SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI I JEJ UWARUNKOWANIA – SYNTEZA

Pod redakcją
Bogdana Wojtyniaka
i Pawła Goryńskiego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny

Warszawa 2018

sytuacja_zdrowotna_2017k.indb 1 2019-01-02 07:55:38

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
– PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

© Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny, 2018

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
dr hab. Piotr Tyszko

Redakcja techniczna:
Jakub Stokwiszewski (NIZP-PZH)
Aneta Trochonowicz (NIZP-PZH)

Projekt okładki:
Marta Kaczanowska (NIZP-PZH)

ISBN 978-83-65870-15-5

„Publikacja finansowana ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020
w ramach umowy nr 6/7/4/NPZ/FRPH/2018/1094/110 oraz ze środków funduszu prewencyjnego
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A."

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

Przygotowanie publikacji do druku:
Agata Mościcka, biały-ogród.pl

Druk i oprawa:
WWW.TOTEM.COM.PL

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne **7**
Od redaktorów **9**
Najważniejsze fakty **13**

1. Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej **35**
Bogdan Wojtyniak, Barbara Rubikowska, Jakub Stokwiszewski

2. Długość życia i umieralność ludności Polski **51**
Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Barbara Rubikowska, Paweł Goryński, Tomasz Zdrojewski

2.1. Zmiany w czasie i zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców Polski 52
2.2. Długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w innych krajach Unii Europejskiej 61
2.3. Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej 64
2.4. Umieralność według płci i wieku 67
2.5. Umieralność według przyczyn 68
2.6. Umieralność z powodu chorób układu krążenia 72
2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych 81
2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów 88
2.9. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego 93
2.10. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego 95
2.11. Umieralność z powodu przyczyn, którym można zapobiegać oraz tych, które można skutecznie leczyć 97
2.12. Umieralność niemowląt 101
2.13. Umieralność w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w krajach Unii Europejskiej 105

3. Chorobowość hospitalizowana **123**
Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Wojciech Seroka, Mirosław Wysocki

3.1. Hospitalizacja wg przyczyn 123
3.2. Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w czasie 129

3.3. Porównania międzynarodowe hospitalizacji 130
3.4. Hospitalizacja według wybranych przyczyn w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej 132
3.5. Hospitalizacja w Polsce z powodu przyczyn uznanych przez OECD jako wskaźnikowe dla oceny jakości systemu ochrony zdrowia 137
3.6. Śmiertelność szpitalna 140

4. Wyleczalność chorych na nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźnik 5-letnich przeżyć w latach 2000-2014. Zróżnicowanie między województwami 147
Katarzyna Kwiatkowska, Anna Zielińska, Aleksandra Gliniewicz, Dorota Dudek-Godeau, Magdalena Bielska-Lasota

4.1. Wskaźnik 5-letnich przeżyć w Polsce: jego zróżnicowanie oraz zmiany w latach 2000-2014 148
4.2. Omówienie zróżnicowania i zmian wskaźnika 5-letnich przeżyć w Polsce 148

5. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania 151
Daria Biechowska, Daniel Rabczenko, Bożena Moskalewicz

5.1. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej 152
5.2. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej 155

6. Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze 161
Małgorzata Sadkowska-Todys, Iwona Paradowska-Stankiewicz, Magdalena Rosińska, Mirosław P. Czarkowski

7. Choroby alergiczne, astma i inne stany zapalne dróg oddechowych 193
B. Samoliński, J. Kruszewski, R. Gawlik, M. Kupczyk, E. Czarnobilska, Z. Bartuzi

7.1. Astma oskrzelowa 194
7.2. Alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa 194
7.3. Atopowe zapalenie skóry 195
7.4. Alergie pokarmowe 195
7.5. Nadwrażliwości na leki 195
7.6. Pokrzywka 196
7.7. Anafilaksja 196
7.8. Podsumowanie i wnioski 196

8. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia 199
Rafał Halik, Wojciech Seroka

8.1. Ogólna charakterystyka częstości wypadków wśród mieszkańców Polski 199
8.2. Upadki 203
8.3. Wypadki drogowe 204
8.4. Wypadkowe zatrucia 206

8.5. Wypadkowe utonięcia ... 208
8.6. Działanie dymu, ognia i płomieni ... 209

9. Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy w latach 2015-2017 w badaniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ... 213
Ewa Karczewicz

9.1. Absencja chorobowa – przyczyny i skala zjawiska ... 213
9.2. Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych wydawanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych ... 218

10. Samoocena stanu zdrowia dorosłych Polaków – wyniki badania terenowego 229
Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Jakub Stokwiszewski, Rafał Halik, Roman Topór-Mądry, Grzegorz Juszczyk

10.1. Ludność Polski ogółem ... 230
10.2. Ludność mieszkająca na wsi i w miastach ... 233
10.3. Ludność według poziomu wykształcenia ... 235
10.4. Ludność według sytuacji materialnej ... 238

11. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia ... 243
Anna Poznańska, Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak

11.1. Palenie tytoniu ... 244
11.2. Spożycie alkoholu ... 248
11.3. Nadwaga i otyłość ... 251
11.4. Spożycie warzyw i owoców ... 253
11.5. Aktywność fizyczna ... 256
11.6. Polska na tle krajów Unii Europejskiej ... 256

12. Zagrożenia środowiskowe – skutki zdrowotne krótkookresowego narażenia na pył zawieszony PM2,5 ... 261
Krzysztof Skotak

13. Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu w projektach programów polityki zdrowotnej zgłoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego do oceny AOTMiT w 2017 r. ... 265
Katarzyna Lewtak, Anna Poznańska, Dorota Cianciara, Larysa Sugay, Ewa Urban, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Anna Rutyna, Magdalena Krysińska

13.1. Ogólna charakterystyka programów ... 265
13.2. Tematyka programów polityki zdrowotnej ... 266
13.3. Interwencje w projektach programów polityki zdrowotnej ... 267
13.4. Populacje docelowe programów ... 268
13.5. Sytuacja społeczna i zdrowotna w powiatach ... 268

13.5.1. Indeks deprywacji (ID) ... 269
13.5.2. Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR) ... 270
13.5.3. Indeks powiatowy (DSP) ... 270
13.7. Wnioski i rekomendacje ... 272

14. Wydatki na ochronę zdrowia oraz infrastruktura systemu opieki zdrowotnej w Polsce ... 275
Aleksandra Czerw, Olga Partyka, Monika Pajewska, Joanna Bulira-Pawełczyk, Katarzyna Kwiatkowska, Mariusz Tarhoni

14.1. Personel medyczny w systemie ochrony zdrowia ... 277
14.2. Lecznictwo szpitalne ... 280
14.3. Podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna ... 281
14.4. Opieka długoterminowa ... 281
14.5. Mierniki efektywności wydatkowania pieniędzy w sektorze ochrony zdrowia ... 283

15. Główne problemy dotyczące zdrowia Polaków w świetle najnowszych wyników badania „Global Burden of Disease Study (GBD)" 2017 ... 287
Roman Topór-Mądry, Bogdan Wojtyniak, Grzegorz Juszczyk, Daniel Rabczenko, Tomasz Zdrojewski

15.1. Wykorzystanie danych w Polsce ... 287
15.2. Główne elementy profilu Polski ... 288

SŁOWO WSTĘPNE

W roku jubileuszu 100-lecia Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oddajemy w Państwa ręce raport podsumowujący aktualną sytuację zdrowotną Polaków oraz jej uwarunkowania. W jego powstanie zaangażowany jest liczny zespół naukowców z NIZP-PZH oraz ekspertów z innych instytucji naukowych oraz urzędów, co warto podkreślić w kontekście wielodyscyplinarnego charakteru zdrowia publicznego. Podejmowanie wyzwań takich jak promowanie unikania wyrobów zawierających nikotynę czy ograniczanie występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży wymaga współpracy zarówno specjalistów sektora ochrony zdrowia, jak i przedstawicieli innych resortów i zawodów. Dla każdego z nich raport będzie mapą drogową, która pozwala na wytyczenie kierunków interwencji.

Jesteśmy przekonani, że zarówno dane przedstawione w raporcie jak i ich naukowa interpretacja będą pomocne w podejmowaniu decyzji o priorytetach polityki zdrowotnej w skali makro i mikro. Wobec bardzo szerokiego zakresu problemów zdrowia publicznego oraz nadal ograniczonych zasobów finansowych i kadrowych dedykowanych do prowadzenia interwencji prewencyjnych wybór najważniejszych obszarów działania jest fundamentalnym wymogiem efektywności. Według danych OECD na działania za zakresu zdrowia publicznego wydajemy w Polsce 2,5% całkowitych wydatków na zdrowie, zatem sposób wydatkowania tych środków szczególnie powinien być oparty na faktach i dowodach naukowych. Szczególnie, że w wartościach bezwzględnych całkowite wydatki na zdrowie w Polsce należą do jednych z najniższych w Europie – niższe kwoty na zdrowie przeznaczają jedynie Bułgaria i Rumunia. Planowanemu w kolejnych latach zwiększeniu nakładów na zdrowie powinna towarzyszyć dyskusja jak środki te alokować zgodnie z obecnymi i przyszłymi potrzebami zdrowotnymi ludności zgodnie z wnioskami z niniejszego raportu.

Aby w pełni realizować misję NIZP-PZH, do której należy stałe monitorowanie sytuacji zdrowotnej ludności, konieczny jest jak najszerszy dostęp do danych umożliwiających przeprowadzenia analiz. Liczymy, że w kolejnych latach zbiory

danych publicznych będą udostępniane i integrowane w sposób umożliwiający łączenie informacji o stanie zdrowia i statusie społeczno-ekonomicznym, a dodatkowo rozpoczęte zostaną nowe wieloletnie populacyjne badania epidemiologiczne.

Mam nadzieję, że niniejszy raport będzie stanowił inspirującą lekturę dla wszystkich, którzy z dociekliwości naukowej, potrzeby zawodowej lub po prostu dzielą z nami pasję do zdrowia. Pracownicy naukowi i dydaktyczni, praktycy zdrowia publicznego w urzędach administracji rządowej, inspekcji sanitarnej, jednostkach samorządu terytorialnego czy w podmiotach leczniczych a także studenci medycyny czy nauk o zdrowiu. Wykorzystajmy wspólnie wnioski z raportu do racjonalnego działania na rzecz zdrowia obywateli.

Dr n. med. Grzegorz Juszczyk

Dyrektor
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny

OD REDAKTORÓW

Monitorowanie stanu zdrowia ludności stanowi niezbędny element działań strategicznych i operacyjnych na rzecz utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa. Cele monitoringu zdrowia to przede wszystkim pomiar rozmiaru problemów zdrowotnych, ich trendów i stopnia zróżnicowania pomiędzy różnymi grupami ludności i identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego.

Prezentowany obraz stanu zdrowia ludności opiera się na możliwie wszystkich dostępnych w momencie tworzenia raportu danych pochodzących przede wszystkim z rutynowych systemów informacyjnych. Większość z tych systemów funkcjonuje w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej zatwierdzanego co roku przez Prezesa Rady Ministrów. Ponadto w raporcie wykorzystano dane zawarte w uznanych międzynarodowych bazach danych w tym w szczególności bazach w bazie danych EUROSTATu oraz OECD i WHO. W kilku przypadkach wykorzystano opublikowane wyniki międzynarodowych projektów badawczych, w których uczestniczą twórcy raportu. Trzeba zwrócić uwagę, że w obecnym raporcie wykorzystano też dane pochodzące z ankietowego badania trzytysięcznej reprezentatywnej próby losowej dorosłych mieszkańców Polski, przeprowadzonego przez NIZP-PZH w październiku 2018 r. Część z nich została przedstawiona w rozdziale poświęconym samoocenie zdrowia oraz w rozdziale poświęconym rozpowszechnieniu czynników ryzyka zdrowotnego związanych ze stylem życia. W ramach prezentowania w sposób bardziej szczegółowy wybranych problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa w obecnym Raporcie omówione zostały choroby alergiczne w rozdziale przygotowanym przez zespół wybitnych specjalistów pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Ponadto w ostatnim rozdziale Raportu omówiono w skrócie najważniejsze wyniki z badania Global Burden of Disease edycja 2017, pokazane w tzw. profilu krajowym dla Polski, które zostały upublicznione w listopadzie br.

sytuacja_zdrowotna_2017k.indb 9 2019-01-02 07:55:39

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 należących do stosunkowo niewielkiej grupy chorób objętych specjalnymi rejestrami lub obowiązkową zgłaszalnością. Luka ta powinna zostać wypełniona przez system generujący rutynowo dane z podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz sprzedaży leków. Wykorzystanie tych danych pozwoli na lepsze oszacowania rozpowszechnienia chorób przewlekłych, dla których nie są prowadzone rejestry. Trzeba jednak podkreślić, że z punktu widzenia monitorowania efektów działań prowadzonych w ramach realizacji NPZ, aktualne systemy informacyjne dotyczące zdrowia zawierają mało informacji o statusie społeczno-ekonomicznym poszczególnych osób a łączenie danych z różnych systemów jest w chwili obecnej praktycznie niemożliwe.

Ze względu na wspomniane ograniczenia tzn. znaczne rozproszenie źródeł danych o stanie zdrowia ludności Polski i brak w wielu przypadkach możliwości uzyskania informacji w przekroju społeczno-demograficznym, wydaje się bardzo potrzebne zorganizowania Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia i Odżywienia na wzór *National Health and Nutrition Examination Survey* prowadzonego w USA od lat 60-tych ubiegłego wieku przez *National Center for Health Statistics (NCHS)*, który jest agendą *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* w Atlancie. Skierowane byłoby ono do całej populacji, w pełnym przekroju demograficzno-społecznym oraz geograficznym, łącząc badania ankietowe, pomiary antropometryczne, fizjologiczne oraz analizy laboratoryjne. Pozwoliłoby ono na znacznie lepsze monitorowanie stanu zdrowia ludności z uwzględnieniem występowania czynników ryzyka, jego zróżnicowania społecznego oraz zaspokojonych i niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych.

Prezentowane opracowanie jest osiemnastym w serii zapoczątkowanej przez PZH w 1977 r. Autorzy i redaktorzy mają świadomość, że nie wyczerpuje ono niezwykle rozległego tematu jakim jest zdrowie społeczeństwa, a problematyka każdego rozdziału zasługuje na osobny raport (szczegółowe opracowania dotyczące problemów chorób zakaźnych, psychicznych, nowotworów, chorób zawodowych są przygotowywane przez odpowiednie instytuty resortu zdrowia). Sądzimy jednak, że to właśnie prosta, syntetyczna analiza pokazująca dynamikę zjawisk w kraju oraz ich kontekst międzynarodowy jest niezbędna dla prowadzenia racjonalnej polityki zdrowotnej. Mamy nadzieję, że prezentowane opracowanie będzie dobrze służyło wszystkim osobom i organizacjom działającym na polu zdrowia publicznego a także wszystkim tym, którzy dążą

sytuacja_zdrowotna_2017k.indb 10 2019-01-02 07:55:39

do poprawy stanu zdrowia polskiego społeczeństwa. Na zakończenie autorzy zapraszają czytelników na stronę internetową Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego celem pobrania wersji elektronicznej (PDF) tego opracowania a także wcześniejszych wersji oraz innych interesujących opracowań dotyczących zdrowia ludności Polski. Szczególnie polecamy odwiedzenie Bazy Wiedzy na temat nierówności w zdrowiu, oraz interaktywnej mapy dotyczącej zdrowia ludności Polski prezentowanej do poziomu powiatów z możliwością wydruku krótkich raportów dla tych jednostek terytorialnych.

NAJWAŻNIEJSZE FAKTY

WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

1. Liczba ludności Polski zmniejszała się w latach 2011-2016 ale w 2017 r. nastąpił jej niewielki wzrost i w końcu tego roku wynosiła 38 434 tys. osób, 7,4% ogółu ludności UE28, co plasowało nasz kraj na szóstym miejscu wśród krajów Unii. W 2017 r. przyrost naturalny w Polsce miał ujemną wartość w miastach i dodatnią na wsi.
2. Kobiety stanowią ponad połowę ogółu ludności (51,6%) ale nadwyżkę liczebną nad mężczyznami osiągają dopiero w grupie wieku 50-54 lata i w coraz starszych grupach wieku zwiększa się ona bardzo szybko. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypadają już 154 kobiety zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 260 kobiet.
3. Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE28), ale jak wynika z prognozy Eurostatu ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać i w połowie obecnego wieku zarówno mediana wieku jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe od przeciętnych dla krajów Unii.
4. Liczba urodzeń żywych w latach 2016 i 2017 wzrastała zarówno w miastach jak i na wsi.
5. Odsetek dzieci rodzących się poza związkiem małżeńskim w 2017 r. nieznacznie obniżył się ale i tak obecnie prawie co czwarte rodzące się dziecko jest urodzone poza związkiem małżeńskim, a w woj. zachodniopomorskim i lubuskim nawet prawie 40%. Udział tych urodzeń w Polsce jest stosunkowo niski w porównaniu z innymi krajami europejskimi i tylko w trzech krajach UE odsetek tej grupy noworodków jest niższy niż w naszym kraju.
6. Po roku 2013 obserwuje się w Polsce niewielką tendencję spadkową częstości urodzeń o niskiej masie urodzeniowej (w 2017 r. 5,7%) i występują one rzadziej niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej (w 2015 r. 7,1%).

W okresie 2009-2017 najmniej korzystna sytuacja występowała w woj. śląskim, łódzkim, zachodniopomorskim i lubelskim.

7. Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym wyraźnie wzrasta w Polsce od szeregu lat to jednak dla mężczyzn w wieku 25-64 lata jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE, natomiast dla kobiet jest wyższy od przeciętnego dla UE28.
8. Za korzystny proces należy uznać zmniejszanie się zróżnicowania dochodów, które w ostatnich latach jest w Polsce na poziomie niższym od przeciętnego dla krajów UE.
9. Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w naszym kraju jest obecnie na poziomie niższym od przeciętnego dla UE. Największą poprawę obserwuje się w przypadku dzieci i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast brak jest poprawy w przypadku osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej, ale również w tej grupie odsetek osób zagrożonych jest niższy od przeciętnego dla krajów UE. W Polsce zagrożenie ubóstwem od szeregu lat jest najbardziej nasilone w woj. warmińsko-mazurskim.
10. Poziom bezrobocia ogółem jak również długotrwałego jest w Polsce niższy od przeciętnego dla krajów UE i zalicza się do jednego z niższych w UE. Województwami gdzie sytuacja w zakresie bezrobocia jest najgorsza są warmińsko-mazurskie a ponadto kujawsko-pomorskie i podkarpackie. Za niekorzystny należy uznać fakt znacznie mniejszych możliwości wykonywania pracy w niepełnym wymiarze w Polsce w porównaniu z ogółem krajów UE i OECD, co występuje szczególnie wyraźnie w przypadku kobiet.
11. Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach Unii a szczególnie wyraźnie występuje to w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań. Natomiast Polacy rzadziej niż ogół mieszkańców UE mieszkają w mieszkaniach złej jakości.
12. Ostatni (2018 r.) Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI) plasuje Polskę podobnie jak w 2014 r. na 20 miejscu w Unii Europejskiej i na 33 miejscu w świecie, co oznacza przesunięcie o trzy miejsca do góry.

DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI

13. Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski wskazuje, że stan zdrowia ludności stopniowo poprawia się, ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuację należy uznać za jeszcze wciąż niezbyt niezadowalającą.
14. W 2017 r. długość życia mężczyzn wynosiła 74,0 lata a kobiet była o 7,8 roku dłuższa i wynosiła 81,8 lat. **Niepokojący jest fakt**, że w ostatnich latach 2014-2017 długość życia zarówno mężczyzn jak i kobiet wzrosła zaledwie

o 0,2 roku. Jest to najmniej korzystny trzyletni okres pod względem wzrostu długości życia jaki obserwujemy po roku 1991. Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 61,3 lat (83% długości życia) a kobiety 64,6 lat (79%) natomiast w przypadku osób starszych kobiety w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (43% tzn. 8,9 lat,) natomiast mężczyźni 51% (8,2 lat).

15. Długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – wg danych WHO w 2015 r. o 4,6 lat, natomiast w przypadku kobiet różnica jest znacznie mniejsza i wynosi 1,9 roku. Obecna długość życia polskich mężczyzn jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE była w 1999 r. a więc 16 lat temu a długość życia Polek jest równa tej jaka była około 11 lat temu.
16. Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne – w roku 2016 mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli ok. 5,6 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy zasadnicze zawodowe), a aż o ok. 12,0 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym. Te niekorzystne różnice są w miarę stałe w latach 2008-2016. W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia są ponad dwukrotnie mniejsze niż wśród mężczyzn i wynoszą odpowiednio 2,6 i 5,1 lat i również są w miarę stałe w latach 2008-2016. Trzydziestoletni mężczyźni z wykształceniem wyższym w Polsce mogą oczekiwać krótszego dalszego życia o 2-3,5 lat w porównaniu z rówieśnikami o takim wykształceniu z Europy zachodniej, natomiast w przypadku mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym lub podstawowym różnica wynosi 8-11 lat. W przypadku kobiet te różnice są mniejsze ale mają podobny charakter.
17. Nadal najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; natomiast przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi gdzie mieszkańcy żyją nawet krócej niż mieszkańcy małych miasteczek. Trzeba podkreślić, że zróżnicowanie długości życia związane z kategorią miejscowości zamieszkania stopniowo ulega zmniejszeniu.
18. Już od wielu lat mężczyźni najkrócej żyją w województwie łódzkim – w 2017 r. o 3,7 lat krócej niż mieszkający w najlepszym pod względem długości życia województwie podkarpackim, a kobiety w województwach łódzkim i śląskim – obecnie o 2,3 lat krócej niż mieszkanki woj. podkarpackiego. Fakt zamieszkiwania w mieście lub na wsi w stosunkowo niewielkim stopniu przyczynia się do różnicowania długości życia Polaków.

Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej od mieszkających na wsi, w 2017 r. o 1,1 roku, natomiast długość życia mieszkanek miast i wsi jest obecnie taka sama.

19. Za krótsze życie polskich mężczyzn w porównaniu z mieszkańcami większości innych krajów UE w decydującym stopniu odpowiada większa ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25-64 lata, a przede wszystkim w wieku 45-64 lata. Natomiast w przypadku polskich kobiet, to że żyją one krócej niż mieszkanki krajów Europy w ponad połowie wynika z wyższej umieralności w starszym wieku tzn. 65 lat i więcej.
20. Umieralność niemowląt w Polsce jest jeszcze wyższa od przeciętnej w krajach UE i na każde 10 000 urodzeń żywych w Polsce w każdym roku lat 2015-2017 przed ukończeniem pierwszego roku życia umierało 40 dzieci podczas gdy w UE przeciętnie 36 (2016 r.).
21. Poziom umieralności niemowląt znacznie różni się w poszczególnych województwach. W woj. śląskim, warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim umieralność niemowląt w latach 2014-2017 była cały czas wyższa od ogólnopolskiej, natomiast w woj. mazowieckim, małopolskim i pomorskim w całym czteroletnim okresie była ona poniżej poziomu ogólnopolskiego.
22. Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat **choroby układu krążenia** (ChUK) odpowiedzialne w 2016 r. za 43,3% ogółu zgonów. Natężenie umieralności z powodu ChUK stopniowo zmniejsza się od roku 1991. Choroby te stanowią najważniejszą przyczyną umieralności w przypadku mężczyzn w wieku 45-54 lata i 70 lat i starszym, natomiast wśród kobiet dopiero w wieku powyżej 74 lat. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są **choroby serca (**60,6% ogółu zgonów z powodu ChUK), znacznie mniejszą grupę stanowią **choroby naczyń mózgowych** (ChNM) (17,3% zgonów ChUK). W latach 2015-2016 poziom umieralności z powodu ChUK był najniższy w woj. podlaskim, a zdecydowanie najwyższy w woj. świętokrzyskim. We wszystkich województwach zarówno choroby serca jak i choroby naczyń mózgowych (poza woj. opolskim) bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast. Związek poziomu umieralności z powodu obu grup chorób z poziomem deprywacji w powiatach jest umiarkowany. Zagrożenie życia zarówno chorobami serca jak i ChNM jest w Polsce znacznie większe niż w większości krajów UE ale tylko w przypadku ChNM ta niekorzystna różnica zmniejsza się. Wysoka umieralność z powodu chorób układu krążenia, w tym szczególnie chorób serca, jest główną przyczyną krótszej długości życia kobiet i mężczyzn w Polsce w porównaniu z mieszkańcami większości krajów UE.

23. **Nowotwory złośliwe** są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25,8% ogółu zgonów w 2016 r.), w ostatnich latach standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu nie wykazują trendu spadkowego a ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów trochę wzrasta. Nowotwory ogólnie stanowią większy problem zdrowotny dla mężczyzn niż kobiet i nadwyżka umieralności z ich powodu mężczyzn w stosunku do kobiet jest większa niż w przypadku chorób serca i naczyń. Nowotwory złośliwe ogółem zarówno obecnie jak i w całym okresie lat 2000. najbardziej zagrażają życiu mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego, pomorskiego i kujawsko-pomorskiego. Największym zagrożeniem życia mężczyzn i kobiet jest rak tchawicy, oskrzela i płuca (większym niż dla ogółu mieszkańców UE), a współczynniki umieralności z jego powodu maleją tylko wśród mężczyzn. Najwyższy poziom umieralności z powodu tego nowotworu w całym okresie lat 2000. występuje właśnie w woj. warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim. **Poziom umieralności kobiet z powodu raka piersi w trzynastu województwach w latach 2015/2016 był wyższy niż pięć lat wcześniej,** a obniżył się tylko w trzech. Do województw o najwyższym poziomie umieralności kobiet ogółem z powodu tego nowotworu zaliczają się woj. wielkopolskie i śląskie. Generalnie sytuacja w Polsce pod względem umieralności z powodu nowotworów złośliwych jest niekorzystna w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia.
24. **Zewnętrzne przyczyny zgonów** od roku 2015 są dopiero piątą co do znaczenia grupą przyczyn umieralności ogółu ludności Polski (4,9% ogółu zgonów w 2016 r.) gdyż w ostatnich dwóch latach zostały wyprzedzone przez choroby układu oddechowego. Stanowią one jednak czwartą przyczynę zgonów mężczyzn i są największym zagrożeniem życia osób w wieku 5-44 lata, w przypadku których w 2016 r. były odpowiedzialne za 34% zgonów. Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach. Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych ma długotrwały trend spadkowy, który dla mężczyzn wyraźnie przyspieszył w ostatnich latach, ale poziom umieralności jest wciąż znacznie wyższy od przeciętnego w UE. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają samobójstwa, upadki i dopiero na trzecim miejscu wypadki komunikacyjne. Obserwuje się wyraźny wzrost współczynników umieralności mężczyzn z powodu przyczyn zewnętrznych, w tym samobójstw oraz wypadków komunikacyjnych, wraz ze zwiększaniem się poziomemu deprywacji w powiatach zamieszkania. Wskazuje to na pilną potrzebę wzmocnienia działań prewencyjnych

w odniesieniu do obu tych istotnych problemów zdrowia publicznego w powiatach zagrożonych deprywacją.

25. W 2016 r. w Polsce trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów była **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). Sytuacja ta dotyczyła co trzynastego zgonu. Na szczególną uwagę zasługuje bardzo duże zróżnicowanie międzywojewódzkie częstości zgonów z powodu tych przyczyn. Bardzo niekorzystnie wyróżniają się woj. łódzkie, lubelskie i lubuskie. Jest to jedno ze świadectw dużych różnic w rozpoznawaniu przyczyn zgonów w województwach i niezadawalającej jakości systemu orzekania o przyczynach zgonów w naszym kraju, który to system pilnie wymaga naprawy.
26. W przypadku kobiet zdecydowanie dominującą przyczyną utraconych przedwcześnie lat życia (PYLL) są nowotwory złośliwe, które odpowiadają aż za 40% PYLL, natomiast choroby układu krążenia mają znaczenie o połowę mniejsze. Wśród nowotworów do przedwczesnej umieralności kobiet w największym stopniu przyczyniają się rak tchawicy, oskrzela i płuca oraz rak sutka. W przypadku mężczyzn za największe obciążenie przedwczesną utratą życia odpowiadają choroby układu krążenia (24,1%), nowotwory złośliwe (22,5%) oraz przyczyny zewnętrzne (18,3%). Wśród ChUK dominującą przyczynę przedwczesnych zgonów mężczyzn stanowią choroby serca, które odpowiadają za ponad czterokrotnie więcej utraconych potencjalnych lat życia niż choroby naczyń mózgowych. W latach 2000-2016 w największym stopniu zmniejszyło się obciążenie przedwczesną umieralnością spowodowaną przyczynami zewnętrznymi. Ta korzystna długookresowa tendencja była spowodowana przede wszystkim zmniejszeniem się zagrożenia życia spowodowanym wypadkami komunikacyjnymi, a w ostatnich dwóch latach również samobójstwami oraz upadkami. W latach 2000-2016 wyraźnie zmniejszyło się obciążenie przedwczesnymi zgonami z powodu ChUK zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Znacznie mniejsza jest poprawa w przypadku nowotworów złośliwych. Trzeba podkreślić zatrzymanie się w 2016 r. tendencji wzrostowej współczynnika PYLL dla raka płuca kobiet. Za bardzo niepokojący należy uznać duży wzrost w 2016 r. utraconych potencjalnych lat życia zarówno mężczyzn jak i kobiet z powodu zgonów związanych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi użyciem alkoholu (w stosunku do 2014 r. odpowiednio o 94,4% i 70,7%).
27. Międzywojewódzkie zróżnicowanie poziomu umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć oraz tych, którym można skutecznie

zapobiegać wskazuje na istniejące duże potencjalne możliwości poprawy zdrowia Polaków poprzez działania z zakresu zdrowia publicznego jak i medycyny klinicznej. Za pozytywny należy uznać fakt braku związku poziomu umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć z poziomem deprywacji w powiatach co wskazuje, że fakt gorszych możliwości zaspokojenia potrzeb społeczno-ekonomicznych przez mieszkańców powiatu nie rzutuje w sposób systemowy na ich możliwość korzystania ze skutecznej opieki medycznej.

CHOROBOWOŚĆ HOSPITALIZOWANA

28. W roku 2016 hospitalizowano w szpitalach ogólnych w Polsce 3627 tys. mężczyzn i 4489 tys. kobiet. Współczynniki hospitalizacji ogółem wynosił 2112 na 10 tys. ludności. Pacjenci szpitali byli leczeni najczęściej z powodu chorób układu krążenia (13,5% hospitalizowanych), nowotworów oraz urazów i zatruć (po 8,9% hospitalizowanych), oraz chorób układu moczowo-płciowego i trawiennego i oddechowego, (odpowiednio 7,6%, 7,5, 6,6% hospitalizowanych).
29. Jeśli uwzględnić liczby bezwzględne kobiety są hospitalizowane częściej niż mężczyźni (różnica 861 tys.), ale jak wynika z analizy większości przyczyn chorobowych po standaryzacji współczynników mężczyźni są bardziej narażeni na hospitalizację z powodu większości głównych przyczyn pobytu w szpitalu. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji kobiet są wyższe tylko w przypadku: chorób układu moczowo płciowego, zaburzeń endokrynologicznych, nadciśnienia tętniczego oraz nowotworów.
30. Mężczyźni i kobiety z miast korzystają z leczenia szpitalnego odpowiednio o 10 i 9% częściej niż mieszkańcy wsi i różnica ta powiększyła się w porównaniu z poprzednio prezentowanym raportem. Są jednak przyczyny hospitalizacji: choroby naczyń mózgowych i zespół sercowo-płucny, z powodu których częściej hospitalizowani są mieszkańcy wsi zarówno mężczyźni jak i kobiety. Kobiety ze wsi przebywają też w szpitalu częściej, niż mieszkanki miast w związku z porodem a także z powodu ogółu chorób układu krążenia i choroby nadciśnieniowej.
31. Po roku 2003 nastąpił w wielu krajach spadek współczynnika hospitalizacji spowodowany zmianą organizacji opieki zdrowotnej. Polska znajduje się w grupie krajów UE o niższej od średniej częstości hospitalizacji ogółem, ale w ostatnich latach współczynnik hospitalizacji stale wzrastał.
32. Hospitalizacja ludności w Polsce różni się od większości krajów UE dużą częstością leczenia osób najmłodszych (poniżej 5 lat), przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75 roku życia.

33. Długość pobytu w szpitalu dla wszystkich przyczyn ogółem w Polsce należy do najkrótszych w krajach UE, jednak dla niektórych rozpoznań należy do najdłuższych, jak to ma miejsce w przypadku hospitalizacji wyrostka robaczkowego i zaćmy.
34. 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 1980-2016 z 22% do 6,0%. Natomiast 30 dniowa śmiertelność z powodu zawału serca publikowana przez OECD dla Polski wynosi 4,4%[1] i jest trzecią najniższą po Norwegii (3,7%), Szwecji i Danii wśród krajów członków tej organizacji.
35. Niepokojąco wysoka jest natomiast w Polsce śmiertelność z powodu udaru mózgu w latach 2004-2014. Częstość zgonów w szpitalu powodu krwotoku mózgowego ulegała nawet pogorszeniu: (28,5% w 2004 r. a 32% w 2016 r.). Natomiast pewnej poprawie, z pewnymi wahaniami w latach 2004-2014 uległa śmiertelność zarówno z powodu zatoru mózgu (14,2% w 2004 r. i 12,0 w 2016 r.) jak i udaru nieokreślonego (z 23,7 w 2004 r. na 14,0 w 2016 r.).
36. Wskaźniki, jakości sytemu opieki zdrowotnej ustalone przez OECD kształtują się, za wyjątkiem hospitalizacji cukrzycy, na poziomie wyższym niż w krajach „starej Unii", ale wykazują tendencję pożądanych zmian, za wyjątkiem POChP.
37. Częstość hospitalizacja osób starszych w wieku powyżej 65 lat rośnie niewspółmiernie szybciej (dwukrotnie) w porównaniu do hospitalizacji osób poniżej 65 roku życia.

WYLECZALNOŚĆ CHORYCH NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W POLSCE – WSKAŹNIK 5-LETNICH PRZEŻYĆ W LATACH 2000-2014. ZRÓŻNICOWANIE MIĘDZY WOJEWÓDZTWAMI

38. W latach 2000-2014 w Polsce, w większości analizowanych chorób nowotworowych wskaźnik 5-letnich przeżyć poprawił się. Jego wartość wzrosła u chorych na raka piersi, gruczołu krokowego oraz czerniaka skóry i zmiany te dotyczyły wszystkich lub prawie wszystkich województw w kraju. Jednakże, tym korzystnym zmianom, co najmniej od roku 2010 towarzyszy wzrost umieralności na te nowotwory.
39. Niewielka, lecz systematyczna poprawa przeżyć u chorych na raka jelita grubego oraz zmniejszające zróżnicowanie pomiędzy województwami wraz z obniżającym się trendem umieralności wskazują na korzystny kierunek zmian i umiarkowaną poprawę w obszarze zwalczania tego nowotworu w Polsce.

[1] Dla osób 45 i więcej lat

40. Wybitnie niekorzystna sytuacja nadal dotyczy raka szyjki macicy. Poprawa wskaźnika przeżyć była niewielka, a jeszcze mniejsza w okresie pomiędzy latami 2005-2009 i 2010-2014 i wynosiła niespełna 1 pkt.%. Tym znikomym zmianom towarzyszył stały i równomierny, lecz zbyt powolny trend zmniejszającej się umieralności. Należy podkreślić, że zaledwie niewielkie zmiany w zakresie obu tych wskaźników świadczą o braku poprawy w zwalczaniu raka szyjki macicy w Polsce. Jest to sytuacja wskazująca na bardzo niską skuteczność Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, funkcjonującego w Polsce w skali kraju od roku 2006. Sytuacja ta wymaga pilnych badań i stosownych decyzji w zakresie poprawy sprawności skriningu, szczególnie w sytuacji ponoszonych nakładów finansowych i kosztów społecznych.
41. W świetle uzyskanych wyników należy podkreślić, że w Polsce pomimo systematycznej poprawy przeżyć utrzymuje się zróżnicowanie wskaźnika pomiędzy województwami. Zróżnicowanie to u chorych na raka okrężnicy, odbytnicy, gruczołu krokowego i czerniaka skóry zmniejszyło się, u chorych na raka piersi nie uległo znaczącym zmianom, natomiast zwiększyło się u chorych na raka szyjki macicy. Należy podkreślić, że u chorych na raka piersi, pomimo stosunkowo wysokich wskaźników przeżyć i małego zróżnicowania pomiędzy województwami sytuacja nadal nie jest korzystna wobec rosnącego trendu umieralności na ten nowotwór.
42. Niezbędne jest dalsze prowadzenie systematycznego monitorowania sytuacji epidemiologicznej, które zgodnie z zaleceniami OECD, w celu prawidłowej interpretacji powinny obejmować wspólną analizę wskaźnika 5-letnich przeżyć i współczynnika umieralności. Wyniki tak prowadzonych analiz stanowią podstawę dla polityki zdrowotnej, szczególnie w obszarze poprawy efektywności skriningów oraz zapewnienia dostępu do standardowego leczenia. Rozwiązania w kierunku zapewnienia standardów są obecnie przedmiotem prac grup eksperckich w krajach europejskich w ramach projektu iPAAC.

ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA

43. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wynosi jeden milion sześćset tysięcy osób. Liczba leczonych w okresie 2013-2016 pozostawała na w miarę stałym poziomie, choć daje się zaobserwować wzrost leczonych po raz pierwszy. Utrzymują się tendencje polegające na tym, że kobiety leczą się o ponad jedną piątą częściej niż mężczyźni a w samych poradniach zdrowia psychicznego aż o 50% częściej oraz, że mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi. W psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej – w 2016 r. nadwyżka

ta wynosiła aż 107% i ta różnica wskazuje na niejednakowe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych tych obu populacji.

44. Najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są niezmiennie od kilku lat zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne, oraz zaburzenia nastroju (afektywne)
45. W latach 2011-2016 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej utrzymuje się na w miarę stałym poziomie. W 2016 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 229 tys. osób, mężczyźni byli aż o 88% częściej leczeni niż kobiety (odpowiednio 784,8/100 tys. i 417,0/100 tys.), mieszkańcy miast byli leczeni częściej niż mieszkańcy wsi o 34% (odpowiednio 661,9/100 tys. i 493,5/100 tys.). Różnica ta była znacznie mniejsza niż w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jednak powiększyła się w ostatnich trzech latach blisko dwukrotnie.
46. Zdecydowanie najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2016 r. 206,9/100 tys. mieszkańców, leczonych po raz pierwszy 91,7/100 tys. mieszkańców. Szczególnie dużo mieszkańców, podobnie jak przed pięcioma laty, jest leczonych w woj. podlaskim, łódzkim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

ZACHOROWANIA NA CHOROBY ZAKAŹNE I PASOŻYTNICZE

47. Dane zbierane w ramach rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi oraz dane o przyczynach zgonów wskazują, że sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce jest stosunkowo korzystna i względnie stabilna.
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. Oprócz promowania szczepień, coraz większego znaczenia nabiera konieczność przeciwdziałania tzw. „ruchom antyszczepionkowym", których negatywny wpływ na realizację Programu Szczepień Ochronnych zaczyna grozić utratą odporności zbiorowiskowej osiągniętej dotychczas.
50. Istnieje pilna konieczność usprawnienia profilaktyki w zakresie zakażeń HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową. Dziesięciokrotny wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami w latach 2000-2015 wskazuje tę grupę jako priorytetową do wdrażania interwencji o udokumentowanej skuteczności.

51. 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, grypie). Sprzyjają temu zmiany w przepisach prawnych dotyczących nadzoru, wprowadzone w latach 2013-2014.
52. Zakażenia wirusem HCV powodują rosnące koszty społeczne (zwiększająca się umieralność oraz występowanie zaawansowanej choroby), co wynika z niskiej rozpoznawalności i częściowo z niej wynikającego niskiego pokrycia leczeniem.
53. Przy efektywnych, opartych na danych strategiach zapobiegania i diagnostyki istnieje realna szansa odwrócenia niekorzystnych trendów występowania zakażeń HIV oraz HCV.
54. Dokładne rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej grypy, a tym samym planowanie i prowadzenie racjonalnej profilaktyki w zakresie profilaktyki tej choroby w skali kraju wymaga ujednolicenia nadzoru nad grypą, prowadzonego w różnych województwach.
55. Zważywszy na ponoszone rokrocznie olbrzymie koszty ekonomiczne i społeczne grypy, należy zintensyfikować działania na rzecz wydatnego zwiększenia odsetka osób szczepionych przeciw tej chorobie.
56. Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym i zwalczanie ich wymaga skutecznego przeciwdziałania zawężaniu zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
57. Sukcesywne wdrażanie do rutynowego systemu nadzoru nowoczesnych metod molekularnych np. sekwencjonowanie całego genomu (*ang. whole genome* sequencing) może znacząco przyczynić się, szczególnie w trakcie prowadzenia dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach (również tych o zasięgu międzynarodowym), do identyfikacji nośnika i/lub źródła zakażenia.
58. Do podejmowania terminowych, właściwych oraz skutecznych działań w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych niezbędna jest elektronizacja systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi, która nie tylko zapewni dostęp do danych w czasie rzeczywistym ale poprawi ich jakość oraz zapewni odpowiedni ich zakres.
59. Zwiększony ruch turystyczny do różnych części świata wymaga działań mających na celu podniesienie świadomości społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych wiążących się z takimi podróżami i sposobach zapobiegania tym zagrożeniom.

CHOROBY ALERGICZNE, ASTMA I INNE STANY ZAPALNE DRÓG ODDECHOWYCH

60. Alergiczne choroby, szczególnie układu oddechowego są istotnym i narastającym problem w populacji polskiej. Wymagają monitorowania, gdyż nie osiągnęły jeszcze stopnia wysycenia populacji, co widać na podstawie metaanalizy danych epidemiologicznych zestawionych wszystkich dostępnych w literaturze badań. Środki przeznaczane przez publicznego płatnika na świadczenia z zakresu alergologii są więcej niż skromne. Zwykle oscylują wokół 1% budżetu, mimo, że jak się szacuje ponad 40% społeczeństwa w Polsce cierpi z powodu chorób z nadwrażliwości (alergicznych).
61. Polska jest jednym z nielicznych krajów europejskich, w którym brak jest aktualnych danych na temat rzeczywistej częstości występowania alergii pokarmowej w wieku rozwojowym i wśród dorosłych. Epidemiologiczne badania populacyjne, przeprowadzone z użyciem zunifikowanego narzędzia badawczego i zweryfikowane prowokacyjną próbą pokarmową, winny być punktem odniesienia do dalszego monitorowania i prognozowania zapadalności na alergię pokarmową w Polsce. Niestety wydaje się, że nadal dużym problemem jest brak wystarczającej wiedzy o alergii zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. Niezbędna jest także edukacja kucharzy, kelnerów i menadżerów restauracji, w zakresie bezpiecznego przygotowywania żywności dla alergików. Celem powinno być podniesienie jakości życia chorego, który w trakcie spożywania posiłku powinien mieć pewność, że jego życiu nie zagraża niebezpieczeństwo
62. Alergologia jest specjalnością typowo ambulatoryjną i tego typu świadczenia dominują w kontraktowaniu przez publicznego płatnika, który przeznacza na ten rodzaj świadczeń ponad 80% wszystkich środków na alergologię. Niestety dostęp do ambulatoryjnych świadczeń alergologicznych był ograniczany przez publicznego płatnika poprzez ich limitowanie. Limitowane były zwłaszcza świadczenia pierwszorazowe, co było niezrozumiałe, ponieważ reakcje alergiczne stanowią zagrożenie dla zdrowia i w wielu przypadkach także dla życia chorych. Wydaje się, że nowe zasady dzielenia środków z ryczałtu przez kierowników publicznych zakładów tylko w niewielkim stopniu zmienią sytuację poradnictwa alergologicznego, zwłaszcza wobec niskich wycen procedur alergologicznych.
63. Wydaje się, że jeszcze gorsza jest w alergologii dostępność do świadczeń szpitalnych. Choć nie ma problemów w sytuacjach zagrożenia życia (napad/zaostrzenie astmy, ostra pokrzywka i/lub obrzęk naczynioruchowy, wstrząs anafilaktyczny), bo większość może być doraźnie skutecznie leczona na SOR. Jednak duża część takich chorych wymaga potem dalszej skomplikowanej

diagnostyki w trybie planowym lub zastosowania procedur leczniczych, czy to obarczonych ryzykiem wystąpienia reakcji anafilaktycznej (próby prowokacji, odczulanie na jady owadów), albo bardzo kosztownych terapii najcięższych postaci alergii (np. astmy oskrzelowej), dostępnych w formie programów lekowych (omalizumab i inne leki biologiczne). Świadczenia te dostępne są w szpitalach klinicznych uczelni medycznych i kilku podmiotów niepublicznych, zwykle w klinikach, w których obok świadczeń alergologicznych wykonywane są świadczenia w innych specjalnościach (pulmonologia, choroby wewnętrzne, pediatria, gastroenterologia, dermatologia, choroby zakaźne, reumatologia itp.). Środki przeznaczane na szpitalne świadczenia alergologiczne w Polsce są niewystarczające w stosunku do potrzeb i wiele procedur jest rozliczanych w innych specjalnościach. Można uznać, że o ile dostępność do większości podstawowych leków jest zabezpieczona dobrą ich refundacją, to dostępność do drogich leków biologicznych jest bardziej ograniczona barierami administracyjnymi, które nie ulegają istotnym zmianom wraz z postępem wiedzy medycznej.

64. Na koniec warto wyraźnie podkreślić, iż unikatowa terapia, jaką jest odczulanie, winna być powszechnie w Polsce stosowana. Wg obecnych badań tylko co 10 osobą z tą chorobą jest poddana tej unikatowej metodzie. Jej niezwykłą zaletą jest przywrócenie zdrowia alergikowi, zapobieganie rozwojowi nowych uczuleń i astmie, a więc zmiana naturalnego przebiegu choroby, i to na trwale.

WYPADKI I WYPADKOWE ZATRUCIA JAKO ZAGROŻENIE ZDROWIA

65. Umieralność z powodu wypadków w Polsce systematycznie spada od roku 2000. Mimo to zagrożenie życia ludności Polski z powodu tych przyczyn było w roku 2015 o 30% wyższe od przeciętnego we wszystkich krajach UE (współczynnik standaryzowany 25,9 na 100 tys. ludności w Polsce vs 20,0 w UE).
66. Najczęstszymi wypadkami śmiertelnymi w roku 2016 były upadki (współczynnik rzeczywisty umieralności 11,6 na 100 tys. ludności) a następnie wypadki komunikacyjne (9,5), zatrucia (2,8), utonięcia (1,6) oraz działanie dymu, ognia i płomieni (1,1). We wszystkich wymienionych kategoriach współczynniki standaryzowane umieralności w Polsce są wyższe niż przeciętne w krajach Unii. Szczególnie dotyczy to działania dymu, ognia i płomieni, utonięć oraz wypadków komunikacyjnych, dla których zagrożenie życia w Polsce jest odpowiednio o 118%, 90% i 66% wyższe niż przeciętnie w krajach UE.

67. W ostatniej dekadzie można zauważyć transformację epidemiologiczną w zakresie występowania wypadków. Wzrasta udział zgonów z powodu upadków, które stanowią również najważniejszą przyczynę leczenia szpitalnego z powodu wszystkich wypadków we wszystkich grupach wiekowych.

PRZYCZYNY CHOROBOWE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W ŚWIETLE DANYCH ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

68. Główną przyczyną czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2017 r. były: ciąża, poród i połóg (19,2% ogółu liczby dni absencji chorobowej), choroby układu kostno-stawowego (15,4%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (14,0%), choroby układu oddechowego (12,8%).
69. Najczęściej chorobami powodującymi niezdolność do pracy u osób badanych po raz pierwszy dla celów rentowych były w 2017 r.: nowotwory 23,9% omawianych orzeczeń, choroby układu krążenia 19,5%, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej 15,1%, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania 11,1%.
70. Przyczyny chorobowe odmiennie kształtowały się w odniesieniu do płci, wieku oraz miejsca zamieszkania osób ubezpieczonych.
71. W wyniku rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS ukończyło rehabilitację w 2015 r. 80,7 tys. osób. Jak wykazują wyniki badań, skuteczność programu jest wysoka: to 43,4% osób niepobierających w okresie 12 miesięcy po rehabilitacji żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych.
72. W 2016 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wyniosły 35 081,5 mln zł i w stosunku do 2015 r. wzrosły o 1 225,8 mln zł. Kwota tych wydatków zarówno w 2015 r,. jak i w 2016 r. stanowiła 1,9%. Najwyższy odsetek w wydatkach na świadczenia związane z niezdolnością do pracy stanowią wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy – w 2015 r. stanowiły 45,4%, a w 2016 r. 42,8%. Drugą pozycję stanowiły wydatki na absencję chorobową wypłacaną przez ZUS i z funduszy zakładów pracy. Ich udział w 2015 r. wyniósł 44,6% a w 2016 r. 46,4%. W przypadku wydatków na świadczenie rehabilitacyjne ich udział w wydatkach w 2015 r. to 4,0% i w 2016 r. 4,3%, a w przypadku rent socjalnych – w 2015 r. 5,5% i w 2016 r. 6,0%.

SAMOOCENA STANU ZDROWIA DOROSŁYCH POLAKÓW – WYNIKI BADANIA TERENOWEGO

73. Trzy czwarte (75,2%) dorosłych mężczyzn oraz 69,0% kobiet ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, przy czym mężczyźni wyraźnie

częściej niż kobiety oceniają go jako bardzo dobry. Część tej różnicy wynika z przeciętnie starszego wieku kobiet i po standaryzacji względem wieku różnice w dobrej ocenie zdrowia mężczyzn i kobiet zmniejszają się do 1,5 punktu procentowego.

74. Blisko 22% dorosłych mężczyzn i 30% kobiet stwierdziło, że z powodu problemów zdrowotnych mieli ograniczoną, niezbyt poważnie lub poważnie, zdolność wykonywania czynności trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy. W przypadku osób w wieku 65 lat i starszym problem ten dotykał aż u 56% mężczyzn i 68,5% kobiet.
75. Za niewystarczającą należy uznać znajomość spraw związanych ze zdrowiem. Około 40% badanych osób, 44,4% mężczyzn i 37,7% kobiet, stwierdziło, że nie zetknęli się z pojęciem „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową lub udar mózgu, nowotwór)". Ci, którzy znali to pojęcie często jednak nie znali czynników, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar. Bardzo niska jest świadomość zagrożenia związanego z nieprawidłową dietą, którą wymieniło tylko 28,4% znających pojęcie czynnik ryzyka tzn. 16,8% ogółu badanych, małą aktywnością fizyczną (32,1% i 19,0%) oraz z przewlekłym stresem (33,3% i 19,7%).
76. Tylko połowa badanych, w bardzo zbliżonym stopniu mężczyźni i kobiety, wskazała własne zachowanie jako najważniejszy czynnik decydujący o stanie zdrowia.
77. Fakt zamieszkiwania na wsi lub w miastach o różnej wielkości nie rzutował w sposób szczególny na ocenę przez badanych stanu własnego zdrowia.
78. Występuje wyraźny gradient w trzech ocenianych przez badanych aspektach ich zdrowia związany z poziomem wykształcenia. Ogólnie można stwierdzić, że wraz z lepszym wykształceniem wzrasta częstość osób, których stan zdrowia można uznać jako dobry.
79. Znajomość pojęcia „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu" zwiększała się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych osób, ale aż jedna trzecia mężczyzn z wyższym wykształceniem i niewiele mniejszy odsetek kobiet, nie zetknęła się z tym pojęciem. Podobny charakter miały różnice w częstości wskazań konkretnych czynników, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar. Zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet duża różnica na niekorzyść osób z niższym wykształceniem dotyczyła małej aktywności fizycznej oraz nadwagi i otyłości a ponadto wśród mężczyzn nieprawidłowej diety i wysokiego poziomu cholesterolu.
80. Zarówno mężczyźni jak i kobiety o najniższym poziomie wykształcenia znacznie częściej niż ci z wykształceniem wyższym podawali jako najważniejsze

dla swojego zdrowia czynniki, na które nie mamy wpływu, a rzadziej własne zachowania. Prawidłowość ta silniej zaznacza się wśród kobiet.

81. Sytuacja materialna badanych była czynnikiem silnie różnicującym zarówno samoocenę stanu zdrowia, jak również znajomość czynników ryzyka chorób oraz stosowanie się do zaleceń lekarza. Wszystkie wskaźniki opisujące te wymiary problemu zdrowia były gorsze dla osób, które doświadczyły problemów finansowych niż dla pozostałych. Ponadto osoby z problemami finansowymi, zarówno mężczyźni jak i kobiety, przypisują większe znaczenie jakości opieki zdrowotnej jako czynnikowi decydującemu o ich zdrowiu niż osoby, które nie doświadczyły takich problemów, natomiast ci drudzy w większym stopniu niż ci pierwsi uznają prymat własnych zachowań jako decydujących o własnym zdrowiu.

WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA ZDROWOTNEGO ZWIĄZANE ZE STYLEM ŻYCIA

82. Szacunkowe dane dotyczące palących tytoń umiejscawiają Polskę nieco ponad średnim poziomem Europejskim. Niepokojące jest pewne zahamowanie trendu spadkowego w odsetku osób palących widocznego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Stosowanie wyrobów elektronicznych tylko w niewielkim stopniu zmniejsza rozpowszechnienie palenia tytoniu, raczej przyczynia się do zwiększenia się odsetka osób używających wyrobów nikotynowych. Czynnikami związanymi z mniejszą częstością palenia tytoniu, tak jak w poprzednich latach były: płeć żeńska, młody oraz starszy wiek, lepsze wykształcenie. Palenie tytoniu odpowiada w naszym kraju za utratę 17,2% lat przeżytych w zdrowiu (DALY).
83. Wielkość spożycia alkoholu w Polsce pozostaje na średnim poziomie europejskim i od kilku lat praktycznie nie zmienia się. Szacuje się, że spożycie alkoholu w 2016 roku w naszym kraju odpowiadało za 14% DALY dla mężczyzn i 2,4% dla kobiet. W badaniu ankietowym stanu zdrowia ludności przeprowadzonym przez NIZP-PZH 21,4% mężczyzn oraz 6,1% kobiet udzieliła odpowiedzi mogących świadczyć o nadużywaniu alkoholu.
84. Według szacunków WHO dla roku 2016, zbyt wysoka masa ciała cechuje 69% mężczyzn i 57% kobiet w Polsce, odsetki osób otyłych wynoszą odpowiednio 25% i 26%. Rozpowszechnienie obu problemów systematycznie narasta, wyraźnie silniej wśród mężczyzn. Według ogólnopolskiego badania ankietowego (wrzesień/październik 2018) nadwaga dotyczy 59% mężczyzn i 41% kobiet w Polsce, a otyłość 11% w obydwu grupach płci. Rozpowszechnienie nadwagi jest większe wśród osób słabiej wykształconych, ale dla mężczyzn efekt ten wynika głównie z różnic w strukturze wieku

porównywanych grup. Występowanie otyłości wśród kobiet silnie zależy od poziomu wykształcenia - dla osób z gimnazjalnym lub niższym jest ono 5 razy (a po standaryzacji względem wieku 2,6 razy) większe niż wśród Polek z wykształceniem wyższym. Więcej kobiet o zbyt wysokiej masie ciała mieszka na wsi (44%) niż w miastach (39%). W naszym kraju czynnik ten odpowiada za utratę 11,3% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*).

85. Polska od lat zalicza się do krajów o najniższym spożyciu (dostępności) owoców w Europie, w roku 2013 o ponad 40% nizszym niż przeciętnie w UE (60,2 wobec 103,7 kg na osobę rocznie). Ilość i częstość spożywanych owoców silnie zależy od sytuacji ekonomicznej i poziomu wykształcenia konsumentów – w najbogatszych gospodarstwach domowych nabywa się ich 2,2 razy wiecej niż w najmniej zamożnych, osoby z wykształceniem wyższym kupują o ponad 40% więcej niż te z podstawowym. Codzienna dieta osób lepiej wykształconych zawiera więcej porcji owoców. Co 4-ty mężczyzna mieszkający w mieście, a co 5-ty na wsi nie jada owoców codziennie. Niskie spożycie owoców odpowiada w Polsce za utratę 3,7 % lat przeżytych w zdrowiu.
86. Dostępność warzyw (nie licząc ziemniaków) jest zbliżona do średniej UE i od lat utrzymuje się na stałym poziomie. Dobra sytuacja finansowa konsumentów korzystnie wpływa na ilość nabywanych warzyw - w najbogatszych gospodarstwach domowych kupuje się ich o ponad 50% więcej niż w najbiedniejszych. Codzienna dieta osób lepiej wykształconych zawiera więcej porcji warzyw. Obserwuje się duże zróżnicowanie spożycia między województwami – w roku 2016 w zakresie od 4,3 kg na osobę miesięcznie w województwie wielkopolskim do 6,1 kg w lubelskim. Niskie spożycie warzyw odpowiada w Polsce za utratę 2,5% lat przeżytych w zdrowiu.
87. Dorośli Polacy są mniej aktywni fizycznie niż większość obywateli UE, dużo rzadziej regularnie (raz w tygodniu lub częściej) uprawiają sport - 28% *vs* 40%, rzadziej podejmują również inne formy aktywności fizycznej (38% *vs* 44%). Rosną odsetki osób w ogóle nieuprawiających sportu i niepraktykujących żadnych form rekreacji fizycznej. Około 60% Polaków deklaruje całkowity brak aktywności poza pracą (codziennymi obowiązkami) i potrzebami lokomocyjnymi, częściej są to mieszkańcy wsi (64%) niż miast (56%). Poziom aktywności silnie zależy od wykształcenia - nieaktywnych jest ponad 80% dorosłych z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, a 36% – z wyższym. Niska aktywność fizyczna odpowiada za utratę 1,7% lat przeżytych w zdrowiu.
88. Generalnie, w stosunku do ogółu krajów UE Polska niekorzystnie wyróżnia się niskim poziomem aktywności fizycznej ludności oraz dużym rozpowszechnieniem palenia wśród mężczyzn. Od tradycyjnie zdrowych Szwedów różni nas również częstsze występowanie nadciśnienia u osób obu płci,

otyłości wśród mężczyzn i palenia tytoniu przez kobiety. Na tle mieszkańców UE Polacy stosunkowo rzadko sięgają po alkohol, jednak nie obserwuje się różnic w częstości jego nadużywania.

89. Behawioralne czynniki ryzyka odpowiadają w naszym kraju za utratę 37,3% lat przeżytych w zdrowiu *(DALY*), z czego bezpośrednio związane z dietą (bez nadwagi i otyłości) za 14,2%, a z paleniem tytoniu za 17,2%.

ZAGROŻENIA ŚRODOWISKOWE – SKUTKI ZDROWOTNE KRÓTKOOKRESOWEGO NARAŻENIA NA PYŁ ZAWIESZONY PM2,5

90. Zanieczyszczenie powietrza powoduje negatywne skutki dla zdrowia zarówno w wyniku długookresowego jak i krótkookresowego narażenia.
91. Szacowane skutki zdrowotne związane z krótkookresowym narażeniem na wysokie stężenia pyłu zawieszonego PM2,5 są znacznie niższe niż te obserwowane w wyniku długookresowego narażenia na niższe stężenia.
92. Oszacowana liczba przedwczesnych zgonów wynikających z krótkookresowego narażenia na pył PM2,5 we wszystkich 26 analizowanych obszarach miejskich zamieszkiwanych przez ponad 11 mln ludzi wynosi przeciętnie niecałe 4 tysiące w roku.
93. Obserwowane poziomy stężeń pyłu PM2,5 powyżej 80 μ/m3 (ekwiwalent stężenia dobowego na poziomie 100 μ/m3 PM10 – wartości progowej informowania społeczeństwa o ryzyku wystąpienia przekroczenia poziomu alarmowego dla pyłu PM10) wskazują na przeciętny 25% udział liczby przedwczesnych zgonów. Tak niski udział wynika z relatywnie krótkiego czasu narażania i relatywnie rzadko występujących sytuacji z tak wysokimi stężeniami. Nie oznacza to jednak, że zagrożenie związane z krótkookresową ekspozycją należy bagatelizować, gdyż na obszarach, gdzie tzw. niska emisja ma znaczący udział w jakości powietrza, udział ten może być 2-krotnie wyższy.
94. W sytuacjach epizodów smogowych zimą trwających dłużej niż kilka dni (np. takich jak obserwowanych w styczniu 2006 i 2017 roku) należy się liczyć ze wzrostem liczby zgonów miesięcznie na poziomie ponad 2 000 dodatkowych przypadków w skali kraju.

PROMOCJA ZDROWIA, ZAPOBIEGANIE CHOROBOM ORAZ OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU W PROJEKTACH PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ ZGŁOSZONYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDKU TERYTORIALNEGO DO OCENY AOTMIT W 2017 R.

95. Istnieją duże różnice w dostępie mieszkańców Polski do programów polityki zdrowotnej (PPZ). Ponadto, istotnie częściej planuje się programy w powiatach o niższym zagrożeniu deprywacją oraz umieralnością z powodu

ogółu przyczyn. Konieczne jest podjęcie działań w celu zmniejszenia różnic pomiędzy poszczególnymi powiatami/ województwami i systemowe wsparcie zagrożonych powiatów w działaniach na rzecz tworzenia warunków życia i pracy sprzyjających zdrowiu oraz zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności.

96. Podejścia jednostek samorządu terenowego (JST) do zdrowia społeczności lokalnych oraz działania na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu są aż nazbyt biomedyczne i niedostatecznie osadzone w kontekście epidemiologii społecznej. JST realizując zadania w obszarze potrzeb zdrowotnych mieszkańców, wykorzystują głównie biomedyczne podejście typu „*top-down*" (szczepienia ochronne, badania diagnostyczne służące wczesnemu wykrywaniu chorób, interwencje medyczne). W działaniach na rzecz zdrowia społeczności lokalnych należy stosować podejście społeczno-środowiskowe „*bottom-up*", aktywne formy współpracy zmierzające do upodmiotowienia (ang. *empowerment*) społeczności.
97. Promocja zdrowia jest w projektach PPZ bardzo często niewłaściwie interpretowana – jest ona najczęściej utożsamiana z promowaniem zdrowego stylu życia. Należy dołożyć wszelkich starań, aby była ona postrzegana przez twórców PPZ jako systemowa, skoordynowana interwencja w środowisko społeczne i dążyć do podejmowania działań opisanych w Karcie Ottawskiej.
98. Przy planowaniu programów polityki zdrowotnej analiza sytuacji ograniczona jedynie do danych epidemiologicznych na temat chorób i zaburzeń zdrowia nie jest wystarczająca. Niezbędna jest diagnoza szerszego kontekstu społecznego i środowiskowego, w myśl zasady, że zdrowie powstaje w sąsiedztwie. Należy posługiwać się wskaźnikami opisującymi zarówno sytuację zdrowotną, jak i społeczną. Pomocne może być tworzenie indeksów, np. typologia powiatów wg potrzeb wyrażanych (ID, SMR) i ich zaspokajania (planowanie PPZ). Działania należy kierować tam, gdzie potrzeby, zarówno społeczne, jak i zdrowotne, są największe.
99. Tylko w nielicznych powiatach PPZ były bezpośrednio adresowane do osób wykluczonych/zagrożonych wykluczeniem społecznym. Wśród powiatów należących do 20% o najwyższym wskaźniku deprywacji tylko jeden – powiat m. Bytom kieruje PPZ do grup wykluczonych/zagrożonych wykluczeniem. Interwencje podejmowane w PPZ powinny być dostępne dla osób najbardziej potrzebujących, a skala i intensywność działań powinna być proporcjonalna do stopnia poszkodowania.
100. Konieczna jest współpraca między JST, mobilizacja, koordynacja, dzielenie się doświadczeniami – łączenie się w większe grupy (formalne bądź nie), tworzenie sieci współpracujących instytucji, co pozwoli na skuteczne

reagowanie na pojawiające się wyzwania i szanse oraz przeciwdziałanie zjawisku rozproszenia wysiłków.

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA ORAZ INFRASTRUKTURA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

101. W ostatnich latach odnotowuje się stały wzrost nominalnych nakładów na ochronę zdrowia, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Mimo to wydatki w Polsce w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej są znacznie mniejsze. W Polsce udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w roku 2015 wynosił 6,3%, a średnia dla krajów UE ok. 9%.
102. W większości krajów europejskich największy udział w finansowaniu ochrony zdrowia stanowią wydatki publiczne. W Polsce w roku 2015 stanowiły one 70% wydatków ogółem, z czego 61% stanowiły wydatki z budżetu NFZ.
103. Wydatki prywatne w Polsce stanowiły 30% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia w roku 2015. Wśród nich dominujące są bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych. Pacjenci z własnej kieszeni opłacają przede wszystkim zakup leków, artykułów medycznych, koszty badań diagnostycznych i analitycznych.
104. Na działania profilaktyczne w roku 2015 w Polsce przeznaczono 2,7% ogółu wydatków na ochronę zdrowia. Nakłady na profilaktykę powinny być stale zwiększane, ponieważ w największym stopniu determinują stan zdrowia społeczeństwa przy stosunkowo mniejszym obciążeniu finansowym dla systemu ochrony zdrowia.
105. W roku 2015 wydatki na opiekę zdrowotną sektora rządowego i obowiązkowych ubezpieczeń stanowiły 15% całkowitych wydatków publicznych w krajach OECD.
106. Jednym z największych wyzwań, przed jakimi stoi system opieki zdrowotnej w Polsce jest zapewnienie odpowiedniej kadry medycznej. W Polsce narasta problem zastępowalności pokoleń w zawodach medycznych. Należy zintensyfikować działania mające na celu niwelowanie deficytów w tym obszarze. Na obecnym poziomie wejścia na rynek pracy nowych osób w stosunku do tych znajdujących się w wieku przedemerytalnym nie jest to możliwe.
107. W polskim systemie ochrony zdrowia istnieją znaczne dysproporcje na poziomie wojewódzkim w zakresie zasobów infrastruktury. Największą bazę szpitalno-łóżkową od lat posiadają województwa mazowieckie i śląskie. W celu wyrównywania różnić między regionami wprowadzono Mapy Potrzeb Zdrowotnych, jako mechanizm monitorowania oraz prognozowania potrzeb zdrowotnych ludności Polski.

sytuacja_zdrowotna_2017k.indb 32 2019-01-02 07:55:39

108. Społeczeństwo w Polsce należy do jednych z najszybciej starzejących się nacji w Europie. Przy utrzymaniu tej dynamiki prognozuje się, iż w 2050 roku osoby w wieku powyżej 60 lat będą stanowić ponad 40% społeczeństwa. W związku z tym jednym z priorytetów systemowych powinno być dostosowywanie zasobów ochrony zdrowia do rosnących potrzeb zdrowotnych tej grupy pacjentów. Należy systematycznie zwiększać liczbę lekarzy geriatrów (obecnie 433 specjalistów), którzy będą sprawować kompleksową opiekę nad osobami starszymi. Wydaje się, iż jednym z rozwiązań jest wprowadzenie koordynowanej opieki geriatrycznej.
109. Dostępność usług zdrowotnych zależy nie tylko od ilości dostępnych zasobów, ale także od ich właściwej alokacji w systemie, która powinna być poprzedzona kompleksowym spojrzeniem na mierniki efektywności systemu. Brak poprawy efektywności w takich obszarach jak: profilaktyka, otwarta opieka zdrowotna oraz leczenie szpitalne wskazuje potrzebę usprawnienia zarządzania środkami dostępnymi w systemie opieki zdrowotnej.
110. Należy podejmować działania na rzecz zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych. Mimo widocznej poprawy na tle innych krajów europejskich, czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego jest powyżej średniej. W temacie dostępności ważniejsza od poziomu nakładów jest ich odpowiednia alokacja oraz organizacja systemu opieki zdrowotnej.
111. Należy dążyć do przesunięcia trzonu systemu z opieki szpitalnej do opieki ambulatoryjnej, która jest mniej obciążająca dla płatnika a także, jeśli dobrze prowadzona, przynosi lepszy rezultat zdrowotny.

GŁÓWNE PROBLEMY DOTYCZĄCE ZDROWIA POLAKÓW W ŚWIETLE NAJNOWSZYCH WYNIKÓW BADANIA „GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY (GBD)" 2017

112. Oszacowanie obciążenia chorobami wynikające z przedwczesnej umieralności oraz lat życia w chorobie jest najpewniejszym sposobem podsumowania potrzeb zdrowotnych. Poprzez umożliwienie porównania wskaźników z innymi krajami z podobnym oraz wyższym poziomem ekonomicznym taka analiza daje szansę na celowane i oparte na dowodach naukowych interwencję zdrowotne. Planowane pogłębianie analiz uwzględniających różnice wojewódzkie da szansę na dostosowanie działań w ochronie zdrowia do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym.
113. Wyniki analiz GBD jednoznacznie wskazują na chorobę niedokrwienną serca jako najważniejszą od lat przyczynę utraty zdrowia przez mieszkańców Polski. Zarówno ChNS jak i udary, które są drugą przyczyną zmniejszają swoje znaczenie ale powoli.

114. Czynnikiem, który pomimo zmniejszającego się znaczenia, od lat najbardziej odpowiada za utracone lata życia w zdrowiu Polaków jest palenie tytoniu, następne w kolejności jest niewłaściwe odżywianie i wysokie ciśnienie tętnicze.
115. Opracowany w ramach projektu GBD indeks dostępność i jakość opieki zdrowotnej wskazuje na postępującą poprawę w tym zakresie ale jednocześnie ujawnia dystans jaki dzieli nas od większości innych krajów europejskich.

1. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

Bogdan Wojtyniak, Barbara Rubikowska, Jakub Stokwiszewski

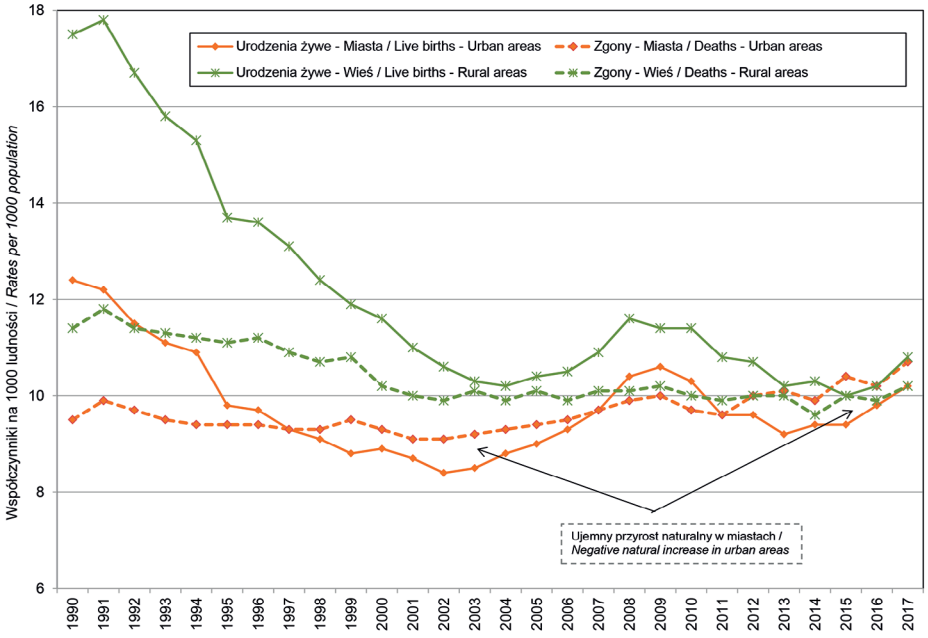
Liczba ludności Polski, po kilkuletniej przerwie, w roku 2017 zwiększyła się o ok. tysiąc osób w stosunku do roku poprzedniego i wynosiła 38 434 tys. osób. Saldo migracji zagranicznych było przez wiele lat do roku 2014 ujemne, natomiast w ostatnich latach 2016-2017 miało niewielkie ale dodatnie wartości, odpowiednio 1,5 i 1,4 tys. Przyrost naturalny (różnica między liczbą urodzeń i liczbą zgonów) w skali całego kraju był ujemny w latach 2002-2005 oraz od roku 2013 do 2017 włącznie (ryc. 1.1). Spośród krajów Unii Europejskiej (UE28) w 2017 r. 15 miało ujemny przyrost naturalny oraz UE ogółem, a w 9 krajach liczba ludności uległa zmniejszeniu.[1] Według danych Eurostatu mieszkańcy Polski stanowią obecnie 7,4% ogółu ludności UE28 co plasuje nasz kraj na szóstej pozycji pod względem wielkości populacji.

Kobiety stanowią ponad połowę ludności (51,6%) i na każdych 100 mężczyzn przypada 107 kobiet. Jednak nadwyżkę liczebną nad mężczyznami w pięcioletnich grupach wieku osiągają kobiety dopiero w wieku 50-54 lata i w coraz starszych grupach wieku zwiększa się ona bardzo szybko. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypadają już 154 kobiety zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 260 kobiet (stanowią one 72,3% ogółu ludności Polski w tym wieku). Ta liczebna przewaga kobiet zmniejsza się ale bardzo powoli. W wieku poniżej 48 lat ma miejsce stała przewaga liczebna mężczyzn nad kobietami (wśród noworodków chłopcy stanowią większość – w 2017 r. 51,3%), która zmniejsza się stopniowo przede wszystkim w wyniku wyższej przedwczesnej umieralnością mężczyzn niż kobiet.

Udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat powoli ale systematycznie zmniejsza się od drugiej połowy lat 80. Natomiast w tym samym czasie stopniowo

[1] http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en

zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej i w 2017 r. stanowiły one 17,0% ogółu ludności Polski. Udział osób starszych jest większy wśród mieszkańców miast niż wsi: w 2017 r. odpowiednie odsetki wynosiły 18,5% i 14,7%. Mediana wieku mieszkańców miast wynosiła dla mężczyzn 39,7 lat a dla kobiet 43,8 lat a mieszkańców wsi była niższa odpowiednio o 2 i prawie 4 lata i wynosiła 37,7 lat i 39,9 lat.



Ryc. 1.1. Ruch naturalny ludności w Polsce w miastach i na wsi w latach 1990-2017 (dane GUS)

Fig. 1.1. Vital statistics of Polish population in urban and rural areas, 1990-2017 (data SP)

Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż większości krajów Unii Europejskiej (UE28). Według danych Eurostatu na 1.01.2017 mediana wieku mieszkańców całej Unii wynosiła 42,8 lat a Polski 40,3 lat, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił odpowiednio 19,4% i 16,5% (tylko ludność Cypru, Irlandii, Luksemburga i Słowacji jest według tych wskaźników młodsza od ludności Polski a według mediany wieku również nieznacznie Wielkiej Brytanii). Jak wynika z prognoz opracowanych przez Eurostat ta korzystna dla Polski różnica będzie się stopniowo zmniejszać i w połowie obecnego wieku zarówno mediana wieku jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyższe od przeciętnych dla krajów UE28 (tabela 1.1). Warto zwrócić uwagę, że w Polsce odsetek osób najstarszych tzn. w wieku 80 lat i starszym najbardziej będzie wzrastał w latach 2030-2040 natomiast całej grupy 65 lat i więcej najbardziej wzrośnie już w latach 2020-2030 co oznacza, że ten

najbliższy znaczny wzrost odsetka osób starszych będzie dotyczył przede wszystkim osób w wieku poniżej 80 lat. Zachodzące zmiany w strukturze wieku ludności i problem starzenia się populacji znajdują swoje odbicie w ważnych wskaźnikach demograficzno-społecznych. Jednym z nich jest tzw. wskaźnik. Jak pokazuje rycina 1.2 w kolejnych dekadach zarówno w Polsce jak i w całej Europie będziemy obserwować dramatyczne zmniejszanie się wielkości tzw. wskaźnika potencjalnego wsparcia pokazującego ile osób w wieku aktywnym przypada na osobę w wieku starszym, ale w Polsce ta zmiana będzie większa i zapewne bardziej odczuwalna.

Tabela 1.1. Prognozowana mediana wieku oraz odsetek osób w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w Polsce i wybranych krajach w latach 2015-2050 (dane Eurostat)

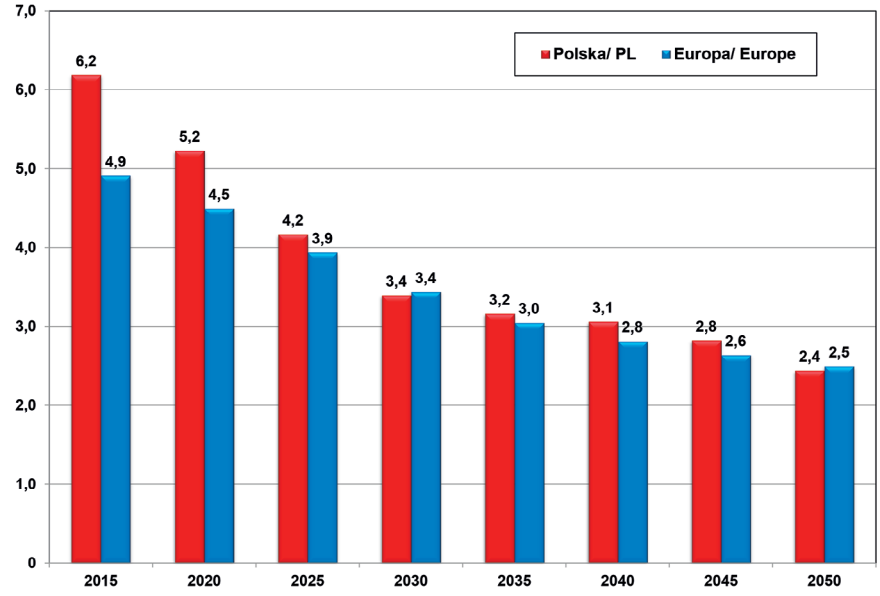
Table 1.1. Projected median age and percentage of persons aged 65 years and more and 80 years and more in Poland and selected countries, 2015-2050 (Eurostat projections)

Kraj/ Country	2015	2020	2030	2040	2050
	Mediana wieku ludności/ Median age				
UE28/ EU28	42,4	43,5	45,4	46,6	46,7
Austria/ AT	43,0	43,2	44,1	46,1	47,5
Czechy/ CZ	41,1	43,1	46,1	48,0	46,7
Irlandia/ IE	36,4	38,2	41,3	41,8	41,7
Niemcy/ DE	45,9	46,0	46,6	48,4	49,3
Polska/ PL	39,6	41,4	45,7	49,4	50,7
Węgry/ HU	41,6	43,4	45,7	47,0	47,3
	Odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej/ Percentage aged 65+				
UE28/ EU28	18,9	20,4	23,9	27,0	28,5
Austria/ AT	18,5	18,9	22,4	25,5	26,9
Czechy/ CZ	17,8	20,1	22,5	25,4	29,0
Irlandia/ IE	13,0	14,5	18,1	22,2	25,5
Niemcy/ DE	21,0	21,8	25,8	28,7	29,4
Polska/ PL	15,4	18,4	23,2	25,9	30,6
Węgry/ HU	17,9	20,1	22,1	24,9	28,1
	Odsetek ludności w wieku 80 lat i więcej/ Percentage aged 80+				
UE28/ EU28	5,3	5,9	7,2	9,1	11,1
Austria/ AT	5,0	5,3	6,6	7,9	10,8
Czechy/ CZ	4,0	4,2	6,7	8,3	8,9
Irlandia/ IE	3,1	3,4	4,9	6,6	8,4
Niemcy/ DE	5,6	6,9	7,5	9,4	12,6
Polska/ PL	4,0	4,5	5,9	9,6	10,1
Węgry/ HU	4,2	4,6	6,1	8,2	8,8

Proces zachodzących zmian struktury wieku i starzenia się ludności Polski dobrze ilustrują zmiany widoczne w piramidzie wieku polskiej populacji i zasadniczy wzrost liczby ludności w najstarszych grupach wieku (ryc. 1.3).

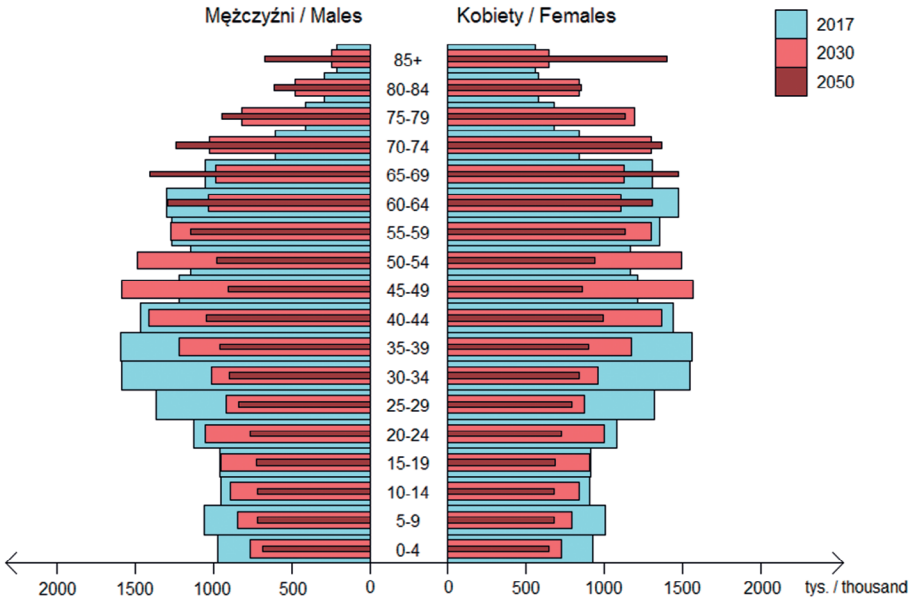
Liczba urodzeń żywych w latach 2016 i 2017 wzrastała zarówno w wartościach bezwzględnych jak i w odniesieniu do liczby ludności (tabela 1.2). Wzrost ten miał miejsce zarówno w miastach jak i na wsi.

Prawie co czwarte rodzące się w Polsce dziecko jest urodzone poza związkiem małżeńskim. Częstość tych urodzeń najbardziej zwiększała się w latach 2000-2005. Warto odnotować fakt, że odsetek tych urodzeń w roku 2017 był mniejszy niż rok wcześniej (tabela 1.2). Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie wielkości tego odsetka jak i jego zmian w czasie. W latach 2007 i 2017 odsetek urodzeń pozamałżeńskich był zdecydowanie najwyższy w woj. zachodniopomorskim i lubuskim, w których bardzo duży wzrost tych urodzeń miał miejsce w latach 2002-2007. Z drugiej strony trzykrotnie niższa częstość urodzeń pozamałżeńskich występuje w woj. podkarpackim i małopolskim (ryc. 1.4). Trzeba zauważyć duży wzrost tych urodzeń w ostatnich dziesięciu latach w woj. łódzkim, wielkopolskim i świętokrzyskim.



Ryc. 1.2. Wskaźnik potencjalnego wsparcia (liczba osób w wieku 25-69 lat / liczba osób w wieku 70 lat i więcej) w Polsce i przeciętny w Europie w roku 2015 oraz prognozowany na lata 2020-2050 (UN, World Population Prospects: The 2017 Revision)

Fig. 1.2. Potential support ratio (ratio of population aged 25-69 years per population 70+) in Poland and Europe in 2015 and projected in 2020-2050 (UN, World Population Prospects: The 2017 Revision)



Ryc. 1.3. Ludność Polski wg płci i wieku w 2017 r. oraz prognozowana na lata 2030 i 2050 (dane GUS)

Fig. 1.3. Population of Poland by sex and age in 2017 and projected in 2030 and 2050 (SP data)

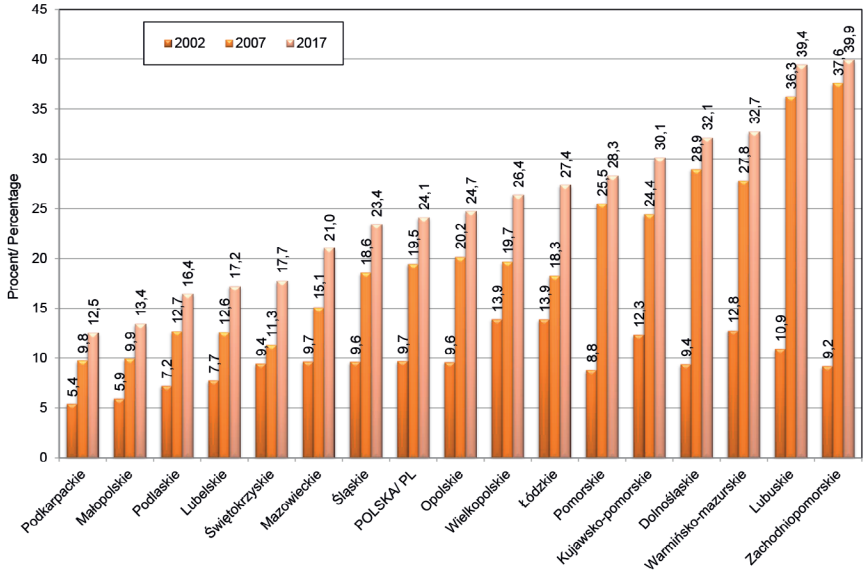
Tabela 1.2. Urodzenia w Polsce w wybranych latach 1975-2017

Table. 1.2. Births in Poland, selected years 1975-2017

Rok/ Year	Urodzenia żywe / Live births			Urodzenia martwe / Still births	
	liczba (w tysiącach)/ number (in thousands)	na 1000 ludności/ per 1000 population	Pozamałżeńskie jako % urodzeń żywych/ illegitimate 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
2005	364,4	9,6	18,5	1712	0,47
2010	413,3	10,7	20,6	1730	0,42
2013	369,6	9,6	23,4	1386	0,37
2014	375,2	9,7	24,2	1341	0,36
2015	369,3	9,6	24,6	1075	0,29
2016	382,3	9,9	25,0	1147	0,30
2017	402,0	10,5	24,1	1101	0,27

Źródło: dane GUS/ SP data

Odsetek urodzeń pozamałżeńskich jest wyższy w miastach niż na wsi i tylko w województwach zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim, sytuacja jest odwrotna.



Ryc. 1.4. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wśród urodzeń żywych wg województw w latach 2002, 2007 i 2017 (dane GUS)

Fig. 1.4. Illegitimate births as a percentage of total live births by voivodship, 2002, 2007 and 2017 (SP data)

Jak wynika z danych Eurostatu odsetek urodzeń pozamałżeńskich w Polsce należy do niskich na tle innych krajów UE gdyż tylko w Grecji, Chorwacji i na Cyprze częstość tych urodzeń jest niższa niż w naszym kraju. W ośmiu krajach urodzenia pozamałżeńskie stanowią ponad połowę wszystkich urodzeń, a w całej UE stanowią one 42%.

W 2017 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). Po roku 2013 obserwuje się niewielką tendencję spadkową częstości tych urodzeń i urodzenia dzieci o niskiej masie urodzeniowej są w Polsce rzadsze niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej (wg szacunków WHO w 2015 r odsetek ten dla UE28 wynosił 7,1%, WHO HFA DB, June 2018).

Zróżnicowanie międzywojewódzkie odsetka niemowląt o niskiej masie urodzeniowej w ostatnich latach nieznacznie zwiększa się. W całym rozpatrywanym

okresie 2009-2017 najmniej korzystna sytuacja występowała w woj. śląskim, łódzkim, zachodniopomorskim i lubelskim a najbardziej korzystna w woj. podlaskim, w którym na dodatek systematycznie się ona poprawia (ryc. 1.5). Systematycznie obniża się również odsetek urodzeń o niskiej masie w woj. mazowieckim i lubuskim, natomiast w w woj. małopolskim i świętokrzyskim odsetek tych urodzeń pomału ale systematycznie zwiększa się.

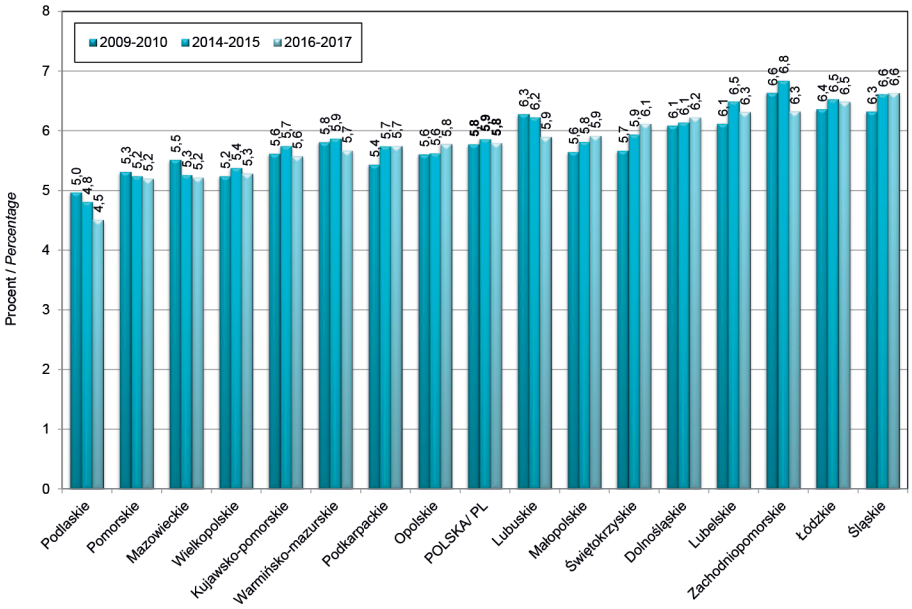
Tabela 1.3. Urodzenia żywe według wagi noworodka przy urodzeniu w wybranych latach 1975-2017 (dane GUS)
Table 1.3. Live born infants by birth weight, selected years 1975-2017 (SP data)

Rok/ Year	Urodzenia żywe / Live births				
	ogółem/ total	poniżej 2500g[1]/ below 2500g[1]		2500g i więcej[2]/ 2500g and more[2]	
		liczba/ number	procent[3]/ percentage[3]	liczba/ number	procent[3]/ percentage[3]
1975	646381	46763	7,3	595786	92,7
1980	695759	52502	7,6	640198	92,4
1990	547720	43952	8,1	501831	91,9
1995	433109	28905	6,7	404177	93,3
2000	378348	21635	5,7	356700	94,3
2005	364383	22053	5,7	362330	94,3
2010	413300	23506	5,7	389794	94,3
2013	369576	22019	6,0	347553	94,0
2014	375160	22211	5,9	352940	94,1
2015	369308	21351	5,8	346611	94,2
2016	382257	22314	5,8	359929	94,2
2017	401982	23062	5,7	378877	94,3

1 – 2500 g i mniej do 1993 r./ 2500g and less till 1993
2 – 2501 g i więcej do 1993 r./ 2501g and more till 1993
3 – Uwzględniono tylko urodzenia żywe o ustalonej wadze noworodka przy urodzeniu / only infants with known birt weight are included in calculation

Źródło: dane GUS/ SP data

Status społeczno-ekonomiczny ma uznany, niezwykle istotny wpływ na stan zdrowia. Struktura społeczno-ekonomiczna 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. Wyraźnie zwiększa się udział osób z wykształceniem wyższym w populacji Polski w ostatnich 14 latach Przy czym kobiety mają częściej wyższe wykształcenie niż mężczyźni i różnica ta powiększa się.



Ryc. 1.5. Odsetek żywo urodzonych noworodków o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2500g) wg województw, 2009-2010 i 2014-2015 (dane GUS)

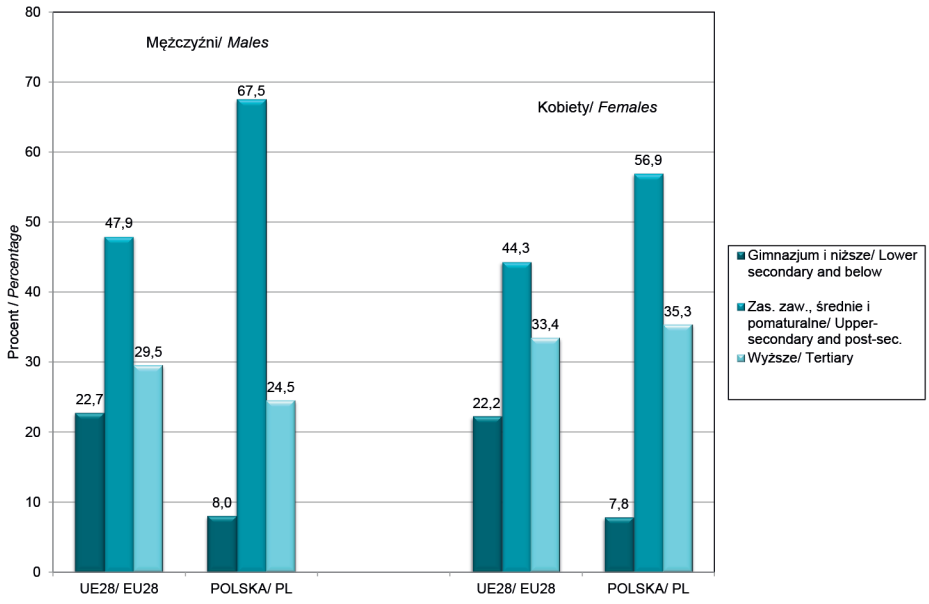
Fig. 1.5. Percentage of low birth-weight (below 2500 g) live births by voivodship, 2009-2010 and 2014-2015 (SP data)

Pomimo tego wzrostu odsetek ten dla mężczyzn jest wciąż niższy niż w większości krajów UE natomiast dla kobiet jest wyższy od przeciętnego dla UE28 (ryc. 1.6) i jest on także wyższy niż w krajach UE15 (34,2%). Dane Eurostatu pokazują również korzystny fakt jakim jest to, że odsetek osób w wieku 18-24 lata, które mają wykształcenie co najwyżej gimnazjalne i nie kontynuują nauki, w stosunku do ogółu osób w tym wieku, jest w Polsce jednym z najniższych dla krajów UE i w 2017 r. wynosił 5,1% podczas gdy średnia dla krajów UE28 wynosiła 11,4%[2].

Wprawdzie sytuacja ekonomiczna w Polsce poprawia się i wzrost Produktu Krajowego Brutto (PKB) jest szybszy od średniego dla całej Unii Europejskiej (w 2017 r. 4,8% vs. 2,4%) oraz znacznej większości krajów Unii (tylko 5 krajów miało większy wzrost), to jednak wartość PKB w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w PPS) jest wciąż jedną z najniższych w UE – w 2017 r. była ona o 30% niższa od średniej dla całej UE28[3]. Gorsza sytuacja jest w Bułgarii, Grecji, Chorwacji, Rumunii, na Łotwie i na Węgrzech.

[2] http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=edat_lfse_15&lang=en

[3] http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tec00114&plugin=1.



Ryc. 1.6. Odsetek mężczyzn i kobiet w wieku 25-64 lata wg ukończonego wykształcenia w Polsce i przeciętny dla krajów UE28, 2017 r. (dane Eurostat, badanie EU-LFS)

Fig. 1.6. Males and females of age 25-64 years (%) by educational attainment level in EU countries, 2017 (Eurostat database, EU-LFS)

Za korzystny należy uznać fakt zmniejszania się zróżnicowania dochodów w naszym kraju, które obrazuje wskaźnik zróżnicowania kwintylowego – o ile dochody jakie ma 20% osób o najwyższym ich poziomie były w 2015 r. 4,9 razy wyższe niż te jakie ma 20% osób o najniższych dochodach, przy średniej dla UE28 równej 5,2 o tyle w roku 2017 wskaźnik dla Polski obniżył się do 4,6 natomiast przeciętny dla krajów Unii tylko do 5,1 (dane Eurostatu[4]). Kwestia wielkości zróżnicowania dochodów jest ważna gdyż może ono negatywnie wpływać na stan zdrowia społeczeństwa, zwłaszcza mniej zamożnego[5].

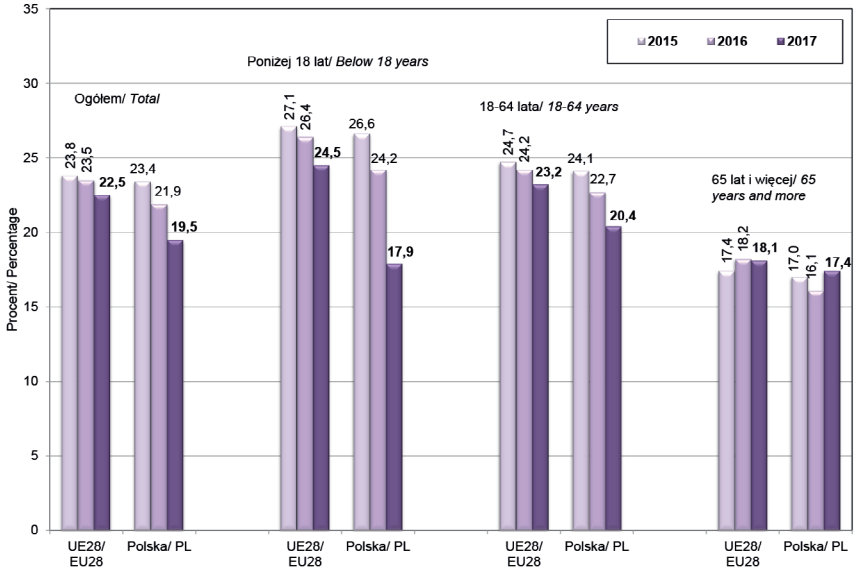
Za niezwykle istotny z punktu widzenia zdrowia publicznego należy uznać fakt **znacznego obniżenia się w latach 2016-2017 r. zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** w naszym kraju. Za zagrożone ubóstwem uważa się, zgodnie z definicją przyjętą przez kraje UE, osoby żyjące w gospodarstwach domowych, których dochód do dyspozycji jest niższy od granicy ubóstwa ustalonej na poziomie 60% mediany dochodu w danym kraju z uwzględnieniem skali porównywalności

[4] http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di11&lang=en

[5] Wilkinson R. and Pickett K. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. Social Science & Medicine 2006; 62:1768-84. Babones SJ. Income inequality and population health: Correlation and causality. Social Science & Medicine 66 (2008) 1614-1626.

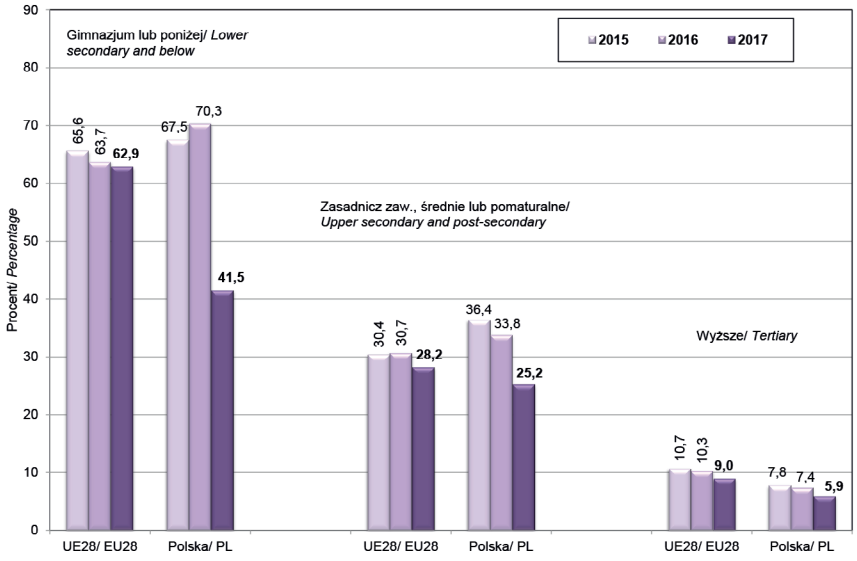
z uwzględnieniem transferów społecznych. Wykluczeniem społecznym zagrożone są osoby w gospodarstwach domowych o pogłębionej materialnej deprywacji (brak możliwości zaspokojenia ze względów finansowych co najmniej 4 z 9 uznanych potrzeb) lub osoby w gospodarstwach domowych o bardzo niskiej intensywności pracy. Dane Eurostatu pokazują, że wskaźnik ten jest obecnie niższy od przeciętnego dla krajów UE28 (ryc. 1.7a) i w 16 krajach UE zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest bardziej powszechne niż w Polsce. Największą poprawę obserwuje się w przypadku dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (gorsza sytuacja niż w Polsce jest w 22 krajach UE), natomiast brak jest poprawy zarówno w Polsce jak i UE w przypadku osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej, ale również w tej grupie odsetek osób zagrożonych jest poniżej przeciętnego dla krajów UE.

Zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym dzieci jest bardzo silnie związane z poziomem wykształcenia rodziców zarówno w Polsce jak i Unii Europejskiej ogółem. Rok 2017 przyniósł w Polsce dużą poprawę pod tym względem ale zróżnicowanie jest wciąż bardzo duże (ryc. 1.7b). Warto jednak zwrócić uwagę, że o ile jeszcze w 2016 r. w Polsce dzieci rodziców o wykształceniu poniżej wyższego były bardziej zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym niż przeciętnie w krajach UE to w 2017 r. już nie.



Ryc. 1.7a. Odsetek ludności zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ogółem oraz w grupach wieku w Polsce oraz przeciętny dla krajów UE28 w latach 2015-2017 (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.7a. Population at-risk-of-poverty or social exclusion total and by age groups in Poland and average for EU28 countries, 2015-2017 (cut-off point: 60% of median equivalised income after social transfers) (Eurostat database, EU-SILC instrument)



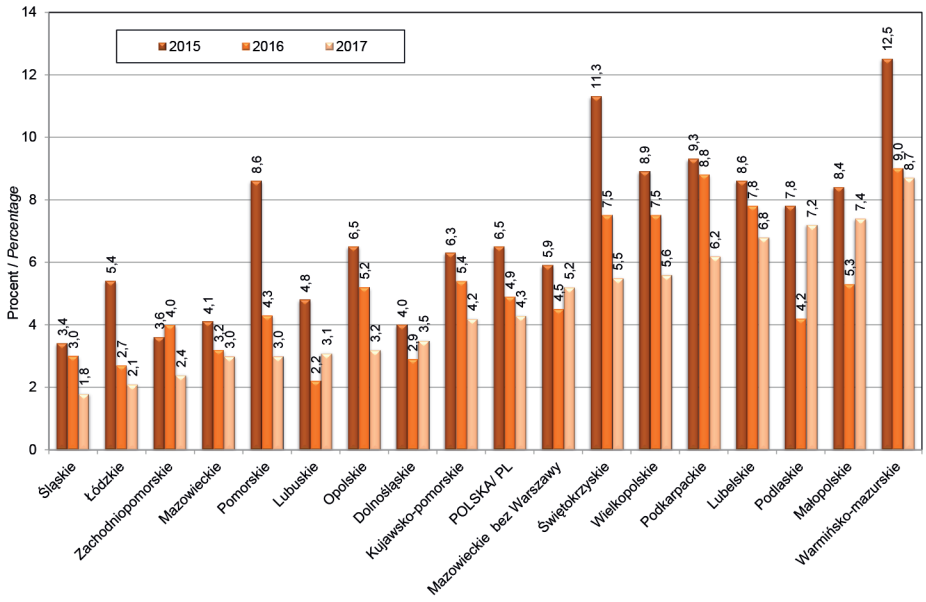
Ryc. 1.7b. Odsetek dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wg poziomu wykształcenia rodziców w Polsce i przeciętny w UE28 w latach 2015-2017 (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.7b. People below 18 years of age at risk of poverty or social exclusion by parents educational attainment level in Poland and EU28, 2015-2017 (Eurostat database, EU-SILC instrument)

Obserwuje się znaczne wojewódzkie zróżnicowanie zasięgu ubóstwa. Zasięg (stopa) ubóstwa jest to odsetek osób w gospodarstwach domowych, w których poziom wydatków (w tym wartość artykułów otrzymanych bezpłatnie i spożycia naturalnego) był niższy od przyjętej granicy ubóstwa.

W latach 2015-2017 nastąpił znaczny spadek zasięgu ubóstwa w Polsce ogółem i w większości województw. Na ryc. 1.8 przedstawiono zmiany zasięgu ubóstwa skrajnego w poszczególnych województwach w tym okresie. Największa poprawa wystąpiła w woj. świętokrzyskim i pomorskim, przy czym w tym drugim zasięg ubóstwa w 2017 r. był już poniżej poziomu ogólnopolskiego. Największe zagrożenie skrajnym ubóstwem występuje od szeregu lat w woj. warmińsko-mazurskim.

Wyraźna jest dalsza poprawa sytuacji w Polsce w stosunku do wcześniejszych lat w przypadku bezrobocia, które nie tylko jest na poziomie niższym od przeciętnego dla krajów UE ale zalicza się do jednego z niższych w UE. Jak wynika z prowadzonego w tych krajach Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL (Labour Force Survey) w 2017 r. stopa bezrobocia w Polsce w populacji 15-74 wynosiła 4,9% podczas gdy średnia dla UE28 wynosiła 7,6%. Ponadto, bardzo korzystny jest fakt niższej w Polsce stopy bezrobocia długotrwałego, tzn. powyżej 12 miesięcy, która w 2017 r. wynosiła 1,5% w stosunku do aktywnej ludności podczas gdy średnia dla UE28 wynosiła 3,4%. Tylko w czterech krajach była ona niższa niż w Polsce.



Ryc. 1.8. Odsetek osób w gospodarstwach domowych zagrożonych ubóstwem skrajnym wg województw w latach 2015-2017 r. (szacunki GUS na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych)

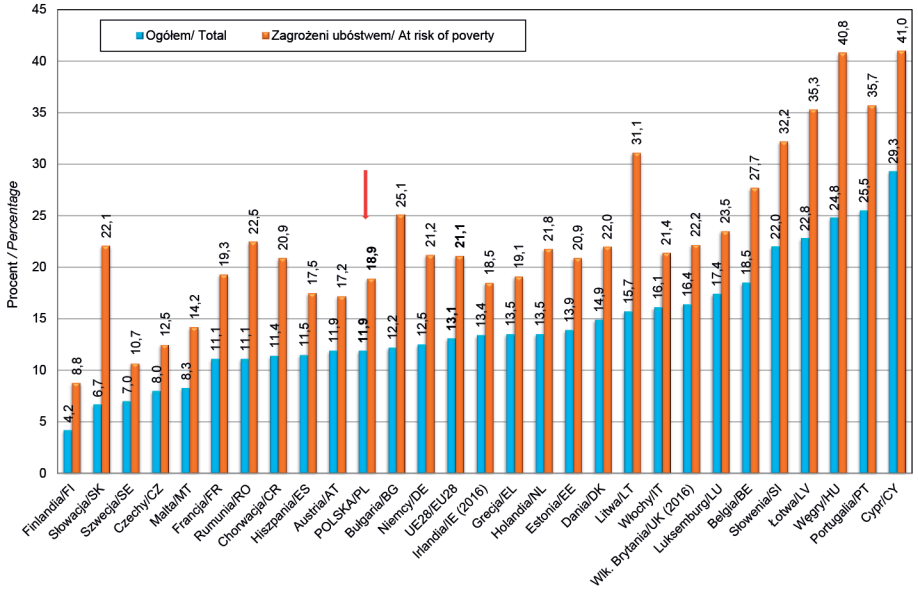
Fig. 1.8. At-risk-of-extreme poverty by voivodship, Poland, 2015-2017 (SP estimates based on households budgets survey)

Ważnym aspektem zatrudnienia z punktu widzenia społecznego jak również zdrowia publicznego jest możliwość wykonywania pracy w niepełnym wymiarze, która może umożliwiać lepsze wypełnianie obowiązków rodzinnych, dotyczących także zdrowia, na przykład związanych z opieką nad dziećmi czy osobami starszymi. W Polsce sytuacja od lat wyraźnie odbiega od przeciętnej w krajach OECD i UE – pracownicy, zarówno mężczyźni ale szczególnie kobiety, są znacznie rzadziej są zatrudnieni w niepełnym wymiarze. W 2017 r. w Polsce odsetek takich pracowników w stosunku do ogółu zatrudnionych wynosił 6,1% w porównaniu z 16,5% w krajach OECD i 16,9% w UE28, natomiast w przypadku kobiet analogiczne odsetki wynosiły 9,5% vs. 25,5% i 27,0%[6]. Sytuacją tą należy uznać za niekorzystną, zwłaszcza jeśli przyjąć, że nie wynika ona z dobrowolnych wyborów.

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 42% ludności Polski mieszka w zagęszczonych mieszkaniach podczas gdy w całej UE przeciętnie około 19%.

[6] https://read.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-labour-force-statistics-2018_oecd_lfs-2018-en#page123

Natomiast jeżeli wziąć pod uwagę ocenę warunków mieszkaniowych ze względu na jakość mieszkania i występowanie którejś z cech jego złej jakości, do których należy: przeciekający dach, wilgoć na ścianach, podłogach, fundamencie, butwiejące okna lub podłogi to sytuacja w Polsce jest lepsza od przeciętnej dla krajów UE28 (ryc. 1.9). Osoby zagrożone ubóstwem częściej mieszkają w złych warunkach niż ogół społeczeństwa ale również w tej grupie sytuacja w Polsce jest obecnie lepsza niż przeciętna w UE28 a ponadto ta niekorzystna dla osób zagrożonych ubóstwem różnica jest w Polsce mniejsza od przeciętnej dla krajów UE.

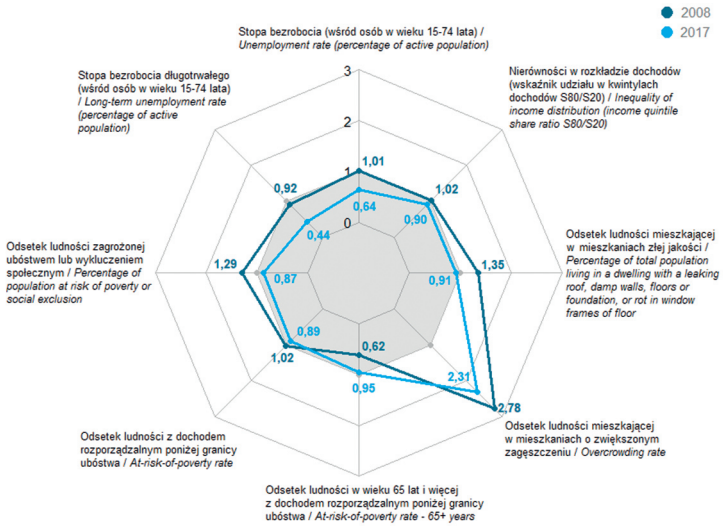


Ryc. 1.9. Odsetek ludności ogółem oraz ludności zagrożonej ubóstwem mieszkających w mieszkaniach złej jakości w krajach UE28 w 2017 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.9. Percentage of total population and population at risk of poverty living in a dwelling with a leaking roof, damp walls, floors or foundation, or rot in window frames of floor in EU countries, 2017 (Eurostat database, EU-SILC instrument)

Podsumowanie sytuacji społeczno-ekonomicznej mieszkańców Polski w odniesieniu do przeciętnej sytuacji w krajach UE28 z uwzględnieniem dynamiki zachodzących zmian przedstawiono na ryc. 1.10. Pokazuje ona wartość ośmiu wskaźników w Polsce w odniesieniu do poziomu wskaźnika przeciętnego dla krajów UE28 w 2008 i 2017 r. We wszystkich obszarach wyrażonych przez omawiane wskaźniki, z wyjątkiem odsetka ludności w wieku 65 lat i więcej z dochodem rozporządzalnym poniżej granicy ubóstwa, w omawianym okresie nastąpiła poprawa sytuacji w Polsce w stosunku do przeciętnej w krajach Unii. Ponadto należy

podkreślić, że poza zdecydowanie większym niż w UE problemem zagęszczenia mieszkań sytuacja w pozostałych analizowanych obszarach jest w Polsce lepsza od przeciętnej dla krajów Unii Europejskiej.



Ryc. 1.10. Porównanie wartości ośmiu wskaźników sytuacji społeczno-ekonomicznej w Polsce w stosunku do przeciętnych dla krajów UE28 w latach 2008 i 2017 (na podstawie danych Eurostatu)

Fig. 1.10. Comparison of eight socio-economic indicators for Poland in relation to average EU28 values in 2008 and 2017 (based on Eurostat data)

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. Według ostatnich danych ONZ dla roku 2018[7] Polska plasuje się na 20 miejscu w Unii Europejskiej (tak samo jak w 2014 r.) i na 33 miejscu w świecie (przesunęła się w górę o trzy miejsca).

PODSUMOWANIE

1. Liczba ludności Polski zmniejszała się w latach 2011-2016 ale w 2017 r. nastąpił jej niewielki wzrost i w końcu tego roku wynosiła 38 434 tys. osób, 7,4% ogółu ludności UE28, co plasowało nasz kraj na szóstym miejscu wśród

[7] http://hdr.undp.org/en/2018-update

krajów Unii. W 2017 r. przyrost naturalny w Polsce miał ujemną wartość w miastach i dodatnią na wsi.

2. Kobiety stanowią ponad połowę ogółu ludności (51,6%) ale nadwyżkę liczebną nad mężczyznami osiągają dopiero w grupie wieku 50-54 lata i w coraz starszych grupach wieku zwiększa się ona bardzo szybko. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypadają już 154 kobiety zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 260 kobiet.
3. Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE28), ale jak wynika z prognozy Eurostatu ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać i w połowie obecnego wieku zarówno mediana wieku jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe od przeciętnych dla krajów Unii.
4. Liczba urodzeń żywych w latach 2016 i 2017 wzrastała zarówno w miastach jak i na wsi.
5. Odsetek dzieci rodzących się poza związkiem małżeńskim w 2017 r. nieznacznie obniżył się ale i tak obecnie prawie co czwarte rodzące się dziecko jest urodzone poza związkiem małżeńskim, a w woj. zachodniopomorskim i lubuskim nawet prawie 40%. Udział tych urodzeń w Polsce jest stosunkowo niski w porównaniu z innymi krajami europejskimi.
6. Po roku 2013 obserwuje się w Polsce niewielką tendencję spadkową częstości urodzeń o niskiej masie urodzeniowej (w 2017 r. 5,7%) i występują one rzadziej niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej (w 2015 r. 7,1%).
7. Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym wyraźnie wzrasta w Polsce od szeregu lat to jednak dla mężczyzn w wieku 25-64 lata jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE, natomiast dla kobiet jest wyższy od przeciętnego dla UE28.
8. Za korzystny proces należy uznać zmniejszanie się zróżnicowania dochodów, które w ostatnich latach jest w Polsce na poziomie niższym od przeciętnego dla krajów UE.
9. Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w naszym kraju jest obecnie na poziomie niższym od przeciętnego dla UE. Największą poprawę obserwuje się w przypadku dzieci i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast brak jest poprawy w przypadku osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej, ale również w tej grupie odsetek osób zagrożonych jest niższy od przeciętnego dla krajów UE. W Polsce zagrożenie ubóstwem od szeregu lat jest najbardziej nasilone w woj. warmińsko-mazurskim.
10. Poziom bezrobocia ogółem jak również długotrwałego jest w Polsce niższy od przeciętnego dla krajów UE i zalicza się do jednego z niższych w UE. Za niekorzystny należy uznać fakt znacznie mniejszych możliwości wykonywania

pracy w niepełnym wymiarze w Polsce w porównaniu z ogółem krajów UE i OECD, co występuje szczególnie wyraźnie w przypadku kobiet.

11. Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach Unii a szczególnie wyraźnie występuje to w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań. Natomiast Polacy rzadziej niż ogół mieszkańców UE mieszkają w mieszkaniach złej jakości.
12. Ostatni (2018 r.) Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI) plasuje Polskę podobnie jak w 2014 r. na 20 miejscu w Unii Europejskiej i na 33 miejscu w świecie, co oznacza przesunięcie o trzy miejsca do góry.

2. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI

Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Barbara Rubikowska,
Paweł Goryński, Tomasz Zdrojewski

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 15 June 2018 oraz European mortality database HFA MDB 15 June 2018) i Eurostatu[1], co zawsze zostało zaznaczone w treści. W raporcie po raz pierwszy oceniliśmy związek długości trwania życia oraz poziomu umieralności z powodu wybranych przyczyn z poziomem deprywacji na poziomie powiatów. Wielowymiarowy syntetyczny wskaźnik deprywacji dla wszystkich powiatów został opracowany i opublikowany[2] przez zespół pracowników naukowych Centrum Europejskich Studiów Regionalnych i Lokalnych EUROREG Uniwersytetu Warszawskiego w ramach grantu norweskiego, którego głównym wykonawcą był NIZP-PZH[3]. Obszary uwzględnione w konstrukcji Powiatowego Indeksu Deprywacji obejmują: dochody – 5 wskaźników, zatrudnienie – 4 wskaźniki, warunki życia – 4 wskaźniki, edukacja – 3 wskaźniki, dostęp

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

[2] M. Smętkowski, G. Gorzelak, A. Płoszaj, J. Rok: Powiaty zagrożone deprywacją: stan, trendy i prognoza. Raporty i analizy EUROREG 7/2015

[3] Projekt Predefiniowany Ministerstwa Zdrowia „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu" realizowany w Programie PL 13 współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

sytuacja_zdrowotna_2017k.indb 51 2019-01-02 07:55:42

do dóbr i usług – 4 wskaźniki. Związek długości trwania życia ludności oraz standaryzowanych współczynników umieralności w powiatach ze wskaźnikiem deprywacji ocenialiśmy dopasowując do danych funkcję sklejaną (splajn) stopnia 4 za pomocą funkcji smooth.spline z programu R[4].

Do standaryzacji współczynników zgonów względem wieku stosowano metodę bezpośrednią. Jako standardową strukturę wieku przyjmowano zazwyczaj tak zwaną strukturę europejską[5], jednakową dla mężczyzn i kobiet, którą stosowaliśmy również we wcześniejszych raportach. W kilku wyjątkowych przypadkach przyjęto strukturę wieku ludności Polski z roku 2016, co zawsze zostało zaznaczone w odpowiednim miejscu tekstu.

W przypadku własnych obliczeń oczekiwanej długości życia stosowano klasyczną metodę Chianga[6] a dekompozycję długości życia wg przyczyn zgonów oraz wieku przeprowadzano wg metody Ariagi[7]. Analizę trendów czasowych współczynników zgonów i długości życia w Polsce i przeciętnych dla Unii Europejskiej przeprowadzono za pomocą modeli jointpoint i programu Joinpoint Regression Program, (*Version 4.2.0.0 April 2015; National Cancer Institute, USA*).

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

Według ostatnich danych GUS w roku 2017 przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 74,0 lata a kobiet była o 7,8 roku dłuższa i wynosiła 81,8 lat. Długość życia mieszkańców Polski systematycznie wydłuża się po roku 1991 i do 2017 r. zwiększyła się w przypadku mężczyzn o 8,1 roku a w przypadku kobiet o 6,5 roku (ryc. 2.1). Analiza długookresowych trendów pokazuje, że po wyraźnym spowolnieniu wzrostu długości trwania życia mężczyzn w pięcioletnim okresie 2002-2007 w następnych latach przeciętny wzrost długości życia mężczyzn zwiększył się i w latach 2007-2017 wynosił 0,32 roku/rok kalendarzowy a więc jest tylko nieznacznie wolniejszy niż w latach 1991-2002 (0,39 roku/rok kalendarzowy). W przypadku kobiet spowolnienie rocznego tempa

[4] Chambers, J. M. and Hastie, T. J. (1992) Statistical Models in S, Wadsworth & Brooks/Cole

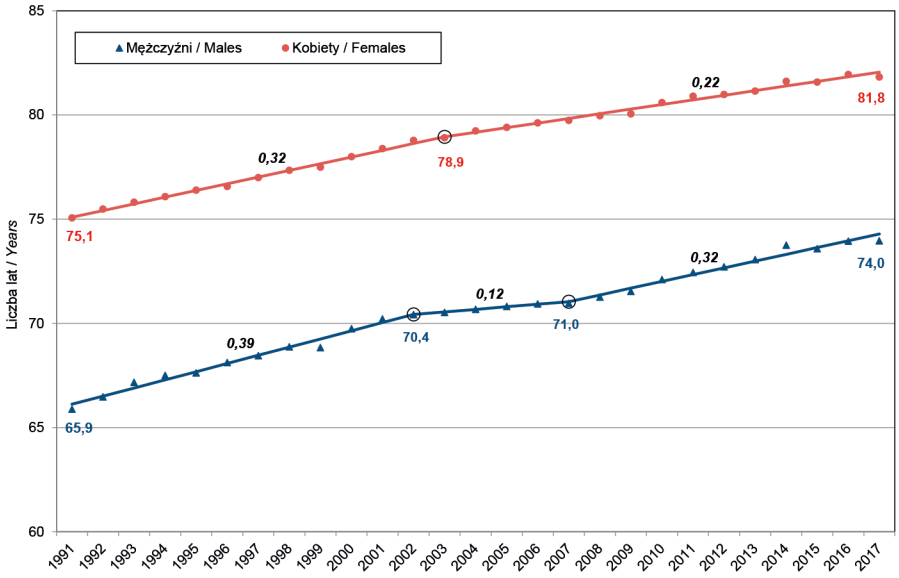
[5] Waterhouse JAH, Muir CS, Correa P, Powell J, eds. Cancer incidence in five continents. Lyon: IARC, 1976; 3: 456.

[6] Chiang C. L. "The Life Table and its Applications", Robert E. Krieger Publishing Company, Inc., Malabar, Florida, 1984

[7] Arriaga E. E. "Measuring and Explaining the Change in Life Expectancies", Demography, Vol. 21, No. 1 (Feb., 1984), pp. 83-96

wzrostu po roku 2002 było mniejsze niż wśród mężczyzn, ale utrzymuje się do chwili obecnej i przeciętny średnioroczny wzrost długości życia kobiet po roku 2007 jest o 0,1 roku wolniejszy niż mężczyzn i wynosi 0,22 roku/rok kalendarzowy.

Niepokojący jest fakt, że w ostatnich trzech latach (2014-2017) długość życia zarówno mężczyzn jak i kobiet wzrosła zaledwie o 0,2 roku. Jest to najgorszy trzyletni okres pod względem wzrostu długości życia jaki obserwujemy po roku 1991 kiedy zaczęły się korzystne zmiany stanu zdrowia ludności Polski.



Ryc. 2.1. Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat w latach 1991–2017 – jego trendy oraz średnioroczne tempo wzrostu (dane GUS i obliczenia własne)

Fig. 2.1. Life expectancy at birth in Poland in years 1991–2017 – its trends and mean annual increase (CSO data and authors' own calculation)

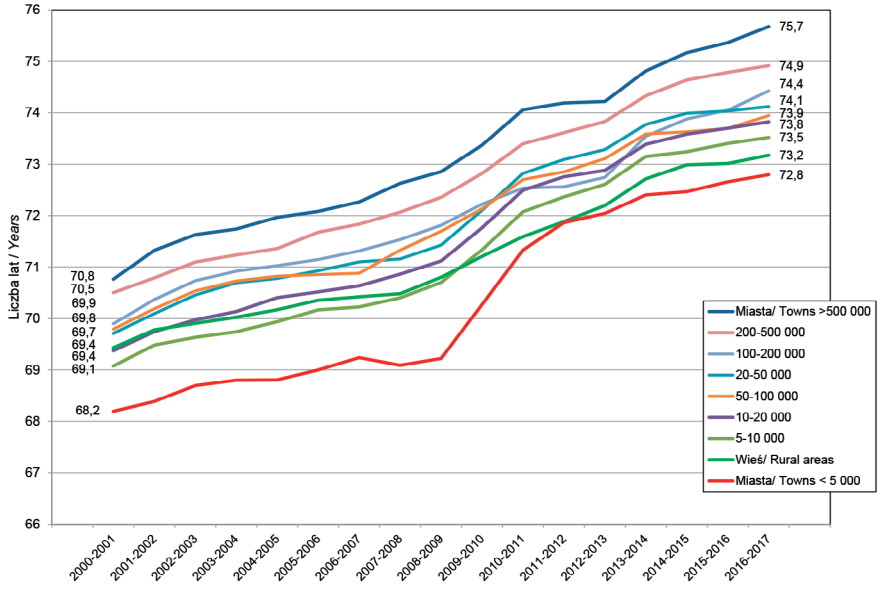
Jak wynika z naszych analiz wydłużenie życia mężczyzn w latach 1991-2016 wynikało w 71% z obniżenia umieralności przedwczesnej (przed 65 rokiem życia), a w 29% z obniżenia umieralności mężczyzn w starszym wieku. Natomiast w przypadku kobiet wydłużenie życia w latach 1991-2016 wynikało tylko w 44% z obniżenia umieralności przedwczesnej (przed 65 rokiem życia) a w ponad połowie (56%) ze zmniejszenia umieralności kobiet w starszym wieku.

Od wielu lat występuje w Polsce niekorzystne zjawisko dużej nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet i w konsekwencji znacznie krótsza długość

ich dalszego życia niezależnie od wieku. Rodzący się w 2017 r. chłopcy mogli oczekiwać, że będą żyli przeciętnie o 8,0 lat krócej niż rodzące się dziewczynki a mężczyźni w wieku 45 lat mają przed sobą o 6,7 lat krótsze życie niż kobiety w tym samym wieku. Różnica w dalszej długości życia mężczyzn i kobiet ulega powolnemu zmniejszeniu po roku 2007 z krótkim wyjątkiem lat 2015 i 2016 ale rok 2017 przyniósł ponowną niewielką poprawę w tym zakresie.

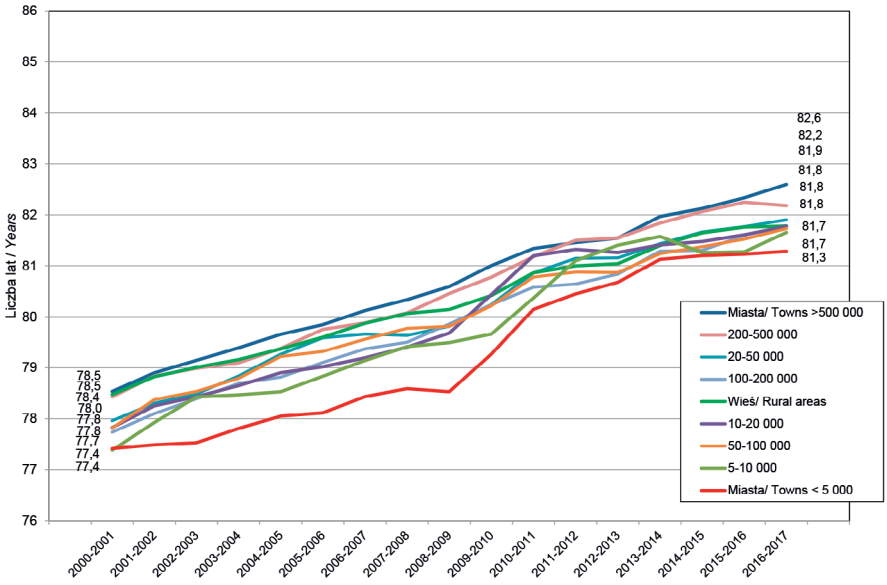
Szacujemy, że o ile na początku okresu transformacji w 1991 r. dwie trzecie różnicy długości życia mężczyzn i kobiet wynikało z wyższej umieralności mężczyzn w wieku aktywności zawodowej (25-64 lata), w 2016 r. wciąż jeszcze ponad połowa (53%).

Długości trwania życia mieszkańców Polski różni się w zależności od zamieszkania na wsi albo w małych czy dużych miastach, a zróżnicowanie, aczkolwiek niezbyt duże, ma charakter dosyć trwały. W najmniej korzystnej sytuacji zdrowotnej są mieszkańcy najmniejszych miasteczek poniżej 5 tys. ludności, których przeciętna długość życia jest najkrótsza, natomiast najdłużej żyją mieszkańcy największych miast powyżej 500 tys. mieszkańców. Zróżnicowanie długości życia związane z tak określonym miejscem zamieszkania jest większe w przypadku mężczyzn niż kobiet (ryc. 2.2a i 2.2b).



Ryc. 2.2a. Przeciętne trwanie życia mężczyzn w wieku 0 lat mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2000-2017 – dwuletnie średnie ruchome (obliczenia własne)

Fig. 2.2a. Males life expectancy at birth in Poland in rural areas and in towns by population size, 2-year moving averages 2000-2017 (authors' own calculation)

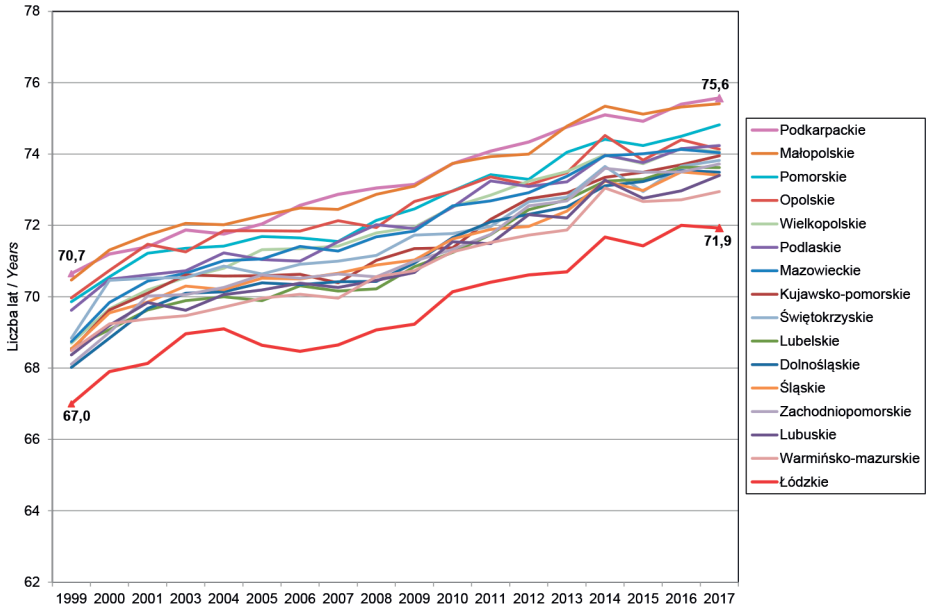


Ryc. 2.2b. Przeciętne trwanie życia kobiet w wieku 0 lat mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2000-2017 – dwuletnie średnie ruchome (obliczenia własne)

Fig. 2.2b. Females life expectancy at birth in Poland in rural areas and in towns by population size, 2-year moving averages 2000-2017 (authors' own calculation)

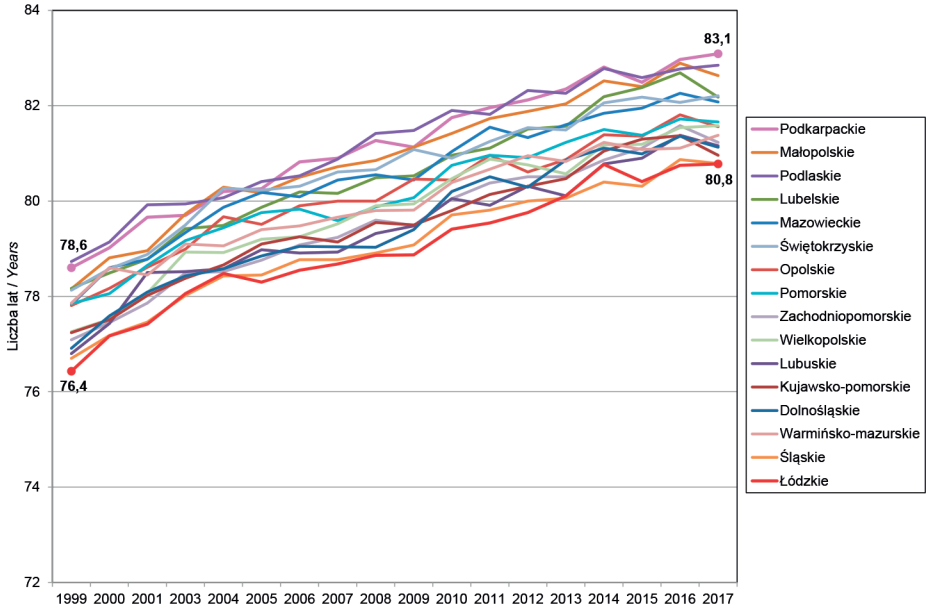
Największe było one w latach 2008-2009, natomiast na początku lat 2000. i obecnie jest podobne – mężczyźni w najmniejszych miastach żyją przeciętnie o ok. 2,7 lat krócej niż ci, którzy mieszkają w największych miastach, natomiast w przypadku kobiet różnica wynosi ok. 1,1 roku. Należy zwrócić uwagę na wyraźną poprawę sytuacji i większy od przeciętnego wzrost długości życia mieszkańców małych miast w okresie 2008/2009-2010/2011. O ile długość życia mężczyzn w całym kraju wzrosła przeciętnie o 1,0 rok to w najmniejszych miastach wzrost był dwukrotnie większy (o 2,1 lat), a w przypadku kobiet odpowiednie wartości wzrostu długości życia wynosiły 0,9 i 1,6 roku. Jak wynika z naszych dalszych analiz najważniejszą przyczyną większego wzrostu długości życia w najmniejszych miastach było zmniejszenie umieralności z powodu chorób serca. Nie można wykluczyć, że ta korzystna sytuacja jest częściowo efektem Polskiego Projektu 400 Miast realizowanego w latach 2003-2005, którego celem było ograniczenie rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób serca i naczyń w Polskich miastach poniżej 8 tys. mieszkańców[8]

[8] Zdrojewski T, Wyrzykowski B, Wierucki L, Grodzicki T, Januszewicz A i inn. Attempt to eliminate health inequalities in Poland arising at the time of political and economic transformation: Polish 400 Cities Project. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13:832-838



Ryc. 2.3a. Przeciętne trwanie życia mężczyzn w wieku 0 lat wg województw w latach 1999-2017 (dane GUS)

Fig. 2.3a. Males life expectancy at birth by voivodship in 1999-2017 (CSO data)



Ryc. 2.3b. Przeciętne trwanie życia kobiet w wieku 0 lat wg województw w latach 1999-2017 (dane GUS)

Fig. 2.3a. Females life expectancy at birth by voivodship in 1999-2017 (CSO data)

Obserwuje się wyraźne dosyć trwałe w czasie zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia. Mężczyźni od lat najkrócej żyją w woj. łódzkim i wyróżniają się pod tym względem na tle mieszkańców innych województw (ryc. 2.3a). Różnica w porównaniu z mieszkańcami województwa podkarpackiego, którzy przeciętnie żyją najdłużej, jest od szeregu lat praktycznie na stałym poziomie około 3,7 lat życia. Natomiast w przypadku kobiet mieszkanki województwa łódzkiego nie wyróżniają się aż tak dramatycznie w porównaniu z mieszkankami innych województw – zbliżoną długość życia mają mieszkanki Śląska a mieszkanki woj. podkarpackiego żyją o około 2,2-2,3 lat dłużej (ryc. 2.3b).

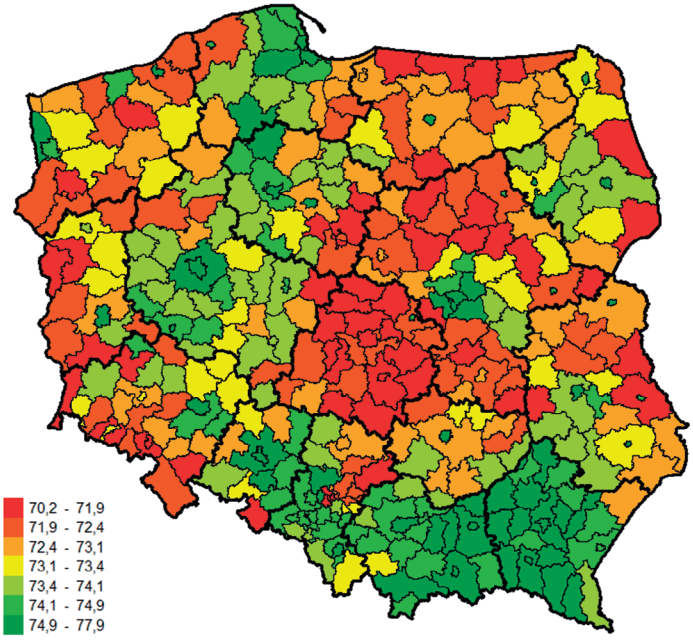
Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej od mieszkających na wsi w 2017 r. o 1,1 roku. Prawidłowość ta występuje we wszystkich województwach oprócz śląskiego, gdzie mężczyźni na wsi żyją o 0,7 roku dłużej niż w miastach, natomiast w woj. lubelskim i mazowieckim, różnica na korzyść mieszkańców miast w ostatnim okresie wynosi ponad 2 lata. W przypadku kobiet różnice w długości życia mieszkanek miast i wsi są znacznie mniejsze niż w przypadku mężczyzn i w skali całego kraju długość życia obu grup w 2017 r. była taka sama. W dziesięciu województwach dłużej żyją mieszkanki miast (największa różnica, 1,8 roku, występuje w woj. warmińsko-mazurskim) a w sześciu mieszkanki wsi (w woj. śląskim 1,1 roku różnicy, łódzkim 1,0).

Ogólnie można stwierdzić, że fakt zamieszkiwania w mieście lub na wsi w stosunkowo niewielkim stopniu przyczynia się do różnicowania długości życia Polaków, zwłaszcza kobiet.

Z oczywistych względów znacznie większe niż w przypadku mieszkańców województw jest zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców powiatów. Generalnie można stwierdzić, że większość powiatów w których mężczyźni żyją najdłużej skupia się w Polsce południowej oraz środkowo-zachodniej natomiast kobiety żyją najdłużej w powiatach we wschodniej części kraju (ryc. 2.4a i 2.4b).

Z punktu widzenia oceny społecznych nierówności w zdrowiu mieszkańców Polski istotnym pytaniem jest czy i w jakim stopniu zróżnicowanie stanu zdrowia mieszkańców powiatów może wynikać z różnic w ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Związek długości trwania życia ludności z poziomem deprywacji w powiatach pokazuje rycina 2.5. Przeciętna długość życia kobiet w powiatach w bardzo niewielkim stopniu zależała od wartości wskaźnika deprywacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętna długość życia kobiet była tylko o 0,5 roku krótsza niż w powiatach gdzie ten poziom był najniższy. Natomiast w przypadku mężczyzn związek był silniejszy i analogiczna

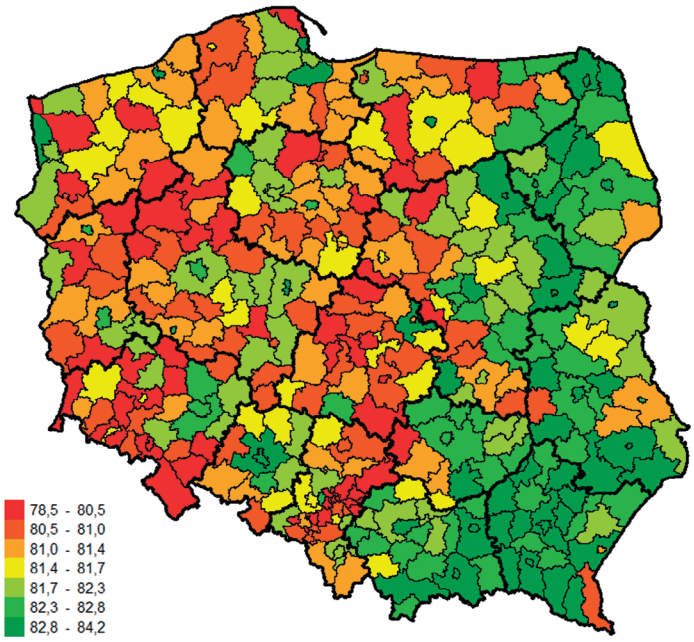
różnica wynosiła 3,5 lat, przy czym zmniejszanie się długości życia było coraz słabsze wraz ze wzrostem indeksu deprywacji. W sumie różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 39% i 18% zróżnicowania między powiatami długości trwania życia odpowiednio mężczyzn i kobiet.



Ryc. 2.4a. Oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2015-2017 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

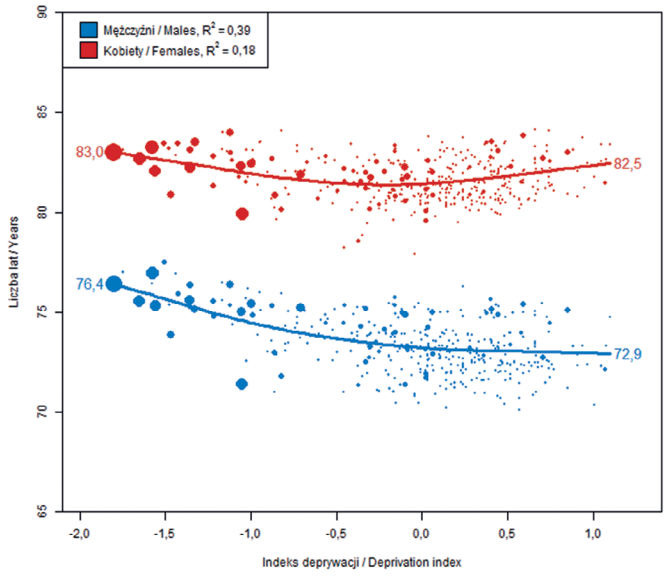
Fig. 2.4a. Males life expectancy at birth in poviats, 2015-2017 (authors' own calculation)

Czynnikiem silnie różnicującym długość życia Polaków jest poziom ich wykształcenia. Jak wynika z szacunków Eurostatu w roku 2016 mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli ok. 5,6 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy zasadnicze zawodowe), a o ok. 12,0 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym. Te niekorzystne różnice są w miarę stała w latach 2008-2016 gdyż zwiększanie się długości życia jest podobne w różnych grupach wykształcenia (ryc. 2.6a). W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia są ponad dwukrotnie mniejsze niż wśród mężczyzn i wynoszą odpowiednio 2,6 i 5,1 lat i również są w miarę stałe w latach 2008-2016 (ryc. 2.6b).



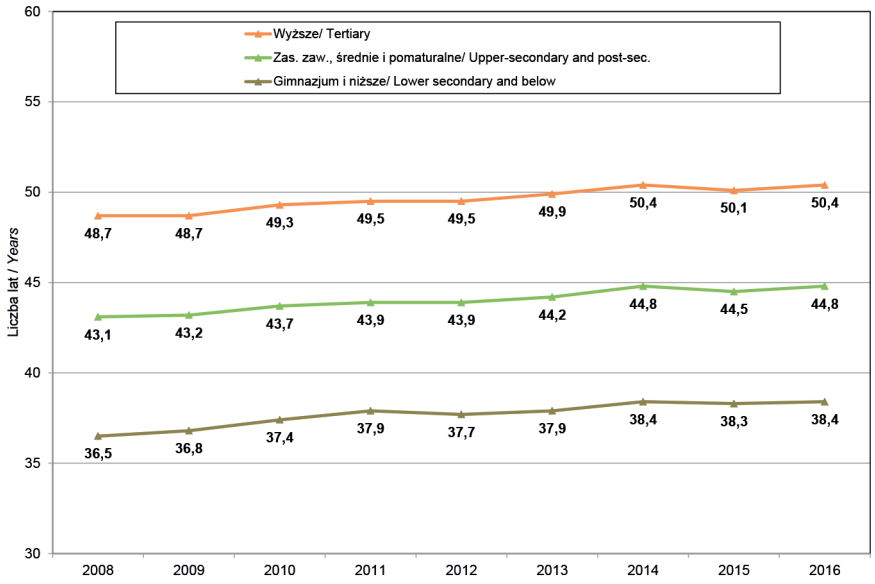
Ryc. 2.4b. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2015-2017 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Fig. 2.4b. Females life expectancy at birth in poviats, 2015-2017 (authors' own calculation availing CSO mortality)



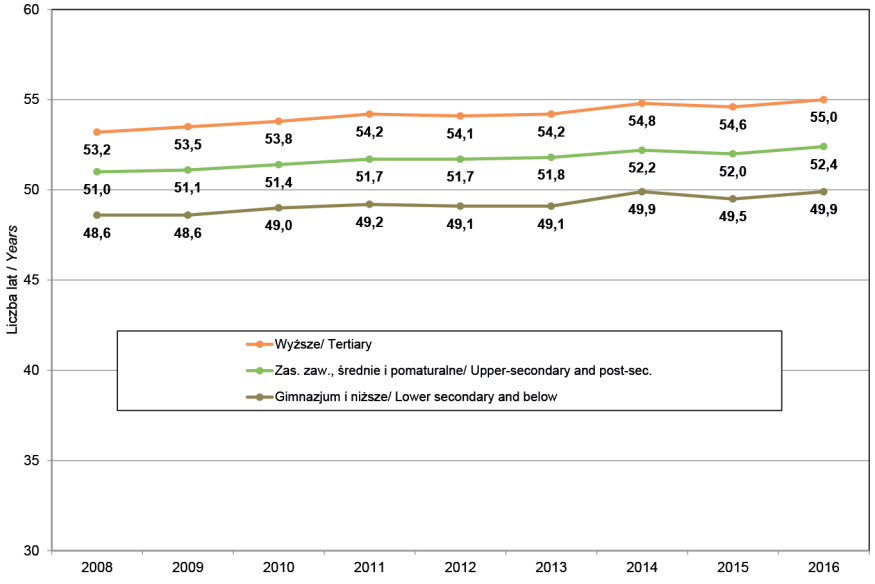
Ryc. 2.5. Związek długości trwania życia (2014-2016) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.5. Relationship between males and females life expectancy (2014-2016) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)



Ryc. 2.6a. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2008-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.6a. Males life expectancy at age 30 by educational attainment in Poland, 2008-2016 (Eurostat database)



Ryc. 2.6b. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2008-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.6b. Females life expectancy at age 30 by educational attainment in Poland, 2008-2016 (Eurostat database)

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

Według ostatnich dostępnych szacunków WHO[9] mężczyźni w Polsce żyją obecnie (2015 r.) o ok. 4,5 lat krócej niż wynosi średnia długość życia mieszkańców UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej w UE żyjących mieszkańców Włoch wynosi 6,8 lat (ryc. 2.7a)[10]. Obecna długość życia Polaków jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE występowała w 1999 r. a więc 16 lat temu.

W przypadku kobiet różnice są mniejsze i Polki żyją obecnie (2015 r.) przeciętnie o ok. 1,9 roku krócej niż wynosi średnia długość życia dla ogółu mieszkanek UE, a o ok. 4,1 lat krócej niż kobiety w Hiszpanii, które żyją najdłużej (ryc. 2.7b)[11]. Obecna długość życia Polek jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE występowała około 11 lat temu.

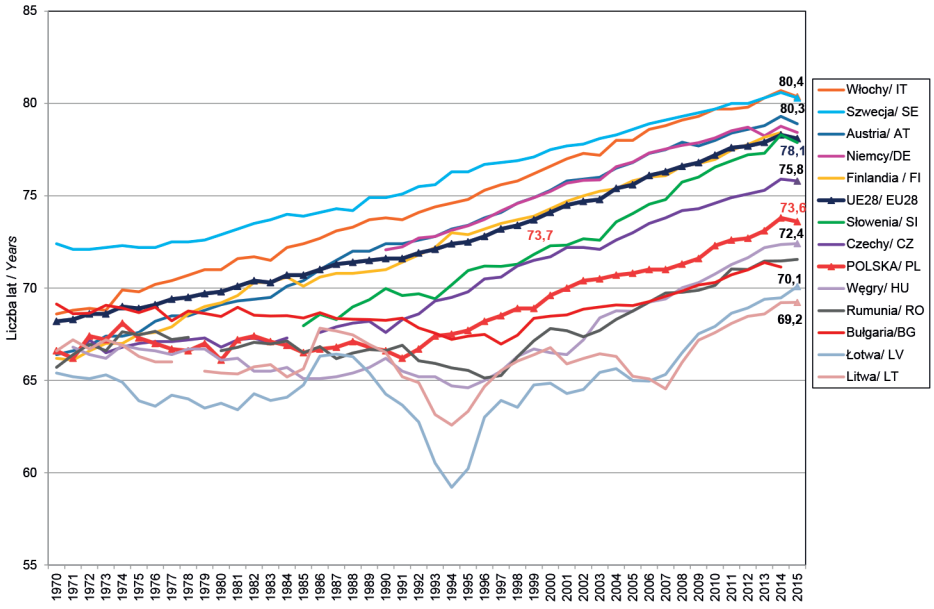
Nasuwa się pytanie w jakim stopniu do krótszego życia Polaków w porównaniu z mieszkańcami krajów bogatszych przyczynia się wyższa umieralność osób młodszych a w jakim osób w wieku starszym. Przeprowadzona dekompozycja różnic w długości trwania życia w zależności od różnic ryzyka zgonu w poszczególnych 5-cio letnich grupach wieku w Polsce i wybranych krajach Europy Zachodniej oraz Japonii pozwala na następujące wnioski.

W decydującym stopniu za krótsze życie polskich mężczyzn odpowiada większa niż w innych krajach ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25-64 lata, a przede wszystkim w wieku 45-64 lata, która odpowiada w około 45% (2,1-3,2 lat) za ich krótsze życie (ryc. 2.8a). W przypadku polskich kobiet, to, że żyją one krócej niż mieszkanki porównywanych krajów europejskich oraz Japonii w ponad połowie, a w porównaniu z Francuzkami czy Japonkami nawet w ponad 70%, wynika z wyższej umieralności w starszym wieku 65 lat i więcej (ryc. 2.8b). Nie mniej jednak w większości przypadków wyższa umieralność Polek w wieku 25-64 lata wciąż w znaczącym stopniu (w ponad 40%) jest odpowiedzialna za ich przeciętnie krótsze życie w porównaniu z mieszkankami państw Europy Zachodniej. A zatem skuteczna walka z umieralnością osób w wieku aktywności zawodowej, przede wszystkim mężczyzn ale również kobiet, nie tylko przyniesie bezpośrednie korzyści ekonomiczne, ale także wyraźnie przyczyni się do zmniejszenia tak niekorzystnej dla mieszkańców Polski różnicy w długości ich życia w porównaniu z mieszkańcami innych krajów.

[9] (https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_70-1090-estimated-life-expectancy-world-health-report/)

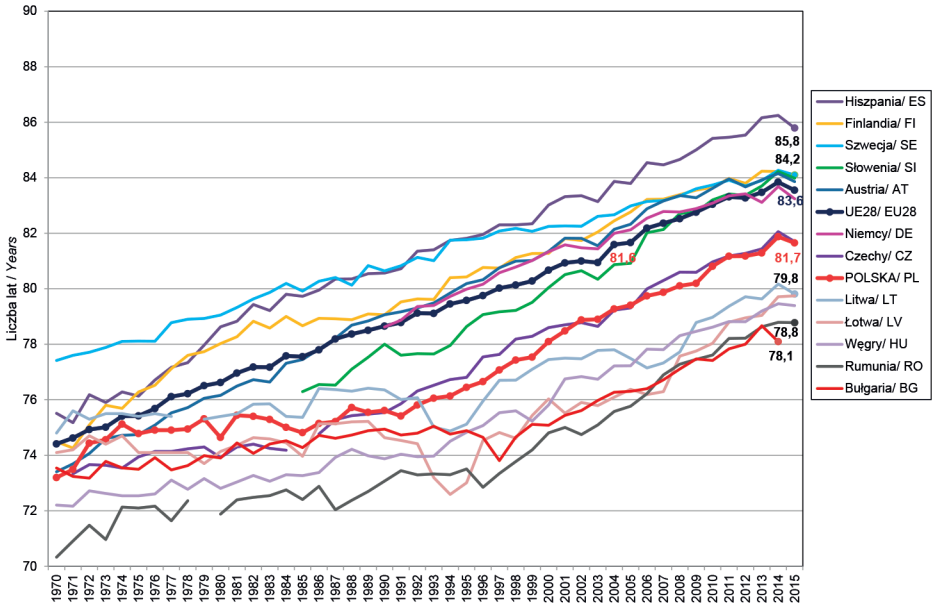
[10] Według danych Eurostatu w 2016 r. mężczyźni w Polsce żyli krócej niż przeciętnie w UE o 4,3 lat i krócej niż Włosi o 7,1 lat

[11] Według danych Eurostatu w 2016 r. kobiety w Polsce żyły krócej niż przeciętnie w UE o 1,6 roku i krócej niż Hiszpanki o 4,3 lat



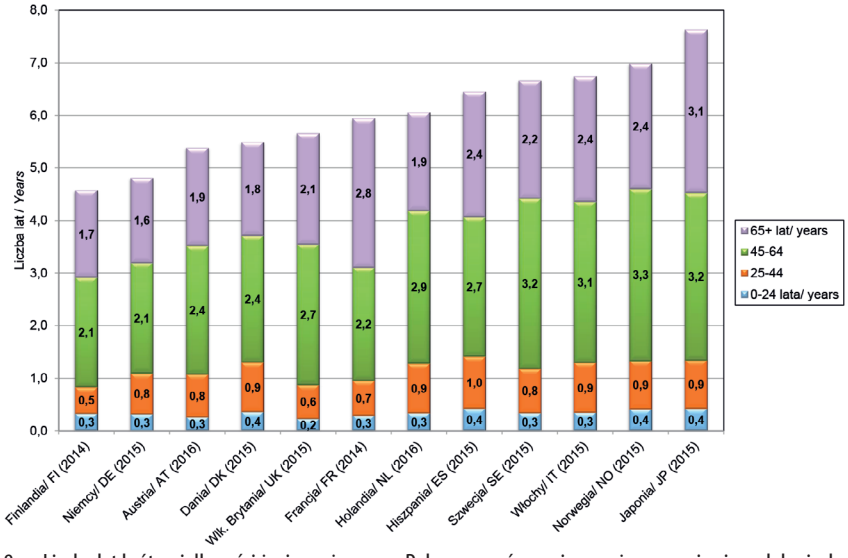
Ryc. 2.7a. Przeciętne trwanie życia MĘŻCZYZN w Polsce i w innych krajach UE, 1980-2015 (dane WHO HFA DB)

Fig. 2.7a. Males life expectancy in Poland and some other EU countries, 1980-2015 (WHO HFA DB)



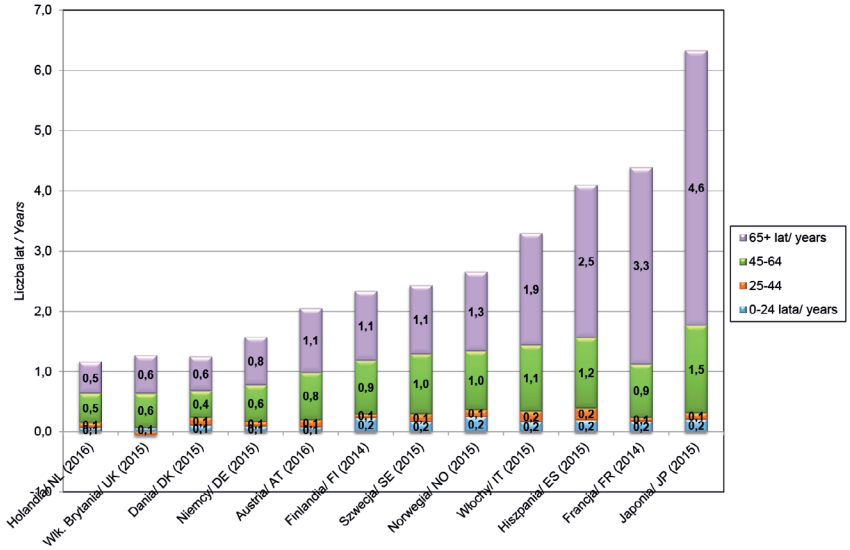
Ryc. 2.7b. Przeciętne trwanie życia KOBIET w Polsce i w innych krajach UE, 1980-2016 (dane WHO HFA DB)

Fig. 2.7b. Females life expectancy in Poland and some other EU countries, 1980-2015 (WHO HFA DB)



Ryc. 2.8a. Liczba lat krótszej długości życia mężczyzn w Polsce w porównaniu z mężczyznami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polaków w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

Fig. 2.8a. Number of years of shorter life expectancy of men in Poland compared to men in other countries resulting from higher mortality of Poles in particular age groups (authors' own calculation availing data from data from WHO Mortality Data Base)



Ryc. 2.8b. Liczba lat krótszej długości życia kobiet w Polsce w porównaniu z kobietami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polek w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

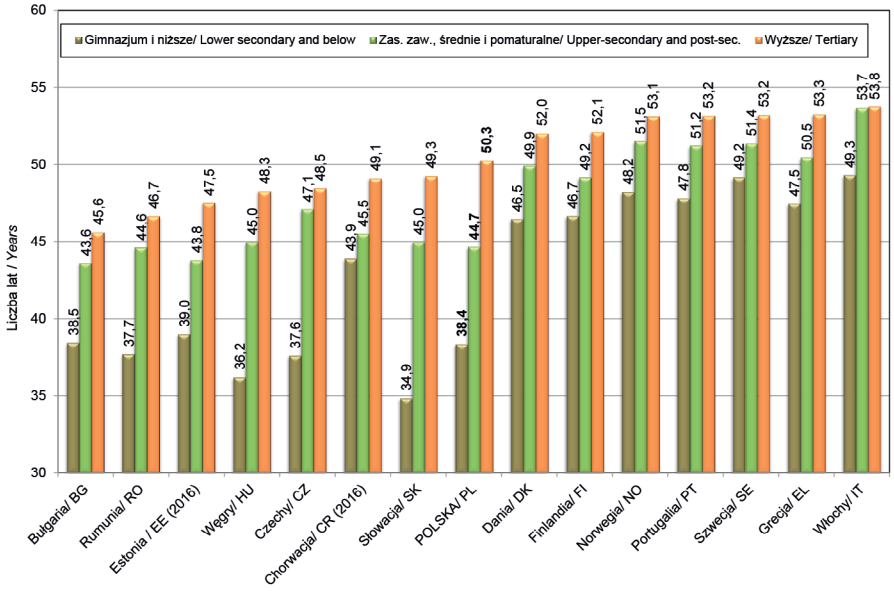
Fig. 2.8b. Number of years of shorter life expectancy of women in Poland compared to women in other countries resulting from higher mortality of Polish women in particular age groups (authors' own calculation availing data from data from WHO Mortality Data Base)

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 rycinach 2.9a i 2.9b w krajach Europy środkowo-wschodniej zaznacza się szczególnie silnie i wynika z wyraźnie krótszego życiem osób o niskim poziomie wykształcenia. W przypadku kobiet różnice te są znacznie mniejsze ale również oddają powyższą prawidłowość.

Ogólna sytuacja zdrowotna ludności Polski 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. Według aktualnych szacunków Eurostatu długość życia w zdrowiu Polek (64,6 lat) jest o 0,4 roku dłuższa od średniej dla krajów UE, natomiast Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 61,3 lat, a więc o 2,2 roku krócej niż wynosi średnia wartość dla krajów UE (ryc. 2.10). W okresie siedmiu lat 2009-2016 długość życia w zdrowiu polskich mężczyzn wzrosła o 3,0 lata a więc bardziej niż przeciętna dla krajów UE – wzrost o 2,2 lat. W przypadku kobiet wzrost długości życia w Polsce i średni dla krajów UE były podobne. Różnica w długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce, 3,3 lat, zalicza się do jednej z największych w krajach UE. Przeciętnie wynosi ona 0,7 roku, a większa niż w Polsce w krajach UE jest tylko w Estonii (4,6 lat) oraz w Bułgarii (3,5 lat).

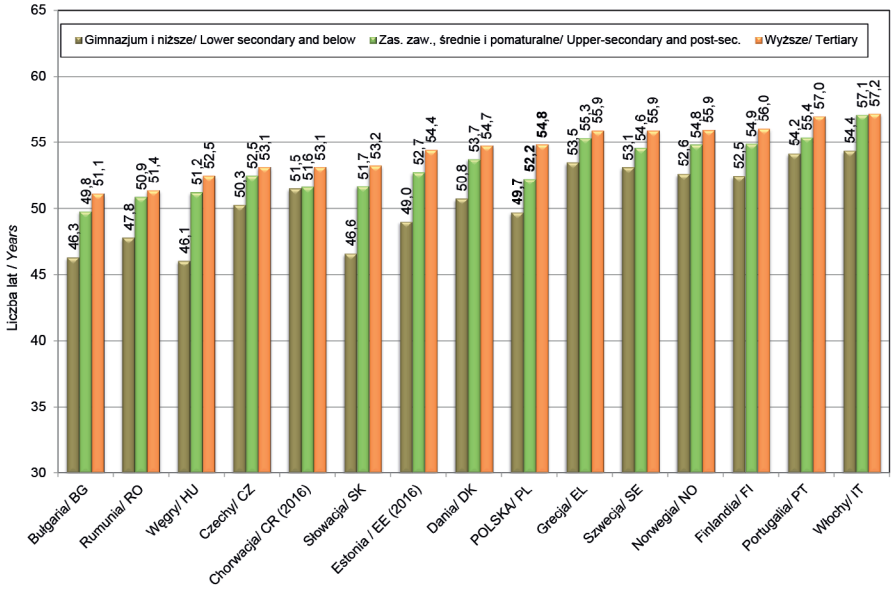
2.3. Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej

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 2015 r. był wyższy o ok. 37% od współczynnika dla UE a w przypadku kobiet nadwyżka ta wynosiła 18%. Przeciętne bezwzględne roczne tempo spadku standaryzowanego współczynnika zgonów kobiet w Polsce w latach 2001-2016, które wynosiło 12,0 zgonów/100 tys. kobiet, jest tylko nieznacznie szybsze niż średnie dla krajów UE 10,0 zgonów/100 tys. kobiet i nadwyżka umieralności polskich kobiet zmniejsza się systematycznie, ale powoli (ryc. 2.11). Natomiast w przypadku mężczyzn przeciętne roczne tempo spadku dla całego okresu wynosi 22,0 zgony/100 tys. mężczyzn i jest szybsze od średniego dla UE, które uległo spowolnieniu po 2011 r. Dzięki temu zmniejsza się dystans dzielący Polskę od większości krajów UE. Względne tempo spadku mężczyzn i kobiet jest bardzo zbliżone.



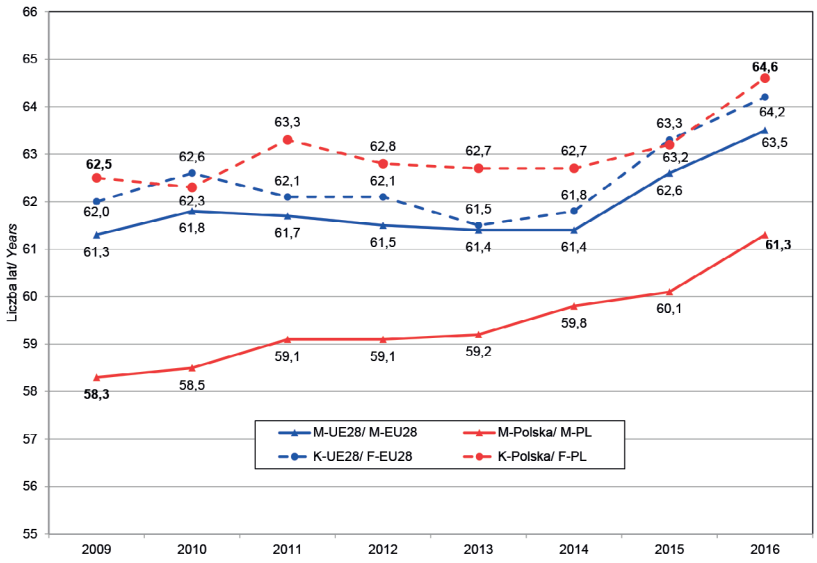
Ryc. 2.9a. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2015-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.9a. Males life expectancy at age 30 by educational attainment in selected European countries, 2015-2016 (Eurostat database)



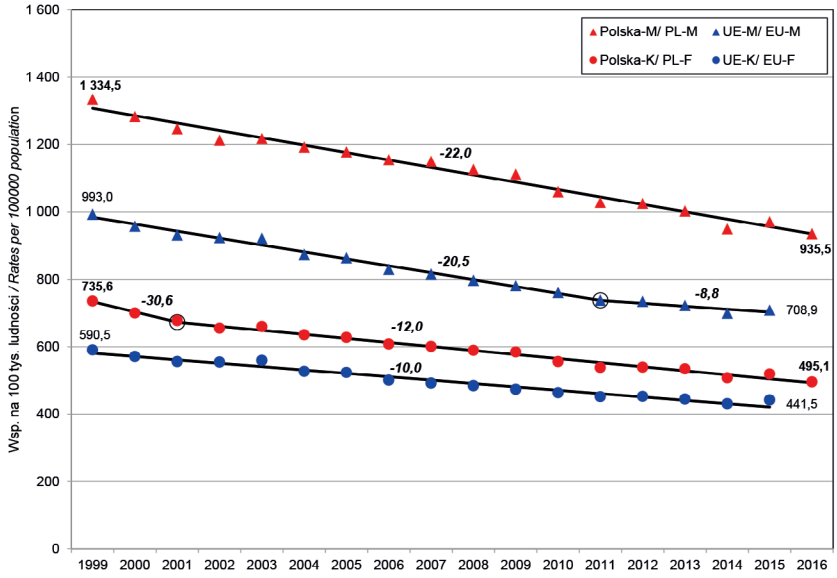
Ryc. 2.9b. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2015-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.9b. Females life expectancy at age 30 by educational attainment in selected European countries, 2015-2016 (Eurostat database)



Ryc. 2.10. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 0 lat w Polsce i średnia dla krajów UE w latach 2009-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.10. Males (M) and females (F) healthy life years (without activity limitation) at birth in Poland and average for EU countries in 2009-2016 (Eurostat database)



Ryc. 2.11. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.11. Age-standardized total death rates of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries in years 1991-2016 – their trends and mean annual decrease (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

2.4. Umieralność według płci i wieku

Umieralność mieszkańców Polski w latach 2000. ma tendencję spadkową we wszystkich grupach wieku przy czym w 2015 r. wystąpił wzrost umieralności mężczyzn w większości grup oraz kobiet w wieku 55 lat i starszym (co spowodowało niewielki spadek ich oczekiwanej długości życia).

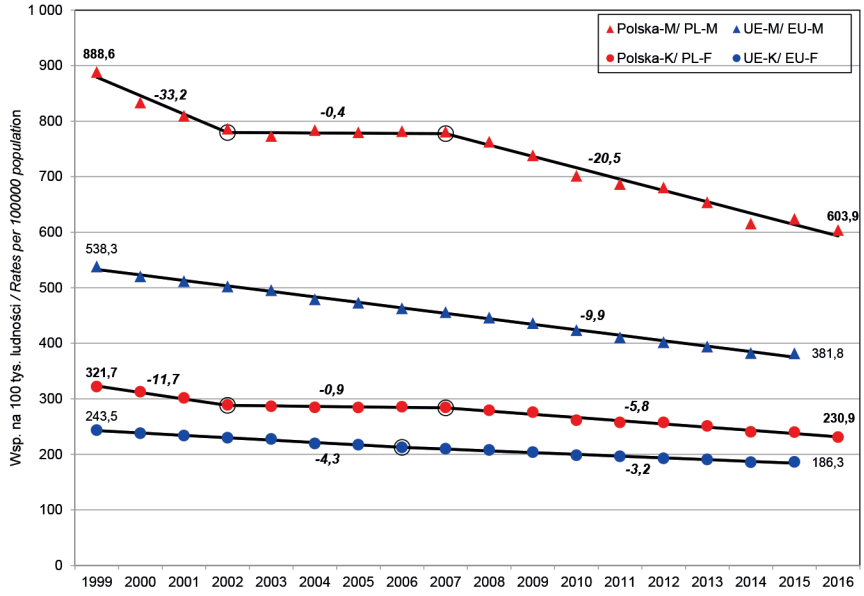
We wszystkich grupach wieku mężczyźni umierają częściej niż kobiety. Największa nadumieralność mężczyzn w stosunku do kobiet występuje w wieku 20-34 lata, gdyż w tej grupie młodych osób umieralność mężczyzn była w 2016 r. prawie czterokrotnie wyższa niż kobiet, oraz w wieku 35-44 lata, w którym jest trzykrotnie wyższa. Po wyeliminowaniu wpływu różnic w strukturach wieku w obu grupach płci poprzez standaryzację współczynników, ogólny poziom umieralności mężczyzn w 2016 r. był o 89% wyższy niż kobiet. W krajach UE przeciętna nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet jest mniejsza i w 2015 r. wynosiła około 61%.

Umieralność mężczyzn w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach UE we wszystkich grupach wieku. Największa różnica występuje wśród mężczyzn w wieku 30-44 lata oraz 45-59 lat, w przypadku których zagrożenie życia w Polsce jest obecnie o ok. 2/3 wyższe niż przeciętne w krajach UE ogółem, ale w ostatnich latach ma tendencję spadkową.

Wśród kobiet różnice poziomu umieralności w Polsce i UE w grupach wieku są mniejsze niż w przypadku mężczyzn i największa nadwyżka, o około 30%, jest w grupach wieku 45-59 i 60-74 lata.

Poziom umieralności osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata w Polsce systematycznie obniża się od 1991 r. ale jest on wciąż znacznie wyższy od poziomu przeciętnego dla krajów UE (ryc. 2.12). Standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce w 2015 r. był wyższy aż o 63% od współczynnika dla UE, a w przypadku kobiet nadwyżka ta wynosiła 29%. Przyspieszenie spadku standaryzowanego współczynnika zgonów mężczyzn w Polsce po okresie stagnacji w latach 2002-2007 spowodowało, że obecne jego tempo (20,5 zgonów/100 tys. mężczyzn na rok) jest szybsze od średniego dla UE. Biorąc jednak pod uwagę różnicę poziomu współczynników w Polsce i UE względne tempa spadku nie różnią się aż tak bardzo i wynoszą odpowiednio 3,0% i 2,4%. Z tego względu dystans dzielący Polskę od większości krajów UE zmniejsza się ale powoli.

Przeciętne roczne tempo spadku standaryzowanego współczynnika zgonów kobiet w Polsce w latach 2007-2016, które wynosiło 5,8 zgonów/100 tys. kobiet jest również szybsze niż średnie dla krajów UE 3,2 zgonów/100 tys. kobiet i nadwyżka umieralności polskich kobiet także systematycznie chociaż powoli zmniejsza się.



Ryc. 2.12. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

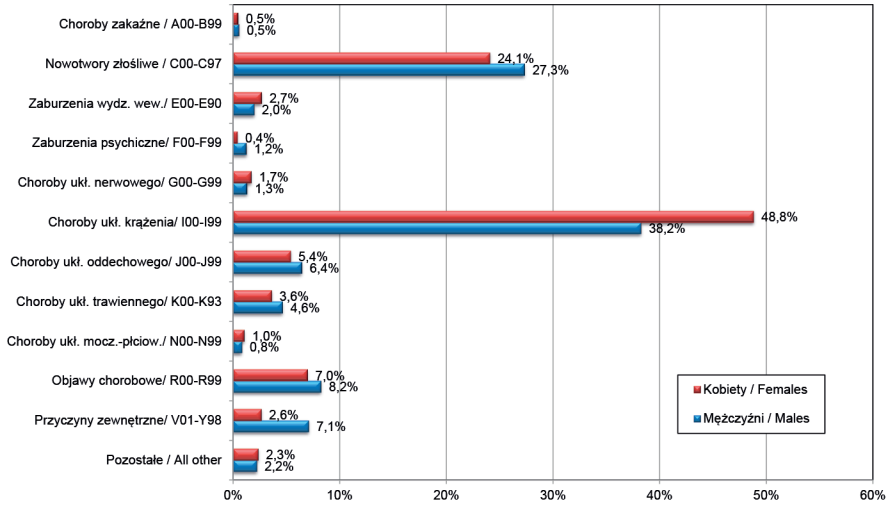
Fig. 2.12. Age-standardized total death rates of males (M) and females (F) 25-64 years old in Poland and average for EU28 countries in years 1999–2016 – their trends and mean annual decrease (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

2.5. Umieralność według przyczyn

Dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski są choroby układu krążenia (ChUK), a następnie nowotwory złośliwe (ryc. 2.13). W 2016 r. były one w sumie odpowiedzialne za 69,1% wszystkich zgonów, odpowiednio za 43,3% zgonów w przypadku ChUK i 25,8% zgonów w przypadku nowotworów złośliwych. Trzeba zwrócić uwagę na smutny fakt, że trzecią co do częstości przyczynę zgonów w Polsce, zarówno mężczyzn jak i kobiet, stanowią nie konkretne choroby a kategoria obejmująca „objawy i cechy chorobowe", a przede wszystkim „niedokładnie określone lub nieznane przyczyny umieralności".

Znaczenie poszczególnych grup chorób jako przyczyny zgonów zmienia się wraz z wiekiem (ryc. 2.14a i 2.14b). Życie młodszych osób, mężczyzn w wieku 5-44 lata i kobiet w wieku 10-29 lat jest najbardziej zagrożone przyczynami zewnętrznymi takimi jak wypadki (komunikacyjne, upadki, zatrucia, utonięcia), samobójstwa, skutki przestępstwa. W kolejnych latach życiu mężczyzn najbardziej zagrażają

choroby układu krążenia i w trochę mniejszym stopniu choroby nowotworowe, natomiast życiu kobiet poniżej 75 lat najbardziej zagrażają nowotwory złośliwe, które dopiero w najstarszym wieku ustępują chorobom układu krążenia.



Ryc. 2.13. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2016 r. (dane GUS)

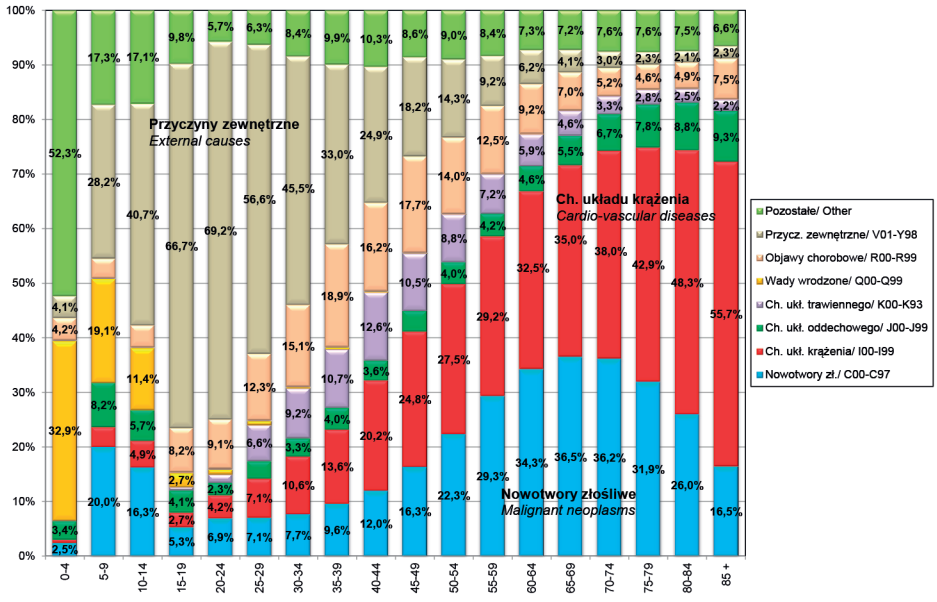
Fig. 2.13. Proportion of deaths from main causes by sex in Poland, 2016 (SP data)

Jeżeli przyjąć, że zgon przed dożyciem wieku 75 lat jest przedwczesny[12] to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia (PYLL – Potential Years of Life Lost) jaka wynika z różnicy między wiekiem zgonu i 75 latami. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie niż w wieku starszym. Wskaźnik PYLL jest zaliczany do podstawowych mierników obciążenia przedwczesną umieralnością. Jak pokazują dane OECD Polska należy do tej grupy krajów rozwiniętych, które mają wyraźny problem z przedwczesną umieralnością ludności[13].

W 2016 r. w wyniku zgonów przed ukończeniem 75 lat polscy mężczyźni utracili 1 848 438 (9 942,3 na 100 tys.) potencjalnych lat życia a kobiety 784 840 (3 956,8 na 100 tys.). Na ryc. 2.15 przedstawiono procentowy udział zgonów spowodowanych poszczególnymi chorobami bądź ich grupami oraz przyczynami zewnętrznymi w ogólnej puli utraconych potencjalnych lat życia w 2016 r. dla mężczyzn oraz kobiet.

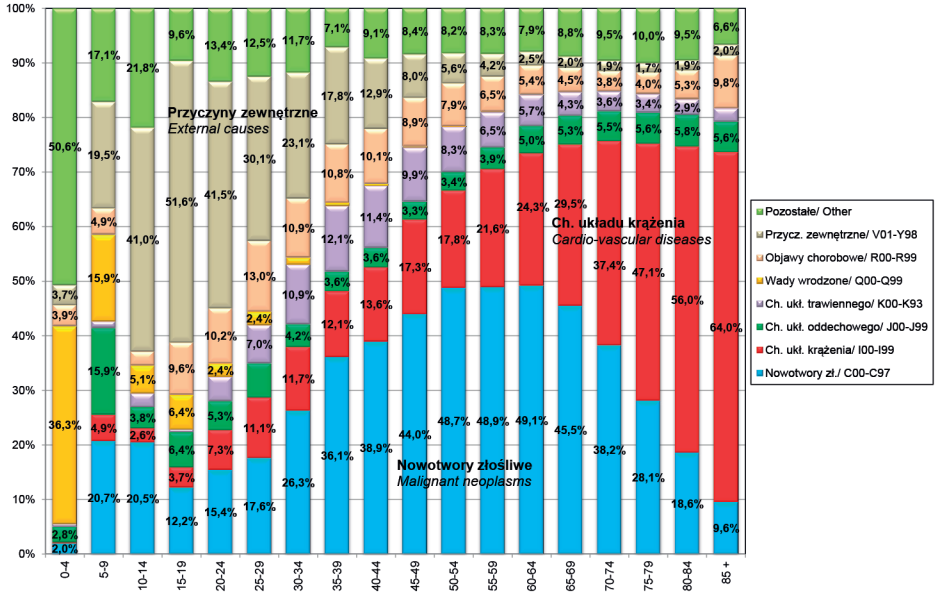
[12] Przyjęta granica jest kwestią umowną, taką samą w swoich obliczeniach stosuje np. USA i Anglia, natomiast OECD i Eurostat przyjmują 70 lat.

[13] https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm (9.08.2018)



Ryc. 2.14a. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 2016 r. (na podstawie danych GUS)

Fig. 2.14a. Proportion of deaths from main causes in all deaths by 5-year age groups – males, 2016 (based on SP data)

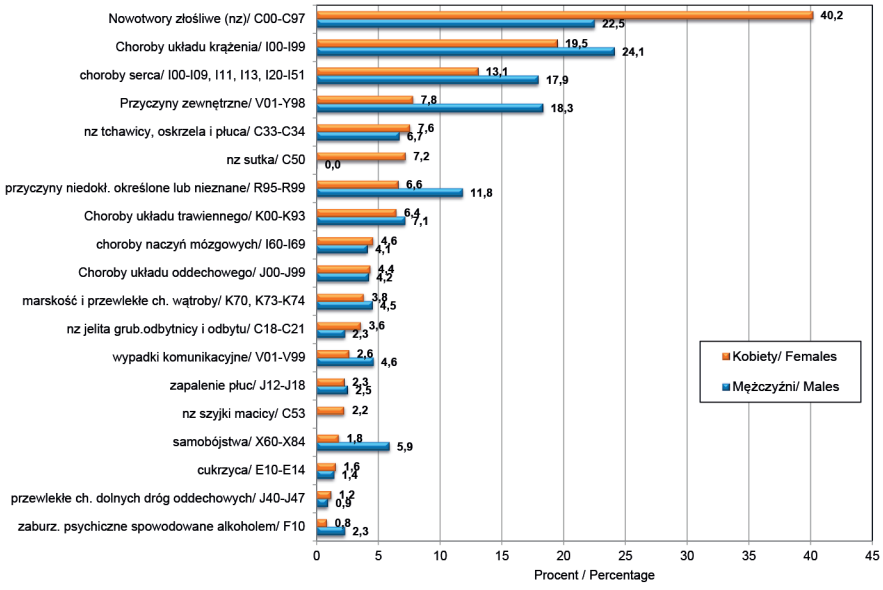


Ryc. 2.14b. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wieku w 2016 r. (na podstawie danych GUS)

Fig. 2.14b. Proportion of deaths from main causes in all deaths by 5-year age groups – females, 2016 (based on SP data)

W przypadku kobiet zdecydowanie dominującą przyczyną utraconych przedwcześnie lat życia są nowotwory złośliwe, które odpowiadają aż za 40% PYLL, natomiast choroby układu krążenia mają znaczenie o połowę mniejsze. Wśród nowotworów do przedwczesnej umieralności kobiet w największym stopniu przyczyniają się rak tchawicy, oskrzela i płuca oraz rak sutka.

W przypadku mężczyzn za największe obciążenie przedwczesną utratą życia odpowiadają choroby układu krążenia (24,1%), nowotwory złośliwe (22,5%) oraz przyczyny zewnętrzne (18,3%). Wśród ChUK dominującą przyczynę przedwczesnych zgonów mężczyzn stanowią choroby serca, które odpowiadają za ponad czterokrotnie więcej utraconych potencjalnych lat życia niż choroby naczyń mózgowych. Warto zauważyć, że choroby serca tylko w niewiele mniejszym stopniu odpowiadają za przedwczesna zgony mężczyzn niż wszystkie przyczyny zewnętrzne.



Ryc. 2.15. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn i kobiet w 2016 r. (obliczenia własne)

Fig.2.15. Potential years of life lost (PYLL-75) of males and females due to main causes of death in Poland, 2016 (authors' own calculation)

Po wyeliminowaniu wpływu różnic struktury wieku w kolejnych latach oraz pomiędzy mężczyznami i kobietami (standardem była ogólnopolska struktura wieku w 2016 r.) można stwierdzić, że obciążenie przedwczesną umieralnością mężczyzn jest dwuipółkrotnie większe niż kobiet. W latach 2000-2016 w największym stopniu

zmniejszyło się obciążenie przedwczesną umieralnością spowodowaną przyczynami zewnętrznymi – współczynnik PYLL dla mężczyzn zmniejszył się o 40,3% a dla kobiet o 48,8%. Ta korzystna długookresowa tendencja była spowodowana przede wszystkim zmniejszeniem się zagrożenia życia z powodu wypadków komunikacyjnych (o 55,3% i 54,8% odpowiednia dla kobiet i mężczyzn), a w ostatnich dwóch latach również zmniejszeniem się zagrożenia z powodu samobójstw oraz upadków.

W latach 2000-2016 wyraźnie zmniejszyło się obciążenie przedwczesnymi zgonami z powodu ChUK zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet (odpowiednio o 29,8% i 37,7%), w tym szczególnie chorobami naczyń mózgowych (odpowiednio o 40,0% i 53,5%), ale również chorobami serca (o 27,4% i 30,1%).

Za bardzo niepokojący należy uznać duży wzrost w 2016 r. utraconych potencjalnych lat życia zarówno mężczyzn jak i kobiet z powodu zgonów związanych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi użyciem alkoholu (w stosunku do 2014 r. odpowiednio o 94,4% i 70,7%).

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 związek umieralności w powiatach ze wskaźnikiem deprywacji. Przedstawiono również różnice w zagrożeniu życia jakie powodują wybrane choroby wśród mieszkańców Polski w porównaniu z ogółem mieszkańców Unii Europejskiej.

2.6. Umieralność z powodu chorób układu krążenia

Natężenie umieralności z powodu chorób układu krążenia (ChUK) stopniowo zmniejsza się od roku 1991, natomiast ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów w latach 2005-2015 utrzymywał się na dosyć ustabilizowanym poziomie. W 2016 r. zarówno udział ChUK w ogólnej liczbie zgonów jak i standaryzowany współczynnik umieralności uległy wyraźnemu obniżeniu. Cały jednak czas choroby te są największym zagrożeniem życia Polaków. W 2016 r. zmarły w Polsce z ich powodu 167974 osoby, tzn. 437 na każde 100 tys. ludności.

Według naszych szacunków wydłużenie życia ludności Polski jakie obserwujemy od początku transformacji tzn. w okresie 1991-2016 jest w przypadku mężczyzn w około 52% wynikiem spadku umieralności z powodu ChUK (dodało to mężczyznom przeciętnie ok. 4,0 lata życia), a w przypadku kobiet w około 64% (wzrost długości życia o ok. 4,3 lat). Obniżanie się umieralności z powodu ChUK w latach 2000-2016 wydłużyło życie polskich mężczyzn o około 2,3 lat a kobiet o około 2,6 lat.

Wprawdzie częściej z powodu ChUK umierają kobiety niż mężczyźni (w 2016 r. współczynniki rzeczywiste dla obu grup wynosiły odpowiednio 457 i 416 na 100

tys.) ale wynika to ze starszego przeciętnie wieku kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku obu grup płci okazuje się, że choroby te są znacznie większym zagrożeniem życia mężczyzn gdyż standaryzowany współczynnik zgonów w 2016 r. dla mężczyzn był o 68,6% wyższy niż dla kobiet (tabela 2.1 i 2.2).

Analizując umieralność ludności Polski z powodu chorób układu krążenia trzeba niestety wciąż pamiętać o dużym ograniczeniu możliwości porównawczych analiz umieralności mieszkańców naszego kraju z powodu bardziej szczegółowych podgrup ChUK, zarówno w wymiarze regionalnym jak i międzynarodowym. Z jednej strony dla wielu szczegółowych chorób występują znaczne różnice międzywojewódzkie w orzekaniu i kodowaniu przyczyn zgonów[14], a z drugiej strony problemem jest przypisywanie jako przyczyn zgonów rozpoznań/kodów określanych przez ekspertów WHO jako śmieciowe (tzw. garbage codes)[15]. W 2016 r. blisko połowa (46,7%) zgonów z powodu ChUK miała kody znajdujące się na tej liście co jest poprawą w stosunku do sytuacji w 2015 r. gdy odsetek ten wynosił 50,7%. Z powodu tego rodzaju kodów w prezentowanej analizie wśród ChUK wyróżniono choroby serca ogółem (ICD-10 I00–I09,I11,I13,I20–I51), w tym zawał serca (I21-I22), oraz choroby naczyń mózgowych (I60-I69).

Zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są **choroby serca** (w 2016 r. 101,8 tys. zgonów, w tym zawał serca 12,5 tys., a więc odpowiednio 60,6% i 7,5% zgonów z powodu ogółu chorób serca i naczyń), drugą grupę stanowią **choroby naczyń mózgowych** (29,1 tys. zgonów, 17,3% całej grupy). Dla wszystkich tych przyczyn standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów w 2016 r. zmniejszyły się w stosunku do roku poprzedniego (dla chorób serca o 14% a dla chorób naczyń mózgowych o 7%) (tabela 2.2).

Choroby układu krążenia bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast co wyraźnie zaznacza się po standaryzacji współczynników względem wieku (mieszkańcy miast są przeciętnie starsi niż mieszkańcy wsi) – umieralność mieszkańców wsi jest wyższa o 18,8% (tabela 2.3 i 2.4). Do wyjątków należy zawał serca, z powodu którego nieznacznie częściej umierają mieszkańcy miast niż wsi.

---

[14] Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P., Poznańska A., *Długość życia i umieralność ludności Polski*. w: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., (red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012

Wojtyniak B., Jankowski K., Zdrojewski T., Opolski G., *Regional differences in determining cardiovascular diseases as the cause of death in Poland: time for change*. Kardiol. Pol. 2012; 70, 7: s. 329–340.

[15] *WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2012*, Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7, WHO, Geneva, May 2014

Na co umarł pacjent – czyli, co jest wpisywane na kartach zgonów http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/na-co-umarl-pacjent-czyli-co-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-,1,1.html

Tabela 2.1. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2015 i 2016 (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.1. Crude death rates by sex and causes of deaths, 2015 and 2016 (per 100 000 population)

Przyczyny zgonów (ICD-10) / Causes of death (ICD-10)	Ogółem / Total		Mężczyźni / Males		Kobiety / Females	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Razem / Total w tym:	1025,7	1009,7	1097,6	1087,3	958,4	937,0
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	5,0	5,0	5,9	5,9	4,1	4,2
gruźlica (A15-A19)	1,4	1,4	2,3	2,2	0,6	0,6
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	261,6	260,1	299,1	297,2	226,4	225,4
nowotwór zł. żołądka (C16)	13,7	13,6	18,4	18,0	9,4	9,4
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	31,6	31,7	36,7	36,8	26,9	26,9
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	61,7	62,0	87,4	87,1	37,7	38,5
nowotwór zł. sutka (C50)	16,6	17,1	0,4	0,4	31,8	32,7
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	4,1	4,1	-	-	8,0	7,9
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	12,7	13,6	26,2	28,1	-	-0
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	9,9	10,0	16,1	16,0	4,1	4,3
Cukrzyca (E10-E14)	21,5	21,6	18,9	19,7	23,8	23,4
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	5,9	8,3	9,8	13,4	2,2	3,6
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	14,1	15,0	13,2	14,0	15,1	15,9
Choroby układu krążenia (I00-I99)	469,0	437,1	447,6	415,7	489,0	457,2
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	297,9	264,9	305,5	270,7	290,9	259,5
ostry zawał serca (I21-I22)	36,0	32,6	45,1	40,8	27,5	25,0
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	79,2	75,6	70,8	69,2	87,2	81,7
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	63,1	59,9	72,0	70,0	54,9	50,4
zapalenie płuc (J12-J18)	38,2	34,7	40,9	38,8	35,6	30,8
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	18,8	17,1	24,2	21,9	13,8	12,7
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	38,4	41,8	46,0	50,4	31,2	33,7
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	15,3	16,8	22,5	24,7	8,6	9,3
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	7,9	9,3	7,5	8,8	8,2	9,7
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	67,4	77,1	76,7	89,6	58,7	65,4
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	51,4	50,0	79,5	77,0	25,1	24,6
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	9,2	9,5	14,6	15,0	4,0	4,4
upadki (W00-W19)	11,7	11,6	13,0	12,8	10,5	10,4
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	14,1	12,2	25,2	21,9	3,6	3,0
Przyczyny, które można leczyć (Amenable)	138,7	138,4	178,0	176,3	101,9	102,8
Przyczyny, którym można zapobiegać (Preventable)	236,2	235,2	331,1	329,0	147,3	147,4

Tabela 2.2. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2015 i 2016 (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.2. Age-standardized death rates by sex and causes of deaths, 2015 and 2016 (per 100 000 population)

Przyczyny zgonów (ICD-10) / Causes of death (ICD-10)	Ogółem / Total		Mężczyźni / Males		Kobiety / Females	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Razem / Total w tym:	711,9	686,6	967,3	935,5	516,8	495,1
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	3,8	3,7	5,3	5,1	2,5	2,5
gruźlica (A15-A19)	1,1	1,1	2,0	2,0	0,4	0,4
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	190,8	185,7	259,1	250,9	145,6	142,4
nowotwór zł. żołądka (C16)	10,0	9,7	16,0	15,2	5,8	5,8
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	22,2	21,9	31,7	31,1	16,0	15,8
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	46,2	45,3	75,0	72,7	25,8	25,7
nowotwór zł. sutka (C50)	12,2	12,4	0,3	0,4	21,3	21,7
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	3,2	3,2	-	-	5,9	5,7
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	8,4	8,7	22,9	23,7	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	6,8	6,6	13,9	13,4	2,3	2,4
Cukrzyca (E10-E14)	14,4	14,2	16,5	16,8	12,4	11,9
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	5,0	6,8	8,8	11,8	1,6	2,4
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	10,0	10,5	11,7	12,3	8,6	8,8
Choroby układu krążenia (I00-I99)	302,1	272,6	392,4	353,9	232,3	209,9
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	196,5	169,2	267,7	230,5	141,7	122,1
ostry zawał serca (I21-I22)	25,6	22,6	39,3	34,7	14,8	13,2
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	51,5	48,0	61,8	58,9	42,9	39,3
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	41,6	38,9	63,1	59,8	28,4	25,6
zapalenie płuc (J12-J18)	24,8	22,1	36,2	33,4	17,5	14,9
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	12,6	11,2	20,9	18,4	7,8	6,9
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	29,3	31,4	40,7	43,8	19,3	20,6
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	13,1	14,2	20,0	21,6	7,0	7,5
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	5,0	5,8	6,6	7,6	4,0	4,7
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	47,9	54,3	68,5	78,5	29,7	32,8
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	43,7	42,1	72,7	70,0	17,0	16,4
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	8,5	8,8	13,7	14,1	3,6	3,8
upadki (W00-W19)	8,0	7,8	11,6	11,2	4,9	4,8
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	12,8	11,0	23,1	20,0	3,3	2,6
Przyczyny, które można leczyć (Amenable)	121,0	118,2	162,9	157,7	85,7	84,8
Przyczyny, którym można zapobiegać (Preventable)	199,4	194,8	296,3	288,3	115,4	113,4

Tabela 2.3. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2016 r. (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.3. Crude death rates by sex, place of residence and causes of deaths, 2016 (per 100 000 population)

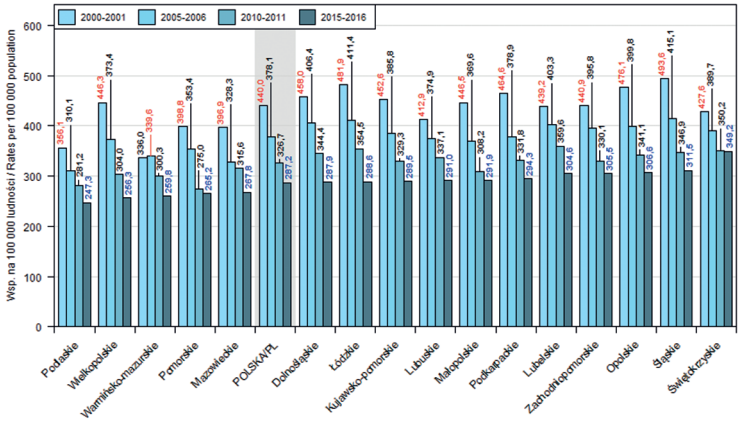
Przyczyny zgonów (ICD-10) / Causes of death (ICD-10)	Ogółem / Total		Mężczyźni / Males		Kobiety / Females	
	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas
Razem / Total w tym:	1022,7	990,1	1103,0	1064,7	950,3	915,9
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	5,7	4,0	6,6	4,8	4,8	3,3
gruźlica (A15-A19)	1,5	1,3	2,4	2,0	0,7	0,5
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	278,5	232,3	312,0	275,8	248,3	189,0
nowotwór zł. żołądka (C16)	13,8	13,3	18,1	17,9	9,9	8,7
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	34,1	28,1	39,7	32,6	29,0	23,6
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	66,2	55,7	89,2	84,0	45,4	27,5
nowotwór zł. sutka (C50)	19,3	13,8	0,5	0,3	36,2	27,2
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	4,7	3,2	-	-	8,9	6,3
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	14,1	12,9	29,7	25,8	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	10,9	8,5	17,4	13,9	5,0	3,2
Cukrzyca (E10-E14)	21,9	21,1	20,8	18,1	23,0	24,1
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	8,6	8,0	13,5	13,2	4,1	2,8
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	16,4	12,8	9,3	12,2	9,0	13,4
Choroby układu krążenia (I00-I99)	426,6	453,0	413,9	418,4	438,1	487,4
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	264,9	265,0	273,9	266,0	256,7	264,0
ostry zawał serca (I21-I22)	34,5	29,8	43,7	36,6	26,1	23,1
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	75,1	76,5	69,8	68,2	79,8	84,7
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	61,7	57,1	70,7	69,2	53,7	45,1
zapalenie płuc (J12-J18)	37,1	31,0	41,8	34,5	32,8	27,6
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	16,1	18,7	19,0	26,0	13,5	11,5
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	45,9	35,5	55,4	43,1	37,3	27,9
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	19,1	13,2	27,7	20,3	11,3	6,2
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	10,2	8,0	9,7	7,5	10,5	8,5
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	74,8	80,5	88,2	91,7	62,8	69,4
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	46,7	55,0	70,4	86,5	25,3	23,6
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	7,9	11,9	12,3	18,9	4,0	4,9
upadki (W00-W19)	11,9	11,1	13,3	12,1	10,6	10,1
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	10,0	15,5	17,7	28,0	3,0	3,0
Przyczyny, które można leczyć (Amenable)	146,4	126,2	184,5	164,6	112,1	88,1
Przyczyny, którym można zapobiegać (Preventable)	243,8	222,3	332,5	323,9	163,8	121,4

Tabela 2.4. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz wybranych przyczyn w 2016 r. (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.4. Age-standardized death rates by sex, place of residence and causes of deaths, 2016 (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 w tym:	664,2	725,3	896,7	1001,5	491,7	499,6
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	4,0	3,2	5,6	4,5	2,8	2,0
gruźlica (A15-A19)	1,2	1,1	2,0	1,9	0,5	0,3
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	186,3	184,8	246,9	257,5	147,8	132,2
nowotwór zł. żołądka (C16)	9,2	10,5	14,4	16,7	5,8	5,7
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	22,0	21,5	31,4	30,5	16,2	15,1
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	44,9	46,1	69,6	78,0	28,1	21,3
nowotwór zł. sutka (C50)	13,2	11,1	0,4	0,3	22,5	20,1
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	3,4	2,7	-	-	6,1	5,1
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	8,4	9,3	23,2	24,5	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	6,8	6,3	13,6	13,1	2,6	1,9
Cukrzyca (E10-E14)	13,6	15,2	16,6	17,2	11,3	13,0
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	6,8	7,0	11,6	12,1	2,7	1,9
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	10,9	9,8	12,8	11,5	9,3	8,2
Choroby układu krążenia (I00-I99)	254,9	302,9	330,5	394,1	198,2	229,4
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	161,5	182,5	219,3	249,4	118,4	128,4
ostry zawał serca (I21-I22)	22,7	22,5	35,4	33,8	13,4	12,9
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	45,5	52,6	55,7	64,3	37,6	42,3
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	38,2	40,2	56,9	65,1	26,5	24,1
zapalenie płuc (J12-J18)	22,7	21,3	33,9	32,5	15,5	13,9
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	10,0	13,4	14,9	24,4	7,1	6,6
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	33,4	28,2	46,5	39,9	22,6	17,2
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	15,6	11,9	23,6	18,7	8,9	5,2
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	6,0	5,5	7,8	7,1	4,9	4,4
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	51,4	59,4	74,2	85,9	31,8	34,0
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	38,0	48,5	62,6	80,8	16,3	16,5
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	7,1	11,2	11,4	17,8	3,3	4,6
upadki (W00-W19)	7,7	8,0	11,2	11,4	4,8	4,8
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	8,9	14,3	16,0	26,1	2,7	2,7
Przyczyny, które można leczyć (Amenable)	117,3	120,0	156,3	160,4	85,9	82,5
Przyczyny, którym można zapobiegać (Preventable)	190,3	202,3	278,0	304,8	117,9	104,8

Obserwuje się znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie zagrożenia życia **chorobami układu krążenia ogółem** (ryc. 2.16). W latach 2015-2016 poziom umieralności z powodu ChUK był najniższy w woj. podlaskim, a zdecydowanie najwyższy w woj. świętokrzyskim (wyższy od poziomu ogólnopolskiego o 26,1%), przy czym w województwie tym sytuacja zaliczała się do niekorzystnych również pięć lata wcześniej ale wtedy nadwyżka umieralności w stosunku do poziomu w całym kraju wynosiła tylko 7,2%. W ciągu ostatnich 5 lat (od 2010-2011 do 2015-2016) umieralność z powodu ChUK zmniejszyła się w Polsce o 12,1%, najbardziej w woj. łódzkim (o 18,6%), a praktycznie nie uległa zmianie w woj. świętokrzyskim (spadek tylko o 0,3%). Nie ulega zmniejszeniu rozmiar wojewódzkiego zróżnicowania poziomu umieralności z powodu ChUK.



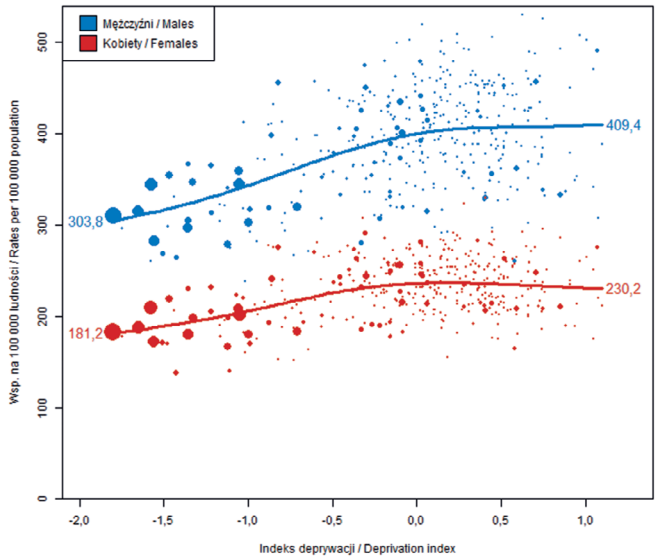
Ryc. 2.16. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.16. Age-standardized annual death rates from diseases of the circulatory system (I00-I99) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Choroby układu krążenia we wszystkich województwach bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast.

Związek poziomu umieralności z powodu chorób układu krążenia ogółem z poziomem deprywacji w powiatach pokazuje rycina 2.17. Standaryzowane współczynniki zgonów zarówno mężczyzn jak i kobiet w powiatach mają tendencję rosnąca wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprywacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności był wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa w przypadku kobiet o 27,0%, a w przypadku mężczyzn o 34,8%. W sumie różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 35%

i 31% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ChUK między powiatami, odpowiednio mężczyzn i kobiet.

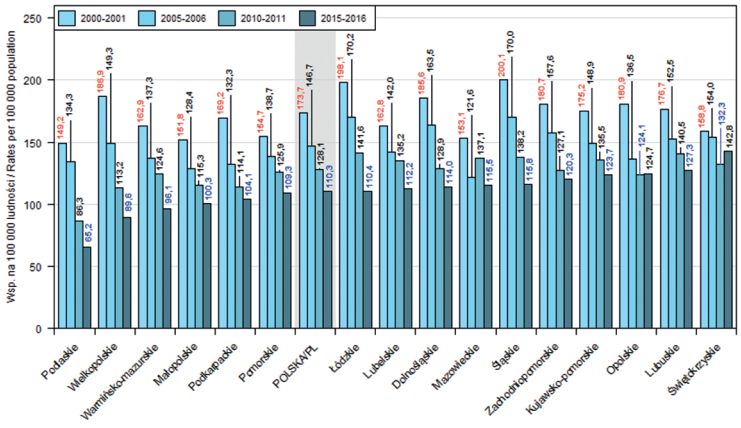


Ryc. 2.17. Związek standaryzowanych współczynników zgonów (2014-2016) z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.17. Relationship between males and females age-standardized death rates (2014-2016) from cardiovascular diseases (I00-I99) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

Umieralność z powodu chorób serca osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata jest od kilku lat na najniższym poziomie w woj. podlaskim, obecnie jej poziom jest niższa od ogólnopolskiego o 49,5% (ryc. 2.18). Również w tym województwie w ostatnich pięciu latach oraz od początku lat 2000. zagrożenie życia spowodowane chorobą serca w tej grupie wieku zmniejszyło się w największym stopniu, odpowiednio o 29,7% oraz 60,9% przy przeciętnym spadku w całym kraju o ok. 10% oraz 31%. Na drugim krańcu znajduje się woj. świętokrzyskie gdzie obecny poziom umieralności jest wyższy niż pięć lat wcześniej o 20,5%, i jest nawet wyższy o 8,4%.w stosunku do poziomu 15 lat wcześniej czego nie obserwuje się w żadnym innym województwie. Wojewódzkie zróżnicowanie poziomu umieralności przedwczesnej z powodu chorób serca powiększa się.

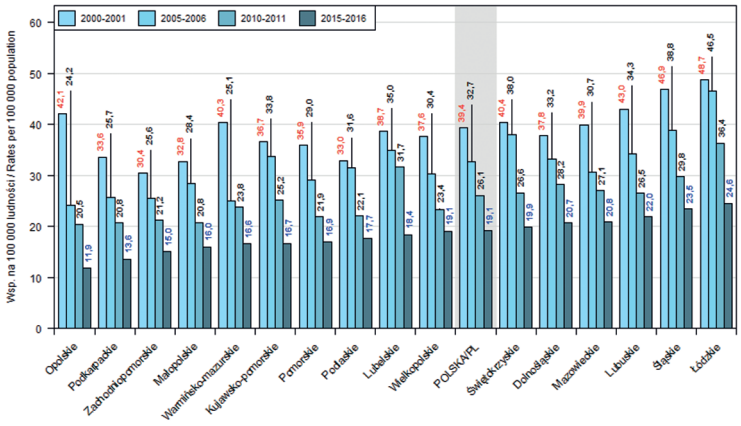
Umieralność z powodu **chorób naczyń mózgowych** (I60-I69) od lat stanowi stosunkowo największy problem w woj. łódzkim a także śląskim i to zarówno w przypadku umieralności ogółu mieszkańców jak i osób w wieku aktywności zawodowej (ryc. 2.19).



Ryc. 2.18. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.18. Age-standardized annual death rates from diseases of the circulatory system (I00-I99) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Poziom umieralności mieszkańców tych województw w wieku 25-64 lata jest obecnie wyższy od przeciętnego w kraju odpowiednio o ok. 29% i 23%. We wszystkich województwach umieralność z powodu tej grupy chorób zmniejszyła się w ciągu ostatnich pięciu lat, w wieku 25-64 lata najbardziej zmniejszyła się w woj. opolskim i lubelskim – o 42%. Najmniejszy spadek umieralności w ciągu ostatnich pięciu lat odnotowano w woj. lubuskim i wielkopolskim – o 17-18%.



Ryc. 2.19. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych (I60-I69) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.19. Age-standardized annual death rates from cerebrovascular diseases (I60-I69) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości grupą przyczyn zgonów ludności Polski przy czym w ostatnich latach standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu nie wykazują trendu spadkowego, a ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów trochę wzrasta. W roku 2016 zmarło w Polsce z ich powodu 99959 osób (55250 mężczyzn i 44709 kobiet), tzn. 260,1 na każde 100 tys. mieszkańców.

Nowotwory złośliwe są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i w roku 2016 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był o 76,2% wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tab. 2.2). Tak więc nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet jest większa w przypadku nowotworów złośliwych niż w przypadku chorób serca i naczyń. Warto również zwrócić uwagę, że w 2016 r. po raz pierwszy liczba zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych przewyższyła liczbę zgonów z powodu chorób serca. Wśród kobiet liczba zgonów z powodu nowotworów jest wyraźnie mniejsza niż zgonów z powodu chorób serca.

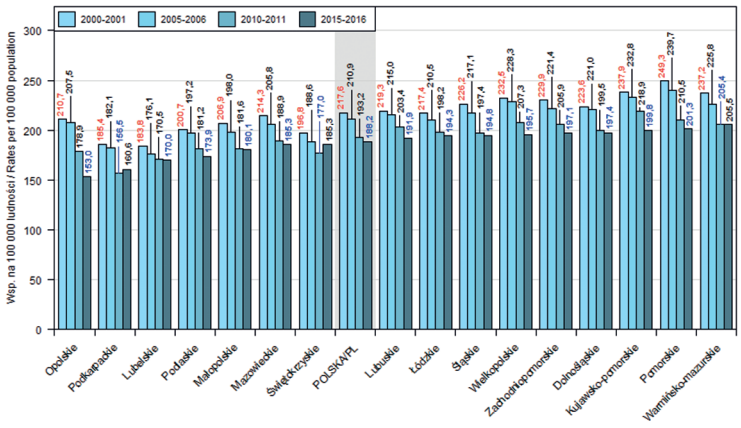
Wśród nowotworów złośliwych zdecydowanie największe zagrożenie życia dla mieszkańców Polski stanowi od wielu lat nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34), z powodu którego w 2016 r. zmarły 23833 osoby (24% ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych). Nowotwory o innych umiejscowieniach są wyraźnie rzadsze. W 2016 r. standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych były na ogół nieznacznie mniejsze od tych z roku 2015 ale trzeba zwrócić uwagę na brak poprawy w umieralności kobiet z powodu raka sutka oraz wzrost umieralności mężczyzn z powodu raka prostaty (tab. 2.2).

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 oraz pęcherza moczowego jest wyższy w miastach niż na wsi (tab. 2.3 i 2.4). W przypadku kobiet poziom umieralności na wsi jest niższy niż w miastach zarówno dla nowotworów złośliwych ogółem jak i wyróżnionych umiejscowień.

Nowotwory złośliwe ogółem zarówno obecnie jak i w całym okresie lat 2000. najbardziej zagrażają życiu mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego, pomorskiego i kujawsko-pomorskiego i obecnie nadwyżka umieralności w tych województwach w stosunku do poziomu krajowego wynosi odpowiednio 9,2%, 7,0% i 6,2% i z wyjątkiem woj. warmińsko mazurskiego jest mniejsza niż 5 lat wcześniej, a także na początku lat 2000 (ryc. 2.20). Najmniej choroby nowotworowe zagrażają życiu mieszkańców Polski południowo-wschodniej – woj. podkarpackiego i lubelskiego natomiast w ostatnich latach również opolskiego. W ostatnim pięcioleciu

współczynnik zgonów ogółu ludności obniżył się w prawie wszystkich województwach, najbardziej w opolskim, a wyjątkiem było woj. podkarpackie oraz woj. świętokrzyskie gdzie stosunkowo korzystna sytuacja uległa pogorszeniu.

Warto zauważyć, że w województwach, w których umieralność z powodu nowotworów była wyższa od przeciętnej dla całego kraju na początku lat 2000. przewyższała ona poziom ogólnopolski w całym okresie 2000-2016 co wskazuje na pewną trwałość podziału na bardziej i mniej zagrożone województwa.

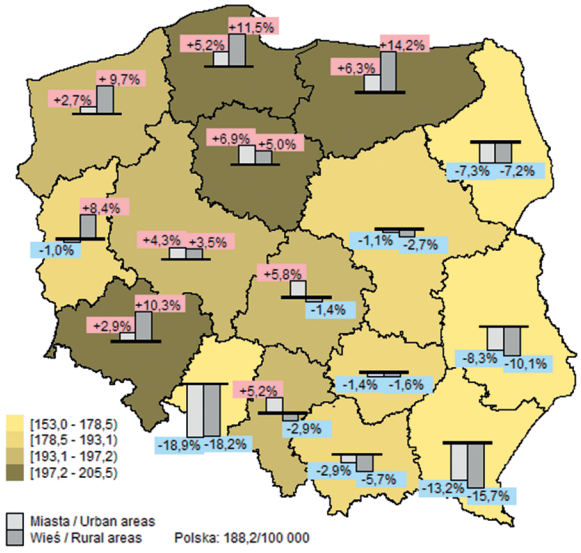


Ryc. 2.20. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.20. Age-standardized annual death rates from malignant neoplasms (C00-C97) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

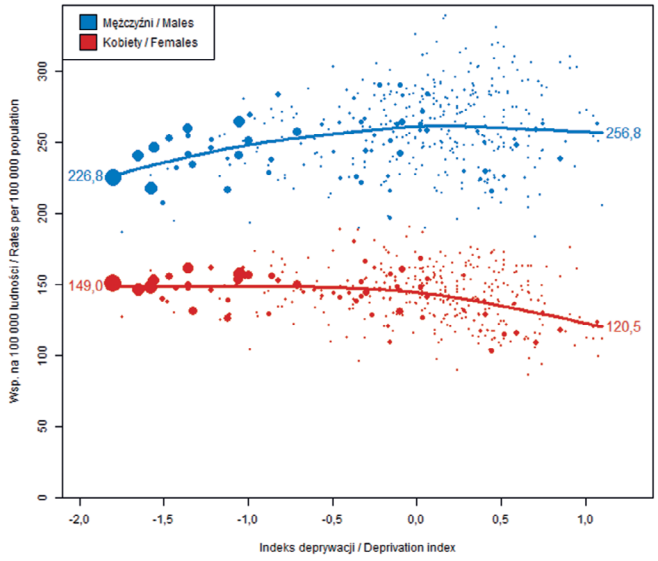
Nowotwory złośliwe w sześciu województwach bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast a w ośmiu sytuacja jest odwrotna i bardziej jest zagrożone życie mieszkańców miast (ryc. 2.21). Największa różnica w poziomie umieralności z powodu nowotworów złośliwych w miastach i na wsi jest w woj. lubuskim i warmińsko-mazurskim na niekorzyść mieszkańców wsi i śląskim na niekorzyść mieszkańców miast.

Ciekawie przedstawia się związek poziomu umieralności z powodu nowotworów złośliwych z poziomem deprywacji w powiatach, który pokazuje rycina 2.22. O ile standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w powiatach ma tendencję rosnąca mniej więcej w pierwszej połowie wzrostu wartości wskaźnika deprywacji a następnie trend ten wygasa, to w przypadku zgonów kobiet związek jest odwrotny – obserwujemy słabą tendencję spadkową współczynnika zgonów, która przyspiesza wraz ze wzrostem deprywacji. Ta różnica stanie się bardziej zrozumiała po analizie sytuacji dla szczegółowych rozpoznań.



Ryc. 2.21. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.21. Relative difference of age-standardized death rates from malignant neoplasms (C00-C97) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

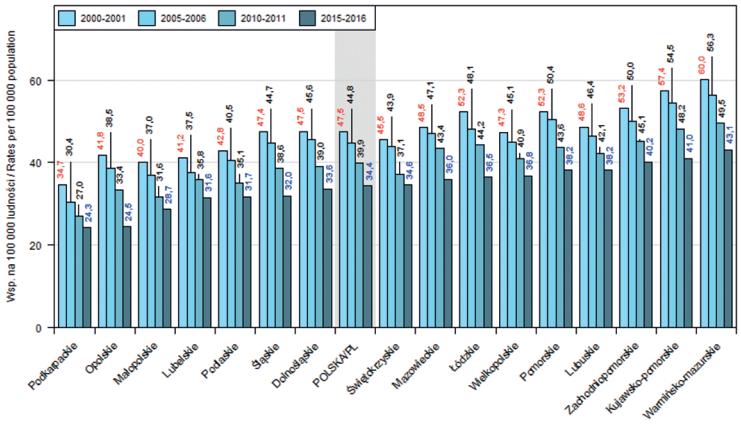


Ryc. 2.22. Związek standaryzowanych współczynników zgonów (2014-2016) z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.22. Relationship between males and females age-standardized death rate (2014-2016) from malignant neoplasms (C00-C97) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn był wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa o 13,2% a w przypadku kobiet był niższy o 19,1%. W sumie różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 14% i 13% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób nowotworowych między powiatami, odpowiednio mężczyzn i kobiet.

Największe zagrożenie życia osób w wieku 25-64 lata z powodu **nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca** w całym okresie lat 2000. występuje w woj. warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim (ryc. 2.23). Nadwyżka umieralności w woj. warmińsko-mazurskim w stosunku do poziomu ogólnopolskiego w tym okresie wynosiła 24-26%. Natomiast najbardziej korzystna sytuacja w latach 2015-2016 występuje w woj. podkarpackie gdzie poziom umieralności jest niższy od przeciętnego dla kraju o 29%. W okresie ostatnich pięciu lat natężenie zgonów z powodu raka płuca ogółu ludności oraz osób w wieku 25-64 lata zdecydowanie najbardziej obniżyło się w woj. opolskim (odpowiednio o 21% i 27%). O ile dla osób młodszych poprawa wystąpiła we wszystkich województwach to w przypadku ogółu ludności w woj. podkarpackim i zachodniopomorskim umieralność nie obniżyła się.

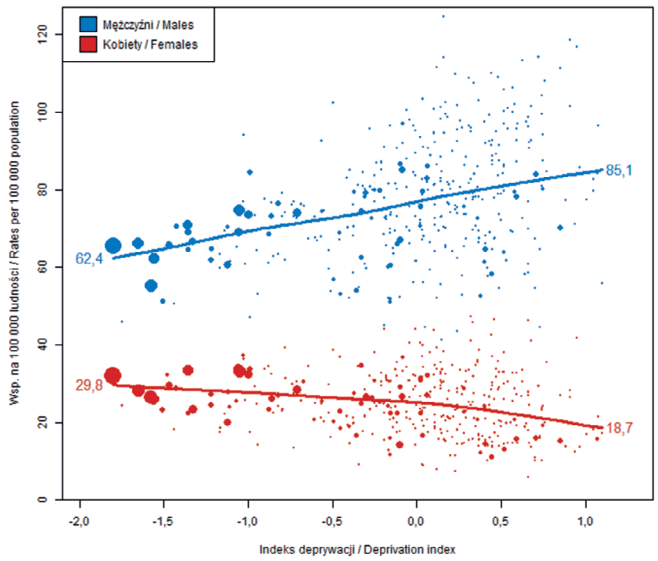


Ryc. 2.23. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.23. Age-standardized annual death rates from trachea, bronchus and lung cancer (C33-C34) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Związek poziomu umieralności z powodu raka płuca z poziomem deprywacji w powiatach (ryc. 2.24) częściowo tłumaczy trochę dziwną sytuację jaką stwierdzono wcześniej w przypadku nowotworów ogółem. O ile standaryzowany współczynnik

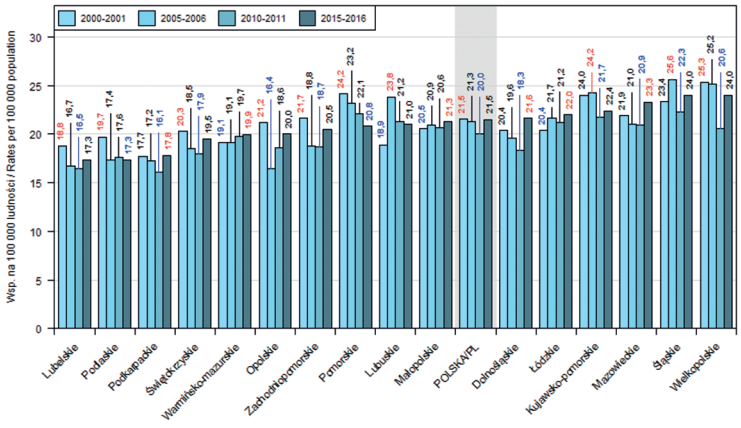
zgonów mężczyzn w powiatach ma tendencję rosnąca wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprywacji, to w przypadku umieralności kobiet związek jest odwrotny – obserwujemy tendencję spadkową współczynnika zgonów wraz ze wzrostem wskaźnika deprywacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn był wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa o 36,4% a w przypadku kobiet był niższy o 37,2%.



Ryc. 2.24. Związek standaryzowanych współczynników zgonów (2014-2016) z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.24. Relationship between males and females age-standardized death rate (2014-2016) from trachea, bronchus and lung cancer (C33-C34) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

Zagrożenie życia ogółu kobiet z powodu **nowotworu złośliwego sutka** („raka piersi") w Polsce w latach 2015/2016 było większe niż w latach 2010/2011 i standaryzowany współczynnik zgonów był wyższy o 7,2% (był on na tym samym poziomie co w latach 2000/2001) (ryc. 2.25). Tylko w woj. pomorskim obserwujemy systematyczny spadek współczynnika zgonów w latach 2000., w ostatnim pięcioleciu o 5,8%. W ciągu tych samych ostatnich pięciu lat poziom umieralności w woj. dolnośląskim zwiększył się o 18% a w woj. wielkopolskim o 16,7% i w sumie w trzynastu województwach w latach 2015/2016 był wyższy niż pięć lat wcześniej a obniżył się tylko w trzech. Warto zauważyć, że w ośmiu województwach współczynnik umieralności w latach 2015/2016 był wyższy niż nawet piętnaście lat wcześniej.



Ryc. 2.25. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego sutka (C50) kobiet ogółem wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

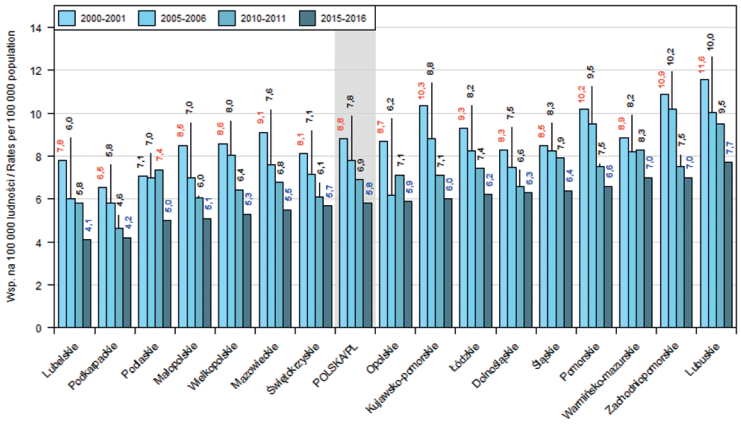
Fig. 2.25. Age-standardized annual death rates from breast cancer (C50) in all females by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Nowotwór złośliwy sutka we wszystkich województwach oprócz opolskiego, warmińsko-mazurskiego, dolnośląskiego i zachodniopomorskiego bardziej zagraża życiu mieszkanek miast niż wsi.

Zagrożenie życia kobiet z powodu **nowotworu złośliwego szyjki macicy** zmniejsza się w Polsce dosyć systematycznie chociaż powoli, ale można stwierdzić, że dynamika zmian współczynników umieralności kobiet z powodu tej choroby jest bardziej korzystna niż w przypadku raka sutka. Obecny poziom umieralności ogółu kobiet w Polsce jest o 16,0% niższy niż w latach 2010/2011 a kobiet w wieku 25-64 lata jest niższy o blisko jedną czwartą (23,1%). Systematyczna poprawa sytuacji występuje w prawie wszystkich województwach (ryc. 2.26). Można zauważyć, że zgony kobiet z powodu tego nowotworu stanowią od lat największy problem w woj. lubuskim chociaż sytuacja ulega tam systematycznej poprawie. Natomiast do województw gdzie sytuacja jest stosunkowo najlepsza od szeregu lat zalicza się w woj. podkarpackie, a ostatnio woj. lubelskie. Różnica poziomu umieralności w województwach lubuskim i podkarpackim jest duża i wynosi 83% dla ogółu kobiet, a dla kobiet w wieku 25-64 lata jest ponad dwukrotna.

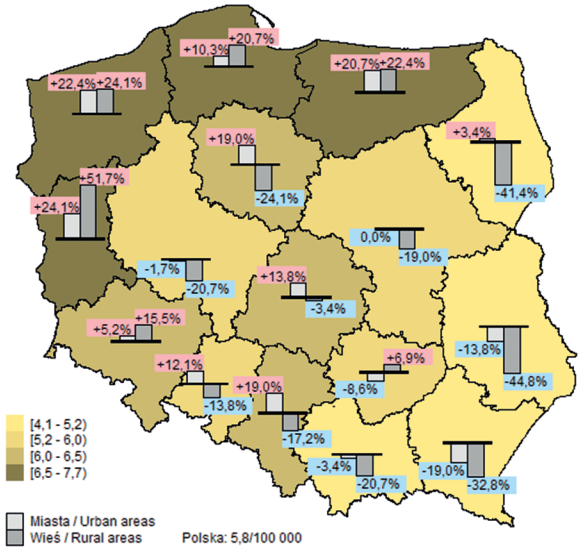
Nowotwory złośliwe szyjki macicy w dziesięciu województwach bardziej zagrażają życiu mieszkanek miast niż wsi, a w sześciu sytuacja jest odwrotna i bardziej jest zagrożone życie mieszkanek wsi (ryc. 2.27). Największa względna różnica poziomu umieralności z powodu raka szyjki macicy w miastach i na wsi, na niekorzyść mieszkanek miast, jest w woj. podlaskim gdzie poziom umieralności na wsi należy do najniższych w kraju oraz kujawsko-pomorskim i śląskim.

Natomiast największa różnica na niekorzyść mieszkanek wsi jest w woj. lubuskim, świętokrzyskim, pomorskim i dolnośląskim.



Ryc. 2.26. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53) kobiet ogółem wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

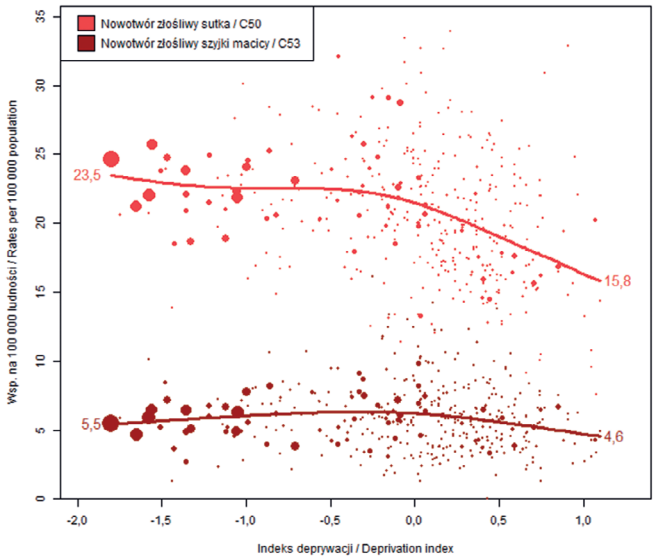
Fig. 2.26. Age-standardized annual death rates from cancer of cervix uteri (C53) in all females by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.27. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53) mieszkanek miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.27. Relative difference of age-standardized female death rates from cancer of cervix uteri (C53) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

Trochę zaskakująco przedstawia się związek poziomu umieralności kobiet z powodu raka sutka i raka szyjki macicy z poziomem deprywacji w powiatach (ryc. 2.28). W przypadku raka sutka w powiatach gdzie wskaźnik deprywacja jest poniżej wartości średniej wpływa on w niewielkim stopniu na wielkość współczynnika zgonów, natomiast przy wyższych wskaźnikach deprywacji ich związek z poziomem umieralności jest wyraźny i co może zaskakiwać jest ujemny. W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności kobiet z powodu raka sutka był niższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najmniejsza o jedną trzecią (32,8%). W przypadku raka szyjki macicy związek ze wskaźnikiem deprywacji jest trochę zbliżony jak w przypadku raka sutka ale jest znacznie słabszy.



Ryc. 2.28. Związek standaryzowanych współczynników zgonów kobiet (2014-2016) z powodu nowotworów złośliwych sutka (C50) i szyjki macicy (C53) z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.28. Relationship between females age-standardized death rates (2014-2016) from breast cancer (C50) and cancer of cervix uteri (C53) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów

Zewnętrzne przyczyn zgonów od roku 2015 są dopiero piątą co do znaczenia grupą przyczyn umieralności ogółu ludności Polski gdyż w ostatnich dwóch latach zostały wyprzedzone przez choroby układu oddechowego. Stanowią one jednak czwartą przyczynę zgonów mężczyzn i są największym zagrożeniem

życia osób w wieku 5-44 lata, w przypadku których w 2016 r. były odpowiedzialne za 34% zgonów (ryc. 2.14a i 2.14b). W 2016 r. straciło życie z ich powodu 19205 osób (14316 mężczyzn i 4899 kobiet), tzn. 50,0 na każde 100 tys. ludności (77,0 w przypadku mężczyzn i 24,6 w przypadku kobiet, tab. 2.2). Znaczenie tej grupy jako przyczyny zgonów mężczyzn i kobiet zmniejsza się, trend spadkowy zarówno współczynnika zgonów jak i udziału tych przyczyn w zgonach ogółem występuje już od szeregu lat.

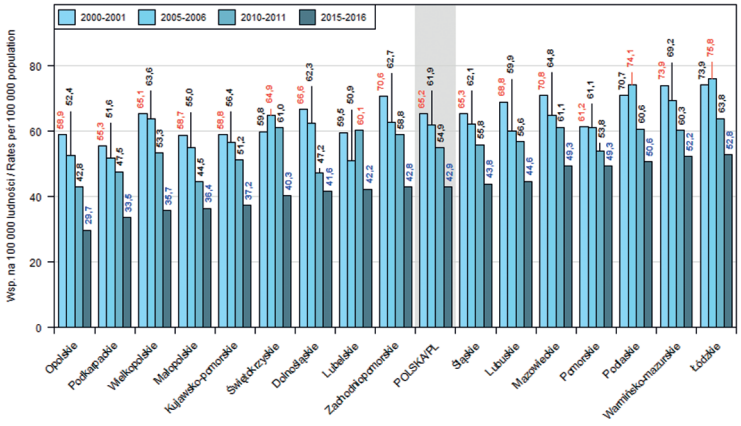
Zewnętrzne przyczyny zgonów są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet, latach 2015-2016 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 4,3 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tab. 2.2). Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (o 29%) natomiast życiu mieszkanek wsi i miast zagrażają w takim samym stopniu (tab. 2.4).

Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów najczęstszą przyczyną utraty życia są **samobójstwa**, w wyniku których w 2016 r. straciło życie 4671 osób (aż 4075 mężczyzn i 596 kobiet). Są one znacznie większym (o 63%) zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach, natomiast taka różnica nie występuje wśród kobiet. Na drugim miejscu znajdują się **upadki** odpowiedzialne w 2016 r. za śmierć 4451 osób (2386 mężczyzn i 2065 kobiet). Wśród osób starszych w wieku powyżej 65 lat upadki są najczęstszą zewnętrzną przyczyną zgonów. Upadki w podobnym stopniu zagrażają życiu mieszkańców miast i wsi. Dopiero trzecią co do częstości zewnętrzną przyczyną zgonów Polaków są **wypadki komunikacyjne**, z powodu których w 2016 r. zmarło 3655 osób (2784 mężczyzn i 871 kobiet). Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia osób mieszkających na wsi niż w miastach – mężczyzn o 56% a kobiet o 39% (tab. 2.4).

Zróżnicowanie międzywojewódzkie poziomu umieralności z powodu **zewnętrznych przyczyn zgonów** jest znaczne i nie zmniejsza się chociaż we wszystkich województwach poziom umieralności w latach 2015-2016 był niższy niż pięć lat wcześniej, w skali kraju wśród ogółu ludności o 22% i wśród osób w wieku 25-64 lata o 25% (ryc. 2.29). W woj. świętokrzyskim i wielkopolskim zarówno w przypadku ogółu ludności jak i osób w wieku 25-64 lata współczynniki obniżyły się o ponad 30%. W ostatnich kilkunastu latach przyczyny te najbardziej zagrażały życiu mieszkańców woj. łódzkiego i warmińsko-mazurskiego, zarówno ogółem jak i w wieku 25-64 lata, natomiast stosunkowo korzystna sytuacja występuje od lat w woj. opolskim, podkarpackim i małopolskim.

Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn w powiatach mają wyraźną tendencję rosnąca wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprywacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności

mężczyzn był wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa o 87,2% i różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 32% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych. W przypadku kobiet ten związek praktycznie nie istniał.



Ryc. 2.29. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (V00-Y98) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

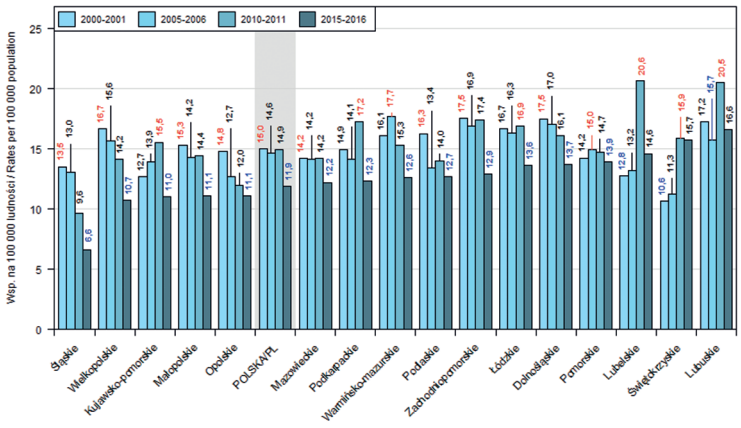
Fig. 2.29. Age-standardized annual death rates from external causes (V00-Y98) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Współczynnik zgonów z powodu **samobójstw** w ostatnich latach 2015/2016 był niższy niż 5 lat wcześniej w skali całego kraju o 20,2% wśród ogółu ludności (poprawa wystąpiła we wszystkich województwach) i o 22,4% wśród osób w wieku 25-64 lata (niewielki wzrost miał miejsce tylko w woj. opolskim) (ryc. 2.30). Największy względny spadek współczynnika zgonów wśród ogółu mieszkańców, o ok. 31%, oraz osób w wieku 25-64 lata, o ok. 37%, wystąpił w woj. śląskim, a tylko trochę mniejszy był w woj. kujawsko-pomorskim, podkarpackim i lubelskim. Stosunkowo najlepsza sytuacja i najmniejsze zagrożenie życia z powodu samobójstw zarówno ogółu mieszkańców jak i tych w wieku 25-64 lata w ostatnich latach (2015-2016) oraz pięć lata wcześniej (2010-2011) występuje w woj. śląskim, natomiast województwami o utrzymującej się wysokiej umieralności są woj. lubuskie i lubelskie. Różnice międzywojewódzkie współczynników umieralności z powodu samobójstw zarówno bezwzględne jak i względne w latach 2010-2016 są większe niż w latach 2000-2006.

We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi jest znacznie wyższy niż mieszkańców miast.

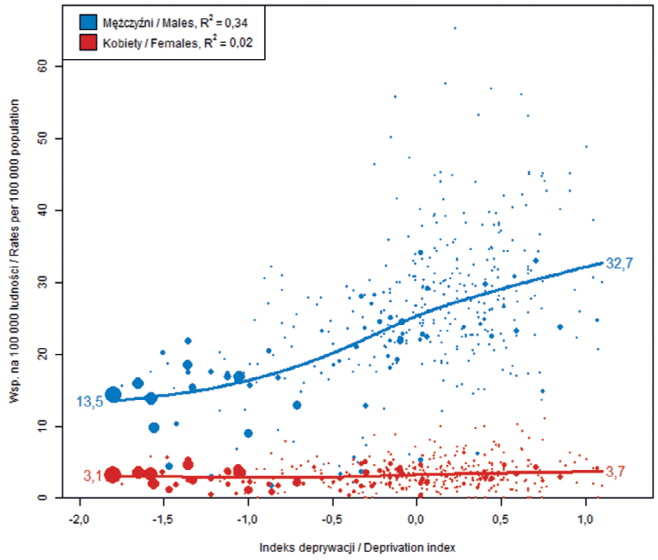
Związek poziomu umieralności z powodu samobójstw z poziomem deprywacji w powiatach pokazuje rycina 2.31. Standaryzowane współczynniki zgonów

mężczyzn w powiatach mają wyraźny trend rosnący wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprywacji.



Ryc. 2.30. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.30. Age-standardized annual death rates from suicide and self-harm (X60-X84) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

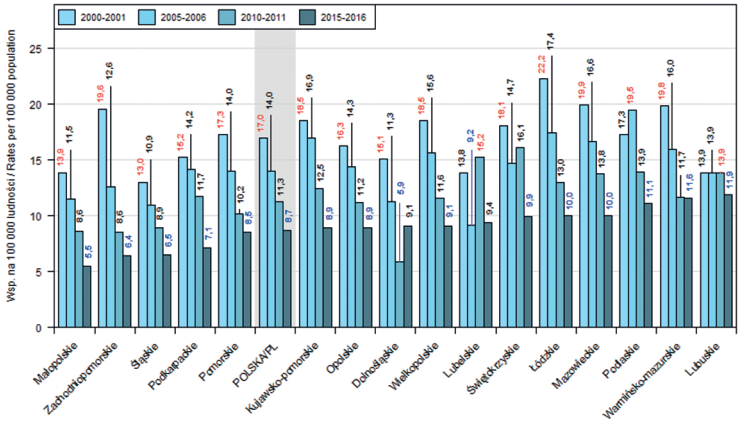


Ryc. 2.31. Związek standaryzowanych współczynników zgonów mężczyzn i kobiet (2014-2016) z powodu samobójstw (X60-X84) z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.31. Relationship between males and females age-standardized death rates (2014-2016) from suicide (X60-X84) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn był blisko dwuipółkrotnie (o 142%) wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa i różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 32% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu samobójstw. W przypadku kobiet ten związek praktycznie nie istniał.

Zagrożenie życia z powodu **wypadków komunikacyjnych** w Polsce systematycznie zmniejsza się. Obecny (2015-2016) poziom umieralności ogółu osób w Polsce jest o 22,8% niższy niż w latach 2010-2011 i o blisko połowę (48,7%) niż w latach 2000-2001 (ryc. 2.32), a osób w wieku 25-64 lata jest niższy odpowiednio o blisko jedną czwartą (24,1%) i ponad połowę (51,1%). Systematyczna poprawa sytuacji występuje w prawie wszystkich województwach a współczynnik umieralności w ostatnim okresie 2015/2016 tylko w woj. dolnośląskim był wyższy niż 5 lat wcześniej, zarówno wśród ogółu mieszkańców (o 55%) jak i osób w wieku 25-64 lata (aż o 82%).



Ryc. 2.32. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych (V00-V99) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.32. Age-standardized annual death rates from transport accidents (V00-V99) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu wypadków komunikacyjnych mieszkańców wsi jest znacznie wyższy niż mieszkańców miast.

Związek poziomu umieralności z powodu wypadków komunikacyjnych z poziomem deprywacji w powiatach jest podobny jak w przypadku samobójstw. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn w powiatach mają wyraźny trend rosnący wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprywacji. W powiatach

o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn był 2,8 razy wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa i różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 37% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu wypadów komunikacyjnych. W przypadku kobiet ten związek był słaby.

2.9. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego

Umieralność z powodu chorób układu oddechowego nie wykazuje trendu spadkowego w ostatnich latach a jej poziom wykazuje wahania. W roku 2016 choroby te były przyczyną 23013 zgonów (13021 mężczyzn i 9992 kobiet), tzn. na każde 100 tys. ludności umarło z ich powodu 60 osób (70 w przypadku mężczyzn i 50 w przypadku kobiet, tab. 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 2,3 razy wyższe niż wśród kobiet (tabela 2.2). W wieku powyżej 65 lat choroby układu oddechowego stanowią znacznie większe zagrożenie życia niż przyczyny zewnętrzne, zarówno dla mężczyzn jak i kobiet (ryc. 2.14a i 2.14b).

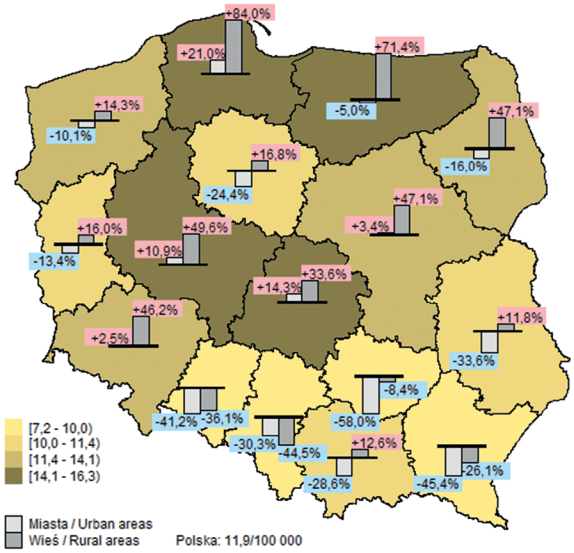
Wśród chorób układu oddechowego najważniejszymi przyczynami zgonów są zapalenia płuc, z powodu których w 2016 r. zmarły 13323 osoby (7213 mężczyzn i 6110 kobiet) oraz przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, z powodu których zmarło 6587 osób (4063 mężczyzn i 2524 kobiety).

Choroby układu oddechowego ogółem są większym zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (w 2016 r. o 14%), podczas gdy poziom umieralności mieszkanek wsi jest o 9% niższy niż mieszkanek miast (tab. 2.3 i 2.4). 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 (nadwyżka umieralności mężczyzn na wsi wynosi aż 64%). Wśród kobiet poziom umieralności w miastach jest nieznacznie (o 8%) wyższy niż na wsi.

Zagrożenie życia ogółu ludności Polski spowodowane **przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych** w latach 2000. stopniowo zmniejsza się i sytuacja taka występuje we wszystkich województwach chociaż z różnym natężeniem. W woj. podkarpackim, opolskim i świętokrzyskim obecny poziom umieralności jest o ponad połowę niższy niż na początku lat 2000. Z drugiej strony w woj. pomorskim współczynnik zgonów zmniejszył się w ciągu tych lat tylko o ok. 10%

i obecnie przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych najbardziej zagrażają życiu mieszkańców właśnie tego województwa.

Poziom umieralności z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych mieszkańców wsi jest wyższy niż mieszkańców miast we wszystkich województwach z wyjątkiem śląskiego. Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach jest w woj. warmińsko-mazurskim, pomorskim i podlaskim (ryc. 2.33). W tych pierwszych dwóch poziom umieralności na wsi był najwyższy w kraju przy czym w woj. pomorskim był również najwyższy w przypadku mieszkańców miast.

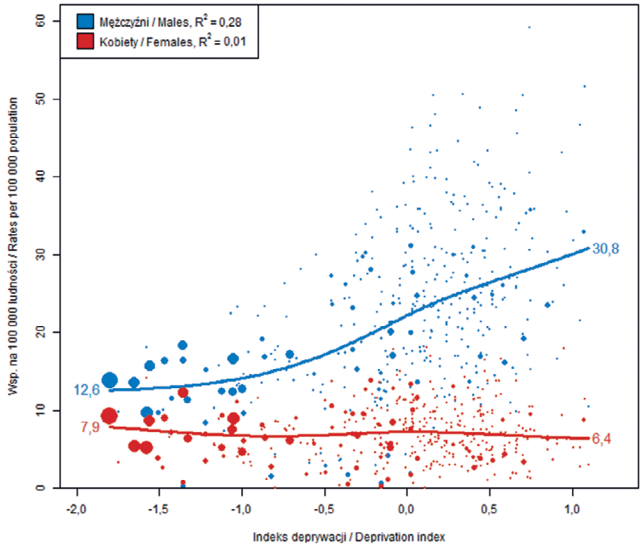


Ryc. 2.33. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych (J40-J47) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.33. Relative difference of age-standardized death rates from chronic lower respiratory diseases (J40-J47) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

Związek poziomu umieralności z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych z poziomem deprywacji w powiatach pokazuje rycina 2.34. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn w powiatach mają wyraźny trend rosnący wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprywacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn był blisko dwuipółkrotnie (o 144%) wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa i różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 28% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu przewlekłych chorób

dolnych dróg oddechowych. W przypadku kobiet ten związek był bardzo słaby i miał ujemny charakter – przeciętny poziom umieralności w powiatach o największym wskaźniku deprywacji był o 19% niższy niż w powiatach gdzie poziom deprywacji był najmniejszy i różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły zaledwie 1% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów.



Ryc. 2.34. Związek standaryzowanych współczynników zgonów mężczyzn i kobiet (2014-2016) z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych (J40-J47) z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.34. Relationship between males and females age-standardized death rates (2014-2016) from chronic lower respiratory diseases (J40-J47)and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

2.10. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego

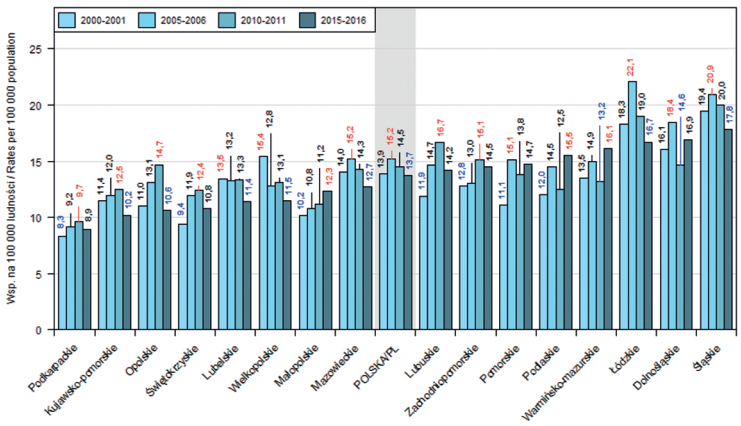
Umieralność ogółu ludności Polski z powodu chorób układu trawiennego charakteryzuje się trendem spadkowym w ostatnich kilku latach jednak w 2016 r. poziom umieralności zwiększył się, co wyraźniej zaznaczyło się wśród mężczyzn. W roku 2016 choroby układu trawiennego były przyczyną 16049 zgonów (9365 mężczyzn i 6684 kobiet) tzn. na każde 100 tys. osób zmarły z ich powodu 42 osoby (50 w przypadku mężczyzn i 34 w przypadku kobiet, tab. 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 (ryc. 2.14a i 2.14b).

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 ponad dwukrotnie wyższe niż wśród kobiet (tab. 2.2).

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 2016 r. zmarło 6438 osób (4585 mężczyzn i 1853 kobiety) (40% zgonów z powodu ogółu chorób układu trawiennego).

Choroby układu trawiennego ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi i to zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet (tab. 2.3 i 2.4). Jeszcze większa różnica na niekorzyść mieszkańców miast występują w przypadku przewlekłych chorób wątroby. Umieralność z ich powodu mężczyzn w miastach jest wyższa niż na wsi o 26% zaś w przypadku kobiet różnica wynosi nawet 71%.

Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie natężenia zgonów z powodu **przewlekłych chorób wątroby**. W całym okresie lat 2000. są one zdecydowanie największym zagrożeniem życia dla mieszkańców woj. śląskiego i łódzkiego, zarówno dla ogółu ludności (ryc. 2.35) jak i osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata. W woj. śląskim umieralność jest dwukrotnie wyższa niż w woj. podkarpackim gdzie poziom umieralności jest od lat najniższy. Podczas gdy w skali całego kraju i większości województw obecny poziom umieralności jest niższy niż pięć lat wcześnie to w woj. podlaskim i warmińsko-mazurskim jest on wyraźnie wyższy – odpowiednio o 24% i 22% wśród ogółu ludności i o 29% wśród osób w wieku 25-64 lata.



Ryc. 2.35. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości (K70, K73-K74) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.35. Age-standardized annual death rates from chronic liver disease and cirrhosis (K70, K73-K74) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Poziom umieralności z powodu przewlekłych chorób wątroby i marskości mieszkańców miast jest wyższy niż mieszkańców wsi we wszystkich województwach z wyjątkiem podlaskiego gdzie umieralność mieszkańców wsi jest najwyższa w kraju.

2.11. Umieralność z powodu przyczyn, którym można zapobiegać oraz tych, które można skutecznie leczyć

Pojęcie umieralności możliwej do uniknięcia opiera się na koncepcji, że przedwczesne zgony z powodu pewnych problemów/zdarzeń zdrowotnych powinny być rzadkie, a najlepiej nie powinny w ogóle wystąpić, jeśli istnieją terminowe i skuteczne interwencje medyczne lub z zakresu zdrowia publicznego. Umieralność z powodu tych przyczyn obejmuje zgony z powodu przyczyn, którym można zapobiegać (tzw. *preventable deaths*) oraz zgony z powodu przyczyn, które są podatne na medyczną interwencję i można je skutecznie leczyć (tzw. *amenable deaths*).

Przyczynie zgonu można zapobiec, jeśli w świetle rozumienia determinant zdrowia w okresie gdy nastąpił zgon, wszystkie lub większość z tej przyczyny (z zastrzeżeniem ograniczeń wiekowych w stosownych przypadkach) mogła by być uniknięta dzięki interwencjom w zakresie zdrowia publicznego w najszerszym tego słowa znaczeniu. Natomiast **przyczyna zgonu jest podatna na medyczną interwencję** jeżeli w świetle wiedzy medycznej i dostępnej technologii w okresie gdy nastąpił zgon, wszystkich lub większości zgonów z jej powodu można by uniknąć dzięki opiece zdrowotnej dobrej jakości. Wyróżnione grupy chorób zostały utworzone zgodnie z listą podaną przez Office for National Statistics UK[16] oraz Europejski Urząd Statystyczny Eurostat[17]. Listy tych dwóch grup chorób oczywiście częściowo pokrywają się i na obu znajdują się na przykład nowotwory złośliwe jelita grubego, sutka i szyjki macicy, niedokrwienna choroba serca i udar w wieku poniżej 75 lat, zapalenie płuc u osób poniżej 75 lat.

Do najważniejszych specyficznych kategorii **zgonów, którym można zapobiec *(preventable)*** zalicza się te spowodowane nowotworem złośliwym płuca osób w wieku poniżej 75 lat, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc poniżej 75 lat, chorobami związanymi ze spożywaniem alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych, a także urazami wypadkowymi i samobójstwami niezależnie od wieku.

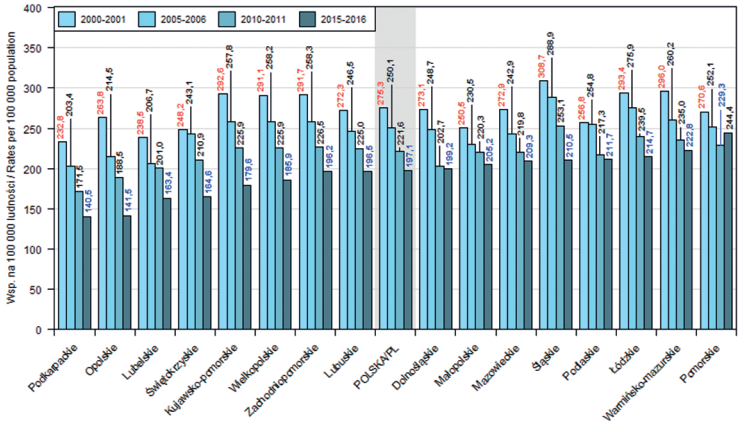
[16] http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http:/www.ons.gov.uk/ons/about-ons/get-involved/consultations/archived-consultations/2011/definitions-of-avoidable--mortality/index.html

[17] Statistics Explained Amenable and preventable deaths statistics (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/) - 27/09/2016

W 2016 r. z powodu przyczyn, którym można zapobiegać zmarły 90394 osoby (61159 mężczyzn i 29235 kobiet) (235 na 100 tys. ludności). Przyczyny zaliczane do tej kategorii są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest 2,5 razy wyższe niż wśród kobiet (tab. 2.2). Zgony należące do tej grupy stanowią 30% ogółu zgonów mężczyzn i 16% zgonów kobiet.

Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać są dosyć zbliżone w przypadku mieszkańców miast i wsi – dla mężczyzn są o 9,6% wyższe na wsi a dla kobiet o 12,5% w miastach (tab. 2.4).

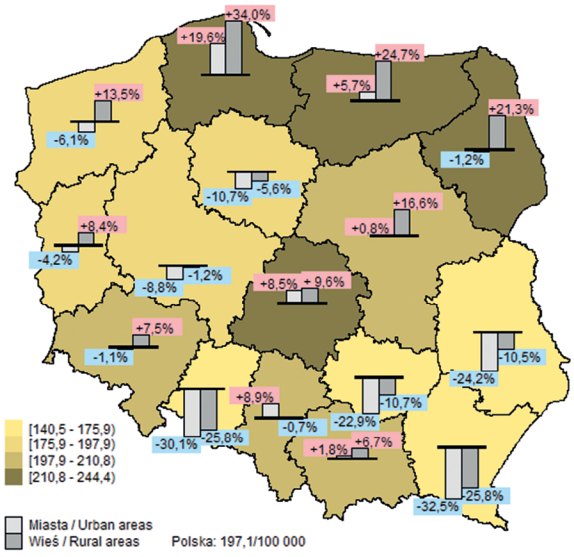
Zagrożenie życia przyczynami, którym można zapobiegać stopniowo zmniejsza się w całym kraju w latach 2000. – o 28% w ciągu 15 lat. Współczynniki zgonów w ostatnich dwóch latach zmniejszyły się w stosunku do lat 2010-2011 we wszystkich województwach, przeciętnie o 11,1%, z wyjątkiem pomorskiego gdzie wzrosły o 6,6%, i które stało się z tego powodu województwem o najwyższej umieralności (ryc. 2.36). Również w tym województwie udział zgonów którym można zapobiegać w ogólnej liczbie zgonów jest najwyższy i w 2016 r. wynosił 36%, podczas gdy w woj. opolskim 15% a podkarpackim 18%. Z drugiej strony najbardziej korzystna sytuacja występuje od lat w woj. podkarpackim, gdzie poziom umieralności jest ostatnio niższy o 29% niż przeciętny w kraju, a o 42% niż w woj. pomorskim.



Ryc. 2.36. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.36. Age-standardized annual death rates from preventable causes of death in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Poziom umieralności z powodu przyczyn, którym można zapobiegać mieszkańców wsi jest wyższy niż mieszkańców miast we wszystkich województwach z wyjątkiem śląskiego gdzie umieralność mieszkańców miast jest jedną z najwyższych w kraju. Największa względna różnica poziomów umieralności w miastach i na wsi jest w woj. podlaskim warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim (ryc. 2.37). W tych pierwszych dwóch poziom umieralności na wsi należał do najwyższych w kraju.



Ryc. 2.37. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.37. Relative difference of age-standardized death rates from preventable causes of death in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

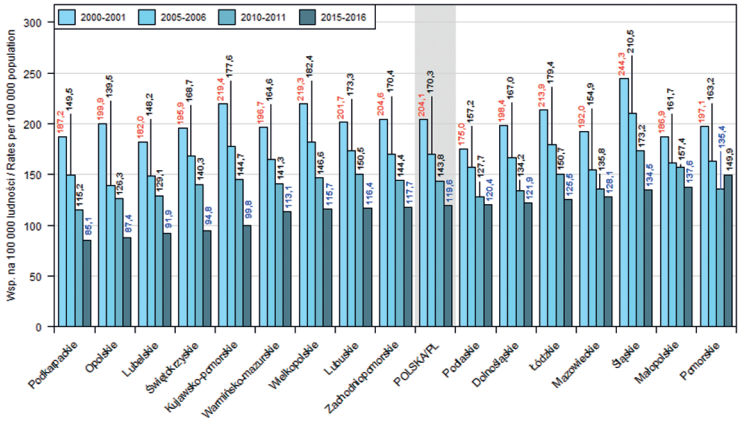
Związek poziomu umieralności z powodu przyczyn, którym można zapobiegać z poziomem deprywacji w powiatach był stosunkowo słaby, zaznaczał się wyraźniej w przypadku mężczyzn niż kobiet. W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn był wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa o 27,5%.

Do specyficznych kategorii przyczyn **zgonów, które można skutecznie leczyć *(amenable)*** zalicza się między innymi u osób poniżej 75 lat choroby naczyń mózgowych, astmę, wrzód żołądka, dwunastnicy, jelit, a u osób poniżej 50 lat cukrzycę.

W 2016 r. z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć zmarło 53178 osób (32174 mężczyzn i 20394 kobiety) (138 na 100 tys. ludności). Przyczyny zaliczane do tej kategorii są większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku umieralność z ich powodu wśród mężczyzn jest 1,86 razy wyższa niż wśród kobiet (tab. 2.2). Zgony należące do tej grupy stanowią 16% ogółu zgonów mężczyzn i 11% zgonów kobiet.

Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć mają bardzo zbliżone wartości w przypadku mieszkańców miast i wsi (tab. 2.4).

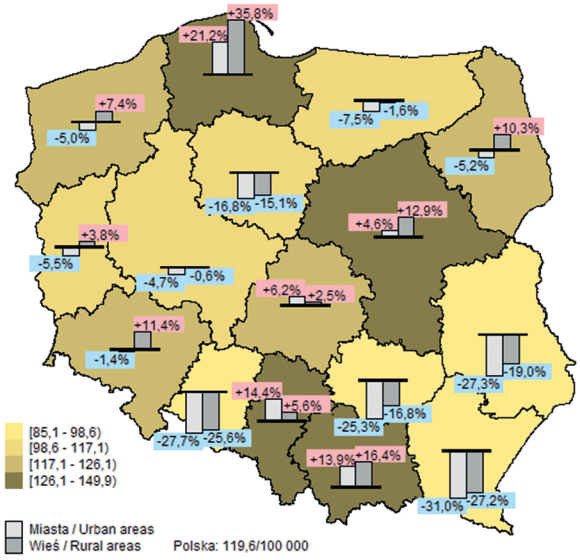
Zagrożenie życia tą grupą przyczyn zgonów stopniowo zmniejsza się w całym kraju, w latach 2000 – o 41% w ciągu 15 lat, a więc nastąpiła większa poprawa niż w przypadku przyczyn, którym można zapobiegać. Standaryzowane współczynniki zgonów w ostatnich dwóch latach 2015-2016 zmniejszyły się w stosunku do lat 2010-2011 we wszystkich województwach, przeciętnie o 16,8%, z wyjątkiem woj. pomorskiego gdzie wzrosły o 10,7%, i które stało się z tego powodu województwem o najwyższej umieralności (25% powyżej poziomu ogólnopolskiego) (ryc. 2.38). Również w tym województwie udział zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć w ogólnej liczbie zgonów jest najwyższy i w 2016 r. wynosił 19% podczas gdy w woj. opolskim 8% a lubelskim i świętokrzyskim 10%. Z drugiej strony korzystna sytuacja ma miejsce od lat w woj. podkarpackim, opolskim, lubelskim gdzie poziom umieralności jest ostatnio niższy niż przeciętny w kraju odpowiednio o 29%, 27% i 23%.



Ryc. 2.38. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.38. Age-standardized annual rates of amenable mortality in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Poziom umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć ogółu mieszkańców miast i wsi jest bardzo zbliżony ale we wszystkich województwach z wyjątkiem łódzkiego i śląskiego jest wyższy wśród mieszkańców wsi niż miast. Największa względna różnica poziomów umieralności w miastach i na wsi jest w woj. podlaskim, pomorskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim (ryc. 2.39).



Ryc. 2.39. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.39. Relative difference of age-standardized rates of amenable deaths in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

Związek poziomu umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć z poziomem deprywacji w powiatach **jest bardzo słaby** co należy bez wątpienia uznać za sytuację pozytywną gdyż wskazuje ona, że poziom deprywacji powiatu zamieszkania nie rzutuje w sposób systemowy na możliwość korzystania ze skutecznej opieki medycznej.

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 100 tys. urodzeń żywych umiera przeciętnie o 26 dzieci mniej niż rok

wcześniej ale trzeba zauważyć, że w ostatnich trzech latach 2015-2017 współczynnik umieralności niemowląt był na jednakowym poziomie 4,0 zgony na 1000 urodzeń żywych. W 2017 r. zmarło w Polsce 1604 dzieci poniżej pierwszego roku życia (tab. 2.5) Ponad połowa (53,4%) wszystkich zgonów niemowląt nastąpiła w pierwszym tygodniu życia natomiast w wieku powyżej czterech tygodni życia a przed ukończeniem pierwszego roku życia zmarło 468 niemowląt (29,2% ogółu).

Tabela 2.5. Zgony niemowląt według wieku w wybranych latach w okresie 1975-2017

Table 2.5. Infant deaths by age, selected years 1975-2017

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/ number	procent / percentage				
1975	18610	68,9	55,7	31,1	13,2	31,1
1980	17700	68,9	57,6	33,3	11,3	31,1
1985	15052	75,5	63,7	35,2	11,8	24,5
1990	10640	77,3	63,9	35,8	13,4	22,7
1995	5891	74,0	59,2	34,7	14,9	26,0
1999	3381	71,6	53,0	30,5	18,6	28,3
2000	3068	69,0	51,0	29,4	18,0	31,0
2005	2340	69,8	52,7	28,4	17,1	30,2
2010	2057	70,7	52,8	33,0	17,8	29,3
2011	1836	68,5	51,4	31,0	17,2	31,5
2012	1791	71,2	51,3	33,4	20,0	28,8
2013	1684	69,1	50,2	30,8	18,9	30,9
2014	1583	68,5	49,3	29,9	19,1	31,5
2015	1476	72,3	51,6	29,1	20,7	27,7
2016	1522	71,9	52,2	28,3	19,7	28,1
2017	1604	70,8	53,4	31,0	17,5	29,2
	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
1995	13,6	10,1	8,0	4,7	2,0	3,5

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		
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
2010	5,0	3,5	2,6	1,6	0,9	1,5
2011	4,7	3,2	2,4	1,5	0,8	1,5
2012	4,6	3,3	2,4	1,5	0,9	1,3
2013	4,6	3,1	2,3	1,4	0,9	1,4
2014	4,2	2,9	2,1	1,3	0,8	1,3
2015	4,0	2,9	2,1	1,2	0,8	1,1
2016	4,0	2,9	2,1	1,1	0,8	1,1
2017	4,0	2,8	2,1	1,2	0,7	1,2

Źródło: na podstawie danych GUS / CSO data

Niska masa urodzeniowa jest jednym z głównych czynników ryzyka umieralności niemowląt. Na tę grupę noworodków, która w 2017 r. stanowiła zaledwie 5,7% wszystkich żywo urodzonych noworodków przypadło aż 67% zgonów w okresie niemowlęcym a współczynnik umieralności niemowląt ważących przy urodzeniu poniżej 2500 g był 33-krotnie większy niż współczynnik umieralności niemowląt, które ważyły więcej (tab. 2.6).

Tabela 2.6. Zgony niemowląt według wagi przy urodzeniu w wybranych latach w okresie 1980-2017

Table 2.6. Infant deaths by birth weight, selected years 1980-2017

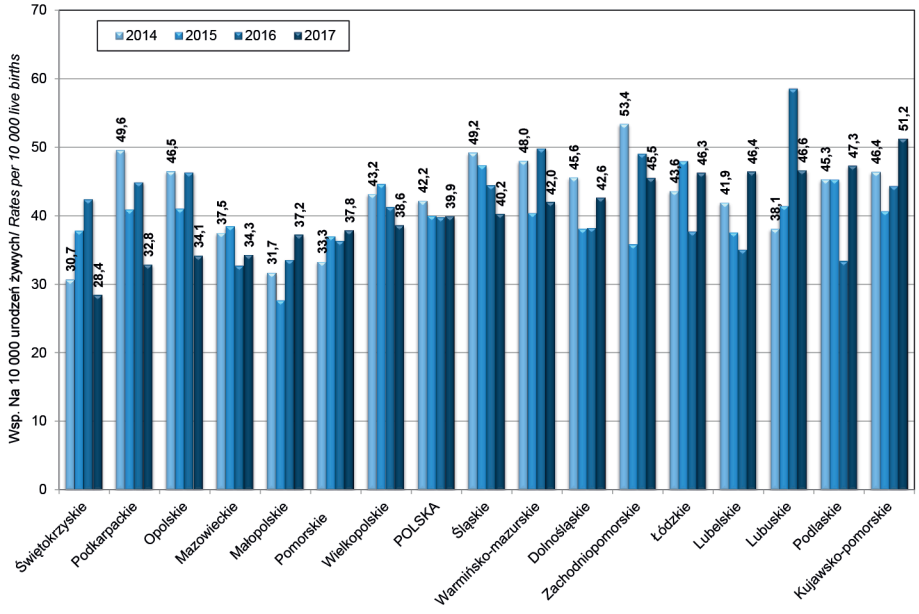
Lata / Year	Poniżej 2500 g[1]/ Below 2500 g[1]		2500 g i więcej[2]/ 2500 g and more[2]	
	procent zgonów[3]/ percentage of deaths[3]	zgony na 1000 urodzeń żywych / IMR per 1000 live births	procent zgonów[3]/ percentage of deaths[3]	zgony na 1000 urodzeń żywych/ IMR per 1000 live births
1980	60,3	192,1	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
2010	66,0	57,8	34,0	1,8

Lata / Year	Poniżej 2500 g[1]/ Below 2500 g[1]		2500 g i więcej[2]/ 2500 g and more[2]	
	procent zgonów[3]/ percentage of deaths[3]	zgony na 1000 urodzeń żywych / IMR per 1000 live births	procent zgonów[3]/ percentage of deaths[3]	zgony na 1000 urodzeń żywych/ IMR per 1000 live births
2011	67,6	56,9	32,2	1,6
2012	66,1	54,2	33,9	1,7
2013	66,4	50,8	33,4	1,6
2014	66,7	47,5	33,2	1,5
2015	68,8	47,6	31,2	1,3
2016	68,4	46,6	31,6	1,3
2017	67,0	46,6	33,0	1,4

[1] 2500g i poniżej do 1993 r./2500g and below till 1993, [2] 2501g i więcej do 1993 r.,/ 2501g and more till 1993, [3] Procenty 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

Poziom umieralności niemowląt znacznie różni się w poszczególnych województwach. W 2017 r. współczynnik umieralności niemowląt wahał się od 28 zgonów na 10000 urodzeń żywych w woj. świętokrzyskim do 51 w woj. kujawsko-pomorskim (ryc. 2.40).



Ryc. 2.40. Współczynniki zgonów niemowląt wg województw w latach 2014, 2015, 2016 i 2017 (dane GUS)
Fig. 2.40. Infant mortality rates by voivodship, 2014, 2015, 2016 and 2017 (CSO data)

Zwracają uwagę duże wahania wielkości współczynników w województwach w latach 2014-2017. Tylko w woj. mazowieckim, małopolskim i pomorskim były one poniżej poziomu ogólnopolskiego w całym czteroletnim okresie. Natomiast w woj. śląskim, warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim poziom umieralności niemowląt w latach 2014-2017 cały czas był wyższy od ogólnopolskiego.

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

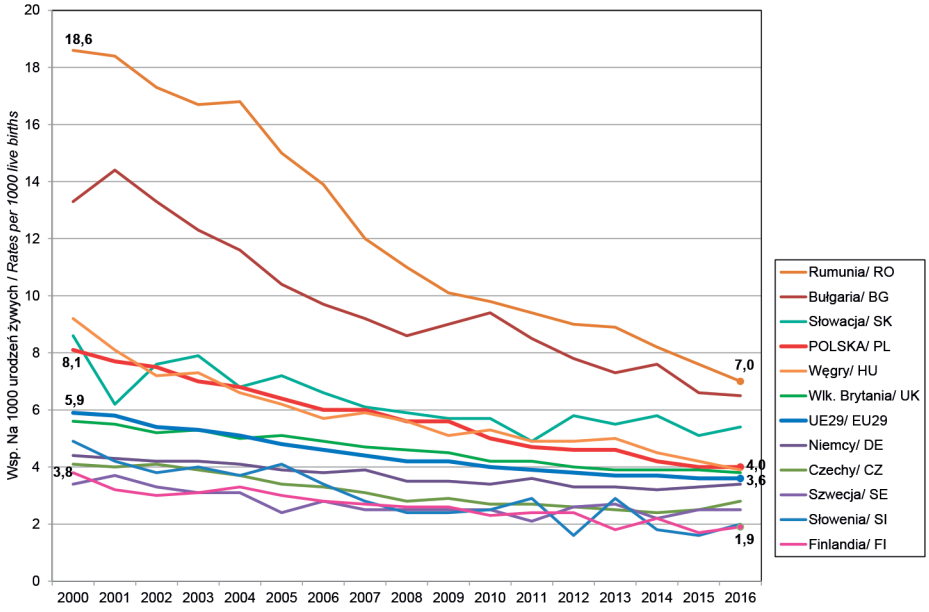
Korzystając z mierników umieralności w krajach europejskich, opracowanych przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia (baza danych HFA-MDB, czerwiec 2018), porównano poziom i tendencje zmian natężenia zgonów z powodu głównych grup chorób oraz wybranych szczegółowych rozpoznań w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w 28 krajach Unii Europejskiej (UE). Niestety ostatnie dane dla UE28 są dla roku 2015.

Ze względu na duży problem jaki w Polsce stanowią zgony przedwczesne osób w wieku aktywności zawodowej, tzn. w wieku 25-64 lata (w 2016 r. zmarło w tym wieku 69,1 tys. mężczyzn oraz 28,6 tys. kobiet i osoby te stanowiły odpowiednio 34,2% ogółu zmarłych mężczyzn i 15,4% zmarłych kobiet), analizę porównawczą przeprowadzono dla ogółu ludności oraz właśnie dla tej grupy wieku, przy czym w prezentowanej, skróconej wersji Raportu, przedstawione są tylko wyniki właśnie dla osób w wieku 25-64 lata z wyróżnieniem na początku umieralności dzieci poniżej pierwszego roku życia.

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 jest wciąż wyższy od przeciętnego współczynnika w UE (w 2016 r. 3,6 na 1000 urodzeń żywych) (ryc. 2.41). Nasz poziom umieralności niemowląt w 2016 r. był przeciętnym dla UE w 2010 r.

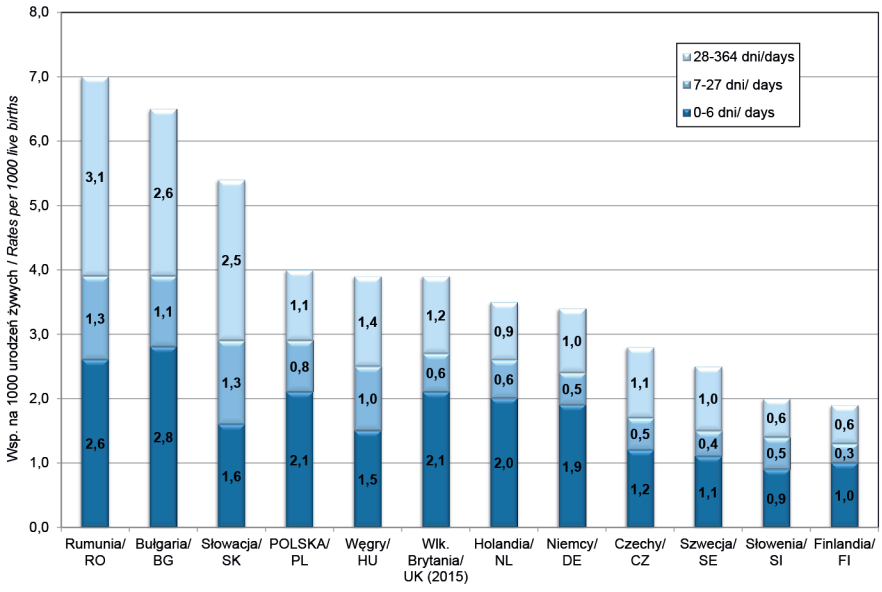
Ze względu na brak jak dotychczas w bazie WHO oraz Eurostatu oszacowań umieralności niemowląt wg wieku dla UE28 w 2016 r. porównano sytuację w Polsce na tle wybranych krajów Unii (ryc. 2.42). Zwraca uwagę wyższy poziom umieralności wczesnej neonatalnej, tzn. w pierwszym tygodni życia, w Polsce niż nie tylko w Finlandii, Szwecji czy Słowenii ale również w Czechach, Słowacji i na Węgrzech. Z drugiej jednak strony poziom ten jest zbliżony do tego jaki jest w Wielkiej Brytanii, Holandii czy w Niemczech.

Wyraźnemu spowolnieniu po roku 2002 uległo w Polsce tempo spadku współczynników umieralności z powodu **chorób układu krążenia** (ChUK) mężczyzn i kobiet w wieku 25-64 lata (ryc. 2.43).



Ryc. 2.41. Zgony niemowląt w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej, 2000-2016, współczynniki na 1000 urodzeń żywych (dane Eurostat)

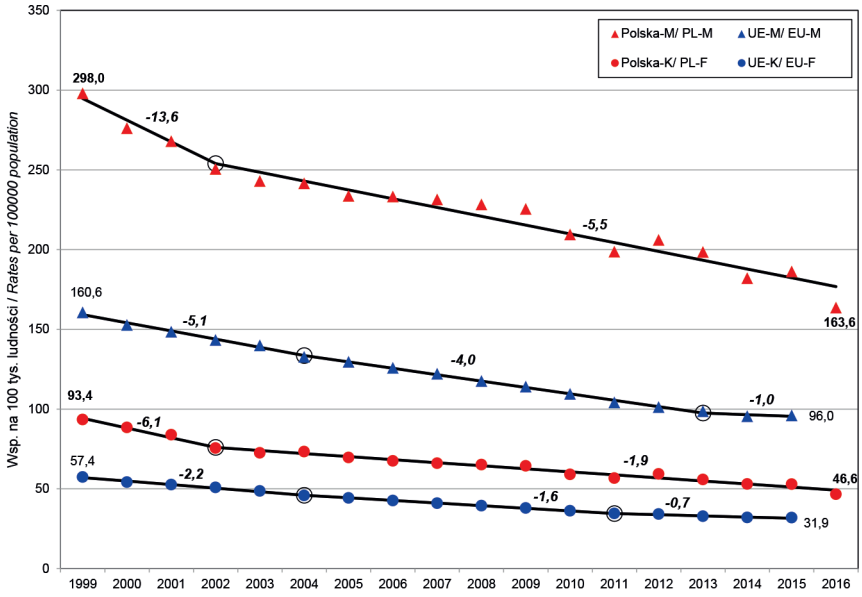
Fig. 2.41. Infant mortality rates in Poland and some other EU28 countries, 2000-2016 (Eurostat database)



Ryc. 2.42. Umieralność niemowląt według wieku w Polsce i wybranych krajach UE w 2016 r. (dane Eurostat)

Fig. 2.42. Infant mortality rates by age in Poland and selected EU countries, 2016 (Eurostat database)

Do roku 2013 bezwzględne tempo spadku było praktycznie na tym samym poziomie co tempo spadku średnie dla krajów UE, a względne tempo było wolniejsze, co oznacza, że tylko w bardzo niewielkim stopniu zmniejszaliśmy dystans jaki dzieli nas od przeciętnego dla krajów UE poziomu przedwczesnej umieralności z powodu ChUK (procentowa nadwyżka miała nawet tendencję rosnącą). Obecne spowolnienie tempa zmniejszania się przeciętnej umieralności w UE sprzyja szybszemu niwelowaniu tej niekorzystnej różnicy. Poziom umieralności w 2015 r. w Polsce był wyższy od przeciętnego w UE o **94%** w przypadku mężczyzn i **66%** w przypadku kobiet. Przy utrzymaniu się dotychczasowego tempa spadku obecny średni poziom umieralności w krajach UE polscy mężczyźni mogą osiągnąć około roku 2031 a kobiety 6 lat wcześniej.



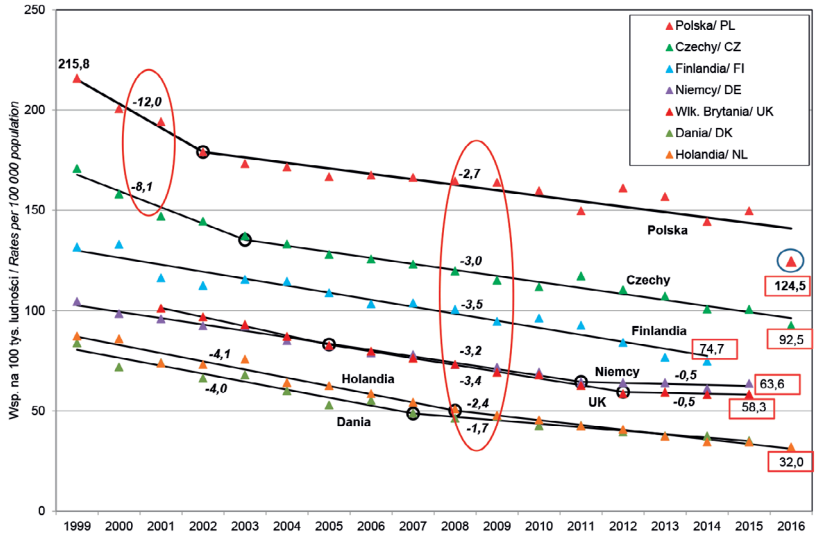
Ryc. 2.43. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.43. 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 EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

Ponieważ **choroby serca** jako cała grupa nie występują w bazach WHO czy Eurostatu poziom i dynamikę umieralności w Polsce porównano z sytuacją w wybranych krajach europejskich, dla których obliczyliśmy standaryzowane współczynniki

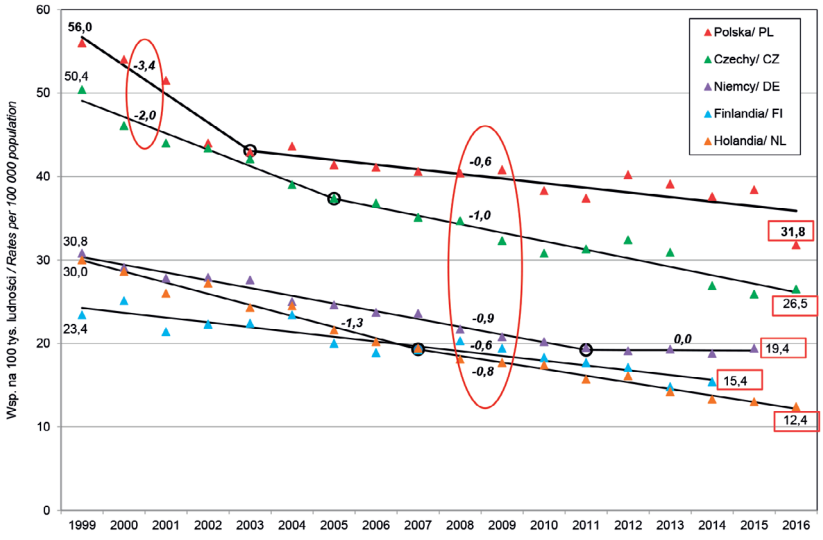
zgonów. Sytuacja w Polsce przedstawia się zdecydowanie niekorzystnie na tle większości krajów UE, w tym tych wybranych do analizy. Poziom umieralności polskich mężczyzn jest znacznie wyższy niż ich rówieśników w analizowanych krajach – blisko **czterokrotnie** w porównaniu z Holendrami, **trzyipółkrotnie** w porównaniu z Duńczykami, około **dwukrotnie** w porównaniu z Brytyjczykami, Niemcami i Finami (ryc. 2.44a). Nawet w stosunku do poziomu umieralności Czechów umieralność polskich mężczyzn jest obecnie wyższa o **35%**. Ponadto tempo obniżania się współczynników umieralności od roku 2002 jest w Polsce wolniejsze niż w porównywanych krajach a więc ta niekorzystna różnica nawet powiększa się. Trzeba jednak zwrócić uwagę na duży spadek współczynnika umieralności w Polsce w 2016 r. – o 17% w stosunku do roku 2015. W przypadku kobiet sytuacja w Polsce jest również niekorzystna ale w trochę mniejszym stopniu (ryc. 2.44b). Uwagę zwraca narastająca nadwyżka umieralności polskich kobiet w porównaniu z mieszkankami Czech. Wprawdzie sytuacja w ostatnim roku uległa poprawie ale jest raczej mało prawdopodobne żeby tak korzystne zmiany utrzymywały się w następnych latach.

W przeciwieństwie do umieralności z powodu chorób serca umieralność z powodu **chorób naczyń mózgowych** mężczyzn w wieku 25-64 lata zaczęła się obniżać szybciej po roku 2008 (ryc. 2.45).



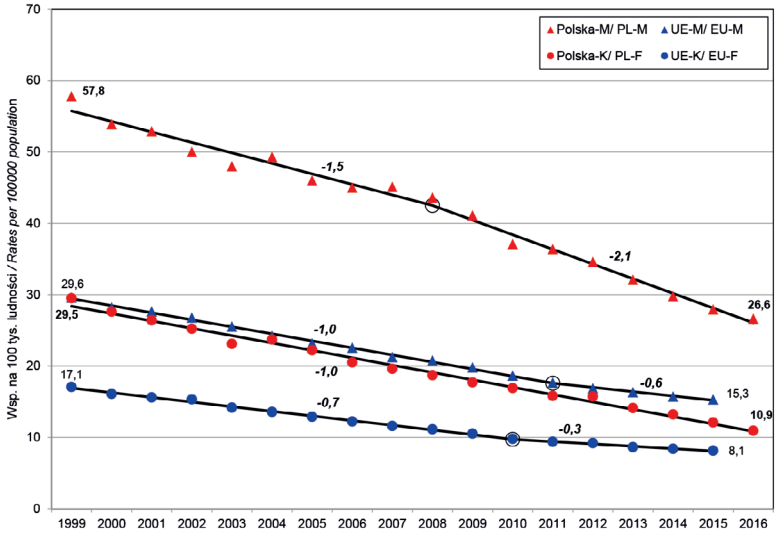
Ryc. 2.44a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób serca mężczyzn (M) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz wybranych krajach UE w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Fig. 2.44a. Age-standardized mortality rates from heart diseases of males aged 25-64 years in Poland and selected EU countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (authors' own calculation availing WHO data)



Ryc. 2.44b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób serca kobiet w wieku 25-64 lata w Polsce oraz wybranych krajach UE w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Fig. 2.44b. Age-standardized mortality rates from heart diseases of females (F) aged 25-64 years in Poland and selected EU countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (authors' own calculation availing WHO data)

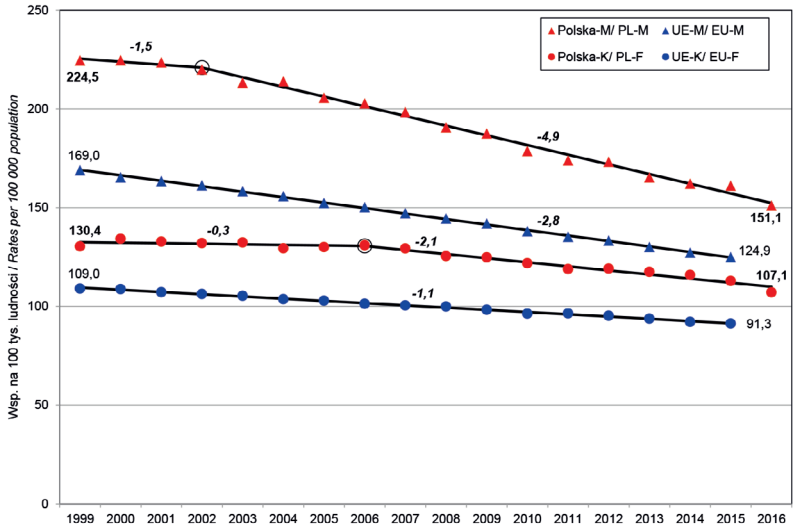


Ryc. 2.45. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.45. Age-standardized mortality rates from cerebrovascular diseases of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999-2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

Umieralność kobiet obniżała się w okresie 1999-2016 w stałym tempie. 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 aktywności zawodowej jest w Polsce znacznie wyższy od średniego dla UE – w 2015 r. o **82%**, a współczynnik zgonów kobiet jest wyższy o **49%**. 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 2021-2022 w przypadku mężczyzn i 2019 w przypadku kobiet.

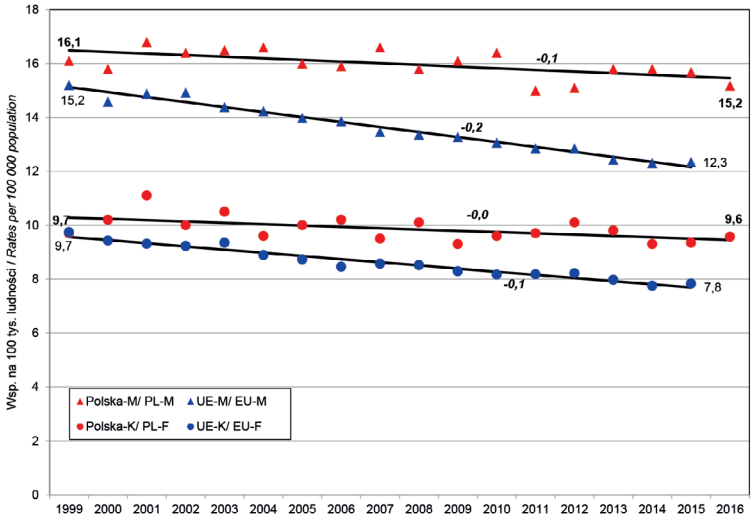
Tempo spadku umieralności polskich mężczyzn w wieku 25-64 lata z powodu **nowotworów złośliwych ogółem** jest stałe po 2002 r., szybsze niż przeciętne dla krajów UE i jest szybsze niż wśród polskich kobiet (ryc. 2.46). W 2015 r. nadwyżka umieralności z powodu chorób nowotworowych w tej grupie wieku w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE wynosiła w przypadku mężczyzn **29,1**% a kobiet **23,7**%. 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 2021-2022, a w przypadku kobiet dopiero około roku 2025.



Ryc. 2.46. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.46. Age-standardized mortality rates from malignant neoplasms of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB 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 nadal niekorzystne w porównaniu z przeciętnymi dla krajów UE, zarówno wśród ogółu ludności jak i osób w wieku 25-64 lata (nadwyżka umieralności mężczyzn **28%** a kobiet **21**%) (ryc. 2.47). Ta niekorzystna sytuacja pogłębia się.



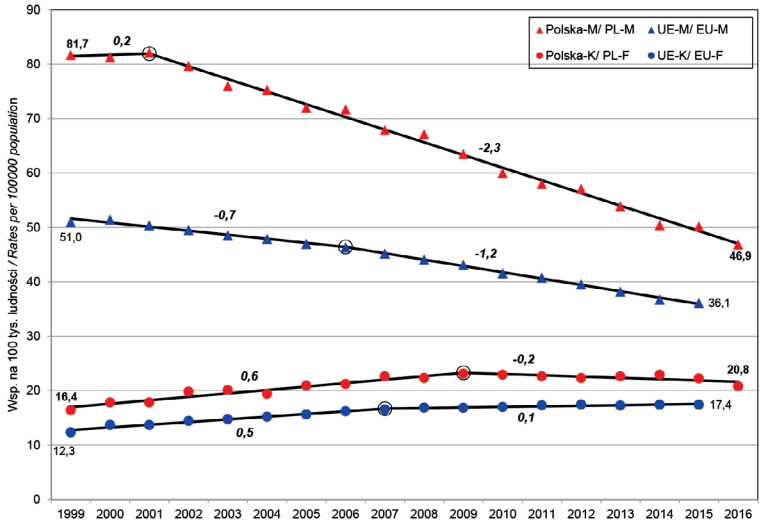
Ryc. 2.47. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2014 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.47. Age-standardized mortality rates from colorectal cancer of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2014 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

Współczynniki zgonów z powodu **nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca** mężczyzn w wieku 25-64 lata są w Polsce wyższe od przeciętnych dla krajów UE (w 2015 r. nadwyżka **39%**) ale obniżają się szybciej (ryc. 2.48). Również współczynniki zgonów kobiet w Polsce są wyższe od przeciętnych dla krajów UE (w 2015 r. nadwyżka **28%**), ale po 2009 r. widoczny jest w Polsce lekki trend spadkowy i nadwyżka umieralności Polskich kobiet w wieku 25-64 lata w stosunku do ogółu rówieśniczek w krajach UE powoli zmniejsza się.

Umieralność kobiet w wieku 25-64 lata z powodu **raka sutka** jest na poziomie wyższym od przeciętnego dla krajów UE (dane dla UE28 są dla 2015 r.) czwarty rok z rzędu (ryc. 2.49). Ponadto, co należy podkreślić, współczynnik zgonów po 2010 r. są raczej ustabilizowane a nieznaczny trend spadkowy nie jest statystycznie istotny, natomiast średni współczynnik dla ogółu krajów UE zmniejsza

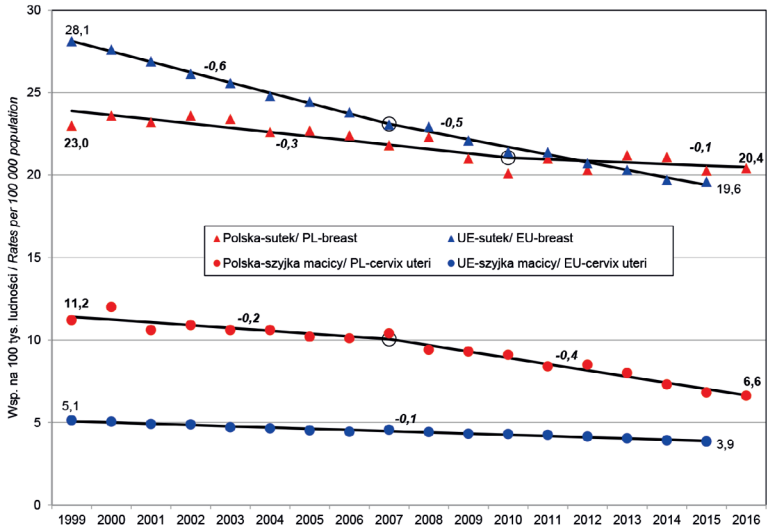
się wyraźnie co sprawia, że niekorzystna dla polskich kobiet różnica poziomów umieralności powiększa się. Natomiast poziom umieralności kobiet z powodu **raka szyjki macicy** jest w Polsce cały czas wyższy niż przeciętny w UE, obecnie dla kobiet w wieku 25-64 lata o **74%**, i wprawdzie spadek współczynnika zgonów jest w naszym kraju szybszy to jeżeli nie ulegnie zmianie potrzeba będzie jeszcze wielu lat by osiągnąć przeciętny poziom umieralności w UE.



Ryc. 2.48. 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 UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

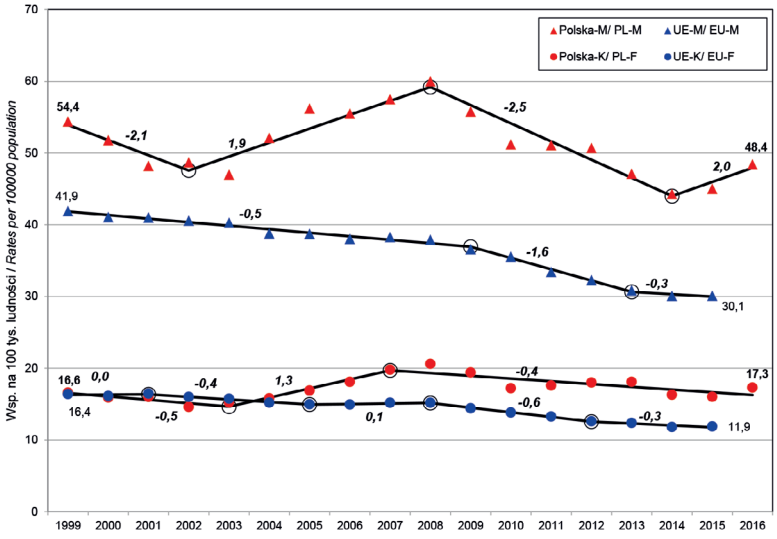
Fig. 2.48. Age-standardized mortality rates from trachea, bronchus and lung cancer of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

Współczynniki zgonów osób w wieku 25-64 lata z powodu **chorób układu trawiennego** wskazują na zasadnicze zmiany jakie zachodziły w umieralności z powodu chorób układu trawiennego w Polsce po roku 1999. Zwraca uwagę wzrostowy trend współczynników w latach 2002-2008 dla mężczyzn i 2003-2007 dla kobiet. Obserwowane w następnych latach w obu grupach płci trend spadkowe w przypadku mężczyzn zakończył się w 2014 r. i ostatnie dwa lata przyniosły wzrost współczynnika umieralności, wyraźny w 2016 r. W przypadku kobiet widać pewną stabilizację współczynników zgonów w latach 2010-2016 (ryc. 2.50). W 2015 r. nadwyżka umieralności w Polsce w tej grupie wieku wynosiła w przypadku mężczyzn 50% a w przypadku kobiet 35%.



Ryc. 2.49. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet w wieku 25-64 lata z powodu nowotworu złośliwego sutka oraz szyjki macicy w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

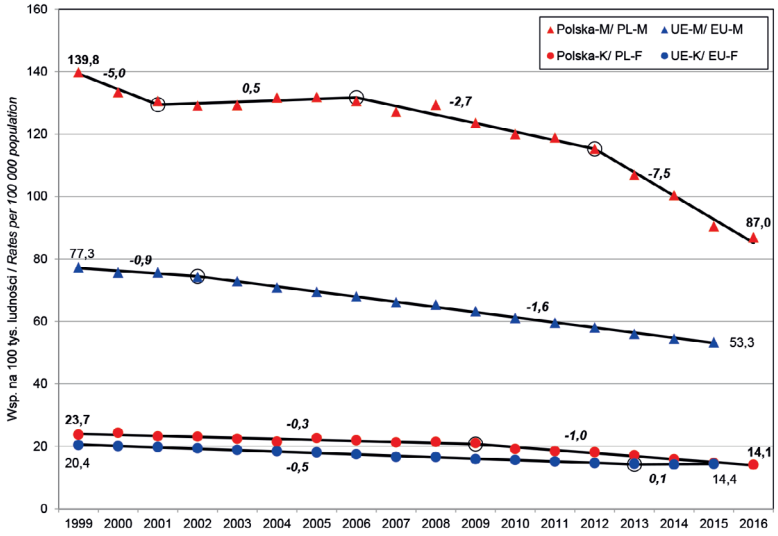
Fig. 2.49. Age-standardized mortality rates of females aged 25-64 years from breast cancer and cancer of cervix uteri in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)



Ryc. 2.50. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.50. 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 EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

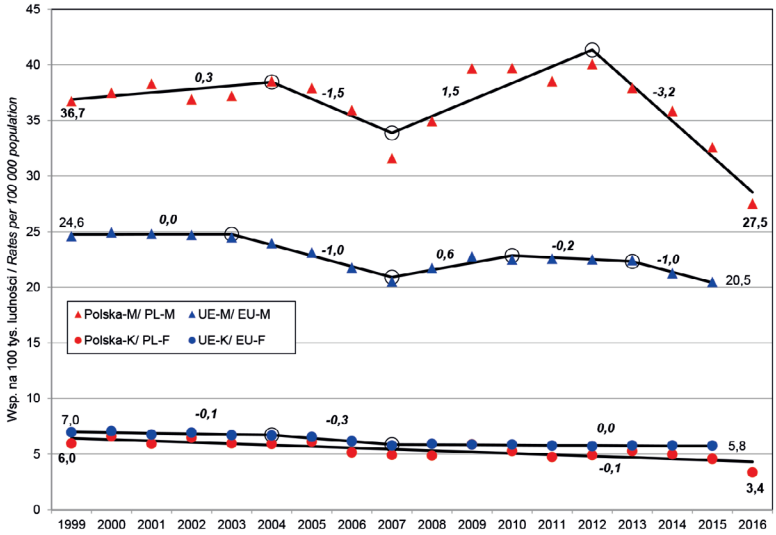
Poziom umieralności z powodu **przyczyn zewnętrznych** zarówno mężczyzn ogółem jak i w wieku 25-64 lata jest w Polsce znacznie wyższy niż przeciętny w krajach ale trendy spadkowe współczynników zgonów mężczyzn w Polsce po roku 2008 są silniejsze niż średnio w całej UE i nadwyżka umieralności polskich mężczyzn wyraźnie zmniejsza się i w 2015 r. wynosiła **70%** (ryc. 2.51). W przypadku kobiet w wieku 25-64 lata dzięki przyspieszeniu tempa spadku umieralności w Polsce po roku 2009 nadwyżka umieralności polskich kobiet została obecnie zniwelowana.



Ryc. 2.51. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.51. Age-standardized mortality rates from external causes of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB 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 od szeregu lat ale i tak w 2015 r. nadumieralność polskich mężczyzn w wieku 25-64 lata wynosiła **69%**. Również poziom umieralności z powodu **samobójstw** mężczyzn w wieku 25-64 lata jest w Polsce wyraźnie wyższy niż przeciętny w krajach UE. Silny trend spadkowy zgonów mężczyzn w wieku 25-64 lata po roku 2012 spowodował, że ta nadwyżka umieralności wyraźnie zmniejsza się (ryc. 2.52). Współczynniki umieralności polskich kobiet są na poziomie niższym od średniego dla krajów UE.

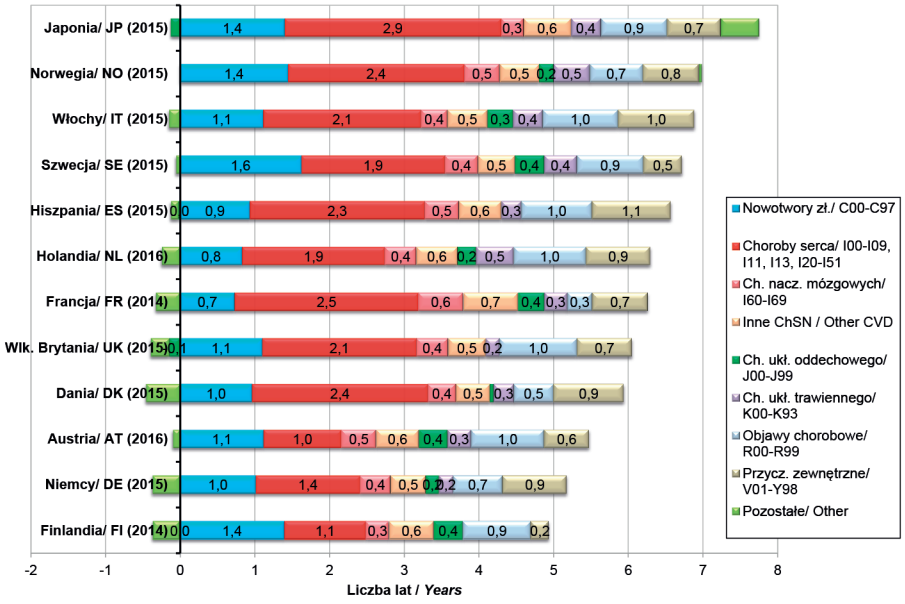


Ryc. 2.52. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu samobójstw mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.52. Age-standardized mortality rates from suicide of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB and authors' own calculation)

Ponieważ poziom umieralności w Polsce jest wyższy niż w krajach Europy Zachodniej dla większości przyczyn zgonów zasadne jest pytanie w jakim stopniu te różnice w umieralności dla poszczególnych przyczyn przyczyniają się do krótszej długości życia ludności Polski w porównaniu z mieszkańcami tych krajów. W celu oszacowania tego udziału przeprowadzono dekompozycję różnicy długości życia mężczyzn i kobiet w Polsce w stosunku do mieszkańców wybranych krajów z uwzględnieniem umieralności z powodu głównych przyczyn zgonów według wspomnianej wcześniej metody Ariagi. Jak wynika z rycin 2.53a i 2.53b do krótszej długości życia ludności naszego kraju w największym stopniu przyczynia się wyższa umieralność z powodu chorób układu krążenia, w tym szczególnie chorób serca, która skraca życia polskich mężczyzn i kobiet odpowiednio o 2,9 i 2,8 lat w stosunku do mieszkańców Japonii, 2,5 i 2,0 lata w stosunku do mieszkańców Francji, 2,4 i 1,8 lat mieszkańców Danii itd. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że niedoskonałości naszego systemu orzekania o przyczynie zgonu sprawiają, że duży udział w wyjaśnianiu różnicy długości życia w przypadku mężczyzn mają zgony kodowane jako objawy chorobowe i przyczyny niedokładnie określone, a w przypadku kobiet jako choroby układu krążenia inne niż choroby serca i choroby naczyń mózgowych, a więc praktycznie miażdżyca uogólniona.

Są to kody zaliczane przez WHO do tak zwanych kodów śmieciowych, które są rzadko stosowane w krajach o dobrych systemach rejestracji zgonów. To oznacza, że udział chorób serca oraz chorób naczyń mózgowych w wyjaśnianiu przyczyny krótszego życia ludności Polski może być jeszcze większy.

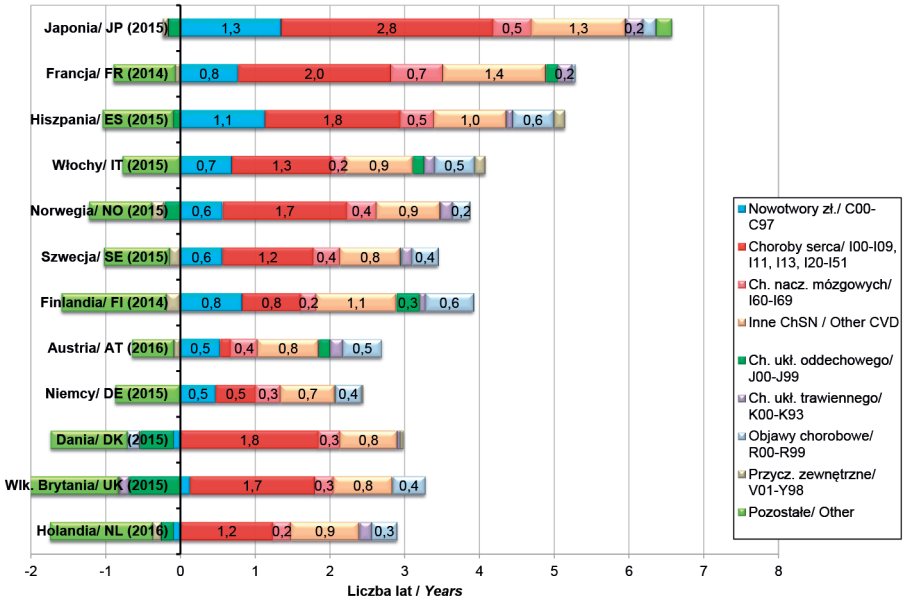


Ryc. 2.53a. Liczba lat krótszej długości życia mężczyzn w Polsce w porównaniu z mężczyznami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polaków z powodu danej przyczyny zgonu (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

Fig. 2.53a. Number of years of shorter life expectancy of men in Poland compared to men in other countries resulting from higher mortality of Poles from particular cause of death (authors' own calculation availing data from data from WHO Mortality Data Base)

PODSUMOWANIE

1. Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski wskazuje, że stan zdrowia ludności stopniowo poprawia się, ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuację należy uznać za jeszcze wciąż niezbyt niezadowalającą.
2. W 2017 r. długość życia mężczyzn wynosiła 74,0 lata a kobiet była o 7,8 roku dłuższa i wynosiła 81,8 lat. **Niepokojący jest fakt**, że w ostatnich latach 2014-2017 długość życia zarówno mężczyzn jak i kobiet wzrosła zaledwie o 0,2 roku. Jest to najmniej korzystny trzyletni okres pod względem wzrostu długości życia jaki obserwujemy po roku 1991.



Ryc. 2.53b. Liczba lat krótszej długości życia kobiet w Polsce w porównaniu z kobietami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polek z powodu danej przyczyny zgonu (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

Fig. 2.53b. Number of years of shorter life expectancy of women in Poland compared to women in other countries resulting from higher mortality of Polish women from particular cause of death (authors' own calculation availing data from data from WHO Mortality Data Base)

Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 61,3 lat (83% długości życia) a kobiety 64,6 lat (79%) natomiast w przypadku osób starszych kobiety w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (43% tzn. 8,9 lat,) natomiast mężczyźni 51% (8,2 lat).

3. Długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – wg danych WHO w 2015 r. o 4,6 lat, natomiast w przypadku kobiet różnica jest znacznie mniejsza i wynosi 1,9 roku. Obecna długość życia polskich mężczyzn jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE była w 1999 r. a więc 16 lat temu a długość życia Polek jest równa tej jaka była około 11 lat temu.
4. Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne – w roku 2016 mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli ok. 5,6 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy zasadnicze zawodowe), a aż o ok. 12,0 lat dłużej niż

mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym. Te niekorzystne różnice są w miarę stałe w latach 2008-2016. W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia są ponad dwukrotnie mniejsze niż wśród mężczyzn i wynoszą odpowiednio 2,6 i 5,1 lat i również są w miarę stałe w latach 2008-2016. Trzydziestoletni mężczyźni z wykształceniem wyższym w Polsce mogą oczekiwać krótszego dalszego życia o 2-3,5 lat w porównaniu z rówieśnikami o takim wykształceniu z Europy zachodniej, natomiast w przypadku mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym lub podstawowym różnica wynosi 8-11 lat. W przypadku kobiet te różnice są mniejsze ale mają podobny charakter.

5. Nadal najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; natomiast przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi gdzie mieszkańcy żyją nawet krócej niż mieszkańcy małych miasteczek. Trzeba podkreślić, że zróżnicowanie długości życia związane z kategorią miejscowości zamieszkania stopniowo ulega zmniejszeniu.
6. Już od wielu lat mężczyźni najkrócej żyją w województwie łódzkim - w 2017 r. o 3,7 lat krócej niż mieszkający w najlepszym pod względem długości życia województwie podkarpackim, a kobiety w województwach łódzkim i śląskim – obecnie o 2,3 lat krócej niż mieszkanki woj. podkarpackiego. Fakt zamieszkiwania w mieście lub na wsi w stosunkowo niewielkim stopniu przyczynia się do różnicowania długości życia Polaków. Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej od mieszkających na wsi, w 2017 r. o 1,1 roku, natomiast długość życia mieszkanek miast i wsi jest obecnie taka sama.
7. Za krótsze życie polskich mężczyzn w porównaniu z mieszkańcami większości innych krajów UE w decydującym stopniu odpowiada większa ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25-64 lata, a przede wszystkim w wieku 45-64 lata. Natomiast w przypadku polskich kobiet, to że żyją one krócej niż mieszkanki krajów Europy w ponad połowie wynika z wyższej umieralności w starszym wieku tzn. 65 lat i więcej.
8. Umieralność niemowląt w Polsce jest jeszcze wyższa od przeciętnej w krajach UE i na każde 10 000 urodzeń żywych w Polsce w każdym roku lat 2015-2017 przed ukończeniem pierwszego roku życia umierało 40 dzieci podczas gdy w UE przeciętnie 36 (2016 r.).
9. Poziom umieralności niemowląt znacznie różni się w poszczególnych województwach. W woj. śląskim, warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim umieralność niemowląt w latach 2014-2017 była cały czas wyższa od ogólnopolskiej, natomiast w woj. mazowieckim, małopolskim i pomorskim w całym czteroletnim okresie była ona poniżej poziomu ogólnopolskiego.

10. Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat **choroby układu krążenia** (ChUK) odpowiedzialne w 2016 r. za 43,3% ogółu zgonów. Natężenie umieralności z powodu ChUK stopniowo zmniejsza się od roku 1991. Choroby te stanowią najważniejszą przyczyną umieralności w przypadku mężczyzn w wieku 45-54 lata i 70 lat i starszym, natomiast wśród kobiet dopiero w wieku powyżej 74 lat. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są **choroby serca (**60,6% ogółu zgonów z powodu ChUK), znacznie mniejszą grupę stanowią **choroby naczyń mózgowych** (ChNM) (17,3% zgonów ChUK). W latach 2015-2016 poziom umieralności z powodu ChUK był najniższy w woj. podlaskim, a zdecydowanie najwyższy w woj. świętokrzyskim. Zagrożenie życia zarówno chorobami serca jak i ChNM jest w Polsce znacznie większe niż w większości krajów UE ale tylko w przypadku ChNM ta niekorzystna różnica zmniejsza się. Wysoka umieralność z powodu chorób układu krążenia, w tym szczególnie chorób serca, jest główną przyczyną krótszej długości życia kobiet i mężczyzn w Polsce w porównaniu z mieszkańcami większości krajów UE.
11. **Nowotwory złośliwe** są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25,8% ogółu zgonów w 2016 r.), w ostatnich latach standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu nie wykazują trendu spadkowego a ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów trochę wzrasta. Nowotwory ogólnie stanowią większy problem zdrowotny dla mężczyzn niż kobiet i nadwyżka umieralności z ich powodu mężczyzn w stosunku do kobiet jest większa niż w przypadku chorób serca i naczyń. Nowotwory złośliwe ogółem zarówno obecnie jak i w całym okresie lat 2000. najbardziej zagrażają życiu mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego, pomorskiego i kujawsko-pomorskiego. Największym zagrożeniem życia mężczyzn i kobiet jest rak tchawicy, oskrzela i płuca, większym niż dla ogółu mieszkańców UE, ale współczynniki umieralności z jego powodu osób w wieku 25-64 lata maleją i nadwyżka umieralności w Polsce w stosunku do krajów UE28 zmniejsza się. Najwyższy poziom umieralności z powodu tego nowotworu w całym okresie lat 2000 występuje właśnie w woj. warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim. **Poziom umieralności kobiet z powodu raka piersi w trzynastu województwach w latach 2015/2016 był wyższy niż pięć lat wcześniej,** a obniżył się tylko w trzech. Do województw o najwyższym poziomie umieralności kobiet ogółem z powodu tego nowotworu zaliczają się woj. wielkopolskie i śląskie. Generalnie sytuacja w Polsce pod względem umieralności z powodu nowotworów złośliwych jest niekorzystna w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE, ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia.

12. **Zewnętrzne przyczyny zgonów** od roku 2015 są dopiero piątą co do znaczenia grupą przyczyn umieralności ogółu ludności Polski (4,9% ogółu zgonów w 2016 r.). Stanowią one jednak czwartą przyczynę zgonów mężczyzn i są największym zagrożeniem życia osób w wieku 5-44 lata, w przypadku których w 2016 r. były odpowiedzialne za 34% zgonów. Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach. Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych ma długotrwały trend spadkowy, który dla mężczyzn wyraźnie przyspieszył w ostatnich latach, ale poziom umieralności jest wciąż znacznie wyższy od przeciętnego w UE. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają samobójstwa, upadki i dopiero na trzecim miejscu wypadki komunikacyjne. Obserwuje się wyraźny wzrost współczynników umieralności mężczyzn z powodu przyczyn zewnętrznych, w tym samobójstw oraz wypadków komunikacyjnych, wraz ze zwiększaniem się poziomemu deprywacji w powiatach zamieszkania. Wskazuje to na pilną potrzebę wzmocnienia działań prewencyjnych w odniesieniu do obu tych istotnych problemów zdrowia publicznego w powiatach zagrożonych deprywacją.
13. W przypadku kobiet zdecydowanie dominującą przyczyną **utraconych przedwcześnie lat życia (PYLL)** są nowotwory złośliwe, które odpowiadają aż za 40% PYLL, natomiast choroby układu krążenia mają znaczenie o połowę mniejsze. Wśród nowotworów do przedwczesnej umieralności kobiet w największym stopniu przyczyniają się rak tchawicy, oskrzela i płuca oraz rak sutka. W przypadku mężczyzn za największe obciążenie przedwczesną utratą życia odpowiadają choroby układu krążenia (24,1%), nowotwory złośliwe (22,5%) oraz przyczyny zewnętrzne (18,3%). Wśród ChUK dominującą przyczynę przedwczesnych zgonów mężczyzn stanowią choroby serca, które odpowiadają za ponad czterokrotnie więcej utraconych potencjalnych lat życia niż choroby naczyń mózgowych.
14. W latach 2000-2016 w największym stopniu zmniejszyło się obciążenie przedwczesną umieralnością spowodowaną przyczynami zewnętrznymi. Ta korzystna długookresowa tendencja była spowodowana przede wszystkim zmniejszeniem się zagrożenia życia spowodowanym wypadkami komunikacyjnymi, a w ostatnich dwóch latach również samobójstwami oraz upadkami. W latach 2000-2016 wyraźnie zmniejszyło się obciążenie przedwczesnymi zgonami z powodu ChUK zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Znacznie mniejsza jest poprawa w przypadku nowotworów złośliwych. Trzeba podkreślić zatrzymanie się w 2016 r. tendencji wzrostowej współczynnika PYLL dla raka płuca kobiet. Za **bardzo niepokojący** należy uznać duży wzrost w 2016 r. utraconych potencjalnych lat życia zarówno mężczyzn jak i kobiet z powodu

zgonów związanych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi użyciem alkoholu (w stosunku do 2014 r. odpowiednio o 94,4% i 70,7%).

15. Międzywojewódzkie zróżnicowanie poziomu umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć oraz tych, którym można skutecznie zapobiegać wskazuje na istniejące potencjalne duże możliwości poprawy zdrowia Polaków poprzez działania z zakresu zdrowia publicznego jak i medycyny klinicznej. Za pozytywny należy uznać fakt braku związku poziomu umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć z poziomem deprywacji w powiatach co wskazuje, że fakt gorszych możliwości zaspokojenia potrzeb społeczno-ekonomicznych przez mieszkańców powiatu nie rzutuje w sposób systemowy na ich możliwość korzystania ze skutecznej opieki medycznej.

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. Oczywiste 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.

W 2016 r. informacja o hospitalizacji ludności w Polsce obejmowała wraz z porodami 8116709 przypadków. Brak było danych z 4,2% szpitali, które powinny je nadsyłać zgodnie 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 OECD Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development), oraz EUROSTATU do których 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 2016 roku. Ogółem – jak zaznaczono powyżej – hospitalizowano w Polsce 8116709 osoby (niektóre wielokrotnie), tak, więc współczynnik hospitalizacji wynosi 21122,5 osób na 100 tys. ludności. Wśród ogółu tych osób w szpitalach przebywało 3627388 mężczyzn i 4489321 kobiet.

Tabela 3.1. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji wg. płci i przyczyn w Polsce w 2016 r., (na 100 tys. ludności, dane NIZP-PZH)

Table 3.1. Crude and standardized hospitalization rates in Poland in 2016 by sex and causes (per 100 thousand. population, data NIHP-NIH)

Rozpoznania/Diagnosis	Rzeczywiste/Crude			Standaryzowane/Standarized		
	Ogółem/ Total	Mężczyźni/ Male	Kobiety/ Female	Ogółem/ Total	Mężczyźni/ Male	Kobiety/ Female
Wszystkie rozpoznania / All diagnosis A00-Z99	21122,5	19510,9	22633,1	19548,0	19105,3	20312,5
Choroby zakaźne A00-B99	486,6	520,0	455,2	581,1	616,1	548,7
Nowotwory C00-D48	1962,2	1811,8	2103,2	1618,0	1583,0	1728,1
Nowotwory złośliweC00-C97	1129,3	1114,8	1142,9	904,2	965,4	889,3
Zaburzenia wydziel. wewn. E00-E90	657,2	526,7	779,4	632,3	535,2	728,1
Cukrzyca E10-E14	196,6	209,6	184,5	165,6	192,8	140,3
Choroby układu nerwowego G00-H95	1864,6	1636,8	2078,2	1615,6	1557,1	1671,3
Choroby układu krążenia I00-I99	2965,2	3182,3	2761,6	2189,7	2743,0	1756,7
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	205,6	172,1	236,9	167,5	157,7	170,2
Choroba niedokrwienna serca I20-I25	714,0	891,6	547,5	532,4	757,5	352,5
Zawał serca I21-I22	186,4	242,0	134,3	137,1	206,8	81,1
Zespół sercowo płucny I26-I51	1161,7	1223,9	1103,4	829,4	1057,8	654,6
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	362,7	363,0	362,5	256,5	308,9	215,2
Miażdżyca I70	191,6	221,5	163,5	130,7	185,8	88,1
Choroby układu oddechowego J00-J99	1458,3	1687,9	1243,1	1576,0	1859,1	1331,7
Zapalenie płuc J12-J18	315,2	366,6	267,0	359,6	429,9	302,4
Przewl. ch. dolnych dróg oddech. J40-J47	266,8	288,0	247,0	232,8	274,1	203,9
Choroby układu trawiennego K00-K93	1654,5	1727,2	1586,4	1505,6	1645,9	1389,4
Choroby wątroby K70-K77	139,5	171,8	109,3	121,7	154,9	91,2
Chor. układu mocz.-płciowego N00-N99	1669,9	1106,0	2198,6	1532,3	1061,9	2024,5
Niewydolność nerek N17-N19	191,6	210,1	174,3	144,0	186,9	112,3
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1191,1	0,0	2307,6	1125,5	0,0	2287,8
Objawy niedokładnie rozpoznane R00-R99	1075,0	994,9	1150,0	1055,4	1008,4	1121,0
Urazy i zatrucia S00-T14	1946,8	2349,9	1569,0	1984,6	2414,8	1534,3
Urazy S00-T14	1558,0	1886,4	1250,2	1583,2	1941,4	1206,4
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	33,0	43,1	23,5	39,3	49,0	29,6
Zatrucia T36-T65	105,9	127,8	85,4	114,9	132,7	97,8

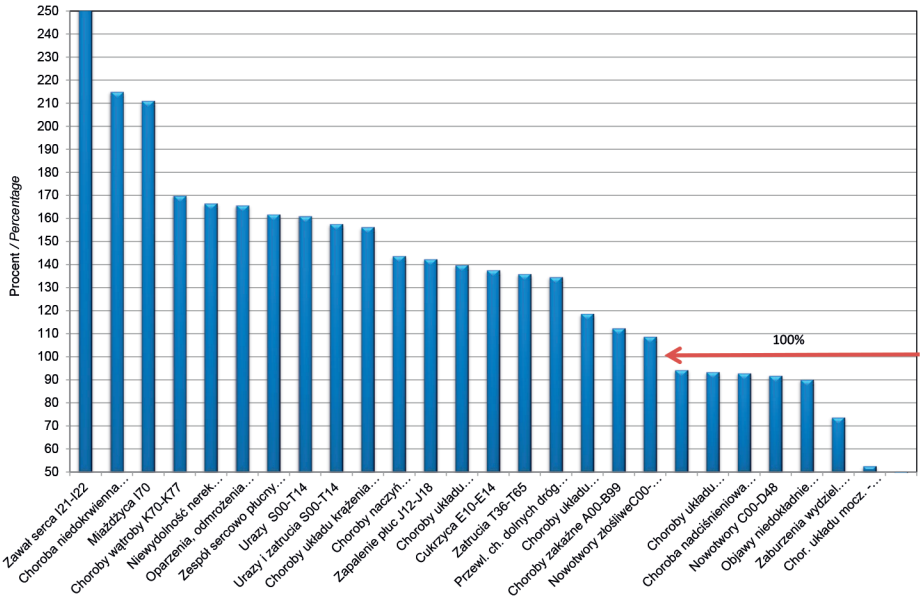
Dane: Zakład Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)

Najczęściej pacjenci szpitali byli leczeni z powodu chorób układu krążenia (13,5% hospitalizowanych), nowotworów ogółem oraz urazów i zatruć (po 8,9%), chorób układu moczowo-płciowego, trawiennego i oddechowego (odpowiednio 7,6%, 7,5%, 6,6% hospitalizowanych). Choroby układu mięśniowo kostnego, przyczyny niedokładnie rozpoznane i choroby układu nerwowego to kolejne trzy grupy przyczyn pobytu w szpitalu o częstości 5,6%, 4,9%, 3,8 % hospitalizowanych. Duża grupa pacjentów (9,9%) przebywała w szpitalu w związku z tzw. „czynnikami wpływającymi na stan zdrowia i kontaktem ze służbą zdrowia" (Z00-Z00). Należą do nich badania i obserwacje medyczne, ale niemal połowa z tej grupy to noworodki (kod ICD-10 - Z38). Należy podkreślić, że struktura przyczyn hospitalizacji uległa bardzo niedużym zmianom w porównani z danymi prezentowanymi w poprzednim raporcie (dane z roku 2016), chociaż obserwuje się niewielki spadek udziału chorób układu krążenia i nowotworów.

Porównanie standaryzowanych współczynników hospitalizacji mężczyzn i kobiet (tabela 3.1, ryc. 3.1) wskazuje, że ogółem kobiety hospitalizowane były o 6,0% częściej niż mężczyźni[1][2], ale wynika to przede wszystkim z hospitalizacji z powodu ciąży, porodu i połogu. Porównanie bezwzględnej liczby przebywających w szpitalach mężczyzn i kobiet wskazuje, że w szpitalach ogólnych w całym kraju przebywało 5% więcej kobiet niż mężczyzn. Z ryciny 3.1 widać, że z powodu poszczególnych przyczyn mężczyźni byli bardziej narażeni na leczenie w szpitalu niż kobiety[3]. Największa różnica, ponad dwukrotna dotyczy zawału serca, choroby niedokrwiennej serca i miażdżycy. Ponad półtorakrotna różnica dotyczy chorób wątroby, niewydolności nerek a także oparzeń i odmrożeń, urazów oraz całej grupy chorób układu krążenia. Rzadziej niż kobiety mężczyźni są hospitalizowani z powodu chorób układu moczowo-płciowego (kobiety 48% częściej) a także zaburzeń endokrynologicznych (kobiety o 26% częściej). Nieco częściej niż mężczyźni kobiety przebywają w szpitalu z powodu leczenia nowotworów, chorób układu nerwowego i choroby nadciśnieniowej (ok. 8%).

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 10 % częściej hospitalizowani niż mieszkańcy wsi. Podobnie mieszkanki miast były leczone w szpitalu o 9% częściej niż mieszkanki wsi. Może to być spowodowane z jednej strony – mniejszą dostępnością do leczenia szpitalnego dla mieszkańców wsi, a z drugiej – odmienną sytuacją epidemiologiczną.

[1] Współczynniki standaryzowane
[2] Wg współczynników rzeczywistych
[3] Przy porównywalnej strukturze wieku (współczynniki standaryzowane)



Ryc. 3.1. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji mężczyzn w porównaniu do kobiet w 2016 r, kobiety = 100 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.1. Standardized hospitalization rates for male-female ratio, female = 100, Poland 2016 (data NIPH-NIH)

Trzeba równocześnie podkreślić, że różnica (miasto-wieś) obserwowana w 2010 i 2014 roku była mniejsza niż obecnie, może to świadczyć o pogorszeniu 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 rozpoznań. Ogółem jak zaznaczono powyżej współczynniki hospitalizacji zarówno mężczyzn jak i kobiet z miast były wyższe (o 10%). Szczególnie duża różnica dotyczy zatruć preparatami farmakologicznymi i innymi substancjami, w tym alkoholem, zwłaszcza kobiet (odpowiednio 57% i 68% u mężczyzn i kobiet). Znaczna różnica w częstości hospitalizacji mieszkańców miast i wsi występuje również w przypadku chorób układu nerwowego (28% i 22%) a także chorób wątroby(o przeszło 19% u mężczyzn i 36% u kobiet).

Chorobami częściej hospitalizowanymi u mieszkańców wsi niż miast i to zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet były choroby naczyń mózgowych i zespół sercowo płucny. Mężczyźni ze wsi hospitalizowani byli częściej niż mieszkańcy miast z powodu miażdżycy, zapalenia płuc, oparzeń i odmrożeń a szczególnie częściej (o 15%) z powodu chorób dolnych dróg oddechowych. Kobiety ze wsi były hospitalizowane częściej niż kobiety z miast z powodu: choroby nadciśnieniowej, cukrzycy, ogółu chorób układu krążenia i pobytu w szpitalu w związku z ciążą i porodem.

Tabela 3.2. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji w Polsce wg płci i przyczyn w 2016 r. – miasto (na 100 tys. ludności, dane NIZP-PZH)

Table 3.2. Crude and standardized hospitalization rates in Poland in 2016 by sex and causes – urban population (per100 thousand. population, data NIHP-NIH)

Rozpoznania/Diagnosis	Rzeczywiste/Crude			Standaryzowane/Standarized		
	Ogółem/ Total	Mężczyźni/ Male	Kobiety/ Female	Ogółem/ Total	Mężczyźni/ Male	Kobiety/ Female
Wszystkie rozpoznania / All diagnosis A00-Z99	22333,6	20707,3	23799,7	20285,6	19850,5	21015,8
Choroby zakaźne A00-B99	496,3	539,4	457,4	596	635,5	560,1
Nowotwory C00-D48	2198,2	2016,7	2361,9	1726,5	1672,4	1850,2
Nowotwory złośliweC00-C97	1278,5	1243,2	1310,3	966,7	1017,4	962,1
Zaburzenia wydziel, wewn, E00-E90	701,7	569,9	820,5	679,5	579,9	776,3
Cukrzyca E10-E14	201,4	221,6	183,2	166,3	199,2	138
Choroby układu nerwowego G00-H95	2094,1	1845,8	2318	1752	1705,3	1794,9
Choroby układu krążenia I00-I99	3096,3	3380	2840,6	2170,2	2761,3	1727,8
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	211,7	179,2	241	165,7	160,5	164,2
Choroba niedokrwienna serca I20-I25	770,4	976,7	584,5	537	782,5	351,4
Zawał serca I21-I22	200	263,7	142,6	139	213,8	81,7
Zespół sercowo płucny I26-I51	1182,3	1273,4	1100,1	804,6	1041,9	630,8
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	376,5	379,7	373,7	251,9	304,1	213
Miażdżyca I70	204,3	234,5	177,1	131,5	184,3	92,1
Choroby układu oddechowego J00-J99	1484,6	1715,4	1276,5	1614,3	1883,9	1379,8
Zapalenie płuc J12-J18	312	364,9	264,4	358,3	424,8	304
Przewl. ch. dolnych dróg oddech, J40-J47	267,3	276,6	258,9	230,7	259,3	209,9
Choroby układu trawiennego K00-K93	1734,6	1824	1653,9	1545,7	1701,6	1421,5
Choroby wątroby K70-K77	155,1	188,3	125,1	130,9	165,7	100,7
Chor. układu mocz.-płciowego N00-N99	1748,7	1184,5	2257,3	1575,3	1111,4	2039,9
Niewydolność nerek N17-N19	200,5	224	179,2	145,2	191,2	111,6
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1168,2	0	2221,4	1113,7	0	2238,1
Objawy niedokładnie rozpoznane R00-R99	1120,9	1047,7	1186,9	1105,1	1057	1170,7
Urazy i zatrucia S00-T14	1979,6	2351,1	1644,7	2065,3	2470,8	1649,3
Urazy S00-T14	1572,7	1873	1302	1639,3	1976,4	1291,3
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	31,6	41	23,1	38,7	47,6	30,2
Zatrucia T36-T65	122,5	149,2	98,5	137,1	157,5	118,4

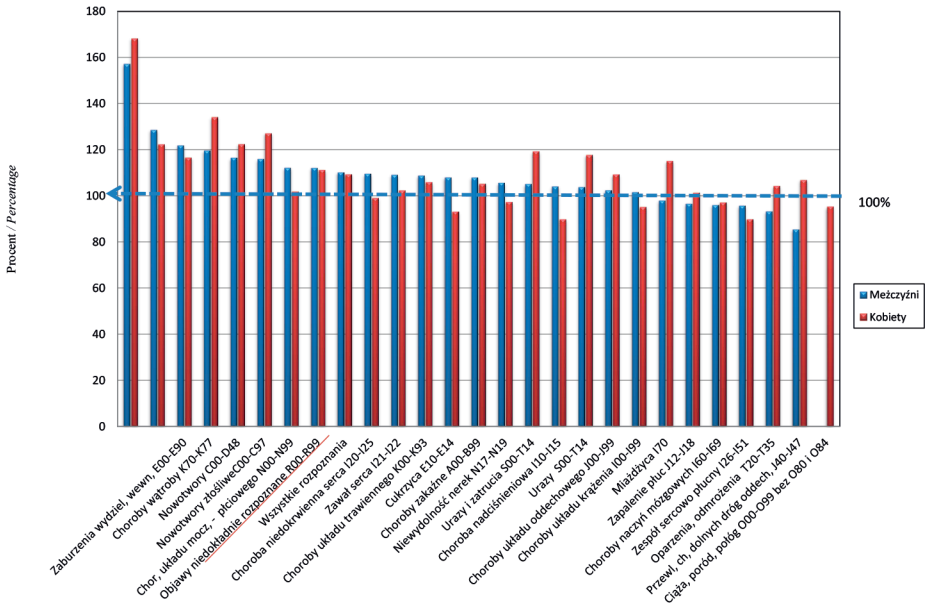
Dane: Zakład Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)

Tabela 3.3. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji w Polsce wg płci i przyczyn w 2016 r. – wieś (na 100 tys. ludności, dane NIZP-PZH)

Table 3.3. Crude and standardized hospitalization rates in Poland in 2016 by sex and causes – rural population (per100 thousand. population, data NIHP-NIH)

Rozpoznania/Diagnosis	Rzeczywiste/Crude			Standaryzowane/Standarized		
	Ogółem/ Total	Mężczyźni/ Male	Kobiety/ Female	Ogółem/ Total	Mężczyźni/ Male	Kobiety/ Female
Wszystkie rozpoznania / All diagnosis A00-Z99	19287,4	17786,8	20779,2	18470,1	18042,4	19244,5
Choroby zakaźne A00-B99	471,9	492,1	451,8	560,2	589,3	532,6
Nowotwory C00-D48	1604,6	1516,6	1692,1	1436,4	1437,1	1512,5
Nowotwory złośliweC00-C97	903,3	929,7	877,1	796,9	878,1	757,7
Zaburzenia wydziel, wewn, E00-E90	589,7	464,6	714,2	570,4	476,1	666
Cukrzyca E10-E14	189,4	192,4	186,5	167,3	184,6	148,4
Choroby układu nerwowego G00-H95	1516,9	1335,6	1697,1	1398	1327	1469
Choroby układu krążenia I00-I99	2766,5	2897,5	2636,2	2231	2719,4	1817,7
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	196,2	161,8	230,5	172	154,3	183,1
Choroba niedokrwienna serca I20-I25	628,4	769	488,7	524,1	715	355
Zawał serca I21-I22	165,8	210,6	121,2	134,2	196	79,9
Zespół sercowo płucny I26-I51	1130,6	1152,6	1108,8	877,9	1088,8	703,5
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	341,8	338,9	344,7	264,9	317,1	219,6
Miażdżyca I70	172,2	202,8	141,8	128,9	188,3	80,1
Choroby układu oddechowego J00-J99	1418,6	1648,3	1190,2	1530,9	1840,6	1264,7
Zapalenie płuc J12-J18	320	369,1	271,2	363,3	440,3	300,3
Przewl. ch. dolnych dróg oddech, J40-J47	266,1	304,3	228	240,7	303,9	196,6
Choroby układu trawiennego K00-K93	1533,1	1587,6	1479	1447,7	1565,3	1343,9
Choroby wątroby K70-K77	116	147,9	84,3	106,9	138,5	75,1
Chor. układu mocz.-płciowego N00-N99	1550,7	992,8	2105,2	1469,4	991,3	2003,7
Niewydolność nerek N17-N19	178,3	190,1	166,5	143,5	181,3	114,9
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1225,8	0	2444,5	1136,6	0	2350,8
Objawy niedokładnie rozpoznane R00-R99	1005,4	918,9	1091,4	988,9	943,9	1053,8
Urazy i zatrucia S00-T14	1897,1	2348,1	1448,8	1888,4	2352,9	1384
Urazy S00-T14	1535,7	1905,6	1167,9	1519,2	1906,5	1097,5
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	35,2	46,3	24,2	40,2	51,1	29
Zatrucia T36-T65	80,8	97	64,7	85,5	100,2	70,4

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



Ryc. 3.2. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji mężczyzn i kobiet z miast w porównaniu do współczynnika dla mieszkańców wsi. Polska 2016 r, wieś =100 (dane NIZP-PZH)

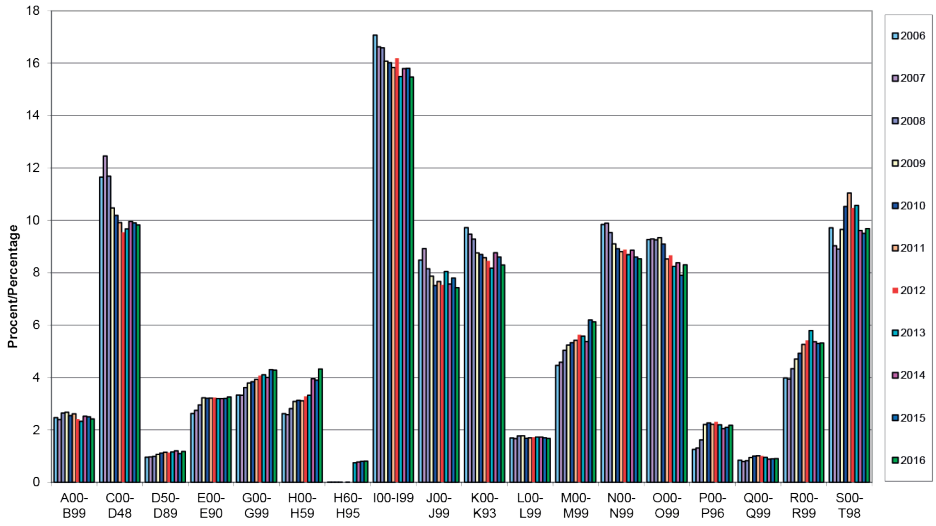
Fig. 3.2. Standardized hospitalization rates for urban men and women compared to the rates in the rural areas. Poland 2016, rural areas =100 (data NIPH-NIH)

Mieszkańcy wsi, zarówno mężczyźni jak i kobiety częściej byli hospitalizowani z powodu oparzeń i odmrożeń, zapaleń płuc i chorób naczyń mózgowych. Ponadto mieszkanki wsi częściej przebywały w szpitalu w związku z porodem.

Podsumowując trzeba stwierdzić, że największe różnice w hospitalizacji mieszkańców miast i wsi obserwuje się w zakresie zatruć (T35-T65) znacznie więcej mężczyzn i kobiet z miasta przebywa w szpitalu z tej przyczyny. Różnie w przeciwnym kierunku są znacznie mniejsze i można tu wymienić m.in. częstsze leczenie w szpitalach mieszkańców wsi z powodu chorób naczyń mózgowych i zespołu sercowo płucnego.

3.2. Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w czasie

Zmiany struktury procentowej przyczyn hospitalizacji w czasie przedstawiono na rycinie 3.3. Jak widać z ryciny wśród wszystkich przyczyn hospitalizacji biorąc pod uwagę udział w puli wszystkich pobytów w szpitalach dominowały choroby układu krążenia I00-I99), nowotwory (C00-D48), urazy i zatrucia (S00-T98), choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99) i pobyty związane z ciążą i porodem O00-O99.



Ryc. 3.3. Struktura procentowa przyczyn hospitalizacji w Polsce w latach 2006-2016 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.3. Structure of causes of hospitalization in Poland in the years 2006-2016 in percentages (data NIPH – NIH)

Obserwując zmiany procentowego udziału poszczególnych przyczyn w czasie można stwierdzić, że w latach 2006-2016 malał stale udział chorób układu krążenia, chorób układu moczowo-płciowego, trawiennego i przyczyn związanych z porodem. W ostatnich latach po początkowym okresie spadkowym wzrasta udział nowotworów wśród przyczyn hospitalizacji. Niewątpliwy wzrost udziału dotyczy też chorób układu kostno-mięśniowego,

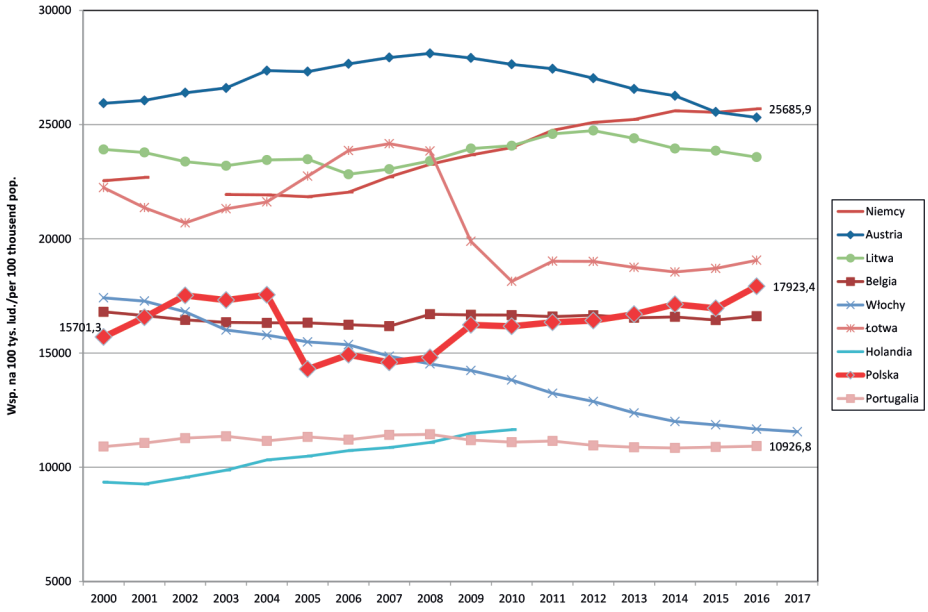
Chorób układu nerwowego i chorób oka i przydatków oka. Niestety wzrasta też udział przyczyn niedokładnie rozpoznanych wśród przyczyn pobytu w szpitalu. Sytuacja zmienna obserwowana jest w zakresie urazów i zatruć natomiast sytuacja stabilna ma miejsce w zakresie udziału chorób zakaźnych, chorób skóry i wad rozwojowych. Przedstawione tu tendencje zmian w czasie struktury przyczyn hospitalizacji mogą wskazywać kierunki zmian potrzeb zdrowotnych w obszarze hospitalizacji i zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

3.3. Porównania międzynarodowe hospitalizacji

Częstość hospitalizacji mieszkańców Polski ogółem latach 2000-2004 (ryc. 3.4) uległa niewielkiemu wzrostowi o 10% po czym w 2005 roku zmalała o 20% do roku poprzedniego. Od tego czasu następuje stały choć powolny wzrost hospitalizacji,

aż do roku 2016. W całym analizowanym okresie (2000-2016) częstość leczenia szpitalnego wzrosła o 14%[4].

Dane z ostatnich lat wskazują, że jesteśmy obecnie (2016 r. ostatnie dostępne dane) na poziomie średniej unijnej w zakresie częstości hospitalizacji. Jak widać z rycinę 3.4 rozpiętość częstości hospitalizacji w krajach UE jest ponad dwukrotna: najczęściej hospitalizowani są mieszkańcy Austrii (2569 na 10 000 ludności), a najrzadziej mieszkańcy Portugalii (1923 na 10 000 mieszkańców). Spośród krajów wybranych do porównań Łotwa i Belgia hospitalizują (w 2016 r.) swoich obywateli podobnie często jak Polska natomiast Włochy i Portugalia wyraźnie rzadziej. Częściej hospitalizują swoich obywateli Niemcy i Litwa. Tak duże różnice w częstości leczenia szpitalnego 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.

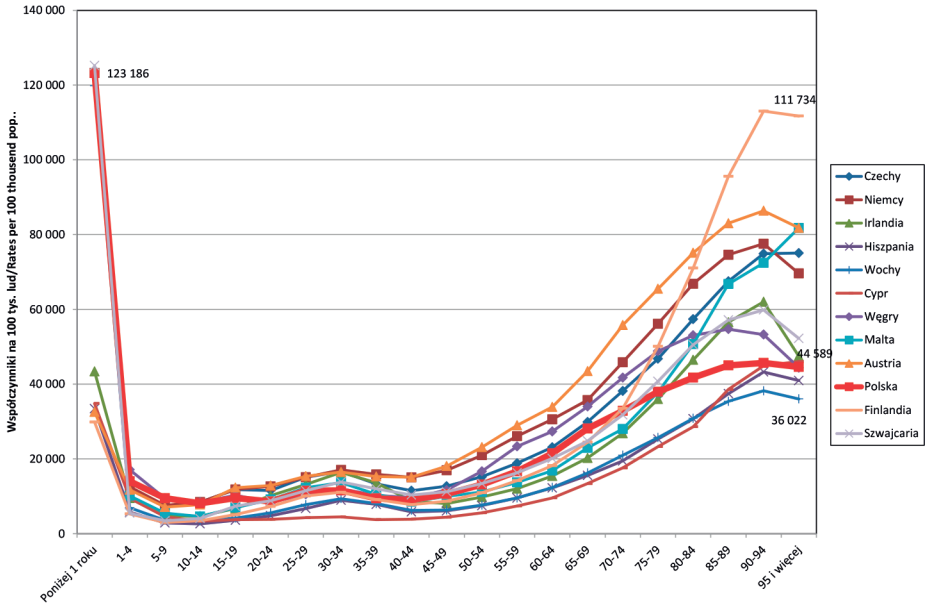


Ryc. 3.4. Współczynniki hospitalizacji ludności dla ogółu przyczyn dla Polski i wybranych krajów UE w latach 2000 – 2016, współczynniki na 100 tys. ludności, (dane OECD)

Fig. 3.4. Hospitalization rates for Poland and other EU countries in 2000-2016 (data of OECD)

[4] Uwaga: dane OECD dla Polski różnią się nieco od danych NIZP-PZH gdyż OECD wylicza współczynniki stosując własną metodykę grupowania szpitali i ludności jako mianownika współczynników.

Ciekawym jest porównanie struktur wieku hospitalizowanych w różnych krajach co przedstawiono na rycinie 3.5. Ogółem, jak stwierdzono już wcześniej w oparciu o dane polskie najczęściej leczeni są w szpitalach najmłodsi i najstarsi a więc niemowlęta i dzieci do 4 roku życia oraz osoby po 75 roku życia. Porównując Polskę z innymi krajami UE można powiedzieć, że częstości hospitalizacji są zbliżone. Niemniej w Polsce obserwuje się pewien „nadmiar" hospitalizacji w grupie najmłodszych i rzadszą niż w wielu innych krajach hospitalizację osób najstarszych. Zwraca uwagę wysoka częstość hospitalizacji najstarszych, po 80 roku życia, mężczyzn w Finlandii (3 krotnie częściej niż w Polsce), Austrii na Malcie i w Niemczech oraz kontrastowo niska częstość hospitalizacji we Włoszech i Hiszpanii (o 23% rzadziej niż w Polsce).



Ryc. 3.5. Hospitalizacja ogółem w Polsce i innych krajach UE wg wieku, 2016 r. (współczynniki na 100 tys ludności, dane Eurostat)

Fig. 3.5. Hospitalization rates in Poland and other EU countries by age, 2016, rates per 100 thousend population (data of Eurostat)

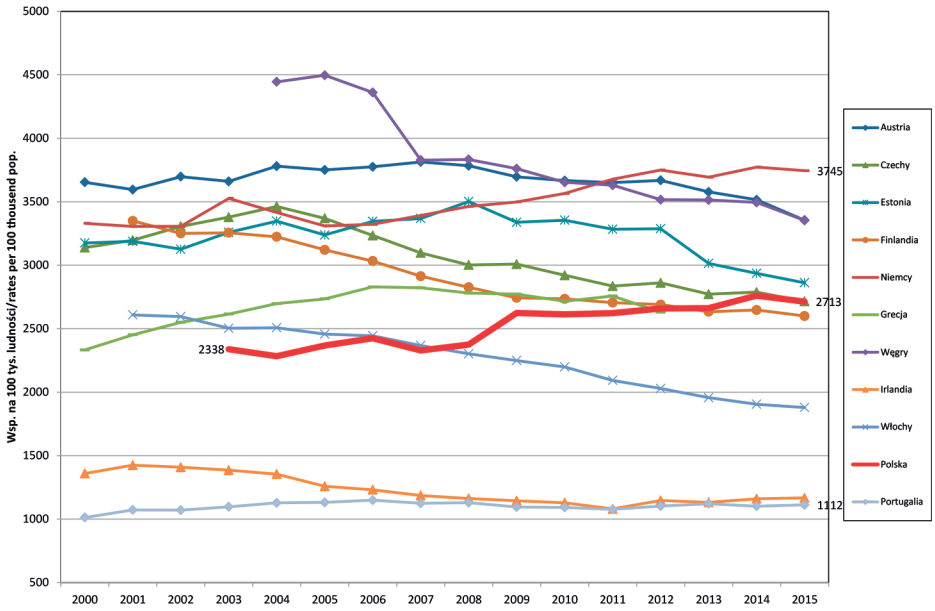
3.4. Hospitalizacja według wybranych przyczyn w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej

W celu porównania hospitalizacji w Polsce z hospitalizacją w innych krajach UE przedstawiono współczynniki hospitalizacji ogółem wg wieku oraz trendów

wybranych przyczyn w latach 2000-2016. Dane do tych analiz pochodzą z baz Eurostatu i OECD, do których informacje z Polski dotyczące leczenia szpitalnego dostarczane są przez NIZP-PZH

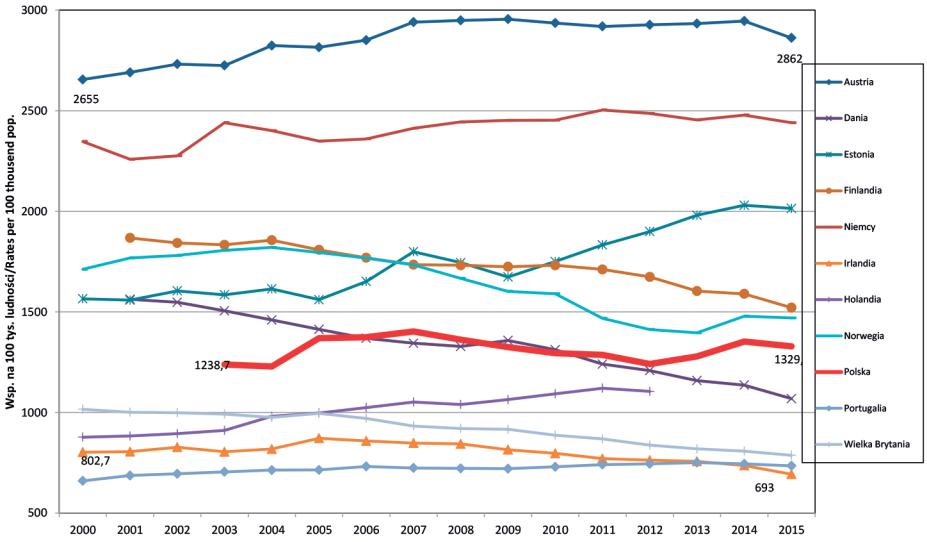
Trendy hospitalizacji chorób układu krążenia (ryc. 3.6) w porównywanych krajach miały różny przebieg. W Polsce od roku 2003 do 2015 nastąpił wzrost współczynników hospitalizacji z 2338 na 2713 a więc o 16%. Natomiast w Niemczech gdzie w 2015 hospitalizowano najwięcej z powodu chorób układu krążenia w krajach UE (wsp.3745) wzrost w tym czasie wynosił 12%. Są kraje gdzie hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia znacznie się zmniejsza do nich należą Włochy (spadek w tym samym czasie o 38%), czy Finlandia (spadek o 28%).

Trendy hospitalizacji z powodu nowotworów ogółem przebiegają bardzo różnie w poszczególnych krajach. Stabilny i stale rosnący, za wyjątkiem ostatniego roku trend hospitalizacji widoczny jest dla Austrii, jest to kraj gdzie stale najwięcej hospitalizuje się ludność z powodu nowotworów w całej Unii. Polskie dane wskazują na powolny spadek częstości hospitalizacji z omawianej przyczyny do roku 2012, (po wzroście w latach 2003-2005), a w ostatnich latach znów obserwuje się powolny wzrost. Jak widać z ryciny Polska znajduje się w grupie krajów rzadziej hospitalizujących ludność z powodu nowotworów.



Ryc. 3.6. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem w Polsce i w i innych krajach UE, mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.6. Time trends of hospitalization rates due to cardiovascular diseases in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)



Ryc. 3.7. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu nowotworów ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD data)

Fig. 3.7. Time trends of hospitalization rates due to malignant neoplasms in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

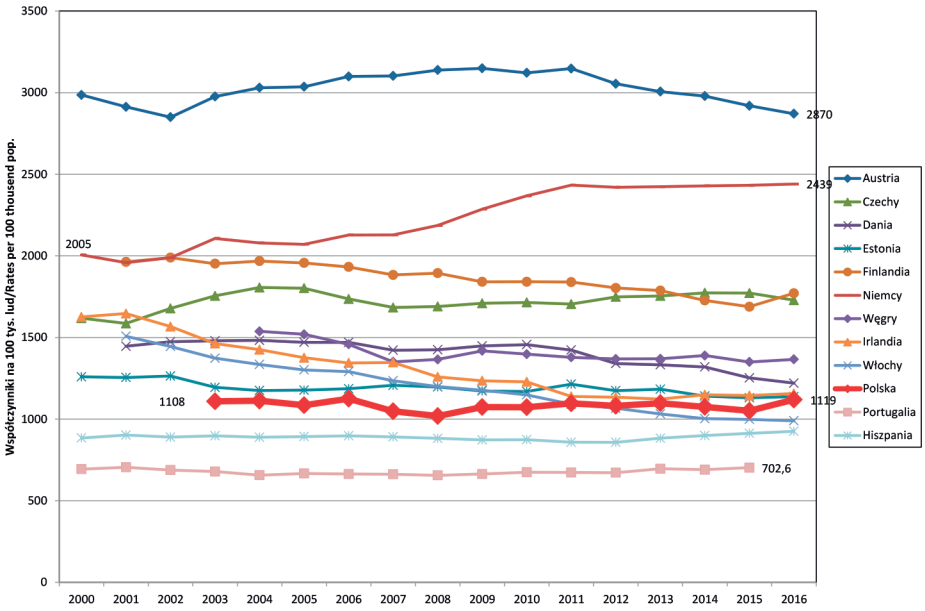
Najrzadziej z powodu nowotworów hospitalizowani są mieszkańcy Irlandii, co w porównaniu z Austrią gdzie hospitalizuje się nowotwory najczęściej daje różnicę czterokrotną dla roku 2015.

Urazy i zatrucia stanowią jedną z ważniejszych przyczyn hospitalizacji, zwłaszcza hospitalizacji mężczyzn, gdyż są równocześnie jedną z trzech głównych przyczyn zgonów (ryc. 3.8). Należy zwrócić uwagę, że współczynniki hospitalizacji z powodu tej grupy przyczyn są w Polsce stosunkowo niskie. Jak widać z ryciny zmiany w czasie hospitalizacji z powodu urazów w Polsce były minimalne. Częstość hospitalizacji z powodu urazów w Polsce w ostatnich była na prawie najniższym poziomie wśród porównywanych krajów i zbliżonym do Irlandii i Włoch. Najrzadziej jednak hospitalizowani są z powodu wypadków mieszkańcy Portugalii a najczęściej i to od wielu lat Austriacy. Rozpiętość wartości współczynników między tymi krajami jest czterokrotna w ostatnim analizowanym roku.

Poniżej przedstawiono kilka szczegółowych rozpoznań, dla których w zakresie chorobowości szpitalnej obserwuje się interesujące różnice między analizowanymi krajami.

W latach 2006-2010 obserwowany był stały wzrost częstości hospitalizacji z powodu zawału serca w Polsce a w ostatnich latach obserwuje się systematyczne zmniejszenie częstości hospitalizacji z tej przyczyny. Ogółem wzrost częstości hospitalizacji w latach 2000-2016 wynosił 27% (ryc. 3.9). Dwa razy częściej nią w Polsce

hospitalizuje się w Norwegii z powodu zawału serca a dwa raz rzadziej w Luksemburgu. Generalnie można powiedzieć, że trend częstości hospitalizacji z powodu zawałów serca w większości krajów jest stabilny z lekką tendencją malejącą.

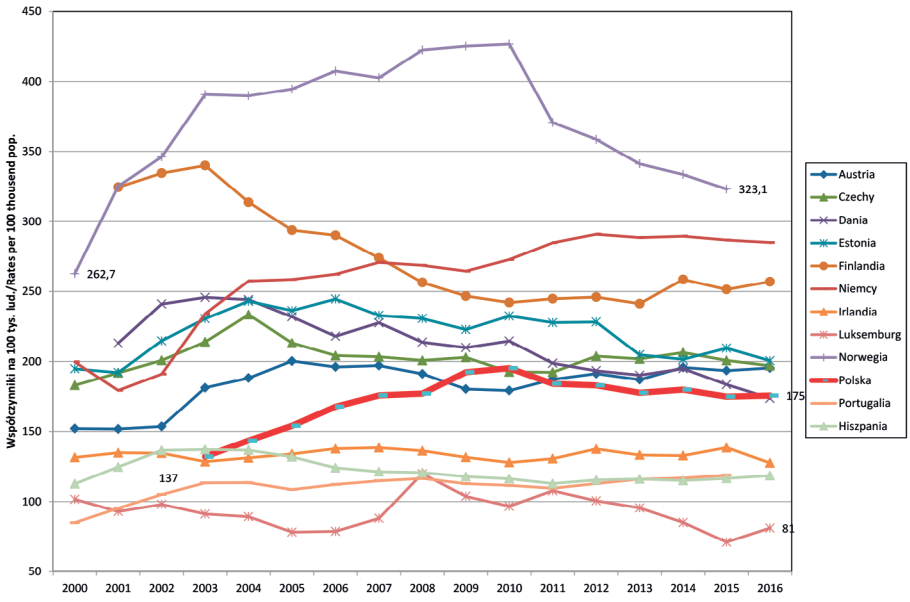


Ryc. 3.8. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu urazów i zatruć ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.8. Time trends of hospitalization rates due to injuries and poisoning in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

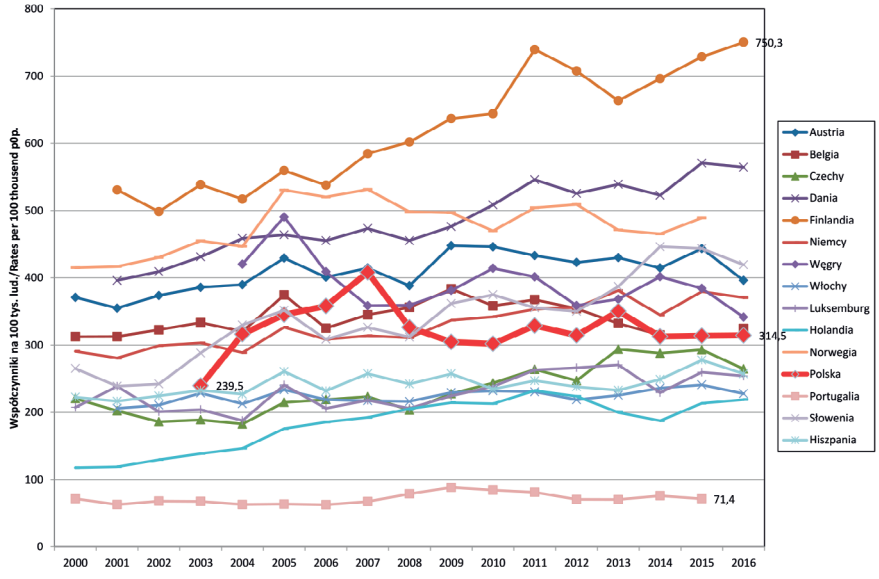
Trendy współczynników hospitalizacji z powodu zapalenia płuc (ryc. 3.10) dla wszystkich grup wieku i płci razem w Polsce są poniżej przeciętnej dla pozostałych krajów. Od roku 2000 do 2007 następował znaczny wzrost po czym od roku 2008 do 2015 trend ustabilizował się w ostatnich latach współczynniki hospitalizacji utrzymują się na poziomie 3 hospitalizacji na 1000 ludności. W Finlandii leczenie szpitalne zapalenia płuc stale rośnie i w roku 2016 było tam dwa razy więcej hospitalizacji niż w Polsce. Z drugiej strony w Portugalii gdzie od lat sytuacja w zakresie hospitalizacji zapaleń płuc jest ustabilizowana obserwuje się 4 razy mniej hospitalizacji niż w Polsce

Na zakończenie przedstawiono współczynniki hospitalizacji z powodu choroby alkoholowej wątroby w Polsce i innych krajach Europy (ryc. 3.11). Najniższą częstość hospitalizacji przyczyny choroby alkoholowej wątroby notuje się od wielu lat w Holandii.



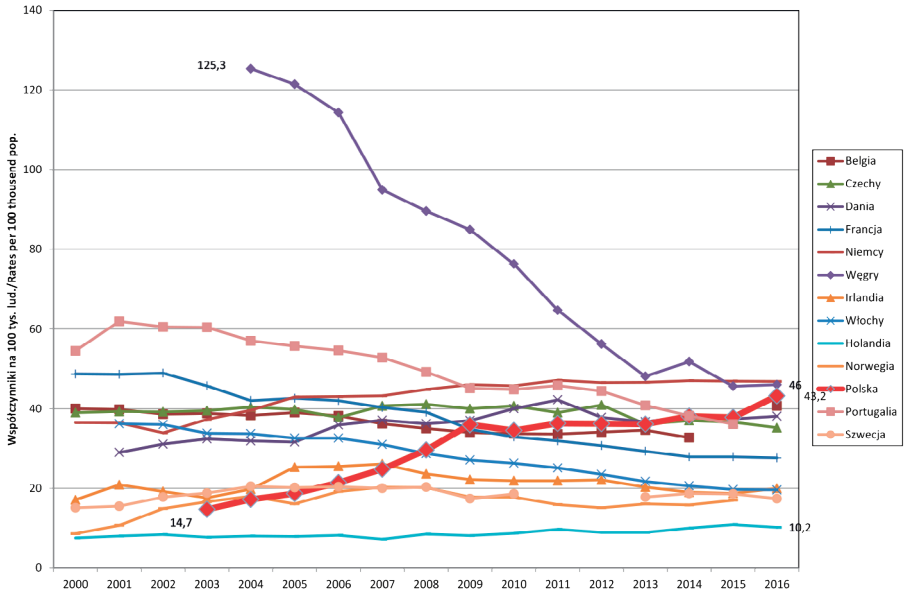
Ryc. 3.9. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu zawałów serca ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.9. Time trends of hospitalization rates due to myocardial infarction in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)



Ryc. 3.10. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu zapalenia płuc ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.10. Time trends of hospitalization rates due to pneumonia in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)



Ryc. 3.11. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu alkoholowej choroby wątroby ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.11. Time trends of hospitalization rates due to alcoholic liver disease in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

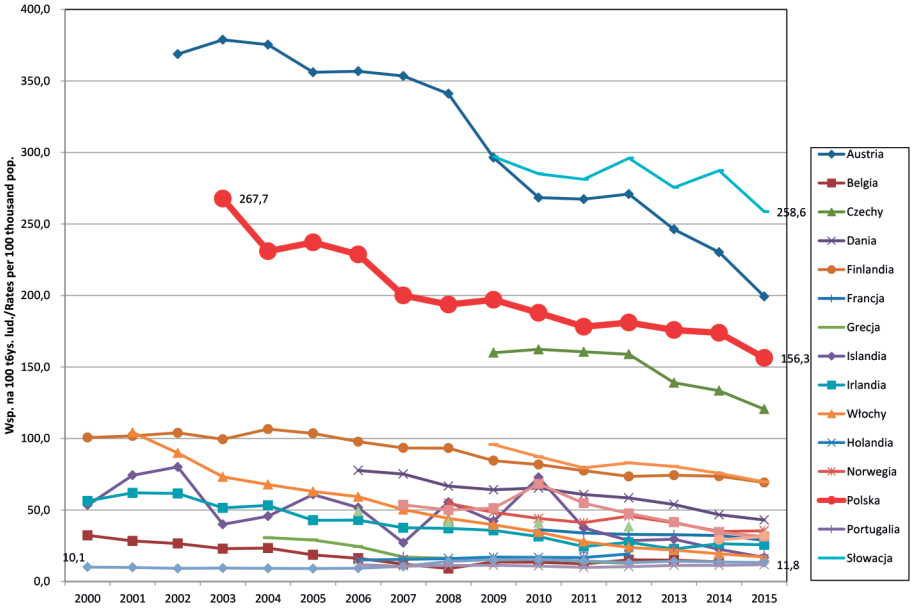
Najczęściej przebywali z powodu tej przyczyny w szpitalu Węgrzy ale od roku 2003 nastąpiła tu trzykrotna poprawa sytuacji i obecnie hospitalizacja jest na poziomie Polski i Niemiec które najczęściej leczą w szpitalu osoby z chorobą alkoholową wątroby.

3.5. Hospitalizacja w Polsce z powodu przyczyn uznanych przez OECD jako wskaźnikowe dla oceny jakości systemu ochrony zdrowia

Eksperci OECD uważają, że są jednostki chorobowe, które w niektórych krajach hospitalizowane są zbyt często, dla tych chorób, w większości przewlekłych wystarczająca jest przeważnie terapia w specjalistycznej i podstawowej opiece zdrowotnej co nie wyklucza hospitalizacji w przypadku zaostrzeń. Jednostki chorobowe uznane przez OECD jako hospitalizowane w nadmiarze to: choroba nadciśnieniowa, astma i cukrzyca.

Nadmierne hospitalizowanie nadciśnienia tętniczego w Polsce potwierdzają trendy hospitalizacji z ostatnich lat (ryc. 3.12). Wyraźna tendencja spadkowa leczenia szpitalnego nadciśnienia zatrzymała się nieco w roku 2007 ale po roku 2015

zmniejszanie częstości hospitalizacji tej przyczyny pogłębi się co w świetle ustaleń OECD jest zjawiskiem pozytywnym. W dalszym ciągu jednak Polska należy razem z Austrią i Słowacją do krajów o najwięcej częstości hospitalizacji nadciśnienia tętniczego. Natomiast w Belgii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii i współczynniki hospitalizacji nadciśnienia tętniczego są ponad dziesięciokrotnie niższe.

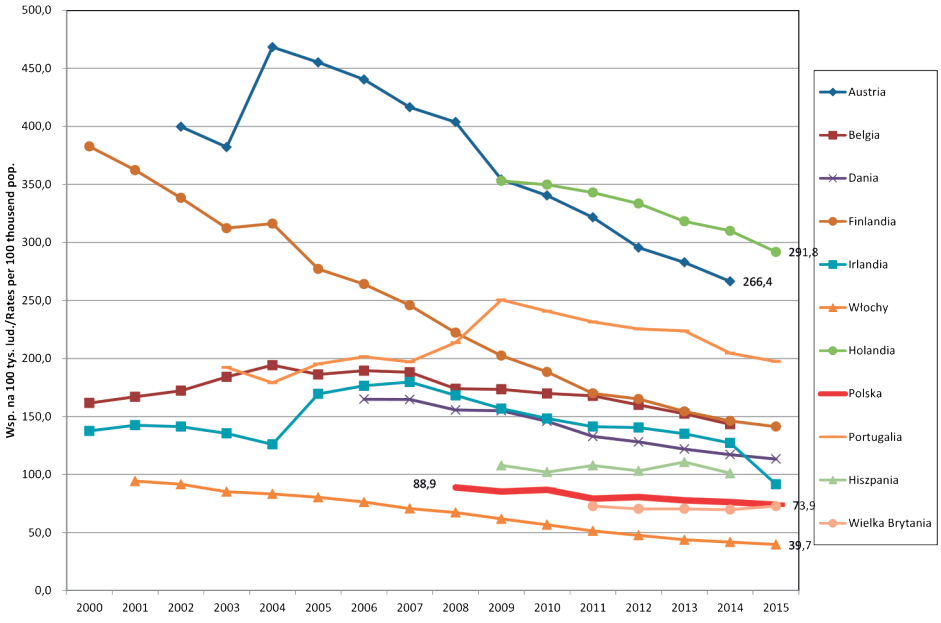


Ryc. 3.12. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu choroby nadciśnieniowej ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.12. Time trends of hospitalization rates due to hypertension in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

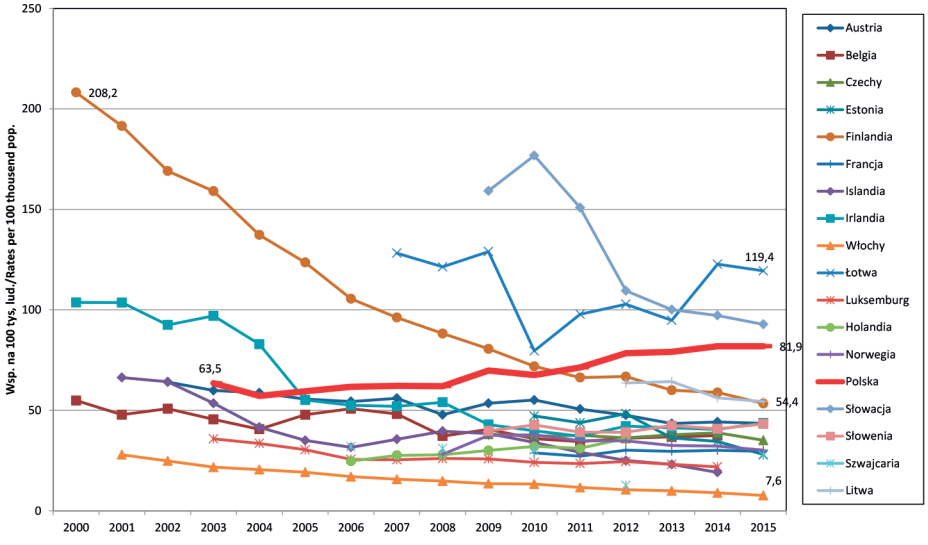
System opieki na chorymi z cukrzycą powinien zapewniać ciągłość opieki w trybie ambulatoryjnym tej choroby przewlekłej. Jak widać z ryciny 3.13 Polska należy do krajów, które obok Wielkiej Brytanii i Włoch najrzadziej hospitalizują cukrzycę. Współczynnik hospitalizacji dla Polski wynosi 74 na 100 tys. jest jednak prawie dwa razy wyższy niż dla Włoch w 2015 r, ale 4 razy niższy niż w Holandii.

Również astma należy do chorób które w większym stopniu niż dotychczas powinny być leczone w trybie ambulatoryjnym, z ryciny 3.14 widać, że w Polsce nastąpił wzrost hospitalizacji tej przyczyny w latach 2003-2015 o 30%. Obecnie należymy do krajów o największej częstości hospitalizacji astmy w porównywanych krajach, więcej hospitalizuje się z tej przyczyny na Słowacji i Łotwie.



Ryc. 3.13. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu cukrzycy ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.13. Time trends of hospitalization rates due to diabitis in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

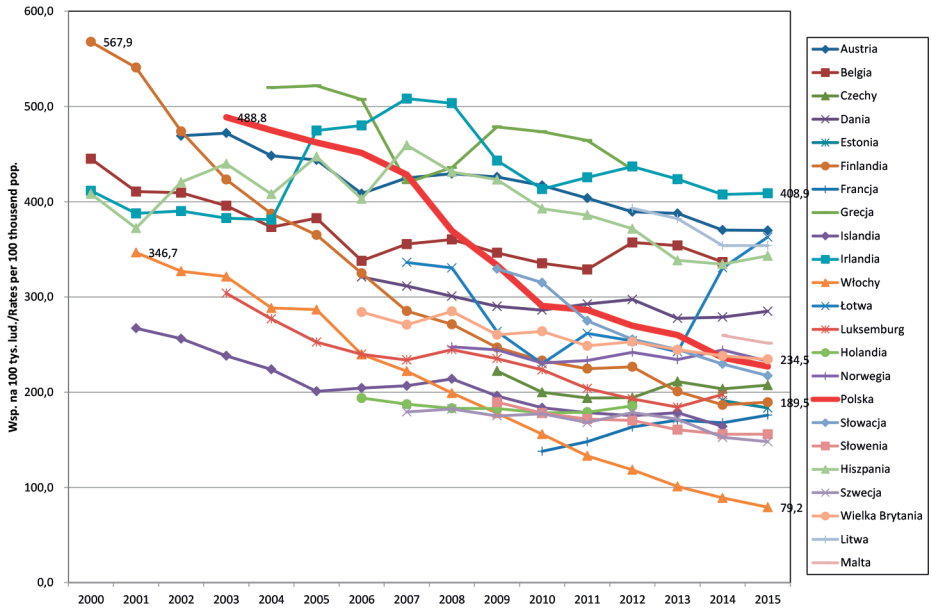


Ryc. 3.14. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu astmy ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (OECD)

Fig. 3.14. Time trends of hospitalization rates due astma in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

Krajem gdzie hospitalizuje się astmę najrzadziej są Włochy. Zwraca uwagę zmiana sytuacji w Finlandii gdzie współczynniki hospitalizacji w latach 2000-2015 zmalały z 208 na 54 a więc czterokrotnie.

Na rycinie 3.15 przedstawiono trendy hospitalizacji POChP w latach 2000-2015. Jak widać z ryciny we wszystkich porównywanych krajach i w Polsce następowało stałe zmniejszanie częstości hospitalizacji. Największe spadki obserwuje się we Włoszech (trzykrotny), w Polsce (dwukrotny) i w Finlandii (prawie 3 krotny spadek). Stale wysoka hospitalizacja POChP utrzymuje sie w Grecji i w Irlandii, współczynniki prawie 2 trzy wyższe niż w Polsce.



Ryc. 3.15. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu POChP ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.15. Time trends of COPD rates in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

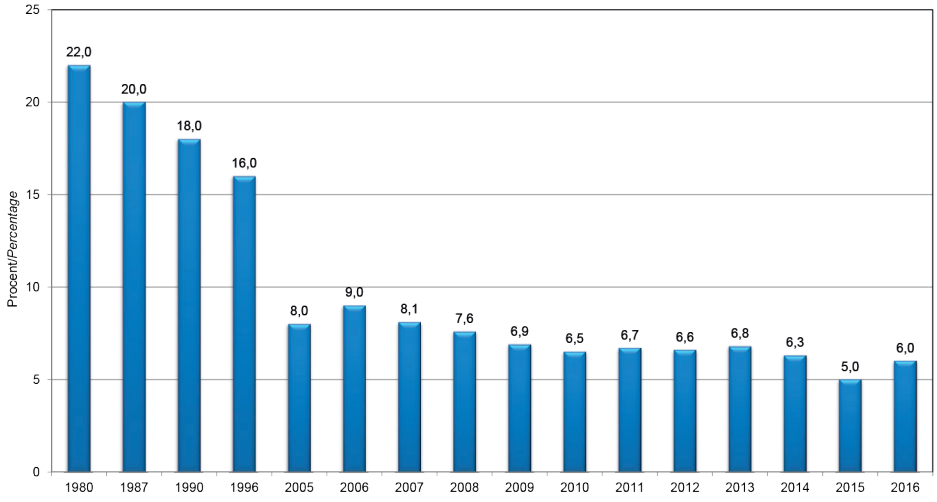
3.6. Śmiertelność szpitalna

Śmiertelność szpitalna ogółem w Polsce ulegała już nieznacznemu zmniejszeniu w latach 2003-2006 i 2010 z 2,3% do 2,1% a w roku 2015 wynosiła 2% a w 2016 1,9 dla wszystkich przyczyn hospitalizacji razem. Największe pozytywne zmiany obserwuje się w zakresie nowotworów ogółem: zmiana z 5% w 2003 do 3,6%, a następnie 3,2% w 2015 podczas gdy w 2016 3%. W chorobach

układu krążenia ogółem nastąpiło też obniżenie z 6,3% na 5,9% i 5,6 w 2015 roku (5,3% w 2016). Śmiertelność szpitalna z powodu innych przyczyn nie ulegała dużym zmianom w ostatnich latach i najniższa była w 2016 roku dla chorób układu oddechowego: 3,5%, chorób układu wydzielania wewnętrznego 2,1%, chorób układu trawiennego 2,1%, stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym 0,7% i chorób zakaźnych 2,8% w tym przypadku wzrost w porównaniu z 2010, 2014, 2015 r.).

Wskaźnik śmiertelności szpitalnej w przypadku niektórych chorób może być wskaźnikiem, jakości leczenia. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)[5] wśród wskaźników rekomendowanych do oceny jakości usług medycznych przyjęła dwa, odnoszące się do śmiertelności szpitalnej. Pierwszy to śmiertelność szpitalna osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w okresie 30 dni[6], drugi dotyczy śmiertelności z powodu udaru mózgu.

Z danych NIZP-PZH widać (ryc. 3.16), że śmiertelność z powodu zawału serca systematycznie malała w latach 1980-2014 z 22% do 6,5% w 2010r i 6,3% w 2014 r. w końcu 6,0 w 2016 r, co jest dowodem znacznej poprawy efektów działalności oddziałów kardiologicznych, w tym przede wszystkim kardiochirurgicznych.



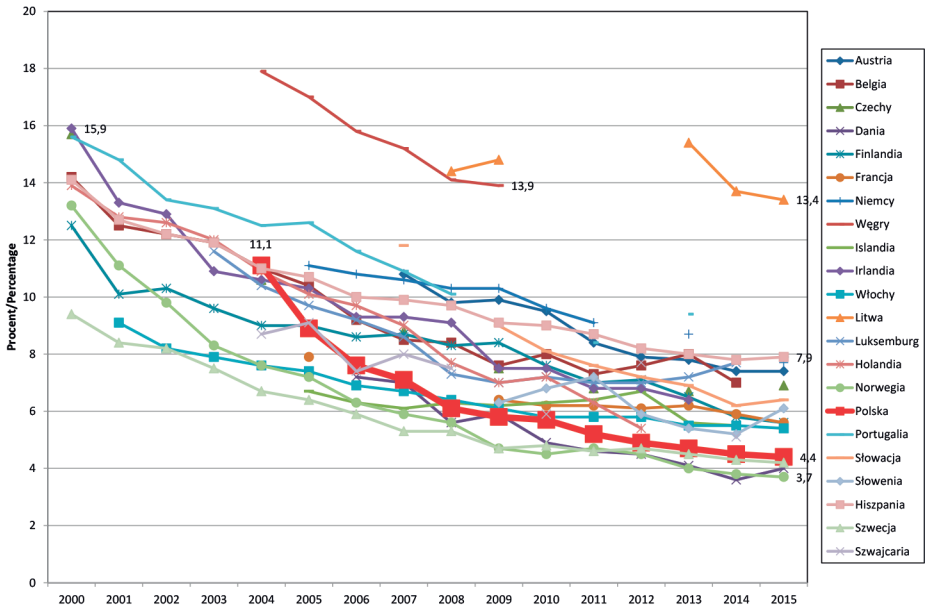
Ryc. 3.16. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w Polsce, 1980-2016 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.16. Hospital fatality during the 30 days after admission for myocardial infarction in Poland, 1980-2016 (data NIPH-NIH)

[5] Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, OECD

[6] Wskaźnik dotyczy osób w wieku 45 i więcej lat

Równocześnie sytuacja w Polsce na tle innych krajów członków OECD w ostatnich latach jest bardzo korzystna (ryc. 3.17), bowiem pod względem 30 dniowej śmiertelności szpitalnej z powodu zawałów serca wyprzedza nas w roku 2015 jedynie Szwecja (4,5% zgonów) i Norwegia (3,7% zgonów). Z ryciny widać ogromny postęp w naszym kraju pod względem leczenia zawałów serca bo 10 lat temu śmiertelność leczonych w szpitalach z powodu zawału wynosiła 11% a więc była dwukrotnie wyższa.



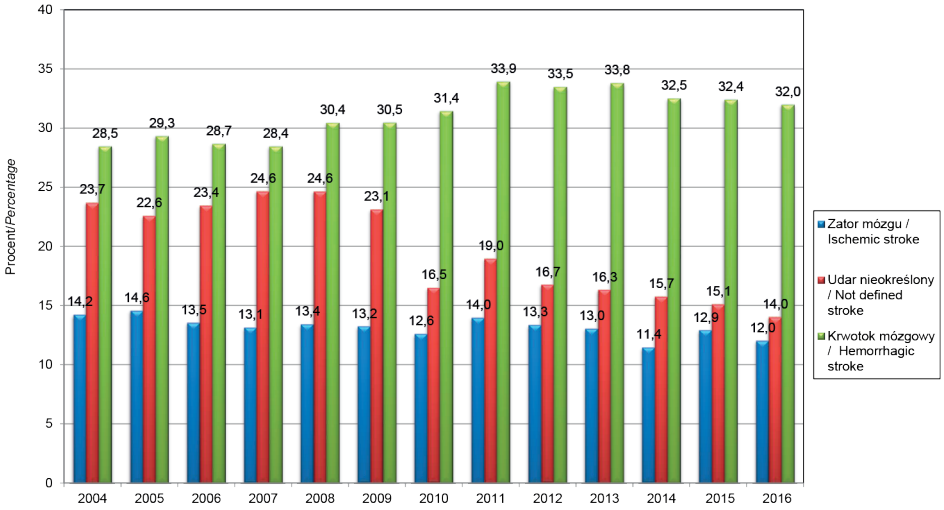
Ryc. 3.17. Standaryzowane wg wieku i płci współczynniki śmiertelności szpitalnej 30 dniowej osób w wieku 45 lat i więcej w latach 2000-2015 w Polsce i innych krajach UE (dane OECD)

Fig. 3.17. Hospital fatality during 30 days after admission for myocardial infarction in 2000-2015 for 45 and more old people in Poland and EU countries, age and sex standardized data (OECD data)

Inaczej wygląda sytuacja w zakresie udarów mózgu. 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 aktualnych informacji dotyczących Polski[7]). Nieco lepsza sytuacja miała miejsce w 2005 roku w zakresie śmiertelności z powodu zatoru mózgowego – 11,6% co było w tym czasie wartością nieco niższą od obserwowanej w 7 z wszystkich krajów członków OECD w 2005 r.

[7] Zbyt duży udział w danych z Polski udaru nieokreślonego (I64) jest przyczyną nieuwzględnienia naszych danych w bazie OECD dotyczącej hospitalizacji - udarów mózgu

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (ryc. 3.18) śmiertelność szpitalna z powodu krwotoku mózgowego w Polsce w latach 2004-2007 była bardzo wysoka i nie ulegała poprawie, a nawet pogorszyła się w okresie 2008 r. – 2013 r., co jest zjawiskiem bardzo niepokojącym. Na szczęście od 2014 roku obserwuje się powolny spadek śmiertelności. Śmiertelność szpitalna z powodu zatoru mózgowego w Polsce maleje ale bardzo powoli z 14% w 2004 do 11% w 2014 ale były lata gdy sytuacja ulegał krótkotrwałemu pogorszeniu co widoczne jest również w 2016 r.



Ryc. 3.25. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni, osób hospitalizowanych z powodu zatoru mózgu i krwotoku mózgowego w Polsce, 2004-2016 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.25. Hospital fatality within 30 days, persons hospitalized due to brain infarction and cerebral hemorrhage in Poland, 2004-2016 (data NIPH-NIH)

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%. Po czym w roku następnym wzrosła, ale ostatnie lata przyniosły wyraźną poprawę, w 2016 14% a więc prawie dwukrotnie mniej niż w 2004 r. Prawdopodobnie powinna być ona częściowo rozdzielona między obydwa omówione wyżej rozpoznania, co zwiększyłoby jeszcze podane odsetki śmiertelności w zakresie tych rozpoznań. Niepokojące jest, że mimo prowadzonych już od pewnego czasu programów nakierowanych na poprawę sytuacji w zakresie udarów mózgu[8] dane ogólnopolskie nie wskazują

[8] Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu

na wyraźne pozytywne zmiany wyrażające się wyraźną poprawą śmiertelności z powodu udaru krwotocznego.

PODSUMOWANIE

1. W roku 2016 hospitalizowano w Polsce 3627 tys. mężczyzn i 4489 tys. kobiet. Współczynniki hospitalizacji ogółem wynosił 2112 na 10 tys. mieszkańców Pacjenci szpitali byli leczeni najczęściej z powodu chorób układu krążenia (13,5% hospitalizowanych), nowotworów oraz urazów i zatruć (po 8,9% hospitalizowanych), oraz chorób układu moczowo-płciowego i trawiennego i oddechowego, (odpowiednio 7,6%, 7,5, 6,6% hospitalizowanych).
2. Jeśli uwzględnić liczby bezwzględne kobiety są hospitalizowane częściej niż mężczyźni (różnica 861 tys.), ale jak wynika z analizy większości przyczyn chorobowych po standaryzacji współczynników mężczyźni są bardziej narażeni na hospitalizację z powodu większości głównych przyczyn pobytu w szpitalu. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji kobiet są wyższe tylko w przypadku: chorób układu moczowo płciowego, zaburzeń endokrynologicznych, nadciśnienia tętniczego oraz nowotworów.
3. Mężczyźni i kobiety z miast korzystają z leczenia szpitalnego odpowiednio o 10 i 9% częściej niż mieszkańcy wsi i różnica ta powiększyła się w porównaniu z poprzednio prezentowanym raportem. Są jednak przyczyny hospitalizacji: choroby naczyń mózgowych i zespół sercowo-płucny, z powodu których częściej hospitalizowani są mieszkańcy wsi zarówno mężczyźni jak i kobiety. Kobiety ze wsi przebywają też w szpitalu częściej, niż mieszkanki miast w związku z porodem a także z powodu ogółu chorób układu krążenia i choroby nadciśnieniowej.
4. Dynamika hospitalizacji w Polsce miała w latach 80. charakter podobny jak w innych krajach UE, lecz od roku 2003 nastąpił w wielu krajach spadek współczynnika hospitalizacji spowodowany zmianą organizacji opieki zdrowotnej. Polska znajduje się w grupie krajów UE o niższej od średniej częstości hospitalizacji ogółem ale w ostatnich latach z (do 2016) współczynnik hospitalizacji stale wzrastał.
5. Hospitalizacja ludności w Polsce różni się od większości krajów UE dużą częstością leczenia osób najmłodszych (poniżej 5 lat), przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75 roku życia.
6. Długość pobytu w szpitalu dla wszystkich przyczyn ogółem w Polsce należy do najkrótszych w krajach UE, ale dla niektórych rozpoznań należy do najdłuższych, jak to ma miejsce w przypadku hospitalizacji wyrostka robaczkowego i zaćmy.

7. 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 1980-2016 z 22% do 6,0%. Natomiast 30 dniowa śmiertelność z powodu zawału serca publikowana przez OECD dla Polski wynosi 4,4%[9] i jest trzecią najniższą po Norwegii (3,7%), Szwecji i Danii wśród krajów członków tej organizacji.
8. Niepokojąco wysoka jest natomiast w Polsce śmiertelność powodu udaru mózgu w latach 2004-2014. Częstość zgonów w szpitalu powodu krwotoku mózgowego ulegała nawet pogorszeniu: (28,5% w 2004 a 32% w 2016). Natomiast pewnej poprawie, z pewnymi wahaniami w latach 2004-2014 uległa śmiertelność zarówno z powodu zatoru mózgu (14,2% w 2004 i 12,0 w 2016) jak i udaru nieokreślonego (z 23,7 w 2004 na 14,0 w 2016).

[9] Dla osób 45 i więcej lat.

4. WYLECZALNOŚĆ CHORYCH NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W POLSCE – WSKAŹNIK 5-LETNICH PRZEŻYĆ W LATACH 2000-2014. ZRÓŻNICOWANIE MIĘDZY WOJEWÓDZTWAMI

Katarzyna Kwiatkowska, Anna Zielińska, Aleksandra Gliniewicz,
Dorota Dudek-Godeau, Magdalena Bielska-Lasota

W rozdziale tym, po raz pierwszy przedstawiono zróżnicowanie wskaźnika 5-letnich przeżyć chorych na wybrane nowotwory złośliwe pomiędzy województwami kraju oraz jego zmiany w latach 2000-2014. Opracowania i analizy dokonano na podstawie wyników 3 edycji projektu CONCORD, w ramach którego obliczono i opracowano wskaźniki 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na jedną z 18 chorób nowotworowych w 71 krajach i 322 regionach administracyjnych świata.

Przeżycia populacyjne są jedną z najważniejszych miar służących do oceny sprawności systemu opieki zdrowotnej. Wskaźnik ten powinien być szeroko wykorzystywany, co umożliwia gwarancja jakości i standaryzacja wyników CONCORD.

Polskie dane zostały zgromadzone przez Krajowy Rejestr Nowotworów przy współpracy 16 Wojewódzkich Biur Rejestracji Nowotworów i zasiliły bazę CONCORD.

W rozdziale tym przedstawiono analizy dotyczące chorych na raka okrężnicy (C18-C19), odbytnicy (C20-C21), piersi (C50), szyjki macicy (C53), gruczołu krokowego (C61) oraz czerniaka skóry (C44, C51, C60, C63), którzy zachorowali w latach 2000-2014. Te choroby nowotworowe należą w Polsce do częstych. Znane są także metody ich wczesnego wykrywania i skutecznego leczenia. Ponadto w Polsce od roku 2006 realizowany jest Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, a zatem są to choroby w leczeniu, których w Polsce oczekiwany jest największy postęp.

4.1. Wskaźnik 5-letnich przeżyć w Polsce: jego zróżnicowanie oraz zmiany w latach 2000-2014

W Polsce w analizowanym okresie najwyższe wskaźniki przeżyć były u chorych na: raka gruczołu krokowego (78%), piersi (77%) i czerniaka skóry (70%). Niższe wskaźniki były u chorych na raka szyjki macicy (55%), okrężnicy (53%) i odbytnicy (48%).

Pomimo systematycznej poprawy wskaźnika 5-letnich przeżyć, utrzymuje się zróżnicowanie jego wartości pomiędzy województwami. Zróżnicowanie to w większości nowotworów zmniejszyło się (rak okrężnicy, odbytnicy, gruczołu krokowego i czerniak skóry), natomiast u chorych na raka piersi małe zróżnicowanie między województwami pozostało na podobnym poziomie. Zróżnicowanie przeżyć między województwami w raku szyjki macicy zwiększyło się.

W latach 2010-2014 najwyższe przeżycia chorych **na raka gruczołu krokowego były województwie pomorskim (84%), na raka piersi w województwie mazowieckim (80%) i czerniaka skóry** w województwie łódzkim (75%).

U chorych na **raka szyjki macicy** najwyższe przeżycia były w województwie podlaskim (64%), na **raka okrężnicy** w pomorskim (58%), na **raka odbytnicy** w mazowieckim (54%).

W analizowanym okresie, spośród wszystkich województw najwyższe wskaźniki przeżyć były w **mazowieckim** i dotyczyły chorych na raka raka gruczołu krokowego (82%), piersi (80%), czerniaka skóry (75%) i raka odbytnicy (54%).

Trendy przeżyć także były zróżnicowane pomiędzy województwami. Największa poprawa przeżyć chorych na raka gruczołu krokowego w latach 2000-2014 była w województwie lubuskim (o 23 pkt.%), a w innych województwach zmiany te wynosiły 10 pkt.% i więcej.

U chorych na raka szyjki macicy zmiany nie były równomierne, a wskaźnik nawet obniżył się w województwach śląskim, podkarpackim i świętokrzyskim o od 3 do 6 pkt%.

W województwie łódzkim największa poprawa przeżyć dotyczyła chorych na raka okrężnicy (12 pkt.%), piersi (10 pkt.%), czerniaka skóry (17 pkt.%) i gruczołu krokowego (14 pkt.%).

4.2. Omówienie zróżnicowania i zmian wskaźnika 5-letnich przeżyć w Polsce

Przedstawione analizy ukazują zróżnicowanie wskaźnika przeżyć chorych na wybrane choroby nowotworowe pomiędzy województwami w Polsce, a także zmiany trendów, często poprawę, oraz znaczną poprawę w większości tych chorób.

Spośród nowotworów o stosunkowo dobrym rokowaniu najmniejsze zróżnicowanie między województwami było u chorych na raka piersi (8-10 pkt%). Większe zróżnicowanie było u chorych na raka gruczołu krokowego (12 pkt%) oraz czerniaka skóry (15 pkt%).

W Polsce poprawa wskaźnika 5–letnich przeżyć chorych na **raka piersi i gruczołu krokowego oraz czerniaka skóry** współistniała z rosnącym trendem umieralności na te nowotwory od co najmniej 2010 roku. Natomiast u chorych na **raka jelita grubego** poprawie przeżyć towarzyszyły korzystne trendy umieralności: plateau rosnącego trendu u mężczyzn oraz obniżający się trend u kobiet. Wobec spójności tych dwóch wskaźników należy przyjąć, że obserwowana poprawa przeżyć świadczy o rzeczywistej, korzystnej zmianie wyleczalności tej choroby nowotworowej w Polsce.

Rak szyjki macicy wymaga szczególnej troski. Znikomej poprawie przeżyć, a nawet spowolnieniu trendu w ostatnich latach (tj. 2010-2014) towarzyszył równomierny i powoli obniżający się trend umieralności. Trendy te i zbyt niska poprawa wskaźnika przeżyć w okresie wieloletniego funkcjonowania Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, realizowanego od 2006 roku sugerują brak stosownej efektywności programu.

PODSUMOWANIE

1. Analiza wykazała, że w Polsce w latach 2000-2014 zaszły zmiany w zakresie wskaźnika przeżyć chorych na: raka okrężnicy, odbytnicy, czerniaka skóry, raka piersi, szyjki macicy i gruczołu krokowego, które interpretowane wspólnie z trendami umieralności wskazują na **korzystną zmianę dotyczącą raka okrężnicy i odbytnicy oraz mniej korzystną u chorych na czerniaka skóry, raka piersi i gruczołu krokowego. Szczególnie niekorzystna jest sytuacja chorych na raka szyjki macicy**, gdzie znikomej, zbyt wolnej poprawie przeżyć towarzyszył zbyt wolno obniżający się trend umieralności.
2. Konieczne jest dalsze prowadzenie systematycznego monitorowania wskaźników 5-letnich przeżyć populacyjnych, które zgodnie z zaleceniami OECD, powinny obejmować także inne wskaźniki, wśród nich trendy umieralności. Umożliwia to prawidłową interpretację zachodzących zmian. Wyniki tak prowadzonych analiz stanowią podstawę dla polityki zdrowotnej, szczególnie w obszarze poprawy efektywności skriningów oraz zapewnienia dostępu do standardowego leczenia. Rozwiązania w kierunku zapewnienia standardów są obecnie przedmiotem prac grup eksperckich w krajach europejskich w ramach projektu iPAAC JA.

5. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA

Daria Biechowska, Daniel Rabczenko, Bożena Moskalewicz

Wyniki badań prowadzonych w Europie (UE27, Szwajcaria, Islandia i Norwegia). wskazują, że każdego roku 164,8 miliona mieszkańców Unii Europejskiej (38,2%) cierpią z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego1. 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 opublikowane ostatnio przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wyniki badania globalnego obciążenia chorobami 2016. Według ostatnich szacunków najważniejszych przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności (*YLDs – years lived with disability*) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (mental and substance use disorders) stanowią drugą wśród mężczyzn i trzecią wśród kobiet najważniejszą grupę przyczyn odpowiedzialną odpowiednio za 17,0% i 14,4% utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności przez mieszkańców Polski [2]. Choroby te są równocześnie odpowiedzialne za 7,4% i 6,7% utraconych lat życia w zdrowiu (DALYs) przez polskich mężczyzn i kobiety.

---

[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] Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018

Na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców Polski podjęte zostały działania ze strony Rady Ministrów. W 2010 i 2017 roku publikowane były rozporządzenia dotyczące Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, określającego strategię opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz kształtowania właściwych postaw społecznych wobec chorych. Do problemów związanych ze zdrowiem psychicznym odnosi się również Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020, którego cel operacyjny 3 dotyczy profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa.

Poniżej przedstawiamy rozmiar i dynamikę wybranych problemów zdrowia psychicznego w Polsce na podstawie istniejących rutynowych systemów informacyjnych. 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 Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej, realizowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Wyniki są publikowane w roczniku statystycznym wydawanym przez Instytut. Prezentowane współczynniki dotyczą osób, a nie przypadków, gdyż dla celów analizy statystycznej hospitalizacje wielokrotne były łączone według przyjętego przez Instytut klucza identyfikacyjnego.

Jeden z najważniejszych symptomów z obszaru zdrowia psychicznego a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest wśród mężczyzn w Polsce (w 2016 r. 20,0/100 tys.) znacząco wyższy od średniego dla krajów UE (w 2015 r. 15,3/100 tys.) (współczynniki standaryzowane względem wieku). Natomiast współczynnik zgonów kobiet z tej przyczyny w Polsce (2,6/100 tys.) jest wielokrotnie niższy w porównaniu ze współczynnikiem zgonów mężczyzn i jest niższy od przeciętnego dla UE28 (4,3/100 tys.)[3]. W żadnym z krajów Unii Europejskiej nie obserwuje się tak ogromnej trwałej dysproporcji między płciami.

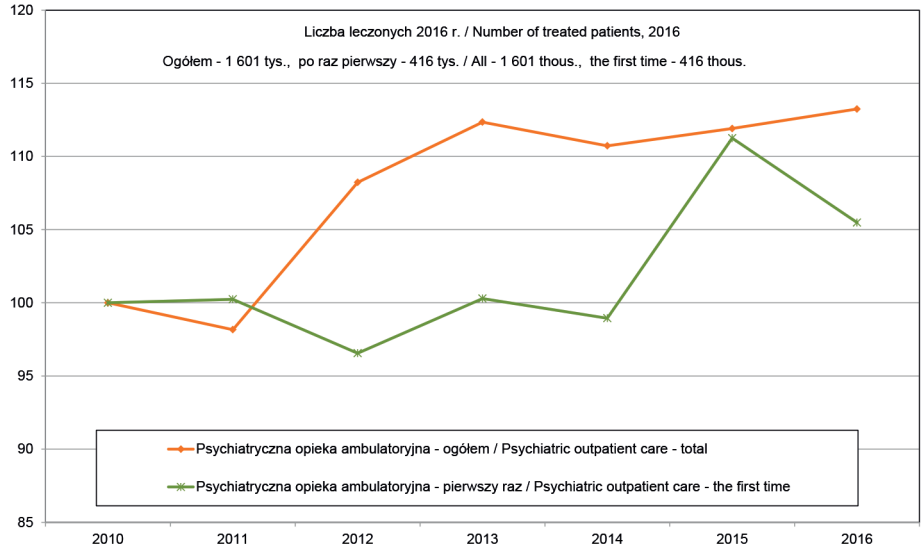
5.1. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej

Informacje o osobach leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dotyczą leczenia w poradniach zdrowia psychicznego (PZP), poradniach terapii uzależnienia od alkoholu (PTUA) oraz poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (PTUSP). Liczba chorych leczonych ogółem dotyczy osób które zostały zarejestrowane w zakładach opieki ambulatoryjnej w danym roku. Chorego wlicza się do ewidencji jeden raz, niezależnie od liczby porad

[3] Patrz Rozdział 2 „Długość życia i umieralność ludności Polski"

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 2016 r. w opiece ambulatoryjnej leczono 1600 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (1400 tys. to pacjenci leczeni w PZP, 180 tys. leczeni w PTUA, a 20 tys. leczeni w PTUSP), w tym 415,5 tys. po raz pierwszy. W latach 2011-2013 liczba leczonych ogółem wzrastała i do 2016 pozostaje na w miarę stałym poziomie. Jednocześnie pomiędzy 2014 a 2016 znacznie wzrosła leczonych po raz pierwszy (ryc. 5.1a).



Ryc. 5.1a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (0) i po raz pierwszy (I) w latach 1997-2014, rok 1997=100 (na podstawie danych Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.1a. Outpatient mental health care – dynamics of the number of all treated patients (0) and the first time treated (I) during 1997-2014, 2011=100 (on the basis of the data of the Institute of Psychiatry and Neurology)

Najczęstszą grupą rozpoznań wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne, drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby leczące się z powodu zaburzenia nastroju (afektywnego). Brak jest jednoznacznego trendu zmian liczby osób leczących się z powodu tych dwóch grup zaburzeń w ciągu ostatnich trzech lat.

W latach 2013-2016 zaznacza się nieznaczny trend spadkowy liczby leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych.

W 2016 r. liczba chorych ogółem z zaburzeniami psychicznymi leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wyniosła 1400 tys. osób, (3347/100 tys.) osób (tabela 5.1a). Z liczby tej 291 tys. (715 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy. Kobiety leczyły się w Poradniach Zdrowia Psychicznego

o nieco ponad 50% częściej niż mężczyźni. 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. W psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej nadwyżka nad mężczyznami leczonych kobiet jest mniejsza, w 2016 r. leczyły się one o 27% częściej niż mężczyźni.

Tabela 5.1a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań, 2011-2014 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Table 5.1a. Outpatient mental health care – all treated patients and the first time treated patients by selected diagnosis, 2011-2014 (per 100000 population)

Rozpoznanie Diagnosis	Leczeni ogółem Lal treated patients				Leczeni po raz pierwszy The first time treated patients			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)[1] Organic, including symptomatic, mental disorders	593,4	536,7	540,4	543,2	118,6	105,0	115,4	110,1
Schizofrenia (F20)[1] / Schizophrenia	386,7	370,1	362,0	367,4	38,4	34,8	36,2	33,2
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)[1] Mood [affective] disorders	830,6	832,6	824,8	816,6	165,6	158,3	166,6	152,0
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)[1] Neurotic, stress-related and somatoform disorders	1002,7	994,8	1000,9	1058,7	276,5	284,6	311,8	319,5
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)[2] Mental and behavioural disorders due to use of alcohol	467,0	450,4	446,2	429,7	170,0	161,6	175,4	159,1
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)[2] Mental and behavioural disorders due to use of psychoactive substances	86,1	101,3	108,0	104,8	33,0	44,3	49,5	42,3

W poradniach zdrowia psychicznego mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi – w 2016 r. nadwyżka ta wynosiła aż 107 (tab. 5.1b). Taka sama nadwyżka (107%) leczących się mieszkańców miast (4858/100 tys.) w stosunku do mieszkańców wsi (2347/100 tys.) występuje w przypadku psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej. Zwraca uwagę fakt, że liczba leczonych mieszkańców miast w okresie 2011-2016 rośnie, natomiast wsi – niemal się nie zmienia. Tak duże różnice wskaźników między mieszkańcami miast i wsi mogą wskazywać na duże braki w zaspokojeniu potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym tej drugiej grupy osób, zwłaszcza jeżeli się weźmie pod uwagę na przykład znaczną nadwyżkę umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miast.

Tabela 5.1b. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna, poradnie zdrowia psychicznego – chorzy leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi wg płci i miejsca zamieszkania, 2011-2016 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Table 5.1b. Outpatient mental health care, mental health clinics – all treated patients with mental disorders by sex and by place of residence, 2011-2016 (per 100000 population)

Rok Year	Ogółem Total	Mężczyźni Men	Kobiety Women	Miasta Urban area	Wieś Rural area
	Psychiatryczna opieka ambulatoryjna / Outpatient mental health care				
2011	3601,4	3351,7	3835,6	4323,3	2484,0
2012	3969,7	3632,0	4289,5	4879,2	2569,4
2013	4124,1	3781,6	4445,3	5069,5	2676,3
2014	4066,6	3658,3	4449,4	5017,1	2616,7
2015	3809,7	3360,1	4231,2	4694,1	2464,2
2016	3859,7	3385,0	4304,7	4857,8	2347,4
	Poradnie zdrowia psychicznego / Mental health clinics				
2011	2860,7	2150,7	3392,0	3409,9	2010,6
2012	3205,8	2549,4	3821,4	3922,2	2102,7
2013	3364,8	2696,9	3991,3	4132,7	2188,9
2014	3270,3	2562,9	3933,7	4031,7	2109,0
2015	3288,2	2609,9	3924,1	4041,7	2141,9
2016	3347,0	2654,7	3996,0	4212,3	2035,9

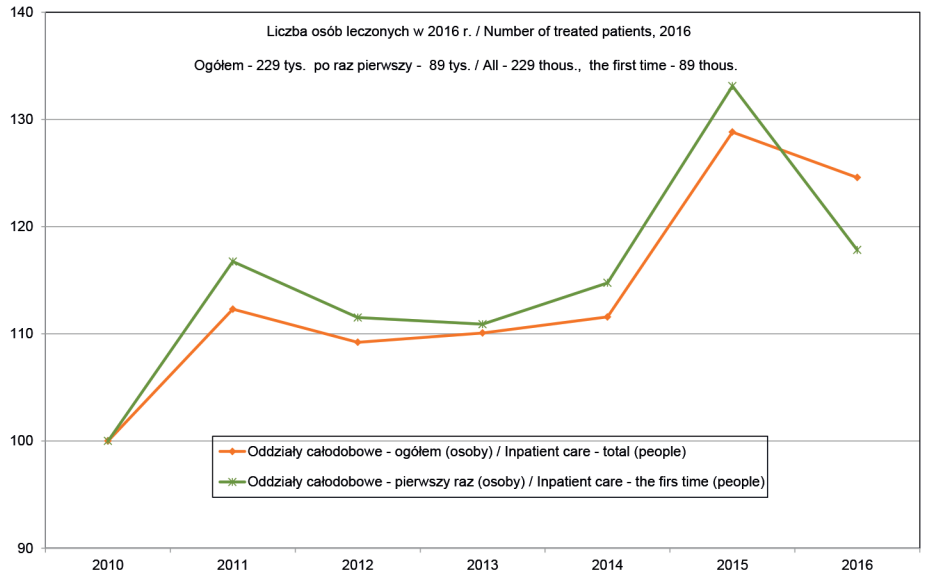
Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii. / Source: based on Institute of Psychiatry and Neurology data.

5.2. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej

W 2016 r. łączna liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej wyniosła 229 tys. (595/100tys.), w tym 89 tys. (232/100 tys.) po raz pierwszy (ryc. 5.1b).

O ile w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej kobiety leczyły się częściej niż mężczyźni, to w zakładach opieki całodobowej mężczyźni w 2016 roku leczą się o ponad 88% częściej niż kobiety i nadwyżka ta jest w miarę stała w ostatnich latach (tabela 5.2a).

Mieszkańcy miast leczyli się w zakładach opieki całodobowej o 34% częściej niż mieszkańcy wsi zarówno po raz pierwszy jak i ogółem. Największa, ponad dwukrotna, różnica między środowiskami zamieszkania pacjentów dotyczyła hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych oraz zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.



Ryc. 5.1b. Psychiatryczna opieka całodobowa – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (0) i po raz pierwszy (I) w latach 2010-2016, rok 2010=100 (na podstawie danych Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.1b. In-patient mental health care –dynamics of the number of all treated patients (0) and the first time treated (I) during 1997-2016, 2010=100 (on the basis of the data of the Institute of Psychiatry and Neurology)

Tabela 5.2a. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań, 2013-2016 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Table 5.2a. In-patient mental health care – all treated patients and the first time treated patients by selected diagnosis, 2013-2016 (per 100000 population)

Rozpoznanie Diagnosis	Leczeni ogółem All treated patients				Leczeni po raz pierwszy The first time treated patients			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09) Organic, including symptomatic, mental disorders	71,6	76,2	81,0	76,7	28,2	31,1	32,5	28,2
Schizofrenia (F20) / Schizophrenia	88,4	87,6	93,5	87,7	14,6	15,1	15,0	12,4
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39) Mood [affective] disorders	54,0	53,0	63,7	60,5	18,3	18,6	21,7	19,2
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48) Neurotic, stress-related and somatoform disorders	38,4	37,6	58,5	56,6	23,0	23,4	35,7	31,3
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10) Mental and behavioural disorders due to use of alkohol	183,9	188,1	204,3	206,9	91,7	93,3	101,6	95,9
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19) / Mental and behavioural disorders due to use of psychoactive substances	35,3	39,4	46,4	43,9	15,5	15,1	22,3	17,5

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

Najliczniejszą grupą pacjentów w psychiatrycznych oddziałach całodobowych są osoby leczone z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu. Byli to głównie mężczyźni, stanowili oni aż 84% leczonych z tego powodu. W ostatnich czterech latach współczynnik hospitalizacji z powodu zaburzeń alkoholowych utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Współczynnik hospitalizacji ogółem z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu mężczyzn był w 2016 r. pięciokrotnie większy niż kobiet, zależność ta dotyczy również leczonych po raz pierwszy. Mieszkańcy wsi byli nieznacznie częściej hospitalizowani niż mieszkańcy miast.

Tabela 5.2b. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi wg płci i miejsca zamieszkania, 2011-2016 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Table 5.2b. In-patient mental health care – all treated patients with mental disorders by sex and by place of residence, 2011-2016 (per 100000 population)

Rok / Year	Ogółem / Total	Mężczyźni / Men	Kobiety / Women	Miasta / Urban area	Wieś / Rural area
2011	534,9	709,2	371,4	566,6	449,9
2012	520,1	687,8	362,8	546,9	440,0
2013	523,8	695,7	362,6	547,2	444,4
2014	532,0	709,4	365,7	550,3	462,1
2015	614,8	806,0	435,4	680,2	515,2
2016	594,9	784,8	417,0	661,9	493,5

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

Chorzy leczeni z powodu schizofrenii stanowią drugą co do wielkości grupę wśród ogółu hospitalizowanych (17%), ale są w dalszej kolejności wśród leczonych po raz pierwszy (8%). W ostatnich trzech latach współczynnik hospitalizacji z powodu schizofrenii (zarówno ogółem jak i po raz pierwszy) utrzymuje się na zbliżonym poziomie.

Kolejną co do wielkości grupę stanowią pacjenci z organicznymi zaburzeniami psychicznymi (13%) W ostatnich trzech latach współczynnik hospitalizacji z powodu tej grupy chorób (zarówno ogółem jak i po raz pierwszy) utrzymuje się na zbliżonym poziomie.

Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców Polski z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) jest większa o 7% niż hospitalizacji z powodu zaburzeń nerwicowych natomiast w przypadku hospitalizacji pierwszorazowych różnica jest odwrotna – hospitalizacje z powodu zaburzeń nerwicowych są częstsze o ok. 60%. Zarówno zaburzenia nastroju, jak i zaburzenia nerwicowe były częstszą przyczyną hospitalizacji mieszkańców miast niż wsi (odpowiednio o 49% i 75%).

Wyraźnie powiększa się liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych – współczynnik dla wszystkich leczonych z tego powodu w okresie 2011-2014 wzrósł o 29%, natomiast dla leczonych po raz pierwszy wzrost był mniejszy i wyniósł 16%.

Tak jak w poprzednich latach, obserwuje się znaczne różnice w częstości leczenia na oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń psychicznych, zarówno ogółem jak i po raz pierwszy, mieszkańców poszczególnych województw. Różnica w częstości hospitalizacji pomiędzy województwami skrajnymi była około dwukrotna tak dla leczonych ogółem, jak i dla pacjentów pierwszorazowych. W 2016 r. dla leczonych ogółem częstości te wynosiły od 389/100 tys. ludności w województwie małopolskim do 752/100 tys. w łódzkim. Trzy województwa wyróżniają się wyższą od pozostałych hospitalizacją pierwszorazową mieszkańców, są to łódzkie, podlaskie i warmińsko-mazurskie. Dokładne dane dotyczące zróżnicowania międzywojewódzkiego znajdują się w pełnej wersji raportu.

Różnice międzywojewódzkie rozmiaru problemów zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej są również znaczne. Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców poszczególnych województw wynosiła od 134/100 tys. ludności w woj. małopolskim do 327/100 tys. w świętokrzyskim – skrajne województwa są te same co w 2014 roku. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa warmińsko-mazurskie, łódzkie i podlaskie. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy. W stosunku do 2014 roku współczynniki hospitalizacji osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu wykazują dużą zmienność. W województwach opolskim, kujawsko-pomorskim, śląskim i dolnośląskim zaobserwowano ich około dwudziestoprocentowy wzrost, natomiast w mazowieckim – siedemnastoprocentowy spadek[4].

Światowa Organizacja Zdrowia przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Z tym zaburzeniem wiąże się wiele negatywnych konsekwencji społecznych, m.in. osoby cierpiące na ciężką depresję nierzadko muszą rezygnować z pracy i bywa, że pozostają długotrwale bezrobotne. Powoduje to wzrost wydatków na zasiłki chorobowe i zasiłki dla bezrobotnych.

Zgodnie z dokumentem Światowej Organizacji Zdrowia pt. Mental Health Action Plan 2013-2020 depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY3). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych. Na świecie choruje na nią ponad 350 mln ludzi.

[4] Dokładne dane dotyczące znajdują się w pełnej wersji raportu

Statystycznie w Polsce liczba osób leczonych z zaburzeniami afektywnymi pozostawała w latach 2014-2016 na porównywalnym poziomie, wynoszącym 325 029 w 2014 r., 321 541 w 2015 r. i 318 402 w 2016 r. Widoczną w skali kraju tendencją był wzrost liczby leczonych w przedziale wiekowym 0-18 lat i 65 lat+ oraz wzrost liczby leczonych w związku z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (F31) i zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (F33). W skali kraju w 2016 r. wskaźnik liczby leczonych i liczby leczonych po raz pierwszy na zaburzenia afektywne (na 100 tys. ludności Polski) wyniósł odpowiednio 828,6 i 156,5 osób.

Różnice międzywojewódzkie rozmiaru problemów zaburzeń psychicznych spowodowanych zaburzeniami nastroju, w tym depresją i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej są również znaczne. Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców poszczególnych województw wynosiła od 43/100 tys. ludności w woj. lubelskim do 78/100 tys. w wielkopolskim – w 2014 roku były to odpowiednio województwo lubuskie i wielkopolskie. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa łódzkie, kujawsko-pomorskie i śląskie. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy. W stosunku do 2014 roku współczynniki hospitalizacji osób z zaburzeniami nastroju wykazują dużą zmienność. W województwach lubelskim i opolskim zaobserwowano ich około trzydziestoprocentowy spadek.

Różnice międzywojewódzkie rozmiaru problemów zaburzeń psychicznych spowodowanych depresją i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej są znaczne. Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców poszczególnych województw wynosiła od 21/100 tys. ludności w woj. lubelskim do 51/100 tys. w łódzkim – w 2014 roku były to odpowiednio województwo lubuskie i warmińsko-mazurskie. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa wielkopolskie, warmińsko-mazurskie, śląskie i pomorskie. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy. W stosunku do 2014 roku współczynniki hospitalizacji osób z depresją wykazują dużą zmienność. W województwach pomorskim, śląskim, kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim zaobserwowano ich około piętnastoprocentowy wzrost. Dane dla wszystkich województw znajdują się w pełnej wersji raportu.

PODSUMOWANIE

1. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wynosi jeden milion sześćset tysięcy osób. Liczba leczonych w okresie 2013-2016 pozostawała na w miarę stałym poziomie, choć daje się zaobserwować wzrost leczonych po raz pierwszy. Utrzymują się tendencje polegające na

tym, że kobiety leczą się o ponad jedną piątą częściej niż mężczyźni a w samych poradniach zdrowia psychicznego aż o 50% częściej oraz, że mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi. W psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej – w 2016 r. nadwyżka ta wynosiła aż 107% i ta różnica wskazuje na niejednakowe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych tych obu populacji.

2. Najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są niezmiennie od kilku lat zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne, oraz zaburzenia nastroju (afektywne).
3. W latach 2011-2016 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej utrzymuje się na w miarę stałym poziomie. W 2016 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 229 tys. osób, mężczyźni byli aż o 88% częściej leczeni niż kobiety (odpowiednio 784,8/100 tys. i 417,0/100 tys.), mieszkańcy miast byli leczeni częściej niż mieszkańcy wsi o 34% (odpowiednio 661,9/100 tys. i 493,5/100 tys.). Różnica ta była znacznie mniejsza niż w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jednak powiększyła się w ostatnich trzech latach blisko dwukrotnie.
4. Zdecydowanie najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2016 r. 206,9/100 tys. mieszkańców, leczonych po raz pierwszy 91,7/100 tys. mieszkańców. Szczególnie dużo mieszkańców, podobnie jak przed pięcioma laty, jest leczonych w woj. podlaskim, łódzkim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

6. ZACHOROWANIA NA CHOROBY ZAKAŹNE I PASOŻYTNICZE

Małgorzata Sadkowska-Todys, Iwona Paradowska-Stankiewicz,
Magdalena Rosińska, Mirosław P. Czarkowski

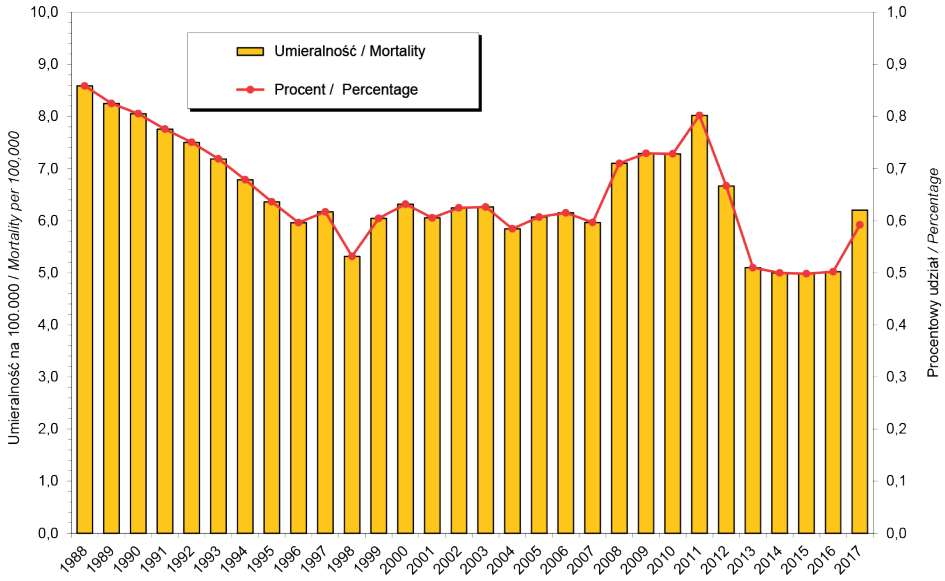
W ostatnich trzech dekadach sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce jest stosunkowo korzystna i względnie stabilna. Współczynniki umieralności z powodu tych chorób w poszczególnych latach oscylują w granicach 5-8 zgonów na 100 000 ludności, a udział tych chorób w przyczynach zgonów Polaków – w granicach 0,5%-0,8% (ryc. 6.1).

Jednocześnie, jest to sytuacja dość wyrównana na obszarze całego kraju. Na przykład, w 2016 r. udział zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych wahał się od 0,12% w woj. opolskim do 0,70% w woj. Śląskim (ryc. 6.2).

Względna stabilność ogólnej sytuacji epidemiologicznej nie oznacza jednak, że nie zmienia się sytuacja w zakresie poszczególnych chorób, w tym ich rejestrowana rokrocznie zapadalność. Jednakże wzrost rejestrowanej zapadalności wymaga zawsze dokładnej analizy. Jest on bowiem czasami związany z poprawą nadzoru nad tymi chorobami (np. grypa), ze zwiększeniem wykrywalności zachorowań w związku z rozwojem i upowszechnianiem się diagnostyki (np. kampylobakterioza) czy ze zmianami w definicjach przypadków tych chorób (np. wirusowe zapalenie wątroby typu C).

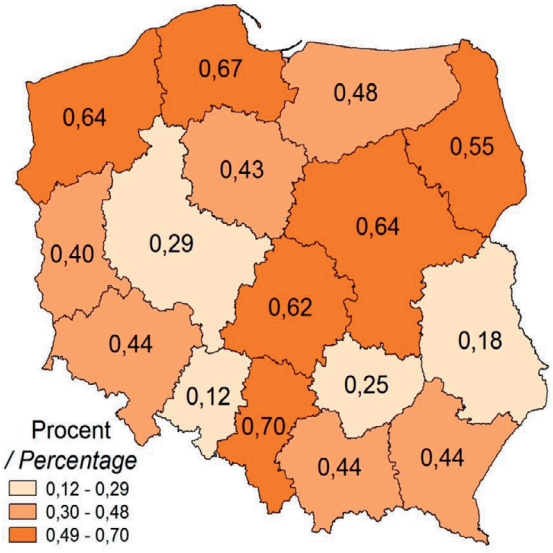
W rozdziale ograniczono się jedynie do omówienia wybranych zagadnień bazując głównie na danych zabranych w ramach nadzoru epidemiologicznego przez Państwową Inspekcję Sanitarną w ścisłej współpracy z Zakładem Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH. W tabeli 6.1 zamieszczono podstawowe dane charakteryzujące sytuację chorób zakaźnych objętych nadzorem, przedstawiając szerszą grupę chorób niż te szczegółowo omawiane w dalszej części rozdziału.

W Programie Szczepień Ochronnych realizowanym w Polsce od ponad pół wieku, istotne znaczenie dla utrzymania korzystnej sytuacji epidemiologicznej przypada szczepieniom obowiązkowym, obejmującym dzieci i młodzież w wieku od 0 do 19 lat.



Ryc. 6.1. Umieralność na choroby zakaźne (na 100.000 ludności) i procentowy udział zgonów z powodu tych chorób w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w latach 1988-2017 (źródło: GUS)

Fig. 6.1. Infectious diseases mortality per 100,000 population and deaths from infectious diseases as percentage of all deaths in Poland, 1988-2017 (source: Chief Statistics Office)



Ryc. 6.2. Udział zgonów z powodu chorób zakaźnych w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w 2016 r. wg województw (źródło: GUS)

Fig. 6.2. Proportion of deaths from infectious diseases in the total number of deaths in Poland in 2016 by voivodship (source: Chief Statistics Office)

Tabela 6.1. Wybrane choroby zakaźne objęte w Polsce obowiązkiem zgłaszania i rejestracji. Liczba zachorowań i zapadalność na 100.000 ludności w latach 2007-2017

Table 6.1. Selected notifiable infectious diseases in Poland. Number of cases and incidence per 100,000 population, 2007-2017

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)		Mediana w latach 2007-2011 / Median 2007-2011		Mediana w latach 2012-2016 / Median 2012-2016		2017	
		liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence
Cholera		0	0	0	0	0	0
Dur brzuszny / Typhoid		3	0,008	2	0,005	7	0,018
Dury rzekome A, B, C / Paratyphoid A, B, C		2	0,005	5	0,013	2	0,005
* Salmonelozy / Salmonellosis		9 608	25,2	8 444	21,9	10 000	26,0
w tym: / including:	zatrucia pokarmowe / foodborne intoxications	9 478	24,9	8 267	21,5	9 710	25,3
	* zakażenia pozajelitowe / parenteral infections	130	0,36	195	0,51	290	0,75
Czerwonka bakteryjna / Shigellosis		30	0,08	18	0,05	44	0,11
* Inne bakteryjne zakażenia jelitowe / Other bacterial intestinal infections		6 595	17,3	11 329	29,4	15 665	40,8
w tym: / including:	werotoksyczna E. coli / verotoxin-producing E.coli	4	0,010	8	0,021	6	0,016
	* biegunkotwórcza E. coli / diarrhoeic E.coli	952	2,50	399	1,04	270	0,70
	* E. coli inna i nie określona / other specified and unspecified E.coli	908	2,38	597	1,55	306	0,80
	kampylobakterioza / campylobacteriosis	354	0,92	652	1,69	874	2,27
	jersinioza / yersiniosis	214	0,56	199	0,52	191	0,50
	wywołane przez Clostridium difficile [1] / caused by Clostridium difficile [1]	.	.	7 571	19,7	11 667	30,4
	* inne określone i nie określone [1] / other specified and unspecified [1]	.	.	2 820	7,33	2 351	6,12
* Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe / Other bacterial foodborne intoxications		2 195	5,70	1 537	3,99	504	1,31
w tym: / including:	* enterotoksyna gronkowcowa / Staphylococcal enterotoxin	217	0,57	98	0,25	54	0,14
	botulizm / botulism	35	0,091	26	0,068	24	0,062

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)		Mediana w latach 2007-2011 / Median 2007-2011		Mediana w latach 2012-2016 / Median 2012-2016		2017	
		liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence
	* Clostridium perfringens	4	0,010	5	0,013	1	0,003
	* inne określone / other specified	125	0,328	52	0,135	6	0,016
	* nie określone / other unspecified	1 800	4,67	1 372	3,57	419	1,09
Giardioza / Giardiasis		2 350	6,15	1 693	4,40	1 229	3,20
Kryptosporydioza / Cryptosporidiosis		1	0,003	3	0,008	7	0,018
* Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe / Viral and other specified intestinal infections		32 723	85,7	44 844	116,7	55 563	144,6
w tym: / including:	* rotawirusy / rotaviruses	22 104	57,9	23 692	61,5	32 995	85,9
	* norowirusy / noroviruses	1 186	3,11	2 602	6,76	3 501	9,11
	* inne / other	9 691	25,4	16 568	43,0	19 067	49,6
* Biegunki u dzieci do lat 2, bliżej nie określone / Diarrhoea in children under 2 years, unspecified		11 581	1428,4	17 564	2310,4	16 526	2166,4
Gruźlica [2] / Tuberculosis [2]		8 236	21,6	6 698	17,4	5 787	15,1
w tym: / including:	układu oddechowego [2] / respiratory system [2]	7 654	20,1	6 311	16,4	5 531	14,4
Dżuma / Plague		0	0	0	0	0	0
Tularemia / Tularaemia		4	0,010	9	0,023	30	0,078
Wąglik / Antrax		0	0	0	0	0	0
Bruceloza (nowe zachorowania) / Brucellosis (new cases)		2	0,005	1	0,003	2	0,005
Leptospiroza / Leptospirosis		5	0,013	4	0,010	2	0,005
Listerioza / Listeriosis		43	0,11	70	0,18	122	0,32
Tężec / Tetanus		16	0,042	13	0,034	11	0,029
Błonica / Diphteria		0	0	0	0	0	0
Krztusiec / Pertussis		1 987	5,21	4 684	12,16	3 066	7,98
* Płonica / Scarlet fever		13 940	36,5	25 115	65,2	16 411	42,7
Choroba meningokokowa / Meningococcal disease		296	0,78	220	0,57	228	0,59
w tym: / including:	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu / meningitis and/or encephalitis	193	0,50	122	0,32	122	0,32
	posocznica / sepsis	192	0,50	139	0,36	159	0,41

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)		Mediana w latach 2007-2011 / Median 2007-2011		Mediana w latach 2012-2016 / Median 2012-2016		2017	
		liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence
* Róża / Erysipelas		3 425	8,9	5 267	13,7	5 176	13,5
Legioneloza / Legionellosis		18	0,047	14	0,036	39	0,102
Kiła (ogółem) [3] / Syphilis (total) [3]		932	2,44	1 253	3,26	1 602	4,17
Rzeżączka [3] / Gonorrhea [3]		301	0,79	500	1,30	321	0,84
Chlamydiozy przenoszone drogą płciową [3] / Sexually transmitted chlamydia [3]		627	1,64	329	0,86	258	0,67
* Borelioza z Lyme / Lyme disease		9 003	23,6	13 625	35,4	21 514	56,0
Gorączka Q / Q fever		0	0	0	0	0	0
* Dur wysypkowy, gorączka plamista i inne riketsjozy / Typhus fever, spotted fever and other rickettsioses		1	0,003	3	0,008	4	0,010
Ostre nagminne porażenie dziecięce / Poliomyelitis		0	0	0	0	0	0
* Choroba Creutzfeldta-Jakoba / Creutzfeldt-Jakob disease		18	0,047	23	0,060	24	0,062
Wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba / Variant Creutzfeldt-Jakob disease		0	0	0	0	0	0
Wścieklizna / Rabies		0	0	0	0	0	0
* Wirusowe zapalenie mózgu / viral encephalitis		452	1,18	348	0,90	393	1,02
w tym: / including:	* przenoszone przez kleszcze / tick-borne	233	0,61	195	0,51	283	0,74
	* inne określone / other specified	38	0,100	38	0,099	32	0,083
	* nie określone / other unspecified	141	0,37	104	0,27	78	0,20
* Wirusowe zapalenie opon mózgowych / viral meningitis		1 039	2,70	1 058	2,75	800	2,08
w tym: / including:	* enterowirusowe / enteroviral	23	0,06	71	0,18	65	0,17
	* inne określone i nie określone / other specified and unspecified	1 016	2,64	1 005	2,61	735	1,91
Gorączka denga (klasyczna lub krwotoczna) / Dengue fever (classical and haemorrhagic)		4	0,010	13	0,034	29	0,075
Żółta gorączka / Yellow fever		0	0	0	0	0	0
Gorączka Lassa / Lassa fever		0	0	0	0	0	0

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)		Mediana w latach 2007-2011 / Median 2007-2011		Mediana w latach 2012-2016 / Median 2012-2016		2017	
		liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence
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		160 174	420,2	187 624	487,9	173 196	450,8
Odra / Measles		40	0,10	84	0,22	63	0,16
Różyczka / Rubella		7 587	19,89	5 891	15,31	476	1,24
w tym: / including:	różyczka wrodzona / congenital rubella	1	0,241	0	0	0	0
Wirusowe zapalenie wątroby typu A / Hepatitis A		155	0,41	49	0,13	3 013	7,84
Wirusowe zapalenie wątroby typu B [4] / Hepatitis B [4]		1 475	3,87	2 758	7,17	3 363	8,75
w tym: / including:	ostre / acute	199	0,52	69	0,18	56	0,15
Wirusowe zapalenie wątroby typu C [5] / Hepatitis C [5]		2 753	7,2	3 270	5,9	4 010	10,44
* Wirusowe zapalenie wątroby inne i nieokreślone / Viral hepatitis other and unspecified		50	0,131	20	0,052	14	0,036
AIDS		173	0,45	148	0,38	107	0,28
Nowo wykryte zakażenia HIV / newly detected HIV infections		955	2,50	1 132	2,94	1 407	3,66
Świnka / Mumps		2 954	7,74	2 436	6,33	1 670	4,35
Zimnica /malaria/ / Malaria		22	0,058	29	0,075	27	0,070
Bąblowica / Echinococcosis		28	0,07	47	0,12	75	0,20
Włośnica / Trichinosis		36	0,094	9	0,023	9	0,023
Choroba wywołana przez Streptococcus pneumoniae / Disease caused by Streptococcus pneumoniae		274	0,72	705	1,83	1 187	3,09
w tym: / including:	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu / meningitis and/or encephalitis	163	0,43	195	0,51	171	0,45
	posocznica / sepsis	130	0,34	465	1,21	813	2,12
	inna określona i nie określona / other specified and unspecified	76	0,20	205	0,53	465	1,21

Jednostka chorobowa / diseases (w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)		Mediana w latach 2007-2011 / Median 2007-2011		Mediana w latach 2012-2016 / Median 2012-2016		2017	
		liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence
Choroba wywołana przez Haemophilus influenzae / Disease caused by Haemophilus influenzae		31	0,08	41	0,11	108	0,28
w tym: / including:	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu / meningitis and/or encephalitis	13	0,034	11	0,029	11	0,029
	posocznica / sepsis	14	0,04	25	0,06	54	0,14
* Bakteryjne zap. opon mózg. i/lub mózgu - inne określ. / Bacterial meningitis and/or encephalitis – other specified		148	0,39	143	0,37	127	0,33
* Bakteryjne zap. opon mózg. i/lub mózgu - nie określ. / Bacterial meningitis and/or encephalitis – other unspecified		372	0,98	275	0,72	231	0,60
* Zapalenie opon mózgowych inne i nieokreślone / Meningitis other and unspecified		446	1,17	671	1,74	682	1,78
* Zapalenie mózgu inne i nie określone / Encephalitis other and unspecified		92	0,24	117	0,30	98	0,26
Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę / Influenza and influenza-like illness		551 054	1443,0	3 164 405	8218,7	5 043 491	13126,5
Toksoplazmoza wrodzona / Congenital toxoplasmosis		7	1,69	18	4,87	18	4,48

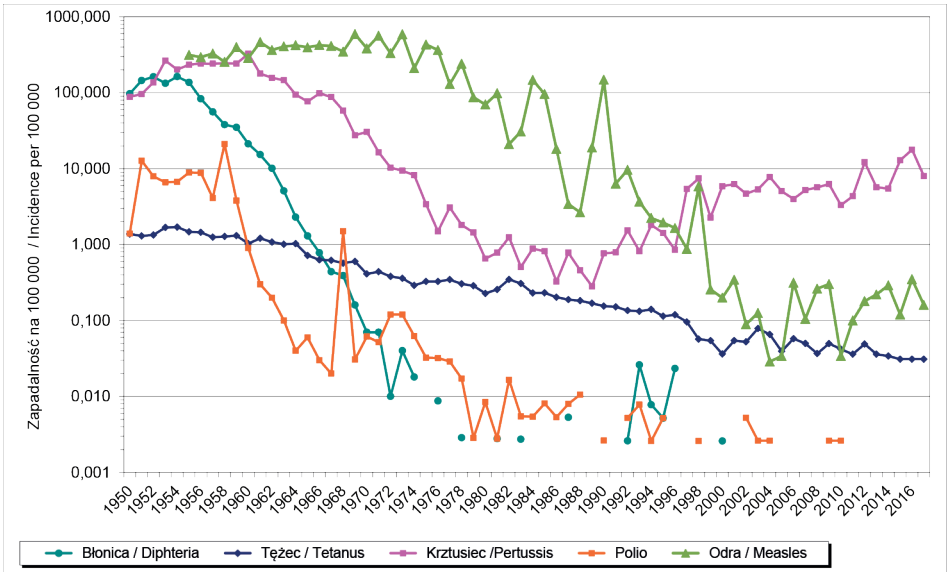
a) Odpowiednio na 100.000 ludności ogółem, dzieci do lat 2 oraz żywych urodzeń (choroby wrodzone). * Jednostki chorobowe i zespoły, które nie są objęte nadzorem w ramach europejskiej sieci nadzoru nad chorobami zakaźnymi. 1) Mediana liczby zachorowań i zapadalności w latach 2013-2016. 2) Dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. 3) Do 2016 r. dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. 4) Od 2014 r. zmieniona definicja przypadku. 5) Od 2009 r. zmieniona definicja przypadku.
a) Respectively per 100,000 population total, children under 2 years and live births (congenital disease). * 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 2013-2016. 2) Data from National Institute of Tuberculosis and Lung Disease. 3) To 2016 data from Center for Health Information Systems. 4) Since 2014 amended case definition. 5) Since 2009 amended case definition.

Źródło danych: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce. NIZP-PZH, GIS, Warszawa. Roczniki 2007-2017.
Data source: Infectious diseases and poisonings in Poland. NIPH-NIH, CSI, Warsaw, Yearbooks 2007-2017.

Efektem stosowania obowiązkowych szczepień jest znaczne ograniczenie lub wyeliminowanie zachorowań na choroby takie jak: błonica, tężec, polio, odra, różyczka, wzw B (zachorowania ostre), czy wywołanych przez drobnoustrój *Hemophilus influenzae*. Biorąc pod uwagę zmiany w kalendarzu szczepień ochronnych, które

zostały wprowadzone w ostatnich latach, należy wspomnieć o zastąpieniu ostatniej dawki szczepionki przeciw polio OPV mniej odczynową szczepionką IPV, w 2016 r. Z kolei ważnym elementem strategii zwalczania groźnych zakażeń jest wprowadzenie w 2017r. obowiązkowego szczepienia przeciw pneumokokom. Jednak na efekt populacyjny tych szczepień należy poczekać kilka lat.

W przypadku krztuśca sytuacja epidemiologiczna jest bardziej złożona, gdyż po osiągnięciu znaczącego spadku zapadalności oraz śmiertelności, od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych nastąpił wzrost liczby zachorowań i ta tendencja utrzymuje się do dnia dzisiejszego. Bardzo wysoki ostatni szczyt epidemiczny zachorowań na krztusiec w 2016r. (6828 przypadków), oraz liczne zachorowania w 2017r. (3067 zachorowań) wskazują na utrwalone krążenie bakterii w środowisku i nadal utrzymującą się wrażliwość populacji na zakażenie (ryc. 6.3). Jednakże, do czasu powstania nowej szczepionki, utrzymanie szczepień przeciw krztuścowi zgodnie z dotychczasowym schematem, pozostaje nadal jedyną możliwością profilaktyki krztuśca.

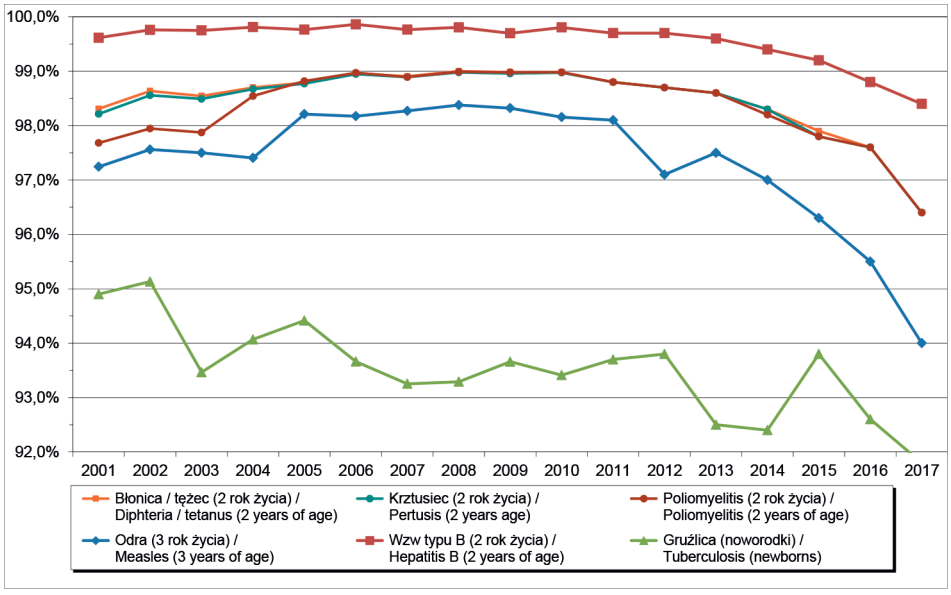


Ryc. 6.3. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne, przeciw którym prowadzone są obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci i młodzieży, w latach 1950-2017

Fig. 6.3. Incidence of selected infectious diseases against which mandatory vaccination is provided, in years 1950-2017

Trzeba podkreślić, że wykonawstwo szczepień przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, odrze, różyczce przez większość lat utrzymywało się na bardzo

wysokim poziomie tzn. pomiędzy 95% i 100%. Z danych na temat wykonawstwa szczepień obowiązkowych na przestrzeni ostatnich lat wynika, że nadal 95% dzieci i młodzieży obejmowano szczepieniami i w odniesieniu do większości szczepień w 2017r. uzyskano zadawalający stan zaszczepienia wynoszący od 94% do 98,5%. Jednak wyraźnie zarysowana jest niepokojąca tendencja spadkowa stanu zaszczepienia (ryc. 6.4). Utrzymujący się stan zaszczepienia populacji >90,0% podlegającej szczepieniom obowiązkowym jest wystarczający do osiągnięcia odporności zbiorowiskowej, zapobiegającej epidemicznemu szerzeniu się zachorowań (tab. 6.2).



Ryc. 6.4. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2017. Odsetek dzieci w 1-3 roku życia zaszczepionych przeciw wybranym chorobom

Fig. 6.4. Vaccination Program in 2001-2017. The percentage of children at 1-3 years of age vaccinated against selected diseases

Warto zauważyć, że w efekcie prowadzonych szczepień, ostatni przypadek choroby poliomyelitis (Choroba Heinego-Medina), wywołany dzikim szczepem wirusa polio odnotowano w Polsce w 1984r., a ostatni przypadek zachorowania spowodowanego wirusem pochodzenia szczepionkowego w 2013 r. (ryc. 6.3). Z perspektywy Ogólnoświatowego Programu Eradykacji Poliomyelitis koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia, Polska osiągnęła i utrzymuje status kraju wolnego od polio.

Tabela 6.2. Wykonawstwo szczepień w Polsce w 2017 r.
Table 6.2. Vaccine coverage in Poland in 2017

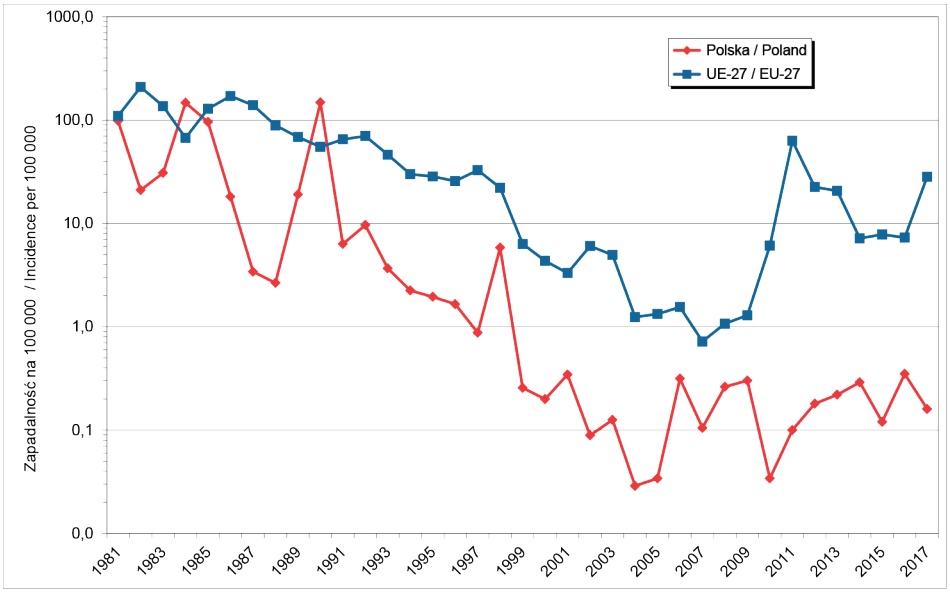
Rodzaj szczepionki / Type of vaccine	Średni odsetek zaszczepionych w kraju / The average coverage in the country	Min. i max. Odsetek zaszczepionych wg województw / Min. and max. coverage by voivodship	Wiek dzieci, w którym oceniono stan zaszczepienia / Age of children in assessment of coverage
Błonica/tężec /Diphteria/ tetanus	98,4%	97,2%- 99,4%	drugi rok życia /second year of life
Krztusiec / Pertussis	96,4%	93,6%- 99,2%	drugi rok życia /second year of life
Polio / Poliomyelitis	96,4%	93,6%- 99,2%	drugi rok życia /second year of life
Odra/świnka/różyczka / Measles/mumps/rubella	94%	89,6%- 98,3%	trzeci rok życia / third year of life
Różyczka / Rubella	99,8%	99,2%-100%	piętnasty rok życia / fifteenth years of life
Hib / Hemophilus influenzae	96,4%	93,6%- 99,2%	drugi rok życia /second year of life
WZW B / Hepatitis B	98,4%	97%- 99,6%	drugi rok życia / second year of life
Gruźlica / Tuberculosis	91,8%	89,3%- 94%	drugi rok życia / second year of life

Zachorowania na błonicę w Polsce po 1975 r. występują sporadycznie (ryc. 6.3) – ostatni przypadek zachorowania na błonicę został zawleczony z terenów byłego Związku Radzieckiego w 2000 r. Należy pamiętać, zwłaszcza uwzględniając sytuację epidemiologiczną w Europie Wschodniej, że wciąż istnieje ryzyko pojawienia się błonicy. W związku z tym strategia zwalczania tej choroby musi opierać się na dwóch podstawowych elementach: utrzymaniu wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci i młodzieży zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, oraz okresowych, to jest co 10 lat, dawek przypominających szczepionką o zmniejszonej ilości toksoidu błoniczego, szczepionką Td.

Od 1998 r. liczba zachorowań na tężec nie przekraczała 30 przypadków rocznie, a w ostatnich latach zaobserwowano tendencję spadkową zachorowań do kilkunastu przypadków rocznie np. w 2017 r. wystąpiło 12 zachorowań. Ogromnym sukcesem realizacji szczepień przeciw tężcowi jest brak występowania od dziesiątków lat tzw. tężca noworodków.

Zmniejsza się również liczba zachorowań na choroby podlegające eliminacji: odrę i różyczkę oraz zespół różyczki wrodzonej. Rocznie rejestrowane jest około 100 przypadków odry (w 2016r. zarejestrowano 133 przypadki odry, a w 2017 r. – 63), co jest zapadalnością, wielokrotnie niższą niż przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 6.5). Wyższa liczba zachorowań wskazuje na zawlekanie choroby i występowanie ogniska/ognisk rozproszonych w populacji

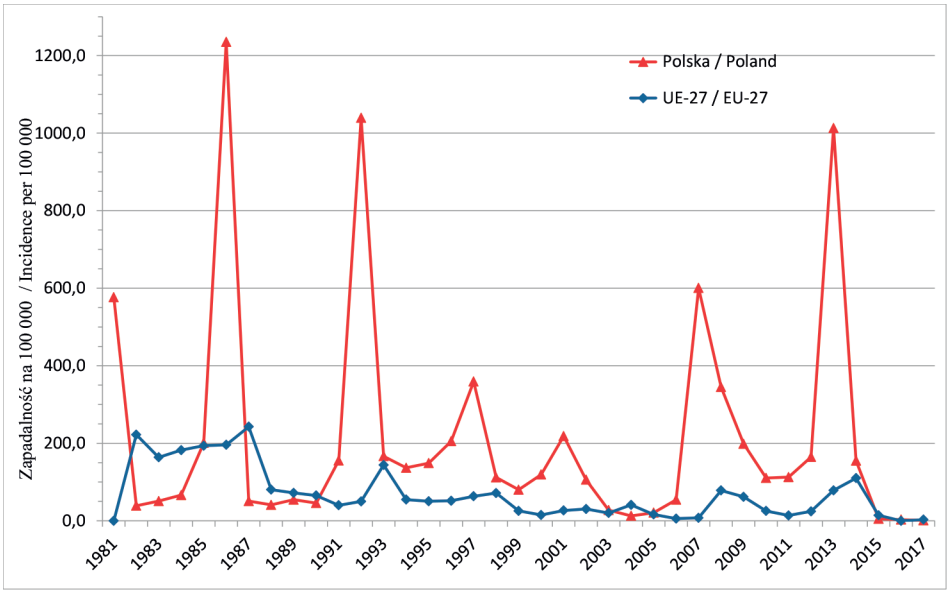
o niskim stopniu zaszczepienia. W naszym kraju, sytuacja odnosi się głównie do populacji romskiej i grup migrantów. Z perspektywy realizacji programu eliminacji odry obecna sytuacja epidemiologiczna odry jest korzystna, a cel eliminacji choroby, który zaplanowano na 2020r., wydaje się możliwy do osiągnięcia. Sprzyja temu fakt braku występowania zachorowań rodzimych na odrę, natomiast jedynymi zachorowaniami są przypadki importowane i powiązane z importowanymi.



Ryc. 6.5. Zapadalność na odrę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB,ECDC)

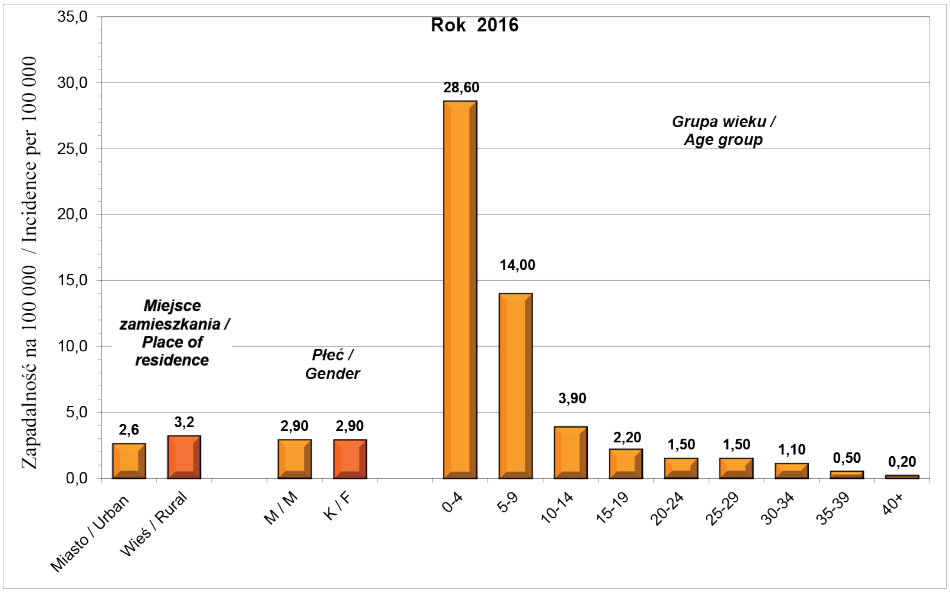
Fig. 6.5. Measles incidence in Poland and average incidence in EU/EEA countries in years 1981-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC)

Liczba zachorowań na różyczkę w ostatnich latach utrzymywała się na poziomie 4-6 tys. przypadków rocznie, z zapadalnością znacząco wyższą od przeciętnej dla UE (ryc. 6.6). W 2013r. wystąpił ponad sześciokrotny wzrost zachorowań na różyczkę (epidemia wyrównawcza). Wzrost zachorowań dotyczył w głównej mierze młodych mężczyzn w wieku 15-19 lata oraz 20-24 lat, z roczników nie objętych obowiązkowymi szczepieniami M-M-R. Po okresie epidemii wyrównawczej, rejestrowany jest wyraźny spadek liczby chorujących na różyczkę i w roku 2017 wynosił 477 zachorowań. Strukturę zapadalności w 2016 r. ilustruje rycina 6.7.



Ryc. 6.6. Zapadalność na różyczkę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB, ECDC)

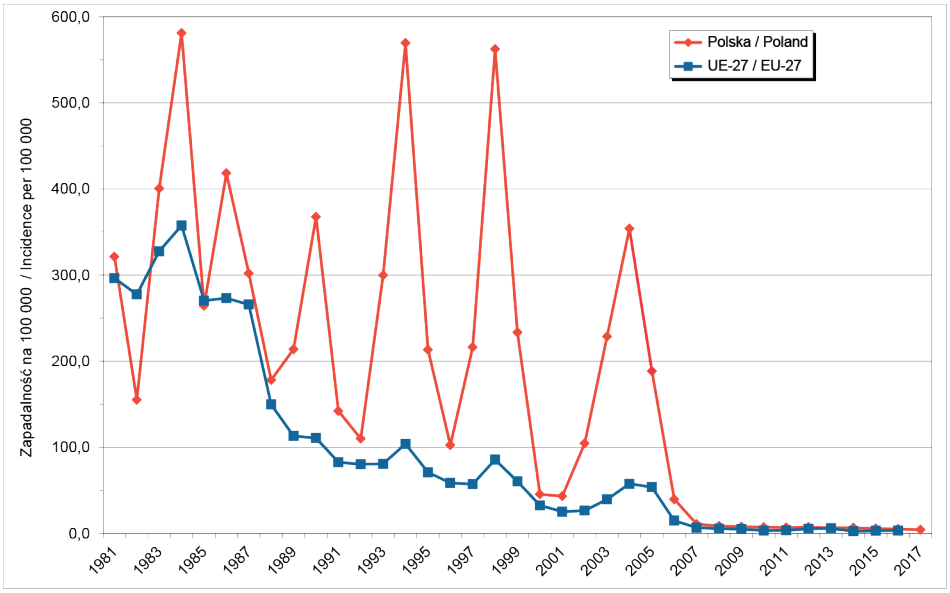
Fig. 6.6. Rubella incidence in Poland and average incidence in EU/EEA countries in years 1981-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC)



Ryc. 6.7. Zapadalność na różyczkę w 2016 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

Fig. 6.7. Rubella incidence in 2016 by place of residence, gender and age

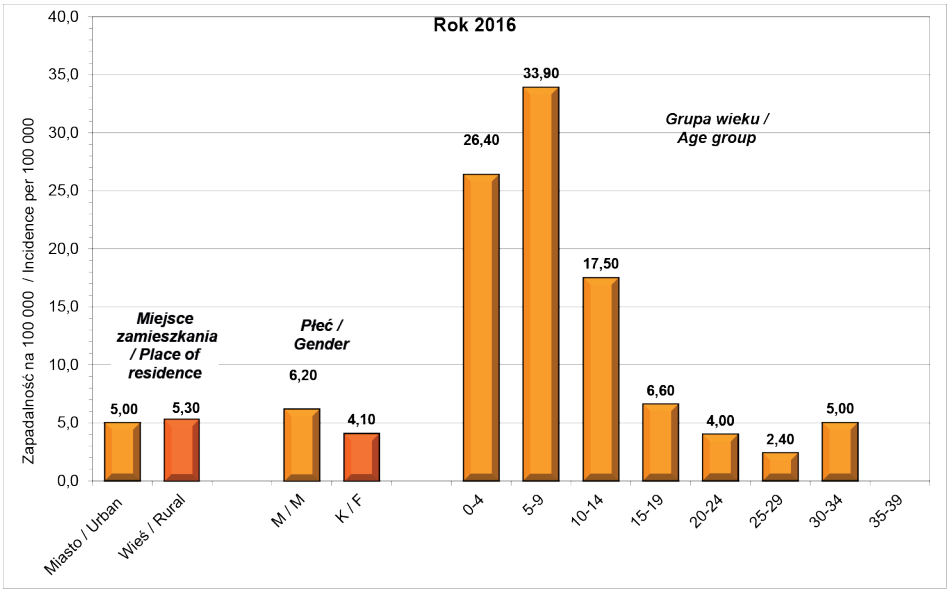
Poddawanie chłopców obowiązkowym szczepieniom M-M-R w kolejnych latach zmniejszyło problem zapadalności na różyczkę oraz nagminne zapalenie przyusznic (świnkę). Rocznie choruje na świnkę około 2000 osób. Zapadalność na świnkę w ostatnich latach wykazuje stałą, aczkolwiek powolną tendencję spadkową ze względu na występujące cyklicznie co 3-4 lata epidemie. Jednak nadal zapadalność na świnkę w naszym kraju jest nieco wyższa niż przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 6.8). Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw odrze-śwince-różyczce stanowiło kolejny ważny element poprawy sytuacji epidemiologicznej tych chorób (ryc. 6.9).



Ryc. 6.8. Zapadalność na świnkę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB, ECDC)

Fig. 6.8. Mumps incidence in Poland and average incidence in EU/EEA countries in years 1981-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC)

Niepokojący jednak pozostaje fakt niedostatecznego potwierdzania laboratoryjnego podejrzeń różyczki. Jest to element niezbędny do prawidłowego rozpoznania i potwierdzenia przypadku, jednocześnie wynikający z udziału Polski w realizacji programu eliminacji tej choroby. Pobranie materiału do badania laboratoryjnego celem potwierdzenia rozpoznania klinicznego dotyczy także zachorowań na odrę oraz wystąpienia ostrego porażenia wiotkiego u dzieci do 15 r.ż. Wymienione programy koordynowane są przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ).



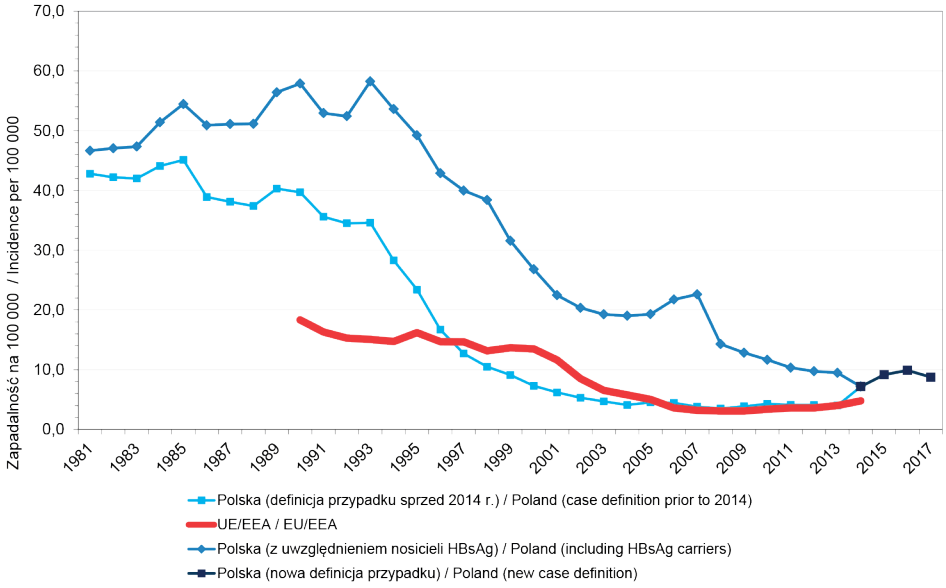
Ryc. 6.9. Zapadalność na świnkę w 2016 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

Fig. 6.9. Mumps incidence in 2016 by place of residence, gender and age

Wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B) w Polsce w latach 80. ubiegłego stulecia należało do chorób, których zapadalność w Polsce była znacznie wyższa od średniej zapadalności w Europie (ryc. 6.10). Istotny spadek zapadalności uzyskano dopiero po wprowadzeniu w latach 1994 – 1996 programu rutynowego szczepienia noworodków. W latach 2000 zapadalność spadła do poniżej 5 przypadków zachorowań na 100 tysięcy ludności, czyli zapadalności porównywalnej do zapadalności w innych krajach Unii Europejskiej (ryc. 6.10). Obecnie notuje się mniej niż 100 zachorowań ostrych rocznie.

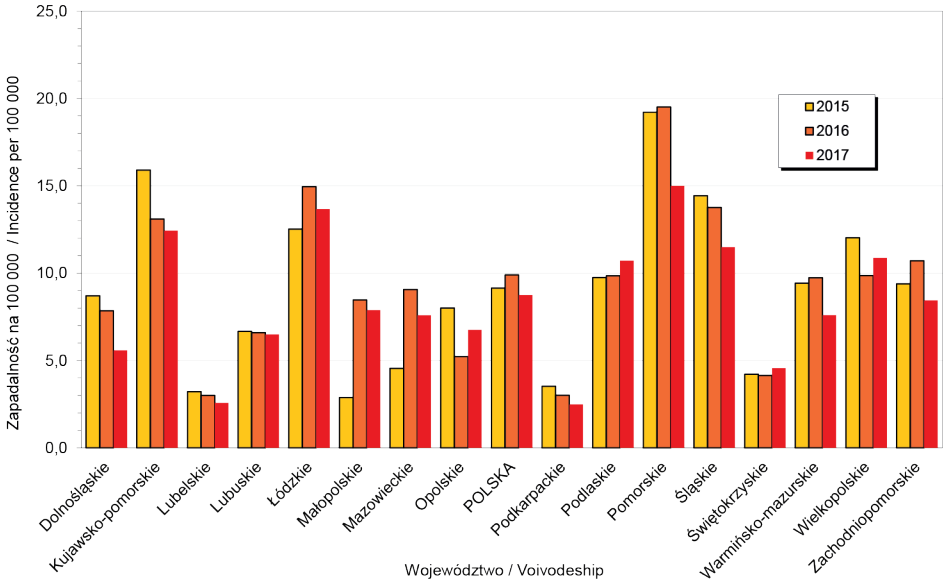
Zagrożeniem dla korzystnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie zachorowań ostrych jest zmniejszające się pokrycie rutynowymi szczepieniami. Wg wytycznych światowej organizacji zdrowia zaczepione w okresie noworodkowym powinno zostać >95% populacji. W Polsce odsetek ten w 2017 r. w skali kraju obniżył się do 92,9%, wahając się poszczególnych województwach od 89,3% w województwie pomorskim do 97.7% w województwie kujawsko-pomorskim.

WZW B to jednak nie tylko zachorowania ostre. W związku z niekorzystną sytuacją epidemiczną w przeszłości nadal istotnym problemem jest przewlekłe dotąd niezdiagnozowane wzw B. Zapadalność na przewlekłe wzw B wykazuje znaczne zróżnicowanie terytorialne związane najprawdopodobniej ze skutecznością diagnostyki w tym kierunku (ryc. 6.11).



Ryc. 6.10. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce i przeciętna w krajach UE, 1981-2017 (źródło: ECDC surveillance atlas)

Fig. 6.10. Hepatitis B incidence in Poland and average in the EU/EEA countries, 1981-2017 (source: ECDC surveillance atlas)

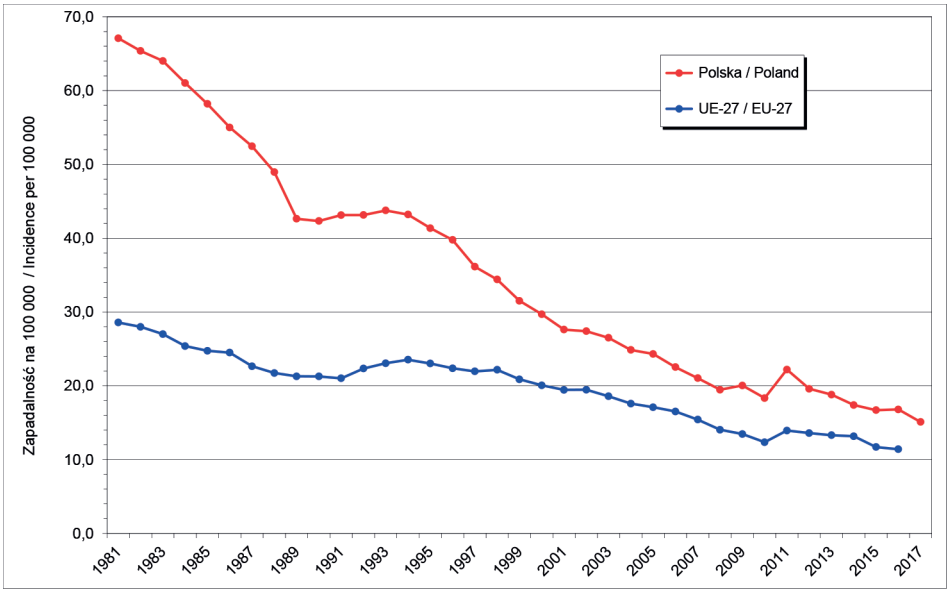


Ryc. 6.11. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w latach 2015-2017, wg województw

Fig. 6.11. Hepatitis B incidence in 2015-2017, by voivodship

Szczepienie przeciw infekcjom wywołanym przez *Haemophilus influenzae* typu B zostało wprowadzane stopniowo do kalendarza szczepień, po raz pierwszy w 1997r. jako szczepienie zalecane, natomiast od roku 2007 dla wszystkich dzieci w 2 m.ż. I już w tym samym roku obserwowano spadek zapadalności na inwazyjną chorobę wywołaną *H. influenzae* o 42,6%, a zapadalność na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu spadło o 40,6%. W roku 2017 zgłoszono 119 zachorowań, w tym 9 przypadków zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych/mózgu i 52 przypadki posocznicy. Stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia, wynosił 98,4% w roku 2016 i 96,4% w 2017 r.

Gruźlica jest chorobą przeciw której prowadzone są szczepienia od wielu lat i ich wykonawstwo utrzymuje się na wysokim poziomie, pomimo obserwowanej tendencji spadkowej w ostatnich latach (ryc. 6.4). Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce poprawia się, jednak proces ten jest dość powolny (ryc. 6.12).



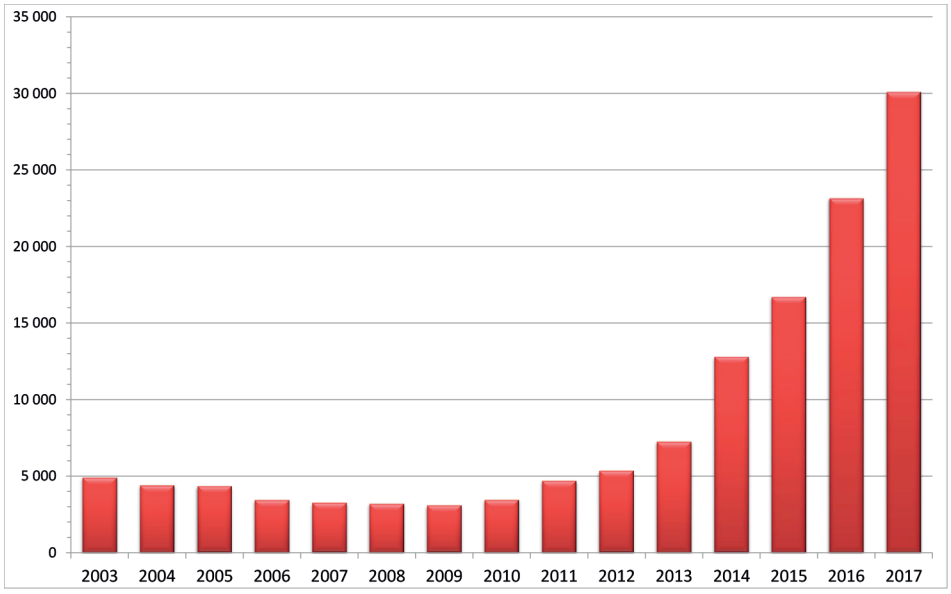
Ryc. 6.12. Zapadalność na gruźlicę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB, ECDC)

Fig. 6.12. Tuberculosis incidence in Poland and average incidence in EU/EEA countries in years 1981-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC)

Mimo utrzymującej się tendencji spadkowej zachorowań na gruźlicę Polska pozostaje nadal w grupie państw o wyższej zapadalności na gruźlicę niż wynosi średnia dla krajów Europy Zachodniej (11,4 vs 16,8 w 2016r. i 15,1 w 2017 r.).

Gruźlicę wielolekooporną MDR-TB stwierdzono u 46 chorych, w tym u 10 cudzoziemców. Gruźlica była chorobą wskaźnikową u 17 chorych na HIV/AIDS. Należy podkreślić, że zapadalność na gruźlicę jest w Polsce wyższa niż w większości krajów europejskich, ale niekorzystne zjawiska epidemiologiczne jak gruźlica u dzieci, współwystępowanie gruźlicy i HIV i gruźlica wielolekooporna występują w naszym kraju w mniejszym nasileniu niż w całej UE/EOG. W Polsce najwyższy współczynnik zapadalności stwierdza się u osób w wieku podeszłym. Ponadto utrzymuje się znaczne zróżnicowanie współczynników zapadalności w województwach. W odróżnieniu od wielu krajów UE i EOG udział imigrantów w zbiorowości chorych na gruźlicę jest w Polsce niewielki – w 2016r. wynosił 1,4%. W Polsce wśród chorych na gruźlicę dominują mężczyźni (w 2016r. dwukrotnie więcej niż kobiety) w stopniu większym niż w przeważającej liczbie krajów UE i EOG.

Pomimo spektakularnego sukcesu stosowania szczepień i w ich wyniku osiągnięcia korzystnej sytuacji epidemiologicznej, w ostatnich latach obserwujemy wysoce niepokojący i narastający problem uchylania się i rezygnacji ze szczepień. Z analizy danych pochodzących z okresowych sprawozdań placówek opieki zdrowotnej do Inspekcji Sanitarnej wynika, że w 2017 r. nie przystąpiło do szczepień ponad 30 000 dzieci, tj. dziesięciokrotnie więcej niż w 2009 r. (ryc. 6.13).



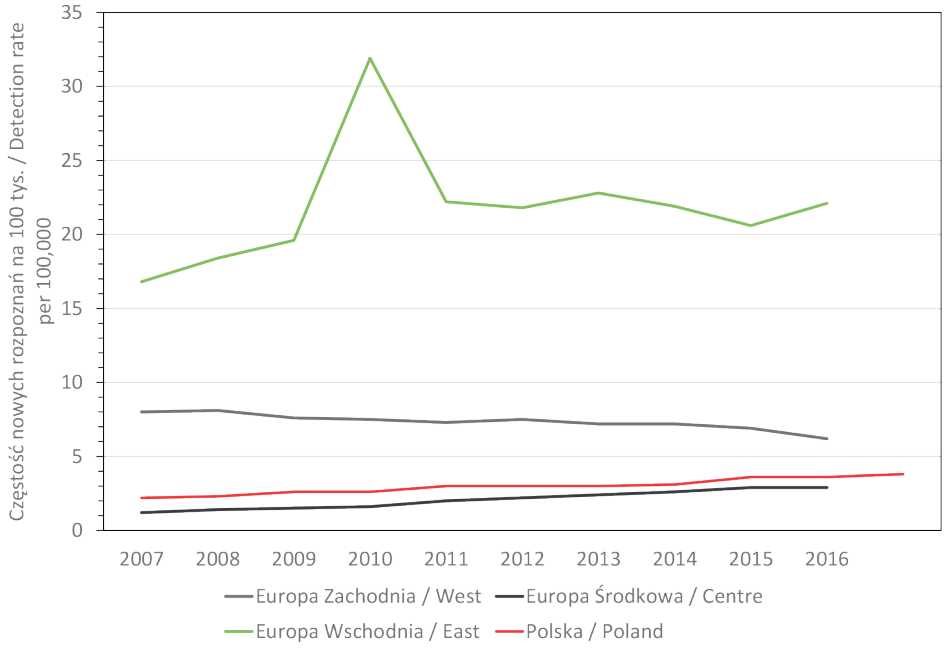
Ryc. 6.13. Liczba osób uchylających się od szczepień obowiązkowych w latach 2003-2017
Fig. 6.13. Number of persons avoiding mandatory vaccinations in the 2003-2017

Taka sytuacja wynika z jednej strony ze wzrostu liczby zwolenników filozofii antropozoficznej, życia w zgodzie z naturą, poglądów religijnych i ze wzmocnienia pozycji ruchów antyszczepionkowych, a z drugiej strony, prowadzenia przez wspomniane ruchy agresywnej i często nieprawdziwej informacji o szkodliwości i niebezpieczeństwie wynikającym ze stosowania szczepień. Podkreślić należy, że utrzymywanie się takiej dynamiki wzrostu osób rezygnujących ze szczepień, w perspektywie najbliższych lat grozi powrotem epidemii chorób, które udało nam się zwalczyć za pomocą szczepień.

Niepożądane odczyny poszczepienne tzw. NOP-y, podlegające obowiązkowemu zgłaszaniu i rejestracji od ponad 20-tu lat (system zgłaszania i rejestracji funkcjonuje od 1996 r.), są kluczowym narzędziem służącym do oceny bezpieczeństwa szczepień w naszym kraju. NOP-y są pochodną wykonanych szczepień przy użyciu szczepionek zarejestrowanych w Polsce i znajdujących się w obrocie. Od początku rejestracji do roku 2017, obserwujemy wzrost liczby zgłaszanych NOP-ów. Ten fakt należy interpretować obserwowanym stałym wzrostem czułości systemu nadzoru, nie zaś wzrostem odczynowości szczepień. Ponadto trzeba uwzględnić fakt kilkukrotnego wzrostu liczby stosowanych preparatów szczepionkowych i opisywanych rodzajów odczynów na przestrzeni 20 lat funkcjonowania nadzoru i co jest bardzo ważne z perspektywy nadzoru i bezpieczeństwa szczepień – stosowania bardzo szerokiej definicji niepożądanego odczynu poszczepiennego, który zgodnie z przepisami prawa rozpoznawany lub podejrzewany jest przez lekarza. W 2016r. lekarze rozpoznali i zgłosili do Inspekcji Sanitarnej ogółem 2341 NOP-ów, w tym 2231 były to NOP-y łagodne, 107 NOP-y poważne i 3 zakwalifikowano jako ciężkie. Analiza NOP-ów zgłoszonych do nadzoru jest wykonywana przez pracowników Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH i publikowana raz w roku w Biuletynie „Szczepienia ochronne". Znaczenie monitorowania niepożądanych odczynów poszczepiennych jest wielopłaszczyznowe, gdyż z jednej strony ma na celu wykrycie występowania nowych, nietypowych i rzadkich odczynów, monitorowanie już poznanych odczynów, a z drugiej strony ustalenie czynników ryzyka wystąpienia poszczególnych rodzajów odczynów, identyfikację partii szczepionek ze zwiększonym odsetkiem odczynów, czy kontrolę bezpieczeństwa nowo wprowadzonych szczepionek. Jest więc jednym z najistotniejszych narzędzi wpływających na kontrolę porejestracyjnego bezpieczeństwa szczepień.

Zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV). Bazując na opracowaniu skutecznych metod zapobiegania zakażeniom oraz zwiększającej się dostępności skutecznego leczenia w 2016 r. na Światowym Zgromadzeniu Narodów Zjednoczonych podpisano „Deklarację Polityczną o Zakończeniu Epidemii AIDS do 2030 r.". Pomimo obiecujących wyników badań, na podstawie

których opracowaną tą strategię, sytuacja epidemiologiczna w wielu krajach, nawet w Europie, pozostaje niekorzystna. Częstość nowo wykrywanych zakażeń rośnie w krajach Europy Środkowej (o 142% w latach 2007-2016) i Wschodniej (o 95% w latach 2007-2016), podczas, gdy kraje Europy Zachodniej odnotowały w tym okresie spadek o 23% (ryc. 6.14).



Ryc. 6.14. Częstość wykrywania zakażenia HIV na 100 tys. mieszkańców w latach 2007-2016 w Polsce i w podregionach europejskich WHO (źródło: ECDC surveillance atlas)

Fig. 6.14. HIV detection rare per 100,000 in 2007-2016 in Poland and subregions of the WHO European region (source: ECDC surveillance atlas)

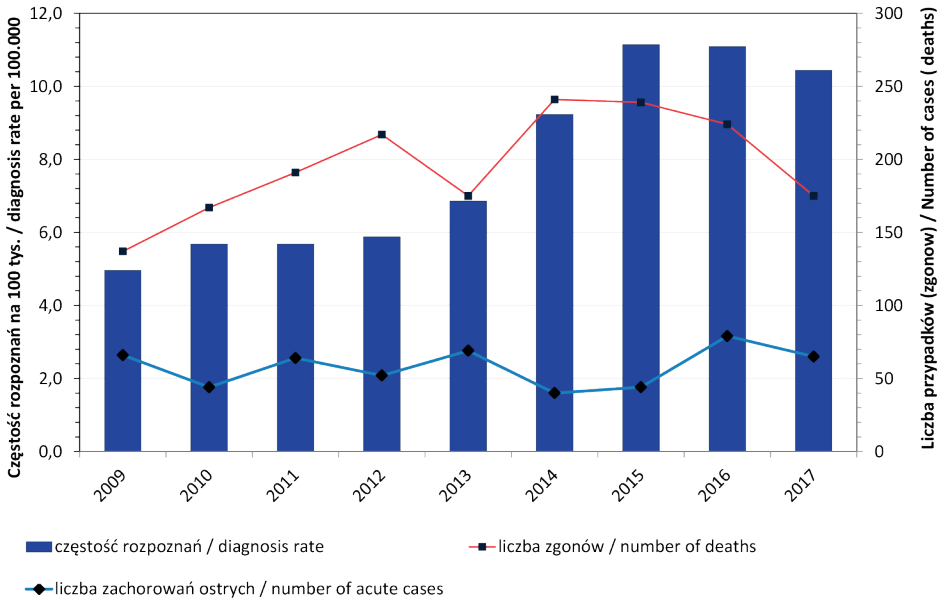
W Polsce w ciągu ostatnich kilkunastu lat doszło do szybkiego wzrostu nowo wykrywanych zakażeń HIV, od 1,7 na 100 tys. w 2000 r. do 3,7 na 100 tys. w 2017 r. Liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV znajdują się obecnie na najwyższym poziomie od początku epidemii w naszym kraju. Szybki wzrost wskaźnika nowych rozpoznań można częściowo tłumaczyć zwiększającą się liczbą badań w kierunku HIV. Analizując dane dotyczące liczby wykonywanych badań (z wykluczeniem badań kandydatów na dawców krwi) odnotowano istotny wzrost od ok. 160 tys. w połowie lat 2000. do ponad 300 tys. w latach 2013-2015 i ponad 400 tys. w 2016 r. Należy jednak zauważyć, że wzrost ten dotyczył w dużej mierze kobiet i był spowodowany wdrażaniem i intensyfikacją programu

badań przesiewowych w ciąży. Z kolei liczba nowych rozpoznań wśród kobiet w ostatnich latach pozostawała na podobnym poziomie, a to wśród mężczyzn odnotowano znaczny wzrost. Wskazuje to na rzeczywisty wzrost liczby nowych zakażeń, szczególnie w grupie mężczyzn mających stosunki seksualne z mężczyznami, którzy w skali kraju w latach 2015 – 2017 stanowili ok. 70% osób z nowo rozpoznawanym zakażeniem HIV.

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C) dotyczy około 80 milionów osób na świecie. W krajach rozwiniętych jednak rozpowszechnienie choroby z reguły nie przekracza 1-2% a w Polsce obecność anty-HCV szacuje się na ok. 1%, a rozpowszechnienie HCVRNA (aktywne zakażenie) – na 0,5%.

W ostatnim okresie przełom w skuteczności leczenia wzw C, dzięki któremu możliwe stało się wyleczenie ponad 90% chorych, spowodował sformułowanie ambitnych planów eliminacji wzw C jako problemu zdrowia publicznego do 2030 r. Istotą tego planu jest połączenie odpowiednich działań profilaktyki, w tym interwencji z zakresu redukcji szkód skierowanych do użytkowników narkotyków, ze skuteczną diagnostyką i leczeniem, która obejmie co najmniej 50% osób przewlekle zakażonych do 2020 r. W Polsce szczególne trudności dotyczą skutecznej rozpoznawalności zakażeń HCV. Wg oszacowań z lat 2013-2014 około 80% zakażeń w populacji dorosłych było nierozpoznanych. Roczna liczba rozpoznań od tamtego czasu wzrosła w latach 2016 – 2017 o ok. 30 – 40% (ryc. 6.15.), co jest głównie spowodowane wzrostem rozpoznań wśród kobiet w wieku rozrodczym i jest najprawdopodobniej efektem wprowadzenia badania HCV do standardu badań wykonywanych w ciąży. Zachorowania ostre stanowią jedynie niewielki procent nowych rozpoznań. Ponadto, od ok. 2015 r. można odnotować spadek zgonów z powodu wzw C (wśród rozpoznanych przypadków), co można przypisać szerszej dostępności leczenia od 2015 r.

Badania pokazują, że grupą szczególnie narażoną na zakażenie wirusa HCV są osoby używające narkotyków we wstrzyknięciach. W danych europejskich około 45% nowych rozpoznań przypisywanych jest zakażeniu podczas stosowania narkotyku tą drogą. Również polskie dane wskazują na istotny problem w grupie użytkowników narkotyków. Badania przesiewowe w 2013 r. wykazały, że u 65% użytkowników narkotyków iniekcyjnych wykrywa się przeciwciała anty-HCV, a co za tym idzie większość z nich jest zakażona wirusem HCV. Jeśli zaś chodzi o nowe rozpoznania to rozpoznania wśród użytkowników stanowią od 5% do 7% ogółu wykrywanych zakażeń. Systematyczne badania przesiewowe użytkowników substancji odurzających wraz z priorytetowym leczeniem użytkowników są uznawane za niezbędne zarówno w celu poprawy sytuacji epidemiologicznej w tej grupie jak i osiągnięcia celów WHO eliminacji wzw C jako problemu zdrowia publicznego do 2030 r.



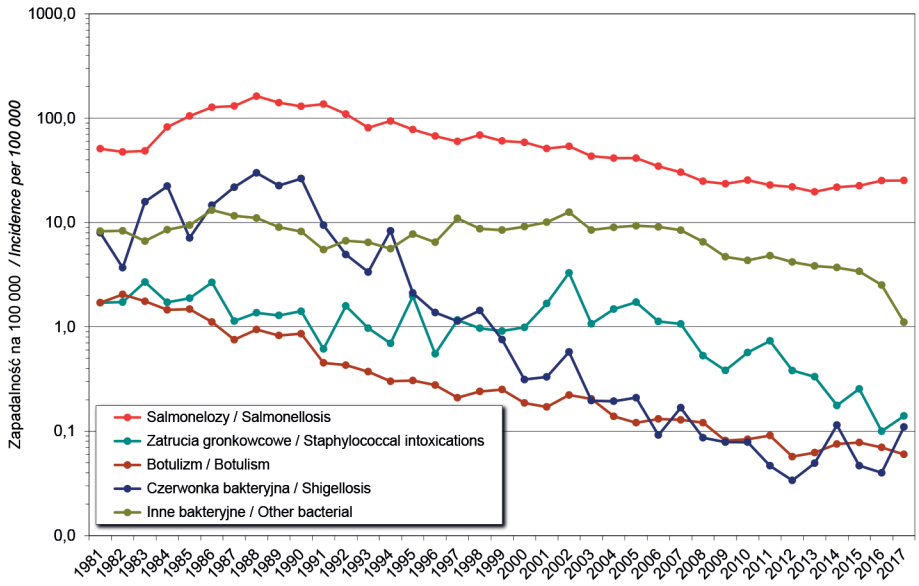
Ryc. 6.15. Częstość wykrywania zakażenia HCV na 100 tys. oraz liczba zachorowań ostrych i liczba zgonów z powodu wzw C, kod ICD- 10 B17.1, B18.2 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego i GUS)

Fig. 6.15. HCV diagnosis rate per 100,000, number of acute cases and the number of deaths due to hepatitis C, ICD-10 code B17.1, B18.2 (source: epidemiological surveillance and Chief Statistical Office)

Choroby przenoszone drogą pokarmową to grupa jednostek chorobowych różniących się zarówno wywołującymi je czynnikami oraz objawami klinicznymi, a ich wspólną cechą jest droga zakażenia. Wyodrębnienie tak szerokiej i złożonej grupy chorób w nadzorze epidemiologicznym wynika z ich istotnej roli w zdrowiu publicznym oraz tym, że są podstawowym wskaźnikiem bezpieczeństwa żywności i poziomu sanitarno-higienicznego zarówno gospodarstw domowych oraz miejsc przyrządzania i serwowania posiłków w ramach żywienia zbiorowego. Dynamikę zapadalności na bakteryjne zakażenia i zatrucia pokarmowe od 1981 r. przedstawia rycina 6.16.

Przedstawione (w skali logarytmicznej) krzywe obrazują wielkie różnice w zapadalności pomiędzy poszczególnymi chorobami ilustrując malejące trendy zapadalności na salmonelozy, czerwonkę bakteryjną czy zatrucia jadem kiełbasianym oraz toksyną gronkowcową. Jedyną jednostką chorobową należącą do tej grupy charakteryzującą się bardzo silną tendencją wzrostową są zakażenia jelitowe wywołane przez *Clostridium difficile*, których liczba w 2017 osiągnęła 11667 przypadków.

W Polsce przez wiele dziesięcioleci dominującym czynnikiem będącym przyczyną zakażeń pokarmowych były bakterie rodzaju *Salmonella*, wśród których najczęściej występującym serotypem jest *S. Enteritidis*.



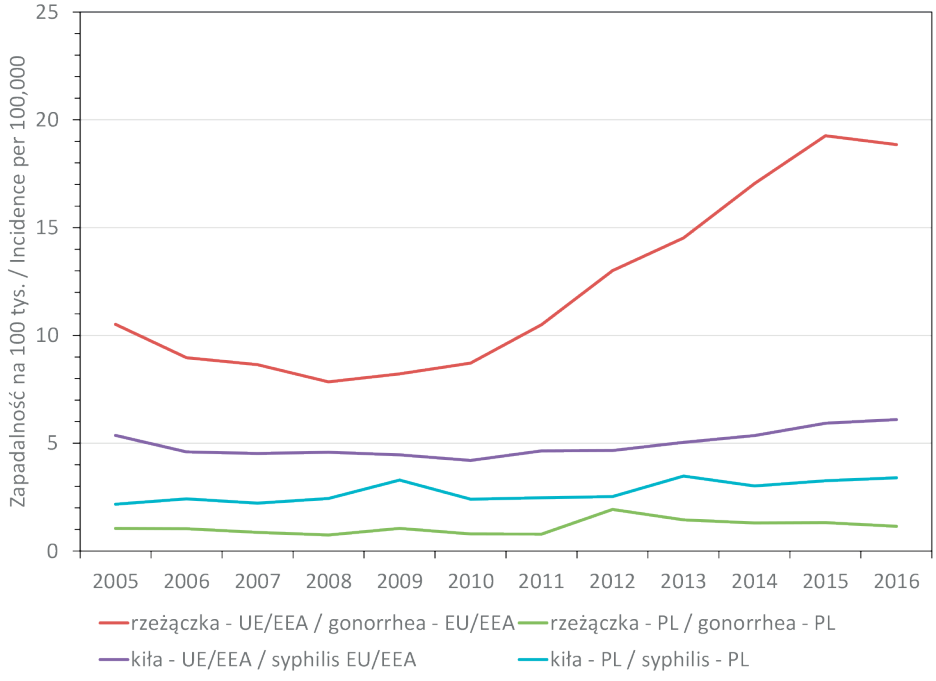
Ryc. 6.16. Zapadalność na salmonelozy i inne bakteryjne zatrucia i zakażenia pokarmowe w latach 1981-2017
Fig. 6.16. Salmonellosis and other bacterial foodborne intoxications and infections incidence in 1981-2017

Inne czynniki stwierdzane były znacznie rzadziej i badania w ich kierunku także były rzadziej wykonywane. Okresem szczególnego wzrostu zapadalności na salmonelozy 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 odbiegała istotnie od średniej dla krajów UE. Od roku 2016 obserwowany jest jednak wzrost zarówno liczby jak i zapadalności na salmonellozy, który jest przede wszystkim wynikiem wprowadzenia na rynek krajowy i międzynarodowy jaj z Polski skażonych pałeczkami *Salmonella,* co było przyczyną powstania międzynarodowego ogniska w latach 2016-2017.

Z grupy chorób szerzących się drogą pokarmową w ostatnim czasie na uwagę zasługuje wzrost zachorowań na wzw typu A w roku 2016 na terenie krajów Europy Zachodniej, który głównie dotyczył grupy mężczyzn mających stosunki seksualne z mężczyznami. Przyczynił się on do epidemicznego wzrostu zachorowań również w naszym kraju. W 2017 r. wystąpiła rekordowa liczba przypadków wzw typu A – 3014. Do tak szybkiego wzrostu paradoksalnie doszło w wyniku bardzo dobrej sytuacji epidemiologicznej w kraju w zakresie zachorowań na tą chorobę. Od 2002 roku Polska jest uważana za kraj o bardzo niskiej endemiczności zachorowań na wzw A. Niska endemiczność wiąże się z brakiem krążenia

wirusa zapalenia wątroby typu A (HAV) w populacji i narastania odsetka osób podatnych na zakażenie, zwłaszcza w grupie wieku poniżej 45 r.ż. Przekłada się na wzrost ryzyka wybuchu epidemii lokalnej lub nawet na większym obszarze kraju, z czym mieliśmy do czynienia w 2017 r.

Globalnie **choroby przenoszone drogą płciową** występują często. Szacuje się, że na świecie rocznie dochodzi do ok. 357 milionów zachorowań. Spośród patogenów przenoszonych drogą płciową w Unii Europejskiej monitorowane są kiła, rzeżączka i chlamydiozy przenoszone drogą płciową, ale należy podkreślić zróżnicowanie organizacji systemu nadzoru epidemiologicznego, jak i organizacji programów badań przesiewowych i badań osób z kontaktu pomiędzy krajami. Średnia zapadalność na kiłę i rzeżączkę w UE wzrasta, a najwięcej przypadków notuje się wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Zapadalność na kiłę i na rzeżączkę w Polsce pozostawały na poziomie poniżej średniej zapadalności w Europie. Jednakże również w naszym kraju wystąpił wyraźny wzrost tych wskaźników (ryc. 6.17).



Ryc. 6.17. Średnia zapadalność na 100 tys. na kiłę i rzeżączkę w krajach UE i w Polsce w latach 2005-2016 (źródło: dane GUS oraz ECDC surveillance atlas)

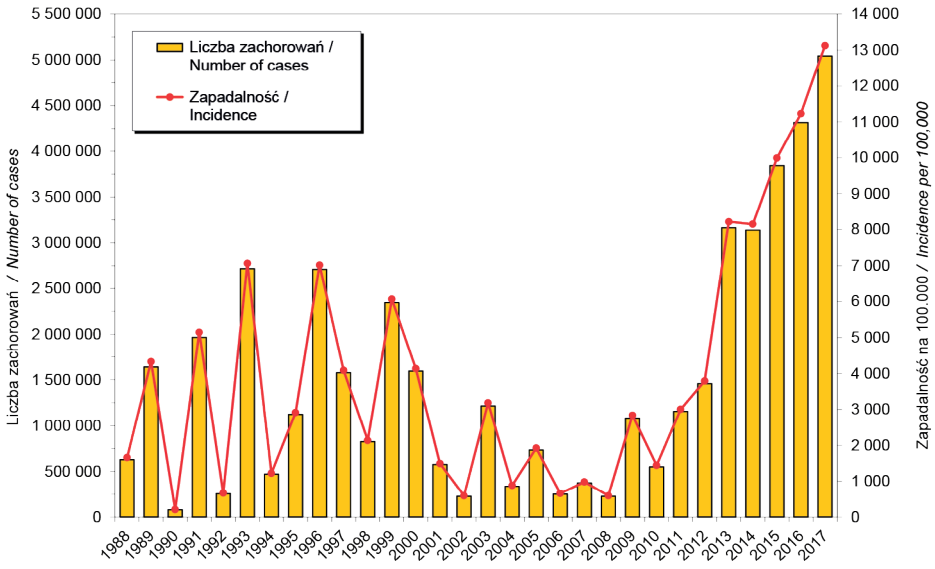
Fig. 6.17. Average syphilis and gonorrhea incidence per 100,000 in EU and in Poland in 2005-2016 (source: Chief Statistic Office and ECDC surveillance atlas)

Problemem pozostaje nieoptymalny system diagnostyki i rejestracji tych zachorowań, z powodu którego notowane wskaźniki wydają się zaniżone. Przykładowo w kilku województwach w ciągu całego roku odnotowano jedynie pojedyncze przypadki zachorowań na rzeżączkę. Informacje dotyczące drogi transmisji chorób przenoszonych drogą płciową nie były dotąd dostępne w ramach rutynowego systemu nadzoru epidemiologicznego w Polsce. Jednakże zarówno kiła jak i rzeżączka wykazują w Polsce podobną charakterystykę demograficzną jak w innych krajach UE z wielokrotną przewagą zapadalności wśród mężczyzn w stosunku do kobiet, co wskazuje na szerzenie się tych chorób w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami.

W krajach Unii Europejskiej najczęstszą chorobą przenoszoną drogą płciową są zakażenia Chlamydiami. W odróżnieniu od kiły i rzeżączki grupą szczególnie narażoną jest młodzież i młodzi dorośli, zwłaszcza kobiety i osoby heteroseksualne. Dane dotyczące częstości występowania chlamydioz w populacji osób młodych w Polsce są zbliżone do tych obserwowanych w innych krajach UE, szacowanej na 3% do 4% wśród osób poniżej 26 r.ż. Natomiast w rutynowych statystykach w Polsce rocznie zgłaszanych jest jednak jedynie kilkaset przypadków. Z uwagi na częsty bezobjawowy przebieg częstość rozpoznawania zakażeń chlamydiami zależy od wdrożenia badań przesiewowych. I tak przy porównywalnej rzeczywistej częstości zakażeń, w krajach UE o dużej częstotliwości badań notuje się 5000 razy więcej przypadków niż w krajach, w których takich badań się nie prowadzi.

Grypa i choroby grypopodobne rokrocznie, w okresie szczytu sezonu epidemicznego powodują poważne przeciążenie systemu opieki zdrowotnej i stają się główną przyczyną absencji chorobowej, generując olbrzymie koszty ekonomiczne i społeczne. W ostatnich pięciu latach, w związku z grypą rokrocznie z porady lekarskiej korzystał co dziesiąty Polak. W roku 2017 z porady lekarskiej skorzystało 5 043 491 osób (ryc. 6.18). Wprawdzie zachorowania na grypę rzadko wymagają hospitalizacji (w 2017 r. do szpitali skierowano 0,32% chorych) i rzadko prowadzą do ciężkich powikłań i zgonów, to jednak, ze względu na miliony przypadków zachorowań, te niewielkie odsetki prowadzą do tysięcy przypadków hospitalizacji (w 2017 r. 17 118) oraz znacznej liczby powikłań i zgonów (w 2017 r. – wg wstępnych danych GUS – zarejestrowano 79 zgonów). Poważne następstwa grypy szczególnie często notuje się u osób powyżej 60 lat i niemowląt.

Dane z nadzoru wskazują na gwałtowny wzrost zapadalności na grypę po pandemii w sezonie 2009/2010 (ryc. 6.18). Rodzi się jednak trudne pytanie, w jakim stopniu mamy tu do czynienia z rzeczywistym wzrostem zapadalności, a w jakim spowodowała to poprawa czułości nadzoru.



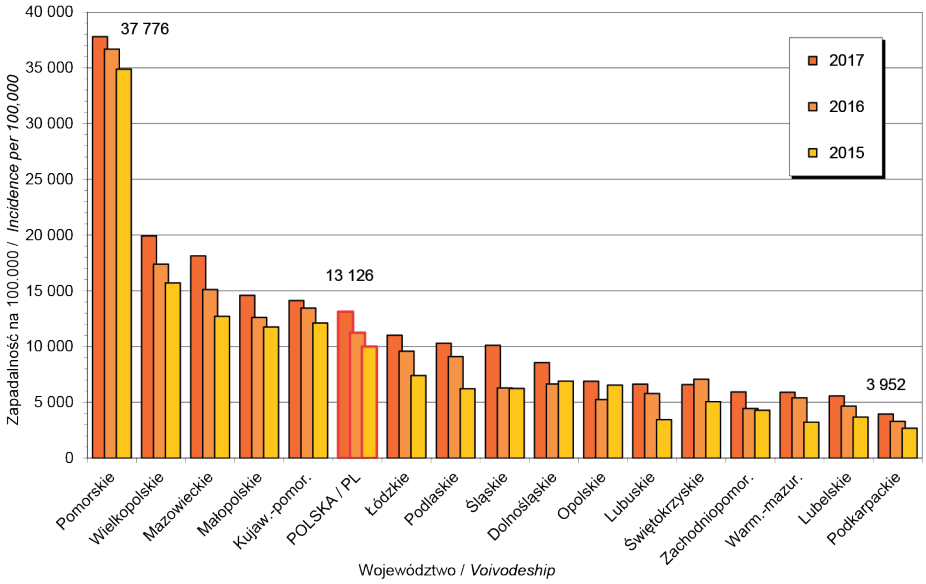
Ryc. 6.18. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w latach 1988-2017. Liczba zachorowań i zapadalność na 100.000 ludności

Fig. 6.18. Influenza and influenza-like illness in years 1988-2017. Number of cases and incidence per 100,000 population

Nadzór nad grypą w Polsce – podobnie jak w innych krajach - opiera się na rejestrowaniu zakażeń górnych dróg oddechowych, określanych jako "zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę", a obejmujących zarówno ostre zakażenia dróg oddechowych jak i zachorowania grypopodobne. Zachorowania wywołane wirusami grypy stanowią w tej grupie tylko pewien odsetek (w sezonie 2017/18 około 45%)[1]. Prowadzony nadzór jest wystarczający do oceny trendów zapadalności na danym terenie oraz do porównania poszczególnych sezonów między sobą. Niestety, w związku z wyraźnie zróżnicowaną czułością nadzoru w poszczególnych województwach, mało wiarygodna jest w Polsce ocena porównawcza aktywności grypy w różnych rejonach kraju (ryc. 6.19). I tak, prawie 10-krotna różnica między najwyższą zapadalnością roczną w skali kraju w 2017 r. a zapadalnością najniższą, to niewątpliwie efekt różnic w czułości nadzoru.

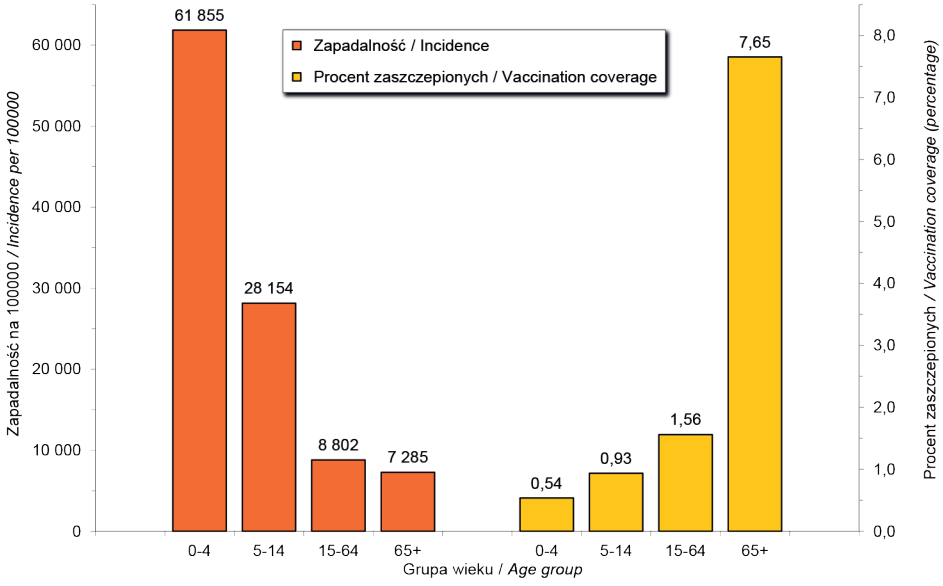
Rokrocznie najwyższą zapadalność na grypę obserwuje się wśród dzieci najmłodszych – w wieku do 5 lat (ryc. 6.20). Zapadalność w tej grupie w niektórych latach bywa nawet pięciokrotnie wyższa niż w całej populacji.

[1] Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Główny Inspektorat Sanitarny. Meldunki Epidemiologiczne. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę. 2018, 8D (32), 127-8.



Ryc. 6.19. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w latach 2015-2017. Zapadalność na 100.000 ludności wg województw

Fig. 6 .19. Influenza and influenza-like illness in 2015-2017. Incidence per 100,000 population by voivodeship

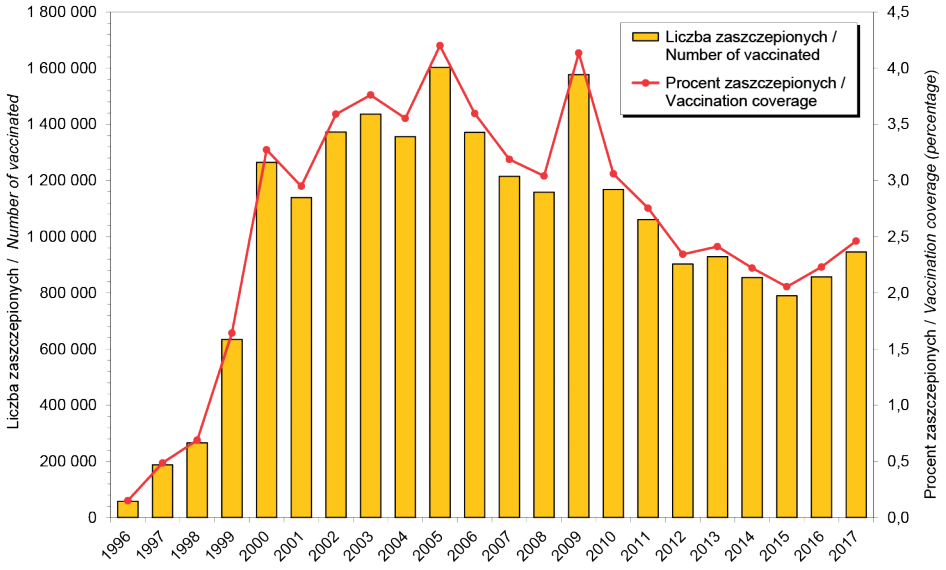


Ryc. 6.20. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w 2017 r. Zapadalność na 100.000 ludności i procent zaszczepionych przeciw grypie wg wieku

Fig. 6.20. Influenza and influenza-like illness in 2017. Incidence per 100,000 population and vaccine coverage (percentage) by age

W grupie dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat zapadalność jest z reguły o połowę niższa. Najniższą zapadalność notuje się zawsze wśród osób w wieku powyżej 64 lat. W ostatnich dwudziestu latach zachorowania dzieci i młodzieży do lat 14 stanowią od 25% do 55% ogółu zachorowań rejestrowanych w skali roku.

Według danych inspekcji sanitarnej, w 2017 r. w całej Polsce zaszczepiono przeciw grypie ogółem 945 869 osób, tj. 2,5% populacji. Najczęściej szczepione były osoby w grupie wieku powyżej 65 lat (ryc. 6.20). Przyjmując nawet, że dane te mogą być poważnie zaniżone, stwierdzić należy, że są to liczby żenująco niskie na tle innych krajów europejskich. Należy jednak zauważyć, że po dziesięciu latach utrzymywania się trendu spadkowego liczba osób szczepionych przeciw grypie zaczęła ponownie wzrastać (ryc. 6.21).



Ryc. 6.21. Szczepienia przeciw grypie w latach 1996-2017. Liczba zaszczepionych oraz procent zaszczepionej populacji

Fig. 6.21. Vaccination against influenza in 1996-2017. The number of vaccinated and the vaccine coverage (percentage)

Problem zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym związane z chorobami zakaźnymi. Narastający oraz coraz szybszy i łatwiejszy przepływ osób i towarów pomiędzy różnymi częściami świata sprawia, że zagrożenia wcześniej występujące jedynie lokalnie obecnie mogą stanowić poważny problem w innych, czasem bardzo odległych regionach. Dlatego też coraz więcej uwagi poświęca się monitorowaniu takich zdarzeń, a na poziomie kraju wprowadza się działania mające na celu zminimalizowanie możliwości zawleczenia i wprowadzenia do populacji naszego kraju takich chorób.

W roku 2014 wystąpiło w Afryce Zachodniej ognisko gorączki Ebola, które przez WHO zostało zaklasyfikowane jako zdarzenie stanowiącego Zagrożenie dla Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym. Ognisko to trwało ponad 2 lata i odnotowano w nim prawie 29 000 przypadków, z których ponad 11 000 było śmiertelnych. Było to największe ognisko gorączki Ebola od momentu wykrycia wirusa w 1976 roku. Rozprzestrzenienie się ogniska do dużych miast afrykańskich, mających połączenia drogą lotniczą z krajami Unii Europejskiej i Ameryką wpłynęło na znaczny wzrost ryzyka zawleczenia wirusa na inne kontynenty.

Kolejnym zdarzeniem, które w roku 2016 WHO zdecydowało się wskazać jako zdarzenie stanowiące Zagrożenie dla Zdrowia publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym było stwierdzenie na terenie Brazylii oraz na innych terenach endemicznych wirusa Zika, występowania wrodzonej mikrocefalii i innych powikłań neurologicznych potencjalnie powiązanych z zakażeniem matki w ciąży wirusem Zika. W związku z tym zdarzeniem ECDC zaleca osobom powracającym z obszarów o potwierdzonej transmisji wirusa Zika, a w szczególności planującym ciążę podjęcie działań prewencyjnych mających na celu zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusem Zika.

Inną chorobą mającą znaczne implikacje w zdrowiu publicznym były zakażenia koronawirusem MERS (MERS-CoV), które po raz pierwszy zidentyfikowano w 2012 r., u osób pochodzących z Półwyspu Arabskiego. Dotychczas zakażenia MERS-CoV zdiagnozowano u osób w 26 krajach na świecie, w tym w 8 w Europie. Zgodnie z danymi WHO, od czasu zarejestrowania pierwszych przypadków w 2012 r. do końca 2017 r., całkowita liczba potwierdzonych laboratoryjnie zakażeń MERS-CoV na świecie wynosiła 2122, w tym co najmniej 740 śmiertelnych. Nadal nie jest znane źródło wirusa choć za najbardziej prawdopodobne uważa się wielbłądy jednogarbne (dromadery).

Coraz częściej dochodzi także do występowania ognisk o zasięgu międzynarodowym spowodowanych wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV). W ostatnich latach są dwie główne przyczyny takich zdarzeń. Pierwszą jest coraz częstsze identyfikowanie jako nośnika takich zakażeń, mrożonych owoców miękkich, drugą szerzenie się wirusa w wyniku kontaktów seksualnych wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami.

Problem zawlekania do Polski chorób zakaźnych. Sytuacja epidemiologiczna w innych krajach, zwłaszcza w krajach Europejskich, może stanowić zagrożenie zarówno dla Polaków wyjeżdżających zagranicę, jak i pozostających w kraju w związku z potencjalnym szerzeniem się zawleczonej choroby.

W celu ograniczenia zachorowań obywateli Polski, a także zmniejszenia ryzyka zawleczeń, zgodnie z Ustawą z 1997 r. o usługach turystycznych, osoby wyjeżdżającej powinny zostać poinformowane, również na piśmie, przez organizatorów

turystyki lub pośredników turystycznych na temat zagrożeń występujących na obszarach odwiedzanych w czasie podróży. Niezależnie od obowiązku leżącego po stronie organizatora turystyki, w przypadku planowania podróży, szczególnie do odleglejszych rejonów świata, wskazane jest także zasięgnięcie porady lekarskiej w zakresie zalecanych szczepień oraz innych form postępowania profilaktycznego mających na celu uchronienie się przed zakażeniami/zarażeniami. W obecnym programie szczepień ochronnych dla osób podróżujących, w zależności od kraju docelowego, zalecane są szczepienia przeciwko wzw A, żółtej gorączce, wściekliźnie, ale w indywidualnych przypadkach mogą być wskazane także inne szczepienia. Dodatkowe informacje dotyczące zagrożeń chorobami zakaźnymi oraz możliwości zapobiegania chorobom występujących w innych krajach można również uzyskać w poradniach medycyny podróży (lista dostępna na stronie www.gis.gov.pl).

Niezbędne zmiany w systemie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi w Polsce, i ich perspektywy. Do oceny sytuacji zdrowotnej ludności w zakresie występowania chorób zakaźnych niezbędny jest właściwie działający system nadzoru epidemiologicznego. Na dobrą funkcjonalność takiego systemu ma wpływ wiele elementów. Jednym z nich jest czas, w którym dane dostępne są na różnych poziomach od momentu wystąpienia/wykrycia zdarzenia. Dostęp do danych w czasie rzeczywistym, który jest bardzo istotny z punktu widzenia podejmowania odpowiednich działań, może zagwarantować elektronizacja systemu nadzoru, co również wpłynie na zakres i jakość danych. Od roku 2016 jest ona sukcesywnie wprowadzana do rutynowego nadzoru epidemiologicznego dla poszczególnych jednostek chorobowych, a w ramach realizowanego obecnie projektu EpiBaza system ten w całości ma zostać zelektronizowany.

Innym bardzo istotnym elementem wpływającym zarówno na specyficzność jak i czułość nadzoru epidemiologicznego jest dostępność podstawowej diagnostyki laboratoryjnej do celów epidemiologicznych. Brak jest obecnie mechanizmów finansowania takich badań, które gwarantowałoby ich rutynowe zlecanie i wykonywanie. Rzadkie zlecanie badań laboratoryjnych mających znaczenie z punktu widzenia nadzoru epidemiologicznego znacznie utrudnia szybką identyfikację źródła i podjęcie odpowiednich działań. Nie mniej ważne jest wprowadzanie do rutynowego nadzoru epidemiologicznego metody molekularnych oraz badania lekooporności. Obecnie stosowane techniki polegające na analizach dotyczących danych z sekwencjonowania całego genomu (WGS) patogenów stają się coraz bardziej istotnym i precyzyjnym narzędziem do wyszukania powiązań pomiędzy pojedynczymi przypadkami zachorowań. W roku 2017 po raz pierwszy w Polsce zastosowano metodę WGS w dochodzeniu w ognisku wywołanym pałeczkami *Salmonella* Enteritidis, których źródłem były jaja pochodzące od polskiego producenta.

W systemach nadzoru bardzo ważną rolę odgrywają badania dodatkowe. W tym między innymi prowadzenie monitoringu ścieków, badania seroprewalencji, specyficzne badania w kierunku wybranych chorób/czynników ryzyka w wybranych grupach, badania sentinelowe oraz badania wykorzystujące dodatkowe źródła danych. Obecnie części takich badań jest realizowana w ramach zadań Narodowego Programu Zdrowi na lata 2016-2020.

PODSUMOWANIE

1. Dane zbierane w ramach rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi oraz dane o przyczynach zgonów wskazują, że sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce jest stosunkowo korzystna i względnie stabilna.
2. 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.
3. Oprócz promowania szczepień, coraz większego znaczenia nabiera konieczność przeciwdziałania tzw. „ruchom antyszczepionkowym", których negatywny wpływ na realizację Programu Szczepień Ochronnych zaczyna grozić utratą odporności zbiorowiskowej osiągniętej dotychczas.
4. Istnieje pilna konieczność usprawnienia profilaktyki w zakresie zakażeń HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową. Dziesięciokrotny wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami w latach 2000 – 2015 wskazuje tę grupę jako priorytetową do wdrażania interwencji o udokumentowanej skuteczności.
5. 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, grypie). Sprzyjają temu zmiany w przepisach prawnych dotyczących nadzoru, wprowadzone w latach 2013-2014.
6. Zakażenia wirusem HCV powodują rosnące koszty społeczne (zwiększająca się umieralność oraz występowanie zaawansowanej choroby), co wynika z niskiej rozpoznawalności i częściowo z niej wynikającego niskiego pokrycia leczeniem.
7. Przy efektywnych, opartych na danych strategiach zapobiegania i diagnostyki istnieje realna szansa odwrócenia niekorzystnych trendów występowania zakażeń HIV oraz HCV.

8. Dokładne rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej grypy, a tym samym planowanie i prowadzenie racjonalnej profilaktyki w zakresie profilaktyki tej choroby w skali kraju wymaga ujednolicenia nadzoru nad grypą, prowadzonego w różnych województwach.
9. Zważywszy na ponoszone rokrocznie olbrzymie koszty ekonomiczne i społeczne grypy, należy zintensyfikować działania na rzecz wydatnego zwiększenia odsetka osób szczepionych przeciw tej chorobie.
10. Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym i zwalczanie ich wymaga skutecznego przeciwdziałania zawężania zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
11. Sukcesywne wdrażanie do rutynowego systemu nadzoru nowoczesnych metod molekularnych np. sekwencjonowanie całego genomu (*ang. whole genome* sequencing) może znacząco przyczynić się, szczególnie w trakcie prowadzenia dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach (również tych o zasięgu międzynarodowym), do identyfikacji nośnika i/lub źródła zakażenia.
12. Do podejmowania terminowych, właściwych oraz skutecznych działań w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych niezbędna jest elektronizacja systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi, która nie tylko zapewni dostęp do danych w czasie rzeczywistym ale poprawi ich jakość oraz zapewni odpowiedni ich zakres.
13. Zwiększony ruch turystyczny do różnych części świata wymaga działań mających na celu podniesienie świadomości społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych wiążących się z takimi podróżami i sposobach zapobiegania tym zagrożeniom.

7. CHOROBY ALERGICZNE, ASTMA I INNE STANY ZAPALNE DRÓG ODDECHOWYCH

B. Samoliński, J. Kruszewski, R. Gawlik, M. Kupczyk, E. Czarnobilska, Z. Bartuzi

Opracowane pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat obserwowany jest gwałtowny wzrost częstości występowania alergii, w tym w szczególności alergicznego nieżytu nosa i astmy oskrzelowej. Najnowsze badania epidemiologiczne szacują częstość występowania alergii na około 30-40% populacji Polski. Ze względu na skalę problemu mówi się o „epidemii" chorób alergicznych. Do chorób wynikających z mechanizmów nadwrażliwości (chorób alergicznych) zaliczamy między innymi choroby dróg oddechowych (alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa, astmę oskrzelową), choroby skóry (atopowe zapalenie skóry, pokrzywka), alergie pokarmowe, alergie na leki i reakcje anafilaktyczne. Choroby alergiczne najczęściej rozwijają się u dzieci i młodzieży, a objawy kliniczne utrzymują się przez całe życie chorego co przekłada się na upośledzenie jakości życia pacjenta i jego rodziny, wpływa na wydajność nauki i pracy, ryzyko wielochorobowości w wieku podeszłym, przedwczesne zgony i stanowi istotne obciążenie systemu opieki zdrowotnej. W wielu przypadkach choroby alergiczne wymagają zintegrowanej opieki specjalistycznej w warunkach ambulatoryjnych, najcięższe przypadki astmy oskrzelowej czy reakcje anafilaktyczne stanowią istotne zagrożenie życia i wymagają diagnostyki i opieki w wysokospecjalistycznych ośrodkach referencyjnych. Poza wzrostem występowania chorób alergicznych do niepokojących trendów epidemiologicznych należy zaliczyć narastanie i zmiana charakteru alergii pokarmowych, wzrost częstości występowania nadwrażliwości na leki w tym szeroko dostępne preparaty OTC oraz wzrost częstości występowania najcięższych reakcji alergicznych – anafilaksji zagrożonych zgonem pacjenta. Obserwowane trendy epidemiologiczne stanowią

wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i wymagają planowych działań w zakresie zdrowia publicznego.

Wg programu ECAP dodatnie testy skórne stwierdza się u 49% populacji, a objawy chorób alergicznych u 40% populacji polskiej. Alergia na wsi jest o około ½ – 1/3 razy rzadsza niż w mieście.

7.1. Astma oskrzelowa

Wskaźniki chorobowości dla astmy rosną w Polsce od połowy lat 90. W badaniach przeprowadzonych w latach 1998-2001 częstość występowania astmy w populacji ogólnej oszacowano na 8,6% u dzieci i 5,4% u dorosłych. Wskaźniki chorobowości najwyższe były w centrum miast, trzykrotnie wyższe niż na terenach wiejskich. Najnowsze dane dotyczące częstości alergii i astmy w Polsce pochodzą z badania ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce). Objawy astmy oskrzelowej deklarowało około 20% populacji, a postać na tyle ciężka i wymagająca stałego stosowania leków i powiązana z częstymi hospitalizacja – 4,8% do 6% w zależności od grupy wiekowej i regionu. Na 100% spośród respondentów, którzy mieli rozpoznaną astmę przez lekarzy w programie ECAP, tylko 30% miało postawione prawidłowe rozpoznanie astmy przed włączeniem ich do badań. Sugeruje to, iż niedorozpoznania w zakresie tej jednostki chorobowej sięgają 70%.

Astma ciężka stanowi istotne obciążenie dla pacjenta, jego rodziny i systemu opieki zdrowotnej. Wynika to ze znacznego nasilenia objawów choroby, kosztów leków, istotnego upośledzenia codziennej aktywności, jakości życia i ograniczenia w pełnieniu ról społecznych oraz pracy zawodowej. Z punktu widzenia systemów opieki zdrowotnej obciążenia wynikają z częstych zaostrzeń, potrzeby hospitalizacji, nieplanowanych, dodatkowych wizyt lekarskich oraz zużycia leków. Występowanie astmy ciężkiej szacuje się na około 5-10% populacji chorych na astmę oskrzelową.

7.2. Alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa

Wg badań programu ECAP nieżyty nosa występują u 39% populacji, alergiczny nieżyt nosa dotyczy średnio 22% populacji, jednak są regiony gdzie wartości te sięgają nawet 30%. Całoroczny nieżyt nosa jest częstszy niż sezonowy. Ryzyko astmy w cANN wynosi ponad 8 razy, w sezonowym ponad 3 razy, w stosunku do populacji bez nieżytów nosa. Częstość ANN w mieście jest prawie 2 razy większa niż na wsi.

7.3. Atopowe zapalenie skóry

Atopowe zapalenie skóry (AZS) raportowano u 1,6% dorosłych i 4,7% dzieci. Objawy kontaktowego zaplenia skóry zgłaszało 2,0% dorosłych i 1,1% dzieci. W badaniu kwestionariuszowym ECAP atopowe zapalnie skóry (AZS) rozpoznano u 3,91% (5,34% 6-7 latków, 4,3% 13-14 latków, 3,02% dorosłych), częściej u kobiet. Współwystępowanie AZS i alergicznego nieżytu nosa (ANN) obserwowano w 26,2%, AZS, ANN, i astmy w 9,1%, ANN i astmy w 14,6%.

7.4. Alergie pokarmowe

Alergia na pokarmy stanowi jeden z największych problemów przed jakim staje współczesna medycyna a alergologia w szczególności. Badania epidemiologiczne prowadzone we wszystkich ośrodkach epidemiologicznych na świecie potwierdzają gwałtowny wzrost występowania alergii pokarmowych we wszystkich krajach i kontynentach. Najczęstszymi alergenami uczulającymi w wieku rozwojowym (0-18 lat) były w kolejności: białka mleka krowiego (100,0%), owoce cytrusowe (27,3%) oraz orzeszki ziemne (9,1%). U uczniów szkół podstawowych 10 pokarmów najczęściej wywołujących objawy niepożądane to w kolejności: mleko krowie – 5,19%, czekolada – 2,07%, nabiał – 1,96%, truskawki – 1,32%, jajo kurze – 1,01%, pomidory – 0,75%, kakao – 0,69%, orzechy nieokreślone – 0,56%, owoce nieokreślone – 0,5%, pomarańcze -0,45%. W badaniach ECAP alergia na pokarmy była zgłaszana przez rodziców u 13,0% badanych dzieci w grupie wiekowej 6-7 lat, u 11,0% w grupie wiekowej 13-14 lat oraz u 5,0% badanych dorosłych. W badaniach na grupie dorosłych 28,9% ankietowanych zgłaszało dolegliwości związane ze spożyciem określonego pokarmu. Spośród 10 badanych produktów, niepożądane objawy wiązane były najczęściej ze spożyciem: pomidorów – 15,2%, truskawek – 11,5%, mleka – 10,8%, jajka – 8,9%, czekolady – 7,1%, jabłka – 6,4%, innych owoców – 5,7%, nabiału, orzechów laskowych i pomarańczy po – 3,7%, ryb – 3,0%.

7.5. Nadwrażliwości na leki

W badaniach epidemiologicznych objawy nadwrażliwości na leki (bez szczegółowego zdefiniowania grup leków i rodzaju reakcji) zgłaszało 8,6% dorosłych i 8,9% dzieci.

7.6. Pokrzywka

W badaniu kwestionariuszowym przeprowadzonym w grupie 4897 osób w wieku 15-74 lat co najmniej jeden epizod pokrzywki stwierdzono u 11.2% respondentów, częściej u kobiet. Pokrzywka ostra rozpoznawana była u 10.6% badanych a przewlekła u 0,6%. Obrzęk naczynioruchowy dominował w obrazie klinicznym u 3.2% badanych.

7.7. Anafilaksja

W oparciu o dane NFZ oraz wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w 2015 roku wśród ponad 300 alergologów raportowano występowanie tej zagrażającej życiu reakcji alergicznej u 8,4 na 100 000 mieszkańców Polski (8,4 kobiet i 7,9 mężczyzn). Wstrząs anafilaktyczny najczęściej raportowano u osób w wieku 25-50 lat. Najczęstszą przyczyną wstrząsu anafilaktycznego były użądlenia owadów błonkoskrzydłych, pokarmy oraz stosowane leki.

7.8. Podsumowanie i wnioski

Na podstawie szeroko zakrojonych badań epidemiologicznych w zależności od regionu i płci cechy alergii deklaruje w Polsce nawet do 40% respondentów. Obserwujemy dynamiczne tempo wzrostu zachorowań na astmę oskrzelową co wpisuje się w szerszym aspekcie w obserwowany gwałtowny wzrost zachorowań na wszystkie postaci chorób alergicznych. Podobne trendy obserwuje się w przypadku chorób alergicznych górnych dróg oddechowych i skóry. Astma jest najczęstszą choroba przewlekłą dzieci, młodzieży i dorosłych do 45 r.ż., nawet w porównaniu z chorobami układu krążenia i narządu ruchu. Astma i choroby dróg oddechowych stanowią najczęstszą przyczynę hospitalizacji, a także częsty powód dodatkowych, nieplanowanych wizyt lekarskich oraz wizyt pogotowia ratunkowego. Na astmę częściej chorują mieszkańcy dużych miast (liczba zachorowań 3-4-krotnie większa niż na wsi). Wczesne wykrycie czynnika etiologicznego choroby alergicznej, możliwe dzięki programom profilaktycznym, pozwala ograniczyć ekspozycję na uczulające naturalne alergeny środowiska i/lub substancje chemiczne, zatrzymać rozwój choroby, uniknąć ciężkich reakcji alergicznych oraz zmniejszyć wydatki na leczenie chorób alergicznych. Unikatowa terapia, jaką jest odczulanie, winna być powszechnie w Polsce stosowana. Wg obecnych badań tylko co 10 osobą, która ma wskazania do tego typu terapii, jest

poddana immunoterapii. Jej zaletą jest spadek nasilenia objawów, zużycia leków ale co istotne również spadek ryzyka rozwoju nowych uczuleń i rozwoju astmy. Problem alergii na pokarmy staje się obecnie coraz poważniejszy na całym świecie. Dysponujemy twardymi dowodami epidemiologicznymi o wzroście liczby zgonów z powodu anafilaksji.

Obecnie w Polsce mamy ok. 1350 wykształconych specjalistów alergologii. W obecnym czasie o merytorycznym obliczu polskiej alergologii decyduje Polskie Towarzystwo Alergologiczne założone w 1982. Niezbędne są szeroko zakrojone działania edukacyjne promujące wiedzę na temat chorób alergicznych, w tym najcięższych zagrażających życiu reakcji anafilaktycznych, wśród lekarzy, pacjentów i innych grup społecznych (nauczycieli, kucharzy). Środki przeznaczane przez publicznego płatnika na świadczenia z zakresu alergologii są więcej niż skromne. Zwykle oscylują wokół 1% budżetu, mimo, że jak się szacuje ponad 40% społeczeństwa w Polsce cierpi z powodu chorób z nadwrażliwości (alergicznych). Dostęp do ambulatoryjnych świadczeń alergologicznych jest ograniczany przez publicznego płatnika poprzez ich limitowanie, co dotyczy w szczególności porad pierwszorazowych oraz lecznictwa szpitalnego.

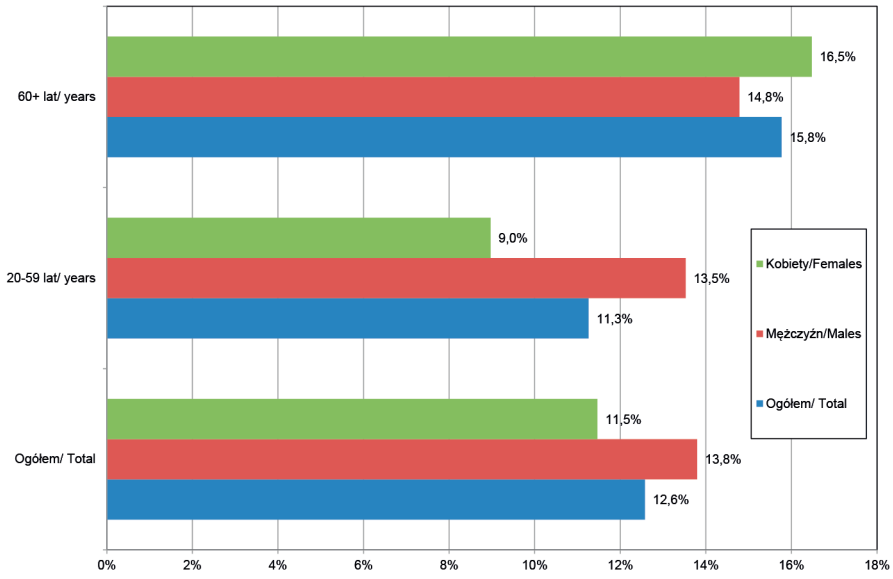
8. WYPADKI I WYPADKOWE ZATRUCIA JAKO ZAGROŻENIE ZDROWIA

Rafał Halik, Wojciech Seroka

8.1. Ogólna charakterystyka częstości wypadków wśród mieszkańców Polski

Według oszacowań EuroSafe dla wszystkich krajów UE[1] należy się spodziewać, że w Polsce 264 tys. osób jest hospitalizowanych z powodu obrażeń w wyniku wypadków, a ponad 1,725 mln osób wymaga opieki ambulatoryjnej z powodu wymienionych przyczyn. Według przeprowadzonego w ramach NPZ badania terenowego realizowanego na reprezentatywnej próbie 3000 mieszkańców w wieku powyżej 20 lat, odsetek osób deklarujących konieczność skorzystania z opieki zdrowotnej z powodu wypadku wynosi 12,6%. Oznacza to, że 3,87 mln osób powyżej 20 roku życia w Polsce ulega wypadkom, których obrażenia wymagają pomocy medycznej. Częstość wypadków zgłaszanych przez mężczyzn jest wyższa od częstości raportowanej przez kobiety (13,8% vs 11,5%). Wypadkowość rośnie również wraz z wiekiem a grupą szczególnego ryzyka jeżeli chodzi o urazy doznane w wypadkach są kobiety w wieku powyżej 60 lat (ryc. 8.1). Miejscem, w którym najczęściej dochodzi do wypadków jest środowisko domowe, w którym zdarzyło się 41% raportowanych w badaniu wypadków. Drugim miejscem, w którym najczęściej dochodziło do urazów były środki transportu oraz drogi i ulice, na których wydarzyło się 36% omawianych zdarzeń. Wśród seniorów powyżej 60 roku życia dom i jego otoczenie było wyraźnie częstszym środowiskiem, w którym doszło do wypadku – 52% poszkodowanych w tej grupie wiekowej doznało urazu w wyniku wypadku w domu.

[1] Rupert Kisser, Angharad Walters, Wim Rogmans,Samantha Turner, Ronan A Lyons Injuries in the European Union 2013-2015 Supplementary report to the 6th edition of "Injuries in the EU" – Report on trends in IDB data flow, country comparison and ECHI-injury indicators 2013-2015, 11 EuroSafe August 2017



Ryc. 8.1. Odsetek osób raportujących wypadek wymagający interwencji medycznej w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup płci i wieku w 2018 r.

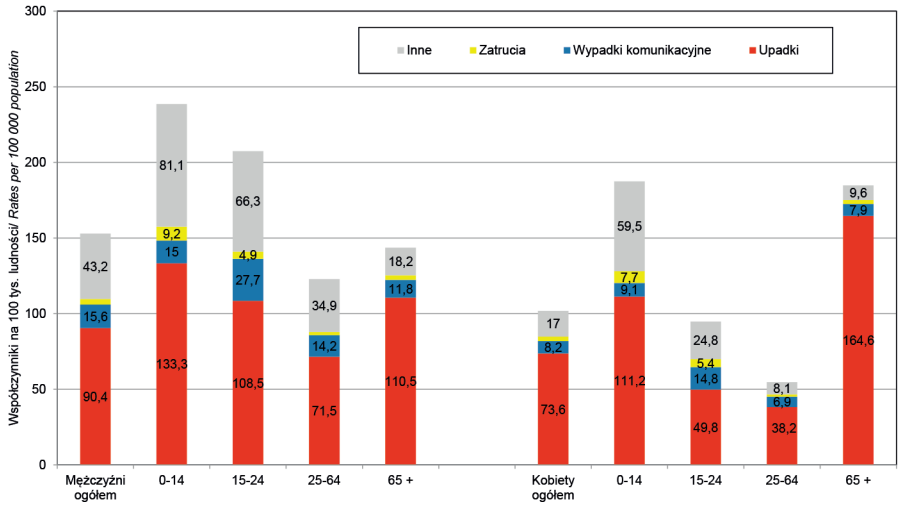
Fig. 8.1. Percentage of persons reporting accident with medical intervention during last 12 months by age group and sex, 2018

Wymienione wyżej wyniki mogą świadczyć o większej skali wypadkowości wśród ludności Polski niż można by się spodziewać opierając się na szacunkach przeciętnych dla wszystkich krajów UE przeprowadzonych przez EuroSafe. Należy przy tym wspomnieć, że częstość wypadków powodujących uszczerbek na zdrowiu w badaniu NPZ jest też wyższa niż w Ankietowym Badaniu Zdrowia (EHIS) przeprowadzonym przez GUS w roku 2014, w którym 5% badanych powyżej 15 roku życia raportowało uraz w wyniku wypadku wymagający pomocy medycznej[2].

Według Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej w roku 2016 zarejestrowano ponad 472 tys. hospitalizacji z powodu wypadków. W przypadku określenia wypadków powodujących hospitalizację klasyfikacja ICD-10 wymaga aby podać w rozpoznaniu dwa kody – pierwszy opisujący skutki zdrowotne tj. rany, złamania, zatrucia i drugi opisujący przyczynę zewnętrzną. Dane uzyskane z trzech województw charakteryzujących się najlepszą sprawozdawczością (województwa opolskie, podkarpackie i śląskie) pokazują, że najczęściej hospitalizowaną grupą z powodu wypadków są mężczyźni, najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu

[2] Piekarzewska M., Wieczorkowski R, Zajenkowska-Kozłowska A. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku Główny Urząd Statystyczny 2016

wypadków są notowane szczególnie dla młodych mężczyzn w wieku 0-24 lat, dziewcząt w wieku 01-14 lat oraz kobiet w wieku powyżej 65 lat (ryc. 8.2). Wysoka częstość leczenia szpitalnego w wymienionych grupach wiekowych wynika najprawdopodobniej z dużej częstości wypadków wśród dzieci oraz częstych upadków skutkujących urazami u starszych kobiet. Wbrew powszechnej opinii mówiącej o dominacji wypadków komunikacyjnych, można było zaobserwować, że urazy powstałe w wyniku upadków były zdecydowanie najważniejszą grupą hospitalizacji.

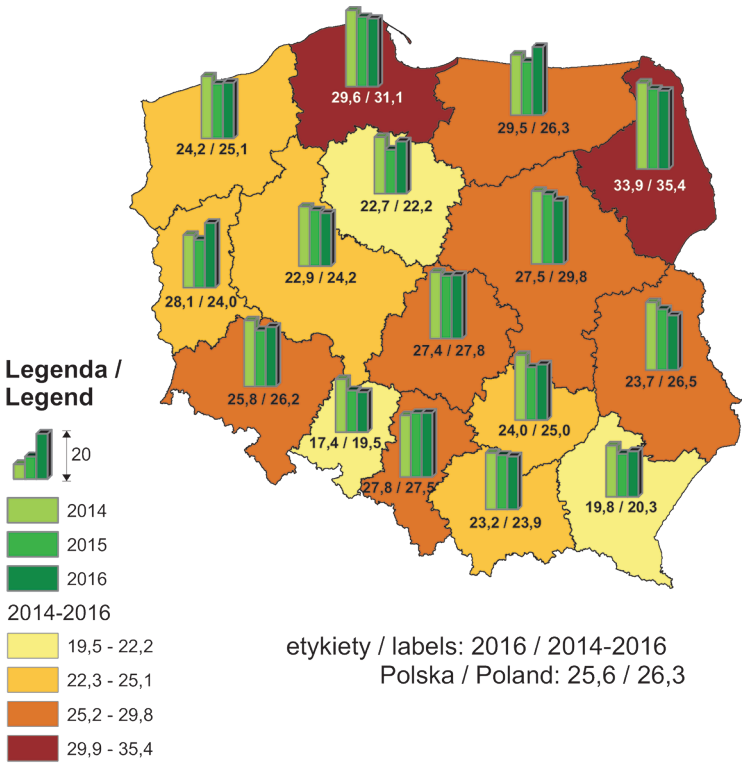


Ryc. 8.2. Współczynniki rzeczywiste hospitalizacji z powodu wypadków (V01-X59) na 100 000 ludności w woj. opolskim, podkarpackim i śląskim według grup wieku i płci w roku 2016 (Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej NIZP-PZH)

Fig. 8.2. Hospital discharge rates due to accidents (V01-X59)per 100 000 inhibitants in opolskie, podkarpackie and śląskie voivodships, 2016 (Nationwide General Hospital Morbidity Study NIPH-NIH)

W ostatnich 20 latach w Polsce utrzymuje się wyraźny spadek umieralności z powodu wypadków, pomimo tych sprzyjających okoliczności wciąż można zauważyć wyższą umieralność z powodu omawianych przyczyn w stosunku do wielu krajów UE. Zagrożenie życia w roku 2015 było o 30% wyższe niż średnio w UE (współczynnik standaryzowany umieralności na 100 000 mieszkańców wynoszący 25,9 w Polsce vs 20 przeciętnie w UE). Najwyższa różnica w poziomie umieralności w stosunku do przeciętnej w UE jest obserwowana u mężczyzn w wieku 45-59 lat (aż o 95% wyższa umieralność w Polsce niż przeciętnie w UE w roku 2015). Inną cechą charakterystyczną dla Polski jest wysokie zagrożenie życia mężczyzn z powodu wypadków na terenach wiejskich (standaryzowany

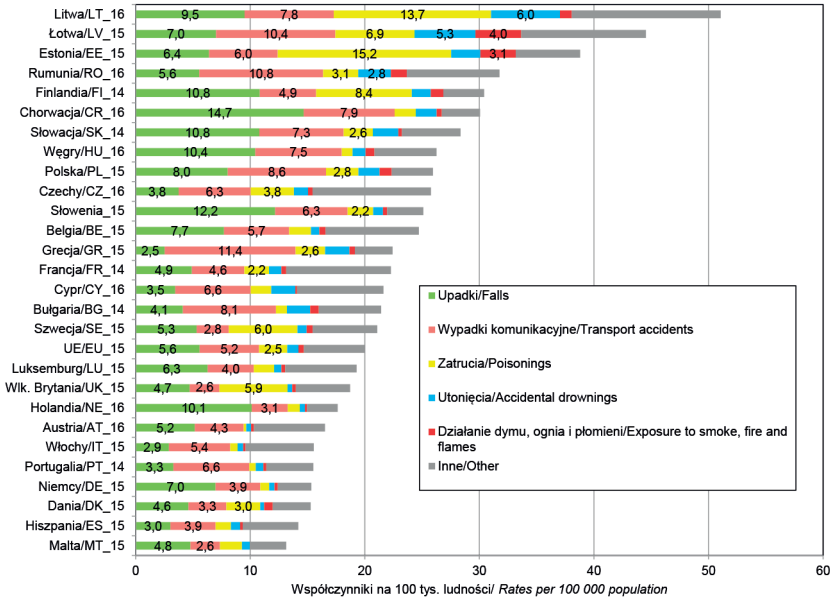
współczynnik umieralności na wsi 46,3 vs. 36,7 na 100 000 ludności w mieście w roku 2016). Wśród kobiet omawiana różnica już nie jest zaznaczona (współczynnik standaryzowany umieralności 12,3 vs. 11,2 na 100 000 ludności). Zagrożenia życia z powodu wypadków jest też silnie zróżnicowane pomiędzy województwami (ryc. 8.3). Od wielu lat najwyższe standaryzowane współczynniki umieralności są charakterystyczne dla województwa podlaskiego (33,9 na 100 000 ludności w 2016 r.). Najkorzystniejsza sytuacja pod tym względem jest obserwowana w woj. opolskim (17,4 na 100 000 ludności).



Ryc. 8.3. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wypadków (V01-X59) w latach 2014-2016 (GUS)
Fig. 8.3. Age-standardized mortality rates due to accidents (V01-X59) by voivodship, 2014-2016 (Statistics Poland)

Najczęstszymi wypadkami śmiertelnymi w roku 2016 były upadki (współczynnik rzeczywisty umieralności 11,6 na 100 000 ludności) a następnie wypadki komunikacyjne (9,5), zatrucia (2,8), utonięcia (1,7), działania ognia, dymu oraz płomieni (1,2). We wszystkich wymienionych kategoriach współczynniki standaryzowane umieralności w Polsce są wyższe niż przeciętne w krajach Unii (ryc. 8.4), a w szczególności zjawisko to dotyczy śmiertelnych ofiar pożarów,

utonięć i wypadków komunikacyjnych dla których zagrożenie życia w Polsce jest odpowiednio o 118%, 90% i 66% wyższe niż przeciętnie w krajach UE.



Ryc. 8.4. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu różnych kategorii wypadków w Polsce i krajach UE w 2016 r. (WHO MDB 2018)

Fig. 8.4. Age-standardized death rates due to categories of accidents in Poland and EU states, 2016 (WHO MDB)

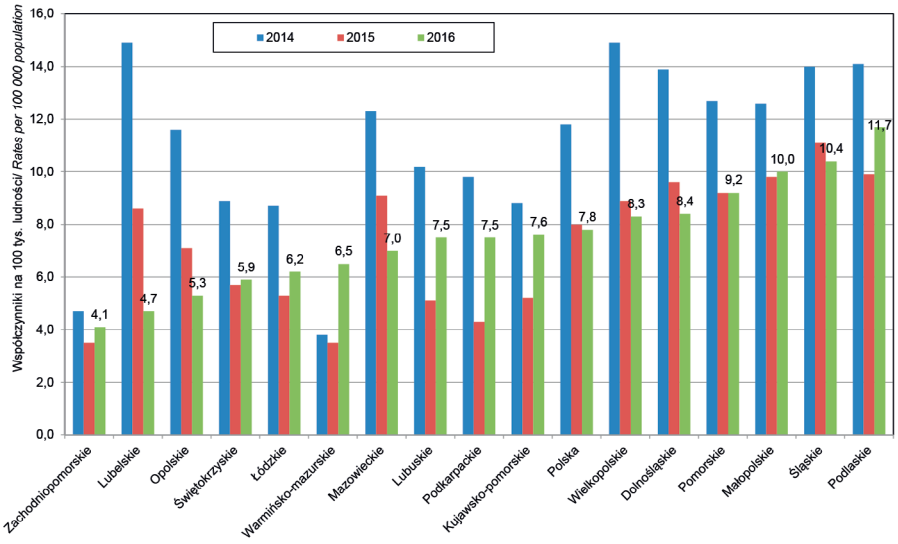
8.2. Upadki

Upadki stanowią najważniejszą przyczyną hospitalizacji i zgonów z powodu wszystkich wypadków w Polsce i są ważnym, narastającym problem zdrowia publicznego w kraju w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Pomimo tak dużej powszechności tego typu wypadków, problem ten nie został poddany do tej pory szczegółowym badaniom epidemiologicznym.

W Polsce łącznie z powodu upadków w roku 2016 zmarło 4451 osób (współczynnik 11,6 na 100 000 ludności). Od roku 2012 liczba śmiertelnych upadków zmniejszyła się. Spadek ten jednak dotyczył głównie osób w młodszych grupach wiekowych przed 65 rokiem życia. Pomimo częstszej hospitalizacji upadków wśród kobiet, zagrożenie życia mężczyzn z powodu omawianych przyczyn w Polsce (współczynnik standaryzowany 11,2 na 100 000 ludności w roku 2016) jest znacznie wyższe niż kobiet (4,8 na 100 000 ludności). Śmiertelność szpitalna związana z obrażeniami w wyniku upadków jest szczególnie wysoka wśród

grupy osób powyżej 65 lat i jest ona najwyższa wśród mężczyzn wynosząc 6,6 na 100 hospitalizowanych przypadków podczas gdy u kobiet wynosi ona 3,1 na 100 hospitalizowanych przypadków. Zagrożenie życia z powodu upadku jest silnie zróżnicowane w zależności od województwa zamieszkania. Najwyższy standaryzowany współczynnik umieralności z powodu upadków (11,7) występował w województwie podlaskim, zbliżona wysoka umieralność jest też charakterystyczna dla województwa śląskiego i małopolskiego. Najniższe współczynniki (4,1 i 4,7) były w woj. lubelskim i zachodniopomorskim (ryc. 8.5).

W latach 2014-2016 w przypadku 34% śmiertelnych upadków nieznane były okoliczności w jakich one nastąpiły (kod W19 wg. klasyfikacji ICD-10). Wśród wypadków o określonej przyczynie około 70% upadków skutkujących obrażeniami śmiertelnymi stanowią upadki na tym samym poziomie w wyniku pośliźnięć i potknięć (kod W01). Drugą rzadszą przyczyną zgonu są upadki ze schodów i innych pochyłości (11,3%).



Ryc. 8.5. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu upadków (W00-W19) w latach 2014-2016 (GUS)

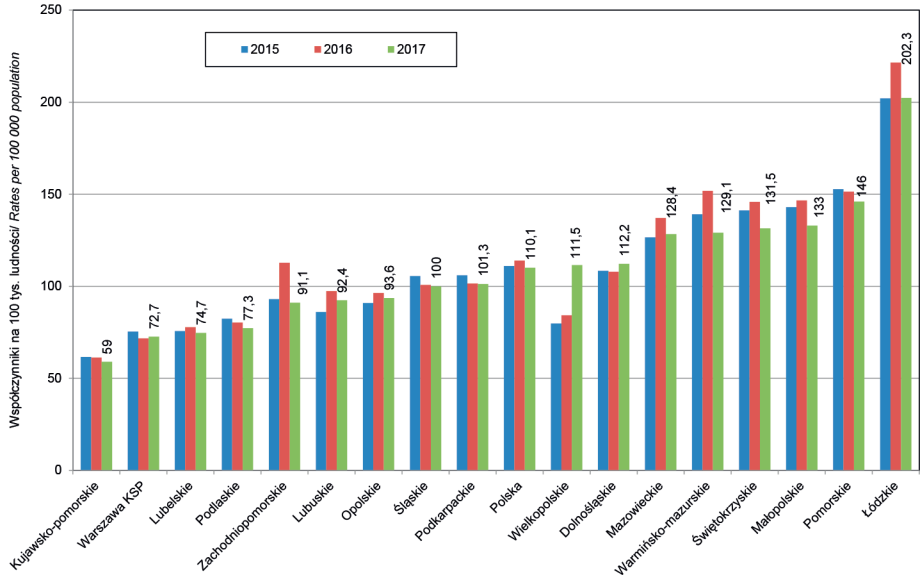
Fig. 8.5. Age-standardized mortality rates due to falls (W00-W19) by voivodship, 2014-2016 (Statistics Poland)

8.3. Wypadki drogowe

Od roku 2010 można zauważyć trwałą tendencję spadkową zarówno jeśli chodzi o liczbę wypadków drogowych jak i ich ofiar śmiertelnych w Polsce i przeciętnie w całej UE. Liczba ofiar śmiertelnych w Polsce w latach 2010-2016

spadła o 23% (z 3907 do 3026). Dynamika spadku była nieco wyższa od przeciętnej w UE w omawianym czasie, która wynosiła 19%[3].

Według danych Policji w 2017 roku zgłoszono 32967 wypadków drogowych mających miejsce na drogach publicznych, w strefach zamieszkania lub strefach ruchu, w których poniosło śmierć łącznie 2831 osób a rannych zostało 39788 osób. Oznacza to, że współczynnik liczby poszkodowanych w wypadkach drogowych (rannych i zabitych łącznie) wynosił 110,1 na 100 000 ludności i odznaczał się dużym zróżnicowaniem międzywojewódzkim. Szczególnie wysokie współczynniki liczby poszkodowanych w wypadkach drogowych w latach 2015-2017 były obserwowane w województwie łódzkim i pomorskim wynosząc odpowiednio 202,3 i 146,0 w roku 2017. Najmniej poszkodowanych na 100 000 ludności przypadało w roku 2017 w woj. kujawsko-pomorskim: 59,7 (ryc. 8.6). Należy jednak przypomnieć, że Policja nie różnicuje wypadków z uwagi na miejsce zamieszkania poszkodowanego, ale ze względu miejsce zdarzenia wypadku.



Ryc. 8.6. Liczba poszkodowanych (zabitych i rannych łącznie) w wypadkach drogowych na 100 000 ludności według województwa zdarzenia w latach 2015-2017. Współczynnik dla województwa mazowieckiego nie uwzględniają obszaru Komendy Stołecznej Policji (KSP) (Komenda Główna Policji)

Fig. 8.6. Crude rates of injured (killed and wounded) in motor vehicle accidents per 100 000 population according to the place of accident, 2015-2017. Rate for mazowieckie voivodship does not include area of Warsaw Metropolitan Police (WMP) (General Police Headquaters of Poland)

[3] Road Safety 2016, How is your country doing ?,European Commission, Mobility and Transport DG 2017

Wymienione różnice w liczbach poszkodowanych mogą wynikać z odmiennej regionalnej specyfiki stanu bezpieczeństwa na drogach, która jest związana ze zróżnicowaniem takich czynników jak: ogólne natężenie ruchu drogowego, uwarunkowania organizacji sieci drogowej, jakość dróg, stopień urbanizacji i itp.

Według danych GUS w roku 2016 rzeczywisty współczynnik umieralności na 100 000 ludności z powodu wszystkich wypadków komunikacyjnych w Polsce wynosił 9,5. Zagrożenie życia mężczyzn jest wielokrotnie wyższe u mężczyzn niż u kobiet (współczynnik standaryzowany dla mężczyzn 14,1 vs. 3,7 dla kobiet). Charakterystyczne jest zjawisko szczególnie wysokiej nadumieralności z powodu wypadków związanych z komunikacją na terenach wiejskich na których standaryzowane współczynniki zgonów z powodu wypadków drogowych wynosiły odpowiednio 17,8 dla mężczyzn oraz 4,6 dla kobiet.

Wypadki drogowe charakteryzują się wyższą urazowością i śmiertelnością niż inne rodzaje wypadków. W Polsce w porównaniu do innych krajów UE zjawisko wysokiej śmiertelności wypadków drogowych utrzymuje się od wielu lat. Liczba ofiar śmiertelnych przypadająca 100 wypadków w roku 2017 wynosiła 8,6 i była na znacznie wyższym poziomie niż przeciętna dla wszystkich krajów UE, która w roku 2015 wynosiła 2,4. Szczególnie zła sytuacja utrzymuje się od wielu lat na terenie województwa podlaskiego (16,5 ofiar śmiertelnych na 100 wypadków w roku 2015).

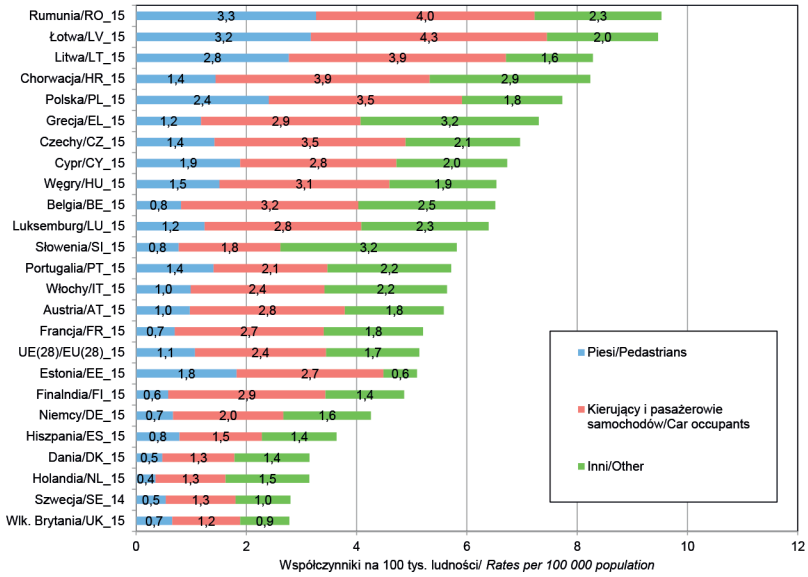
Do wypadków drogowych częściej dochodzi na terenach zabudowanych, choć największą ciężkością cechują się wypadki na terenach niezabudowanych. W porównaniu do innych krajów UE w Polsce jest charakterystyczna duża częstość wypadków z udziałem pieszych, którzy stanowią 31% wszystkich ofiar śmiertelnych (ryc. 8.7).

Niepokojący zjawiskiem jest też relatywnie duży udział wśród poszkodowanych rowerzystów, którzy stanowią 9% ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych, choć ich udział wśród uczestników ruch drogowego wynosi ok. 1%.

Dane policyjne z roku 2016 wskazują, że 86,4% wypadków drogowych było spowodowanych z winy kierującego pojazdem, 7,4% wypadków było zaś z winy pieszego. Według ocen KGP wypadki są najczęściej spowodowane przez mężczyzn (73% wszystkich wypadków), a grupą która cechuje się najmniej bezpiecznymi zachowaniami są młodzi mężczyźni kierującymi pojazdami w wieku 18-24 lat. POBR ocenia, że grupa ta przyczyniła się do ponad 26% wszystkich wypadków z udziałem kierowców.

8.4. Wypadkowe zatrucia

Wypadkowe zatrucia Polsce trzecią przyczynę zgonów w wyniku wypadków a jednocześni jedną z rzadszych przyczyn hospitalizacji z powodu ogółu wypadków.



Ryc. 8.7. Współczynniki umieralności z powodu wypadków drogowych według kategorii użytkowników dróg w Polsce i krajach UE (baza danych UE CARE)

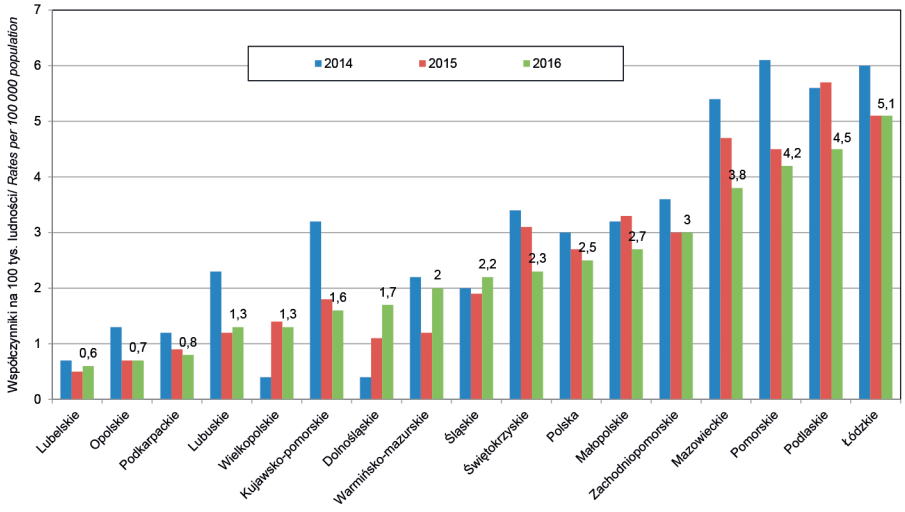
Fig. 8.7. Motor vehicle mortality rates according to categories of road users in Poland and EU states (EU CARE database)

Najczęściej hospitalizowanymi przyczynami zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet są wypadkowe zatrucia gazami (22% wszystkich hospitalizacji z powodu zatruć) a następnie zatrucia lekami (20%) i alkoholami (16%).

W roku 2016 zarejestrowano łącznie 1061 śmiertelnych wypadkowych zatruć. W porównaniu do roku 2010 można było zauważyć, że zagrożenia życia w wyniku wypadkowych zatruć zmniejszyło się o 29% (standaryzowany współczynnik umieralności 2,5 na 100 000 ludności w roku 2016). Obecnie poziom umieralności z powodu wypadkowych zatruć w Polsce jest nieznacznie wyższy od przeciętnego dla krajów UE.

Standaryzowany współczynnik umieralności jest wielokrotnie wyższy u mężczyzn niż u kobiet (współczynniki standaryzowane wynoszące odpowiednio 4,2 i 0,8). Zdecydowaną większość śmiertelnych wypadkowych zatruć stanowią zatrucia alkoholami mężczyzn w wieku 25-64 lata, którzy w latach 2014-2016 stanowili 70% ofiar śmiertelnych wszystkich wypadkowych zatruć. Drugą przyczyną zgonów były zatrucia gazami, które były odpowiedzialne za 12% wszystkich przypadkowych zatruć. Najbardziej niepokojąca sytuacja jest notowana na terenie woj. łódzkiego, podlaskiego, pomorskiego i mazowieckiego gdzie w latach 2014-2016 zagrożenie życia z powodu wypadkowych zatruć było wyraźnie wyższe niż przeciętnie w Polsce (ryc. 8.8). Warto przy tym dodać,

że w analizowanym okresie sytuacja na tych obszarach znacznie poprawiła się w roku 2016.



Ryc. 8.8. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wypadkowych zatruć (X40-X49) według województw w latach 2014-2016 (GUS)

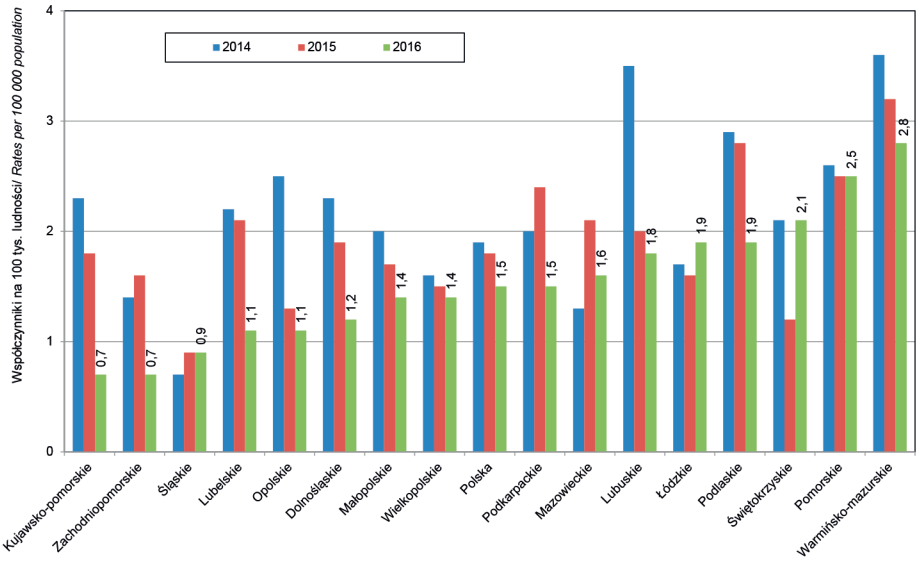
Fig. 8.8. Age-standardized mortality rates due to accidental poisonings (X40-X49) by voivodship, 2014-2016 (Statistics Poland)

8.5. Wypadkowe utonięcia

Od roku 2010 w Polsce zarysowuje się tendencja spadkowa jeśli chodzi o liczbę wypadkowych utonięć. Tempo spadku jest porównywalne do przeciętnego w innych krajach UE, dlatego stała niekorzystna 90% nadwyżka umieralności utrzymuje się od dłuższego czasu.

W roku 2016 utonęło łącznie 617 osób. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu wypadkowych utonięć w latach 2014-2016 spadł z 1,9 do 1,5 na 100 000 ludności. Mężczyźni stanowią najważniejszą grupę ryzyka (standaryzowany współczynnik umieralności u mężczyzn 2,6 vs.0,4 u kobiet w roku 2016). Szczególnie wysokie zagrożenie życia z powodu utonięcia jest charakterystyczne dla mężczyzn w wieku 25-64 lat, którzy stanowią około 62% wszystkich ofiar utonięć. Wyższe zagrożenie życia z powodu utonięć mają też mężczyźni zamieszkujących obszary wiejskie (standaryzowany współczynnik umieralności na wsi 3,3 vs 2,1 w ośrodkach miejskich). Ryzyko wypadkowego utonięcia jest silnie zróżnicowane pomiędzy województwami i jest najwyższe wśród mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego,

w którym zagrożenie życia w analizowanym okresie było niemal dwukrotnie wyższe niż przeciętne w Polsce. Niepokojąca sytuacja panuje też na terenie woj. pomorskiego, w którym od wielu lat utrzymuje się znacznie wyższe zagrożenie życia z powodu utonięć niż przeciętnie w kraju i sytuacja nie ulega większym zmianom (ryc. 8.9).



Ryc. 8.9. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wypadkowych utonięć (W65-W74) według województw w latach 2014-2016 (GUS)

Fig. 8.9. Age- standardized mortality rates due to accidental drownings (W65-W74) by voivodship, 2014-2016 (Statistics Poland)

Jednym z najważniejszych czynników przyczyniających się do utonięć jest kąpiel lub przebywanie w pobliżu akwenów pod wpływem alkoholu. Według danych KGP w latach 2015-2017 w przypadku 22% utonięć potwierdzono u ofiar obecność alkoholu w organizmie, trzeba przy tym zaznaczyć, że nie w każdym przypadku funkcjonariusze są w stanie zweryfikować czy osoba tonąca była pod wpływem substancji odurzających i odsetek ten może być w rzeczywistości znacznie wyższy.

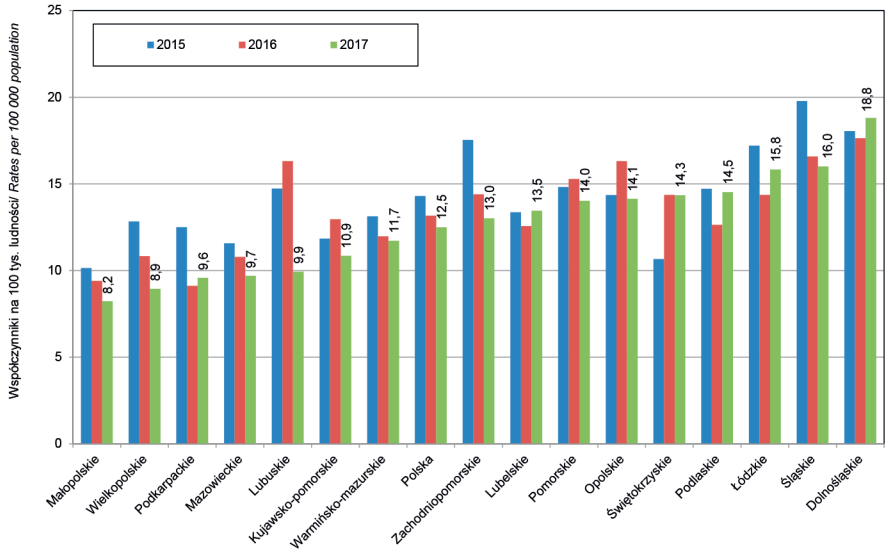
8.6. Działanie dymu, ognia i płomieni

W roku 2017 w wyniku obrażeń związanych z działanie dymu, ognia i płomieni (kody X00-X09) zginęły 432 osoby z czego aż 75% stanowili mężczyźni. W latach 2012-2015 można było zaobserwować wyraźny spadek zagrożenia życia

w Polsce z powodu obrażeń wywołanych działania ognia, dymu i płomieni (spadek współczynnika standaryzowanego umieralności z 1,5 do 1,1 na 100 000 ludności). Mimo tej pozytywnej tendencji zagrożenie z powodu omawianych przyczyn życia jest aż o 118 % wyższe niż przeciętnie w UE (ryc. 8.4).

Według danych Państwowej Straży Pożarnej (PSP) w latach 2015 – 2017 na terenie Polski zaobserwowano wyraźny spadek liczby zgłoszonych pożarów wymagających interwencji tej służby (spadek z 184 817 do 125 892 pożarów w roku 2017). W analizowanym okresie wzrósł udział pożarów budynków mieszkalnych z 16% w roku 2015 do 25,2% w roku 2017. Najczęstsze przyczyny pożarów były związane z zachowaniem się osób. W omawianym okresie najwięcej pożarów było wynikiem podpaleń (35% przypadków pożarów), drugą przyczynę stanowiło niewłaściwe posługiwanie się otwartym ogniem (23% przypadków pożarów).

Wraz ze spadkiem liczby pożarów spadała też liczba poszkodowanych w zarejestrowanych przez PSP pożarach. Liczba rannych i ofiar śmiertelnych na 100 000 mieszkańców spadła z 14,3 w roku 2015 do 12,5 w roku 2017 (ryc. 8.10). Najwięcej poszkodowanych w pożarach przypadających na ludność było obserwowane w woj. dolnośląskim (18,8 na 100 000 ludności). Niekorzystna sytuacja na terenie tego województwa w latach 2015-2017 utrzymywała się.



Ryc. 8.10. Liczba poszkodowanych w pożarach zgłoszonych Państwowej Straży Pożarnej na 100 tys. ludności według województw w latach 2015-2017 (Państwowa Straż Pożarna)

Fig. 8.10. The rate of wounded and killed in the fires reported by Polish State Fire Service per 100 000 population by voivodship, 2015-2017 (Polish State Fire Service)

PODSUMOWANIE

1. Umieralność z powodu wypadków w Polsce systematycznie spada od roku 2000. Mimo to zagrożenie życia ludności Polski z powodu tych przyczyn było w roku 2015 o 30% wyższe od przeciętnego we wszystkich krajach UE (współczynnik standaryzowany 25,9 w Polsce vs 20,0 na 100 000 ludności w UE).
2. Najczęstszymi wypadkami śmiertelnymi w roku 2016 były upadki (współczynnik rzeczywisty umieralności 11,6 na 100000 ludności) a następnie wypadki komunikacyjne (9,5), zatrucia (2,8), utonięcia (1,6) oraz działanie dymu, ognia i płomieni (1,1). We wszystkich wymienionych kategoriach współczynniki standaryzowane umieralności w Polsce są wyższe niż przeciętne w krajach Unii. Zjawisko nadumieralności szczególnie dotyczy działania dymu, ognia i płomieni, utonięć oraz wypadków komunikacyjnych dla których zagrożenie życia w Polsce jest odpowiednio o 118%, 90% i 66% wyższe niż przeciętnie w krajach UE.
3. W ostatniej dekadzie można zauważyć transformację epidemiologiczną w zakresie występowania wypadków. Wzrasta udział zgonów z powodu upadków, które stanowią również najważniejszą przyczynę leczenia szpitalnego z powodu wszystkich wypadków we wszystkich grupach wiekowych.

9. PRZYCZYNY CHOROBOWE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W LATACH 2015-2017 W BADANIACH ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Ewa Karczewicz, 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. Zadaniem ZUS jest również działalność prewencyjna.

Prowadzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych badania z zakresu szeroko rozumianej niezdolności do pracy, tj. zarówno krótkotrwałej (absencji chorobowej) jak też długotrwałej, umożliwiają analizę przyczyn chorobowych z dokładnością do jednostki chorobowej zdefiniowanej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych rewizja Dziesiąta (ICD-10).

9.1. Absencja chorobowa – przyczyny i skala zjawiska

Analizując absencję chorobową zarówno pod kątem dynamiki zjawiska jak też przyczyn chorobowych tej absencji możemy ocenić m.in. poziom zdrowia społeczeństwa, kondycję systemu ochrony zdrowia, jak również pośrednio sytuację na rynku pracy.

Duży wpływ na absencję chorobową mają warunki pracy, rodzaj wykonywanej pracy, komfort pracy oraz środowisko, w którym żyjemy (choćby poziom zanieczyszczenia powietrza).

W 2017 r. w *Rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS* zarejestrowano 21,4 mln zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 281,3 mln dni.

W porównaniu do 2016 r. liczba dni absencji chorobowej wzrosła o 1,2%, zaś w porównaniu do 2015 r. o 5,7%.

Na przestrzeni ostatnich lat liczba dni absencji chorobowej systematycznie rośnie. Obrazują to dane zawarte w tabeli 9.1, w której zostały zaprezentowane dane według „ubezpieczyciela", tj. instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

Dynamika liczby dni absencji chorobowej ubezpieczonych w ZUS wzrosła w porównaniu z 2016 r. o 2,9%, natomiast w porównaniu z 2015 r. o 8,3%.

Tabela 9.1. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej w latach 2015-2017

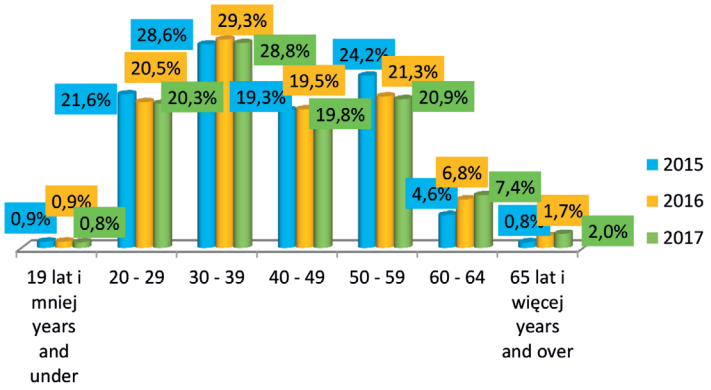
Table 9.1. The number of days of absence due to own illness in 2015-2017

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2015	2016	2017	SPECIFICATION
	Liczba dni absencji chorobowej / The number of days of absence						
	w tys. dni / in thous. days			w odsetkach / in percentages			
OGÓŁEM	266 200,7	276 332,1	281 267,1	100,0	100,0	100,0	TOTAL
z tego ubezpieczony w:							insured with:
ZUS	226 717,9	238 659,8	245 568,6	85,2	86,4	87,3	SII
KRUS	35 686,5	33 316,2	30 702,4	13,4	12,1	10,9	ASIF
INNYM w Polsce	2 550,0	2 633,4	2 625,3	1,0	1,0	0,9	OTHER in Poland
INNYM państwie	1 218,3	1 694,6	2 346,2	0,4	0,6	0,8	OTHER country
nieustalony	28,0	28,0	24,6	0,0	0,0	0,0	unknown

Z powyższych danych wynika, że największą liczbę dni absencji chorobowej generują osoby ubezpieczone w ZUS, co jest oczywiste z uwagi na fakt, że jest to największa grupa ubezpieczonych. Absencja chorobowa generowana przez ubezpieczonych w ZUS w 2017 r. stanowiła 87,3% ogółu absencji. Dla porównania w 2016 r. stanowiła 86,4%, a w 2015 r. 85,2%.

Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wystawionego z tytułu choroby własnej ubezpieczonym w ZUS w latach 2015 – 2017 utrzymywała się na bardzo zbliżonym poziomie. W 2015 r. wyniosła 12,38 dnia, w 2016 r. 12,43 dnia, a w 2017 r. 12,41 dnia.

Najwyższy w 2015 r. odsetek absencji (29,0%) dotyczył ubezpieczonych z grupy wiekowej od 30 do 39 lat. W przypadku absencji mężczyzn 25,6% dotyczyło ubezpieczonych legitymujących się wiekiem między 50 a 59 rokiem życia. W przypadku kobiet 33,3% absencji dotyczyło ubezpieczonych w wieku od 30 do 39 lat.



Ryc. 9.1. Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku
Fig. 9.1. The structure of days of absence due to own illness of persons insured with ZUS, by age

W ocenie poziomu absencji chorobowej istotny jest wskaźnik liczby dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Tabela 9.2 przedstawia kształtowanie się tych wskaźników w poszczególnych województwach.

Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej na 1 tys. objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2017 roku wyniósł 14 248 dni, w 2016 r. 14 862 dni, zaś w 2015 r. 15 129 dni.

Stopień nasilenia zjawiska absencji chorobowej z powodu choroby własnej świadczy o poziomie zdrowia pracowników, jakości i wydolności systemu ochrony zdrowia. Przy wystawianiu zaświadczenia lekarskiego oceniany jest stan zdrowia ubezpieczonego, który przekłada się na długość niezdolności do pracy oraz określana jest jednostka chorobowa będąca przyczyną tej niezdolności.

Jak wykazuje analiza liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS najczęściej występującymi chorobami powodującymi tę absencję w 2017 r. były:

- ciąża, poród i połóg – 19,2% ogółu liczby dni absencji chorobowej,
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 15,4%,
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 14,0%,
- choroby układu oddechowego – 12,8%.

Analizując strukturę liczby dni absencji chorobowej w latach 2015-2017 obserwujemy w odniesieniu do wielu grup chorobowych, niezmienny ich udział w ogólnej liczbie dni absencji chorobowej. Na przestrzeni lat 2015-2017, w przypadku chorób układu nerwowego, chorób układu krążenia czy chorób układu moczowo-płciowego obserwowany jest malejący udział liczby dni absencji chorobowej z ich

tytułu. Natomiast w przypadku grupy chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej obserwujemy systematyczny wzrost odsetka liczby dni absencji.

Tabela 9.2. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym według województw

Table 9.2. The ratio of the number of days of absence for own illness of persons insured with ZUS per 1000 persons insured in the health insurance

Województwa Voivodships	Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 tys. osób ubezpieczonych zdrowotnie The ratio of the number of days of absence per 1000 insured persons in the health insurance		
	2015	2016	2017
OGÓŁEM / TOTAL	14 248	14 862	15 129
Dolnośląskie	14 411	15 100	15 284
Kujawsko-pomorskie	14 013	14 776	15 138
Lubelskie	12 144	12 951	13 444
Lubuskie	13 375	14 229	14 380
Łódzkie	17 997	18 521	18 901
Małopolskie	13 698	14 210	14 520
Mazowieckie	12 506	13 115	13 350
Opolskie	13 500	14 134	14 805
Podkarpackie	14 634	15 313	15 726
Podlaskie	10 878	11 849	12 404
Pomorskie	14 039	14 996	15 264
Śląskie	15 068	15 488	15 897
Świętokrzyskie	16 461	16 824	17 042
Warmińsko-mazurskie	12 615	13 481	13 784
Wielkopolskie	16 220	16 898	17 131
Zachodniopomorskie	12 938	13 674	13 978

Wysoką dynamikę liczby dni absencji chorobowej, w porównaniu z 2016 r., odnotowuje się dla grup chorobowych, takich jak choroby oka i przydatków oka (wzrost o 8,8%), chorób układu oddechowego (wzrost o 7,4%), czy chorób ucha i wyrostka sutkowatego (wzrost o 4,5%).

Tabela 9.3 prezentuje absencję chorobową oraz wskaźniki liczby dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym dla wybranych grup chorobowych.

Tabela 9.3. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym dla wybranych grup chorobowych

Table 9.3. The ratio of numer days of absence for own illness of persons insured with ZUS per 1000 insured persons in the health insurance for diseases groups

Grupy chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej w tys. The number days ofabsence in thous.			Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym The ratio of the number of days of absence per 1000 insured persons in the health insurance			Groups of diseases
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	
OGÓŁEM	226 717,9	238 659,8	245 568,6	14 248	14 862	15 129	TOTAL
w tym:							of which:
Nowotwory	8 174,3	8 428,4	8 629,1	514	525	532	Neoplasms
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	17 942,1	18 950,2	19 357,3	1 128	1 180	1 193	Mental and behavioural disorders
Choroby układu nerwowego	19 175,8	20 062,3	19 807,1	1 205	1 249	1 220	Diseases of the nervous system
Choroby układu krążenia	12 233,2	12 239,7	12 210,8	769	762	752	Diseases of the circulatory system
Choroby układu oddechowego	28 957,4	29 240,4	31 404,6	1 820	1 821	1 935	Diseases of the respiratory system
Choroby układu trawiennego	9 594,3	10 195,4	10 193,1	603	635	628	Diseases of the digestive system
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	33 372,5	36 448,0	37 799,9	2 097	2 270	2 329	Diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue
Choroby układu moczowo-płciowego	6 538,0	6 669,5	6 564,3	411	415	404	Diseases of the genitourinary system
Ciąża, poród i połóg	42 725,1	45 677,2	47 234,7	2 685	2 845	2 910	Pregnancy, childbirth and puerperium
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	31 539,4	33 234,9	34 259,0	1 982	2 070	2 111	Injures, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	212,3	222,0	222,2	13	14	14	External causes of morbidity and mortality

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.

Niezależnie od wieku, najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami zdrowotnymi związanymi z pracą są problemy z układem mięśniowo-szkieletowym. Absencja chorobowa jest też wiązana z ciężką pracą fizyczną oraz monotypią. Dalszymi przyczynami zwolnień chorobowych jest stres, depresja i lęk, niska satysfakcja z pracy.

W 2017 r. w związku z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej odnotowano wśród ubezpieczonych w wieku powyżej 30 roku życia największy odsetek liczby dni absencji chorobowej. W grupach wiekowych 20-39 lat dominująca absencja chorobowa spowodowana była schorzeniami związanymi z okresem ciąży, porodu i połogu. Wśród 20-29 latek wyniosła ona ponad 41% liczby dnia absencji chorobowej w tej grupie wiekowej oraz wśród 30-39 latek 35,0%.

W poszczególnych grupach wiekowych obserwujemy wysoki udział absencji chorobowej spowodowanej urazami, zatruciami i innymi skutkami działania czynników zewnętrznych – w przypadku grupy osób w wieku 19 lat udział ten wyniósł 24,6% ogółu dni absencji chorobowej dla tej grupy wiekowej.

W przypadku nowotworów obserwujemy rosnący udział absencji chorobowej w poszczególnych grupach wiekowych. I tak, osoby w wieku 40-49 lat wykorzystały 4,5% ogólnej liczby dni absencji chorobowej tej grupy wiekowej, 5,9% to udział w grupie 50-59 latków, 7,3% w grupie 60-64 latków oraz 10,4% to absencja osób powyżej 65 roku życia.

9.2. Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych wydawanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych

Orzekanie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych realizowane jest przez lekarzy orzeczników oraz przez komisje lekarskie.

Podstawowym zadaniem lekarzy orzeczników jest ustalenie istnienia niezdolności do pracy, a w przypadku jej stwierdzenia, stopnia, na podstawie faktycznego naruszenia sprawności organizmu, gdzie w większości przypadków rozpoznanie kliniczne, a także rokowanie dotyczące stanu zdrowia zostało wstępnie określone przez lekarzy leczących.

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 2017 r. wydano 40,9 tys. orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy. W porównaniu z poprzednimi latami liczba ich zmniejszyła się. W stosunku do 2016 r. o 6,2%, a w stosunku do 2015 r. o 7,2%.

Tabela 9.4. Struktura liczby dni absencji chorobowej według wybranych grup chorobowych i wieku w latach 2015-2017

Table 9.4. The structure of days of absence by disease group and age in 2015-2017

Grupy chorobowe		Ogółem liczba dni absencji chorobowej w tys. the number days of absence in thous.	Osoby o ustalonym wieku / Persons of known age							Groups of diseases
			19 lat i mniej years and under	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 i więcej years and over	
OGÓŁEM	2015	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	TOTAL
	2016	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	2017	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
w tym:										of which:
Nowotwory	2015	3,6	0,7	0,8	1,7	4,7	6,2	7,6	10,8	Neoplasms
	2016	3,5	0,6	0,8	1,6	4,6	6,1	7,6	10,5	
	2017	3,5	0,6	0,8	1,6	4,5	5,9	7,3	10,4	
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	2015	7,9	1,9	5,4	8,7	10,7	7,9	6,0	4,1	Mental and behavioural disorders
	2016	7,9	2,0	5,4	8,6	10,9	7,8	6,2	4,3	
	2017	7,9	2,3	5,4	8,5	10,9	7,8	6,2	4,3	
Choroby układu nerwowego	2015	8,5	2,9	4,4	6,9	11,3	11,5	10,3	8,3	Diseases of the nervous system
	2016	8,4	2,9	4,3	6,6	11,4	11,7	10,5	8,5	
	2017	8,1	2,9	4,1	6,2	10,9	11,3	10,1	8,5	
Choroby układu krążenia	2015	5,4	1,0	1,1	2,2	5,7	10,0	14,7	17,8	Diseases of the circulatory system
	2016	5,1	1,0	1,1	2,1	5,5	9,5	13,6	17,0	
	2017	5,0	1,0	1,0	2,0	5,2	9,0	13,1	16,1	
Choroby układu oddechowego	2015	12,8	31,1	13,0	12,0	13,8	12,3	11,6	11,4	Diseases of the respiratory system
	2016	12,3	30,6	13,3	11,9	12,9	11,1	10,5	10,2	
	2017	12,8	31,7	14,0	11,9	13,5	12,1	11,3	11,0	

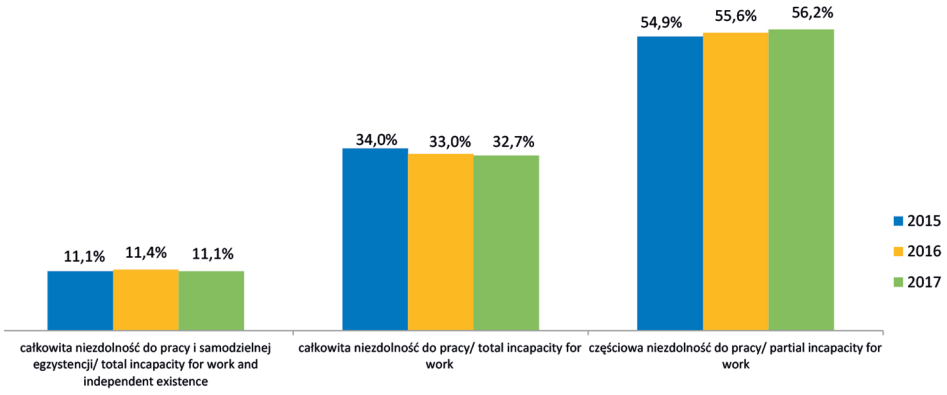
Grupy chorobowe		Ogółem liczba dni absencji chorobowej w tys. the number days of absence in thous.	Osoby o ustalonym wieku / Persons of known age							Groups of diseases
			19 lat i mniej years and under	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 i więcej years and over	
Choroby układu trawiennego	2015	4,2	5,8	3,5	3,5	5,0	4,9	4,9	5,0	Diseases of the digestive system
	2016	4,3	6,2	3,5	3,5	5,0	5,0	4,9	5,0	
	2017	4,2	5,7	3,4	3,4	4,9	4,8	4,8	4,7	
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	2015	14,7	6,3	7,1	10,4	18,7	22,0	21,9	19,1	Diseases of theosteoarticular system, muscular system and connective tissue
	2016	15,3	6,9	7,4	10,5	19,4	23,1	23,2	20,4	
	2017	15,4	7,1	7,4	10,4	19,4	23,2	23,5	20,8	
Choroby układu moczowo-płciowego	2015	2,9	1,8	2,1	2,7	3,9	3,2	2,5	2,7	Diseases of the genitourinary system
	2016	2,8	1,8	2,0	2,5	3,8	3,2	2,5	2,6	
	2017	2,7	1,8	1,9	2,4	3,7	3,0	2,4	2,5	
Ciąża, poród i połóg	2015	18,8	13,3	41,9	32,9	2,6	0,0	-	-	Pregnancy, childbirth and puerperium
	2016	19,1	12,7	41,7	33,9	2,7	0,0	-	-	
	2017	19,2	12,0	41,8	35,0	3,0	0,0	-	-	
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	2015	13,9	25,2	14,0	12,5	15,8	14,2	12,3	11,8	Injures, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors
	2016	13,9	25,0	13,8	12,2	16,0	14,5	12,7	12,1	
	2017	14,0	24,6	13,5	12,1	16,1	14,9	12,9	12,5	
Zewnętrzne przyczyny zachorowań i zgonu	2015	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	External causes of morbidity and mortality
	2016	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
	2017	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	

Jak wynika z przedstawionych danych, w strukturze orzeczeń pierwszorazowych wydanych do celów rentowych ustalających stopień niezdolności do pracy nie występują istotne zmiany. Dominują orzeczenia ustalające częściową niezdolność do pracy, w 2017 r. stanowiły one 56,2% omawianych orzeczeń, w 2016 r. – 55,6%, w 2015 r. 54,8%. W odniesieniu do orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji obserwujemy, że ich liczba w 2015 r. była nieco wyższa niż w pozostałych latach 2016-2017, jednakże ich udział pozostawał na zbliżonym poziomie.

Tabela 9.5. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy wydane przez lekarzy orzeczników ZUS w latach 2015-2017 do celów rentowych

Table 9.5. First-time medical certificates of incapacity for work issued by ZUS medical examiners in 2015-2017 for disability pension purposes

Stopień niezdolności do pracy Degree of incapacity for work	2015	2016	2017	
				2015=100
OGÓŁEM/ TOTAL	44 046	43 577	40 862	92,8
całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji total incapacity for work and independent existence	4 905	4 947	4 533	92,4
całkowita niezdolność do pracy / total incapacity for work	14 985	14 397	13 376	89,3
częściowa niezdolność do pracy / partial incapacity for work	24 156	24 233	22 953	95,0



Ryc. 9.2. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy wydanych do celów rentowych w latach 2015-2017

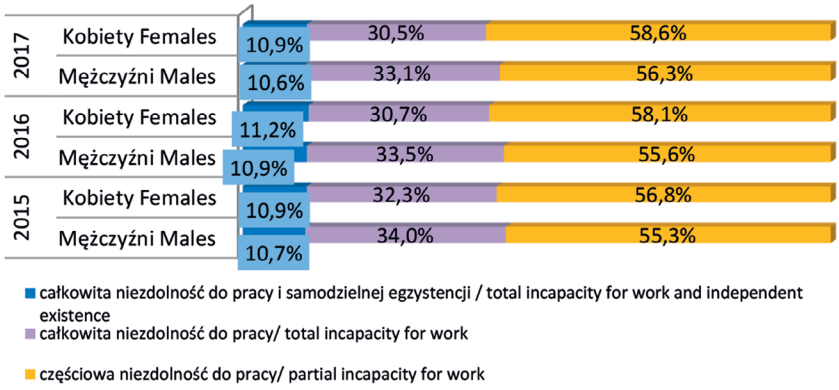
Fig. 9.2. The structure of first-time medical certificates of incapacity for work issued for disability pension purposes in 2015-2017

Analizując orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy wydane do celów rentowych odnotowujemy zdecydowanie wyższy odsetek orzeczeń wydanych mężczyznom. Udział tych orzeczeń wynosił w 2017 r. 64,3% i w poprzednich latach niewiele się różnił. W 2016 r. orzeczenia wydane mężczyznom stanowiły 63,1% a w 2015 r. 63,5%. Rozpatrując orzeczenia wydane według stopni niezdolności do pracy udział orzeczeń wydanych mężczyznom kształtował się także powyżej 60,0% w każdym ze stopni niezdolności.

Orzekana niezdolność do pracy i jej stopień są nierozerwalnie związane z przyczynami chorobowymi.

Jak wykazuje analiza orzeczeń pierwszorazowych wydanych do celów rentowych ustalających niezdolność do pracy najczęściej występującymi chorobami powodującymi tę niezdolność w 2017 r. były:

- nowotwory 23,9% omawianych orzeczeń,
- choroby układu krążenia 19,5%,
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej 15,1%,
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania 11,1%,
- choroby układu nerwowego 7,6%,
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych 7,5%,
- choroby układu oddechowego 2,5%,
- choroby układu trawiennego 2,3%.



Ryc. 9.3. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy według płci osób badanych i stopnia tej niezdolności

Fig. 9.3. The structure of first-time medical certificates of incapacity for work by gender of examined persons and degree of incapacity for work

W analizowanych latach 2015-2017 nie obserwujemy istotnych przesunięć pomiędzy grupami chorobowymi. Zmienia się minimalnie ich udział procentowy w strukturze wydanych ogółem omawianych orzeczeń. Dominują te same grupy chorobowe jak wymienione powyżej.

Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy winny być analizowane także w korelacji z płcią i wiekiem badanych osób.

W analizowanych latach 2015-2017 wśród osób, którym wydano orzeczenie pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy zdecydowanie przeważają mężczyźni, stanowią ponad 60,0% badanej populacji.

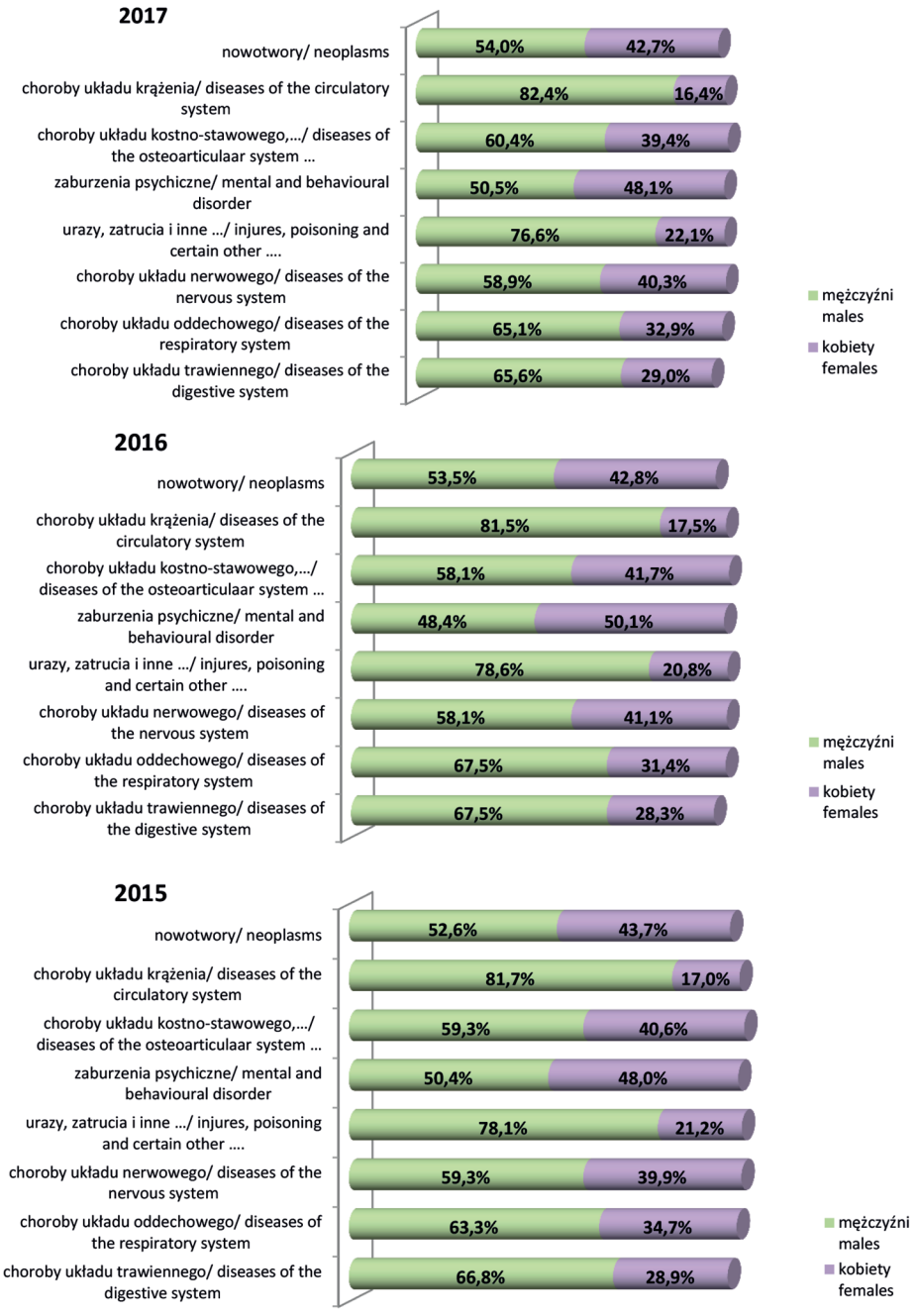
Rozpatrując orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy do celów rentowych według grup chorobowych i według płci widoczna jest w każdej

z grup chorobowych przewaga mężczyzn. W przypadku nowotworów, zaburzeń psychicznych, chorób układu nerwowego czy chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej ta przewaga jest znacznie niższa i rozkład procentowy jest zbliżony sięgający niewiele ponad 50,0%. W przypadku chorób układu krążenia ta przewaga mężczyzn jest zdecydowana – ponad 80,0%. Nie zauważa się też w kolejnych latach specjalnego wzrostu, czy też spadku, wydawanych orzeczeń mężczyznom. Tendencja w kolejnych latach utrzymuje się na zbliżonym poziomie.

Tabela 9.6. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy do celów rentowych w latach 2015-2017 według grup chorobowych

Table 9.6. First-time medical certificates of incapacity for work for disability pension purposes in 2015-2017, by disease group

Grupy chorobowe	2015	2016	2017	2015	2016	2017	Groups of diseases
	liczba orzeczeń the number of first-time medical certificates			w odsetkach in percentage			
OGÓŁEM	44 046	43 577	40 862	100,0	100,0	100,0	TOTAL
Nowotwory (C00-D48)	10 547	10 522	9 753	23,9	24,1	23,9	Neoplasms
Choroby układu krążenia (I00-I99)	9 050	8 537	7 985	20,5	19,6	19,5	Diseases of the circulatory system
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)	6 145	6 295	6 177	14,0	14,4	15,1	Diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue
Zaburzenia psychiczne (F00-F99)	5 071	5 059	4 538	11,5	11,6	11,1	Mental and behavioural disorders
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	3 166	3 165	3 064	7,2	7,3	7,5	Injures, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	3 230	3 278	3 122	7,3	7,5	7,6	Diseases of the nervous system
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	1 012	1 034	1 005	2,3	2,4	2,5	Diseases of the respiratory system
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	997	1 002	954	2,3	2,3	2,3	Diseases of the digestive system
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej (E00-E90)	803	830	782	1,8	1,9	1,9	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	764	731	655	1,7	1,7	1,6	Diseases of the eye and adnexa
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	597	601	529	1,4	1,4	1,3	Diseases of the genitourinary system
Pozostałe choroby	2 664	2 523	2 298	6,0	5,8	5,6	Other groups of diseases



Ryc. 9.4. Struktura płci orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy do celów rentowych według przyczyn chorobowych osób badanych

Fig. 9.4. The gender structure of the first-time medical certificates of incapacity for work for disability pension purposes, by disease group and gender of examined persons

W większości przypadków, tj. w 43,6% orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy do celów rentowych otrzymywały w 2017 r. osoby w wieku 50-59 lat.

Średni wiek dla ogółu osób badanych w 2017 r. po raz pierwszy do celów rentowych wyniósł 52,5 roku, w 2016 r. – 51,5 roku, a w 2015 r. 51 lat. Wyższy od ogółem średni wiek odnotowano w przypadku niezdolności spowodowanej chorobami układu oddechowego (57,1 roku), chorobami układu krążenia (56,2 roku) czy nowotworami (53,5 roku).

Natomiast niższy od ogółem średni wiek odnotowano w przypadku niezdolności spowodowanej zaburzeniami psychicznymi (48,1 roku), urazami, zatruciami i innymi określonymi skutkami działania czynników zewnętrznych (47,3 roku), chorobami układu trawiennego (49,6 roku).

Prezentowane dane potwierdzają, że w starszych grupach wiekowych nasila się zachorowalność na choroby przewlekłe, takie jak choroby układu krążenia czy 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, a także nowotworami.

Z przyczynami chorobowymi powodującymi niezdolność do pracy jest związany także przewidywany okres trwania tej niezdolności. Lekarz orzecznik ocenia charakter i stopień naruszenia sprawności organizmu badanej osoby oraz rokowania co do odzyskania przez nią zdolności do pracy.

W 2017 r. przeciętny przewidywany okres trwania niezdolności do pracy wyniósł 17,4 miesiąca i w analizowanym okresie był najniższym.

Wyraźny spadek długości przeciętnego okresu trwania niezdolności obserwujemy w odniesieniu do takich grup chorobowych, jak zaburzenia psychiczne, choroby układu nerwowego, choroby układu oddechowego, choroby układu kostno-stawowego czy w urazach i zatruciach.

W 2017 r. wśród orzeczeń pierwszorazowych przeważały orzeczenia wydawane na okres 13-24 miesięcy, stanowiąc 37,1 % ogółu wydanych orzeczeń.

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 zachowania – 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 w 2017 r. orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych wynika, że największy ich odsetek wydano w województwie mazowieckim – 13,3%, wielkopolskim – 12,7% oraz śląskim – 11,4%.

Tabela 9.7. Przeciętny przewidywany okres trwania niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych rentowych ustalających niezdolność do pracy wg wybranych grup chorobowych

Table 9.7. The average anticipated duration of incapacity for work in first-time medical certificates of incapacity for work for disability pension purposes by disease group

Grupy chorobowe	Przeciętny przewidywany okres trwania niezdolności do pracy *) the average duration of incapacity for work			Groups of diseases
	2015	2016	2017	
	w miesiącach / in month			
OGÓŁEM (A00-Z00)	20,3	19,9	17,4	TOTAL
w tym:				of which:
Nowotwory (C00-D48)	18,9	18,7	18,8	Neoplasms
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej (E00-E90)	17,4	20,1	17,7	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
Zaburzenia psychiczne (F00-F99)	25,9	25,1	17,3	Mental and behavioural disorders
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	24,5	23,8	18,7	Diseases of the nervous system
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	32,5	31,1	22,3	Diseases of theeye and adnexa
Choroby układu krążenia (I00-I99)	19,5	19,2	17,5	Diseases of the circulatory system
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	22,0	22,6	18,8	Diseases of the respiratory system
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	17,8	15,4	15,6	Diseases of the digestive system
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)	17,3	20,5	15,3	Diseases of theosteoarticular system, muscular system and connective tissue
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	21,9	21,6	21,1	Diseases of the genitourinary system
Urazy. zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	22,6	21,6	14,2	Injures, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors

*) Dotyczy orzeczeń wydanych na czas określony

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).

PODSUMOWANIE

1. Główną przyczyną czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2017 r. były: ciąża, poród i połóg (19,2% ogółu liczby dni absencji chorobowej), choroby układu kostno-stawowego (15,4%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (14,0%), choroby układu oddechowego (12,8%).
2. 2. Najczęściej chorobami powodującymi niezdolność do pracy u osób badanych po raz pierwszy dla celów rentowych były w 2017 r.: nowotwory 23,9% omawianych orzeczeń, choroby układu krążenia 19,5%, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej 15,1%, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania 11,1%.
3. Przyczyny chorobowe odmiennie kształtowały się w odniesieniu do płci, wieku oraz miejsca zamieszkania osób ubezpieczonych.
4. W wyniku rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS ukończyło rehabilitację w 2015 r. 80,7 tys. osób. Jak wykazują wyniki badań, skuteczność programu jest wysoka: zdolność do pracy przywracana jest średnio w odniesieniu do połowy osób poddanych rehabilitacji leczniczej.
5. W 2016 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wyniosły 35 081,5 mln zł i w stosunku do 2015 r. wzrosły o 1 225,8 mln zł. Kwota tych wydatków zarówno w 2015 r,. jak i w 2016 r. stanowiła 1,9%. Najwyższy odsetek w wydatkach na świadczenia związane z niezdolnością do pracy stanowią wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy – w 2015 r. stanowiły 45,4%, a w 2016 r. 42,8%. Drugą pozycję stanowiły wydatki na absencję chorobową wypłacaną przez ZUS i z funduszy zakładów pracy. Ich udział w 2015 r. wyniósł 44,6% a w 2016 r. 46,4%. W przypadku wydatków na świadczenie rehabilitacyjne ich udział w wydatkach w 2015 r. to 4,0% i w 2016 r. 4,3%, a w przypadku rent socjalnych – w 2015 r. 5,5% i w 2016 r. 6,0%.

10. SAMOOCENA STANU ZDROWIA DOROSŁYCH POLAKÓW – WYNIKI BADANIA TERENOWEGO

Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Jakub Stokwiszewski, Rafał Halik,
Roman Topór-Mądry (AOTMiT), Grzegorz Juszczyk

Przedstawiona poniżej analiza dotycząca problemów zdrowia Polaków wg ich własnej oceny jest oparta na wynikach przeprowadzonego przez NIZP-PZH w październiku 2018 r. ankietowego badania stanu zdrowia dorosłych mieszkańców Polski i rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób niezakaźnych. Badaniem objęto reprezentatywną próbę losową 3 tys. osób w wieku 20 lat i starszym. Badanie było finansowane przez Narodowy Program Zdrowia oraz Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. W rozdziale przedstawiono główne elementy samooceny zdrowia i nastawienia do problemu zdrowia, natomiast rozpowszechnienie najważniejszych czynników ryzyka omówiono w rozdziale 11.Analizę porównawczą prowadzona dla następujących podgrup ludności z uwzględnieniem podziału na płeć: (1) mieszkańcy wsi i miast o różnej wielkości, (2) osoby o różnym poziomie wykształcenia, (3) osoby o różnej sytuacji materialnej. Ocena ogólnego stanu zdrowia oparta jest na wskaźnikach wykorzystujących odpowiedzi na trzy pytania powszechnie stosowane w tego typu badaniach:

1. Jak ogólnie ocenia Pan(i) swoje zdrowie?
2. Czy ma Pan(i) jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwały) przez 6 miesięcy lub dłużej?
3. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy?

Na podstawie odpowiedzi na powyższe pytania wyróżniono – grupę osób. które można uznać za zdrowe, a więc tych, którzy ocenili swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, ponadto stwierdzili, że nie mają długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych oraz z powodu problemów zdrowotnych nie mają ograniczonej zdolności wykonywania czynności.

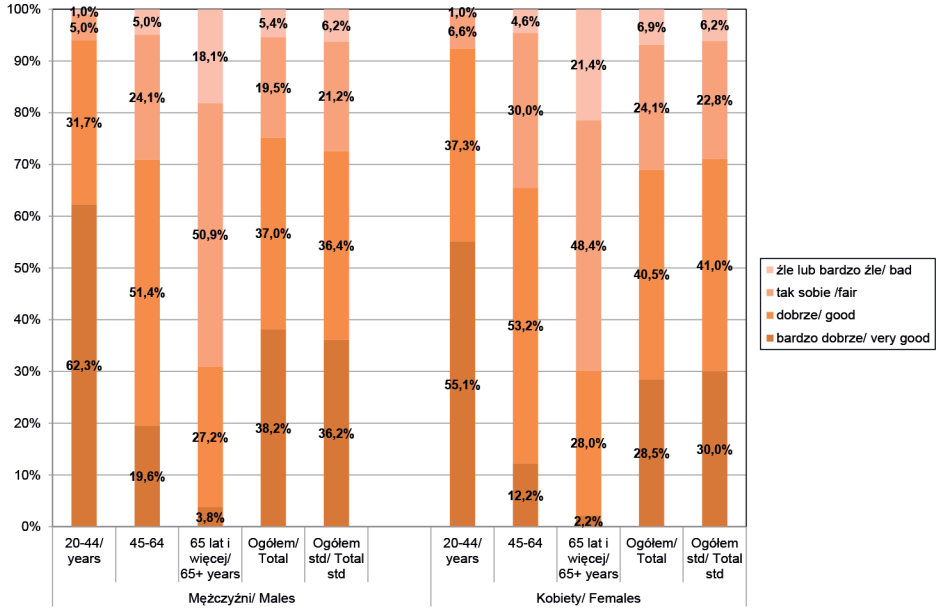
Nastawienie do problemu zdrowia wyrażała znajomość pojęcia „czynnik ryzyka/czynnik sprzyjający zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową lub udar mózgu, nowotwór)" oraz znajomość czynników ryzyka, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar mózgu.

Analizę prowadzono na podstawie częstości standaryzowanych względem wieku z zastosowaniem metody bezpośredniej, a jako standardową przyjęto strukturę wieku ludności Polski w 2017 r.

10.1. Ludność Polski ogółem

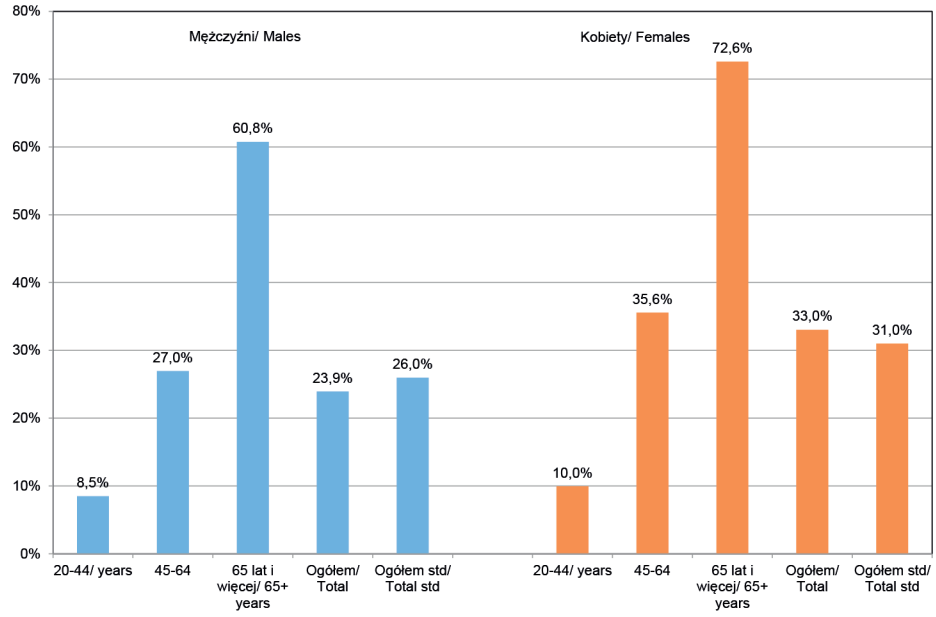
Trzy czwarte (75,2%) dorosłych mężczyzn oraz 69,0% kobiet ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, przy czym mężczyźni wyraźnie częściej niż kobiety oceniają go jako bardzo dobry (ryc. 10.1). Część tej różnicy wynika z przeciętnie starszego wieku kobiet, który jak widać bardzo wpływa na ocenę stanu zdrowia. Po standaryzacji współczynników względem wieku (Ogółem std) różnice w ocenie zdrowia mężczyzn i kobiet zmniejszają się.

Występowanie długotrwałego problemu zdrowotnego lub choroby przewlekłej stwierdził prawie co czwarty mężczyzna i jedna trzecia kobiet ale po standaryzacji ta różnica zmniejszyła się do 5 punktów procentowych (pp) (ryc. 10.2).



Ryc. 10.1. Stan zdrowia osób według ich własnej oceny wg płci i grup wieku w 2018 r. (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.1. Self-perceived health of Polish males and females aged 20 years and more by age groups, 2018 (data NIPH-NIH)



Ryc. 10.2. Osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi wg płci i grup wieku w 2018 r. (dane NIZP-PZH)

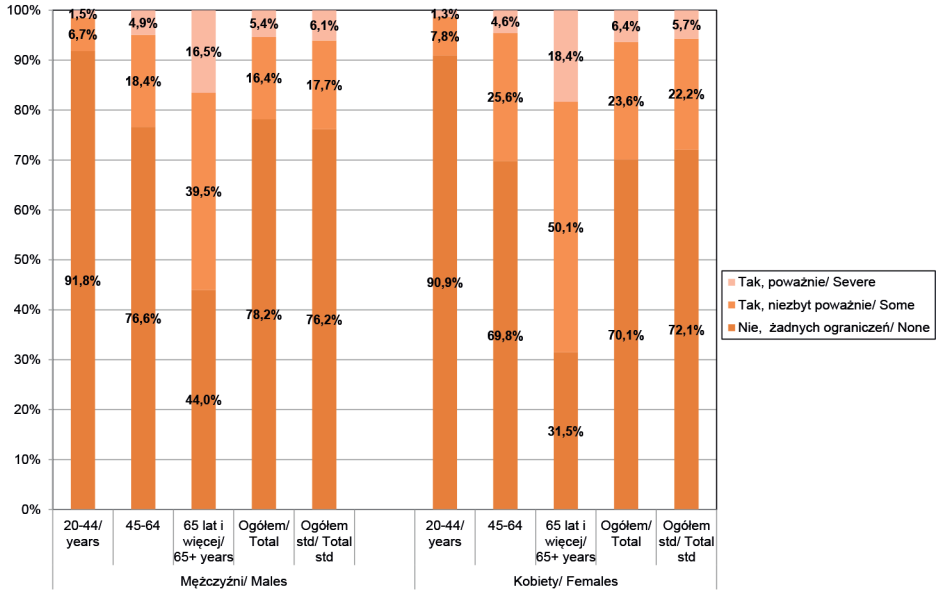
Fig. 10.2. People aged 20 years and more self-reporting a long-standing illness or health problem, by sex and age group, 2018 (data NIPH-NIH)

Blisko 22% dorosłych mężczyzn i 30% kobiet stwierdziło, że z powodu problemów zdrowotnych mieli ograniczoną, niezbyt poważnie lub poważnie, zdolność wykonywania czynności trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy (ryc. 10.3). W przypadku osób w wieku 65 lat i starszym problem ten występował aż u 56% mężczyzn i 68,5% kobiet.

Zebrane łącznie wyniki samooceny trzech aspektów stanu zdrowia badanej próby pozwalają na oszacowanie, że ok. dwie trzecie dorosłych mężczyzn oraz 57% kobiet ma zadowalający stan zdrowia (ryc. 10.4). Oczywiście odsetek tych osób bardzo szybko zmniejsza się wraz z wiekiem.

Na uwagę zasługuje fakt, że ok. 40% badanych osób, 44,4% mężczyzn i 37,7% kobiet, stwierdziło, że nie zetknęli się z pojęciem „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową lub udar mózgu, nowotwór)". Ci, którzy znali to pojęcie często jednak nie znali czynników, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar. Jako taki czynnik nadciśnienie tętnicze podało najwięcej spośród nich - 65%, a biorąc pod uwagę tych, którzy nie wiedzieli co to są czynniki ryzyka/sprzyjające zachorowaniu to 38,4% ogółu badanych. Bardzo niska jest

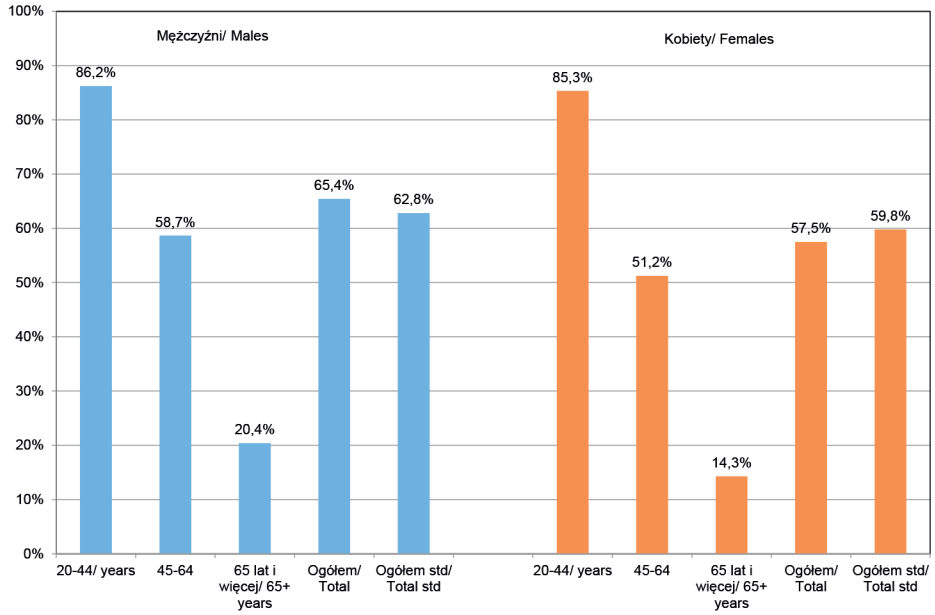
świadomość zagrożenia związanego z nieprawidłową dietą (28,4% i 16,8%), małą aktywnością fizyczną (32,1% i 19,0%) oraz przewlekłym stresem (33,3% i 19,7%). Wyniki te wskazują na pilną potrzebę bardziej efektywnej edukacji zdrowotnej polskiego społeczeństwa.



Ryc. 10.3. Osoby z ograniczoną możliwością wykonywania czynności z powodu problemów zdrowotnych wg płci i grup wieku w 2018 r. (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.3. People aged 20 years and more having self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem, by sex and age group, 2018 (data NIPH-NIH)

Ważnym problemem jest stosowanie się do zaleceń lekarza. W badaniu pytano osoby, które podały, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy chorowały na stwierdzoną przez lekarza którąś z wymienionych chorób, w jakim stopniu stosowały się do zaleceń lekarz w ciągu ostatnich dwóch tygodni. W przypadku nadciśnienia tętniczego 19,1% osób (26,6% mężczyzn i 15,9% kobiet) przyznało, że stosowało się częściowo (niezbyt systematycznie) lub nie stosowało się, w przypadku hipercholesterolemii odpowiednie odsetki wynosiły 25,8% (28,2% mężczyźni i 24,3% kobiety) a w przypadku cukrzycy aż 31,7% (40,1% mężczyźni i 26,8% kobiety). Problem ten jako niesłychanie ważny bez wątpienia zasługuje na osobne, pogłębione badanie, przy czym znacznie bardziej niefrasobliwe podejście mężczyzn niż kobiet jest szczególnie niepokojące.



Ryc. 10.4. Osoby, których stan zdrowia można uznać na podstawie ich własnych ocen za dobry wg płci i grup wieku w 2018 r. (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.4. People aged 20 years and more whose self-reported health status may be considered as good, by sex and age group, 2018 (data NIPH-NIH)

W ramach badania sprawdzono jak Polacy szeregują ważność dla własnego zdrowia następujących czynników: 1) Własne zachowanie, 2) Jakość opieki zdrowotnej, 3) Zanieczyszczenie środowiska, 4) Czynniki, na które nie mamy wpływu. Tylko połowa badanych, w bardzo zbliżonym stopniu mężczyźni i kobiety, na pierwszym miejscu wskazała własne zachowanie, natomiast pozostałe czynniki były umieszczane jako najważniejsze ze zbliżoną do siebie częstością. Wydaje się, że obraz ten wskazuje na pewne niedostatki wiedzy Polaków na temat uwarunkowań własnego zdrowia, co zgodnie współbrzmi z brakami w znajomości czynników sprzyjających zachorowaniu.

10.2. Ludność mieszkająca na wsi i w miastach

Fakt zamieszkiwania na wsi lub w miastach o różnej wielkości nie rzutował w sposób szczególny na ocenę przez badanych stanu własnego zdrowia. Jak widać z tabeli 10.1 w przypadku mężczyzn żadne środowisko zamieszkania nie wyróżnia się jako szczególnie sprzyjające dobrej lub złej samoocenie zdrowia natomiast

w przypadku kobiet stosunkowo najgorzej wypadają wskaźniki zdrowia mieszkanek dużych miast o liczbie ludności 100-500 tys. Znajduje to również potwierdzenie w najniższym odsetku w tych miastach kobiet, których stan zdrowia według wskaźnika sumarycznej oceny można uznać za dobry.

Tabela 10.1. Standaryzowane względem wieku wskaźniki (%) samooceny stanu zdrowia badanych osób wg płci i charakteru miejsca zamieszkania (dane NIZP-PZH)

Table 10.1. Age-standardized indicators (%) of self-reported health status by sex and place of residence (data NIPH-NIH)

Kategoria zdrowia/ Health category	Wieś/ Rural area	Miasta/ Urban area	<100 tys./ <100 thous.	100-500 tys./ 100-500 thous.	>500 tys./ >500 thous.
Mężczyźni/ Males					
Samoocena zdrowia/ Self-perceived health					
B. dobre lub dobre/ Good	72,7%	72,5%	74,2%	68,6%	73,4%
Takie sobie/ Fair	21,7%	21,0%	19,9%	25,1%	18,4%
Złe lub b. złe/ Bad	5,6%	6,6%	5,9%	6,3%	8,2%
Długotrwałe problemy zdrowotne/ Long-standing illness					
Tak/ Yes	24,7%	26,7%	25,2%	27,6%	29,6%
Ograniczona możliwość wykonywania czynności/ Long-standing limitations					
Tak/ Yes	23,3%	24,2%	27,0%	20,1%	22,0%
Kobiety/ Females					
Samoocena zdrowia/ Self-perceived health					
B. dobre lub dobre/ Good	71,6%	70,6%	72,3%	65,1%	74,1%
Takie sobie/ Fair	22,8%	22,8%	21,1%	26,9%	21,8%
Złe lub b. złe/ Bad	5,6%	6,6%	6,6%	8,0%	4,1%
Długotrwałe problemy zdrowotne/ Long-standing ilness					
Tak/ Yes	30,2%	31,6%	30,4%	34,5%	30,9%
Ograniczona możliwość wykonywania czynności/ Long-standing limitations					
Tak/ Yes	26,8%	28,5%	28,7%	30,2%	25,8%

Mężczyźni mieszkający wsi trochę częściej niż mieszkańcy miast twierdzili, że nie zetknęli się z pojęciem „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową lub udar mózgu, nowotwór)" – 48,3% vs 41,7% natomiast w przypadku kobiet różnica była nieznaczna – 38,7% vs 37,0%. Ci, którzy potwierdzili znajomość tego pojęcia często nie znali czynników, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar, ale różnice pomiędzy mieszkańcami miast i wsi nie były zbyt duże. Największa w przypadku mężczyzn dotyczyła nadużywania alkoholu, które

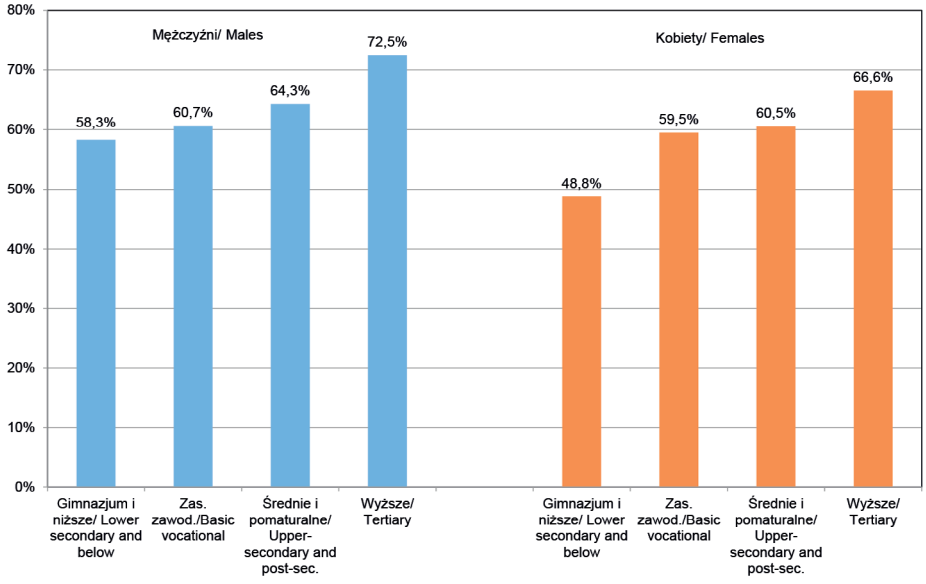
zostało wymienione jako taki czynnik przez 51,7% mężczyzn w miastach i zaledwie 39,3% mieszkających na wsi, oraz palenie papierosów – odpowiednie odsetki 63,9% i 55,5%. Natomiast w przypadku kobiet mieszkanki miast trochę częściej niż wsi wymieniały nadwagę lub otyłość (66,0% vs 60,0%).

Uszeregowanie przez mieszkańców miast i wsi ważność dla własnego zdrowia wymienionych wcześniej czynników, tzn. własnych zachowań, jakości opieki zdrowotnej, zanieczyszczenia środowiska, oraz czynników, na które nie mamy wpływu, było bardzo podobne do pokazanego wcześniej dla ogółu populacji.

10.3. Ludność według poziomu wykształcenia

Poziom ukończonego wykształcenia badanych osób był rozpatrywany w czterech kategoriach: gimnazjum lub niższe, zasadnicze zawodowe, średnie lub policealne, wyższe.

Zebrane łącznie wyniki samooceny stanu zdrowia badanych osób pozwalają na stwierdzenie, że zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet wraz ze wzrostem poziomu posiadanego wykształcenia osoby coraz częściej mają dobry stan zdrowia, ale zmiany następują trochę inaczej w obu grupach płci (ryc. 10.5).

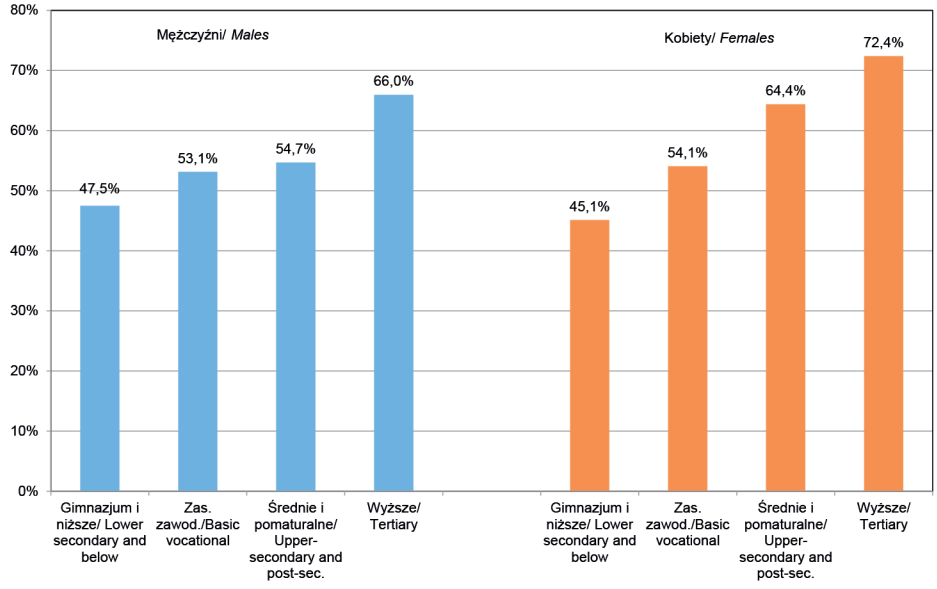


Ryc. 10.5. Osoby, których stan zdrowia można uznać na podstawie ich własnych ocen za dobry wg płci i poziomu wykształcenia – częstości standaryzowane względem wieku (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.5. People aged 20 years and more whose self-reported health status in three areas may be considered as good, by sex and educational attainment level – age-standardized frequencies (data NIPH-NIH)

Wśród mężczyzn największy wzrost częstości osób o dobrym zdrowiu występuje pomiędzy posiadającymi wykształcenie średnie i wyższe, natomiast wśród kobiet największy wzrost występuje pomiędzy dwoma dolnymi kategoriami wykształcenia, tzn. co najwyżej gimnazjalnym i zasadniczym zawodowym.

Znajomość pojęcia „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową lub udar mózgu, nowotwór)" zwiększała się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych osób, szczególnie wyraźnie wśród kobiet. Wzrost odsetka osób, które zetknęły się z tym pojęciem w grupie z wykształceniem wyższym był większy niż grupie o wykształceniu co najwyżej gimnazjalnym o 18 pp wśród mężczyzn i 27 pp wśród kobiet (ryc. 10.6). Trzeba jednak zwrócić uwagę, że aż jedna trzecia mężczyzn z wyższym wykształceniem i niewiele mniejszy odsetek kobiet nie zetknęła się z tym pojęciem.



Ryc. 10.6. Osoby, które zetknęły się z pojęciem „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu" wg płci i poziomu wykształcenia – częstości standaryzowane względem wieku (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.6. People aged 20 years and who did not come across a concept of "risk factors or factors promoting getting sick", by sex and educational attainment level – age-standardized frequencies (data NIPH-NIH)

Osoby, które znały samo pojęcie często nie potrafiły wymienić czynników, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar, przy czym różnice pomiędzy osobami o różnym poziomie wykształcenia były czasami

duże. Największa w przypadku mężczyzn dotyczyła małej aktywności fizycznej, która została wymieniona jako taki czynnik (przez tych ze znajomością pojęcia) przez 48,2% mężczyzn z wykształceniem wyższym i zaledwie 11,0% z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym (częstości standaryzowane względem wieku), wysoki poziom cholesterolu – analogiczne odsetki 46,2% oraz 25,0%, przy czym w tym przypadku mężczyźni o najniższym wykształceniu niekorzystnie odstają od pozostałych, nieprawidłowa dieta – analogiczne odsetki 31,7% i 14,4%, oraz przewlekły stres, który był znacznie częściej wymieniany przez mężczyzn z wykształceniem wyższym – odpowiednie odsetki 47,6% i 26,3% mężczyźni z wykształceniem średnim (rzadziej niż z co najwyżej gimnazjalnym). Natomiast w przypadku kobiet różnice były na ogół mniejsze ale zwracały uwagę w przypadku wiedzy o zagrożeniu wynikającym z małej aktywności fizycznej oraz nadwagi lub otyłości, które były wymieniane odpowiednio przez 40,3% oraz 65,4% kobiet z wykształceniem wyższym oraz tylko 25,4% i 48,8% kobiet z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym.

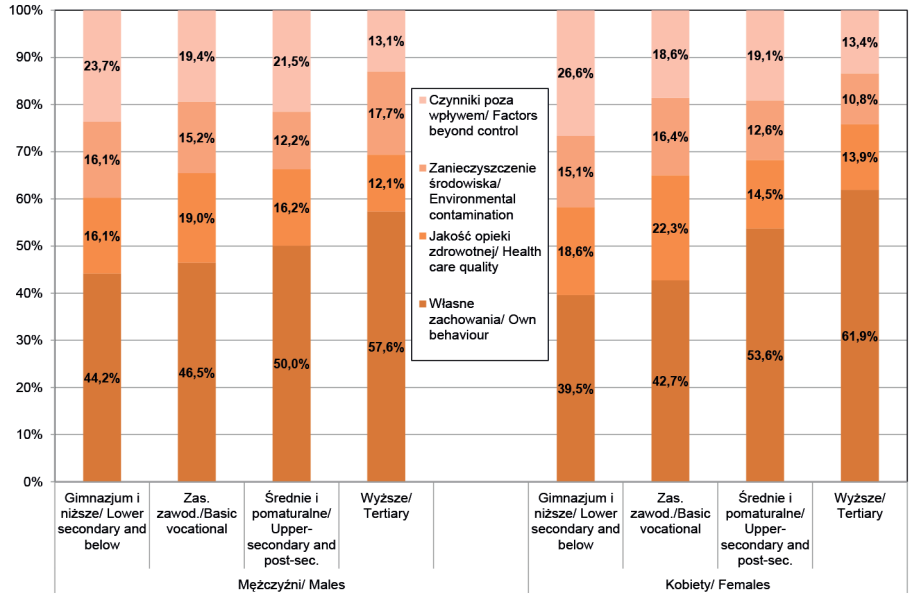
Niepełne stosowanie się do zaleceń lekarza było związane z poziomem wykształcenia ale w sposób nie jednakowy dla analizowanych chorób. Jak pokazuje tabela 10.2 najbardziej wyraźny związek występuje w przypadku kobiet leczących się z powodu nadciśnienia tętniczego oraz mężczyzn leczących się z powodu cukrzycy.

Tabela 10.2. Standaryzowana względem wieku częstość osób, które przyznały, że w ciągu ostatnich dwóch tygodni stosowały się do zaleceń lekarza częściowo (niezbyt systematycznie) lub nie stosowały się wg wykształcenia i zdiagnozowanego problemu zdrowotnego

Table 10.2. Age-standardized percentage of people who only partly complied with the doctor's instructions by education and diagnosed health problem

Poziom wykształcenia/ Education	Nadciśnienie tętnicze/ High blood pressure	Wysoki cholesterol/ High cholesterol	Cukrzyca/ Diabetes
Mężczyźni/ Males			
Gimnazjum i niższe/ Lower secondary and below	19,0%	34,5%	61,7%
Zas. zawodowe/ Basic vocational	27,3%	28,5%	43,1%
Średnie i pomaturalne/ Upper-secondary and post-sec.	31,7%	34,6%	32,3%
Wyższe/ Tertiary	8,1%	15,7%	14,3%
Kobiety/ Females			
Gimnazjum i niższe/ Lower secondary and below	29,0%	26,6%	37,6%
Zas. zawodowe/ Basic vocational	17,3%	23,5%	20,6%
Średnie i pomaturalne/ Upper-secondary and post-sec.	15,1%	25,6%	24,1%
Wyższe/ Tertiary	1,3%	35,1%	21,4%

Uszeregowanie przez osoby o różnym poziomie wykształcenia ważności dla własnego zdrowia wymienionych wcześniej czynników, tzn. własnych zachowań, jakości opieki zdrowotnej, zanieczyszczenia środowiska, oraz czynników, na które nie mamy wpływu, wykazywało pewne różnice. Generalnie zarówno mężczyźni jak i kobiety z wyższym wykształceniem rzadziej niż pozostałe podawały jako najważniejsze dla swojego zdrowia czynniki, na które nie mamy wpływu.



Ryc. 10.7. Odsetek osób, które oceniły dany czynnik jako najważniejszy w decydowaniu o ich stanie zdrowia wg płci i poziomu wykształcenia (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.7. People aged 20 years and more who put a given factor as the most important in deciding of their health by sex and educational attainment level (data NIPH-NIH)

10.4. Ludność według sytuacji materialnej

Ponieważ na pytanie o grupę dochodową było dużo braków odpowiedzi ocenę sytuacji materialnej badanych przeprowadzono na podstawie odpowiedzi na trzy pytania: (1) Czy w Pana(i) gospodarstwie domowym w ciągu ostatniego roku zdarzyło się, że brakowało pieniędzy na żywność dla Pana(i) i najbliższej rodziny?, (2) Czy w Pana(i) gospodarstwie domowym w ciągu ostatniego roku zdarzyło się, że brakowało pieniędzy na ubranie potrzebne dla Pana(i) i najbliższej rodziny?, (3) Czy w Pana(i) gospodarstwie domowym w ciągu ostatniego

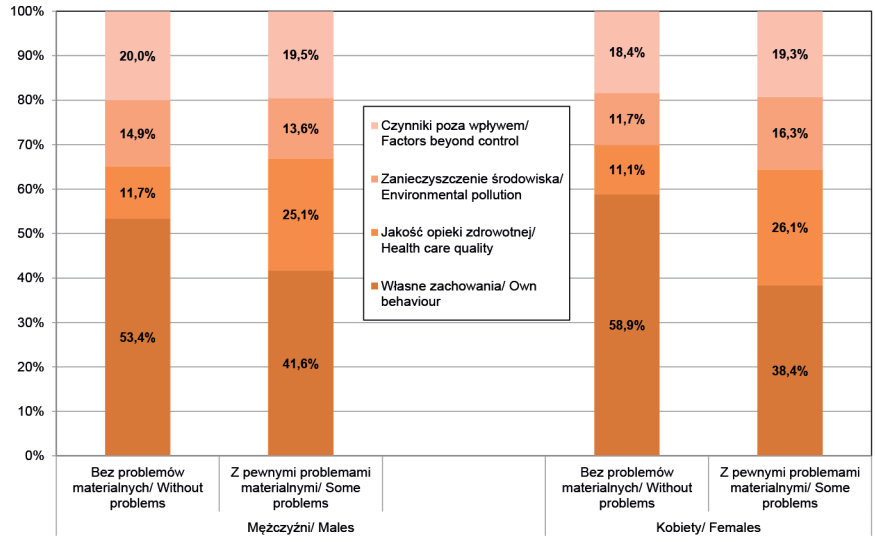
roku zdarzyło się, że wystąpiły trudności z płaceniem rachunków (czynsz, prąd, ogrzewanie itp.)?. Na pytania były możliwe odpowiedzi: zawsze, często, czasem, nigdy. Dla celów obecnej analizy badanych podzielono na dwie grupy – takich, którzy nigdy nie doświadczyli żadnej z tych trudności oraz pozostałych tzn. takich, którzy czasem którejś z tych trudności doświadczyli.

Zebrane łącznie wyniki samooceny stanu zdrowia badanych osób pozwalają na stwierdzenie, że o ile wśród osób które nie miały problemów finansowych około dwie trzecie ma stan zdrowia, który można uznać za dobry (68,9% i 64,2% odpowiednio wśród mężczyzn i kobiet) to wśród osób, które doświadczyły takich problemów tylko niewiele ponad połowa (odpowiednio 51,2% i 52,0%). Tak więc wśród mężczyzn i kobiet, którzy doświadczyli problemów finansowych odsetek osób zdrowych wg własnych ocen jest praktycznie identyczny.

Występuje wyraźny związek pomiędzy sytuacją finansową i znajomością pojęcia „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową lub udar mózgu, nowotwór)". Mężczyźni i kobiety, którzy nie doświadczyli problemów finansowych wyraźnie częściej niż pozostali deklarowali taką znajomość (mężczyźni 61,0% vs 44,7%, kobiety 68,7% vs 51,2%). Jednak osoby, które znały samo pojęcie często nie potrafiły wymienić czynników, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar, ale w tym przypadku różnice pomiędzy osobami o różnej sytuacji finansowej nie były zbyt duże.

Sytuacja finansowa jest związana z wyraźnymi różnicami w stosowaniu się osób do zaleceń lekarza w przypadku konkretnych chorób. Wśród osób, które podały, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy chorowały na stwierdzone przez lekarza nadciśnienia tętniczego i nie miały problemów finansowych 17,3% mężczyzn i 11,7% kobiet przyznało, że w ciągu ostatnich dwóch tygodni stosowało się do zaleceń lekarza częściowo (niezbyt systematycznie) lub nie stosowało się, natomiast wśród osób, które miały problemy odsetki takich osób wynosiły odpowiednio 36,1% i 18,1%. W przypadku hipercholesterolemii odpowiednie odsetki wynosiły dla tych, którzy nie mieli problemów 30,4% mężczyźni i 17,7% kobiety, a dla tych którzy mieli problemy 22,2% i 31,5%, a więc wśród mężczyzn różnica była odwrotna. W przypadku cukrzycy słabo stosujący się do zaleceń lekarza stanowili 25,0% mężczyzn 20% kobiety, którzy nie mieli problemów finansowych i odpowiednio 51,7% i 34,6% tych którzy problemy mieli.

Jak widać na rycinie 10.8 osoby z problemami finansowymi, zarówno mężczyźni jak i kobiety, przypisują większe znaczenie jakości opieki zdrowotnej jako czynnikowi decydującemu o ich zdrowiu niż osoby bez problemów finansowych natomiast ci drudzy w większym stopniu niż ci pierwsi uznają prymat własnych zachowań jako decydujących o własnym zdrowiu.



Ryc. 10.8. Standaryzowany względem wieku odsetek osób, które oceniły dany czynnik jako najważniejszy w decydowaniu o ich stanie zdrowia wg płci i sytuacji materialnej (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.8. People aged 20 years and more who put a given factor as the most important in deciding of their health by sex and economic status (data NIPH-NIH)

PODSUMOWANIE

Wyniki własnej oceny stanu zdrowia dorosłych Polaków w wieku 20 lat i starszym, stanowiących trzytysięczną reprezentatywną, losową próbę populacji generalnej kraju pozwoliły m.in. na następujące obserwacje:

1. Trzy czwarte (75,2%) dorosłych mężczyzn oraz 69,0% kobiet ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, przy czym mężczyźni wyraźnie częściej niż kobiety oceniają go jako bardzo dobry. Część tej różnicy wynika z przeciętnie starszego wieku kobiet i po standaryzacji względem wieku różnice w dobrej ocenie zdrowia mężczyzn i kobiet zmniejszają się do 1,5 punktu procentowego.
2. Blisko 22% dorosłych mężczyzn i 30% kobiet stwierdziło, że z powodu problemów zdrowotnych mieli ograniczoną, niezbyt poważnie lub poważnie, zdolność wykonywania czynności trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy. W przypadku osób w wieku 65 lat i starszym problem ten dotykał aż u 56% mężczyzn i 68,5% kobiet.
3. Za niewystarczającą należy uznać znajomość spraw związanych ze zdrowiem. Około 40% badanych osób, 44,4% mężczyzn i 37,7% kobiet, stwierdziło, że nie zetknęli się z pojęciem „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający

zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową lub udar mózgu, nowotwór)". Ci, którzy znali to pojęcie często jednak nie znali czynników, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar. Bardzo niska jest świadomość zagrożenia związanego z nieprawidłową dietą, którą wymieniło tylko 28,4% znających pojęcie czynnik ryzyka tzn. 16,8% ogółu badanych, małą aktywnością fizyczną (32,1% i 19,0%) oraz z przewlekłym stresem (33,3% i 19,7%).

4. Tylko połowa badanych, w bardzo zbliżonym stopniu mężczyźni i kobiety, wskazała własne zachowanie jako najważniejszy czynnik decydujący o stanie zdrowia.
5. Fakt zamieszkiwania na wsi lub w miastach o różnej wielkości nie rzutował w sposób szczególny na ocenę przez badanych stanu własnego zdrowia.
6. Występuje wyraźny gradient w trzech ocenianych przez badanych aspektach ich zdrowia związany z poziomem wykształcenia. Ogólnie można stwierdzić, że wraz z lepszym wykształceniem wzrasta częstość osób, których stan zdrowia można uznać jako dobry.
7. Znajomość pojęcia „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu" zwiększała się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych osób, ale aż jedna trzecia mężczyzn z wyższym wykształceniem i niewiele mniejszy odsetek kobiet, nie zetknęła się z tym pojęciem. Podobny charakter miały różnice w częstości wskazań konkretnych czynników, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serca lub udar. Zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet duża różnica na niekorzyść osób z niższym wykształceniem dotyczyła małej aktywności fizycznej oraz nadwagi i otyłości a ponadto wśród mężczyzn nieprawidłowej diety i wysokiego poziomu cholesterolu.
8. Zarówno mężczyźni jak i kobiety o najniższym poziomie wykształcenia znacznie częściej niż ci z wykształceniem wyższym podawały jako najważniejsze dla swojego zdrowia czynniki, na które nie mamy wpływu a rzadziej własne zachowania. Prawidłowość ta silniej zaznacza się wśród kobiet.
9. Sytuacja materialna badanych była czynnikiem silnie różnicującym zarówno samoocenę stanu zdrowia, jak również znajomość czynników ryzyka chorób oraz stosowanie się do zaleceń lekarza. Wszystkie wskaźniki opisujące te wymiary problemu zdrowia były gorsze dla osób, które doświadczyły problemów finansowych niż dla pozostałych. Ponadto osoby z problemami finansowymi, zarówno mężczyźni jak i kobiety, przypisują większe znaczenie jakości opieki zdrowotnej jako czynnikowi decydującemu o ich zdrowiu niż osoby, które nie doświadczyły takich problemów, natomiast ci drudzy w większym stopniu niż ci pierwsi uznają prymat własnych zachowań jako decydujących o własnym zdrowiu.

11. WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA ZDROWOTNEGO ZWIĄZANE ZE STYLEM ŻYCIA

Anna Poznańska, Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak

Wiele elementów stylu życia (sposób odżywiania, palenie tytoniu, aktywność fizyczna) stanowi czynniki ryzyka zdrowotnego, w istotny sposób wpływające częstość zachorowań i przebieg chorób, a w efekcie również na długość życia. Raport Światowej Organizacji Zdrowia na temat zdrowia Europejczyków z 2015 roku uznaje palenie tytoniu, spożycie alkoholu oraz nadwagę i otyłość za główne problemy z zakresu zdrowia publicznego w Regionie Europejskim WHO, podkreślając ich znaczenie jako głównych czynników ryzyka przedwczesnej umieralności z powodu najczęstszych chorób niezakaźnych (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, przewlekłe choroby układu oddechowego)[1].

W roku 2016 same tylko behawioralne, a więc modyfikowalne czynniki ryzyka odpowiadały w naszym kraju za utratę 35,6% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*), z czego bezpośrednio związane z dietą (bez nadwagi i otyłości) za 17,2%, a z paleniem tytoniu 14,2%[2].

Działania mające na celu ograniczenie czynników ryzyka związanych ze stylem życia wpisano również do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 – podstawowego dokumentu polityki zdrowia publicznego, wyznaczającego jej cele i najważniejsze zadania. Dla realizacji celu strategicznego zdefiniowanego jako: „wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu" określono cele operacyjne, obejmujące m. in. poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia

[1] WHO, Regional Office for Europe, The European health report 2015, (dostępne: 23.05.2018) http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015

[2] Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Compare https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ (dostępne: 7.11.2018)

oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, a także profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi[3].

11.1. Palenie tytoniu

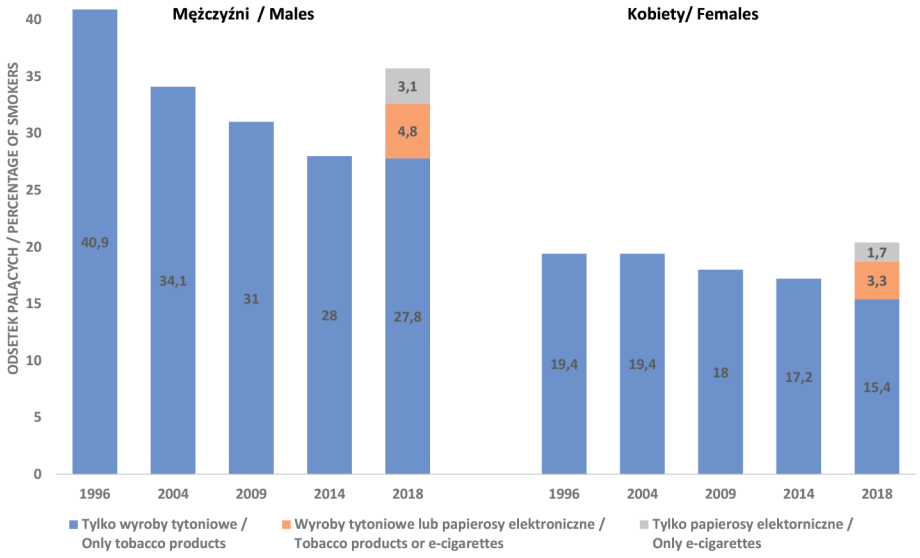
Palenie tytoniu jest istotnym czynnikiem ryzyka zdrowotnego. W 2017 roku odpowiadało w naszym kraju za utratę 17,2% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*).

Przeprowadzone w 2018 roku przez NIZP-PZH badanie ankietowe stanu zdrowia ludności dostarczyło nowych danych dotyczących odsetka osób używających wyrobów tytoniowych lub ich elektronicznych ekwiwalentów. Jest to nowość w porównaniu z badaniami GUS z poprzednich lat, w których zadawano pytania wyłącznie o używanie wyrobów tytoniowych. Najnowsze wyniki – jeżeli brać pod uwagę jedynie osoby regularnie używające wyłącznie wyrobów tytoniowych – wskazują na brak zmian rozpowszechnienia palenia u mężczyzn (28,0% w 2014 i 27,8% w 2018) oraz pewien spadek u kobiet (17,2% w 2014 i 15,4% w 2018). Natomiast w wynikach badania zaznacza się duża grupa osób regularnie zamiennie używających tradycyjnych wyrobów tytoniowych i wyrobów elektronicznych, która potencjalnie może zwiększać grupę regularnie palących do 32,6% oraz 18,7% odpowiednio wśród mężczyzn i kobiet. Ponadto odpowiednio 3,1% oraz 1,7% mężczyzn i kobiet używa codziennie wyłącznie papierosów elektronicznych. Opisane wyniki są niepokojące, ponieważ oznaczają zahamowanie wieloletniego trendu spadkowego w rozpowszechnieniu palenia tytoniu (ryc. 11.1.).

Analiza zróżnicowania rozpowszechnienia palenia ze względu na miejsce zamieszkania (miasto / wieś) nie wykazuje dużych różnic dla mężczyzn (różnice w granicach 1 punktu procentowego, pp). Kobiety w mieście częściej deklarują regularne palenie wyrobów tytoniowych (o około 3 pp).

Analizując zmiany rozkładu palących regularnie w grupach wieku zachodzące w czasie, należy brać pod uwagę zmianę przynależności do grupy wieku przez osoby palące. I tak za zmiany w konkretnej grupie wieku w 2018 odpowiadać może zmiana nawyków osób z tej grupy, jak i wejście do analizowanej podpopulacji osób z młodszej grupy oraz przejście części osób do starszej grupy wieku.

[3] Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, 16 września 2016 r., poz. 1492, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020



Ryc. 11.1. Odsetek Polaków regularnie palących tytoń lub e-papierosy w latach 1996 – 2018 (dane GUS i NIZP-PZH)

Fig. 11.1. Percentage of Poles regularly smoking tobacco or e-cigarettes, 1996-2018 (data: Statistics Poland, National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene)

Ryciny 11.2 i 11.3 prezentują odsetek palących regularnie mężczyzn i kobiet w zależności od wieku w latach 1996[4], 2009[5], 2014[6] i 2018[7]. Wśród mężczyzn niekorzystne zmiany zaobserwować można w grupach wiekowych 30-39 oraz 60-69 lat. W 2014 roku odsetek regularnie palących wynosił w nich odpowiednio 31,1% i 29,6%, natomiast w 2018 roku odsetek palących tylko wyroby tytoniowe – 33,0% i 31,1, przy czym należy wziąć również pod uwagę, że odpowiednio 5,8% i 4,4% respondentów zadeklarowało regularne palenie wyrobów tytoniowych naprzemiennie z e-papierosami, zaś 4,3% i 2,6% tylko e-papierosów. Ponieważ w badaniu GUS nie było pytań dotyczących elektronicznych papierosów, to trudno stwierdzić, czy sumaryczny odsetek mężczyzn używających wyroby z nikotyną wzrósł.

W grupach wieku 20-29 i 30-39 lat odsetek deklarujących w 2018 r. regularne palenie wyłączenie wyrobów tytoniowych jest podobny do odsetka regularnie palących w 2014 r. (14,0 *vs* 14,4 w grupie wieku 20-29 lat i 18,0 *vs* 17,3% w grupie wiekowej 30-39 lat), jednakże dodatkowy odsetek palących wymiennie wyroby

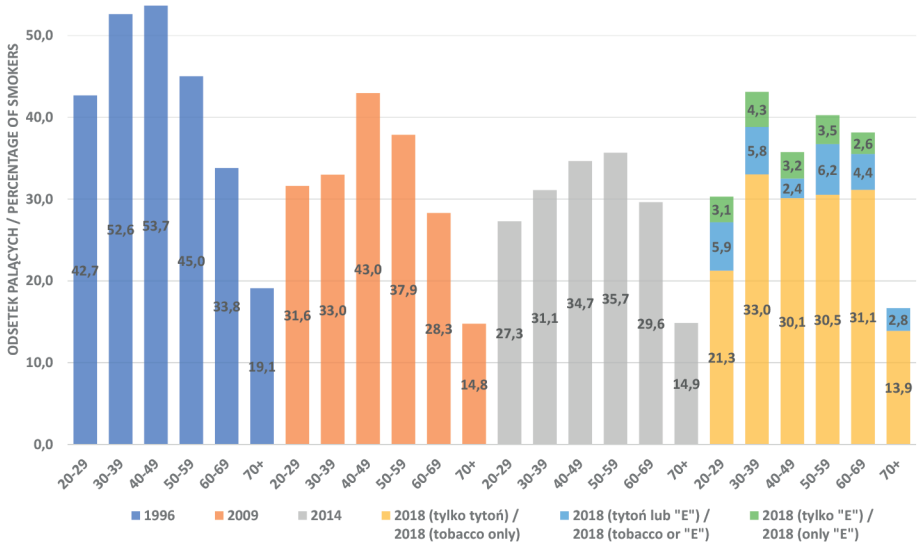
[4] GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 1996 r., Warszawa, 1998

[5] GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., Warszawa, 2011

[6] GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r., Warszawa, 2016

[7] Badanie ankietowe stanu zdrowia ludności, NIZP-PZH, 2018, wyniki nieopublikowane (listopad 2018)

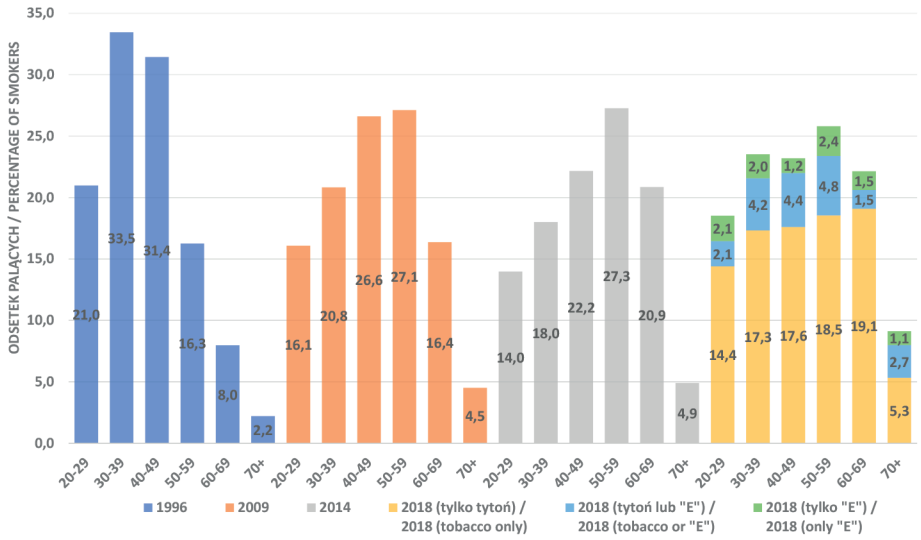
tytoniowe i stosujących wyroby elektroniczne lub stosujących tylko wyroby elektroniczne wskazuje na możliwe zahamowanie, a nawet odwrócenie trendu spadkowego obserwowanego w ostatnich latach. W trzech grupach wiekowych od 40 do 69 lat odsetki deklarujących regularnie palnie wyłącznie wyrobów tytoniowych są znacznie niższe niż deklarujących regularne palenie w 2014 roku, jednak po wzięciu pod uwagę odsetków używających wymiennie tytoniu i e-papierosów wartości z 2014 i 2018 roku są na podobnym poziomie – oprócz grupy wiekowej 50-59. W najstarszej grupie wiekowej widać podobne trendy co w młodszych grupach, z tym, że odsetek osób deklarujących wymienne stosowanie tytoniu i wyrobów elektronicznych jest relatywnie wyższy.



Ryc. 11.2. Odsetek mężczyzn regularnie palących tytoń lub e-papierosy, w zależności od wieku, 1996-2018 (dane: GUS i NIZP-PZH)

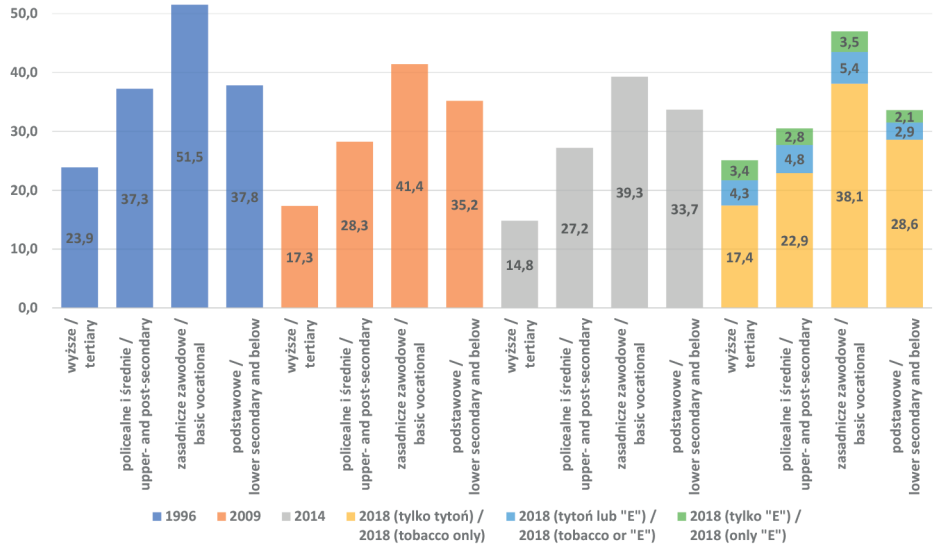
Fig. 11.2. Percentage of males regularly smoking tobacco or e-cigarettes, by age, 1996-2018 (data: Statistics Poland, National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene)

Wykształcenie – tak jak w wynikach badań GUS przeprowadzonych w poprzednich latach było czynnikiem różnicującym rozpowszechnienie palenia – zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet obserwuje się spadek odsetka palących osób wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Najgorzej przedstawia się sytuacja wśród mężczyzn i kobiet w grupie osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Ryciny 11.4 i 11.5 prezentują wyniki cytowanych wcześniej badań GUS oraz badania NIZP-PZH z 2018 roku.



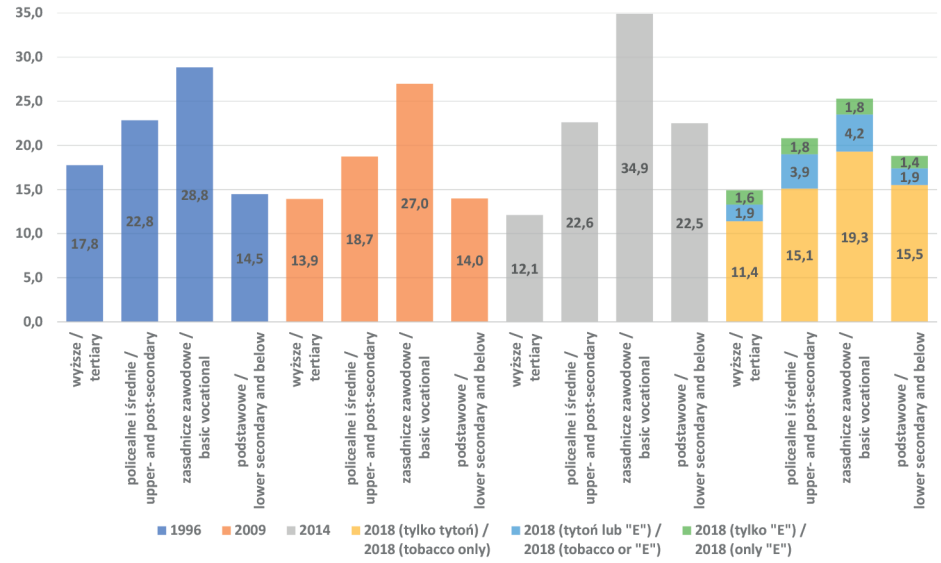
Ryc. 11.3. Odsetek kobiet regularnie palących tytoń lub e-papierosy, w zależności od wieku, 1996-2018 (dane: GUS i NIZP-PZH)

Fig. 11.3. Percentage of females regularly smoking tobacco or e-cigarettes, by age, 1996-2018, 1996-2018 (data: SP, NIPH – NIH)



Ryc. 11.4. Odsetek mężczyzn regularnie palących tytoń lub e-papierosy, w zależności od wykształcenia, 1996-2018 (dane: GUS i NIZP-PZH)

Fig. 11.4. Percentage of males regularly smoking tobacco or e-cigarettes, by level of education, 1996-2018 data: SP, NIPH – NIH)



Ryc. 11.5. Odsetek kobiet regularnie palących tytoń lub e-papierosy, w zależności od wykształcenia, 1996-2018 (dane: GUS i NIZP-PZH)

Fig. 11.5. Percentage of females regularly smoking tobacco or e-cigarettes, by level of education, 1996-2018 (data: SP, NIPH – NIH)

11.2. Spożycie alkoholu

Spożycie alkoholu w Polsce pozostaje od lat na poziomie zbliżonym do średniej europejskiej i w latach 2015-2017 według szacunków WHO Global Health Observatory wynosiło w Polsce 10,5 litra na osobę w wieku 15 lat i więcej i było o 0,2 litra wyższe niż w okresie 2009-2011 (ryc. 11.6)[8]. Według danych prezentowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych[9] w 2017 r. 34,9% alkoholu w Polsce spożywane było w formie wyrobów spirytusowych, 57,4% w formie piwa, a pozostałe 7,7% w formie wina i miodów pitnych. Taka struktura konsumpcji pozostaje stabilna od kilku lat.

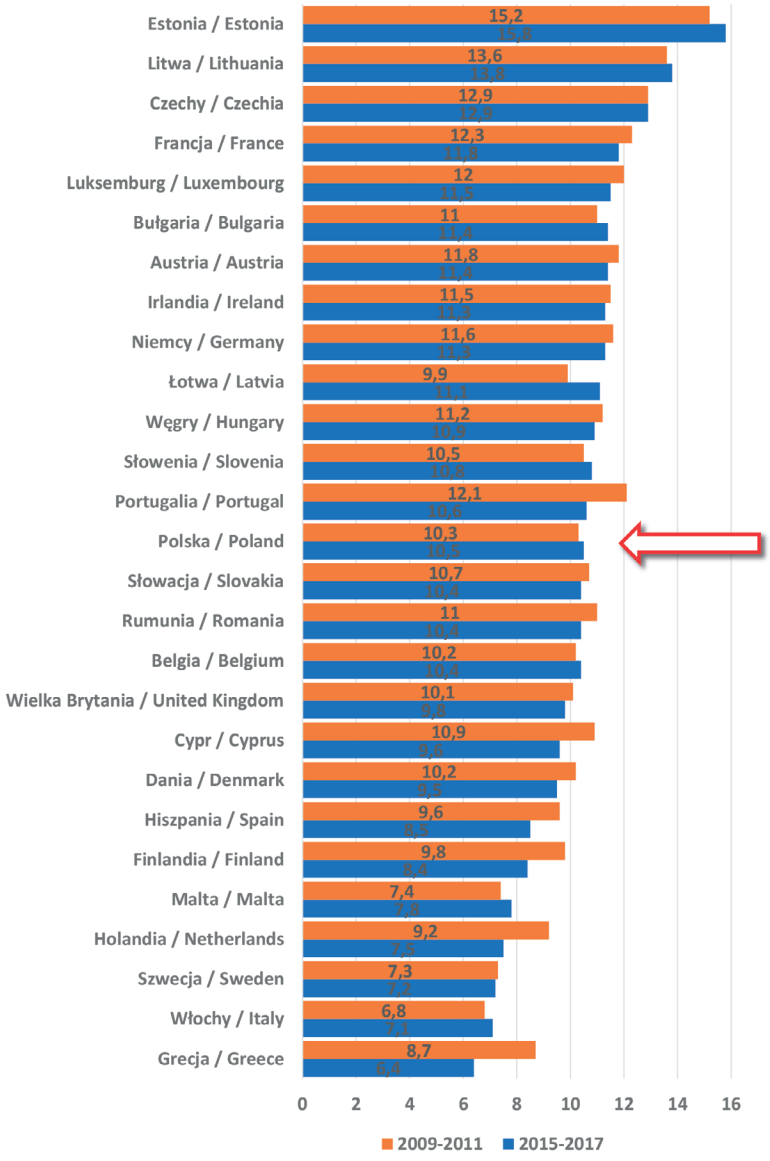
W 2016 r. spożycie alkoholu było czynnikiem odpowiedzialnym za znaczną część utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) 14% dla mężczyzn[10]. Wartość ta

[8] Global Health Observatory data repository; http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1029?lang=en, dostęp 22-11-2018

[9] http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki, dostęp 23-11-2018

[10] Supplement to: GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018; published online Aug 23. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2

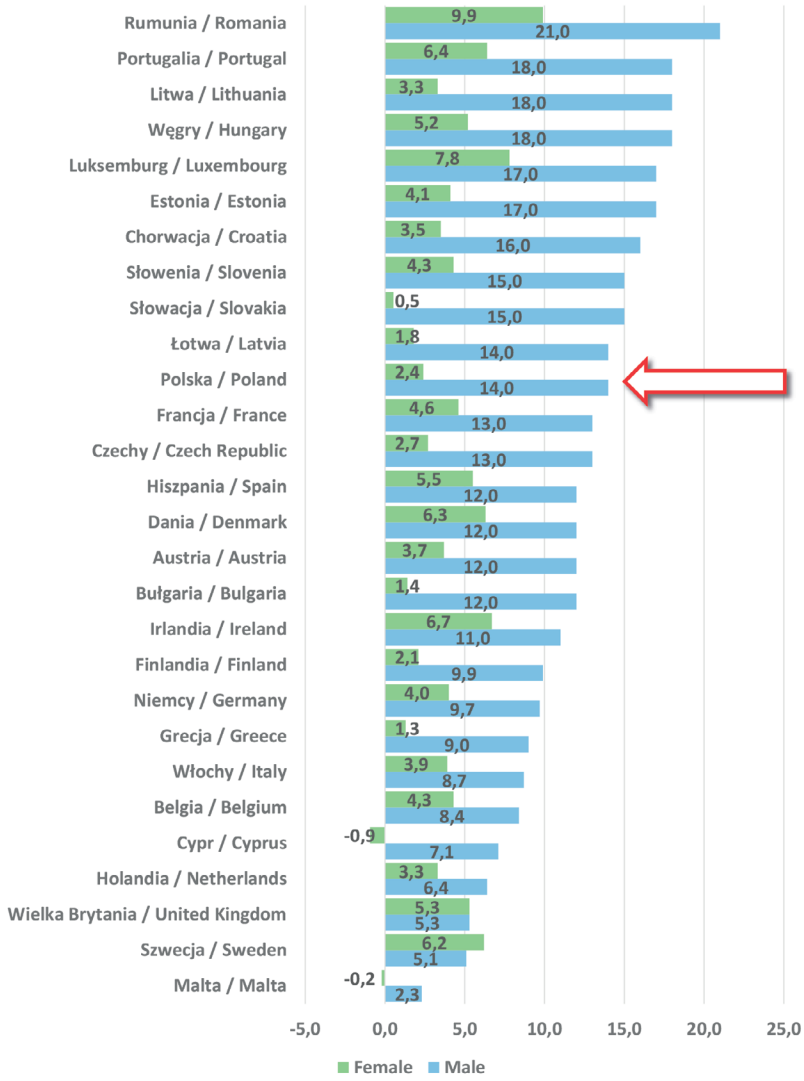
– wysoka w skali w skali Unii Europejskiej – umiejscawia nasz kraj na miejscu 10-11 razem z Litwą (ryc. 11.7). Wartość 2,4% utraconych lat życia w zdrowiu kobiet jest jedną z niższych w UE, tylko dla 7 krajów wartości te są niższe.



Ryc. 11.6. Konsumpcja alkoholu per capita w populacji w wieku 15 lat i więcej (w litrach czystego alkoholu), średnia trzyletnia (dane: WHO Global Health Observatory)

Fig. 11.6. Alcohol, recorded per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol), three-year average (data: WHO Global Health Observatory)

Zestawienie różnic w spożyciu alkoholu wśród mężczyzn i kobiet z różnicą w odsetkach straconych lat życia w zdrowiu pozwala na wskazanie spożycia alkoholu jako ważnego czynnika różnicującego stan zdrowia mężczyzn i kobiet w Polsce. Odsetek utraconych lat życia w zdrowiu na przestrzeni 11-12 lat praktycznie się nie zmienia – oczywiście ma to związek z w miarę stabilnym poziomem konsumpcji.



Ryc. 11.7. Odsetek utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) spowodowanych spożyciem alkoholu, 2016 (dane: The Lancet)

Fig. 11.7. % of disability adjusted life-years DALY lost due to alcohol consumption, by country, 2016 (data: The Lancet)

Badanie ankietowe stanu zdrowia ludności przeprowadzone przez NIZP-PZH w 2018 roku dostarczyło aktualnych danych dotyczących zróżnicowania nadmiernego spożycia alkoholu w populacji polskiej[7]. Respondentom zadawano pytania związane z występowaniem myśli dotyczących zbyt wysokiego spożycia alkoholu, spotykaniem się z krytyką ze strony rodziny i znajomych a także z występowaniem poczucia winy spowodowanego nadużywaniem alkoholu. Wyniki – zwłaszcza dla mężczyzn są niepokojące, bo aż 21,4% respondentów twierdząco odpowiedziało na choć jedno z pytań. Wśród kobiet – tylko 6,1%.

11.3. Nadwaga i otyłość

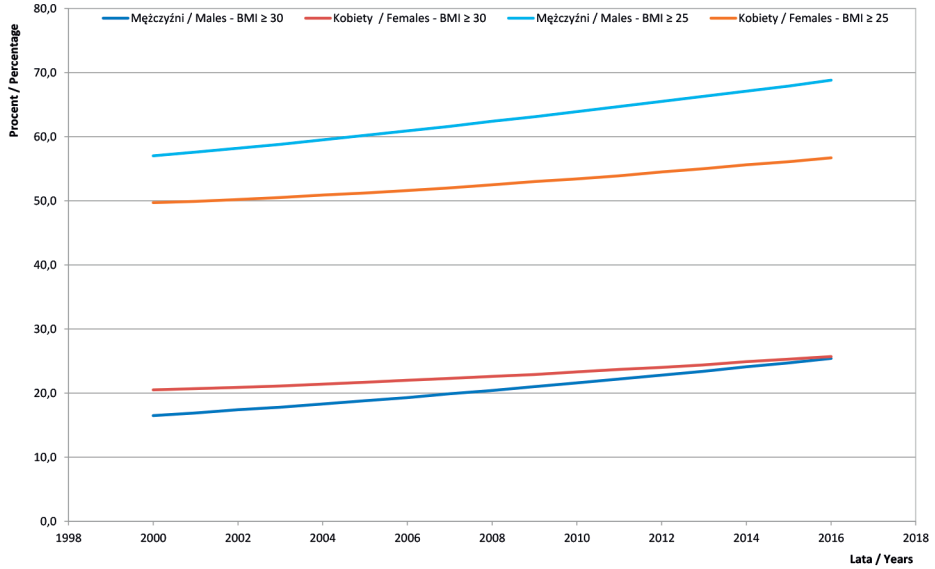
Nadwaga jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych związanych ze stylem życia. W naszym kraju odpowiada ona za utratę 11,3% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*), wśród mężczyzn za 11,1%, zaś kobiet – 11,7%[2].

Porównanie rozpowszechnienia nadwagi i otyłości w różnych krajach nie jest proste, gdyż tylko część przeprowadzanych badań obejmuje pomiary wzrostu i masy ciała, inne zbierają dane w formie wywiadu ankietowego. Dostępne oszacowania WHO *Global Health Observatory* (najnowsze za rok 2016) przygotowane na podstawie wielu źródeł podają wielkości standaryzowane ze względu na wiek – pozwalają na analizę zagrożenia w dłuższej perspektywie czasowej oraz porównania między krajami, nie dają jednak dokładnej informacji o rzeczywistym rozpowszechnieniu tych problemów. Według tych danych odsetek mężczyzn ze zbyt wysoką masą ciała (indeks BMI równy 25 lub więcej) w krajach Unii Europejskiej zmienia się on w zakresie od 63% (w Estonii) do 76% (na Malcie), zaś kobiet od 51% (w Austrii) do 64% (na Malcie). W Polsce odsetki te wynoszą odpowiednio 69% i 57% – na tle innych krajów są to wielkości przeciętne (12. i 13. pozycja wśród 28 państw, licząc od najniższych wartości).

We wszystkich krajach UE wysoki jest odsetek osób otyłych - wśród mężczyzn wynosi on od 21% (w Słowenii) do 31% (na Malcie), wśród kobiet od 19% (w Danii) do 31% na Malcie). Dla Polski wynoszą one odpowiednio 25,4% i 25,7%, co oznacza 16-tą i 17-tą pozycję wśród 28 krajów UE (licząc od wartości najniższych).

Aktualnych danych na temat rozpowszechnienia nadwagi i otyłości dostarcza ankietowe badanie stanu zdrowia ludności przeprowadzone jesienią 2018 roku przez NIZP-PZH w ramach Narodowego Programu Zdrowia na losowej, reprezentatywnej pod względem płci, wieku i miejsca zamieszkania (województwo, klasa miejscowości) próbie 3000 mieszkańców naszego kraju[7]. Otrzymane wyniki wskazują, że zbyt wysoka masa ciała cechuje 58,8% mężczyzn i 41,1% kobiet w Polsce, a otyłość odpowiednio 11,2% i 11,3%. Są to liczby wyraźnie niższe nie tylko od szacunków WHO, ale również, zwłaszcza w przypadku otyłości, od otrzymanych

przez GUS w 2014 roku badaniu stanu zdrowia ludności EHIS (nadwaga – 62% mężczyzn i 46% kobiet; otyłość – odpowiednio 18% i 17%). Wyniki potwierdzają jednak, szczególnie wyraźnie w przypadku kobiet, obserwowaną we wcześniejszych badaniach zależność - zbyt wysoka masa ciała częściej charakteryzuje osoby słabiej wykształcone (ryc. 11.8). Problem dotyczy 59,3% mężczyzn oraz 53,2% kobiet z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, odpowiednio 62,3% i 52,8% – z zasadniczym zawodowym, a 52,5% i 25,2% – z wyższym. Jednak prawidłowość ta w znacznym stopniu wynika z odmiennej struktury wieku w grupach ludności różniących się poziomem wykształcenia. Po standaryzacji współczynników ze względu na wiek wspomniany efekt znika dla mężczyzn i wyraźnie zmniejsza się wśród kobiet. Rozpowszechnienie otyłości zależy od poziomu wykształcenia jedynie dla kobiet – wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym jest ono 5 razy wyższe niż wśród najlepiej wykształconych (20,6% *vs* 4,1%) – rycina 11.8, po standaryzacji współczynników ze względu na wiek proporcja ta zmniejsza się do 2,6.



Ryc. 11.8. Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (BMI ≥ 25) oraz otyłości (BMI ≥ 30) wśród ludności Polski w wieku 18 lat i starszych według płci w latach 2000-2016 (dane: WHO Global Health Observatory)

Fig. 11.8. Prevalence of high BMI (≥ 25) and obesity ((BMI ≥ 30) among Polish population aged 15 and over by sex, 2000-2016 (data: WHO Global Health Observatory)

Odsetek mężczyzn z nadwagą wśród mieszkańców miast i wsi jest zbliżony (58,2% *vs* 59,8%), więcej kobiet o zbyt wysokiej masie ciała mieszka na wsi (44,0% *vs* 39,4%; po standaryzacji współczynników względem wieku różnica nieco się

pogłębia). Rozpowszechnienie otyłości w miastach i na wsi jest podobne (wśród mężczyzn 11,7% *vs* 10,6%, a kobiet 10,8% *vs* 12,1%).

11.4. Spożycie warzyw i owoców

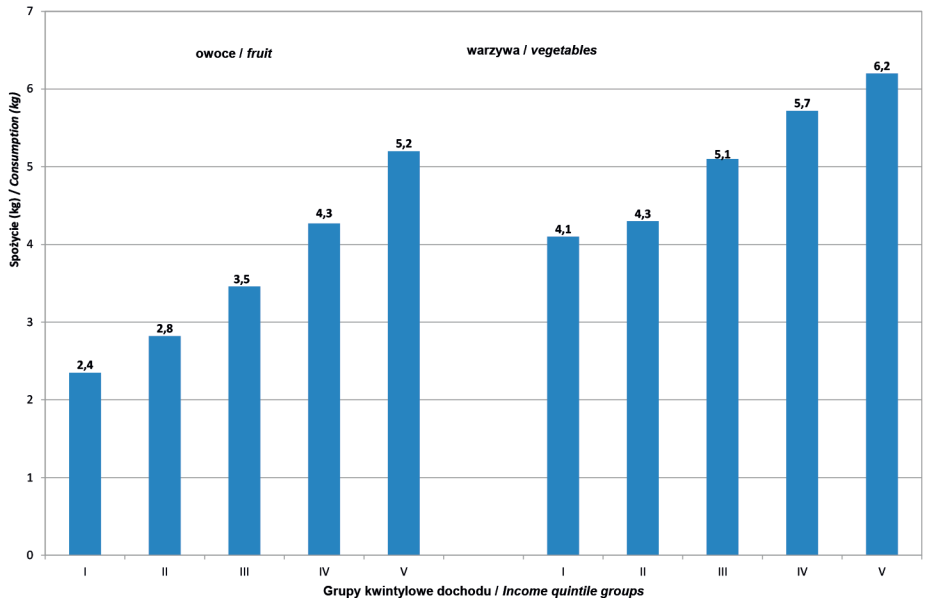
Według najnowszego Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study 2017*) zbyt niskie spożycie owoców odpowiada w naszym kraju za utratę 3,7% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*), niskie spożycie warzyw – za kolejne 2,5%[2].

Wielkość konsumpcji owoców w krajach Unii Europejskiej jest bardzo zróżnicowana – według danych Organizacji Narodów Zjednoczonych do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa (*FAO*) ich dostępność w Luksemburgu (201 kg na osobę rocznie) jest ponad czterokrotnie wyższa niż na Łotwie (48 kg). Polska od lat zalicza się do krajów o najniższym spożyciu owoców w Europie. W roku 2013 (najnowsze dane z tego źródła dostępne w listopadzie 2018) wynosiło ono 60 kg na osobę rocznie, czyli o 42% mniej niż przeciętnie w UE (104 kg), co plasuje Polskę na 24 pozycji wśród 28 krajów członkowskich. Mimo rosnącego trendu spożycia w naszym kraju różnica w stosunku średniej UE przestała maleć w połowie lat dziewięćdziesiątych. Dostępność warzyw (z wyłączeniem ziemniaków) w Polsce (108 kg na osobę rocznie) od lat jest zbliżona do średniej UE (109 kg), co plasuje Polskę na 11-tej pozycji wśród 28 krajów.

W przeprowadzanym corocznie przez GUS badaniu budżetów spożycie szacowane jest na podstawie ilości produktów nabywanych w gospodarstwach domowych, stąd otrzymane wartości są wyraźnie niższe niż w przypadku danych FAO. Według GUS przeciętne spożycie owoców w Polsce w roku 2017 wynosiło 3,6 kg na osobę miesięcznie, zaś warzyw (nie licząc ziemniaków) – 5,1 kg11. W ostatnich latach spożycie owoców zaczęło się zwiększać, natomiast warzyw utrzymuje się na stałym poziomie.

Podobnie jak w latach poprzednich spożycie warzyw i owoców wykazuje związek z sytuacją ekonomiczną konsumentów. Ilość nabywanych produktów monotonicznie zwiększa się ze wzrostem dochodu (ryc. 11.9). Według badania GUS w 2017 roku w gospodarstwach domowych o najwyższym dochodzie (z piątej grupy kwintylowej) nabywano 2,2 razy więcej owoców i o 51% więcej warzyw (nie licząc ziemniaków) niż w najbiedniejszych (5,2 kg owoców oraz 6,2 kg warzyw na osobę miesięcznie wobec odpowiednio 2,4 kg i 4,1 kg).

[11] GUS, Budżety gospodarstw domowych w 2017 r., Warszawa, 2018

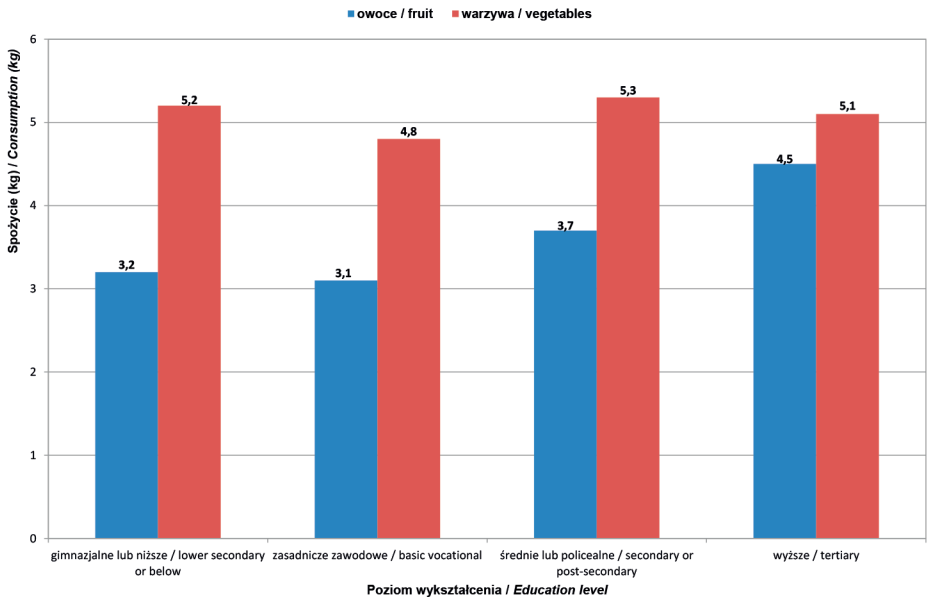


Ryc. 11.9. Przeciętne miesięczne spożycie owoców i warzyw (bez ziemniaków) na 1 osobę w roku 2017 według grup kwintylowych dochodu (dane: GUS)

Fig. 11.9. Average monthly consumption of fruits and vegetables (excluding potatoes) per capita in 2017 by income quintile groups (data: StatisticsPoland)

Ilość nabywanych w gospodarstwie owoców jest również silnie powiązana z wykształceniem domowników (ryc. 11.10). Członkowie rodzin, w których osoba odniesienia (w wieku co najmniej 16 lat, osiągająca najwyższy stały dochód) ma wykształcenie wyższe, jedzą ich przeciętnie 4,5 kg na osobę miesięcznie, czyli o 41% więcej niż w przypadku wykształcenia podstawowego lub gimnazjalnego (3,2 kg) i o 45% – zawodowego (3,1 kg). Podobnej zależności nie obserwuje się dla spożycia warzyw (ryc. 11.10).

Mieszkańcy miast kupowali przeciętnie tyle samo warzyw co mieszkańcy wsi (5,1 kg i 5,0 kg na osobę miesięcznie), ale o 30% więcej owoców (odpowiednio 4,0 i 3,1 kg na osobę miesięcznie). Obserwuje się znaczne i stabilne w czasie zróżnicowanie spożycia między województwami, szczególnie w przypadku warzyw. W 2017 roku w województwie lubelskim kupowano ich przeciętnie w miesiącu 6,3 kg na osobę, czyli o 46% więcej niż w wielkopolskim (4,3 kg). Najwięcej owoców jedli mieszkańcy zachodniopomorskiego (4,2 kg na osobę miesięcznie), najmniej – podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego (3,3 kg). To ostatnie województwo tradycyjnie cechuje niski poziom spożycia warzyw i owoców.



Ryc. 11.10. Przeciętne miesięczne spożycie owoców i warzyw (bez ziemniaków) na 1 osobę w gospodarstwach domowych według poziomu wykształcenia osoby odniesienia w roku 2017 (dane: GUS)

Fig. 11.10. Average monthly consumption of fruits and vegetables (excluding potatoes) per capita in households by level of education of the reference person in 2017 (data: Statistics Poland)

Wyniki badania przeprowadzonego przez NIZP-PZH w 2018 roku wskazują, że codziennie je warzywa (nie licząc ziemniaków) 91,9% kobiet i 84,3% mężczyzn, zaś owoce odpowiednio 88,2% i 77,4%[7]. Odsetki te nie zależą w sposób systematyczny od poziomu wykształcenia. Jednak osoby lepiej wykształcone częściej włączają te produkty do swojej diety. Wśród spożywających warzywa każdego dnia, więcej niż jedną porcję dziennie zjada 31,0% mężczyzn i 43,7% kobiet z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, a 61,9% mężczyzn i 63,9% kobiet z wykształceniem wyższym. Ten sam efekt występuje w przypadku spożycia owoców – odpowiednie odsetki wynoszą 47,9% *vs* 60,0% wśród mężczyzn i 46,0% *vs* 56,7% dla kobiet. Różnice te utrzymują się po standaryzacji współczynników ze względu na wiek.

Częstość spożywania warzyw przez osoby obu płci i owoców przez kobiety jest bardzo zbliżona wśród mieszkańców miast i wsi. Mężczyźni na wsiach nieco częściej jedzą owoce (80,7% – codziennie, 52,8% z nich – więcej niż jedną porcje dziennie) niż mieszkańcy miast (75,2% – codziennie, spośród których 47,1% więcej niż jedną porcję); efekt ten jest widoczny również po standaryzacji współczynników ze względu na wiek.

11.5. Aktywność fizyczna

Według najnowszego Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study 2017*) niski poziom aktywności fizycznej odpowiada w Polsce za utratę 1,7% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*)[2].

Wyniki badania Eurobarometr z 2017 roku wskazują, że zaledwie 7% mieszkańców UE w wieku powyżej 15 lat regularnie (5 razy w tygodniu lub częściej) uprawia sport lub ćwiczenia fizyczne, zaś 14% podejmuje inne rekreacyjne formy aktywności fizycznej (jazda na rowerze, taniec, prace ogrodnicze, itp.)[12]. Dość systematycznie (1-4 razy w tygodniu) ćwiczy 33%, a inne zajęcia ruchowe wykonuje 30%. Najbardziej aktywni są mieszkańcy Skandynawii, najmniej – Europy Południowej. Jednocześnie 46% mieszkańców UE nie ćwiczy w ogóle, a 35% nie podejmuje innych form aktywności fizycznej. Nawet na tym tle sytuacja Polski rysuje się niekorzystnie – regularnie ćwiczy 5% ludności, a dość systematycznie – 23%; inne formy aktywności regularnie podejmuje 9%, dość systematycznie - 29%. Aż 56% Polaków nie uprawia sportu w ogóle (jeden z najwyższych odsetków w krajach UE), zaś 39% nigdy nie praktykuje innych form rekreacji fizycznej. Od poprzedniego badania przeprowadzonego w 2013 roku obie te wartości wzrosły o 4 punkty procentowe.

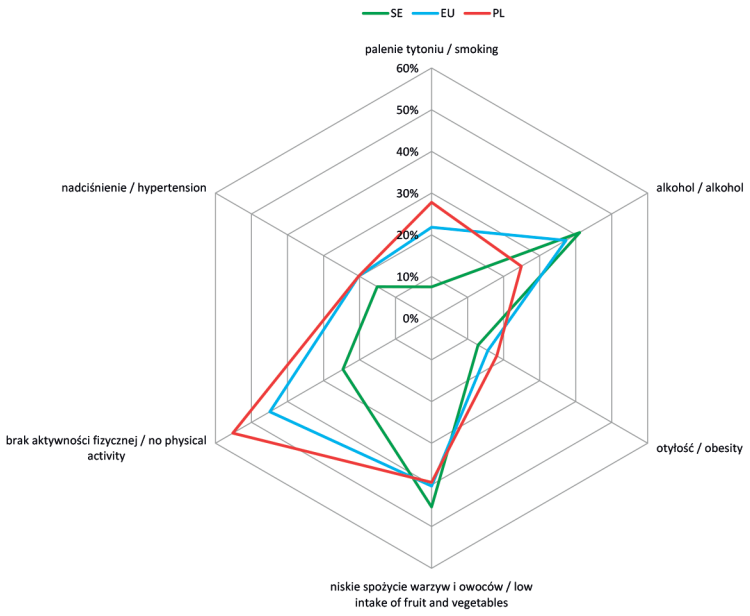
Wyniki ankietowego badania stanu zdrowia przeprowadzonego przez NIZP-PZH jesienią 2018 wskazują, że żadnych form aktywności fizycznej poza związanymi z pracą i potrzebami lokomocyjnymi nie podejmuje 59% Polaków (57% mężczyzn i 61% kobiet)[7].

Poziom aktywności ruchowej silnie wiąże się z wykształceniem – w ogóle nie ćwiczy 81% osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, 74% z zasadniczym zawodowym, 53% ze średnim lub policealnym i 36% z wyższym. Różnice te nie wynikają z odmiennej struktury wieku porównywanych grup i powiększają się po standaryzacji współczynników ze względu na wiek. Częściej nieaktywni są mieszkańcy wsi (64%) niż miast (56%), po standaryzacji współczynników różnica ta nieznacznie się pogłębia.

11.6. Polska na tle krajów Unii Europejskiej

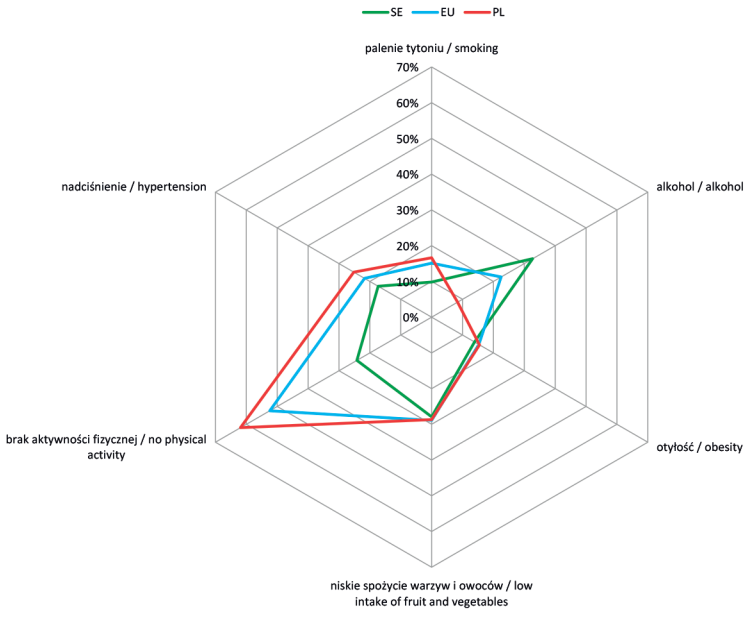
Na rycinach 11.11 i 11.12 przedstawiono rozpowszechnienie wybranych czynników ryzyka w Polsce, państwach UE-28 oraz dla porównania Szwecji (kraju o dobrej polityce w zakresie zdrowia publicznego i ponadprzeciętnej w UE długości życia mieszkańców) na podstawie danych EUROSTAT-u za rok 2014.

[12] TNS Opinion & Social dla Generalnej Dyrekcji Komisji Europejskiej ds. Edukacji, Młodzieży, Sportu i Kultury, Special Eurobarometer 472, Sport and Physical Activity, 2017



Ryc. 11.11. Rozpowszechnienie czynników ryzyka związanych ze stylem życia wśród mężczyzn w Polsce, Szwecji i krajach UE w 2014 roku (dane: EUROSTAT)

Fig. 11.11. Prevalence of lifestyle-related risk factors among males in Poland, Sweden, and EU countries (data: EUROSTAT)



Ryc. 11.12. Rozpowszechnienie czynników ryzyka związanych ze stylem życia wśród kobiet w Polsce, Szwecji i Krajach UE w 2014 roku (dane: EUROSTAT)

Fig. 11.12. Prevalence of lifestyle-related risk factors among females in Poland, Sweden, and EU countries (data: EUROSTAT)

Polska szczególnie wyraźnie odbiega od krajów UE pod względem aktywności fizycznej mieszkańców – jej całkowity brak (poza pracą zawodową) deklaruje w naszym kraju aż 55,2% mężczyzn i 61,9% kobiet, w krajach UE przeciętnie 44,9% oraz 52,4%, podczas gdy w Szwecji odsetki te wynoszą odpowiednio 24,6% oraz 24,2%.

Niekorzystna jest również sytuacja pod względem palenia tytoniu, zwłaszcza wśród mężczyzn – codziennie pali 27,8% Polaków, 21,8% mieszkańców UE i tylko o 8,0% Szwedów, wśród kobiet odsetki te wynoszą odpowiednio 16,6%, 15,1%, 9,8%.

Stosunkowo niskie są za to odsetki Polaków pijących alkohol raz w tygodniu lub częściej (24,9% mężczyzn i 8,4% kobiet), podczas gdy w krajach UE wynoszą one średnio 37,3% i 22,5%, a w Szwecji nawet 41,1% i 32,7%. Wyniki te w połączeniu z danymi o spożyciu wskazują, że wzorzec picia alkoholu w Polsce jest inny niż większości krajów UE – spożywamy alkohol rzadziej, ale w znacznie większych ilościach. Według danych EUROSTAT-u (2014) przynajmniej raz w miesiącu w Polsce upija się 23,5% mężczyzn, podczas gdy w Szwecji 22,2%, w krajach UE – 19,5%. Dla kobiet odsetki te wynoszą 7,0% (PL), 10,1% (SE) i 9,7% (UE).

Według tych samych danych rozpowszechnienie nadciśnienia, otyłości oraz niskiego spożycia warzyw i owoców w Polsce jest zbliżone do przeciętnego w krajach UE, chociaż w porównaniu ze Szwecją sytuacja jest korzystniejsza jedynie pod względem niskiego spożycia warzyw i owoców wśród mężczyzn (39,4% *vs* 45,3%), ale dużo gorsza pod względem rozpowszechnienia otyłości mężczyzn (18,1% *vs* 12,9%) i nadciśnienia wśród osób obu płci (mężczyźni – 20,2% *vs* 15,1%, kobiety – 25,2% *vs* 17,3%).

PODSUMOWANIE

1. Szacunkowe dane dotyczące palących tytoń umiejscawiają Polskę nieco ponad średnim poziomem Europejskim. Niepokojące jest pewne zahamowanie trendu spadkowego w odsetku osób palących widocznego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Stosowanie wyrobów elektronicznych tylko w niewielkim stopniu zmniejsza rozpowszechnienie palenia tytoniu, raczej przyczynia się do zwiększenia się odsetka osób używających wyrobów nikotynowych. Czynnikami zmniejszającymi rozpowszechnienie palenia, tak jak w poprzednich latach były płeć żeńska, młody lub starszy wiek oraz lepsze wykształcenie. Palenie tytoniu odpowiada w naszym kraju za 17,2% lat przeżytych w zdrowiu (DALY).
2. Wielkość spożycia alkoholu w Polsce pozostaje na średnim poziomie europejskim i od kilku lat praktycznie nie zmienia się. Szacuje się, że spożycie

alkoholu w 2016 roku odpowiadało za 14% utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) dla mężczyzn i 2,4% dla kobiet. W badaniu ankietowym stanu zdrowia ludności przeprowadzonym przez NIZP-PZH 21,4% mężczyzn oraz 6,1% kobiet udzieliła odpowiedzi mogących świadczyć o nadużywaniu alkoholu.

3. Według szacunków WHO za rok 2016 zbyt wysoka masa ciała cechuje 69% mężczyzn i 57% kobiet w Polsce, odsetki osób otyłych wynoszą odpowiednio 25% i 26%. Rozpowszechnienie obu problemów systematycznie narasta, wyraźnie silniej wśród mężczyzn. Według ogólnopolskiego badania ankietowego (wrzesień/październik 2018) nadwaga dotyczy 59% mężczyzn i 41% kobiet w Polsce, a otyłość odpowiednio 11% i 11%. Rozpowszechnienie nadwagi jest większe wśród osób słabiej wykształconych, ale dla mężczyzn efekt ten wynika głównie z różnic w strukturze wieku porównywanych grup. Występowanie otyłości wśród kobiet silnie zależy od poziomu wykształcenia - dla osób z gimnazjalnym lub niższym jest ono 5 razy (po standaryzacji względem wieku 2,6 razy) większe niż wśród Polek z wykształceniem wyższym. Więcej kobiet o zbyt wysokiej masie ciała mieszka na wsi (44%) niż w miastach (39%). W naszym kraju czynnik ten odpowiada za utratę 11,3% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*).
4. Polska od lat zalicza się do krajów o najniższym spożyciu (dostępności) owoców w Europie, w roku 2013 o ponad 40% niższym niż przeciętnie w UE (60,2 wobec 103,7 kg na osobę rocznie). Różnica ta w ostatnich latach powoli zaczęła się zmniejszać. Ilość i częstość spożywanych owoców silnie zależy od sytuacji ekonomicznej i poziomu wykształcenia konsumentów – w najbogatszych gospodarstwach domowych nabywa się ich 2,3 razy więcej niż w najbiedniejszych, osoby z wykształceniem wyższym kupują o ponad 40% więcej niż te z podstawowym. Codzienna dieta osób lepiej wykształconych zawiera więcej porcji owoców. Co 4-ty mężczyzna mieszkający w mieście, a co 5-ty na wsi nie jada owoców codziennie. Niskie spożycie owoców odpowiada w Polsce za utratę 3,7 % lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*).
5. Dostępność warzyw (nie licząc ziemniaków) jest zbliżona do średniej UE i od lat utrzymuje się na stałym poziomie. Dobra sytuacja finansowa konsumentów korzystnie wpływa na ilość nabywanych warzyw - w najbogatszych gospodarstwach domowych kupuje się ich o 60% więcej niż w najbiedniejszych. Codzienna dieta osób lepiej wykształconych zawiera więcej porcji warzyw. Obserwuje się duże zróżnicowanie spożycia między województwami – w roku 2016 w zakresie od 4,3 kg na osobę miesięcznie w województwie wielkopolskim do 6,1 kg w lubelskim. Niskie spożycie warzyw odpowiada w Polsce za utratę 2,5% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*).

6. Dorośli Polacy są mniej aktywni fizycznie niż większość obywateli UE, dużo rzadziej regularnie (raz w tygodniu lub częściej) uprawiają sport – 28% *vs* 40%, rzadziej podejmują również inne formy aktywności fizycznej (38% *vs* 44%). Rosną odsetki osób w ogóle nieuprawiających sportu i niepraktykujących żadnych form rekreacji fizycznej. Około 60% Polaków deklaruje całkowity brak aktywności poza pracą (codziennymi obowiązkami) i potrzebami lokomocyjnymi, częściej są to mieszkańcy wsi (64%) niż miast (56%). Poziom aktywności silnie zależy od wykształcenia – nieaktywnych jest ponad 80% dorosłych z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, a 36% – z wyższym. Niska aktywność fizyczna odpowiada za utratę 1,7% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*).
7. W stosunku do ogółu krajów UE Polska niekorzystnie wyróżnia się niskim poziomem aktywności fizycznej ludności oraz dużym rozpowszechnieniem palenia wśród mężczyzn. Od tradycyjnie zdrowych Szwedów różni nas również częstsze występowanie nadciśnienia u osób obu płci, otyłości wśród mężczyzn i palenia tytoniu przez kobiety. Na tle mieszkańców UE Polacy stosunkowo rzadko sięgają po alkohol, nie obserwuje się jednak różnic w częstości upijania się.
8. Behawioralne czynniki ryzyka odpowiadają w naszym kraju za utratę 37,3% lat przeżytych w zdrowiu *(DALY*), z czego bezpośrednio związane z dietą (bez nadwagi i otyłości) za 14,2%, a z paleniem tytoniu za 17,2%.

12. ZAGROŻENIA ŚRODOWISKOWE – SKUTKI ZDROWOTNE KRÓTKOOKRESOWEGO NARAŻENIA NA PYŁ ZAWIESZONY PM2,5

Krzysztof Skotak

Ostatnie przeglądy wyników nadań naukowych pokazują, że zanieczyszczenie powietrza, w szczególności pyłem zawieszonym, powoduje negatywne skutki dla zdrowia. Skutki te obserwowane są zarówno w wyniku długookresowego jak i krótkookresowego narażenia, Należy podkreślić, że krótkookresowa ekspozycja nawet na wysokie stężenia prowadzi do znacznie mniejszych skutków niż długookresowa ekspozycja na poziomy niższe.

W ostatnim czasie wiele uwagi nie tylko w mediach poświęca się zagrożeniom związanym z zanieczyszczeniem powietrza podczas tzw. aerozolowych epizodów smogowych, tj. okresów trwających relatywnie krótko, podczas których obserwowane są wysokie, często wielokrotnie przekraczające wartości normatywne stężenia pyłu zawieszonego w powietrzu. Sytuacje takie zdarzają się głównie w okresie chłodnym (późną jesienią i zimą), podczas występowania niesprzyjających rozpraszaniu zanieczyszczeń warunków atmosferycznych (m.in. występowanie inwersji temperatury, niska prędkość wiatru). W takich okresach z reguły przy bezchmurnym niebie występują niskie i bardzo niskie dobowe temperatury powietrza (często poniżej -10°C), powodujące wyraźny wzrost zapotrzebowania na ciepło i tym samym w wyniku spalania paliw stałych wzrost emisji zanieczyszczeń do atmosfery.

Należy zaznaczyć, że definicji smogu w ostatnim czasie pojawiło się wiele, Najczęściej spotykaną i najbardziej precyzyjną są przytaczane w opracowaniach Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska:

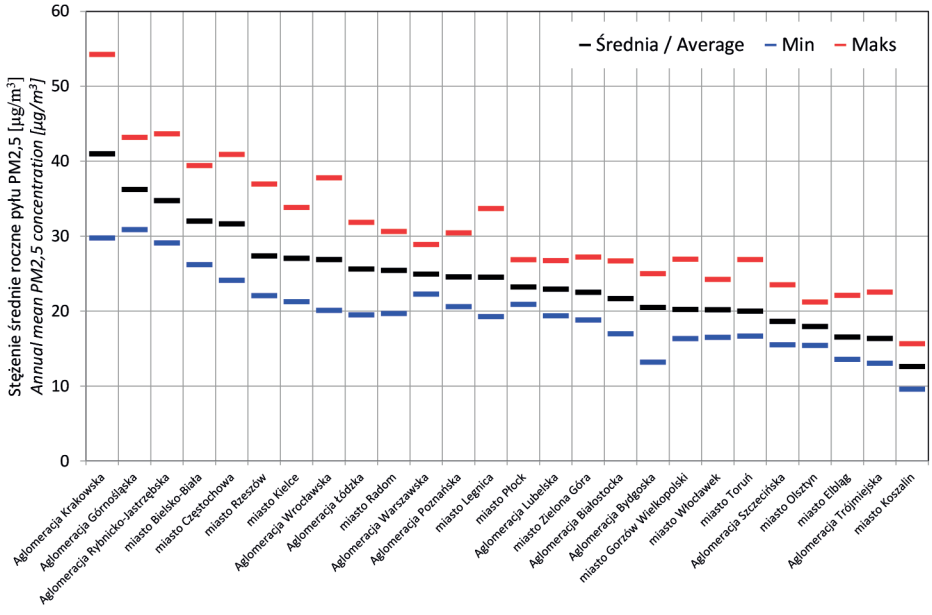
- „Smog aerozolowy (zimowy) jest zjawiskiem atmosferycznym powstającym w wyniku pierwotnej emisji pyłu i zanieczyszczeń gazowych do powietrza i powstawania pyłu wtórnego w wyniku reakcji chemicznych zachodzących w atmosferze, w warunkach meteorologicznych sprzyjających kumulacji zanieczyszczeń takich jak cisza wiatrowa, silna inwersja termiczna, zamglenie, średnia dobowa temperatura powietrza poniżej 5°C”.

- „Smog jako sytuacja jedno- lub kilkudniowych podwyższonych stężeń pyłu PM10 z obserwowanym ponad 50% przekroczeniem dobowego poziomu dopuszczalnego dla pyłu PM10 (50 µg/m^3), tj. „poziomu granicznego epizodu" wynoszącego 75 µg/m^3".

Pomimo tego, że te definicje są najbardziej dokładnymi, jakie można spotkać w ostatnim czasie, nie uwzględniają głównych przyczyn wystąpienia smogu (istotnych źródeł emisji) ani narażenia zdrowotnego.

W przypadku Polski, mówiąc o sytuacji smogowej zimą, należy wyraźnie podkreślić, że podstawowym źródłem emisji zanieczyszczeń i tym samym znacznego pogorszenia jakości powietrza lokalnie, jest sektor komunalno-bytowy (poprzez spalanie w nieodpowiedni sposób często złej jakości paliw stałych w gospodarstwach domowych). W miastach i na obszarach przemysłowych, znacznie mniejszy, ale również istotny udział w jakości powietrza, mogą mieć sektor transportu i usług oraz przemysł (w przypadku, gdy wysokość źródła emisji jest relatywnie niewielka).

Nie tylko w mediach, niepoprawnie i błędnie oraz niemal powszechnie stosuje się nazwę smog jako synonim zanieczyszczenia powietrza.



Ryc. 12.1. Stężenia średnie roczne pyłu PM2,5 w aglomeracjach i największych miastach Polski w latach 2005-2017 (źródło danych: GIOŚ)

Fig. 12.1. Annual average PM2,5 concentrations in agglomerations and main cities in Poland in 2005-2017 (data source: CIEP)

Przeprowadzone analizy metodyką stosowną przez Światową Organizację Zdrowia w potencjalnych skutków zdrowotnych związanych z krótkookresowym naradzeniem na zanieczyszczenie powietrza pyłem PM2,5 (pyłem o wielkości ziaren poniżej 2,5 μm) z uwzględnieniem zmienności dobowej stężeń pyłu PM2,5 pokazują duże zróżnicowanie pomiędzy obszarami (ocenę przeprowadzono dla aglomeracji i największych miast Polski w okresie 2005-02017).

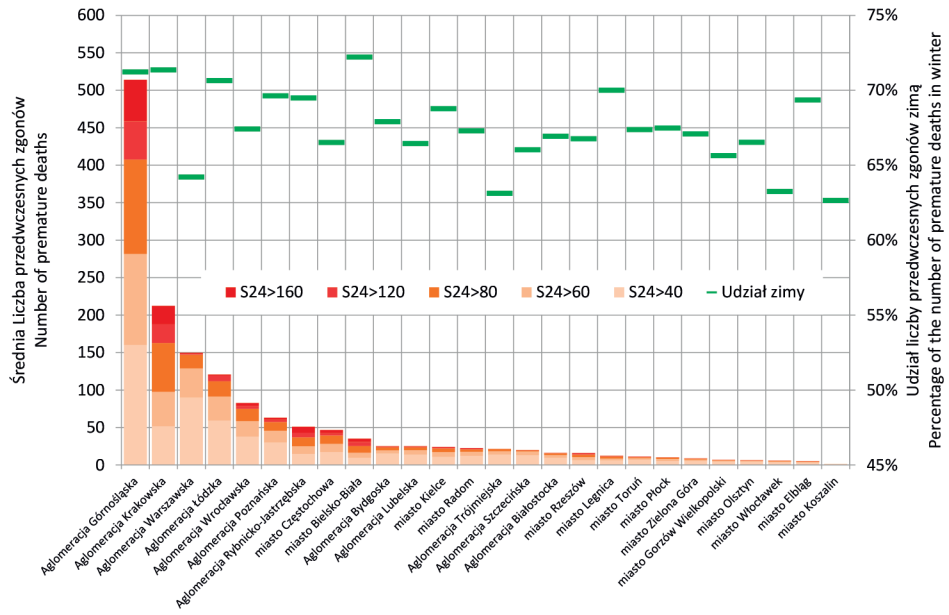
Przeciętna roczna szacowana liczba przedwczesnych zgonów w wyniku krótkookresowego narażenia na pył PM2,5 w roku wynosi blisko 3 800, W analizowanym wieloleciu liczba ta wahała się w zależności do roku od 3 351 (rok 2006) do 4 585 (rok 2010). Najwyższe skutki zdrowotne obserwowano w okresie chłodnym, którego udział w oszacowanej liczbie przedwczesnych zgonów w zależności od roku wahał się od 64% (w roku 2007) do 72% (w roku 2012 i 2017). Najwyższy udział zimy w skutkach zdrowotnych w skali roku zaobserwowano dla dla Bielsko-Białej, Aglomeracji Krakowskiej, Górnośląskiej, Łódzkiej i Legnicy (powyżej 70%), zaś najniższy dla Koszalina, Włocławka oraz Aglomeracji Trójmiejskiej i Warszawskiej (poniżej 65%).

Analiza uzyskanych wyników dla stężeń powyżej dobowej wartości dopuszczalnej określonej dla pyłu PM10 równej 50 μ/m^3 (ekwiwalent stężenia pyłu PM2,5 = 40 μ/m^3) pokazuje, że najwyższą liczbę przedwczesnych zgonów ogółem związanych z krótkookresowym narażeniem na pył PM2,5 obserwowano w przypadku najczęściej obserwowanych poziomów – stężeń w przedziale poniżej 80 μ/m^3. Znaczący udział wysokich i bardzo wysokich stężeń w liczbie przedwczesnych zgonów (dni ze stężeniem dobowym powyżej 40 μ/m3) obserwuje się przede wszystkim w Aglomeracjach: Krakowskiej, Rybnicko-Jastrzębskiej i Górnośląskiej oraz w Bielsku-Białej (ryc. 12.2).

Ze względu na często przytaczane w prasie informacje dotyczące zagrożeń związanych z jakością powietrza atmosferycznego w 2017, w szczególności w styczniu, wykonano porównania szacowanych skutków w tym miesiącu w całym analizowanym wieloleciu. Oszacowana średnia liczba przedwczesnych zgonów związanych z krótkookresowym zanieczyszczeniem powietrza pyłem PM2,5 dla stycznia w całym okresie 2005-2017 wahała się od 11 (w roku 2007) do 793 (2006 rok). Najwyższe skutki obserwowano na obszarach najgęściej zaludnionych tj. w Aglomeracjach: Górnośląskiej. Krakowskiej, Łódzkiej i Warszawskiej (zamieszkiwanych przez ponad 5 mln ludzi).

Podsumowanie

1. Zanieczyszczenie powietrza powoduje negatywne skutki dla zdrowia zarówno w wyniku długookresowego jak i krótkookresowego narażenia.



Ryc. 12.2. Udział przedwczesnych zgonów w określonych przedziałach wartości średnich dobowych pyłu PM2,5 w aglomeracjach i największych miastach Polski w latach 2005-2017 (źródło: NIZP-PZH)

Fig. 12.2. Premature deaths distribution in specific ranges of daily average PM2,5 concentrations in agglomerations and main cities in Poland in 2005-2017 (source: NIPH-NIH)

2. Szacowane skutki zdrowotne związane z krótkookresowym narażeniem na wysokie stężenia pyłu zawieszonego PM2,5 są znacznie niższe niż te obserwowane w wyniku długookresowego narażenia na niższe stężenia.
3. Oszacowana liczba przedwczesnych zgonów wynikających z krótkookresowego narażenia na pył PM2,5 w aglomeracjach i największych miastach Polski wynosi przeciętnie niecałe 4 tysiące w roku.
4. Obserwowane poziomy stężeń pyłu PM2,5 powyżej 80 μ/m^3 wskazują na przeciętny 25% udział liczby przedwczesnych zgonów. Tak niski udział wynika z relatywnie krótkiego czasu narażania i relatywnie rzadko występujących sytuacji z tak wysokimi stężeniami. Nie oznacza to jednak, że zagrożenie związane z krótkookresową ekspozycją należy bagatelizować, gdyż na obszarach, gdzie tzw. niska emisja ma znaczący udział w jakości powietrza, skutki zdrowotne mogą być nawet 2-krotnie wyższe.
5. W sytuacjach dłużej trwających niż kilka dni epizodów smogowych zimą (np. takich jak obserwowanych w styczniu 2006 i 2017 roku) należy się liczyć ze wzrostem liczby zgonów miesięcznie na poziomie ponad 2 000 dodatkowych przypadków w skali kraju.

13. PROMOCJA ZDROWIA, ZAPOBIEGANIE CHOROBOM ORAZ OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU W PROJEKTACH PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ ZGŁOSZONYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO DO OCENY AOTMIT W 2017 R.

Katarzyna Lewtak, Anna Poznańska, Dorota Cianciara, Larysa Sugay, Ewa Urban, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Anna Rutyna, Magdalena Krysińska

Do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego (JST) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy[1], powiatu[2] i województwa[3].

W niniejszym rozdziale poddano analizie opinie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na temat projektów programów polityki zdrowotnej nadesłanych przez JST (dalej nazywanych programami).

13.1. Ogólna charakterystyka programów

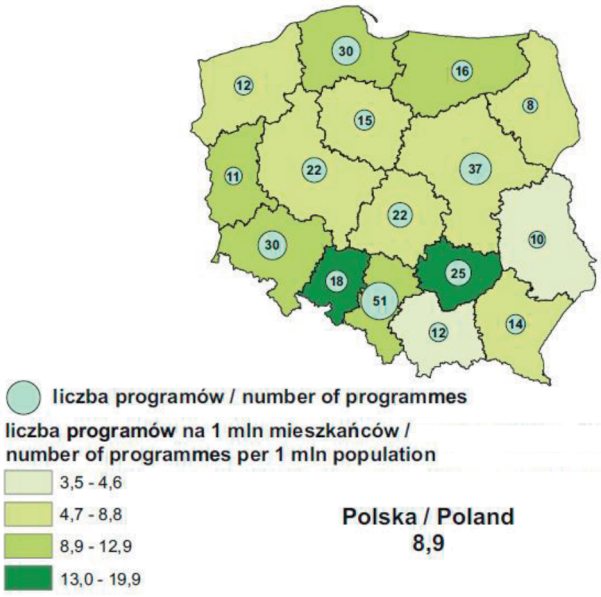
Liczba programów. W roku 2017 samorządy skierowały do zaopiniowania 352 programy. Pełne dane dla 341 z nich są dostępne na stronie AOTMiT. Osiem (2,3%) spośród nich miało zasięg ogólnopolski, 55 (16,1%) – wojewódzki, zaś 278 (81,5%) – powiatowy i/lub gminny. Liczbę nadesłanych PPZ przedstawiono na rycinie 13.1.

[1] Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (art. 7.). Dz. U. 2018 poz. 994
[2] Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (art. 8.). Dz. U. 2018 poz. 995
[3] Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (art. 9). Dz. U. 2018 poz. 913

Zasięg populacyjny programów. Przyjęto, że zasięg populacyjny wyraża w procentach stosunek liczby mieszkańców w powiatach, które planowały co najmniej jeden program do liczby mieszkańców całego województwa. Odsetek ten był najwyższy w województwach: mazowieckim (72,8%) i pomorskim (64,8%), a najniższy – w lubelskim (32,1%) i opolskim (31,7%).

Aktywność JST. Programy zostały zgłoszone ze 145 powiatów (38,2% powiatów w Polsce), nazywanych dalej powiatami aktywnymi. Najwięcej wniosków pochodziło z powiatów: m. Sopot (10), kieleckiego (11) oraz kędzierzyńsko-kozielskiego (15).

Najwyższy odsetek aktywnych powiatów charakteryzował województwa: pomorskie (65%) i śląskie (61%), a najniższy – małopolskie (18%) i podlaskie (12%).



Ryc. 13.1. Liczba programów zaopiniowanych przez AOTMiT w 2017 roku oraz w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców wg województw. Opracowanie własne

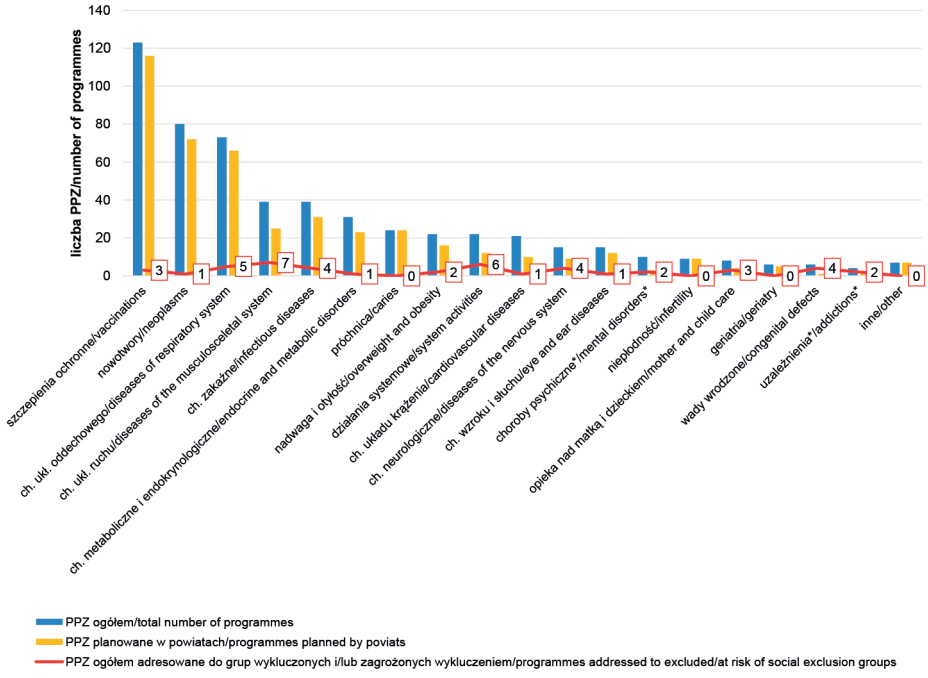
Fig. 13.1. Number of AOTMiT recommended programmes by voivodship – total and per 1 million inhabitants, 2017. Self-authored

13.2. Tematyka programów polityki zdrowotnej

W zgłaszanych przez samorządy do Agencji programach dominowały działania profilaktyczne wobec chorób zakaźnych, obejmujące szczepienia ochronne (głównie p/grypie) Na drugim miejscu pod względem częstości znalazły się

programy związane z chorobami nowotworowymi (głównie rak szyjki macicy, nowotwory piersi), zaś na trzecim – dotyczące chorób układu oddechowego (ryc. 13.2).

Tylko niewielka część programów zgłoszonych do oceny AOTMiT (23 PPZ; 6,7% wszystkich PPZ) była skierowana do grup wykluczonych i/lub zagrożonych wykluczeniem społecznym.



*projekty programów polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, nikotynizmowi oraz programy ochrony zdrowia psychicznego nie podlegają opiniowaniu AOTMiT

*programmes of alcoholism, drug addiction, tobacco smoking proevention and mental health protection are not subjected to AOTMiT recommendations

Ryc. 13.2. Liczba programów wg tematyki, z uwzględnieniem programów skierowanych do osób wykluczonych/zagrożonych wykluczeniem społecznym. Opracowanie własne

Fig. 13.2. Number of programmes by subject, including those addressed at people excluded/at risk of social exclusion. Self-authored

13.3. Interwencje w projektach programów polityki zdrowotnej

Opinie o programach analizowano pod kątem interwencji podejmowanych na rzecz jednostek, rodzin, systemów i społeczności w celu poprawy lub ochrony zdrowia. Wśród nich wyróżniono działania promocji zdrowia oraz profilaktyki

chorób ze szczególnym uwzględnieniem tych służących ograniczaniu społecznych nierówności w zdrowiu.

W analizowanych programach nie odnotowano działań wpisujących się w czyste podejście promocji zdrowia – z dołu do góry (ang: „*bottom-up*"), np. rozwój społeczności, tworzenie sieci społecznych, wzrost spójności społecznej, zmianę organizacyjną/polityczną/ prawną. Zdecydowana większość programów miała na celu realizację działań z nurtu czystego podejścia prewencyjnego – z góry na dół („*top-down*") i były to głównie programy szczepień ochronnych (profilaktyka pierwotna) lub wczesnego wykrywania chorób (profilaktyka wtórna).

13.4. Populacje docelowe programów

Programy adresowane były do różnych grup odbiorców, do m.in.: (1) wszystkich mieszkańców danej JST, (2) kobiet lub mężczyzn, (3) osób zagrożonych chorobami (np. PPZ dot. szczepień p/pneumokokom dla osób 60+), (4) grup zawodowych (np. leśnicy), (5) osób z grup ryzyka związanego ze stylem życia (np. uzależnionych od tytoniu), (6) osób z określonym problemem zdrowotnym (np. pacjenci kardiologiczni), (7) osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem, podatnych na utratę zdrowia (ang: *vulnerable populations*), np. podopieczni ośrodków pomocy społecznej, osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, mniejszości etniczne.

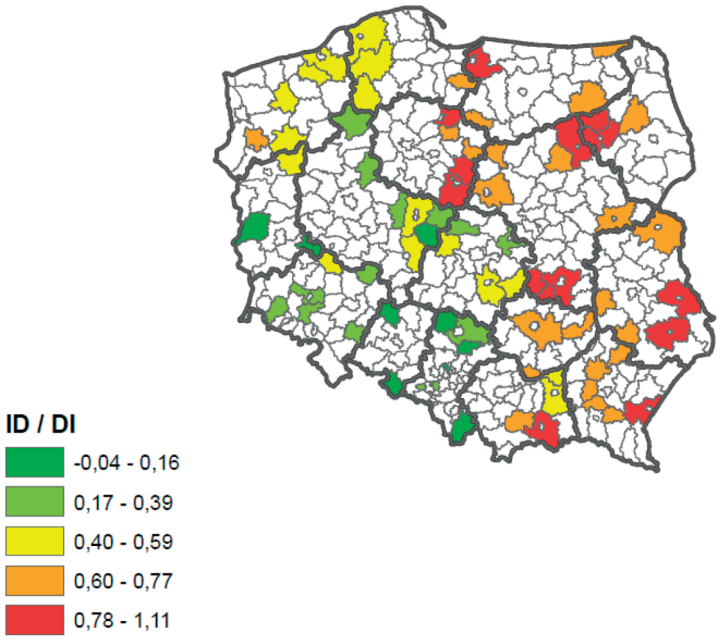
Tylko 23 programy, spośród analizowanych 341, jako populację docelową wskazały grupy osób wykluczonych społecznie/zagrożonych wykluczeniem. Dotyczyły one przede wszystkim chorób układu ruchu i niepełnosprawności ruchowej, chorób układu oddechowego, chorób zakaźnych, szczepień ochronnych, wad wrodzonych, jak również działań systemowych służących np. poprawie dostępności do świadczeń zdrowotnych (ryc. 13.2). W 16 programach planowano prowadzenie edukacji zdrowotnej.

13.5. Sytuacja społeczna i zdrowotna w powiatach

W kolejnym kroku analizie poddano: (1) sytuację społeczną poszczególnych powiatów mierzoną Indeksem Deprywacji, (2) sytuację zdrowotną ludności powiatów mierzoną standaryzowanym wskaźnikiem umieralności SMR (ang: *Standardised Mortality Ratio*), (3) planowanie programów polityki zdrowotnej w powiatach, by zidentyfikować te powiaty, które wymagają szczególnej uwagi i wsparcia.

13.5.1. Indeks deprywacji (ID)

W Polsce analizę zjawiska deprywacji na poziomie lokalnym przeprowadzono w roku 2013 w ramach Projektu Predefiniowanego „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu" (Program PL13 współfinansowany przez Norweski Mechanizm Finansowy 2009-2014), przy użyciu powiatowego Indeksu Deprywacji (ID)[4], który w skali kraju przyjmował wartości z zakresu od +1,1 do -1,8. Prawdopodobieństwo zagrożenia deprywacją rosło wraz ze wzrostem wartości indeksu. Zjawisko deprywacji w niniejszej analizie przedstawiono dla powiatów w ujęciu wojewódzkim, co jest istotne dla polityki regionalnej prowadzonej na tym poziomie. W tym celu sporządzono mapę, na której uwzględniono 20% powiatów najsilniej zagrożonych deprywacją w każdym z województw (łącznie 77 powiatów) (ryc. 13.3).



Ryc. 13.3. Powiaty zagrożone deprywacją w skali wojewódzkiej (20% powiatów o najwyższym ID w województwie). Źródło danych: Smętkowski M, Gorzelak G, Płoszaj A, Rok J. Powiaty zagrożone deprywacją: stan, trendy i prognoza. Raporty i analizy EUROREG 7/2015

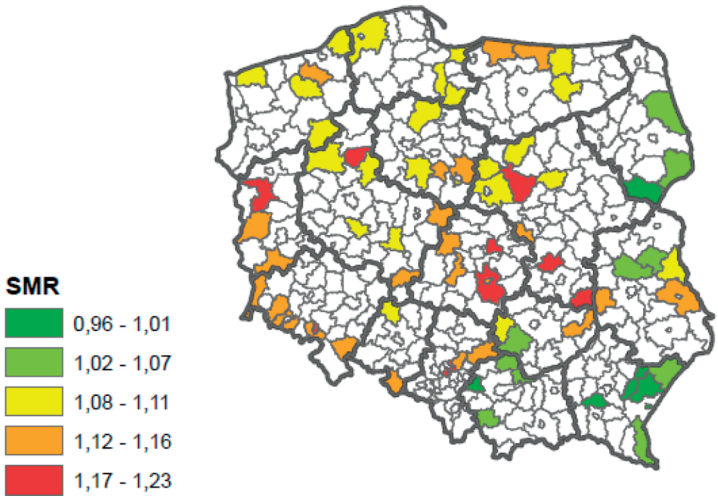
Fig. 13.3. Poviats endangered by deprivation on a voivodship scale. (20% of poviats with the highest DI). Source: Smętkowski M, Gorzelak G, Płoszaj A, Rok J. Powiaty zagrożone deprywacją: stan, trendy i prognoza. Raporty i analizy EUROREG 7/2015

[4] Smętkowski M., Gorzelak G., Płoszaj A., Rok J., 2015, Powiaty zagrożone deprywacją: stan, trendy, prognoza, Raporty i Analizy EUROREG Nr 7, Warszawa

Powiaty zagrożone deprywacją niemal dwukrotnie rzadziej planowały programy niż pozostałe – 23,4% *vs* 41,9%. Programy skierowane do osób wykluczonych społecznie i/lub zagrożonych wykluczeniem zaplanowano na terenie dziewięciu powiatów.

13.5.2. Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR)

W każdym województwie wybrano 20% powiatów o najwyższych wartościach standaryzowanego wskaźnika umieralności z ogółu przyczyn (SMR), łącznie 77 powiatów (ryc. 13.4).



Ryc. 13.4. Powiaty o najwyższym zagrożeniu życia z ogółu przyczyn w skali wojewódzkiej (20% powiatów o najwyższym SMR w województwie). Dane GUS

Fig. 13.4. Poviats with the highest mortality level from all causes on voivodship scale (20% of districts with the highest SMR). Source: Statistics Poland

Podobnie jak w przypadku Indeksu Deprywacji, powiaty o wyższym poziomie umieralności z powodu ogółu przyczyn ponad dwukrotnie rzadziej planowały programy niż pozostałe – 20,8% *vs* 42,6%.

13.5.3. Indeks powiatowy (DSP)

W celu zilustrowania zależności pomiędzy zagrożeniem deprywacją (ID), umieralnością (SMR) a planowaniem programów polityki zdrowotnej w powiatach (PPZ) (tab. 13.1, ryc. 13.5) zbudowano indeks DSP, umożliwiający podział powiatów na 8 klas pod względem rozkładu powyższych cech.

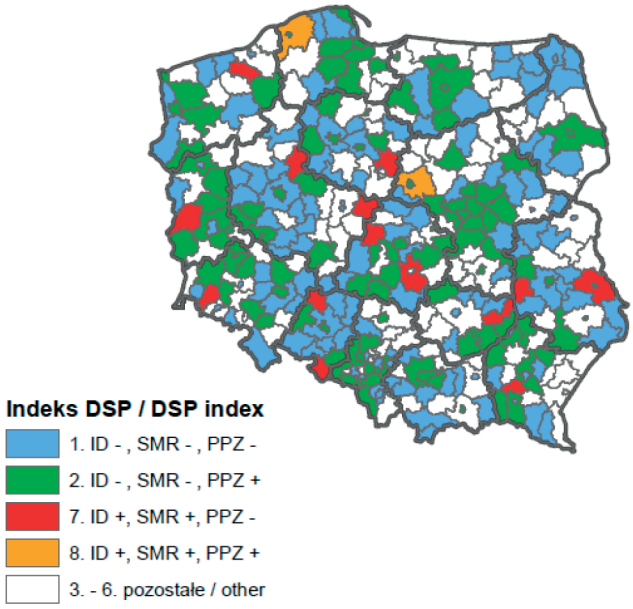
Tabela 13.1. Powiaty w Polsce wg indeksu DPS, opisującego zagrożenie deprywacją (ID), zagrożenie życia (SMR) oraz działania JST w zakresie planowania PPZ (PPZ). Opracowanie własne

Table 13.1. Poviats by DSP index – deprivation (ID), mortality level from all causes (SMR) and planning of programmes (PPZ). Self-authored

Klasa indeksu DSP Index DSP class		Liczba powiatów Number of poviats	Odsetek powiatów Percentage of poviats
1	ID -*, SMR -, PPZ -	129	33,9
2	ID -, SMR -, PPZ +*	114	30,0
3	ID -, SMR +, PPZ -	47	12,4
4	ID -, SMR +, PPZ +	13	3,4
5	ID +, SMR -, PPZ -	45	11,8
6	ID +, SMR -, PPZ +	15	3,9
7	ID +, SMR +, PPZ -	14	3,7
8	ID +, SMR +, PPZ +	3	0,8

*+ czynnik obecny/factor present

*- czynnik nieobecny/factor absent



Ryc. 13.5. Powiaty w Polsce wg indeksu DPS – deprywacji (ID), zagrożenia życia z ogółu przyczyn (SMR) oraz planowania PPZ (PPZ). Opracowanie własne

Fig. 13.5. Poviats by DSP index – deprivation (ID), mortality level from all causes (SMR) and planning of programmes (PPZ). Self-authored

Szczególną uwagę zwracają powiaty, w których kumulują się dwa niekorzystne zjawiska – zagrożenia deprywacją oraz wysoki poziom umieralności z ogółu przyczyn (klasy 7 i 8; łącznie 17 powiatów). Jedynie w trzech takich powiatach planowano realizację programów (klasa 8). Są to powiaty: płocki (woj. mazowieckie), słupski (woj. pomorskie) oraz powiat m. Świętochłowice (woj. śląskie).

13.6. Wnioski i rekomendacje

1. Istnieją duże różnice w dostępie mieszkańców Polski do programów polityki zdrowotnej (PPZ). Ponadto, istotnie częściej planuje się programy w powiatach o niższym zagrożeniu deprywacją oraz umieralnością z powodu ogółu przyczyn.
2. Konieczne jest podjęcie działań w celu zmniejszenia różnic pomiędzy poszczególnymi powiatami/województwami i systemowe wsparcie zagrożonych powiatów w działaniach na rzecz tworzenia warunków życia i pracy sprzyjających zdrowiu oraz zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności.
3. Podejścia JST do zdrowia społeczności lokalnych oraz działania na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu są aż nazbyt biomedyczne i niedostatecznie osadzone w kontekście epidemiologii społecznej. JST realizując zadania w obszarze potrzeb zdrowotnych mieszkańców, wykorzystują głównie biomedyczne podejście typu „*top-down*" (szczepienia ochronne, badania diagnostyczne służące wczesnemu wykrywaniu chorób, interwencje medyczne).
4. W działaniach na rzecz zdrowia społeczności lokalnych należy stosować podejście społeczno-środowiskowe „*bottom-up*", aktywne formy współpracy zmierzające do upodmiotowienia (ang. *empowerment*) społeczności.
5. Promocja zdrowia jest w projektach PPZ bardzo często niewłaściwie interpretowana – jest ona najczęściej utożsamiana z promowaniem zdrowego stylu życia.
6. Należy dołożyć wszelkich starań, aby była ona postrzegana przez twórców PPZ jako systemowa, skoordynowana interwencja w środowisko społeczne i dążyć do podejmowania działań opisanych w Karcie Ottawskiej.
7. Przy planowaniu programów polityki zdrowotnej analiza sytuacji ograniczona jedynie do danych epidemiologicznych na temat chorób i zaburzeń zdrowia nie jest wystarczająca. Niezbędna jest diagnoza szerszego kontekstu społecznego i środowiskowego, w myśl zasady, że zdrowie powstaje w sąsiedztwie.
8. Należy posługiwać się wskaźnikami opisującymi zarówno sytuację zdrowotną, jak i społeczną. Pomocne może być tworzenie indeksów, np. typologia

powiatów wg potrzeb wyrażanych (ID, SMR) i ich zaspokajania (planowanie PPZ). Działania należy kierować tam, gdzie potrzeby, zarówno społeczne, jak i zdrowotne, są największe.

9. Tylko w nielicznych powiatach PPZ były bezpośrednio adresowane do osób wykluczonych/zagrożonych wykluczeniem społecznym. Wśród powiatów należących do 20% o najwyższym wskaźniku deprywacji tylko jeden – powiat m. Bytom kieruje PPZ do grup wykluczonych/zagrożonych wykluczeniem.
10. Interwencje podejmowane w PPZ powinny być dostępne dla osób najbardziej potrzebujących, a skala i intensywność działań powinna być proporcjonalna do stopnia poszkodowania.
11. Konieczna jest współpraca między JST, mobilizacja, koordynacja, dzielenie się doświadczeniami - łączenie się w większe grupy (formalne bądź nie), tworzenie sieci współpracujących instytucji, co pozwoli na skuteczne reagowanie na pojawiające się wyzwania i szanse oraz przeciwdziałanie zjawisku rozproszenia wysiłków.

14. WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA ORAZ INFRASTRUKTURA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

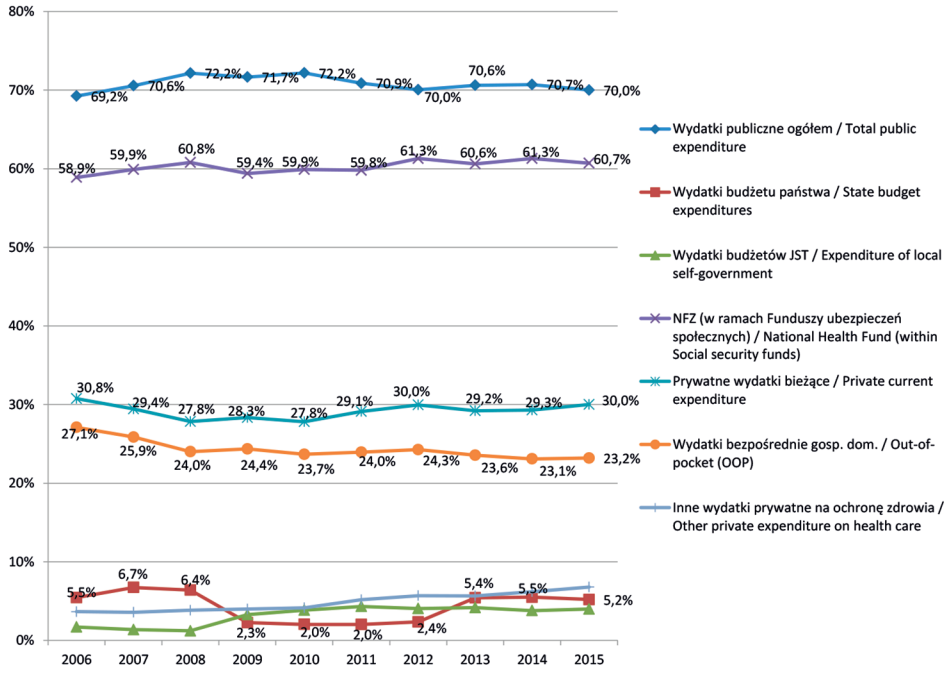
Aleksandra Czerw, Olga Partyka, Monika Pajewska, Joanna Bulira-Pawełczyk, Katarzyna Kwiatkowska, Mariusz Tarhoni

Systemy zdrowotne służą poprawie, zachowaniu i przywracaniu zdrowia społeczeństwa. Równy i szybki dostęp do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich obywateli stanowi istotny element polityki państwa. Ilość środków finansowych oraz sposób ich przepływu są niezwykle istotne dla funkcjonowania systemu, ale również istotna jest adekwatna alokacja zasobów i odpowiednie zarządzenie nimi. Kluczowa jest także dostępność świadczeń. Wpływa na nią szereg różnych czynników, takich jak: terytorialne rozmieszczenie podmiotów leczniczych, współczynnik urbanizacji, zasoby infrastrukturalne oraz poziom dochodów i wykształcenia społeczeństwa.

Modele systemów stanowią wzorce, za pomocą których można przybliżyć zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W państwach UE istnieje kilka schematów finansowania i organizacji systemu ochrony zdrowia. Wyróżnia się modele: ubezpieczeniowy, zaopatrzeniowy oraz mieszane. W praktyce system finansowania ochrony zdrowia składa się z kilku źródeł, dominują podatki (system zaopatrzeniowy) bądź składki (system ubezpieczeniowy).

W Polsce opieka zdrowotna finansowana jest przez połączenie różnych źródeł, w tym wydatków rządowych i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz środków prywatnych, takich jak bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych (*out of pocket – OOP*), wydatki organizacji pozarządowych i prywatnych podmiotów.

W ostatnich latach odnotowuje się stały wzrost nominalnych wydatków, zarówno publicznych oraz prywatnych. Rycina 14.1 przedstawia procentowy udział wydatków publicznych i prywatnych w wydatkach całkowitych w latach 2006-2015. Poddając analizie wydatki publiczne na przestrzeni lat 2006-2015 można stwierdzić, iż utrzymują się one na relatywnie stałym poziomie 70%.

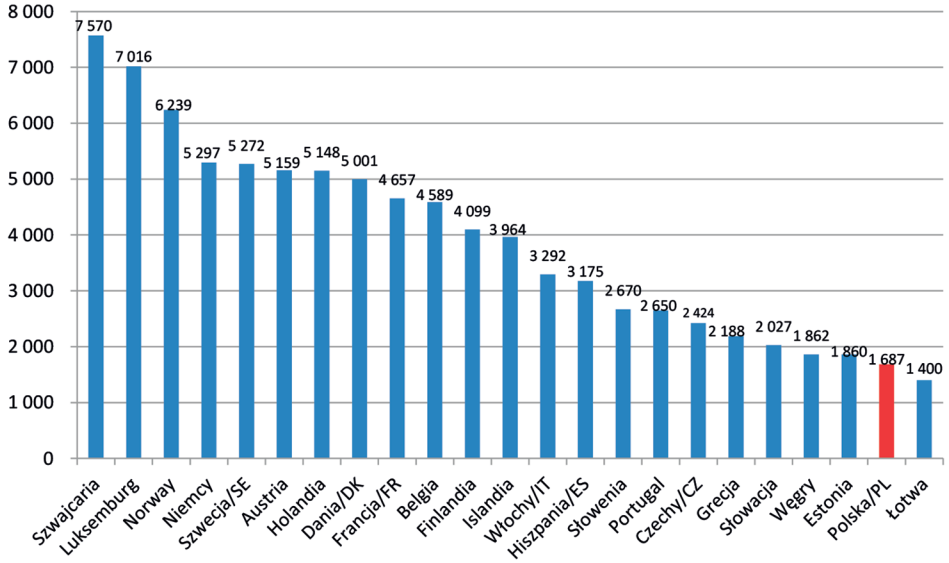


Ryc. 14.1. Wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia w Polsce jako % wydatków całkowitych (GUS stat.gov.pl)
Fig. 14.1. Public and private expenditure on healthcare in Poland as share of total expenditure (CSO)

Największe publiczne źródło finansowania stanowi budżet NFZ, w roku 2015 – 61%. Prywatne wydatki na ochronę zdrowia utrzymują się na poziomie 30% ogólnych wydatków. Rosną one wraz ze wzrostem całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. Wzrost wydatków na ochronę zdrowia związany jest ze zmieniającą się sytuacją demograficzną – starzeniem się społeczeństwa oraz rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia opieki zdrowotnej. Mimo to w porównaniu do pozostałych krajów Unii Europejskiej wydatki na zdrowie w Polsce są jednymi z najniższych w Europie. Warto zauważyć, iż bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowią 23% całkowitych wydatków. Jest to znaczne obciążenie dla pacjentów, gdyż w praktyce wiąże się to z koniecznością opłacania prywatnych wizyt lekarskich, badań diagnostycznych oraz zakupu leków z własnych kieszeni.

Wielkość środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia zależy od wielu czynników społecznych i ekonomicznych oraz organizacji systemu ochrony zdrowia. Na rycinie 14.2 przedstawiono wydatki na ochronę zdrowia na głowę mieszkańca według parytetu siły nabywczej w krajach UE. Miernik ten pokazuje rzeczywiste nakłady przeznaczane na ochronę zdrowia na mieszkańca w poszczególnych krajach. Najwięcej środków na opiekę zdrowotną na

mieszkańca przeznaczono w Szwajcarii, Luksemburgu i Norwegii, zaś najmniej na Węgrzech, w Estonii, Polsce i Łotwie.

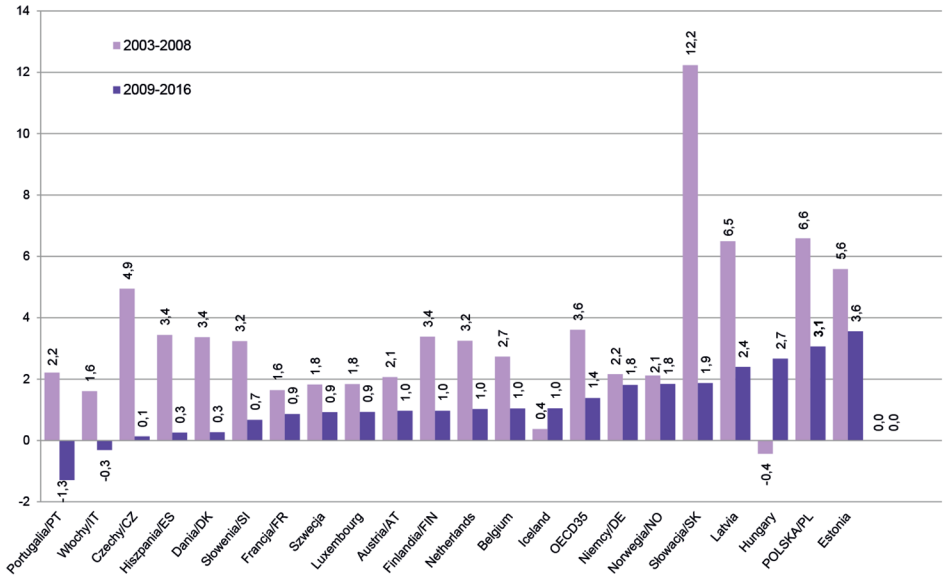


Ryc. 14.2. Wydatki per capita na ochronę zdrowia wg PPP w USD w krajach UE w 2015 roku (OECD stats.oecd.org)
Fig. 14.2. Per capita healthcare expenditure– current PPP US Dollars (OECD)

Na rycinie 14.3 zaprezentowano średni roczny przyrost wydatków per capita na ochronę zdrowia w wybranych krajach OECD w latach 2003-2016. Można zauważyć, iż w latach 2009-2016 wydatki we wszystkich krajach nadal rosną. Tendencja ta utrzymuje się po spowolnieniu, które nastąpiło w latach 2009-2011 w wyniku światowego kryzysu finansowego. Wyjątkami są tu Portugalia i Włochy, gdzie przyrost wydatków w latach 2009-2016 był ujemny. W Polsce w latach 2003-2009 średni roczny przyrost wydatków na ochronę zdrowia per capita wynosił 6,6%, zaś w późniejszych latach zmniejszył się i wynosił 3,1%.

14.1. Personel medyczny w systemie ochrony zdrowia

W 2016 roku uprawnionych do wykonywania zawodu było 144 982 lekarzy. W rozkładzie według województw od lat wskaźnik liczby lekarzy na 10 000 mieszkańców jest najwyższy w województwach: mazowieckiem i łódzkim (odpowiednio: 48,6 i 45,9), najniższy natomiast w województwie lubuskim – 24,8 i opolskim – 26.



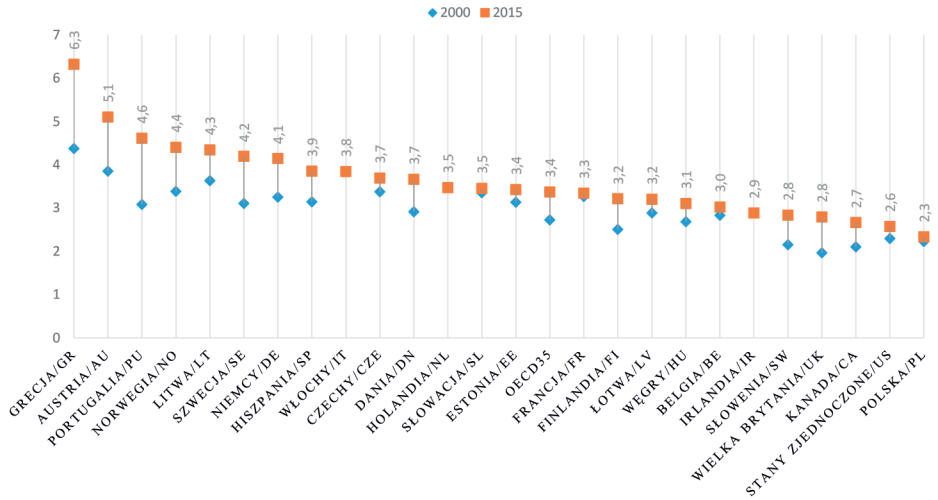
Ryc. 14.3. Średni roczny przyrost wydatków per capita na ochronę zdrowia w proc. (OECD stats.oecd.org)

Fig. 14.3. Annual average growth rate in per capita health expenditure, real terms, 2003 to 2016 (or nearest year) (OECD)

Względem 2015 roku, w 2016 roku nastąpił wzrost o ponad 2 000 osób z prawem wykonywania zawodu lekarza, a w ostatnich dziesięciu latach liczba ta wzrosła o ponad 20 tysięcy lekarzy. W 2015 roku w Polsce wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 1 000 mieszkańców wyniósł 2,3. Przy średnim współczynniku 3,4 dla krajów OECD plasuje to Polskę poniżej średniej, na ostatnim miejscu. Dla porównania, w wybranych krajach UE wskaźnik ten wynosi odpowiednio: w Niemczech – 4,1 lekarza na 1 000 mieszkańców, w Czechach – 3,7 a na Słowacji – 3,5 (ryc. 14.4).

W 2016 roku w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: pediatria, ginekologia i położnictwo, chirurgia oraz choroby wewnętrzne wskaźnik lekarzy przypadających na 10 000 ludności wynosił powyżej 1, chociaż względem 2015 roku można zaobserwować nieznaczny spadek. Poważnym problemem w Polsce, w świetle zmian demograficznych i starzejącego się społeczeństwa jest niska liczba lekarzy geriatrów. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w 2017 roku w Polsce ogólna liczba lekarzy geriatrów wyniosła 433 osoby z czego 422 czynnie wykonywały zawód. Starzenie się społeczeństwa jest jednym z największych wyzwań przed jakim stoi ochrona zdrowia. Zapewnienie wyspecjalizowanej kadry lekarskiej, która obejmie opieką pacjentów powyżej 60 roku życia powinno być istotnym priorytetem systemowym. Jednym z rozwiązań tego problemu jest wprowadzona „krótka ścieżka" specjalizacji skierowana do lekarzy posiadających specjalizację II

stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych i co najmniej pięcioletni staż pracy od chwili uzyskania tej specjalizacji. Do rozważenia pozostaje poszerzenie kompetencji lekarzy medycyny rodzinnej o zadania z zakresu opieki geriatrycznej. Rozwiązanie takie wpisywałoby się w ogólny trend zmian zachodzących w wielu krajach europejskich jakim jest przesunięcie koordynacji leczenia do podstawowej opieki zdrowotnej. Należy pamiętać, iż takie rozwiązanie musiałoby zostać poparte zwiększeniem liczby lekarzy posiadających specjalizację z medycyny rodzinnej, jak również zmianami w finansowaniu terapii w POZ.



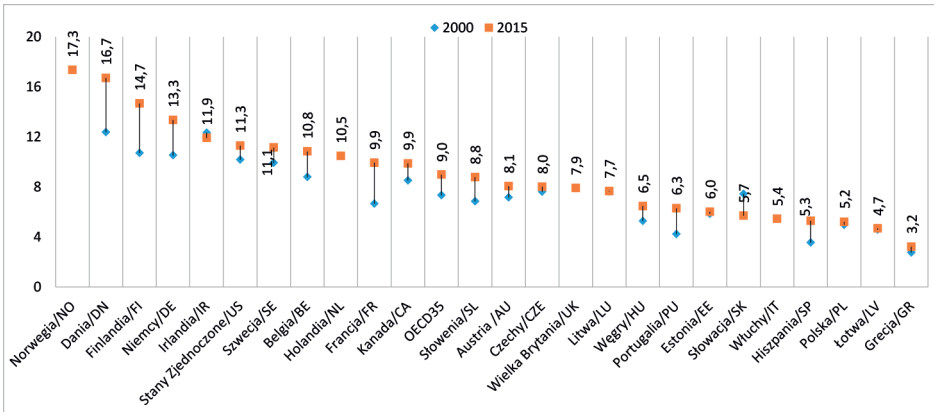
Ryc. 14.4. Wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 1 000 mieszkańców, porównanie roku 2000 i 2015 (lub najbliższego) (dane OECD)

Fig. 14.4. Indicator of the number of doctors per 1000 inhabitants, comparison between 2000 and 2015 (or the nearest one) (OECD)

Sytuacja kadry pielęgniarskiej kształtuje się analogicznie do sytuacji lekarzy. Według danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, w 2016 roku w Izbie Pielęgniarek i Położnych zarejestrowanych było ponad 288 tysięcy osób. Największą liczbę odnotowano w województwie mazowieckim – 41 tysięcy czynnych zawodowo pielęgniarek. W przeliczeniu na 10 000 ludności daje to współczynnik na poziomie 77,1, co plasuje województwo mazowieckie na 7 miejscu w kraju. Z liczby wszystkich osób uprawnionych do wykonywania zawodu pielęgniarki w publicznych podmiotach leczniczych w 2016 roku pracowało ok. 65%.

Tak samo jak w przypadku lekarzy, w tej grupie zawodowej występują niedobory kadrowe. Według danych OECD, wskaźnik personelu pielęgniarskiego na

1 000 ludności w Polsce wynosi 5,2 przy średniej europejskiej na poziomie 9,0. Dla porównania, w Czechach wskaźnik ten w 2015 roku wyniósł 8,0, a w Niemczech 13,3 (ryc. 14.5).



Ryc. 14.5. Wskaźnik personelu pielęgniarskiego na 1 000 ludności, porównanie roku 2000 i 2015 (lub najbliższego) (dane OECD)

Fig. 14.5. Indicator of nursing staff per 1,000 population, comparison between 2000 and 2015 (or the nearest one) (OECD)

Postępujący proces starzenia się w połączeniu z deficytem kadrowym w grupie lekarzy powoduje, iż największa liczba aktywnych zawodowo osób znajduje się w wieku powyżej 45 lat. Szczególnie niekorzystny jest duży udział procentowy lekarzy powyżej 65 roku życia (22%), co w porównaniu z grupą wiekową poniżej 35 roku życia (19%) daje ujemny bilans. Jeszcze większy problem w kwestii zastępowalności pokoleń zaobserwować można w grupie zawodowej pielęgniarek. Największą grupę wiekową stanowią osoby między 45 a 54 rokiem życia, aż 34% ogółu wszystkich pracujących pielęgniarek. Zaledwie 9% czynnych zawodowo pielęgniarek stanowi personel poniżej 35 roku życia.

14.2. Lecznictwo szpitalne

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2016 roku w Polsce funkcjonowało 957 szpitali ogólnych. Do tej liczby należy dodać również szpitale leczące wyłącznie w trybie dziennym, w 2016 roku było to 197 podmiotów dysponujących 1,2 tys. miejsc dziennych, z których skorzystało 115,6 tys. pacjentów.

Liczba łóżek w szpitalach w Polsce w 2016 roku wyniosła 186 607. Od pięciu lat można zauważyć postępujący spadek liczby łóżek opieki stacjonarnej.

Względem 2012 roku liczba zmalała o 2 213 łóżka w szpitalach ogólnych. Najwięcej łóżek znajduje się na oddziałach chorób wewnętrznych, ponad 24 tysiące. Na drugim miejscu znajdują się oddziały chirurgii ogólnej z 21 tysiącami łóżek, na trzecim ginekologiczno-położnicze z prawie 18 tysiącami łóżek. Oddziały te należą do specjalności podstawowych i znajdują się w większości szpitali.

Według danych CSIOZ w 2016 roku w polskich szpitalach leczono ponad 8 mln pacjentów. Porównując liczbę leczonych do liczby dostępnych w systemie łóżek, średnio na jedno łóżko szpitalne przypadało 45 pacjentów w ciągu roku. Przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu wyniósł 5,3 dnia.

14.3. Podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W polskim systemie opieki zdrowotnej dominująca część odpowiedzialności za zdrowie Polaków spoczywa na lecznictwie szpitalnym, które generuje wysokie koszty. Główne problemy związane z budowaniem pozycji POZ w strukturze leczenia wynikają z niedoborów kadrowych, ograniczonego zakresu kompetencji oraz z przyjętego modelu finansowania świadczeń zdrowotnych. W 2016 roku współczynnik liczby lekarzy specjalistów medycyny ogólnej oraz medycyny rodzinnej – stanowiących podstawowe specjalizacje dla zapewnienia roli *gatekeepera* POZ – wyniósł 0,1 i 1,7 na 10 tysięcy ludności. Jest to liczba niewystarczająca do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

W 2016 roku w Polsce udzielono ok. 288 mln porad lekarskich. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej zrealizowano 166 mln świadczeń z zakresu poradnictwa, czyli ok. 58% wszystkich porad. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej liczba udzielonych porad wyniosła 116 mln stanowiących pozostałe 42% ogółu. W strukturze porad na poziomie AOS najwięcej świadczeń z tego zakresu udzielonych zostało w ramach poradnictwa chirurgii ogólnie – ponad 20 mln porad oraz świadczeń ginekologiczno-położniczych – 13 mln porad w 2016 roku. Ze wszystkich porad zdrowotnych wykonanych w 2016 roku ponad 60% ogółu stanowiły te udzielone kobietom, natomiast prawie 30% stanowiły porady zdrowotne świadczone dla grupy wiekowej powyżej 65 roku życia.

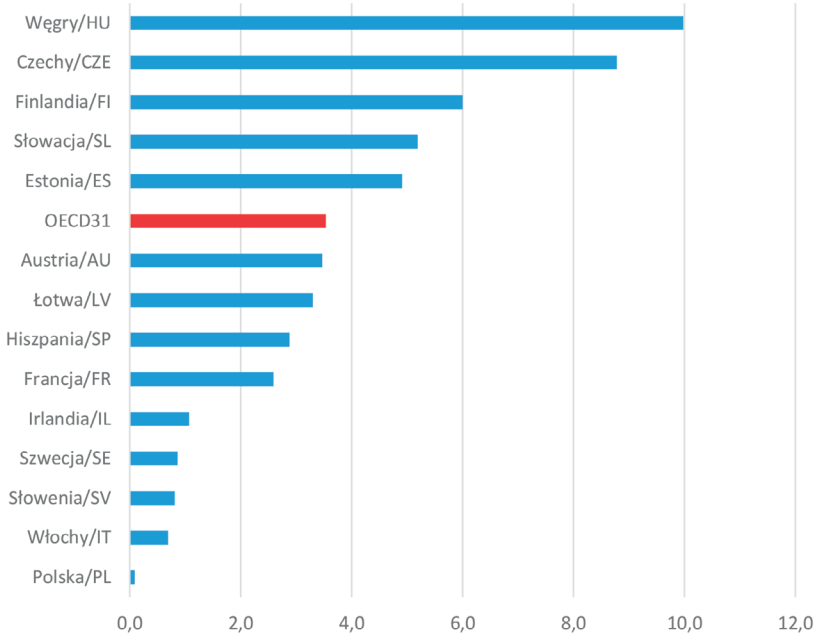
14.4. Opieka długoterminowa

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce jest 433 lekarzy posiadających specjalizację z geriatrii, przy czym 422 osoby czynnie wykonują zawód. Proces kształcenia specjalizacyjnego lekarza geriatry trwa 5 lat, specjalizacja

składa się z dwóch modułów: podstawowego - trwającego 3 lata i specjalistycznego – trwającego 2 lata. Moduł podstawowy może być zastąpiony specjalizacją drugiego stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Od 23 stycznia 2004 r. m.in. z powodu niedoboru lekarzy geriatrów i trudności zabezpieczenia dostępności świadczeń w zakresie geriatrii jest ona priorytetową dziedziną medycyny.

Według statystyki GUS w 2016 roku w Polsce funkcjonowało 48 oddziałów geriatrycznych i leczonych było prawie 30 tysięcy pacjentów. Od 2010 roku liczba osób hospitalizowanych podwoiła się. Analizując liczbę dostępnych łóżek daje to wskaźnik 28,9 pacjenta na jedno łóżko na oddziale geriatrycznym w ciągu roku. Na tle innych państw Europy Polska znajduje się na ostatnim miejscu pod względem dostępności łóżek długoterminowych. Współczynnik liczby łóżek w szpitalach na 1 000 mieszkańców w wieku 65 lat i więcej dla Polski w 2015 roku wyniósł 0,1 (ryc. 14.6).

Osobom w wieku 65 lat i więcej w 2016 roku udzielono 52 mln porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Stanowiły one około 1/3 wszystkich porad udzielonych w ramach POZ. W zakresie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej udzielono osobom starszym ponad 31 mln porad (116 mln porad ogółem). Jedynie 73 tysiące porad zostało udzielonych w ramach specjalistycznej opieki geriatrycznej.



Ryc. 14.6. Wskaźnik liczby łóżek długoterminowych w szpitalach przypadających na 1 000 mieszkańców w wieku 65 lat i więcej w 2015 roku (dane OECD)

Fig. 14.6. Indicator of the number of long-term beds in hospitals per 1,000 population at the age of 65 and more in 2015 (OECD)

14.5. Mierniki efektywności wydatkowania pieniędzy w sektorze ochrony zdrowia

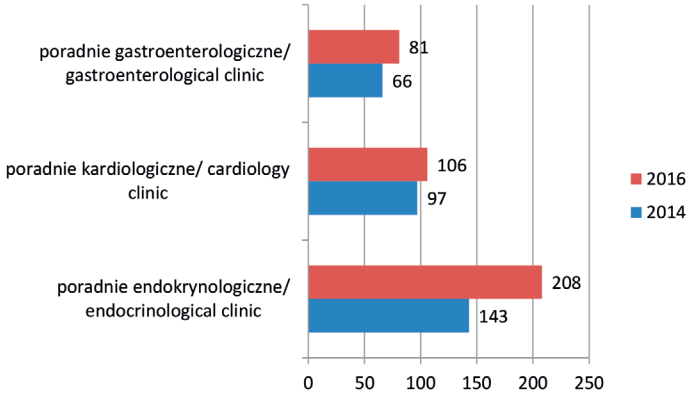
Średnie wydatki na zdrowie w poszczególnych krajach OECD wyrażone jako % PKB pokazują, że strumień pieniędzy przeznaczony na opiekę zdrowotną jest bardzo zróżnicowany, a jego wysokość nie gwarantuje wysokiej efektywności. Polska przeznacza na zdrowie około 6,5% PKB. W analizowanej grupie państw najwięcej pieniędzy na ochronę zdrowia wydają Niemcy 11,5% PKB. Należy pamiętać, że finansowanie opieki zdrowotnej, niezależnie od źródła, dzielone jest na bieżące finansowanie funkcjonowania i finansowanie inwestycji. Jest to istotne, ponieważ jakkolwiek zmiana oczekiwanej długości życia jest miernikiem efektywności kompleksowym, zarówno dla wydatków bieżących, jak i inwestycyjnych, to na przykład zmiana liczby łóżek, to tylko fragment efektywności inwestycyjnej.

Jako miernik stanu systemu ochrony zdrowia uznaje się liczbę łóżek szpitalnych na 100 tysięcy mieszkańców. W 2015 roku najmniej łóżek odnotowano w Szwecji – 243,7, natomiast najwięcej w Niemczech – 813,3 łóżka. Omawiany wskaźnik w odniesieniu do Polski wynosił 663,5 łóżka na 100 tys. ludności. W latach 2010-2015 liczba łóżek szpitalnych w UE-28 spadła z 2,72 mln do 2,62 mln, co oznacza względny spadek o 3,6%. W Polsce, w badanym okresie liczba łóżek szpitalnych została utrzymana na stałym poziomie.

Na przestrzeni ostatnich lat, w większości krajów europejskich można zaobserwować wzrost wartości wskaźnika HLY (przewidywane lata życia w zdrowiu). Najwyższy wskaźnik w 2015 roku wśród kobiet odnotowano w Szwecji – 73,8 lat. W latach 2010-2015 wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet w tym kraju wzrósł o 7,4 roku. W Polsce HLY wzrósł z 62,3 do 63,2, a miedzy 2014 i 2015 rokiem odnotowano przyrost o 0,5 roku. Dla mężczyzn, podobnie jak w przypadku kobiet, wartość HLY w 2015 roku była najwyższa w Szwecji i od 2010 roku wzrosła o 7 lat. W Polsce w analizowanych latach nastąpiła poprawa z 58,5 do 60,1 lat.

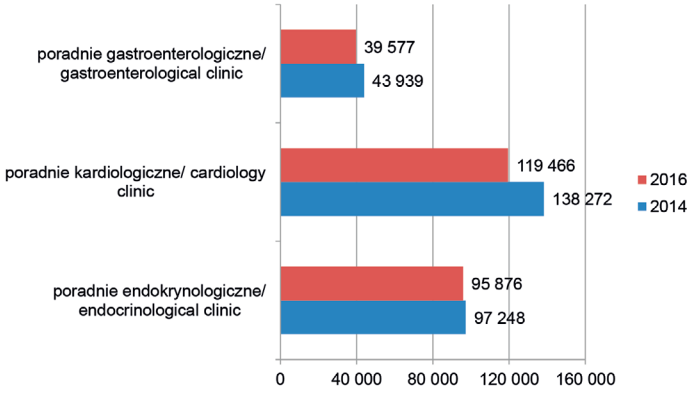
Mówiąc o efektywności bieżącej opieki zdrowotnej, na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia dokonano porównania wydatków na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z czasem oczekiwania do pięciu poradni specjalistycznych, w których najczęściej odnotowano kolejki. W 2014 roku w ramach opieki specjalistycznej zawarto umowy na kwotę 5 425 338,89 zł, natomiast w 2015 – 5730 903,91 złotych.

Ze sprawozdań NFZ wynika, że w 2016 roku największą liczbę osób oczekujących odnotowano do następujących poradni specjalistycznych: kardiologicznych, endokrynologicznych, gastroenterologicznych (ryc. 14.8). Najdłuższy czas oczekiwania odnotowano do poradni endokrynologicznych – 208 dni. Czas ten wydłużył się względem 2014 roku o 65 dni (ryc. 14.7).



Ryc. 14.7. Czas oczekiwania do wybranych poradni AOS (w dniach) w 2014 i 2016. (Sprawozdanie z działalności NFZ za rok 2014 i 2016)

Fig. 14.7. Waiting time for selected specialist health care clinics in 2014 and 2016. (Data Report on the activities of the NHF for 2014 and 2016)



Ryc. 14.8. Liczba osób oczekujących do wybranych poradni AOS w 2014 i 2016 roku (sprawozdanie z działalności NFZ za rok 2014 i 2016)

Fig. 14.8. The number of people waiting for selected specialist health care clinics in 2014 and 2016 (Report on the activities of the NHF for 2014 and 2016)

Analiza wskazuje, że nie ma bezpośredniej korelacji między wydatkami na system opieki zdrowotnej a znaczącą poprawą wskaźników efektywności. Pomimo wysokich środków przeznaczanych na zdrowie w analizowanych krajach, oczekiwana długość życia nie wydłuża się znacząco. Weryfikacja dostępności do poradni specjalistycznych pokazuje, iż zwiększone wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną nie spowodowały dużo lepszej dostępności do lekarzy. Pomimo większej liczby wykonanych porad w AOS, średnia liczba dni oczekiwania do poradni z grupy „liderów kolejek" znacząco się wydłużyła.

Zasadnym jest zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej. Ze względu na ograniczenia budżetowe jest to jednak trudne do wykonania w krótkim czasie. Z tego powodu decydującym czynnikiem powinna być odpowiednia alokacja środków w systemie, jak również opracowanie długofalowej strategii rozwoju w zakresie organizacji systemu oraz zapewnienia odpowiedniej infrastruktury, głównie kadr medycznych. Dopiero suma tych składowych może pozwolić na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

PODSUMOWANIE

1. W ostatnich latach odnotowuje się stały wzrost nominalnych nakładów na ochronę zdrowia, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Mimo to wydatki w Polsce w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej są znacznie mniejsze. W Polsce udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w roku 2015 wynosił 6,3%, a średnia dla krajów UE ok. 9%. W większości krajów europejskich największy udział w finansowaniu ochrony zdrowia stanowią wydatki publiczne. W Polsce w roku 2015 stanowiły one 70% wydatków ogółem, z czego 61% stanowiły wydatki z budżetu NFZ. Wydatki prywatne w Polsce stanowiły 30% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia w roku 2015. Wśród nich dominujące są bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych. Pacjenci z własnej kieszeni opłacają przede wszystkim zakup leków, artykułów medycznych, koszty badań diagnostycznych i analitycznych.
2. Na działania profilaktyczne w roku 2015 w Polsce przeznaczono 2,7% ogółu wydatków na ochronę zdrowia. Nakłady na profilaktykę powinny być stale zwiększane, ponieważ w największym stopniu determinują stan zdrowia społeczeństwa przy stosunkowo małym obciążeniu finansowym dla systemu ochrony zdrowia.
3. Jednym z największych wyzwań przed jakimi stoi system opieki zdrowotnej w Polsce jest zapewnienie odpowiedniej kadry medycznej. W Polsce narasta problem zastępowalności pokoleń w zawodach medycznych. Należy zintensyfikować działania mające na celu niwelowanie deficytów w tym obszarze. Na obecnym poziomie wejścia na rynek pracy nowych osób w stosunku do tych znajdujących się w wieku przedemerytalnym nie jest to możliwe.
4. W polskim systemie ochrony zdrowia istnieją znaczne dysproporcje na poziomie wojewódzkim w zakresie zasobów infrastruktury. Największą bazę szpitalno-łóżkową od lat posiadają województwa mazowieckie i śląskie. W celu wyrównywania różnić między regionami wprowadzono Mapy Potrzeb Zdrowotnych jako mechanizm monitorowania oraz prognozowania potrzeb zdrowotnych ludności Polski.

5. Społeczeństwo w Polsce należy do jednych z najszybciej starzejących się nacji w Europie. Przy utrzymaniu tej dynamiki prognozuje się, iż w 2050 roku osoby w wieku powyżej 60 lat będą stanowić ponad 40% ogółu ludności. W związku z tym jednym z priorytetów systemowych powinno być dostosowywanie zasobów ochrony zdrowia do rosnących potrzeb zdrowotnych tej grupy pacjentów. Należy systematycznie zwiększać liczbę lekarzy geriatrów (obecnie 433 specjalistów), którzy będą sprawować kompleksową opiekę nad osobami starszymi. Wydaje się, iż jednym z rozwiązań jest wprowadzenie koordynowanej opieki geriatrycznej.
6. Dostępność usług zdrowotnych zależy nie tylko od ilości dostępnych zasobów, ale także od ich właściwej alokacji w systemie, która powinna być poprzedzona kompleksowym spojrzeniem na mierniki efektywności systemu. Brak poprawy efektywności w takich obszarach jak: profilaktyka, otwarta opieka zdrowotna oraz leczenie szpitalne, wskazuje potrzebę usprawnienia zarządzania środkami dostępnymi w systemie opieki zdrowotnej.
7. Należy podejmować działania na rzecz zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych. Mimo widocznej poprawy na tle innych krajów europejskich, czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego jest powyżej średniej. W temacie dostępności ważniejsza od poziomu nakładów jest ich odpowiednia alokacja oraz organizacja systemu opieki zdrowotnej. Należy dążyć do przesunięcia trzonu systemu z opieki szpitalnej do opieki ambulatoryjnej, która jest mniej obciążająca dla płatnika a także, jeśli dobrze prowadzona, przynosi lepszy rezultat zdrowotny.

sytuacja_zdrowotna_2017k.indb 286 2019-01-02 07:56:25

15. GŁÓWNE PROBLEMY DOTYCZĄCE ZDROWIA POLAKÓW W ŚWIETLE NAJNOWSZYCH WYNIKÓW BADANIA „GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY (GBD)" 2017

Roman Topór-Mądry (AOTMiT), Bogdan Wojtyniak, Grzegorz Juszczyk, Daniel Rabczenko, Tomasz Zdrojewski

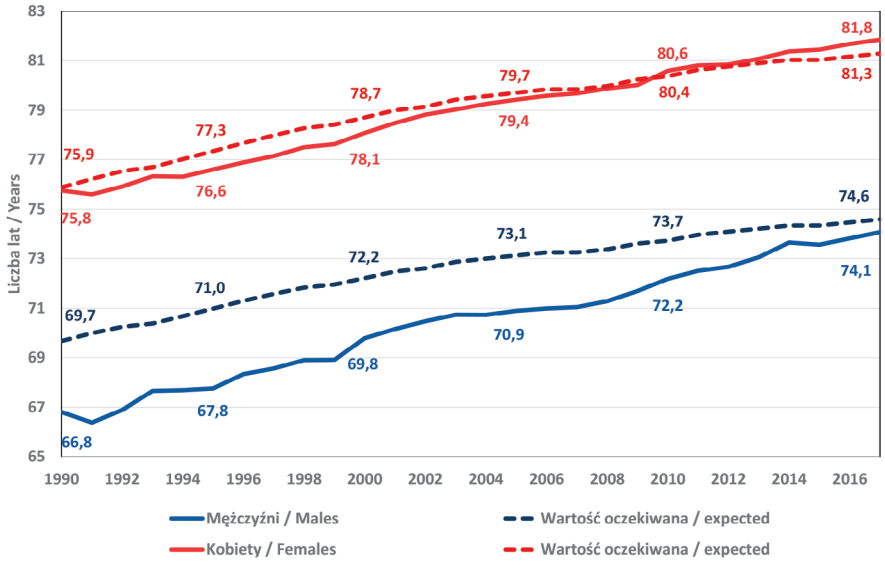
W dniu 9 listopada zespół Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Uniwersytetu Waszyngtońskiego w Seattle, w Stanach Zjednoczonych, ogłosił wyniki GBD edycji 2017. Ogłoszenie było połączone z publikacją specjalnego numeru czasopisma LANCET poświęconego w całości wspomnianemu projektowi.

15.1. Wykorzystanie danych w Polsce

Zastosowane w GBD podejście do oceny obciążenia chorobami daje pośrednią możliwość oceny ochrony zdrowia. Dzięki decyzji Ministra Zdrowia i osobistym spotkaniom z prof. Christophem Murrey'em oszacowania GBD będą elementem Map Potrzeb Zdrowotnych. W wyniku realizowanej obecnie współpracy zostaną dodatkowo przeprowadzone analizy na poziomie wojewódzkim, co da dodatkowe możliwości oceny stanu zdrowia w Polsce, a także podstawę do analiz potrzeb zdrowotnych. Rada Naukowa Projektu GBD pozytywnie zaopiniowała włączenie Polski do analiz na poziomie lokalnym prowadzonych w ramach projektu GBD. W Polsce umowę o współpracy z IHME podpisała Agencja Oceny Technologii Medycznej. W analizach we współpracy z AOTMIT będą uczestniczyli analitycy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz Ministerstwa Zdrowia a także naukowcy i eksperci zewnętrzni. Efektem współpracy będzie ocena wskaźników GBD na poziomie wojewódzkim, a w dalszej perspektywie nawet powiatowym.

15.2. Główne elementy profilu Polski

Poniżej zaprezentowano kilka podstawowych wskaźników z GBD, które są podstawą tzw. profilu krajowego. Szacunki z badania GBD mogą różnić się od krajowych statystyk ze względu na możliwe różnice w źródłach danych i metodologii. Już pierwsze oszacowania odnoszące się do wskaźnika obserwowanej długości trwania życia są przykładem takich drobnych różnic (ryc. 15.1). Ale najważniejszą informacją wynikającą z tej ryciny jest to, że długość życia polskich kobiet jest obecnie większa od oczekiwanej, która została oszacowana na podstawie cząstkowych współczynników umieralności w krajach o podobnym stopniu rozwoju określonym na podstawie wartości Indeksu Społeczno-Demograficznego opracowanego przez IHME[1]. Natomiast długość życia mężczyzn zbliża się do wartości oczekiwanej ale wciąż jeszcze jest krótsza.



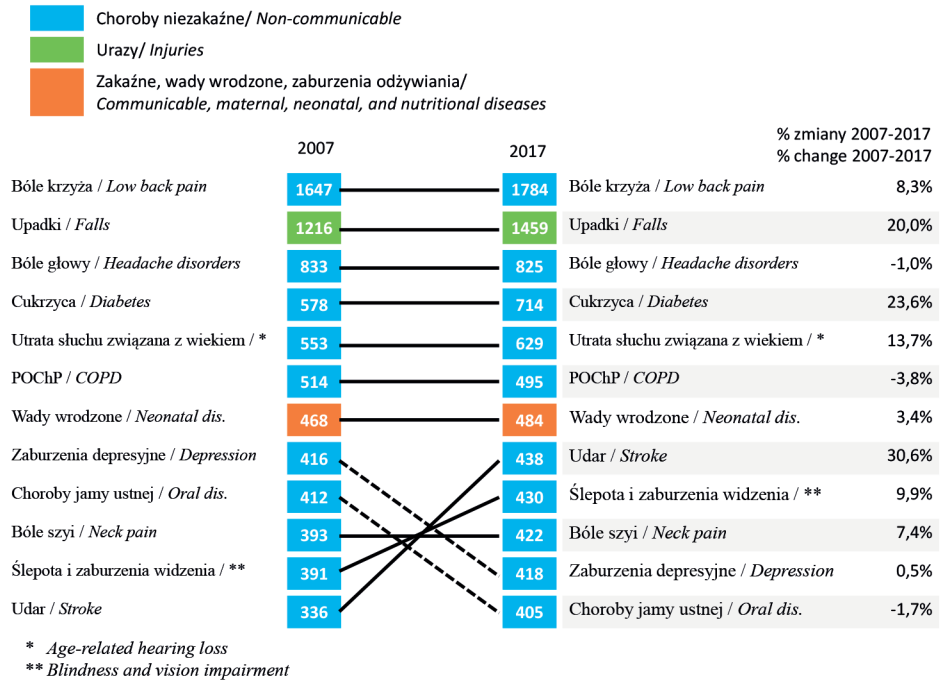
Ryc. 15.1. Przeciętne trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 0 lat w Polsce w latach 1990-2017 – wartości obserwowane i oczekiwane powiązane z wielkością Indeksu Społeczno-Demograficznego (dane IHME)

Fig. 15.1. Females and males life expectancy at birth in Poland in years 1990-2017 – observed and expected values related to Socio-demographic Index (IHME data)

Jak wspomniano wyżej jednym z głównych elementów oszacowań GBD jest liczba lat życia utraconych z powodu niesprawności wynikającej z problemów zdrowotnych

[1] http://ghdx.healthdata.org/record/global-burden-disease-study-2017-gbd-2017-socio-demographic-index-sdi-1950%E2%80%932017

(YLD). Na rycinie 15.2 przedstawiono główne problemy zdrowotne odpowiedzialne za życie mieszkańców Polski z niesprawnością. Są one przede wszystkim związane z chorobami niezakaźnymi, zarówno dziesięć lat temu jak i obecnie pierwszą przyczyną są bóle krzyża ale na drugim miejscu, co trzeba podkreślić, są skutki upadków. Te dwie przyczyny wyraźnie wyprzedzają pozostałe. Największy względny wzrost niesprawności w okresie ostatnich 10 lat był związany z udarami, cukrzycą i upadkami.

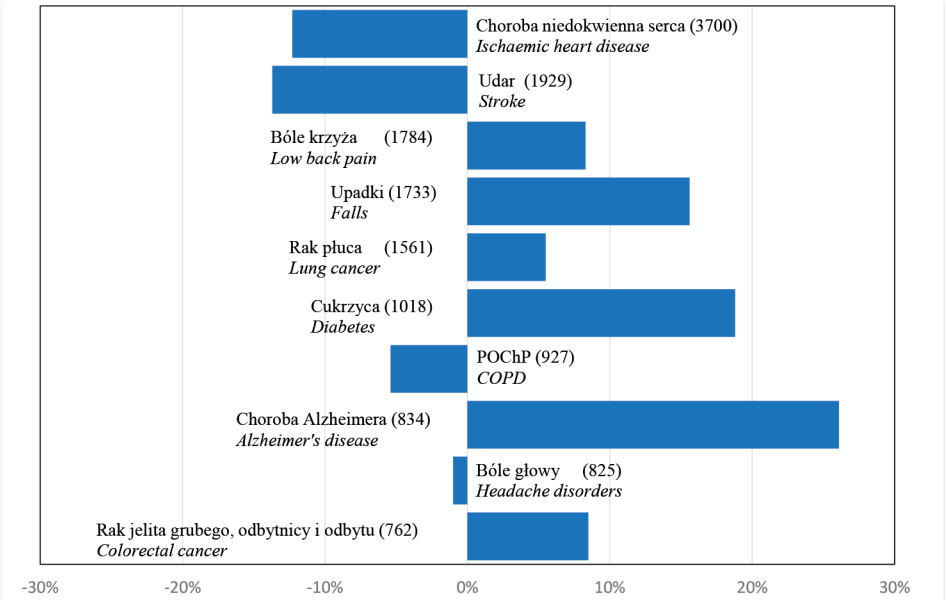


Ryc. 15.2. Problemy zdrowotne, które najbardziej odpowiadały za niesprawność w Polsce w latach 1997 i 2017 – wartości lat życia z niesprawnością na 100 tys. ludności oraz ich zmiana procentowa w okresie 10 lat (dane IHME)

Fig. 15.2. What health problems cause the most disability in Poland, 1997 and 2017 – YLD per 100000 population and % change 1997-2017 (IHME data)

Natomiast jeśli wziąć pod uwagę ogół utraconych lat życia w zdrowie zarówno z powodu niesprawności jak i przedwczesnego zgonu (DALY) to zdecydowanie dominującą przyczyną jest choroba niedokrwienna serca (ChNS), której negatywne skutki zdrowotne zmniejszyły się w ostatnim dziesięcioleciu o ok. 12% (ryc. 15.3). Zmniejszył się również rozmiar skutków udaru o ok. 13%, a ponadto jeszcze POChP o ok. 5% i minimalnie bólów głowy (1%). Natomiast wyraźnie zwiększyła się wielkość DALY związana z chorobą Alzheimera (o 26%), cukrzycą (19%) i upadkami (16%). Trzeba podkreślić, że w porównaniu z przeciętnym poziomem DALY

dla krajów o wysokim poziomie indeksu SDI, do których zalicza się Polska, największa różnica na niekorzyść naszego kraju występuje w przypadku upadków (nadwyżka DALY 137%) oraz choroby niedokrwiennej serca (nadwyżka 92%).



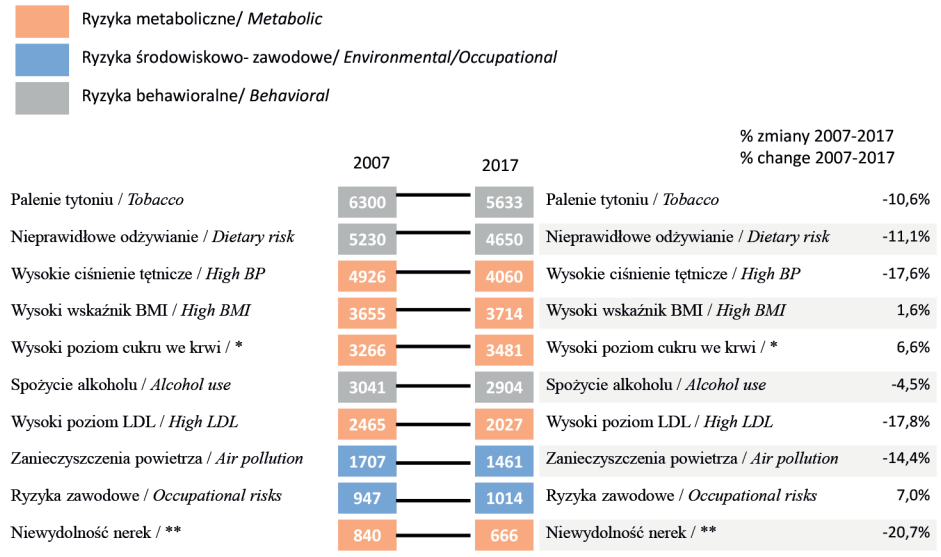
Ryc. 15.3. Problemy zdrowotne, które najbardziej odpowiadały za utracone lata życia w zdrowiu ogółem (DALY) w Polsce w latach 1997 i 2017 – wartości DALY na 100 tys. ludności oraz ich zmiana procentowa w okresie 10 lat (dane IHME)

Fig. 15.3. Main causes of DALY in Poland, 1997 and 2017 – DALY per 100000 population and % change 1997-2017 (IHME data)

Czynnikiem, który pomimo zmniejszającego się znaczenia, od lat najbardziej odpowiada za utracone lata życia w zdrowiu Polaków jest palenie tytoniu, następne w kolejności jest niewłaściwe odżywianie i wysokie ciśnienie tętnicze (ryc. 15.4). Należy zauważyć, że negatywne skutki tych czynników podobnie jak niewydolności nerek, wysokiego poziomu LDL oraz zanieczyszczenia powietrza zmniejszyły się w ciągu ostatnich dziesięciu lat, natomiast zwiększył się rozmiar szkód zdrowotnych wywołany wysokim poziomem cukru we krwi oraz narażeniami zawodowymi.

Istotnym zagadnieniem związanym ze zdrowiem jest dostępność i jakość opieki zdrowotnej. W ramach projektu GBD opracowany został odpowiedni indeks (Healthcare Access and Quality HAQ Index), który jest oparty na standaryzowanych względem ryzyka współczynnikach umieralności, albo na stosunku umieralności do zachorowalności dla tych przyczyn, które w przypadku opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości nie powinny prowadzić do zgonu – są to tak

zwane przyczyny, dla których zgony są możliwe do uniknięcia dzięki istniejącemu skutecznemu leczeniu („amenable deaths", patrz rozdział 2 Raportu).

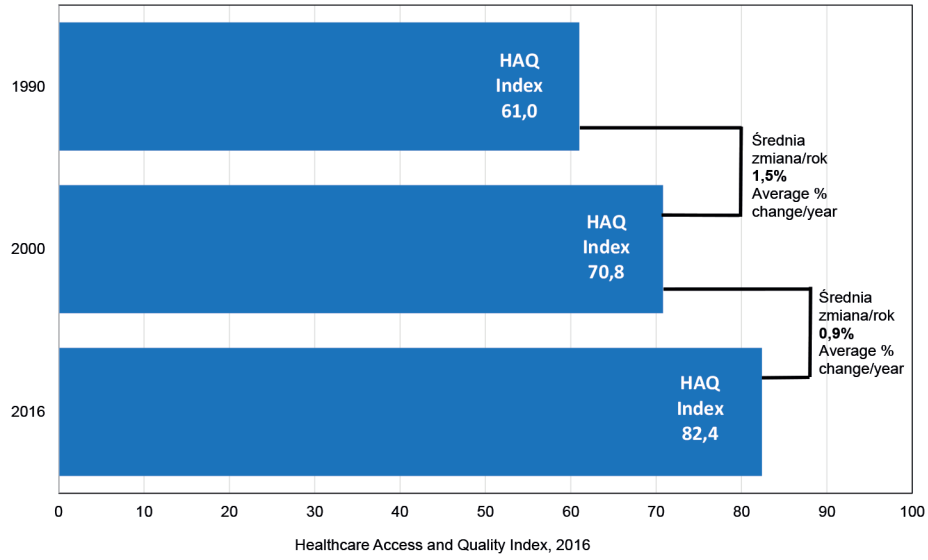


Ryc. 15.4. Czynniki ryzyka przyczyniające się do największej liczby utraconych lat życia w zdrowiu ogółem (DALY) w Polsce w latach 1997 i 2017 – wartości DALY na 100 tys. ludności oraz ich zmiana procentowa w okresie 10 lat (dane IHME)

Fig. 15.4. Main risk factors that drive the most deaths and disability combined (DALY) in Poland, 1997 and 2017 – DALY per 100000 population and % change 1997-2017 (IHME data)

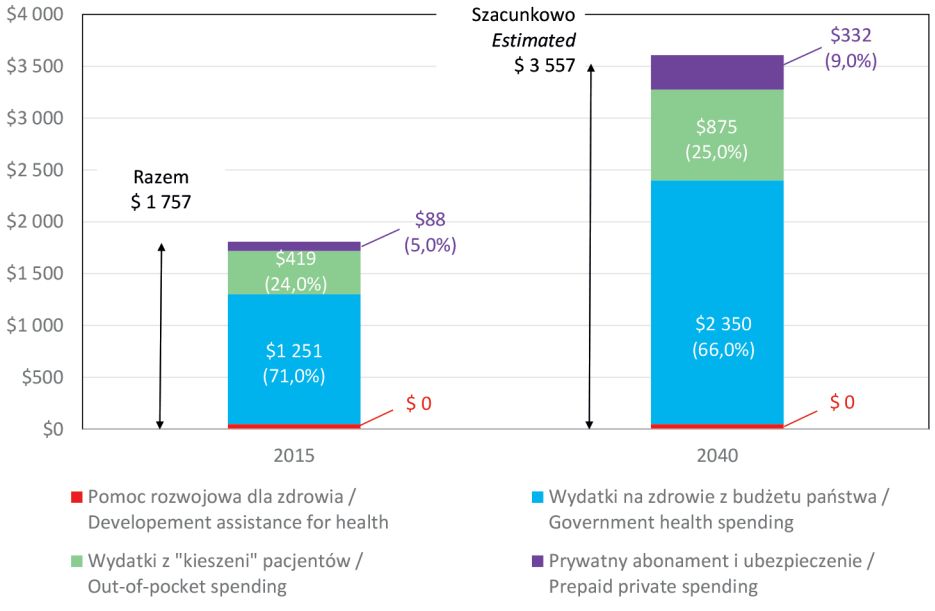
Jak pokazuje rycina 15.5 sytuacja w Polsce nie jest jeszcze optymalna (maksymalna wartość indeksu może wynosić 100) ale ulega systematycznej poprawie. Jednak poprawa ta w latach 2000-2016 była wyraźnie wolniejsza niż w początkowym okresie transformacji, tzn. w latach 1990-2000. Obecna wartość Indeksu HAQ dla Polski jest zbliżona do węgierskiej (82,1), jest trochę niższa niż czeska (89,0) i wyraźnie niższa od irlandzkiej (94,6) czy holenderskiej (96,1). Trzeba jednak pamiętać, że poziom z jakiego startowaliśmy w 1990 r. był znacznie niższy niż w tych krajach (nawet niż na Węgrzech).

Jak szacują eksperci projektu GBD zdecydowana większość obecnych (2015 r.) wydatków na zdrowie w Polsce, bo ok. 71%, pochodzi z budżetu państwa, a wydatki prywatne to w ogromnej większość bezpośrednie wydatki prywatne „z kieszeni" i w znacznie mniejszej części wydatki na abonamenty lub dodatkowe ubezpieczenie (ryc. 15.6).



Ryc. 15.5. Wartości Indeksu Dostępności i Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce w latach 1990, 2000 i 2016 (dane IHME)

Fig. 15.5. Healthcare Access and Quality Index in Poland, 1990, 2000 and 2016 (IHME data)



Ryc. 15.6. Wielkość wydatków na zdrowie w dolarach na osobę w Polsce w roku 2015 oraz oczekiwana w roku 2040 (2017 r. PPP) (dane IHME)

Fig. 15.6. Health expenditures in dollars per person in Poland, 2015 and expected in 2040 (2017 PPP) (IHME data)

Ten obraz jak przewidują na podstawie trajektorii dotychczasowych zmian do roku 2040 ulegnie pewnej modyfikacji aczkolwiek nie radykalnej. Przede wszystkim suma wydatków ulegnie podwojeniu do 3557 dolarów na osobę (2017 r. PPP), o 5 punktów procentowych (pp) zmniejszy się udział wydatków z budżetu państwa, a o 4 pp wzrośnie udział wydatków na abonamenty i dodatkowe ubezpieczenia.

PODSUMOWANIE

1. Oszacowanie obciążenia chorobami wynikające z przedwczesnej umieralności oraz lat życia w chorobie jest najpewniejszym sposobem podsumowania potrzeb zdrowotnych. Poprzez umożliwienie porównania wskaźników z innymi krajami z podobnym oraz wyższym poziomem ekonomicznym taka analiza daje szansę na celowane i oparte na dowodach naukowych interwencję zdrowotne. Planowane pogłębianie analiz uwzgledniających różnice wojewódzkie da szansę na dostosowanie działań w ochronie zdrowia do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym.
2. Wyniki analiz GBD jednoznacznie wskazują na chorobę niedokrwienną serca jako najważniejszą od lat przyczynę utraty zdrowia przez mieszkańców Polski. Zarówno ChNS jak i udary, które są drugą przyczyną zmniejszają swoje znaczenie ale powoli.
3. Czynnikiem, który pomimo zmniejszającego się znaczenia, od lat najbardziej odpowiada za utracone lata życia w zdrowiu Polaków jest palenie tytoniu, następne w kolejności jest niewłaściwe odżywianie i wysokie ciśnienie tętnicze.
4. Opracowany w ramach projektu GBD indeks dostępność i jakość opieki zdrowotnej wskazuje na postępującą poprawę w tym zakresie ale jednocześnie ujawnia dystans jaki dzieli nas od większości innych krajów europejskich.