianych z powodu ich wpływu na jej akceptowalność przez konsumentów największy problem z uwagi na skalę przekroczeń wartości dopuszczalnych stanowią mangan, żelazo oraz jon amonowy. Problem ten dotyczy głównie wód podziemnych oraz wód z ujęć infiltracyjnych. W 2009 r. nadmierne stężenia manganu w wodzie stwierdzano w łącznie w 12,04% badanych próbek (rok wcześniej 14,31%). Zjawisko to przybrało największe nasilenie w północno-zachodniej części kraju, szczególnie w województwach zachodniopomorskim (18,17% próbek), lubuskim (17,74%), pomorskim (15,31%) oraz wielkopolskim (13,32%). Nieco rzadziej stwierdzano podwyższone stężenie żelaza (w 2009 r. ogółem w 10,14% badanych próbek, rok wcześniej 11,46%), także z wyraźną przewagą województw północnych i zachodnich (zachodniopomorskie - 17,53% próbek, warmińsko-mazurskie - 16,52%, pomorskie - 15,58%, lubuskie - 13,71%). Tak duża skala problemu wynika w znacznej mierze z przyjęcia w regulacjach prawnych bardzo niskich wartości dopuszczalnych stężeń, nie przekraczających 0,05 mg/l dla manganu i 0,2 mg/l dla żelaza, co w praktyce jest trudne do dotrzymania dla wielu producentów wody, szczególnie w małych wodociągach. Restrykcyjne wartości dopuszczalnych stężeń obu substancji przyjęto nie z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne, ale z powodu mogącego występować przy wyższych stężeniach wzrostu mętności i barwy wody oraz tendencji do tworzenia się osadów w systemach dystrybucji wody, mogących zakłócać ich właściwą eksploatację. Stężenia przekraczające wartości dopuszczalne w przypadku powyższych parametrów nie wiążą się z bezpośrednim zagrożeniem dla zdrowia ludzi, mogą natomiast wpływać negatywnie na ocenę sensoryczną wody przez konsumentów.

W porównaniu z żelazem i manganem podwyższone stężenia jonu amonowego występują nie tak często - w 2009 r. odnotowano je w skali kraju w 2,88% badanych próbek (rok wcześniej - 3,49% próbek). Problem ten dotyczył przede wszystkim północnej części kraju, w tym województwa warmińsko-mazurskiego, w którym stężenia takie odnotowano w 7,73% badanych próbek wody, pomorskiego (5,25% próbek), zachodniopomorskiego (4,81% próbek), podlaskiego (4,44% próbek). Najrzadziej natomiast zjawisko to stwierdzano w województwach południowej części kraju - świętokrzyskim (0,11% badanych próbek wody), śląskim (0,45% próbek), dolnośląskim (1,06%), małopolskim (1,10% próbek). Jon amonowy obecny w wodzie może pochodzić z utworów geologicznych, jednak jego stwierdzenie w ilościach przekraczających wartości dopuszczalne wymaga wykluczenia zanieczyszczenia wody ściekami zawierającymi odchody ludzi i/lub zwierząt i związanego z tym skażenia mikrobiologicznego wody. W stężeniu w wodzie przekraczającym wartości dopuszczalne nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia człowieka, lecz reagując z wolnym chlorem może zmniejszać skuteczność dezynfekcji wody, może też upośledzać skuteczność ziół odmanganiających oraz przyczyniać się do wzrostu stężenia azotynów w wodzie w sieci przesyłowej. Może być także powodem nieprzyjemnego zapachu i smaku wody. Z tego powodu maksymalną wartość dopuszczalną stężenia określono na niskim poziomie 0,5 mg/l, a jej przekroczenia nie wiążą się z bezpośrednim zagrożeniem dla zdrowia ludzi.

Na jakość wody przeznaczonej do spożycia istotny wpływ wywiera nie tylko zakres i sposób uzdatniania i dezynfekcji wody, ale także rodzaj materiałów konstrukcyjnych i wyrobów, stosowanych w sieciach i instalacjach wodociągowych. Decyduje o tym z jednej strony rozbudowa i zwiększająca się długość sieci rozdzielczej, a z drugiej zmniejszające się zużycie wody i oszczędności odbiorców w tym zakresie, co łącznie prowadzi do wydłużenia czasu kontaktu wody z elementami konstrukcyjnymi systemów wodociągowych i sprzyja migracji ich składników do przesyłanej wody. Przenikające do wody substancje mogą niekorzystnie wpływać na bezpieczeństwo wody dla zdrowia ludzi lub/i jej cechy organoleptyczne. Zjawisko to w jeszcze większym stopniu dotyczy instalacji wodociągowych wewnątrz budynków, gdzie czynnikami dodatkowo sprzyjającymi jest niekorzystny stosunek objętości wody do powierzchni stykających się z nią elementów konstrukcyjnych (duża powierzchnia kontaktu przy niewielkiej objętości wody), częstsze i dłuższe okresy zastoju wody oraz jej wyższa temperatura. Warunki takie sprzyjają też tworzeniu się obrostów mikrobiologicznych na wewnętrznej powierzchni urządzeń wodociągowych, co przyczynia się do pogorszenia jakości mikrobiologicznej wody oraz negatywnie wpływa na jej smak i zapach.

Wymienione wyżej niekorzystne zmiany jakości wody następują w trakcie jej dystrybucji, kiedy nie jest już możliwe ich skorygowanie. Jedynym sposobem ochrony wody przed wtórnym zanieczyszczeniem w trakcie przesyłu jest dobór właściwych materiałów konstrukcyjnych, które nie stwarzają zagrożenia przenikaniem do wody nadmiernych ilości substancji mogących działać toksycznie, nie wpływają niekorzystnie na analizę sensoryczną wody oraz nie wykazują tendencji do ulegania obrostom mikrobiologicznym. Właściwości takie wymagają weryfikacji w specjalistycznych testach, wykonywanych w ramach procedury atestacji higienicznej, której obligatoryjnie podlegają wszystkie materiały i wyroby mające kontakt z wodą przeznaczoną do spożycia jako elementy konstrukcyjne systemów wodociągowych.

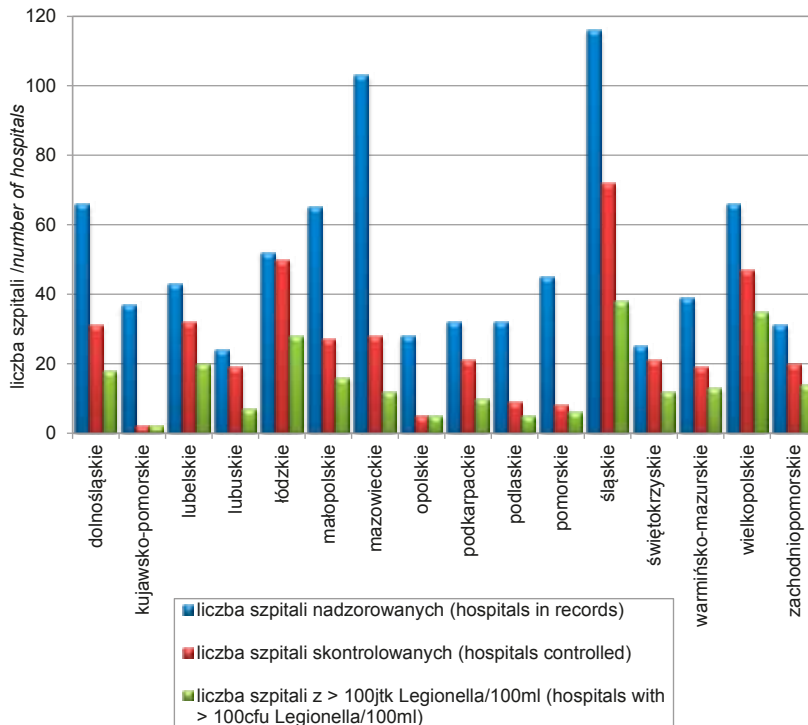
Monitoring wody ciepłej

Zgodnie z definicją zawartą w Ustawie o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków z dnia 7 czerwca 2001 roku (Dz. U. z 2006 r. nr 123, poz. 858 z późn. zm.) przez wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi należy rozumieć „wodę w stanie pierwotnym lub po uzdatnieniu, przeznaczoną do picia, przygotowania żywności lub innych celów domowych...”. Sformułowanie „lub innych celów domowych” dało delegację Ministrowi Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia również warunków jakości wody ciepłej użytkowej. Od 1 stycznia 2008 roku, zgodnie z rozporządzeniem MZ z dnia 29 marca 2007., w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. nr 61, poz. 417, z późn. zm) należy wykonywać badania wody ciepłej w kierunku wykrywania bakterii z rodzaju *Legionella*. Zakażenie bakteriami z rodzaju *Legionella* następuje drogą inhalacyjną przez przedostanie się skażonego aerozolu wodno-powietrznego, o wielkości kropeł 2-5µm, bezpośrednio do płuc. Zachorowania spowodowane przez pałeczki *Legionella* określane jako legionelozy mogą wystąpić w postaci ciężkiego zapalenia płuc z towarzyszącymi objawami uszkodzenia wielu narządów (choroba legionistów) lub w postaci poza płucnej, rzekomo-grypowej charakteryzującej się przebiegiem łagodnym (gorączka Pontiac, gorączka Lochgoilhead). Postać płucna stanowi od 3% do 8% wszystkich zachorowań wywołanych przez *Legionella*. Śmiertelność pacjentów z postacią płucną legionelozy jest bardzo duża, wynosi od 15% do 20%, a w przypadku zakażeń szpitalnych sięga nawet 30% - 50%. Przy

czym szacuje się, że postać płucna występuje u 0,1% - 5% osób narażonych na zakażenie, a w przypadku osób hospitalizowanych od 0,4% – 14 %.

Nalożony rozporządzeniem MZ obowiązek badania wody ciepłej w kierunku wykrywania bakterii z rodzaju *Legionella*, dotyczy wody w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej (szpitale) oraz w budynkach zamieszkania zbiorowego. Obiekty zamieszkania zbiorowego to przede wszystkim budynki przeznaczone na okresowy pobyt ludzi, takie jak: hotele, noclegownie, domy wypoczynkowe, internaty, zakłady karne, ale zalicza się do nich także domy dziecka i domy rencistów będące budynkami przeznaczonymi na stały pobyt ludzi.

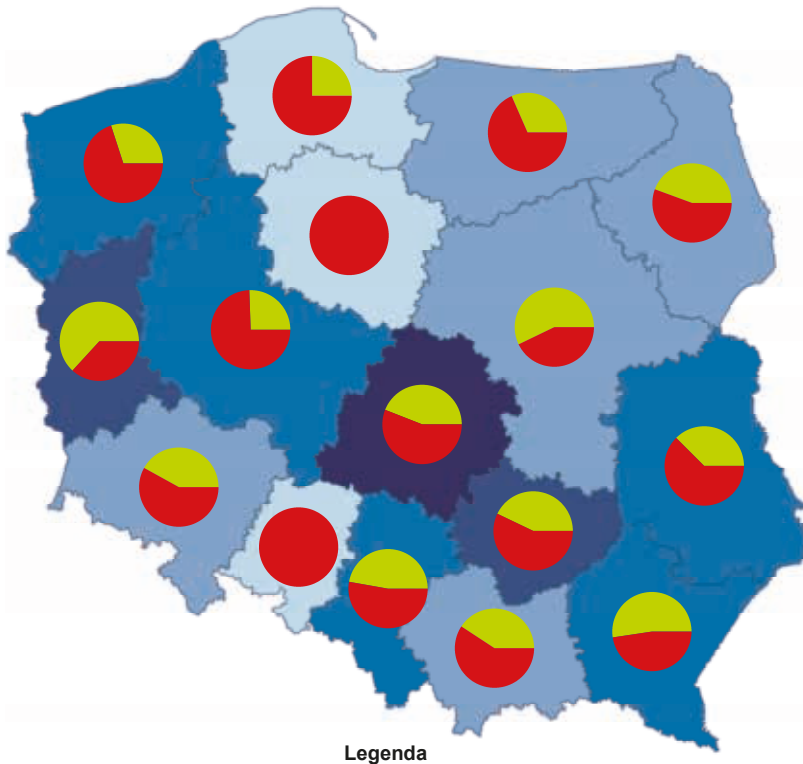
Pod nadzorem PIS w 2008 roku było 804 szpitale i 7016 obiektów zamieszkania zbiorowego. Badania wody ciepłej w kierunku bakterii z rodzaju *Legionella* zostały wykonane w 411 szpitalach i 178 obiektach zamieszkania zbiorowego, co stanowiło odpowiednio 51,5% i 2,5% wszystkich nadzorowanych (ryc. 9.13). Zwraca uwagę bardzo niski odsetek skontrolowanych w tym zakresie obiektów zamieszkania zbiorowego, aż w siedmiu województwach, przez rok obowiązywania nowych zapisów rozporządzenia MZ, w ogóle nie podjęto badań wody ciepłej w tych obiektach.



Ryc. 9.13 Nadzór PIS nad jakością wody ciepłej w szpitalach w 2008 roku według województw (źródło danych: PIS)

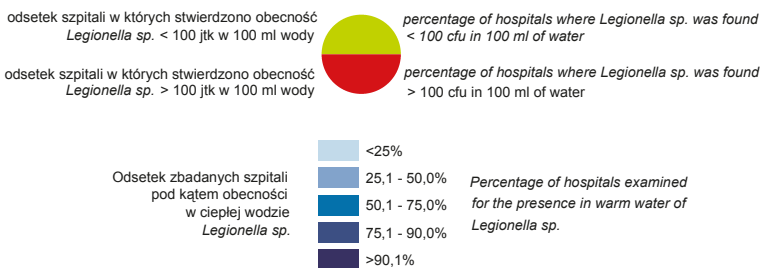
Fig. 9.13 National Sanitary Inspection (NSI) supervision of warm water in hospitals in 2008, grouped by regions (data source: NSI)

Odsetek wykonanych przez PIS, kontroli wody ciepłej w szpitalach w stosunku do wszystkich będących w nadzorze w poszczególnych województwach wahał się od 5% do 96%. Najwyższy odsetek skontrolowanych szpitali, pod kątem obecności pałeczek *Legionella* w wodzie, zanotowano w województwach łódzkim (96%), świętokrzyskim (84%) i lubelskim (74%), najniższy w województwie kujawsko-pomorskim (5%).



Legenda

Wyniki badań ciepłej wody w szpitalach na obecność *Legionella sp.* The results of warm water tests in hospitals according to a presence of *Legionella sp.*



Ryc. 9.14 Skażenie wody ciepłej bakteriami z rodzaju *Legionella* w szpitalach nadzorowanych przez PIS w roku 2008, według województw (źródło danych: PIS)

Fig. 9.14 Contamination of warm water with *Legionella* in hospitals supervised by National Sanitary Inspection in 2008, grouped by regions (data source: NSI)

Przekroczenie dopuszczalnej liczby bakterii z rodzaju *Legionella* (100 jtk w 100 ml) stwierdzono w 58,6% szpitali i w 32,6% obiektach zamieszkania zbiorowego. W 13 województwach odsetek skontrolowanych szpitali, w których oznaczono ponadnormatywną liczbę pałeczek *Legionella* przewyższał 50% (ryc.9.14). Osobami szczególnie narażonymi na wystąpienie legionelozy są pacjenci oddziałów intensywnej terapii, pacjenci z uszkodzonym systemem odpornościowym, po chemioterapii i transplantacjach jak również pacjenci oddziałów laryngologicznych, nie można też wykluczyć wystąpienia zachorowań wśród personelu medycznego.

W Polsce do chwili obecnej nie istnieją uregulowania prawne nakładające obowiązek badania wody w kierunku bakterii *Legionella* w basenach kąpielowych, rekreacyjnych i leczniczych oraz wody technicznej (w urządzeniach chłodniczych, grzewczych i klimatyzacyjnych). Spowodowane jest to brakiem zapisów ustawowych dających ministrowi zdrowia delegacje do wydania aktów wykonawczych.

9.4. Inne zagrożenia środowiskowe

Do najbardziej istotnych zagrożeń dla zdrowia człowieka związanych ze środowiskiem, poza nieodpowiednią jakością powietrza i wody, zaliczyć należy również hałas, stosowanie i kumulacja pestycydów oraz różnego rodzaju innych substancji chemicznych. Nie należy również zapominać o zmianach klimatycznych i środowisku wewnątrz budynków.

Wśród czynników środowiskowych, hałas związany z transportem, staje się obecnie głównym elementem w zakresie uciążliwości, szczególnie dotkliwym, gdy występuje w porze nocnej. Badania pokazują, że stałe zakłócenie snu powoduje zarówno stany chronicznego zmęczenia, jak również wpływa na osłabienie układu immunologicznego. Badania natężenia hałasu w miastach pokazują, że około 40% ludności w krajach UE może być narażona na średnie długookresowe poziomy hałasu drogowego przekraczające 55 decybeli (dB), czyli poziomu znacznie wyższego niż zalecany przez WHO jako bezpieczny. W Polsce sytuacja wygląda podobnie - 36% ludności żyjącej w 12 największych aglomeracjach narażonych jest na hałas przekraczający wartości dopuszczalne. Co więcej, szacunkowe badania pokazują, że blisko 500 tys. ludzi w naszym kraju stale ekspozowanych jest na hałas kolejowy przekraczający 60 dB w dzień i 50 dB w nocy (wartości normatywne)⁵. W krajach Europy łącznie prawie 34 mln ludzi narażonych jest na długookresowe poziomy hałasu drogowego przekraczające normy hałasu w porze nocnej⁶. Na uwagę zasługuje fakt, iż jakość powietrza oraz poziom hałasu w miastach często mają wspólne źródło pochodzenia (komunikacja, przemysł) i zagrożenia wynikające z tych komponentów środowiska mogą łączyć się przestrzennie.

Niedocenianym problemem środowiskowym, który wymaga pilnego uregulowania jest jakość środowiska wewnątrz budynków. Zależy ona przede wszystkim od jakości powietrza atmosferycznego, użytych materiałów budowlanych, sprawności wentylacji, stanu budynku, używanych produktów konsumenckich (mebli, urządzeń elektrycznych i gospodarstwa domowego, środków czyszczących) oraz samego zachowania się osób (włączając palenie tytoniu). Często takie schorzenia jak astma, alergia, rak płuc oraz choroby układu odde-

5 Raport o stanie środowiska w Polsce 2008. Główny Inspektorat Ochrony Środowiska. BMŚ, Warszawa 2010.

6 Środowisko Europy 2010–Stan i Prognozy. Synteza. Europejska Agencja Środowiska, Kopenhaga. 2010.

chowego i sercowo–naczyniowego wynikają z narażenia na kontakt z pyłem zawieszonym i chemikaliami, produktami spalania, a także z wilgocią, pleśnią czy grzybami obecnymi w pomieszczeniach zamkniętych. Ostatnie oceny zanieczyszczenia powietrza w pomieszczeniach w aspekcie zdrowotnym pokazały, że największe korzyści dla zdrowia związane są z ograniczeniem palenia, ale istotną i niepomijalną rolę odgrywają również czynniki środowiskowe jak stężenia pyłu zawieszzonego, ozonu, alergenów i radonu oraz poziom hałasu.

Ważnym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na stan zdrowia całych populacji, wynikającym głównie ze zmian temperatury, są zmiany klimatyczne. Odgrywają one coraz większą rolę i postrzegane są jako istotny element nie tylko zagrożeń zdrowotnych, ale również środowiskowych, społecznych i ekonomicznych. Ocenia się, że zagrożenia dla zdrowia ludzi wynikające ze stanu środowiska mogą być zwielokrotnione właśnie poprzez zmiany klimatyczne, zaś obserwowany efekt zdrowotny w dużej mierze będzie zależał od podatności i zdolności danej populacji do adaptacji. Prawie wszystkie skutki środowiskowe i społeczne zmian klimatycznych mogą ostatecznie wpłynąć na zdrowie ludzi m.in. poprzez zmiany pogody, zmiany w dostępie do wody, jej jakości, zanieczyszczeniu powietrza i żywności oraz poprzez zmiany w ekosystemach, rolnictwie, czy w gospodarce i infrastrukturze. Główne zagrożenia dla zdrowia związane są z bezpośrednim wpływem klimatu, w tym ze zwiększonym ryzykiem występowania powodzi na wybrzeżach morskich i wzdłuż rzek, utraty różnorodności biologicznej, intensyfikacją występowania ekstremalnych zjawisk pogodowych oraz szkód w niektórych sektorach gospodarki (energetyka, leśnictwo i rolnictwo). Szacowane dla Europy scenariusze zmian klimatycznych pokazują, że zmiany te będą również miały istotny wpływ na rozprzestrzenianie się chorób przenoszonych drogą pokarmową (przez wodę i żywność) oraz wektorowo (poprzez owady). Zauważa się ponadto istotną i niepomijalną rolę pośredniego wpływu zmian klimatu na jakość powietrza atmosferycznego, w tym na wzrost wtórnej emisji pyłów i obserwowane wysokie stężenia ozonu. Jednym z najistotniejszych czynników zmieniającego się klimatu w aspekcie zdrowia ludzi będzie wzrost zagrożenia związanego z występowaniem temperatur ekstremalnych oraz chorób związanych z pogodą. Szacuje się, że wzrost liczby zgonów związanych falami upałów może przekroczyć 25 tys. na rok i obserwowany będzie w Europie głównie w regionach centralnych i południowych. Wyniki prowadzonego monitoringu środowiska oraz stanu zdrowia populacji potwierdzają, że fale upałów w Europie zdarzają się coraz częściej i są przyczyną śmierci wielu osób. Obserwacje naturalnych zjawisk pogodowych w Polsce, związanych ze zmianami klimatycznymi pokazują, że najistotniejsze w ujęciu zdrowotnym to fale chłódów i powodzie. Szacuje się, że od 2000 roku fale chłódów były przyczyną śmierci ponad 1300 osób. Powodzie w ciągu ostatnich 15 lat w Polsce zdarzyły się aż 9 razy (największe w 1997 i 2010 roku), obejmując łącznie blisko 370 tys. ludzi, przynosząc śmierć 113 osobom i wyrządzając szkody na łączną kwotę ponad 21 700 mln złotych.

PODSUMOWANIE:

POWIETRZE ATMOSFERYCZNE

1. Do najbardziej istotnych środowiskowych zagrożeń zdrowotnych zaliczyć należy: zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego (głównie pyłem zawieszonym i ozonem), jakość wody przeznaczonej do spożycia, hałas oraz zmiany klimatyczne.

2. W Polsce co roku na jednej czwartej powierzchni kraju zamieszkałej przez blisko 50% populacji, obserwuje się przekroczenia wartości dopuszczalnych ustanowionych w celu ochrony zdrowia dla pyłu zawieszonego PM10 (pyłu o średnicy aerodynamicznej ziaren poniżej 10 μm). W największych aglomeracjach wiąże się to z ponad 11 przypadkami przedwczesnych zgonów na każde 100 tys. mieszkańców. Szacuje się, że szczególnie groźny dla zdrowia pył zawieszony PM2,5 (o frakcji ziaren poniżej 2,5 μm) prowadzi w Polsce do skrócenia oczekiwanej długości życia aż o 9 miesięcy.
3. Obserwowane w Polsce przekroczenia ozonu corocznie obejmują swoim zasięgiem blisko 40% powierzchni kraju (głównie obszary pozamiejskie) zamieszkiwanej przez ponad połowę populacji. Narażenie ludności na dobowe stężenia ozonu przekraczające 70 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ wiąże się z ponad 1400 przypadkami rocznie przedwczesnych zgonów ogółem.

WODA

1. W 2009 roku w Polsce blisko 13% populacji nie miało dostępu do zbiorowych systemów zaopatrzenia w wodę (blisko 5% żyjących w miastach i ponad 25% mieszkańców wsi). Problem dotyczył głównie obszarów południowo-wschodniej części kraju (województw małopolskiego i podkarpackiego).
2. Zanieczyszczenie kałowe wody stanowiło problem zwłaszcza w południowej części kraju, gdzie większy jest udział wód powierzchniowych w zaopatrzeniu ludności. Ogółem bakterie będące wskaźnikami tego zanieczyszczenia - *E. coli* wykryto w 0,97% badanych próbek wody, a paciorkowce kałowe – w 1,55%. W przypadku *E. coli* częstość ich występowania była nieco większa w porównaniu z 2008 rokiem, kiedy wynosiła 0,88%; zmniejszyła się ona natomiast w odniesieniu do paciorkowców kałowych (1,81% próbek w 2008 roku).
3. Nadmiernie wysokie wartości stężeń parametrów chemicznych o istotnym znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego wody najczęściej dotyczyły azotanów i azotynów (2,71% próbek), sumy tri- i tetrachloroetenu (0,97%), rtęci (0,64%), sumy trihalometanów (0,44%), ołowiu (0,35%) i fluorków (0,35%). We wszystkich powyższych przypadkach były one niższe w porównaniu z 2008 rokiem.
4. Znacznie częściej stwierdzano przekroczenia wartości dopuszczalnych parametrów badanych z uwagi na ich znaczenie w ocenie sensorycznej wody, lecz nie mających bezpośredniego wpływu na bezpieczeństwo wody dla zdrowia ludzi – dotyczyło to 3,72% próbek. Wśród nich przeważały nadmiernie wysokie stężenia manganu (12,04% próbek), żelaza (10,14%) i jonu amonowego (2,88%). W porównaniu z 2008 rokiem wartości te również uległy obniżeniu.
5. W 2008 roku wprowadzono w Polsce obowiązek badania wody ciepłej w kierunku wykrywania bakterii z rodzaju *Legionella* w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i w budynkach zamieszkania zbiorowego. Spośród obiektów będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej badania wody ciepłej przeprowadzono w 51,5% szpitali i 2,5% budynków zamieszkania zbiorowego. Przekroczenia dopuszczalnej liczby *Legionella* (100 jtk w 100 ml) stwierdzono odpowiednio w 58,6% i 32,6% skontrolowanych obiektów.

HAŁAS

1. Hałas związany z transportem, wśród czynników środowiskowych, postrzegany jest obecnie jako główny element w zakresie uciążliwości. Badania pokazują, że 36% lud-

ności największych aglomeracjach narażonych jest na hałas przekraczający wartości dopuszczalne.

ZMIANY KLIMATYCZNE

1. Ocenia się, że zagrożenia dla zdrowia ludzi wynikające ze stanu środowiska mogą być wielokrotnie przez zmiany klimatyczne. Największe skutki zdrowotne zmian klimatycznych w Polsce związane są z intensyfikacją zjawisk ekstremalnych, fal upałów i chłódów, zwiększonym ryzykiem występowania powodzi oraz ze zmianami w stopniu zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego prekursorami pyłu i ozonu. W ciągu ostatnich 15 lat fale chłódów w Polsce spowodowały ponad 1300 zgonów, zaś powodzie były przyczyną śmierci 113 osób.

10. WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA ZDROWOTNEGO ZWIĄZANE ZE STYLEM ŻYCIA

Anna Poznańska, Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak

Nie podlega obecnie dyskusji, że styl życia jest bardzo istotnym czynnikiem warunkującym zdrowie, zarówno w odniesieniu do jednostek, jak i do populacji. Od czasu ogłoszenia koncepcji obszarów zdrowia Lalonde'a podejmowane są próby liczbowego oszacowania jego znaczenia dla poszczególnych zjawisk zdrowotnych. Już w 1995 roku udział stylu życia w umieralności z powodu układu krążenia szacowano na 54% (dla porównania: wkład czynników biologicznych – 25%, środowiskowych i społecznych – 9%, systemu ochrony zdrowia – 12%)¹. W przypadku chorób nowotworowych odsetki te wynosiły odpowiednio 37%, 29%, 24% i 10%, zaś dla umieralności ogólnej: 50%, 20%, 20% i 10%. Autorzy polskiego Narodowego Programu Zdrowia za lata 2007-2015 przypisali stylowi życia 50%-owy udział w stanie zdrowia². Doceniając znaczenie tej grupy czynników ryzyka WHO przyjęła w 2004 roku Strategię dotyczącą żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia³. Dokument ten zawiera skierowane do krajów członkowskich rekomendacje działań w dziedzinie popularyzowania zdrowego trybu życia, ukierunkowanych na prewencję chorób niezakaźnych.

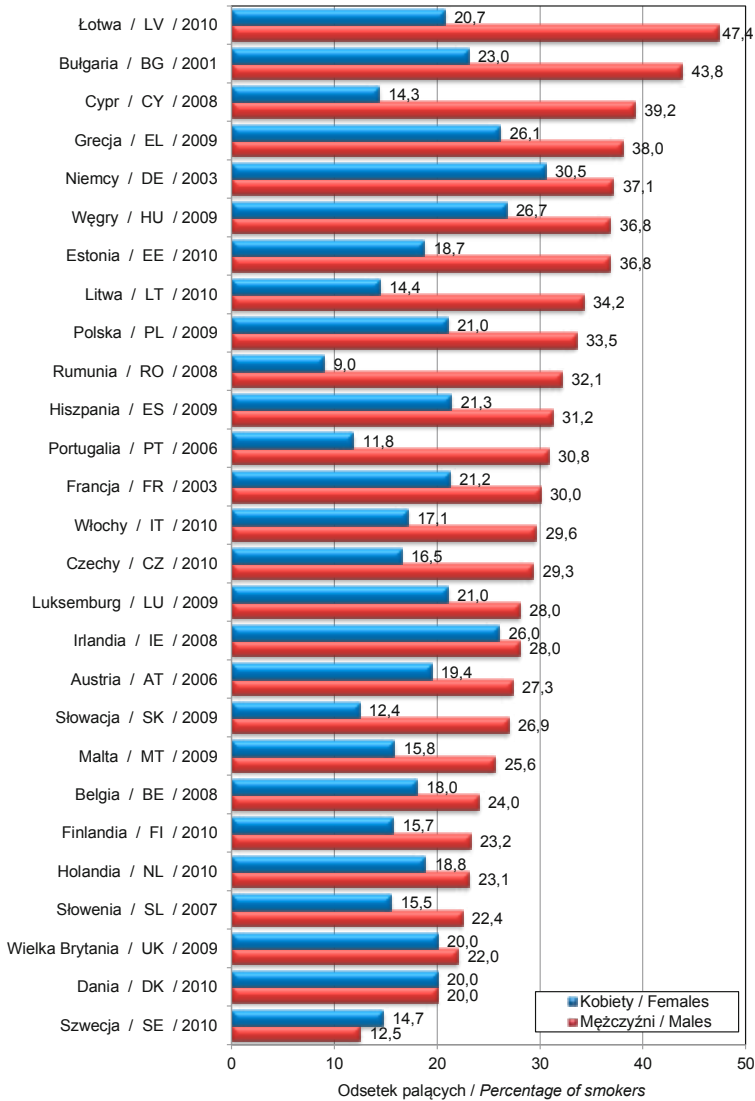
W 2002 roku WHO oszacowała procentowe udziały poszczególnych czynników ryzyka w ogólnej liczbie zgonów w krajach europejskich⁴. W Polsce najistotniejsze okazały się: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi i poziom cholesterolu, nadwaga i otyłość, nadmierne spożycie alkoholu, niskie spożycie owoców i warzyw oraz mała aktywność fizyczna.

10.1. Palenie tytoniu

Wyniki ostatnich badań wskazują, że rozpowszechnienie palenia tytoniu w Polsce wynosi wśród mężczyzn około 33% (33,1% GUS 2009⁵, 33,5% GATS 2009/2010⁶) oraz około 20% (18,0% GUS 2009⁵, 21,0% GATS2009/2010⁶) wśród kobiet. Według danych

-
- 1 Badura B., What is and What Determines Health. W: Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe. Eds.: Laaser U., de Leeuw E., Stock Ch., Juventa Verlag, Munchen, 1995
 - 2 Narodowy Program Zdrowia 2007-2015. Warszawa, 2007
 - 3 WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Geneva, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, dostępne 9.05.2012)
 - 4 WHO Europe, The European health report 2005: Public health action for healthier children and populations
 - 5 GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., Warszawa, 2011
 - 6 WHO, Global Adult Tobacco Survey (GATS), Poland 2009-2010

WHO Polska lokuje się pod tym względem na 9-tym - mężczyźni i 8-ym - kobiety miejscu w Europie⁷ (ryc. 10.1).

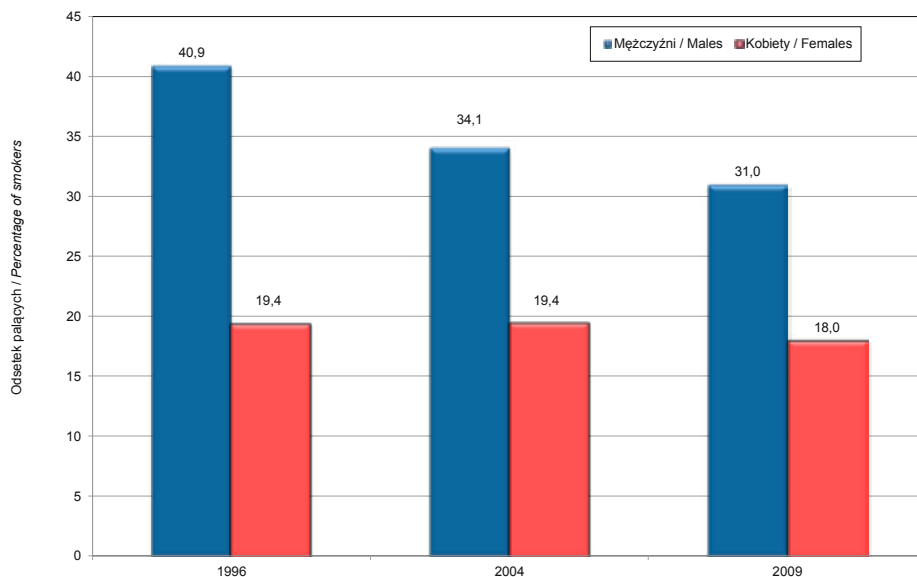


Ryc. 10.1. Odsetek osób powyżej 15 roku życia palących papierosy codziennie w krajach UE Europejskiej - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA-DB)

Fig. 10.1. Percentage of smokers in population aged 15 years and more in EU countries – data from last available year (data WHO HFA-DB)

7 WHO Europe, European Health for All Database (HFA-DB), updated August 2012, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

Wyniki badań GUS z lat 1996⁸, 2004⁹ i 2009⁵ wskazują na tendencję spadkową w rozpowszechnieniu palenia wśród mężczyzn (40,9% w 1996, 31,0% w 2009) i bardzo niewielką zmianę wśród kobiet (19,4% w 1996, 18,0% w 2009) – ryc. 10.2).



Ryc. 10.2. Odsetek Polaków powyżej 15 roku życia palących papierosy codziennie w zależności od płci w latach w 1996, 2004, 2009 (dane GUS)

Fig. 10.2. Percentage of smokers in Polish population aged 15 years and more by sex, 1996, 2004 and 2009 (data Central Statistical Office)

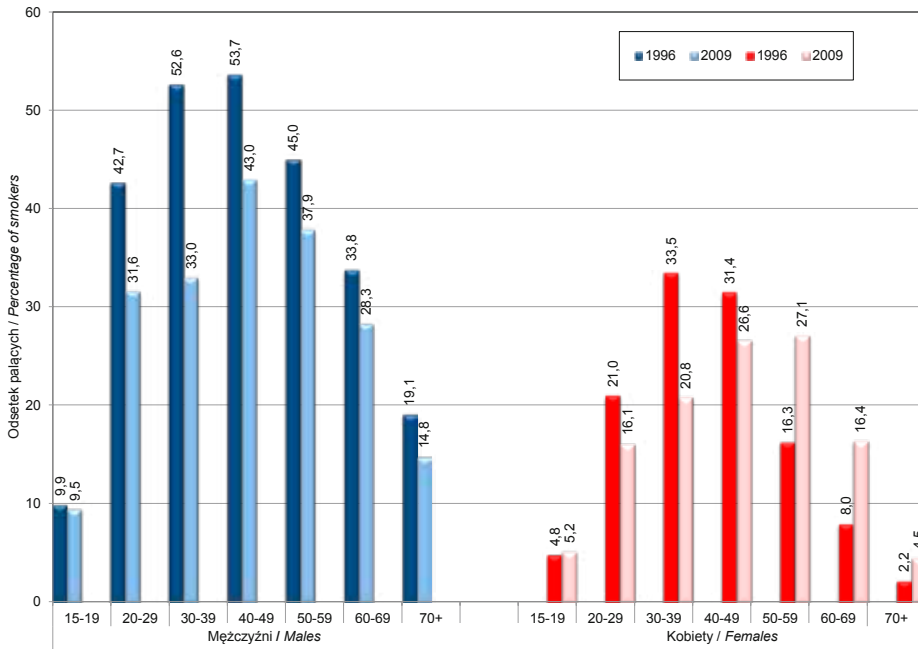
Odsetek osób regularnie używających tytoniu jest różny w zależności od wieku (ryc. 10.3). Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet najwyższy odsetek palących obserwuje się w grupie wieku 40-59 lat. U mężczyzn odsetek palących obniżył się w stosunku do 1996 roku we wszystkich grupach wieku, natomiast u kobiet zaobserwować można jego wzrost w kategoriach 15-19 lat (nieznaczny) oraz 50 lat i więcej. Porównanie odsetka palących w 2009 roku z młodszymi o 10 lat grupami wiekowymi w badaniu z 1996 roku pozwala na przybliżoną ocenę zmian rozpowszechnienia palenia z wiekiem w tych samych kohortach. Można zaobserwować, że o ile spadek w latach 1996-2009 odsetka palących mężczyzn był praktycznie niezależny od wieku, o tyle wśród kobiet wystąpił on tylko w grupie tych, które w 1996 roku były w przedziale wieku 30-39 lat oraz 60-69 lat.

Nałóg palenia jest silnie związany z poziomem wykształcenia (ryc. 10.4). Największe rozpowszechnienie palących jest wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym, najniższe wśród osób z wykształceniem wyższym. Zwraca uwagę fakt, że w porównaniu z 1996 rokiem zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet największy relatywny spadek częstości palenia zaobserwowano w grupach osób lepiej wykształconych (z wykształceniem wyższym

8 GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 1996 r., Warszawa, 1998

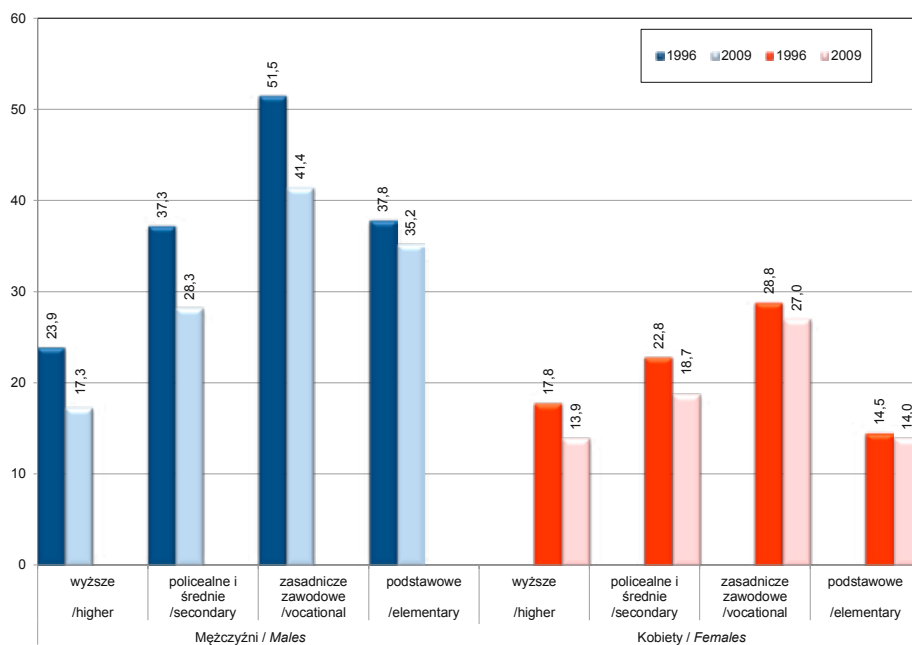
9 GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 2004 r., Warszawa, 2006

oraz policealnym – około 25% u mężczyzn i 20% u kobiet). Dość duży spadek palenia – wielkości około 20% zaobserwowano wśród mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym, jednak już wśród kobiet ten korzystny trend nie jest tak wyraźny. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet z wykształceniem podstawowym zaobserwowano niewielki spadek odsetka palących, u kobiet nie przekraczający 5%.



Ryc. 10.3. Odsetek Polaków powyżej 15 roku życia palących papierosy codziennie w zależności od wieku w latach w 1996 i 2009 (dane GUS)

Fig. 10.3. *Percentage of smokers in Polish population aged 15 years and more, by age group in 1996 and 2009 (data Central Statistical Office)*

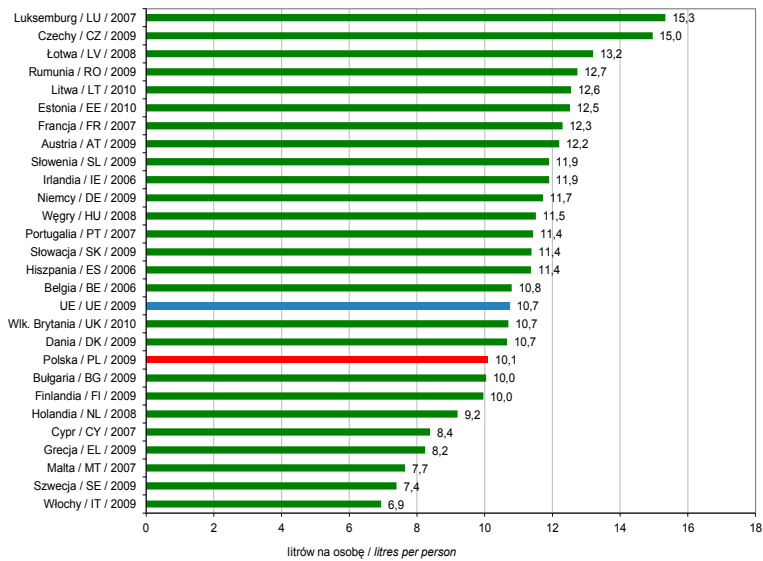


Ryc. 10.4. Odsetek Polaków powyżej 15 roku życia palących papierosy codziennie w zależności od poziomu wykształcenia w latach 1996 i 2009 (dane GUS)

Fig. 10.4. Percentage of smokers among Polish population aged 15 years and more, by level of education in 1996 and 2009 (data Central Statistical Office)

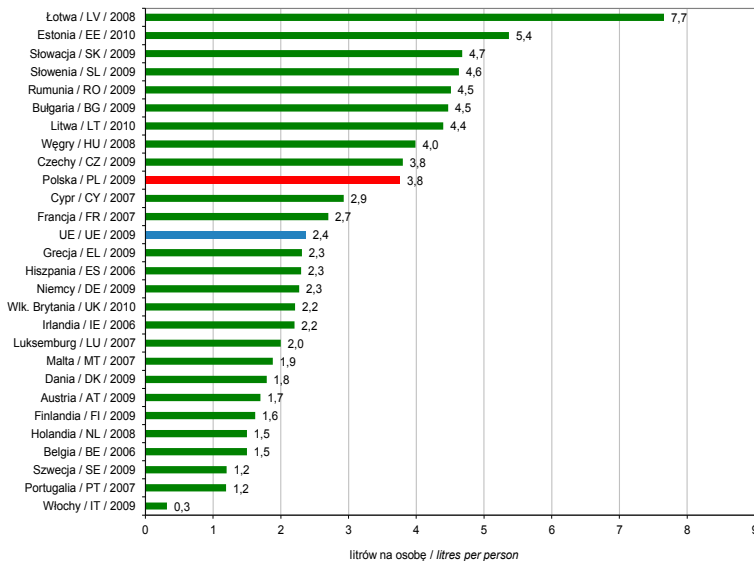
10.2. Spożycie alkoholu

Średnie spożycie alkoholu w Polsce w roku 2009 wyniosło w przeliczeniu na czysty alkohol 10,1 litra na osobę powyżej 15 roku życia, czyli nieco poniżej średniej europejskiej - 10,7 litra⁷ (ryc. 10.5). Prezentowane na rycinach 10.6-10.8 porównania krajów UE pod względem konsumpcji czystego alkoholu pochodzącego z różnych napojów, pozwalają na stwierdzenie, że spożycie alkoholi mocnych oraz piwa w Polsce (odpowiednio 3,76 l i 5,36 l) jest na poziomie wyższym od średniego w Unii Europejskiej (2,37 i 4,23 litra), natomiast konsumpcja wina (0,99 l) jest w naszym kraju jedną z najniższych w Europie (średnio 3,89 litra na osobę powyżej 15 roku życia).



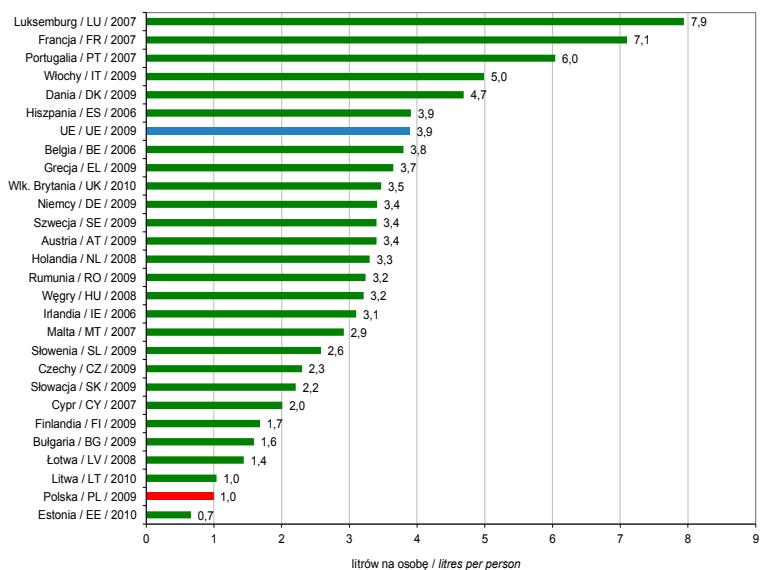
Ryc. 10.5. Konsumpcja alkoholu w krajach UE w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na jednego mieszkańca w wieku 15 lat i więcej – ostatni dostępny rok (dane WHO HFA-DB)

Fig. 10.5. Alcohol consumption in liters of pure alcohol per capita, age 15 years and above, in EU countries – data from last available year (data WHO HFA-DB)



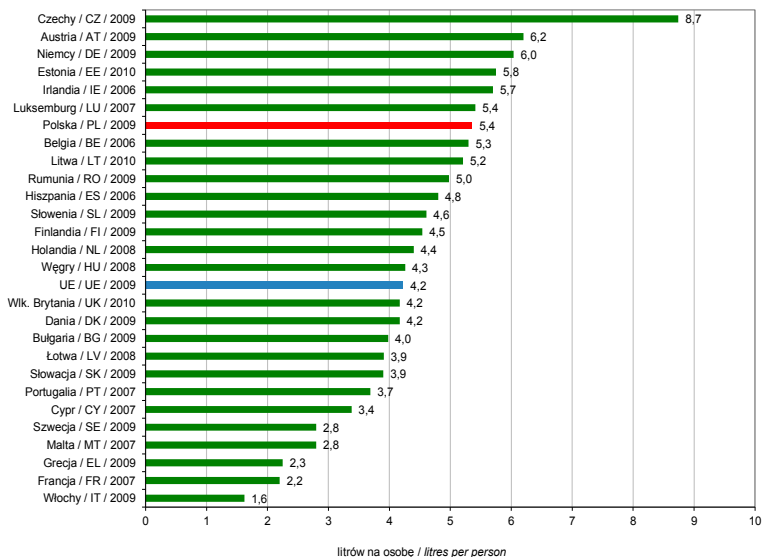
Ryc. 10.6. Konsumpcja piwa w krajach UE, w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na jednego mieszkańca w wieku 15 lat i więcej - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA-DB)

Fig. 10.6. Beer consumption in liters of pure alcohol per capita, age 15 years and above, in EU countries – data from last available year (data WHO HFA-DB)



Ryc. 10.7. Konsumpcja wina w krajach UE, w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na jednego mieszkańca w wieku 15 lat i więcej - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA-DB)

Fig. 10.7. Wine consumption in liters of pure alcohol per capita, age 15 years and above, in EU countries – data from last available year (data WHO HFA-DB)



Ryc. 10.8. Konsumpcja mocnych alkoholi w krajach UE, w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na jednego mieszkańca w wieku 15 lat i więcej - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA-DB)

Fig. 10.8. Spirits consumption in liters of pure alcohol per capita, age 15 years and above, in EU countries – data from last available year (data WHO HFA-DB)

Według wyników badań prezentowanych w *Special Eurobarometer 331: EU citizens' attitudes towards alcohol (EU 2010)* odsetek abstynentów w Polsce jest taki sam jak w Unii Europejskiej - 24% respondentów deklarowało, że w ostatnich 12 miesiącach nie piło alkoholu. Spośród osób używających alkoholu, w ostatnich 30 dniach spożywało go 79% (niższy odsetek odnotowano tylko wśród mieszkańców Litwy i Łotwy). Również częstotliwość picia w ostatnich 30 dniach poprzedzających badanie była mniejsza niż przeciętna UE – podobnie jak w krajach Unii około ¼ respondentów deklarowała picie najczęściej raz w tygodniu lub 2-3 razy w miesiącu, jednak w UE 46% osób piło częściej niż raz na tydzień, a w Polsce tylko 25%.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w *Sprawozdaniu z realizacji ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* szacuje, że w 2009 roku 55,4% alkoholu spożywane było w Polsce w postaci piwa, 35,3% w formie wyrobów spirytusowych, zaś 9,3% pod postacią wina i miódów pitnych. Na podstawie wyników wspomnianego badania Eurobarometr (2011)⁷ odsetki te wynoszą odpowiednio 53,1%, 37,2% i 9,8% dla Polski oraz 40,4%, 21,0% i 36,5% dla całej Unii Europejskiej. Struktura spożywanych alkoholi w naszym kraju jest więc inna niż przeciętnie w UE – pijemy więcej piwa i mocnych alkoholi, a znacznie mniej wina.

Rycina 10.9 prezentuje dynamikę zmian spożycia alkoholu ogółem oraz pod postacią mocnych alkoholi, wina i piwa. Zwraca uwagę silny trend wzrostowy konsumpcji alkoholi mocnych i piwa, odróżniający Polskę od lekko malejącego spożycia w Unii Europejskiej. Konsumpcja wina na przestrzeni lat była około 3-4 krotnie niższa niż w UE, tendencja ta pozostaje bez zmian. Wzrost konsumpcji w Polsce w latach 2002-2008 oraz lekki spadek po 2008 łączony jest ze zmianami wielkości akcyzy na alkohol¹⁰.

Według raportu HBSC¹¹, dotyczącego picia alkoholu przez młodzież, pozycja Polski w stosunku do krajów Unii Europejskiej jest podobna do obserwowanej wśród dorosłych. Odsetek młodzieży pijącej alkohol przynajmniej raz w tygodniu rośnie z wiekiem i wynosi: dla jedenastolatków 2% i 1% (odpowiednio dla chłopców i dziewczynek), wśród trzynastolatków – 8% i 4%, a piętnastolatków 17% i 11% - są to wartości o około 40% niższe niż w innych krajach objętych badaniem.

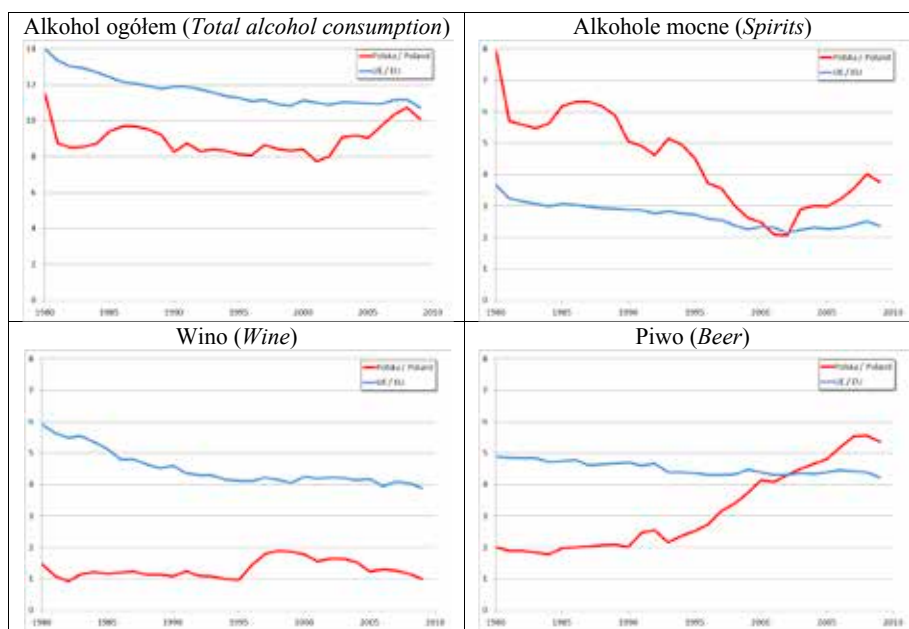
Prawodawstwo polskie jako dopuszczalne dla kierowców stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu określa 0,2 g/l, jest to jeden z bardziej restrykcyjnych poziomów w UE¹², jednakże tylko 25% mieszkańców naszego kraju potrafi prawidłowo podać tę wielkość¹². Błędnie odpowiedziało 37% respondentów, pozostali nie potrafili podać żadnej wartości. Odsetki te są niemal dokładnie zgodne ze średnimi dla krajów Unii Europejskiej. Z drugiej strony Polska jest krajem o najwyższym odsetku osób twierdzących (48%), że nie należy kierować samochodem, jeżeli piło się jakkolwiek alkohol (przy europejskiej przeciętnej 15%). Jednocześnie statystyki policyjne wskazują, że w 2011 roku odsetek wypadków dro-

10 Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ministerstwo Zdrowia, Sprawozdanie z realizacji ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, 2009

11 WHO Regional Office for Europe, *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, Health Policy for Children and Adolescents, No. 6, 2012

12 TNS Opinion & Social dla Generalnej Dyrekcji ds. Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej, Eurobarometer 72.3, EU citizens' attitudes towards alcohol, 2010

gowych, w których uczestniczyły osoby będące pod wpływem alkoholu wynosił w naszym kraju niemal 10%¹³.



Ryc. 10.9. Trendy w konsumpcji alkoholu ogółem i napojów alkoholowych w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na jednego mieszkańca w wieku 15 lat i więcej w Polsce i UE w latach 1980-2009 (dane WHO HFA-DB)

Fig. 10.9. Trends in consumption of alcohol and alcoholic beverages in liters of pure alcohol per capita, age 15 years and above, in Poland and EU countries in years 1980-2009 (data WHO HFA-DB)

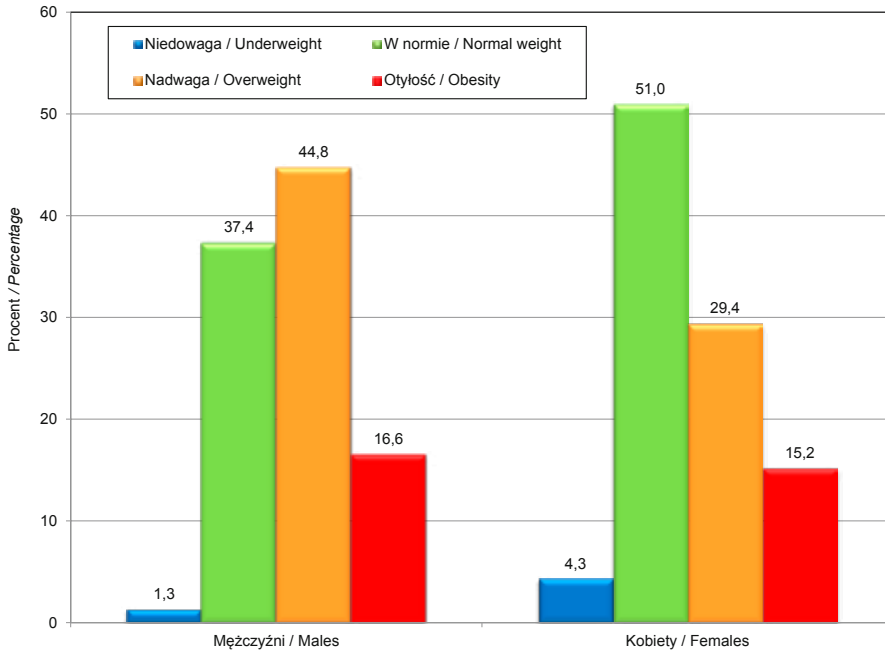
Ponad 90% Polaków zgadza się całkowicie lub częściowo z faktem istnienia związku między konsumpcją alkoholu a chorobami wątroby, serca oraz uszkodzeniami płodu, nieco mniej (84%) z depresją, najmniej (67%) z chorobami nowotworowymi. Niemal wszyscy ankietowani (ponad 97%) odpowiedzieli twierdząco na pytanie o możliwość występowania związku spożywania alkoholu z problemami społecznymi (przemoc uliczna, problemy małżeńskie, spadek produktywności w pracy, kłopoty szkolne). Podane odsetki są zazwyczaj wyższe od europejskich lub odpowiadają przeciętnej wartości w Unii. Wyjątek stanowi nieco mniejsza od przeciętnej europejskiej wiedza dotycząca związku konsumpcji alkoholu z chorobami nowotworowymi¹².

10.3. Nadwaga i otyłość

Nadwaga stanowi jeden z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych związanych ze stylem życia. Nadwaga i otyłość są podstawowymi czynnikami ryzyka wielu chorób przewlekłych (w tym nadciśnienia tętniczego, chorób serca, układu oddechowego,

13 Komenda Główna Policji, Wypadki drogowe w Polsce w 2011 roku, Warszawa 2012

cukrzyca typu 2), a także przedwczesnej śmierci. W Polsce problem ten staje się coraz poważniejszy. W anketowym badaniu stanu zdrowia ludności Polski (EHIS) przeprowadzonym przez GUS w listopadzie 2009 stwierdzono, że zbyt wysoką masę ciała - nadwagę (indeks BMI w zakresie 25-30) lub otyłość (BMI równe 30 lub więcej) miało ponad 61% mężczyzn i niemal 45% kobiet⁵ (ryc. 10.10). Od 2004 roku ich udział w populacji wzrósł o 9 punktów procentowych w przypadku mężczyzn (najsilniej w grupach wieku 20-39 lat oraz 70 lat i więcej) i o 5 punktów wśród kobiet (szczególnie w wieku 20-49 lat).



Ryc. 10.10. Masa ciała Polaków w 2009 roku (dane GUS)

Fig. 10.10. Body weight of Polish population (data CSO)

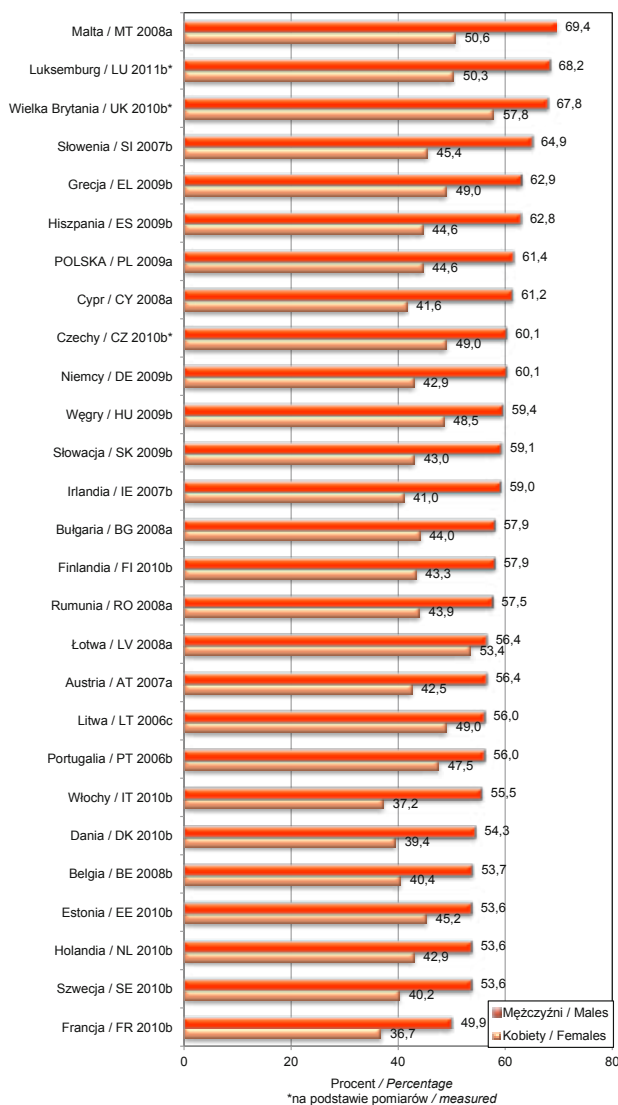
Zmiany te sprawiły, że na tle innych krajów Polska wypada gorzej niż przed kilku laty. Obecnie odsetek mężczyzn z nadwagą lub otyłością należy do najwyższych w Unii Europejskiej (ryc. 10.11), podczas gdy jeszcze w 2004 roku plasowaliśmy się w dolnej połowie analogicznego zestawienia. Rozpowszechnienie tego problemu wśród kobiet lokuje nas w środkowej grupie krajów unijnych.

Problem nadwagi i otyłości narasta w ostatnich latach również wśród młodzieży obu płci, choć częściej dotyczy chłopców (ryc. 10.12.)^{14, 15}. W roku 2010 odsetki osób zarówno z otyłością, jak i nadwagą (definiowanymi na podstawie wartości referencyjnych *International Obesity Task Force IOTF*) we wszystkich analizowanych grupach wieku były wyraźnie wyższe niż w 2006 roku, mimo, że procent młodzieży dotkniętej tym problemem

14 Instytut Matki i Dziecka, Raport techniczny z badań HBSC w Polsce w 2006 r.

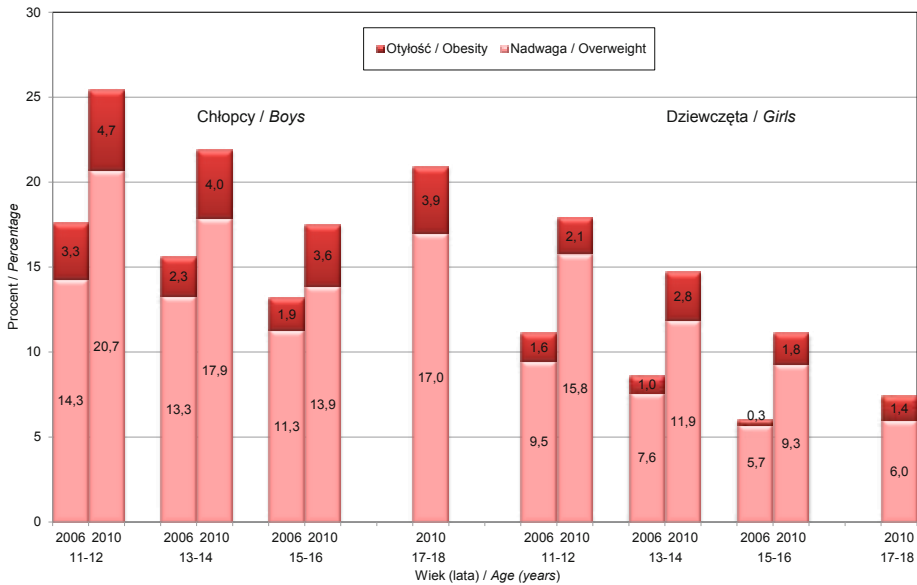
15 Instytut Matki i Dziecka, Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny, 2011

w konkretnych rocznikach zmienia się nieznacznie – w 2006 roku wśród 11-12-latków był taki sam jak w 2010 roku dla 15-16-latków (chłopcy – ok. 18%, dziewczęta - 11%). Wyjątek stanowią najstarsi chłopcy – rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w tej kohorcie wzrosło o 5 punktów procentowych w przeciągu 4 lat. W 2010 roku 21% z nich ważyło zbyt dużo - a więc co piąty chłopiec wchodzący w dorosłe życie nie utrzymuje prawidłowej masy ciała.



Ryc. 10.11. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat z otyłością lub nadwagą w krajach UE – ostatni dostępny rok (dane: Eurostat^a, OECD^b, Akademia Medyczna w Kownie^c)

Fig. 10.11. Percentage of persons aged 15 and over with obesity or overweight in EU countries by the latest published data (sources: Eurostat^a, OECD^b, Kaunas Medical Academy^c)



Ryc.10.12. Rozpowszechnienie otyłości i nadwagi wśród młodzieży szkolnej w wieku 11-12, 13-14, 15-16 i 17-18 lat w 2006 i 2010 roku (dane HBSC)

Fig. 10.12. Obesity and overweight among school children in the age groups: 11-12, 13-14, 15-16, and 17-18 years in 2006 and 2010 (data HBSC)

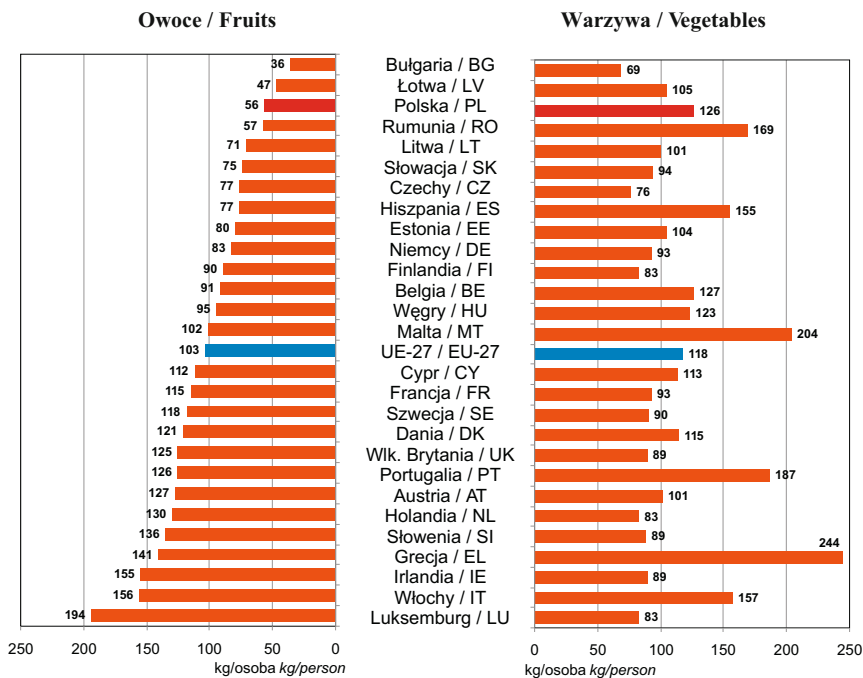
10.4. Spożycie warzyw i owoców

Prawidłowa dieta, zawierająca odpowiedni udział warzyw i owoców, stanowi ważny element zdrowego stylu życia, zapobiegając wielu chorobom w szczególności układu krążenia czy nowotworom.

Spożycie owoców w Polsce jest niestety bardzo małe, według danych FAO opublikowanych w 2012 roku ich dostępność na jednego mieszkańca w roku 2009 była jedną z najniższych spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej, niemal dwukrotnie mniejsza od średniej UE (ryc. 10.13). Rosnący trend w spożyciu owoców występował w Polsce do 2001 roku, jednak różnica w stosunku do krajów UE zmniejszała się tylko do połowy lat dziewięćdziesiątych, kiedy to zaczęła się powiększać (ryc. 10.14). Dane Eurostatu z 2009 roku, pochodzące z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia, dają również niekorzystny obraz sytuacji – w porównaniu z mieszkańcami 14 innych krajów UE Polacy należą do grupy rzadziej deklarujących regularne spożywanie owoców (przynajmniej raz w ciągu dnia zjada je 62% Polaków, zaś dwukrotnie lub częściej – 20%).

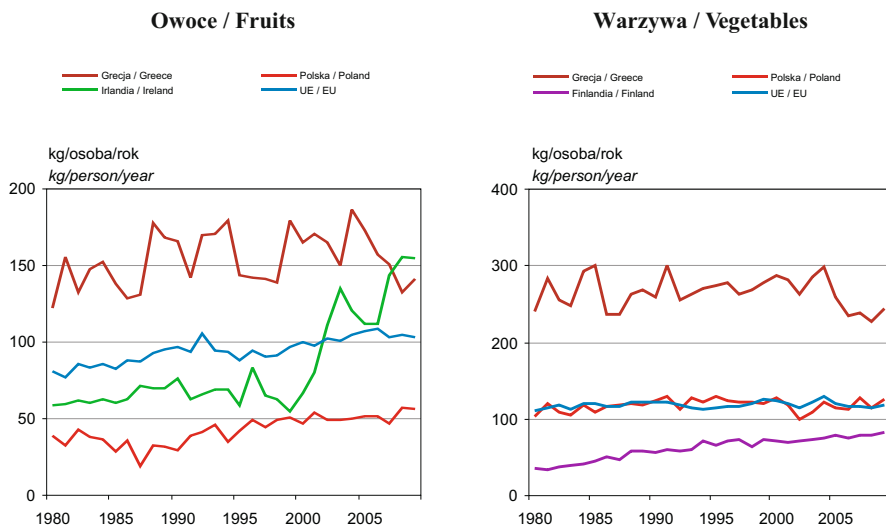
Podobnie jak w latach poprzednich wciąż występują duże różnice w dostępności owoców związane z sytuacją ekonomiczną konsumentów. W 2010 roku w gospodarstwach domowych z grupy kwintylowej o najwyższym dochodzie nabywano ponad dwukrotnie więcej owoców niż w rodzinach o najniższych zarobkach¹⁶. Mieszkańcy miast spożywali więcej owoców (o 19%), a mniej warzyw (o 18%) niż mieszkańcy wsi.

16 GUS, Sytuacja gospodarstw domowych w 2010 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych, Warszawa, 2011



Ryc. 10.13. Spożycie (dostępność) owoców i warzyw w krajach Unii Europejskiej w 2009 roku (dane FAOSTAT Database)

Fig. 10.13. Supply of fruit and vegetables in EU countries in 2007 (data FAOSTAT Database)



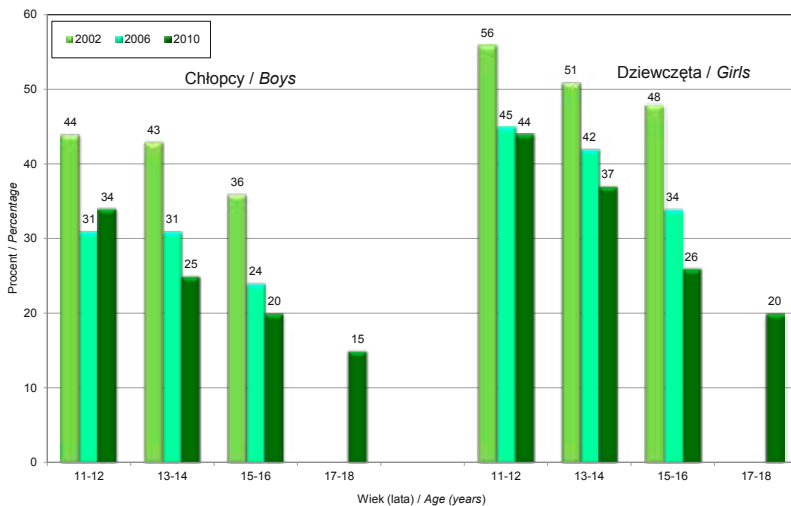
Ryc. 10.14. Trendy spożycia (dostępności) owoców i warzyw w wybranych krajach UE w latach 1980-2009 (dane FAOSTAT Database)

Fig. 10.14. Trends in the supply of fruit and vegetables in selected EU countries in 1980-2009 (data FAOSTAT Database)

Korzystniejsza jest sytuacja pod względem dostępności warzyw – w 2009 roku Polska była pod tym względem na 8-mym miejscu wśród krajów UE (ryc. 10.13). W latach 1980-2009 ich spożycie było zbliżone do średniej unijnej (ryc. 10.14).

W Polsce w roku 2010 najwyższe spożycie na osobę owoców odnotowano w województwie mazowieckim (46,3 kg), a najniższe w wielkopolskim (37,9 kg), najwięcej warzyw kupowano w województwie świętokrzyskim (145,8 kg), a najmniej w wielkopolskim (107,8 kg)¹⁶.

Niepokojące są doniesienia o niskim spożyciu owoców i warzyw wśród młodzieży szkolnej. W badaniu GUS⁵ oszacowano, że w grupie 10-14-latków owoce je codziennie 73% dzieci, zaś warzywa (bez ziemniaków) - 66%, a wśród 15-19-latków odsetki te wynoszą odpowiednio 67% i 63%. Jeszcze gorsza sytuacja wyłania się z Badań nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej (HBSC)¹⁵, według którego ponad połowa uczniów nie jada tych produktów nawet raz dziennie (ryciny 10.15. i 10.16.). Oznacza to, że nawyki żywieniowe większości nastolatków nie są prawidłowo kształtowane. Dziewczeta częściej niż chłopcy codziennie jedzą owoce i warzywa.

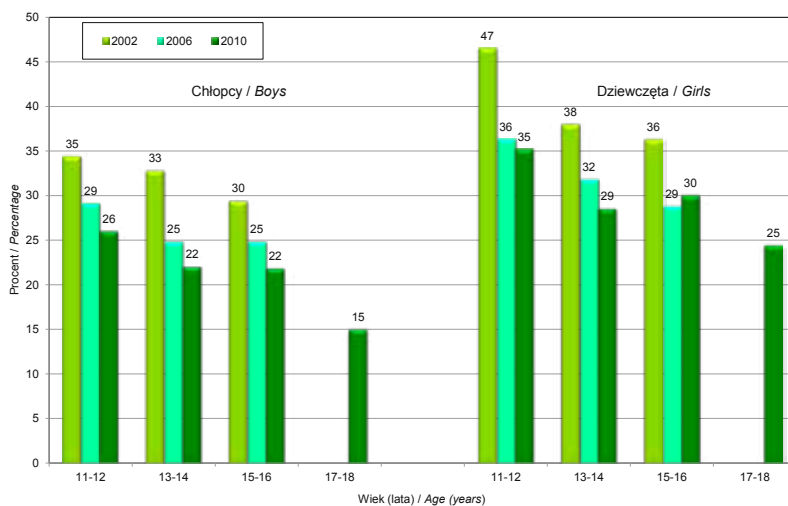


Ryc. 10.15. Odsetek młodzieży szkolnej spożywającej owoce codziennie w latach 2002, 2006 i 2010 (dane HBSC)

Fig. 10.15. Percentage of school children eating fruit daily in 2002, 2006 and 2010 (data HBSC)

W porównaniu z latami poprzednimi sytuacja jest bardzo niekorzystna, zmniejsza się zwłaszcza spożycie owoców. Odsetek uczniów w wieku 13-14 lat jedzących je codziennie spadł w ciągu 8 lat o 18 punktów procentowych wśród chłopców i o 14 punktów wśród dziewcząt, zaś dla wieku 15-16 lat różnice te wynoszą odpowiednio 16 i 22 punkty procentowe.

Warto zwrócić uwagę, że spożycie tych produktów wyraźnie zmniejsza się z wiekiem. W roku 2006 w grupie 11-12-latków codziennie jadło owoce 31% chłopców i 45% dziewcząt. W 2010 roku, gdy młodzież ta osiągnęła wiek 15-16 lat, odsetki te spadły odpowiednio do 20% i 26%. Podobnie wśród osób, które w wieku 13-14 lat (w 2006 roku) deklarowały codzienne spożywanie owoców na poziomie 31% (chłopcy) i 42% (dziewczęta), po upływie 4 lat wartości te spadły o połowę i wynoszą 15% i 20%. Analogiczne tendencje można prześledzić w przypadku spożywania warzyw (ryc. 10.16).



Ryc. 10.16. Odsetek młodzieży szkolnej spożywającej warzywa codziennie w latach 2002, 2006 i 2010 (dane HBSC)

Fig. 10.16. Percentage of school children eating vegetables daily in 2002, 2006 and 2010 (data HBSC)

10.5. Aktywność fizyczna

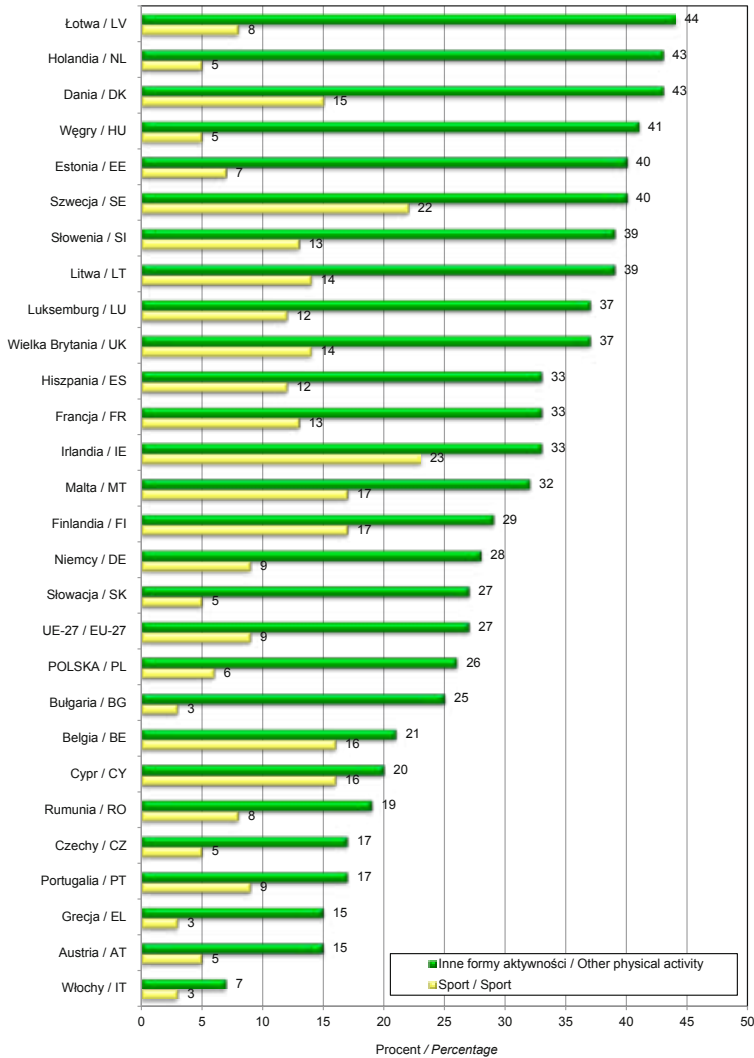
Siedzący tryb życia stanowi czynnik ryzyka dla rozwoju wielu schorzeń, w tym chorób sercowo-naczyniowych, stanowiących główną przyczynę zgonów w skali światowej. Zgodnie z zaleceniami WHO osoby w wieku 18-64 lata w celu zachowania zdrowia powinny tygodniowo podejmować aktywność fizyczną o natężeniu umiarkowanym przez co najmniej 150 minut lub intensywnym przez co najmniej 75 minut¹⁷.

Na podstawie badania Eurobarometr z 2009 roku wiadomo, że 5 razy w tygodniu lub częściej uprawia sport lub ćwiczenia fizyczne zaledwie 9% mieszkańców UE w wieku powyżej 15 lat, zaś 27% z nich podejmuje inne rekreacyjne formy aktywności (spacery, jazda na rowerze, taniec, prace ogrodnicze, itp.)¹⁸. Polska należy do krajów o niskim odsetku osób regularnie ćwiczących - 6%, natomiast pod względem innych form aktywności fizycznej sytuacja jest korzystniejsza i zbliżona do średniej UE - 26% (ryc. 10.17). Jednocześnie aż 49% Polaków nie uprawia sportu w ogóle, zaś 17% nigdy nie podejmuje innych form rekreacji fizycznej.

Młodzież w Polsce również nie osiąga rekomendowanego poziomu aktywności tj. co najmniej 60 minut dziennie ćwiczeń o umiarkowanej lub wysokiej intensywności (ryc. 10.18). Odsetek ćwiczących zmniejsza się z wiekiem, szczególnie mocno wśród dziewcząt. W 2010 roku odpowiedni poziom aktywności zadeklarowało tylko 4% dziewcząt w najstarszej grupie wieku 17-18 lat.

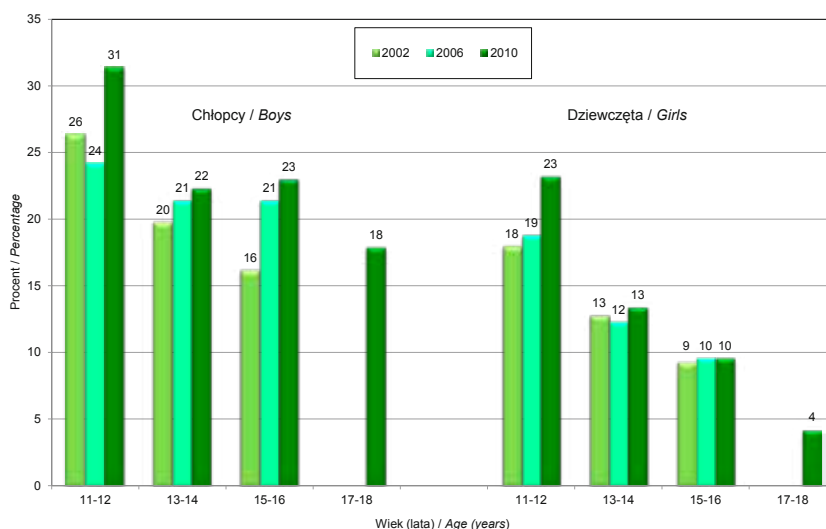
17 WHO, Global Recommendation on Physical Activity on Health, 2010

18 TNS Opinion & Social dla Generalnej Dyrekcji ds. Edukacji i Kultury Komisji Europejskiej, Eurobarometer 72.3, Sport and Physical Activity, 2009



Ryc. 10.17. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat regularnie uprawiających sport i podejmujących inne formy aktywności fizycznej w krajach UE w 2009 roku (dane Eurobarometr 2009)

Fig. 10.17. Percentage of persons aged 15 and over regularly practising sport and engaging in other forms of physical activity in EU countries in 2009 (data Eurobarometer 2009)



Ryc. 10.18. Odsetek młodzieży szkolnej wypełniającej dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006 i 2010 (dane HBSC)

Fig. 10.18. Percentage of school children fulfilling daily rates of physical activity in years 2002, 2006, and 2010 (data HBSC)

Warto zauważyć, że w ostatnich latach sytuacja nie pogarsza się, a wśród chłopców i najmłodszych dziewcząt wzrasta odsetek regularnie ćwiczących.

PODSUMOWANIE:

1. Spożycie alkoholu w Polsce wynosi 10,1 litra/osobę powyżej 15 roku życia/rok i jest na nieco niższe od średniej europejskiej (10,7 litra /osobę powyżej 15 roku życia/ rok). Struktura spożycia różni się od przeciętnej europejskiej – Polacy piją więcej alkoholi mocnych i piwa, natomiast znacznie mniej wina.
2. W Polsce (wg danych z 2009 roku) papierosy pali codziennie 33,5% mężczyzn (19 miejsce wśród 27 krajów Unii Europejskiej) oraz 21,0% kobiet (20 miejsce). W stosunku do roku 1996 roku nastąpił spadek odsetka palących wśród mężczyzn, natomiast wśród kobiet rozpowszechnienie palenie nie zmieniło się w stopniu znaczącym.
3. Najwyższym odsetkiem palących, zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet charakteryzuje się grupa osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym.
4. Zwiększa się liczba Polaków z nadwagą lub otyłością - 61,4% wających zbyt dużo mężczyzn w 2009 roku to jeden z wyższych odsetków w krajach EU, narasta również rozpowszechnienie tego problemu wśród młodzieży szkolnej.
5. Spożycie (dostępność) owoców w Polsce jest jednym z najniższych w krajach EU. Szczególnie niekorzystna jest sytuacja wśród dzieci i młodzieży - zwłaszcza najstarszej. Odsetek uczniów codziennie jedzących owoce w ostatnich latach szybko się zmniejsza we wszystkich kategoriach wieku (w 2010 roku wśród uczniów 17-o i 18-letnich wynosił zaledwie 15% dla chłopców i 20% dla dziewcząt).

6. Dostępność warzyw w Polsce jest zbliżona do średniej UE, jednak ich spożycie wśród młodzieży systematycznie spada.
7. Polska należy do krajów o niskim odsetku osób systematycznie ćwiczących (6%), natomiast pod względem innych form aktywności fizycznej sytuacja jest korzystniejsza i zbliżona do średniej UE (regularnie podejmuje je 26% dorosłych). Również ogół młodzieży nie wypełnia przewidzianych dla wieku norm aktywności, choć wśród chłopców i najmłodszych dziewcząt sytuacja w ostatnich latach się poprawia.

11. WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA ORAZ INFRASTRUKTURA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Elżbieta Buczak-Stec, Elżbieta Mąka, Rafał Halik

Ogólnoświatowe trendy wskazują, iż wydatki na zdrowie w państwach uprzemysłowionych, w tym w Polsce, charakteryzują się znacznym wzrostem. Ponadto w przeciągu ostatnich dekad można zaobserwować ogólną poprawę stanu zdrowia populacji. Analizy jednak nie dają jednoznacznej odpowiedzi, na temat dokładnego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy wydatkami na zdrowie a stanem zdrowia populacji. Problem ten jest złożony, gdyż zdrowie populacji zależy od wielu jakościowych i ilościowych czynników. Przykładowo analizy pokazują, iż wydatki na zdrowie odgrywają istotną rolę w obniżaniu umieralności wśród niemowląt i dla krajów słabiej rozwiniętych są istotnie skorelowane z długością trwania życia¹. Ponadto, występuje silna korelacja pomiędzy wydatkami na zdrowie a jakością opieki określonej przez zmienne wskaźnikowe np. obserwuje się spadek współczynnika hospitalizacji dorosłych z powodu astmy przy zwiększających się wydatkach na zdrowie. Związek ten jest nieliniowy – największe wzrosty można zauważyć przy niskim i średnim poziomie wydatków, natomiast przy wysokich wydatkach przyrosty jakości opieki zdrowotnej sukcesywnie maleją.

11.1. Wydatki na ochronę zdrowia

Analizę wydatków na ochronę zdrowia w Polsce wraz z ich międzynarodowym porównaniem z państwami UE dokonano w oparciu o system rachunków zdrowia. Jest to nowe narzędzie porównań wydatków, opracowane i opublikowane przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w 2000 r., które umożliwiają międzynarodową ocenę wydatków państw o różnych systemach opieki zdrowotnej, a także różnych systemach ich finansowania. Podstawą rachunku jest trójwymiarowa, międzynarodowa klasyfikacja wydatków, która umożliwia zestawienie wydatków na ochronę zdrowia według trzech aspektów: (i) funkcji usług i dóbr - jakiego rodzaju świadczenie bądź usługa została wykonana, (ii) dostawców dóbr i usług - przez kogo świadczenie lub usługa została wykonana, oraz (iii) źródeł finansowania (płatnika) - kto je sfinansował.

Ponieważ OECD nie prezentuje szeregów czasowych dla wszystkich krajów UE, stąd też w międzynarodowych porównaniach wykorzystano również odrębne oszacowania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Wykorzystane przez WHO dane pochodzą zarówno z informa-

1 Nixon J, Ulmann P. The relationship between health care expenditure and health outcomes. European Journal of Health Economics 2006 7:7-18

cji przekazywanych przez kraje, jak również z oszacowań międzynarodowych organizacji (m.in. OECD, Banku Światowego, Międzynarodowego Funduszu Walutowego). W pracy wykorzystano dane z GUS, CSIOZ, NFZ, WHO, OECD oraz Eurostatu.

Wydatki na zdrowie wg WHO definiowane są jako suma wydatków publicznych (tj. wydatków sektora rządowego i samorządowego) oraz wydatków prywatnych. Wydatki sektora publicznego są sumą nakładów na utrzymanie, przywrócenie lub poprawę zdrowia opłacanych w gotówce lub przekazywanych w formie rzeczowej przez instytucje rządowe takie jak Ministerstwo Zdrowia, inne ministerstwa, instytucje państwowe (*parastatal organizations*) oraz innych płatników np. kasy chorych (finansowane z obowiązkowych składek), fundusz zdrowia. Wydatki te obejmują również płatności transferowe na rzecz gospodarstw domowych rekompensujące koszty opieki medycznej oraz pozabudżetowe środki na finansowanie ochrony zdrowia.

Na wydatki prywatne składają się w głównej mierze wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych oraz wydatki związane z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Jednym z najważniejszych wskaźników dotyczących wielkości wydatków na zdrowie jest procentowy udział tych wydatków w produkcie krajowym brutto (PKB) danego państwa oraz wydatki w przeliczeniu na jednego mieszkańca (*per capita*). Na rycinie 11.1 przedstawiono trendy charakteryzujące rozwój wydatków na zdrowie w przeciągu ostatnich dekad w krajach UE. Można zauważyć, iż w Polsce, podobnie jak w innych krajach wydatki na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca charakteryzują się stałym wzrostem, ale różnica bezwzględna pomiędzy średnim poziomem wydatków dla ogółu krajów UE i w Polsce systematycznie powiększa się. W Polsce, w przeciągu ostatnich kilku lat (2000-2009) wydatki na zdrowie w ujęciu realnym wzrastały, co roku średnio o 7%. W 2010 r. wzrost został zredukowany do 0,6%.

Polska należy do grupy krajów Unii Europejskiej, w której wydatki na zdrowie wyrażone jako procent PKB oraz wydatki *per capita* należą do jednych z najniższych (ryc. 11.2 oraz 11.3). W Polsce na zdrowie przeznaczają się tylko 7% PKB, podczas gdy średnia dla krajów UE wynosi 9,8%². Równocześnie trzeba zaznaczyć, iż wysokość PKB jest w Polsce znacznie niższa niż w krajach tzw. starej Unii. Różnica w wydatkach na zdrowie pomiędzy Polską a Holandią i Francją, które wydają najwięcej, wynosi odpowiednio aż 5 oraz 4,7 punktów procentowych.

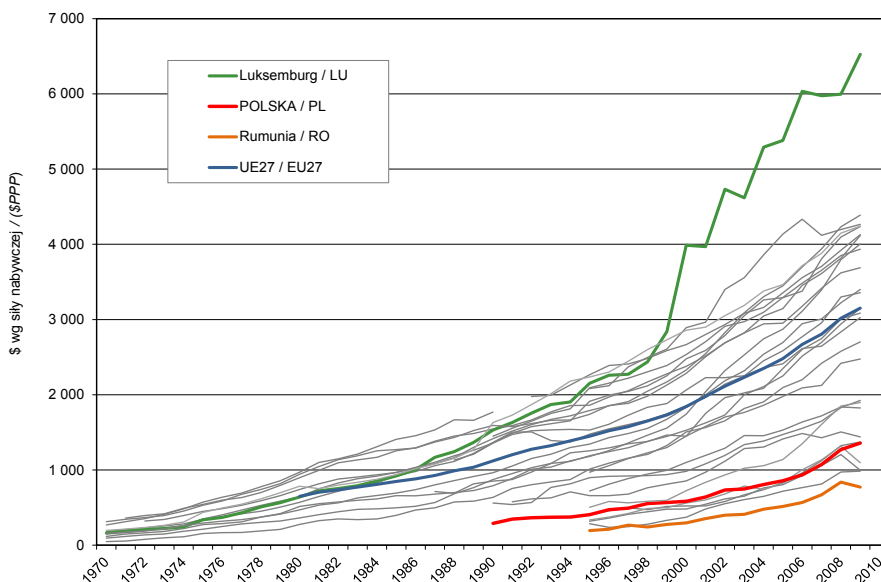
Biorąc pod uwagę tylko nowych członków UE (od 2004 r. lub później), którzy należą do OECD można zauważyć, iż wydatki wyrażone jako procent PKB żadnego z nowoprzyjętych krajów nie przekraczają średniej UE. W przedstawionym zestawieniu może dziwić niska pozycja niektórych krajów np. Luksemburga. Jednakże, do pełnej analizy wymagane jest porównanie tych wskaźników z ryciną 11.3, na której są prezentowane wydatki w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Luksemburg jest tutaj na jednej z czołowych pozycji (4 786 USD *per capita*)³.

W Polsce wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca są znacznie niższe niż średnia dla krajów unii europejskiej⁴ (prawie o 60%). Ponadto na przestrzeni ostatnich lat różnice w poziomie wydatków, także pomiędzy podobnymi pod względem wysokości PKB krajami, stale się powiększają. Średnie wydatki na mieszkańca na Słowacji do roku 2000 były wyższe niż w Polsce o nie więcej niż 14%, a w ostatnich latach różnice wynoszą już ponad 40% (ryc. 11.1).

2 Dane WHO, 2009 (*HFA DB, January 2012*)

3 Wg szacunków WHO wartość wydatków w przeliczeniu na jednego mieszkańca w Luksemburgu wynosi nawet 6 500 USD (ryc. 11.1).

4 Dane WHO, 2009 (*HFA DB*).



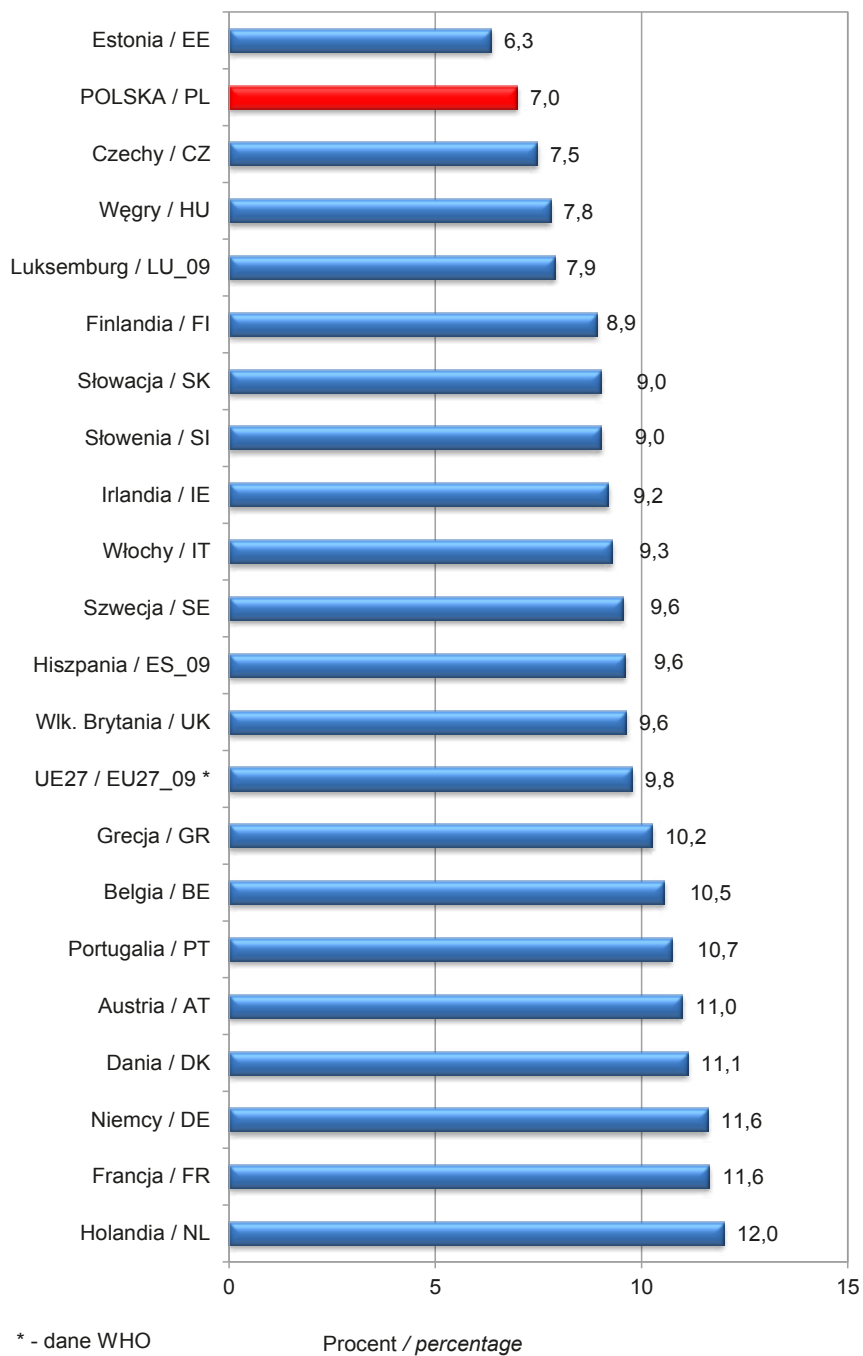
Ryc. 11.1. Wydatki na zdrowie w krajach UE 1970-2009 \$PPP per capita, szacunki WHO (HFA DB)
 Fig. 11.1 Total health expenditure in EU 1970-2009, PPP\$ per capita, WHO estimates (HFA DB)

11.1.1. Wydatki publiczne

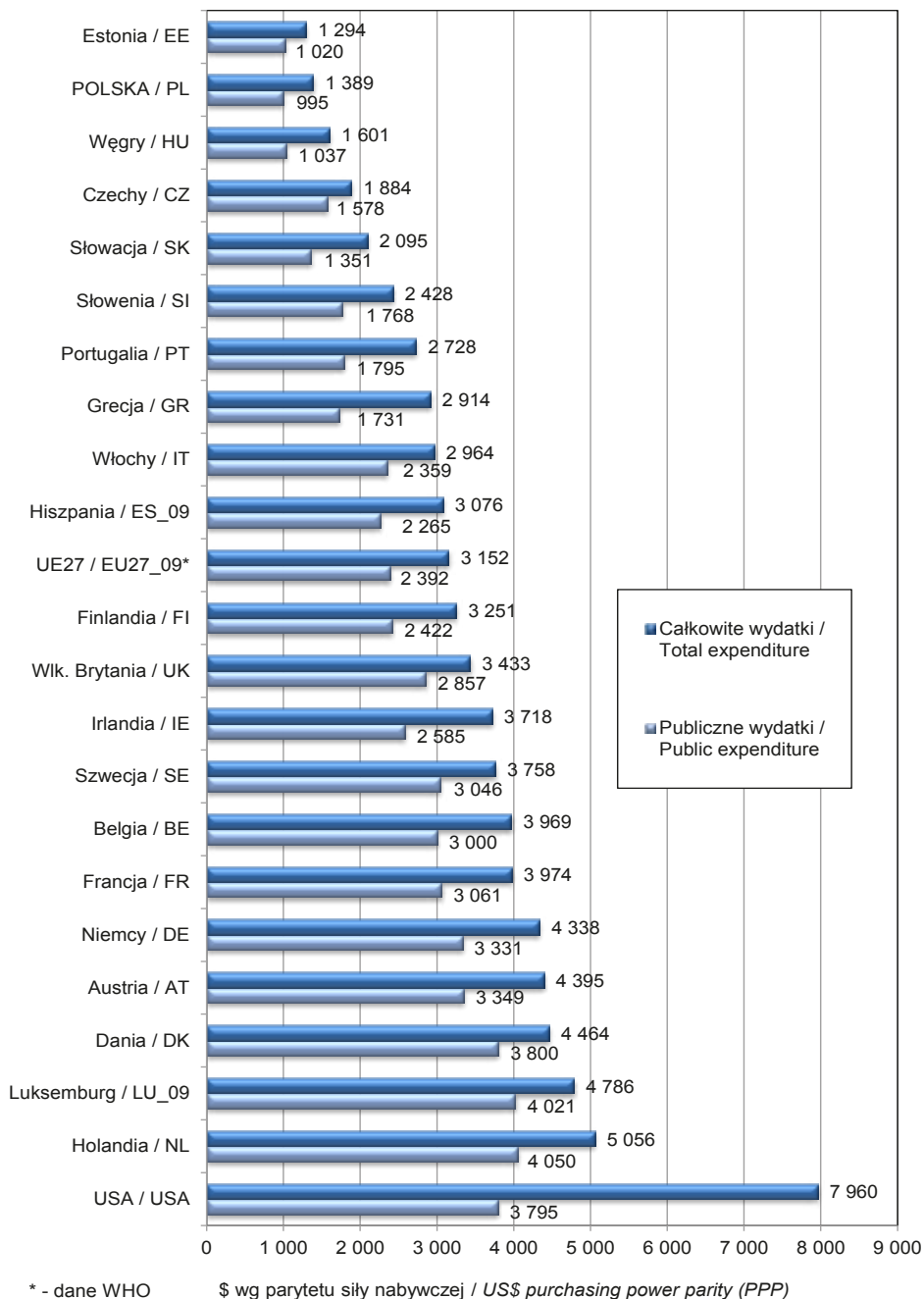
Ważnym wskaźnikiem charakteryzującym wydatki na zdrowie w danym kraju jest też udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na zdrowie. Rycina 11.3 prezentuje zróżnicowanie tych wydatków w poszczególnych krajach Unii Europejskiej należących do OECD. W sześciu krajach UE ponad 80% całkowitych wydatków pokrywana jest ze środków publicznych, natomiast w Polsce przeznaczana się na nie niewiele ponad 71%, co plasuje nas na jednym z najniższych miejsc wśród analizowanych krajów. Największy udział wydatków publicznych obserwuje się w Holandii i Danii (85%) oraz w Luksemburgu i Czechach (84%), natomiast w przypadku Grecji i Słowacji udział ten jest najmniejszy (odpowiednio 60% i 65%).

Polska wyróżnia się również w podziale środków publicznych przeznaczonych na realizację poszczególnych zadań związanych z ochroną zdrowia (ryc. 11.4). W Polsce na świadczenia lecznicze realizowane w szpitalach (leczenie szpitalne) przeznaczanych jest 43% publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Jest to najwięcej spośród analizowanych krajów UE należących do OECD. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę wydatki na jednego mieszkańca, okazuje się, iż Polska jest na jednej z niższych pozycji (400\$). W Holandii i Austrii na leczenie szpitalne jednego mieszkańca wydawanych jest średnio trzy razy więcej środków.

Również publiczne wydatki na świadczenia lecznicze realizowane w trybie ambulatoryjnym charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem. Szwecja i Finlandia przeznaczają na ten cel ok. jedną trzecią publicznych środków na ochronę zdrowia. Polska plasuje się na jednej z niższych pozycji (17% środków).



Ryc. 11.2. Wydatki na zdrowie jako procent PKB, 2010 r. lub ostatni dostępny (OECD Health Data 2012)
Fig. 11.2. Total health expenditure as % of GDP, 2010 or latest year available (OECD Health Data 2012)

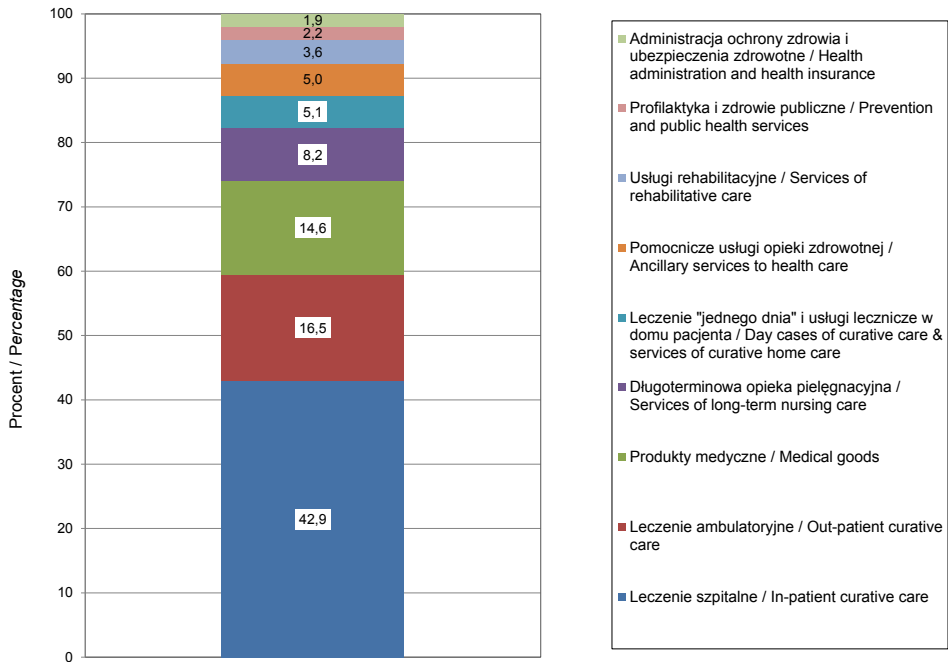


Ryc. 11.3. Całkowite oraz publiczne wydatki na zdrowie w \$ PPP na osobę, 2010 r. lub ostatni dostępny (OECD Health Data 2012)

Fig. 11.3. Total and public expenditure on health, US\$ PPP, per capita, 2010 or latest year available (OECD Health Data 2012)

Duże zróżnicowanie występuje również w procentowym podziale środków przeznaczonych na produkty medyczne w tym leki, wyroby medyczne, sprzęt terapeutyczny. W Polsce na ten cel przeznaczanych jest 15% publicznych środków na ochronę zdrowia, podczas gdy w na Słowacji i Węgrzech jest to prawie dwa razy więcej.

W dalszej kolejności w Polsce publiczne środki na ochronę zdrowia przeznaczane są na długoterminową opiekę pielęgnacyjną (8%), usługi pomocnicze – badania laboratoryjne, diagnostykę obrazową, transport medyczny (5%) oraz świadczenia rehabilitacyjne w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym (4%). Na leczenie w trybie “jednego dnia”, profilaktykę i zdrowie publiczne, oraz administrację ochrony zdrowia przeznaczanych jest po około 2% publicznych wydatków na ochronę zdrowia.



Ryc. 11.4. Podział publicznych bieżących wydatków na ochronę zdrowia w Polsce wg funkcji, 2010 (OECD Health Data 2012)

Fig. 11.4 Total public current health expenditure in Poland by function, 2010 (OECD Health Data 2012)

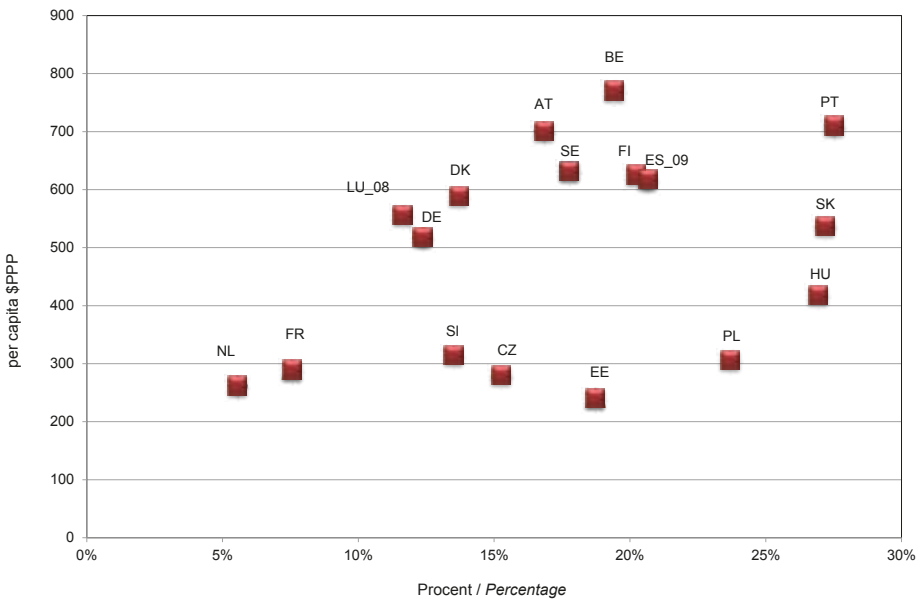
11.1.2. Wydatki prywatne

Wydatki prywatne na ochronę zdrowia są szczególnie istotne dla krajów o niewysokich dochodach (PKB), w tym również w Polsce, gdyż mogą one stanowić znaczne obciążenie dla budżetów domowych. Ogólna tendencja wskazuje, iż im bogatszy kraj, tym wydatki własne ludności na ochronę zdrowia wyrażone jako procent wszystkich wydatków są niższe.

Wydatki prywatne w przeliczeniu na jednego mieszkańca w Polsce wynoszą 307\$ PPP i jest to niewielka suma w porównaniu z innymi krajami. Jednakże, biorąc pod uwagę kraje, których wydatki na mieszkańca są na podobnym poziomie, można zauważyć, iż w Polsce stanowią one największą część całości wydatków na ochronę zdrowia (ryc. 11.5).

W Polsce prawie jedna czwarta (23%) wszystkich wydatków związanych z ochroną zdrowia jest pokrywana z prywatnych środków gospodarstw domowych. Plasuje nas to na jednej z najwyższych pozycji w Unii Europejskiej. W Holandii i Francji wydatki prywatne stanowią kilkakrotnie mniejszą część całości wydatków na ochronę zdrowia, jest to odpowiednio 6% i 8%. Nawet jeżeli do wydatków prywatnych gospodarstw domowych dodamy część wydatków przeznaczonych na prywatne ubezpieczenia zdrowotne i tak nie przekraczają one wydatków w Polsce.

Biorąc pod uwagę przeznaczenie wydatków własnych, w Polsce najwięcej środków wydatkowana jest na leki i środki nietrwałego użytku – ponad 60%, z tego dwie trzecie na leki bez recepty. W następnej kolejności środki wydawane są na usługi lecznicze prawie 30%, z tego większość na leczenie ambulatoryjne. 5% środków prywatnych przeznaczana jest na sprzęt terapeutyczny – protezy, szkła korekcyjne, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie etc. Analizując zmiany w przeznaczeniu wydatków w przeciągu ostatnich lat, można stwierdzić, iż procentowo coraz mniej środków wydajemy na leki na receptę i bez recepty a coraz więcej na rzecz prywatnego leczenia ambulatoryjnego.⁵



Ryc. 11.5. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia per capita \$PPP i jako procent wszystkich wydatków na zdrowie, 2010 (OECD Health Data 2012)

Fig. 11.5. Private health expenditure per capita \$PPP and as the % of total health expenditure, 2010 (OECD Health Data 2012)

11.1.3. Wydatki bieżące (publiczne i prywatne) na ochronę zdrowia – podział

System NRZ prezentuje wydatki związane z ochroną zdrowia z trzech perspektyw: funkcji, dostawców dóbr i usług oraz płatnika.

5 OECD Health Data 2011, dane dotyczą 2009 r.

Szczególnie interesujący jest podział publicznych i prywatnych wydatków bieżących⁶ kierowanych do dostawców dóbr i usług medycznych, czyli m.in. do szpitali, świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej (praktyk lekarskich, stomatologicznych, przychodni, laboratoriów medycznych i diagnostycznych), stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej, sprzedawców i innych dostawców produktów leczniczych w tym leków oraz dostawców wyrobów medycznych (m.in. aptek, sklepów optycznych, ortopedycznych i z środkami wspomagającymi słuch, z przedmiotami protetyki stomatologicznej) oraz jednostek zajmujących się prowadzeniem i administracją programów zdrowia publicznego (ryc. 11.6).

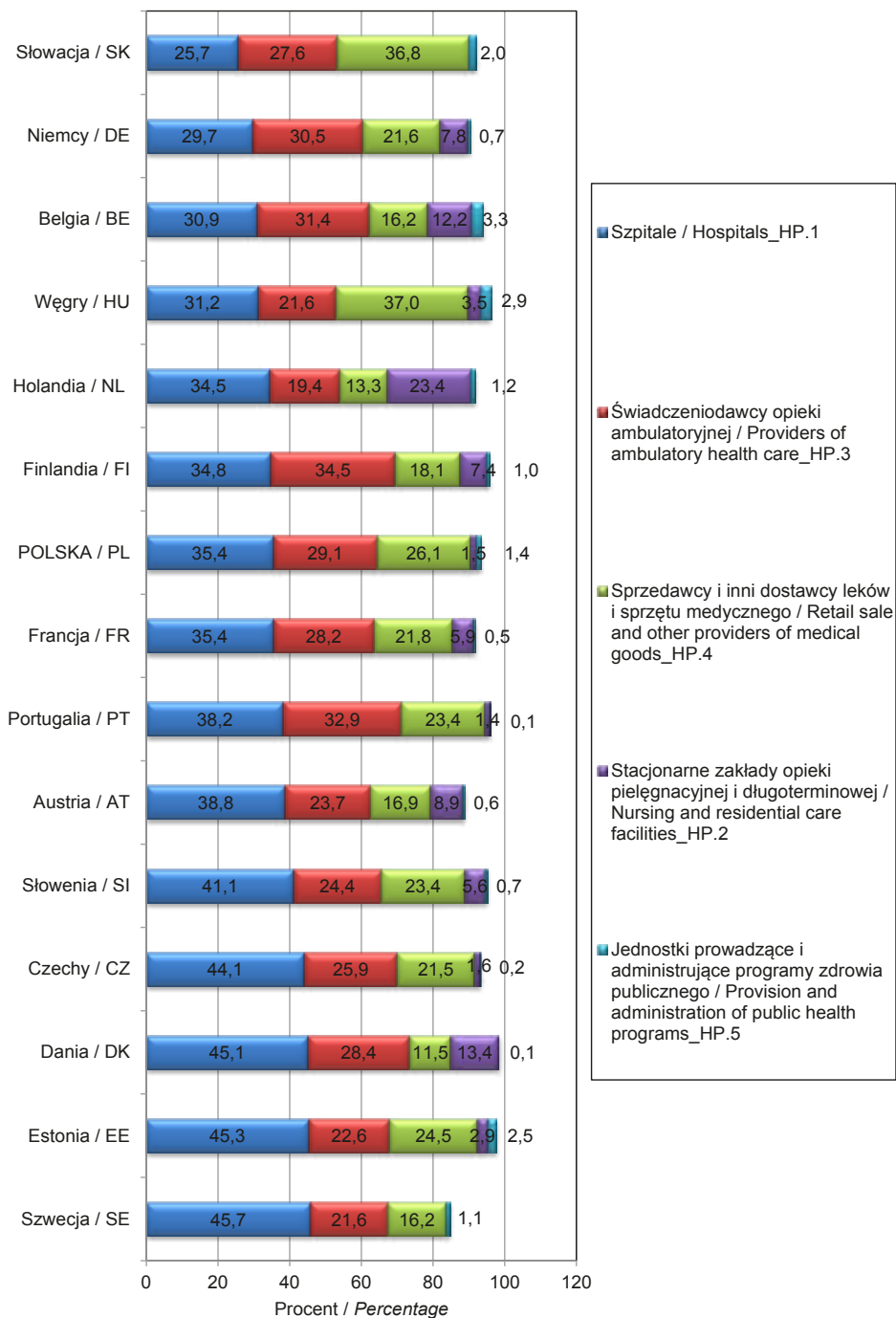
Najwięcej środków finansowych kierowanych jest w sumie do dwóch dostawców - do szpitali oraz do świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej - dla analizowanych krajów UE od 53% na Węgrzech i Słowacji do aż 73% w Danii, w Polsce jest to 64% (ryc. 11.6). Jednakże to wydatki na szpitale w większości krajów, w tym w Polsce, składają się na największą część wydatków bieżących na ochronę zdrowia.

Wysokość środków kierowanych do szpitali w UE jest zróżnicowana i kształtuje się w przedziale od 26% do 46%, przy czym Polska znajduje się w środkowej grupie krajów (35%). Szpitale w większości przypadków, w tym w Polsce, przeznaczają te środki na świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne. W zależności od organizacji systemu w danym kraju, szpitale mogą być też również w części odpowiedzialne za świadczenie usług długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (np. Holandia) bądź też za tzw. usługi pomocnicze, czyli transport medyczny, diagnostykę laboratoryjną i obrazową (np. Estonia, Szwecja).

Wysokość środków kierowanych do świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej w UE również charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem - od 19% do 35% wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Polska znajduje się na jednej z wyższych pozycji przeznaczając na ten cel 29% bieżących wydatków na zdrowie. Zróżnicowanie to wynika m.in. z realizowania różnych zadań przypisanych do tego świadczeniodawcy. Świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej poza udzielaniem świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych (stanowiących przeważnie ok. 90% środków przeznaczonych na opiekę ambulatoryjną) mogą sprawować po części funkcję świadczeniodawcy długoterminowej opieki pielęgnacyjną (np. Dania, Belgia, wydając na ten cel odpowiednio 42% i 18% środków przeznaczonych na opiekę ambulatoryjną) oraz funkcję związaną z transportem medycznym oraz diagnostyką (Słowacja 30%, Portugalia 20% środków na opiekę ambulatoryjną).

Największe zróżnicowania pomiędzy krajami UE występują w procentowym podziale środków przeznaczanych na funkcjonowanie stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej, sprzęt medyczny i leki oraz na jednostki zajmujące się programami zdrowia publicznego. W pierwszym przypadku różnice te sięgają aż 22 punktów procentowych. W Polsce tylko 1,5% bieżących wydatków przeznaczana jest na ośrodki zajmujące się opieką długoterminową, i jedynie Portugalia wydaje na ten cel mniej – 1,4%. Najwięcej na ten cel przekazują takie kraje jak: Holandia i Dania, odpowiednio 23,4% oraz 13,4%. Jednakże, należy tutaj zaznaczyć, iż środki przeznaczone na świadczenia związane z opieką długoterminową mogą być również przekazywane szpitalom, przychodniom, praktykom lekarskim, domom seniora (bez stałej opieki medycznej) jak również gospodarstwom domowym, jako

6 Wg metodologii NRZ - wydatki bieżące są to wydatki ogółem na zdrowie z wyłączeniem wydatków inwestycyjnych



Ryc. 11.6. Podział wydatków bieżących na ochronę zdrowia wg dostawców dóbr i usług 2010 (OECD Health Data 2012)

Fig. 11.6. Distribution of current expenditure on health by provider, 2010 (OECD data 2012)

dostawcom domowej opieki zdrowotnej⁷. Biorąc pod uwagę wszystkie podmioty, udział wydatków Holandii na usługi opieki długoterminowej wzrasta tylko do 23,8% natomiast Dani aż do 24,4%. W przypadku Polski występuje wzrost tylko do 6,1%, jest on spowodowany głównie znacznymi środkami przeznaczanymi na domową opiekę w ramach transferów pieniężnych ze środków publicznych.

W Polsce, podobnie jak w większości krajów UE wydatki związane z długoterminową opieką pielęgnacyjną (zarówno stacjonarną, ambulatoryjną jak i domową) pokrywane są w większości (ponad 90%) ze środków publicznych. Tylko w Niemczech i Estonii udział wydatków publicznych spada do odpowiednio 74% i 78%. Oznacza to, że w tych krajach prawie jedna czwarta wydatków pokrywana jest przez sektor prywatny (wydatki gospodarstw domowych, dodatkowe ubezpieczenia, finansowanie przez instytucje non-profit).

Wysokość środków przekazywanych jednostkom zajmującym się prowadzeniem i administracją programów zdrowia publicznego waha się w poszczególnych krajach UE w granicach 0,1% do 3,3% bieżących środków na ochronę zdrowia. Polska plasuje się na jednej ze środkowych pozycji przeznaczając 1,4% swoich środków.

Należy pamiętać, iż za profilaktykę oraz zdrowie publiczne mogą być odpowiedzialne również inne jednostki, w tym świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej, jednostki medycyny pracy, rządowe i samorządowe instytucje administracji w ochronie zdrowia oraz fundusze zabezpieczenia społecznego. W tym przypadku profilaktyka oraz zdrowie publiczne obejmuje opiekę nad rodziną, matką i dzieckiem, medycynę szkolną, zapobieganie chorobom zakaźnym (np. szczepienia) i niezakaźnym, medycynę pracy, medycynę sportową oraz oświatę i promocję zdrowia. Polska przeznaczająca na ten cel bardzo mało środków, bo tylko 2,1% bieżących wydatków na zdrowie. Finlandia i Słowacja wydają najwięcej - odpowiednio 5,4% oraz 5,3%

Środki przeznaczone na zaopatrzenie w produkty lecznicze w tym leki oraz wyroby medyczne wahają się od 11,5% w Dani do 37% na Węgrzech. Polska należy do czołówki kierując na ten cel aż 26,1% bieżących środków przeznaczonych na ochronę zdrowia (ryc.11.6).

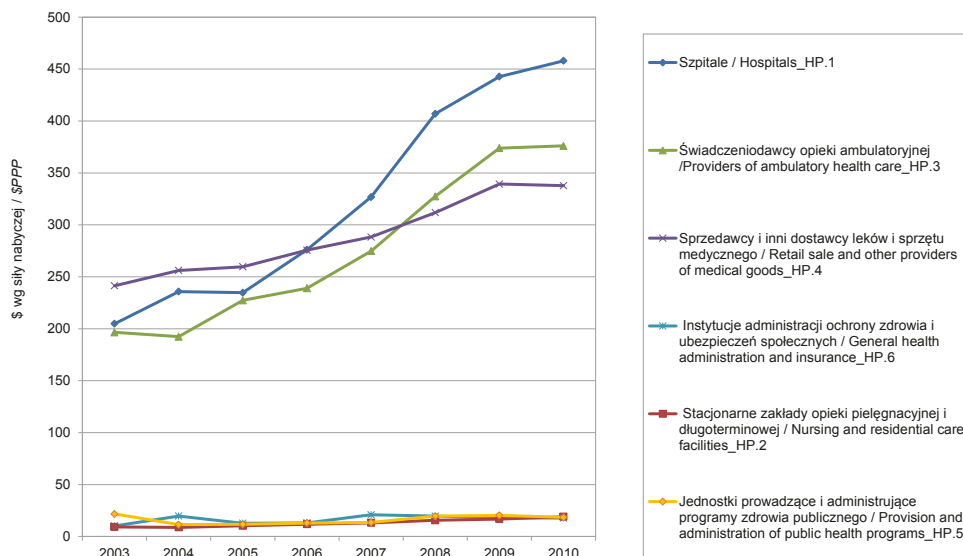
W Polsce pozostała część środków finansowych (6,6%) przeznaczana jest dla innych świadczeniodawców, którzy są odpowiedzialni m.in. za zarządzanie systemem ochrony zdrowia oraz pełnią funkcję administracyjną (Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia) lub których podstawowy przedmiot działalności nie jest związany z ochroną zdrowia.

11.1.4. Struktura przedmiotowa wydatków w Polsce

Struktura przedmiotowa wydatków na zdrowie w Polsce ulega ciągłym zmianom. Wzrost wydatków w ostatnich latach w przeliczeniu na jednego mieszkańca można wytłumaczyć głównie wzrostem wydatków na opiekę szpitalną i ambulatoryjną. W latach 2003-2009 wzrost wydatków był dwukrotny, jednakże w 2010 r. wzrost ten uległ zahamowaniu. Rycina 11.7 pokazuje, iż wydatki na opiekę szpitalną per capita wyrażone w dolarach (wg parytetu siły nabywczej) stale rosną a przyrosty te do 2008 r. wzrastały. Podobny trend można zaobserwować w wydatkach na opiekę ambulatoryjną. Nakłady przeznaczane na dostawę produktów leczniczych (leki, protezy, zaopatrzenie medyczne etc.) do roku 2006 przekraczały wydatki

7 Należy zaznaczyć, iż chodzi wyłącznie o świadczenia domowej opieki zdrowotnej wykonywane przez członka rodziny, w przypadku, gdy z ich udzieleniem związana jest płatność ze środków społecznych. Nieodpłatna opieka sprawowana przez członka rodziny nie jest ujęta w NRZ.

na opiekę szpitalną, jednakże ich wzrost charakteryzuje się mniejszą dynamiką i obecnie ten rodzaj wydatków plasuje się na trzecim miejscu. Środki finansowe przeznaczane na opiekę pielęgnacyjną i długoterminową, na instytucje zajmujące się administracją ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych oraz prowadzeniem programów zdrowia publicznego cechują się bardzo słabą dynamiką wzrostu.



Ryc. 11.7. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia per capita w Polsce w latach 2003-2010 wg dostawców dóbr i usług (OECD Health Data 2012)

Fig. 11.7. Total current expenditure on health care per capita in Poland 2003-2010 by health care providers, \$PPP per capita (OECD Health Data 2012)

11.1.4.1. Porównanie europejskie

Jak wynika z danych dotyczących NRZ prezentowanych przez OECD⁸, podział i rozwój wydatków wg ich struktury przedmiotowej jest różny dla każdego kraju europejskiego. Można jednak zaobserwować ich kilka wspólnych cech. Po pierwsze, w większości krajów dominują wydatki na opiekę szpitalną, które charakteryzują się dużą dynamiką wzrostu. Niższym tempem wzrostu odznaczają się wydatki w grupie sprzedawców i innych dostawców sprzętu medycznego, np. apteki, sklepy optyczne, ortopedyczne, sklepy z środkami wspomagającymi słuch i z przedmiotami protetyki stomatologicznej. Występują jednak duże zróżnicowania w proporcji i ilości przeznaczanych środków na ten cel. Przykładowo w Polsce i na Węgrzech wydatki w grupie sprzedawców i innych dostawców sprzętu medycznego w przeliczeniu na jednego mieszkańca (ok. 340\$ w Polsce⁹ oraz 550\$ na Węgrzech) są porównywalne do

8 OECD Health Data 2011, dane dotyczą 2009 r.

9 Wszystkie kwoty podane są w USD wg parytetu siły nabywczej.

wydatków na opiekę szpitalną. Natomiast w Danii, Szwecji i Holandii wysokość tych wydatków (480\$ Dania, 570\$ Szwecja, 620\$ Holandia) jest mniejsza od wydatków na opiekę szpitalną w tych krajach odpowiednio o prawie cztery, trzy oraz dwa i pół razy. Oznacza to, że kraje te wydają na leki i dostawę sprzętu medycznego przynajmniej o 40% więcej na jednego mieszkańca, dodatkowo występują znaczne dysproporcje w wydatkach na opiekę szpitalną. Na opiekę szpitalną w Polsce na jednego mieszkańca przeznaczanych jest ok 450\$, podczas gdy wydatki te w Dani wynoszą 1890\$, w Szwecji 1640\$ oraz w Holandii 1550\$).

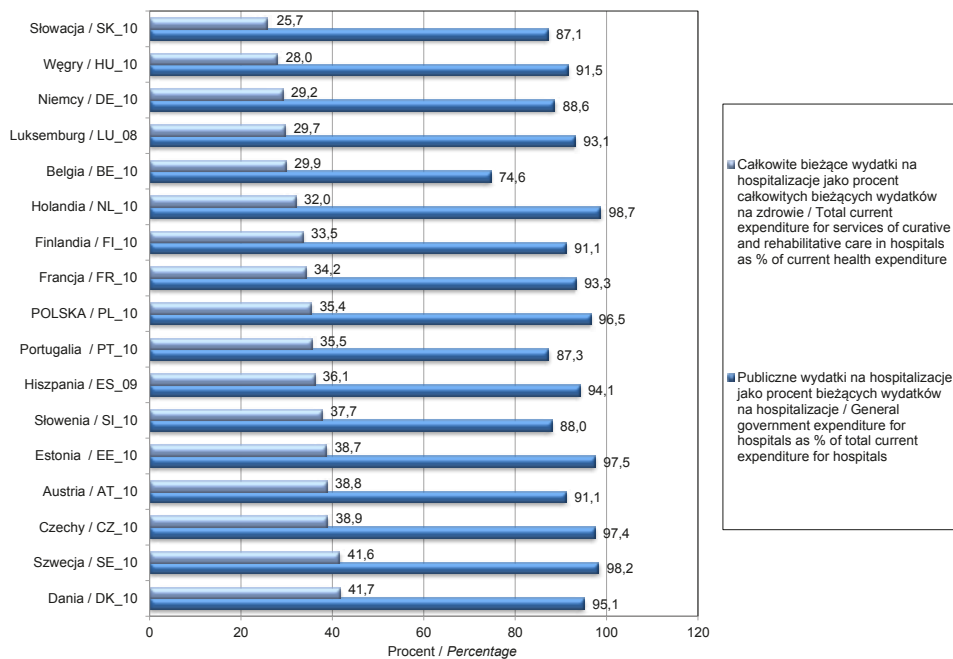
Również rozwój wydatków przeznaczanych na ośrodki zajmujące się opieką pielęgniacyzną i długoterminową cechuje się znacznym zróżnicowaniem. W krajach, które weszły do UE po 2004 r., np. w Polsce, w Czechach, w Estonii i na Węgrzech, wydatki na ten cel są bardzo niskie (w przeliczeniu na jednego mieszkańca: 17\$ w Polsce, 30\$ w Czechach, 36\$ w Estonii, 48\$ na Węgrzech). Poza tym ich dynamika wzrostu jest bardzo słaba. Inaczej kształtuje się sytuacja w krajach tzw. starej UE. W tym przypadku wydatki te są nie tylko znacznie wyższe (np. 1040\$ w Holandii, 560\$ w Danii oraz 490\$ w Belgii), ale także wyróżniają się stałym wzrostem.

W Unii Europejskiej sektor opieki stomatologicznej jest niezmiernie zróżnicowany. Generalnie można wyróżnić dwóch najważniejszych płatników usług stomatologicznych – instytucje rządowe i samorządowe wraz z funduszami zdrowia, kasami chorych etc. oraz sektor prywatny, w tym wydatki gospodarstw domowych i prywatne ubezpieczenia. W Polsce tylko niewielka część wydatków na świadczenia stomatologiczne, tj. 16%, pokrywana jest ze środków publicznych (z NFZ), co plasuje Polskę na drugim od końca miejscu w UE. Tylko w Hiszpanii instytucje rządowe i samorządowe przeznaczają na ten cel mniej środków. Oznacza to, że w Polsce aż 84% wydatków na opiekę stomatologiczną pokrywane jest przez gospodarstwa domowe. Dla porównania w Niemczech i Belgii udział prywatnych wydatków wynosi tylko 36% i 45%. Oznacza to, iż w tych krajach wydatki usługi stomatologiczne głównie finansowane są ze środków publicznych. Pozostałe wydatki finansowane są nie tylko poprzez gospodarstwa domowe, ale również przez prywatne ubezpieczenia. W wielu krajach prywatne ubezpieczenia stanowią fundament finansowania usług dentystycznych. W Holandii i Francji gdzie, co prawda wydatki publiczne wynoszą tylko 30% i 35%, odpowiednio 58% i 39% wydatków finansowanych jest przez prywatne ubezpieczenia. Podsumowując, w Polsce w porównaniu z innymi krajami UE bezpośredni udział gospodarstw domowych w finansowaniu usług dentystycznych jest nieproporcjonalnie wysoki. Nawet, jeżeli weźmiemy pod uwagę wszystkie wydatki sektora prywatnego, np. ubezpieczenia prywatne, i tak sytuację w Polsce należy uznać za niekorzystną.¹⁰

11.1.4.2. Wydatki na hospitalizację

Całkowite wydatki na leczenie i rehabilitację w warunkach szpitalnych w Polsce wynoszą 35% bieżących wydatków na zdrowie i należą do średnich w UE (ryc. 11.8). W Polsce, w odróżnieniu od kilku krajów UE, większość wydatków na hospitalizację (97%) pokrywana jest ze środków publicznych i tylko 3% ze środków prywatnych. Dla kontrastu, w Belgii ponad 25% wydatków na hospitalizację pokrywane jest ze środków prywatnych, czyli wydatków własnych gospodarstw domowych oraz prywatnych ubezpieczeń. Biorąc pod uwagę tylko wydatki własne gospodarstw domowych, ich udział w bieżących wydatkach na leczenie szpitalne w Belgii wynosi aż 17%, na Słowacji i w Portugalii jest to ok. 10%.

10 OECD Health Data 2012, dane dotyczą 2010 r.



Ryc. 11.8. Całkowite bieżące wydatki na hospitalizację jako procent całkowitych bieżących wydatków na zdrowie. Publiczne wydatki na hospitalizację jako procent bieżących wydatków na hospitalizację, 2010 r. lub ostatni dostępny (OECD Health Data 2012)

Fig. 11.8. Total current expenditure for services of curative and rehabilitative care in hospitals as % of current health expenditure. General government expenditure for hospitals as % of total current expenditure for hospitals, 2010 or latest year available (OECD Health Data 2012)

11.1.4.3. Wydatki na leki i materiały nietrwałego użytku

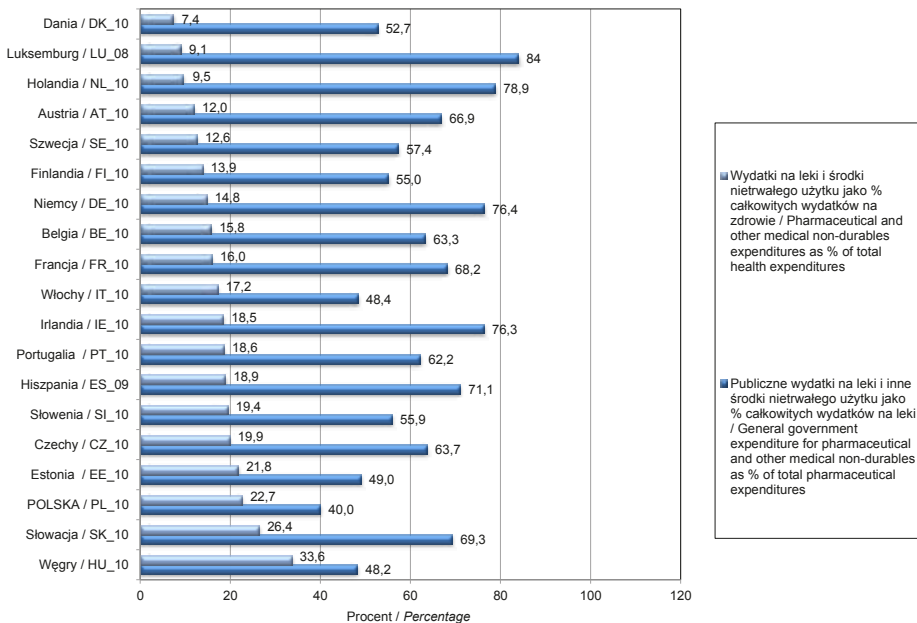
Całkowite wydatki na leki zarówno te kupowane na receptę jak i bez recepty - leki, witaminy, suplementy diety; z włączeniem środków nietrwałego użytku takich jak bandaż, opatrunki, strzykawki iniekcyjne, itp.¹¹ są w Polsce na wysokim poziomie – stanowią one 23% całkowitych wydatków na zdrowie, jednakże od kilku lat można zaobserwować systematyczny spadek tego wskaźnika. W porównaniu z innymi krajami europejskimi, dla których dostępne są dane, Polska zajmuje wysokie trzecie miejsce (ryc. 11.9). Jednakże, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, wydatki te w Polsce należą do jednych z najniższych w UE (314\$), tylko w Estonii są one niższe (282\$). Natomiast w Irlandii, Niemczech i Francji wydatki na leki *per capita* są ponad dwukrotnie wyższe niż w Polsce (ponad 635\$).

Mówiąc o wydatkach na leki, nie sposób nie wspomnieć o ich źródle pokrycia ze środków prywatnych bądź publicznych (ryc. 11.9). W tym wypadku w porównaniu z innymi krajami UE, Polska nie wypada najlepiej. W Polsce tylko 40% całkowitych wydatków na leki pokrywane jest ze środków publicznych, podczas gdy w większości krajów UE wskaźnik ten jest wyższy niż 50%. W Luksemburgu, Holandii, Niemczech jest to ok 80%. Oznacza to,

11 Środki trwałego użytku nie stanowią więcej niż 10% wydatków na leki.

że przeciętnie w Polsce każda osoba przeznaczająca ze swoich prywatnych dochodów rocznie ok. 187\$ PPP na leki i materiały nietrwałego użytku, podczas gdy wydatki prywatne na ten sam cel mieszkańców Słowenii, Holandii i Francji są prawie dwukrotnie niższe.

Biorąc pod uwagę wydatki tylko i wyłącznie na leki kupowane na receptę sytuacja wygląda inaczej. Udział środków prywatnych przy zakupie leków w Polsce na receptę małe do 30% (54\$ PPP). Oznacza to, że w Polsce prawie $\frac{3}{4}$ wydatków prywatnych na leki przeznaczanych jest na leki bez recepty. W analizowanych krajach UE udział wydatków własnych (bez prywatnych ubezpieczeń) przy zakupie leków na receptę waha się od 0,9% na Słowenii do ok 40% w Estonii i na Węgrzech. W przeliczeniu na jednego mieszkańca najmniej na leki na receptę z własnych środków wydają mieszkańcy Słowenii (3,4\$) oraz Francji (26\$), najwięcej mieszkańcy Węgier (207\$) i Słowacji (170\$).

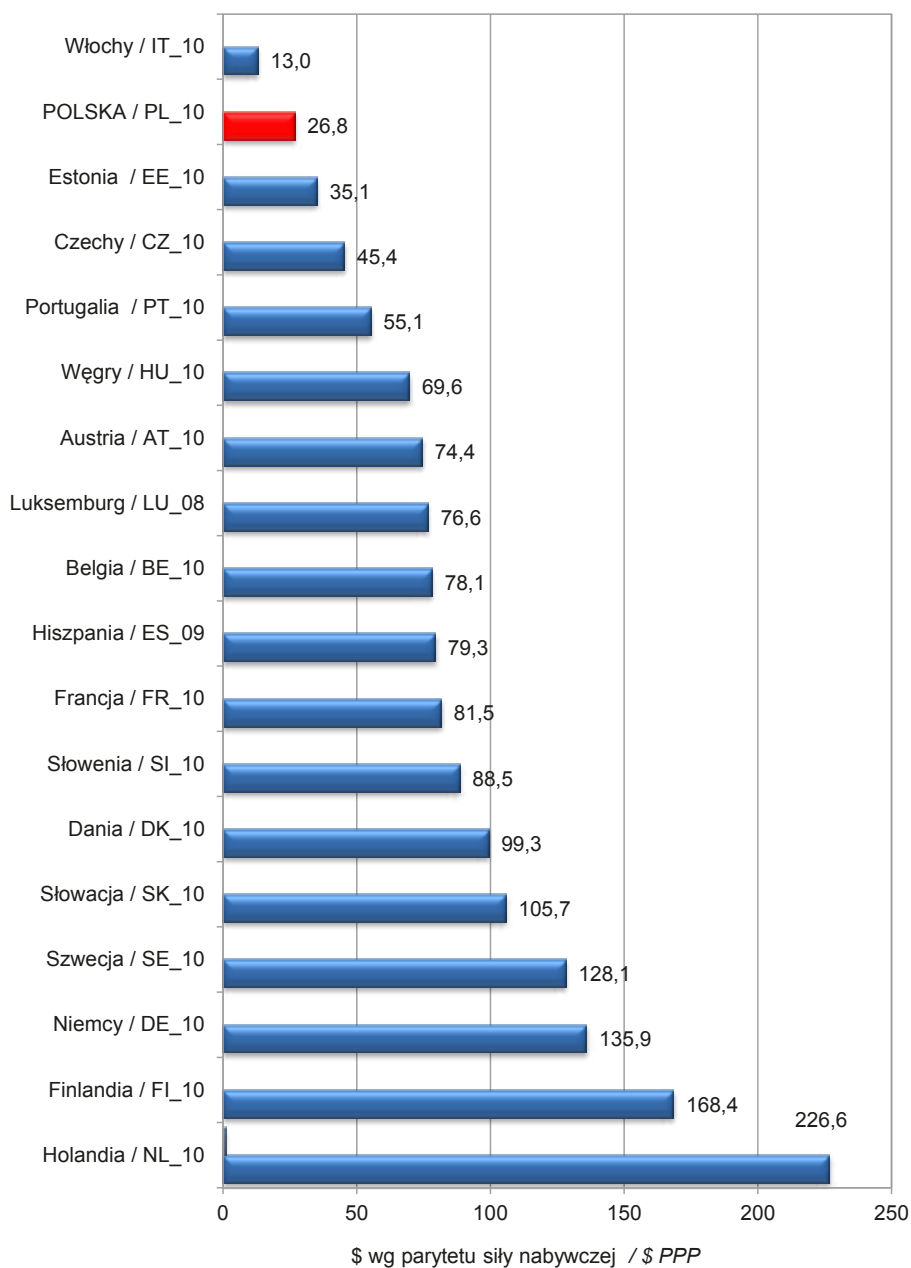


Ryc. 11.9. Wydatki na leki w krajach UE, 2010 (OECD) Wydatki na leki i środki nietrwałego użytku jako procent całkowitych wydatków na zdrowie. Publiczne wydatki na leki i inne środki nietrwałego użytku jako procent wydatków na leki. 2010 r. lub ostatni dostępny (OECD Health Data 2012)

Fig. 11.9. Pharmaceutical and other medical non-durables expenditures as % of total health expenditures. General government expenditure for pharmaceutical and other medical non-durables as % of pharmaceutical expenditures. 2010 or latest year available (OECD Health Data 2012)

11.1.4.4. Wydatki na zdrowie publiczne

Ważną grupę wydatków z punktu widzenia zapobiegania chorobom i promocji zdrowia stanowią środki przeznaczane na profilaktykę oraz zdrowie publiczne. Należy podkreślić, iż w Polsce w przeliczeniu na jednego mieszkańca wydatki te należą do jednych z najniższych. Dla porównania w Holandii, Francji i Niemczech na ten cel wydawanych jest odpowiednio ponad osiem, sześć i pięć razy więcej środków (ryc.11.10).

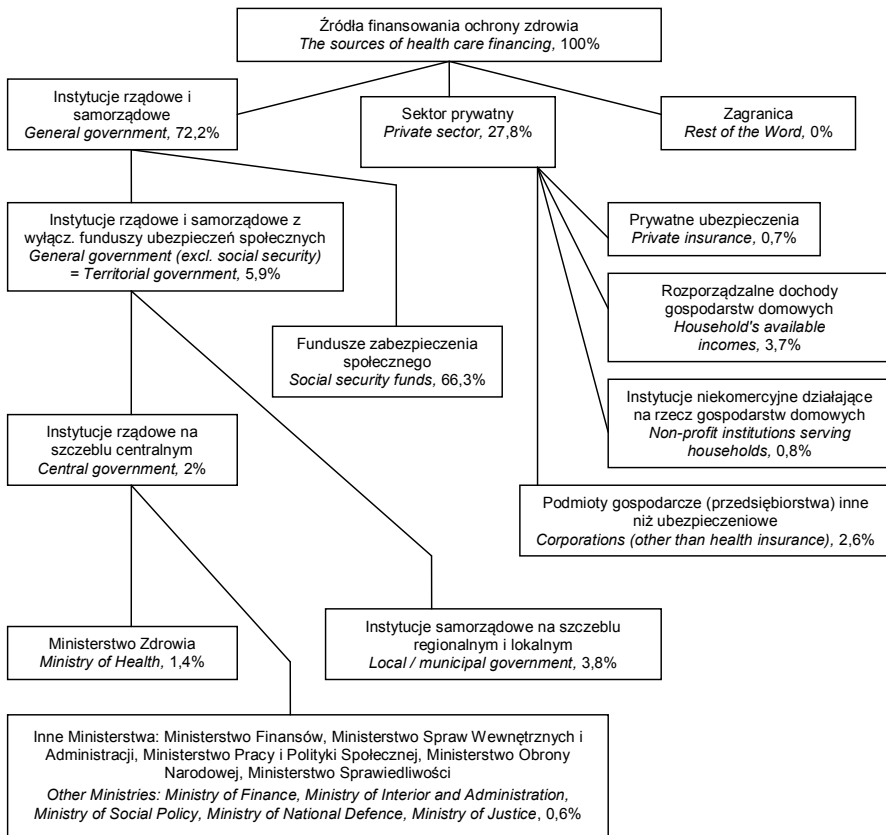


Ryc. 11.10. Wydatki na profilaktykę oraz zdrowie publiczne na osobę w \$ PPP, 2010 r. lub ostatni dostępny (OECD Health Data 2012)

Fig. 11.10 Expenditures for prevention and public health services, PPP\$ per capita, 2010 or latest year available (OECD Health Data 2012)

11.2. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce

Ochrona zdrowia zasilana jest z kilku źródeł środków finansowych, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Największym z publicznych źródeł finansowania są przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które mają charakter podatku celowego. Środki pochodzące ze składek gromadzone są w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Drugim pod względem wielkości źródłem publicznego zasilania jest budżet państwa. Finansowego wsparcia systemowi ochrony zdrowia udzielają także budżety jednostek samorządu terytorialnego, których dochody pochodzą z podatków i opłat lokalnych, z transferów z budżetu państwa, oraz pozabudżetowych funduszy celowych (Funduszu Pracy i Funduszu Ubezpieczeń Społecznych), a także w pewnej niewielkiej skali ze środków organizacji społecznych (stowarzyszeń, fundacji, innych). Wśród prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia istotne znaczenie mają rozporządzalne dochody gospodarstw domowych, fundusze zakładów pracy (pracodawców), fundusze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz fundusze organizacji charytatywnych (niedotowanych z funduszy publicznych) (ryc. 11.11).



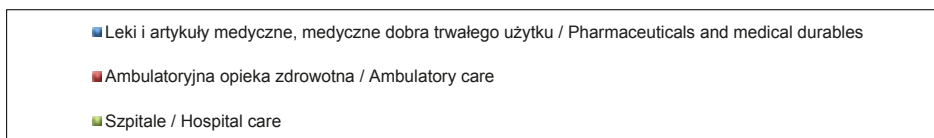
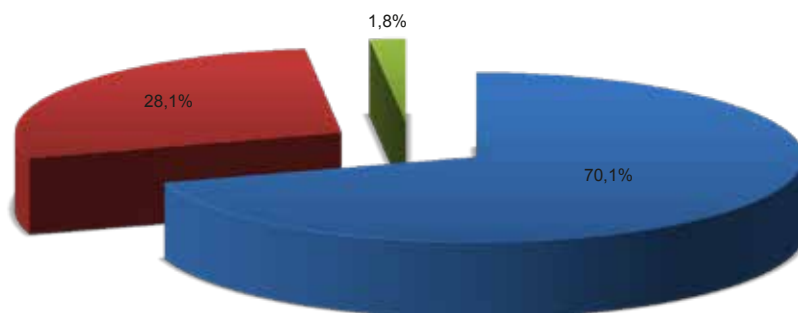
Ryc. 11.11. Źródła finansowania ochrony zdrowia i ich udział w wydatkach na zdrowie w Polsce w 2010 r. (OECD)

Fig. 11.11 The sources of health care financing and their share of expenditures on health in Poland, 2010 (OECD)

Składki na ubezpieczenie zdrowotne (bieżące i z lat ubiegłych) stanowią jednocześnie największy element składowy przychodów NFZ. Pozostałe elementy składowe tych przychodów to: przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych wykonanych dla obywateli UE/EOG¹² na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, przychody z tytułu realizacji zadań zleconych, dotacja z budżetu państwa na realizację zadań, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, pozostałe przychody operacyjne oraz przychody finansowe.

Dane zamieszczone w tabeli 11.1 wyraźnie potwierdzają dominujący udział składek w przychodach ogółem Narodowego Funduszu Zdrowia (w badanym okresie 2008-2012 ich udział kształtował się w przedziale 94-96%) oraz dodatnią dynamikę zmian wartości składek. I tak, w 2009 r. w porównaniu z rokiem 2008 wartość składek wzrosła o 6,5%, w 2010 r. w stosunku do roku 2009 o 2,6%, w 2011 r. w porównaniu z 2010 r. o 5,6%, z kolei według planu na 2012 r. wzrost w stosunku do 2011 r. wyniesie 6,7%.

Za bogate źródło danych statystycznych na temat bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych można uznać dwa rodzaje opracowań GUS: Budżety gospodarstw domowych oraz Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych. Analizę ograniczono do opisu wyników badania Ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych, z uwagi na wyniki zbliżone do wyników badania Budżetów gospodarstw domowych.



Ryc. 11.12. Struktura bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2010 r. (GUS)

Fig. 11.12. The structure of private households out-of-pocket expenditures on health, 2010 (Central Statistical Office)

12 EOG – Europejski Obszar Gospodarczy.

Tabela 11.1. Przychody ogółem Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2008-2012 (w tys. zł)
 Table 11.1 Total incomes of the National Health Fund, 2008-2012 (in thousand PLN)

Wyszczególnienie / Specification	2008	2009	2010	2011	2012 ¹	2012 ¹
Przychody ogółem / Total incomes	53 024 993	57 055 094	57 661 865	60 854 440	64 504 994	100%
Przychody ze składek z tyt. ubezpieczenia zdrowotnego / Incomes from the health insurance contributions	50 459 586	53 732 016	55 153 148	58 238 309	62 144 719	96,3%
Przychody ze składek z tyt. ubezpieczenia zdrowotnego z lat ubiegłych / Incomes from the health insurance contributions from last years	224 500	124 302	84 426	140 411	100 000	0,2%
Przychody z tyt. programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie / Incomes from health programmes and health policy programmes	10 132	627	0	0	0	0%
Dotacja z budżetu państwa na zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3, 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych / Subsidies from the state budget for tasks referred to in the Act of 27 August 2004 on health care services financed from the public funds, article 97 section 3, paragraph 2a, 3, 3b	72 811	167 258	213 460	226 440	214 448	0,3%
Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań wynikających z ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie medycznym / Subsidies from the state budget for tasks referred to in the Act of 8 September 2006 on National medical Emergency Service	1 468 873	1 722 492	1 726 052	1 758 496	1 839 892	2,9%
Przychody z zakładów ubezpieczeń i Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych / Incomes from the insurance companies, Insurance Guarantee Fund referred to in the Act on Compulsory Insurance, the Insurance Guarantee Fund and the Polish Motor Insurers' Bureau	34 239	0	0	0	0	0%
Przychody z tytułu koordynacji / Incomes from coordination	31 160	58 251	82 383	117 884	132 400	0,2%
Pozostałe przychody operacyjne / Other operating incomes	341 200	1 018 115	231 219	226 703	41 538	0,1%
Przychody finansowe / Financial incomes	382 491	232 032	171 177	146 196	31 997	0%

¹ – dane dla roku 2012 dotyczą planu finansowego zatwierdzonego w dniu 16 sierpnia 2012 r.

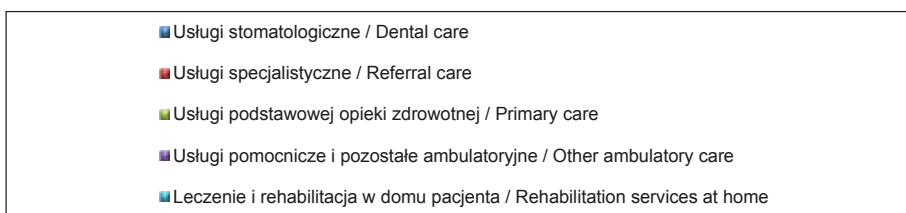
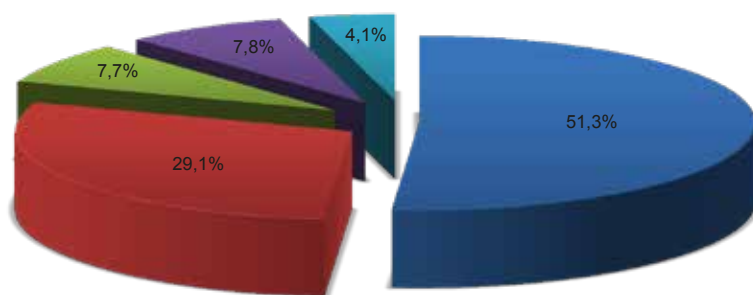
¹ – *Financial plan of the National Health Fund, 16 August 2012*

Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ, *Sprawozdanie finansowe za 2009 rok, Sprawozdanie finansowe za 2010 rok, Sprawozdanie finansowe za 2011 rok, Plan finansowy na 2012 rok.*

Source: based on the National Health Fund data: *Financial report, 2009, Financial report, 2010, Financial report, 2011, Financial plan, 2012.*

Wyniki badania wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych pokazują, że w ich strukturze bardzo wysoki udział mają wydatki na leki i artykuły medyczne (ryc. 11.12). W 2010 r. stanowiły one ponad 64% średnich miesięcznych wydatków na ochronę zdrowia na osobę i wyniosły 33,7 zł. Co więcej, poziom tych wydatków był istotnie wyższy w miastach niż na wsi i wyższy w większych miastach. Ponad 90% gospodarstw domowych zakupiło leki przepisane przez lekarza, prawie 44% leki zalecane, lecz nieprzepisane przez lekarza, jednocześnie 88,7% gospodarstw nabyło leki z własnej inicjatywy. W tym okresie na zakup medycznych dóbr trwałego użytku (np. okulary korekcyjne, protezy, soczewki kontaktowe, wózki inwalidzkie) gospodarstwa domowe przeciętnie miesięcznie wydawały 3,1 zł/osobę.

Wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną wyniosły 14,7 zł na osobę, z czego 51,3% stanowiły wydatki na usługi stomatologiczne – 7,6 zł/osobę (ryc. 11.13). 75% wydatków na leczenie stomatologiczne zrealizowano w sektorze niepublicznym, z czego zaledwie 9% stanowiły dopłaty do usług prywatnych usługodawców, mających kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wydatki na usługi specjalistycznej opieki zdrowotnej w 2010 r. wyniosły średnio miesięcznie na osobę 4,3 zł i stanowiły 29,1% ogółu wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. 80% wydatków na leczenie specjalistyczne zrealizowano w sektorze niepublicznym, z czego prawie 5% dotyczyło dopłat do usług w ramach kontraktów z NFZ. W wydatkach na opiekę ambulatoryjną 7,7% stanowiły wydatki na usługi podstawowej opieki zdrowotnej, z czego ponad 80% zrealizowano w niepublicznym sektorze opieki zdrowotnej, z tego z kolei prawie 10% stanowiły dopłaty gospodarstw na świadczenia realizowane w ramach kontraktów z NFZ. Ponadto wydatki na pomocnicze usługi opieki zdrowotnej (badania laboratoryjne, diagnostyka obrazowa, usługi transportowe i ratownictwo medyczne, pozostałe usługi pomocnicze) i pozostałe usługi ambulatoryjne stanowiły 7,8% ogółu wydatków po-



Ryc. 11.13. Struktura bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 2010 r. (GUS)

Fig. 11.13. The structure of private households out-of-pocket expenditures on ambulatory care, 2010 (Central Statistical Office)

noszonych przez gospodarstwa domowe na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Inne wydatki, a mianowicie wydatki na usługi lecznicze w domu pacjenta, czy rehabilitację ambulatoryjną lub w domu pacjenta stanowiły 4,1%. Średnie miesięczne wydatki gospodarstw domowych związane z pobytem w szpitalu lub w innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej wyniosły około 1 zł na osobę. Niska ich wartość wynika z tego, że są to wydatki uogólnione na członków wszystkich gospodarstw domowych, niezależnie od tego, czy członkowie tych gospodarstw korzystali z usług szpitali lub innych zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej, czy nie korzystali z nich. Otóż 79% populacji badanej stanowiły osoby niekorzystające z tych usług i nieponoszące żadnych wydatków na ten cel. Uogólnione średnie miesięczne wydatki (na osobę), obliczone dla gospodarstw domowych, w których przynajmniej jedna osoba przebywała w 2010 r. w szpitalu lub w innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej były prawie 5-krotnie wyższe, a ponad 26 razy wyższe w przeliczeniu na osobę korzystającą z tych usług i ponoszącą koszty.

11.3. Wydatki NFZ na hospitalizacje wg Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)

W Polsce w lipcu 2008 r. został wprowadzony nowy system rozliczania szpitali z płatnikiem – system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP).¹³ System ten został po raz pierwszy opracowany i wykorzystany w 1983 r. w USA, później poprzez kolejne kraje następowała jego adaptacja i dostosowanie.¹⁴ Polski system JGP został wprowadzony w oparciu o system wykorzystywany w Wielkiej Brytanii.

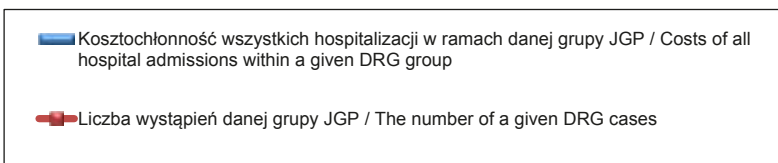
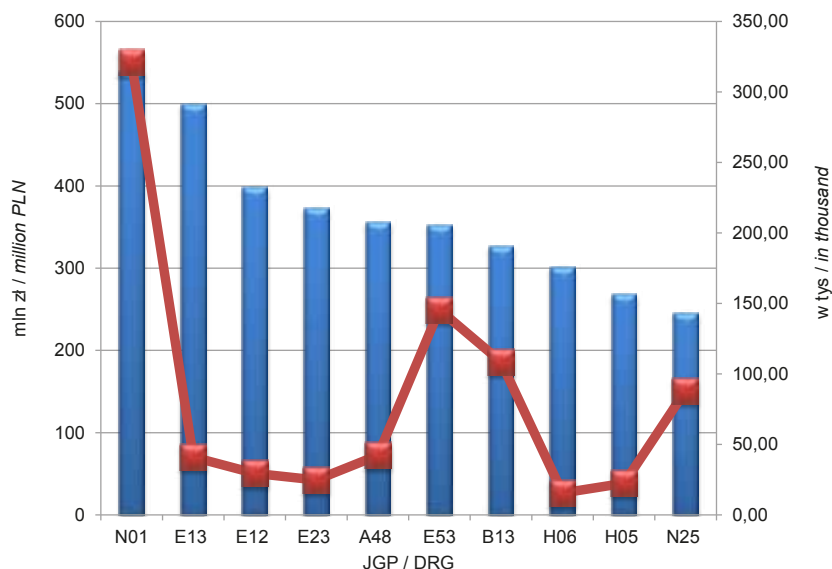
Mechanizm rozliczania danej hospitalizacji opiera się na klasyfikacji pacjentów do danej jednorodnej grupy pod względem przypadków podobnych klinicznie oraz o podobnym zużyciu zasobów (podobnej kosztowności). Przy klasyfikacji brane są pod uwagę udzielone świadczenia - rozpoznania (ICD-10) oraz procedury medyczne (ICD-9). Świadczenia te są zapisywane przy pomocy stosowniej aplikacji - grupera JGP. Na podstawie wprowadzonych danych, za pomocą odpowiedniego algorytmu następuje przyporządkowanie danej hospitalizacji do właściwej grupy. Do każdej grupy przyporządkowana jest wartość punktowa JGP. Pomijając rozwiązania szczegółowe, wartość hospitalizacji w PLN zostaje obliczona jako iloczyn wartości punktowej JGP oraz wartości jednego punktu (w zł). Obecnie punkt wyceniany jest na ok. 51 zł.

Analizując dane rozliczeniowe z NFZ¹⁵ można zauważyć, iż najczęściej rozliczaną grupą w 2011 r. była N01, czyli poród, kolejną grupą była N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki. Liczba wystąpień tych grup to 320 794 oraz 231 422. Średni koszt jednej hospitalizacji jednorodnej grupy pacjentów N01 oraz N20 wynosił odpowiednio 1 682 zł oraz 1 019 zł. W dalszej kolejności do najczęstszych przyczyn hospitalizacji można zaliczyć: małe zabiegi górnej części układu rozrodczego (M15), niewydolność krążenia u osób powyżej 69 lat lub z powikłaniami albo schorzeniami współistniejącymi (E53) oraz usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (B13).

13 Nie wszystkie hospitalizacje są rozliczane za pomocą JGP. M.in. istnieje katalog świadczeń finansowanych odrębnie. Ponadto odrębnie finansowane są świadczenia z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii.

14 Pierwsze prace nad systemem rozpoczęto na Uniwersytecie Yale w latach sześćdziesiątych.

15 Analizą objęto katalog 1a bez świadczeń odrębnych (katalog 1b)

**LEGENDA / LEGEND**

- N01 - Poród / Delivery
- E13 - Ostre zespoły wieńcowe - leczenie inwazyjne > 3 dni /
Acute Coronary Syndromes - invasive treatment > 3 days
- E12 - Ostre zespoły wieńcowe - leczenie inwazyjne złożone /
Acute Coronary Syndromes – complex invasive treatment
- E23 - Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES / Coronary angioplasty with implantation of DES
- A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym /
Comprehensive stroke treatment > 7 days in stroke unit
- E53 - Niewydolność krążenia > 69 r.z. lub z pw / Heart failure > 69 years
- B13 - Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki /
Uncomplicated cataract surgery by emulsification with simultaneous implantation of the lens
- H06 - endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną,
endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu
biodrowego / Primary total hip or knee arthroplasty with osseous reconstruction
- H05 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra /
Primary total knee arthroplasty, cementless hip arthroplasty
- N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru / Newborn requiring intensified surveillance

Ryc. 11.14. Liczba wystąpień oraz kosztowność wszystkich hospitalizacji w ramach danej grupy JGP w 2009 r., w mln zł (dane NFZ)

Fig. 11.14 The number and the costs of all hospital admissions within a given DRG group in 2009, in million PLN (NHF data)

Grupą o najwyższym koszcie jednostkowym jest S23 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego oraz S22 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA. Średnia wartość jednej hospitalizacji w ramach tych grup to odpowiednio 258 413 zł oraz 133 429 zł. W Polsce w 2011 r. grupą S23 zostało rozliczonych 253 hospitalizacji, natomiast rozliczenie grupą S22 nastąpiło 128 razy.

Biorąc pod uwagę wszystkie hospitalizacje rozliczane za pomocą JGP, można stwierdzić, iż najwięcej środków finansowych przeznaczono na porody (N01) - mianowicie 539,5 mln zł, następnie na – hospitalizacje z powodu ostrych zespołów wieńcowych (OZW) leczenie inwazyjne powyżej 3 dni (E13) 499,3 mln zł, OZW - leczenie inwazyjne złożone (E12) 398,3 mln zł. Niewiele mniej środków przeznaczono na hospitalizacje z powodu wykonania angioplastyki wieńcowej z implantacją DES (E23) 373 mln zł, kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym (A48) 356 mln zł oraz na hospitalizacje z powodu niewydolność krążenia u osób powyżej 69 r.ż. lub z powikłaniami lub schorzeniami współistniejącymi (E53) 352 mln zł. W przypadku OZW (E12 i E13) hospitalizowano w sumie 70 531 pacjentów. Rycina 11.14 prezentuje liczbę wystąpień oraz sumę wartości środków finansowych przeznaczonych na wszystkie hospitalizacje dla wybranych grup JGP.

11.4. Infrastruktura ochrony zdrowia

Polska cechuje się na tle innych krajów europejskich rozwiniętą infrastrukturą zarówno w zakresie opieki szpitalnej jak i opieki ambulatoryjnej. Z uwagi na uwarunkowania polityczne przez długi czas szczególnie intensywnie rozwijano w kraju szpitalnictwo. Odbywało się to często kosztem innych form opieki medycznej takich jak między innymi opieka długoterminowa nad pacjentem czy też ambulatoryjna opieka zdrowotna. Powodowało to też częstsze korzystanie pacjentów z kosztocłonnej i bardziej jatrogennej opieki szpitalnej. Podejmowane od lat 90-tych reformy mają za zadanie dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmieniających się potrzeb zdrowotnych populacji. W tym kontekście szczególnie istotne jest wzmocnienie opieki długoterminowej, zwiększenie różnorodności form opieki psychiatrycznej, rozwój zdrowia publicznego a także podniesienie rangi podstawowej opieki zdrowotnej. Działania te napotykają na problemy. Jednym z poważniejszych z nich jest niewystarczająca liczba kadry medycznej w systemie opieki zdrowotnej. Zjawisko to w szczególnym stopniu dotyka lekarzy specjalistów oraz personelu pielęgniarskiego.

11.4.1. Personel medyczny w systemie opieki zdrowotnej

Pomimo dobrze rozwiniętego systemu kształcenia, liczba lekarzy, pielęgniarek, i innego personelu medycznego w Polsce w stosunku do liczby mieszkańców jest niezadowolająca z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Również struktura zawodów medycznych jest gorsza w porównaniu do średniej innych państw Unii Europejskiej - notowany jest niski udział personelu średniego szczebla i pielęgniacyjnego oraz stomatologów w ogólnej liczbie zatrudnionych w systemie.

W Polsce w roku 2010 przypadało blisko 2,1 lekarza na 1 000 osób i współczynnik ten sytuuje kraj na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów UE. Wskaźnik liczby pielęgniarek na 1 000 osób w roku 2010 wynosił 4,87 i był blisko o 1/3 niższy niż średnia dla wszystkich

państw Unii Europejskiej. Wśród pozytywnych zjawisk zaznaczających się od początku roku 2005 można wymienić ogólny lekki wzrost liczby personelu medycznego (tab. 11.2).

Współczynniki te są szczególnie niepokojące w kontekście transformacji demograficznej polskiego społeczeństwa i zwiększającemu się udziałowi osób powyżej 60 roku życia w populacji. Wśród wielu przyczyn niskiej liczby personelu medycznego wymienić należy między innymi niskie dochody tej grupy zawodowej w latach 90 ubiegłego wieku, kosztowny i uciążliwy proces kształcenia podyplomowego, emigrację tych grup zawodowych do krajów, gdzie wynagrodzenia sektora zdrowotnego są wyższe tj. krajów Europy Zachodniej¹⁶. W Polsce nie ma systemu obowiązkowej rejestracji pielęgniarek i lekarzy wyjeżdżających do pracy za granicą, ale według danych Rejestru Lekarzy przy Naczelnej Izbie Lekarskiej do lipca 2012 roku 8600 lekarzy (6,9% wszystkich posiadających prawo wykonywania zawodu) wydano certyfikaty potwierdzające kwalifikacje zawodowe do pracy w państwach UE.

Tabela 11.2. Liczba przedstawicieli zawodów medycznych pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej na 1000 ludności (CSIOZ 2010, WHO HF DBA 2009)

Table 11.2. The number of health professionals working in health facilities per 1 000 population (CSIOZ 2010, WHO HF DBA 2009)

Zawód / Profession	2000	2005	2010	UE (27)
Lekarze / Physicians	2,2	1,99	2,08	3,28
Pielęgniarki / Nurses	4,91	4,69	4,87	7,92
Dentyści / Dentists	0,30	0,31	0,32	0,65
Farmaceuci / Pharmacists	0,12	0,05	0,04	0,74

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WHO HF DBA 2009 i CSIOZ 2010.

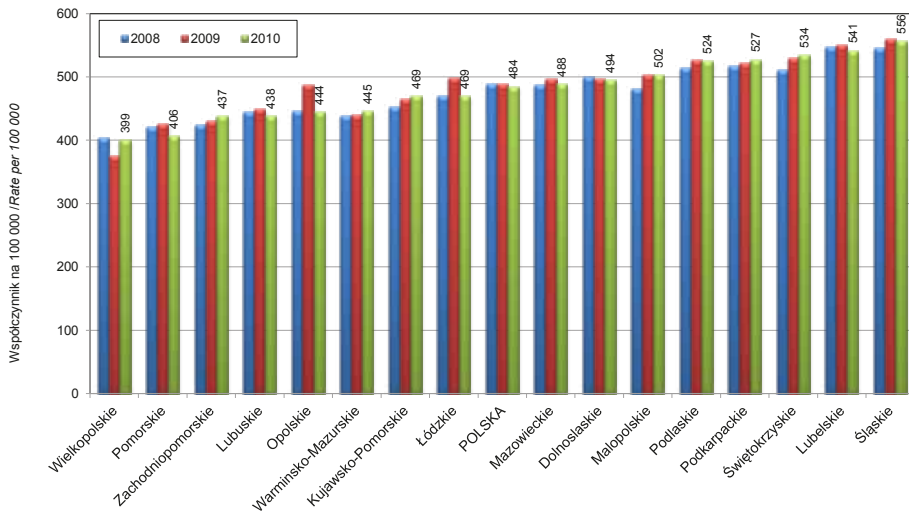
Source: based on WHO HF DBA 200 and CSIOZ 2010 data:

Kolejną cechą charakterystyczną polskiego systemu opieki zdrowotnej jest nierównomierny rozkład kadr medycznych na terenie kraju. Najwięcej personelu pielęgniarskiego pracującego w jednostkach opieki zdrowotnej – 556 na 100 000 ludności przypada na województwo śląskie. Najniższy wskaźnik liczby pielęgniarek na 100 000 notowany jest zaś w województwie wielkopolskim – 399 (ponad 28% mniej niż w woj. śląskim). (Ryc. 11.15). Również najniższa liczba lekarzy przypadających na 100 000 ludności notowana jest w woj. wielkopolskim – 148, natomiast najwięcej lekarzy ponad 241 na 100 000 ludności pracuje w jednostkach opieki zdrowotnej woj. łódzkiego. Oznacza to, że współczynnik zatrudnionych lekarzy na 100 000 mieszkańców jest w woj. wielkopolskim ponad 38% niższy niż w woj. łódzkim (ryc. 11.16).

Jedne z najniższych wskaźników liczby zatrudnionych lekarzy są notowane w województwach, w których nie kształcą się lekarzy tj. opolskie i lubuskie.

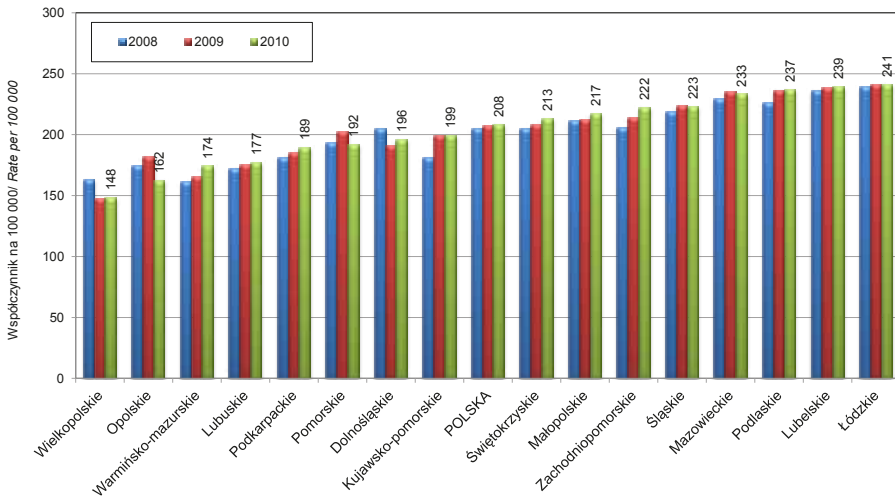
Zróźnicowanie tych wyników wskazuje na dysproporcje w dostępie ludności do opieki medycznej na terenie całego kraju.

16 Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Raport z realizacji programu. Ministerstwo Zdrowia 2006



Ryc. 11.15. Liczba pielęgniarek pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej na 100 000 ludności (CSIOZ 2010)

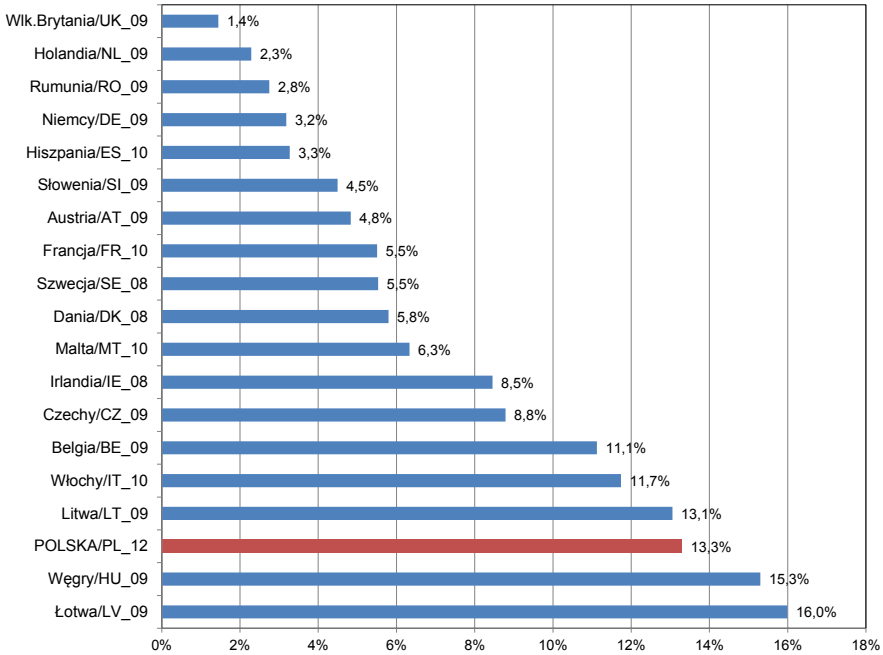
Fig. 11.15 The number of nurses working in health facilities per 100 000 population (CSIOZ 2010)



Ryc. 11.16. Liczba lekarzy pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej na 100 000 ludności (CSIOZ 2010)

Fig. 11.16 The number of physicians working in health facilities per 100 000 population (CSIOZ 2010)

Sytuacja w zakresie struktury specjalizacji jak i wieku lekarzy w naszym systemie ochrony zdrowia jest szczególnie niekorzystna. Jedną z cech charakterystycznych jest względnie duży w porównaniu do innych krajów europejskich odsetek lekarzy wykonujących zawód powyżej 65 roku życia wynoszący 13,3% (ryc. 11.17).

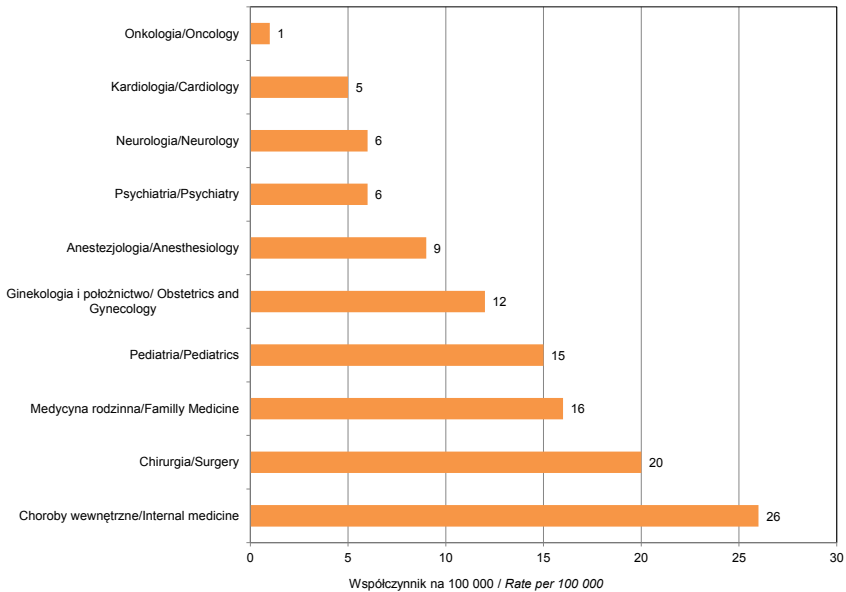


Ryc. 11.17. Odsetek lekarzy wykonywujących zawód powyżej 65 roku życia (*Eurostat, Naczelna Izba Lekarska 2012*)

Fig. 11.17 The percentage of practicing physicians older than 65 years (*Eurostat, Polish Chamber of Physicians and Dentists 2012*)

Struktura specjalizacji w polskim systemie opieki zdrowotnej wskazuje na istotne deficyty jeśli chodzi o dostęp pacjentów do najbardziej istotnych specjalności medycyny. W Polsce rozwijana jest specjalizacja w dziedzinie medycyny rodzinnej i wciąż niewielu takich specjalistów w porównaniu do innych specjalności medycznych sprawuje czynną opiekę nad mieszkańcami kraju (16 na 100 000 mieszkańców). Szczególnie widoczne deficyty jeśli chodzi o lekarzy specjalistów są widoczne w tak istotnych dziedzinach jak kardiologia - 5 na 100 000 mieszkańców oraz onkologia - zaledwie 1 specjalista na każde 100 000 mieszkańców (ryc. 11.18). Deficyty liczby specjalistów są niebezpieczne w obliczu procesu starzenia się populacji Polski a co za tym idzie zwiększania się występowania wśród ludności chorób układu krążenia i nowotworowych. W tym kontekście niepokojąca jest wyjątkowo niska liczba specjalistów geriatrów w Polsce wynosząca w przybliżeniu 80 osób.¹⁷

17 Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K. Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy. *Geriatrics* 2009; 3:12-16



Ryc. 11.18. Liczba lekarzy specjalistów pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej na 100 000 według specjalności (CSIOZ 2010)

Fig. 11.18. The number of physicians working in health facilities per 100 000 population by medical specialty (CSIOZ 2010)

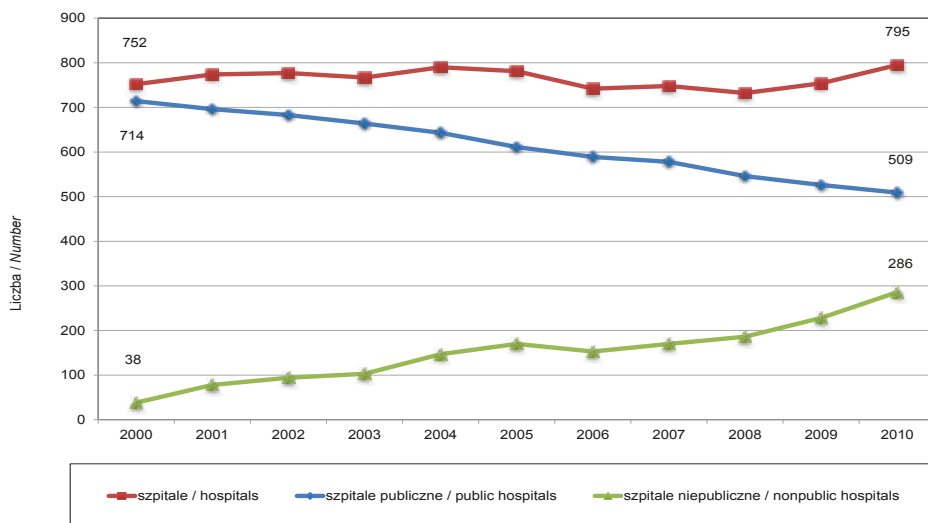
Niekorzystne wskaźniki w zakresie liczby personelu medycznego zmusiły Ministerstwo Zdrowia do wdrożenia reform w zakresie systemu kształcenia zarówno lekarzy jak i pielęgniarek. W systemie kształcenia lekarzy przedsięwzięto kroki w celu ułatwienia ubiegania się o specjalizacje, skracania i uatrakcyjniania stażu podyplomowego oraz reformę Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Wykorzystano również środki z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w celu dofinansowania szkoleń pielęgniarek jak i lekarzy specjalistów w zakresie kardiologii, onkologii oraz medycyny pracy. W ciągu ostatnich pięciu lat wzrosły również wynagrodzenia personelu medycznego a szczególnie lekarzy, co może się przyczynić również do ograniczenia emigracji zarobkowej tej grupy zawodowej.

11.4.2. Szpitale

W Polsce w 2010 r. działało 795 szpitali ogólnych w tym 286 niepublicznych.¹⁸ Od kilku lat można zaobserwować stale zmniejszającą się liczbę szpitali publicznych, z drugiej strony liczba placówek niepublicznych ciągle rośnie (ryc. 11.19). Jednakże do pełnej analizy wymagane jest przedstawienie rozwoju liczby łóżek w obu tych grupach szpitali. W 2010 r. w Polsce szpitale posiadały w ok. 181 tys. łóżek, z tego aż 157 tys. (prawie 87%) przypadło na szpitale publiczne a tylko 13% na niepubliczne (ryc. 11.20). Udział łóżek w szpitalach niepublicznych bardzo różni się w poszczególnych województwach. Zaskakujące jest, iż województwo mazowieckie charakteryzują się jednym z najmniejszych udziałów liczby

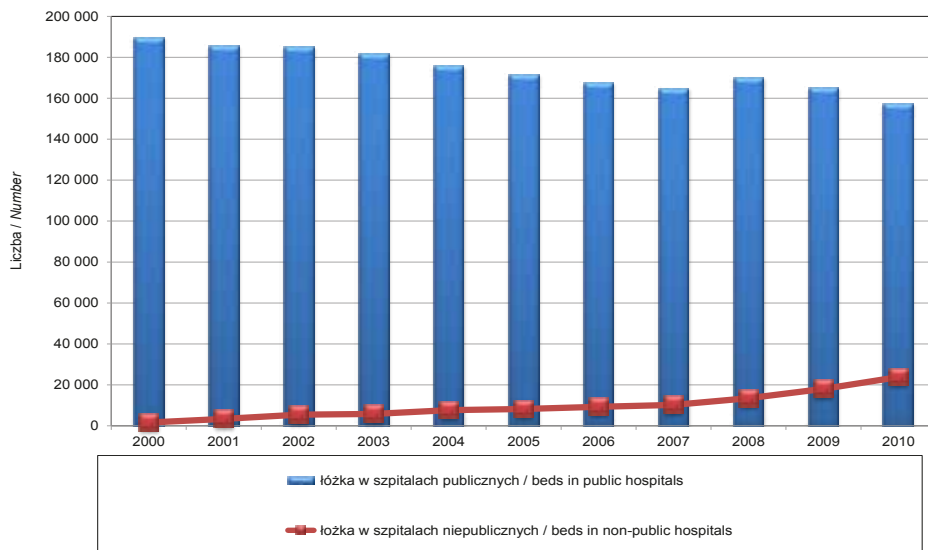
18 Dane CSIOZ, szpitale nadzorowane przez MZ

łóżek niepublicznych (5%). Równie niespodziewane jest pierwsze miejsce woj. kujawsko-pomorskiego wraz z woj. lubuskim i pomorskim pod względem udziału łóżek niepublicznych, który wynosi aż 24% wszystkich łóżek (ryc. 11.21).



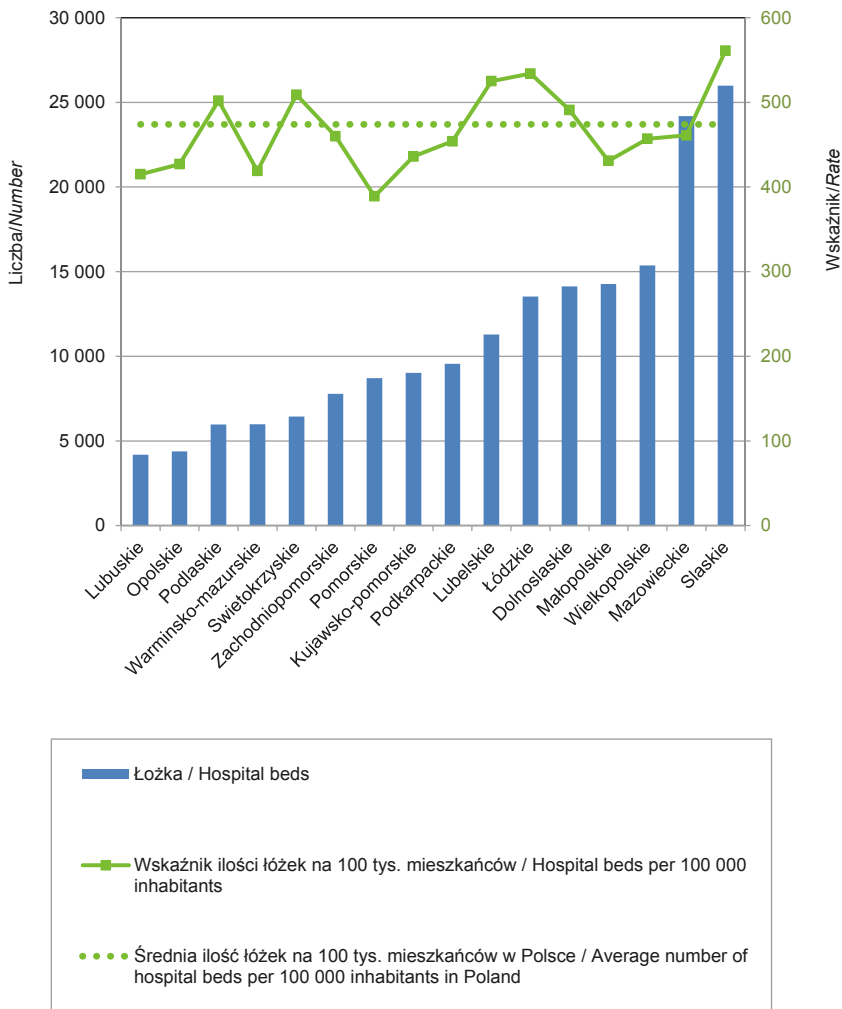
Ryc.11.19. Liczba szpitali ogółem - szpitali publicznych i niepublicznych w Polsce w latach 2000-2010 (dane CSIOZ)

Fig. 11.19. Total number of hospitals, the number of public and non-public hospitals in Poland 2000-2010 (CSIOZ data)



Ryc.11.20. Łóżka w szpitalach ogółem, w szpitalach publicznych i niepublicznych w Polsce w latach 2000-2010 (dane CSIOZ)

Fig. 11.20. Beds in public and non-public hospitals in Poland from 2000-2010 (CSIOZ data)



Ryc.11.21. Liczba łóżek ogólnych, wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach oraz średnia liczba łóżek na 100 tys. mieszkańców w Polsce w 2010 r. (dane CSIOZ)

Fig. 11.21. Hospital beds, hospital beds per 100 000 inhabitants in each voivodships, average number of hospital beds per 100 000 inhabitants in Poland (CSIOZ data)

W Europie obserwuje się stały trend spadku liczby łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. Spadek ten postępuje jednak powoli. W przeciągu ostatnich lat (od 2000 r.) w Unii Europejskiej nastąpił spadek tej liczby średnio o 88 łóżek na 100 tys. mieszkańców (czyli o ok. 14%). Istnieje jednak kilka wyjątków (Bułgaria oraz Grecja), gdzie od kilku lat można zaobserwować niewielki wzrost liczby łóżek.

W porównaniu ze średnią krajów Unii Europejskiej (550,9), Polska charakteryzuje się jednym z wyższych wskaźników nasycenia ogólnej liczby łóżek (665 na 100 tys.). Największe

Tabela 11.3. Łóżka ogólne, psychiatryczne i długoterminowe, na 100 tys. mieszkańców, 2009 r. (Eurostat)
 Table 11.3. Curative, psychiatric and long-term beds in hospitals, per 100 000 inhabitants, 2009 (Eurostat)

	Łóżka ogólne (na 100 tys. mieszkańców) / Curative care beds in hospitals per 100 000 inhabitants	Zmiana w stosunku do 2000 r. / Change vs. 2000	Łóżka psychiatryczne (na 100 tys. mieszkańców) / Psychiatric care beds in hospitals per 100 000 inhabitants	Zmiana w stosunku do 2000 r. / Change vs. 2000	Łóżka długoterminowe (na 100 tys. mieszkańców) / Long-term care beds per 100 000 inhabitants	Zmiana w stosunku do 2000 r. / Change vs. 2000
Finlandia / FI	183,4	-24%	80,1	-22%	215,4	-19%
Szwecja / SE	204,7	-17%	48,1	-23%	23,4	-35%
Hiszpania / ES	247,4	-13%	41,0	-21%	30,9	-5%
Irlandia / IE	257,8 ¹	-8%	77,5	-45%	152,9 ¹	-17%
Wlk. Brytania / UK	264,9	-15%	60,8	-35%	bd	bd
Malta / MT	271,7	-27%	155,9	-8%	246,1 ¹	bd
Portugalia / PT	275,6	-12%	58,6	-14%	bd	bd
Dania / DK	286,7	-18%	57,9	-24%	2,4	bd
Włochy / IT	293,8	-28%	10,6	-28%	18,2	2%
Holandia / NL	307,2	0,2%	139,6	-11%	0,0	bd
UE / EU	308,2	-18%	44,0	-14%	23,6	-9%
Francja / FR	345,3	-15%	88,0	-15%	74,1	-46%
Estonia / EE	361,5	-35%	55,1	-30%	109,7	81%
Słowenia / SI	372,8	-16%	65,9	-14%	6,5	bd
Grecja / GR	406,1	8%	79,7	-18%	bd	bd
Węgry / HU	413,4	-29%	32,8	-25%	112,6	67%
Belgia / BE	419,2	-11%	179,2	-31%	17,0	-4%
Luksemburg / LU	428,0	-15% ²	87,5	-21% ²	bd	bd
Łotwa / LV	429,4	-29%	133,9	-28%	42,9	-19%
POLSKA / PL	438,5	-15%	64,1	-10% ³	36,0	-12% ³
Rumunia / RO	462,5	-14%	78,4	-4%	79,2	-47%
Słowacja / SK	479,2	-16%	79,9	-15%	73,8	-33%
Czechy / CZ	498,1	-13%	103,3	-9%	67,5	44%
Litwa / LT	503,4	-24%	102,4	-20%	37,0	-43%
Bułgaria / BG	509,1	-13%	68,5	7%	11,5	-14%
Austria / AT	556,3	-10%	77,3	4%	30,8	2%
Niemcy / DE	564,8	-11%	49,0	10%	bd	bd

bd – brak danych / no data available

¹- dane dotyczące 2008 r. / 2008 data

²- zmiana w stosunku do 2004 r. / Change vs. 2004

³- zmiana w stosunku do 2003 r. / Change vs. 2003

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu

Source: based on Eurostat data.

nasylenie występuje w Niemczech - 822,9 oraz w Austrii - 765, natomiast Szwecja odznacza się najmniejszym nasyleniem - 277,1. Wynika z tego, iż w Polsce na jedno łóżko przypada przeciętnie 150 osób, w Niemczech 122 osoby, a w Szwecji jest to aż 361 osób.

Analizując nasylenie łóżek w rozbiciu na poszczególne kategorie (łóżka ogólne¹⁹, łóżka psychiatryczne i łóżka długoterminowe) zauważa się znaczne zróżnicowanie wśród poszczególnych krajów UE (tab. 11.3). Polska w porównaniu ze średnią Unii Europejskiej, charakteryzuje się wyższą wartością wskaźnika liczby łóżek ogólnych przypadających na 100 tys. mieszkańców (438,5 vs. 308,2). Najwyższe nasylenie łóżek ogólnych występuje w Niemczech i Austrii (odpowiednio 564,8 oraz 556,3), najmniejsze w Finlandii i Szwecji (183,4 i 204,7). Ponadto, w Europie od wielu lat można zaobserwować ogólny spadek liczby łóżek ogólnych. Od roku 2000 największy spadek nastąpił w Estonii, Łotwie i na Węgrzech, bo o ok. 30%.

Duże zróżnicowanie w krajach UE występuje również pod względem liczby dostępnych łóżek długoterminowych oraz psychiatrycznych. W Polsce na jedno łóżko długoterminowe przypada 2,7 tys. osób, podczas gdy w Finlandii tylko 464 osób.

W Polsce na 100 000 mieszkańców przypadają ok. 64 łóżka psychiatryczne, pod tym względem wskaźnik ten jest u nas wyższy niż średnia dla UE - 44 łóżka. Jednakże, występuje grupa krajów, m.in. Belgia, Malta, Holandia, Łotwa, gdzie wskaźnik ten jest ponad dwukrotnie wyższy. Z drugiej jednak strony we Włoszech na 100 tys. mieszkańców przypada o cztery razy mniej łóżek psychiatrycznych niż średnia w UE.²⁰

11.4.3. Opieka ambulatoryjna

Według założeń reformy systemu opieki zdrowotnej z 1999 roku, ambulatoryjnej opiece zdrowotnej a w szczególności podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) wyznaczono specjalną rolę tzw. strażników (gate-keeper) dostępu pacjentów do systemu ochrony zdrowia. Jak zostało wspomniane wyżej niskie zasoby kadrowe w zakresie zarówno medycyny rodzinnej jak i szczupła liczba lekarzy w stosunku do liczby ludności powodują, że to kluczowe zadanie jest utrudnione. Zróżnicowanie międzywojewódzkie w zakresie liczby zatrudnionego personelu medycznego w POZ wskazuje, że najwięcej personelu w POZ według CSIOZ jest w województwie mazowieckim 247 na 100 000 mieszkańców, najmniej personelu medycznego na 100 000 mieszkańców jest zatrudnionych w woj. wielkopolskim. Wyniki te wskazują na nierówności w dostępie do POZ w Polsce. Według ekspertów Polska charakteryzuje się jednym z gorszych wskaźników w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludności w obszarze działalności POZ w UE.²¹

Według GUS w roku 2010 było zarejestrowanych 16,6 tysiąca zakładów świadczących opiekę ambulatoryjną, z czego blisko 84% stanowiły zakłady niepubliczne. Na każdego mieszkańca przypadało średnio ponad 7,4 porad ambulatoryjnych, z czego 55% udzielono w POZ, 11% stanowiły porady stomatologiczne, natomiast 34% porady specjalistyczne lekarskie (AOS). Znacząco częściej ze świadczeń ambulatoryjnych specjalistycznych korzystają kobiety. W roku 2010 stanowiły one 60,3% pacjentów korzystających z porad specjalistycznych w miastach i 71,2% korzystających na wsi. W przypadku POZ dysproporcje w korzystaniu ze świadczeń ze względu na płeć nie są już tak wyraźnie zaznaczone.

19 Curative care beds

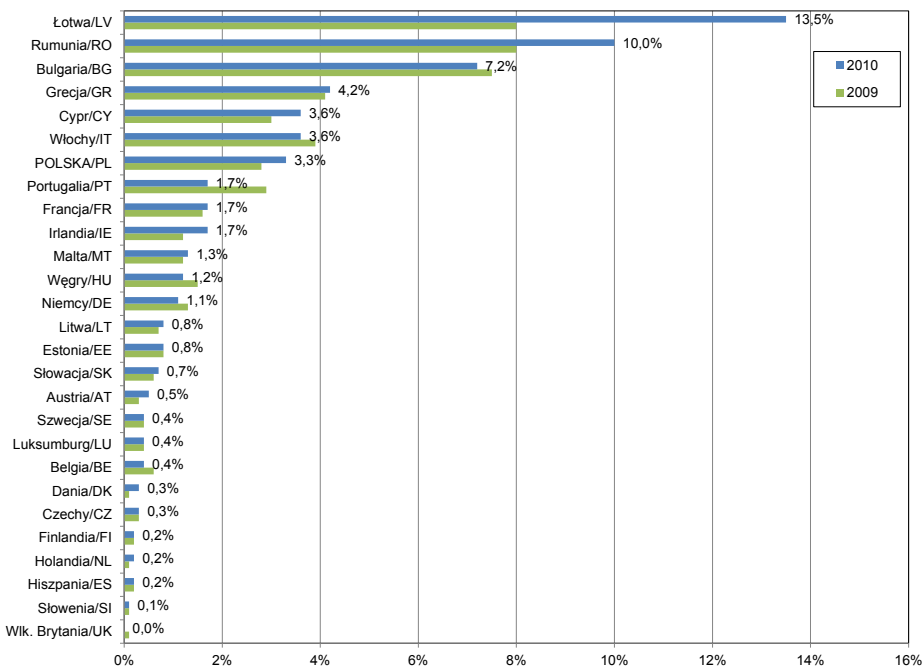
20 Dane Eurostat, aktualizacja 2012 r., dane dotyczą 2009 r.

21 Masseria C, Irwin R, i in. Primary care in Europe. Policy brief. London School of Economics. December 2009

Zróznicowany jest udział świadczeń POZ w strukturze wszystkich porad ambulatoryjnych w zależności od regionu – najwyższy był on w woj. lubuskim i wynosił 60,1%, najniższy zaś w woj. mazowieckim 48,1%.

Wiele informacji na temat dostępu do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dostarczyło Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS) przeprowadzone przez GUS w roku 2009. Wyniki badania pokazały, że w ciągu roku 73% ogółu ludności Polski skorzystało z porady lekarza POZ lub pediatry, natomiast z porady lekarza specjalisty skorzystało 45% ogółu ludności, najmniejszy odsetek – 44% populacji skorzystał z porady stomatologa. Według badania co dziewiąta badana osoba - 11% rezygnowała z porad specjalistycznych. Wśród osób, które deklarowały długotrwałe problemy zdrowotne odsetek ten był niepokojąco wyższy i wynosił 18%. Najczęstszymi utrudnieniami wskazywanymi w badaniu EHIS przez ankietowanych w Polsce były zbyt długie kolejki do specjalistów – 34,7% ankietowanych i brak czasu – 17% ankietowanych, na czwartym miejscu wśród przyczyn były wymieniane przyczyny finansowe – 12,5% badanych.

Europejskie badanie dotyczące dochodów i warunków życia (SILC) oszacowało, że niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych w Polsce w zakresie kontaktu z opieką zdrowotną (diagnostyką i leczeniem) deklaruje 3,3% ludności. Wśród osób o najniższych dochodach (pierwszy kwartył dochodów) odsetek ten był znacząco wyższy i wynosił 7,1%. Najgorsza sytuacja pod względem niezaspokojenia świadczeń zdrowotnych była notowana na Łotwie w Bułgarii oraz w Rumunii (ryc. 11.22).



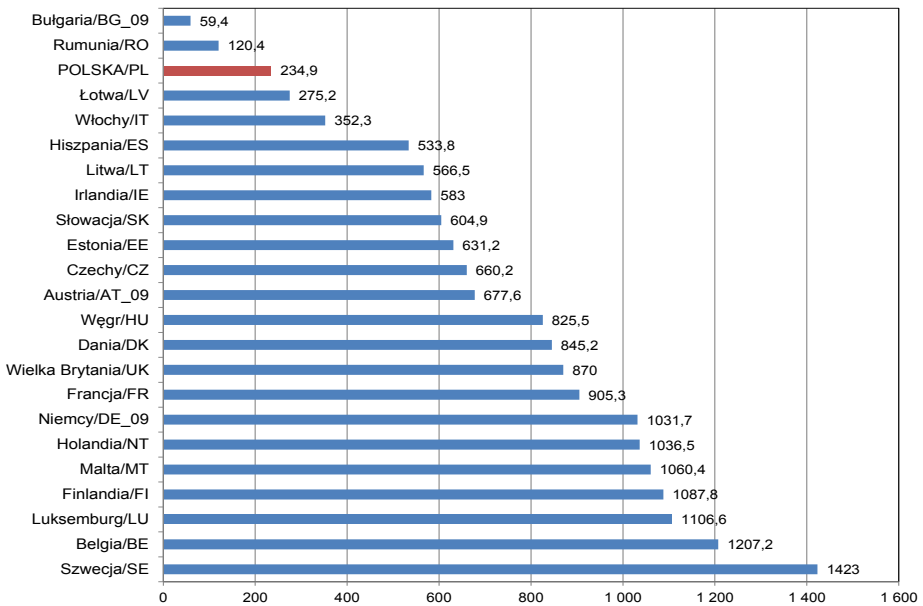
Ryc. 11.22. Odsetek osób deklarujących niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia w krajach Europy (EUROSTAT 2010)

Fig. 11.22. Percentage of population reporting unmet need for medical examination or treatment (EUROSTAT 2010)

11.4.4. Opieka długoterminowa

Polska znajduje się na etapie rozwijania kompleksowej opieki długoterminowej. Wraz ze starzeniem się ludności potrzeby w zakresie usług pielęgnacyjnych będą rosły. Eksperti wskazują na konieczność dalszego rozwoju tego rodzaju opieki, zwłaszcza, że wielu chorych wymagających takich świadczeń jest kierowanych na długotrwałe hospitalizacje do oddziałów szpitalnych. Niezbędne jest również utworzenie systemu wsparcia dla rodzin, które zapewniają usługi pielęgnacyjne najbliższym²².

Oszacowanie liczby łóżek w jednostkach opieki długoterminowej jest dosyć trudne metodologiczne. W Polsce oprócz Zakładów Opiekuńczo-Pielęgnacyjnych (ZOP), Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych (ZOL) oraz hospicjów funkcjonują również Domy Pomocy Społecznej (DPS), które należą do systemu opieki społecznej, ale w wielu opracowaniach są traktowane jako miejsca udzielania świadczeń pielęgnacyjnych długoterminowych. Według oszacowań Eurostatu, które uwzględniają metodologię rachunków zdrowia, Polska posiadała w roku 2009 ponad 231 miejsc na każde 100 000 mieszkańców w stacjonarnych zakładach opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej (liczba miejsc łącznie w ZOL, ZOP, hospicjach, ośrodkach psychiatrii sądowej, oddziałach DPS dla chorych psychicznie i somatycznie oraz dla niepełnosprawnych intelektualnie) Biorąc pod uwagę wielkość tego wskaźnika w innych państwach UE27 (Ryc. 11.23) w Polsce występuje znaczny deficyt miejsc w zakładach opieki długoterminowej.

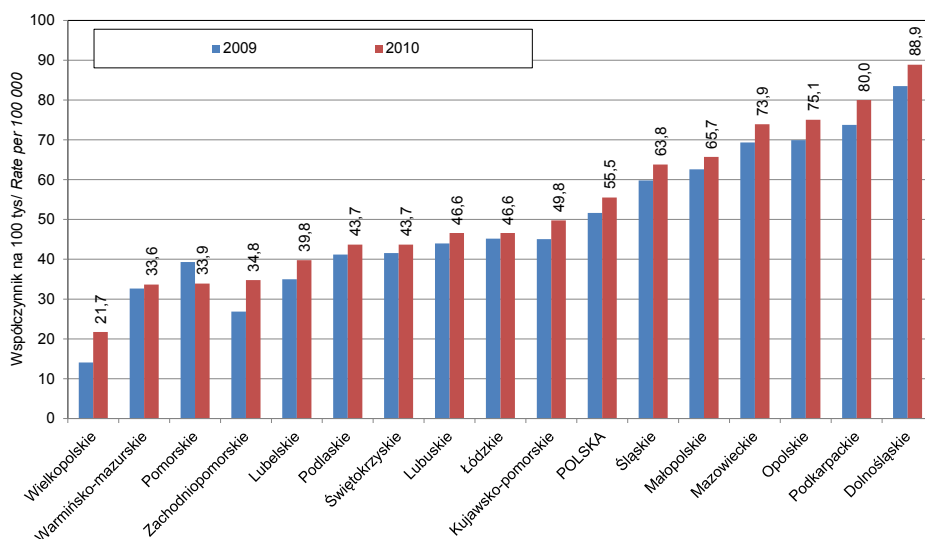


Ryc. 11.23. Liczba łóżek w stacjonarnych zakładach opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej na 100 000 mieszkańców (HP 2) w krajach UE (Eurostat)

Fig. 11.23. Available beds in nursing and residential care facilities (HP 2) per 100 000 in EU countries (Eurostat)

22 Golinowska S. The Long-Term Care System for the Elderly in Poland. ENPRI Research Report No. 83; June 2010

Przy ocenie potencjału opieki długoterminowej w kraju najbardziej adekwatne wydaje się być uwzględnienie miejsc w ośrodkach należących do systemu opieki zdrowotnej a więc we wszystkich ZOP, ZOL oraz hospicjach bez ośrodków psychiatrii sądowej oraz niektórych oddziałów DPS. We wszystkich ZOL, ZOP i hospicjach w Polsce przypada 55,5 łóżek na 100 000 mieszkańców. Trzeba przy tym wskazać, że różnice w dostępie do tych placówek na terenie kraju są znaczne. Najwięcej łóżek na 100 000 mieszkańców znajduje się w woj. dolnośląskim – 88,8 a czterokrotnie mniej w woj. wielkopolskim – 21,7 (ryc. 11.24). Dane te również skłaniają do refleksji, że infrastruktura systemu opieki długoterminowej może być gorzej rozwinięta niż wynika to z oficjalnych oszacowań przeprowadzonych przy metodologii rachunków zdrowia.



Ryc.11.24 Łączna liczba łóżek w Zakładach Opiekuńczo Pielęgnacyjnych (ZOP), Zakładach Opiekuńczo Lecznicych (ZOL) oraz w hospicjach według województw (GUS 2010)

Fig. 11.24. Available beds in nursing homes (ZOP), chronic medical care homes (ZOL) and hospices together per 100 000 population by voivodships (GUS 2010)

PODSUMOWANIE:

1. W Polsce, podobnie jak w innych krajach wydatki na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca charakteryzują się stałym wzrostem, ale różnica bezwzględna pomiędzy średnim poziomem wydatków dla ogółu krajów UE i w Polsce systematycznie powiększa się. Obecnie wydatki w Polsce w przeliczeniu na jednego mieszkańca są niższe prawie o 60% niż średnia UE.
2. W Polsce, w przeciągu ostatnich kilku lat (2000-2009) wydatki na zdrowie w ujęciu realnym wzrastały, co roku średnio o 7%, jednak w 2010 r. wzrost wyniósł tylko 0,6%.
3. Polska należy do grupy krajów Unii Europejskiej, w której wydatki na zdrowie wyrażone jako procent PKB jak również liczone per capita należą do jednych z najniższych. Na zdrowie przeznaczają się tylko 7% PKB, podczas gdy średnia dla krajów UE wynosi 9,8%.

- Różnica w wydatkach na zdrowie pomiędzy Polską a Holandią i Francją, które wydają najwięcej, wynosi odpowiednio aż 5 oraz 4,7 punktów procentowych.
4. Tylko niewiele ponad 71% całkowitych wydatków na zdrowie pokrywana jest w Polsce ze środków publicznych, co plasuje nas na jednym z najniższych miejsc. Największy udział wydatków publicznych obserwuje się w Holandii i Danii (85%) oraz w Luksemburgu i Czechach (84%).
 5. Na świadczenia lecznicze realizowane w polskich szpitalach (leczenie szpitalne) przeznaczanych jest 43% publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Jest to najwięcej spośród analizowanych krajów UE należących do OECD. Jednakże w przeliczeniu tych wydatków na jednego mieszkańca Polska (400\$) jest na jednej z niższych pozycji.
 6. Publiczne wydatki na świadczenia lecznicze realizowane w trybie ambulatoryjnym charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem. Szwecja i Finlandia przeznaczają na ten cel ok. jedną trzecią publicznych środków na ochronę zdrowia, podczas gdy Polska plasuje się na jednej z niższych pozycji wydając na ten cel 17% środków.
 7. W Polsce prawie jedna czwarta (23%) wszystkich wydatków związanych z ochroną zdrowia jest pokrywana z prywatnych środków gospodarstw domowych. Plasuje nas to na jednej z najwyższych pozycji w Unii Europejskiej. W naszym kraju najwięcej wydatków prywatnych przeznaczana jest na leki i środki nietrwałego użytku – ponad 60%, z tego dwie trzecie na leki bez recepty.
 8. W Polsce tylko 1,5% bieżących wydatków przeznaczana jest na ośrodki zajmujące się opieką długoterminową, i jedynie Portugalia wydaje na ten cel mniej – 1,4%. Najwięcej na ten cel przekazują takie kraje jak: Holandia i Dania, odpowiednio 23,4% oraz 13,4%.
 9. Tylko niewielka część wydatków na świadczenia stomatologiczne, tj. 16%, jest pokrywana w Polsce ze środków publicznych (z NFZ), co plasuje Polskę na drugim od końca miejscu w UE.
 10. Całkowite wydatki na leczenie i rehabilitację w warunkach szpitalnych w Polsce wynoszą 35% bieżących wydatków na zdrowie i należą do średnich w UE.
 11. W naszym kraju środki finansowe przeznaczane na profilaktykę oraz zdrowie publiczne w przeliczeniu na jednego mieszkańca należą do jednych z najniższych. W Holandii, Francji i Niemczech na ten cel wydawanych jest odpowiednio ponad osiem, sześć i pięć razy więcej środków.
 12. W bezpośrednich wydatkach gospodarstw domowych na zdrowie zdecydowanie przeważają wydatki na leki i artykuły medyczne. W 2010 r. stanowiły ponad 64% średnich miesięcznych wydatków na ochronę zdrowia na osobę. Drugą co do wielkości grupę wydatków stanowią koszty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (28,1%). W tej grupie przeważają wydatki na leczenie stomatologiczne (51,3%) oraz specjalistyczną opiekę medyczną (29,1%).
 13. W Polsce w roku 2010 przypadało blisko 2,1 lekarza na 1 000 osób i współczynnik ten sytuuje kraj na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów UE. Wskaźnik liczby pielęgniarek na 1 000 osób w roku 2010 wynosił 4,87 i był blisko o 1/3 niższy niż średnia dla wszystkich państw Unii Europejskiej.
 14. Struktura specjalizacji w polskim systemie opieki zdrowotnej wskazuje na istotne deficyty jeśli chodzi o dostęp pacjentów do najbardziej istotnych specjalności medycyny takich jak kardiologia, onkologia i geriatrya.
 15. Polska w porównaniu ze średnią Unii Europejskiej, charakteryzuje się wyższą wartością wskaźnika liczby łóżek ogólnych przypadających na 100 tys. mieszkańców (438,5 vs. 308,2).

-
16. Polska znajduje się na etapie rozwijania kompleksowej opieki długoterminowej, różnice w dostępie do placówek ZOP, ZOL i hospicjów na terenie kraju są znaczne. Najwięcej łóżek na 100 000 mieszkańców we wszystkich ww. jednostkach znajduje się w woj. dolnośląskim – 88,8 a czterokrotnie mniej w woj. wielkopolskim – 21,7.