



SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI I JEJ UWARUNKOWANIA

Pod redakcją
Bogdana Wojtyniaka
i Pawła Goryńskiego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny

Warszawa 2018

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 Tyszkowski

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

Projekt okładki:
Marta Kaczanowska (NIZP-PZH)

ISBN 978-83-65870-14-8

„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.....	59
Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Barbara Rubikowska, Paweł Goryński, Tomasz Zdrojewski	
2.1. Zmiany w czasie i zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców Polski.....	60
2.2. Długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w innych krajach Unii Europejskiej	74
2.3. Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej	81
2.4. Umieralność według płci i wieku	83
2.5. Umieralność według przyczyn.....	87
2.6. Umieralność z powodu chorób układu krążenia	94
2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych.....	111
2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów	128
2.9. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego	136
2.10. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego.....	142
2.11. Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych	146
2.12. Umieralność z powodu przyczyn, którym można zapobiegać oraz tych, które można skutecznie leczyć	148
2.13. Umieralność niemowląt	155
2.14. Umieralność w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w krajach Unii Europejskiej	159
3. Chorobowość hospitalizowana	185
Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Wojciech Seroka, Mirosław Wysocki	
3.1. Hospitalizacja wg przyczyn	186
3.2. Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku w Polsce.....	192

3.3.	Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w czasie.....	194
3.4.	Zmiany hospitalizacji w czasie według wieku leczonych.....	195
3.5.	Porównania międzynarodowe hospitalizacji	196
3.6.	Hospitalizacja według wybranych przyczyn w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej	198
3.7.	Hospitalizacja w Polsce z powodu przyczyn uznanych przez OECD jako wskaźnikowe dla oceny jakości systemu ochrony zdrowia	203
3.8.	Długość hospitalizacji	206
3.9.	Śmiertelność szpitalna	209
3.10.	Hospitalizacja osób starszych w Polsce	212
4.	Wyleczalność chorych na nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźnik 5-letnich przeżyć w latach 2000-2014. Zróżnicowanie między województwami	215
	Katarzyna Kwiatkowska, Anna Zielińska, Aleksandra Gliniewicz, Dorota Dudek-Godeau, Magdalena Bielska-Lasota	
4.1.	Wskaźnik 5-letnich przeżyć w Polsce: jego zróżnicowanie oraz zmiany	216
4.2.	Omówienie zróżnicowania i zmian wskaźnika 5-letnich przeżyć w Polsce	224
5.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	231
	Daria Biechowska, Daniel Rabchenko, Bożena Moskalewicz	
5.1.	Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej.....	233
5.2.	Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej	236
6.	Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze.....	245
	Małgorzata Sadkowska-Todys, Iwona Paradowska-Stankiewicz, Magdalena Rosińska, Mirosław P. Czarkowski	
6.1.	Choroby objęte w Polsce obowiązkowym szczepieniem.....	252
6.2.	Inne choroby zakaźne.....	271
6.2.1.	Zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)	271
6.2.2.	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	275
6.2.3.	Zatrucia i zakażenia pokarmowe.....	279
6.2.4.	Choroby przenoszone drogą płciową.....	284
6.2.5.	Grypa.....	288
6.3.	Problem zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym związane z chorobami zakaźnymi.....	292
6.3.1.	Problem zawlekania do Polski chorób zakaźnych.....	293
6.4.	Niezbędne zmiany w systemie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi w Polsce, i ich perspektywy	296
7.	Choroby alergiczne, astma i inne stany zapalne dróg oddechowych.....	299
	B. Samoliński, J. Kruszewski, R. Gawlik, M. Kupczyk, E. Czarnobilska, Z. Bartuzi	
7.1.	Astma oskrzelowa.....	300

7.2. Alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa.....	303
7.3. Atopowe zapalenie skóry	303
7.4. Alergie pokarmowe.....	304
7.5. Inne choroby alergiczne / inne zagadnienia.....	306
7.6. Czynniki środowiskowe warunkujące rozwój chorób alergicznych.....	307
7.7. Podsumowanie.....	308
7.8. Wnioski	311
8. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia	315
Rafał Halik, Wojciech Seroka	
8.1. Ogólna charakterystyka częstości wypadków wśród mieszkańców Polski	316
8.2. Upadki	320
8.3. Wypadki drogowe	322
8.4. Wypadkowe zatrucia.....	326
8.5. Wypadkowe utonięcia	327
8.6. Działanie dymu, ognia i płomieni.....	329
8.7. Wypadki przy pracy.....	330
9. Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy w latach 2015-2017 w badaniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	333
Ewa Karczewicz	
9.1. Absencja chorobowa – przyczyny i skala zjawiska.....	334
9.2. Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorzędowych wydawanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych	344
9.3. Realizacja programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2015 r.....	354
10. Samoocena stanu zdrowia dorosłych Polaków – wyniki badania terenowego	367
Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Jakub Stokwiszewski, Rafał Halik, Roman Topór-Mądry, Grzegorz Juszczak	
10.1. Ludność Polski ogółem.....	368
10.2. Ludność mieszkająca na wsi i w miastach	372
10.3. Ludność według poziomu wykształcenia	375
10.4. Ludność według sytuacji materialnej	380
11. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia	387
Anna Poznańska, Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak	
11.1. Palenie tytoniu	388
11.2. Spożycie alkoholu	394
11.3. Nadwaga i otyłość.....	398
11.4. Spożycie warzyw i owoców.....	402
11.5. Aktywność fizyczna	408

11.6. Polska na tle krajów Unii Europejskiej.....	410
12. Zagrożenia środowiskowe – skutki zdrowotne krótkookresowego narażenia na pył zawieszony PM_{2,5}.....	415
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.	429
Katarzyna Lewtak, Anna Poznańska, Dorota Cianciara, Larysa Sugay, Ewa Urban, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Anna Rutyna, Magdalena Krysińska	
13.1. Ogólna charakterystyka programów.....	430
13.2. Tematyka programów polityki zdrowotnej	433
13.3. Interwencje w projektach programów polityki zdrowotnej.....	435
13.4. Populacje docelowe programów	437
13.5. Sytuacja społeczna i zdrowotna w powiatach.....	439
13.5.1. Indeks deprywacji (ID)	440
13.5.2. Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR)	442
13.5.3. Indeks powiatowy (DSP)	443
13.6. Podsumowanie	445
13.7. Wnioski i rekomendacje:	445
14. Wydatki na ochronę zdrowia oraz infrastruktura systemu opieki zdrowotnej w Polsce.....	447
Aleksandra Czerw, Olga Partyka, Monika Pajewska, Joanna Bulira-Pawełczyk, Katarzyna Kwiatkowska, Mariusz Tarhoni	
14.1. System finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w innych krajach UE	447
14.2. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i w innych krajach UE.....	454
14.3. Zasoby ochrony zdrowia.....	458
14.3.1. Personel medyczny w systemie ochrony zdrowia	458
14.3.2. Lecznictwo szpitalne	464
14.3.3. Podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna	467
14.3.4. Opieka długoterminowa.....	470
14.4. Mierniki efektywności wydatkowania pieniędzy w sektorze ochrony zdrowia	474
15. Główne problemy dotyczące zdrowia Polaków w świetle najnowszych wyników badania „Global Burden of Disease Study (GBD)” 2017	485
Roman Topór-Mądry, Bogdan Wojtyniak, Grzegorz Juszczak, Daniel Rabcenko, Tomasz Zdrojewski	
15.1. Definicja wskaźników GBD.....	485
15.2. Wykorzystanie danych w Polsce.....	486
15.3. Główne elementy profilu Polski.....	487

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 naukowci 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 samocennie 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.

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 zorganizowanie 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

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 występujące 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 niezadowolającą.
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 mieszkanki 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 deprivacji 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 depryacją.

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 nieznaną (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 zatruc (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 żółtaczki.
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 systemu opieki zdrowotnej ustalone przez OECD kształtują się, za wyjątkiem hospitalizacji cukrzycy, na poziomie wyższym niż w krajach „starej Unii”, ale wykazują tendencję pożądaną zmian, za wyjątkiem POChP.
37. Częstość hospitalizacji 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 skринingu, 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 skринingów 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 ZAKAŻNE 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 gripą, 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 przeznaczone 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 (alergiczných).
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 zmieniają 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/zaostrenie 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 trwałe.

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.

PRZYZYNY CHOROBEWIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W ŚWIELE 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 niepobiegających 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 dotyczył 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. Prawdopodobnie 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. Czynnikiemami 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% niższym 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 więcej 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 częstotliwości 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 PM_{2,5}

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 PM_{2,5} są znacznie niższe niż te obserwowane w wyniku długookresowego narażenia na niższe stężenia.
92. Oszacowana liczba przedwczesnych zgonów wynikających z krótkookresowego narażenia na pył PM_{2,5} we wszystkich 26 analizowanych obszarach miejskich zamieszkiwanych przez ponad 11 mln ludzi wynosi przeciętnie niecałe 4 tysiące w roku.
93. Obserwowane poziomy stężenie pyłu PM_{2,5} powyżej 80 μm^3 (ekwiwalent stężenia dobowego na poziomie 100 μm^3 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 narażenia 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 CHOROBYM 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 depryzacją 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 uszkodzenia.
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 różnic między regionami wprowadzono Mapy Potrzeb Zdrowotnych, jako mechanizm monitorowania oraz prognozowania potrzeb zdrowotnych ludności Polski.

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.

GLÓWNE PROBLEMY DOTYCZĄCE ZDROWIA POLAKÓW W ŚWIEŁLE 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 interwencje 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.

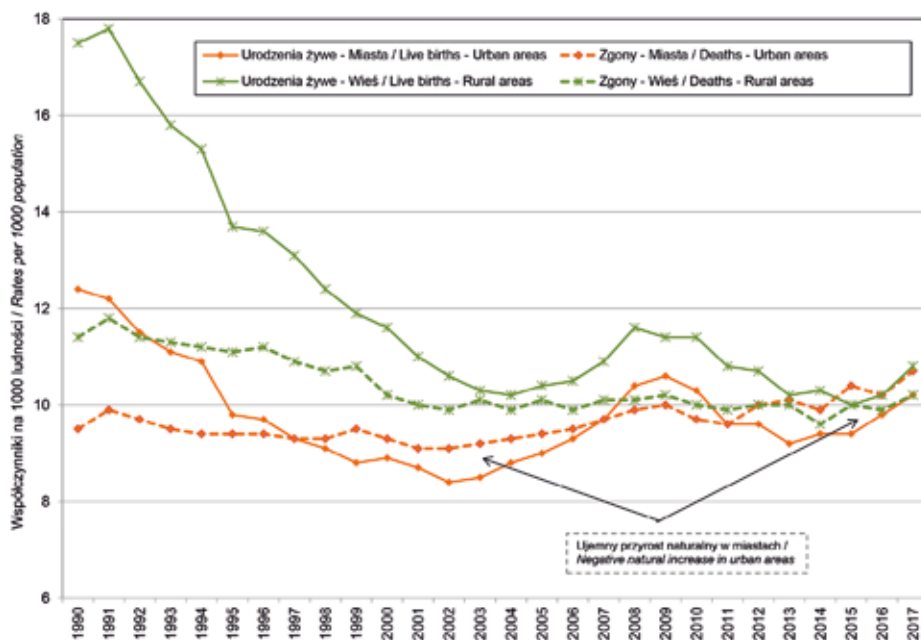
1. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

Bogdan Wojtyniak, Barbara Rubikowska, Jakub Stokwiszewski

Liczba ludności Polski systematycznie zmniejszała się po roku 1996 aż do roku 2007, następnie przez cztery lata powoli wzrastała i po roku 2011 ponownie, systematycznie zmniejszała się do 2016 roku ale w roku 2017 była o ok. 1 tys. większa niż rok wcześniej 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. Również przyrost naturalny (różnica między liczbą urodzeń i liczbą zgonów) od roku 2012 jest ujemny w miastach, a w 2015 r. po raz pierwszy i jedyny po wojnie był ujemny również na wsi ale w następnych dwóch latach przyjął znowu wartości dodatnie (ryc. 1.1) (w skali całego kraju ujemny przyrost naturalny występował w latach 2002-2005 oraz od roku 2013 do 2017 włącznie). 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 (tabela 1.1). 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.

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



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)

Tabela 1.1. Ludność Polski wg płci, charakteru miejsca zamieszkania i wybranych grup wieku w latach 1970-2017 (wg stanu na 31 grudnia)

Table 1.1. Population of Poland by sex, place of residence and selected age groups, 1970-2017 (as of December 31)

Rok/ Year	Ogółem/ Total	Mężczyźni/ Males	Kobiety/ Females	Miasta/ Urban areas	Wieś/ Rural areas	Liczba kobiet na 100	Ludność (%) / Population (percentages)		
	liczby w tysiącach					mężczyzn/ Females per 100 males	poniżej 20 lat / below 20	65 lat i więcej / 65 and more	w miastach/ urban
1970	32658	15862	16796	17088	15570	106	37,2	8,4	52,3
1980	35735	17411	18324	20979	14756	105	32,0	10,0	58,7
1990	38183	18606	19577	23614	14569	105	32,5	10,2	61,8
1995	38609	18786	19823	23877	14733	106	30,9	11,2	61,8
2000	38644	18773	19871	23876	14768	106	27,5	12,3	61,8
2005	38157	18454	19703	23424	14733	107	23,7	13,3	61,4
2010	38530	18653	19877	23429	15101	107	21,5	13,5	60,8
2013	38496	18630	19866	23258	15238	107	20,5	14,7	60,4
2014	38479	18620	19859	23216	15262	107	20,3	15,3	60,3
2015	38437	18598	19839	23166	15271	107	20,1	15,8	60,3
2016	38433	18593	19840	23129	15304	107	20,0	16,4	60,2
2017	38434	18593	19840	23109	15324	107	20,0	17,0	60,1

Źródło: dane GUS / SP data

Udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat powoli ale systematycznie zmniejsza się od drugiej połowy lat 80. i w 2017 r. grupa ta stanowiła 20,0% ogółu ludności, a dzieci w wieku 0-14 lat 15,2%. W tym samym czasie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej i w 2017 r. stanowiły one 17,0% ogółu ludności Polski (tabela 1.1). Udział osób starszych, w wieku 65 lat i więcej, jest już 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.

Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż większości krajów Unii Europejskiej (UE28). Według danych urzędu statystycznego Unii Europejskiej 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 1.2). 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 potencjalnego wsparcia pokazujący ile osób w wieku aktywnym przypada na osobę w wieku starszym. Jak pokazuje rycina 1.2 w kolejnych dekadach będziemy obserwować dramatyczne zmniejszanie się wielkości tego wskaźnika zarówno w Polsce jak i w całej Europie, ale w Polsce ta zmiana będzie większa i zapewne bardziej odczuwalna. 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).

Najwyższym odsetkiem osób w wieku 65 lat i więcej od szeregu lat charakteryzuje się woj. łódzkie i świętokrzyskie natomiast najniższym woj. warmińsko-mazurskie ale sytuacja ta nie dotyczy mieszkańców wsi, w przypadku których stosunkowo najwięcej osób w starszym wieku mieszka w woj. podlaskim (18,0%) a najmniej w woj. pomorskim (11,3%) (ryc. 1.4). Zróżnicowanie międzywojewódzkie udziału osób starszych w przypadku mieszkańców wsi jest znacznie większe

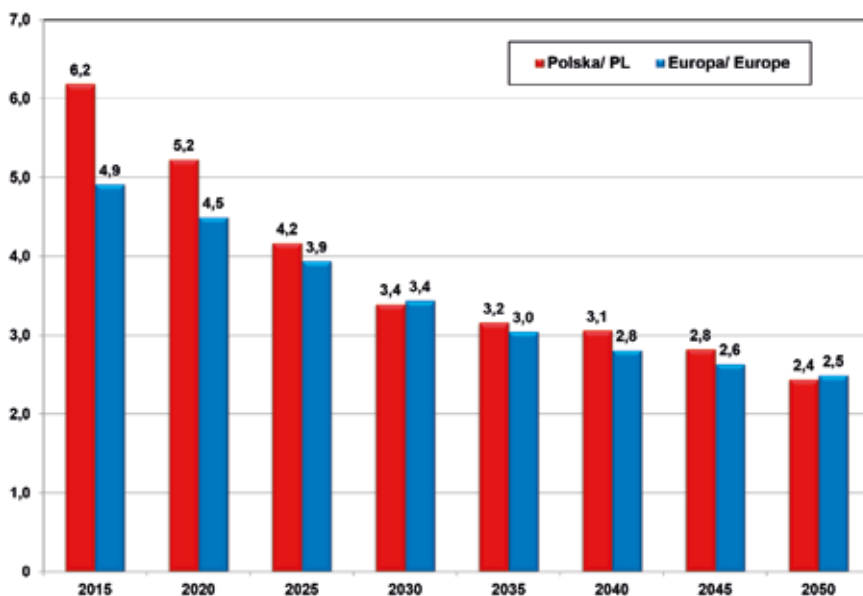
niż w przypadku mieszkańców miast. Według prognozy GUS, przewiduje się, że woj. świętokrzyskim, opolskim i łódzkim w 2030 r. już jedna czwarta ludności będzie w wieku 65 lat i starszym, natomiast największy wzrost udziału osób starszych w stosunku do roku 2017, o 7,7 punktu procentowego, ma nastąpić w woj. opolskim i warmińsko-mazurskim².

Tabela 1.2. 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 1.2. 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)

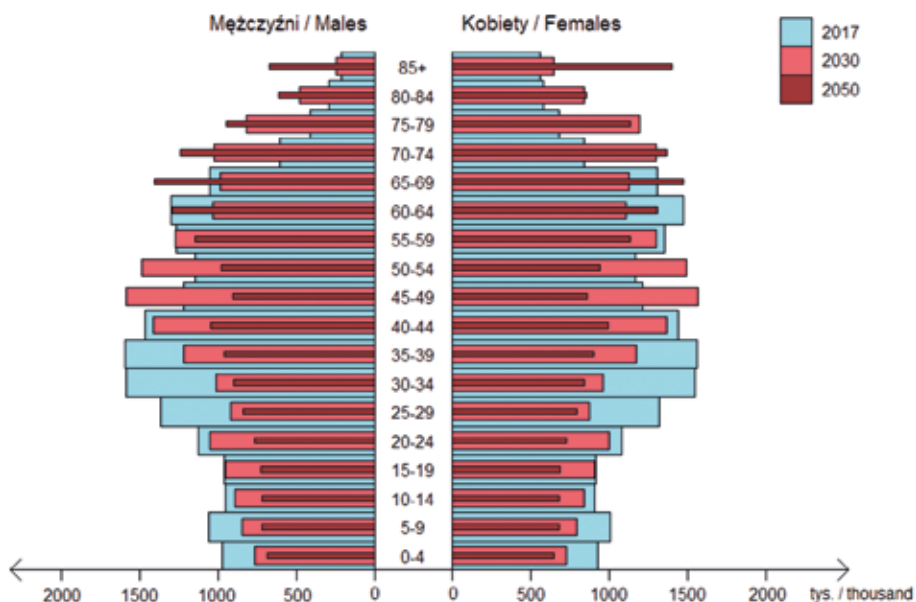
Kraj/ Country	2015	2020	2030	2040	2050
Mediana wieku ludności/ Median age					
UE28/ EU28	42,4	43,5	45,4	46,6	46,7
Austria/ AT	43,0	43,2	44,1	46,1	47,5
Czechy/ CZ	41,1	43,1	46,1	48,0	46,7
Irlandia/ IE	36,4	38,2	41,3	41,8	41,7
Niemcy/ DE	45,9	46,0	46,6	48,4	49,3
Polska/ PL	39,6	41,4	45,7	49,4	50,7
Węgry/ 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

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



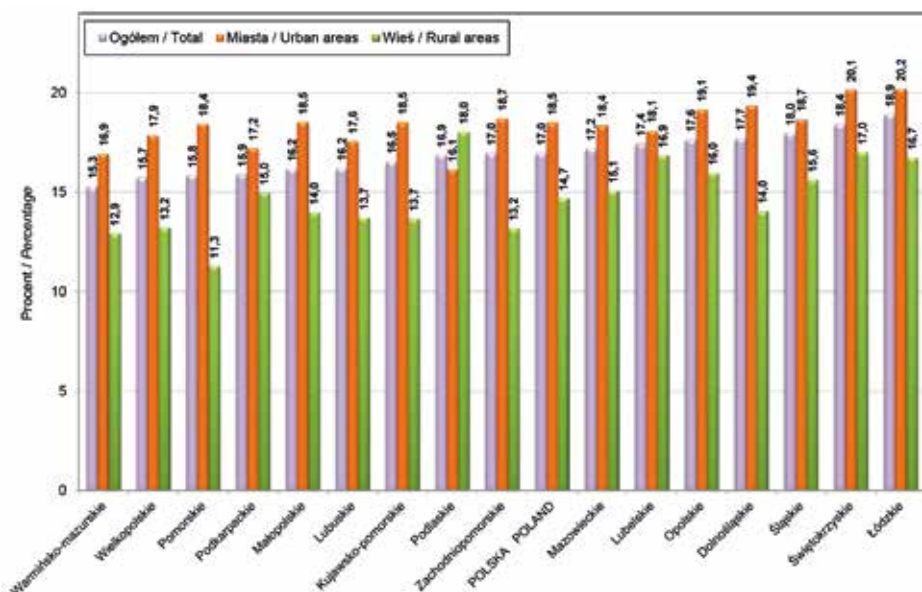
Ryc. 1.2. Wskaźnik potencjalnego wsparcia (liczba osób w wieku 25-69 lat / liczba osób w wieku 70 lat i więcej) w Polsce i przeciętny w Europie w roku 2015 oraz prognozowany na lata 2020-2050 (UN, World Population Prospects: The 2017 Revision)

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)



Ryc. 1.4. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w miastach i na wsi województw w 2017 r. (dane GUS)

Fig. 1.4. Percentage of population aged 65 years and more in urban and rural areas in Poland by voivodship, 2017 (SP data)

Odsetek osób mieszkających w miastach ma po roku 2000 tendencję spadkową i w 2017 r. wynosił 60,1%. Według prognozy GUS odsetek ten będzie powoli ale systematycznie zmniejszał się. Najbardziej zurbanizowanym województwem jest woj. śląskie gdzie w 2017 r. 76,9% ludności mieszkało w miastach, natomiast prawie o połowę mniejszy odsetek ludności miejskiej był w woj. podkarpackim – 41,2%.

Liczba urodzeń żywych w latach 2016 i 2017 wzrastała zarówno w wartościach bezwzględnych jak i w odniesieniu do liczby ludności (tabela 1.3). Wzrost ten miał miejsce zarówno w miastach jak i na wsi. Wszystkie dane zawarte w tabeli 1.3 są oparte na obowiązujących w Polsce od 1 lipca 1994 r. definicjach żywego urodzenia oraz zgonu płodu, które są zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Według tych definicji tzw. urodzenia noworodków niezdolnych do życia z oznakami życia powinny być klasyfikowane jako urodzenia żywe, zaś tzw. urodzenia noworodków niezdolnych do życia bez oznak życia jako zgony płodu tzn. urodzenia martwe.

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 1.3). 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. 1.5a). Trzeba zauważyć duży wzrost tych urodzeń w ostatnich dziesięciu latach w woj. łódzkim, wielkopolskim i świętokrzyskim. Jak zwracaliśmy już uwagę w poprzednim Raporcie odsetek urodzeń pozamałżeńskich jest wyższy w miastach niż na wsi i tylko w województwach zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim, sytuacja jest odwrotna.

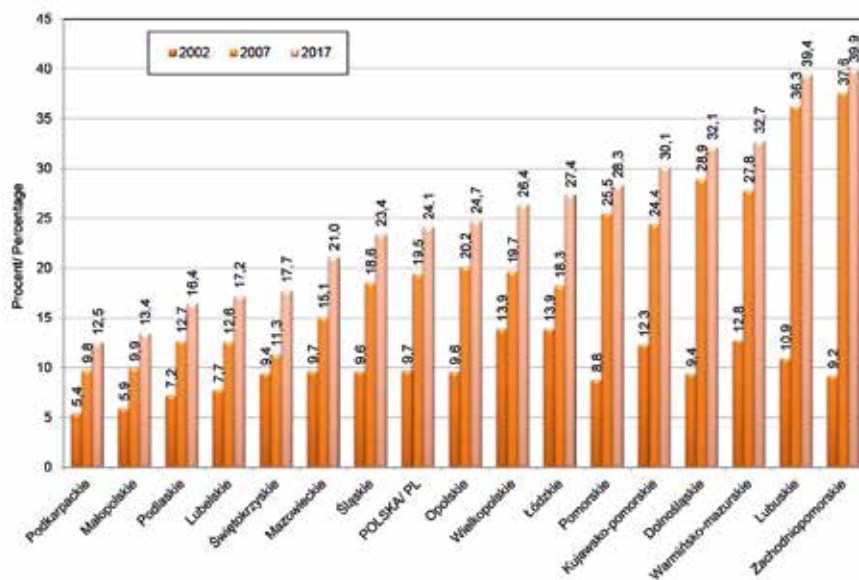
Tabela 1.3. Urodzenia w Polsce w wybranych latach 1975-2017

Table. 1.3. 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

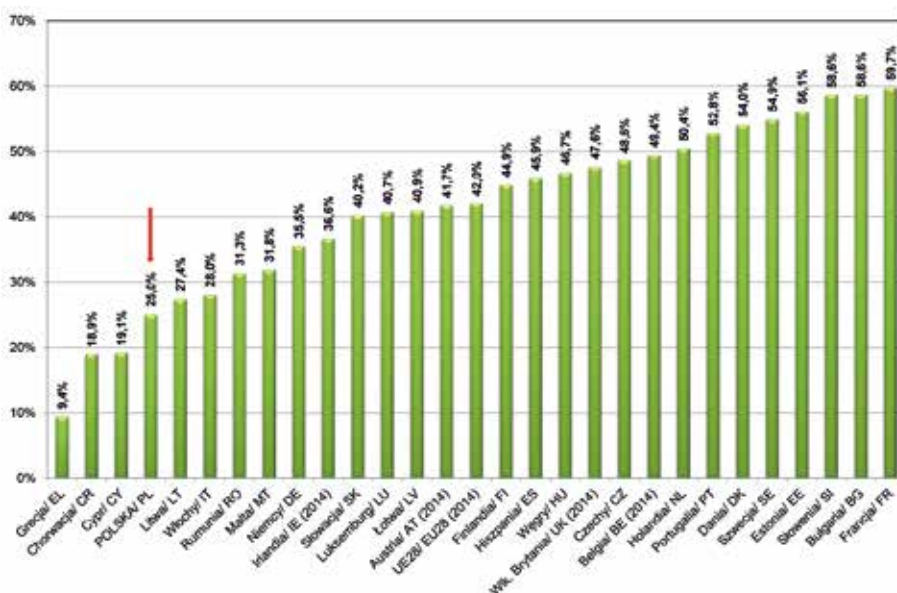
Źródło: dane GUS/ SP data

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 (ryc. 1.5b). W ośmiu krajach urodzenia pozamałżeńskie stanowią ponad połowę wszystkich urodzeń, a w całej UE stanowią one 42%.



Ryc. 1.5a. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wśród urodzeń żywych wg województw w latach 2002, 2007 i 2017 (dane GUS)

Fig. 1.5a. Illegitimate births as a percentage of total live births by voivodship, 2002, 2007 and 2017 (SP data)



Ryc. 1.5b. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wśród urodzeń żywych w krajach Unii Europejskiej w 2016 r. (dane Eurostat)

Fig. 1.5b. Illegitimate births as a percentage of total live births in EU countries, 2016 (Eurostat database)

Ocena aktualnej sytuacji w odniesieniu do problemu rodzeń martwych jest niestety niemożliwa gdyż jak informuje GUS na stronie bazy danych „Dostępne od 2015 roku dane dotyczą wyłącznie urodzeń żywych. Brak opracowanych danych o urodzeniach martwych wynika z wprowadzenia nowego dokumentu „karta martwego urodzenia” (rozporządzenie Ministra Zdrowia – DZ. U. 2015, poz. 171, z dn. 12 stycznia 2015 r.) niezawierającego podstawowych danych medycznych.”³

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 1.4). 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). Natomiast oceniając sytuację w latach wcześniejszych trzeba pamiętać o przesunięciu w 1994 r. o 1 g w dół wartości granicznej pomiędzy normalną i niską wagą urodzeniową oraz zmianie definicji urodzenia żywego.

Tabela 1.4. Urodzenia żywe według wagi noworodka przy urodzeniu w wybranych latach 1975-2017 (dane GUS)

Table 1.4. 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

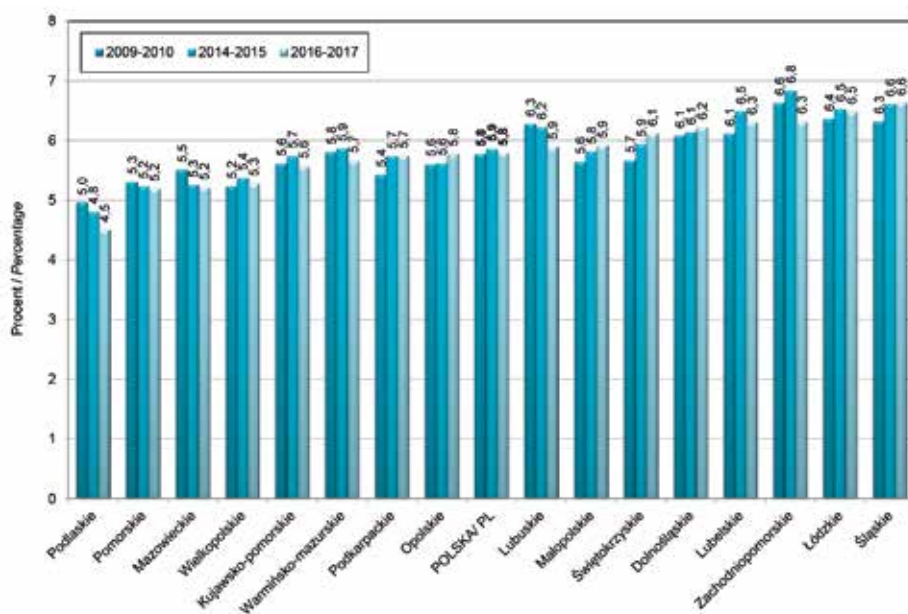
2 – 2501 g i więcej do 1993 r./ 2501g and more till 1993

3 – Uwzględniono tylko urodzenia żywe o ustalonej wadze noworodka przy urodzeniu / only infants with known birth weight are included in calculation

Źródło: dane GUS/ SP data

³ <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>

Zróznicowanie 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. 1.6). Systematycznie obniża się również odsetek urodzeń o niskiej masie w woj. mazowieckim i lubuskim, natomiast w woj. małopolskim i świętokrzyskim odsetek tych urodzeń pomалу ale systematycznie zwiększa się.

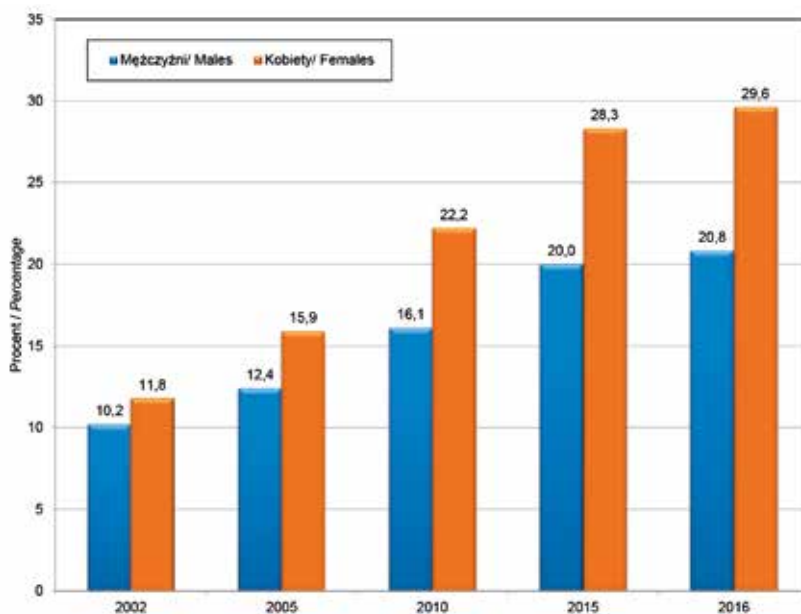


Ryc. 1.6. Odsetek żywo urodzonych noworodków o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2500g) wg województw, 2009-2010 i 2014-2015 (dane GUS)

Fig. 1.6. Percentage of low birth-weight (below 2500 g) live births by voivodship, 2009-2010 and 2014-2015 (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 na śledzenie których pozwalają szacunki GUS metodą bilansową, które pokazują strukturę wykształcenia osób w wieku 13 lat i więcej. Na ryc. 1.7 przedstawiono zmieniający

się udział osób z wykształceniem wyższym w populacji Polski w ostatnich 14 latach. Kobiety mają częściej wyższe wykształcenie niż mężczyźni i różnica ta powiększa się. Niestety szacunki nie uwzględniają podziału ludności na mieszkańców miast i wsi.

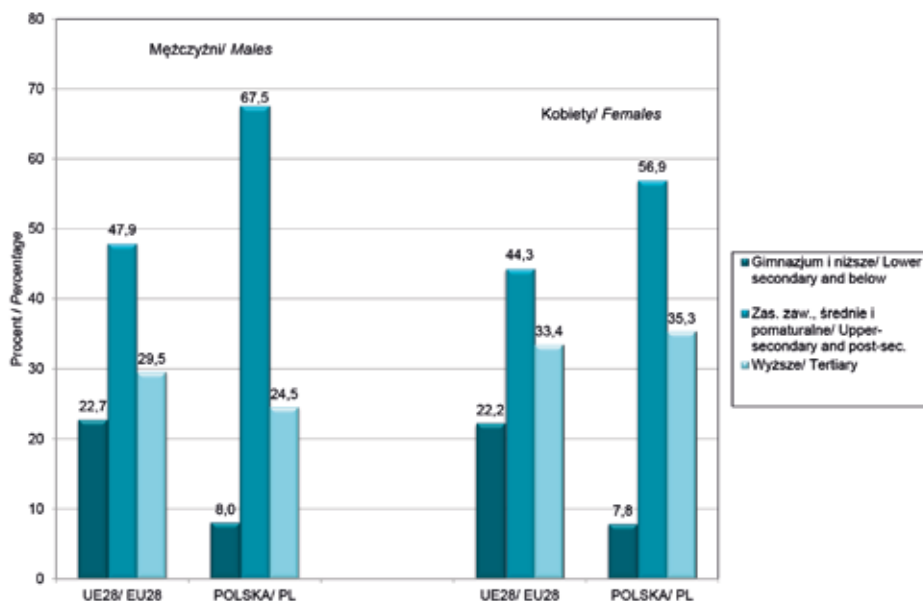


Ryc. 1.7. Ludność w wieku 13 lat i więcej z wykształceniem wyższym wg płci w wybranych latach 2002-2016 (dane GUS, Rocznik Demograficzny 2017 – szacunki metodą bilansową)

Fig. 1.7. Population aged 13 years and more with higher (tertiary) education by sex in Poland, selected years 2002-2016 (estimations of CSO by balance method, Demographic Yearbook 2017)

Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym bardzo wzrósł w Polsce w ostatnich latach to jednak dla mężczyzn jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE natomiast dla kobiet jest wyższy od przeciętnego dla UE28 (ryc. 1.8) 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%⁴.

⁴ http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=edat_lfse_15&lang=en



Ryc. 1.8. 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. 1.8. Males and females of age 25-64 years (%) by educational attainment level in EU countries, 2017 (Eurostat database, EU-LFS)

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 UE28⁵. Gorsza sytuacja jest w Bułgarii, Grecji, Chorwacji, Rumunii, na Łotwie i na Węgrzech.

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 Eurostatu⁶). Podobne zmiany zróżnicowania dochodów ludności Polski w porównaniu z innymi krajami UE

⁵ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tec00114&plugin=1>.

⁶ http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di11&lang=en

pokazuje również wskaźnik Giniego. W 2017 r. wyniósł on dla Polski 29,9 (średni dla krajów Unii 30,3) a w 2015 r. wynosił 30,6 podczas gdy średni dla UE28 była 31,0⁷. Kwestia wielkości zróżnicowania dochodów jest ważna gdyż może ono negatywnie wpływać na stan zdrowia społeczeństwa, zwłaszcza mniej zamożnego⁸.

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 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. 1.9a) 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 w przypadku osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej, ale również w tej grupie odsetek osób zagrożonych jest poniżej przeciętnego dla krajów UE.

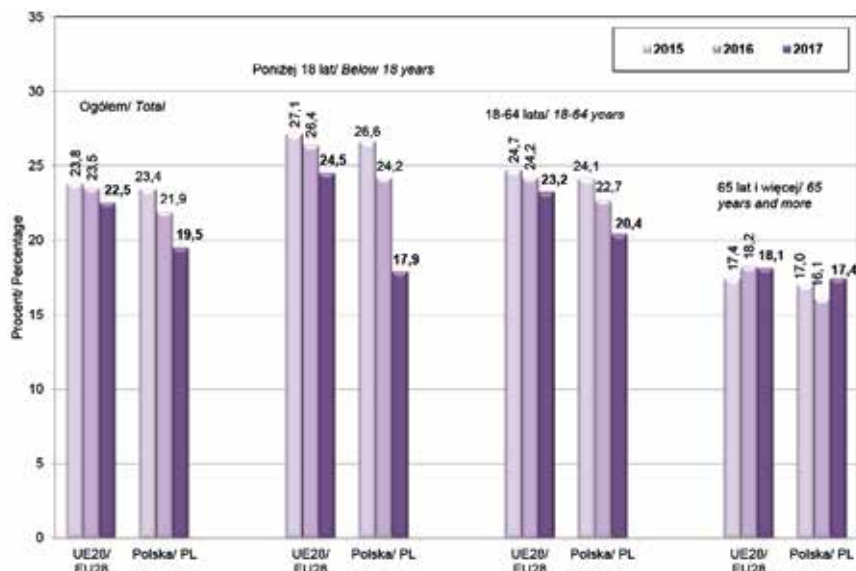
Zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym dzieci jest bardzo silnie związane z poziomem wykształcenia rodziców zarówno w Polsce jak i Unii Europejskiej ogółem. Rok 2017 przyniósł w Polsce dużą poprawę pod tym względem ale zróżnicowanie jest wciąż bardzo duże (ryc. 1.9b). Warto jednak zwrócić uwagę, 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.

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. Rycina 1.10 przedstawia trzy wskaźniki zagrożenia ubóstwem w województwach w 2017 r. oszacowane przez GUS na podstawie wyników badania budżetów gospodarstw domowych⁹.

⁷ http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di12&lang=en

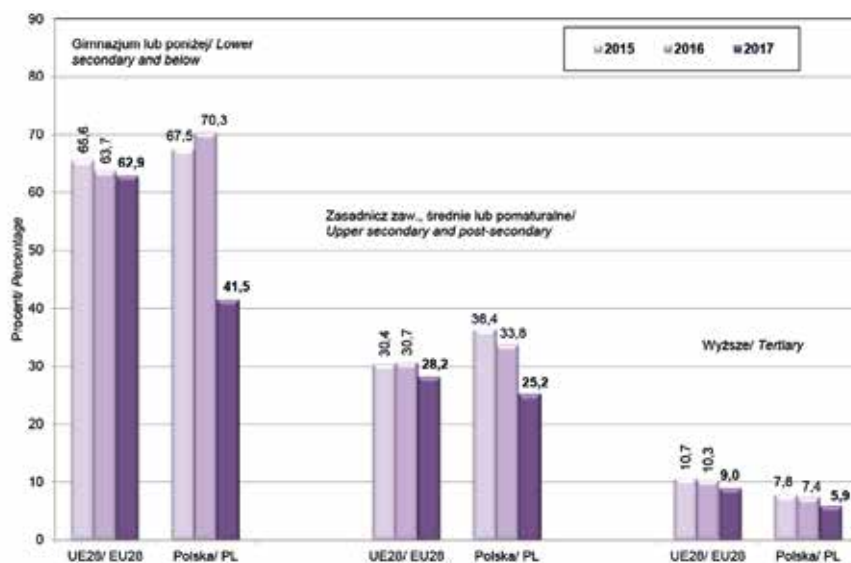
⁸ Wilkinson R. and Pickett K. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 2006; 62:1768-84. Babones SJ. Income inequality and population health: Correlation and causality. *Social Science & Medicine* 66 (2008) 1614-1626

⁹ Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, Studia i analizy statystyczne, GUS, Warszawa 2015



Ryc. 1.9a. 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)

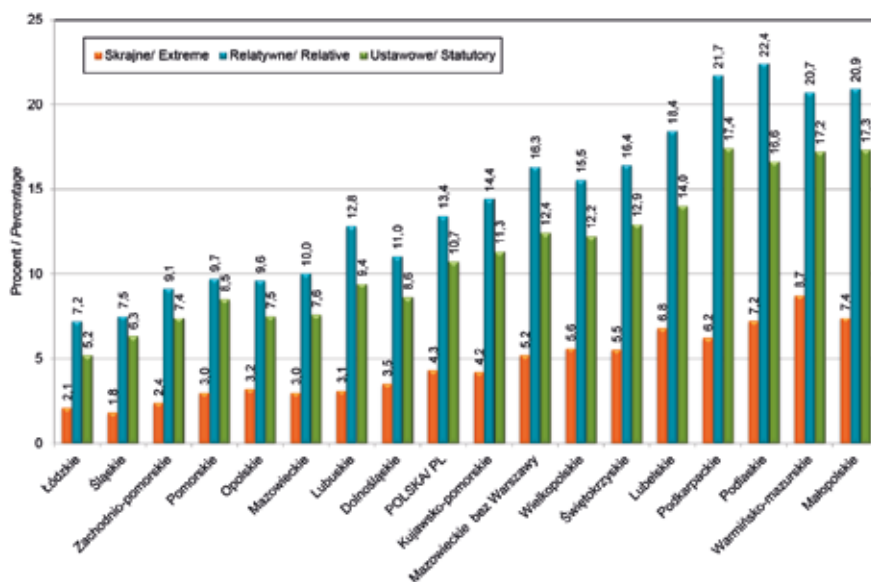
Fig. 1.9a. Population at-risk-of-poverty or social exclusion total and by age groups in Poland and average for EU28 countries, 2015-2017 (cut-off point: 60% of median equivalised income after social transfers) (Eurostat database, EU-SILC instrument)



Ryc. 1.9b. 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. 1.9b. 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)

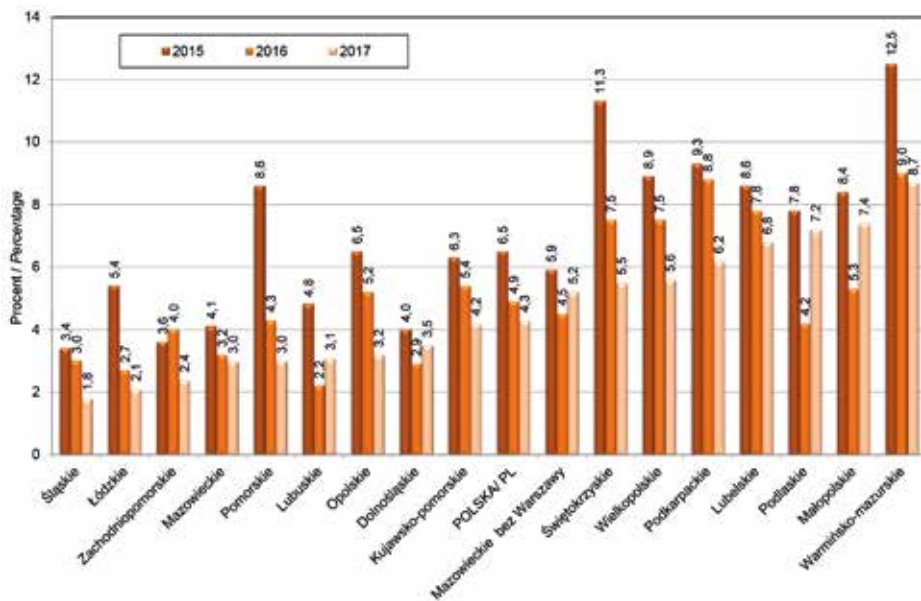
Wskaźniki te oparte są o różne granice ubóstwa. Przy obliczaniu zasięgu ubóstwa obiektywnego GUS uwzględnia następujące granice ubóstwa: (a) jako relatywną granicę ubóstwa – 50% średnich wydatków ogółu gospodarstw domowych, (b) jako tzw. ustawową granicę ubóstwa – kwotę, która zgodnie z obowiązującą ustawą o pomocy społecznej uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z systemu pomocy społecznej, (c) jako granicę ubóstwa skrajnego – poziom minimum egzystencji obliczany przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS). Minimum egzystencji uwzględnia jedynie te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a konsumpcja niższa od tego poziomu prowadzi do biologicznego wyniszczenia. Za punkt wyjścia do ustalania granic ubóstwa skrajnego bierze się poziom minimum obliczony dla 1-osobowego gospodarstwa pracowniczego, a następnie mnoży się tę wartość przez liczbę „osób ekwiwalentnych”. Na rycinie województwa zostały uszeregowane według średniej rangi z trzech wskaźników. W związku ze zmianą klasyfikacji NUTS, dane za 2017 r. obejmują region mazowiecki regionalny (tj. woj. mazowieckie bez regionu stołecznego). Można uznać, że z punktu widzenia zagrożenia ubóstwem materialnym najbardziej korzystna sytuacja jest w woj. łódzkim, śląskim i zachodniopomorskim a najmniej korzystna w woj. podkarpackim, małopolskim i warmińsko-mazurskim. Warto zauważyć, że po wyłączeniu regionu stołecznego zagrożenie ubóstwem w woj. mazowieckim jest większe od przeciętnego dla całego kraju.



Ryc. 1.10. Odsetek osób w gospodarstwach domowych dla trzech granic ubóstwa wg województw, 2017 r. (szacunki GUS na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych)

Fig. 1.10. At-risk-of-poverty according to three rates by voivodship, Poland, 2017 (SP estimates based on households budgets survey, voivodship order as per mean rank)

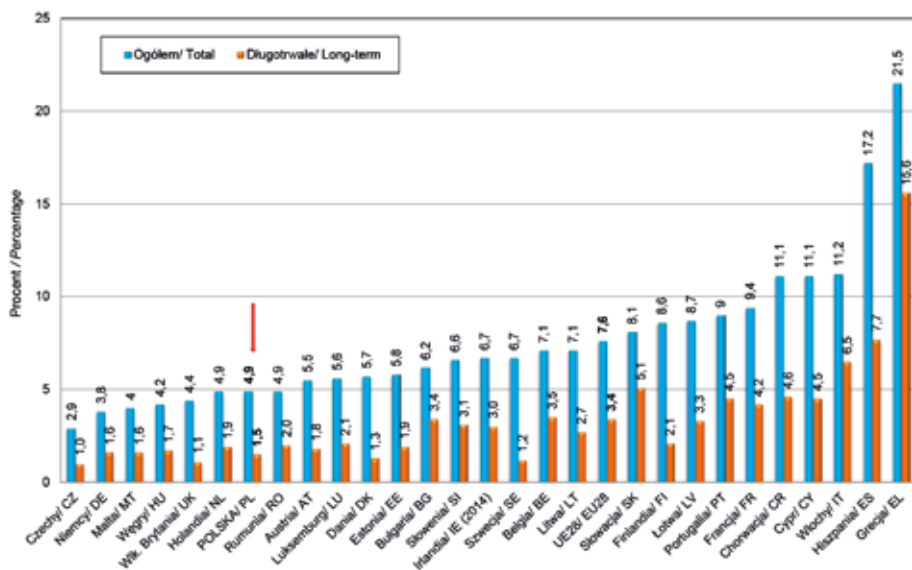
W latach 2015-2017 nastąpił znaczny spadek zasięgu ubóstwa w Polsce ogółem i w większości województw. Na [ryc. 1.11](#) przedstawiono zmiany zasięgu ubóstwa skrajnego w poszczególnych województwach w tym okresie. Największa poprawa wystąpiła w woj. świętokrzyskim i pomorskim, przy czym w tym drugim zasięg ubóstwa w 2017 r. był już poniżej poziomu ogólnopolskiego. Największe zagrożenie skrajnym ubóstwem występuje od szeregu lat w woj. warmińsko-mazurskim.



Ryc. 1.11. Odsetek osób w gospodarstwach domowych zagrożonych ubóstwem skrajnym wg województw w latach 2015-2017 r. (szacunki GUS na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych)

Fig. 1.11. At-risk-of-extreme poverty by voivodeship, Poland, 2015-2017 (SP estimates based on households budgets survey)

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% ([ryc. 1.12](#)). 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. 1.12. Stopa bezrobocia ogółem oraz bezrobocia długotrwałego wśród osób w wieku 15-74 lata w krajach UE w 2017 r. (dane Eurostat, badanie BAEL)

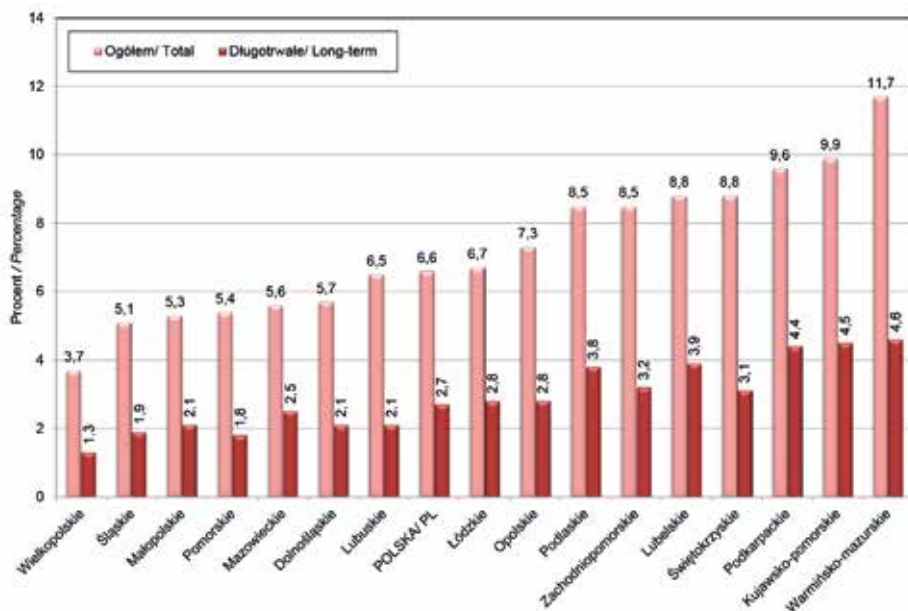
Fig. 1.12. Unemployment rate and long-term unemployment (percentage of active population) among persons 15-74 years old in EU countries, 2017 (Eurostat database, Labour Force Survey)

Zagrożenie bezrobociem ogółem oraz bezrobociem długotrwałym znacznie różni się w poszczególnych województwach. Ze względu na małą wiarygodność oszacowań poziomu bezrobocia długotrwałego w województwach na podstawie badania BAEL porównanie przeprowadzono z wykorzystaniem wskaźnika bezrobocia rejestrowanego. W 2017 r. najlepsza sytuacja pod względem poziomu bezrobocia ogółem oraz długotrwałego była w woj. wielkopolskim, natomiast najwyższym wskaźnikiem zagrożenia bezrobociem ogółem wyróżniało się woj. warmińsko-mazurskim a bezrobociem długotrwałym również woj. kujawsko-pomorskie oraz podkarpackie (ryc. 1.13). Także wyniki badania BAEL pokazują najniższy poziom bezrobocia ogółem w woj. wielkopolskim ale najwyższy w woj. podkarpackim¹⁰.

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

¹⁰ http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfst_r_lfu3rt&lang=en

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%¹¹. Sytuacją tą należy uznać za niekorzystną, zwłaszcza jeśli przyjąć, że nie wynika ona z dobrowolnych wyborów.



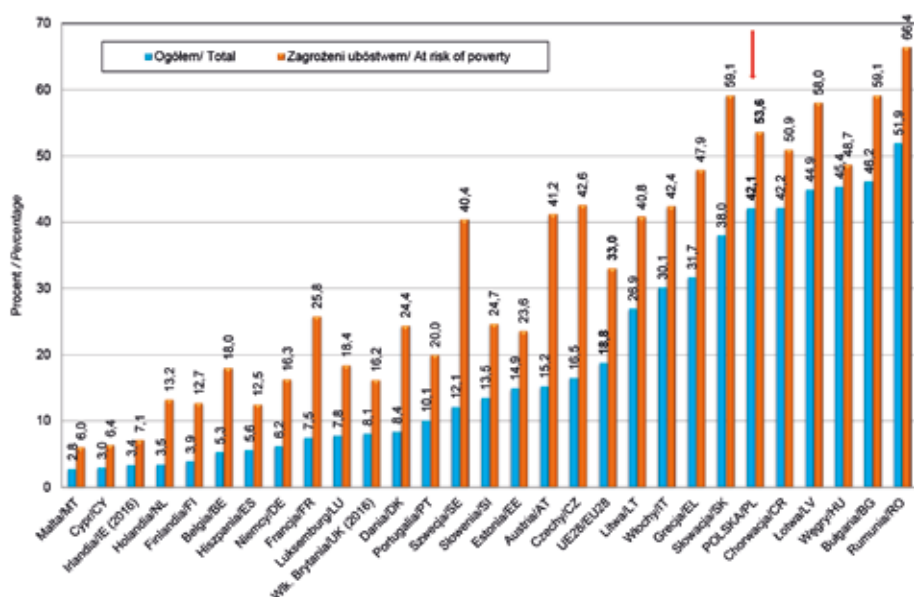
Ryc. 1.13. Stopa bezrobocia rejestrowanego ogółem oraz długotrwalego wg województw w 2017 r. (dane GUS)

Fig. 1.13. Registered unemployment rate total and long-term in Poland by voivodship, 2017 (SP data)

Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach Unii. Szczególnie wyraźnie występuje to w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań. Zgodnie z definicją Eurostatu przyjmuje się, że osoba mieszka w mieszkaniu o zwiększonym zagęszczeniu (overcrowded) jeżeli mieszkanie nie spełnia któregoś z następujących warunków: (a) ma co najmniej jeden pokój, (b) każde małżeństwo ma co najmniej jeden pokój, (c) każda pojedyncza osoba w wieku 18 lat i starszym ma co najmniej jeden pokój, (d) dwoje dzieci w wieku 12-17 lat o tej samej płci mają co najmniej jeden pokój, (e) każde z dzieci w wieku 12-17 lat, które nie

¹¹ https://read.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-labour-force-statistics-2018_oecd_ifs-2018-en#page123

należy do poprzednich kategorii ma co najmniej jeden pokój, (f) każda para dzieci poniżej 12 lat ma swój pokój. Jak widać na [ryc. 1.14](#) przy takiej definicji 42% ludności Polski mieszka w zagęszczonych mieszkaniach podczas gdy w całej UE przeciętnie około 19%. Tylko w pięciu krajach sytuacja jest obecnie gorsza ale w 2015 r. gorsza była tylko w dwóch – na Węgrzech i w Rumunii. Dane nie obejmują gospodarstw jednoosobowych. Zagęszczenie mieszkania bardzo zależy od dochodów tak w Polsce jak i w innych krajach UE i osoby zagrożone ubóstwem, tzn. żyjące w gospodarstwach domowych, których dochód do dyspozycji jest niższy od 60% mediany dochodu w danym kraju z uwzględnieniem skali porównywalności, znacznie częściej niż ogół mieszkają w zagęszczonych mieszkaniach. Należy zauważyć, że ta niekorzystna różnica jest w Polsce mniejsza od przeciętnej dla krajów UE ([ryc. 1.14](#)).

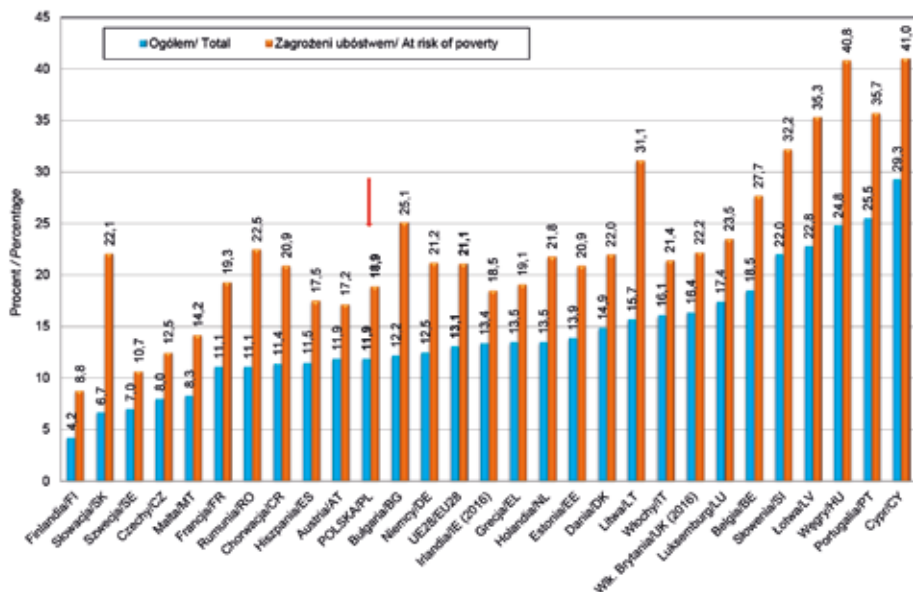


Ryc. 1.14. Odsetek ludności mieszkającej w mieszkaniach o zwiększonym zagęszczeniu wśród ogółu ludności oraz ludności zagrożonej ubóstwem w krajach UE28, 2017 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.14. Overcrowding rate in total population and in population at risk of poverty in EU28 countries, 2017 (Eurostat database, EU-SILC instrument)

Natomiast jeżeli wziąć pod uwagę ocenę warunków mieszkaniowych ze względu na jakość mieszkania i występowanie którejs 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

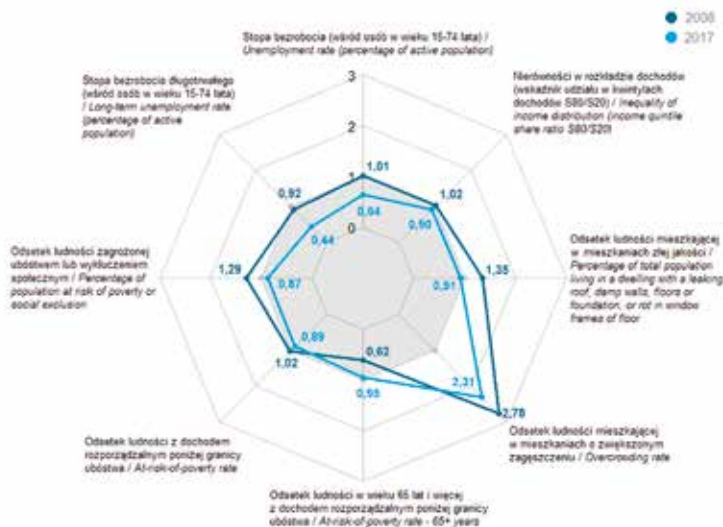
dla krajów UE28 (ryc. 1.15). Osoby zagrożone ubóstwem częściej mieszkają w złych warunkach niż ogół społeczeństwa ale również w tej grupie sytuacja w Polsce jest obecnie lepsza niż przeciętna w UE28 a ponadto ta niekorzystna dla osób zagrożonych ubóstwem różnica jest w Polsce mniejsza od przeciętnej dla krajów UE.



Ryc. 1.15. Odsetek ludności ogółem oraz ludności zagrożonej ubóstwem mieszkających w mieszkaniach złej jakości w krajach UE28 w 2017 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Fig. 1.15. 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. 1.16. 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. 1.16. 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. 1.16. 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. Jest on miarą opartą na średniej wskaźników obejmujących trzy podstawowe sfery życia. Jest to sfera zdrowia (oceniana poprzez wskaźnik przeciętnej długości życia), edukacji (wskaźniki przeciętnej liczby lat nauki dla osób w wieku 25 lat i starszym i oczekiwanej liczby lat nauki dla dzieci rozpoczynających naukę szkolną) oraz zamożności tzn. dochodu (a konkretnie jego logarytmu) przypadającego na głowę mieszkańca z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej (PPP) (Dochód Krajowy Brutto *Gross National Income*). Konstrukcja wskaźnika określa skrajne, docelowe wartości w każdej z wymienionych sfer. Według ostatnich danych ONZ dla roku 2018¹² 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).

Przedstawiona powyżej charakterystyka sytuacji społeczno-ekonomicznej społeczeństwa naszego kraju pozwala na stwierdzenie, że działania zmierzające do jej poprawy i zmniejszenia dystansu jaki w niektórych obszarach dzieli

¹² <http://hdr.undp.org/en/2018-update>

społeczeństwo polskie od społeczeństw bardziej rozwiniętych krajów UE powinny również przyczyniać się do korzystnych zmian stanu zdrowia ludności Polski, co jest zgodne z koncepcją nowego zdrowia publicznego.

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 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 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.

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 Eurostatu¹, 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 deprivacji na poziomie powiatów. Wielowymiarowy syntetyczny wskaźnik deprivacji dla wszystkich powiatów został opracowany i opublikowany² przez zespół pracowników naukowych Centrum Europejskich Studiów Regionalnych i Lokalnych EUROREG Uniwersytetu Warszawskiego w ramach grantu norweskiego, którego głównym wykonawcą był NIZP-PZH³. Obszary uwzględnione w konstrukcji Powiatowego Indeksu Deprivacji 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 deprivacją: 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.

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 (spline) stopnia 4 za pomocą funkcji `smooth.spline` z programu R⁴.

Do standaryzacji współczynników zgonów względem wieku stosowano metodę bezpośrednią. Jako standardową strukturę wieku przyjmowano zazwyczaj tak zwaną strukturę europejską⁵, jednakową dla mężczyzn i kobiet, stosowaną między innymi przez Europejskie Biuro Regionalne WHO, którą stosowaliśmy również we wcześniejszych raportach. W kilku wyjątkowych przypadkach przyjęto nową strukturę europejską stosowaną przez Eurostat⁶ a także 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 Chianga⁷ a dekompozycję długości życia wg przyczyn zgonów oraz wieku przeprowadzano wg metody Ariagi⁸. 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 roku 2017 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

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.

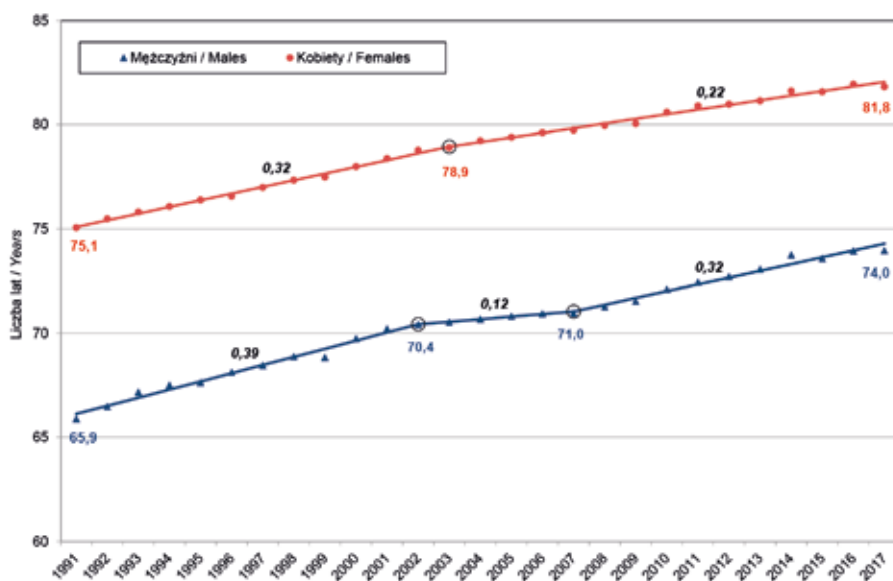
⁶ Eurostat. *Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat’s task force*. 2013 11/07/2013. Report No.: 1977-0375. European Union 2013

⁷ Chiang C. L. “The Life Table and its Applications”, Robert E. Krieger Publishing Company, Inc., Malabar, Florida, 1984

⁸ Arriaga E. E. “Measuring and Explaining the Change in Life Expectancies”, *Demography*, Vol. 21, No. 1 (Feb., 1984), pp. 83-96

a więc jest tylko nieznacznie wolniejszy niż w latach 1991-2002 (0,39 roku/rok kalendarzowy). W przypadku kobiet spowolnienie rocznego tempa 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 jednak 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)

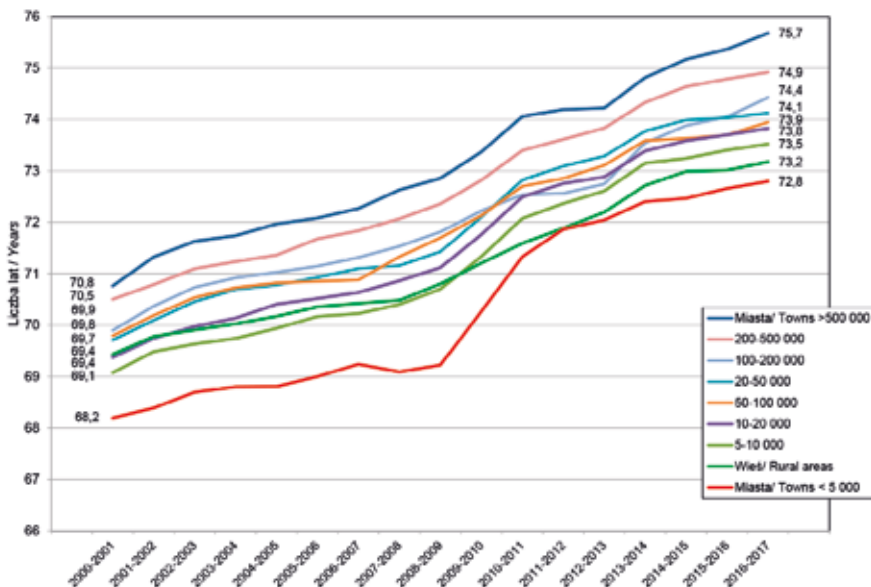
Jak wynika z naszych analiz wydłużenie życia mężczyzn w latach 1991-2016 wynikało w 71% z obniżenia umieralności przedwczesnej (przed 65 rokiem życia) a w 29% z obniżenia umieralności mężczyzn w starszym wieku. Dla podokresu 1991-2000 odsetki te wynosiły odpowiednio 79% i 21% a dla podokresu 2000-2016 odpowiednio 61% i 39% co wskazuje na dominujące ale równocześnie stopniowo zmniejszające się znaczenie obniżania się umieralności przedwczesnej dla wzrostu długości życia mężczyzn. Natomiast w przypadku kobiet wydłużenie życia w latach 1991-2016 wynikało tylko w 44% z obniżenia umieralności

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 2000 r. 61% i 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. 2.3a i 2.3b). 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. Trudno jest jednoznacznie wskazać powody tej korzystnej sytuacji. Nie można jednak wykluczyć, że częściowo jest ona 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. mieszkańców⁹

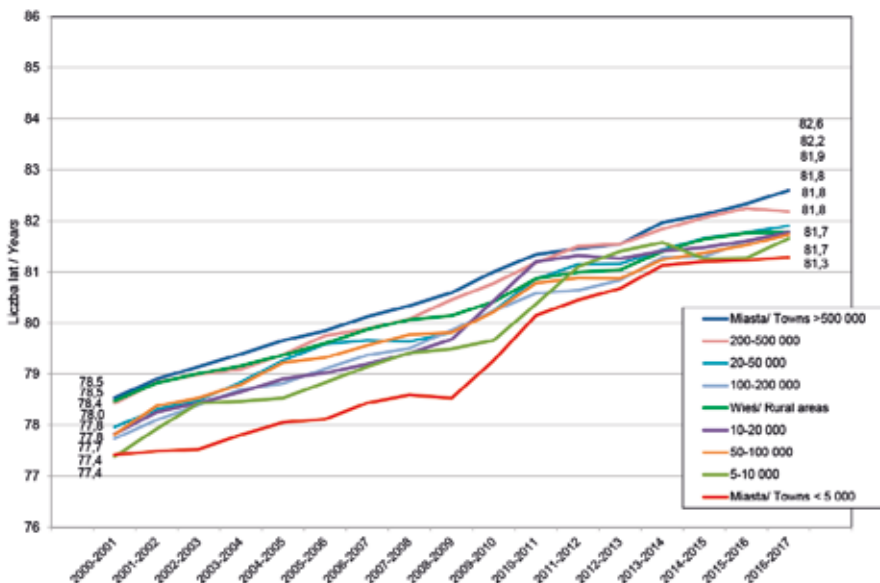
Na tle ogólnie najlepszej sytuacji mieszkańców największych miast wciąż bardzo niekorzystna jest sytuacja mieszkańców Łodzi, których długość życia w latach 2015-2016 wynosiła 71,5 lat w przypadku mężczyzn i 79,7 lat w przypadku kobiet, a więc była nawet krótsza niż mieszkańców małych miasteczek o 1,2 oraz 1,5 roku odpowiednio dla mężczyzn i kobiet.

⁹ 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 mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2000-2017 – dwuletnie średnie ruchome (obliczenia własne)

Fig. 2.3a. 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)

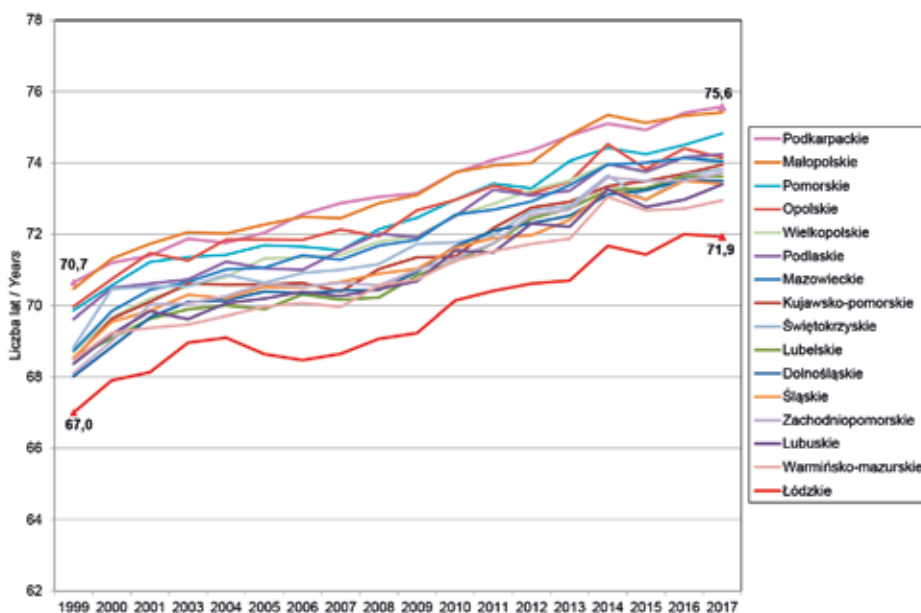


Ryc. 2.3b. Przeciętne trwanie życia kobiet w wieku 0 lat mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2000-2017 – dwuletnie średnie ruchome (obliczenia własne)

Fig. 2.3b. 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)

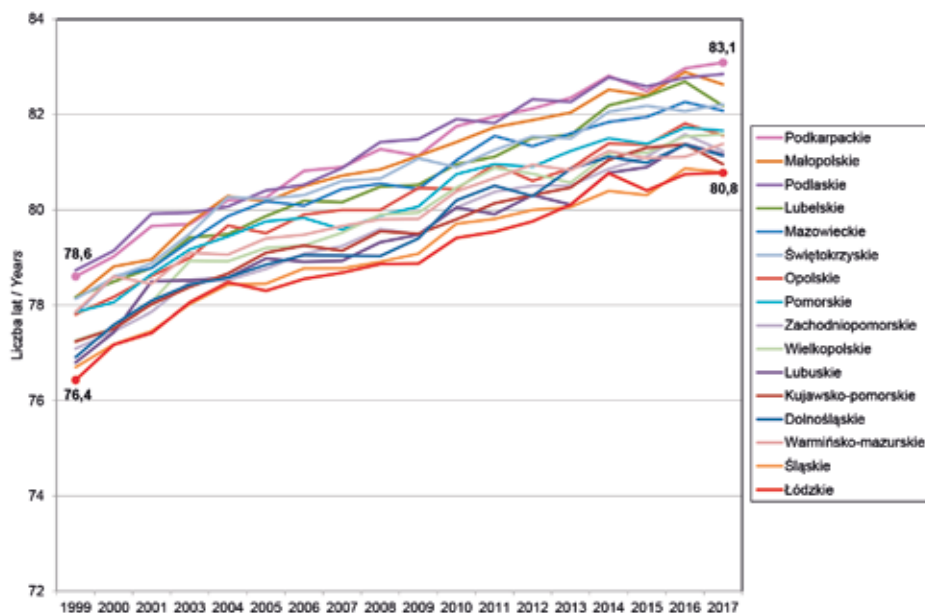
Obserwuje się wyraźne dosyć trwale w czasie zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia. Mężczyźni od lat najkrócej żyją w woj. łódzkim i wyróżniają się pod tym względem na tle mieszkańców innych województw (ryc. 2.4a). Różnica w porównaniu z mieszkańcami województwa podkarpackiego, którzy 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. 2.4b).

W okresie 2014-2017, w którym wzrost długości życia w Polsce ogółem był jak to podkreślono powyżej niewielki, we wszystkich województwach stwierdzono zmiany mniejsze od wynikających z ogólnego trendu w ostatnim dziesięcioleciu i praktycznie nie miały one wpływu na zmianę uszeregowania województw ze względu na wielkość tego parametru (ryc. 2.5). Największy w okresie ostatnich trzech lat wzrost długości życia mężczyzn odnotowano w woj. kujawsko-pomorskim i wynosił on 0,60 roku, natomiast w przypadku kobiet był on największy w woj. wielkopolskim (0,40 roku), śląskim (0,39 roku), lubuskim (0,38 roku) i zachodniopomorskim (0,37 roku). W woj. opolskim długość życia mężczyzn w 2017 r. była krótsza niż trzy lata wcześniej o 0,38 roku.



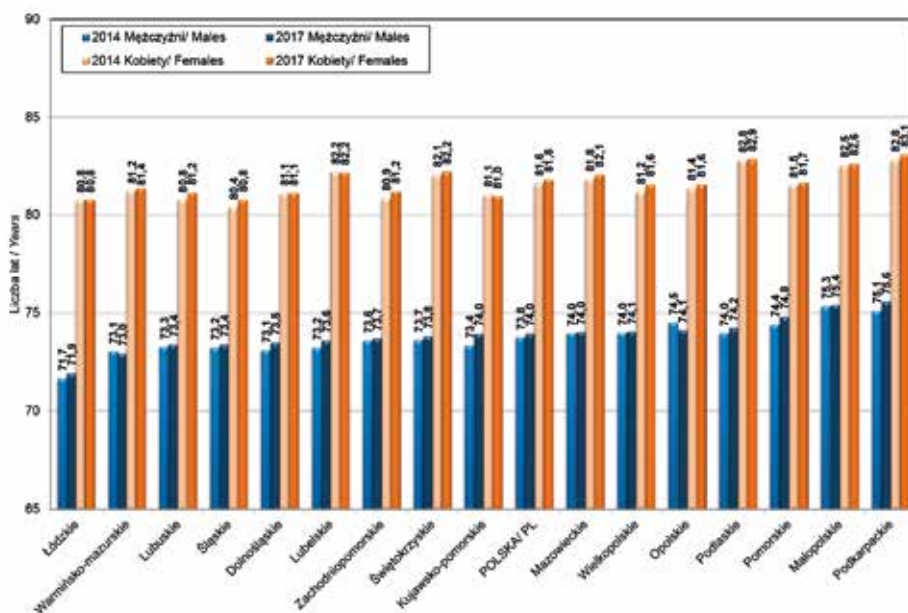
Ryc. 2.4a. Przeciętne trwanie życia mężczyzn w wieku 0 lat wg województw w latach 1999-2017 (dane GUS)

Fig. 2.4a. Males life expectancy at birth by voivodship in 1999-2017 (CSO data)



Ryc. 2.4b. Przeciętne trwanie życia kobiet w wieku 0 lat wg województw w latach 1999-2017 (dane GUS)

Fig. 2.4a. Females life expectancy at birth by voivodship in 1999-2017 (CSO data)

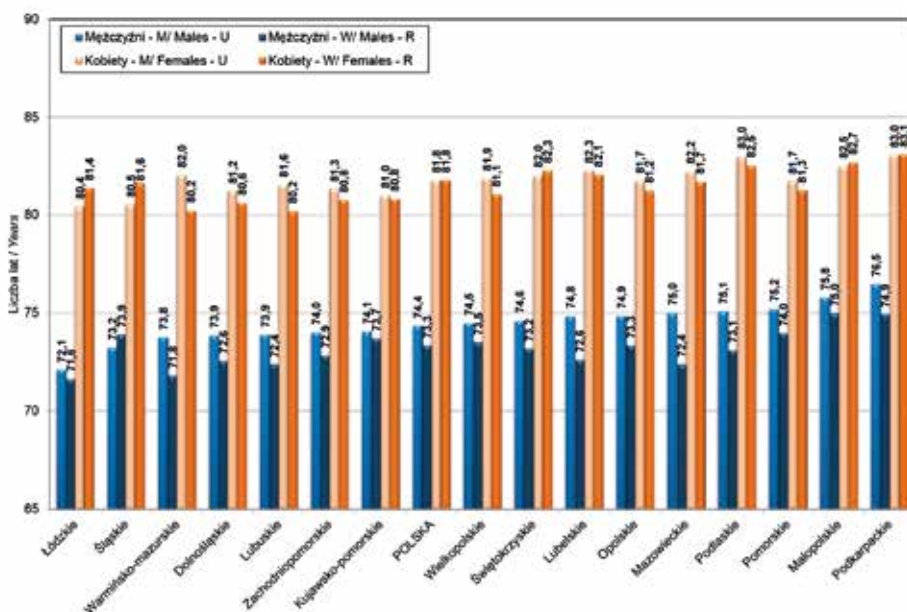


Ryc. 2.5. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat wg województw w latach 2014 i 2017 (dane GUS)

Fig. 2.5. Males and females life expectancy at birth by voivodship in 2014 and 2017 (CSO data)

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 (ryc. 2.6). Warto zwrócić uwagę, że mężczyźni w woj. łódzkim żyją krócej niż mieszkańcy innych województw zarówno w przypadku mieszkańców miast jak i wsi. Analogicznie mieszkańcy woj. podkarpackiego i małopolskiego żyją dłużej niż mężczyźni mieszkający w innych województwach niezależnie od zamieszkiwania w miastach czy na wsi. W przypadku kobiet różnice w długości życia mieszanek 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, w 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.

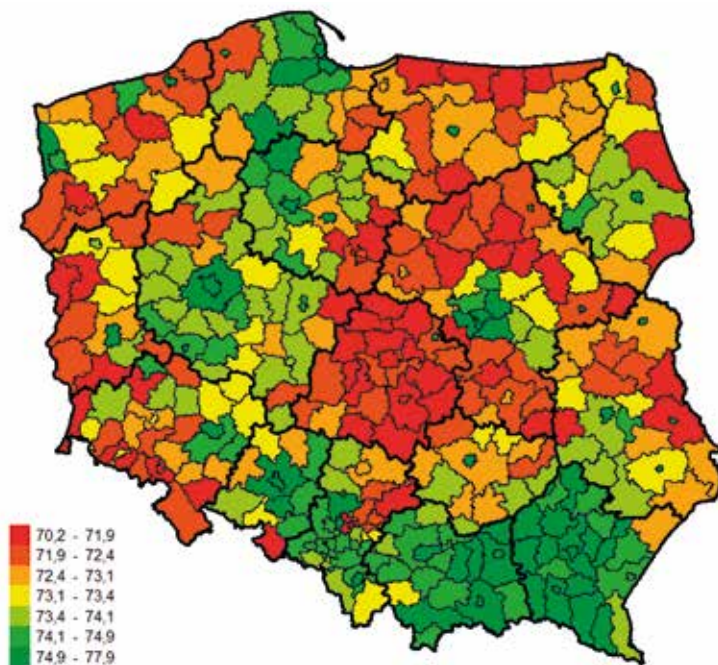


Ryc. 2.6. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat w miastach (M) i na wsi (W) wg województw w 2017 r. (dane GUS)

Fig. 2.6. Males and females life expectancy at birth in urban (U) and rural (R) areas in Poland by voivodeship in 2017 (CSO data)

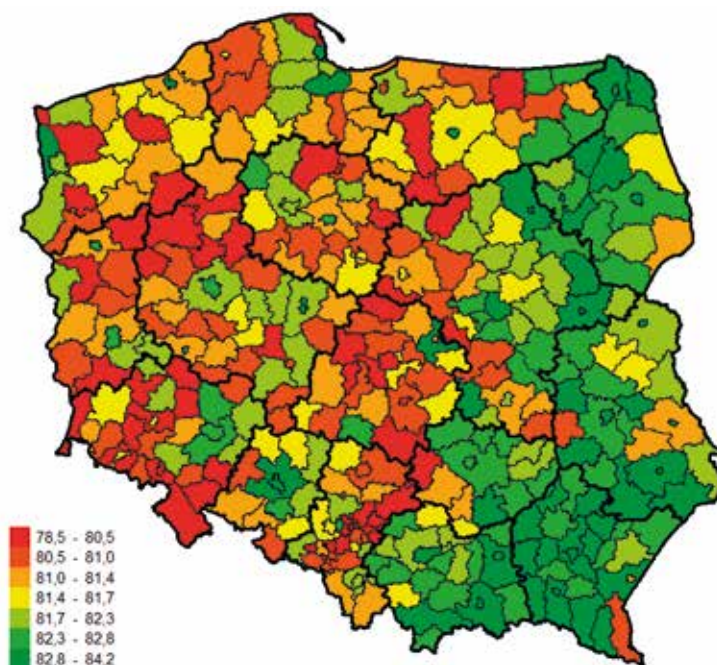
Z oczywistych względów znacznie większe niż w przypadku mieszkańców województw jest zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców powiatów. Generalnie można stwierdzić, że większość powiatów w których mężczyźni żyją najdłużej skupia się w Polsce południowej oraz środkowo-zachodniej natomiast kobiety żyją najdłużej w powiatach we wschodniej części kraju (rycina 2.7a i 2.7b).

W trzyletnim okresie 2015-2017 wśród mężczyzn najdłuższego życia mogli oczekiwać mieszkańcy miasta Rzeszów – 77,9 lat, natomiast najkrótszego mieszkańcy miasta Piotrków Trybunalski, 70,2 lat, a więc różnica wynosi ok. 7,7 lat (tabela 2.1a). W przypadku kobiet zróżnicowanie jest trochę mniejsze gdyż przeciętnie najdłużej żyją mieszkanki miasta Białystok – 84,2 lat, natomiast najkrócej miasta Ruda Śląska – 78,5 lat a więc różnica wynosi ok. 5,7 lat (tabela 2.1b). Te różnice dotyczą powiatów skrajnych natomiast różnica między pierwszym i dziewiątym decylem a więc granicą dla 10% powiatów o najkrótszej długości życia i 10% powiatów o najdłuższym trwaniu życia wynosi 3,7 lat (71,65 vs 75,35) dla mężczyzn i 2,75 lat (80,36 vs 83,11) dla kobiet.



Ryc. 2.7a. Oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2015-2017 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Fig. 2.7a. Males life expectancy at birth in poviats, 2015-2017 (authors' own calculation)



Ryc. 2.7b. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2015-2017 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Fig. 2.7b. Females life expectancy at birth in poviats, 2015-2017 (authors' own calculation availing CSO mortality)

Tabela 2.1a. Dwadzieścia pięć powiatów o najdłuższym oraz o najkrótszym trwaniu życia mężczyzn w latach 2015-2017

Table 2.1a. Twenty five poviats of the longest and of the shortest males life expectancy, 2015-2017

TERYT	Powiaty o najdłuższym trwaniu życia	Długość życia	TERYT	Powiaty o najkrótszym trwaniu życia	Długość życia
1863	m. Rzeszów	77,9	1016	tomaszowski	71,5
2264	m. Sopot	77,5	2462	m. Bytom	71,5
1661	m. Opole	77,2	2005	hajnowski	71,4
1261	m. Kraków	76,9	1012	radomszczański	71,4
1263	m. Tarnów	76,9	1003	łaski	71,4
1861	m. Krosno	76,8	2463	m. Chorzów	71,4
2061	m. Białystok	76,5	408	lipnowski	71,4
1465	m. st. Warszawa	76,5	2416	zawierciański	71,4
1821	leski	76,4	225	zgorzelecki	71,4
2262	m. Gdynia	76,3	810	żagański	71,3
2062	m. Łomża	76,1	2811	nidzicki	71,3
664	m. Zamość	76,1	1438	żyrardowski	71,3

TERYT	Powiaty o najdłuższym trwaniu życia	Długość życia	TERYT	Powiaty o najkrótszym trwaniu życia	Długość życia
3063	m. Leszno	75,9	1409	lipski	71,3
2661	m. Kielce	75,9	2819	węgorzewski	71,3
2413	tarnogórski	75,8	1019	zduńskowolski	71,2
2862	m. Olsztyn	75,8	805	ślubicki	71,1
461	m. Bydgoszcz	75,7	807	sulęciński	71,1
264	m. Wrocław	75,7	2476	m. Świętochłowice	71,1
2261	m. Gdańsk	75,7	612	opolski	71,0
1817	sanocki	75,7	1010	piotrkowski	71,0
1811	mielecki	75,7	1002	kutnowski	70,8
3064	m. Poznań	75,6	1420	płoński	70,8
1864	m. Tarnobrzeg	75,6	2801	bartoszycki	70,6
1201	bocheński	75,6	603	chełmski	70,6
1810	łańcucki	75,6	1062	m. Piotrków Trybunalski	70,2

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS / [Source: authors' own calculation availing CSO data](#)

Tabela 2.1b. Dwadzieścia pięć powiatów o najdłuższym oraz o najkrótszym trwaniu życia kobiet w latach 2015-2017

Table 2.1b. Twenty five poviats of the longest and of the shortest females life expectancy, 2015-2017

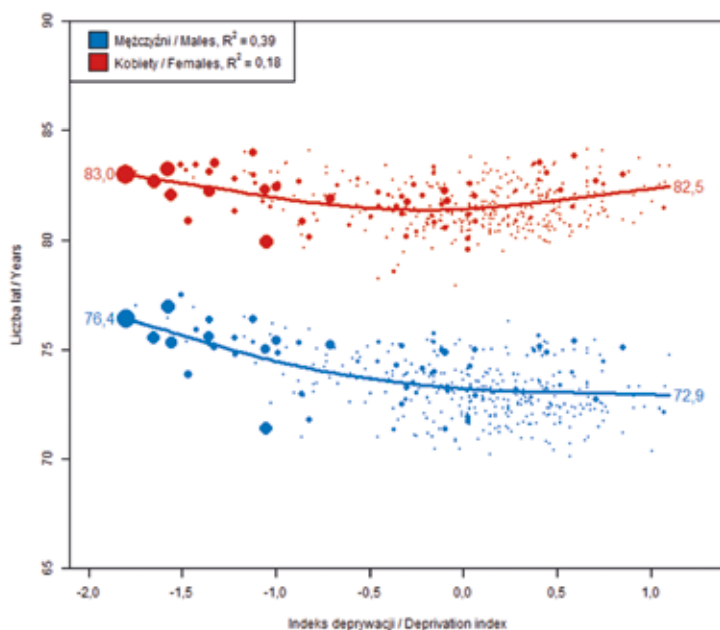
TERYT	Powiaty o najdłuższym trwaniu życia	Długość życia	TERYT	Powiaty o najkrótszym trwaniu życia	Długość życia
2061	m. Białystok	84,2	224	ząbkowski	80,2
2004	grajewski	84,1	3014	międzychodzki	80,2
1864	m. Tarnobrzeg	84,1	226	złotoryjski	80,2
1820	tarnobrzegi	83,8	1062	m. Piotrków Trybunalski	80,2
1808	leżajski	83,8	3216	świdwiński	80,2
2008	moniecki	83,8	2808	kętrzyński	80,2
1216	tarnowski	83,7	414	świecki	80,1
1263	m. Tarnów	83,7	2401	będziński	80,1
1806	kolbuszowski	83,6	1438	żyrdowski	80,1
2062	m. Łomża	83,6	2475	m. Sosnowiec	80,1
1211	nowotarski	83,6	206	jeleniogórski	80,1
1811	mielecki	83,6	806	strzelecko-drezdenecki	80,1
1863	m. Rzeszów	83,6	221	wałbrzyski	80,1
2862	m. Olsztyn	83,6	2803	działdowski	80,0
1821	leski	83,5	1061	m. Łódź	80,0
1861	m. Krosno	83,5	204	górowski	80,0
2014	zambrowski	83,5	2468	m. Jaworzno	79,8
1810	łańcucki	83,4	2462	m. Bytom	79,8

TERYT	Powiaty o najdłuższym trwaniu życia	Długość życia	TERYT	Powiaty o najkrótszym trwaniu życia	Długość życia
664	m. Zamość	83,4	208	kłodzki	79,8
1803	dębicki	83,4	265	m. Wałbrzych	79,5
2264	m. Sopot	83,4	2474	m. Siemianowice Śląskie	79,3
1464	m. Siedlce	83,4	2471	m. Piekary Śląskie	79,1
1262	m. Nowy Sącz	83,3	2476	m. Świętochłowice	79,1
1415	ostrołęcki	83,3	2463	m. Chorzów	78,7
2204	gdański	83,3	2472	m. Ruda Śląska	78,5

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS / [Source: authors' own calculation availing CSO data](#)

Różnice w długości mieszkańców poszczególnych powiatów występują w każdym województwie aczkolwiek ich wielkość jest niejednakowa. Największa różnica w długości życia mężczyzn występuje w woj. mazowieckim – ok. 5,7 lat (długość życia w Warszawie 76,5 lat a w powiecie płońskim 70,8 lat) oraz opolskim – również ok. 5,7 lat (długość życia w Opolu 77,2 lat a w powiecie głubczyckim 71,5 lat). Natomiast jest ona najmniejsza w woj. małopolskim – 3,6 lat (Kraków 76,9 lat a powiat suski 73,3 lat). W przypadku kobiet to zróżnicowanie jest znacznie mniejsze. Największe zróżnicowanie długości życia kobiet występuje w woj. śląskim – ok. 3,9 lat (długość życia w Zabrzu 82,4 lat a w Rudzie śląskiej 78,5 lat), natomiast najmniejsze, podobnie jak w przypadku mężczyzn, w woj. małopolskim – ok. 2,1 lat (powiat tarnowski 83,7 lat a miechowski 81,6 lat).

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. Jak wspomniano wcześniej taką uznaną syntetyczną miarą tej sytuacji stosowaną w analizach zróżnicowania stanu zdrowia ludności określonych obszarów jest wielowymiarowy indeks deprivacji. Związek długości trwania życia ludności z poziomem deprivacji w powiatach pokazuje [rycina 2.8](#). Przeciętna długość życia kobiet w powiatach w bardzo niewielkim stopniu zależała od wartości wskaźnika deprivacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprivacji 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 deprivacji. W sumie różnice poziomu deprivacji w powiatach tłumaczyły 39% i 18% zróżnicowania między powiatami długości trwania życia odpowiednio mężczyzn i kobiet.

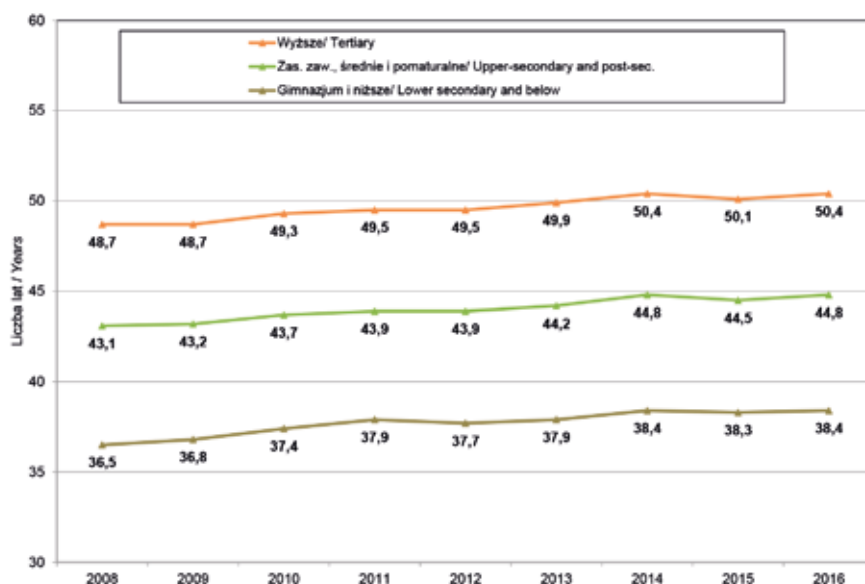


Ryc. 2.8. Związek długości trwania życia (2014-2016) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.8. Relationship between males and females life expectancy (2014-2016) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

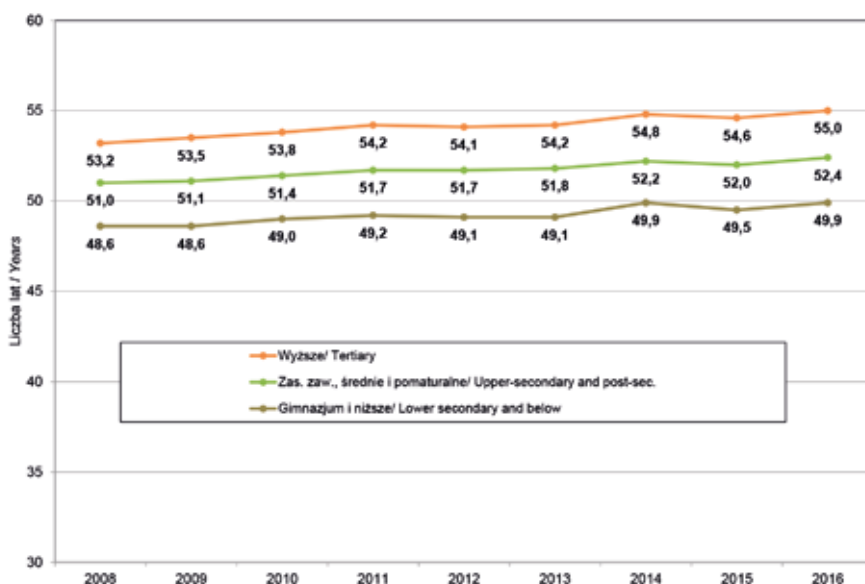
Czynnikiem silnie różnicującym długość życia Polaków jest poziom ich wykształcenia. Jak wynika z szacunków Eurostatu w roku 2016 mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli ok. 5,6 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy zasadnicze zawodowe), a o ok. 12,0 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym. Te niekorzystne różnice są w miarę stałe w latach 2008-2016 gdyż zwiększanie się długości życia jest podobne w różnych grupach wykształcenia (ryc. 2.9a). 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. 2.9b). Nie można zatem powiedzieć, że w okresie ostatnich lat następują zmiany (pojawiały się głosy o wzrastaniu) wielkości zróżnicowania długości życia w Polsce związane z różnicami w poziomie wykształcenia.

Trzeba zauważyć, że długość życia kobiet z wykształceniem wyższym jest większa niż mężczyzn o takim samym poziomie wykształcenia o 4,6 lat, podczas gdy w przypadku osób z wykształceniem gimnazjalnym i niższym różnica w długości życia kobiet i mężczyzn wynosi aż 11,5 lat. Wskazuje to wyraźnie na znaczącą rolę czynnika społecznego w nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet.



Ryc. 2.9a. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2008-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.9a. Males life expectancy at age 30 by educational attainment in Poland, 2008-2016 (Eurostat database)

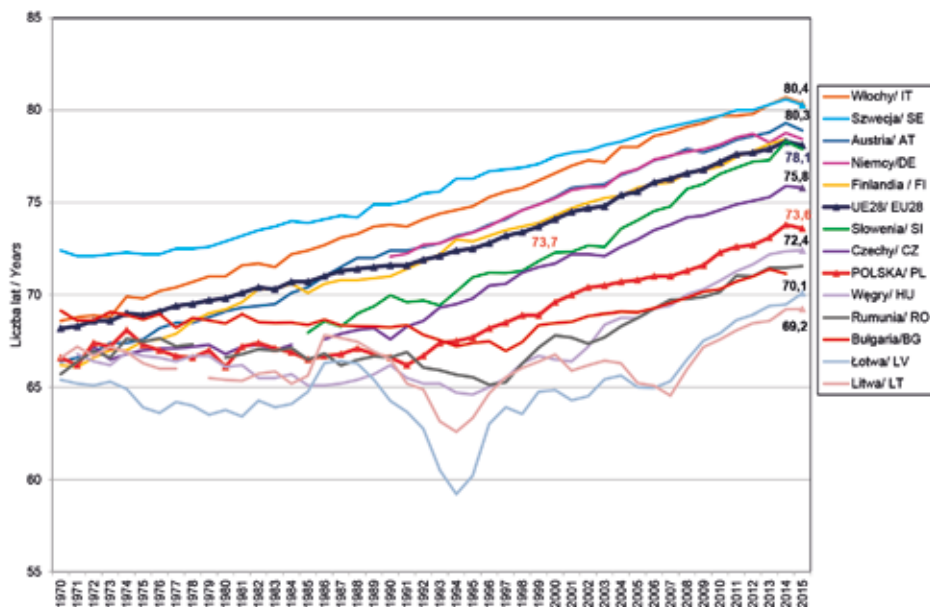


Ryc. 2.9b. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2008-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.9b. 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 (https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_70-1090-estimated-life-expectancy-world-health-report/) 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. 2.10a)¹⁰. Obecna długość życia Polaków jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE występowała w 1999 r. a więc 16 lat temu. Warto zwrócić uwagę na szybki wzrost długości życia mężczyzn w Słowenii po roku 2003, w którym żyli oni o 2,2 lat krócej niż mężczyźni w UE ogółem podczas gdy obecnie różnica ta praktycznie zniknęła i wynosi zaledwie 0,2 roku. Przeciętnie najkrócej w krajach UE żyją mieszkańcy Litwy oraz Łotwy.



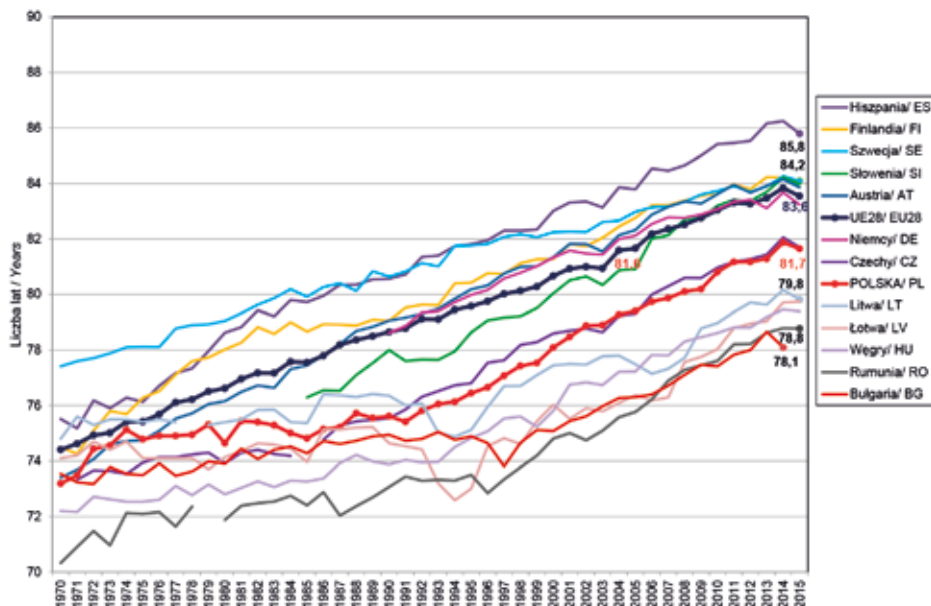
Ryc. 2.10a. Przeciętne trwanie życia MĘŻCZYŹN w Polsce i w innych krajach UE, 1980-2015 (dane WHO HFA DB)

Fig. 2.10a. Males life expectancy in Poland and some other EU countries, 1980-2015 (WHO HFA DB)

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 mieszanek UE

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

a o ok. 4,1 lat krócej niż kobiety w Hiszpanii, które żyją najdłużej (ryc. 2.10b)¹¹. Obecna długość życia Polek jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE występowała około 11 lat temu. Przeciętnie najkrócej w krajach UE żyją mieszkanki Bułgarii i Rumunii.



Ryc. 2.10b. Przeciętne trwanie życia KOBIEŃ w Polsce i w innych krajach UE, 1980-2016 (dane WHO HFA DB)

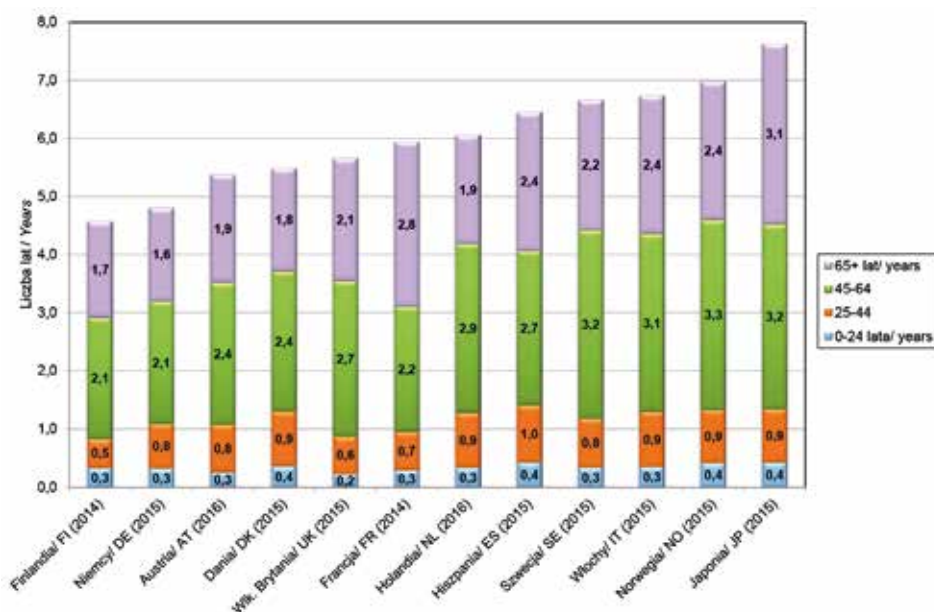
Fig. 2.10b. Females life expectancy in Poland and some other EU countries, 1980-2015 (WHO HFA DB)

Trzeba w tym miejscu zwrócić uwagę, że metoda obliczeń długości trwania życia stosowana przez WHO jest trochę inna niż stosowana przez GUS i Eurostat i w związku z tym oszacowania podawane przez te instytucje nieznacznie się różnią. Zazwyczaj różnice te są rzędu 0,1-0,3 roku.

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

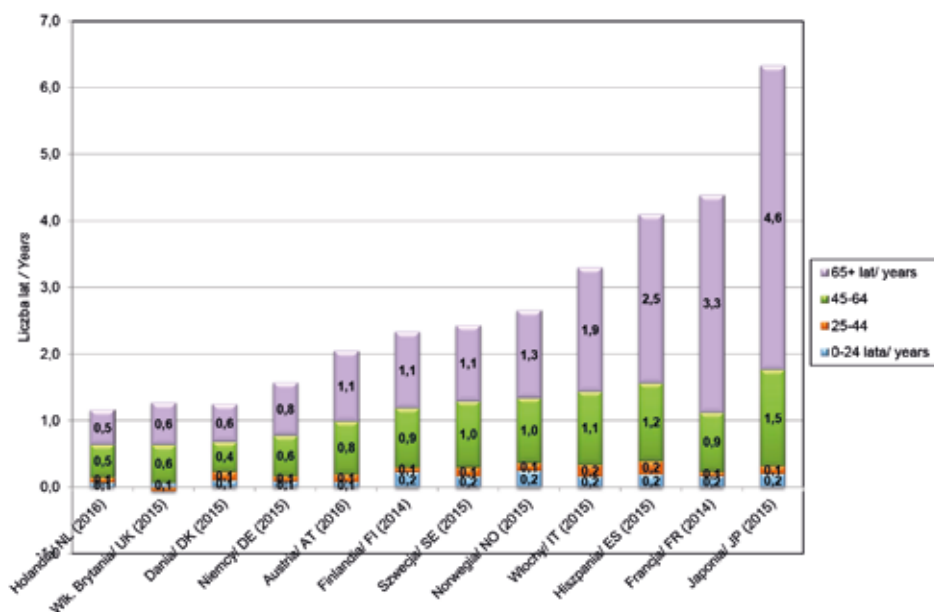
¹¹ Według danych Eurostatu w 2016 r. kobiety w Polsce żyły krócej niż przeciętnie w UE o 1,6 roku i krócej niż Hiszpanki o 4,3 lat

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. 2.11a). Inna natomiast jest sytuacja 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. 2.11b). 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.



Ryc. 2.11a. 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. 2.11a. 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)



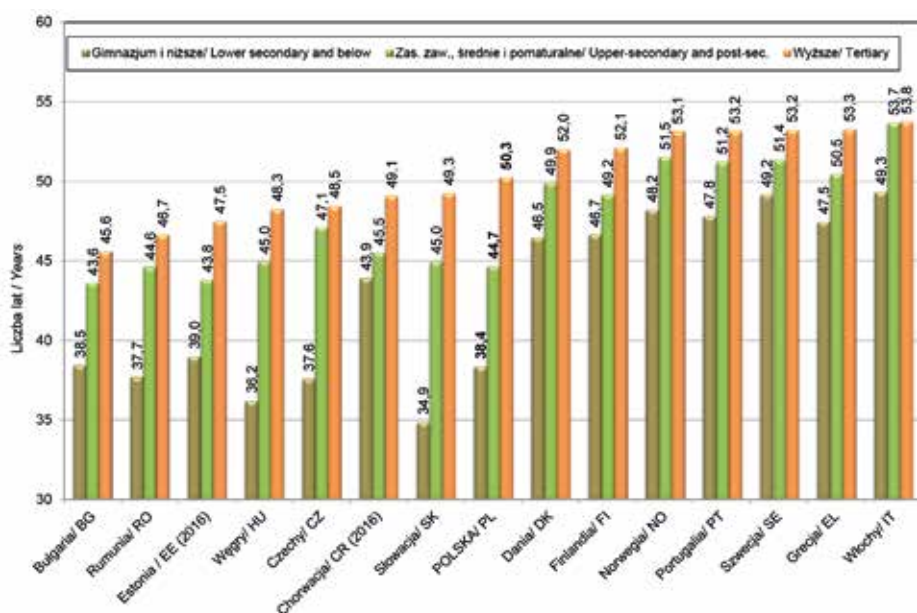
Ryc. 2.11b. Liczba lat krótszej długości życia kobiet w Polsce w porównaniu z kobietami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polek w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

Fig. 2.11b. 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 [ryc. 2.12a](#) i [2.12b](#) w krajach Europy środkowo-wschodniej zaznacza się szczególnie silnie i wynika z wyraźnie krótszego życia osób o niskim poziomie wykształcenia. Polscy mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym mogą oczekiwać, że będą żyli przeciętnie krócej od swoich rówieśników o takim samym wykształceniu w Danii, Finlandii Grecji, Norwegii, Portugalii, Szwecji czy we Włoszech aż o 8,1 – 10,9 lat, podczas gdy różnice w długości życia mężczyzn z wyższym wykształceniem wahają się w granicach 1,7 – 3,5 lat. W przypadku kobiet różnice te są znacznie mniejsze ale również oddają powyższą prawidłowość.

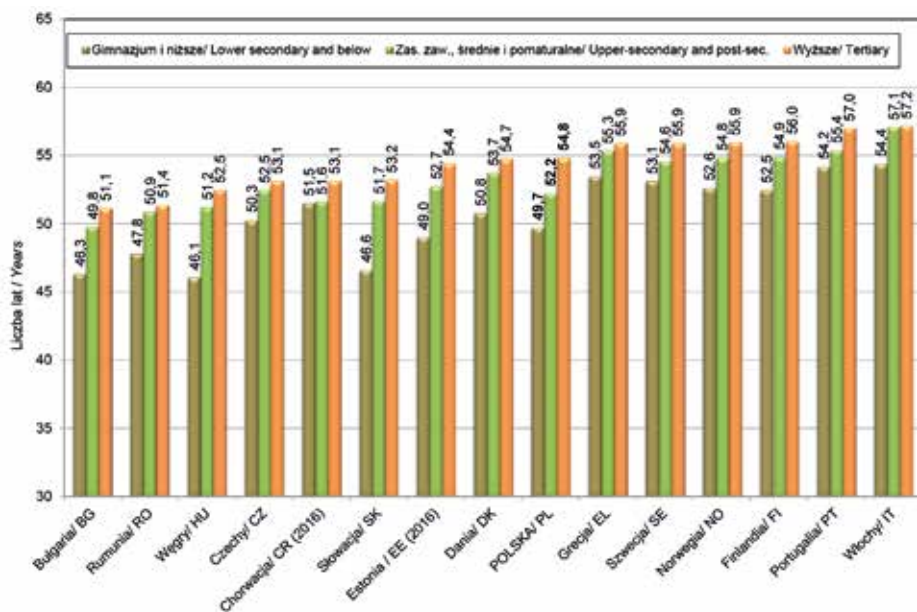
Długość trwania życia jest jednym z podstawowych i najczęściej używanych prostych mierników syntetycznych służących do ogólnej oceny stanu zdrowia populacji. Widoczne są jednak jego ograniczenia wynikające z faktu, że nie pokazuje on w jakim zdrowiu przeżywają ludzie swoje życie. Z tego powodu coraz

częściej stosowany jest również miernik złożony jakim jest **długość trwania życia w zdrowiu** (znany jako tzw. *Health Expectancy* albo *Healthy Life Years – HLY*), przy obliczaniu którego cały okres życia dzieli się na przeżyty w zdrowiu oraz przy jego braku. Jako brak zdrowia przyjmowane mogą być różne miary, ale powszechnie przyjmuje się długotrwałe występowanie ograniczonej z powodu stanu zdrowia sprawności, występowanie określonych chorób przewlekłych, złą samoocenę stanu zdrowia. Oszacowania długości życia w zdrowiu dla krajów Unii Europejskiej podawane przez Eurostat oparte są na tzw. wskaźniku GALI (Global Activity Limitation Index). Pytanie o ograniczoną sprawność zadawane jest w ramach Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC), które w Polsce od 2005 r. prowadzi GUS na losowej próbie ludności. Należy jednak podkreślić, że treść pytania ulegała pewnym modyfikacjom co uniemożliwia ocenę zmiany wskaźnika w ciągu tych wszystkich lat. Począwszy od 2009 r. pytanie brzmi: „Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?”. Można zatem ocenić jak zmienia się długość życia w zdrowiu Polaków na tle przeciętnej sytuacji w krajach UE w latach 2009-2016.



Ryc. 2.12a. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2015-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.12a. Males life expectancy at age 30 by educational attainment in selected European countries, 2015-2016 (Eurostat database)

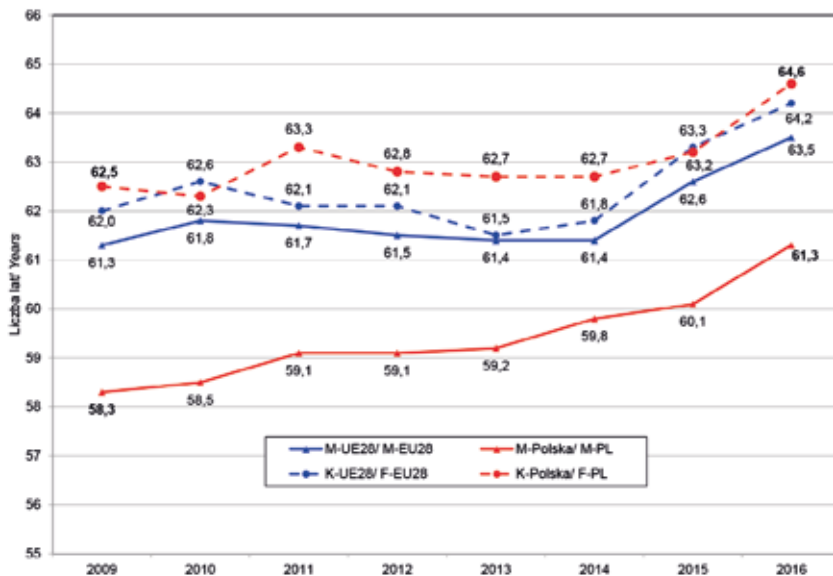


Ryc. 2.12b. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2015-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.12b. Females life expectancy at age 30 by educational attainment in selected European countries, 2015-2016 (Eurostat database)

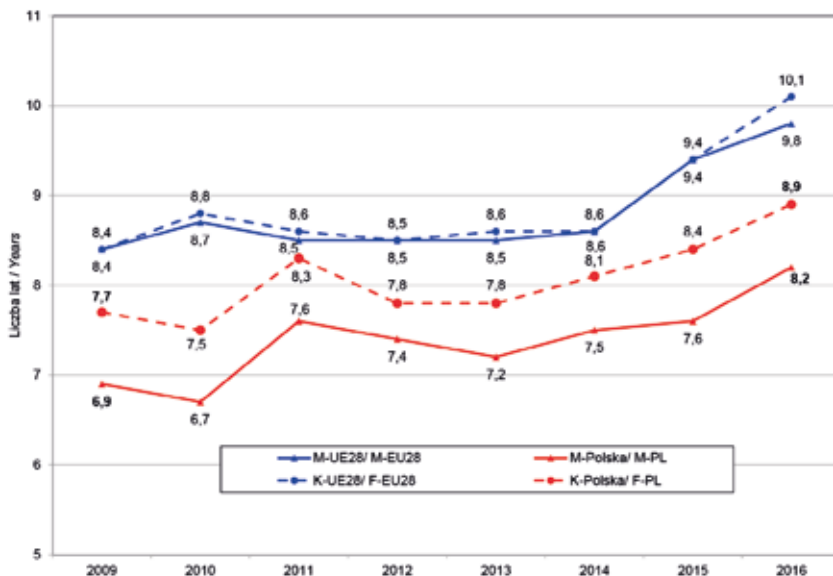
Ogólna sytuacja zdrowotna ludności Polski przedstawia się trochę mniej niekorzystnie w porównaniu z ogółem mieszkańców Unii Europejskiej jeżeli przy obliczaniu długości życia uwzględnimy jednocześnie fakt, że tylko jego część przeżywana jest w zdrowiu. Według aktualnych szacunków Eurostatu długość życia 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. 2.13a). 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 jest w krajach UE tylko w Estonii (4,6 lat) oraz w Bułgarii (3,5 lat).

Długość życia w zdrowiu osób starszych – w wieku 65 lat, zarówno mężczyzn jak i kobiety w Polsce zwiększa się, aczkolwiek nie systematycznie, ale dla obu grup płci jest krótsza niż przeciętna dla mieszkańców UE o 1,6 i 1,2 roku odpowiednio dla mężczyzn i kobiet (ryc. 2.13b).



Ryc. 2.13a. 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)

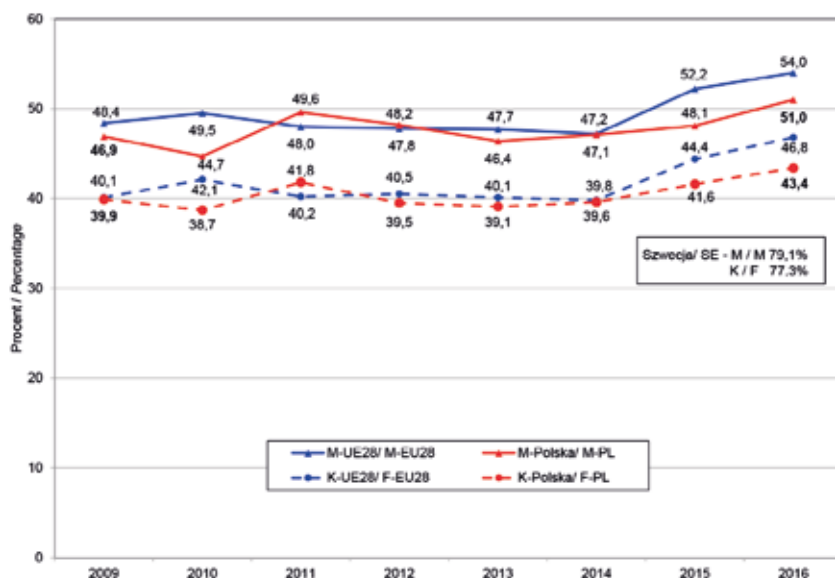
Fig. 2.13a. Males (M) and females (F) healthy life years (without activity limitation) at birth in Poland and average for EU countries in 2009-2016 (Eurostat database)



Ryc. 2.13b. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 65 lat w Polsce i średnia dla krajów UE w latach 2009-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.13b. Males (M) and females (F) healthy life years (without activity limitation) at age 65 in Poland and average for EU countries in 2009-2016 (Eurostat database)

Warto zauważyć, że odsetek lat przeżywanych w zdrowiu przez osoby starsze w stosunku do ogólnej liczby lat życia był mniej więcej stały w latach 2009-2014 zarówno w Polsce jak i przeciętnie we wszystkich krajach UE, ale w ostatnich dwóch latach uległ zwiększeniu, które w Polsce było jednak mniejsze od przeciętnego dla krajów UE (ryc. 2.13c). Można zatem zauważyć, że w ostatnich latach wzrostowi bezwzględnej długości życia starszych Polaków towarzyszy nawet trochę większy wzrost długości życia w zdrowiu z tym, że krótki okres obserwacji nie pozwala na ocenę na ile będzie to proces trwały.



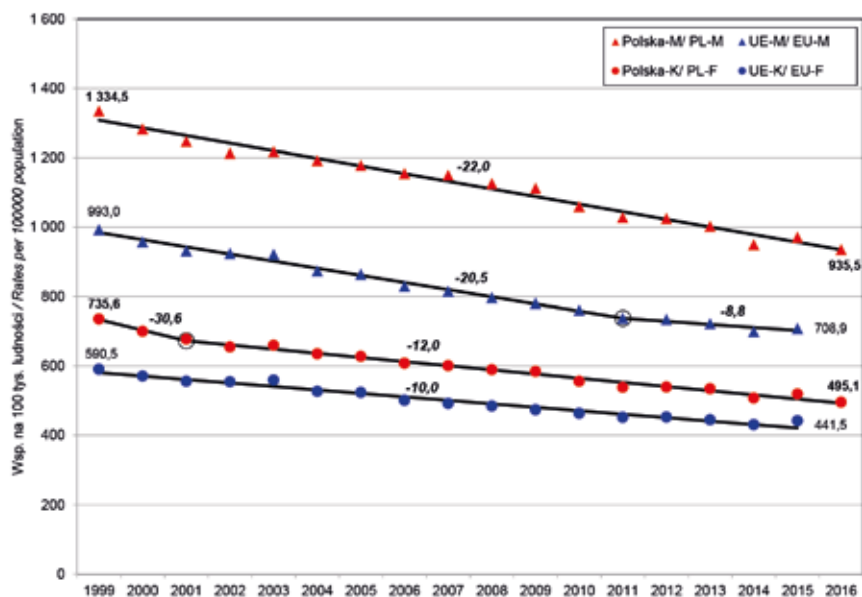
Ryc. 2.13c. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 65 lat jako odsetek całkowitej dalszej długości życia w Polsce i średnia dla krajów UE w latach 2009-2016 (dane Eurostat)

Fig. 2.13c. Males (M) and females (F) healthy life years (without activity limitation) at age 65 in percentage of the total life expectancy, in Poland and average for EU countries in 2009-2016 (Eurostat database)

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

Ogólny poziom umieralności w Polsce systematycznie obniża się od 1991 r., ale jest on wciąż znacznie wyższy od poziomu przeciętnego dla krajów UE. Standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce w 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. 2.14). Jeżeli tempo spadku nie zmienia się to poziom umieralności jaki obecnie występuje w UE osiągnięty zostanie około roku 2022. Natomiast w przypadku mężczyzn wydłużenie szeregu czasowego o dwa lata (2015 i 2016) wpłynęło na zmianę trendu, którego 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. i wynosi 8,8 zgonów/100 tys. mężczyzn na rok. Dzięki temu zmniejsza się dystans dzielący Polskę od większości krajów UE. Jeżeli tempo spadku umieralności mężczyzn w Polsce nie zmienia się to obecny średni poziom umieralności w UE osiągnięty zostanie w naszym kraju około roku 2026, a więc później niż w przypadku kobiet gdyż różnica poziomów umieralności mężczyzn jest znacznie większa. Względne tempo spadku mężczyzn i kobiet jest bardzo zbliżone.



Ryc. 2.14. 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. 2.14. 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) (tabela 2.2a i 2.2b). W okresie 2000-2016 najbardziej zmniejszyła się umieralność dzieci poniżej 5 lat oraz w wieku 5-14 lat. Zwraca uwagę utrzymujący się od roku 2010 prawie stały poziom umieralności młodych kobiet w wieku 20-34 lata.

Tabela 2.2a. Współczynniki zgonów MĘŻCZYZN według wieku w wybranych latach 1970-2016 (na 100 tys. mężczyzn danej grupy wieku)

Table 2.2a. Death rates of MALES by age in selected years 1970-2016 (per 100 000 men of given age)

Wiek / Age	1970	1980	1991	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016
0 ¹	4096	2879	1684	882	696	539	493	451	438	442
1-4	117	90	60	35	29	22	20	17	19	18
5-14	49	44	33	22	19	16	14	11	13	12
15-19	100	103	102	74	69	66	66	57	55	49
20-34	188	216	217	143	132	122	114	113	113	112
35-44	371	502	517	395	355	302	264	252	246	243
45-54	760	1093	1250	924	927	838	732	677	684	665
55-64	2064	2165	2639	2123	1883	1800	1707	1609	1651	1619
65-74	5066	5333	5094	4491	4053	3719	3396	3216	3266	3174
>75	12204	13202	13493	10887	10011	9458	9370	9008	9385	9052

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

Tabela 2.2b. Współczynniki zgonów KOBIEŃ według wieku w wybranych latach 1970-2016 (na 100 tys. kobiet danej grupy wieku)

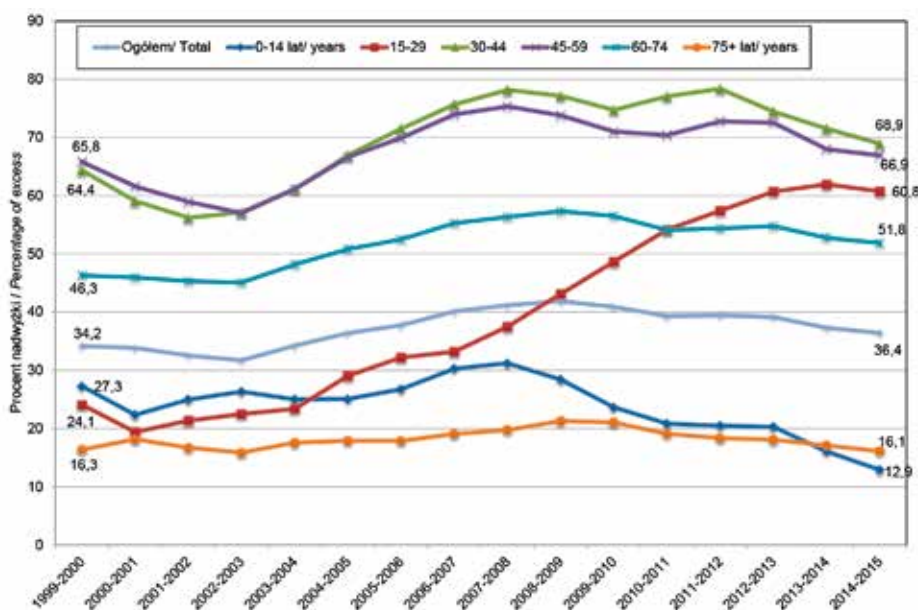
Table 2.2b. Death rates of FEMALES by age in selected years 1970-2016 (per 100 000 women of given age)

Wiek / Age	1970	1980	1991	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016
1	3212	2199	1301	734	585	454	416	392	360	352
1-4	94	69	47	27	25	20	17	17	15	13
5-14	33	28	23	14	14	11	11	11	10	8
15-19	43	36	38	29	24	21	24	23	21	20
20-34	65	62	60	40	34	29	29	30	28	30
35-44	173	175	177	135	116	97	85	83	82	82
45-54	394	428	427	357	337	308	275	267	257	248
55-64	1024	971	1024	830	729	704	711	671	687	665
65-74	3038	2815	2606	2165	1827	1665	1579	1493	1507	1464
>75	9939	10125	10454	8837	7695	7319	7272	6962	7352	7047

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

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% (w Wielkiej Brytanii, Holandii wynosi ostatnio poniżej 40%, ale w Estonii, Łotwie i na Litwie ogólny poziom umieralności mężczyzn jest dwukrotnie wyższy niż kobiet).

Umieralność mężczyzn w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach UE we wszystkich grupach wieku (ryc. 2.15a). 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.

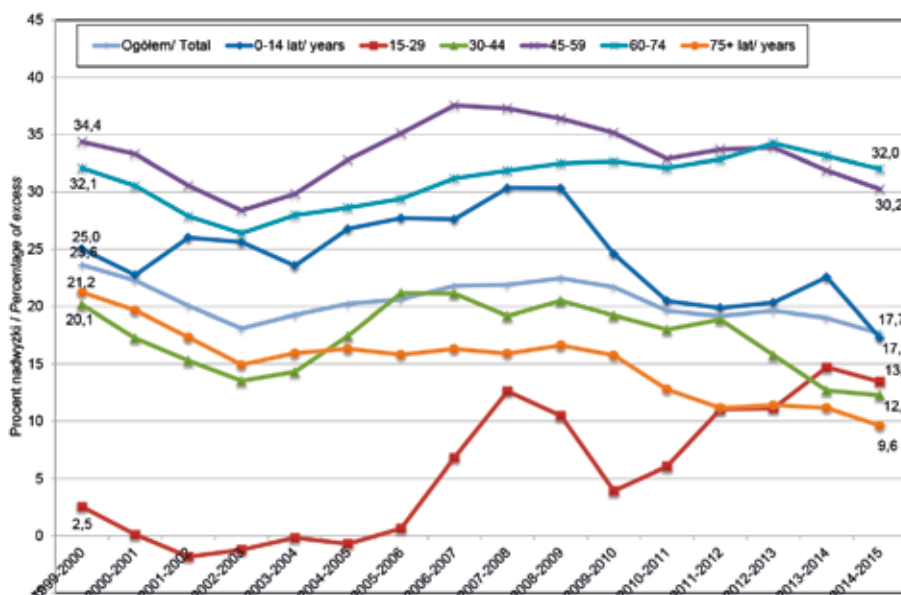


Ryc. 2.15a. Nadwyżka (%) umieralności mężczyzn w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE28 w grupach wieku w latach 2000-2015 (dwuletnie średnie ruchome) (obliczenia autorów na podstawie danych WHO HFA MDB)

Fig. 2.15a. Excess (%) mortality of males in Poland in relation to average level in EU28 countries by age groups, 2000-2015 (2-year moving averages) (authors' calculation availing WHO HFA MDB data)

Najbardziej zbliżona do poziomu przeciętnego dla krajów UE jest umieralność mężczyzn najstarszych (75 lat i więcej) oraz chłopców poniżej 15 lat, których nadumieralność wyraźnie zmniejsza się po 2008 r. Zwraca uwagę duży wzrost w latach 2000-2015 a szczególnie po roku 2007 nadumieralności młodych polskich mężczyzn w wieku 15-29 lat wynikający z faktu znacznie mniejszego spadku ich umieralności w Polsce w porównaniu z większością krajów UE.

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 (ryc. 2.15b). Wyraźnie zmniejszyła się nadumieralność najstarszych polskich kobiet oraz dziewczynek poniżej 15 lat, której spadek obserwuje się po 2009 r.



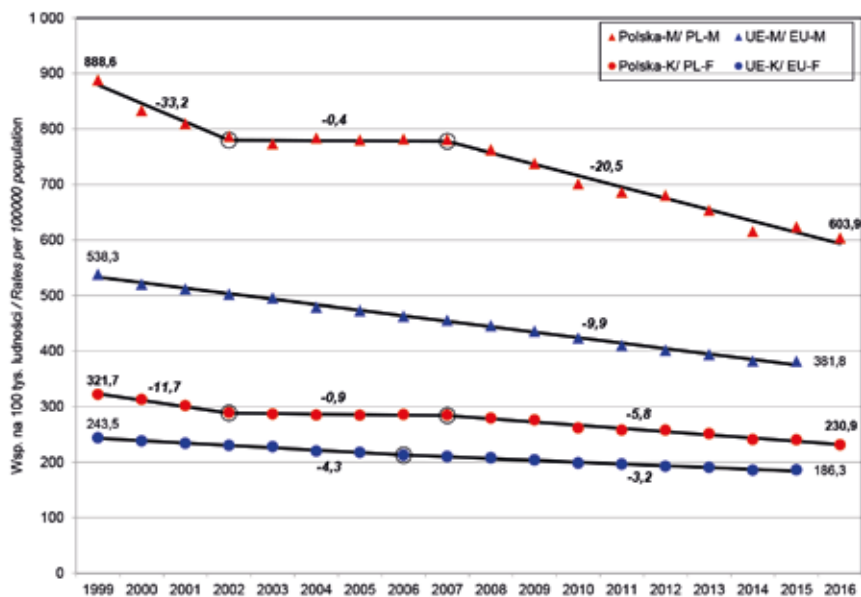
Ryc. 2.15b. Nadwyżka (%) umieralności kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE28 w grupach wieku w latach 2000-2015 (dwuletnie średnie ruchome) (obliczenia autorów na podstawie danych WHO HFA MDB)

Fig. 2.15b. Excess (%) mortality of females in Poland in relation to average level in EU28 countries by age groups, 2000-2015 (2-year moving averages) (authors' own calculation availing WHO HFA MDB data)

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. 2.16). 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, które w latach 1999-2015 utrzymuje się na poziomie 9,9 zgonów/100 tys. mężczyzn na rok. 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. Jeżeli tempo spadku umieralności mężczyzn w Polsce nie zmienia się to obecny średni poziom umieralności w UE osiągnięty zostanie w naszym kraju około lat 2026-2027.

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. Jeżeli tempo spadku nie zmienia się to poziom umieralności jaki obecnie występuje w UE osiągnięty zostanie około roku 2024.

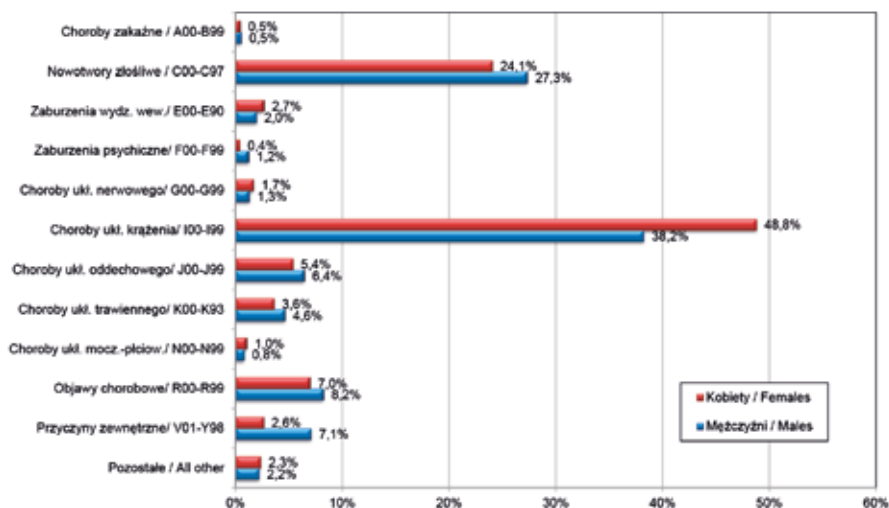


Ryc. 2.16. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.16. 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 zdecydowanie choroby układu krążenia (ChUK), które w nomenklaturze klinicznej częściej określa się jako choroby serca i naczyń (ChSN) i te dwie nazwy będą używane zamiennie, a następnie nowotwory złośliwe (ryc. 2.17, tabela 2.3). W 2016 r. były one w sumie odpowiedzialne za 69,1% wszystkich zgonów, odpowiednio za 43,3% zgonów w przypadku ChUK (38,2% zgonów mężczyzn i 48,8% zgonów kobiet) i 25,8% zgonów w przypadku nowotworów złośliwych (27,3% zgonów mężczyzn i 24,1% zgonów kobiet). 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 nieznanne przyczyny umieralności”.



Ryc. 2.17. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2016 r. (dane GUS)

Fig. 2.17. Proportion of deaths from main causes by sex in Poland, 2016 (SP data)

Znaczenie poszczególnych grup chorób jako przyczyny zgonów zmienia się wraz z wiekiem (ryc. 2.18a i 2.18b, tabela 2.3). 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 życia 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. Warto zwrócić uwagę, że o ile w 2014 r. kobiety w wieku 70-74 lata trochę częściej umierały z powodu ChUK niż nowotworów złośliwych to w 2016 r. sytuacja uległa odwróceniu, a więc wydłużył się okres życia kobiet, w którym choroby nowotworowe stanowią większe zagrożenie ich życia niż ChUK.

Tabela 2.3. Udział zgonów z powodu głównych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów wg grup wieku zmarłych, Polska 2016 r.

Table 2.3. Percentage of total deaths by age of the deceased and main groups of causes in Poland, 2016

Grupy wieku / Age groups													
0-4 lata/ 0-4 years		1-4		15-24		25-44		45-64		65 lat i więcej/ 65 and more		Ogółem / Total	
P	47,2	VY	32,8	VY	63,5	VY	31,5	C	34,9	I	49,9	I	43,3
Q	34,4	C	19,1	R	9,1	C	15,4	I	27,5	C	23,9	C	25,8
R	4,0	Q	13,2	C	8,1	R	14,9	R	10,2	J	6,5	R	7,6
VY	3,9	GH	11,5	GH	5,1	I	14,1	VY	8,0	R	6,5	J	5,9
J	3,1	J	8,1	I	4,2	K	10,7	K	7,1	K	3,0	VY	4,9
C	2,3	E	4,1	J	3,5	J	3,7	J	4,3	E	2,5	K	4,1
GH	1,9	I	4,1	Q	2,1	F	3,0	F	2,0	VY	2,3	E	2,3

AB – Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)

C – Nowotwory złośliwe (C00-C97)

E – Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)

F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)

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

I – Choroby układu krążenia (I00-I99)

J- – Choroby układu oddechowego (J00-J99)

K – Choroby układu trawiennego (K00-K93)

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

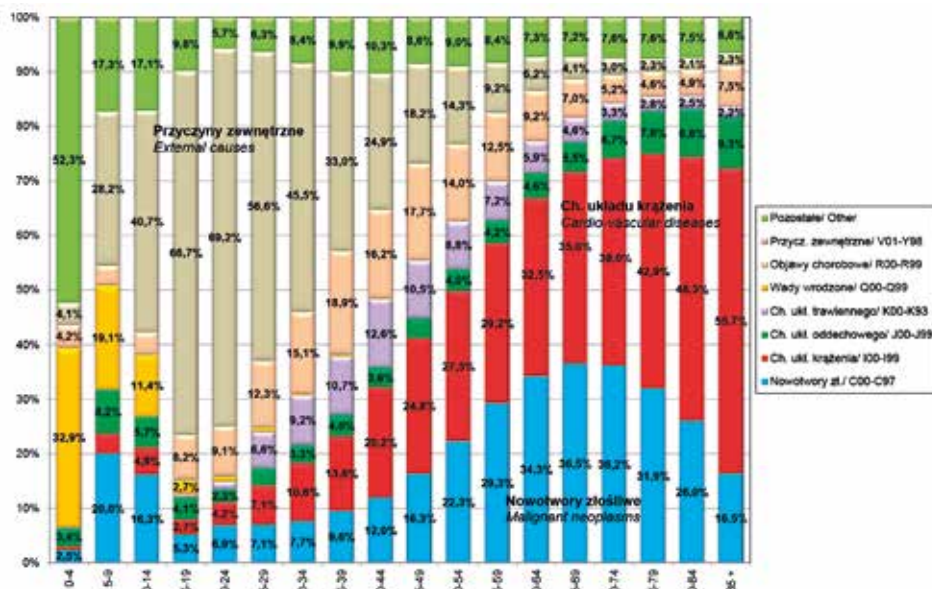
Q – Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)

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

VY – Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)

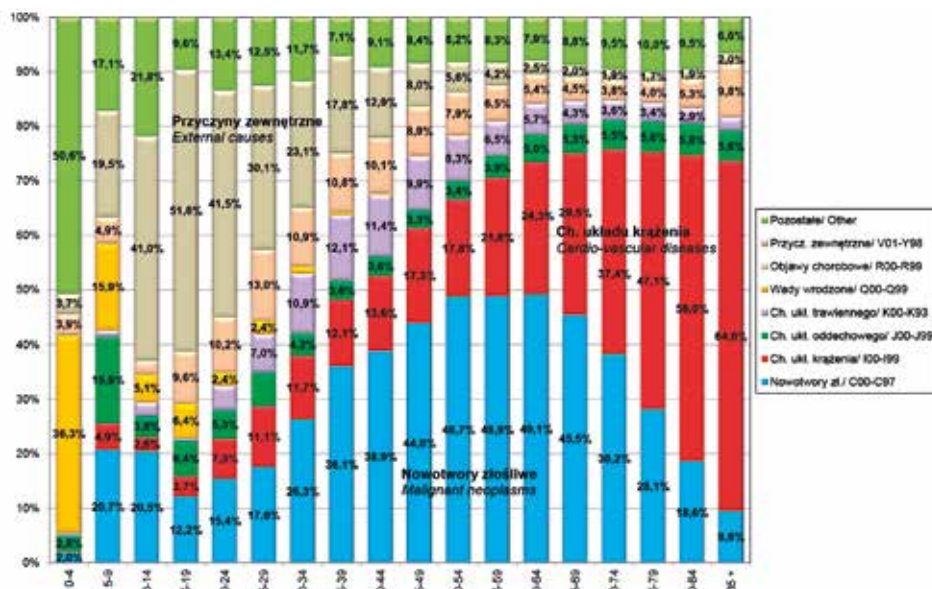
Jeżeli przyjąć, że zgon przed dożyciem wieku 75 lat jest przedwczesny¹² to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia (PYLL – Potential Years of Life Lost) jaka wynika z różnicy między wiekiem zgonu i 75 latami. I tak na przykład mężczyzna, który zmarł w 2016 r. w wieku 20 lat utracił 55 lat potencjalnego dalszego trwania życia a kobieta, która zmarła w wieku 65 lat utraciła 10 lat.

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



Ryc. 2.18a. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 2016 r. (na podstawie danych GUS)

Fig. 2.18a. Proportion of deaths from main causes in all deaths by 5-year age groups – males, 2016 (based on SP data)



Ryc. 2.18b. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wieku w 2016 r. (na podstawie danych GUS)

Fig. 2.18b. Proportion of deaths from main causes in all deaths by 5-year age groups – females, 2016 (based on SP data)

Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie niż w wieku starszym. Uwzględniając ten fakt można obliczyć w jakim stopniu poszczególne przyczyny zgonów przyczyniają się do utraty potencjalnych lat życia przez mieszkańców Polski. 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 ludności¹³.

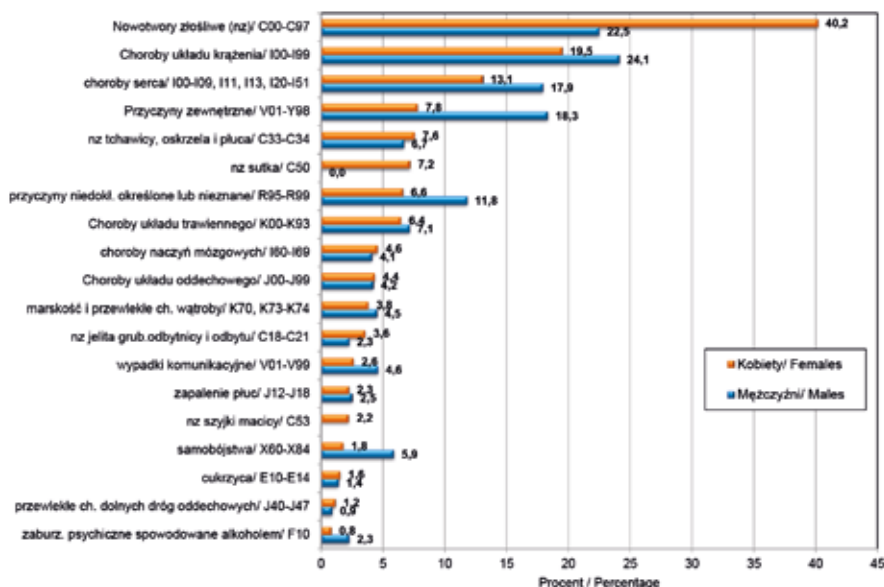
W 2016 r. w wyniku zgonów przed ukończeniem 75 lat polscy mężczyźni utracili 1 848 438 (9 942,3 na 100 tys.) potencjalnych lat życia a kobiety 784 840 (3 956,8 na 100 tys.). Na [ryc. 2.19](#) przedstawiono procentowy udział zgonów spowodowanych poszczególnymi chorobami bądź ich grupami oraz przyczynami zewnętrznymi w ogólnej puli utraconych potencjalnych lat życia w 2016 r. dla mężczyzn oraz kobiet. 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. Warto zauważyć, że nowotwory jelita grubego, odbytnicy i odbytu powodują większą utratę potencjalnych lat życia kobiet niż nowotwór szyjki macicy.

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 przedwczesną zgony mężczyzn niż wszystkie przyczyny zewnętrzne. W tej ostatniej grupie samobójstwa są przyczyną większego obciążenia mężczyzn przedwczesną umieralnością niż wypadki komunikacyjne. Trzeba zwrócić uwagę, że w 2016 r. zgony na skutek zaburzeń psychicznych spowodowanych alkoholem odpowiadały za tyle samo utraconych lat życia mężczyzn co zgony z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego.

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 ([tabela 2.4a i 2.4b](#)). Współczynnik PYLL obciążenia przedwczesnymi zgonami mężczyzn w 2016 r. nie zmienił się w stosunku do 2014 r, ale był o 21,1% mniejszy niż w roku 2000 i o 10,7% niż w 2010 r. W przypadku

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

kobiet sytuacja w 2016 r. była trochę lepsza niż w 2014 r. – współczynnik obniżył się o 2,3%, w porównaniu z 2000 r. był niższy o 22,5% a z 2010 r. o 7,8%. Tak więc długookresowa poprawa była podobna wśród kobiet i mężczyzn.



Ryc. 2.19. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn i kobiet w 2016 r. (obliczenia własne)

Fig.2.19. Potential years of life lost (PYLL-75) of males and females due to main causes of death in Poland, 2016 (authors' own calculation)

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%. W ostatnich dwóch latach poprawa w obu grupach płci była również wyraźna – spadek współczynnika odpowiednio o 14,5% i 14,6%. 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%). Znacznie

mniejsza jest poprawa w przypadku nowotworów złośliwych. Wśród mężczyzn wyraźnie spada liczba lat życia utracona z powodu nowotworu złośliwego płuca (o 22,8% w latach 2000-2016, a o 2,1% w ostatnich dwóch latach), a wśród kobiet z powodu raka szyjki macicy (w okresie 2000-2016 o 44,7% i o 10,4% w latach 2014-2016), ale niestety już nie raka piersi – współczynniki PYLL w 2000 r. i 2016 r. są praktycznie identyczne. Trzeba podkreślić zatrzymanie się w 2016 r. tendencji wzrostowej współczynnika PYLL dla raka płuca kobiet.

Tabela 2.4a. Standaryzowane współczynniki utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn według głównych przyczyn zgonów w wybranych latach 2000-2016 (na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Table 2.4a. Age-standardized rates of potential years of life lost (PYLL-75) of males due to main causes of death in Poland, selected years 2000-2016 (per 100 000 population) (authors' own calculation)

Przyczyna zgonu (ICD-10) / Causes of deaths	2000	2010	2012	2014	2016
Razem / Total w tym:	12602,7	11129,0	10809,6	9939,1	9942,3
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	164,7	142,2	115,8	80,0	85,1
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	2693,5	2450,3	2428,0	2358,9	2287,3
nowotwór zł. żołądka (C16)	196,1	157,2	161,1	146,1	143,4
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	189,8	226,1	220,0	235,9	232,4
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	890,9	777,5	761,4	702,0	687,6
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	69,0	73,7	77,4	85,1	88,4
Cukrzyca (E10-E14)	110,8	123,8	130,5	118,7	141,6
Zaburzenia psychiczne spowodowane użyciem alkoholu (F10)	150,9	157,6	145,9	115,1	223,8
Choroby układu krążenia (I00-I99)	3477,7	2929,4	2930,5	2655,3	2440,1
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	2493,8	2192,0	2240,6	2041,8	1811,2
ostry zawał serca (I21-I22)	1157,0	576,2	521,9	408,9	359,5
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	694,6	522,7	503,3	449,7	416,7
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	385,0	393,8	362,4	359,8	422,7
zapalenie płuc (J12-J18)	166,0	195,2	207,6	224,8	250,3
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	157,3	109,5	101,6	91,1	92,7
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	699,6	723,9	721,9	634,8	704,8
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	399,7	440,3	449,3	375,4	443,3
Objawy oraz przyczyny niedokładnie określone (R00-R99)	989,2	972,7	902,6	915,2	1177,8
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	2956,5	2466,0	2353,1	2066,2	1766,2
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	981,6	585,9	525,1	463,6	438,8
upadki (W00-W19)	151,9	151,5	178,1	185,9	157,0
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	788,3	793,0	789,9	732,4	564,8

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%).

Tabela 2.4b. Standaryzowane współczynniki utraconych potencjalnych latach życia kobiet według głównych przyczyn zgonów w wybranych latach 2000-2016 (na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Table 2.4b. Age-standardized rates of potential years of life lost (PYLL-75) of females due to main causes of death in Poland, selected years 2000-2016 (per 100 000 population) (authors' own calculation)

Przyczyna zgonu (ICD-10) / Causes of deaths	2000	2010	2012	2014	2016
Razem / Total w tym:	5089,8	4279,9	4225,4	4039,4	3946,6
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	70,9	50,8	46,3	33,8	30,6
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	1710,8	1653,4	1652,1	1647,2	1571,2
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	121,5	132,4	139,9	134,0	139,6
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	205,6	284,6	284,0	305,7	292,6
nowotwór zł. sutka (C50)	284,1	266,0	273,3	289,7	284,3
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	158,2	122,3	114,3	99,4	89,0
Cukrzyca (E10-E14)	70,4	58,0	56,8	53,5	60,4
Zaburzenia psychiczne spowodowane użyciem alkoholu (F10)	13,8	24,2	21,6	19,8	33,8
Choroby układu krążenia (I00-I99)	1209,9	893,0	901,4	832,8	753,6
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	722,7	568,6	598,3	573,9	505,4
ostry zawał serca (I21-I22)	263,7	116,7	109,4	96,7	85,6
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	383,5	253,4	240,2	206,8	178,2
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	160,9	155,9	148,9	152,0	170,9
zapalenie płuc (J12-J18)	76,1	81,3	80,8	91,4	89,6
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	55,1	43,0	45,4	39,4	44,9
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	218,6	244,9	258,6	233,3	256,5
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	110,7	140,1	147,2	135,8	153,3
Objawy oraz przyczyny niedokładnie określone (R00-R99)	234,2	217,0	193,5	198,2	271,3
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	622,2	419,0	408,7	373,1	318,7
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	240,1	134,2	124,9	114,5	108,5
upadki (W00-W19)	31,0	21,2	30,2	31,1	26,2
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	134,8	96,1	91,6	99,0	73,9

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. Dla umożliwienia lepszego porównania natężenia zgonów w różnych latach a także w różnych populacjach np. mężczyzn i kobiet, mieszkańców miast i wsi, mieszkańców różnych województw, przeprowadzono standaryzację współczynników względem wieku. Przedstawione zostały także rzeczywiste współczynniki zgonów w Polsce w 2016 r. gdyż to one pokazują jaki w tym roku był faktyczny rozmiar umieralności mieszkańców związany z daną grupą chorób.

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 ([tabela 2.5a i 2.5b](#)). 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 2.6 i 2.7](#)).

Warto przypomnieć, że choroby układu krążenia dominują jako przyczyna zgonu ogółu Polaków dopiero w wieku powyżej 69 lat (powyżej 44 lat wśród mężczyzn i 74 lat wśród kobiet) ([tabela 2.3, ryc. 2.18a i 2.18b](#)).

Tabela 2.5a. Umieralność MĘŻCZYŹN według głównych przyczyn w wybranych latach 1980-2016 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Table 2.5a. Deaths of MALES by main groups of causes in selected years 1980-2016(authors' own calculation availing CSO data)

Przyczyna zgonu (ICD-10) / Causes of deaths	1980	1991	1996	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. mężczyzn / Age-adjusted death rates per 100 000 men										
Nowotwory zł. (C00-C97)	259,6	296,9	297,7	300,0	296,0	271,1	253,5	250,2	259,1	250,9
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	737,9	797,1	670,5	561,3	492,8	439,7	410,4	381,1	392,4	353,9
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	102,1	72	61,3	70,9	68,9	61,9	65,2	56,1	63,1	59,8
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	55,9	48,4	47,0	51,6	54,8	48,6	45,6	42,1	40,7	43,8
Objawy chorob. (R00-R99)	127,8	109,7	119,7	91,0	85,2	72,3	67,4	72,5	68,5	78,5
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)		139,6	115,4	104,6	102,5	93,7	84,9	80,2	72,7	70,0
Procentowy udział w zgonach mężczyzn ogółem / Percentage of total deaths of males										
Nowotwory zł. (C00-C97)	17,5	19,5	22,1	24,6	25,9	25,9	25,9	26,9	27,2	27,3
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	44,5	48,3	45,7	42,8	40,3	40,8	40,9	40,3	40,7	38,2
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	6,6	4,5	4,2	5,4	5,6	5,7	6,5	5,9	6,5	6,4
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	3,8	3,2	3,6	4,3	4,9	4,7	4,6	4,5	4,2	4,6
Objawy chorob. (R00-R99)	6,6	6,5	8,0	7,0	7,0	6,7	6,6	7,6	7,0	8,2
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)		10,9	9,9	9,7	9,8	9,1	8,4	8,3	7,2	7,1

Tabela 2.5b. Umieralność KOBIEŹ według głównych przyczyn w wybranych latach 1980-2016

Table 2.5b. Deaths of FEMALES by main groups of causes in selected years 1980-2016

Przyczyna zgonu (ICD-10) / Causes of deaths	1980	1991	1996	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. kobiet / Age-adjusted death rates per 100 000 women										
Nowotwory zł. (C00-C97)	149,8	155,2	155,7	158,6	155,5	146,9	142,9	144,0	145,6	142,4
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	463,8	476	419,5	355,9	304,1	259,9	241,9	224,4	232,3	209,9
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	38,3	24,7	24,1	31,1	26,5	23,8	27,5	23,4	28,4	25,6
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	29,9	24,9	23,2	25,5	25,9	23,2	23,0	20,7	19,3	20,6
Objawy chorob. (R00-R99)	89,6	65	72,9	49,3	40	33,8	30,2	32,9	29,7	32,8
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)		37,9	32,4	29,7	26	20,7	19,4	18,3	17,0	16,4
Procentowy udział w zgonach kobiet ogółem / Percentage of total deaths of females										
Nowotwory zł. (C00-C97)	16,5	16,9	18,5	21,2	22,9	22,8	22,6	23,7	23,6	24,1
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	52,6	57,9	55,6	53,1	51,9	51,8	51,1	50,3	51,0	48,8
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	4,4	2,9	3,1	4,5	4,4	4,4	5,3	4,8	5,7	5,4
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	3,4	2,8	2,9	3,6	4,1	3,9	3,9	3,7	3,3	3,6
Objawy chorob. (R00-R99)	9,4	7,8	9,6	7,1	6,2	6,3	6,1	7,2	6,1	7,0
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)		4,2	3,9	3,9	3,6	3	2,9	2,9	2,6	2,6

Tabela 2.6. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2015 i 2016 (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.6. 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 2.7. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2015 i 2016 (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.7. 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

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 zgonów¹⁴, a z drugiej strony ma w Polsce miejsce przypisywanie jako przyczyn zgonów rozpoznawanych/kodowanych 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 2.7). Ten obiektywny spadek zagrożenia życia ChUK znalazł też odbicia w faktycznym, pomimo starzenia się populacji, zmniejszeniu rozmiaru poważnych, prowadzących do zgonu, problemów zdrowotnych związanych z chorobami serca i naczyń, na co wskazuje spadek współczynników rzeczywistych umieralności (tabela 2.6).

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 2.8 i 2.9). Do wyjątków należy zawał serca, z powodu którego nieznacznie częściej umierają mieszkańcy miast niż wsi. Nadwyżka umieralności ludności wiejskiej w stosunku do miejskiej jest podobna w przypadku chorób serca (13,0%) i chorób naczyń mózgowych (15,6%).

¹⁴ Wojtyński B., Stokwiszewski J., Goryński P., Poznańska A., *Długość życia i umieralność ludności Polski*. w: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B., (red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012. Wojtyński B., Jankowski K., Zdrojewski T., Opolski G., *Regional differences in determining cardiovascular diseases as the cause of death in Poland: time for change*. *Kardiologia Polska*. 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-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-,1,1.html>

Tabela 2.8. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2016 r.
(na 100 tysięcy ludności)

Table 2.8. 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 2.9. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz wybranych przyczyn w 2016 r. (na 100 tysięcy ludności)

Table 2.9. Age-standardized death rates by sex, place of residence and causes of deaths, 2016 (per 100 000 population)

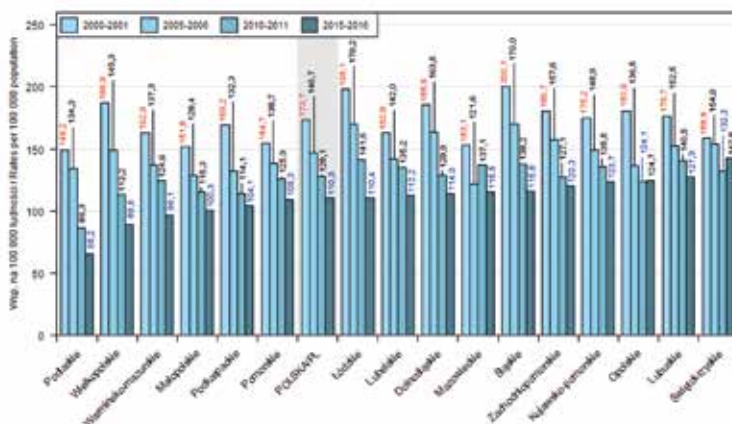
Przyczyny zgonów (ICD-10) / Causes of death (ICD-10)	Ogółem / Total		Mężczyźni / Males		Kobiety / Females	
	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas	Miasta / Urban areas	Wieś / Rural areas
Razem / Total w tym:	664,2	725,3	896,7	1001,5	491,7	499,6
Choroby zakaźne 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

[illegible]

Fig. 2.20a. 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

Umieralność z powodu ChUK osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata jest od szeregu lat na najniższym poziomie w woj. podlaskim, obecnie jej poziom jest niższy od ogólnopolskiego o 40,8% (ryc. 2.20b). Również w tym województwie w ostatnich pięciu latach oraz od początku lat 2000. zagrożenie życia spowodowane ChUK w tej grupie wieku zmniejszyło się w największym stopniu odpowiednio o 24,6% oraz 56,3% przy przeciętnym spadku w całym kraju o ok. 14% oraz 36%. Na drugim krańcu znajduje się woj. świętokrzyskie gdzie poziom

umieralności w ostatnich pięciu latach nawet zwiększył się o 7,9%, a w ciągu 15 lat zmniejszył się tylko o 10,1%. Nie ulega zmniejszeniu rozmiar wojewódzkiego zróżnicowania poziomu umieralności przedwczesnej z powodu ChUK a brak poprawy w woj. świętokrzyskim spowodował nawet jego zwiększenie.

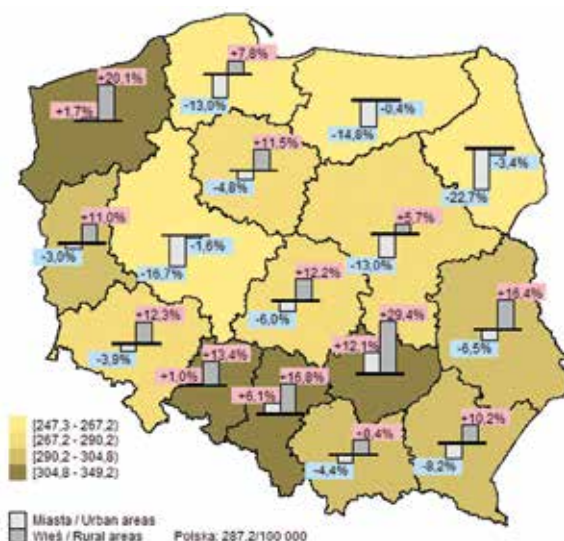


Ryc. 2.20b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (100-199) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.20b. Age-standardized annual death rates from diseases of the circulatory system (100-199) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

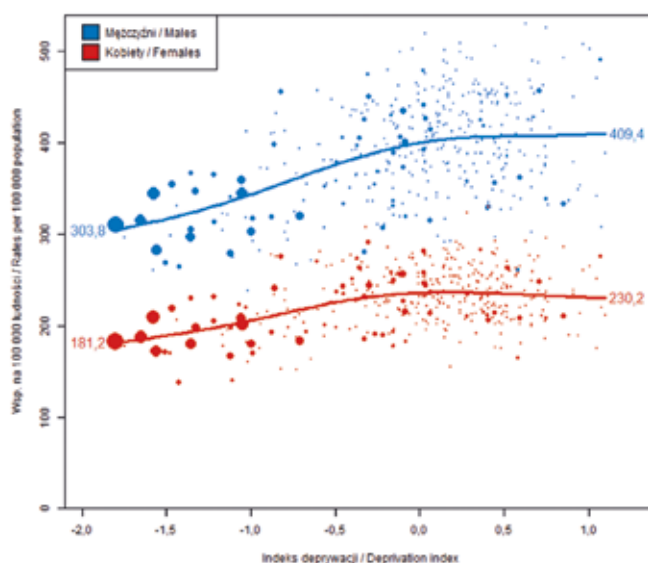
Choroby układu krążenia we wszystkich województwach bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast. W woj. świętokrzyskim poziom umieralności zarówno na wsi jak i mieście jest najwyższy w kraju i przewyższa poziom ogólnopolski odpowiedni o 29,4% i 12,1% (ryc. 2.21). Tylko w trzech województwach poziom umieralności zarówno w miastach jak i na wsi jest niższy od przeciętnego w kraju natomiast w czterech jest wyższy. Największa względna różnica poziomów umieralności z powodu ChUK w miastach i na wsi jest w woj. lubelskim i pomorskim.

Związek poziomu umieralności z powodu chorób układu krążenia ogółem z poziomem deprivacji w powiatach pokazuje rycina 2.22. Standaryzowane współczynniki zgonów zarówno mężczyzn jak i kobiet w powiatach mają tendencję rosnącą wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprivacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprivacji przeciętny poziom umieralności był wyższy niż w powiatach gdzie deprivacja była najniższa w przypadku kobiet o 27,0%, a w przypadku mężczyzn o 34,8%. Wzrostowy trend współczynników zgonów słabł wraz ze wzrostem indeksu deprivacji. W sumie różnice poziomu deprivacji w powiatach tłumaczyły 35% i 31% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ChUK między powiatami, odpowiednio mężczyzn i kobiet.



Ryc. 2.21. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

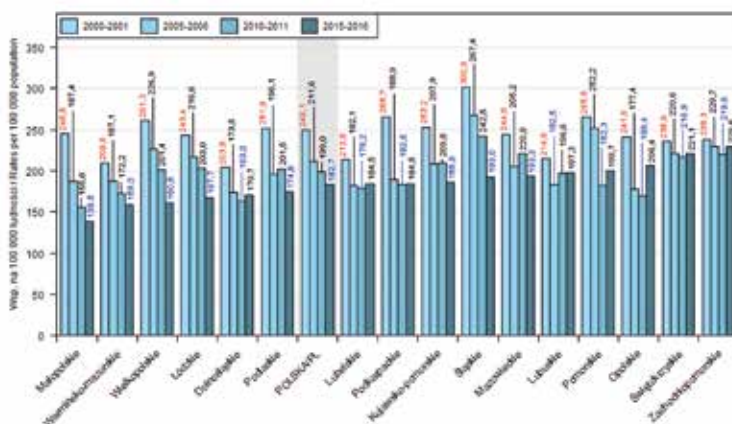
Fig. 2.21. Relative difference of age-standardized death rates from diseases of the circulatory system (I00-I99) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016



Ryc. 2.22. Związek standaryzowanych współczynników zgonów (2014-2016) z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.22. 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)

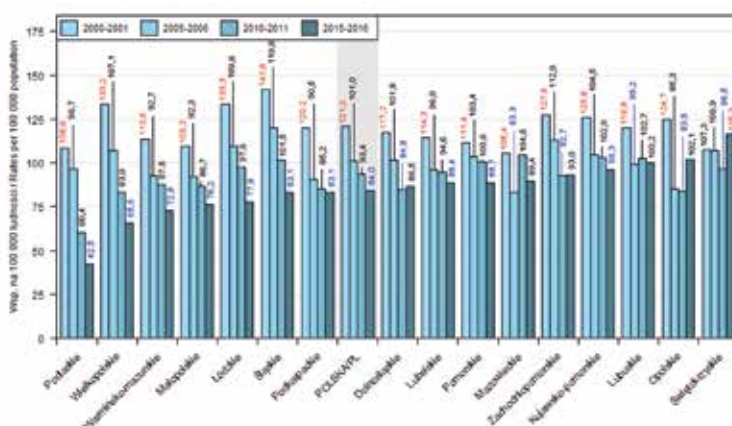
Choroby serca (ChS) (I00–I09, I11, I13, I20–I51) w ostatnich latach (2015–2016) najbardziej zagrażają życiu mieszkańców woj. zachodniopomorskiego i świętokrzyskiego, których poziom umieralności jest wyższy od przeciętnego w kraju odpowiednio o 26% i 21% o ok. 66% i 60% wyższy niż w woj. małopolskim (ryc. 2.23a). Jak zwracaliśmy już uwagę w poprzednim raporcie ocena zmian jakie zachodzą w ostatnich latach w poziomie umieralności z powodu chorób serca mieszkańców poszczególnych województw może być częściowo zaburzona zmianami w przypisywaniu miażdżycy jako przyczyny zgonu. I tak na przykład wzrost umieralności w latach 2015–2016 w stosunku do okresu sprzed pięciu lat obserwowany w woj. opolskim, pomorskim i dolnośląskim może być częściowo związany z wyraźnym zmniejszeniem przypisywania miażdżycy jako przyczyny wyjściowej zgonu (ryc. 2.25). W woj. pomorskim za takim wytłumaczeniem przemawia także równoczesny spadek umieralności z powodu chorób serca w wieku 25–64 lata, natomiast w woj. opolskim może to być tylko częściowym wytłumaczeniem gdyż wzrost umieralności wystąpił również u osób młodszych, większy niż spadek zgonów z przypisaną miażdżycą. Niewątpliwie zwraca uwagę brak poprawy sytuacji i w miarę stały od lat poziom umieralności w woj. świętokrzyskim i zachodniopomorskim. Z drugiej strony duży spadek w ostatnich latach umieralności z powodu chorób serca w woj. świętokrzyskim, śląskim i kujawsko-pomorskim może być częściowo związany ze znacznym wzrostem w tym okresie liczby zgonów przypisywanych miażdżycy. Nie ulega zmniejszeniu rozmiar wojewódzkiego zróżnicowania poziomu umieralności z powodu chorób serca.



Ryc. 2.23a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób serca (I00–I09, I11, I13, I20–I51) ogółu osób wg województw w latach 2000–2001, 2005–2006, 2010–2011 oraz 2015–2016

Fig. 2.23a. Age-standardized annual death rates from heart disease (I00–I09, I11, I13, I20–I51) in total population by voivodship, 2000–2001, 2005–2006, 2010–2011 and 2015–2016

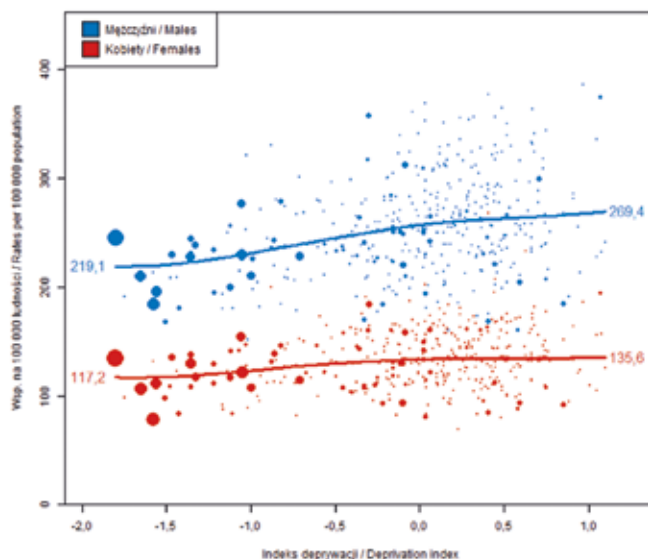
Umieralność z powodu chorób serca osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata jest od kilku lat na najniższym poziomie w woj. podlaskim, obecnie jej poziom jest niższy od ogólnopolskiego o 49,5% (ryc. 2.23b). Również w tym województwie w ostatnich pięciu latach oraz od początku lat 2000. zagrożenie życia spowodowane ChUK 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.



Ryc. 2.23b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób serca (I00–I09, I11, I13, I20–I51) osób w wieku 25–64 lata wg województw w latach 2000–2001, 2005–2006, 2010–2011 oraz 2015–2016

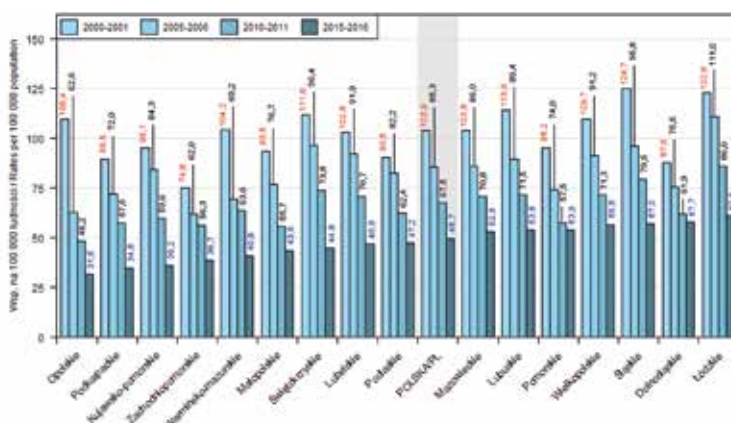
Fig. 2.23b. Age-standardized annual death rates from heart disease (I00–I09, I11, I13, I20–I51) in population aged 25–64 years by voivodship, 2000–2001, 2005–2006, 2010–2011 and 2015–2016

Choroby serca we wszystkich województwach bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast. W woj. zachodniopomorskim poziom umieralności zarówno na wsi jak i miastach jest najwyższy w kraju i przewyższa poziom ogólnopolski odpowiedni o 40,2% i 20,9% (ryc. 2.24). W czterech województwach poziom umieralności zarówno w miastach jak i na wsi jest niższy od przeciętnego w kraju natomiast w siedmiu jest wyższy. Największa względna różnica poziomów umieralności z powodu chorób serca w miastach i na wsi jest w woj. pomorskim.



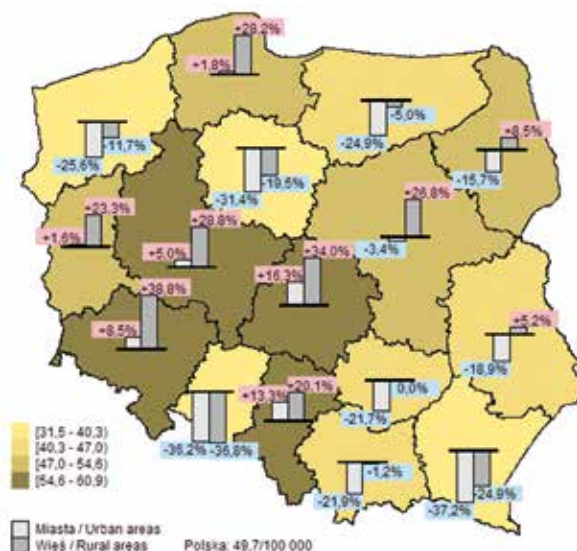
Ryc. 2.25. Związek standaryzowanych współczynników zgonów (2014–2016) z powodu chorób serca (I00–I09, I11, I13, I20–I51) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.25. Relationship between males and females age-standardized death rate (2014–2016) from heart disease (I00–I09, I11, I13, I20–I51) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)



Ryc. 2.26a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych (I60-I69) ogółu osób wg województw w latach 2000–2001, 2005–2006, 2010–2011 oraz 2015–2016

Fig. 2.26a. Age-standardized annual death rates from cerebrovascular diseases (I60-I69) in total population by voivodship, 2000–2001, 2005–2006, 2010–2011 and 2015–2016



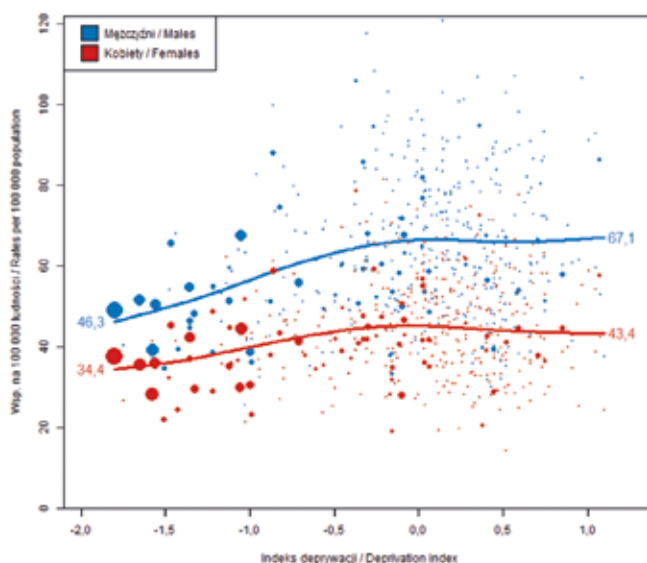
Ryc. 2.27. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych (I60-I69) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.27. Relative difference of age-standardized death rates from cerebrovascular diseases (I60-I69) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

Standaryzowane współczynniki zgonów zarówno mężczyzn jak i kobiet w powiatach mają tendencję rosnącą mniej więcej w pierwszej połowie wzrostu wartości wskaźnika deprywacji a następnie trend ten wygasa. W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności był wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa w przypadku mężczyzn o 44,9% a w przypadku kobiet o 26,2%. W sumie różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 15% i 10% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób serca między powiatami, odpowiednio mężczyzn i kobiet.

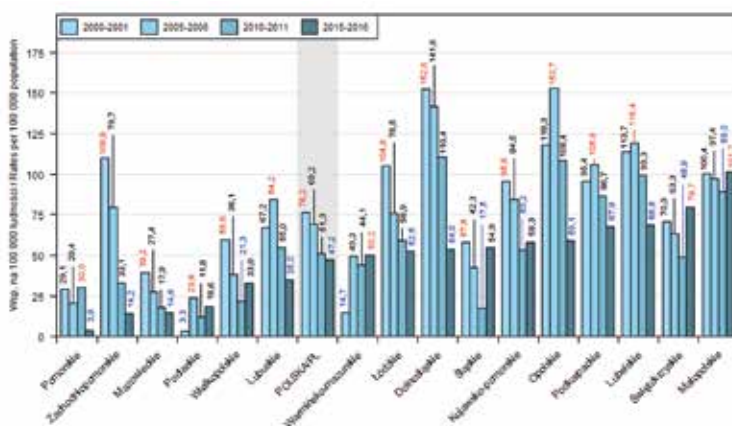
Dosyć niezwykle przedstawia się sytuacja jeśli chodzi o zróżnicowanie międzywojewódzkie natężenia zgonów, w których jako przyczyna podana została **miażdżyca** (I70). Trzeba dodać, że w blisko 90% jest ona raportowana jako miażdżyca uogólniona i nieokreślona czyli wg wskazań WHO należy do tak zwanych kodów śmieciowych. Standaryzowany współczynnik umieralności w latach 2015-2016 wahał się od 3,9 na 100 tys. ludności w woj. pomorskim do 107,7/100 tys. w woj. małopolskim (ryc. 2.29). Przy ogólnym, niewielkim spadku umieralności z powodu miażdżycy w ostatnich pięciu latach (o 8,0%) zwraca uwagę zadziwiający ponad trzykrotny jej wzrost w woj. śląskim, o 63% w woj. świętokrzyskim i o 55% w woj. wielkopolskim. Największy postęp w eliminacji kodowania

miażdżycy jako przyczyny zgonu wystąpił w ostatnich latach w woj. pomorskim a w całym okresie lat 2000. w woj. zachodniopomorskim.



Ryc. 2.28. Związek standaryzowanych współczynników zgonów (2014-2016) z powodu chorób naczyń mózgowych (160-169) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.28. Relationship between males and females age-standardized death rate (2014-2016) from cerebrovascular diseases (160-169) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)



Ryc. 2.29. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu miażdżycy (I70) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.29. Age-standardized annual death rates from atherosclerosis (I70) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Podsumowując wojewódzkie zróżnicowanie umieralności z powodu chorób układu krążenia należy powtórzyć jeszcze raz nasze uwagi z poprzednich lat, które są wciąż aktualne i o których wciąż trzeba pamiętać interpretując obserwowane różnice. Część różnic pomiędzy województwami zarówno w przypadku zgonów z powodu chorób serca jak i chorób naczyń mózgowych może wynikać z lokalnych zwyczajów w przypisywaniu uogólnionej miażdżycy jako przyczyny wyjściowej zgonu i sposobu w jaki podchodzą do tego problemu przeszkoleni lekarze kodujący karty zgonu. Problem ten najbardziej dotyczy woj. małopolskiego i niewątpliwie wymaga pilnego podjęcia działań w celu zapewnienia lepszej porównywalności danych o przyczynach zgonów ludności Polski zbieranych w różnych częściach kraju.

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 ([tabela 2.3a](#) i [2.3b](#)) (warto przypomnieć, że wśród kobiet w wieku 30-74 lata, a w konsekwencji wśród ogółu Polaków w wieku 45-69 lata, to nowotwory złośliwe stanowią największe zagrożenie życia, [ryc. 2.17](#), [tabela 2.3](#)). 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 ([tabela 2.5](#)). 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 i tak w 2016 r. z powodu raka jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu (ICD10 C18-C21) zmarły 12173 osoby (12% zgonów nowotworowych), z powodu raka żołądka (C16) 5220 osób (5,2%), z powodu

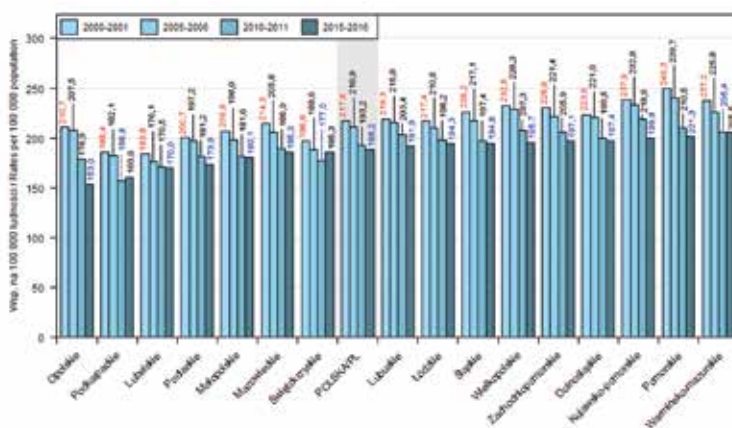
raka sutka (C50) zmarły 6493 kobiety (a także 83 mężczyzn) (6,6% ogółu zgonów nowotworowych i 15% zgonów kobiet z powodu nowotworów), raka szyjki macicy (C53) 1570 kobiet (1,6% ogółu zgonów nowotworowych i 3,5% zgonów kobiet z powodu nowotworów), zaś z powodu raka gruczołu krokowego (prostaty) zmarło 5220 mężczyzn (5,2% ogółu zgonów nowotworowych i 9,4% zgonów mężczyzn z powodu nowotworów). 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 (tabela 2.7). Trendy zmian umieralności z powodu chorób nowotworowych ludności Polski na tle trendów przeciętnych dla ogółu krajów UE zostaną omówione w dalszej części.

Nowotwory złośliwe ogółem są większym zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach ale ze względu na różnice w strukturze wieku rzeczywisty współczynnik zgonów jest wyższy w miastach. Tylko współczynnik umieralności mężczyzn z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego oraz pęcherza moczowego jest wyższy w miastach niż na wsi (tabela 2.8 i 2.9). 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. 2.30a). Najmniej choroby nowotworowe zagrażają życiu mieszkańców Polski południowo-wschodniej – woj. podkarpackiego i lubelskiego natomiast w ostatnich latach również opolskiego. Korzystna jest również sytuacja w woj. podlaskim natomiast pewnemu pogorszeniu uległa sytuacja w woj. świętokrzyskim. W ostatnim pięcioleciu współczynnik zgonów ogółu ludności obniżył się w prawie wszystkich województwach a wyjątkiem było woj. podkarpackie oraz woj. świętokrzyskie gdzie stosunkowo korzystna sytuacja uległa pogorszeniu. W Polsce przeciętny spadek współczynnika wyniósł 2,6% (od początku lat 2000. spadek o 13,5%), ale w woj. opolskim aż 14,5% (w ciągu 15 lat 27,4%).

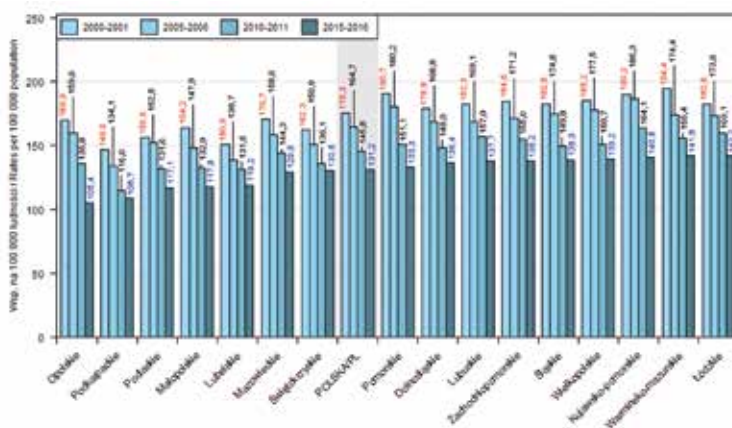
W przypadku osób w wieku 25-64 lata systematyczny spadek współczynników umieralności występuje się we wszystkich województwach, w skali całego kraju w ostatnich pięciu latach o 10,0% a w okresie 15 lat o 25,1% (ryc. 2.30b). Największy spadek miał miejsce w woj. opolskim o 22,4% w ostatnich pięciu latach i o 38,0% w ciągu 15 lat, natomiast w woj. świętokrzyskim analogiczna poprawa była najmniejsza i wynosiła odpowiednio 4,1% i 19,6%.

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. 2.30a. 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

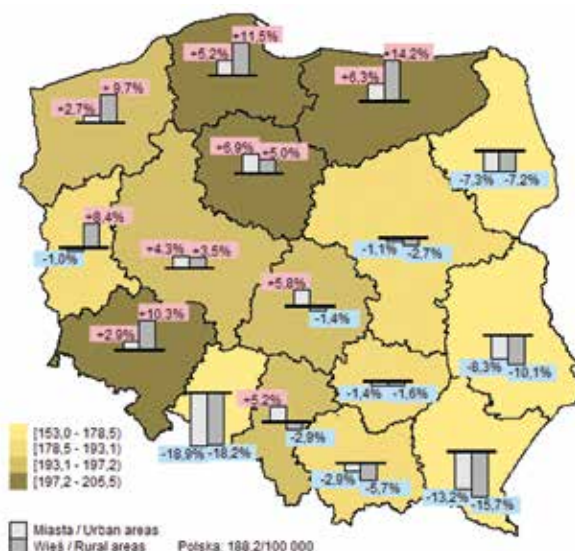
Fig. 2.30a. Age-standardized annual death rates from malignant neoplasms (C00-C97) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.30b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.30b. Age-standardized annual death rates from malignant neoplasms (C00-C97) in population aged 25-64 years 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. W woj. warmińsko-mazurskim i pomorskim poziom umieralności zarówno na wsi jak i mieście należy do najwyższych w kraju a w woj. opolskim i podkarpackim do najniższych (ryc. 2.31). 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.

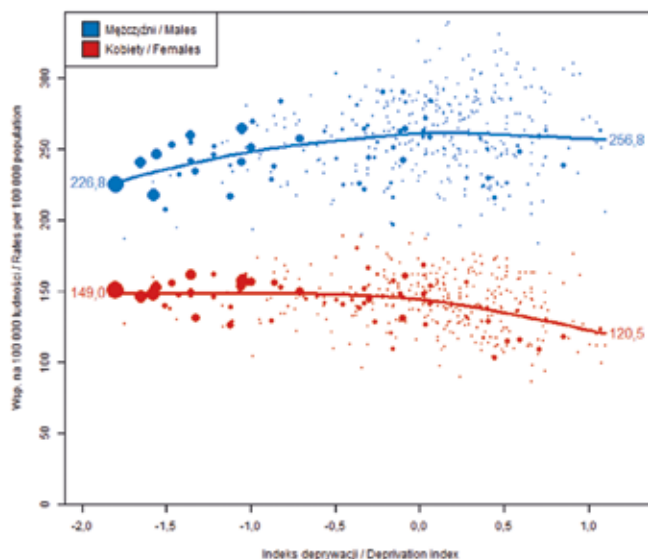


Ryc. 2.31. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) mieszkańców miast i wsi stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.31. 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 voivodeship, 2015-2016

Ciekawie przedstawia się związek poziomu umieralności z powodu nowotworów złośliwych z poziomem deprivacji w powiatach, który pokazuje rycina 2.32. O ile standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w powiatach ma tendencję rosnącą mniej więcej w pierwszej połowie wzrostu wartości wskaźnika deprivacji a następnie trend ten wygasa, to w przypadku zgonów kobiet związek jest odwrotny – obserwujemy słabą tendencję spadkową współczynnika zgonów, która przyspiesza wraz ze wzrostem deprivacji. Ta różnica stanie się bardziej zrozumiała po analizie sytuacji dla bardziej szczegółowych rozpoznań. 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.

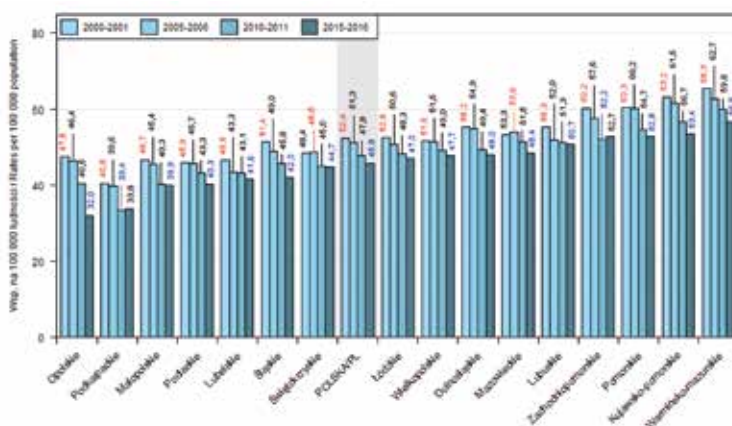


Ryc. 2.32. Związek standaryzowanych współczynników zgonów (2014-2016) z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.32. 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)

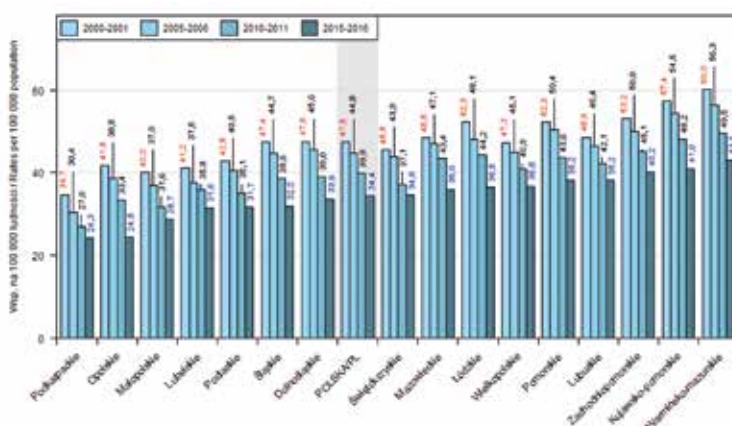
Największe zagrożenie życia z powodu **nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca** w całym okresie lat 2000. występuje w woj. warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim zarówno w przypadku ludności ogółem jak i osób w wieku 25-64 lata (ryc. 2.33a i 2.33b). Nadwyżka umieralności w woj. warmińsko-mazurskim w stosunku do poziomu ogólnopolskiego w tym okresie wynosiła 22-25% dla ogółu ludności i 24-26% dla osób w wieku 25-64 lata. Natomiast najbardziej korzystna sytuacja w latach 2015-2016 dla ogółu ludności występuje w woj. opolskim gdzie natężenie zgonów było o ok. 30% niższe niż poziom ogólnopolski. Wyprzedziło ono pod tym względem najlepsze od lat woj. podkarpackie gdzie wciąż jest najniższy poziom umieralności osób w wieku 25-64 lata (w ostatnich dwóch latach 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. 2.33a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

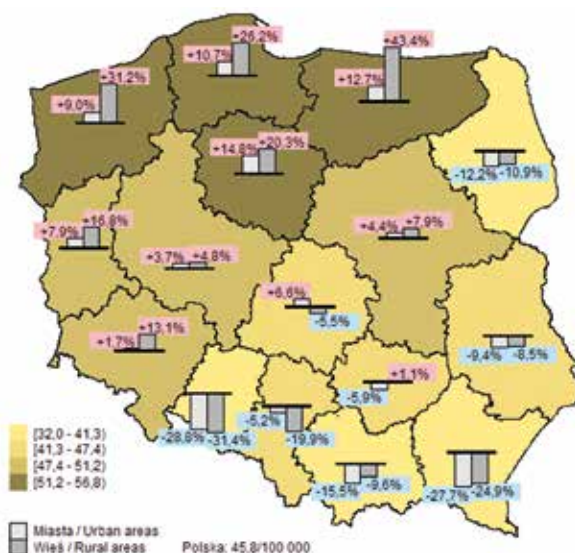
Fig. 2.33a. Age-standardized annual death rates from trachea, bronchus and lung cancer (C33-C34) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.33b. 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. 2.33b. 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

Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca w dziesięciu województwach bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast a w trzech sytuacja jest odwrotna i bardziej jest zagrożone życie mieszkańców miast (w trzech województwach umieralność w mieście i na wsi jest na bardzo zbliżonym poziomie). W woj. warmińsko-mazurskim, pomorskim i kujawsko-pomorskim poziom umieralności zarówno na wsi jak i w miastach należy do najwyższych w kraju a w woj. opolskim i podkarpackim do najniższych (ryc. 2.34). Największa względna różnica poziomów umieralności z powodu nowotworów złośliwych w miastach i na wsi jest w woj. warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim na niekorzyść mieszkańców wsi natomiast w woj. śląskim jest ona największa na niekorzyść mieszkańców miast.

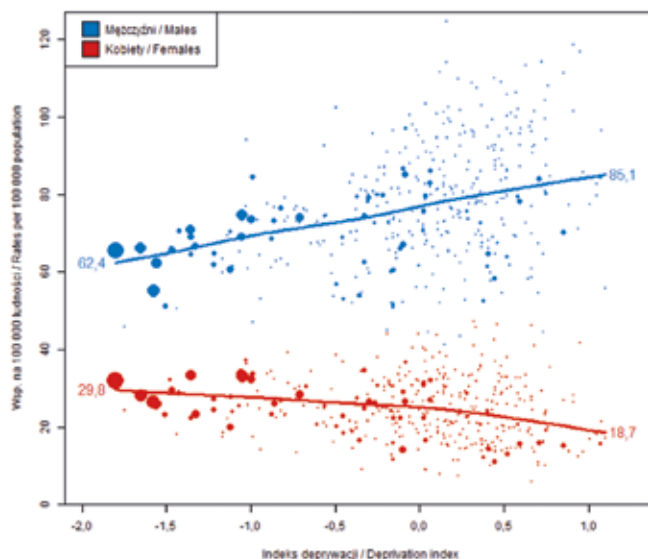


Ryc. 2.34. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego g województw w latach 2015-2016

Fig. 2.34. Relative difference of age-standardized death rates from trachea, bronchus and lung cancer (C33-C34) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

Związek poziomu umieralności z powodu raka płuca z poziomem deprivacji w powiatach (ryc. 2.35) częściowo tłumaczy trochę dziwną sytuację jaką stwierdzono wcześniej w przypadku nowotworów ogółem. O ile standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w powiatach ma tendencję rosnącą wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprivacji, 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%. W sumie różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 19% i 11% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu raka tchawicy, oskrzela i płuca między powiatami, odpowiednio mężczyzn i kobiet.

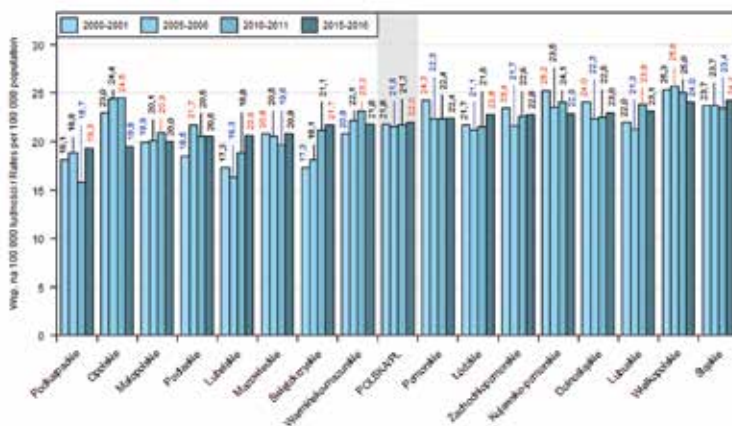


Ryc. 2.35. Związek standaryzowanych współczynników zgonów (2014-2016) z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) mężczyzn i kobiet z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprywacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.35. 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)

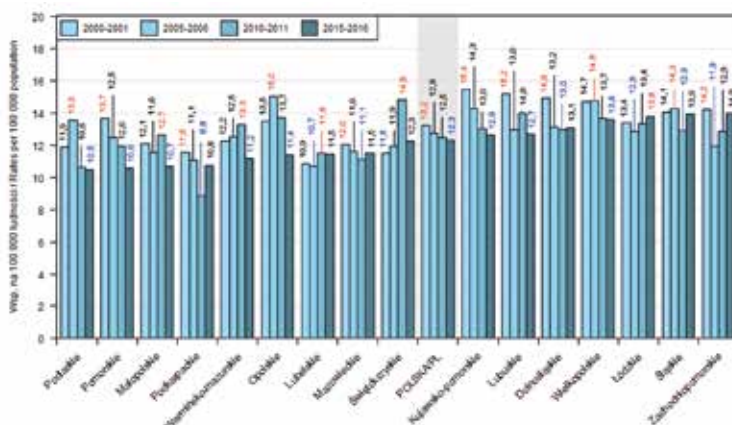
Zagrożenie życia spowodowane **nowotworem złośliwym jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu** (C18-C21) ludności Polski ogółem jest w latach 2000. na stosunkowo stałym poziomie. O ile w początkowych latach 2000. nowotwory o tym umiejscowieniu najmniej zagrażały życiu mieszkańców woj. lubelskiego to w ostatnich latach najbardziej korzystna sytuacja jest w woj. podkarpackim aczkolwiek należy zwrócić uwagę na wzrost o ponad 22% współczynnika zgonów w latach 2015/2016 w stosunku do lat 2010/2011 (ryc. 2.36a). Natomiast również od wielu lat najbardziej zagrożone tym nowotworem jest życie mieszkańców woj. wielkopolskiego, jednak w ostatnim dwuletnim okresie trochę większe zagrożenie było w woj. śląskim. W ośmiu województwach obecny poziom

umieralności jest wyższy niż na początku lat 2000. W przypadku osób w wieku 25-64 lata w skali całego kraju występuje słaba tendencja spadkowa współczynników umieralności w latach 2000. ale na poziomie wojewódzkim występuje ona wyraźnie tylko w woj. pomorskim i kujawsko-pomorskim (ryc. 2.36b). W trzech województwach – lubelskim, łódzkim i świętokrzyskim obecny poziom umieralności osób w wieku 25-64 lata jest wyższy niż na początku lat 2000.



Ryc. 2.36a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.36a. Age-standardized annual death rates from colorectal cancer (C18-C21) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

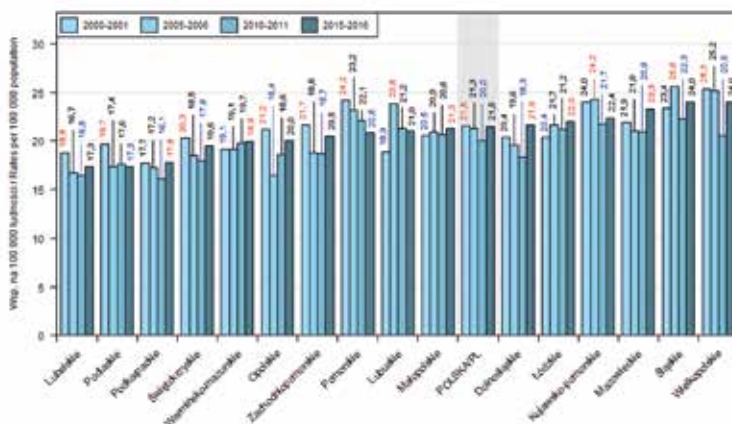


Ryc. 2.36b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.36b. Age-standardized death rates from colorectal cancer (C18-C21) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

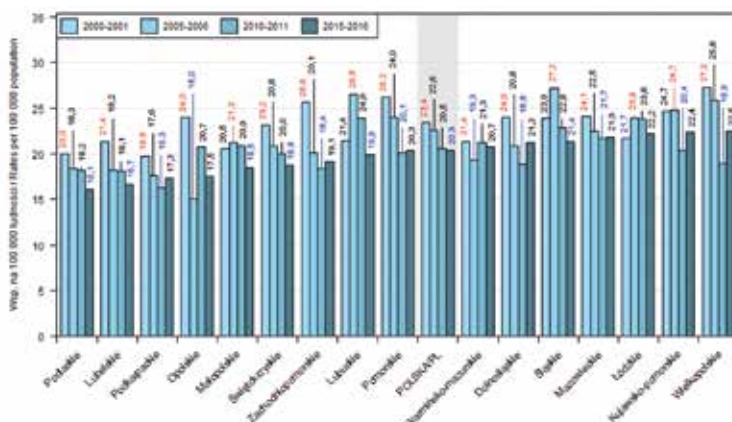
Zagrożenie życia ogółu kobiet z powodu **nowotworu złośliwego sutka** („raka piersi”) w Polsce w latach 2015/2016 było większe niż w latach 2010/2011 i standaryzowany współczynnik zgonów był wyższy o 7,2% (był on na tym samym poziomie co w latach 2000/2001) (ryc. 2.38a). Tylko w woj. pomorskim obserwujemy 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. Do województw o najwyższym poziomie umieralności kobiet ogółem z powodu tego nowotworu zaliczają się niewątpliwie woj. wielkopolskie i śląskie gdzie poziom umieralności kobiet jest o 11,6% wyższy od ogólnopolskiego.

W przypadku kobiet w wieku 25-64 lata sytuacja jest bardziej korzystna niż wśród kobiet ogółem i współczynniki zgonów w okresie ostatnich pięciu lat obniżył się w dziewięciu województwach i tylko w woj. łódzkim jest obecnie wyższy niż w latach 2000-2001 (ryc. 2.38b). Różnica poziomu umieralności w województwach gdzie sytuacja była najmniej i najbardziej korzystna jest około 39%.



Ryc. 2.38a. 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. 2.38a. Age-standardized annual death rates from breast cancer (C50) in all females by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



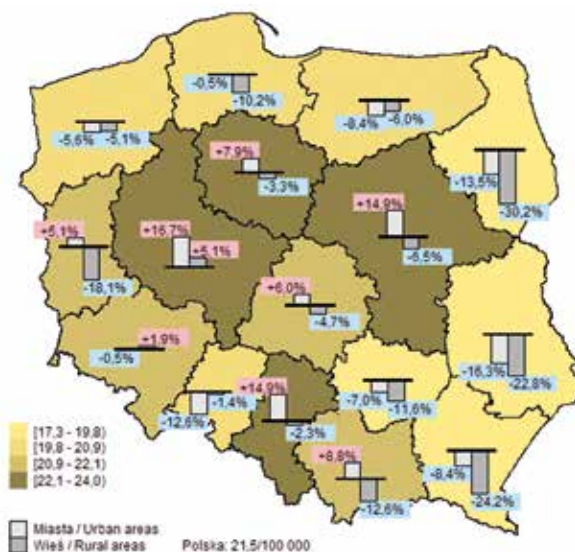
Ryc. 2.38b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego sutka (C50) kobiet w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.38b. Age-standardized annual death rates from breast cancer (C50) in females aged 25-64 years 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 mieszkanki miast niż wsi. W woj. wielkopolskim poziom umieralności zarówno w miastach jak i na wsi jest najwyższy w kraju przy czym jest to jedno z dwóch województw (drugim jest dolnośląskie) gdzie poziom umieralności na wsi jest wyższy od ogólnopolskiego (ryc. 2.39). Wysoka umieralność mieszkanki miast cechuje również woj. mazowieckie i śląskie a najniższa umieralność zarówno mieszkanki miast jak i wsi występuje w woj. lubelskim, podlaskim i podkarpackim. Największa względna różnica poziomów umieralności z powodu raka piersi w miastach i na wsi jest w woj. lubuskim i mazowieckim.

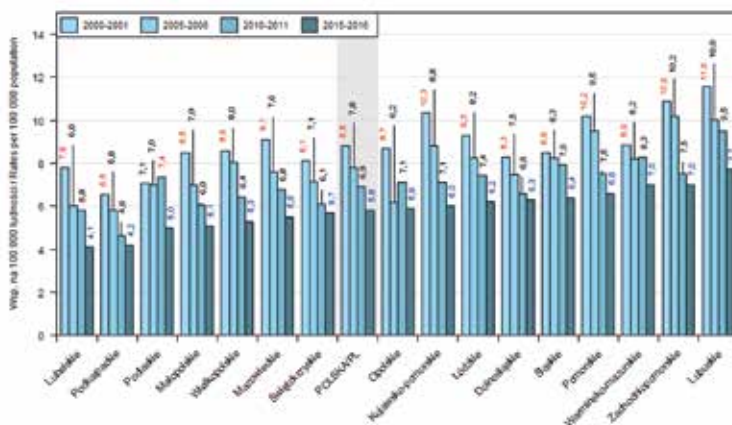
Zagrożenie życia kobiet z powodu **nowotworu złośliwego szyjki macicy** zmniejsza się w Polsce dosyć systematycznie chociaż powoli ale można stwierdzić, że dynamika zmian współczynników umieralności kobiet z powodu tej choroby jest bardziej korzystna niż w przypadku raka sutka. Obecny poziom umieralności 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%) (ryc. 2.40a i 2.40b). Systematyczna poprawa sytuacji występuje w prawie wszystkich województwach a współczynniki umieralności w ostatnim okresie 2015/2016 nawet w woj. podlaskim i śląskim, w których w latach 2000/2001-2010/2011 nie występowały większe zmiany, obecnie są znacznie niższe niż 5 lat wcześniej. 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.



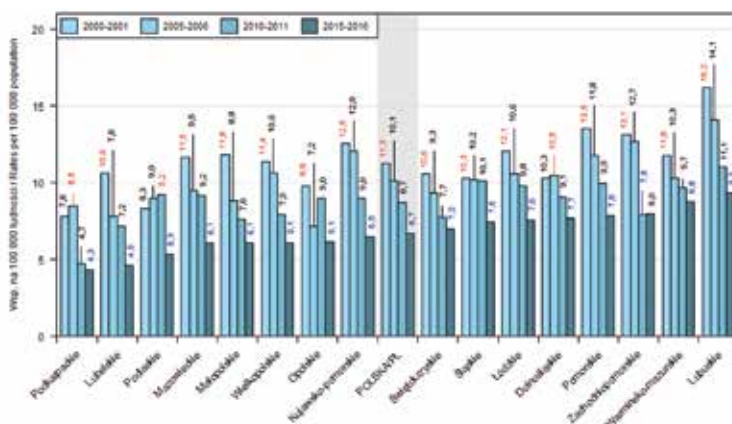
Ryc. 2.39. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworu złośliwego sutka (C50) mieszkanek miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.39. Relative difference of age-standardized female death rates from breast cancer (C50) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016



Ryc. 2.40a. 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. 2.40a. 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. 2.40b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy (C53) kobiet w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.40b. Age-standardized annual death rates from cancer of cervix uteri (C53) in females aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Nowotwory złośliwe szyjki macicy w dziesięciu województwach bardziej zagrożają życiu mieszkanki miast niż wsi, a w sześciu sytuacja jest odwrotna i bardziej jest zagrożone życie mieszkanki wsi. Zarówno w przypadku mieszkanki miast jak i wsi zdecydowanie najwyższy poziom umieralności jest w woj. lubuskim, trochę niższy jest w woj. warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, przy czym o ile w woj. lubuskim poziom umieralności na wsi jest wyraźnie wyższy niż w miastach, to w dwóch pozostałych jest zbliżony. W woj. lubelskim i podkarpackim poziom umieralności zarówno na wsi jak i w mieście należy do najniższych (ryc. 2.41). Największa względna różnica poziomu umieralności z powodu raka szyjki macicy w miastach i na wsi, na niekorzyść mieszkanki 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 mieszkanki wsi, oprócz wspomnianego wyżej woj. lubuskiego, jest w woj. świętokrzyskim, pomorskim i dolnośląskim.

Trochę zaskakująco przedstawia się związek poziomu umieralności kobiet z powodu raka sutka i raka szyjki macicy z poziomem deprivacji w powiatach (ryc. 2.42). W przypadku raka sutka w powiatach, gdzie wskaźnik deprivacji jest poniżej wartości średniej, wpływa on w niewielkim stopniu na wielkość współczynnika zgonów, natomiast przy wyższych wskaźnikach deprivacji ich związek z poziomem umieralności jest wyraźny i co może zaskakiwać jest ujemny, a więc im wyższy poziom deprivacji, tym niższy przeciętny poziom umieralności. W powiatach o najwyższym poziomie deprivacji przeciętny poziom

Map of Poland showing the spatial distribution of the share of the population in urban areas (Miasta) and rural areas (Wieś) in 2007. The map is divided into voivodeships, each with a bar chart showing the percentage of the population in urban areas (white bar) and rural areas (grey bar). The background color of each voivodeship indicates its average population density per 100 km², categorized into four ranges: 4.1-5.2 (light yellow), 5.2-6.0 (yellow), 6.0-6.5 (orange), and 6.5-7.7 (dark orange).

Legend:

- 4.1 - 5.2
- 5.2 - 6.0
- 6.0 - 6.5
- 6.5 - 7.7

Legend:

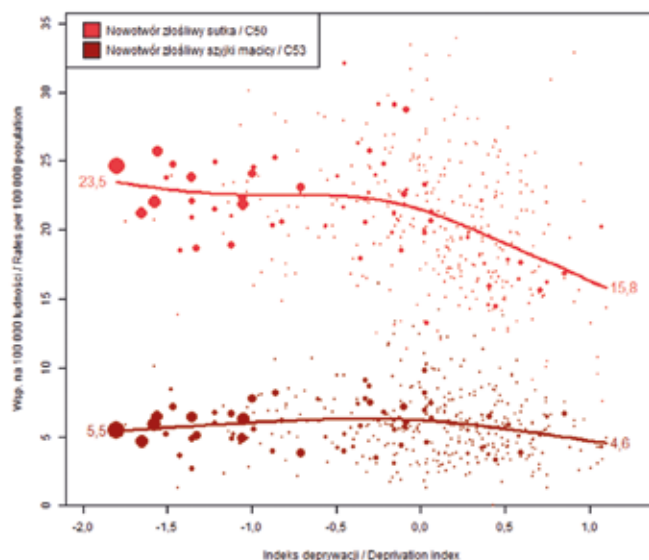
- Miasta / Urban areas
- Wieś / Rural areas

Polska: 5,8/100 000

Fig. 2.41. 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

Ponieważ zgony mężczyzn z powodu **nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty)** tylko w 11% (2016 r.) występowały wśród mężczyzn w wieku poniżej 65 lat, dlatego umieralność z powodu tego nowotworu wg województw przedstawiono tylko dla ogółu mężczyzn ([ryc. 2.43](#)). Współczynnik zgonów w ostatnich latach 2015/2016 była na wyższym poziomie niż 5 lat wcześniej w skali całego kraju (o 10,6%) i w trzynastu województwach. Największy wzrost współczynnika,

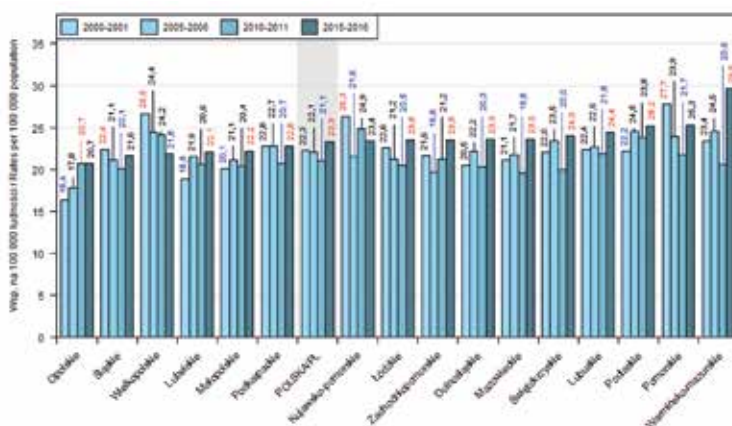
o ok. 44%, wystąpił w woj. warmińsko-mazurskim a o połowę mniejszy (o 20%) w woj. mazowieckim i świętokrzyskim. Obecny poziom umieralności w Polsce jest również wyższy niż w latach 2000/2001 (o 4,6%) i sytuacja taka ma miejsce w jedenastu województwach. Stosunkowo najlepsza sytuacja i najmniejsze zagrożenie życia mężczyzn spowodowane rakiem prostaty w ostatnich latach występuje w woj. mazowieckim natomiast województwem o najwyższej umieralności jest woj. pomorskie. Różnice międzywojewódzkie współczynników umieralności mężczyzn z powodu raka prostaty, które zmniejszały się w latach 2000-2011 w ostatnim okresie uległy zwiększeniu.



Ryc. 2.42. Związek standaryzowanych współczynników zgonów kobiet (2014-2016) z powodu nowotworów złośliwych sutka (C50) i szyjki macicy (C53) z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.42. 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)

Współczynniki umieralności z powodu raka prostaty mężczyzn mieszkających w miastach i na wsi w większości województw nie różniły się znacznie od siebie (ryc. 2.44). Tylko w woj. lubuskim i pomorskim względna różnica poziomu umieralności w miastach i na wsi przekroczyła 15 punktów procentowych na niekorzyść mieszkańców wsi, natomiast w woj. opolskim na niekorzyść mieszkańców miast.



Ryc. 2.43. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego prostaty (C61) mężczyzn ogółem wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.43. Age-standardized annual death rates from cancer of prostate (C61) in all males by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.44. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu raka prostaty (C61) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.44. Relative difference of age-standardized death rates from cancer of prostate (C61) in urban and rural males in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

Nie stwierdzono związku poziomu umieralności mężczyzn z powodu raka prostaty z poziomem deprivacji w powiatach. W powiatach o najwyższym poziomie

deprywacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn z powodu tego nowotworu był wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najmniejsza o 9,3% a różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły tylko 2% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu tego nowotworu.

2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów

Zewnętrzne przyczyny 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 (tabela 2.3, ryc. 2.18a i 2.18b). 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, tabela 2.6). 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 (tabela 2.5a i 2.5b).

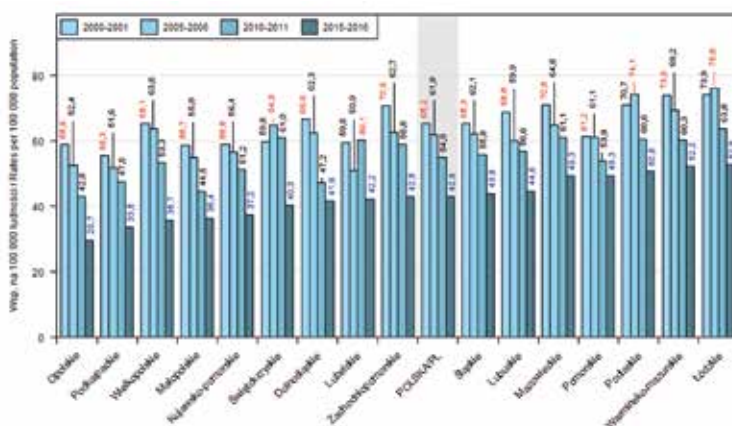
Zewnętrzne przyczyny zgonów są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet, latach 2015-2016 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 4,3 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 2.7). Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (o 29%) natomiast życiu mieszkanek wsi i miast zagrażają w takim samym stopniu (tabela 2.9).

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 (w 2016 r. 48% zgonów z przyczyn zewnętrznych, a w wieku powyżej 75 lat nawet 61% zgonów z powodu tych przyczyn, identycznie jak w 2014 r.). 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% (tabela 2.9).

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. 2.45a i 2.45b). 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. W ostatnich dwóch latach 2015-2016 umieralność ogółu osób w woj. łódzkim i warmińsko-mazurskim była wyższa niż w całym kraju odpowiednio 23% i 22% a w przypadku osób w wieku 25-64 lata o 27% i 35%.

Związek poziomu umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych z poziomem deprivacji w powiatach pokazuje rycina 2.46. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn w powiatach mają wyraźną tendencję rosnącą wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprivacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprivacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn był wyższy niż w powiatach gdzie deprivacja była najniższa o 87,2% i różnice poziomu deprivacji w powiatach tłumaczyły 32% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych. W przypadku kobiet ten związek praktycznie nie istniał i przeciętny poziom umieralności w powiatach o najmniejszym i największym wskaźniku deprivacji był bardzo podobny i różnice poziomu deprivacji w powiatach tłumaczyły zaledwie 2% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów.

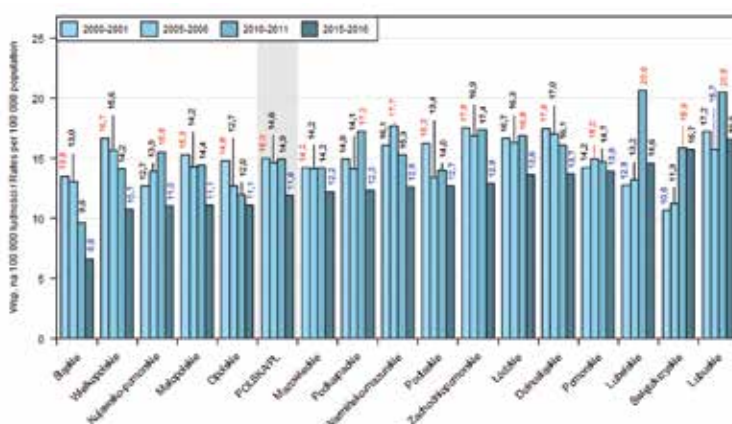


Ryc. 2.45a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (V00-Y98) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.45a. Age-standardized annual death rates from external causes (V00-Y98) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

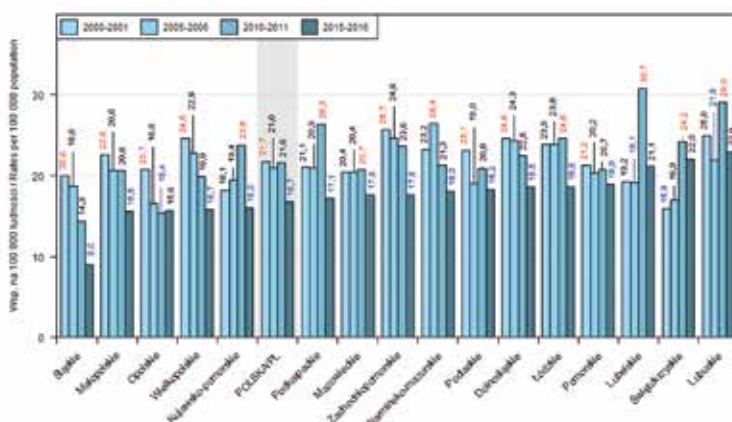
(poprawa wystąpiła we wszystkich województwach) i o 22,4% wśród osób w wieku 25-64 lata (niewielki wzrost miał miejsce tylko w woj. opolskim) (ryc. 2.47a i 2.47b). Największy względny spadek współczynnika zgonów wśród ogółu mieszkańców, o ok. 31%, oraz osób w wieku 25-64 lata, o ok. 37%, wystąpił w woj. 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.

Zwraca uwagę znacznie wyższy poziom umieralności z powodu samobójstw w latach 2010-2016 niż w latach 2000-2006 w woj. świętokrzyskim. Ten wzrost współczynników może być częściowo artefaktem wynikającym z wyraźnego zmniejszenia się częstości zgonów, których przyczyną były „zdarzenia o nieokreślonym zamiarze” (Y10-Y34), dla których standaryzowane współczynniki dla ogółu mieszkańców zmniejszyły się w tym województwie z 18,0 i 23,3/100 tys., odpowiednio w latach 2000-2001 i 2005-2006, do 5,6 i 0,6/100 tys. w latach 2010-2011 i 2015-2016. W populacji w wieku 25-64 lata zmiany były podobne.



Ryc. 2.47a. 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. 2.47a. 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. 2.47b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.47b. Age-standardized annual death rates from suicide and self-harm (X60-X84) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

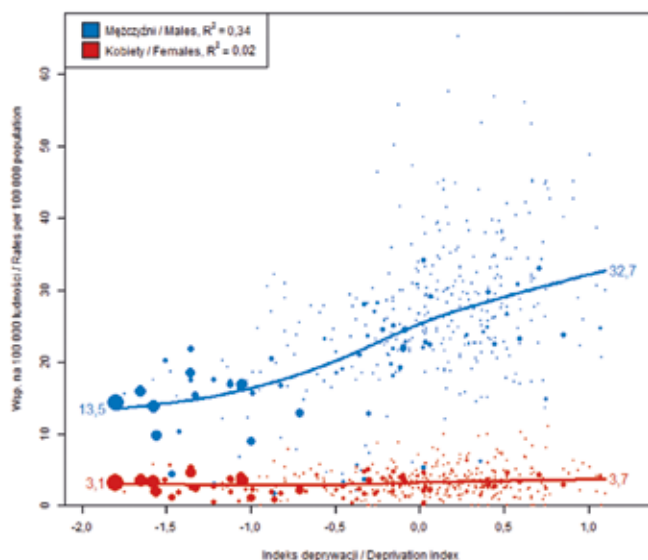
We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi jest znacznie wyższy niż mieszkańców miast. Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach jest w woj. lubelskim, a następnie mazowieckim, warmińsko-mazurskim i łódzkim (ryc. 2.48). Zdecydowanie najniższe zagrożenia życia z powodu samobójstw jest w woj. śląskim, które jest jedynym województwem gdzie współczynnik zgonów mieszkańców wsi jest niższy od przeciętnego dla całego kraju. Natomiast najwyższy poziom umieralności zarówno na wsi jak i w miastach jest w woj. lubuskim, świętokrzyskim i pomorskim i tylko w tych województwach oraz w dolnośląskim współczynnik zgonów w miastach był wyższy od ogólnopolskiego.

Związek poziomu umieralności z powodu samobójstw z poziomem deprivacji w powiatach pokazuje rycina 2.49. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn w powiatach mają wyraźny trend rosnący wraz ze wzrostem wartości wskaźnika deprivacji. W powiatach o najwyższym poziomie deprivacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn był blisko dwukrotnie (o 142%) wyższy niż w powiatach gdzie deprivacja była najniższa i różnice poziomu deprivacji w powiatach tłumaczyły 32% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu samobójstw. W przypadku kobiet ten związek praktycznie nie istniał i przeciętny poziom umieralności w powiatach o najmniejszym i największym wskaźniku deprivacji był bardzo podobny i różnice poziomu deprivacji w powiatach tłumaczyły zaledwie 2% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów.



Ryc. 2.48. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu z powodu samobójstw (X60-X84) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

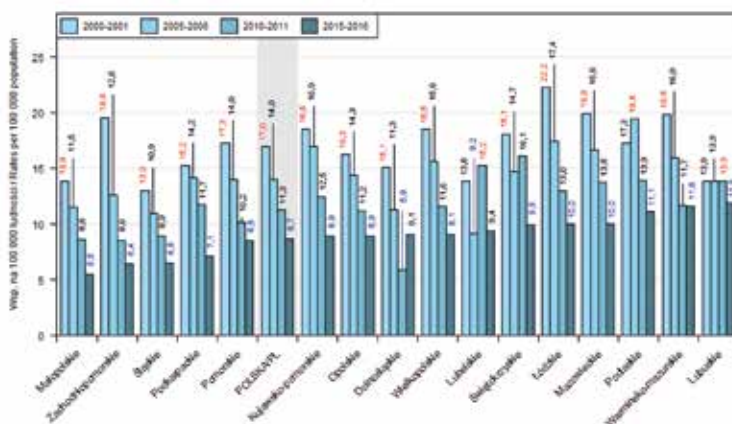
Fig. 2.48. Relative difference of age-standardized death rates from suicide and self-harm (X60-X84) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016



Ryc. 2.49. Związek standaryzowanych współczynników zgonów mężczyzn i kobiet (2014-2016) z powodu samobójstw (X60-X84) z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

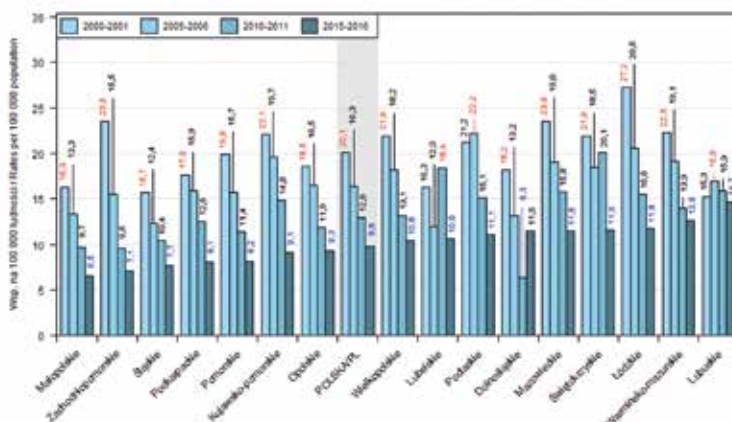
Fig. 2.49. Relationship between males and females age-standardized death rates (2014-2016) from suicide (X60-X84) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

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, a osób w wieku 25-64 lata jest niższy odpowiednio o blisko jedną czwartą (24,1%) i ponad połowę (51,1%) (ryc. 2.50a i 2.50b).



Ryc. 2.50a. 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. 2.50a. Age-standardized annual death rates from transport accidents (V00-V99) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.50b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych (V00-V99) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.50b. Age-standardized annual death rates from transport accidents (V00-V99) in population aged 25-64 years 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. Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach jest w woj. mazowieckim i podlaskim a następnie świętokrzyskim, pomorskim i łódzkim (ryc. 2.51). Zdecydowanie najniższe zagrożenia życia z powodu wypadków komunikacyjnych jest w woj. małopolskim, podkarpackim, śląskim oraz zachodniopomorskim, przy czym pierwsze trzy są jedynymi województwami gdzie współczynnik zgonów mieszkańców wsi jest niższy od przeciętnego dla całego kraju. Natomiast w woj. lubuskim i warmińsko-mazurskim najwyższemu poziomowi umieralności w miastach (jedynie województwa gdzie współczynnik zgonów w miastach był wyższy od ogólnopolskiego) towarzyszył wysoki poziom umieralności na wsi.



Fig. 2.51. Relative difference of age-standardized death rates from transport accidents (V00-V99) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

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 i wprawdzie przeciętny poziom umieralności w powiatach o największym wskaźniku deprywacji był o dwie trzecie wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najmniejsza ale różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły zaledwie 9% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów.

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 ([tabela 2.5a i 2.5b](#)). 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, [tabela 2.4](#)).

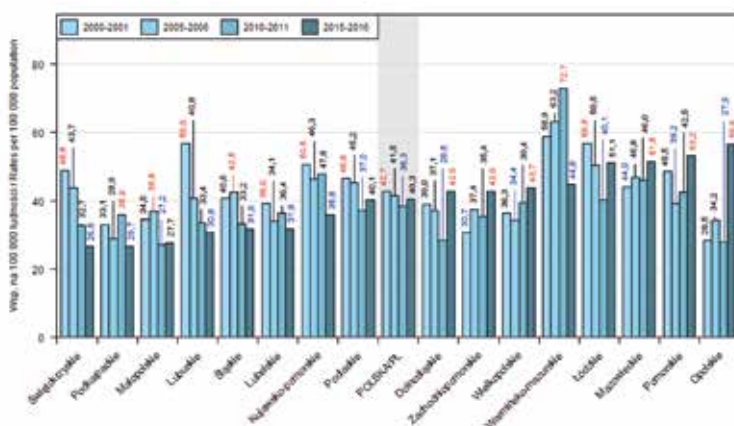
Choroby układu oddechowego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest 2,3 razy wyższe niż wśród kobiet ([tabela 2.7](#)). W wieku powyżej 65 lat choroby układu oddechowego stanowią znacznie większe zagrożenie życia niż przyczyny zewnętrzne, zarówno dla mężczyzn jak i kobiet ([tabela 2.3](#), [ryc. 2.18a i 2.18b](#)).

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 mieszkanki wsi jest o 9% niższy niż mieszkanki miast ([tabela 2.8 i 2.9](#)). 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.

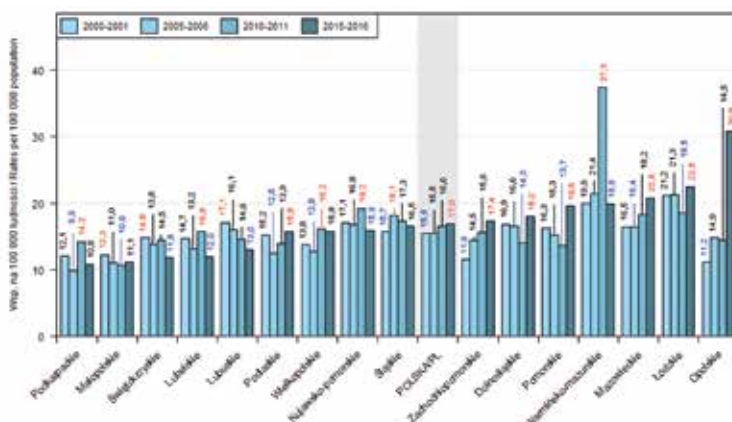
Zagrożenie życia mieszkańców Polski spowodowanego **chorobami układu oddechowego ogółem** jest w analizowanych latach w skali całego kraju na stosunkowo ustabilizowanym poziomie. Natomiast na poziomie wojewódzkim występują znaczne zmiany współczynników zgonów w analizowanych latach, czasami o przeciwnym charakterze. W dwóch przypadkach zmiany zwracają szczególną uwagę. Pierwszy odnosi się do ponad dwukrotnie wyższego poziomu umieralności w woj. opolskim w latach 2015-2016 w porównaniu z latami 2010-2011, a drugi do znacznie niższego poziomu umieralności w ostatnich latach w porównaniu z latami 2010-2011 w woj. warmińsko-mazurskim (ryc. 2.52a i 2.52b). Na tak znaczne obniżenie się współczynnika zgonów z powodu tej grupy przyczyn w woj. warmińsko-mazurskim zwrócono uwagę w poprzednim naszym raporcie gdzie stwierdziliśmy, że „Tak duże obniżenie się współczynnika umieralności najprawdopodobniej było artefaktem wynikającym ze zmiany kodowania przyczyn zgonów, gdyż stoi za tym zmniejszenie się z 1069 do 23 liczby zgonów, których przyczyną wyjściową była „Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej” (J96).” Podobna co do przyczyny jest sytuacja w woj. opolskim. Liczba zgonów z powodu niewydolności oddechowej (J96) wzrosła z 86 w latach 2010-2011 (we wcześniejszych latach liczby zgonów były jeszcze mniejsze) do 848 w latach 2015-2016.

Mędzywojewódzkie zróżnicowanie natężenia umieralności spowodowanej **zapaleniem płuc** jest duże i również duże zróżnicowanie wykazywały zmiany w czasie poziomu umieralności w poszczególnych województwach (ryc. 2.53a i 2.53b).



Ryc. 2.52a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego ogółem (J00-J99) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

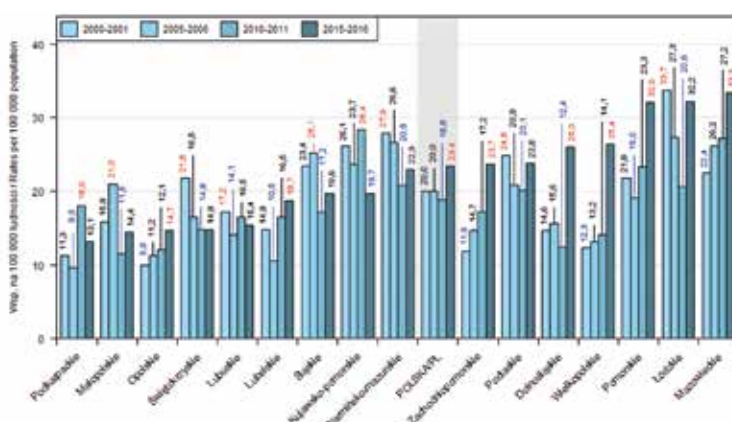
Fig. 2.52a. Age-standardized annual death rates from diseases of the respiratory system (J00-J99) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.52b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego ogółem (J00-J99) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

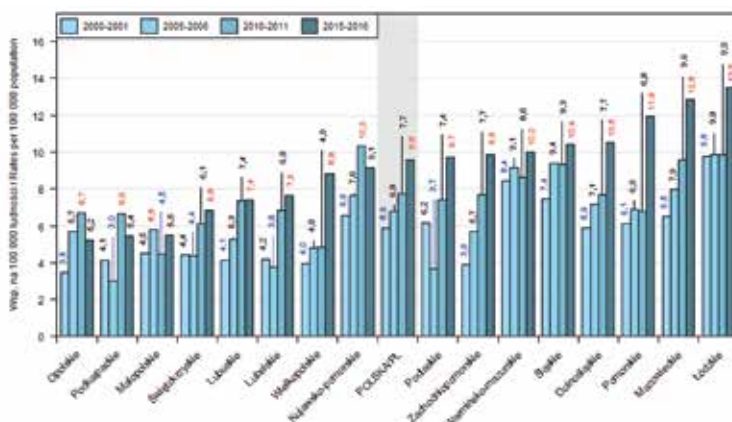
Fig. 2.52b. Age-standardized annual death rates from diseases of the respiratory system (J00-J99) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Najbardziej zagraża ono obecnie życiu mieszkańców woj. mazowieckiego, pomorskiego i łódzkiego. Współczynniki zgonów w latach 2015-2016 były wyższe niż pięć lata wcześniej w większości województw zarówno wśród ogółu ludności jak i osób w wieku 25-64 lata. Zwraca uwagę duży wzrost poziomu umieralności ogółu ludności w woj. dolnośląskim (ponad dwukrotny) oraz w wielkopolskim (o 87%). W tym drugim województwie podobny wzrost umieralności występuje wśród osób w wieku 25-64 lata.



Ryc. 2.53a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc (J12-J18) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

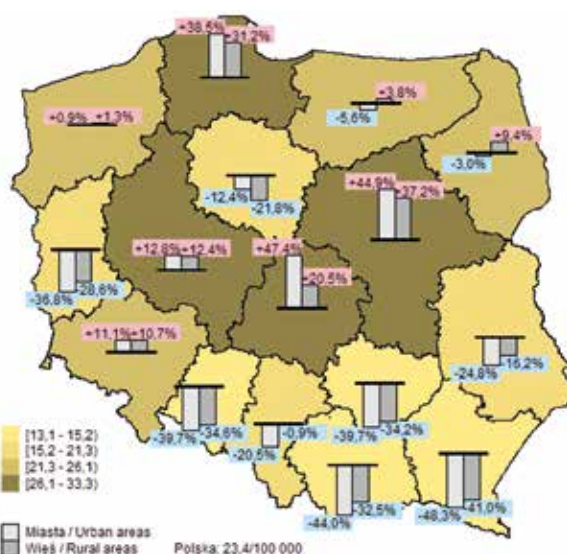
Fig. 2.53a. Age-standardized annual death rates from pneumonia (J12-J18) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.53b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc (J12-J18) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.53b. Age-standardized annual death rates from pneumonia (J12-J18) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

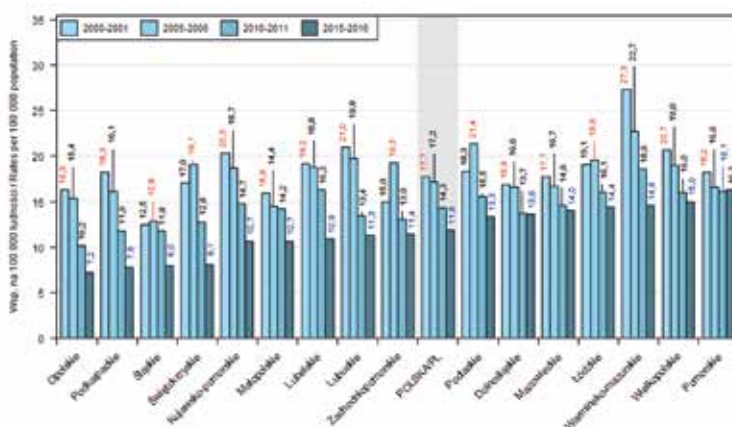
We prawie wszystkich województwach poziom umieralności z powodu zapalenia płuc mieszkańców miast i wsi jest dosyć zbliżony. Największa względna różnica poziomów umieralności na niekorzyść mieszkańców miast jest w woj. łódzkim, a na niekorzyść mieszkańców wsi w woj. śląskim (ryc. 2.54).



Ryc. 2.54. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu zapalenia płuc (J12-J18) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.54. Relative difference of age-standardized death rates from pneumonia (J12-J18) in urban and rural population in relation to death rate in whole Poland by voivodship, 2015-2016

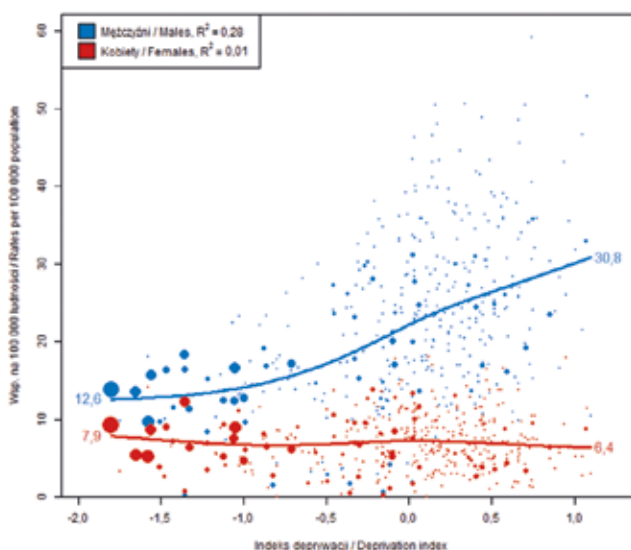
Zagrożenie życia ogółu ludności Polski spowodowane **przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych** w latach 2000. stopniowo zmniejsza się i sytuacja taka występuje we wszystkich województwach chociaż z różnym natężeniem (ryc. 2.55). W woj. podkarpackim, opolskim i świętokrzyskim obecny poziom umieralności 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.





Ryc. 2.56. 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. 2.56. 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



Ryc. 2.57. Związek standaryzowanych współczynników zgonów mężczyzn i kobiet (2014-2016) z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych (J40-J47) z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.57. 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)

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.

2.10. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego

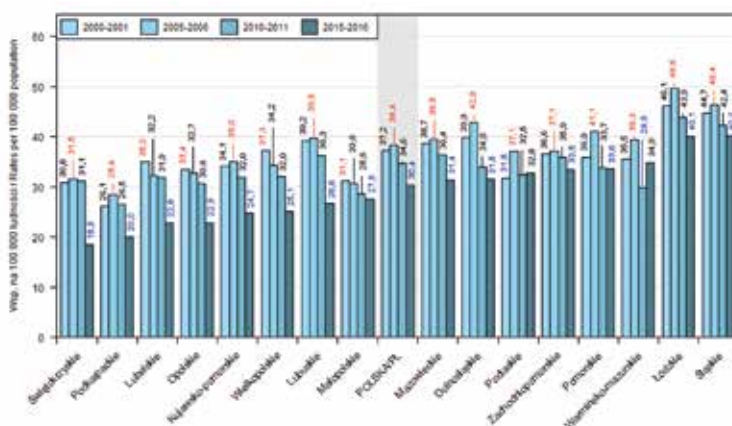
Umieralność ogółu ludności Polski z powodu chorób układu trawiennego charakteryzuje się trendem spadkowym w ostatnich kilku latach jednak w 2016 r. poziom umieralności zwiększył się, co wyraźniej zaznaczyło się wśród mężczyzn (tab. 2.5a i 2.5b). W roku 2016 choroby układu trawiennego były przyczyną 16049 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, tabela 2.4). Wprawdzie ogólny poziom umieralności z powodu tych chorób jest niższy niż z powodu chorób układu oddechowego ale w wieku 25-64 lat to choroby układu trawiennego są częstszą przyczyną zgonów Polaków (tabela 2.3, ryc. 2.18a i 2.18b).

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 (tabela 2.7).

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).

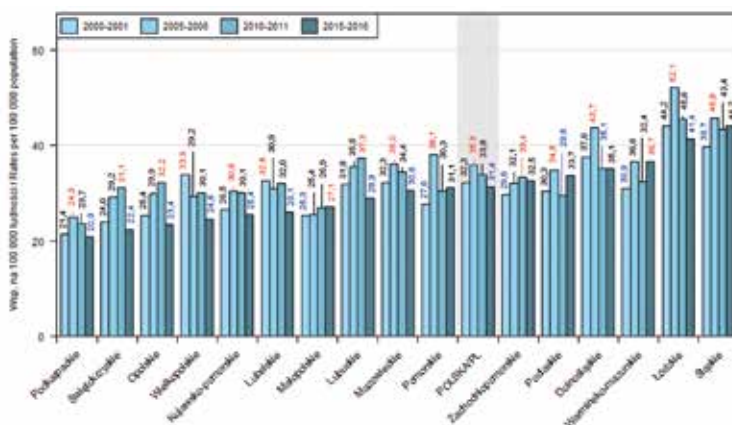
Choroby układu trawiennego ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi i to zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet (tabela 2.8 i 2.9). Jeszcze większa różnica na niekorzyść mieszkańców miast występuje w przypadku przewlekłych chorób wątroby. Umieralność z ich powodu mężczyzn w miastach jest wyższa niż na wsi o 26% zaś w przypadku kobiet różnica wynosi nawet 71%.

Zagrożenie życia **chorobami układu trawiennego ogółem** zarówno ogółu ludności jak i osób w wieku 25-64 lata obecnie (2015-2016) jak również pięć i dziesięć lat wcześniej a także na początku lat 2000. było najwyższe w woj. łódzkim i śląskim (ryc. 2.58a i 2.58b).



Ryc. 2.58a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego ogółem (K00-K93) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.58a. Age-standardized annual death rates from diseases of the digestive system (K00-K93) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.58b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego ogółem (K00-K93) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

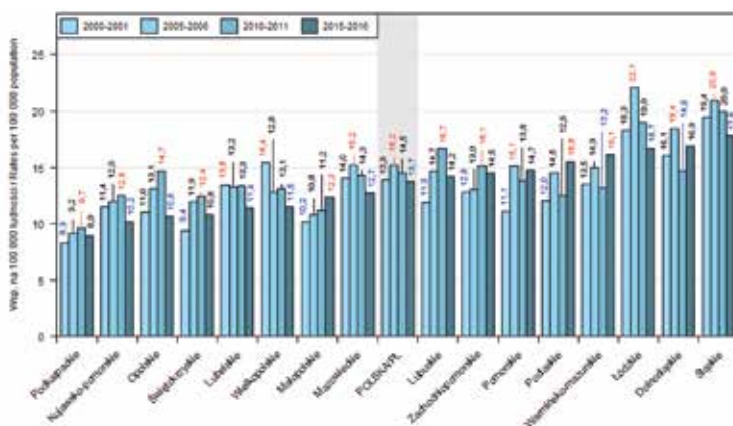
Fig. 2.58b. Age-standardized annual death rates from diseases of the digestive system (K00-K93) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Z drugiej strony najbardziej korzystna sytuacja w latach 2000 występowała w woj. podkarpackim ale w ostatnich latach 2015-2016 niższa umieralność ogółu ludności była w woj. świętokrzyskim. Poziom umieralności w tych dwóch najlepszych województwach był o ponad połowę niższy niż w woj. śląskim i łódzkim.

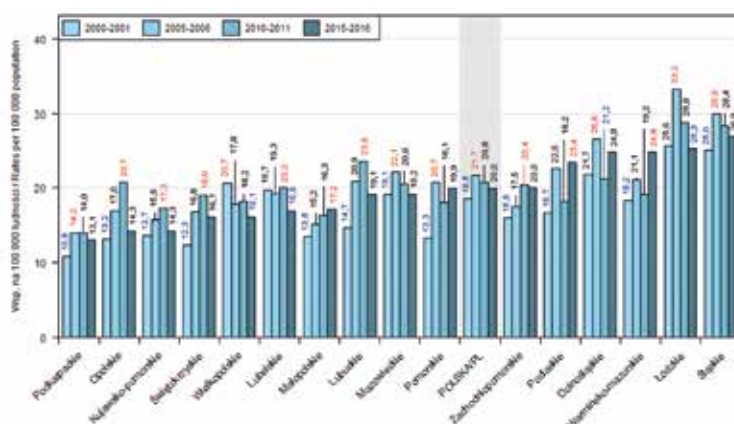
Współczynniki zgonów w ostatnich dwóch latach były niższe niż pięć lat wcześniej w większości województw.

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 jak i osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata (ryc. 2.59a i 2.59b). 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 wcześniej 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.

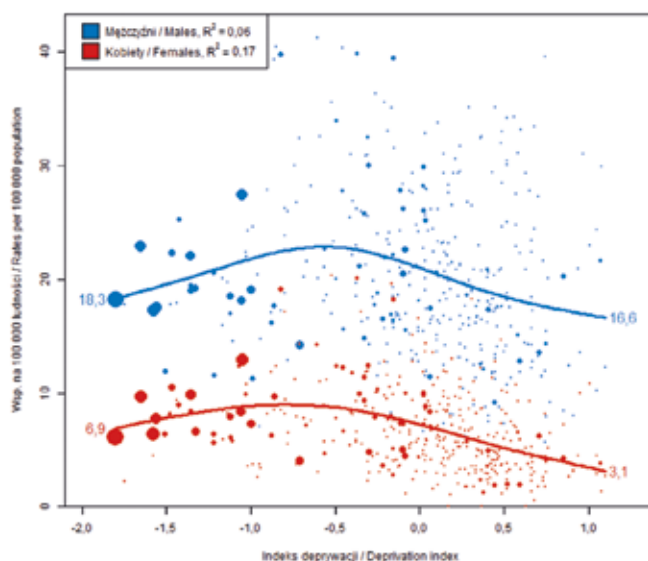
Poziom umieralności z powodu przewlekłych chorób wątroby i marskości mieszkańców miast jest wyższy niż mieszkańców wsi we wszystkich województwach z wyjątkiem podlaskiego gdzie umieralność mieszkańców wsi jest najwyższa w kraju. Największa względna różnica poziomów umieralności w miastach i na wsi jest w woj. łódzkim, dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim (ryc. 2.60).



przewlekłych chorób wątroby i marskości zarówno mieszkańców miast jak i wsi należy do najniższych w kraju jest woj. podkarpackie.



Związek poziomu umieralności z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości z poziomem deprivacji w powiatach pokazuje [rycina 2.61](#). Związek ten ma charakter krzywoliniowy i standaryzowane współczynniki zgonów zarówno mężczyzn jak i kobiet w powiatach mają tendencję rosnącą mniej więcej w pierwszej połowie wzrostu wartości wskaźnika deprivacji a następnie trend ten jest spadkowy. W powiatach o najwyższym poziomie deprivacji przeciętny poziom umieralności był niższy niż w powiatach gdzie deprivacja była najniższa, w przypadku mężczyzn o 9,3% a w przypadku kobiet o 55,1%. W sumie różnice poziomu deprivacji w powiatach tłumaczyły 6% i 17% zróżnicowania wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości między powiatami, odpowiednio mężczyzn i kobiet.



Ryc. 2.61. Związek standaryzowanych współczynników zgonów mężczyzn i kobiet (2014-2016) z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości (K70, K73-K74) z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

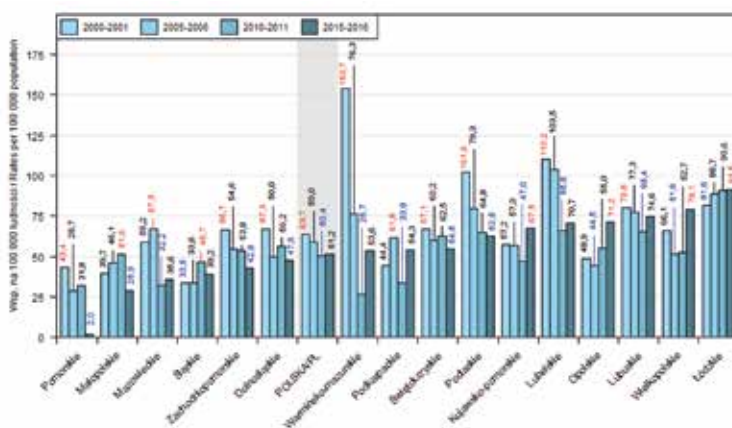
Fig. 2.61. Relationship between males and females age-standardized death rates (2014-2016) from chronic liver disease and cirrhosis (K70, K73-K74) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

2.11. Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych

Omawiając umieralność spowodowaną poszczególnymi przyczynami zgonów trzeba zwrócić uwagę na grupę przyczyn niedokładnie określonych, a więc takich gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, była niedokładnie określona, lub

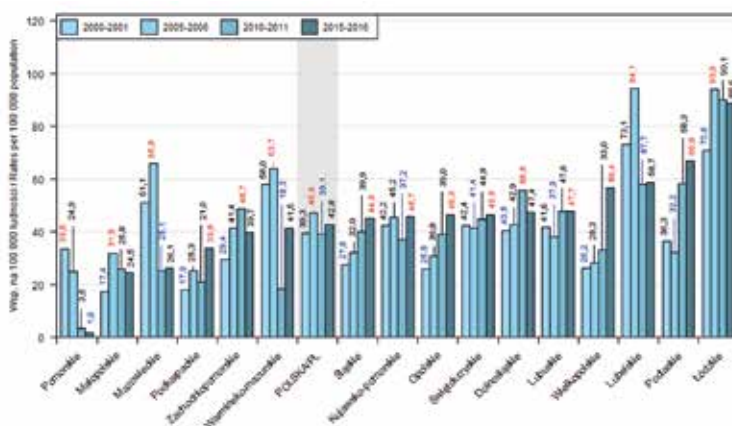
wręcz nieznana (ICD-10 R00-R99). W 2016 r. w Polsce ta grupa przyczyn zgonów była trzecią co do znaczenia i występowała nie tylko wśród osób najstarszych, ale we wszystkich grupach wieku (tabela 2.3, ryc. 2.18a i 2.18b). Współczynniki zgonów z powodu tej grupy przyczyn nie zmniejszają się w ostatnich latach i rok 2016 przyniósł ich wzrost (tabela 2.5a i 2.5b). W 2016 r. tak niedokładnie określoną przyczynę podano w przypadku zgonu 29624 osób (16659 mężczyzn i 12965 kobiet) (77 na 100 tys. ludności). Przyczyny te znacznie częściej występują w przypadku zgonów mężczyzn niż kobiet i częściej w przypadku mieszkańców wsi niż miast (tabela 2.6-2.9).

Od lat zwracamy uwagę na niedobłą sytuację jaka ma miejsce przypadku wojewódzkiego różnicowania zgonów, których przyczyny są niedokładnie określone bądź nieznane. Zarówno poziom umieralności jak i jego zmiany w czasie wykazują ogromne różnicowanie międzywojewódzkie (ryc. 2.62a i 2.62b). Od szeregu lat niekorzystna, stabilna sytuacja występuje w woj. łódzkim co szczególnie zaznacza się w przypadku zgonów osób w wieku 25-64 lata. Zadziwiające zmiany liczby i współczynnika zgonów występują w woj. warmińsko-mazurskim – w latach 2000-2001 liczba zgonów z tak niedokładnie określoną przyczyną wynosiła 3530, w latach 2010-2011 już tylko 890 a w ostatnich dwóch latach wzrosła do 2082. Z drugiej strony w woj. pomorskim tak niedokładnie określoną przyczynę zgonów udało się radykalnie zmniejszyć – w ostatnich dwóch latach odnotowano ją tylko w przypadku 125 zgonów (45 w przypadku osób w wieku 25-64 lata).



Ryc. 2.62a. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.62a. Age-standardized annual death rates from ill-defined conditions (R00-R99) in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



Ryc. 2.62b. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) osób w wieku 25-64 lata wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.62b. Age-standardized annual death rates from ill-defined conditions (R00-R99) in population aged 25-64 years by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

Tak znaczne różnice w częstości zgonów z powodu przyczyn nieznanych i niedokładnie określonych mogą świadczyć o występujących w województwach różnicach w rozpoznawaniu przyczyn zgonów i najprawdopodobniej niedorejestrowaniu pewnych rozpoznań tam gdzie występują znaczne nadwyżki stanów niedokładnie określonych. Z drugiej strony tak różna dynamika współczynników w niektórych województwach niewątpliwie może rzutować na dynamikę współczynników zgonów z powodu niektórych konkretnych przyczyn.

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

W poprzednim opracowaniu przedstawiliśmy po raz pierwszy współczynniki umieralności mieszkańców Polski z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia (tzw. *avoidable deaths*). 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*). Obecnie omówimy problem umieralności ludności Polski właśnie z powodu tych dwóch grup przyczyn.

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 UK¹⁶ oraz Europejski Urząd Statystyczny Eurostat¹⁷. Listy tych dwóch grup chorób oczywiście częściowo pokrywają się i na obu znajdują się na przykład nowotwory złośliwe jelita grubego, sutka i szyjki macicy, niedokrwienność 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.

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 (tabela 2.7). Zgony należące do tej grupy stanowią 30% ogółu zgonów mężczyzn i 16% zgonów kobiet.

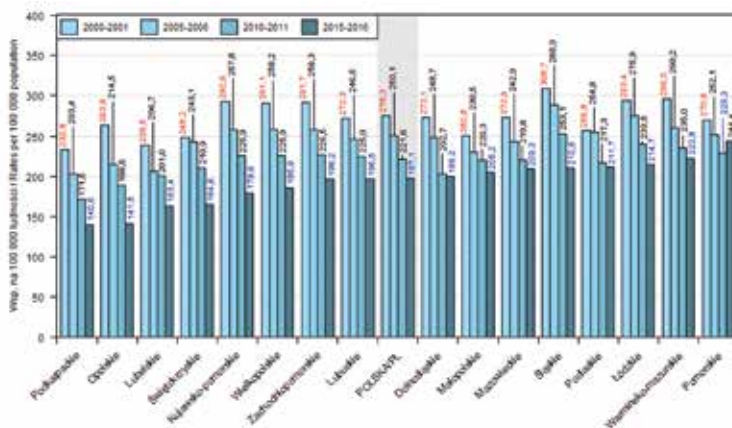
Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać są dosyć zbliżone w przypadku mieszkańców miast i wsi – dla mężczyzn są o 9,6% wyższe na wsi a dla kobiet o 12,5% w miastach (tabela 2.9).

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

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

(ryc. 2.63). 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%. We wcześniejszych latach najwyższy poziom umieralności był w woj. śląskim. 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.

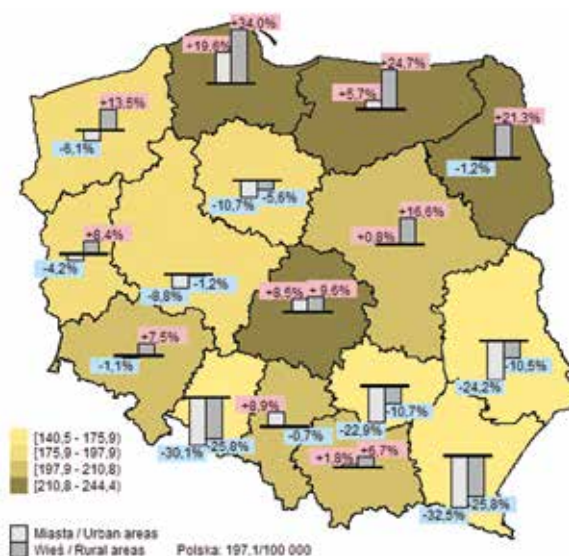


Ryc. 2.63. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać ogółu osób wg województw w latach 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 oraz 2015-2016

Fig. 2.63. Age-standardized annual death rates from preventable causes of death in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016

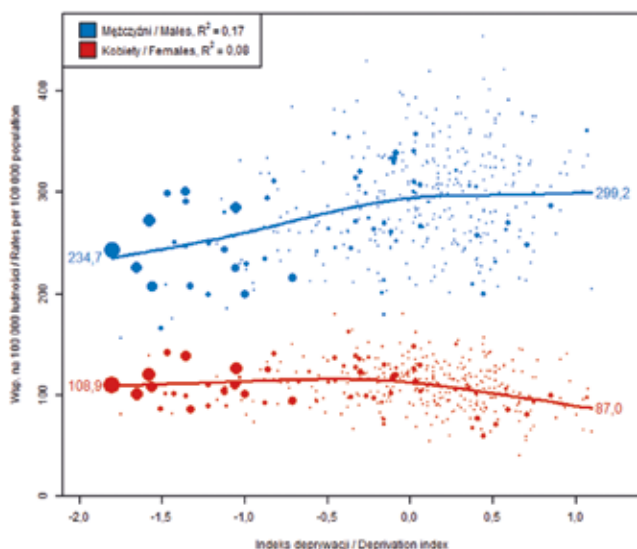
Poziom umieralności z powodu przyczyn, którym można zapobiegać mieszkańców wsi jest wyższy niż mieszkańców miast we wszystkich województwach z wyjątkiem śląskiego gdzie umieralność mieszkańców miast jest jedną z najwyższych w kraju. Największa względna różnica poziomów umieralności w miastach i na wsi jest w woj. podlaskim warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim (ryc. 2.64). W tych pierwszych dwóch poziom umieralności na wsi należał do najwyższych w kraju. Województwami, w których zagrożenie życia z powodu przyczyn, którym można zapobiegać zarówno mieszkańców miast jak i wsi jest najniższe w kraju są woj. podkarpackie i opolskie, natomiast najbardziej zagrożone z ich powodu jest życie mieszkańców zarówno miast jak i wsi w woj. pomorskim.

Związek poziomu umieralności z powodu przyczyn, którym można zapobiegać z poziomem deprivacji w powiatach pokazuje rycina 2.65. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn w powiatach mają tendencję rosnącą mniej więcej w pierwszej połowie wzrostu wartości wskaźnika deprivacji a następnie wzrost ten wygasa.



Ryc. 2.64. 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. 2.64. 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



Ryc. 2.65. Związek standaryzowanych współczynników zgonów mężczyzn i kobiet (2014-2016) powodu przyczyn, którym można zapobiegać z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.65. Relationship between males and females age-standardized death rates (2014-2016) from preventable causes of death and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

W powiatach o najwyższym poziomie deprywacji przeciętny poziom umieralności był wyższy niż w powiatach gdzie deprywacja była najniższa o 27,5%. W przypadku kobiet dla niższych wartości współczynnika deprywacji średnie wartości współczynników umieralności były ustabilizowane, natomiast miały one tendencję malejącą przy wyższych wartościach współczynnika deprywacji i w powiatach gdzie był on najwyższy przeciętny współczynnik umieralności był o 20,1% niższy niż w powiatach gdzie poziom deprywacji był najmniejszy. W sumie różnice poziomu deprywacji w powiatach tłumaczyły 17% i 8% zróżnicowania między powiatami wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób, którym można zapobiegać, odpowiednio mężczyzn i kobiet.

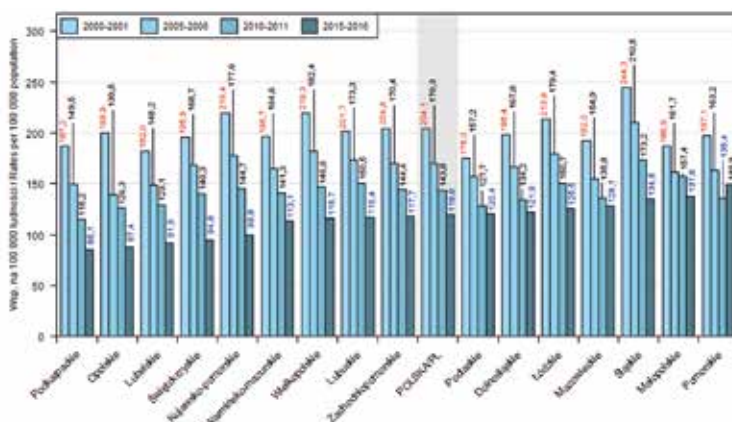
Do specyficznych kategorii przyczyn **zgonów, które można skutecznie leczyć (*amenable*)** zalicza się między innymi u osób poniżej 75 lat choroby naczyń mózgowych, astmę, wrzód żołądka, dwunastnicy, jelit, a u osób poniżej 50 lat cukrzycę.

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 (tabela 2.7). 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 (tabela 2.9).

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. 2.66). 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%. We wcześniejszych latach najwyższy poziom umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć występował w woj. śląskim. 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%.

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.



Ryc. 2.66. 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. 2.66. Age-standardized annual rates of amenable mortality in total population by voivodship, 2000-2001, 2005-2006, 2010-2011 and 2015-2016



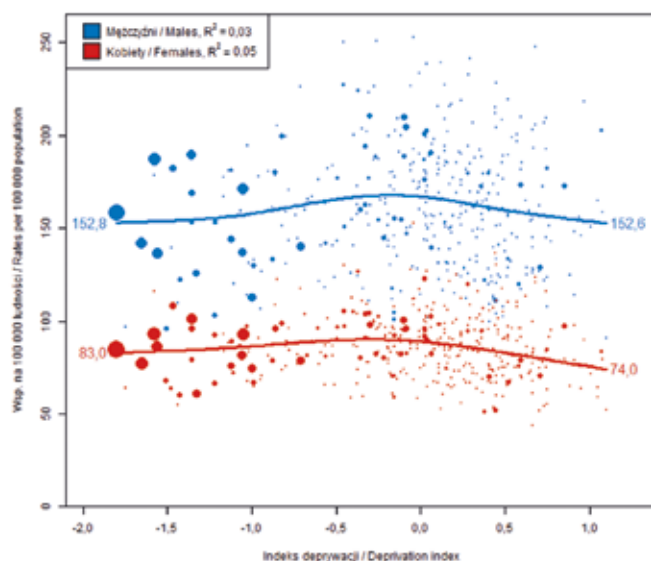
Ryc. 2.67. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w latach 2015-2016

Fig. 2.67. 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

Największa względna różnica poziomów umieralności w miastach i na wsi jest w woj. podlaskim, pomorskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim (ryc. 2.67).

W pozostałych województwach różnica ta nie przekracza 10 punktów procentowych. Województwami, w których zagrożenie życia z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć należy do najniższych w kraju zarówno w przypadku mieszkańców miast jak i wsi są woj. podkarpackie i opolskie, natomiast najbardziej zagrożone z ich powodu jest życie mieszkańców miast i wsi w woj. pomorskim.

Związek poziomu umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć z poziomem deprivacji w powiatach **jest bardzo słaby** i ma charakter lekko krzywoliniowy co pokazuje [rycina 2.68](#). W powiatach o najwyższym poziomie deprivacji przeciętny poziom umieralności mężczyzn jest taki sam jak w powiatach gdzie deprivacja była najniższa, a w przypadku kobiet w powiatach gdzie poziom deprivacji był najwyższy przeciętny współczynnik umieralności był o 10,8% niższy niż w powiatach gdzie poziom deprivacji był najmniejszy. W sumie różnice poziomu deprivacji w powiatach tłumaczyły 3% i 5% zróżnicowania między powiatami wielkości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób, które można skutecznie leczyć, odpowiednio mężczyzn i kobiet. Sytuację tę należy bez wątpienia uznać za pozytywną gdyż wskazuje ona, że poziom deprivacji powiatu zamieszkania nie rzutuje w sposób systemowy na możliwość korzystania ze skutecznej opieki medycznej.



Ryc. 2.68. Związek standaryzowanych współczynników zgonów mężczyzn i kobiet (2014-2016) powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć z wielowymiarowym syntetycznym wskaźnikiem deprivacji (2013) w powiatach (obliczenia własne autorów)

Fig. 2.68. Relationship between males and females age-standardized rates of amenable mortality (2014-2016) and local deprivation index (2013) in poviats, (authors' own calculation)

2.13. 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 zgonu na 1000 urodzeń żywych. W 2017 r. zmarło w Polsce 1604 dzieci poniżej pierwszego roku życia (tabela 2.10). 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 2.10. Zgony niemowląt według wieku w wybranych latach w okresie 1975-2017

Table 2.10. 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

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		
	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
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 (tabela 2.11).

Analizę przyczyn umieralności niemowląt z uwzględnieniem klasy miejsca zamieszkania przeprowadzono dla dwuletniego okresu 2015-2016. Współczynnik umieralności niemowląt wykazywał niezbyt silny związek z klasą miejscowości zamieszkania matki ale był najmniejszy w największych polskich miastach powyżej 500 tys. mieszkańców natomiast największy na wsi (tabela 2.12). Ogólnie trochę ponad połowa (53,6%) zgonów niemowląt w tym okresie była spowodowana stanami chorobowymi noworodków rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym przy czym zarówno odsetek ten jak i współczynnik zgonów z tych powodów były najwyższe

w przypadku zamieszkiwania w dużych miastach 200-500 tys. mieszkańców a najniższe w najmniejszych miastach do 20 tys. mieszkańców. Główną przyczyną zgonów niemowląt powstającą w okresie okołoporodowym są zaburzenia związane ze skróconym trwaniem ciąży i niską urodzeniową masą ciała, które występowały najczęściej w przypadku niemowląt mieszkających właśnie w dużych miastach.

Tabela 2.11. Zgony niemowląt według wagi przy urodzeniu w wybranych latach w okresie 1980-2017

Table 2.11. 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
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

Wśród przyczyn zgonów z powodu wad rozwojowych wrodzonych, 34,8% zgonów, dominują wady układu krążenia odpowiedzialne za 44% zgonów w tej grupie. Zarówno cała ta grupa jak i podgrupa wad układu krążenia w stosunkowo najmniejszym stopniu przyczyniały się do umieralności niemowląt w dużych miastach 200-500 tys. mieszkańców.

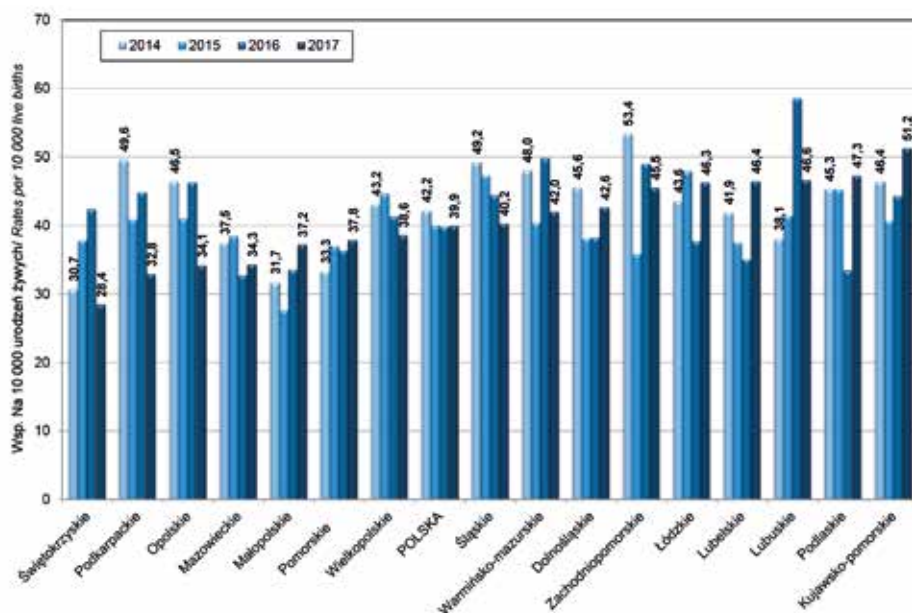
Tabela 2.12. Liczba i procent zgonów niemowląt z powodu wybranych przyczyn w latach 2015-2016 wg klasy miejscowości zamieszkania

Table 2.12. Infant deaths by cause and category of residence area, 2015-2016

Przyczyny zgonu (ICD-10) / Cause of death (ICD-10)	Klasa miejscowości					Polska
	Wieś	Miasta				
		do 20. tys.	20-200 tys.	200-500 tys.	500 tys. i więcej	
	procent/ percentage					
Ogółem / Total w tym:	100 (1263)	100 (350)	100 (543)	100 (479)	100 (363)	100 (2998)
Zapalenie płuc (J12-J18)	1,5	1,7	2,2	3,3	1,9	2,0
Stany okresu okołoporodowego (P00-P96)	51,8	49,4	54,1	61,8	52,6	53,6
wczesniactwo i niska urodzeniowa masa ciała (P07)	41,7	39,7	42,0	50,9	39,9	42,8
zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe (P20-P29)	3,9	4,9	5,0	5,0	5,0	4,5
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	37,4	38,3	33,5	26,5	35,5	34,8
wady układu nerwowego (Q00-Q07)	3,6	2,0	2,0	1,9	2,5	2,7
wady układu krążenia (Q20-Q28)	17,1	17,4	15,1	11,1	12,4	15,2
Zespół nagłej śmierci dziecka (R95)	2,6	3,4	2,6	1,5	4,7	2,8
Przyczyny niedokładnie określone i nieznane (R96-R99)	1,3	1,1	1,5	1,3	1,7	1,4
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	1,9	1,7	2,2	0,8	1,4	1,7
	na 1000 urodzeń żywych / per1000 live births					
Ogółem / Total w tym:	4,1	3,9	3,9	4,0	3,8	4,0
Zapalenie płuc (J12-J18)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Stany okresu okołoporodowego (P00-P96)	2,1	1,9	2,1	2,5	2,0	2,1
wczesniactwo i niska urodzeniowa masa ciała (P07)	1,7	1,5	1,7	2,0	1,5	1,7
zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe (P20-P29)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	1,5	1,5	1,3	1,1	1,4	1,4
wady układu nerwowego (Q00-Q07)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
wady układu krążenia (Q20-Q28)	0,7	0,7	0,6	0,4	0,5	0,6
Zespół nagłej śmierci dziecka (R95)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Przyczyny niedokładnie określone i nieznane (R96-R99)	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

Zwraca uwagę fakt, że najwyższa umieralność z powodu zespołu nagłej śmierci dziecka oraz innych przyczyn niedokładnie określonych i nieznanach dotyczyła niemowląt mieszkających w największych polskich miastach powyżej 500 tys. ludności.

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. 2.69). 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. Tylko w woj. śląskim umieralność niemowląt zmniejszała się systematycznie z roku na rok, natomiast w woj. kujawsko-pomorskim umieralność niemowląt wzrasta w ostatnich trzech latach.



Ryc. 2.69. Współczynniki zgonów niemowląt wg województw w latach 2014, 2015, 2016 i 2017 (dane GUS)

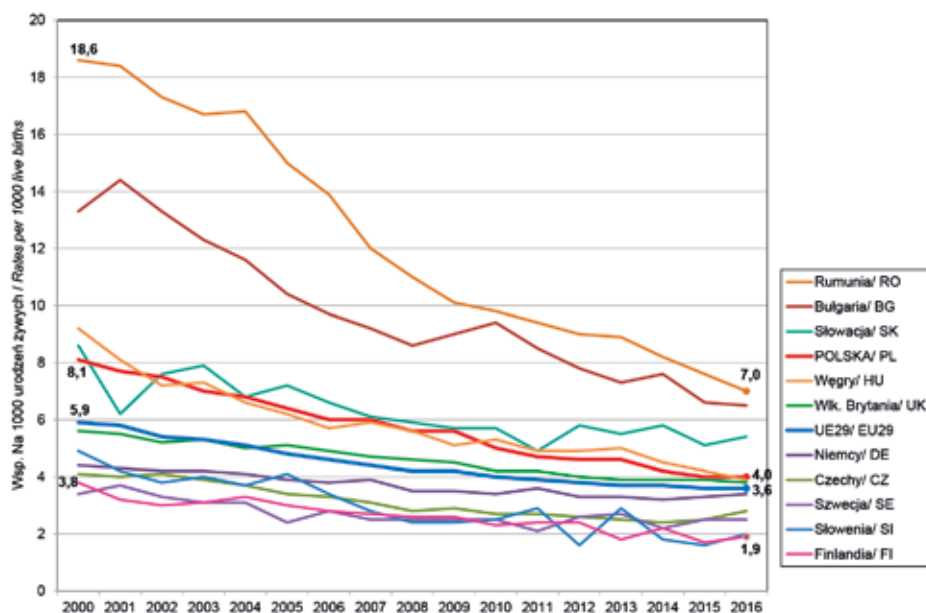
Fig. 2.69. Infant mortality rates by voivodship, 2014, 2015, 2016 and 2017 (CSO data)

2.14. 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, z wyróżnieniem na początku umieralności dzieci poniżej pierwszego roku życia. Przedstawione współczynniki zgonów osób dorosłych (SWZ) są standaryzowane ze względu na wiek metodą bezpośrednią, a za standard przyjęta była tzw. europejska struktura wieku populacji 25-64 lata. Analizę trendów czasowych współczynników zgonów w Polsce i przeciętnych dla Unii Europejskiej przeprowadzono za pomocą modeli jointpoint i programu Joinpoint Regression Program, (Version 4.2.0.0 April 2015; National Cancer Institute, USA).

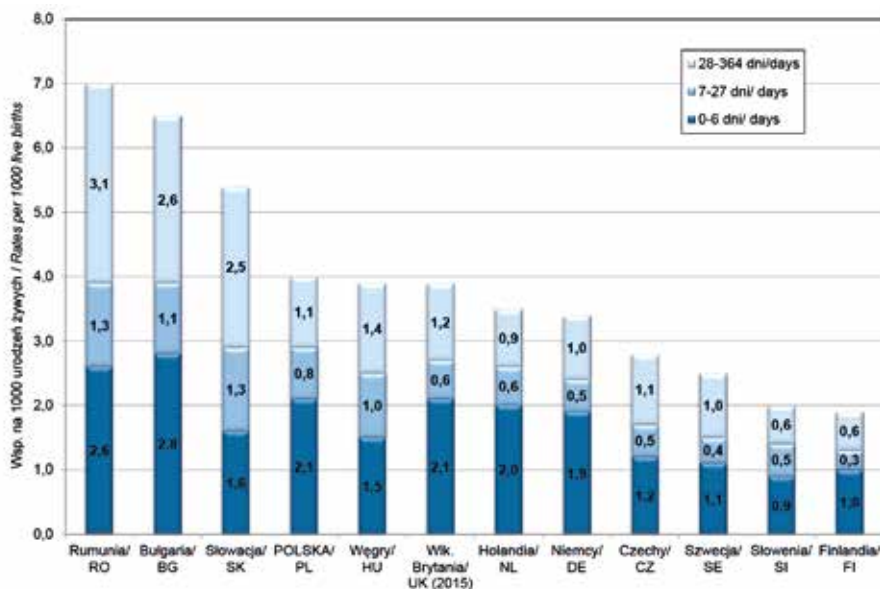
Wprawdzie **poziom umieralności niemowląt** w naszym kraju od lat systematycznie obniża się a tempo spadku jest większe niż przeciętne dla krajów UE jednak współczynnik zgonów niemowląt w Polsce jest wciąż wyższy od przeciętnego współczynnika w UE (w 2016 r. 3,6 na 1000 urodzeń żywych) (ryc. 2.70). Nasz poziom umieralności niemowląt w 2016 r. był przeciętnym dla UE w 2010 r.



Ryc. 2.70. Zgony niemowląt w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej, 2000-2016, współczynniki na 1000 urodzeń żywych (dane Eurostat)

Fig. 2.70. Infant mortality rates in Poland and some other EU28 countries, 2000-2016 (Eurostat database)

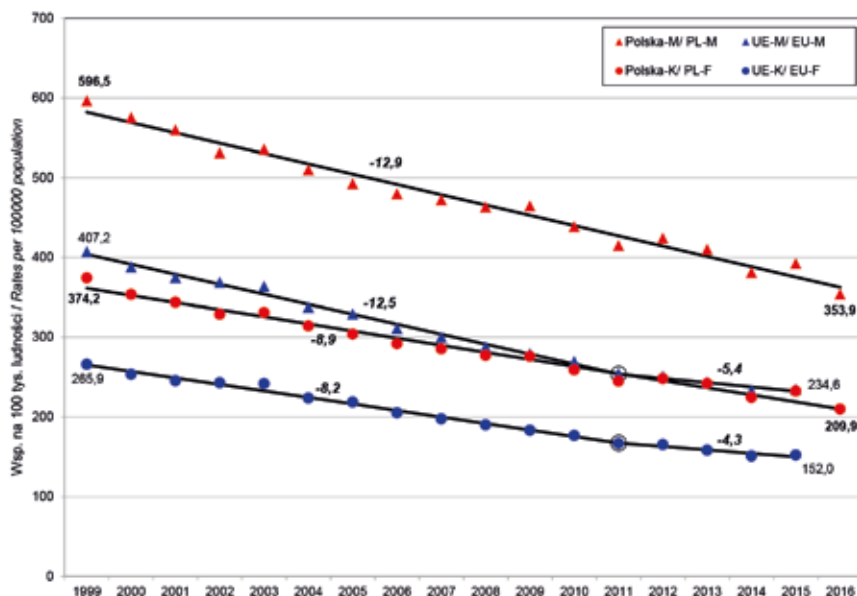
Ze względu na brak jak dotychczas w bazie WHO oraz Eurostatu oszacowań umieralności niemowląt wg wieku dla UE28 w 2016 r. porównano sytuację w Polsce na tle wybranych krajów Unii (ryc. 2.71). Zwraca uwagę wyższy poziom umieralności wczesnej neonatalnej, tzn. w pierwszym tygodniu życia, w Polsce niż nie 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.



Ryc. 2.71. Umieralność niemowląt według wieku w Polsce i wybranych krajach UE w 2016 r. (dane Eurostat)

Fig. 2.71. Infant mortality rates by age in Poland and selected EU countries, 2016 (Eurostat database)

Zagrożenie życia ludności Polski spowodowane **chorobami układu krążenia (ChUK)** ogółem w latach 1999-2016 zmniejsza się w mniej więcej stałym tempie (rocznie o 12,6 zgonów/100 tys. mężczyzn i 8,9 zgonów/100 tys. kobiet) tylko nieznacznie szybszym od przeciętnego dla krajów UE w latach 1999-2011 (ryc. 2.72a). Trzeba jednak zauważyć, że w ostatnim okresie 2011-2015 spadek współczynnika zgonów w UE uległ znacznemu spowolnieniu. Poziom umieralności z powodu tych chorób w 2015 r. w Polsce był wyższy od przeciętnego w UE o 67% w przypadku mężczyzn i 53% w przypadku kobiet. Obecny poziom umieralności w Polsce jest zbliżony do tego jaki był przeciętny dla krajów UE 12-13 lat wcześniej w przypadku mężczyzn i 10 lat wcześniej w przypadku kobiet.

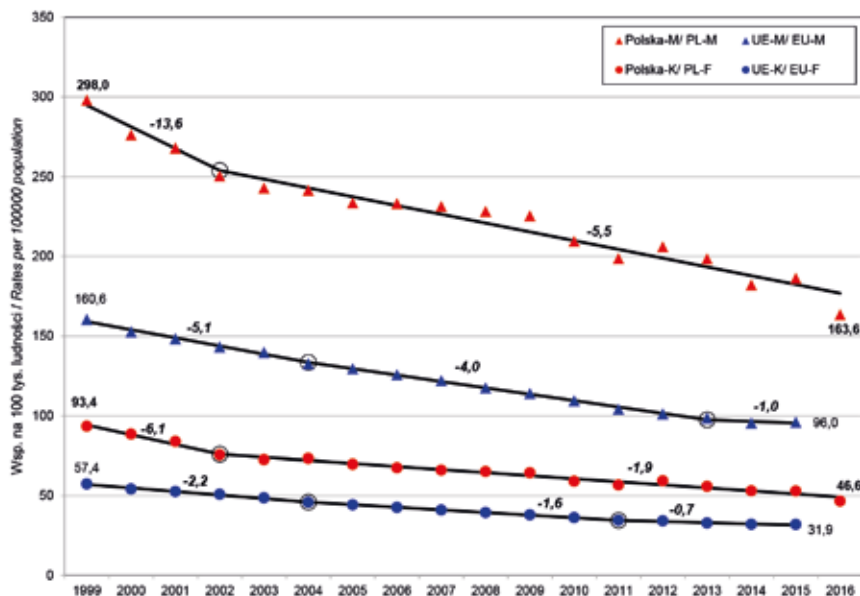


Ryc. 2.72a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999–2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.72a. Age-standardized mortality rates from diseases of the circulatory system of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

Wyraźnemu spowolnieniu po roku 2002 uległo natomiast w Polsce tempo spadku współczynników umieralności z powodu ChUK mężczyzn i kobiet w wieku 25–64 lata (ryc. 2.72b). 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.

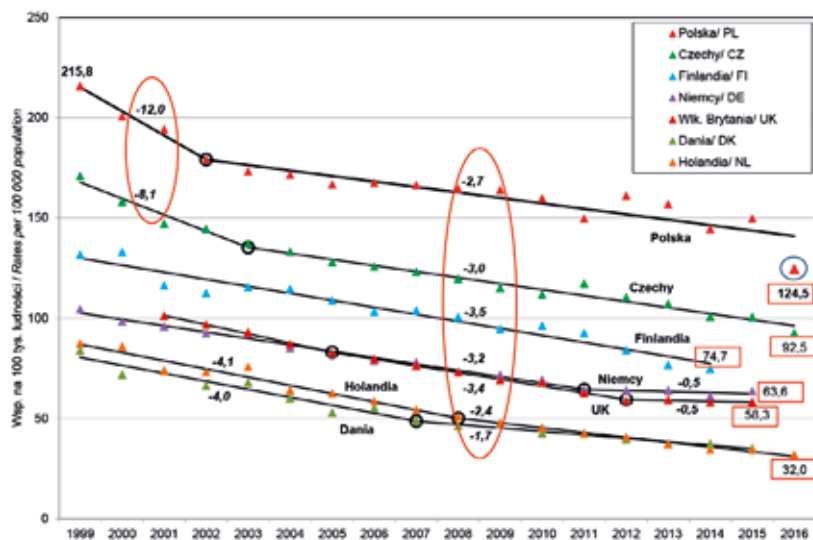
Ponieważ **choroby serca** jako cała grupa nie występują w bazach WHO czy Eurostatu poziom i dynamikę umieralności w Polsce porównano z sytuacją w wybranych krajach europejskich, dla których obliczyliśmy standaryzowane współczynniki zgonów.



Ryc. 2.72b. 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)

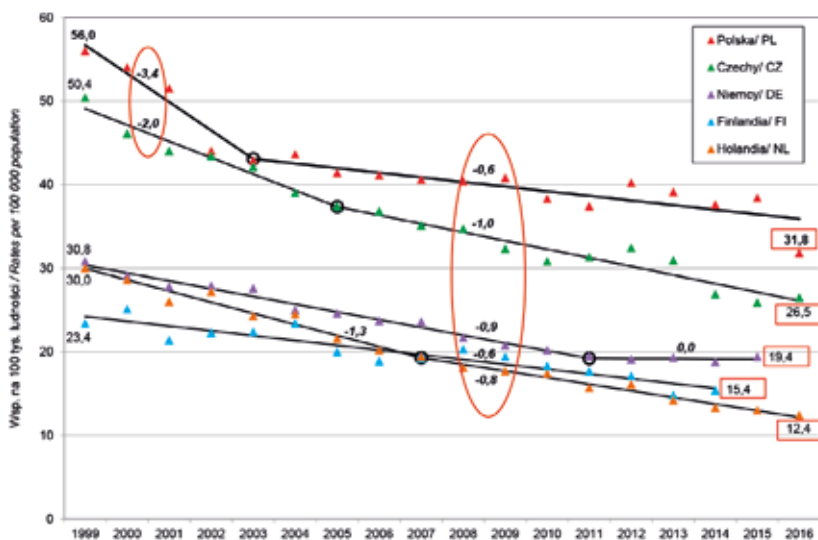
Fig. 2.72b. Age-standardized mortality rates from diseases of the circulatory system of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

Analizowano umieralność dla mężczyzn i kobiet w wieku 25-64 lata. 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. 2.73a). 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 porównywalnych 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. 2.73b). 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.



Ryc. 2.73a. 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. 2.73a. 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)

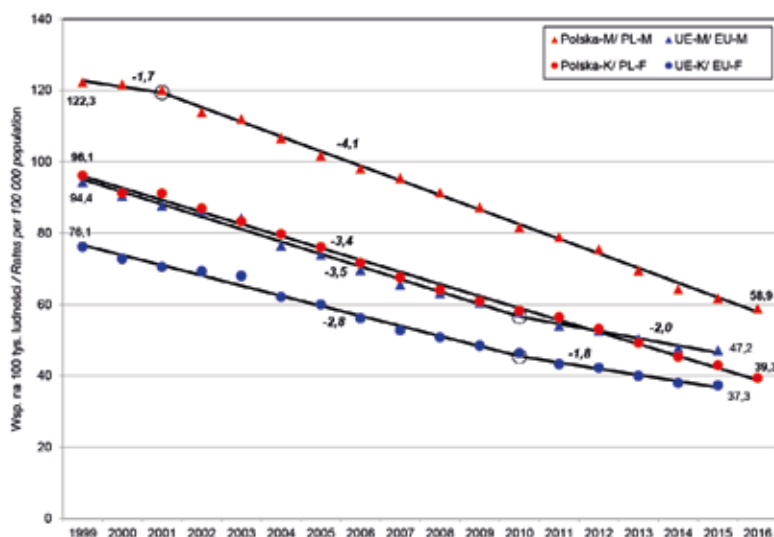


Ryc. 2.73b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób serca kobiet w wieku 25-64 lata w Polsce oraz wybranych krajach UE w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Fig. 2.73b. 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)

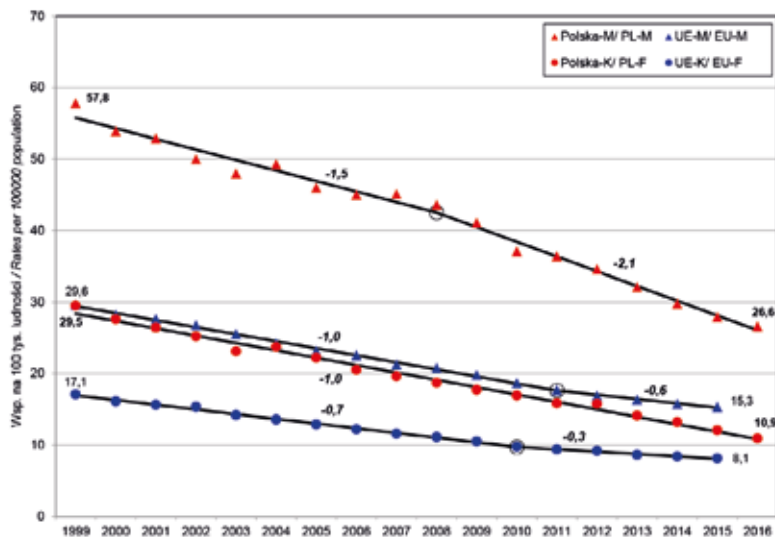
W przeciwieństwie do umieralności z powodu chorób serca umieralność z powodu **chorób naczyń mózgowych** ogółu mężczyzn zmniejsza się szybciej po roku 2001 niż we wcześniejszym okresie, natomiast umieralność mężczyzn w wieku 25-64 lata zaczęła się obniżać szybciej po roku 2008 (ryc. 2.74a i 2.74b). Umieralność kobiet ogółem oraz w wieku 25-64 lata 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 z powodu **nowotworów złośliwych ogółem** w latach 2004-2013 było szybsze niż średnie dla krajów UE. Niestety po roku 2013 trend spadkowy uległ zahamowaniu i nadumieralność polskich mężczyzn zaczęła się powiększać, w 2015 r. wynosiła 25,6% (ryc. 2.75a).



Ryc. 2.74a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych 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. 2.74a. Age-standardized mortality rates from cerebrovascular diseases of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

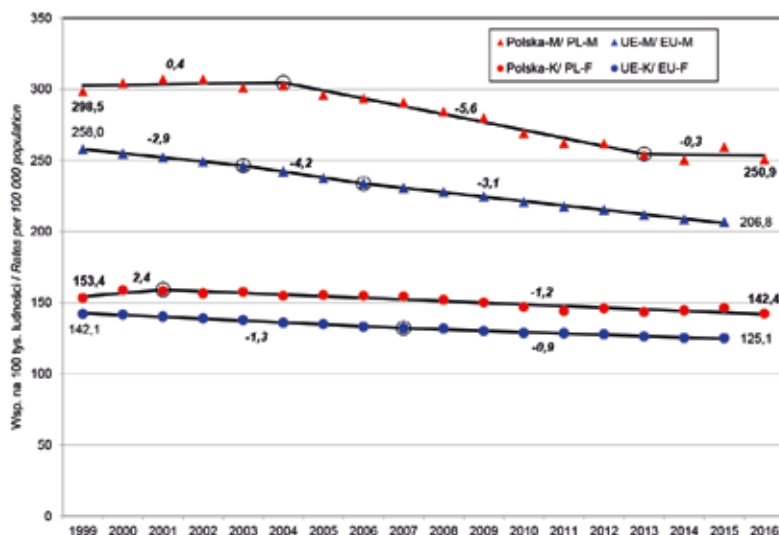


Ryc. 2.74b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999–2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.74b. 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)

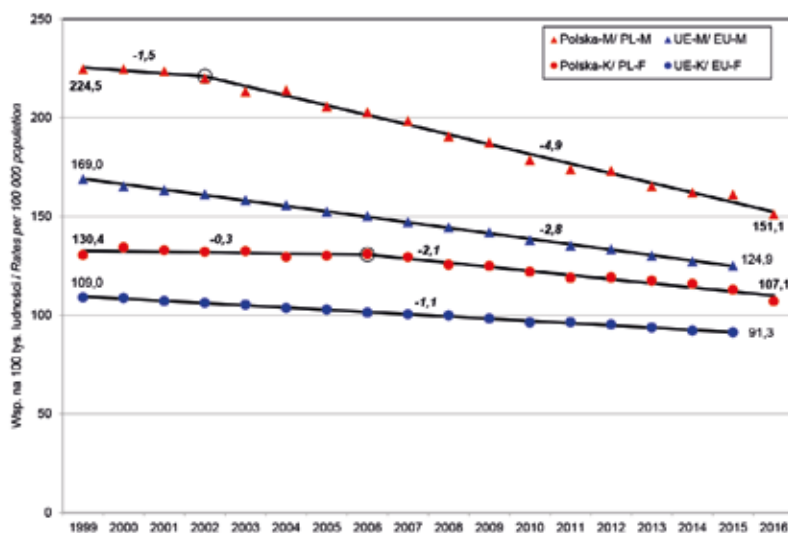
W przypadku polskich kobiet tempo spadku współczynników zgonów po 2001 r. zarówno bezwzględne jak i względne jest stałe ale wolniejsze niż w przypadku mężczyzn. Od 2007 r. ze względu na spowolnienie obniżania się przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE nadumieralność polskich kobiet z powodu chorób nowotworowych zmniejsza się i w 2015 r. wynosiła **16,9%**. Natomiast w przypadku osób w wieku 25–64 lata tempo spadku współczynników zgonów polskich mężczyzn jest stałe po 2002 r., szybsze niż przeciętne dla krajów UE i jest szybsze niż wśród polskich kobiet (ryc. 2.75b). 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.

Należy dodać, że wyraźne zmniejszenie po roku 2013 tempa spadku umieralności z powodu ogółu nowotworów mężczyzn ogółem było spowodowane wzrostem umieralności mężczyzn w wieku 65 lat i starszym. Wzrost taki w mniejszym stopniu wystąpił również wśród kobiet.



Ryc. 2.75a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych 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. 2.75a. Age-standardized mortality rates from malignant neoplasms of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

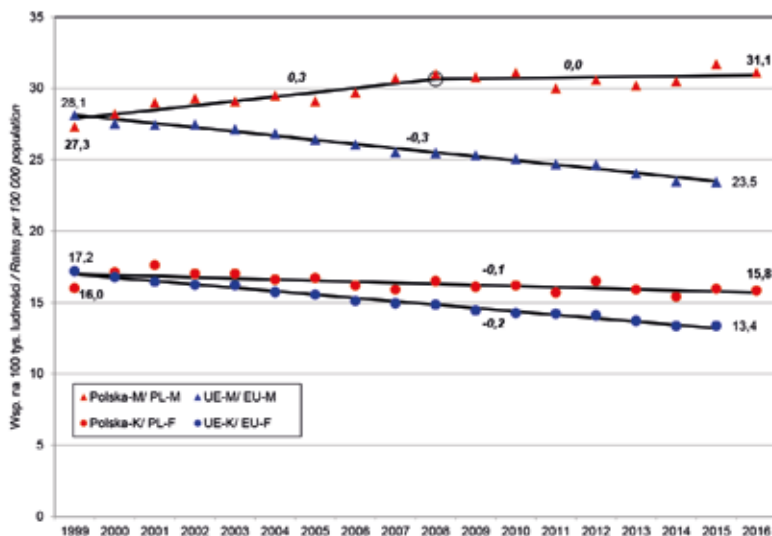


Ryc. 2.75b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999–2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.75b. 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)

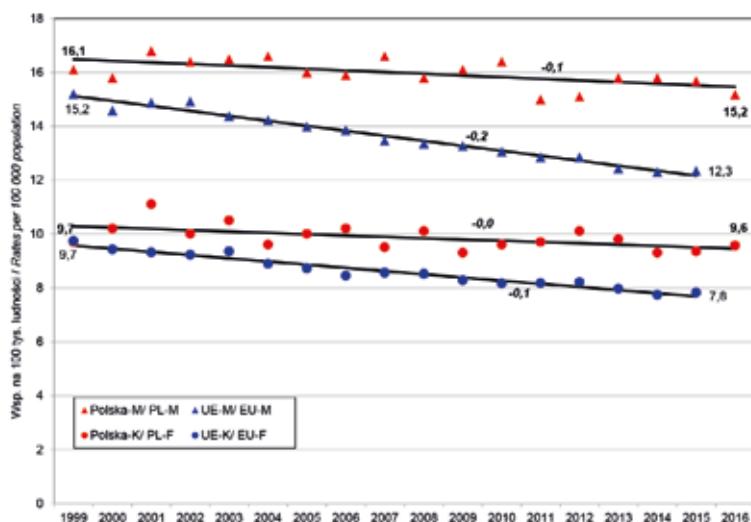
Poziom i trendy umieralność z powodu **nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu** (ICD-10 C18-C21) są w Polsce nadal niekorzystne w porównaniu z przeciętnymi dla krajów UE, zarówno wśród ogółu ludności (umieralność mężczyzn jest wyższa o **35%** a kobiet o **19%**) jak i osób w wieku 25-64 lata (nadwyżka umieralności mężczyzn **28%** a kobiet **21%**) (ryc. 2.76a i 2.76b). Ta niekorzystna sytuacja pogłębia się.

Współczynniki zgonów z powodu **nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca** mężczyzn ogółem oraz w wieku 25-64 lata są w Polsce wyższe od przeciętnych dla krajów UE (w 2015 r. nadwyżka odpowiednio o **41%** i **39%**) ale obniżają się szybciej (ryc. 2.77a i 2.77b). Jeżeli umieralność w naszym kraju będzie nadal zmniejszała się w takim samym tempie jak dotychczas to obecny przeciętny poziom umieralności w UE w przypadku mężczyzn ogółem zostanie osiągnięty dopiero około roku 2028 a mężczyzn w wieku 25-64 lata około roku 2021. Również współczynniki zgonów kobiet w Polsce są wyższe od przeciętnych dla krajów UE (w 2015 r. nadwyżka odpowiednio o **23%** i **28%**), ale o ile w przypadku ogółu kobiet mają trend rosnący nawet trochę szybciej od przeciętnego w krajach UE, co oznacza, że ta niekorzystna różnica powiększa się, to w przypadku kobiet w wieku 25-64 lata po 2009 r. widoczny jest w Polsce lekki trend spadkowy i nadwyżka umieralności Polskich kobiet w stosunku do ogółu rówieśniczek w krajach UE powoli zmniejsza się.



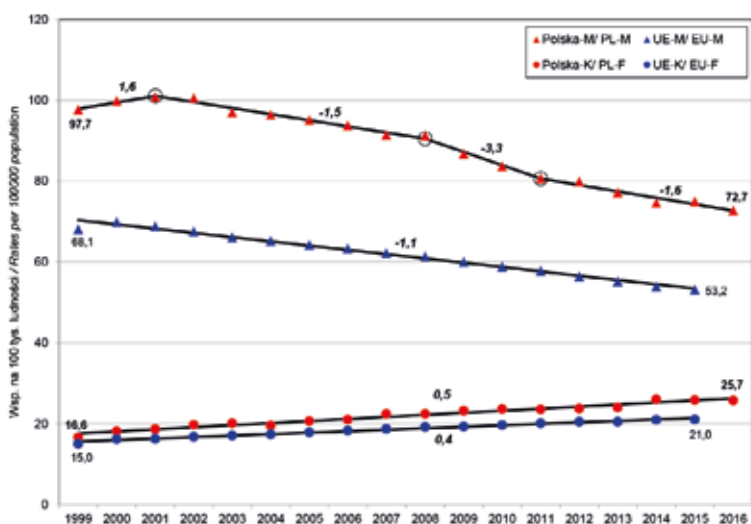
Ryc. 2.76a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.76a. Age-standardized mortality rates from colorectal cancer of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)



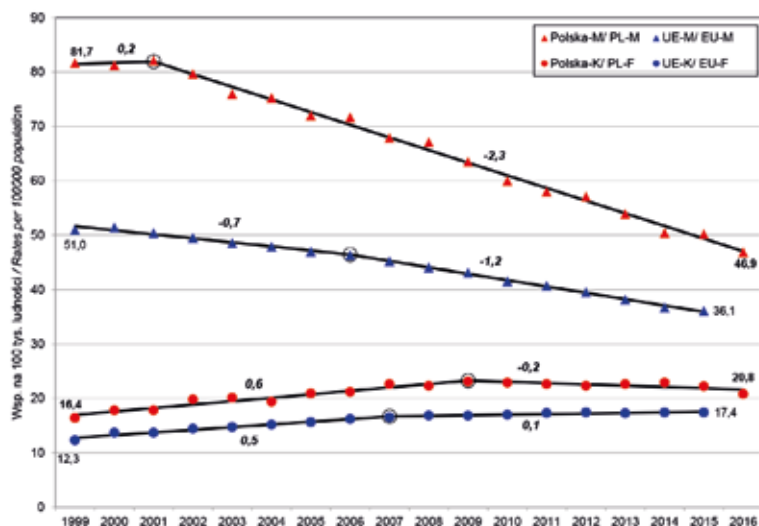
Ryc. 2.76b. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2014 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.76b. 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)



Ryc. 2.77a. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca 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. 2.77a. Age-standardized mortality rates from trachea, bronchus and lung cancer of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

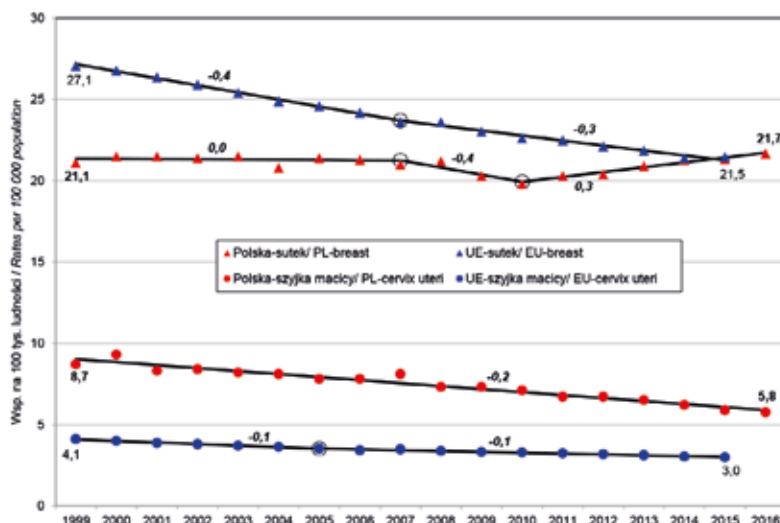


Ryc. 2.77b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.77b. 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)

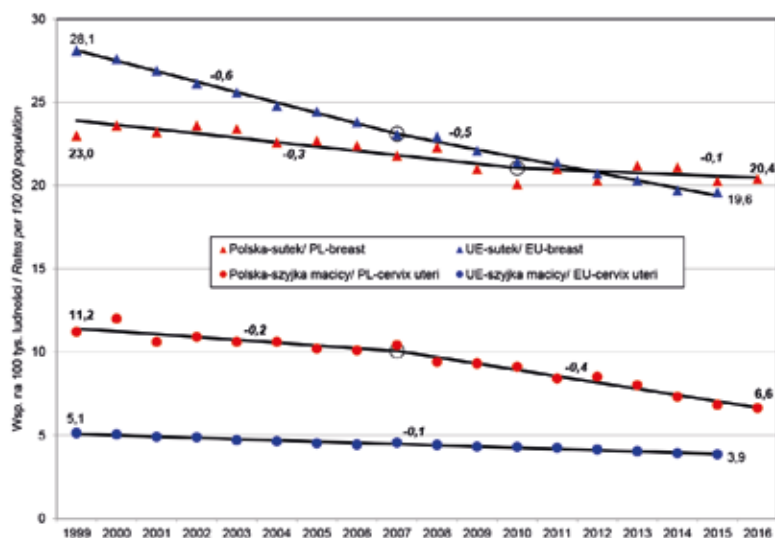
Umieralność kobiet ogółem z powodu **raka sutka** jest obecnie w Polsce najprawdopodobniej na poziomie po raz pierwszy wyższym od przeciętnego dla krajów UE (dane dla UE28 są dla 2015 r.), a kobiet w wieku 25-64 lata jest wyższa czwarty rok z rzędu (ryc. 2.78a i 2.78b). Ponadto, co należy podkreślić, współczynnik zgonów dla ogółu kobiet po 2010 r. ma w Polsce trend rosnący, natomiast dla kobiet w wieku 25-64 lata współczynniki po 2010 r. są raczej ustabilizowane a nieznaczny trend spadkowy nie jest statystycznie istotny. Ponieważ średni współczynnik dla ogółu krajów UE zmniejsza się wyraźnie to 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 ogółu kobiet o 97% a 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 obecny przeciętny poziom umieralności w UE (może to nastąpić około roku 2031 dla ogółu kobiet, a 2023 dla młodszych).

Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn ogółem z powodu **raka prostaty** mają po 2013 r. tendencję wzrostową przy spadkowym trendzie współczynnika dla ogółu krajów UE28 (ryc. 2.79). Poziom umieralności w Polsce 2015 r. był wyższy od przeciętnego dla UE o 21%. O ile obecne trendy będą się utrzymywać ta niekorzystna dla polskich mężczyzn nadwyżka umieralności będzie się powiększać.



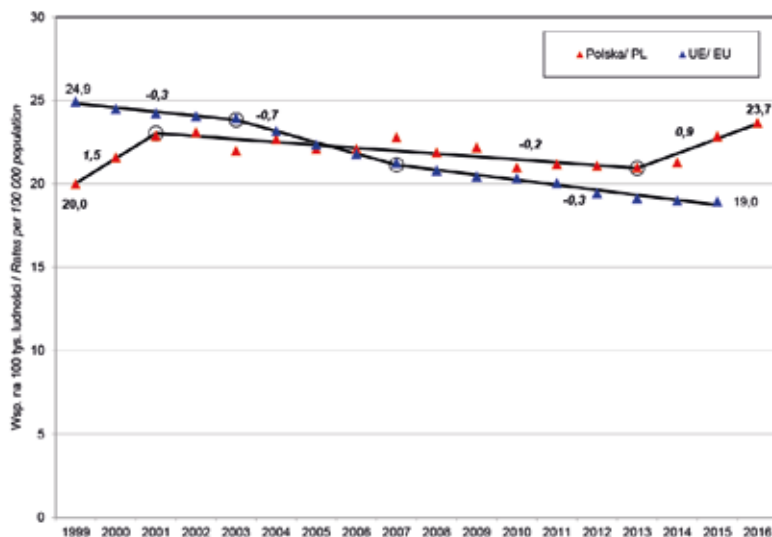
Ryc. 2.78a. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworu złośliwego sutka oraz szyjki macicy w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.78a. Age-standardized females mortality rates 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. 2.78b. 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. 2.78b. 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)

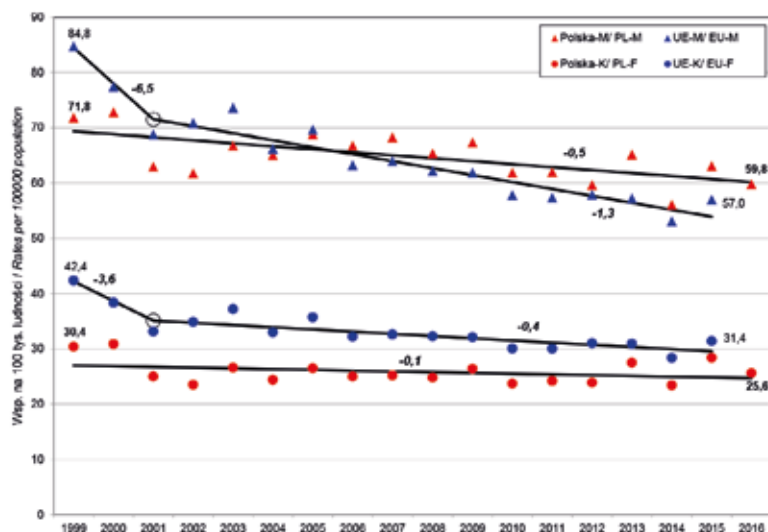


Ryc. 2.79. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty) w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999–2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.79. Age-standardized mortality rates of males from prostate cancer in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

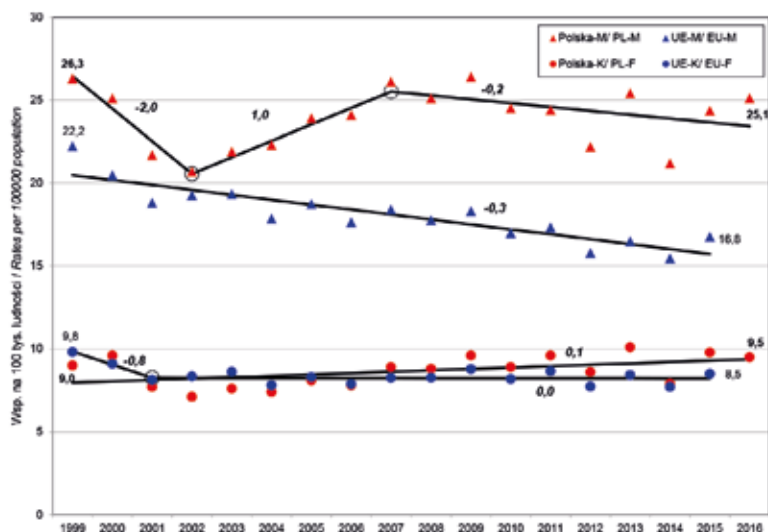
Umieralność z powodu **chorób układu oddechowego** ogółu mężczyzn i kobiet zmniejsza się w Polsce wolniej niż przeciętnie w UE z tym, że w przypadku ogółu mężczyzn poziom umieralności w naszym kraju w ostatnich latach wykazuje znaczne wahania ale jest wyższy od poziomu średniego w UE, natomiast poziom umieralności ogółu kobiet jest w Polsce niższy (ryc. 2.80a). Współczynniki zgonów polskich mężczyzn w wieku 25-64 lata po 2007 r. wykazują spore wahania ale generalnie mają tendencję spadkową przy czym poziom umieralności w tej grupie wieku jest w Polsce wyższy od przeciętnego dla krajów UE z wyraźną nadwyżką zgonów w przypadku mężczyzn (ryc. 2.80b).

Umieralność z powodu **chorób układu trawiennego** jest w przypadku ogółu mężczyzn w Polsce na poziomie wyższym od przeciętnego dla krajów UE (w 2015 r. o 19%) ale po roku 2008 ma trend spadkowy, który jest trochę silniejszy niż dla ogółu krajów UE (ryc. 2.81a). W przypadku kobiet sytuacja jest podobna jak wśród mężczyzn z tym, że poziom umieralności jest o około połowę niższy i różnice między Polską i UE są niewielkie. Współczynniki zgonów osób w wieku 25-64 lata wskazują na zasadnicze zmiany jakie zachodziły w umieralności z powodu chorób układu trawiennego w Polsce po roku 1999. Zwraca uwagę wzrostowy trend współczynników w latach 2002-2008 dla mężczyzn i 2003-2007 dla kobiet.



Ryc. 2.80a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego 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. 2.80a. Age-standardized mortality rates from diseases of the respiratory system of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

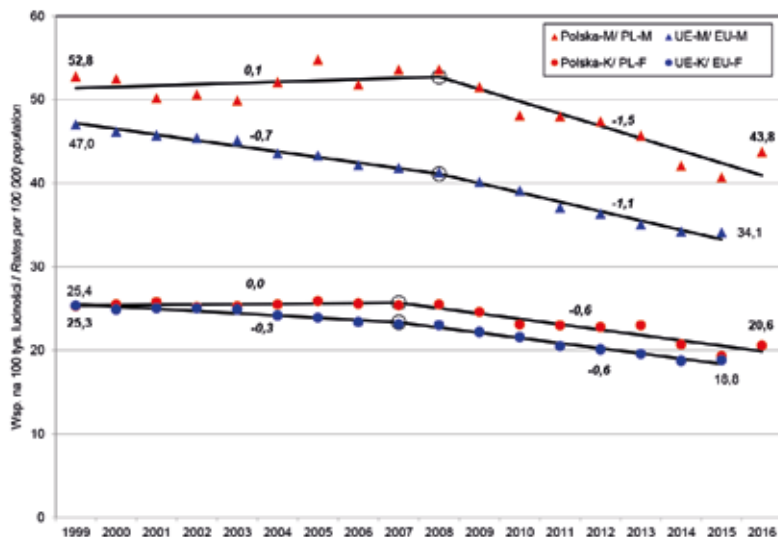


Ryc. 2.80b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE24 w latach 1999–2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.80b. Age-standardized mortality rates from diseases of the respiratory system of males (M) and females (F) aged 25–64 years in Poland and average for EU24 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)

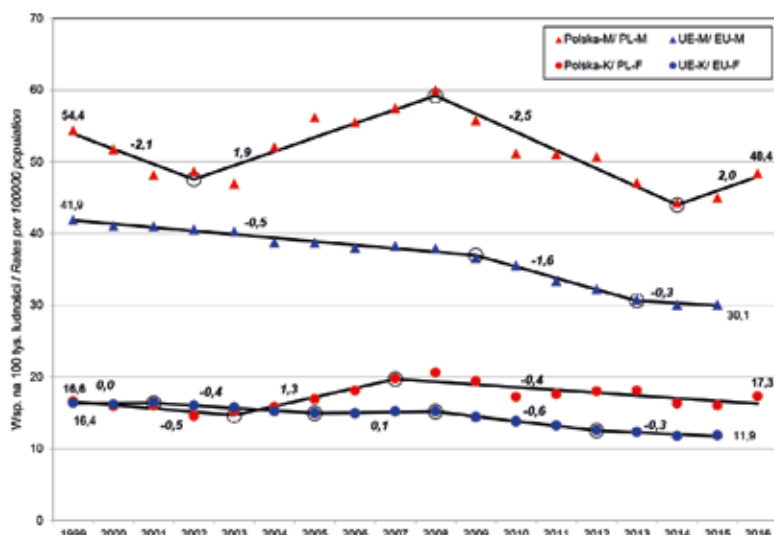
Obserwowane w następnych latach w obu grupach płci trend spadkowe w przypadku mężczyzn zakończył się w 2014 r. i ostatnie dwa lata przyniosły wzrost współczynnika umieralności, wyraźny w 2016 r. W przypadku kobiet widać pewną stabilizację współczynników zgonów w latach 2010-2016 (ryc. 2.81b). W 2015 r. nadwyżka umieralności w Polsce w tej grupie wieku wynosiła w przypadku mężczyzn 50% a w przypadku kobiet 35%.

Poziom umieralności z powodu **przyczyn zewnętrznych** zarówno mężczyzn ogółem jak i w wieku 25-64 lata jest w Polsce znacznie wyższy niż przeciętny w krajach UE, 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 odpowiednio 49% i 70% (ryc. 2.82a i 2.82b). Przy utrzymaniu tempa spadku obserwowanego w latach 2012-2016 obecny poziom umieralności w UE może zostać osiągnięty w Polsce w latach 2020-2021. Natomiast współczynniki zgonów kobiet ogółem w latach 1999-2016 zmniejszały się systematycznie w stałym tempie, szybciej niż w UE i są już nawet nieznacznie niższe niż średnie dla UE. 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.



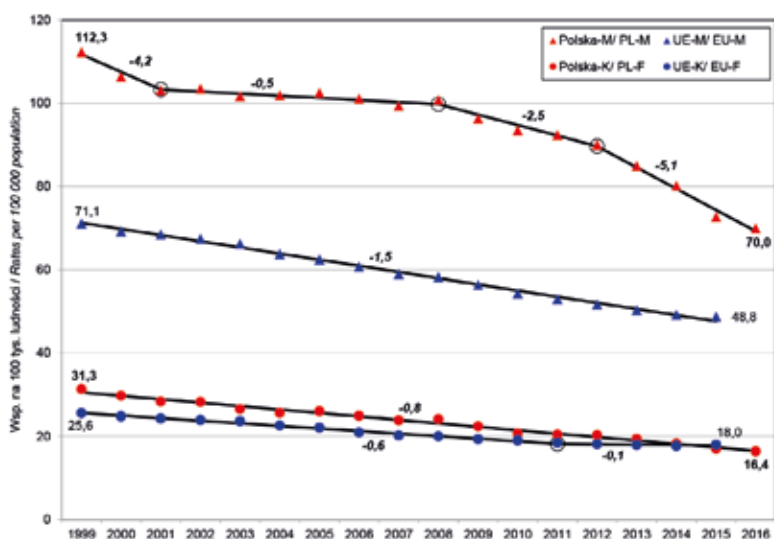
Ryc. 2.81a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.81a. Age-standardized mortality rates from diseases of the digestive system of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB data and authors' own calculation)



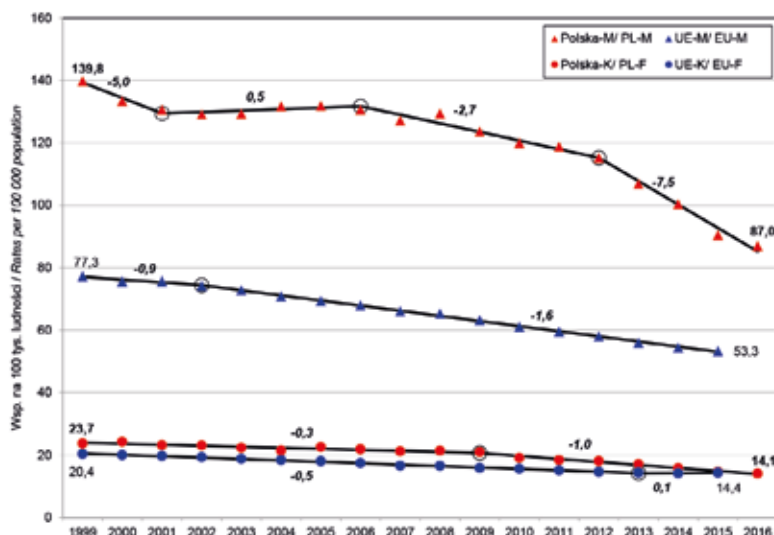
Ryc. 2.81b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.81b. 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)



Ryc. 2.82a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych 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. 2.82a. Age-standardized mortality rates from external causes of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB and authors' own calculation)

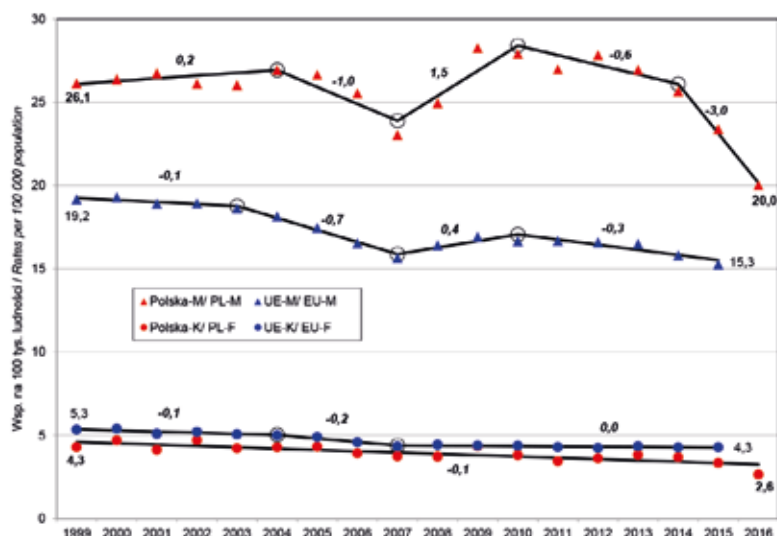


Ryc. 2.82b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25-64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE28 w latach 1999-2016 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku (dane WHO HFA MDB oraz obliczenia własne)

Fig. 2.82b. 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)

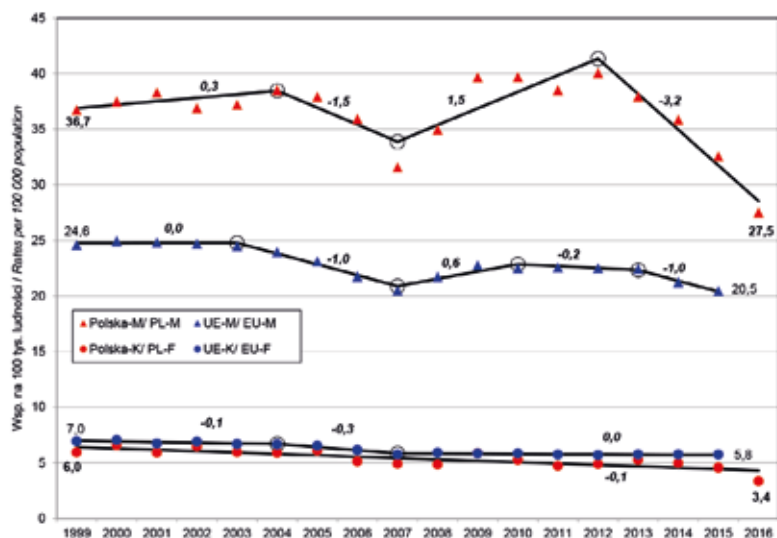
Dużo wyższa jest w Polsce w porównaniu z przeciętnym poziomem w UE umieralność mężczyzn z powodu wypadków komunikacyjnych. Wprawdzie zmniejsza się ona od szeregu lat ale i tak w 2015 r. nadumieralność polskich mężczyzn ogółem wynosiła **66%** a mężczyzn w wieku 25-64 lata **69%**. Również poziom umieralności z powodu **samobójstw** zarówno mężczyzn ogółem jak i w wieku 25-64 lata jest w Polsce wyraźnie wyższy niż przeciętny w krajach UE. Trendy spadkowe współczynnika zgonów ogółu mężczyzn w Polsce po 2008 r. a zwłaszcza silny spadek po 2014 r. oraz silny trend spadkowy zgonów mężczyzn w wieku 25-64 lata po roku 2012 spowodowały, że ta nadwyżka umieralności wyraźnie zmniejsza się (ryc. 2.83a i 2.83b). Współczynniki umieralności polskich kobiet są na poziomie niższym od średniego dla krajów UE.

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.



Ryc. 2.83a. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu samobójstw 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)

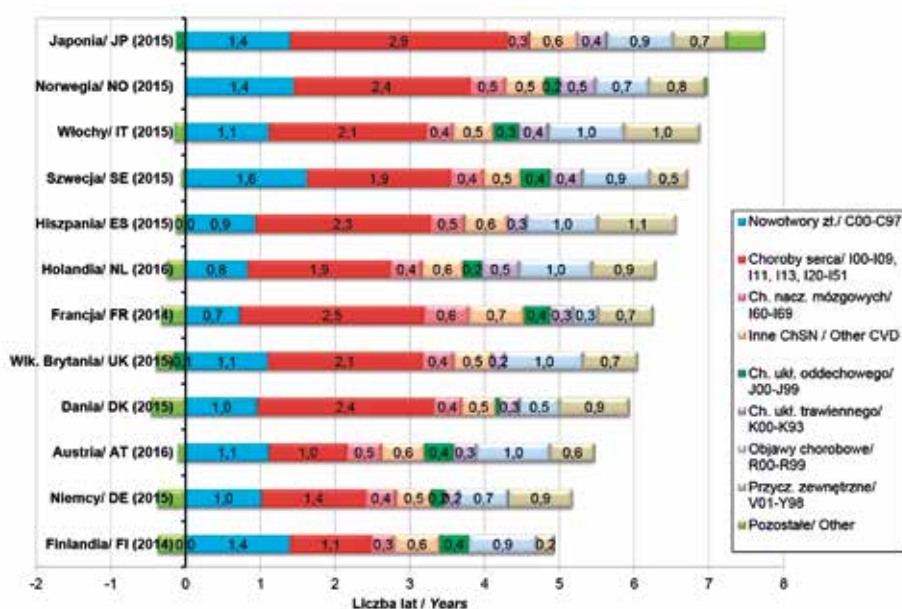
Fig. 2.83a. Age-standardized mortality rates from suicide of males (M) and females (F) in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB and authors' own calculation)



Ryc. 2.83b. Standardyzowane 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)

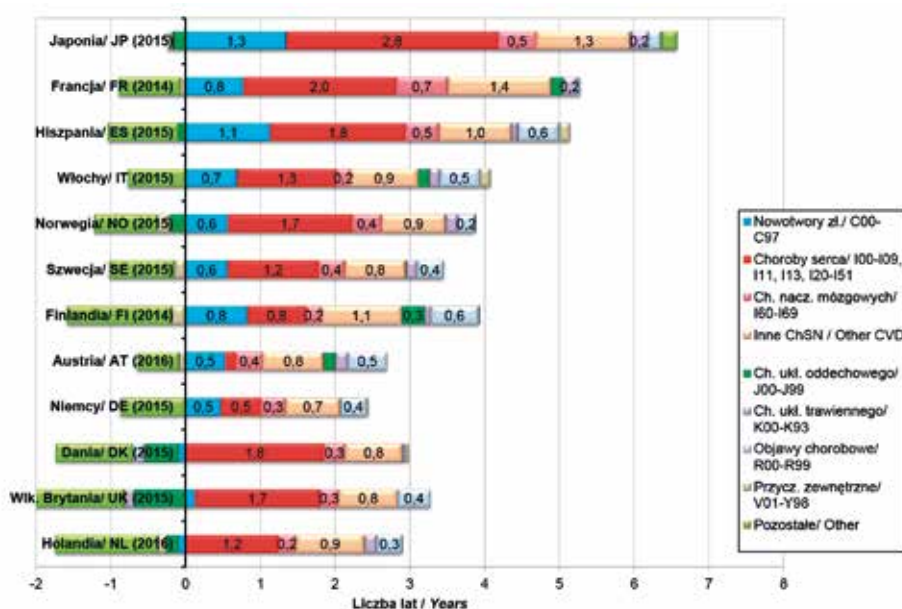
Fig. 2.83b. Age-standardized mortality rates from suicide of males (M) and females (F) aged 25-64 years in Poland and average for EU28 countries – their trends and mean annual decrease, 1999–2016 (WHO HFA MDB and authors' own calculation)

Jak wynika z [rycin 2.84a i 2.84b](#) 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 miazdżyca 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. 2.84a. 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. 2.84a. 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)



Ryc. 2.84b. 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. 2.84b. 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)

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 niezadowolającą.
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. 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 zamieszkania 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 mieszanek 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. 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 deprivacji 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.
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),

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.

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.) 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.
13. 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.

14. 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%).
15. 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 deprivacji 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. Oczywiście są pewne ograniczenia tych danych, gdyż hospitalizacja jest uwarunkowana ciężkością przebiegu choroby, możliwością ustalenia rozpoznania oraz zapewnienia właściwego leczenia poza szpitalem, selekcją przyjęć związaną z dostępnością łóżek szpitalnych czy też czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Natomiast niewątpliwą zaletą informacji o hospitalizacji jest dokładność i trafność diagnozy szpitalnej przewyższająca poprawność diagnostyczną w innych rutynowych systemach oceny stanu zdrowia ludności.

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

W 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 z programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

¹ Z wyjątkiem części resortowych MSWiA oraz MON

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.

Najczęściej pacjenci szpitali byli leczeni z powodu chorób układu krążenia (13,5% hospitalizowanych), nowotworów ogółem oraz urazów i zatruc (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 porównaniu 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 mężczyźni², ale wynika to przede wszystkim z hospitalizacji z powodu ciąży, porodu i połoгу. 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 kobiety⁴.

² Współczynniki standaryzowane

³ Wg współczynników rzeczywistych

⁴ Przy porównywalnej strukturze wieku (współczynniki standaryzowane)

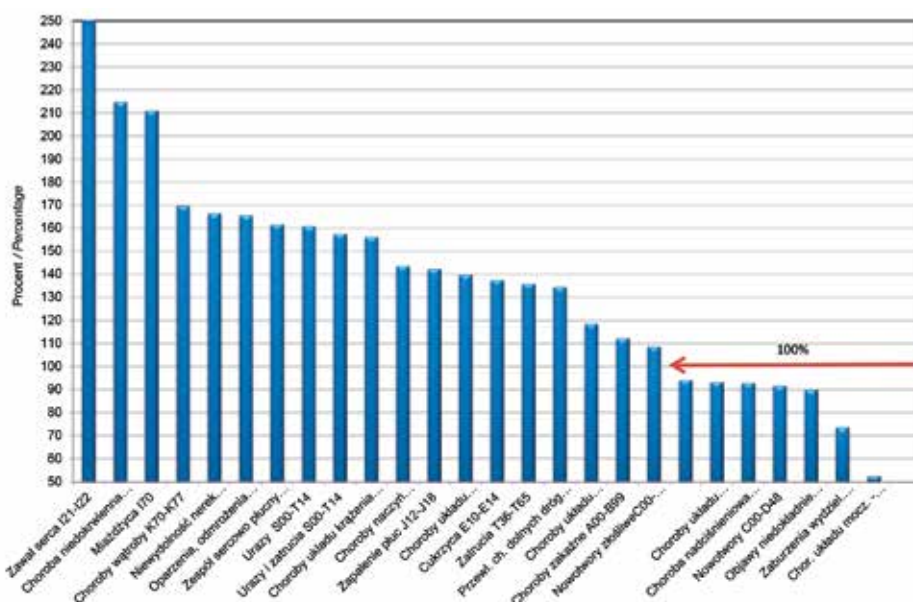
Tabela 3.1. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji wg. płci i przyczyn w Polsce w 2016 r., (na 100 tys. ludności, dane NIZP-PZH)

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

Rozpoznanie/Diagnosis	Rzeczywiste/Crude			Standaryzowane/Standardized		
	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 złośliwe C00-C97	1129,3	1114,8	1142,9	904,2	965,4	889,3
Zaburzenia wydzieli. 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)

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%).



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)

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. 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.

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 (per 100 thousand. population, data NIHP-NIH)

Rozpoznanie/Diagnosis	Rzeczywiste/Crude			Standaryzowane/Standardized		
	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 złośliwe C00-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
Miażdżycza 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
Przewł. 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)

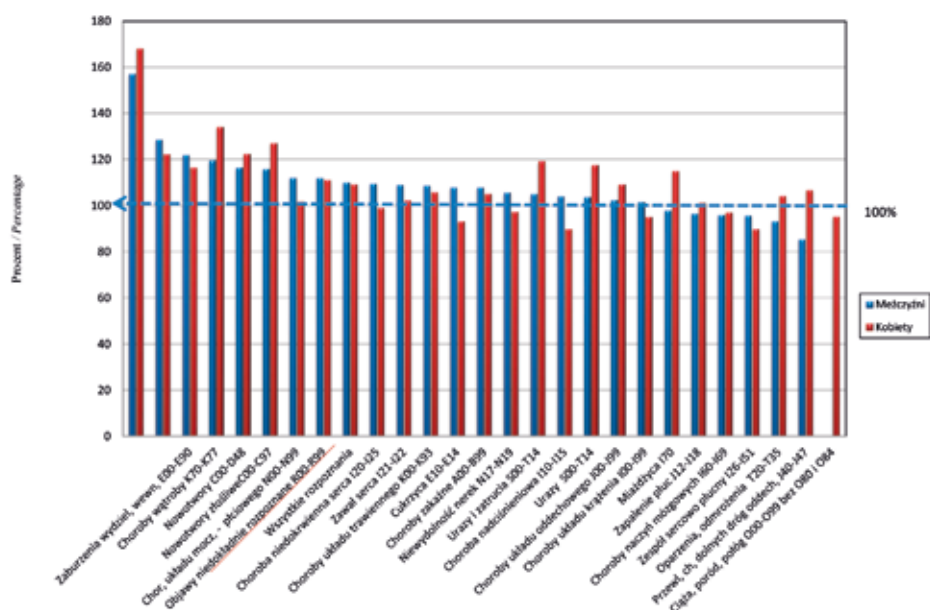
Tabela 3.3. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji w Polsce wg płci i przyczyn w 2016 r. – wieś (na 100 tys. ludności, dane NIZP-PZH)

Table 3.3. Crude and standardized hospitalization rates in Poland in 2016 by sex and causes – rural population (per 100 thousand. population, data NIHP-NIH)

Rozpoznanie/Diagnosis	Rzeczywiste/Crude			Standaryzowane/Standardized		
	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 złośliwe C00-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
Miażdżycy 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
Przewł. 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)

Na [rycynie 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 zatruc 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).



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)

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.

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.

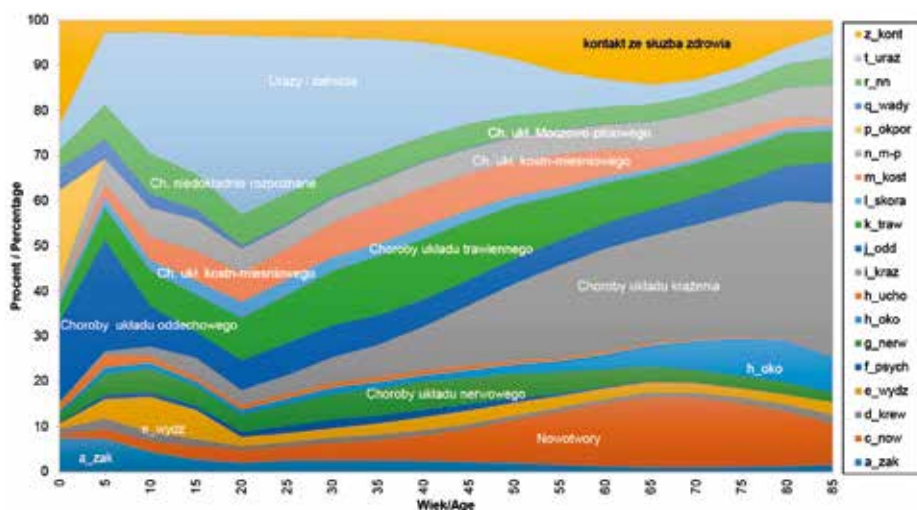
Podsumowując trzeba stwierdzić, że największe różnice w hospitalizacji mieszkańców miast i wsi obserwuje się w zakresie zatruć (T35-T65) znacznie więcej mężczyzn i kobiet z miasta przebywa w szpitalu z tej przyczyny. Różnie w przeciwnym kierunku są znacznie mniejsze i można tu wymienić m.in. częstsze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

3.2. Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku w Polsce

W celu pogłębienia informacji dotyczących struktury hospitalizacji przeprowadzono analizę przyczyn pobytu w szpitalu z 2016 r. w 5 letnich grupach wieku – osobno dla mężczyzn i kobiet. Jak widać ([ryc. 3.3](#)) chłopcy w wieku poniżej 10 lat hospitalizowani są najczęściej z powodu chorób układu oddechowego.

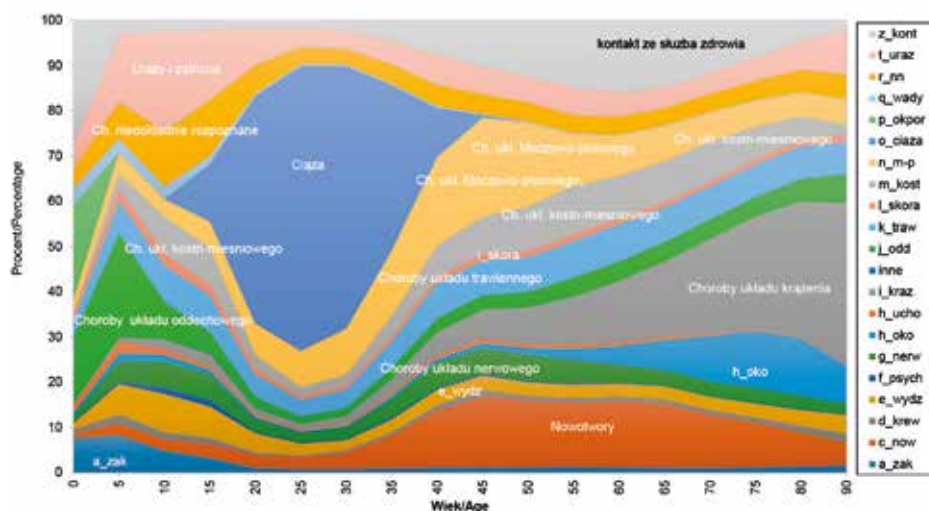
Trzeba też zwrócić uwagę, że o dużej częstości hospitalizacji chłopców poniżej 5 lat z powodu czynników wpływających na kontakt ze służbą zdrowia decydują kodowane w tej kategorii przyczyn urodzenia prawidłowe (ICD-10: Z38). Wśród hospitalizowanych chłopców w wieku powyżej 10 lat zaczynają dominować urazy i zatrucia a obok nich choroby układu trawiennego. Sytuacja ta utrzymuje się do 45 roku życia, kiedy wśród przyczyn hospitalizacji przeważają choroby układu krążenia. Od 50 roku życia oprócz chorób układu krążenia pojawiają się nowotwory, które swe maksimum wśród przyczyn hospitalizacji osiągają w grupie wieku 65-69 lat. Nie przekraczają jednak częstości hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia, które aż do najstarszej grupy wieku mężczyzn zwiększają swoje znaczenie wśród przyczyn hospitalizacji. W starszych grupach wieku zwiększa się też częstość chorób układu oddechowego, jako przyczyny pobytu mężczyzn w szpitalu. Warto zwrócić uwagę na zmniejszanie się po 70 roku życia hospitalizacji z powodu nowotworów. Stosunkowo duży udział chorób oka po 70 roku życia wiąże się z przeprowadzaniem zabiegów wszczepiania soczewki z powodu zaćmy starczej.

Nieco inaczej przedstawia się struktura hospitalizacji kobiet ([ryc. 3.4](#)). Choroby układu oddechowego, jako główna chorobowa przyczyna hospitalizacji, dominują wśród dziewczynek do 10 roku życia, podobnie jak wśród chłopców. Urazy i zatrucia są najczęstszą przyczyną hospitalizacji wśród dziewcząt tylko do grupy wieku 10-14 lat.



Ryc. 3.3. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2016 r. wg wieku leczonych – mężczyźni (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.3. Structure of the causes of hospitalization in Poland in 2016 by age group of treated – male (data NIPH-NIH)



Ryc. 3.4. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2016 r. wg wieku leczonych – kobiety (dane NIZP-PZH)

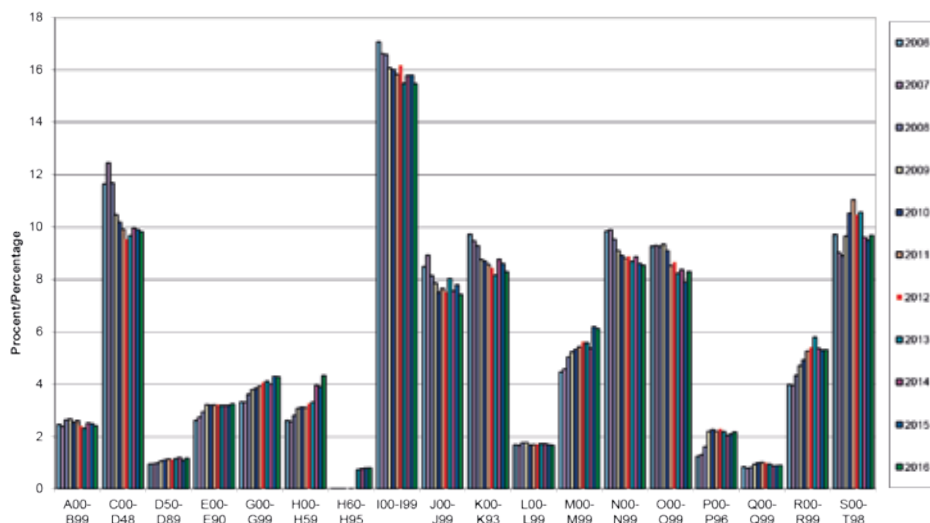
Fig. 3.4. Structure of the causes of hospitalization in Poland in 2016 by age group of treated – female (data NIPH-NIH)

Począwszy od grupy wieku 15-19 lat aż do 39 lat przeważają problemy związane z ciążą, porodem i pójciem, przy równoczesnym wzroście częstości chorób układu moczowo – płciowego w stopniu znacznie większym niż u mężczyzn. Od 60 roku życia aż do najstarszych grup wieku wśród przyczyn hospitalizacji

kobiet zaczynają dominować choroby układu krążenia. Stopniowo, ale bardziej niż u mężczyzn, maleje udział nowotworów, których wzrost częstości zaznacza się we wcześniejszych niż u mężczyzn grupach wieku. Choroby zakaźne są znaczącą przyczyną hospitalizacji obu płci tylko w najmłodszych grupach wieku, natomiast w starszych grupach wieku ich udział wśród przyczyn hospitalizacji jest większy wśród mężczyzn. Zarówno u mężczyzn jak i u kobiet obserwuje się znaczny odsetek przyczyn niedokładnie rozpoznanych (R00-R99) zwłaszcza u dzieci i młodzieży i jest to wyraźniejsze u kobiet.

3.3. Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w czasie

Zmiany struktury procentowej przyczyn hospitalizacji w czasie przedstawiono na [rycynie 3.5](#). Jak widać z ryciny wśród wszystkich przyczyn hospitalizacji biorąc pod uwagę udział w puli wszystkich pobyków 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. 3.5. Struktura procentowa przyczyn hospitalizacji w Polsce w latach 2006-2016 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.5. 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

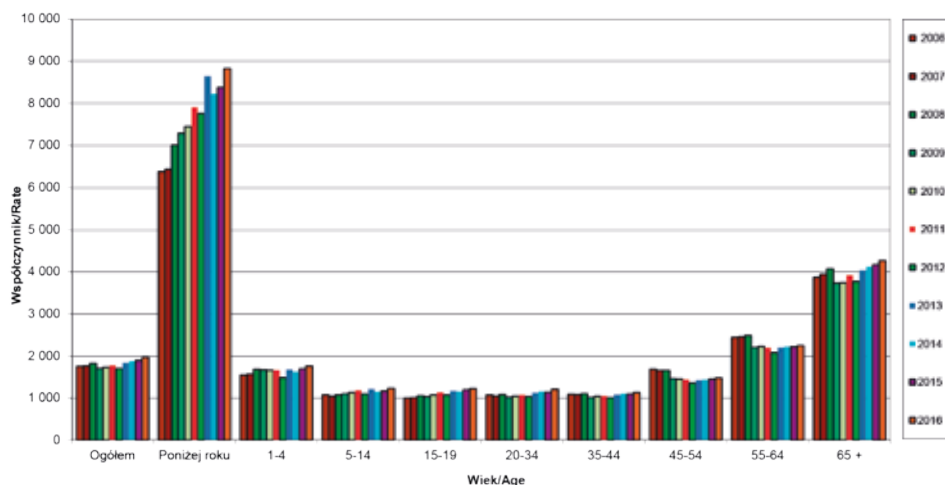
z porodem. W ostatnich latach po początkowym okresie spadkowym wzrasta udział nowotworów wśród przyczyn hospitalizacji. Niewątpliwy wzrost udziału dotyczy też chorób układu kostno – mięśniowego,

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 zatruc 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.

3.4. Zmiany hospitalizacji w czasie według wieku leczonych

Zmiany struktur współczynników hospitalizacji wg wieku w latach 2006-2016 ogółem i wg wieku przedstawiono na [ryc. 3.6](#).

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



Ryc. 3.6. Hospitalizacja w Polsce w latach 2006-2016 ogółem wg wieku wsp. na 10 tys. ludności (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.6. Hospitalization in Poland in the years 2006-2016 by age (rates per 10 thousand population) (data NIPH – NIH)

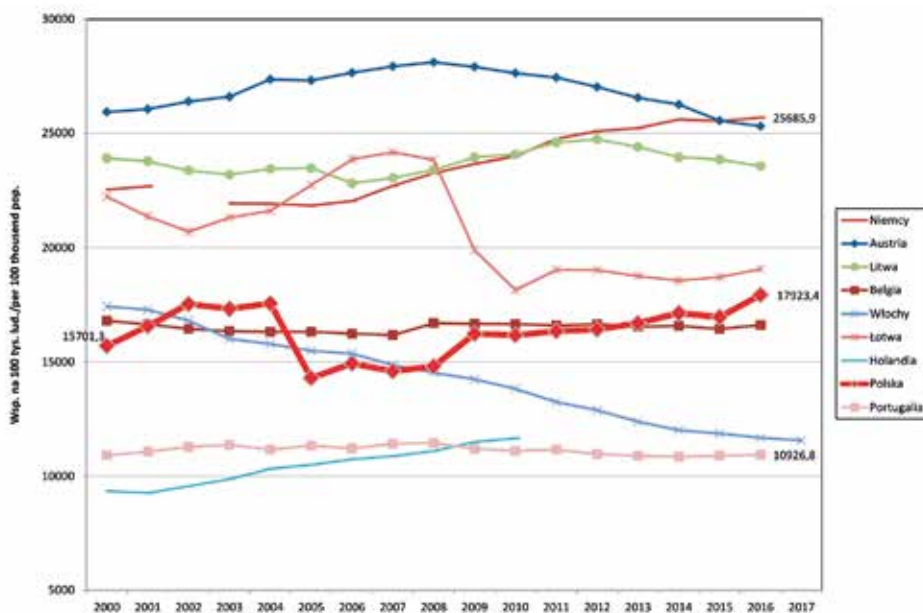
Ogółem w latach 2006-2016 współczynniki hospitalizacji wzrosły o 12 %, chociaż do roku 2012 wzrost ten nie był widoczny. Ogólna rosnąca tendencja wielkości współczynników hospitalizacji widoczna jest we wszystkich prawie grupach

wieku za wyjątkiem dwóch podgrup 45-64 lat, choć i tu zaznacza się pewien pewien wzrost w ostatnich latach.

Charakterystyczny jest stały wzrost hospitalizacji niemowląt (za wyjątkiem roku 2014) przy pewnej stabilizacji hospitalizacji w grupie osób najstarszych – powyżej 65 roku życia.

3.5. Porównania międzynarodowe hospitalizacji

Częstość hospitalizacji mieszkańców Polski ogółem latach 2000 – 2004 (ryc. 3.7) 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%⁵.



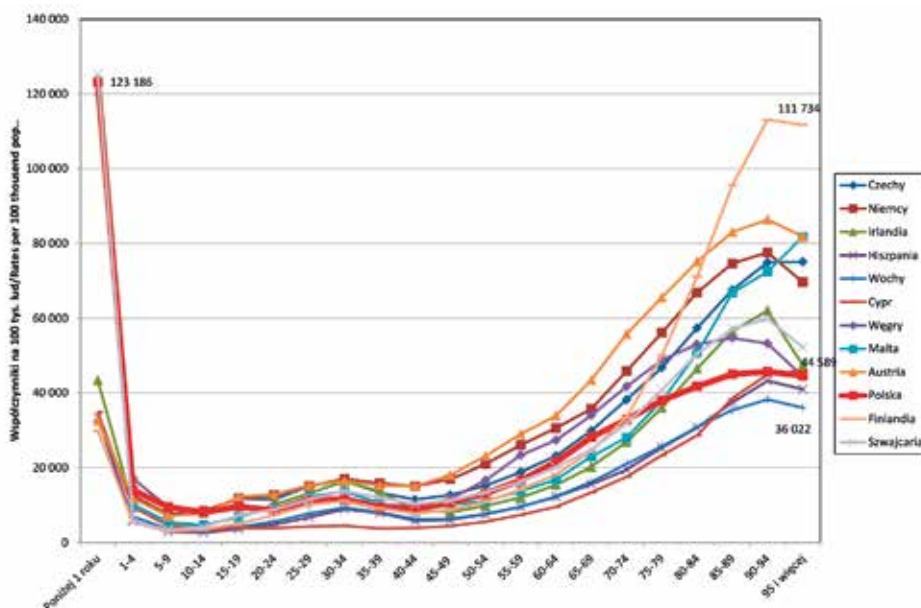
Ryc. 3.7. Współczynniki hospitalizacji ludności dla ogółu przyczyn dla Polski i wybranych krajów UE w latach 2000 – 2016, współczynniki na 100 tys. ludności, (dane OECD)

Fig. 3.7. Hospitalization rates for Poland and other EU countries in 2000-2016 (data of OECD)

⁵ 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.

Dane z ostatnich lat wskazują, że jesteśmy obecnie (2016 r. ostatnie dostępne dane) na poziomie średniej unijnej w zakresie częstości hospitalizacji. Jak widać z [ryciny 3.7](#) 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.

Ciekawym jest porównanie struktur wieku hospitalizowanych w różnych krajach co przedstawiono na [rycynie 3.8](#). 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.



Ryc. 3.8. Hospitalizacja ogółem w Polsce i innych krajach UE wg wieku, 2016 r. (współczynniki na 100 tys ludności, dane Eurostat)

Fig. 3.8. Hospitalization rates in Poland and other EU countries by age, 2016, rates per 100 thousand population (data of Eurostat)

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).

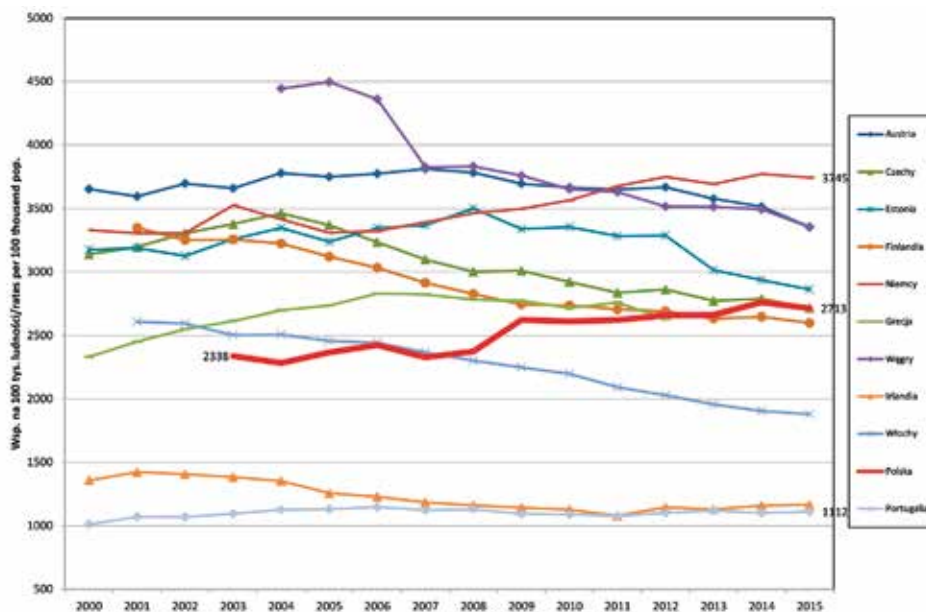
3.6. Hospitalizacja według wybranych przyczyn w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej

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. 3.9) 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%).

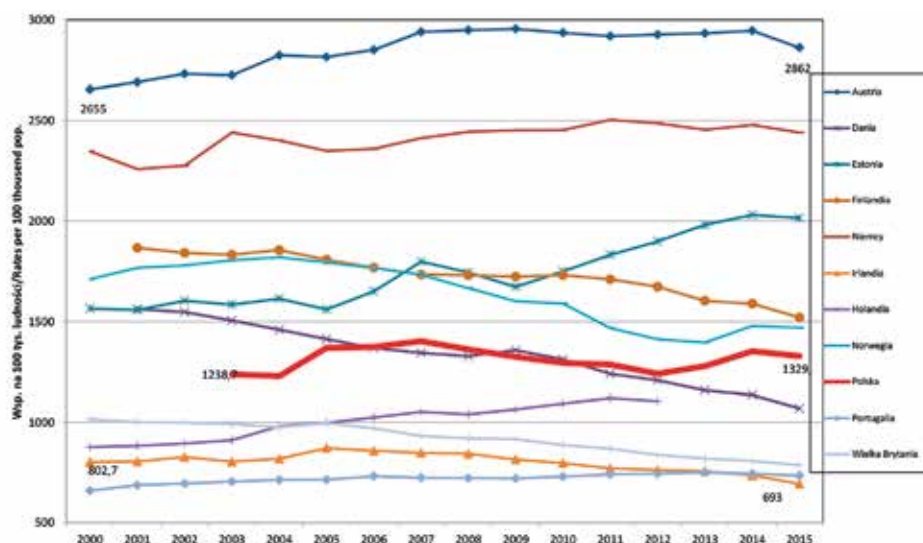
Trendy hospitalizacji z powodu nowotworów ogółem przebiegają bardzo różnie w poszczególnych krajach. Stabilny i stale rosnący, za wyjątkiem ostatniego roku trend hospitalizacji widoczny jest dla Austrii, jest to kraj gdzie stale najwięcej hospitalizuje się ludność z powodu nowotworów w całej Unii. Polskie 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. 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. 3.11). 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.



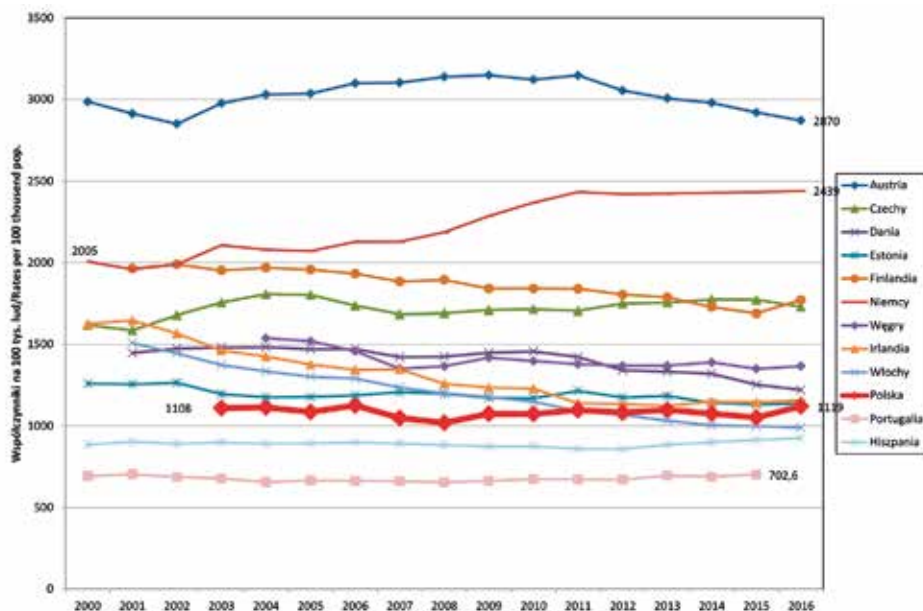
Ryc. 3.9. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem w Polsce i w innych krajach UE, mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.9. 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. 3.10. 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. 3.10. Time trends of hospitalization rates due to malignant neoplasms in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)



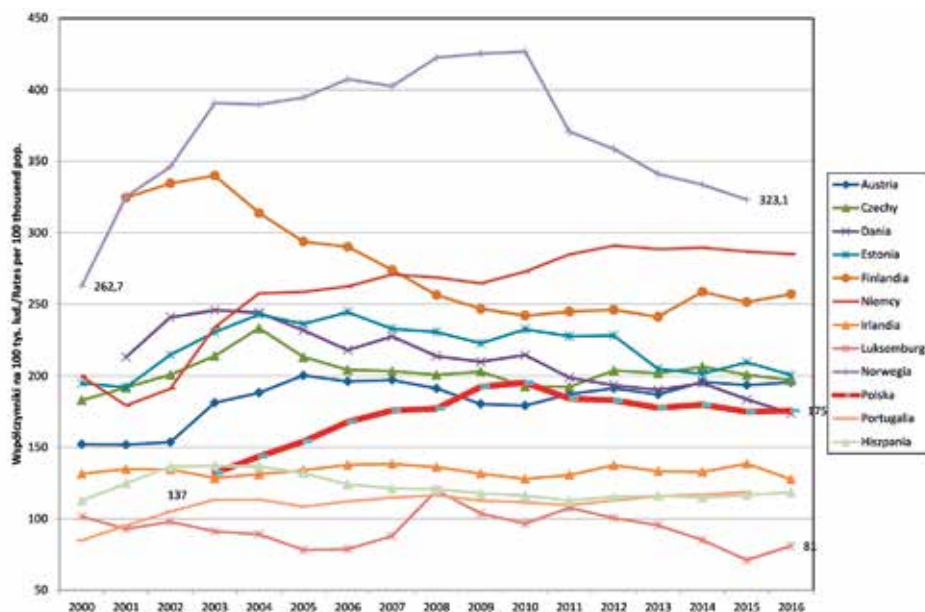
Ryc. 3.11. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu urazów i zatruc ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

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

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 rozpoznaw, 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. 3.12). Dwa razy częściej nią w Polsce hospitalizuje się w Norwegii z powodu zawału serca a dwa razy rzadziej w Luksemburgu. Generalnie można powiedzieć, że trend częstości hospitalizacji z powodu zawałów serca w większości krajów jest stabilny z lekką tendencją malejącą.

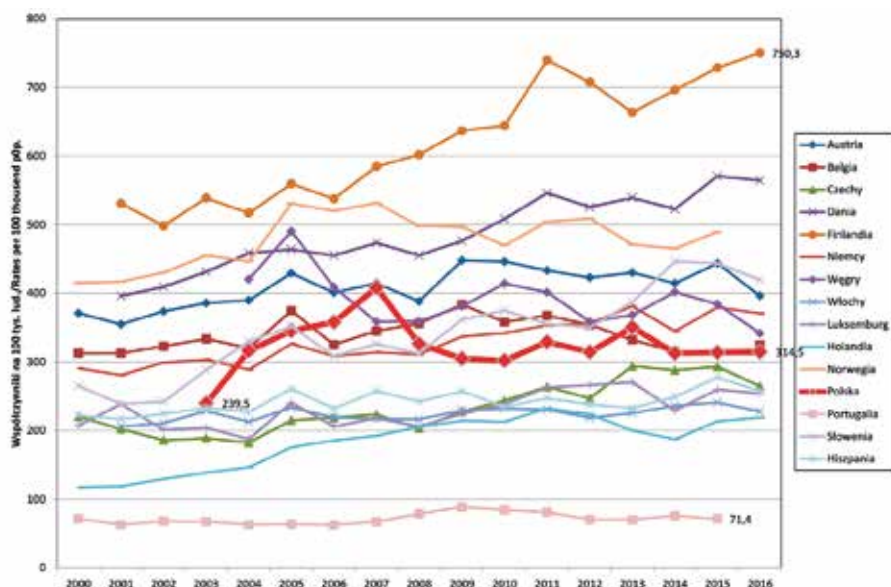


Ryc. 3.12. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu zawałów serca ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. lud./lata (dane OECD)

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

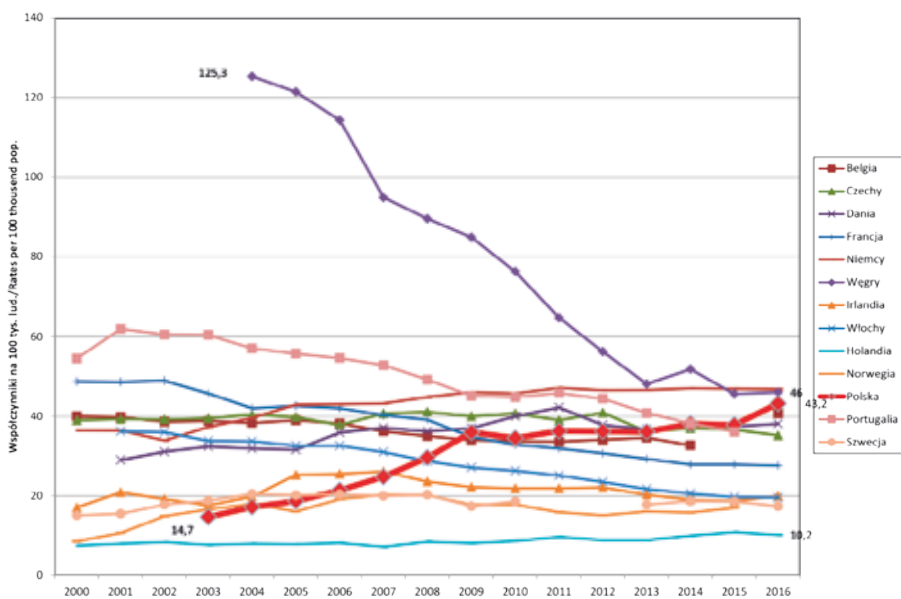
Trendy współczynników hospitalizacji z powodu zapalenia płuc (ryc. 3.13) dla wszystkich grup wieku i płci razem w Polsce są poniżej przeciętnej dla pozostałych krajów. Od roku 2000 do 2007 następował znaczny wzrost po czym od roku 2008 do 2015 trend ustabilizował się w ostatnich latach współczynniki 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. 3.14). Najniższą częstość hospitalizacji przyczyny choroby alkoholowej wątroby notuje się od wielu lat w Holandii. 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.



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



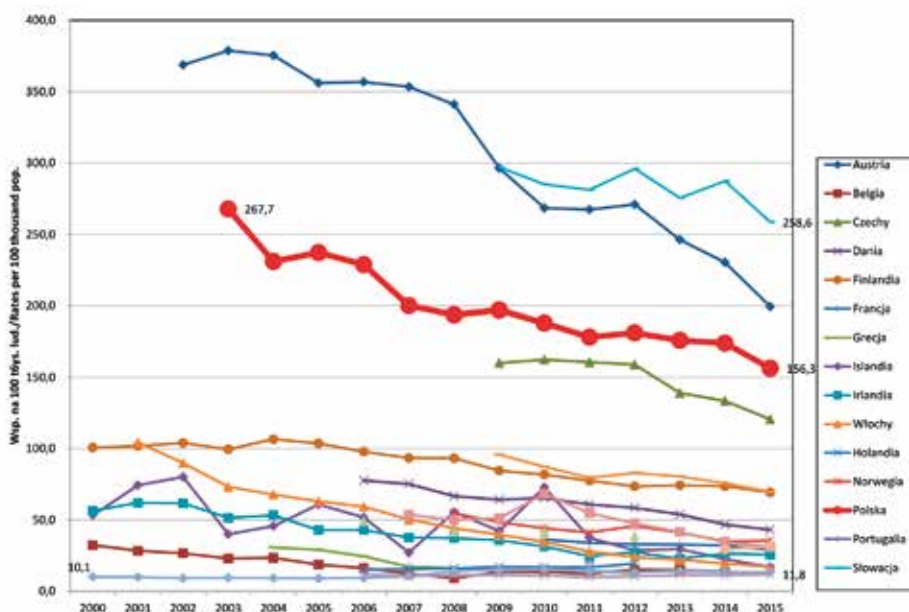
Ryc. 3.14. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu alkoholowej choroby wątroby ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.14. 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)

3.7. 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.

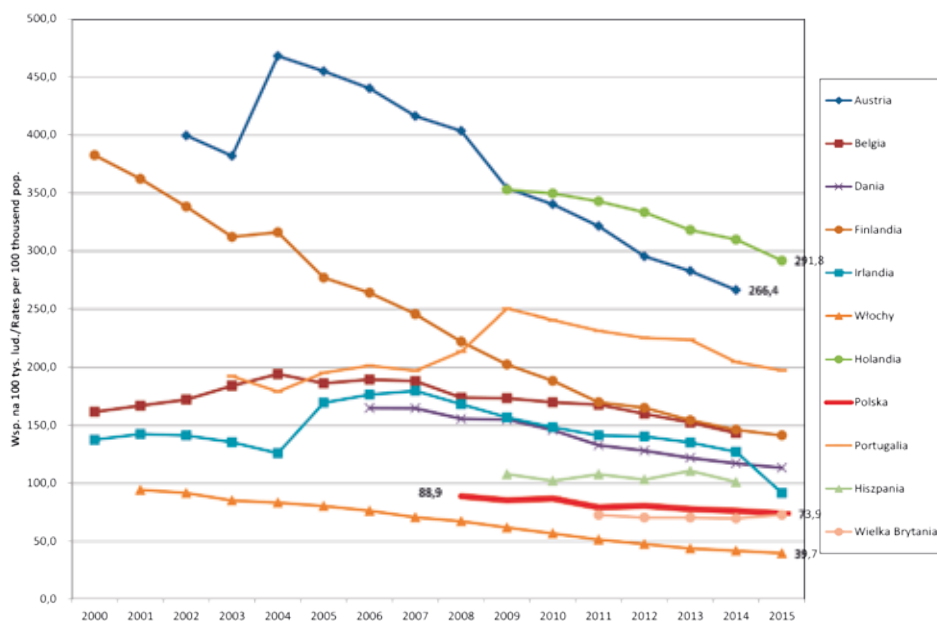
Nadmierne hospitalizowanie nadciśnienia tętniczego w Polsce potwierdzają trendy hospitalizacji z ostatnich lat (ryc. 3.15). Wyraźna tendencja spadkowa leczenia szpitalnego nadciśnienia zatrzymała się nieco w roku 2007 ale po roku 2015 zmniejszanie częstości hospitalizacji tej przyczyny pogłębi się co w świetle ustaleń OECD jest zjawiskiem pozytywnym. W dalszym ciągu jednak Polska należy razem z Austrią i Słowacją do krajów o największej częstości hospitalizacji nadciśnienia tętniczego. Natomiast w Belgii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii i współczynniki hospitalizacji nadciśnienia tętniczego są ponad dziesięciokrotnie niższe.



Ryc. 3.15. 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. 3.15. 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 3.16](#), 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 Włochy w 2015 r., ale 4 razy niższy niż w Holandii niż w Holandii.

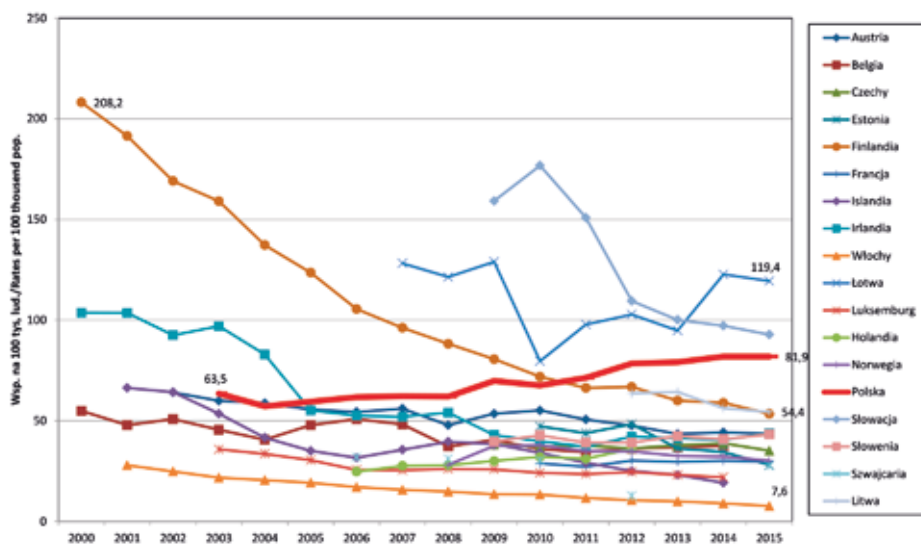


Ryc. 3.16. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu cukrzycy ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyzn i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.16. Time trends of hospitalization rates due to diabetes in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

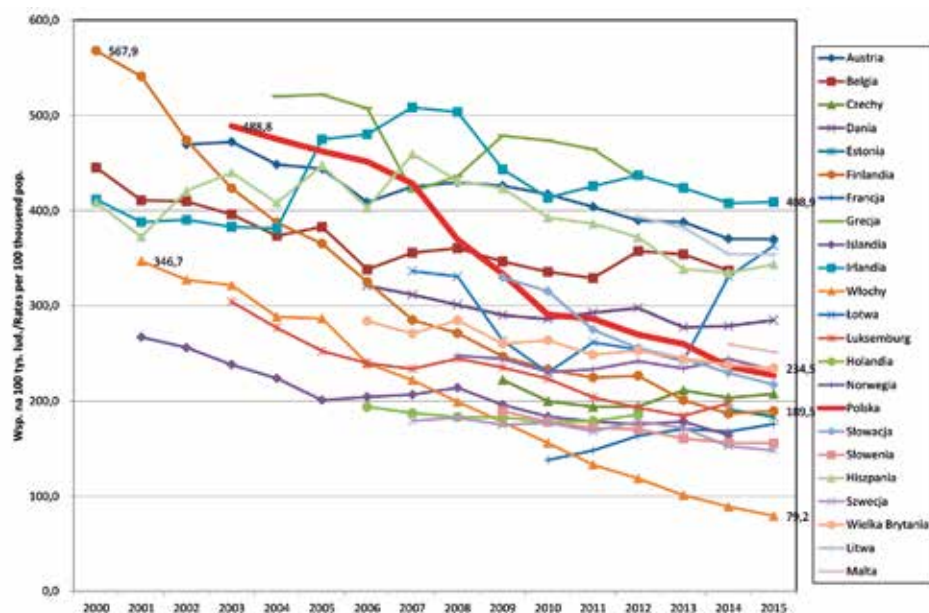
Również astma należy do chorób które w większym stopniu niż dotychczas powinny być leczone w trybie ambulatoryjnym, z [ryciny 3.17](#) widać, że w Polsce nastąpił wzrost hospitalizacji tej przyczyny w latach 2003 – 2015 o 30%. Obecnie należymy do krajów o największej częstości hospitalizacji astmy w porównywalnych krajach, więcej hospitalizuje się z tej przyczyny na Słowacji i Łotwie. Krajem gdzie hospitalizuje się astmę najrzadziej są Włochy. Zwraca uwagę zmiana sytuacji w Finlandii gdzie współczynniki hospitalizacji w latach 200-2015 zmalały z 208 na 54 a więc czterokrotnie.

Na [rycinie 3.18](#) przedstawiono trendy hospitalizacji POChP w latach 2000-2015.



Ryc. 3.17. 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. 3.17. Time trends of hospitalization rates due asthma in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)



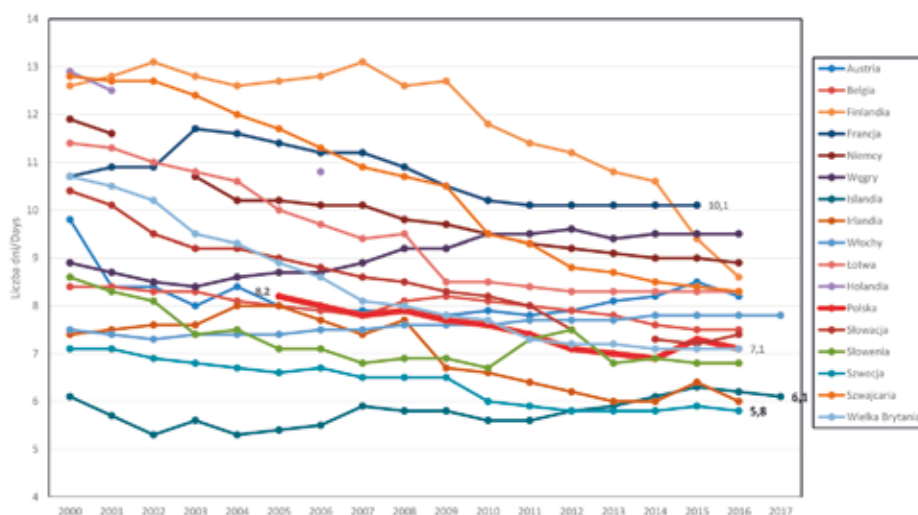
Ryc. 3.18. Zmiany w czasie hospitalizacji z powodu POChP ogółem w Polsce i innych krajach UE mężczyźni i kobiety razem, współczynniki na 100 tys. ludności (dane OECD)

Fig. 3.18. Time trends of COPD rates in Poland and other EU countries both sexes, rates per 100 000 population (OECD data)

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). Stała wysoka hospitalizacja POChP utrzymuje się w Grecji i w Irlandii, współczynniki prawie 2 trzy wyższe niż w Polsce.

3.8. Długość hospitalizacji

W związku z coraz częstszym stosowaniem dla niektórych rozpoznań procedur jednego dnia wykonywanych w szpitalach lub ambulatoriach specjalistycznych średnia długość pobytu w szpitalach skraca się⁶. Jak widać z ryciny 3.19 w Polsce długość pobytu w szpitalu w latach 2005–2016 skróciła się o 15% i obecnie Polska zalicza się do krajów o stosunkowo krótkim pobycie w szpitalu (7 dni) z powodu ogółu przyczyn, jednak jest to długość pobytu wyższa o 22% niż w Szwecji. Z drugiej strony w Polsce hospitalizuje się o 44% krócej.



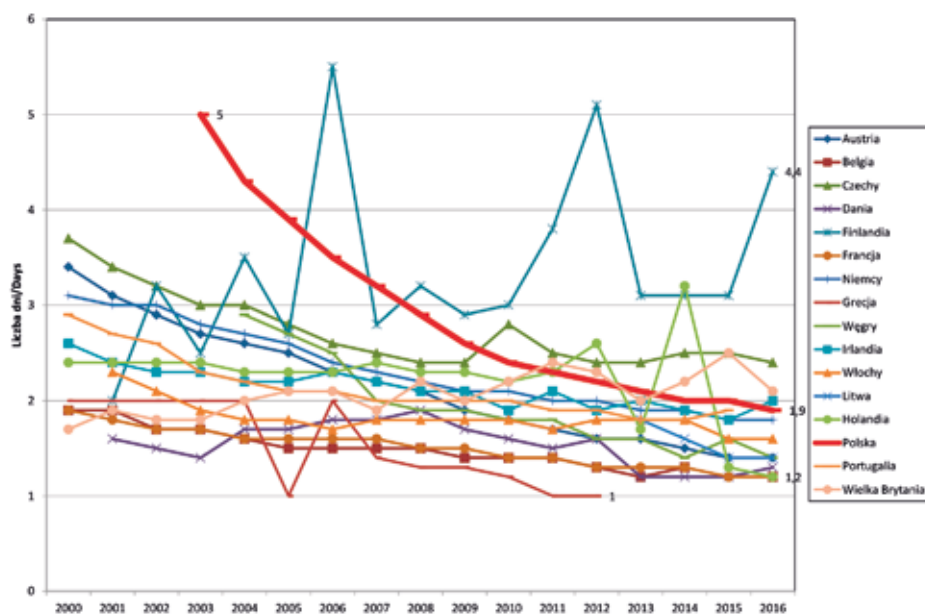
Ryc. 3.19. Długość pobytu w szpitalu wszystkie przyczyny w Polsce i innych krajach UE (dane OECD)

Fig. 3.19. Length of stay in hospital all causes in Poland and other EU countries by age, latest available year (OECD data)

Długość pobytu w szpitalu, wszystkie przyczyny razem w Polsce i innych krajach UE (dane OECD) / Length of stay in hospital all causes in Poland and other EU countries by age, latest available year (OECD data)

⁶ OECD stosuje własny podział szpitali wyróżniając szpitale krótkiego pobytu (acute hospitals) spośród ogółu szpitali. W tym rozdziale analizowana jest długość pobytu dla ogółu szpitali

Przeciętna długość pobytu w szpitalu z powodu leczenia zaćmy w Polsce należała do najdłuższych wśród analizowanych krajów (ryc. 3.20) w 2004 r. i wynosiła 5 dni. Jak widać z ryciny trend skracania długości pobytu w szpitalu z powodu leczenia katarakty w Polsce jest bardzo wyraźny i stabilny w porównaniu z innymi krajami w na przykład z Finlandią lub Holandią. W ostatnich latach długość pobytu w szpitalu w związku z leczeniem zaćmy wyniosła w Polsce 1,9 dnia, podczas gdy w Grecji 1 dzień a w Finlandii 4 dni przy niewyjaśnionych waha- niach w latach poprzednich. Generalnie w e wszystkich prawie krajach następuje skracanie czasu pobytu w szpitalu z powodu leczenia zaćmy, głównie z powodu przechodzenia na hospitalizacje jednodniowe lub leczenie ambulatoryjne zaćmy.

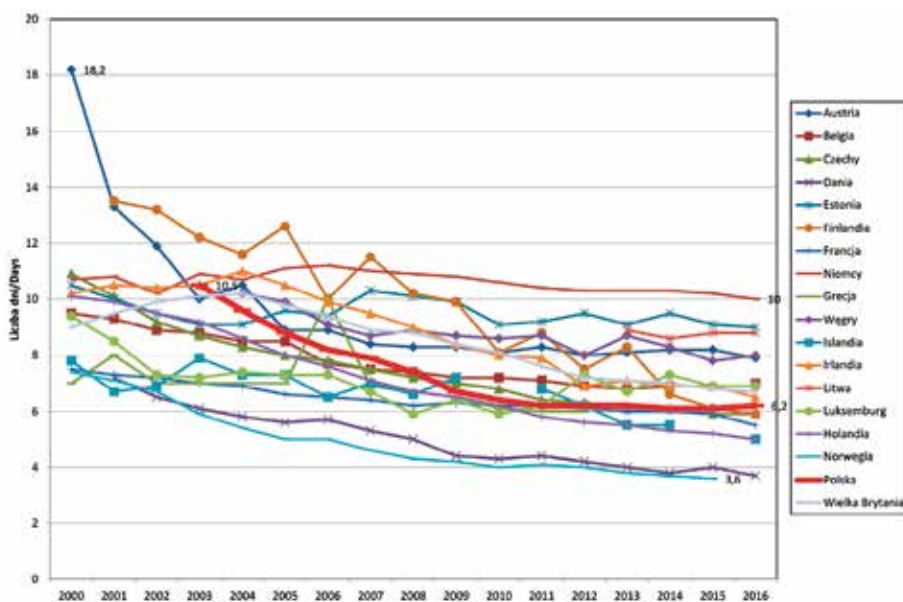


Ryc. 3.20. Długość pobytu w szpitalu z powodu leczenia zaćmy w Polsce i innych krajach UE (dane OECD)

Fig. 3.20. Length of stay in hospital because of cataract treatment in Poland and other EU countries (OECD data)

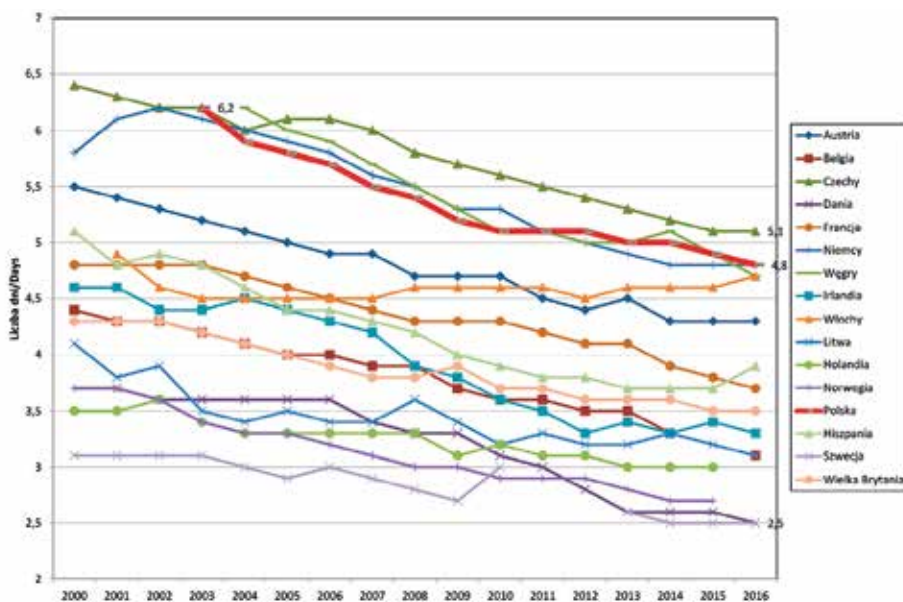
Średnia długość pobytu w szpitalu w związku z leczeniem zawału serca jest w Polsce krótsza niż w większości krajów UE i wynosiła 6,2 dnia (ryc. 3.21). Najdłużej zawał serca leczy się w Niemczech, średnio ponad 10 dni a najkrócej w Norwegii i Danii – 3 dni. W Polsce w okresie od 2003 r do 2015 długość pobytu w szpitalu w związku z leczeniem zawału serca zmalała o 60%.

Średnia długość pobytu w szpitalu z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego waha się w ostatnich latach w niewielkim zakresie – od 2 do 5 dni w zależności od kraju (ryc. 3.22).



Ryc. 3.21. Długość pobytu w szpitalu z powodu leczenia zawału serca w Polsce i innych krajach UE (dane OECD)

Fig. 3.21. Length of stay in hospital because of myocardial infarction treatment in Poland and other EU countries by age, (OECD data)



Ryc. 3.22. Długość pobytu w szpitalu z powodu leczenia wyrostka robaczkowego w Polsce i innych krajach UE (dane OECD)

Fig. 3.22. Length of stay in hospital because of appendicitis treatment in Poland and other EU countries by age, (OECD data)

We wszystkich prawie krajach obserwuje się stałe skracanie czasu trwania hospitalizacji zapalenia wyrostka robaczkowego. W roku 2000 było to ponad 6 dni (Czechy). Najkrótszy czas hospitalizacji z powodu zapalenia wyrostka obserwuje się obecnie w Szwecji i Danii (2,5 dni). Jak widać z wykresu Polska należy do krajów o najwyższym czasie hospitalizacji wyrostka robaczkowego (4,8 dni) choć dłużej nieco hospitalizowani są z obywatele Czech (5,2 dni).

3.9. Śmiertelność szpitalna

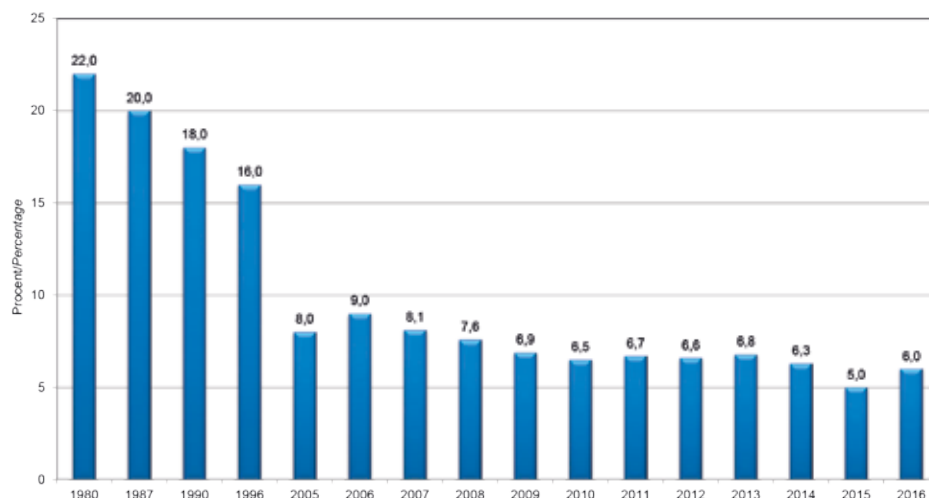
Śmiertelność szpitalna ogółem w Polsce ulegała już nieznacznemu zmniejszeniu w latach 2003-2006 i 2010 z 2,3% do 2,1% a w roku 2015 wynosiła 2% a w 2016 1,9 dla wszystkich przyczyn hospitalizacji razem. Największe pozytywne zmiany obserwuje się w zakresie nowotworów ogółem: zmiana z 5% w 2003 do 3,6%, 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)⁷ 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 dni⁸, drugi dotyczy śmiertelności z powodu udaru mózgu.

Z danych NIZP-PZH widać (ryc. 3.23), 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 kardiologicznych. Równocześnie sytuacja w Polsce na tle innych krajów członków OECD w ostatnich latach jest bardzo korzystna (ryc. 3.24), 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.

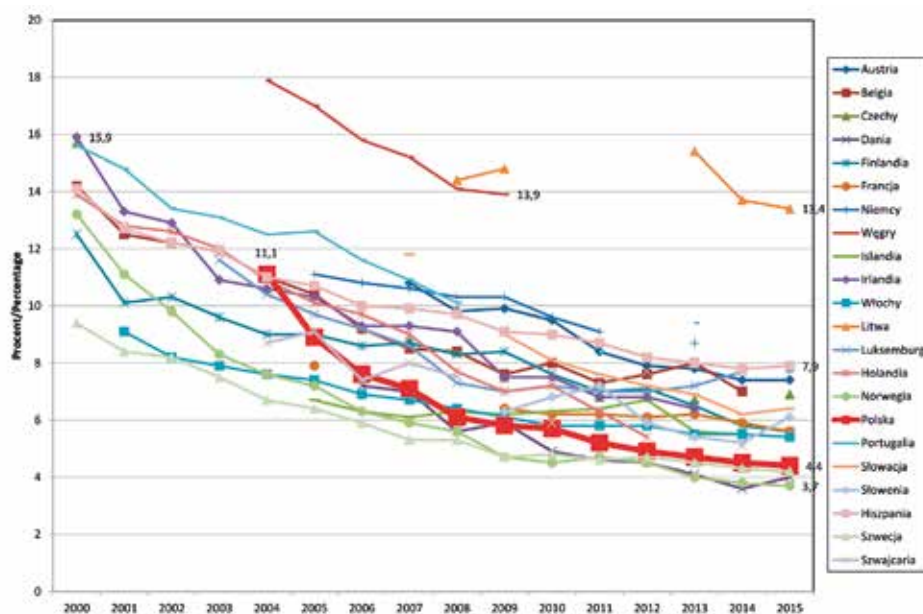
⁷ Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, OECD

⁸ Wskaźnik dotyczy osób w wieku 45 i więcej lat



Ryc. 3.23. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w Polsce, 1980-2016 (dane NIZP-PZH)

Fig. 3.23. Hospital fatality during the 30 days after admission for myocardial infarction in Poland, 1980-2016 (data NIPH-NIH)

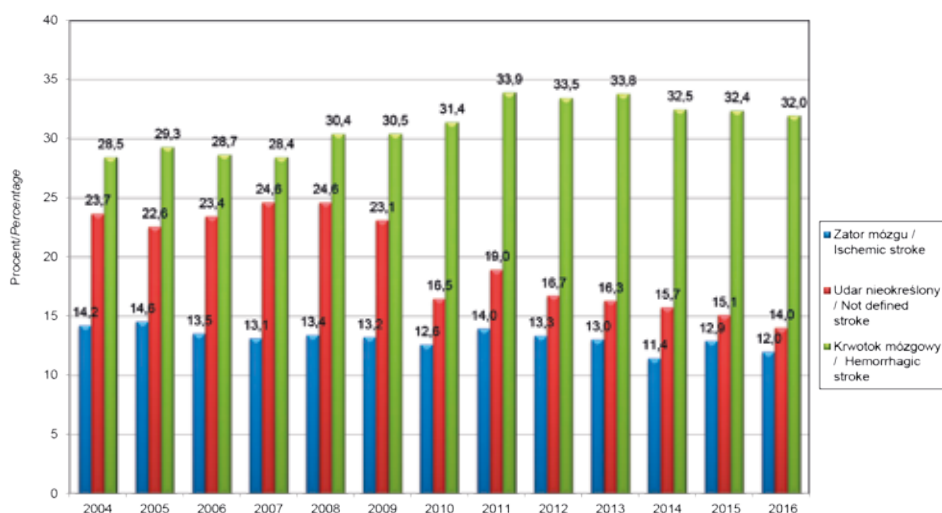


Ryc. 3.24. Standaryzowane wg wieku i płci współczynniki śmiertelności szpitalnej 30 dniowej osób w wieku 45 lat i więcej w latach 2000-2015 w Polsce i innych krajach UE (dane OECD)

Fig. 3.24. 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 Polski⁹). 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.

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (ryc. 3.25) 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 2008-2013, 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%

⁹ Zbyt duży udział w danych z Polski udaru nieokreślonego (I64) jest przyczyną nieuwzględnienia naszych danych w bazie OECD dotyczącej hospitalizacji – udarów mózgu

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 mózgu¹⁰ dane ogólnopolskie nie wskazują na wyraźne pozytywne zmiany wyrażające się wyraźną poprawą śmiertelności z powodu udaru krwotocznego.

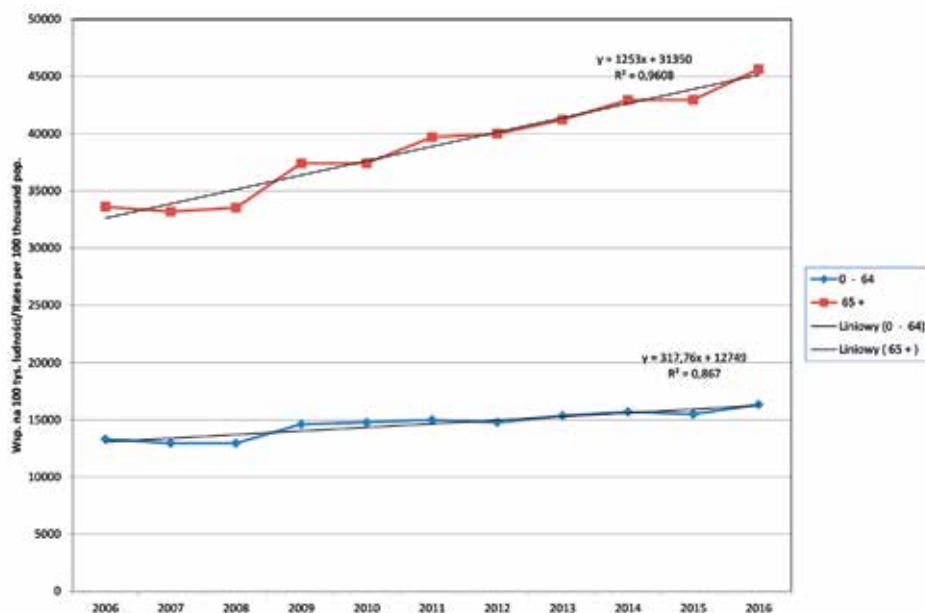
3.10. Hospitalizacja osób starszych w Polsce

Procesy demograficzne w Polsce przebiegają podobnie jak w innych zaawansowanych ekonomicznie krajach Europy, mamy więc postępujące starzenie się populacji powiązane z konsekwencjami ekonomicznymi i koniecznością dostosowania systemu usług, w tym medycznych do nowej sytuacji. Zapewnienie leczenia w tym szpitalnego dla osób starszych stanowi istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Powstaje pytanie czy potrzeby ludności w zakresie leczenia szpitalnego są proporcjonalne do przemian demograficznych w kraju i czy są one podobne w różnych regionach kraju (województwa).

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że w latach 2007-2015 odsetki ludności Polski w wieku 65 i więcej lat wzrastały systematycznie z 13,5% do 15,8%, natomiast odsetki hospitalizowanych w wśród ogółu leczonych w szpitalach były dwukrotnie wyższe. W roku 2007 odsetek ten wynosił 27,7% a w 2015 – 32,8%, ponadto tempo zmian określone współczynnikiem regresji dla udziału osób 65+ w populacji Polski i wśród hospitalizowanych było dwukrotnie wyższe (odpowiednio $b=0,30$ i $b=0,64$). Wyniki wskazują na nieadekwatny wzrost hospitalizacji do przyrostu osób 65 i więcej lat w populacji kraju.

Najlepszą ilustracją tego problemu jest [rycina 3.26](#), na której przedstawiono standaryzowane wg wieku współczynniki hospitalizacji osób w wieku 0-64 lat i 65+. Jak widać trendy hospitalizacji tych grup wieku przebiegają różnie jak to opisano już powyżej? Z przedstawionych danych wynika potrzeba reorganizacji systemu opieki szpitalnej w kierunku znacznego zwiększenia infrastruktury dla leczenia osób starszych, (choroby przewlekłe, wielochorobowość, rehabilitacja) w tym zwiększenie kadry geriatrów i wykwalifikowanych pielęgniarek.

¹⁰ Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu



Ryc. 3.26. Współczynniki standaryzowane hospitalizacji osób w wieku 0-64 lat i 65+ w latach 2006-2016 w Polsce, mężczyźni i kobiety razem (na 10. tys. ludności)

Fig. 3.26. Standardized hospitalization rates peoples aged 0-64 and 65+ in 2006-2016 in Poland, both sexes (rates per 10 thousand population)

PODSUMOWANIE

1. 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 zatruc (po 8,9% hospitalizowanych), oraz chorób układu moczowo-płciowego i trawienego 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. 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 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, jednak dla niektórych rozpoznań należy do najdłuższych, jak to ma miejsce w przypadku hospitalizacji wyrostka robaczkowego i żółty.
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%¹¹ i jest trzecią najniższą po Norwegii (3,7%), Szwecji i Danii wśród krajów członków tej organizacji.
8. 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.).
9. Wskaźniki, jakości systemu opieki zdrowotnej ustalone przez OECD kształtują się, za wyjątkiem hospitalizacji cukrzycy, na poziomie wyższym niż w krajach „starej Unii”, ale wykazują tendencję pożądaną zmian, za wyjątkiem POChP.
10. Częstość hospitalizacji osób starszych w wieku powyżej 65 lat rośnie niewspółmiernie szybciej (dwukrotnie) w porównaniu do hospitalizacji osób poniżej 65 roku życia.

¹¹ 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 2016 roku, z naszym udziałem, zostały opublikowane wyniki analiz wskaźnika 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory złośliwe na podstawie światowego projektu CONCORD 2^{1,2}. Wyniki badań obejmujące lata 1995-2009 wykazały m.in., że w Polsce wyleczalność chorych poprawiała się w różnych chorobach nowotworowych i w różnym stopniu. Pomimo często korzystnych zmian tylko nieznacznie zmniejszyła się różnica pomiędzy Polską a krajami UE; wskaźnik przeżyć pozostawał w Polsce na znacznie niższym poziomie aniżeli w większości krajów UE.

W obecnym rozdziale przedstawiono niektóre wyniki kolejnych badań i analiz przeprowadzonych w ramach CONCORD 3 sięgających do końca roku 2014, ze szczególnym uwzględnieniem zróżnicowania pomiędzy województwami w Polsce oraz zmian wyleczalności w latach 2000-2014.

Wskazanie na zróżnicowanie pomiędzy województwami w wyleczalności nowotworów złośliwych umożliwia zwiększenie czujności w kształtowaniu regionalnej polityki zdrowotnej w onkologii w Polsce. Ma to szczególne znaczenie w okresie kolejnej edycji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz zmian organizacji leczenia onkologicznego na mocy nowej ustawy o sieciach szpitali [Dziennik Ustaw 2016 poz. 1793 ze zmianami].

¹ Wojtyniak B. i Goryński P. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH. 2016.

² Allemani C, Weir HK, Carreira H. i in. *Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2)*. The Lancet 2015; 385 (9972): 977-1010.

Zawarte w rozdziale analizy po raz pierwszy zostały dokonane w oparciu o dane krajowe oraz wojewódzkie, które podlegały jednolitej procedurze kontroli jakości oraz standaryzacji i zostały przeprowadzone przez jedno centrum analityczne (*The London School of Hygiene and Tropical Medicine*). Wysoki standard badań gwarantuje wiarygodność i porównywalność wyników.

Przedstawiono wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na wybrane choroby nowotworowe w Polsce oraz jego zróżnicowanie pomiędzy województwami, a także zmiany wskaźnika w latach 2000-2014. Przeprowadzone analizy obejmowały łącznie 6 773 777 chorych na wybrane nowotwory złośliwe, którzy zachorowali w latach 2000-2004, 2005-2009 oraz 2010-2014. Były to choroby należące do często występujących w Polsce, których metody wczesnego wykrywania i skutecznego leczenia są znane i stosowane, a ich dostępność warunkuje dobre wyniki zarówno na poziomie indywidualnym pacjenta, jak też i w populacji poprzez poprawę wskaźnika 5-letnich przeżyć oraz korzystne trendy umieralności.

Wyniki analiz 5-letnich przeżyć populacyjnych omówiono według kolejności zgodnej z klasyfikacją ICD-O-3: okrężnica (C18-C19), odbytnica (C20-C21), czerniak skóry (C44, C51, C60, C63), piersi (C50), szyjki macicy (C53) i gruczoł krokowy (C61).

Zmiany wyleczalności oceniono na podstawie różnicy wskaźnika pomiędzy pierwszym (2000-04), a ostatnim (2010-14) okresem analiz. Przy omówieniu zmian wskaźnika przeżyć wykorzystano również wyniki trendów umieralności podanych w rozdziale 2. W przypadku raka jelita grubego trend umieralności był analizowany dla raka okrężnicy i odbytnicy łącznie.

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

Wyniki przedstawiono w [tabelach 4.1-4.2](#), oraz na [rycinach 4.1-4.6](#). Na rycinach obrazujących zróżnicowanie regionalne w Polsce, województwa przedstawiono w kolejności od najwyższych do najniższych wartości przeżyć ([ryc. 4.1-4.6](#)).

W Polsce wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych **na raka okrężnicy** w ostatnim pięcioleciu tj. w latach 2010-2014 wynosił 53%. W porównaniu z latami 2000-2004 wartość tego wskaźnika wzrosła o ponad 7 punktów procentowych (pkt.%) ([tab. 4.1](#)). Zróżnicowanie przeżyć pomiędzy województwami było najmniej znaczące spośród analizowanych nowotworów, a wartość wskaźnika w latach 2010-2014 wynosiła od 50% (kujawsko-pomorskie) do 58% (pomorskie) ([ryc. 4.1](#)). W 8 województwach wartość wskaźnika 5-letnich przeżyć chorych na raka okrężnicy była wyższa niż w Polsce ogółem. Analiza wykazała, że w okresie 2000-2014 we wszystkich województwach, widoczny był stały wzrost przeżyć. Największa poprawa była w województwach: lubuskim (13 pkt.%), podkarpackim (13 pkt.%) i łódzkim (12 pkt.%).

Tabela 4.1. Wskaźnik 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na raka okrężnicy, odbytnicy i czerniaka skóry w Polsce oraz według województw w latach 2000-2014
 Table 4.1. The 5-year survival rate of patients diagnosed in 2000-2014 for colon, rectum, and melanoma skin cancers in Poland and according to provinces in 2000-2014

Polska i województwa/ Poland and provinces	Okrężnica (C18-C19)/Colon				Odbytница (C20 - C21)/Rectum				Czerniak skóry (C44, C51, C60, C63)/Melanoma of the skin			
	Liczba przypadków/ No. of cases	Wskaźnik 5-letnich przeżyć/ The 5-year survival rate (%)		Różnica wskaź- nika/ Absolut difference (pkt%)	Liczba przypadków/ No. of cases	Wskaźnik 5-letnich przeżyć/ The 5-year survival rate (%)		Różnica wskaź- nika/ Absolut difference (pkt%)	Liczba przypadków/ No. of cases	Wskaźnik 5-letnich przeżyć/ The 5-year survival rate (%)		Różnica wskaź- nika/ Absolut difference (pkt%)
		2000-04	2010-14			2000-04	2010-14			2000-04	2010-14	
Polska	144308	45,3	52,9	7,6	85474	42,5	48,4	5,9	38834	63,2	69,8	6,6
Dolnośląskie	12556	45,0	52,5	7,5	7354	43,8	49,2	5,4	2770	60,3	67,4	7,1
Kujawsko-pomorskie	7975	49,0	49,9	0,9	4649	45,0	47,8	2,8	1819	64,5	69,5	5,0
Lubelskie	7702	47,0	54,6	7,6	5083	42,2	45,3	3,1	1880	59,0	60,4	1,4
Lubuskie	3792	42,7	56,1	13,4	2395	40,5	46,0	5,5	782	61,3	66,7	5,4
Łódzkie	9425	38,0	50,2	12,2	5700	34,8	44,1	9,3	2566	57,9	75,3	17,4
Małopolskie	11582	45,0	52,1	7,5	7299	40,9	49,4	8,5	4158	64,1	70,7	6,6
Mazowieckie	17646	48,6	54,3	5,7	10117	48,8	54,2	5,4	5770	67,5	74,8	7,3
Opolskie	4070	42,3	51,2	8,9	2598	38,9	43,0	4,1	1120	59,8	73,1	13,3
Podkarpackie	6901	42,9	55,4	12,5	4697	41,4	49,1	7,7	2018	51,2	63,2	12,0
Podlaskie	4354	44,1	54,2	10,1	2696	35,3	51,9	16,6	927	52,8	59,4	6,6
Pomorskie	9631	46,9	57,8	10,9	4867	42,5	50,7	8,2	2483	71,7	71,1	-0,6
Śląskie	18589	44,1	51,1	7,0	10676	39,7	44,4	4,7	4693	64,8	67,4	2,6
Świętokrzyskie	5079	46,3	51,7	5,4	3296	42,3	46,5	4,2	1446	60,6	68,4	7,8
Warmińsko-mazurskie	4809	50,3	55,1	4,8	2849	46,5	49,6	3,1	1122	52,9	65,4	12,5
Wielkopolskie	14013	46,0	50,5	4,5	7704	42,5	48,7	6,2	3681	66,5	69,0	2,5
Zachodniopomorskie	6184	49,1	53,5	4,4	3494	47,6	51,0	3,4	1599	69,0	74,2	5,2

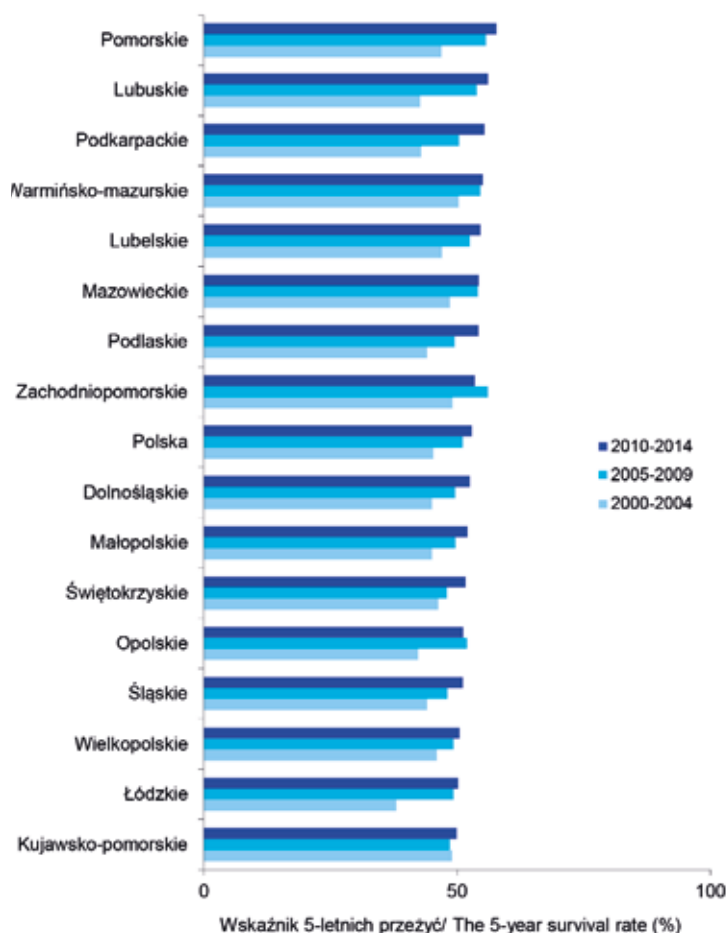
Źródło: <https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S0140673617333263-mmct1.pdf>

Tabela 4.2. Wskaźnik 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na raka piersi, szyjki macicy i gruczołu krokowego w Polsce oraz według województw w latach 2000-2014

Table 4.2. The 5-year survival rate of patients diagnosed in 2000-2014 for breast, cervix and prostate cancers in Poland and according to provinces, and changes of survival rate in 2000-2014

Polska i województwa/ Poland and provinces	Piers (C50)/ Breast			Szyjka macicy (C53)/ Cervix			Gruczoł krokowy (C61)/ Prostate					
	Liczba przypadków/ No. of cases	Wskaźnik 5-letnich przeżyć/ The 5-year survival rate (%)	Różnica wskaź- nika/ Absolut difference (pkt%)	Liczba przypadków/ No. of cases	Wskaźnik 5-letnich przeżyć/ The 5-year survival rate (%)	Różnica wskaź- nika/ Absolut difference (pkt%)	Liczba przypadków/ No. of cases	Wskaźnik 5-letnich przeżyć/ The 5-year survival rate (%)	Różnica wskaź- nika/ Absolut difference (pkt%)			
	2000-14	2000-04	2010-14	2000-14	2000-04	2010-14	2000-14	2000-04	2010-14			
Polska	223729	71,3	76,5	5,2	50277	51,6	55,1	3,5	134755	68,8	78,1	9,3
Dolnośląskie	19488	71,8	77,3	5,5	4916	51,7	52,6	0,9	9309	65,8	73,4	7,6
Kujawsko-pomorskie	13108	73,2	77,7	4,5	2652	49,3	55,2	5,9	7028	74,7	75,0	0,3
Lubelskie	11498	70,1	76,3	6,2	2640	51,0	56,3	5,3	8043	66,1	76,7	10,6
Lubuskie	5560	71,7	76,1	4,4	1476	46,3	52,4	6,1	3114	57,3	80,6	23,3
Łódzkie	16252	66,6	76,4	9,8	3424	49,5	53,5	4,1	7653	61,6	76,0	14,4
Małopolskie	18024	67,4	75,1	7,7	4035	54,7	59,5	4,8	11903	67,0	76,6	9,6
Mazowieckie	31368	76,4	79,8	3,4	6322	51,1	56,5	5,4	18435	74,3	81,6	7,3
Opolskie	5586	69,6	74,8	5,3	1342	51,4	51,5	0,1	3070	64,9	72,3	7,4
Podkarpackie	9387	66,4	69,7	3,3	2261	61,0	57,4	-3,6	7869	65,9	75,1	9,2
Podlaskie	5916	68,9	75,3	6,4	1661	56,0	63,9	7,9	4294	61,6	80,9	19,3
Pomorskie	13960	73,3	77,8	4,5	3493	51,2	60,3	9,1	9971	71,6	83,6	12,0
Śląskie	27262	69,4	75,0	5,6	6141	49,4	46,6	-2,8	17171	69,7	80,0	10,3
Świętokrzyskie	6739	66,9	72,1	5,2	1623	55,2	48,9	-6,3	5322	63,6	73,5	9,9
Warmińsko-mazurskie	7574	70,7	77,4	6,7	1936	46,4	59,0	12,6	4060	66,4	76,3	9,9
Wielkopolskie	21495	73,0	77,4	4,4	3880	50,0	56,4	6,4	12643	67,1	77,9	10,8
Zachodniopomorskie	10512	75,5	78,1	2,6	2475	51,6	55,1	3,5	4870	67,8	80,0	12,2

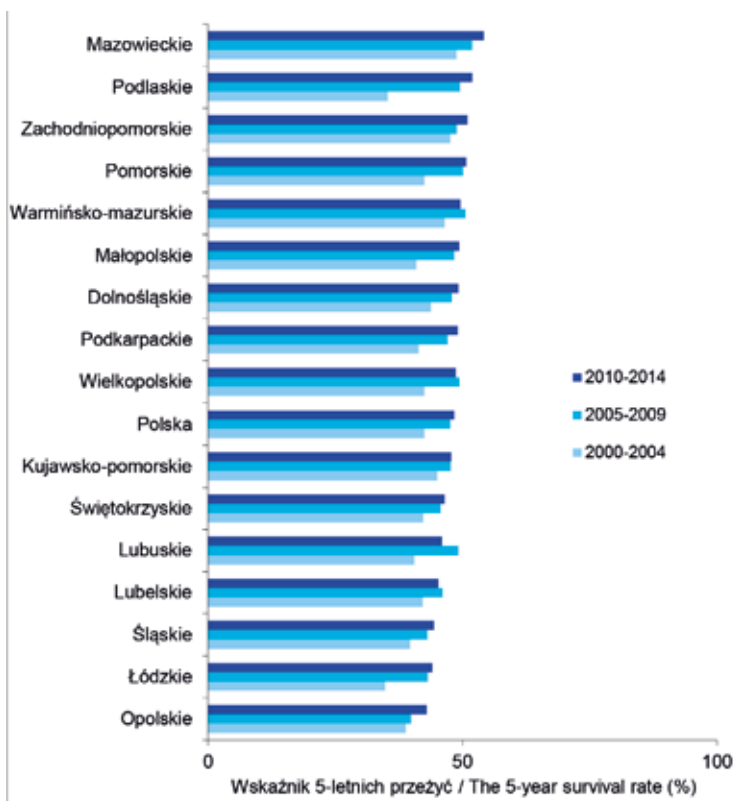
Źródło: <https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S0140673617333263-mmc1.pdf>



Ryc. 4.1. Wskaźnik 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na raka okrężnicy w Polsce oraz według województw w latach 2000-2014

Fig. 4.1. The 5-year survival rate of patients diagnosed in 2000-2014 for colon cancer in Poland and according to provinces in 2000-2014.

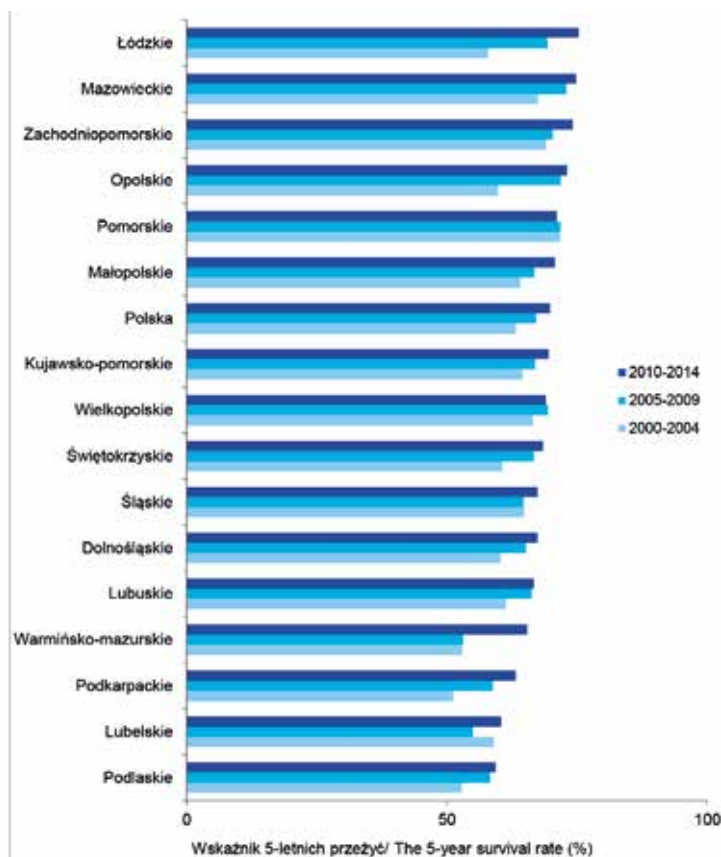
W latach 2000-2014 wskaźnik 5-letnich przeżyć u chorych na **raka odbytnicy** w Polsce wzrósł o 6 pkt.% i w latach 2010-2014 wynosił ponad 48% (tab. 4.1). Pomimo poprawy wyleczalności w ostatnim analizowanym okresie nadal widoczne było znaczne zróżnicowanie wskaźnika pomiędzy województwami (ryc. 4.2). Najwyższe przeżycia w latach 2010-2014 były w województwie mazowieckim (54%) i podlaskim (52%), a najniższe w opolskim (43%). W całym analizowanym okresie wskaźnik 5-letnich przeżyć poprawił się we wszystkich województwach w różnym stopniu – największe zmiany były w województwie podlaskim (prawie 17 pkt.%), a najmniejsze w kujawsko-pomorskim (poniżej 3 pkt.%).



Ryc. 4.2. Wskaźnik 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na raka odbytnicy w Polsce oraz według województw w latach 2000-2014

Fig. 4.2. The 5-year survival rate of patients diagnosed in 2000-2014 for rectum cancer in Poland and according to provinces in 2000-2014

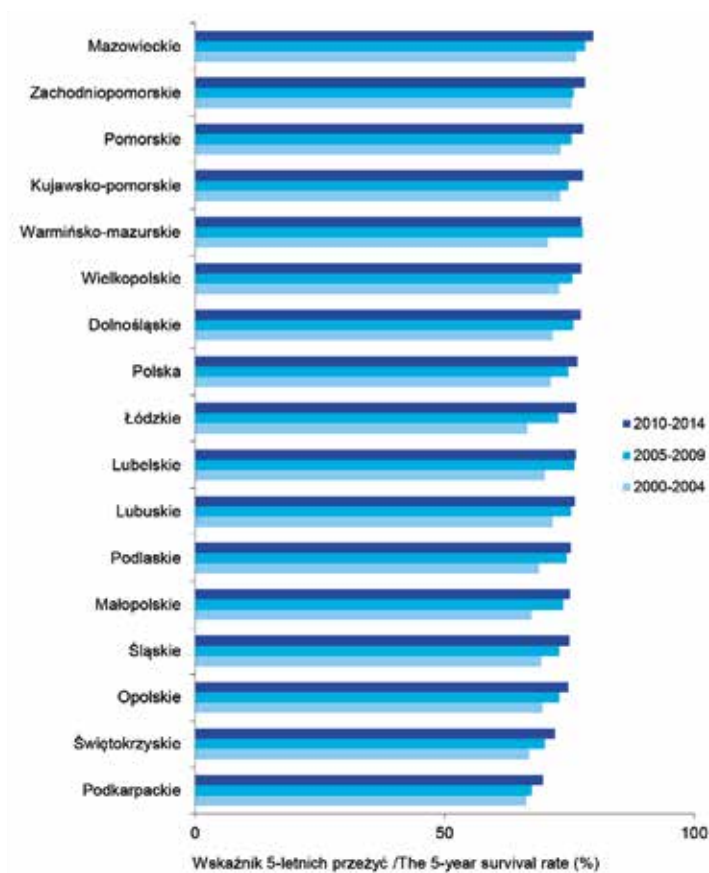
Wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na **czerniaka skóry** w Polsce w latach 2010-2014 wynosił 70%. W porównaniu z latami 2000-2004 wartość wskaźnika w Polsce, wzrosła o niemal 7 pkt.% (tab. 4.1). Zróżnicowanie przeżyć między województwami było znaczące, a wartość wskaźnika wynosiła od 59% w podlaskim do 75% w łódzkim. W 6 województwach (łódzkim, mazowieckim, zachodniopomorskim, opolskim, pomorskim, małopolskim) wskaźnik przeżyć chorych na czerniaka skóry był wyższy niż w Polsce ogółem (ryc. 4.3). Prawie we wszystkich województwach widoczne były korzystne zmiany, a największa poprawa była w województwie łódzkim (17 pkt.%), opolskim (13 pkt.%) oraz warmińsko-mazurskim (13 pkt.%).



Ryc. 4.3. Wskaźnik 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na czerniaka skóry w Polsce oraz według województw w latach 2000-2014

Fig. 4.3. The 5-year survival rate of patients diagnosed in 2000-2014 for melanoma of the skin in Poland and according to provinces in 2000-2014

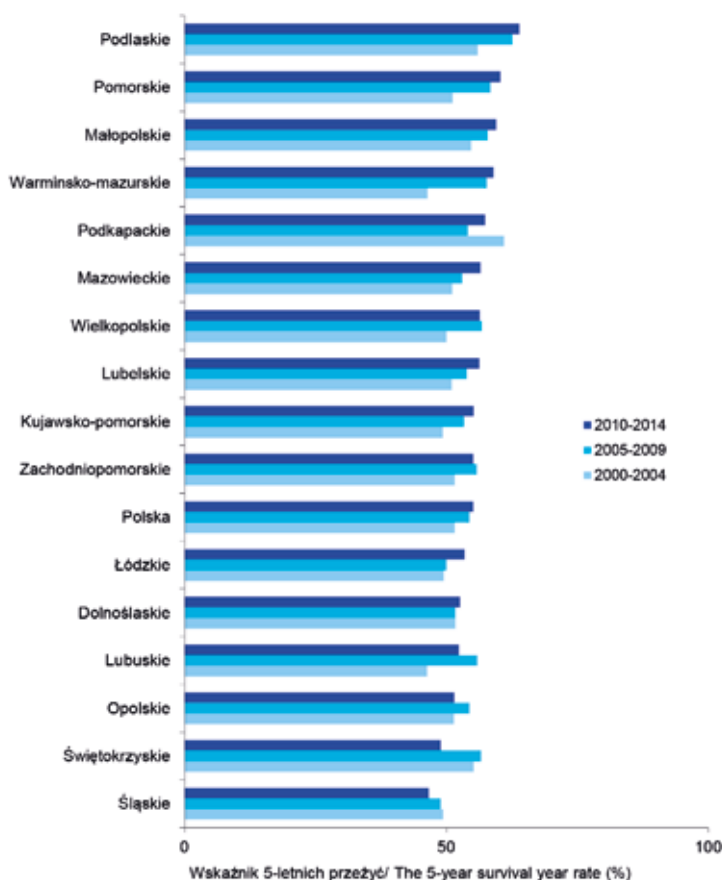
Nowotwór piersi był w latach 2000-2014 nowotworem o stosunkowo dobrym rokowaniu. W Polsce wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na raka piersi w latach 2010-2014 wynosił 77% (tab. 4.2). W porównaniu z latami 2000-2004 wartość tego wskaźnika wzrosła o 5 pkt.%. W latach 2010-2014 wyleczalność chorych na raka piersi wyższa niż dla Polski ogółem była w województwie mazowieckim (80%), zachodnio-pomorskim (78%), pomorskim (78%) i kujawsko-pomorskim (78%) (ryc. 4.4). Największa poprawa wskaźnika 5-letnich przeżyć w latach 2010-2014 w porównaniu z 2000-2004 była w województwach: łódzkim (prawie 10 pkt.%), małopolskim (8 pkt.%), warmińsko-mazurskim (7 pkt.%), podlaskim (6 pkt.%) i lubelskim (6 pkt.%).



Ryc. 4.4. Wskaźnik 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na raka piersi w Polsce oraz według województw w latach 2000-2014

Fig. 4.4. The 5-year survival rate of patients diagnosed in 2000-2014 for breast cancer in Poland and according to provinces in 2000-2014

W Polsce wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na **raka szyjki macicy** w latach 2010-2014 wynosił 55%. W porównaniu z latami 2000-2004 wartość wskaźnika poprawiła się tylko nieznacznie – jego wartość wzrosła zaledwie o niespełna 4 pkt.% (tab. 4.2). W latach 2010-2014 zróżnicowanie przeżyć pomiędzy województwami było znaczne, a wartość wskaźnika wynosiła od 47% (śląskie) do 64% (podlaskie) (ryc. 4.5). Obok województwa podlaskiego, wysokie wartości wskaźników były również w województwie pomorskim, małopolskim i warmińsko-mazurskim. W latach 2000-2014 największa poprawa była w województwach: warmińsko-mazurskim (13 pkt.%), pomorskim (9 pkt.%) i podlaskim (8 pkt.%), a w niektórych województwach trend był niekorzystny (ryc. 4.5).

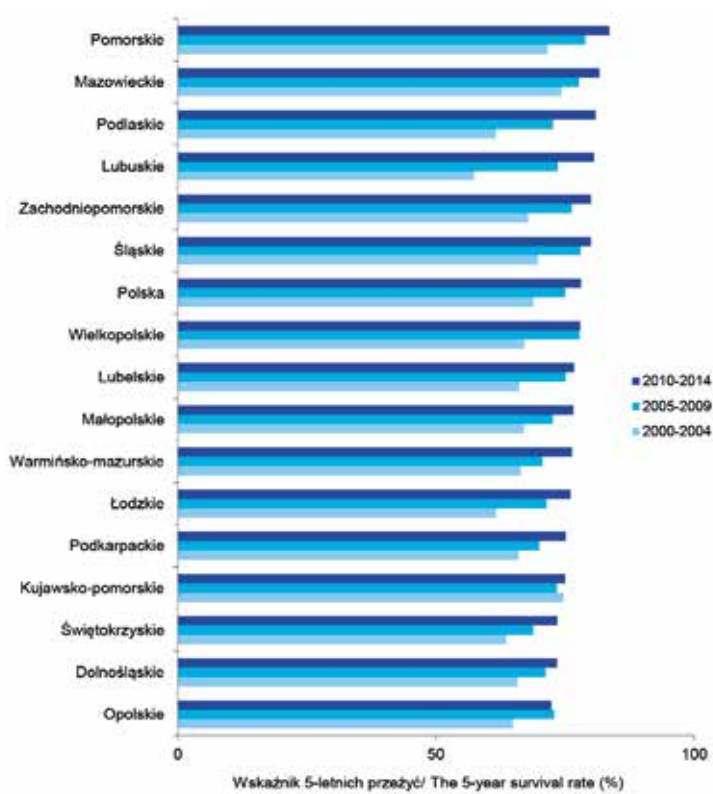


Ryc. 4.5. Wskaźnik 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na raka szyjki macicy w Polsce oraz według województw w latach 2000-2014

Fig. 4.5. The 5-year survival rate of patients diagnosed in 2000-2014 for cervix cancer in Poland and according to provinces in 2000-2014

W Polsce wskaźnik 5-letnich przeżyć chorych na **raka gruczołu krokowego** w latach 2010-2014 wynosił 78% i należał do najwyższych spośród omawianych nowotworów (tab. 4.2). W porównaniu z latami 2000-2004 wartość tego wskaźnika w Polsce wzrosła o 9 pkt.%. Zróżnicowanie przeżyć pomiędzy województwami było znaczące, a wartość współczynnika wynosiła od 72% (opolskie) do 84% (pomorskie) (ryc. 4.6). Analiza danych wykazała, że w latach 2000-2014 w prawie wszystkich województwach widoczny był stały wzrost przeżyć. W wielkopolskim i opolskim nie było zmian. W latach 2010-2014 w 6 województwach wartość wskaźnika 5-letnich przeżyć chorych na raka gruczołu krokowego była większa

niż w Polsce ogółem. Największa poprawa wskaźnika w latach 2010-2014 w stosunku do lat 2000-2004 była w województwach: lubuskim (23 pkt.%), podlaskim (19 pkt.%) i łódzkim (14 pkt.%).



Ryc. 4.6. Wskaźnik 5-letnich przeżyć populacyjnych chorych na raka gruczołu krokowego w Polsce oraz według województw w latach 2000-2014

Fig. 4.6. The 5-year survival rate of patients diagnosed in 2000-2014 for prostate cancer in Poland and according to provinces in 2000-2014

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

W ostatnich latach zainteresowanie badaczy i decydentów, obok rozwoju technologii medycznych, skupia się wokół zapewnienia wysokich standardów diagnostyki i leczenia, któremu sprzyja efektywna organizacja opieki zdrowotnej oraz optymalne jej finansowanie. Czynniki te, których aproksymacją jest „**miejsce zamieszkania**”, obok powszechnie znanych, tj.: odsetek chorych we wczesnym stopniu zaawansowania choroby nowotworowej, struktura wieku populacji oraz

dobry ogólny stan zdrowia społeczeństwa, są obecnie definiowane jako najważniejsze dla wyleczalności chorób nowotworowych i niwelowania różnic w przeżyciach, które obserwuje się w badaniach populacyjnych w Europie i na świecie.

W niniejszym rozdziale, dzięki współpracy Krajowego Rejestru Nowotworów i jego Biur w ramach projektu CONCORD 3, po raz pierwszy omówiono wskaźniki 5-letnich przeżyć nie tylko w skali kraju, lecz także na poziomie wszystkich województw. Należy podkreślić, że m.in. w wyniku tej współpracy publikowane wskaźniki mają udokumentowaną jakość, a zatem są porównywalne i stanowią rzetelną podstawę do monitorowania efektów zdrowotnych. Jest to szczególnie ważne w sytuacji aktualnych zmian legislacyjnych i organizacyjnych w systemie leczenia onkologicznego w Polsce.

Przedstawione analizy ukazują zróżnicowanie wyleczalności chorób nowotworowych pomiędzy województwami w Polsce, a także zmiany trendów – zwykle poprawę, oraz znaczną poprawę w większości z nich.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy **rak gruczołu krokowego, piersi oraz czerniak skóry** należą do grupy chorób nowotworowych o stosunkowo dobrym rokowaniu, jednakże, nawet w tej grupie chorób wskaźniki przeżyć w krajach europejskich oraz w różnych regionach tych krajów są znacząco zróżnicowane.

Dotychczasowe badania wykazały, że zarówno na poziomie indywidualnym pacjenta jak i na poziomie populacji, poprawie przeżyć oraz niwelowaniu niekorzystnych różnic sprzyja łatwy dostęp do wysokiej jakości programów profilaktyki wtórnej i leczenia o wysokim standardzie. W Polsce, pomimo podjętych prób poprawy dostępności do opieki onkologicznej, przeżycia pomiędzy województwami pozostają zróżnicowane, co najmniej od początku stulecia.

Spośród nowotworów o stosunkowo dobrym rokowaniu najmniejsze zróżnicowanie między województwami było u chorych na raka piersi. Największa różnica (8-10 pkt%) była pomiędzy województwem mazowieckim, a świętokrzyskim i podkarpackim (odpowiednio wskaźniki wynosiły 80%, 72% i 70%). W pozostałych 13 województwach zróżnicowanie wskaźnika przeżyć było około 3 pkt% (wskaźniki wynosiły 75%-78%).

Większe zróżnicowanie było u chorych na raka gruczołu krokowego (12 pkt%) oraz czerniaka skóry (15 pkt%). Spośród województw o najwyższych wskaźnikach przeżyć powtarzały się: mazowieckie, zachodniopomorskie, pomorskie i łódzkie, przy czym należy podkreślić, że według danych NFZ, tylko mazowieckie od 2009 roku miało zapewnione finansowanie świadczeń na stosunkowo stałym i wysokim poziomie³.

³ Kalbarczyk WP, Brzozowski S. Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce — analiza i rekomendacje. Raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Warszawa: Instytut Ochrony Zdrowia, 2015.

W analizowanym okresie wartość wskaźnika przeżyć u chorych na raka gruczołu krokowego i piersi zwiększyła się we wszystkich województwach, aczkolwiek zmiany te były zróżnicowane. U chorych na czerniaka skóry wskaźnik zwiększył się prawie we wszystkich województwach. Zmiany te mogłyby sugerować poprawę sprawności systemu opieki zdrowotnej, jednak taka interpretacja byłaby niespójna z równoczesnym wzrostem umieralności na te nowotwory w Polsce.

Przeżycia chorych na **raka okrężnicy i odbytnicy** były mniej zróżnicowane pomiędzy województwami i we wszystkich województwach była widoczna poprawa wskaźników pomiędzy pierwszym a ostatnim okresem analizy. Najwyższy wskaźnik był w województwach pomorskim i lubuskim (okrężnica) oraz w mazowieckim i podlaskim (odbytnica); w 8 zaś województwach przeżycia były wyższe niż w Polsce ogółem (ryc. 4.1 i ryc. 4.2).

Poprawie wyleczalności raka jelita grubego (w okrężnicy o ponad 7 pkt.%, w odbytnicy o niespełna 6 pkt.%) towarzyszyły spójne trendy umieralności: plateau uprzednio 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 tego nowotworu w Polsce.

Bardzo niekorzystne jest, że wskaźnik przeżyć chorych na **raka szyjki macicy** nie poprawił się w Polsce w sposób znaczący, a nawet w niektórych województwach jego wartość obniżyła się (śląskie, świętokrzyskie, podkarpackie). W latach 2010-2014 najwyższe przeżycia chorych na ten nowotwór (wyższe niż w Polsce ogółem) były w woj. podlaskim, pomorskim, małopolskim, warmińsko-mazurskim. Spośród omawianych chorób nowotworowych, u chorych na raka szyjki macicy zróżnicowanie przeżyć pomiędzy województwami było największe i różnica w wartości tego wskaźnika sięgała nawet 17 pkt.% (woj. podlaskie vs. woj. śląskie). W analizowanym okresie, w większości województw poprawa wskaźnika były niewielka i wynosiła mniej niż 3 pkt.% do roku 2009 i jeszcze mniej w latach 2009-2014, a zatem należy je uznać za mało znaczące.

Zmianom tym towarzyszył powolny, lecz stale obniżający się trend umieralności, który wobec braku znaczącej poprawy przeżyć wydaje się być trendem naturalnym, niezwiązanym z Populacyjnym Programem Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, finansowanym ze środków publicznych.

Według badań Augustynowicz i wsp., w województwie mazowieckim, zachodniopomorskim i wielkopolskim w latach 2009-2014 wdrożono najwięcej programów w zakresie profilaktyki wtórnej raka piersi i szyjki macicy, co mogło mieć wpływ na zwiększenie liczby pacjentek wymagających dalszej diagnostyki i leczenia⁴. Au-

⁴ Augustynowicz A, Czerw A, Borowska M, Fronczak A, Deptała A. Breast cancer and cervical cancer prevention programmes carried out by local government units in Poland in 2009–2014. *Oncotarget*. 2018;9(31):21943–21949. doi:10.18632/oncotarget.24513.

torzy zwrócili uwagę na to, że nieskoordynowana aktywność dużej liczby podmiotów w zakresie bliżej niezdefiniowanej profilaktyki prowadzi do sytuacji, w której koordynowane przez MZ planowe skryningi populacyjne o zasięgu krajowym, realizowane z finansów publicznych i zgodnie z zaleceniami IARC-WHO i KE, do których m.in. należy zachowanie należytego standardu i nadzoru na każdym etapie realizacji skryningu, współistniały z innymi działaniami o niekontrolowanej jakości.

Za szczególnie niekorzystną uznaje się sytuację sprzyjającą konkurencji zorganizowanego skryningu populacyjnego z oportunistycznym. Według opinii ekspertów EuSANH (ang. *European Science Advisory Network for Health*) jest to niekorzystne ze względów finansowych i organizacyjnych. Ponadto taka sytuacja generować niekontrolowane efekty niepożądane, wśród nich rozpoznania fałszywie dodatnie (ang. *overdiagnosis*) oraz niepotrzebne leczenie (ang. *overtreatment*), co przysparza liczby pacjentów, a tym samym dodatkowo obarcza przeciążony już system oraz generuje dodatkowe koszty. Według ekspertów EuSANH źle prowadzony skryning wymaga pilnej poprawy lub jego zaprzestania jako działań szkodliwych zarówno dla pacjenta, jak i systemu opieki onkologicznej.

Celem zapewnienia sprawności diagnostyki i równego dostępu do standardowego leczenia wszystkim chorym na raka piersi w Polsce w 5 województwach (zachodniopomorskim, świętokrzyskim, małopolskim, dolnośląskim, pomorskim) utworzono centra specjalistycznej opieki onkologicznej w ramach tzw. *Breast Cancer Units*⁵. Pierwszy z nich powstał w woj. zachodniopomorskim, gdzie wskaźnik 5-letnich przeżyć wzrósł do poziomu wartości wskaźnika w województwie mazowieckim. Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne zaleca rozszerzenie tego systemu opieki nad pacjentami na wszystkie województwa⁶.

W związku z wzrastającą liczbą pacjentów onkologicznych, trwałym wieloletnim niedofinansowaniem i zadłużeniem szpitali oraz systematycznie pogłębiającym się deficytem kadr lekarskich i pielęgniarskich wydłużają się kolejki oczekujących na leczenie, co w znaczący sposób pogarsza rokowanie^{6, 7, 8, 9}.

⁵ The Senologic International Society (SIS). <http://www.sisbreast.org>. Data akcesji: 05.07.2018r.

⁶ www.onkologia.org.pl

⁷ Wasilewski P, Uczkiewicz J, Kwiatkowski K. *Informacja o wynikach kontroli. Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli; 2014

⁸ Kalbaczyk W. P. i Brzozowski S. *Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje. Raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego*. Warszawa: Instytut Ochrony Zdrowia 2015.

⁹ Kaczmarek A. NIK: *Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych jest nieefektywny i źle nadzorowany*. Rynek Zdrowia 12 listopada 2009. <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/NIK-Narodowy-Program-Zwalczania-Chorob-Nowotworowych-jest-nieefektywny-i-zle-nadzorowany,12844,8.html>, data akcesji 18.06.2018.

W celu rozwiązania tych problemów, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania zmierzające do skrócenia kolejek do specjalistów. W 2015 roku, z późniejszymi zmianami w 2017r., wprowadzono Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (tzw. DILO), która miała przyspieszyć i ułatwić diagnostykę i leczenie.

Problem skoordynowanej opieki onkologicznej pozostaje nadal aktualny, zarówno w Polsce, jak i w Europie. W ramach projektu CanCon (*Cancer Control*: <https://cancercontrol.eu/archived/>) eksperci z 25 krajów podjęli inicjatywę zmierzającą do opracowania metodologii budowania sieci wielodyscyplinarnej opieki onkologicznej *Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)*¹⁰. Zaproponowano zorganizowanie opieki onkologicznej w sieć, rozumianą jako współpraca jednostek medycznych, o ściśle zdefiniowanych kompetencjach i referencyjności, świadczących opiekę nad pacjentem onkologicznym od rozpoznania do rehabilitacji i opieki paliatywnej.

Obecnie w ramach europejskiego projektu iPAAC w Polsce, którego NIZP-PZH jest koordynatorem w badaniu pilotażowym CCCN¹¹, dąży się do celu jakim jest usprawnienie opieki onkologicznej przy zachowaniu standardów europejskich na każdym jej etapie. Oczekuje się, że wynikiem wdrażania proponowanych rozwiązań będą – w perspektywie pacjenta: poprawa poczucia bezpieczeństwa i satysfakcji z leczenia, a w perspektywie populacji – poprawa wskaźników epidemiologicznych.

PODSUMOWANIE

1. 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.**
2. **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.**
3. **Wybitnie niekorzystna sytuacja nadal dotyczy raka szyjki macicy. Poprawa wskaźnika przeżyć była niewielka, a jeszcze mniejsza w okresie pomiędzy**

¹⁰ <https://cancercontrol.eu/archived/guide-landing-page.html>

¹¹ <https://www.ipaac.eu/en/work-packages/wp10/>

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 skринingu, szczególnie w sytuacji ponoszonych nakładów finansowych i kosztów społecznych.

4. W świetle uzyskanych wyników należy podkreślić, że w Polsce pomimo systematycznej poprawy przeżyć utrzymuje się zróżnicowanie wskaźnika pomiędzy województwami.
5. **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.**
6. 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 skринingów oraz zapewnienia dostępu do standardowego leczenia. Rozwiązania w kierunku zapewnienia standardów są obecnie przedmiotem prac grup eksperckich w krajach europejskich w ramach projektu iPAAC.

5. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA

Daria Biechowska, Daniel Rabchenko, 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 Polski². 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, która 28 grudnia 2010 r. przyjęła Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128). Okres realizacji Programu obejmował lata 2011–2015. W dniu 2 marca 2017 r. opublikowane zostało rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458). Program określa strategię działań mających na celu: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. 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. Wskazuje on na konieczność monitorowania m.in. chorobowości z powodu depresji oraz liczby prób samobójczych i samobójstw.

Poniżej przedstawiamy rozmiar i dynamikę wybranych problemów zdrowia psychicznego w Polsce na podstawie istniejących rutynowych systemów informacyjnych. Specyfika chorób psychicznych spowodowała, że od lat informacje o mieszkańcach Polski leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej (szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, ośrodki leczenia uzależnień, ośrodki rehabilitacyjne dla osób uzależnionych) zbierane są w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej, realizowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie prowadzona jest analiza i opracowanie danych. Tabele wynikowe są publikowane w roczniku statystycznym wydawanym przez Instytut. Prezentowane współczynniki dotyczą osób, a nie przypadków, gdyż dla celów analizy statystycznej hospitalizacje wielokrotne były łączone według przyjętego przez Instytut klucza identyfikacyjnego. Merytoryczny nadzór nad tymi systemami sprawuje Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Warto jednak w tym miejscu odwołać się do danych dotyczących umieralności mieszkańców Polski i przypomnieć, że jeden z najważniejszych 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

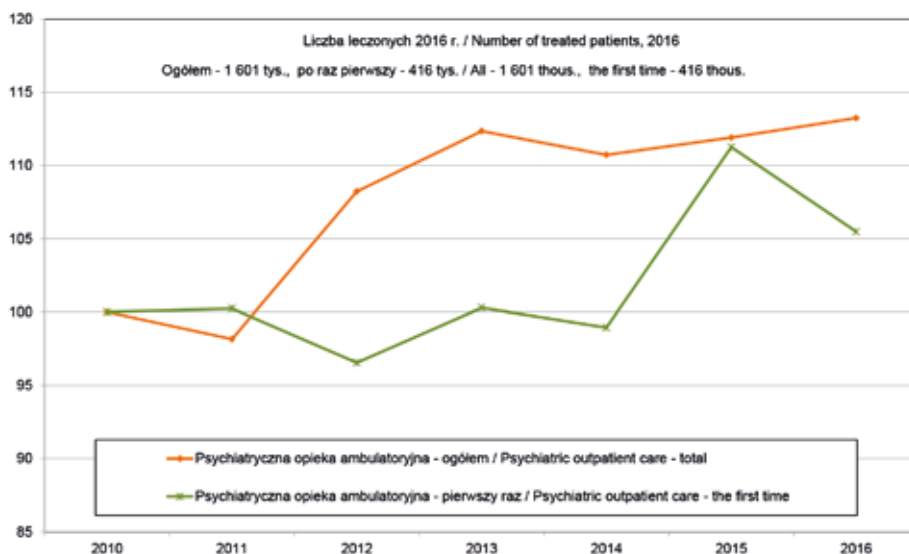
Informacje o osobach leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dotyczą leczenia w poradniach zdrowia psychicznego (PZP), poradniach terapii uzależnienia od alkoholu (PTUA) oraz poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (PTUSP). Informacje te są opracowywane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i są publikowane w roczniku statystycznym „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej” wydawanym przez Instytut. W roczniku prezentowane są liczebności chorych ogółem oraz leczonych po raz pierwszy. 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 w ciągu roku. Chorzy leczeni po raz pierwszy są to osoby zarejestrowane w danym roku w poradni danego rodzaju po raz pierwszy w życiu. Zagregowana forma gromadzenia danych ogranicza możliwości ich szczegółowej analizy, niemniej jednak stanowią one ważne źródło informacji o częstotliwości zaburzeń psychicznych w Polsce.

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).

Najczęstszą grupą rozpoznań wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne, z powodu których w 2016 r. w PZP na każde 100 tys. ludności leczyło się 1058,7 osób w tym 319,5 po raz pierwszy (odpowiednie wartości bezwzględne wyniosły 445 tys. oraz 140 tys. osób) (tabela 5.1a). Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby leczone z powodu zaburzenia nastroju (afektywnego) – 816,6/100 tys., oraz po raz pierwszy 152/100 tys. Brak jest jednoznacznego trendu zmian liczby osób leczących się z powodu tych dwóch grup zaburzeń w ciągu ostatnich trzech lat.

Chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych stanowią czwartą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem w otwartej opiece ale trzecią co do częstotliwości leczenia po raz pierwszy. W 2016 r. z tego powodu ogółem leczono 165 tys. osób (430 na 100 tys.). W latach 2013-2016 zaznacza się nieznaczny trend spadkowy liczby leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych.

³ Patrz Rozdział 2 „Długość życia i umieralność ludności Polski”



Ryc. 5.1a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (O) 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 (O) and the first time treated (I) during 1997-2014, 2011=100 (on the basis of the data of the Institute of Psychiatry and Neurology)

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 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) 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 2016 r. liczba chorych ogółem z zaburzeniami psychicznymi leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wyniosła 1400 tys. osób, tzn. że na każde 100 tys. ludności leczono 3347 osób (tabela 5.1b). 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 (mężczyźni 2655/100 tys. i kobiety 3996/100 tys.). 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 (mężczyźni 3385/100tys. i kobiety 4304/100 tys.). W roku 2011 nadwyżka ta wynosiła 14,4% co wskazuje na większy w ostatnich latach wzrost liczby leczących się kobiet niż mężczyzn.

Niejednakowe trendy dotyczą zwłaszcza leczących się w poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych.

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.

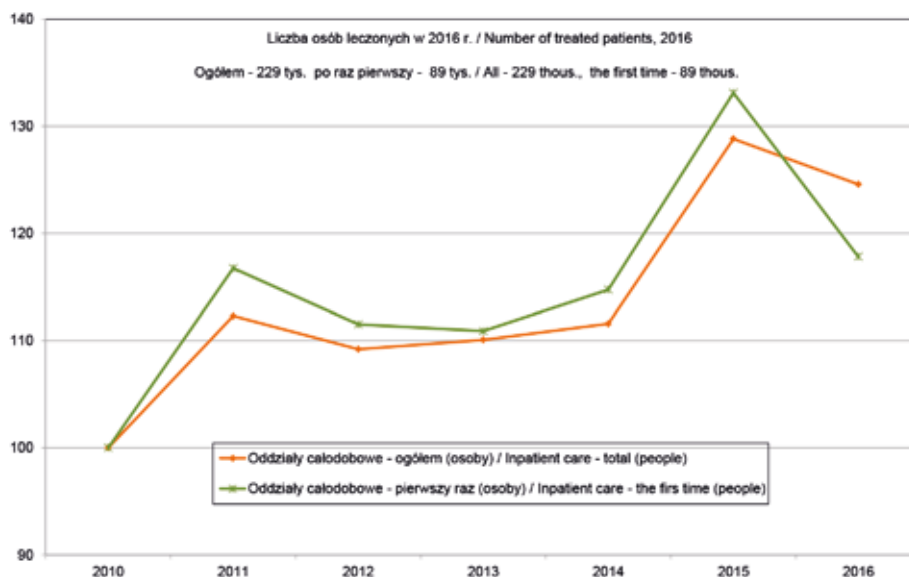
W poradniach zdrowia psychicznego mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi – w 2016 r. nadwyżka ta wynosiła aż 107% (mieszkańcy miast 4212/100 tys., mieszkańcy wsi 2036/100 tys.) (tabela 5.2a). Taka sama nadwyżka (107%) leczących się mieszkańców miast (4858/100 tys.) w stosunku do mieszkańców wsi (2347/100 tys.) występuje w przypadku psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, obejmującej łącznie poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Obie nadwyżki zmieniły się w stosunku do okresu objętego poprzednim raportem o około 15%. 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 (patrz Rozdział 2).

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., tzn. że na każde 100 tys. ludności leczono 595 osób, w tym 89 tys. (232/100 tys.) po raz pierwszy. We w miarę stabilnym przebiegu zmienności liczby leczonych ogółem i po raz pierwszy w przeliczeniu na 100 tys. ludności w psychiatrycznej opiece całodobowej w latach 2010-2016 widać dwa momenty wzrostu o kilkanaście procent w okresach 2010-2011 oraz 2014-2015 (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 5.2b).

Mieszkańcy miast leczyli się w zakładach opieki całodobowej o 34% częściej niż mieszkańcy wsi zarówno po raz pierwszy jak i ogółem. Większa częstość hospitalizacji ludności miejskiej niż wiejskiej dotyczy wszystkich kategorii zaburzeń. Największa, ponad dwukrotna, różnica między środowiskami zamieszkania pacjentów dotyczyła hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wieś – 24,3/100 tys. mieszkańców, miasto – 56,8/100 tys.), zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (odpowiednio 7,7 i 17,2/100 tys.) oraz zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (7,6 i 15,5/100 tys.).



Ryc. 5.1b. Psychiatryczna opieka całodobowa – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (O) 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 (O) 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 alcohol	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.

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.

Najliczniejszą grupą pacjentów w psychiatrycznych oddziałach całodobowych są osoby leczone z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu. W 2016 r. grupa ta liczyła 79 tys. osób tzn. 207/100 tys. ludności (35% z ogółu leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, aż 42% leczonych po raz pierwszy). 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 (odpowiednio 207/100 tys. i 201/100 tys. ludności).

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 2016 r. z tego powodu leczono stacjonarnie 40 tys. osób (mężczyźni – 116/100 tys., kobiety – 91/100 tys., mieszkańcy miast – 114/100 tys., wsi – 86/100 tys.). W przypadku pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy (7,4 tys. osób), współczynniki wynosiły: mężczyźni – 21/100 tys., kobiety – 17/100 tys., mieszkańcy miast – 21/100 tys., wsi – 16/100 tys.). W ostatnich trzech latach współczynnik hospitalizacji z powodu schizofrenii (zarówno ogółem jak i po raz pierwszy) utrzymuje się na zbliżonym poziomie.

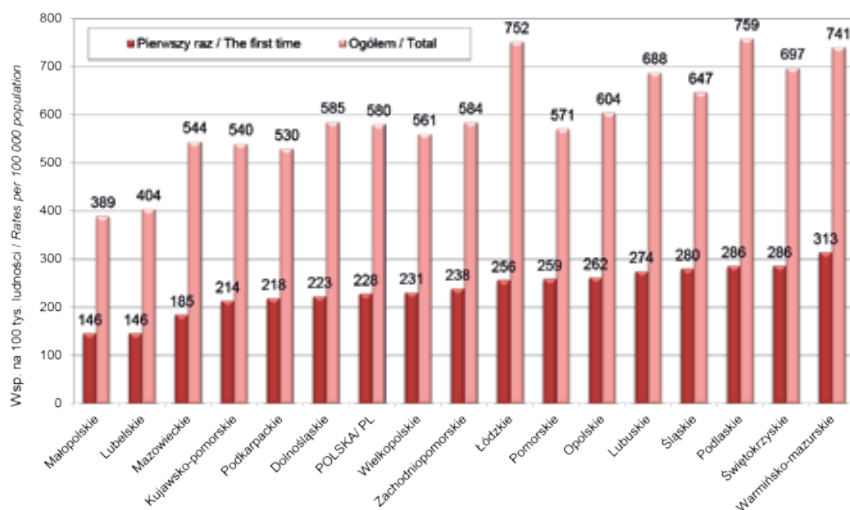
Kolejną co do wielkości grupę stanowią pacjenci z organicznymi zaburzeniami psychicznymi (13%) (mężczyźni – 79/100 tys., kobiety – 75/100 tys., mieszkańcy miast – 86/100 tys., wsi – 63/100 tys.). W ostatnich trzech latach współczynnik hospitalizacji z powodu tej grupy chorób (zarówno ogółem jak i po 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%. W odniesieniu do obu grup zaburzeń współczynniki hospitalizacji kobiet były wyższe niż mężczyzn, ale o ile w przypadku zaburzeń nastroju różnica była wyraźna (odpowiednie wartości 74/100 tys. i 47/100 tys.) to w przypadku zaburzeń nerwicowych tylko nieznaczna (odpowiednio 59/100 tys. i 54/100 tys.) i podobna sytuacja była w przypadku hospitalizacji pierwszorazowych. 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%. W 2016 r. leczono stacjonarnie prawie 17 tys. osób (mężczyźni – 73/100 tys., kobiety – 16/100 tys., mieszkańcy miast – 57/100 tys., wsi – 24/100 tys.). W przypadku pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy (6,7 tys. osób), współczynniki wynosiły: mężczyźni – 29/100 tys., kobiety – 6/100 tys., mieszkańcy miast – 22/100 tys., wsi – 11/100 tys.).

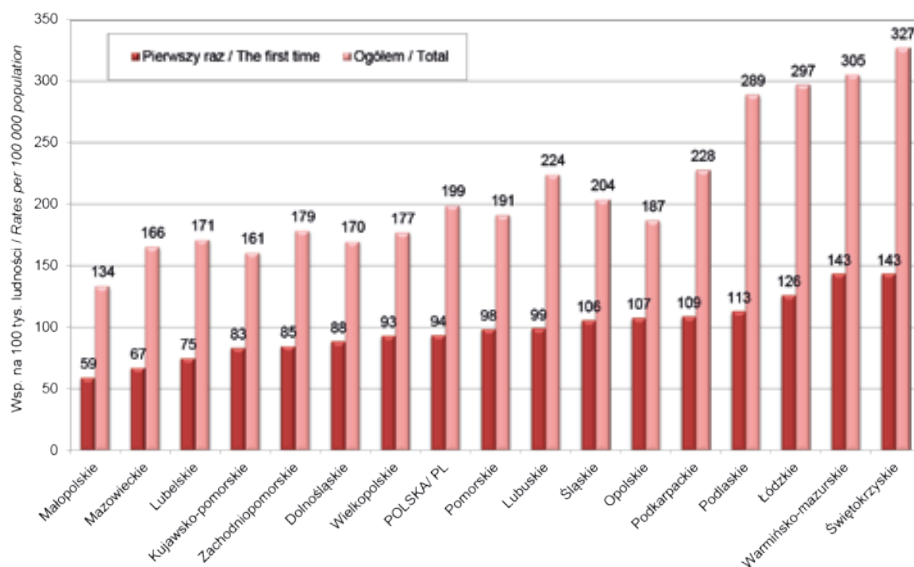
Tak jak w poprzednich latach, obserwuje się znaczne różnice w częstości leczenia na oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń psychicznych, zarówno ogółem jak i po raz pierwszy, mieszkańców poszczególnych województw (ryc. 5.2). Różnica w częstości hospitalizacji pomiędzy województwami skrajnymi była 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. W porównaniu z 2016 r. najbardziej wzrosła częstość hospitalizacji pierwszorazowych w województwach podlaskim (25%), śląskim (23%) i pomorskim (20%). Największy spadek tych hospitalizacji zaobserwowano w województwach lubelskim (o aż 37%), mazowieckim (o 19%) i łódzkim (o 11%).

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 (ryc. 5.3) – skrajne województwa są te same co w 2014 roku. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa warmińsko-mazurskie, łódzkie i podlaskie.



Ryc. 5.2. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według województwa zamieszkania, 2016 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.2. In-patient mental health wards – all patients and the first time treated patients by voivodship (region) 2016 (data of the Institute of Psychiatry and Neurology)



Ryc. 5.3. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu według województwa zamieszkania, 2016 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.3. In-patient mental health wards – all treated patients and the first time treated for mental and behavioural disorders due to use of alcohol by regions 2016 (data of the Institute of Psychiatry and Neurology)

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.

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.

Depresja jest jednym z zaburzeń psychicznych uniemożliwiających prawidłowe codzienne funkcjonowanie. Cechuje się głównie obniżeniem nastroju, energii i aktywności oraz zmniejszeniem zainteresowań.

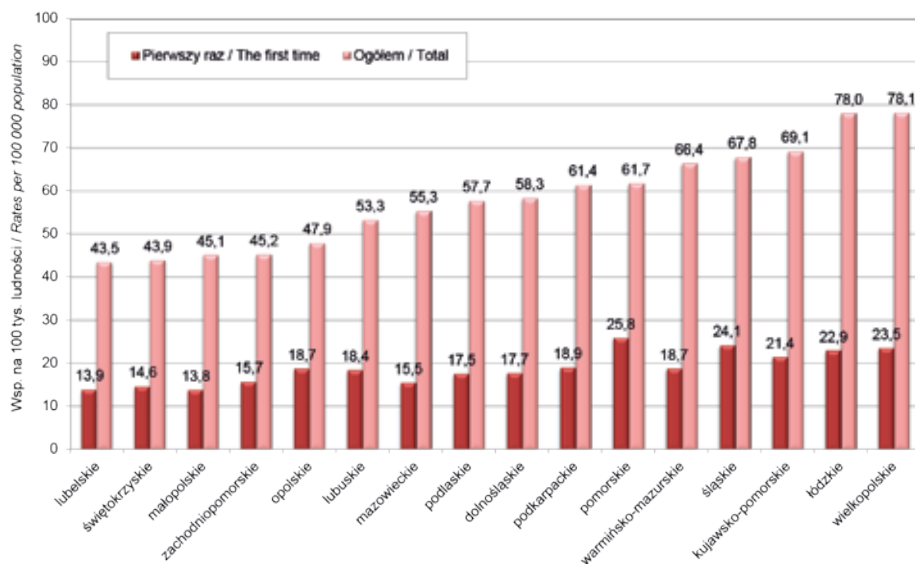
Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku i przeważnie mają charakter nawracający. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że depresja jest chorobą ogólnoustrojową, której występowanie, przy braku właściwego leczenia, powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji.

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.

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 (ryc. 5.4) – w 2014 roku

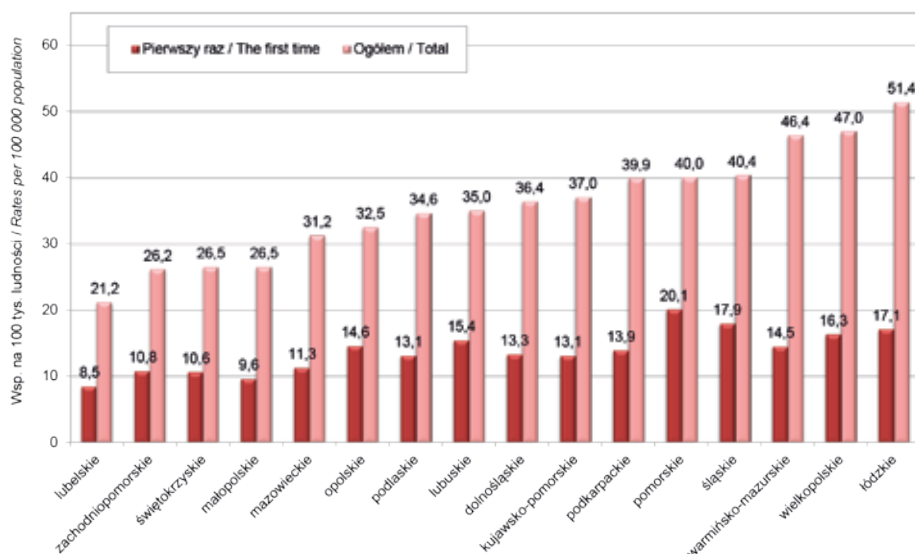
były to odpowiednio województwo lubuskie i wielkopolskie. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa łódzkie, kujawsko-pomorskie i śląskie. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy. W stosunku do 2014 roku współczynniki hospitalizacji osób z zaburzeniami nastroju wykazują dużą zmienność. W województwach lubelskim i opolskim zaobserwowano ich około trzydziestoprocentowy spadek.



Ryc. 5.4. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń nastroju według województwa zamieszkania, 2016 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.4. In-patient mental health wards – all treated patients and the first time treated for affective disorders by regions 2016 (data of the Institute of Psychiatry and Neurology)

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 (ryc. 5.5) – 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.



Ryc. 5.5. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu depresji według województwa zamieszkania, 2016 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)

Fig. 5.5. In-patient mental health wards – all treated patients and the first time treated for depression by regions 2016 (data of the Institute of Psychiatry and Neurology)

PODSUMOWANIE

1. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wynosi jeden milion sześćsettyśięć 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, mężczyzn 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.

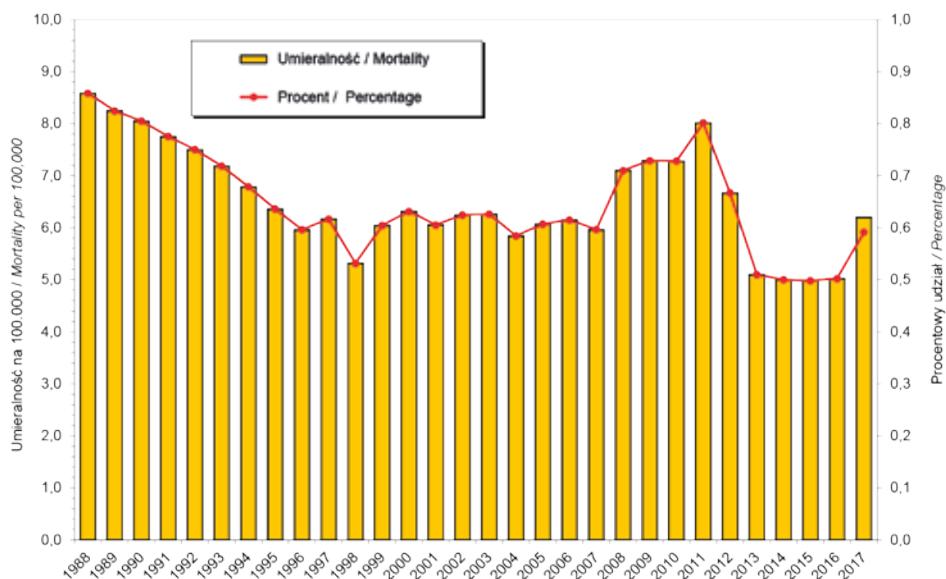
6. ZACHOROWANIA NA CHOROBY ZAKAŻNE I PASOŻYTNICZE

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

Analizując wartości najbardziej ogólnego wskaźnika sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i pasożytniczych, jakim jest współczynnik umieralności z powodu tych chorób, stwierdza się, że w ostatnich trzech dekadach w Polsce sytuacja epidemiologiczna tych chorób jest stosunkowo korzystna i względnie stabilna. Przy lekkiej – niemniej wyraźnej – tendencji spadkowej obserwowanej w skali całego trzydziestolecia, współczynniki umieralności z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w poszczególnych latach oscylują w Polsce w granicach 5-8 zgonów na 100.000 ludności, co odpowiada udziałowi tych chorób w przyczynach zgonów Polaków w granicach 0,5%-0,8% (ryc. 6.1).

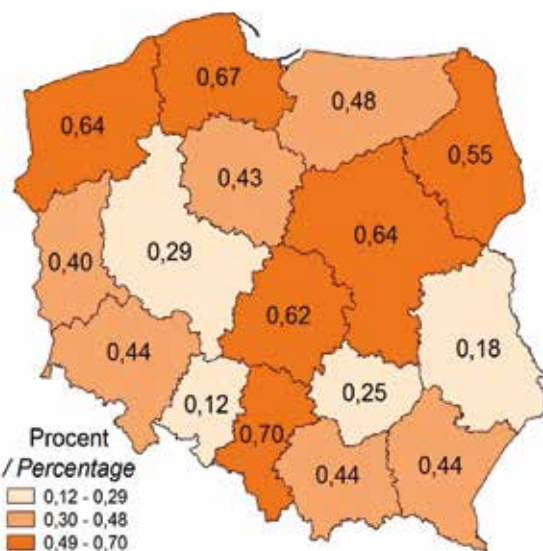
Jednocześnie, jest to sytuacja dość wyrównana na obszarze całego kraju. Na przykład, w 2016 r. w poszczególnych województwach udział zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych wahał się od 0,12% w opolskim do 0,70% w śląskim, przy wskaźniku ogólnokrajowym wynoszącym 0,50% (ryc. 6.2).

Względna stabilność ogólnej sytuacji epidemiologicznej nie oznacza jednak, że nie zmienia się obraz sytuacji poszczególnych chorób zakaźnych i rejestrowana rokrocznie zapadalność na nie. Niemniej, jeśli pominąć okresowe wzrosty liczby zachorowań na niektóre z chorób, wynikające z ich naturalnych cykli epidemicznych lub z losowych fluktuacji rejestrowanych rocznie zachorowań, to dane zbierane w ramach rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi wskazują, że w większości chorób na przestrzeni lat obserwuje się mniej lub bardziej wyraźne spadkowe trendy zapadalności lub utrzymywanie się zapadalności na względnie stałym poziomie. Jeśli współczynniki zapadalności na niektóre z chorób rosną, to w pewnych przypadkach jest to związane między innymi z poprawą nadzoru nad tymi chorobami (np. grypa i podejrzenia zachorowań na grypę), ze zwiększeniem wykrywalności zachorowań w związku z rozwojem i upowszechnianiem się diagnostyki tych chorób (np. kamylobakterioza), czy ze zmianami w definicjach przypadków tych chorób (np. wirusowe zapalenie wątroby typu C).



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)

Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i pasożytniczych o szczególnym znaczeniu dla zdrowia publicznego jest rokrocznie analizowana i omawiana w „Kronice Epidemiologicznej” ukazującej się w „Przeglądzie Epidemiologicznym”¹, a szczegółowe dane liczbowe o zarejestrowanych zachorowaniach na wszystkie objęte nadzorem w Polsce choroby zakaźne publikowane są w rocznych biuletynach „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”², toteż w rozdziale niniejszym ograniczono się jedynie do omówienia wybranych zagadnień. Przedstawione analizy opierają się na danych zebranych w ramach rutynowego nadzoru epidemiologicznego prowadzonego przez Państwową Inspekcję Sanitarną przy ścisłej współpracy z Zakładem Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, NIZP-PZH³.

W tabeli 6.1 zamieszczono podstawowe dane charakteryzujące sytuację szerszej grupy chorób zakaźnych objętych nadzorem, niż omawiane w tym rozdziale, tj. liczbę zarejestrowanych zachorowań i współczynniki zapadalności w 2017 r., oraz mediany tych wartości w latach 2007-2011 i 2012-2016, co pozwala na ocenę kierunku i dynamiki zachodzących zmian.

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

¹ Kwartalnik wydawany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH oraz Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

² Wydawany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH oraz Główny Inspektorat Sanitarny.

³ W przypadku wykorzystania danych z innych źródeł zostało to podane w odpowiednich miejscach

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
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
	* 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

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
* Biegunki u dzieci do lat 2, bliżej nie określone / <i>Diarrhoea in children under 2 years, unspecified</i>	11 581	1428,4	17 564	2310,4	16 526	2166,4
Gruźlica ²⁾ / <i>Tuberculosis</i> ²⁾	8 236	21,6	6 698	17,4	5 787	15,1
w tym: układu oddechowego ²⁾ / including: / <i>respiratory system</i> ²⁾	7 654	20,1	6 311	16,4	5 531	14,4
Dżuma / <i>Plague</i>	0	0	0	0	0	0
Tularemia / <i>Tularaemia</i>	4	0,010	9	0,023	30	0,078
Wąglik / <i>Anthrax</i>	0	0	0	0	0	0
Bruceloza (nowe zachorowania) / <i>Brucellosis (new cases)</i>	2	0,005	1	0,003	2	0,005
Leptospiroza / <i>Leptospirosis</i>	5	0,013	4	0,010	2	0,005
Listerioza / <i>Listeriosis</i>	43	0,11	70	0,18	122	0,32
Tężec / <i>Tetanus</i>	16	0,042	13	0,034	11	0,029
Błonica / <i>Diphtheria</i>	0	0	0	0	0	0
Krztusiec / <i>Pertussis</i>	1 987	5,21	4 684	12,16	3 066	7,98
* Płonica / <i>Scarlet fever</i>	13 940	36,5	25 115	65,2	16 411	42,7
Choroba meningokokowa / <i>Meningococcal disease</i>	296	0,78	220	0,57	228	0,59
w tym: zapalenie opon mózgowych / including: i/lub mózgu / <i>meningitis and/or encephalitis</i> posocznica / <i>sepsis</i>	193	0,50	122	0,32	122	0,32
	192	0,50	139	0,36	159	0,41
* Róża / <i>Erysipelas</i>	3 425	8,9	5 267	13,7	5 176	13,5
Legionelloza / <i>Legionellosis</i>	18	0,047	14	0,036	39	0,102
Kiła (ogółem) ³⁾ / <i>Syphilis (total)</i> ³⁾	932	2,44	1 253	3,26	1 602	4,17
Rzeżączka ³⁾ / <i>Gonorrhea</i> ³⁾	301	0,79	500	1,30	321	0,84
Chlamydiezy przenoszone drogą płciową ³⁾ / <i>Sexually transmitted chlamydia</i> ³⁾	627	1,64	329	0,86	258	0,67
* Borelioza z Lyme / <i>Lyme disease</i>	9 003	23,6	13 625	35,4	21 514	56,0
Gorączka Q / <i>Q fever</i>	0	0	0	0	0	0
* Dur wysypkowy, gorączka plamista i inne riketsjozy / <i>Typhus fever, spotted fever and other rickettsioses</i>	1	0,003	3	0,008	4	0,010
Ostre nagminne porażenie dziecięce / <i>Poliomyelitis</i>	0	0	0	0	0	0

Jednostka chorobowa / diseases		Mediana w latach 2007-2011 / Median 2007-2011		Mediana w latach 2012-2016 / Median 2012-2016		2017	
(w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)		liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence
* 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
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

Jednostka chorobowa / diseases		Mediana w latach 2007-2011 / Median 2007-2011		Mediana w latach 2012-2016 / Median 2012-2016		2017	
(w kolejności wg ICD-10 / in order by ICD-10)		liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence	liczba zachorowań / No. of cases	zapadalność / incidence
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
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 mózgu, i/lub mózgu - inne określ. / Bacterial meningitis and/or encephalitis – other specified		148	0,39	143	0,37	127	0,33

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
* Bakteryjne zap. opon mózgu. 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.

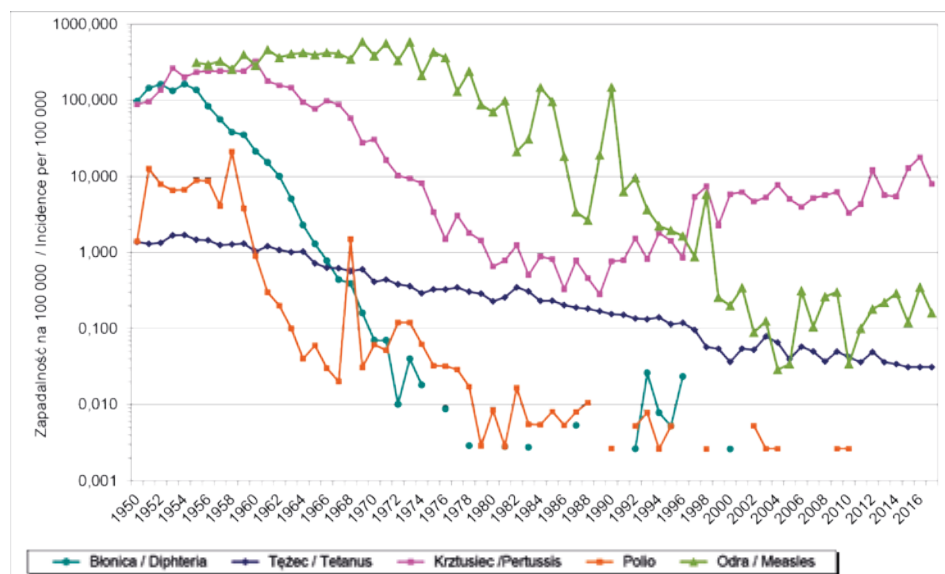
Źródło danych: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce. NIZP-PZH, GIS, Warszawa. Roczniki 2007-2017.

Data source: Infectious diseases and poisonings in Poland. NIPH-NIH, CSI, Warsaw, Yearbooks 2007-2017.

6.1. Choroby objęte w Polsce obowiązkowym szczepieniem

W Programie Szczepień Ochronnych realizowanym w Polsce od ponad pół wieku (od lat 50., 60. ubiegłego stulecia), istotne znaczenie dla utrzymania korzystnej sytuacji epidemiologicznej przypada szczepieniom obowiązkowym, obejmującym dzieci i młodzież w wieku od 0 do 19 lat. Efektem stosowania obowiązkowych szczepień jest znaczne ograniczenie lub wyeliminowanie zachorowań na choroby takie jak: błonica, tężec, polio, odra, różyczka, wzv B, czy wywołanych przez drobnoustroj *Hemophilus influenzae*. W przypadku szczepień przeciw polio istotną zmianą wprowadzoną do kalendarza szczepień w 2016r. było zastąpienie ostatniej dawki szczepionki OPV szczepionką IPV. Zmiana ta była podyktowana rekomendacją WHO w związku z eradykacją typu 2 dzikiego wirusa polio. Innym ważnym elementem strategii zwalczania groźnych zakażeń było wprowadzenie

w 2017 r. obowiązkowego szczepienia przeciw pneumokokom celem indukowania odporności zarówno indywidualnej jak i zbiorowskowej. Jednak na efekt odporności zbiorowskowej tych szczepień należy poczekać kilka lat. W przypadku **krztuśca** sytuacja epidemiologiczna jest bardziej złożona, gdyż po osiągnięciu znaczącego spadku zapadalności oraz śmiertelności z powodu tej choroby, od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych nastąpił wzrost zachorowań do około 2000-3000 przypadków rocznie. Na przestrzeni ostatnich 10 lat nadal utrzymuje się tendencja wzrostowa zachorowań na krztusiec. W 2016 r. zgłoszono rekordową liczbę aż 6828 przypadków krztuśca, zapadalność wyniosła 17,77 na 100 000 ludności, co w porównaniu z 2015 r. (zarejestrowano 4956 zachorowań, zapadalność wyniosła 12,89) stanowi wzrost o 38%. Wzrost liczby zachorowań na krztusiec w 2016 r. (szczyt epidemiczny), oraz liczne zachorowania w 2017 r. (3067 zachorowań, zapadalność 7,98 na 100 000 ludności) wskazują na utrwalone krążenie bakterii w populacji przy jednoczesnym utrzymywaniu się dużej podatności populacji na zakażenie (ryc. 6.3).

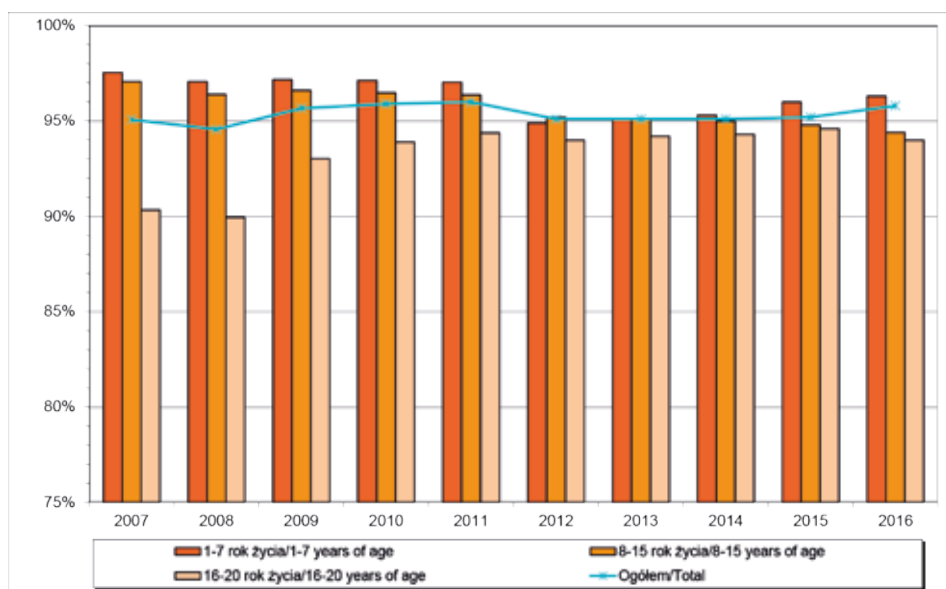


Ryc. 6.3. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne, przeciw którym prowadzone są obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci i młodzieży, w latach 1950-2017

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 i różyczce przez większość lat utrzymywało się na bardzo wysokim poziomie tzn. pomiędzy 95% a 100%. Źródłem informacji na temat

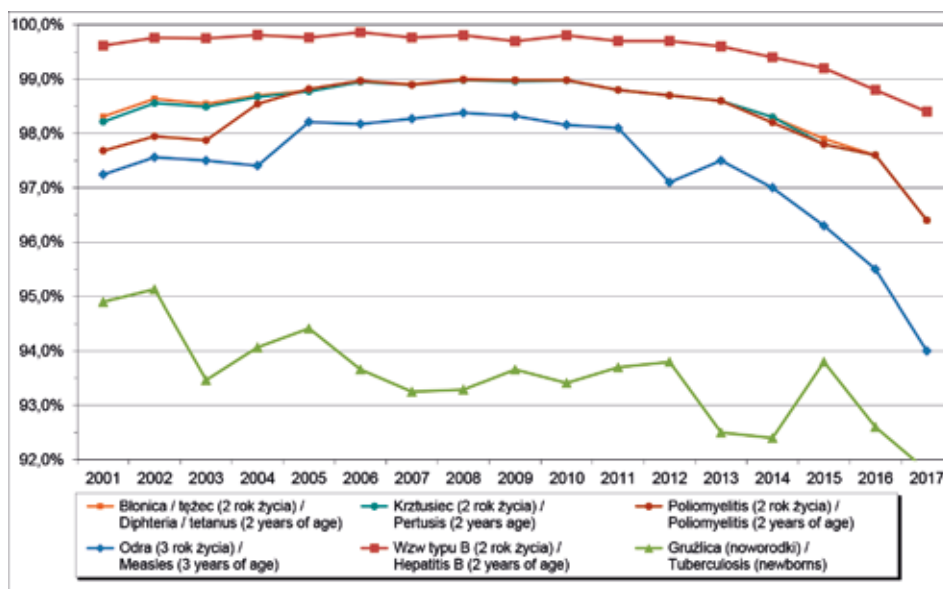
wykonawstwa szczepień obowiązkowych w naszym kraju są dane o stanie zaszczepienia dzieci i młodzieży zbierane rokrocznie przez pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych ze wszystkich placówek opieki zdrowotnej w Polsce. Z danych tych wynika, że na przestrzeni ostatnich lat, 95% dzieci i młodzieży objęto szczepieniami (ryc. 6.4.) i w odniesieniu do większości szczepień w 2017r. uzyskano zadawalający stan zaszczepienia wynoszący, w zależności od choroby, od 94% do 98,5%. Jednak wyraźnie zarysowana jest niepokojąca tendencja spadkowa stanu zaszczepienia (ryc. 6.5).



Ryc. 6.4. Program Szczepień Ochronnych w latach 2006-2017. Odsetek dzieci i młodzieży objętych nadzorem nad realizacją Programu

Fig. 6.4. Vaccination Program in 2006-2017. The percentage of children and adolescents covered by supervision of the implementation of the Programme

Należy dodać, że na podstawie wstępnych danych za 2017 r., wykonawstwo szczepień na poziomie województw było zróżnicowane i nie było niższe niż 90%, wyniosło od 93,6% do 99,6%, za wyjątkiem wykonawstwa szczepień przeciw gruźlicy – w tym wypadku wyniosło od 89,6% do 94,0%. 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. 6.5. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2017. Odsetek dzieci w 1-3 roku życia zaszczepionych przeciw wybranym chorobom

Fig. 6.5. Vaccination Program in 2001-2017. The percentage of children at 1-3 years of age vaccinated against selected diseases

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 /Diphtheria/ 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

Należy podkreślić, że w efekcie prowadzonych szczepień, ostatni przypadek choroby **poliomyelitis** (Choroba Heinego-Medina), wywołany dzikim szczepem wirusa polio odnotowano w Polsce w 1984 r. (ryc. 6.3). Od tego czasu pomimo aktywnego poszukiwania zakażeń wywołanych przez poliovirusy wśród osób, u których wystąpiły objawy ostrego porażenia wiotkiego (objętego obowiązkiem zgłaszania), zarejestrowano pojedyncze przypadki zachorowań spowodowanych wirusem pochodzenia szczepionkowego (po jednym przypadku w 2009, 2010 i 2013 r.). Z perspektywy Ogólnosiwiatowego Programu Eradykacji Poliomyelitis koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia, Polska utrzymała status kraju wolnego od polio.

Zachorowania na **blonicę** w Polsce po 1975 r. występują sporadycznie (ryc. 6.3). Ostatni przypadek zachorowania na blonicę został zawleczony ze Związku Radzieckiego w 2000 r. Należy jednak pamiętać, że wciąż istnieje ryzyko pojawienia się błonicy w sytuacji, gdy w danej populacji znajdują się osoby wrażliwe na zakażenie, w tym nieuodpornione dzieci. W związku z tym strategia zwalczania błonicy musi opierać się na dwóch podstawowych elementach:

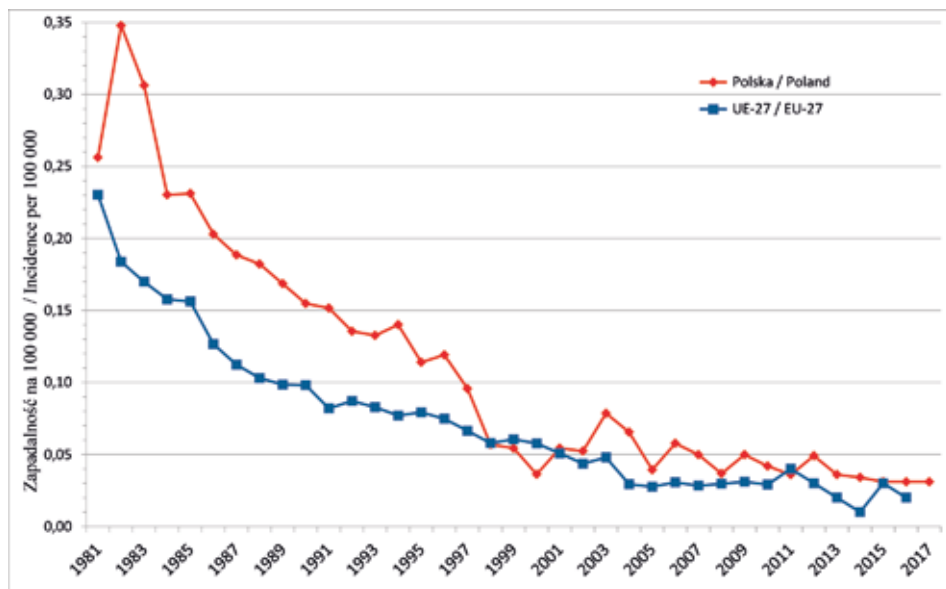
- utrzymaniu wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci i młodzieży zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, oraz
- okresowych, to jest co 10 lat dawek przypominających szczepionką o zmniejszonej ilości toksoidu błoniczego, szczepionką Td.

Od 1998 r. liczba zachorowań na **tężec** nie przekraczała 30 przypadków rocznie, a w ostatnich latach spadła do kilkunastu przypadków w ciągu roku. W 2017 r. wystąpiło 12 zachorowań, podobnie jak w dwóch wcześniejszych latach. Zapadalność na tę chorobę w ostatnich latach nie wykazuje jednak dalszej wyraźnej tendencji spadkowej i utrzymuje się na poziomie powyżej przeciętnej zapadalności w krajach UE (ryc. 6.6).

Ogromnym sukcesem realizacji szczepień przeciw tężcowi jest niewystępowanie od dziesiętków lat tzw. tężca noworodków. Specyfika tężca polega na braku wytwarzania odporności zbiorowiskowej oraz na szerokim rozpowszechnieniu bakterii *Clostridium tetani* w przyrodzie, jej zarodniki bytują w glebie, są obecne w kale zwierząt, ludzi i w otoczeniu ludzi. W związku z tym stan uodpornienia każdej osoby determinuje wrażliwość społeczeństwa na zakażenie. Ponieważ zranienia od zawsze pozostają problemem medycznym w środowisku miejskim i wiejskim, to stałe podnoszenie odporności pozostaje jedynym skutecznym sposobem zapobiegania chorobie. Ekspozycja na zarodniki drobnoustroju związana z częstością zranień oraz niski poziom uodpornienia sprzyjają transmisji zakażenia. W Polsce na tężec zapadają prawie wyłącznie osoby powyżej 50 r.ż., które z reguły chorują ciężiej.

Zmniejsza się również liczba zachorowań na choroby podlegające eliminacji: **odrę rodzimą i różyczkę oraz zespół różyczki wrodzonej**. Rocznie rejestrowane

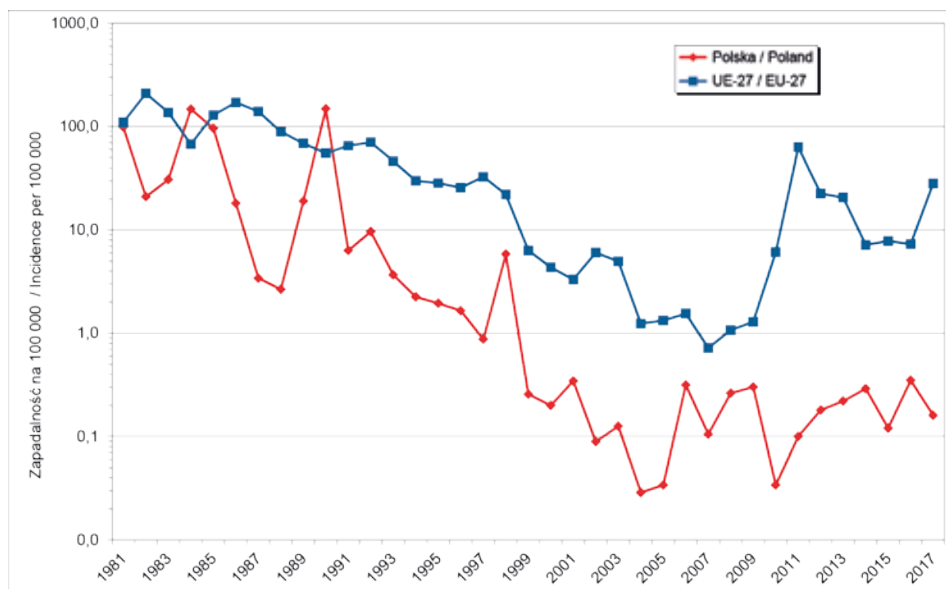
jest około 100 przypadków odry (w 2016 r. zarejestrowano 133 przypadki, a w 2017 r. – 63), co przekłada się na zapadalność, wielokrotnie niższą niż przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 6.7).



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

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

Obecnie, wyższa liczba zachorowań wskazuje na zwiększone zawlekanie choroby i/lub wystąpienie wielu ognisk w populacji o niskim stopniu zaszczepienia. W naszym kraju, sytuacja ta odnosi się głównie do populacji romskiej i grup migrantów. Na uwagę zasługuje duże pod względem liczebności ognisko zachorowań na odrę wśród uchodźców, które rozpoczęło się w połowie 2016 r., a zostało wygaszone w styczniu 2017 r. Zachorowania wystąpiły u 124 uchodźców głównie pochodzenia czeczeńskiego (80%) i ukraińskiego (15%), którzy przebywali w 8 ośrodkach dla uchodźców. Ponad połowa zachorowań wystąpiła u dzieci w wieku 1-14 lat, które nie były dotychczas szczepione przeciw odrze. W wyniku prowadzonego dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że zachorowania były importowane lub powiązane z importowanymi, co zostało potwierdzone badaniem genotypu wirusa odry (D8 Frankfurt Mein). Opisane ognisko odry było największym spośród rejestrowanych ognisk w Polsce w ostatnich latach i największym wśród cudzoziemców.



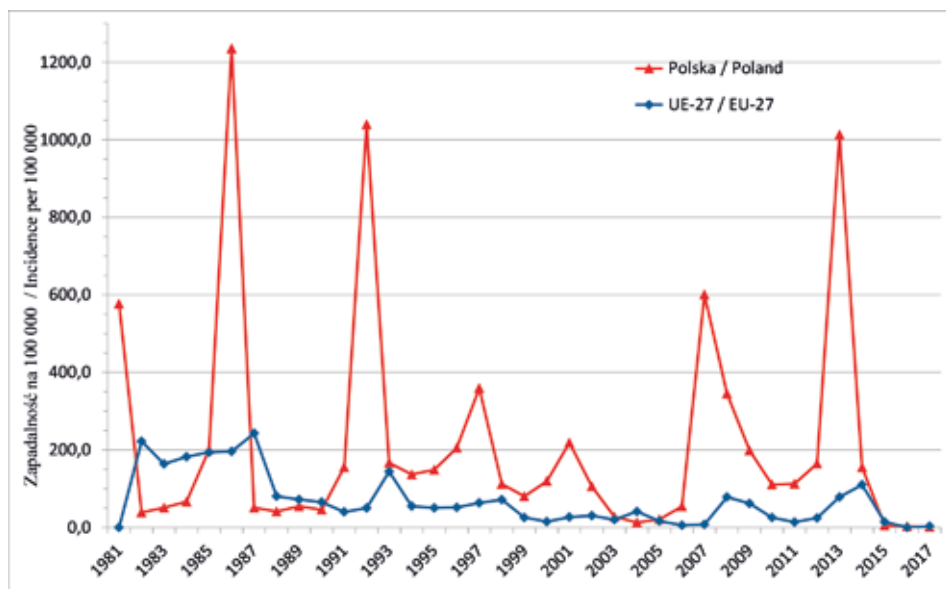
Ryc. 6.7. Zapadalność na odrę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB, ECDC)

Fig. 6.7. Measles incidence in Poland and average incidence in EU/EEA countries in years 1981-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC)

Z perspektywy realizacji programu eliminacji odrę do 2020 r., obecna sytuacja epidemiologiczna tej choroby w naszym kraju jest korzystna, a cel, którym jest jej eliminacja wydaje się możliwy do osiągnięcia. Sprzyja temu fakt braku występowania zachorowań rodzimych na odrę, natomiast jedynymi zachorowaniami są przypadki importowane i powiązane z importowanymi.

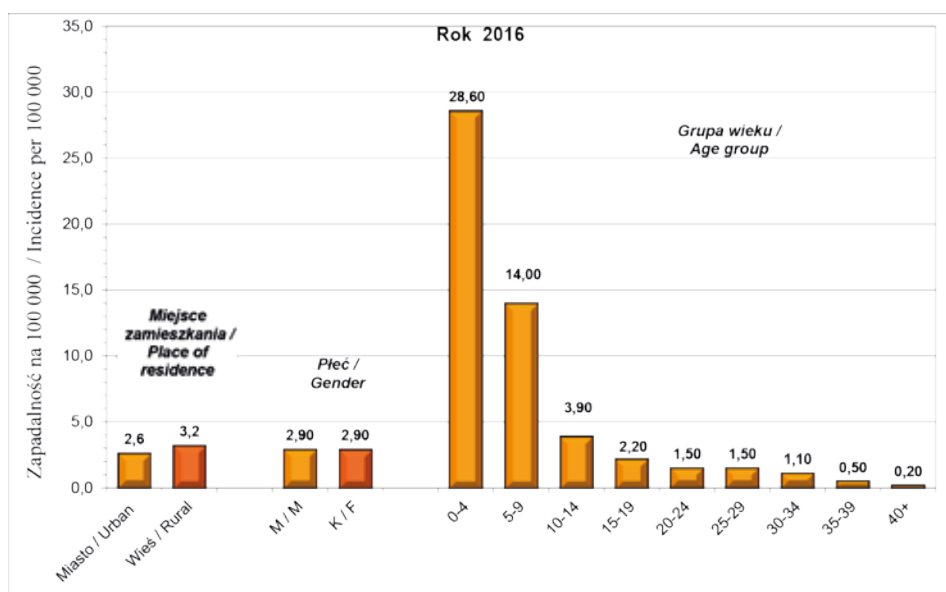
Liczba zachorowań na różyczkę w ostatnich latach utrzymywała się na poziomie 4-6 tys. przypadków rocznie, z zapadalnością znacząco wyższą od przeciętnej dla UE (ryc. 6.8).

W 2013 r. wystąpił ponad sześciokrotny wzrost zachorowań na różyczkę, który miał charakter epidemii wyrównawczej. Obserwowany epidemiczny wzrost zachorowań dotyczył w głównej mierze młodych mężczyzn w wieku 15-19 lat oraz 20-24 lata, z roczników nie objętych obowiązkowymi szczepieniami M-M-R. Choć niewątpliwie zachorowania te stanowiły zagrożenie dla niewielkiego odsetka kobiet w wieku rozrodczym, które nie zostały zaszczepione przeciw różyczce, epidemia ta wiązała się z powiększeniem odsetka mężczyzn z odpornością naturalną. Po okresie epidemii wyrównawczej rejestrowano wyraźny spadek liczby chorujących na różyczkę od 2027 zachorowań w 2015 r., do 1105 w 2016 r. i 477 w 2017 r. (ryc. 6.9).



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

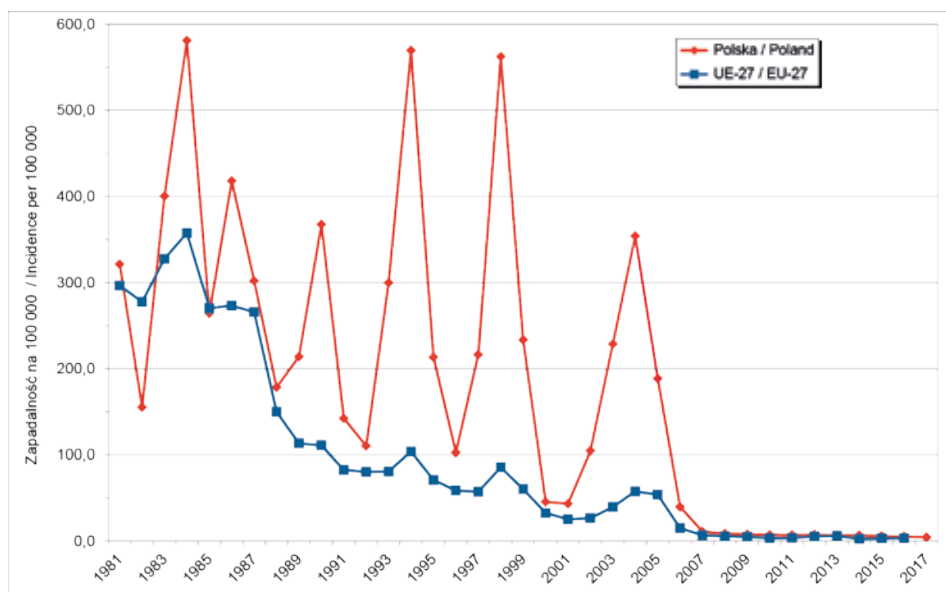
Fig. 6.8. Rubella incidence in Poland and average incidence in EU/EEA countries in years 1981-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC)



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

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

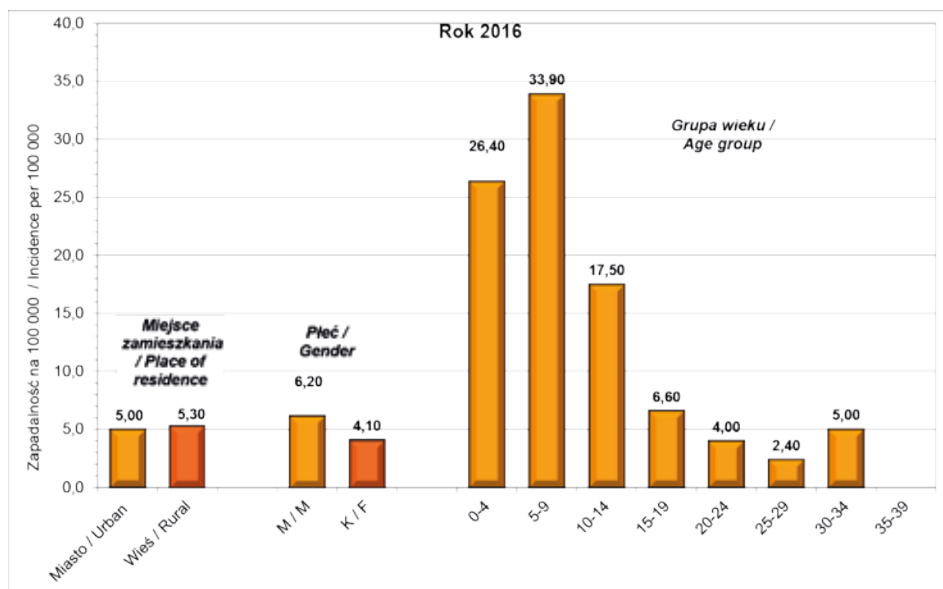
Poddawanie również chłopców obowiązkowym szczepieniom M-M-R w kolejnych latach zmniejszyło zapadalność na różyczkę oraz na nagminne zapalenie przyusznic (**świnkę**). Rocznie choruje na świnkę około 2000 osób. Zapadalność na świnkę w ostatnich latach wykazuje stałą tendencję spadkową, mniej spektakularną niż inne choroby zakaźne, ze względu na występujące cyklicznie co 3-4 lata epidemie. Jednak zapadalność na świnkę w naszym kraju jest aktualnie nieznacznie wyższa niż z przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 6.10). Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw odrze-świnie-różyczce stanowiło kolejny ważny element poprawy sytuacji epidemiologicznej tych chorób (ryc. 6.10 i 6.11).



Ryc. 6.10. Zapadalność na świnkę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB, ECDC)

Fig. 6.10. 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).



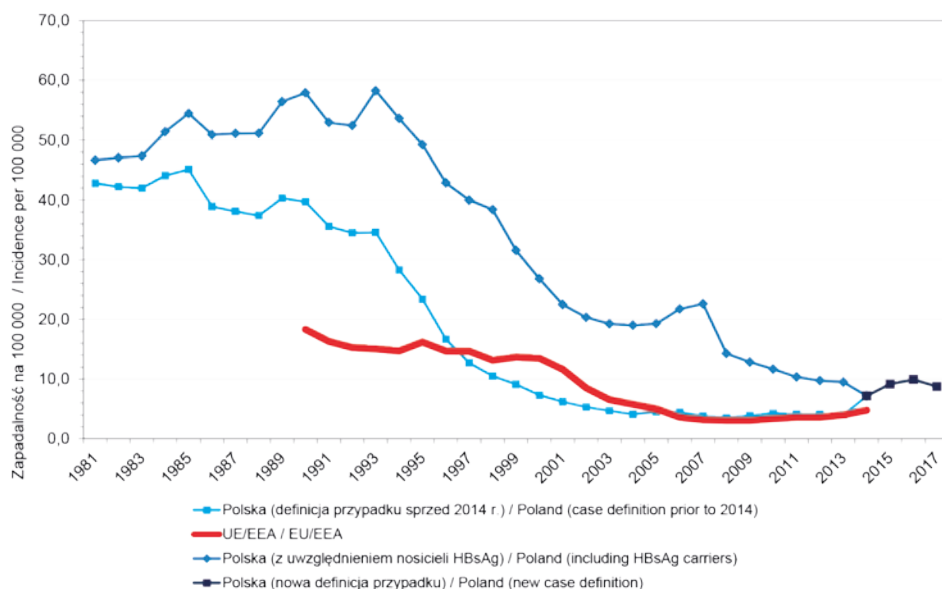
Ryc. 6.11. Zapadalność na świnkę w 2016 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

Fig. 6.11. 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 była znacznie wyższa od średniej zapadalności w Europie (ryc. 6.12). Od połowy lat 80. rozpoczęto program poprawy sterylizacji w szpitalach a następnie stopniowe wdrażanie szczepień, początkowo ograniczone jedynie do wybranych grup: pracowników ochrony zdrowia, osób przewlekle chorych oraz przygotowywanych do zabiegów operacyjnych. Istotny spadek zapadalności uzyskano jednak dopiero po wprowadzeniu w latach 1994-1996 programu rutynowego szczepienia noworodków, do poniżej 5 przypadków zachorowań na 100 tysięcy ludności w latach 2000⁴, czyli zapadalności porównywalnej do tej jaka występowała w innych krajach Unii Europejskiej (ryc. 6.12).

Spadek zapadalności na wzw B wskutek wprowadzenia rutynowych szczepień ochronnych jest tendencją ogólnoswiatową. Oprócz zapobiegania nowym zakażeniom, w przyjętym przez Światową Organizację Zdrowia Europejskim Planie Działania w zakresie zwalczania wirusowych zapaleń wątroby podkreśla się także wagę zakażeń przewlekłych, wiążących się ze znaczącą chorobowością i umieralnością.

⁴ Magdzik WW. Hepatitis B epidemiology in Poland, Central and Eastern Europe and the newly independent states. Vaccine. 2000 Feb 18;18 Suppl 1:S13-6.

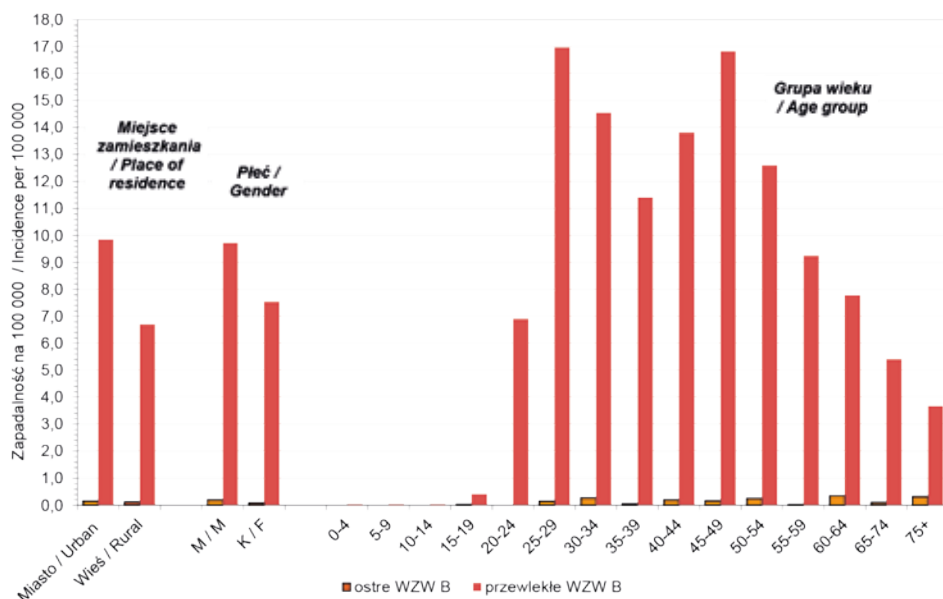


Ryc. 6.12. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce i przeciętna w krajach UE, 1981-2017 (źródło: ECDC surveillance atlas)

Fig. 6.12. Hepatitis B incidence in Poland and average in the EU/EEA countries, 1981-2017 (source: ECDC surveillance atlas)

W celu monitorowania zarówno przewlekłych jak i ostrych zachorowań w Polsce od 2010 r. wprowadzono osobną rejestrację przypadków ostrych i nowych rozpoznanych zakażeń wirusem HBV, nie spełniających kryteriów przypadków ostrych. Z kolei od 2014 r. rejestruje się wszystkie nowo rozpoznane zakażenia wirusem HBV włączając w to tzw. nosicieli HBs-Ag, uprzednio nie wykazywanych w statystykach (ryc. 6.12). W latach 2010 – 2017 obserwowano stały spadek liczby zachorowań ostrych od 0,34 na 100 tys. w 2010 r. do 0,14 na 100 tys. mieszkańców w 2017 r. W tym samym okresie liczba nowych rozpoznanych przewlekłych zakażeń wirusem HBV w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, pomimo okresowych wahań, pozostawała na porównywalnym poziomie i w 2017 r. wyniosła 8,8. Należy podkreślić, że zachorowania ostre praktycznie nie występują ani w grupie osób objętych obowiązkowym szczepieniem noworodków ani w grupie osób szczepionych w ramach rutynowego doszczepiania 14-tolatek w latach 2000-2010. Największą zapadalność obserwuje się wśród młodych dorosłych w grupie wieku 30-34 lata i wśród osób starszych w grupach wieku powyżej 60 r.ż. (ryc. 6.13). W grupie młodych dorosłych dodatkowo obserwuje się mniejszy udział narażeń medycznych jako potencjalnego źródła zakażenia na rzecz czynników związanych ze stylem życia (ryzykowne kontakty seksualne,

przyjmowanie narkotyków w iniekcjach), co wskazuje na konieczność intensyfikacji szczepień w grupach ryzyka⁵ i tłumaczy wyższą zapadalność na ostre WZW B w miastach niż na wsiach. Zagrożeniem dla korzystnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie zachorowań ostrych jest zmniejszające się pokrycie rutynowymi szczepieniami. Wg wytycznych światowej organizacji zdrowia zaszczepione w okresie noworodkowym powinno zostać >95% populacji. W Polsce odsetek ten w 2017 r. w skali kraju obniżył się do 92,9%, wahając się w poszczególnych województwach od 89,3% w województwie pomorskim do 97,7% w województwie kujawsko-pomorskim.



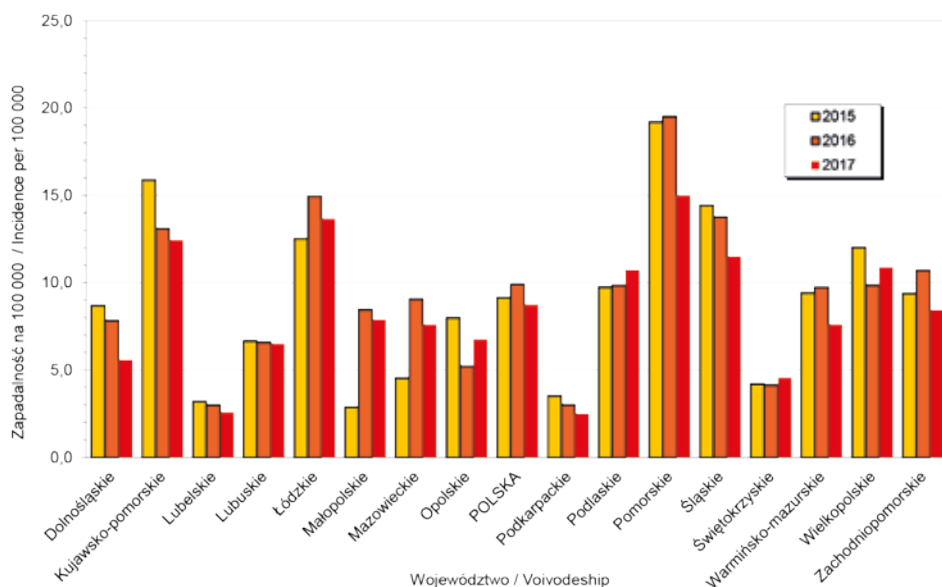
Ryc. 6.13. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w 2017 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

Fig. 6.13. Hepatitis B incidence in 2017 r. by place of residence, sex and age

Z kolei najwyższa częstość wykrywania zakażeń przewlekłych dotyczy kohort szczepionych jako nastolatki (ryc. 6.13) i jest najprawdopodobniej związana z dużą zapadalnością na WZW B wśród dzieci na początku lat 90. Z uwagi na częsty bezobjawowy przebieg WZW B i częste przejście w formę przewlekłą wśród dzieci można spodziewać się zwiększonej liczby przewlekłych zakażeń w grupie

⁵ Stępień M, Zakrzewska K, Rosińska M. Significant proportion of acute hepatitis B in Poland in 2010-2014 attributed to hospital transmission: combining surveillance and public registries data. BMC Infect Dis. 2018 Apr 10;18(1):164.

osób urodzonych pod koniec lat 80. i na początku lat 90., które nawet mogły być szczepione przeciwko wzv B w 14 r.ż., gdyż program szczepień nastolatków nie obejmował weryfikacji, czy osoba nie była już przewlekle zakażona HBV w momencie szczepienia. Podkreślić należy także duże wahanie w liczbie nowo wykrywanych zakażeń rejestrowanych w kolejnych latach na obszarze poszczególnych województw (ryc. 6.14), co należy wiązać z różnymi praktykami dotyczącymi badania w kierunku HBV w sytuacji istotnego rozpowszechnienia niezdiagnozowanych zakażeń. Obecnie, pomimo dostępności badania w kierunku HBV wśród świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, brak jest szczegółowych wytycznych badań przesiewowych w tym kierunku.

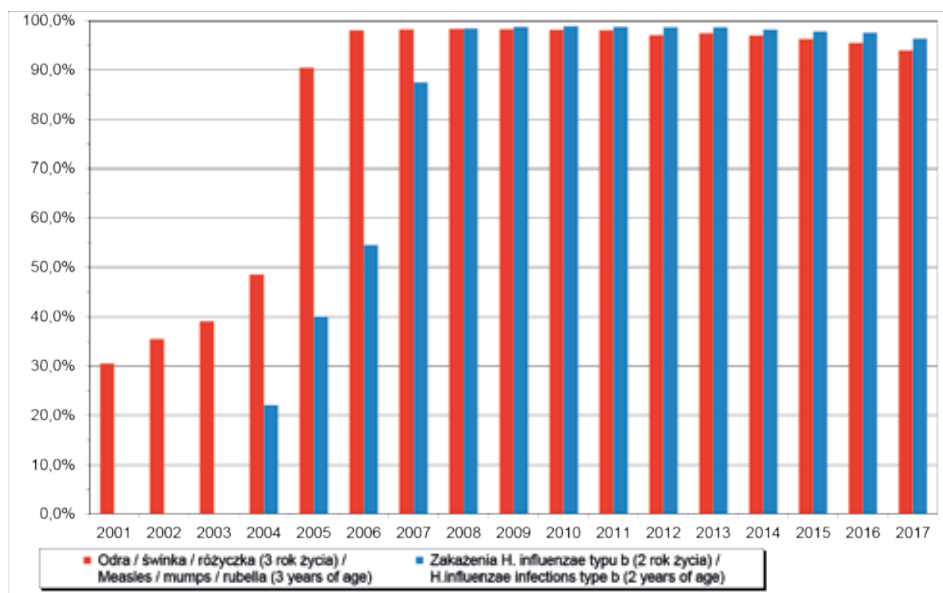


Ryc. 6.14. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w latach 2015-2017, wg województw

Fig. 6.14. Hepatitis B incidence in 2015-2017, by voivodeship

Szczepienie przeciw infekcjom wywołanym przez *Haemophilus influenzae* typu B zostało wprowadzone do kalendarza szczepień po raz pierwszy w 1997 r. jako zalecane dzieciom od 2 miesiąca życia celem zapobiegania m.in. zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy. Jako szczepienie obowiązkowe dla dzieci w 1 i 2 r.ż., pojawiło się w 2004 r. początkowo dla dzieci z domów dziecka, od 2005 r. dla dzieci z rodzin wielodzietnych (co najmniej troje dzieci), 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 2013 r. liczba zachorowań na choroby inwazyjne wywołane przez *H. influenzae* wyniosła 25 (0,06/100 000). W porównaniu z 2012 r. zapadalność zmniejszyła się o 30,5%, a w porównaniu z medianą z lat 2007-2011 o 19,3%. W 2015 r. zarejestrowano 62 zachorowania na inwazyjną chorobę wywołaną przez *H. influenzae* (zapadalność – 0,16/100 000), w tym wystąpiło 40 przypadków posocznicy, 14 przypadków zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych/mózgu (zapadalność – 0,16/100 000), przy stanie zaszczepienia dzieci w drugim roku życia wynoszącym 98,2%. W 2016 r. na ogółem 69 zgłoszonych zachorowań oraz w roku 2017 – 119, wystąpiło po 9 przypadków zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych/mózgu (zapadalność 0,02/100 000) i 42 przypadki posocznicy w 2016 r. oraz 52 w 2017 r. (zapadalność odpowiednio 0,11/100 000 i 0,14/100 000). Stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia, wynosił 98,4% w roku 2016 i 96,4% w 2017 r. (ryc. 6.15).

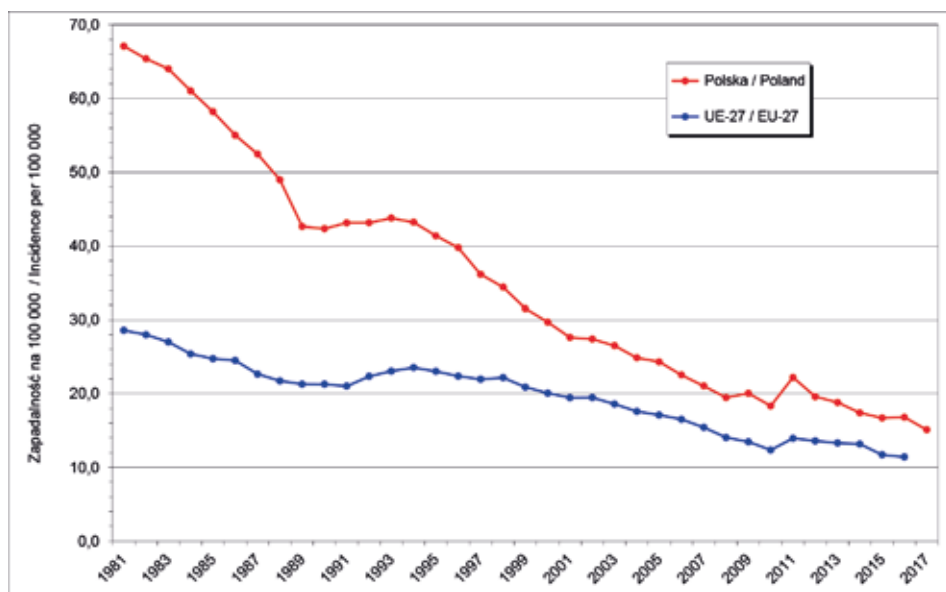


Ryc. 6.15. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2017. Odsetek dzieci w 2-3 roku życia zaszczepionych przeciw odrze-świnke-różyczce oraz zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b

Fig. 6.15. Vaccination Program in 2001-2017. The percentage of children at 2-3 years of age vaccinated against measles-mumps-rubella and *Haemophilus influenzae* type b infections.

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. 6.5). Skuteczność szczepień jako

metody ochrony zdrowia populacji w przypadku gruźlicy jest stosunkowo najniższa. Utrzymanie szczepienia przeciw gruźlicy w kalendarzu wynika z jego działania zapobiegającego gruźliczemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu oraz zaleceń WHO dla krajów o wyższej zapadalności na gruźlicę. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce poprawia się, jednak proces ten jest dość powolny (ryc. 6.16). 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. Zapadalność na gruźlicę w 2016 r. w UE/EOG wyniosła średnio 11,4 przypadków na 100 000 ludności (ryc. 6.16).

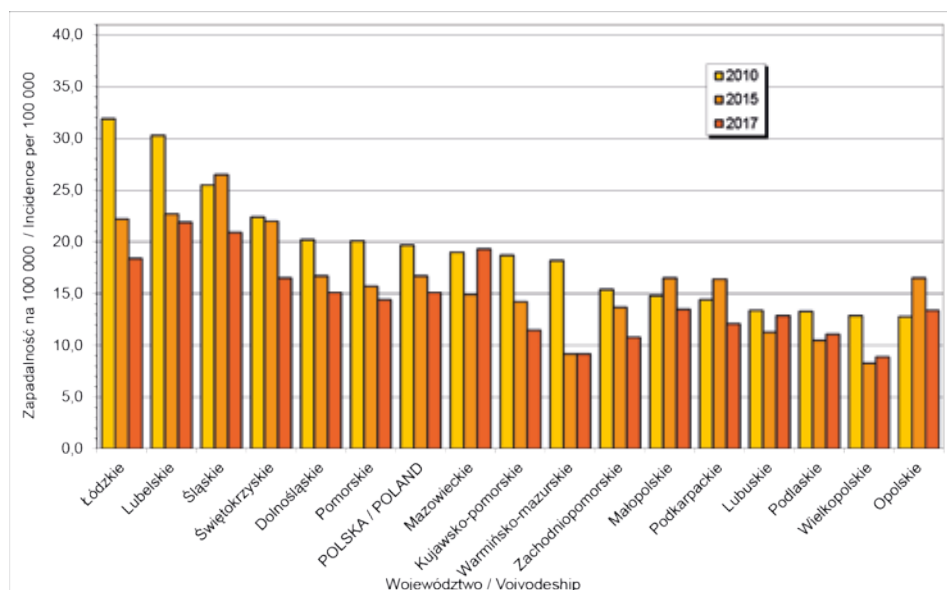


Ryc. 6.16. Zapadalność na gruźlicę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB, ECDC)

Fig. 6.16. Tuberculosis incidence in Poland and average incidence in EU/EEA countries in years 1981-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC)

W Polsce zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci była w 2016 r. nieznacznie wyższa niż w roku poprzednim (16,8 vs. 16,7 na 100 000) i niższa w 2017 r.: 15,1 na 100 000 ludności. Gruźlicę wielolekooporną MDR-TB stwierdzono u 46 chorych, w tym u 10 cudzoziemców. Gruźlica była chorobą wskaźnikową u 17 chorych na HIV/AIDS. W 2017 r. w dwóch województwach zapadalność przekraczała 20/100 000, w województwie lubelskim osiągnęła wartość 21,9. Stanowi to niepokojący sygnał ze względu na znany związek zapadalności na gruźlicę

z sytuacją społeczno-ekonomiczną ludności, a w przypadku województwa lubelskiego również z powodu kontaktów przezgranicznych z krajami o bardzo wysokiej zapadalności na gruźlicę i obecność na tych obszarach szczepów *M. tuberculosis* opornych na wiele leków (ryc. 6.17).

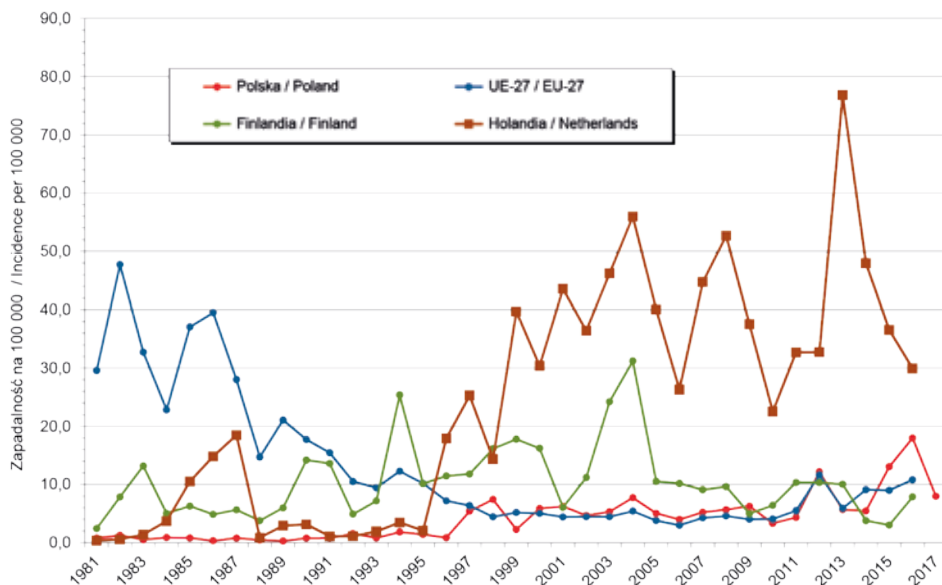


Ryc. 6.17. Zapadalność na gruźlicę wg województw w latach 2010, 2015 i 2017 (źródło: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc)

Fig. 6.17. Tuberculosis incidence by voivodeship in years 2010, 2015 i 2017 (source: National Institute of Tuberculosis and Lung Disease)

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/EOC. W Polsce najwyższy współczynnik zapadalności stwierdza się u osób w wieku podeszłym. Ponadto utrzymuje się znaczne zróżnicowanie współczynników zapadalności w poszczególnych województwach. W województwach o najniższych współczynnikach zapadalności (8,9-9,2) są one niższe niż przeciętne w krajach UE/EOG. W odróżnieniu od wielu krajów UE i EOG udział imigrantów w zbiorowości chorych na gruźlicę jest w Polsce niewielki – w 2016 r. wynosił 1,4%. W Polsce wśród chorych na gruźlicę dominują mężczyźni (w 2016 r. dwukrotnie więcej niż kobiet) w stopniu większym niż w przeważającej liczbie krajów UE i EOG.

Spośród chorób podlegających wieloletnim programom szczepień, jedynie w przypadku **krztuśca** wystąpiło wyraźne pogorszenie sytuacji epidemiologicznej. Nie jest to zjawisko izolowane, gdyż w wielu krajach europejskich i pozaeuropejskich także notowany jest wzrost zachorowań (ryc. 6.18).

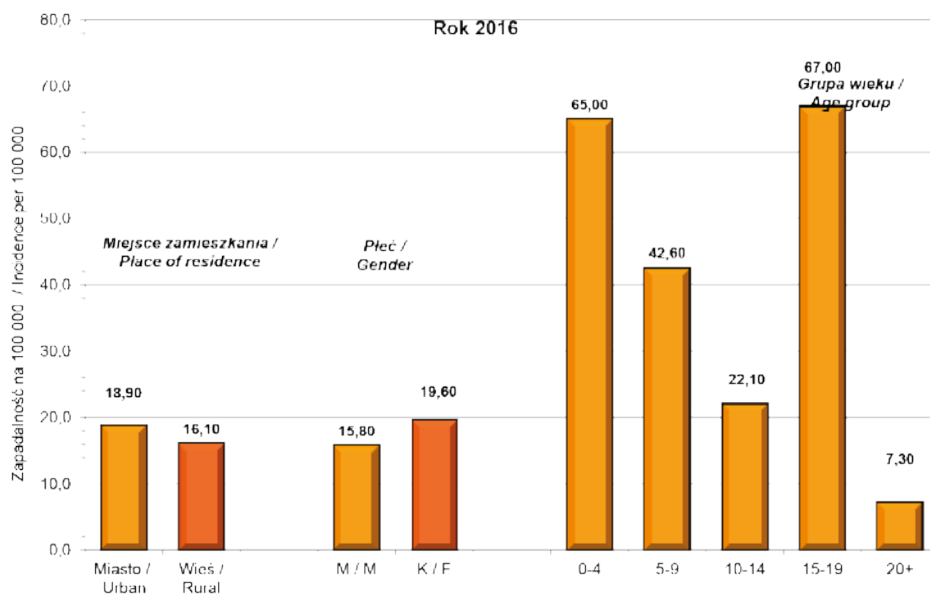


Ryc. 6.18. Zapadalność na krztusiec w Polsce, Holandii i Finlandii oraz przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB, ECDC)

Fig. 6.18. Pertussis incidence in Poland, Holland and Finland and average incidence in EU/EEA countries in years 1981-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC)

W Polsce wzrost liczby zachorowań występuje od 1996 r. i już w 1998 r. po raz pierwszy został przekroczony poziom przeciętnej zapadalności w krajach UE (Polska 7,4 na 100 000, UE 4,3). Ze względu na fakt, że większość zachorowań dotyczyła dzieci w wieku od 5 do 14 lat, na przełomie 2003 i 2004 r. wprowadzono do kalendarza szczepień dawkę przypominającą szczepionki z komponentem krztuścowym dla dzieci w 6 roku życia, poprzez zastąpienie szczepionki DT przez DTaP. W efekcie prowadzonych szczepień w perspektywie kolejnych lat spodziewano się spadku zachorowań do poziomu co najmniej porównywalnego z tym w latach 80., czyli poniżej 1 zachorowania na 100 000 ludności. Niestety wprowadzenie dawki przypominającej szczepionki DTaP nie spełniło pokładanych nadziei. Nadal występuje wzrost zachorowań na krztusiec w grupie młodzieży nastoletniej oraz starszych dorosłych, którzy stanowią źródło zakażenia

dla najmłodszych dzieci, które nie otrzymały jeszcze lub nie ukończyły pełnego cyklu szczepień (ryc. 6.19). Podkreślić jednak należy fakt, że nadal jedyną możliwością profilaktyki krztuśca pozostaje utrzymanie szczepień przeciw krztuścowi zgodnie z dotychczasowym schematem, do czasu powstania nowej szczepionki.

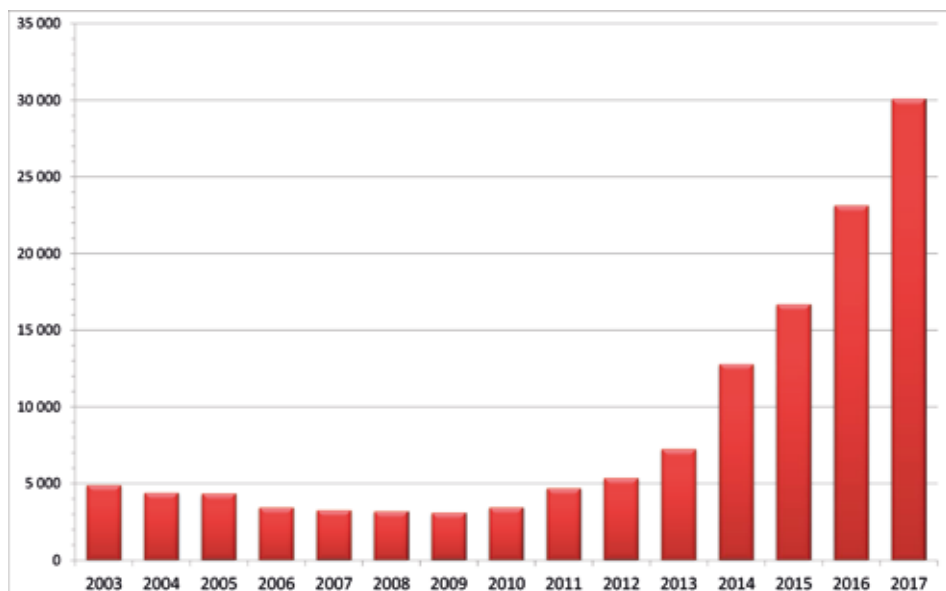


Ryc. 6.19. Zapadalność na krztusiec w 2017 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

Fig. 6.19. Pertussis incidence in 2017 by place of residence, gender and age

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. 6.20).

Taka sytuacja wynika z jednej strony ze wzrostu 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 kampanii informacyjnej o szkodliwości i niebezpieczeństwie wynikającym ze stosowania szczepień. Podkreślić należy, że utrzymywanie się takiej dynamiki wzrostu liczby osób rezygnujących ze szczepień, w perspektywie najbliższych lat grozi powrotem epidemii chorób, które udało nam się zwalczyć za pomocą szczepień.



Ryc. 6.20. Liczba osób uchylających się od szczepień obowiązkowych w latach 2003-2017

Fig. 6.20. Number of persons avoiding mandatory vaccinations in the 2003-2017

Niepożądane odczyny poszczepienne tzw. NOP-y, podlegające obowiązkowemu zgłaszaniu i rejestracji od ponad 20 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 w tym okresie 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 2016 r. 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 związanych ze zwiększonym odsetkiem odczynów, czy kontrolę bezpieczeństwa nowo wprowadzonych szczepionek. Jest więc jednym z najistotniejszych narzędzi wpływających na kontrolę porejestacyjnego bezpieczeństwa szczepień.

6.2. Inne choroby zakaźne

6.2.1. Zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)

Po upływie prawie czterech dekad od wyizolowania wirusa HIV, dziś po raz pierwszy istnieje realna możliwość skutecznej kontroli epidemii choroby wywoływanej przez ten wirus. Bazując na opracowaniu skutecznych metod zapobiegania zakażeniom oraz zwiększającej się dostępności skutecznego leczenia już w 2016 r. na Światowym Zgromadzeniu Narodów Zjednoczonych podpisano „Deklarację Polityczną o Zakończeniu Epidemii AIDS do 2030 r.”⁶. Obecnie skuteczność tych obiecujących strategii znalazła potwierdzenie w dalszych badaniach i obserwacjach na świecie. Na szczególną uwagę zasługują nowe interwencje biomedyczne – leczenie antyretrowirusowe jako profilaktyka i profilaktyka przedekspozycyjna (PreP). W toku badań potwierdzono, że osoba, u której dzięki leczeniu wirus HIV pozostaje niewykrywalna, jest niezakaźna ($U=U$, Undetectable = Untransmittable)⁷. Niezwykle istotne staje się więc szybkie wykrywanie nowych zakażeń i natychmiastowe wdrażanie leczenia, co pozwala na uniknięcie dalszych zakażeń. W kilku ośrodkach potwierdzono, że taka strategia w połączeniu z PreP prowadzi do spadku zapadalności nawet w populacjach o wysokim poziomie zachowań ryzykownych⁸.

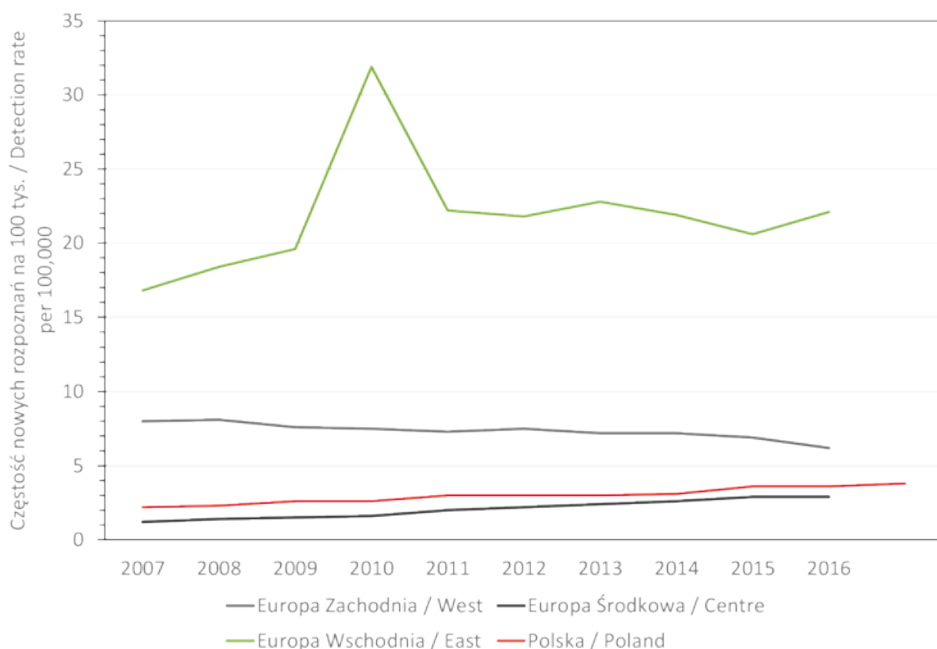
Pomimo tak obiecujących wyników badań sytuacja epidemiologiczna w wielu krajach, nawet w Europie, pozostaje niekorzystna. Częstość nowo wykrywanych zakażeń rośnie w krajach Europy Środkowej (o 142% w latach 2007-2016) i Wschodniej (o 95% w latach 2007-2016), podczas, gdy kraje Europy Zachodniej odnotowały

⁶ Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, 7 czerwca 2016. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>

⁷ The Lancet Hiv. $U=U$ taking off in 2017. Lancet HIV. 2017 Nov;4(11):e475.

⁸ Brown AE, Mohammed H, Ogaz D, Kirwan PD, Yung M, Nash SG, Furegato M, Hughes G, Connor N, Delpech VC, Gill ON. Fall in new HIV diagnoses among men who have sex with men (MSM) at selected London sexual health clinics since early 2015: testing or treatment or pre-exposure prophylaxis (PrEP)? Euro Surveill. 2017 Jun 22;22(25). pii: 30553.

w tym okresie spadek o 23%⁹. Należy jednak podkreślić, że wciąż częstość nowo wykrywanych zakażeń HIV w Europie Środkowej, w tym w Polsce należy do najniższych w Europie (ryc. 6.21). Znajduje to potwierdzenie w oszacowaniach zapadalności w Unii Europejskiej prowadzonych przez ECDC. Według tych szacunków w 2016 r. średnio w Unii Europejskiej doszło do 36 nowych zakażeń na 1 milion mieszkańców, a w krajach Europy Środkowej – do 17 na milion mieszkańców¹⁰.



Ryc. 6.21. Częstość wykrywania zakażenia HIV na 100 tys. mieszkańców w latach 2007-2016 w Polsce i w podregionach europejskich WHO (źródło: ECDC surveillance atlas)

Fig. 6.21. HIV detection rate 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

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017-2016 data. Stockholm: ECDC; 2017

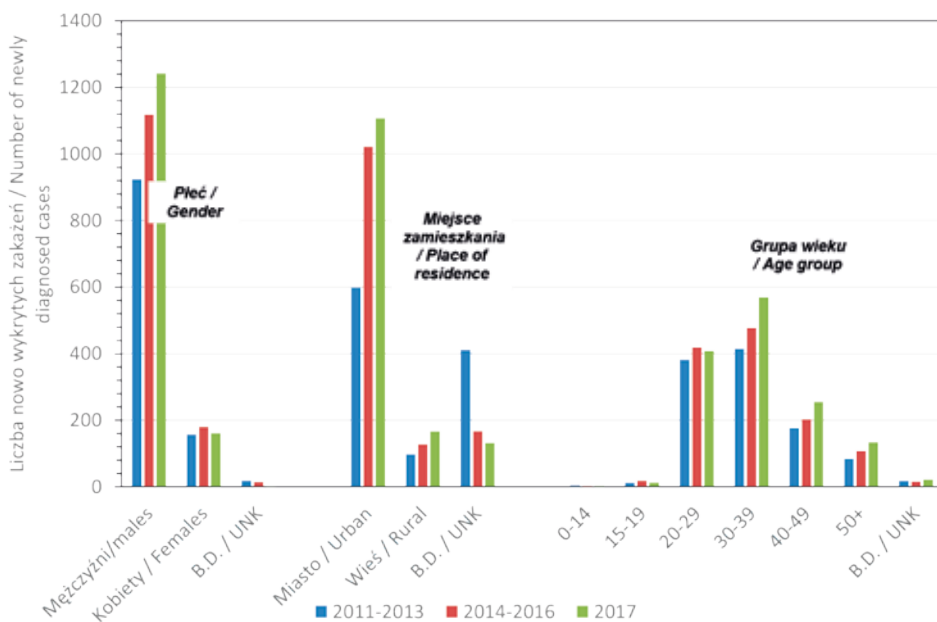
¹⁰ van Sighem A, Pharris A, Quinten C, Noori T, Amato-Gauci AJ; The Ecdc Hiv/Aids Surveillance And Dublin Declaration Monitoring Networks. Reduction in undiagnosed HIV infection in the European Union/European Economic Area, 2012 to 2016. Euro Surveill. 2017 Nov;22(48).

wskaźnika nowych rozpoznań można częściowo tłumaczyć zwiększającą się liczbą badań w kierunku HIV, zwłaszcza badań wykonywanych wśród osób podejmujących zachowania ryzykowne, które stanowią istotny odsetek osób badających się w sieci Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych. 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. W badaniach przesiewowych kobiet częstość wykrywania zakażeń utrzymuje się na poziomie do 5 wyników dodatnich na 100 tys. wykonanych badań. Z kolei wśród badających się mężczyzn częstość wykrywania zakażeń wzrosła w ostatnim okresie do 76 na 100 tys. badań (Dane Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH). Należy to tłumaczyć większym odsetkiem mężczyzn badających się z powodu zachowań ryzykownych, podczas gdy kobiety w większości badane są przesiewowo.

Potwierdzają to liczby nowo wykrywanych przypadków HIV. O ile wśród kobiet liczba ta w ostatnich latach pozostawała na podobnym poziomie o tyle wśród mężczyzn odnotowano znaczny wzrost ([ryc. 6.22](#)). Kolejną obserwowaną prawidłowością jest zwiększone wykrywanie zakażeń w starszych grupach wiekowych. Liczba nowo wykrywanych zakażeń wśród nastolatków pozostają na podobnym, niskim poziomie. Nie wzrasta również istotnie liczba zakażeń wśród młodych dorosłych poniżej 30 r.ż. Natomiast największy przyrost nowo rozpoznawanych zakażeń dotyczy grupy wieku 30-39 lat. Coraz więcej nowych rozpoznań obserwuje się w grupach wieku 40-49 oraz 50+. W 2017 r. stanowiły one odpowiednio 18,5% i 9,7% nowo rozpoznawanych zakażeń, a średnia wieku przy rozpoznaniu wyniosła 35 lat. Starzenie się populacji zakażonych HIV jest zjawiskiem ogólnoeuropejskim. Jest częściowo związane z nowymi zakażeniami w starszych grupach wieku, ale przede wszystkim z długotrwałym przeżyciem osób zakażonych HIV poddawanych skutecznej terapii antyretrowirusowej. Biorąc pod uwagę dziś, w 2018 r., populację żyjących osób z rozpoznaniem zakażenia HIV w Polsce, tylko niecałe 11% z nich stanowią osoby w wieku 30 lat lub mniej, 58,8% zaś stanowią osoby w wieku 40 lat lub więcej, a 25,8% osoby w wieku 50 lat i więcej.

Wśród nowo wykrywanych zakażeń HIV nadal dominują mieszkańcy miast. Chociaż wzrost, który miał miejsce w ostatnich latach dotyczył zarówno mieszkańców miast, jak i mieszkańców wsi, to jednak był wyraźniejszy w miastach ([ryc. 6.22](#)). Tendencje nowowykrywanych zakażeń różniły się również pomiędzy województwami. Podczas, gdy w większości województw wystąpił wzrost,

niewielkie spadki odnotowano w województwach kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim i opolskim (Tab. 6.3).



Ryc. 6.22. Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV w Polsce w latach 2011-2017, wg płci, grupy wieku i miejsca zamieszkania

Fig. 6.22. Newly detected HIV cases in Poland, in 2011 – 2017, by gender, age group and residence

Odsetek nowo wykrytych zakażeń, do których doszło na drodze wstrzykiwania narkotyku spadł od około 80% w latach 2000-2001 do około 10% w latach 2013-2014 i 7% w latach 2015-2017. Było to związane zarówno ze spadkiem liczby nowo wykrywanych zakażeń w tej grupie jak i ze wzrostem liczby zakażeń na drodze seksualnej. Szczególnie istotny wzrost zakażeń na drodze seksualnej dotyczył grupy mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). W skali kraju w latach 2015-2017 stanowili oni 70,1% wszystkich nowo rozpoznawanych przypadków. Szczególnie wysokie odsetki MSM wśród nowo wykrywanych zakażeń HIV wystąpiły w województwach kujawsko – pomorskim (81,7%), małopolskim (80,5%), wielkopolskim (78,4%), pomorskim (77,4%) i mazowieckim (77,4%) (Tab. 6.3). Pomimo dominacji transmisji w grupie MSM, nie należy również pomijać rosnącej liczby zakażeń na drodze kontaktów heteroseksualnych. Roczna liczba zakażeń przypisanych tej drodze transmisji w latach 2007-2017 wzrosła o ok. 60%.

Tabela 6.3. Wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń HIV na 100 tys. ludności w latach 2011-2017 i charakterystyka zakażeń wykrytych w latach 2015-2017, wg województw

Table 6.3. HIV diagnosis rate per 100,000 population in 2011-2017 and characteristics of cases diagnosed in 2015-2017, by voievodship

Województwo / voievodship	2011-2013	2014-2016	2017	"Zakażenia wykryte w latach 2015-2017 / Cases diagnosed in 2015-2017"			
				"%kobiet / %female"	%MSM*	%PWID*	%MSW,WSM*
Dolnośląskie	4,5	5,0	5,0	14,6%	68,3%	9,6%	20,3%
Kujawsko-pomorskie	1,7	1,5	1,1	8,9%	81,7%	0,0%	18,3%
Lubelskie	2,1	1,6	1,1	27,5%	45,9%	10,9%	40,4%
Lubuskie	2,4	3,3	3,9	18,4%	19,9%	9,9%	40,2%
Łódzkie	1,9	3,3	2,8	15,3%	70,1%	9,4%	20,5%
Małopolskie	2,2	3,2	4,4	6,1%	80,5%	3,1%	16,4%
Mazowieckie	5,6	5,2	5,9	11,8%	77,4%	3,9%	18,7%
Opolskie	2,7	2,7	1,7	24,6%	62,7%	8,1%	25,0%
Podkarpackie	1,3	1,4	1,7	14,3%	58,6%	9,7%	31,7%
Podlaskie	1,6	1,7	2,1	21,0%	38,4%	12,9%	43,6%
Pomorskie	2,4	3,3	3,0	11,3%	77,4%	1,1%	20,4%
Śląskie	2,9	4,0	4,2	11,2%	70,4%	9,0%	20,1%
Świętokrzyskie	1,0	1,3	1,5	9,5%	57,3%	4,9%	37,8%
Warmińsko-mazurskie	2,5	1,7	1,6	25,0%	32,2%	29,5%	35,4%
Wielkopolskie	2,7	3,4	5,4	3,8%	78,4%	5,6%	15,0%
Zachodniopomorskie	2,6	3,2	4,2	19,5%	54,1%	11,8%	31,7%
Polska / Poland	2,9	3,3	3,7	12,1%	70,1%	7,0%	21,9%

*odsetki w odniesieniu do przypadków o znanej drodze transmisji (42,8% zgłoszeń); MSM – mężczyźni mający seks z mężczyznami; PWID – osoby używające narkotyków we wstrzyknięciach; MSW, WSM – osoby heteroseksualne

*percent with respect to cases with known transmission category (42.8% of all cases); MSM – men who have sex with men; PWID – people who inject drugs; MSW, WSM – men who have sex with women and women who have sex with men

6.2.2. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C) dotyczy około 80 milionów osób na świecie. W krajach rozwiniętych rozpowszechnienie choroby z reguły nie przekracza 1-2%¹¹. Nieco wyższe rozpowszechnienie dotyczy południowej Europy, np. we Włoszech szacuje się, że w niektórych regionach do 5.6%

¹¹ Lanini S, Easterbrook PJ, Zumla A, Ippolito G. Hepatitis C: global epidemiology and strategies for control. Clin Microbiol Infect. 2016 Oct;22(10):833-838.

populacji jest przewlekłe zakażonych wzv C. Z kolei w krajach skandynawskich przewlekłe wzv C występuje rzadziej ($<0,5\%$)¹². W Polsce obecność anty-HCV szacuje się na ok. 1%, a rozpowszechnienie HCVRNA (aktywne zakażenie) – na 0,5%^{13, 14}.

W ostatnim okresie notuje się intensyfikację działań w zakresie zwalczania wirusowych zapaleń wątroby, w tym wzv C. W 2010 r. 63 Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję dotyczącą tego zagadnienia, a w 2012 r. powstały pierwsze strategiczne dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia¹⁵. Dopiero jednak przełom w skuteczności leczenia wzv C, dzięki któremu możliwe stało się wyleczenie ponad 90% chorych, spowodował sformułowanie ambitnych planów eliminacji wzv C jako problemu zdrowia publicznego do 2030 r.¹⁶ 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 przewlekłe zakażonych do 2020 r.

Według danych ECDC w krajach UE/EEA w 2016 r. liczba nowych rozpoznań wyniosła 7,4 na 100 tys. ludności, wahając się od 0,1 na Cyprze, 0,3 we Włoszech, Holandii i na Węgrzech do ponad 20 w Finlandii i Islandii i 76,1 na Łotwie¹⁷. W połączeniu z danymi dotyczącymi rozpowszechnienia w krajach można wnioskować o różnej skuteczności przyjętych rozwiązań dotyczących diagnostyki w kierunku wzv C, w tym zróżnicowanych kryteriów badań przeglądowych. Szczególne trudności w rozpoznawalności zakażeń HCV występują w Polsce, gdzie wg oszacowań z lat 2013 – 2014 około 80% zakażeń w populacji dorosłych było nierozpoznanych¹⁰. W tym okresie odnosząc liczbę nowych rozpoznań do szacunkowej liczby zakażeń w populacji rozpoznawano w przybliżeniu jedynie 25 zakażeń HCV na 1000 zakażeń w populacji. Roczna liczba rozpoznań od tamtego czasu wzrosła w latach 2016 – 2017 o ok. 30 – 40% (ryc. 6.23), co jest głów-

¹² Hahne S, Veldhuijzen IK, Wiessing L, Lim T-A, Salminen M, Van de Laar M. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. *BMC Infectious Diseases* 2013; 13: 181.

¹³ Raport końcowy projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV”. NIZP-PZH 2016. www.hcv.pzh.gov.pl

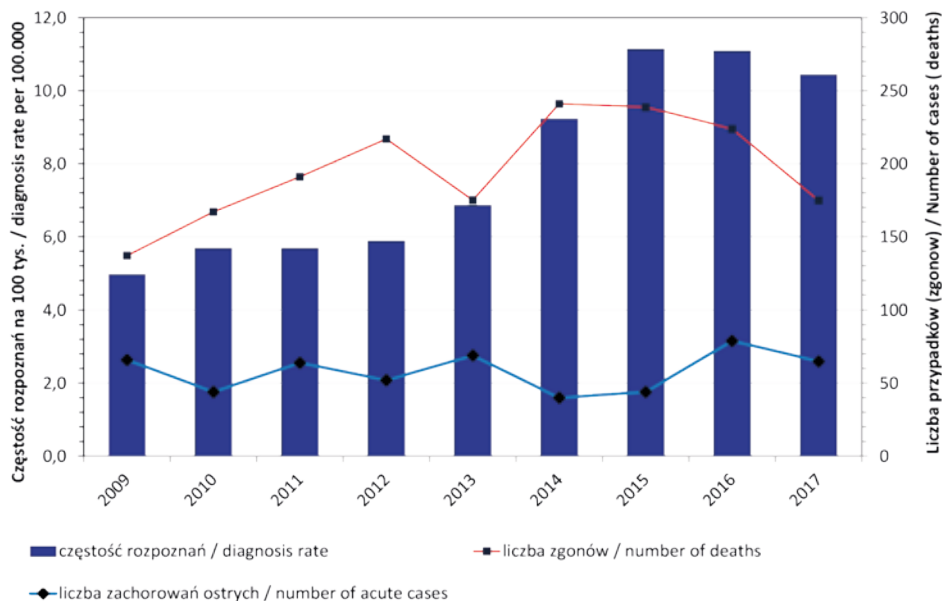
¹⁴ Rosińska M i in. Factors associated with hepatitis C prevalence differ by the stage of liver fibrosis: A cross-sectional study in the general population in Poland, 2012-2016. *PLoS One*. 2017 20;12(9):e0185055.

¹⁵ WHO. Prevention and Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action. WHO/HSE/PED/HIP/GHP 2012.1. WHO, 2012

¹⁶ WHO EURO. Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region. WHO 2017

¹⁷ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018

nie spowodowane wzrostem rozpoznań wśród kobiet w wieku rozrodczym i jest najprawdopodobniej efektem wprowadzenia badania HCV do standardu badań wykonywanych w ciąży.



Ryc. 6.23. Częstość wykrywania zakażenia HCV na 100 tys. oraz liczba zachorowań ostrych i liczba zgonów z powodu wzv C, kod ICD- 10 B17.1, B18.2 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego i GUS)

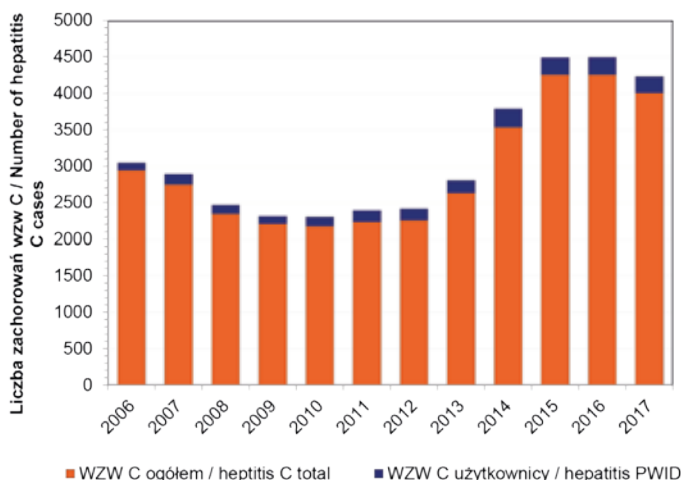
Fig. 6.23. HCV diagnosis rate per 100,000, number of acute cases and the number of deaths due to hepatitis C, ICD-10 code B17.1, B18.2 (source: epidemiological surveillance and Chief Statistical Office)

Ponadto, od ok. 2015 r. można odnotować spadek zgonów z powodu wzv C. Bezwzględna liczba zgonów przypisanych bezpośrednio wzv C jest zaniżona w stosunku do liczby zgonów, których przyczyną wyjściową była ta choroba. Wynika to z faktu, że do zgonu w przebiegu przewlekłego wzv C najczęściej dochodzi w wyniku zdekompensowanej marskości wątroby lub raka wątrobowokomórkowego¹⁸. Zaś zgony z tych przyczyn nie są rejestrowane odrębnie dla wzv C. Jednakże sposób rejestrowania zgonów w opisywanym czasie nie uległ zmianie, więc można przypuszczać, że szersza dostępność leczenia od 2015 r. w efekcie spowodowała spadek umieralności z powodu wzv C. Z kolei zachorowania ostre stanowią

¹⁸ Duarte G, Williams CJ, Vasconcelos P, Nogueira P. Capacity to report on mortality attributable to chronic hepatitis B and C infections by Member States: An exercise to monitor progress towards viral hepatitis elimination. J Viral Hepat. 2018 Jul;25(7):878-882.

tylko niewielki odsetek ogółu nowo rozpoznawanych przypadków. Rocznie notuje się od 40 do 80 zachorowań ostrych (zapadalność 0,01 do 0,02 na 100 tys.), bez widocznego trendu. Z uwagi na częsty przebieg bezobjawowy ostrej fazy wzv C nowych zakażeń może być nawet 10-ciokrotnie więcej. Biorąc pod uwagę powyższe niedoszacowanie, rozpoznawanych jest mimo wszystko ponad czterokrotnie więcej zakażeń niż wynosi liczba nowych zakażeń, a osoby, u których rozpoznano zakażenie są poddawane skutecznej terapii. Oczekuje się więc, że następuje stopniowe ograniczanie rozpowszechnienia wirusa HCV w populacji ogólnej w Polsce.

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 anti-HCV, a co za tym idzie większość z nich jest zakażona wirusem HCV. Jeśli zaś chodzi o nowe rozpoznania to, choć ich liczba wśród użytkowników iniekcyjnych wzrosła w ostatnich latach ponad dwukrotnie (od 106 w 2009 r. do 238 w 2016 r. i 223 w 2017 r.), rozpoznania w tej grupie, stanowią od 5% do 7% ogółu wykrywanych zakażeń (ryc. 6.24).



Ryc. 6.24. Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HCV z wydzieleniem użytkowników narkotyków, Polska, 2009-2017

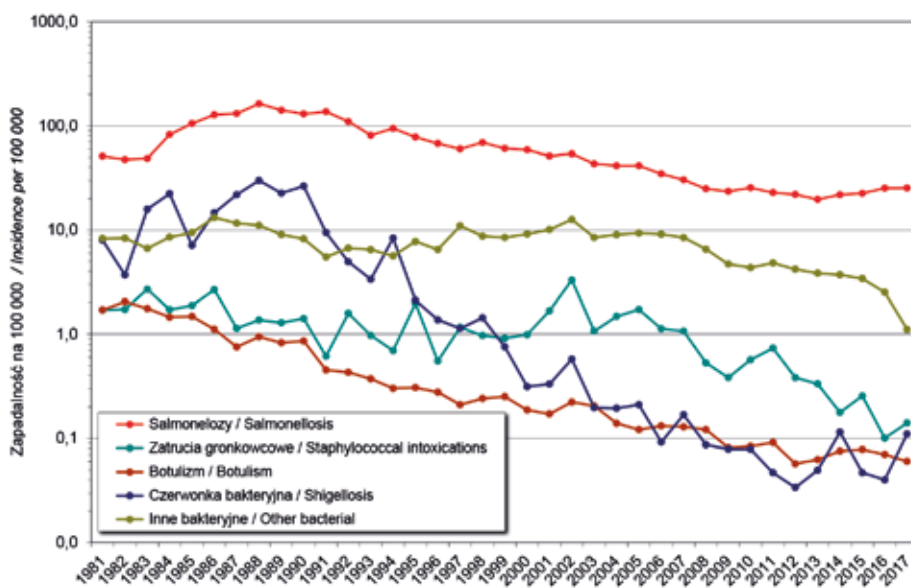
Fig. 6.24. Number of newly-diagnosed HCV cases, including cases in people who inject drugs (PWID), Poland, 2009-2017

Jest to związane z jednej strony z większą liczbą zakażeń przypisywanych ekspozycji medycznej (głównie transfuzjom krwi przed wprowadzeniem rutynowych badań donacji w kierunku wzv C), a z drugiej brakiem systematycznych

badzeń przesiewowych użytkowników substancji odurzających. To ostatnie działanie wraz z priorytetowym leczeniem użytkowników jest 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.

6.2.3. Zatrucia i zakażenia pokarmowe

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 [ryc. 6.25](#).



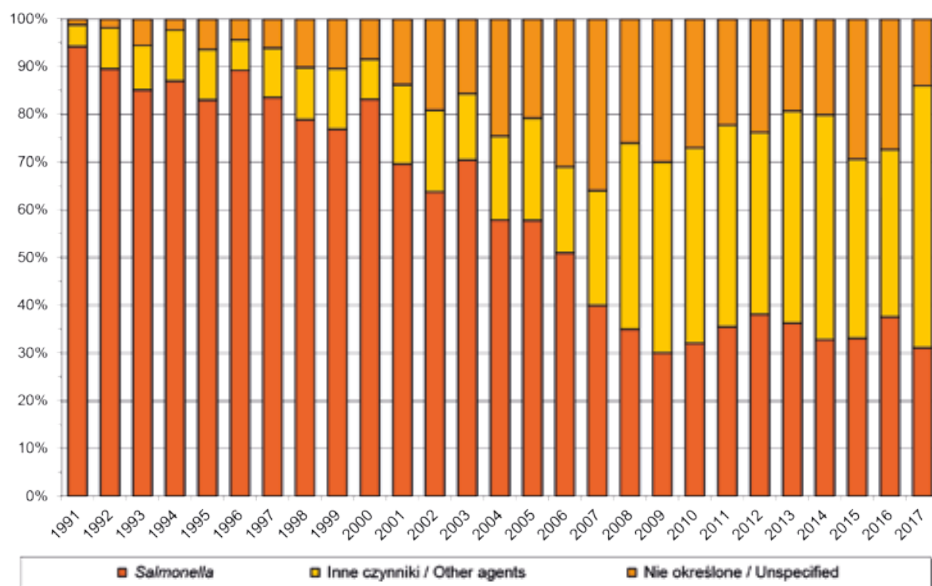
Ryc. 6.25. Zapadalność na salmonellozy i inne bakteryjne zatrucia i zakażenia pokarmowe w latach 1981-2017

[Fig. 6.25. Salmonellosis and other bacterial foodborne intoxications and infections incidence in 1981-2017](#)

Przedstawione (w skali logarytmicznej) krzywe obrazują wielkie różnice w zapadalności pomiędzy poszczególnymi chorobami ilustrując malejące trendy zapadalności na salmonellozy, czerwonkę bakteryjną czy zatrucia jadem

kielbasianym oraz toksyną gronkowcową. Jedyną jednostką chorobową należącą do tej grupy charakteryzującą się bardzo silną tendencją wzrostową są **zakażenia jelitowe wywołane przez *Clostridium difficile***. W roku 2013, w którym po raz pierwszy wydzielono rejestrację zakażeń powodowanych przez te bakterie jako osobną pozycję zgłoszono 4738 przypadków natomiast w 2017 było ich już ponad dwa razy więcej – 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*. W 1991 r. odsetek ogółu ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych wywołanych tym patogenem przekraczał 90% (ryc. 6.26). Jednak udział tych patogenów wśród czynników odpowiedzialnych za powstawanie ognisk sukcesywnie ulegał zmniejszaniu i w ostatnich latach nie przekracza 40%. Jednocześnie wzrastał odsetek zakażeń pokarmowych wywołanych przez inne zdiagnozowane czynniki, wśród których obserwowana jest tendencja wzrostowa zakażeń wywołanych przez wirusy, a w szczególności zakażenia wywołane norowirusami. W latach 2011-2017 odsetek ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce, w których czynnik etiologiczny nie został wykryty sukcesywnie spadał, choć w niektórych latach nadal sięgał on prawie do 30%.

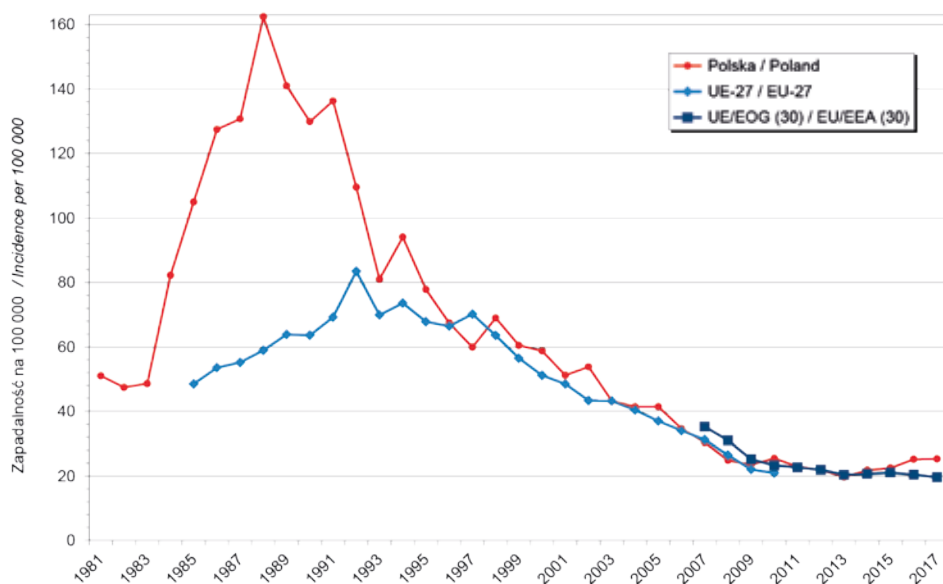


Ryc. 6.26. Ogniska zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce w latach 1991-2017 według czynnika etiologicznego

Fig. 6.26. Foodborne outbreaks in Poland in 1991-2017 by etiological agent

Tak wysoki odsetek nie zdiagnozowanych pod względem czynnika chorobotwórczego zakażeń pokarmowych jest w dużym stopniu związany z niedostatkami bazy laboratoryjnej oraz braku zainteresowania lekarzy dokładniejszą diagnostyką przyczyny zachorowań powodujących niezbyt żołądkowo-jelitowy.

Inne czynniki stwierdzane były znacznie rzadziej i badania w ich kierunku także były rzadziej wykonywane. Okresem szczególnego wzrostu zapadalności na salmonelozę była druga połowa lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. W latach 90. ubiegłego wieku nastąpił wyraźny spadek zapadalności na zakażenia pokarmowe wywołane przez pałeczki *Salmonella* i od drugiej ich połowy zapadalność w Polsce nie odbiegała istotnie od średniej dla krajów UE (ryc. 6.27). Od roku 2016 obserwowany jest jednak wzrost zarówno liczby jak i zapadalności na salmonelozę, który jest przede wszystkim wynikiem wprowadzenia na rynek krajowy i między narodowy jaj z Polski skażonych pałeczkami *Salmonella*, co było przyczyną powstania międzynarodowego ogniska w latach 2016-2017.



Ryc. 6.27. Zapadalność na salmonelozę w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2017 (źródło: WHO HFA DB, ECDC surveillance atlas)

Fig. 6.27. Salmonellosis incidence in Poland and average incidence in EU countries in 2081-2017 (source: WHO HFA DB, ECDC surveillance atlas)

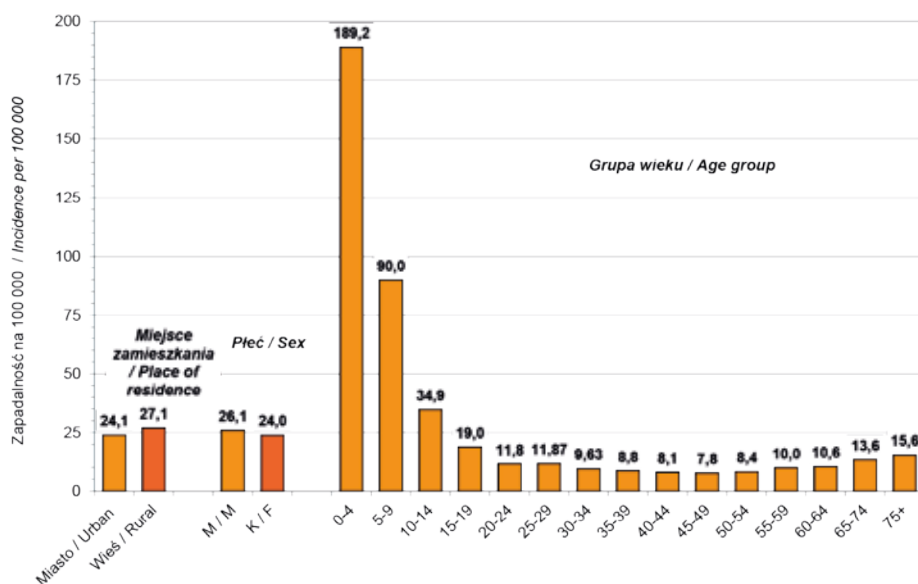
Zapadalność na zakażenia pokarmowe wywołane przez pałeczki *Salmonella* jest, podobnie jak w przypadku innych czynników etiologicznych, najwyższa i najczęściej zgłaszana w najmłodszych grupach wiekowych. Wśród dzieci

w wieku 0-4 lata wynosiła w 2017 r. 189,2 na 100 000. Największe wartości osiągała wśród dzieci w drugim i trzecim roku życia, w których to grupach wynosiła odpowiednio 232,4 oraz 232,7. Następnie ulegała obniżeniu aż do najniższego poziomu 7,8 w grupie wieku 45-49 lat i następnie nieznacznie wzrastała – do 15,6 u osób powyżej 74 roku życia. Zapadalność była nieco wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet i na wsi niż w mieście (ryc. 6.28).

Występują znaczne różnice terytorialne. W 2017 r. zapadalność na obszarze poszczególnych województw wahała się w granicach od 10,8 na 100 000 ludności w woj. lubuskim do 38,1 w woj. małopolskim (ryc. 6.29).

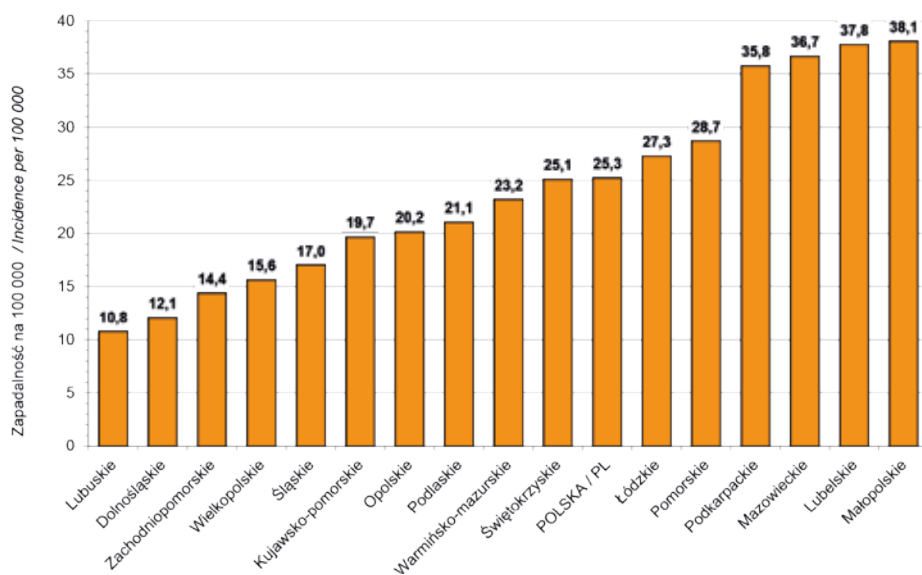
Dwa ważne rodzaje bakterii, wywołujących zakażenia pokarmowe – *Campylobacter* i *Yersinia* są diagnozowane coraz częściej, choć nadal dużo rzadziej niż w krajach Europy Zachodniej. Od 2002 r. zachorowania spowodowane *Campylobacter* spp. są zgłaszane jako wydzielona jednostka w ramach systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi. Liczba rozpoznawanych i zgłaszanych przypadków kampylobakteriozy powiększa się z każdym rokiem. W latach 2003 i 2004 zgłoszenia pochodziły jedynie z województw małopolskiego i mazowieckiego. W kolejnych latach dołączały następne województwa, na terenie których sukcesywnie wprowadzana była w laboratoriach metodyka wykrywania pałeczek z rodzaju *Campylobacter* w materiale klinicznym. W 2017 r. zgłoszono 877 zachorowań na kampylobakteriozę z terenu wszystkich 16 województw (w tym w dwóch były to jedynie pojedyncze zachorowania). Powolny choć stały wzrost liczby zgłoszeń zachorowań jest prawdopodobnie konsekwencją zarówno wzrostu liczby laboratoriów prowadzących badania w tym kierunku, wzrostu świadomości lekarzy o możliwości zakażeń jelitowych wywołanych tym patogenem oraz o wprowadzeniu obowiązku zgłaszania dodatnich wyników diagnostycznych w kierunku tych patogenów przez laboratoria. W 2003 r. odsetek osób hospitalizowanych, u których stwierdzono kampylobakteriozę wynosił prawie 87%, w kolejnych latach ulegał on zmniejszeniu i w 2010 r. wyniósł 54,1%, jednak od roku 2013 znów zaczął wzrastać i w 2017 wyniósł 79,8%. Jedynie w woj. śląskim i warmińsko-mazurskim jest on znacznie niższy i utrzymuje się na poziomie 50-60%.

Zakażenia pałeczkami *Yersinia* są również coraz częściej rejestrowane. W dwóch pierwszych latach (2003 r. i 2004 r.) raportowania tej choroby liczba przypadków zgłoszonych wyniosła odpowiednio 71 i 84. W roku 2005 do systemu nadzoru zgłoszono już 136 przypadków zachorowań. W roku 2006 zarejestrowano podobną liczbę – 140 przypadków a w 2010 r. – 206. Od tego roku liczba przypadków jersiniozy utrzymywała się na podobnym poziomie. Od początku okresu raportowania jersiniozy odsetek osób hospitalizowanych w wyniku zachorowania był wysoki i wahał się od 59,2% w roku 2003 do 83,1% w 2005.



Ryc. 6.28. Zapadalność na salmonelozę wg miejsca zamieszkania, płci i wieku w 2017 r.

Fig. 6.28. Salmonellosis incidence in 2017 by place of residence, sex and age



Ryc. 6.29. Zapadalność na salmonelozę w 2017 r. wg województw

Fig. 6.29. Salmonellosis incidence in 2017 by voivodship

W ostatnich latach jest widoczne również duże zróżnicowanie terytorialne w odsetku hospitalizacji. W roku 2017 w województwie warmińsko-mazurskim

wyniósł on 25% natomiast w województwie dolnośląskim i wielkopolskim zarejestrowane zostały jedynie przypadki osób hospitalizowanych. Od roku 2004 wśród zgłaszanych zachorowań spowodowanych pałeczkami *Y. enterocolitica* pojawiły się przypadki wywołane przez serotyp O8 (tzw. „serotyp amerykański”). Początkowo zachorowania były ograniczone do 2-3 województw następnie stwierdzano je prawie na terenie całego kraju. Jednak w roku 2014 liczba zgłoszonych przypadków nim wywołanych uległa znacznemu zmniejszeniu – zgłoszono jedynie 4 takie zachorowania. Ze względu na spadający z roku na rok odsetek określanych typów serologicznych izolowanych pałeczek *Yersinia* coraz trudniej jest oceniać sytuację tej choroby pod względem krążących serotypów. W latach 2014-2015 oraz 2017 około 70% izolatów nie miało określonego serotypu, a w roku 2016 prawie 80%

Pozostałe choroby przenoszone drogą pokarmową rejestrowane w Polsce od szeregu lat, jak zatrucia jadem kiełbasianym, zatrucia toksyną gronkowcową i czerwotka bakteryjna, obecnie w Polsce występują w niewielkich liczbach i odgrywają mniejszą rolę jako zagrożenia dla zdrowia publicznego. Do roku 2016 podobnie było z **wirusowym zapaleniem wątroby typu A (wzw typu A)**. Jednak 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 do epidemicznego wzrostu zachorowań również w naszym kraju. W 2017 r. wystąpiła rekordowa liczba przypadków wzw typu A – 3014. Do tak szybkiego wzrostu przyczyniła się paradoksalnie bardzo dobra sytuacja epidemiologiczna w kraju w zakresie zachorowań na wzw typu A (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 roku 2017.

6.2.4. Choroby przenoszone drogą płciową

Szacuje się, że choroby przenoszone drogą płciową stanowią grupę chorób występujących często, globalnie ok. 357 milionów zachorowań rocznie, choć ocena sytuacji epidemiologicznej w tym zakresie jest utrudniona w związku z różnorodnością metod pozyskiwania danych w różnych krajach. Przykładowo, w ramach wskaźników Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących liczby zachorowań prawie wszystkie kraje afrykańskie stosują nadzór syndromiczny podczas gdy kraje europejskie w przeważającej większości wykazują zachorowania

według etiologii¹⁹. Spośród patogenów przenoszonych drogą płciową w Unii Europejskiej monitorowane są kiła, rzeżączka i chlamydiozy przenoszone drogą płciową, ale należy podkreślić zróżnicowanie pomiędzy krajami w organizacji systemu nadzoru epidemiologicznego, jak i organizacji programów badań przesiewowych i badań osób z kontaktu.

Średnia zapadalność na **kiłę** w Europie wykazywała w latach 2006-2016 stały trend wzrostowy, wynosząc w 2016 r. 6,1 na 100 tys. mieszkańców. Wzrost ten dotyczył głównie mężczyzn, a najwięcej przypadków notuje się wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami²⁰. Do zwiększonej zapadalności w tej grupie może przyczyniać się zjawisko serosortingu (seks bez zabezpieczenia pomiędzy osobami o tym samym statusie serologicznym HIV), ułatwione poznawanie anonimowych partnerów dzięki aplikacjom mobilnym, a w ostatnim czasie również stosowanie profilaktyki przedekspozycyjnej dla HIV²¹. Zapadalność notowana w Polsce (3,4 na 100 tys. w 2016 r. i 4,15 na 100 tys. w 2017 r.) pozostawała na poziomie poniżej średniej zapadalności w Europie. Jednakże również w naszym kraju wystąpił wyraźny wzrost ([ryc. 6.30](#)). Około 70% do 75% przypadków stanowią zachorowania na kiłę wczesną, w większości objawową. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie zapadalności pomiędzy województwami. W 2017 r. wahało się ono od 0,93 na 100 tys. w województwie podlaskim i 1,17 w województwie podkarpackim do 6,46 w województwie wielkopolskim oraz 9,77 w województwie mazowieckim.

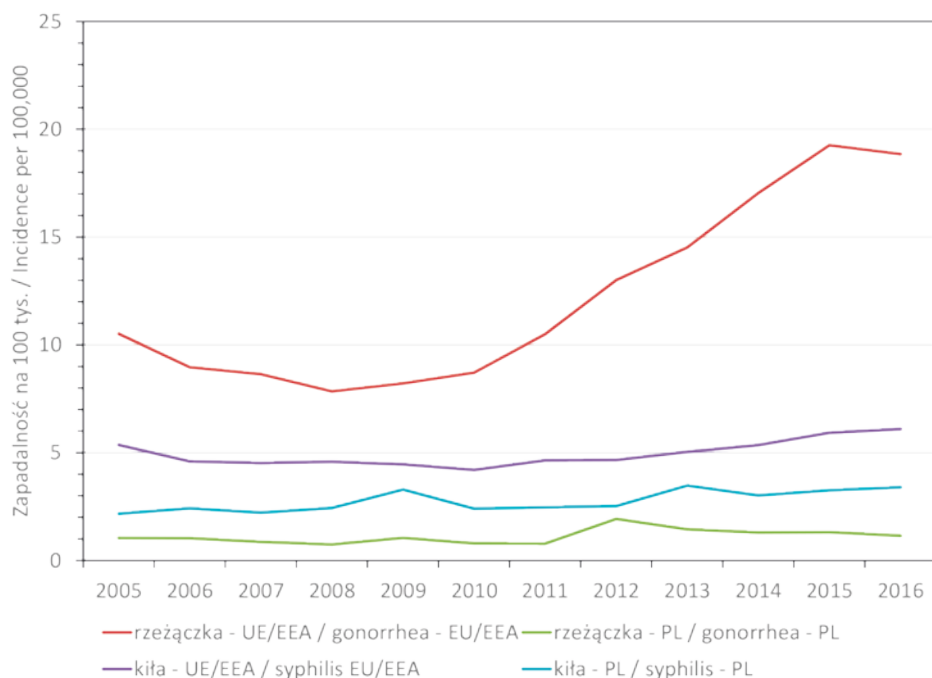
Wyraźny trend wzrostowy wykazuje również zapadalność na **rzeżączkę**. Średnio w Europie notuje się prawie 20 przypadków na 100 tys. Zapadalność na rzeżączkę znacznie przekracza zapadalność na kiłę ([ryc. 6.30](#)). Sytuacja w Polsce jest odmienna. Choć zapadalność na rzeżączkę również wzrasta, to jest ona nieproporcjonalnie niska, również dużo niższa niż zapadalność na kiłę. Jest to najprawdopodobniej związane z nieoptymalnym systemem diagnostyki i rejestracji rzeżączki w Polsce. Przemawia za tym fakt, że w niektórych województwach notuje się rocznie jedynie pojedyncze przypadki. Przykładowo w 2017 r. w województwach lubelskim, lubuskim, opolskim i podkarpackim odnotowano 5 lub mniej zachorowań. Podobnie jak w przypadku kiły, rzeżączka w krajach UE występuje częściej wśród MSM, którzy stanowią prawie połowę wszystkich zgłaszanych zachorowań²².

¹⁹ WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2015. WHO 2016.

²⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018

²¹ Alaei K, Paynter CA, Juan SC, Alaei A. Using preexposure prophylaxis, losing condoms? Preexposure prophylaxis promotion may undermine safe sex. AIDS. 2016 Nov 28;30(18):2753 – 6

²² European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 201

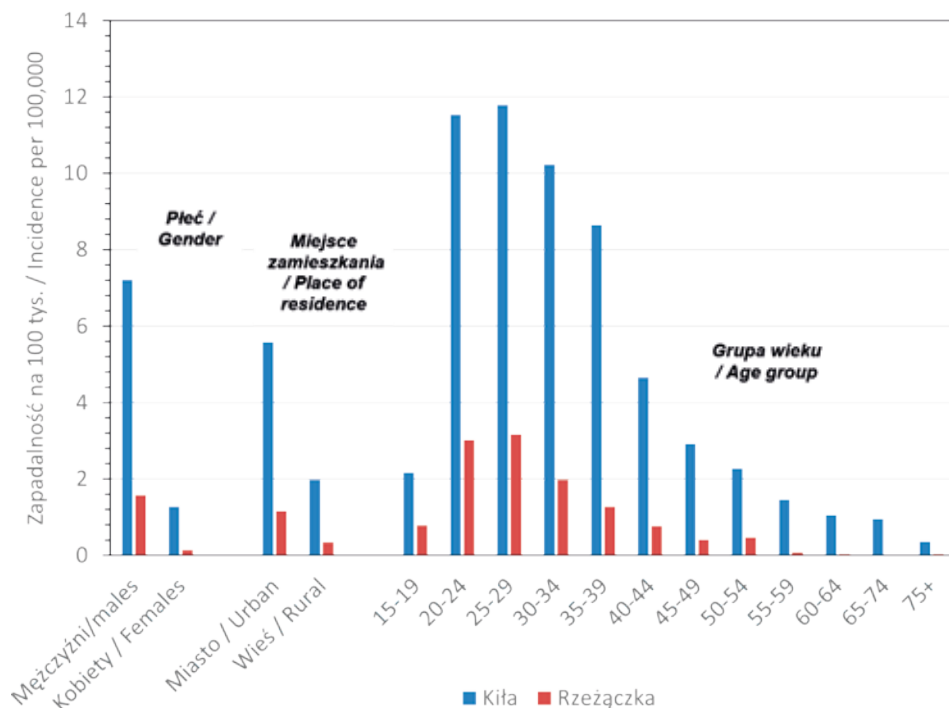


Ryc. 6.30. Średnia zapadalność na 100 tys. na kiłę i rzeżączkę w krajach UE i w Polsce w latach 2005-2016 (źródło: dane GUS oraz ECDC surveillance atlas)

Fig. 6.30. Average syphilis and gonorrhea incidence per 100,000 in EU and in Poland in 2005-2016 (source: Chief Statistic Office and ECDC surveillance atlas)

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 (ryc. 6.31) z wielokrotną przewagą zapadalności wśród mężczyzn w stosunku do kobiet, jak również ze szczytem zachorowań przypadającym na wiek od 20 do 40 lat. W 2017 r. zapadalność na kiłę i rzeżączkę była odpowiednio 5,6-krotnie i 11,3-krotnie wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Podobne różnice były obserwowane już wcześniej, z tym, że obecnie przewaga mężczyzn uległa zwiększeniu, co może wskazywać na szerzenie się tych chorób w populacji MSM.

W krajach Unii Europejskiej najczęstszą chorobą przenoszoną drogą płciową są **zakażenia Chlamydiami**, które w sposób szczególny dotyczą osób młodych, krótko po inicjacji seksualnej. W odróżnieniu od kiły i rzeżączki grupą szczególnie narażoną są kobiety i osoby heteroseksualne.



Ryc. 6.31. Zapadalność na kiłę i rzeżączkę w 2017 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

Fig. 6.31. Syphilis and gonorrhoea incidence in 2017 r. by place of residence, sex and age

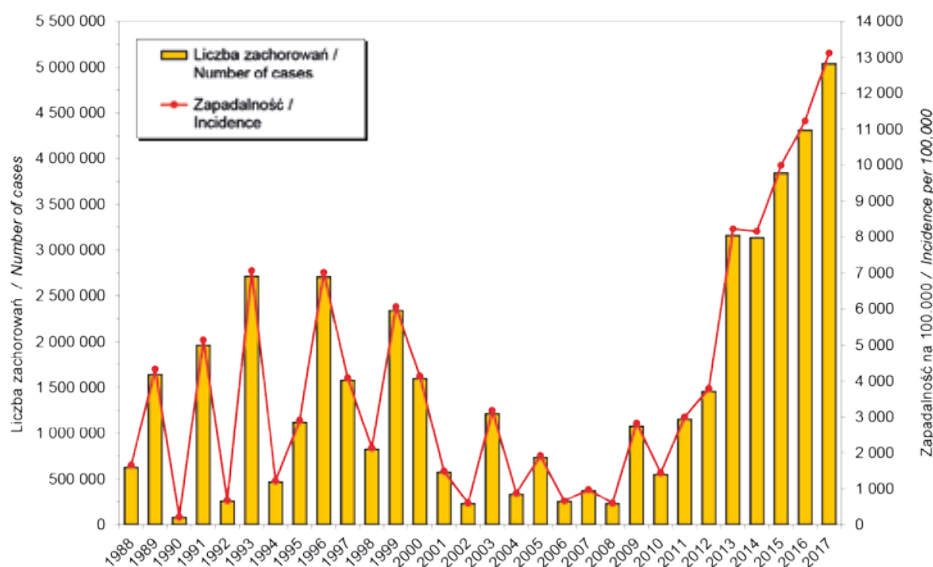
Dane dotyczące częstości występowania chlamydioz w populacji osób młodych w Polsce są zbliżone do tych obserwowanych w innych krajach UE, szacowanej na 3% do 4% wśród osób poniżej 26 r.ż. W badaniu młodzieży w wieku 18-19 lat przeprowadzonym w latach 2012-2015 w Warszawie i Krakowie rozpowszechnienie chlamydioz kształtowało się na poziomie 3.9%²³. Jednak w rutynowych statystykach w Polsce rocznie zgłaszanych jest jedynie kilkaset przypadków. Z uwagi na często bezobjawowy przebieg zakażenia chlamydiami, określenie rzeczywistej częstości ich rozpoznawania 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 prowadzi²⁴.

²³ Czerwinski M. i in. Genital Chlamydia trachomatis infections in young adults – a school-based bio-behavioural study in urban areas, Poland, 2012 to 2015. Euro Surveill. 2018;23(6):pii=17-00087.

²⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018

6.2.5. Grypa

Pośród wszystkich chorób zakaźnych objętych w Polsce nadzorem epidemiologicznym najwięcej zachorowań wywołuje grypa. Rokrocznie w okresie szczytu sezonu epidemicznego, który w Polsce obserwowany jest najczęściej w okresie od stycznia do marca, zachorowania na grypę i choroby grypopodobne powodują poważne przeciążenie systemu opieki zdrowotnej i stają się główną przyczyną absencji chorobowej, generując olbrzymie koszty ekonomiczne i społeczne. W świetle danych z rutynowego nadzoru, w ostatnich pięciu latach w związku z grypą i chorobami grypopodobnymi rokrocznie z porady lekarskiej korzystał co dziesiąty Polak. W roku 2017, w którym zgłoszono największą od trzydziestu lat liczbę zachorowań, z porady lekarskiej skorzystało 5 043 491 osób (ryc. 6.32). Wprawdzie zachorowania na grypę rzadko wymagają hospitalizacji (w 2017 r. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej skierowali do szpitali 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 hospitalizowanych (w 2017 r. 17 118) oraz znacznej liczby powikłań i zgonów (w 2017 r. – wg wstępnych danych GUS – zarejestrowano 79 zgonów). Poważne następstwa grypy mogą wystąpić u chorych w każdym wieku, ale szczególnie często notuje się je u osób powyżej 60 lat i niemowląt.



Ryc. 6.32. Zachorowania i podejrzania zachorowań na grypę w latach 1988-2017. Liczba zachorowań i zapadalność na 100.000 ludności

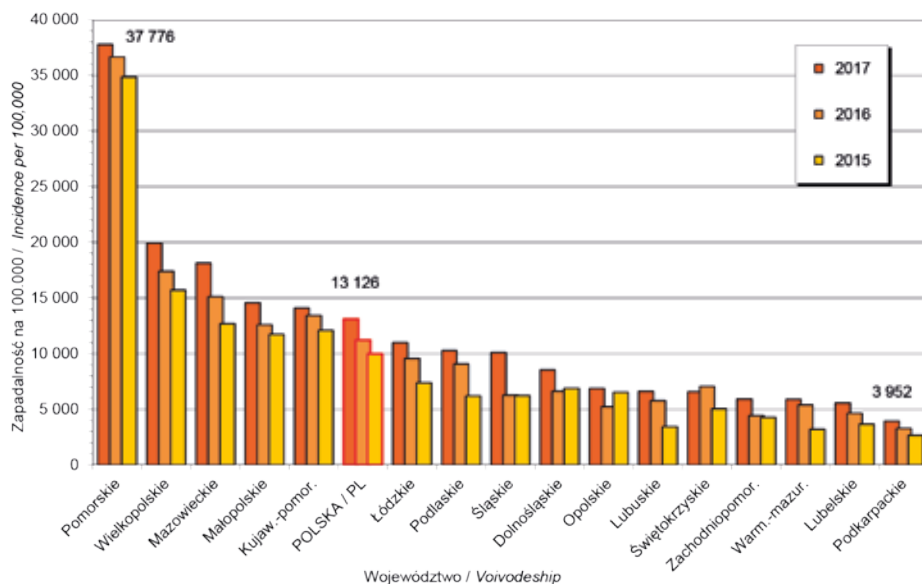
Fig. 6.32. Influenza and influenza-like illness in years 1988-2017. Number of cases and incidence per 100,000 population

Analizując dane z nadzoru zauważa się gwałtowny wzrost zapadalności na grypę od czasu pandemii grypy A(H1N1) w sezonie 2009/2010 (ryc. 6.32). W związku z tym wzrostem rodzi się jednak trudne do rozstrzygnięcia pytanie, w jakim stopniu mamy tu do czynienia z rzeczywistym wzrostem zapadalności, a w jakim stopniu wpływa na to poprawa czułości nadzoru. Na rzecz wyższej zapadalności przemawia pewien wzrost liczby zgonów wiązanych rokrocznie z grypą, na rzecz poprawy czułości nadzoru – wyraźny wzrost zainteresowania grypą w okresie popandemicznym oraz zmiany w nadzorze, w tym ułatwienia w raportowaniu zachorowań.

Nadzór epidemiologiczny nad grypą w Polsce – podobnie jak w wielu innych krajach – opiera się na rejestrowaniu zakażeń górnych dróg oddechowych, określanych w Polsce jako „zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę”, a obejmujących (zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru) zarówno ostre zakażenia dróg oddechowych jak i zachorowania grypopodobne. Zachorowania wywołane wirusami grypy, jak na to wskazują dane Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH zbierane w ramach wirusologicznego nadzoru nad grypą, stanowią w tej grupie tylko pewien odsetek zachorowań (w sezonie 2017/18 szacunkowo około 45%²⁵), przy czym odsetek ten w poszczególnych latach podlega znacznym wahaniom. Przyjęty w nadzorze tryb zgłaszania zachorowań w zasadzie jest wystarczający do oceny trendów zapadalności na danym terenie oraz do porównania poszczególnych sezonów między sobą, nie może jednak stanowić podstawy do bezpośrednich porównań międzynarodowych. Dodatkowo, w związku z wyraźnie różnicującą się czułością nadzoru nad grypą w poszczególnych województwach, mało wiarygodna staje się też oparta na danych z nadzoru ocena aktywności grypy w różnych rejonach kraju i związana z nią zapadalność (ryc. 6.33). I tak, prawie 10-krotna różnica między najwyższą zapadalnością roczną w skali kraju w 2017 r. (37 776 na 100 tys. ludności w woj. pomorskim) a zapadalnością najniższą (3 952 w woj. podkarpackim), to niewątpliwie efekt różnic w czułości nadzoru, podobnie jak porównywalne różnice między tymi województwami w poprzednich latach.

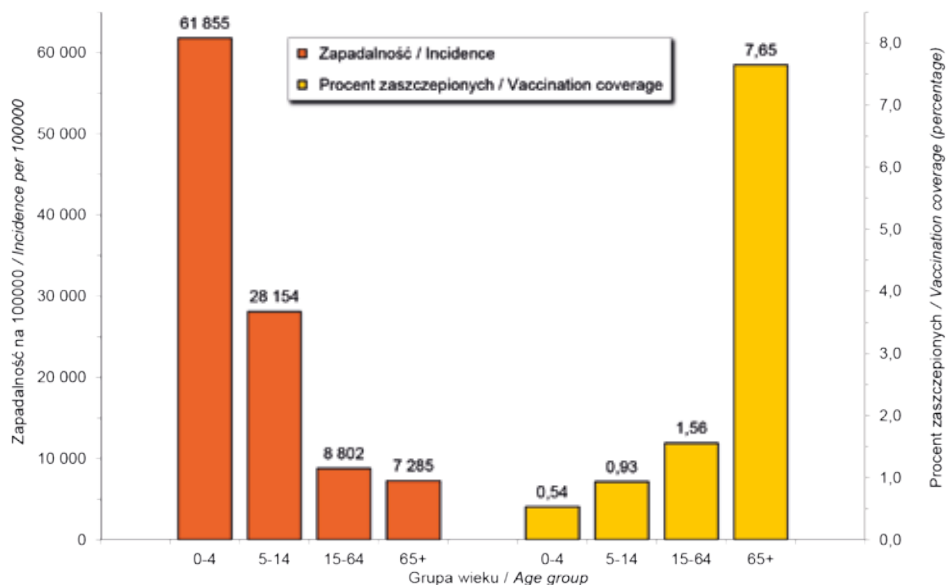
Problemy z czułością nadzoru w województwach nie uniemożliwiają oceny zróżnicowania współczynników zapadalności na grypę i choroby grypopodobne w poszczególnych grupach wieku (ryc. 6.34). Porównując te współczynniki, rokrocznie najwyższe ich wartości w skali kraju obserwuje się wśród dzieci, szczególnie najmłodszych – w wieku do 5 lat (w 2017 r. 61 855 na 100 tys. dzieci w tym wieku). Zapadalność w tej grupie wieku w niektórych latach bywa nawet pięciokrotnie wyższa niż w całej populacji.

²⁵ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Główny Inspektorat Sanitarny. Meldunki Epidemiologiczne. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę. 2018, 8D (32), 127-8.



Ryc. 6.33. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w latach 2015-2017. Zapadalność na 100.000 ludności wg województw

Fig. 6.33. Influenza and influenza-like illness in 2015-2017. Incidence per 100,000 population by voivodeship

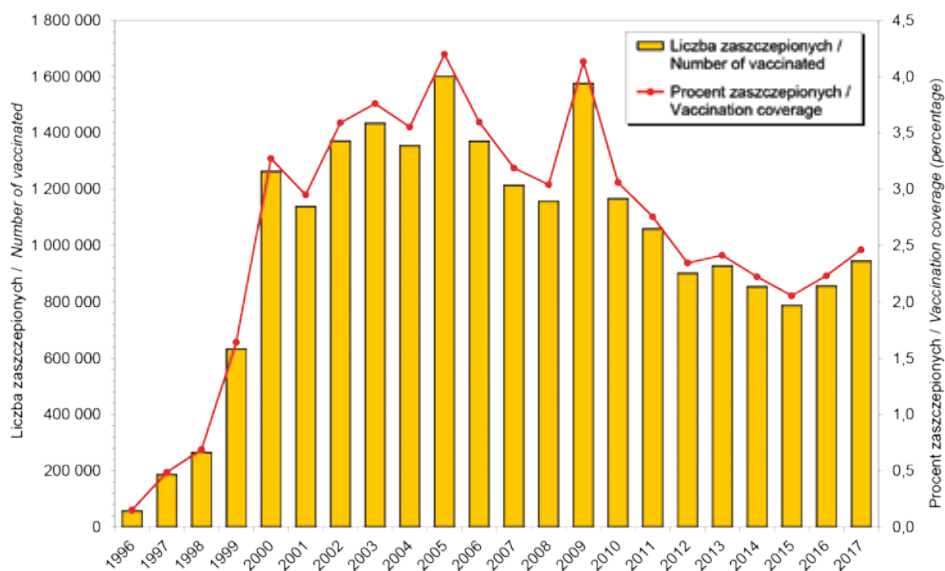


Ryc. 6.34. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w 2017 r. Zapadalność na 100.000 ludności i procent zaszczepionych przeciw grypie wg wieku

Fig. 6.34. 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, ale przewyższa znacznie zapadalność wśród starszej młodzieży i dorosłych. Najniższą zapadalność notuje się zawsze wśród osób najstarszych, w wieku powyżej 64 lat (w 2017 r. 7 285). W ostatnich dwudziestu latach zachorowania dzieci i młodzieży do lat 14 stanowią od 25% do 55% ogółu zachorowań na grypę i choroby grypopodobne rejestrowanych w skali roku.

W świetle danych zebranych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach Systemu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, w 2017 r. w całej Polsce zaszczepiono przeciw grypie ogółem 945 869 osób, tj. 2,5% populacji. W stosunku do roku 2016 liczba zaszczepionych wzrosła, był to jednak wzrost tylko o 10,4%. Najczęściej szczepione były osoby w grupie wieku powyżej 65 lat (ryc. 6.34). Ogółem zaszczepiono 490 066 osób w tym wieku, tj. 7,65%. Natomiast w grupie dzieci w wieku 0-4 lata oraz dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat, w których występuje najwyższa zapadalność na grypę, szczepienia objęły zaledwie – odpowiednio – 10 138 (0,54%) oraz 36 559 osób (0,93%). Przyjmując nawet, że dane inspekcji sanitarnej mogą być poważnie zaniżone, jako że nie ma prawnego obowiązku raportowania przez służbę zdrowia wykonywania szczepień zalecanych, stwierdzić należy, że są to liczby żenująco niskie na tle innych krajów europejskich. Pewne nadzieje na poprawę sytuacji wiązać można z faktem, że po dziesięciu latach utrzymywania się trendu spadkowego liczby osób szczepionych przeciw grypie, liczba ta zaczęła ponownie wzrastać (ryc. 6.35).



Ryc. 6.35. Szczepienia przeciw grypie w latach 1996-2017. Liczba zaszczepionych oraz procent zaszczepionej populacji

Fig. 6.35. Vaccination against influenza in 1996-2017. The number of vaccinated and the vaccine coverage (percentage)

6.3. 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 stanowiące zagrożenie dla zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC). Ognisko to trwało ponad 2 lata i odnotowano w nim prawie 29 000 przypadków (łącznie przypadki potwierdzone, prawdopodobne oraz podejrzane), 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. W związku z tym większość krajów, w tym Polska, musiały podjąć działania mające na celu szybkie wykrycie ewentualnych zawleceń i wdrożenie odpowiedniego postępowania w celu ich identyfikacji i leczenia.

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 innych terenach endemicznego występowania 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. W przypadku kobiet ECDC zaleca odłożenie planowanej ciąży na okres 8 tygodni od wystąpienia objawów lub ostatniego narażenia na zakażenie wirusem Zika, natomiast w przypadku mężczyzn zaleca się 6 miesięczny okres abstynencji lub stosowanie zabezpieczeń podczas kontaktów seksualnych. Zaleca się również konsultacje z lekarzem mające na celu określenie czasu odłożenia planowanej ciąży w zależności od charakteru narażenia oraz wyników badań.

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. Jak dotąd wszystkie zachorowania wystąpiły na terenie krajów Bliskiego Wschodu lub były powiązane z osobami, u których do zakażenia doszło na terenie Bliskiego Wschodu. 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), u których wirus może znajdować się w wydzielinie dróg oddechowych, kale, moczu oraz w mleku zakażonych zwierząt.

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. W roku 2012 w Holandii wystąpiły dwa ogniska wywołane przez HAV (sub-genotyp IA), w których do zakażenia doszło po spożyciu truskawek. Kolejne ognisko mogące mieć związek ze spożywaniem owoców jagodowych odnotowano w 2013 roku, na terenie Danii, Norwegii, Szwecji oraz Finlandii. W wyniku przeprowadzonych badań epidemiologicznych w tych krajach ustalono, że do zachorowań doszło po spożyciu mrożonych truskawek. Następnie od stycznia 2013 do sierpnia 2014 miało miejsce ognisko obejmujące również przypadki zachorowań zidentyfikowane na terenie Polski, w którym łącznie zachorowało 1 589 osób w kilkunastu krajach europejskich. W dochodzeniu ustalono, że przyczyną zakażeń było spożycie mrożonych owoców miękkich. Natomiast w przypadku ogniska wzw typu A będącego następstwem szerzenia się tej choroby poprzez kontakty seksualne w 2016-2017 czynnikiem, który znacząco zwiększył zapadalność i przyczynił się do jego międzynarodowego charakteru były parady Europride w Amsterdamie i Worldpride w Madrycie, w których wzięli udział mieszkańcy różnych krajów Europy i świata.

6.3.1. 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, wściekliznie, 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).

Istotne z punktu widzenia sytuacji epidemiologicznej zawleczenia do Polski mogą dotyczyć chorób nie występujących na terenie naszego kraju lub chorób, które występują rzadko. Spośród chorób, które nie występują w Polsce na uwagę zasługuje **malaria**, która zawlekana jest najczęściej z terenów Afryki (w latach 2010-2017 21-38 odnotowanych przypadków rocznie) ze względu na zwiększoną śmiertelność związaną z opóźnieniem w rozpoznaniu. W 2011 r. odnotowano rodzime zachorowania na malarię na terenie Europy, w Grecji. Co roku obserwuje się wzrastającą liczbę zawleczonych zachorowań na **gorączkę denga**. W ostatnich dekadach na świecie odnotowano znaczny wzrost zapadalności na dengę, która obecnie występuje endemicznie w krajach Afryki, Ameryk, Południowej Azji i wyspach Pacyfiku. Duże epidemie wystąpiły w ostatnich latach w Ameryce Południowej (np. Wenezuela). Na uwagę zasługuje również **poliomyelitis**, choroba, która została wyeradykowana w Regionie Europejskim ŚOZ w 2002r. Niestety w 2010 r. odnotowano duże ognisko zachorowań wywołane zawleczonym wirusem polio w Tadżykistanie oraz wystąpienia przypadków w graniczących obszarach Federacji Rosyjskiej. Niski stopień zaszczepienia populacji dzieci doprowadził również do wystąpienia w 2015 r. dwóch przypadków poliomyelitis wywołanego szczepem zrewertowanym (cVDPV) na Ukrainie, w graniczącym z Polską obwodzie zakarpackim. Wymienione przykłady wskazują na realne zagrożenie zawleczenia dzikich wirusów polio na teren Polski, choć ryzyko wystąpienia ogniska porównywalnego z tym, które pojawiło się w Tadżykistanie jest bardzo niskie, ze względu na wysoki

odsetek osób w Polsce zaszczepionych przeciw polio. Poważnym problem zdrowotnym są zakażenia, które stosunkowo często dotyczą grup migrujących do naszego kraju lub przebywających okresowo w obozach uchodźców – takie jak gruźlica czy zakażenia HIV/AIDS. Wymagają one wzmożonego nadzoru oraz prowadzenia skoordynowanych działań w zakresie przeciwdziałania szerzeniu się tych chorób i ich leczenia.

W kontekście chorób, które rzadziej występują w Polsce warto także zwrócić uwagę na **odrę**. W ostatnich latach odnotowano liczne ogniska odrzy w Europie, szczególnie na Ukrainie, w Bułgarii i Rumunii, a także w 2011 r. we Francji oraz kolejnych latach Niemczech i Włoszech. Niski poziom zaszczepienia, nawet jeśli dotyczy niewielkich subpopulacji może prowadzić do ponownego wprowadzenia patogenu do populacji. W 2016 r. także w Polsce miało miejsce ognisko odrzy, które wystąpiło wśród uchodźców przebywających w ośrodkach znajdujących się na terenie kraju w województwach: lubelskim, podlaskim oraz mazowieckim. W okresie od czerwca 2016 do lutego 2017 r. odnotowano łącznie 124 przypadki zachorowań na odrę. Chorymi były głównie dzieci. W odpowiedzi na zdarzenie wprowadzono szczepienia ochronne dla dzieci i młodzieży przebywających w ośrodkach oraz dla osób z kontaktu z chorymi.

Odrębny problem stanowią **zakażenia przenoszone drogą pokarmową**, które dotyczą osób podróżujących na tereny ich endemicznego występowania. Stosunkowo często zawlekane do Polski są wirusowe zapalenia wątroby typu A. Dlatego przed wyjazdem do kraju o średniej i wysokiej endemiczności występowania wzv A, zaleca się zaszczepienie podróżujących.

Należy dodać, że może dojść także do zawleczenia takich chorób jak cholera, dur brzuszny. Ogniska cholery regularnie pojawiają się w Afryce, Południowej Azji. Wyższe ryzyko zachorowania na dur brzuszny dotyczy części Afryki północnej i zachodniej, południowej Azji, części Indonezji i Peru. Zakażenia szerzące się drogą pokarmową są związane ze spożyciem zanieczyszczonej żywności lub napojów oraz brakiem przestrzegania podstawowych zasad higieny. Stąd Światowa Organizacja Zdrowia opracowała 5 głównych zaleceń dla podróżujących. Zalecenia te obejmują: częste mycie rąk, unikanie niegotowanych lub niedogotowanych potraw, unikanie gotowej żywności przechowywanej w nieodpowiednich temperaturach (np. bufety, uliczne stragany), obieranie wszystkich owoców i warzyw, spożywanie jedynie butelkowanej wody.

Dobrze opisanym przykładem, jak łatwo choroby zakaźne mogą szerzyć się terenie Unii Europejskiej jest ognisko wywołane zakażeniem **enterokrwotoczną *E. coli*** w Niemczech w 2011 r. Ognisko to wywołane było spożyciem skażonych kiełków. Spośród prawie 900 potwierdzonych przypadków zespołu

hemolityczno-mocznicowego 5% dotyczyło obywateli innych krajów, w większości krajów Unii Europejskiej, w tym Polski (dwa przypadki).

6.4. 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 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 gwarantowałyby ich rutynowe zlecenie i wykonywanie. Rzadkie zlecenie 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 Zdrowia 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 antyszczepionkowemu”, 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 gripą, 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 elektroniczna systemowa 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 (wyniki badań ECAP – *Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce* (1)) 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, 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 wyspospecjalistycznych 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. Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie trendów epidemiologicznych obserwowanych w chorobach alergicznych, zidentyfikowanie kluczowych problemów z punktu widzenia zdrowia publicznego i wskazanie potencjalnych, kluczowych działań dla optymalizacji opieki zdrowotnej w populacji Polski.

7.1. Astma oskrzelowa

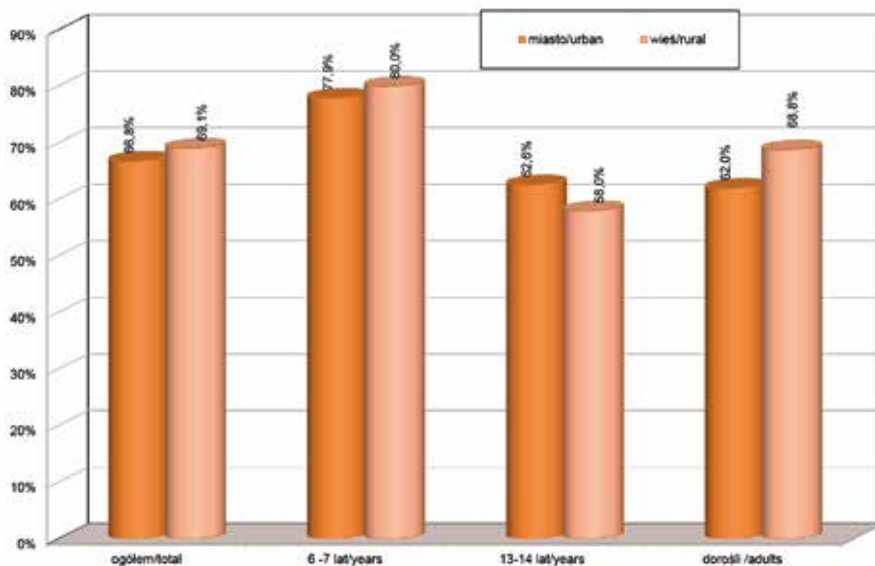
Epidemiologia astmy do 2008 roku

Wskaźniki chorobowości dla astmy rosną w Polsce od połowy lat 90. XX w., czego dowodzą dwa badania prospektywne przeprowadzone w tym czasie wśród dzieci mieszkających w Poznaniu i Krakowie oraz na terenie Lubelszczyzny (2). Częstość występowania astmy w badaniu wyjściowym (1995-2001) ocenianą na podstawie kwestionariusza, w grupie wiekowej 6-7 w Poznaniu oszacowano na 1,3%, w Krakowie na 4%, a w grupie 13-14 lat w Poznaniu na 2%, w Krakowie 2,3%. W 2001/2002 r. powtórzono badanie i stwierdzono wzrost częstości występowania astmy: w grupie dzieci młodszych w Poznaniu do 5,9%, w Krakowie do 5,8%, w grupie dzieci starszych w Poznaniu do 5,2%, w Krakowie do 6,8%. Na Lubelszczyźnie u dzieci w wieku 8-13 lat częstość występowania astmy w 1995 r. szacowano na 3,4%. W 2001 r. odnotowano jej wzrost do 9,6%. Częstość zgłaszanych przez respondentów objawów wzrosła w obu badaniach 3-4-krotnie. W latach 1998-2001 pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego przeprowadzono pierwsze ogólnopolskie badanie epidemiologiczne częstości występowania astmy (PMSEAD – *Polish Multicentre Study of Epidemiology of Allergic Diseases*) (3). Chorobowość w populacji ogólnej oszacowano na 8,6% u dzieci i 5,4% u dorosłych. Na przykładzie Łodzi stwierdzono, że wskaźniki chorobowości najwyższe są w centrum miast, trzykrotnie wyższe niż na terenach wiejskich.

Epidemiologia astmy po 2008 roku

Najnowsze dane dotyczące częstości alergii i astmy w Polsce pochodzą z badania ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) - zakrojone na szeroką skalę badanie epidemiologiczne, wykorzystujące metody sosowane we wcześniejszych projektach europejskich ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) i ECRHS (*European Community Respiratory Health Survey II*) (1). Badanie składało się z części ankietowej (liczba respondentów n=18617) i weryfikacji rozpoznań w warunkach ambulatoryjnych (n=4784). Objawy astmy oskrzelowej deklarowało od 7 do ponad 20% populacji, w zależności od grupy

wiekowej i regionu (najwięcej na terenie Wrocławia prawie w 28%). Tylko 19% osób spośród respondentów wielkich miast deklarujących w kwestionariuszu objawy świstów i gwizdów w klatce piersiowej (typowe objawy obturacji w przebiegu astmy) miało rozpoznaną astmę oskrzelową przed włączeniem do programu. 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 niedorozpoznanie w zakresie tej jednostki chorobowej sięgają 70%, zarówno wśród mieszkańców miast, jak i terenów wiejskich (ryc. 7.1).



Ryc. 7.1. Niedorozpoznanie astmy oskrzelowej wśród pacjentów, u których postawiono prawidłowe rozpoznanie w badaniach ambulatoryjnych w zależności od wieku

Fig 7.1. Underdiagnosed bronchial asthma among patients who have been diagnosed correctly in ambulatory examinations by age groups

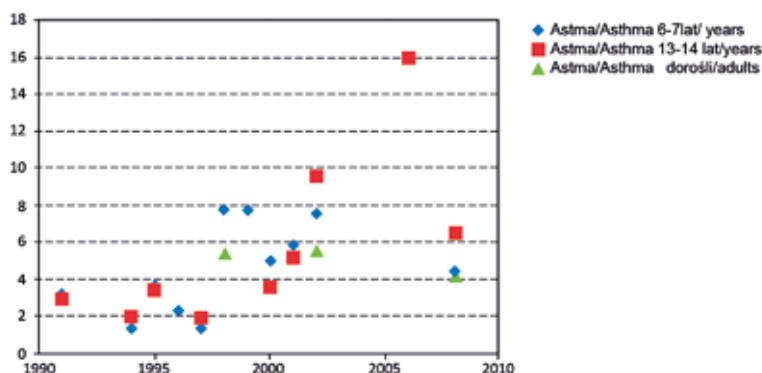
Astma ciężka

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. W Polsce koszty ambulatoryjnego leczenia zaostrzeń w badaniu COAX oszacowano w 2004 roku na 247 PLN (62,7 EUR), natomiast koszty jednej hospitalizacji z powodu zaostrzenia na 3988 PLN (1012 EUR) (4). Aktualne koszty są wyraźnie wyższe. Warto podkreślić, że w przypadku astmy ciężkiej rzeczywiste koszty społeczne związane są z tak zwanymi kosztami pośrednimi wynikającymi z istotnej chorobowości i absencji chorobowej, zmniejszenia produktywności, leczenia powikłań choroby lub konsekwencji stosowanego leczenia (GKS systemowe) oraz długotrwałej niezdolności do pracy i przedwczesnych zgonów.

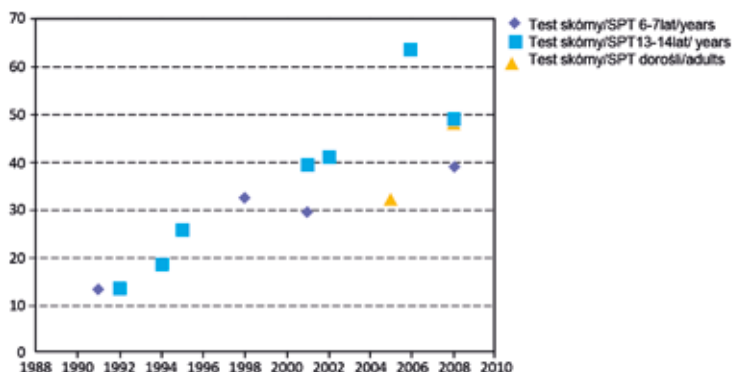
Analizując wyniki badań epidemiologicznych warto zwrócić uwagę na niepokojące trendy. Obserwujemy dynamiczne tempo wzrostu zachorowań na astmę oskrzelową, co często określane jest terminem „epidemia astmy”, choć nie jest to choroba zakaźna. Obraz tak zwanej epidemii astmy (ryc. 7.2) wpisuje się w szerszym aspekcie w obserwowany gwałtowny wzrost zachorowań na wszystkie postaci chorób alergicznych (ryc. 7.3). Astma jest najczęstszą chorobą 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 w tej grupie wieku jedną z najczęstszych przyczyn 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). Najcięższe postaci astmy, astma trudna do leczenia, astma sterydozależna wymagają diagnostyki, opieki i włączenia optymalnej terapii (w tym najnowszych metod terapii biologicznej w ramach programów terapeutycznych) w wysokospecjalistycznych ośrodkach referencyjnych.



Ryc. 7.2. Częstość występowania astmy oskrzelowej w Polsce w kolejnych badaniach epidemiologicznych w latach 1990-2010 (w odsetkach osób objętych badaniem)

Fig 7.2. Prevalence of bronchial asthma in Poland in subsequent epidemiological studies in the years 1990-2010 (percentages of people attending in the study)



Ryc. 7.3. Częstość występowania uczuleń (dodatknie wyniki testów skórnych z alergenami) w Polsce w kolejnych badaniach epidemiologicznych w latach 1990-2010 (w odsetkach osób objętych badaniem)

Fig 7.3. Prevalence of allergies in Poland measured by positive outcomes of Skin Prick Tests (SPT) in subsequent epidemiological studies in the years 1990-2010 (percentages of people attending in the study)

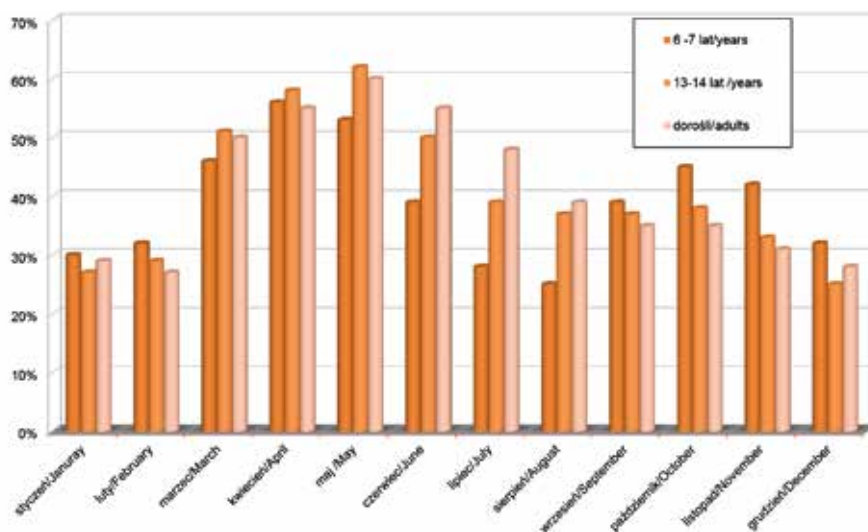
7.2. Alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa

Analiza wspomnianego powyżej badania PMSEAD wykazała, że sezonowy alergiczny nieżyt nosa występuje u około 8,5% dorosłych i 8,6% dzieci. Objawy całorocznego nieżyty nosa stwierdzano u około 3% badanej populacji dorosłych i 2,1% dzieci (3). W kolejnym badaniu opublikowanym w 2007 roku rozpoznanie alergicznego nieżyty nosa miało postawione 39% dzieci mieszkających na terenie miasta w porównaniu z 11% mieszkających na wsi. Objawy zapalenia spojówek zgłaszało 11% dzieci z miasta i 0% mieszkających na wsi (5).

Objawy alergii dróg oddechowych występują przez większą część roku, a odsetek chorujących aktywnie, przez więcej niż 4 tygodnie rocznie, wynosi ponad 50% wśród ogółu uczulonych. Wyraźne nasilenie dolegliwości chorzy zgłaszają w okresie letnim (ryc. 7.4).

7.3. Atopowe zapalenie skóry

Atopowe zapalenie skóry (AZS) w badaniu PMSEAD raportowano u 1,6% dorosłych i 4,7% dzieci. Objawy kontaktowego zapalenia skóry zgłaszało 2,0% dorosłych i 1,1% dzieci (2). W badaniu porównującym chorobowość na terenach miejskich i wiejskich AZS stwierdzano u 2,5% dzieci mieszkających w centrum miasta i 0,5% u dzieci mieszkających na wsi. W badaniu kwestionariuszowym ECAP atopowe zapalenie skóry (AZS) rozpoznano u 3,91% (5,34% 6-7 latków, 4,3% 13-14 latków, 3,02% dorosłych), częściej u kobiet.



Ryc. 7.4. Rozkład objawów alergii nosa na przestrzeni roku

Fig. 7.4 The distribution of nasal allergy symptoms according to months

Najczęściej AZS był w Katowicach (4,9%), najrzadziej na terenach wiejskich (1,9%). Współwystępowanie AZS i alergicznego nieżytu nosa (ANN) było w 26,2%, AZS, ANN, i astmy w 9,1%, ANN i astmy w 14,6%. W badaniu ambulatoryjnym alergolodzy postawili diagnozę AZS u 6,5% badanych (8,7% 6-7 latków, 9,0% 13-14 latków, 3,6% dorosłych) w tym u 6.75% płci żeńskiej i 6.2% osób płci męskiej. Najwięcej rozpoznań było w Poznaniu (16,8 %), najmniej na terenach wiejskich (3,7%). U 78,8% badanych, mających wcześniej objawy AZS, chorobę zdiagnozowano po raz pierwszy.

7.4. Alergie pokarmowe

Alergia na pokarmy stanowi jeden z największych problemów przed jakim staje współczesna medycyna a alergologia w szczególności. Jest ona w chwili obecnej bardzo poważnym problemem nie tylko z punktu widzenia alergologów i pacjentów, ale także pod względem społecznym, ekonomicznym i prawnym. Badania epidemiologiczne prowadzone we wszystkich ośrodkach epidemiologicznych na świecie potwierdzają gwałtowny wzrost występowania alergii pokarmowych we wszystkich krajach i kontynentach. Metaanaliza badań opublikowana przez Europejską Akademię Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI) wykazała że w ciągu ostatnich 10 lat liczba tzw. alergików pokarmowych zwiększyła się

2-krotnie a liczba chorych zgłaszających się do oddziałów SOR-u z powodu niepożądanych reakcji na pokarm wzrosła 7-krotnie. Zgodnie z danymi EAACI w Europie powodu alergii pokarmowej cierpi od 17% do 25% Europejczyków, z czego 8% z nich przebyło zagrażający życiu wstrząs anafilaktyczny.

Zakłada się, że od 70 do 160 produktów pokarmowych i dodatków do żywności może być powiązanych przyczynowo z rozwojem alergii pokarmowej. Uważa się, że w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa najczęstszą przyczyną uczulenia i rozwijającej się w jego następstwie alergii pokarmowej są białka mleka krowiego oraz białka jaja kurzego (około 90% pacjentów). W wieku dorosłym pierwszoplanową rolę w uczuleniu odgrywa nadwrażliwość na orzeszki ziemne i inne orzechy, na mięso ryb, mięczaków-skorupiaków oraz na niektóre owoce i warzywa (około 85%).

Epidemiologia. Wiek rozwojowy (0-18 lat)

Pierwsze badania epidemiologiczne, poświęcone częstości występowania alergii na białka mleka krowiego i inne pokarmy w Polsce przeprowadzono w roku 1999. Oceniono grupę niemowląt do 1 roku życia. Objawy alergii pokarmowej stwierdzono u 4,5% badanej grupy niemowląt. Częstość występowania alergii pokarmowej była zróżnicowana w zależności od rodzaju żywienia: w podgrupie niemowląt karmionych sztucznie wynosiła 2,7%, a wśród niemowląt karmionych w sposób mieszany (żywienie naturalne, mieszanka mleczna) – 1,8%. Najczęstszymi alergenami uczulającymi były w kolejności: białka mleka krowiego (100,0%), owoce cytrusowe (27,3%) oraz orzeszki ziemne (9,1%) (6). 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 (7).

Epidemiologia. Wiek dorosły.

W 2007 r. przeprowadzono w populacji łódzkiej badania, dotyczące częstości występowania alergii pokarmowej wśród dorosłych. Ustalono, że 28,9% ankietowanych zgłaszało dolegliwości związane ze spożyciem określonego pokarmu. Spośród 10 badanych produktów, niepożądane objawy związane 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%. (8). W innych badaniach autorzy analizując wywiad oraz objawy alergiczne w badanej grupie osób dorosłych ustalono, że pokarmami najczęściej wywołującymi objawy nadwrażliwości były: truskawki – 5,02%, mleko krowie – 3,28% i orzechy – 3,21% (9).

7.5. Inne choroby alergiczne / inne zagadnienia

Częstość występowania jakiejkolwiek choroby alergicznej w badaniu PMSEAD oszacowano na około 18,7% dorosłych i 23% dzieci (10). Oceniając alergizację na podstawie wyników testów skórnych najczęściej uczulające alergeny u dzieci w mieście to roztocze kurzu domowego (39%), pyłki traw (31%), bylica (25%), brzoza (21%), kot (21%). Podobne spektrum uczuleń z istotnie niższą częstością występowania obserwowano u dzieci mieszkających na wsi: roztocze kurzu domowego (15%), trawy (5,5%), kot (3,5%), bylica (3%) i brzoza (2,5%). Co najmniej jeden dodatni wynik w testach skórnych stwierdzano u 63,7% dzieci z miasta i 22,7% dzieci z terenów wiejskich.

Nadwrażliwości na leki

W badaniu PMSEAD objawy nadwrażliwości na leki (bez szczegółowego zdefiniowania grup leków i rodzaju reakcji) zgłaszało 8,6% dorosłych i 8,9% dzieci (10).

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 (11).

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. Roczne koszty wynikające z leczenia wstrząsu anafilaktycznego wynosiły w 2015 roku 3.5 mln złotych (EUR 835,000). Najczęstszą przyczyną wstrząsu anafilaktycznego były użądlenia owadów błonkoskrzydłych, pokarmy oraz stosowane leki (12).

7.6. Czynniki środowiskowe warunkujące rozwój chorób alergicznych

EAACI przewiduje, że w 2025 roku 50% populacji europejskiej będzie dotknięta jakimś rodzajem alergii. W 2050 na świecie będzie 4 miliardy alergików (WAO) (13,14). Liczba alergików w Polsce podwaja się średnio co 10 lat. Jako przyczynę podaje się zmiany w środowisku, zwłaszcza wprowadzanie substancji chemicznych. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) zatytułowanego „State of Global Air 2017”, ponad 90% ludzi żyje w obszarach o niezdrowym powietrzu. Głównymi źródłami zanieczyszczeń są niska emisja, spaliny samochodowe i fabryki, a w ich skład wchodzi: gazy O₃, SO₂, CO, NO₂, pólnotne związki organiczne (wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, dioksyne, benzen, aldehydy), pył zawieszony PM₁₀, PM_{2,5}, PM_{<0,1} μm. Narządami najbardziej ekspozycyowanymi na zanieczyszczenia powietrza są drogi oddechowe i płuca. Dzieci z powodu nie rozwiniętych układów odpornościowego i oddechowego są szczególnie podatne na rozwój astmy pod wpływem zanieczyszczeń powietrza. Największe znaczenie ma ekspozycja prenatalna i we wczesnych latach życia. Narażenie na PM_{2,5} jest także istotnym czynnikiem ryzyka zachorowania na ANN, a także hospitalizacji związanych z jego ciężkim przebiegiem. Czynniki zanieczyszczające powietrze, takie jak dym tytoniowy w środowisku, lotne związki organiczne, formaldehyd, toluen, NO₂ i cząstki stałe, działają jako czynniki ryzyka rozwoju i zaostrzenia AZS.

Uważa się, że rola zanieczyszczeń powietrza w wywoływaniu alergii polega zarówno na efekcie adiuwantowym (czynników wzmacniających alergię) na etapie wywoływania uczulenia, jak i prowokacji alergenowej prowadzącej do rozwoju choroby alergicznej. W połączeniu z czynnikami zanieczyszczającymi powietrze, alergeny mają większy potencjał uczulający. Badania naukowe potwierdzają znaczący związek między ekspozycją na PM_{2,5} a uczuleniem na alergeny zewnątrzdomowe (pyłek traw i drzew). Ekspozycja na naturalne alergeny wziewne, głównie pyłek drzew, często pokrywa się z wysokim stężeniem PM. Cząsteczki zanieczyszczeń mogą być transportowane na powierzchni ziaren pyłku lub są zawieszone w powietrzu. Powodują reakcję z podrażnienia i ułatwiają wnikanie alergenu przez błony śluzowe oraz skórę. Jednym z najbardziej zanieczyszczonych miast w Polsce jest Kraków. Od 10 lat w tym mieście prowadzone jest badanie profilaktyczne w ramach „Miejskiego Programu Profilaktyki Astmy i Chorób Alergicznych Dzieci i Młodzieży Szkolnej”. Liczba respondentów objętych do tej pory badaniem ankietowym (opartym na formularzu ISAAC i uzupełnionym o kwestionariusz dla uczniów z alergią na substancje chemiczne) wynosiła 75 000. Badanie obejmowało uczniów krakowskich szkół w wieku 7-8 lat i 16-17 lat. Ponad 50% ankietowanych zgłaszało objawy alergiczne, a 60% z nich nie miało ustalonego rozpoznania i nie było

leczonych z tego powodu. Alergiczny nieżyt nosa potwierdzono u prawie 30% dzieci i 25% młodzieży, a astmę odpowiednio u 12% i prawie 9% badanych (15). Występowanie ANN i astmy u uczniów krakowskich szkół było częstsze w obu grupach w porównaniu do wyników badań ogólnopolskich ECAP.

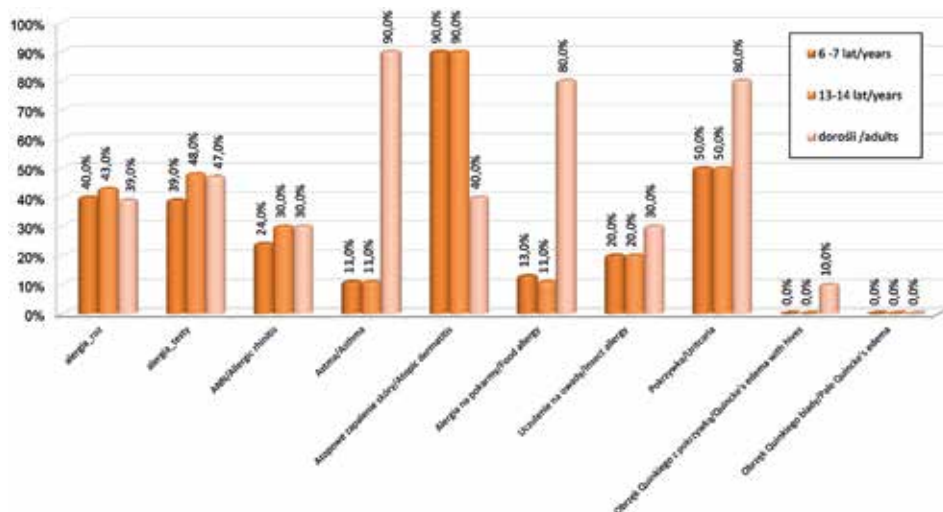
Wypryskiem alergicznym dotknięte było jedno na czworo dzieci i jeden na ośmiu nastolatków. Dzięki rozszerzeniu ankiety ISAAC o kwestionariusz dotyczący występowania objawów sugerujących wyprysk kontaktowy, wykrywalność wyprysku u dzieci i młodzieży szkolnej wzrosła o 5% u 7-latków oraz 4,6% u 16-latków w porównaniu do wyprysku szacowanego według ISAAC. Poszerzenie diagnostyki o testy płatkowe wykazało, że wśród dzieci z wypryskiem najczęściej występowała alergia na nikiel, propolis, tiomersal, kobalt, chrom, Mieszkankę Zapachową I, Mieszkankę Zapachową II, siarczan neomycyny, balsam peruwiański i fenyletylenodiaminę. Nastolatków najczęściej uczuwały: tiomersal, nikiel, kobalt, propolis, chrom, Mieszanka Zapachowa I, Mieszanka Zapachowa II, kalafonia, balsam peruwiański i fenyletylenodiamina. Częstość uczuleń kontaktowych u dzieci odzwierciedla zmiany zachodzące w ich środowisku. U 50% respondentów choroby alergiczne dróg oddechowych i skóry były spowodowane substancjami chemicznymi (16).

W celu zobjektywizowania wpływu zanieczyszczeń powietrza dokonuje się pomiarów ich ilości w miejscu zamieszkania. Złotym standardem oceny narażenia na TRAP (*traffic-related air pollutants*) jest pomiar indywidualnej ekspozycji. Innymi metodami są pomiar odległości miejsca zamieszkania od dużych dróg oraz technika LUR (*land-use regression model*). W badaniu przeprowadzonym w Krakowie w grupie 8290 uczniów w wieku 7-8 lat i 16-17 lat oceniano związek między występowaniem chorób alergicznych a odległością miejsca zamieszkania od drogi o dużym natężeniu ruchu. Wykazano większą częstość zarówno astmy, jak i ANN u respondentów mieszkających poniżej 200 metrów, w porównaniu do mieszkających 200-500 metrów i powyżej 500 metrów, od głównych traktów komunikacyjnych. Zależność ta była istotnie większa w młodszej grupie wiekowej (17).

7.7. Podsumowanie

Na podstawie szeroko zakrojonych badań epidemiologicznych ECAP (1) w zależności od regionu i płci cechy alergii deklaruje w Polsce nawet do 40% respondentów. Częstość występowania objawów stanów zapalnych błony śluzowej nosa przekraczają 35% populacji niektórych wielkich miast, alergiczny nieżyt nosa występuje w ponad 22% na terenie regionów miejskich i znacznie rzadziej na terenach wiejskich. Objawy astmy oskrzelowej deklarowało od 7 do ponad 20%

populacji, w zależności od grupy wiekowej i regionu (najwięcej na terenie Wrocławia prawie w 28%). Zmiany skórne deklaruje między 40 a 45% Polaków. W badaniach ambulatoryjnych ponad 40% badanych miało dodatnie testy skórne na powszechnie występujące alergeny, a u prawie 50% rozpoznano jedną lub więcej cech alergii. Poszczególne schorzenia o podłożu alergicznych przedstawia szczegółowo [ryc. 7.5](#).



Ryc. 7.5. Rozkład częstości rozpoznai w badaniach lekarskich programu ECAP w zależności od wieku respondentów (n=4783). Legenda: alergia_roz – procent osób z rozpoznanymi schorzeniami alergicznymi; alergia_testy – procent osób z dodatnimi testami skórnymi; ANN – alergiczne nieżyty nosa

Fig. 7.5. Distribution of medical diagnoses prevalence from ECAP program by age of the participants (n = 4783). Legend description: alergia_roz - percentage of people diagnosed with allergic disorders; alergia_testy - percentage of people with positive Skin Prick Tests

Obserwacje poczynione w ramach badania ECAP korespondują z danymi uzyskanymi w innych krajach Europy. Badania ISAAC opierające się na grupie dzieci i młodzieży również wskazują na ogromne zróżnicowanie w występowaniu astmy oskrzelowej. Przyjmując niedoszacowanie występowania astmy i porównując wyniki badania ECAP z uzyskanymi w badaniu ISAAC należy stwierdzić, że Polska jest w średniej przeciętnej dla Europy. Badania ECAP potwierdziły również wiele wcześniejszych obserwacji o częstym współwystępowaniu astmy i nieżytu nosa. Te dane powinny szczególnie uczulić lekarzy i przekonać do konieczności wczesnego i skutecznego leczenia nieżytów nosa, gdyż wpływa to na prewencję rozwoju nadwrażliwości dolnych dróg oddechowych i astmy oskrzelowej.

Poważnym problemem okazało się nierozpoznanie astmy. Spośród osób, które przeszły badanie lekarskie, około 70% pierwszy raz w życiu miało postawioną diagnozę astmy oskrzelowej. Interpretacja tych wyników powinna być bardzo ostrożna. Wynika to z faktu, że na badania ambulatoryjne mogły zgłaszać się częściej osoby mające problemy z oddychaniem lub podejrzewające u siebie alergię bądź astmę. W związku z tym częstość diagnozowania tych jednostek będzie wyższa. Mimo to, wydaje się, że stopień niedodiagnozowania astmy jest wysoki, a to wymaga odpowiednich działań środowiska alergologicznego. Przekładając te dane na liczby bezwzględne i uwzględniając niedorozpoznanie astmy należy podkreślić, że w Polsce na astmę cierpi ok 4-5mln osób. Dowodzi to, że astma należy do bardzo częstych schorzeń i stanowi poważny problem społeczny oraz wymaga wprowadzenia standardów wczesnego wykrywania i prewencji.

Bardzo wysoka jest zgłaszalność zmian skórnych. Jednak analiza tego materiału, a przede wszystkim treści pytań, wskazuje na ich małą wartość epidemiologiczną. Szczegółowe badania lekarskie tych spośród respondentów, którzy zgłosili się do ambulatorium w programie ECAP, wskazują bowiem na niższy odsetek istotnych z klinicznego punktu widzenia zmian skórnych niż wynikałoby to z badania kwestionariuszowego. I tak pokrzywkę stwierdzono od 6 do 8%, a atopowe zapalenie skóry od 4 do 8%.

Rzeczywista częstość występowania chorób alergicznych jest większa co spowodowane jest nieprawidłowym kodowaniem rozpoznań, co szczególnie często obserwuje się wśród pacjentów z anafilaksją (aż do 50% niedorozpoznawalności).

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. Możliwe do uniknięcia koszty pośrednie braku prawidłowego leczenia chorób alergicznych w Unii Europejskiej szacowane są w przedziale między 55 a 151 mld euro rocznie. Konieczne są pilne działania w celu zwiększenia świadomości i zmniejszenia obciążeń chorobami alergicznymi.

Problem alergii na pokarmy staje się obecnie coraz poważniejszy na całym świecie. Wciąż pojawiają się doniesienia o ciężkich reakcjach anafilaktycznych po spożyciu pokarmów. Dysponujemy twardymi dowodami epidemiologicznymi o wzroście liczby zgonów z powodu anafilaksji. Wśród pokarmów szczególnie niebezpiecznych w wyzwalaniu tego typu reakcji są orzechy, orzechy drzewne, mleko, jajo, ryby, owoce morza. Problemem dotychczas nie rozwiązany jest brak rozwiązań legislacyjnych dotyczących dostępności adrenaliny w miejscach publicznych, tj. szkołach, przedszkolach, punktach gastronomicznych. Jest wiele krajów, gdzie problem dostępności do adrenaliny w formie

ampułkostrzykawki jest rozwiązany i stanowi dobry wzorzec również do wprowadzenia go w Polsce. Polskie Towarzystwo Alergologiczne od kilku lat prowadzi szeroką kampanię informacyjną wśród lekarzy, także decydentów o pilnej konieczności wprowadzenia tego typu rozwiązań. Istotnym problemem, z którym walczy Polskie Towarzystwo Alergologiczne jest bardzo szeroka obecność na rynku polskim tzw. alternatywnych form diagnostycznych alergii pokarmowej, które nie potwierdzają swojej przydatności w diagnostyce alergii pokarmowej i nie są akceptowane przez żadne ośrodki naukowe. W wielu przypadkach utrudniają prawidłowe rozpoznanie, co w sposób istotny ma wpływ na postępowanie i tym samym na zdrowie Polaków. Poważnym problemem jest także brak wystarczającej wiedzy na temat śmiertelnych zagrożeń wynikających z anafilaksji po pokarmowej. Nie ma wątpliwości, że wielu tragedii można by uniknąć, gdyby osoby stykające się z chorymi na alergię pokarmową były lepiej wyedukowane co do przyczyn reakcji, metod zapobiegania oraz postępowania w razie objawów anafilaksji. Osoby, których powinny dotyczyć takie szkolenia to: pracownicy służby zdrowia, nauczyciele w szkołach, osoby pracujące w gastronomii, pacjenci i ich rodziny.

7.8. Wnioski

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 (alergiczných).

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, nauczycieli. 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

Alergologia jest specjalnością typowo ambulatoryjną i tego typu świadczenia dominują w kontraktowaniu przez publicznego płatnika, który przeznaczają na ten rodzaj świadczeń ponad 80% wszystkich środków na alergologię. Jest to zrozumiałe ponieważ duża część diagnostyki alergologicznej (testy skórne, badanie alergenowo swoistych IgE, spirometria), jak również terapia (immunoterapia alergenowa) możliwe są do wykonania w trybie ambulatoryjnym. 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 zagrożenie dla życia chorych. Limitowanie skutkowało coraz dłuższym czasem oczekiwania na poradę i niewykorzystaniem „potencjalnych możliwości” tej dziedziny specjalistyki lekarskiej i przez lata tworzyło sytuację, że duża część chorych szukała pomocy w sektorze niepublicznym. Wydaje się, że nowe zasady dzielenia środków z ryczałtu przez kierowników publicznych zakładów tylko w niewielkim stopniu zmieniają sytuację poradnictwa alergologicznego, zwłaszcza wobec niskich wycen procedur alergologicznych. Innym, wydaje się, że zdecydowanie mniej istotnym problemem jest ograniczanie dostępu do świadczeń alergologicznych wynikający z nierównomiernego w skali kraju rozmieszczenia specjalistów. Specjalistyczne poradnie publiczne występują w miastach wojewódzkich i innych większych, rzadko w mniejszych, gdzie większe znaczenie odgrywa sektor niepubliczny.

Wydaje się, że jeszcze gorsza jest w alergologii dostępność do świadczeń szpitalnych. Choć nie ma problemów w sytuacjach zagrożenia życia (napad/zaostření 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 (rzadsze choroby np. mastocytoza, zespoły aktywacji mastocytów, zespoły amin biogennych, alergia na leki i materiały medyczne np. endoprotezy) 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 przeznaczone na szpitalne świadczenia

alergologiczne w Polsce są niewystarczające w stosunku do potrzeb i wiele procedur jest rozliczanych w innych specjalnościach. Można uznać, że dostępność do większości podstawowych leków jest zabezpieczona dobrą ich refundacją (glikokortykosteroidy wziewne, leki przeciwhistaminowe), to dostępność do drogich leków biologicznych jest bardziej ograniczona barierami administracyjnymi, które nie ulegają istotnym zmianom wraz z postępem wiedzy medycznej.

Na koniec warto wyraźnie podkreślić, iż unikatowa terapia, jaką jest odczuwanie, 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, awięc zmiana naturalnego przebiegu choroby, i to na trwałe.

Referencje:

1. Samoliński B, Raciborski F, Tomaszewska A, Szpak A, Emeryk A, Jassem E, Samel-Kowalik P, Walkiewicz A, Borowicz A, Gutowska J, Lusawa A, Trzpił L, Samolińska-Zawisza U, Komorowski J, Marszałkowska J, Jakubik N. Epidemiology of allergic diseases in Poland – ECAP study, *Allergy* 2008; 63: 626.
2. Emeryk A, Chojna E, Bartkowiak-Emeryk M, Postępski J. Prevalence of asthma and some respiratory symptoms in the years 1995 and 2001 in schoolchildren from rural regions of Poland. *Ann Agric Environ Med* 2004; 11: 63-66.
3. Liebhart J, Małolepszy J, Wojtyniak B i wsp. Prevalence and risk factors for asthma in Poland: results from the PMSEAD study. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007; 17(6):367-74.
4. Kokot M, Głogowski C, Szewczak A. Badania oceniające koszty zaostreżeń astmy oskrzelowej w Polsce. *Alergia Astma Immunologia*, 2004; 9(2): 106-112.
5. Majkowska-Wojciechowska B, Pełka J, Korzon L i wsp. Prevalence of allergy, patterns of allergic sensitization and allergy risk factors in rural and urban children. *Allergy* 2007; 62:1044-50.
6. Kaczmarek M, Wasilewska J, Jarocka-Cyrta E, et al. Polskie stanowisko w sprawie alergii pokarmowej u dzieci i młodzieży. *Post Dermatol Alergol* 2011; 28 (Supl. 2): s75-s115.
7. Samel-Kowalik P, Lipiec A, Tomaszewska A i in. Występowanie alergii i astmy w Polsce. Badania ECAP. *Gazeta Farmaceutyczna* 2009; 3: 32-34.
8. Wysocka M, Jędrzejczak-Czechowicz M, Kowalski ML. Nadwrażliwość na pokarmy wśród dorosłych mieszkańców Łodzi - badania ankietowe. *Alergia Astma Immunologia* 2007; 12: 191-199.
9. Rymarczyk B, Gluck J, Jóźwiak P i wsp. Częstość występowania i charakterystyka reakcji nadwrażliwości na pokarmy w populacji śląskiej - badania ankietowe. *Alergia Astma Immunologia* 2009; 14: 248-51.
10. Liebhart J, Bobek R, Małolepszy J i wsp. The prevalence of allergic diseases in Poland – the results of the PMSEAD study in relations to gender differences. *Adv Clin Exp Med* 2014; 23(5):757-62.
11. Raciborski F, Kłak A, Czarnecka-Operacz M i wsp. Epidemiology of urticaria in Poland – nationally representative survey results. *Adv Dermatol Allergol* 2018; XXXV(1):67-73.

12. Jahnz-Rozyk K, Raciborsk F, Śliwczyński AM, Kłak A, Pinkas J. Anaphylaxis in Poland: the epidemiology and direct costs. *Adv Dermatol Allergol* 2017; XXXIV (6): 573–579
13. Pawankar R, Canonica GW, ST Holgate ST, Lockett RF, Blaiss M. The WAO White Book on Allergy (Update. 2013).
14. Pawankar R. Allergic diseases and asthma: a global public health concern and a call to action. *WAO Journal*, 2014; 7: 12
15. Mazur M, Czarnobilska E. Wpływ zanieczyszczenia powietrza na rozwój chorób alergicznych. *Przegl Lek.* 2016; 73: 823.
16. Czarnobilska E, Dyga W, Krzystyniak D, et al. Influence of environment exposures on the frequency of contact allergies in children and adolescents. *Ann Agric Environ Med.* 2012; 19(1): 11.
17. Porębski G, Woźniak M, Czarnobilska E. Residential proximity to major roadways is associated with increased prevalence of allergic respiratory symptoms in children. *Ann Agric Environ Med.* 2014; 21(4): 760.

8. WYPADKI I WYPADKOWE ZATRUCIA JAKO ZAGROŻENIE ZDROWIA

Rafał Halik, Wojciech Seroka

Wypadki stanowią niejednorodną grupę zagrożeń zdrowia o charakterze nagłym i niezamierzonym, które powodują uszczerbek na zdrowiu człowieka. Według klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych WHO ICD-10 wypadki zawierają się w kategorii rozpoznań od V01-X59. Według tych kryteriów do wypadków nie są zaliczane inne przyczyny zewnętrzne zgonu lub zachorowania związane z działaniami intencjonalnymi takimi jak: samobójstwa i próby samobójcze, przemoc, działania przestępcze oraz powikłania działań medycznych. Wypadki stanowią poważny problem zdrowia publicznego z uwagi na wysokie koszty ekonomiczne i społeczne jakie generują. Przyczyniają się one też do przedwczesnej umieralności ludności będąc pierwszą przyczyną umieralności młodych mężczyzn (w wieku 10-39 lat) oraz kobiet w wieku 5-24 lata.

Według danych GUS w roku 2016 w wyniku obrażeń doznanych w wypadkach zginęło ponad 12000 osób (blisko 61% ofiar wszystkich przyczyn zewnętrznych zgonów). Według modelu przedstawionego przez Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Prewencji Wypadków i Promocji Bezpieczeństwa (EuroSafe)¹ przeciętnie w krajach UE na każdą ofiarę śmiertelną przypada, 22 przyjęcia do szpitali w wyniku wypadków oraz 220 osób poszkodowanych, które są zmuszone skorzystać z pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym. Biorąc pod uwagę powyższe proporcje, można zauważyć, że skala wypadkowości jest w Polsce wyjątkowo duża i niepokojąca. Pomimo tych okoliczności stan wiedzy i badań na temat uwarunkowań i częstości występowania wypadków jest wciąż niesatysfakcjonujący. W Polsce wiele instytucji prowadzi systemy informacyjne rejestrujące różnego rodzaju wy-

¹ Rupert Kissler, 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

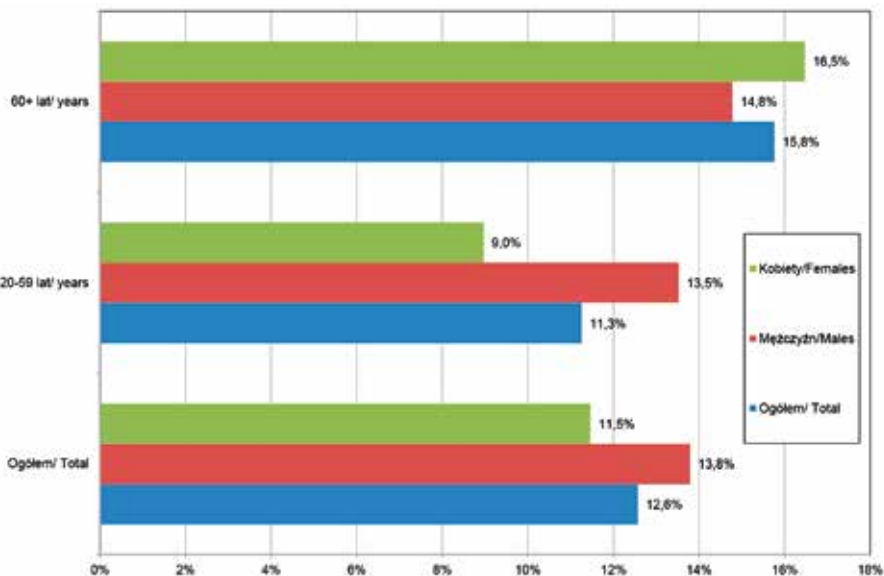
padki tj. GUS, Policja, Państwowa Straż Pożarna, systemy te jednak stosują zróżnicowane i odmienne kryteria klasyfikacji wypadków niezależne od klasyfikacji chorób ICD-10 (np. wypadek samochodowy kierowcy zawodowego jest rejestrowany w odmienny sposób w ramach rejestracji wypadków przy pracy i odmiennie w ramach rejestracji przez Policję). W związku z różnorodnym klasyfikowaniem wypadków na potrzeby tego rozdziału odniesiono się zarówno do kategorii wypadków ujętych w klasyfikacji ICD-10 jak i kategorii prawnych wypadków tj. wypadki drogowe, wypadki przy pracy itd.

8.1. Ogólna charakterystyka częstości wypadków wśród mieszkańców Polski

Biorąc pod uwagę wymienione wyżej oszacowania EuroSafe dla wszystkich krajów UE 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 przez NIZP-PZH 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 w ciągu ostatnich 12 miesięcy wynosi 12,6%. Oznacza to, że rocznie ok. 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.

Wymienione wyniki ankietowego badania terenowego mogą świadczyć o większej skali wypadkowości wśród ludności Polski niż można by się spodziewać opierając się na szacunkach przeciętnych dla wszystkich krajów UE dokonanych przez EuroSafe. Należy przy tym wspomnieć, że częstość wypadków powodujących uszczerbek na zdrowiu w badaniu NIZP-PZH 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 medycznej².



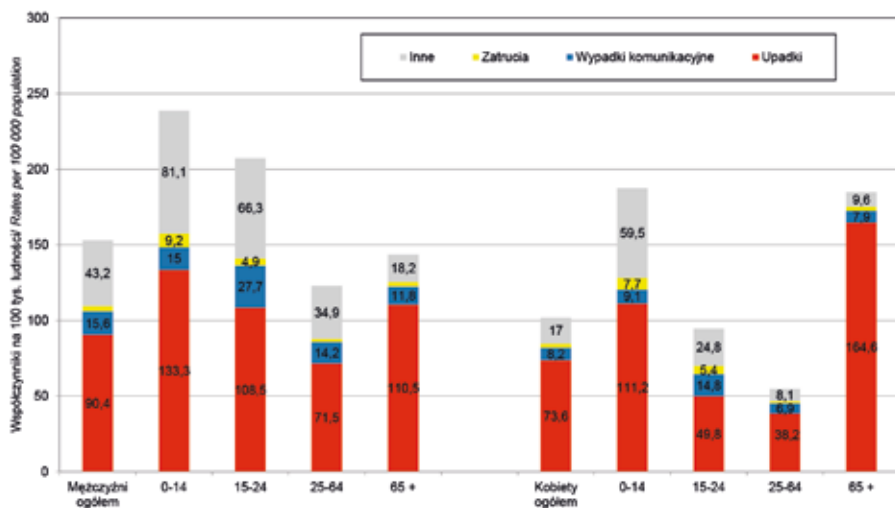
Ryc. 8.1. Odsetek osób raportujących wypadek wymagający interwencji medycznej w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup płci i wieku w 2018 r.

Fig. 8.1. Percentage of persons reporting accident with medical intervention during last 12 months by age group and sex, 2018

Według Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej w roku 2016 zarejestrowano ponad 472 tys. hospitalizacji, które miały podany wypadek jako przyczynę zewnętrzną. 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. W przypadku Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej duży odsetek sprawozdających jednostek zaniechuje określenia kodu opisującego przyczynę zewnętrzną – wypadku i dlatego wymieniona liczba hospitalizacji jest w znacznym stopniu zaniżona (27,6% kodów określających uraz nie miało określonej przyczyny zewnętrznej w roku 2016). Dane uzyskane z trzech województw

² Piekarczyńska M., Wiczorkowski R, Zajenowska-Kozłowska A. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku Główny Urząd Statystyczny 2016

charakteryzujących się najlepszą sprawozdawczością (województwa opolskie, podkarpackie i śląskie) pokazują, że najczęściej hospitalizowaną grupą z powodu wypadków są mężczyźni, najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu wypadków są notowane szczególnie dla młodych mężczyzn w wieku 0-24 lata, dziewcząt w wieku 1-4 lata oraz kobiet w wieku powyżej 65 lat (ryc. 8.2). Wysoka częstość leczenia szpitalnego w wymienionych grupach wiekowych wynika najprawdopodobniej z rozpowszechnienia 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 przyczyną hospitalizacji. Upadki stanowią zatem nie tylko problem zdrowotny dla osób w starszych grupach wiekowych, ale i również są najważniejszą przyczyną hospitalizacji osób młodszych zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet.

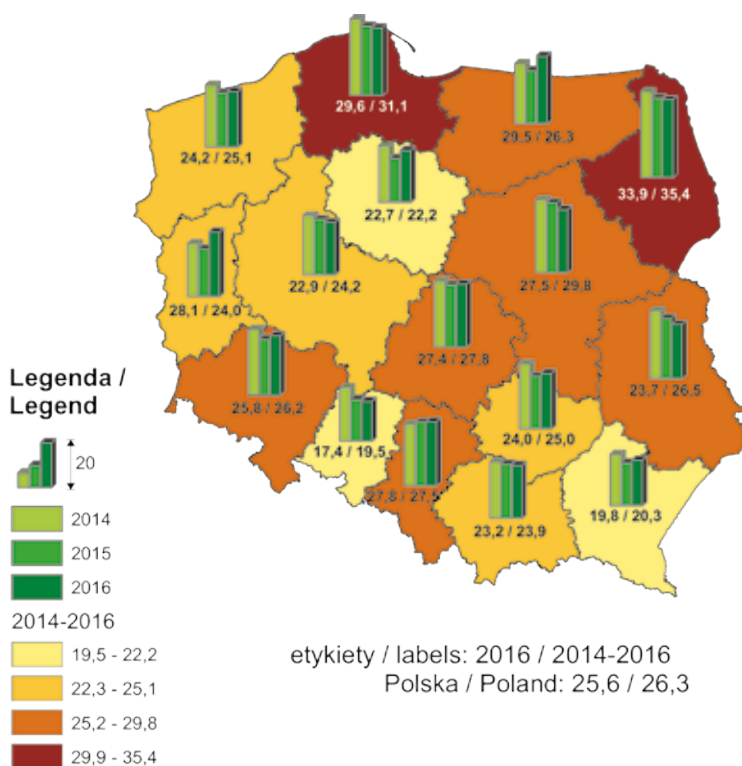


Ryc. 8.2. Współczynniki rzeczywiste hospitalizacji z powodu wypadków (V01-X59) na 100 000 ludności w woj. opolskim, podkarpackim i śląskim według grup wieku i płci w roku 2016 (Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej NIZP-PZH)

Fig. 8.2. Hospital discharge rates due to accidents (V01-X59) per 100 000 inhabitants 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 założyć 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

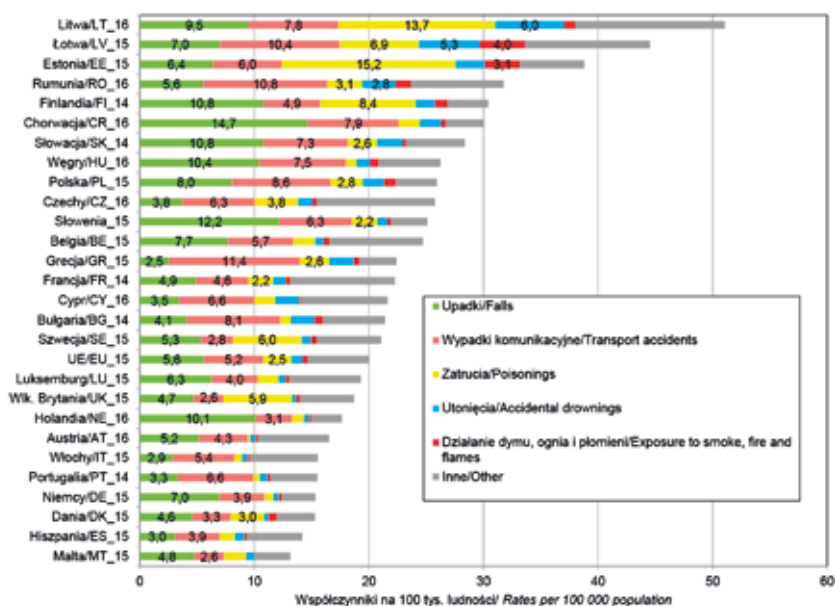
(współczynnik standaryzowany umieralności na 100 tys. mieszkańców wynoszący 25,9 w Polsce vs 20 przeciętnie w UE). Najwyższa różnica w poziomie umieralności w stosunku do przeciętnej w UE występuje u mężczyzn w wieku 45-59 lat (aż o 95% wyższa umieralność w Polsce niż przeciętnie w UE w roku 2015). Inną 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 tys. ludności w mieście w roku 2016). Wśród kobiet omawiana różnica już nie jest zaznaczona (współczynnik standaryzowany umieralności odpowiednio 12,3 vs. 11,2 na 100 tys. 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 tys. ludności w 2016 r.). Najkorzystniejsza sytuacja pod tym względem występuje w woj. opolskim (17,4 na 100 tys. 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 tys. 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 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)

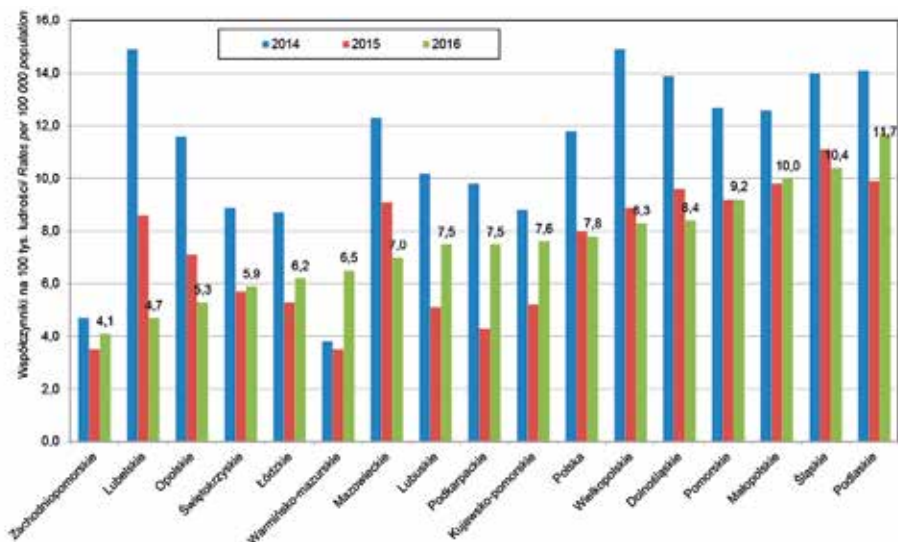
Fig. 8.4. Age-standardized death rates due to categories of accidents in Poland and EU states, 2016 (WHO MDB)

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. Aktualne piśmiennictwo odnosi się przede wszystkim do upadków osób starszych i pomija zagadnienie

rozpowszechnienia upadków w młodszych grupach wiekowych. Szacunki na podstawie trzech województw o najlepszej sprawozdawczości (woj. opolskie, podkarpackie i śląskie) pokazują, że hospitalizacje obrażeń wywołanych przez upadki stanowiły w roku 2016 ponad 59% hospitalizacji mężczyzn i ponad 72% hospitalizacji kobiet z powodu wszystkich wypadków.

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).



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)

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 poślizgnięć i potknięć (kod W01). Drugą rzadszą przyczyną zgonu są upadki ze schodów i innych pochyłości (11,3%).

Analizy przeprowadzone w ramach badania PolSenior dotyczącego stanu zdrowia osób starszych w Polsce wskazały, że w ciągu roku połowa badanych mężczyzn i połowa badanych kobiet powyżej 65 roku życia doświadczyła upadku. 41% osób, które doświadczyły tego rodzaju wypadku doznało urazu. Blisko 25% wszystkich poszkodowanych zgłaszała złamania, a ponad 14% osób zgłaszało urazy głowy. Złamania szczególnie często występowały wśród kobiet w porównaniu do mężczyzn (73,8% vs. 23,2%). Do 66,7% wszystkich zgłoszonych podczas badania upadków doszło podczas chodzenia, 27,6% upadków było związanych z siadaniem lub wstawaniem³.

8.3. Wypadki drogowe

Zgodnie z prawem o ruchu drogowym wypadkiem drogowym jest każde zdarzenie na drodze publicznej dotyczące uczestników ruchu drogowego, gdy ze zdarzenia wynika śmierć, albo uszkodzenie ciała lub szkody materialne i jeśli bierze w nim udział poruszający się pojazd. Polska jest wciąż zaliczana do krajów UE o jednym z najgorszych wskaźników jeśli chodzi o stan bezpieczeństwa ruchu drogowego⁴.

W przedstawianej analizie wykorzystano dane z Komendy Głównej Policji (KGP), Polskiego Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (POBR), bazy danych WHO Health for All oraz bazy danych dotyczących bezpieczeństwa ruchu drogowego w UE CARE (Community Database on Road Accidents). Trzeba przy tym wspomnieć, że baza danych Policji uwzględnia również wypadki, w których uczestniczyli cudzoziemcy oraz rejestruje wypadki zgodnie z miejscem ich zdarzenia, a nie z miejscem zamieszkania uczestników wypadku. Metodyka rejestrowania osób poszkodowanych w wypadkach drogowych

³ Skalska A., Wizner B., Klich- Rączka A. Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce. Złamania bliższego końca kości udowej i endoprotezoplastyka stawów biodrowych w: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce pod red. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Termedia 2012

⁴ Road Safety 2016, How is your country doing?, European Commission, Mobility and Transport DG 2017

przez Policję nie jest spójna z klasyfikacją ICD-10 a co za tym idzie omawiana grupa nie wyczerpuje całej problematyki wypadków komunikacyjnych.

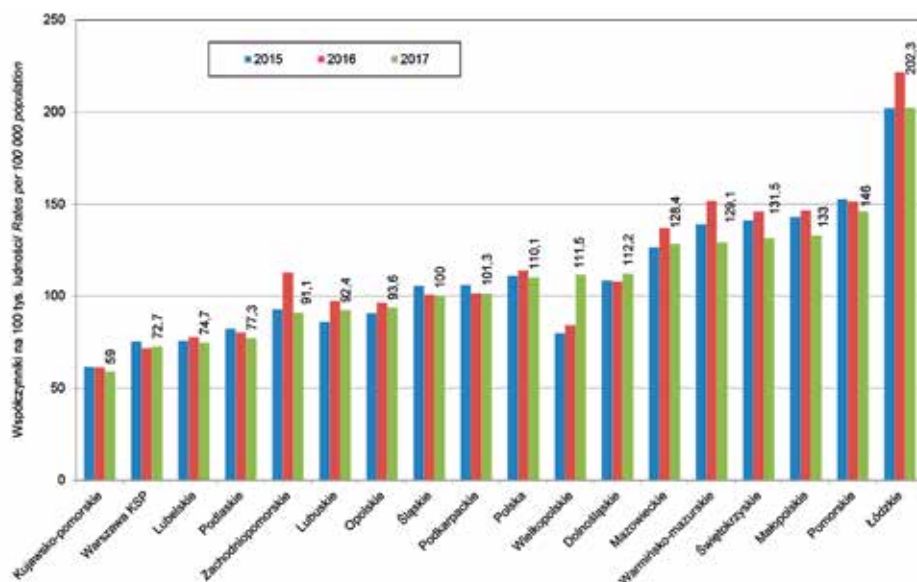
Od roku 2010 można zauważyć trwałą tendencję spadkową zarówno jeśli chodzi o liczbę wypadków drogowych jak i ich ofiar śmiertelnych w Polsce i przeciętnie w całej UE. Liczba ofiar śmiertelnych w Polsce w latach 2010-2016 spadła o 23% (z 3907 do 3026). Dynamika spadku była nieco wyższa od przeciętnej w UE w omawianym czasie, która wynosiła 19%. Oznacza to, że niekorzystna nadwyżka umieralności z powodu wypadków drogowych w Polsce w porównaniu do wszystkich krajów Unii zmniejszała się, ale dynamika ta wydaje się być wciąż niezadowalająca biorąc pod uwagę postęp w bezpieczeństwie ruchu drogowego w innych państwach europejskich charakteryzujących się dotychczas wysoką liczbą ofiar wypadków drogowych⁴.

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 na miejsce zdarzenia wypadku. 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).



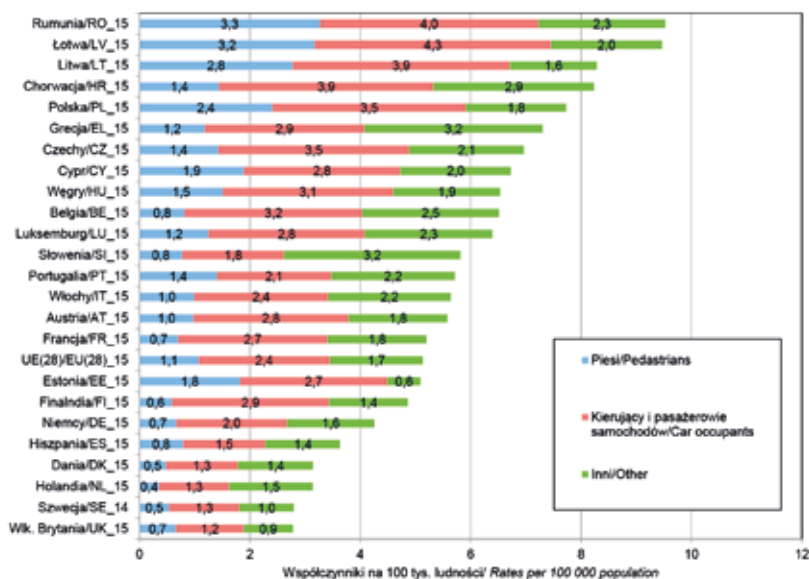
Ryc. 8.6. Liczba poszkodowanych (zabitych i rannych łącznie) w wypadkach drogowych na 100 000 ludności według województwa zdarzenia w latach 2015–2017. Współczynnik dla województwa mazowieckiego nie uwzględniają obszaru Komendy Stołecznej Policji (KSP) (Komenda Główna Policji)

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 Headquarters of Poland)

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). Niepokojącym zjawiskiem jest też relatywnie duży udział wśród poszkodowanych rowerzystów, którzy stanowią 9% ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych, choć ich udział wśród uczestników ruchu 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.



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)

Jednym z najważniejszych czynnikiem ryzyka wypadków drogowych jest jazda z niedozwoloną wysoką prędkością bądź prędkością niedostosowaną do warunków pogodowych. Szacunki POBR mówią, że 30% ogółu śmiertelnych wypadków wynika z nadmiernej prędkości pojazdów. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Krajową Radę Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego w roku 2014 można oszacować, że 57% wszystkich kierowców przekracza dozwoloną prędkość. Odsetek ten był najwyższy w woj. lubelskim (73,3%) a najniższy w woj. dolnośląskim (44,2%) Jednocześnie odsetek kierowców przekraczających dozwoloną prędkość o więcej niż 10 km/h wynosi 30%⁵.

⁵ P. Bany, D. Jankowska-Karpa, K. Sicińska i inni., Prędkość pojazdów w Polsce w 2014., Ministerstwo Infrastruktury, Sekretariat Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Warszawa 2014

Innym ważnym czynnikiem ryzyka wypadku drogowego jest kierowanie pojazdem po spożyciu alkoholu lub pod wpływem substancji psychoaktywnych. Według danych KGP odsetek nietrzeźwych uczestniczących w wypadkach drogowych spadał od roku 2000. W 2016 roku użytkownicy dróg będący pod działaniem alkoholu uczestniczyli w 8,8% ogółu wypadków. Ostatnio przeprowadzone krajach UE badania w ramach projektu ESRA na temat zachowania kierowców pokazały, że problem kierowania pojazdem pod wpływem nie tylko alkoholu, ale i innych substancji psychoaktywnych stanowi wyzwanie dla bezpieczeństwa ruchu drogowego. W badaniach tych oszacowano, że 31% wszystkich badanych kierujących deklarowało, że w ciągu roku przy najmniej raz kierowali pojazdem pod wpływem alkoholu, a 22% po zażyciu leku mogącego powodować ograniczenia w zdolności do kierowania. W Polsce omawiane odsetki były niższe od przeciętnych w UE i wynosiły one odpowiednio 12% i 18%⁶.

8.4. Wypadkowe zatrucia

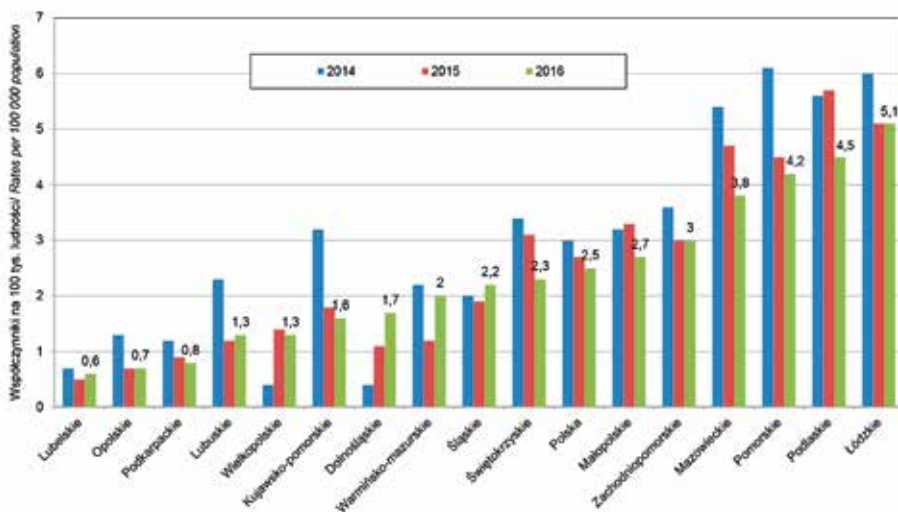
Wypadkowe zatrucia Polsce trzecią przyczynę zgonów w wyniku wypadków a jednocześnie jedną z rzadszych przyczyn hospitalizacji z powodu ogółu wypadków. Najczęściej hospitalizowanymi przyczynami zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet są wypadkowe zatrucia gazami (22% wszystkich hospitalizacji z powodu zatruc) a następnie zatrucia lekami (20%) i alkoholami (16%).

W roku 2016 zarejestrowano łącznie 1061 śmiertelnych wypadkowych zatruc. W porównaniu do roku 2010 można było zauważyć, że zagrożenia życia w wyniku wypadkowych zatruc zmniejszyło się o 29% (standaryzowany współczynnik umieralności 2,5 na 100 000 ludności w roku 2016). Obecnie poziom umieralności z powodu wypadkowych zatruc w Polsce jest nieznacznie wyższy od przeciętnego dla krajów UE.

Standaryzowany współczynnik umieralności mężczyzn jest wielokrotnie wyższy niż kobiet (współczynniki standaryzowane wynoszące odpowiednio 4,2 i 0,8). Zdecydowaną większość śmiertelnych wypadkowych zatruc stanowią zatrucia alkoholami mężczyzn w wieku 25-64 lata, którzy w latach 2014-2016 stanowili 70% ofiar śmiertelnych wszystkich wypadkowych zatruc. Drugą przyczyną zgonów były zatrucia gazami, które były odpowiedzialne za 12% wszystkich przypadkowych zatruc. Najbardziej niepokojąca sytuacja jest notowana na terenie woj. łódzkiego, podlaskiego, pomorskiego i mazowieckiego gdzie w latach 2014-2016 zagrożenie

⁶ Y. Achermann Stürmer, Driving under the influence of alcohol and drugs. ESRA thematic report no. 2. ESRA project (European Survey of Road users' safety Attitude). Bern, Switzerland: Swiss Council for Accident Prevention 2016

życia z powodu wypadkowych zatruc 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 zatruc (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)

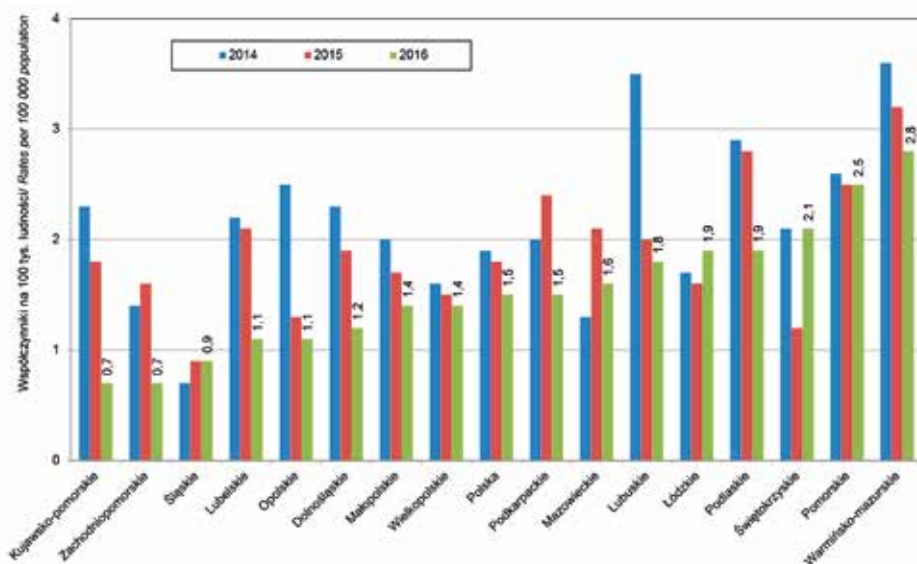
Innym zjawiskiem, które należy odnotować był znaczący spadek po roku 2010 umieralności z powodu zatruc mężczyzn na obszarach wiejskich. W latach 2010-2016 obserwowana wcześniej nadwyżka umieralności mieszkańców wsi z powodu wypadkowych zatruc w stosunku do miast zaniknęła. Obecnie zagrożenie życia z powodu omawianych przyczyn jest podobne na obszarach miejskich i wiejskich (współczynniki standaryzowane umieralności wynoszące odpowiednio 2,6 w miastach i 2,4 na wsi)

8.5. Wypadkowe utonięcia

Utonięcie z medycznego punktu widzenia definiowane jest jako uduszenie z powodu zalewania płynem dróg oddechowych. Jako zostało wspomniane wcześniej zagrożenie życia w Polsce z powodu utonięcia jest znacznie wyższe niż przeciętnie we wszystkich krajach UE i wynosi blisko 90%. 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 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 obniżył się z 1,9 do 1,5 na 100 tys. ludności. Mężczyźni są wielokrotnie bardziej narażeni niż kobiety (standaryzowany współczynnik umieralności mężczyzn 2,6 vs. 0,4 kobiet w 2016 r.). 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 zamieszkujący 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 w analizowanym okresie było niemal dwukrotnie wyższe niż przeciętne w Polsce. Niepokojąca sytuacja występuje 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.

Analiza przeprowadzona w NIZP-PZH dotycząca wypadkowych utonięć wskazała również, że czynnikiem różnicującym zagrożenie życia z omawianej przyczyny u mężczyzn jest poziom wykształcenia. Ryzyko utonięcia mężczyzn z wykształceniem zawodowym i niższym jest ponad dziesięciokrotnie wyższe niż mężczyzn z wykształceniem wyższym⁷.

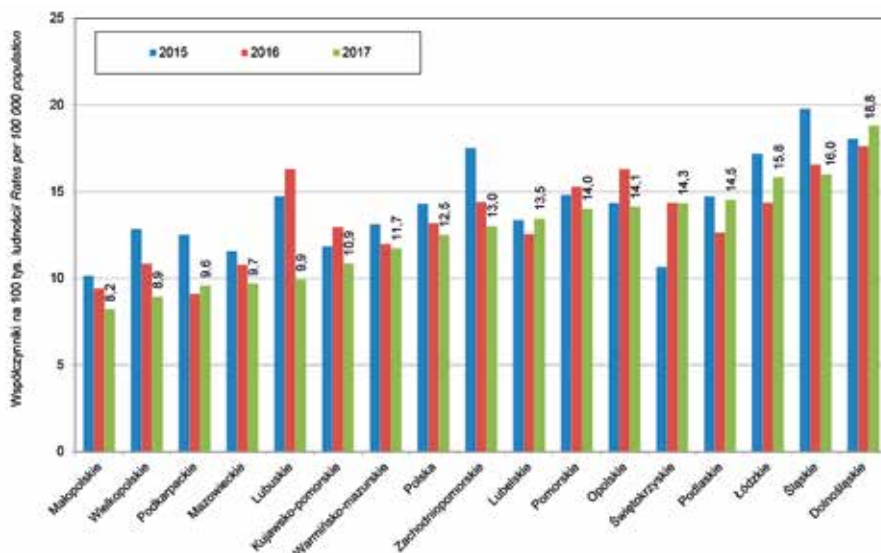
8.6. Działanie dymu, ognia i płomieni

Pożary są definiowane jako niekontrolowane procesy spalania w miejscach do tego nie przeznaczonych. W roku 2017 w wyniku obrażeń związanych z działaniem 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 działaniem ognia, dymu i płomieni (spadek współczynnika standaryzowanego umieralności z 1,5 do 1,1 na 100 tys. ludności). Mimo tej pozytywnej tendencji zagrożenie życia z powodu omawianych przyczyn 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 podpalenia (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 tys. ludności 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 tys. ludności). Niekorzystna sytuacja na terenie tego województwa w latach 2015-2017 utrzymywała się.

⁷ R. Halik, A. Poznańska, W. Seroka, B. Wojtyniak, Wypadkowe utonięcia w Polsce w latach 2000-2012 Przegląd Epidemiologiczny 2014; 68: 591 - 594



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)

8.7. Wypadki przy pracy

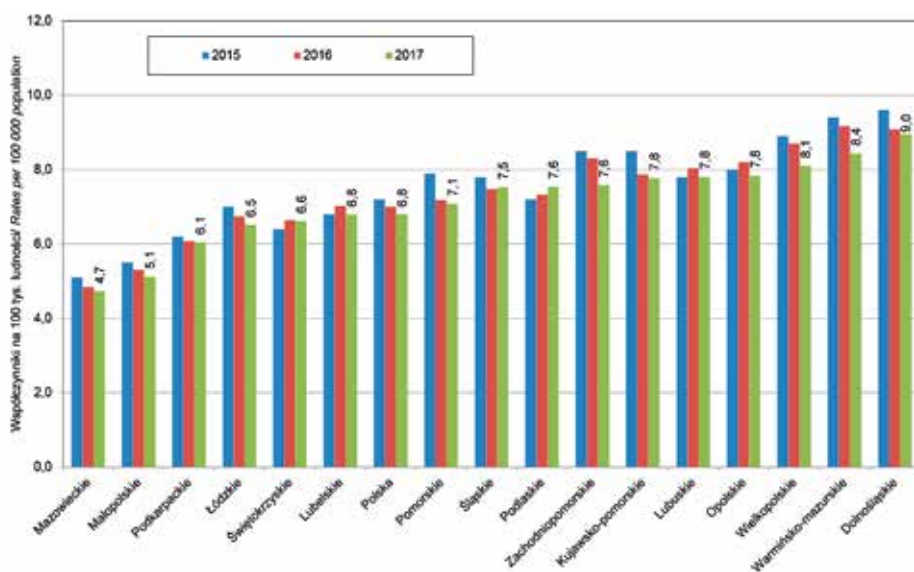
Za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych oraz czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Główny Urząd Statystyczny (GUS) obligatoryjnie rejestruje wypadki, które zdarzyły się w miejscu zatrudnienia (karta statystyczna Z-KW). W tej szerokiej kategorii wypadków nie są jednak uwzględniane wypadki w rolnictwie indywidualnym, ponieważ te dane zbiera KRUS.

W 2017 r. zgłoszono 88330 osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy, w tym 270 osób w wypadkach ze skutkiem śmiertelnym. Od roku 2010 można zauważyć tendencję spadkową częstości wypadków przy pracy, w latach 2015–2017 ogólnopolski współczynnik poszkodowanych w wypadkach przy pracy

na 1000 zatrudnionych spadł nieznacznie z 7,2 do 6,8 (ryc. 8.11). Mężczyźni są częściej poszkodowani od kobiet stanowiąc 62% ofiar wszystkich raportowanych wypadków w omawianym okresie. Ryzyko odniesienia obrażeń w wypadku przy pracy jest najwyższe od wielu lat w woj. dolnośląskim i woj. warmińsko-mazurskim (odpowiednio 9 i 8,4 poszkodowanych na 1000 zatrudnionych w roku 2017). Najniższe współczynniki są niezmiennie notowane w woj. mazowieckim i małopolskim (odpowiednio 4,7 i 5,1). Należy jednak zwrócić uwagę, że omawiane zróżnicowanie jest silnie uwarunkowane strukturą zatrudnienia i charakterystyką ekonomiczną województw. Najbardziej wypadkowymi działami gospodarki jest od wielu lat dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami; rekultywacja (współczynnik poszkodowanych 16,5 na 1000 zatrudnionych w roku 2017) a następnie górnictwo i wydobywanie (15,8 na 1000 zatrudnionych).



Ryc. 8.11. Liczba poszkodowanych w zgłoszonych wypadkach przy pracy w Polsce przypadająca na 1000 zatrudnionych według województw latami 2015-2017 (GUS)

Fig. 8.11. The number of reported wounded and killed in occupational accidents per 1000 employees by voivodship, 2015-2017 (Statistics Poland)

Zdecydowanie najczęstszą przyczyną większości zgłoszonych wypadków przy pracy było nieprawidłowe zachowanie pracownika – 60% wypadków w latach 2015-2017. Pozytywną okolicznością w obszarze bezpieczeństwa pracy jest

systematyczny spadek odsetka zatrudnionych pracujących na stanowiskach na których istnieje narażenie na czynniki szkodliwe związane ze środowiskiem pracy, uciążliwością pracy oraz na czynniki mechaniczne. Według ocen GUS odsetek ten spadł z 8,6% w roku 2015 do 7,8% w roku 2017⁸.

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 tys. ludności w UE).
2. 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.
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.

⁸ A. Kaprzyk, H. Strzelecka, A. Wolska, A. Grzenia, D. Kazanowska, M. Pragacz Warunki pracy w 2017 r. Główny Urząd Statystyczny 2018

9. PRZYCZYNY CHOROBEWIE 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.

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, skierowany jest do osób w wieku produkcyjnym, które w wyniku wypadków przy pracy czy chorób zawodowych lub z ogólnego stanu zdrowia są zagrożone utratą zdolności do pracy, ale rokują odzyskanie tej zdolności po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego – mają więc szansę w stosunkowo krótkim czasie powrotu do pracy zarobkowej.

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).

Podstawę tych analiz stanowią orzeczenia lekarskie wydawane przez lekarzy orzeczników Zakładu i druki zaświadczeń lekarskich (ZUS ZLA). Są to badania pełne.

Podkreślić przy tym należy, że dane statystyczne, którymi dysponuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych dotyczą przypadków osób ubezpieczonych (m.in. prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, w tym także populacji emerytów pozostających w zatrudnieniu), którzy wystąpili o świadczenia z tytułu

niezdolności do pracy w związku z określonymi schorzeniami. Nie obejmują rolników indywidualnych i członków ich rodzin.

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.

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.

Przeciętna długość absencji chorobowej (absencja skumulowana) w 2017 r. przypadająca na 1 osobę ubezpieczoną w ZUS, która choć raz przebywała na zwolnieniu lekarskim w ciągu roku wyniosła 37,4 dni i w porównaniu z poprzednimi latami kształtowała się na podobnym poziomie.

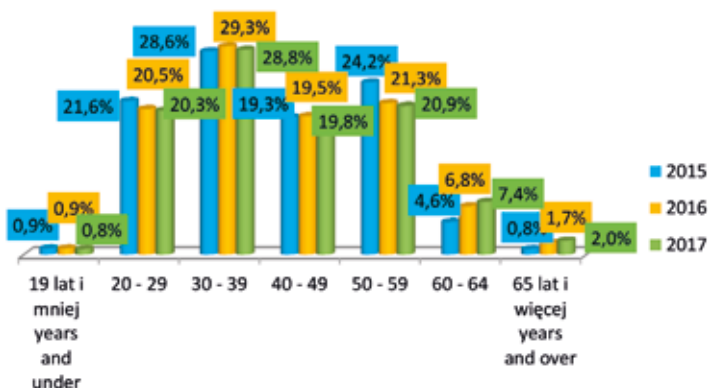
Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w ciągu 2017 r. przynajmniej raz zostało wystawione zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej wyniosła 6,6 mln. W porównaniu z rokiem poprzednim nastąpił wzrost liczby tych osób o 3,4%, natomiast w porównaniu z rokiem 2015 o 6,8%.

Tabela 9.2. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w danym roku wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej według wieku

Table 9.2. The number of persons insured with ZUS who – in a given year – at least once took advantage of medical leave by age

Wiek/Age	2015	2016	2017	2015	2016	2017
	liczba osób w tys. the number of persons in thous.			w odsetkach in percentages		
OGÓŁEM / TOTAL	6 154,6	6 355,0	6 570,1	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej / years and under	118,7	118,8	116,4	1,9	1,9	1,8
20-29	1 405,1	1 456,5	1 483,4	22,8	22,9	22,6
30-39	1 776,7	1 834,9	1 841,5	28,9	28,9	28,0
40-49	1 276,4	1 337,0	1 415,8	20,8	21,0	21,5
50-59	1 207,6	1 195,4	1 233,9	19,6	18,8	18,8
60-64	300,5	330,8	378,7	4,9	5,2	5,8
65 lat i więcej / years and over	69,0	81,4	100,0	1,1	1,3	1,5
nieustalony wiek ubezpieczonego insured person of unknown age	0,6	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0

W 2015 r. na ogólną liczbę 226 717,9 tys. dni absencji chorobowej 129 839,0 tys. dni dotyczyło kobiet, tj. 57,3% ogólnej liczby. W 2016 r. udział absencji chorobowej kobiet wyniósł 57,6%. Liczba dni absencji wyniosła 137 538,6 tys. dni i była wyższa od absencji chorobowej mężczyzn o ponad 36,0%. W 2017 r. udział absencji chorobowej kobiet nie zmienił się, natomiast wynosząca 141 446,5 tys. liczba dni wzrosła w porównaniu z rokiem poprzednim o 2,8%.



Ryc. 9.1. Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku

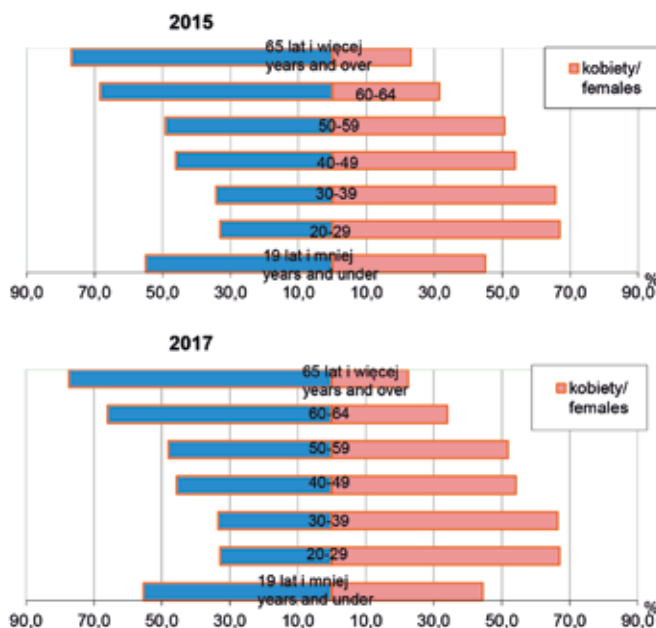
Fig. 9.1. The structure of days of absence due to own illness of persons insured with ZUS, by age

Najwyższy w 2015 r. odsetek absencji (29,0%) dotyczył ubezpieczonych z grupy wiekowej od 30 do 39 lat. W przypadku absencji mężczyzn 25,6% dotyczy ubezpieczonych w wieku między 50 a 59 rokiem życia. W przypadku kobiet 33,3% absencji dotyczy ubezpieczonych w wieku od 30 do 39 lat. Analizując dane za 2016 r. widzimy, że struktura liczby dni absencji chorobowej według wieku układała się analogicznie jak w 2015 r., widać jednak pewne różnice gdy analizujemy absencję według płci.

W 2017 r. w przypadku mężczyzn nadal największy odsetek – 23,7% absencji dotyczył ubezpieczonych w wieku od 50 do 59 lat, było to o 1,9 punktu procentowego (pp) mniej niż w 2015 r. Wzrósł o 1,3 pp udział absencji chorobowej mężczyzn w wieku 60-64 lata.

Poniższe dwa rysunki dla 2015 i 2017 roku w sposób bardzo wyraźny odzwierciedlają zależność między liczbą wykorzystanych dni absencji chorobowej a wiekiem i płcią (ryc. 9.2). Stosunkowo największa różnica pomiędzy absencją chorobową kobiet i mężczyzn występuje w grupie wiekowej 20-29 lat, w której to absencja chorobowa kobiet była ponad dwukrotnie dłuższa od absencji

mężczyzn. Na tak długą absencję w populacji kobiet tej grupy wiekowej, jak i kolejnej od 30 do 39 lat, miała wpływ absencja chorobowa spowodowana niezdolnością do pracy przypadającą w okresie ciąży. W grupie wiekowej 50-59 lat następuje odwrócenie tendencji, i w kolejnych grupach wiekowych absencja chorobowa mężczyzn znacznie przewyższa długość absencji kobiet.



Ryc. 9.2. Struktura dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej ubezpieczonych w ZUS w latach 2015 i 2017 według wieku i płci

Fig. 9.2. The structure of days of absence for own illness of persons insured with ZUS in 2015 and 2017, by age and gender

Biorąc pod uwagę liczbę dni absencji chorobowej obserwujemy, że najdłużej w 2017 r. na zwolnieniach lekarskich przebywali mieszkańcy województwa mazowieckiego (13,1% ogólnej liczby dni absencji chorobowej), śląskiego (12,6%), wielkopolskiego (10,5%) oraz łódzkiego (8,2%), najkrócej mieszkańcy z województw opolskiego i podlaskiego (po 2,3%), a także lubuskiego (2,4%) (tab. 9.3). Rozkład liczby dni w przypadku tych województw nie wykazuje w badanych latach dużej zmienności.

W ocenie poziomu absencji chorobowej istotny jest wskaźnik liczby dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Poniższa tabela przedstawia kształtowanie się tych wskaźników w poszczególnych województwach (tab. 9.4).

Tabela 9.3. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według województw
 Table 9.3. The number days of absence for own illness of persons insured with ZUS, by voivodship

Województwa Voivodships	Liczba dni absencji chorobowej / The number of days of absence					
	w tys. / in thous.			w odsetkach / in percentage		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
OGÓŁEM / TOTAL	226 717,9	238 659,8	245 568,6	100,0	100,0	100,0
Dolnośląskie	17 417,6	18 431,5	18 843,1	7,7	7,7	7,7
Kujawsko-pomorskie	11 884,3	12 667,8	12 907,9	5,2	5,3	5,3
Lubelskie	9 767,2	10 418,0	10 911,0	4,3	4,4	4,4
Lubuskie	5 424,8	5 863,8	5 956,1	2,4	2,5	2,4
Łódzkie	18 940,3	19 696,9	20 174,7	8,3	8,3	8,2
Małopolskie	17 660,1	18 620,7	19 336,8	7,8	7,8	7,9
Mazowieckie	29 316,8	31 198,3	32 225,6	12,9	13,1	13,1
Opolskie	5 112,4	5 308,8	5 745,8	2,3	2,2	2,3
Podkarpackie	11 638,2	12 305,2	12 733,5	5,1	5,2	5,2
Podlaskie	4 728,6	5 205,2	5 532,2	2,1	2,2	2,3
Pomorskie	13 140,5	14 211,8	14 663,8	5,8	6,0	6,0
Śląskie	29 002,0	30 093,9	30 933,6	12,8	12,6	12,6
Świętokrzyskie	7 723,5	7 907,4	8 072,9	3,4	3,3	3,3
Warmińsko-mazurskie	7 403,6	7 890,5	8 070,6	3,3	3,3	3,3
Wielkopolskie	23 585,5	24 962,3	25 729,7	10,4	10,5	10,5
Zachodniopomorskie	9 075,9	9 362,6	9 671,1	4,0	3,9	3,9
nieustalone województwo	4 896,6	4 515,2	4 060,3	2,2	1,9	1,7

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.

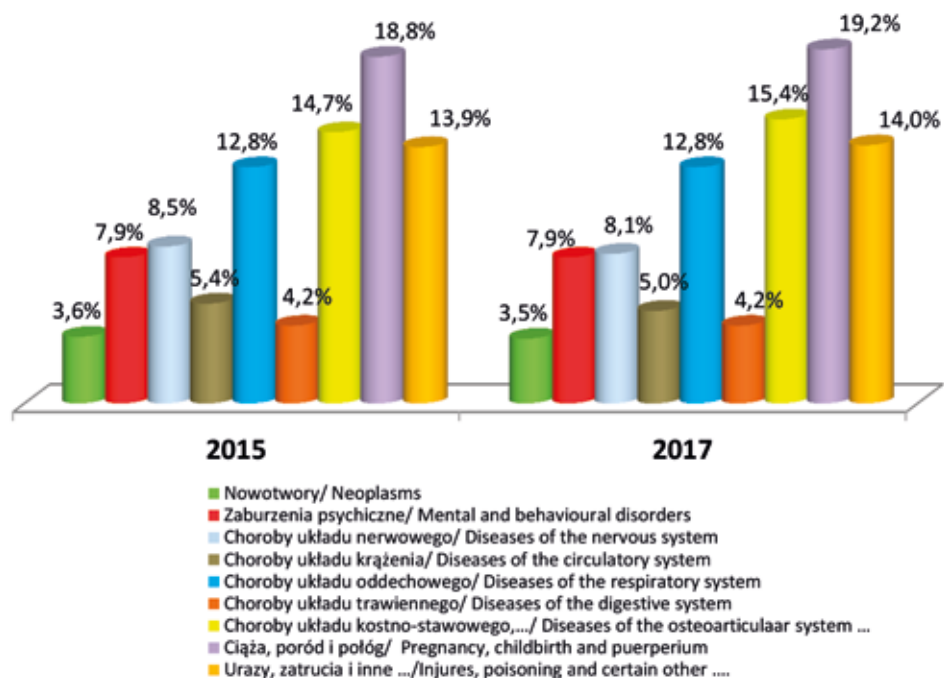
Tabela 9.4. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym według województw

Table 9.4. 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

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 (ryc. 9.3):

- 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%.



Ryc. 9.3. Struktura dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wybranych grup chorobowych w 2015 r. i w 2017 r.

Fig. 9.3. The structure of days of absence for own illness of persons insured with ZUS by disease group in 2015 and in 2017

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 9.5 prezentuje absencję chorobową oraz wskaźniki liczby dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym dla wybranych grup chorobowych.

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 9.5. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym dla wybranych grup chorobowych

Table 9.5. The ratio of number 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 of absence 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	Injuries, 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 (tab. 9.6).

Tabela 9.6. Struktura liczby dni absencji chorobowej według wybranych grup chorobowych i wieku w latach 2015-2017

Table 9.6. 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 the osteoarticular 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	

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.

W 2017 roku, we wszystkich województwach główną przyczyną absencji były choroby układu oddechowego, natomiast drugą co do częstości przyczyną były choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (ryc. 9.4).

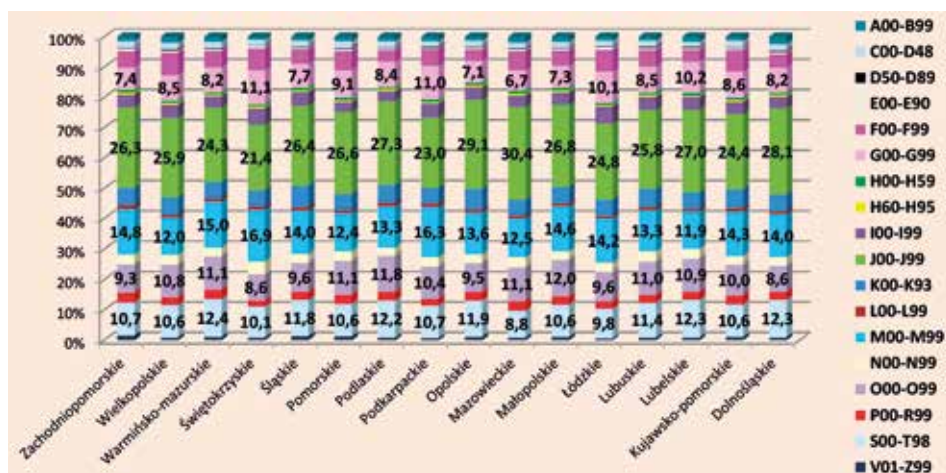
9.2. Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych wydawanych przez lekarzy orzeczników dla celów rentowych

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 (tab. 9.7). 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%.



Ryc. 9.4. Struktura liczby dni absencji chorobowej w 2017 r. według grup chorobowych i województw

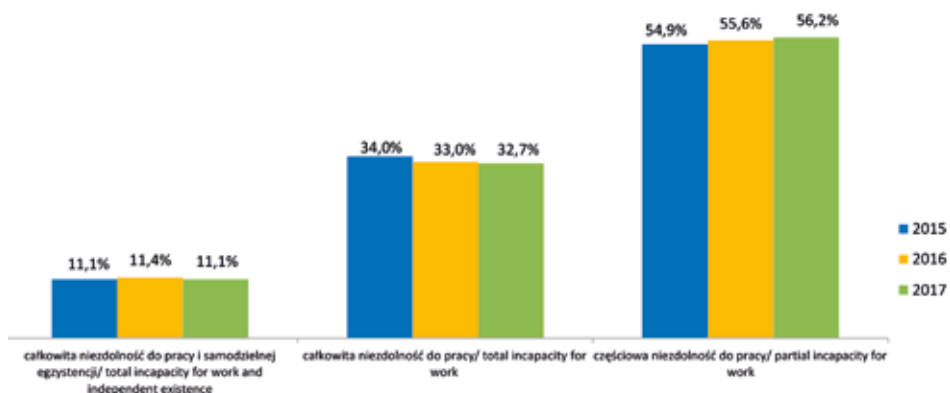
Fig. 9.4. The structure of days of absence in 2017, by disease group and voivodships

Tabela 9.7. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy wydane przez lekarzy orzeczników ZUS w latach 2015-2017 do celów rentowych

Table 9.7. 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

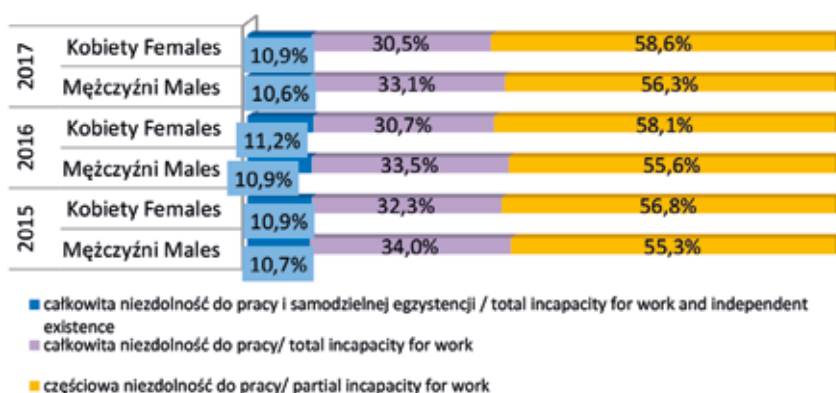
Jak wynika z przedstawionych danych, w strukturze orzeczeń pierwszorazowych wydanych do celów rentowych ustalających stopień niezdolności do pracy nie występują istotne zmiany (ryc. 9.5). Dominują orzeczenia ustalające częściową niezdolność do pracy, w 2017 r. stanowiły one 56,2% omawianych orzeczeń, 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.



Ryc. 9.5. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy wydanych do celów rentowych w latach 2015-2017

Fig. 9.5. 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 (tab. 9.8, ryc. 9.6). 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.



Ryc. 9.6. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy według płci osób badanych i stopnia tej niezdolności

Fig. 9.6. The structure of first-time medical certificates of incapacity for work by gender of examined persons and degree of incapacity for work

Tabela 9.8. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy do celów rentowych według stopnia tej niezdolności i płci osób badanych

Table 9.8. First-time medical certificates of incapacity for work issued for disability pension purposes by degree of incapacity for work and gender of examined persons

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	Specification
OGÓŁEM/ TOTAL				
Razem	44 046	43 577	40 862	Total
Mężczyźni	27 980	27 481	26 269	Males
Kobiety	15 260	15 331	13 896	Females
Nieustalona płeć	806	765	697	Gender unknown
niezdolność do samodzielnej egzystencji / total incapacity for work and independent existence				
Razem	4 905	4 947	4 533	Total
Mężczyźni	3 006	2 987	2 794	Males
Kobiety	1 665	1 722	1 517	Females
Nieustalona płeć	234	238	222	Gender unknown
całkowita niezdolność do pracy / total incapacity for work				
Razem	14 985	14 397	13 376	Total
Mężczyźni	9 514	9 197	8 694	Males
Kobiety	4 933	4 710	4 242	Females
Nieustalona płeć	538	490	440	Gender unknown
częściowa niezdolność do pracy / partial incapacity for work				
Razem	24 156	24 233	22 953	Total
Mężczyźni	15 460	15 297	14 781	Males
Kobiety	8 662	8 899	8 137	Females
Nieustalona płeć	34	37	35	Gender unknown

Orzekana niezdolność do pracy i jej stopień są nierozzerwalnie 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 (tab. 9.9):

- 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%.

Tabela 9.9. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy do celów rentowych w latach 2015-2017 według grup chorobowych

Table 9.9. 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

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.

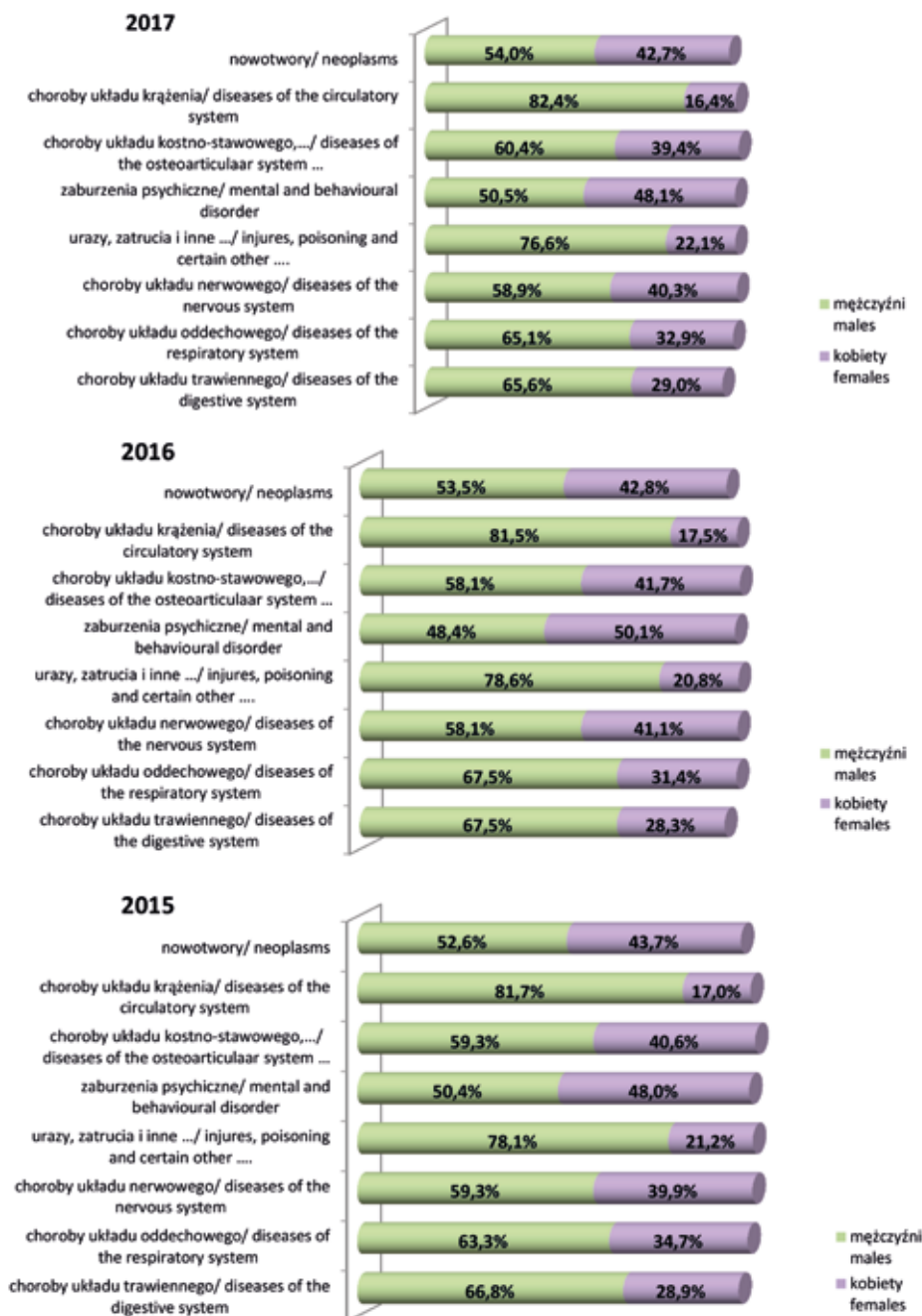
Rozpatrując orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy do celów rentowych według grup chorobowych i według płci widoczna jest w każdej z grup chorobowych przewaga mężczyzn (ryc. 9.7). W przypadku nowotworów, zaburzeń psychicznych, chorób układu nerwowego czy chorób układu kostno-stawowego, 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.

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 (tab. 9.10).

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 (tab. 9.10). 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.



Ryc. 9.7. Struktura płci orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy do celów rentowych według przyczyn chorobowych osób badanych

Fig. 9.7. 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

Tabela 9.10. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy do celów rentowych w latach 2015-2017 według wieku i wybranych grup chorobowych

Table 9.10. First-time medical certificates of incapacity for work for disability pension purposes in 2015-2017, by age and disease group

Grupa chorobowa	Ogółem In total	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	
2015	44 046	47	1 390	4 327	7 592	20 868	8 159	856	TOTAL
OGÓŁEM (A00-T98)	2016	43 577	18	1 308	4 132	7 349	19 650	8 873	
	2017	40 862	31	1 245	3 901	7 053	17 814	9 015	
w tym:									of which:
2015	10 547	9	170	721	1 718	5 386	1 972	174	Neoplasms
Nowotwory (C00-D48)	2016	10 522	1	159	696	1 659	5 142	2 203	
	2017	9 753	2	190	618	1 604	4 602	2 196	
2015	9 050	1	50	330	1 071	4 588	2 621	272	Diseases of the circulatory system
Choroby układu krążenia (I00-I99)	2016	8 537	1	60	287	1 011	4 163	2 576	
	2017	7 985	0	48	264	909	3 716	2 643	
2015	6 145	1	92	507	1 113	3 214	1 109	100	Diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)	2016	6 295	0	101	497	1 105	3 142	1 282	
	2017	6 177	1	112	512	1 125	2 910	1 382	
2015	5 071	10	336	1 000	1 076	2 012	507	48	Mental and behavioural disorders
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	2016	5 059	2	318	940	1 027	1 902	508	
	2017	4 538	12	287	903	965	1 662	519	
2015	3 230	4	154	461	720	1 386	439	41	Diseases of the nervous system
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	2016	3 278	2	150	461	721	1 289	570	
	2017	3 122	2	114	426	678	1 301	539	
2015	3 166	10	354	576	685	1 149	329	39	Injures, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	2016	3 165	7	295	573	643	1 138	416	
	2017	3 064	7	295	555	665	1 020	429	

Grupa chorobowa		Ogółem In total	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 oddechowego (J00-J99)	2015	1 012	0	5	42	101	498	283	64	Diseases of the respiratory system
	2016	1 034	0	3	31	87	492	319	91	
	2017	1 005	0	3	36	88	454	322	82	
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	2015	997	0	32	136	211	453	116	6	Diseases of the digestive system
	2016	1 002	1	39	126	236	428	112	18	
	2017	954	0	38	122	231	370	129	13	
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej (E00-E90)	2015	803	0	16	68	136	424	135	17	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
	2016	830	0	14	73	156	369	178	25	
	2017	782	1	9	58	158	356	168	19	
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	2015	764	3	36	111	137	360	109	7	Diseases of the eye and adnexa
	2016	731	1	46	89	137	323	116	17	
	2017	655	1	33	83	118	271	130	18	
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	2015	597	1	47	89	146	242	62	5	diseases of the genitourinary system
	2016	601	0	31	96	133	233	83	16	
	2017	529	0	29	81	112	204	89	10	

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 (tab. 9.11). 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.

Tabela 9.11. Przeciętny przewidywany okres trwania niezdolności do pracy w orzeczeniach pierwszorazowych rentowych ustalających niezdolność do pracy wg wybranych grup chorobowych

Table 9.11. 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 the eye 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 the osteoarticular 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	Injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors

*) Dotyczy orzeczeń wydanych na czas określony

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% (tab. 9.12). 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).

W tabeli 9.13 prezentowany jest wskaźnik liczby orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy do celów rentowych w przeliczeniu na 1 tysiąc pracujących.

9.3. Realizacja programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2015 r.

Jak wspomniano na wstępie, Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi również działalność w zakresie prewencji rentowej.

Program rehabilitacji leczniczej realizowany przez ZUS ma charakter kompleksowy i obejmuje poza rehabilitacją medyczną również rehabilitację psychologiczną, naukę zasad zdrowego żywienia, a także instruktaż odnośnie kontynuacji rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego.

Program rehabilitacji leczniczej skierowany jest do osób w wieku produkcyjnym, które w wyniku wypadków przy pracy czy chorób zawodowych lub z ogólnego stanu zdrowia są zagrożone utratą zdolności do pracy, ale rokują odzyskanie tej zdolności po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego.

O celowości rehabilitacji leczniczej orzeka lekarz orzecznik ZUS, który orzekając m.in. o przyznaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego lub o niezdolności dla celów rentowych, lub o procentowym uszczerbku na zdrowiu z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, lub w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, może wydać orzeczenie stwierdzające potrzebę rehabilitacji leczniczej. Orzeczenie to stanowi podstawę skierowania ubezpieczonego na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.

Tabela 9.12. Struktura orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy do celów rentowych w latach 2015-2017 według wybranych grup chorobowych i województw

Table 9.12. First-time medical certificates of incapacity for work for disability pension purposes in 2015-2017, by disease group and voivodships

		w tym: wybrane grupy chorobowe / of which: groups of diseases								
		Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-I99) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of theosteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nerwowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-J99) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawiennego (K00-K93) diseases of the digestive system	
OGÓŁEM		OGÓŁEM = 100 / TOTAL = 100								
Województwo Voivodships	2015	44 046	23,9	20,5	14,0	11,5	7,3	7,2	2,3	2,3
	2016	43 577	24,1	19,6	14,4	11,6	7,5	7,3	2,4	2,3
	2017	40 862	23,9	19,5	15,1	11,1	7,6	7,5	2,5	2,3
z tego / of which:										
Dolnośląskie	2015	3 346	27,0	19,8	14,6	9,1	7,5	7,7	2,6	2,7
	2016	3 320	28,7	20,4	14,9	8,3	7,2	7,7	2,6	2,9
	2017	3 212	26,5	20,5	16,1	8,0	6,7	9,0	2,5	2,4
Kujawsko- -Pomorskie	2015	3 361	22,1	22,4	17,9	8,9	8,2	7,0	2,3	1,5
	2016	3 219	22,5	20,8	18,0	9,3	8,6	7,0	2,2	1,8
	2017	3 049	22,3	20,4	18,0	9,9	8,5	7,2	2,5	2,2

	OGÓŁEM	w tym: wybrane grupy chorobowe / of which: groups of diseases							
		Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-I99) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of theosteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nervowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-J99) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawienego (K00-K93) diseases of the digestive system
		OGÓŁEM = 100 / TOTAL = 100							
Lubelskie	2015	21,9	21,1	13,2	11,3	7,5	9,8	2,9	2,0
	2016	24,1	21,2	14,8	11,7	7,5	8,4	2,6	1,7
	2017	22,3	22,9	14,2	11,5	7,2	10,5	2,3	2,2
Lubuskie	2015	22,6	20,9	15,3	6,7	6,1	8,4	2,2	1,7
	2016	18,5	16,4	15,4	19,0	4,5	6,6	1,5	1,7
	2017	21,5	17,3	18,1	11,5	6,3	6,9	3,0	1,5
Łódzkie	2015	19,7	18,2	12,1	14,3	8,0	7,3	2,5	2,1
	2016	21,4	18,8	11,5	13,2	8,7	8,0	1,7	1,8
	2017	20,6	18,4	12,0	12,3	8,3	8,0	1,7	2,7
Małopolskie	2015	25,9	21,2	14,1	9,8	6,3	8,0	2,6	2,2
	2016	26,5	19,8	13,9	10,6	7,2	7,3	2,5	2,4
	2017	27,7	20,4	14,1	9,3	7,3	6,6	2,8	1,9

	Województwo Voivodships	OGÓŁEM	w tym: wybrane grupy chorobowe / of which: groups of diseases							
			Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-I99) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of theosteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nervowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-J99) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawienego (K00-K93) diseases of the digestive system
			OGÓŁEM = 100 / TOTAL = 100							
Mazowieckie	2015	6 458	24,6	21,0	13,0	10,5	8,3	6,8	2,1	2,6
	2016	6 267	24,2	19,9	14,4	10,3	7,3	7,7	2,3	2,8
	2017	5 919	24,7	19,3	13,7	10,6	8,7	7,3	2,8	2,4
Opolskie	2015	676	35,9	19,4	8,1	11,2	5,6	5,6	2,8	1,3
	2016	697	37,7	18,1	8,6	7,3	8,3	5,2	2,9	2,9
	2017	640	33,6	20,3	6,7	8,6	7,5	5,9	3,8	2,0
Podkarpackie	2015	2 142	21,8	19,7	11,9	18,5	8,0	6,6	1,3	2,1
	2016	2 207	22,7	17,9	13,7	16,8	7,4	7,5	2,0	2,4
	2017	1 984	24,9	19,0	14,8	15,1	6,9	7,1	1,9	2,1
Podlaskie	2015	701	36,7	22,1	8,6	11,8	6,0	4,0	3,0	2,3
	2016	684	30,8	22,4	7,6	13,9	7,3	3,9	2,6	3,2
	2017	663	33,3	22,9	7,1	12,5	7,2	4,5	2,1	3,3

		w tym: wybrane grupy chorobowe / of which: groups of diseases								
		Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-199) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of theosteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nervowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-199) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawienego (K00-K93) diseases of the digestive system	
OGÓŁEM		OGÓŁEM = 100 / TOTAL = 100								
Województwo Voivodships	2015	1 441	25,7	19,8	10,1	11,0	9,2	4,9	1,9	2,6
	2016	1 329	28,7	19,9	10,8	8,7	10,5	4,7	1,4	2,3
	2017	1 201	26,4	20,1	11,2	9,7	9,2	4,8	1,2	3,7
Pomorskie	2015	5 997	23,3	20,0	14,2	13,5	8,2	7,0	2,4	2,7
	2016	5 858	22,3	19,5	14,8	13,2	8,2	7,0	3,1	2,7
	2017	5 486	21,5	18,6	16,8	13,6	7,9	7,5	2,9	2,5
Śląskie	2015	1 039	18,2	20,0	13,2	14,1	7,9	8,4	2,1	1,8
	2016	1 125	19,2	18,3	12,1	13,2	9,4	11,0	2,1	1,2
	2017	927	18,4	17,2	15,2	14,6	9,8	8,7	2,4	2,3
Świętokrzyskie	2015	1 961	22,1	22,3	18,3	8,7	5,2	8,4	2,0	2,2
	2016	1 686	24,4	20,3	17,3	9,1	5,6	8,3	2,7	2,6
	2017	1 544	24,2	21,7	16,6	9,6	6,5	8,2	2,5	3,0
Warmińsko- -Mazurskie	2015	1 961	22,1	22,3	18,3	8,7	5,2	8,4	2,0	2,2
	2016	1 686	24,4	20,3	17,3	9,1	5,6	8,3	2,7	2,6
	2017	1 544	24,2	21,7	16,6	9,6	6,5	8,2	2,5	3,0

		w tym: wybrane grupy chorobowe / of which: groups of diseases							
Województwo Voivodships	OGÓŁEM	Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-I99) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of theosteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nerwowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-S98) injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-J99) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawienego (K00-K93) diseases of the digestive system
		OGÓŁEM = 100 / TOTAL = 100							
Wielkopolskie	2015	23,1	20,2	15,1	11,6	5,3	7,1	2,5	2,5
	2016	22,8	19,4	16,7	11,5	6,0	7,0	2,7	1,8
	2017	22,7	18,1	17,9	10,5	6,1	7,4	2,1	1,7
Zachodnio- pomorskie	2015	26,6	21,5	14,4	12,1	6,5	6,1	1,6	1,2
	2016	27,1	19,4	13,5	11,3	8,2	5,9	1,7	2,1
	2017	25,0	20,2	14,5	10,8	8,2	6,6	2,6	2,7

Tabela 9.13. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające niezdolność do pracy do celów rentowych w latach 2015 – 2017 według wybranych grup chorobowych i województw w przeliczeniu na 1 tys. pracujących¹⁾

Table 9.13. First-time medical certificates of incapacity for work for disability pension purposes in 2015 – 2017, by disease group and voivodships per 1000 working persons

Wybrane grupy chorobowe/ Disease groups									
	OGÓŁEM TOTAL	Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-I99) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nerwowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) / injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-J99) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawienego (K00-K93) diseases of the digestive system
Województwo Voivodships	2015	3,606	0,863	0,503	0,415	0,264	0,259	0,083	0,082
	2016	3,462	0,836	0,500	0,402	0,260	0,251	0,082	0,080
	2017	3,113	0,743	0,471	0,346	0,238	0,233	0,077	0,073
z tego/ of which:									
Dolnośląskie	2015	3,366	0,908	0,491	0,307	0,252	0,259	0,087	0,093
	2016	3,261	0,937	0,487	0,269	0,234	0,252	0,083	0,094
	2017	3,034	0,803	0,487	0,244	0,202	0,272	0,076	0,072
Kujawsko- -Pomorskie	2015	5,524	1,221	0,986	0,490	0,455	0,385	0,127	0,085
	2016	5,191	1,169	0,932	0,484	0,445	0,361	0,114	0,094
	2017	4,760	1,062	0,859	0,473	0,404	0,342	0,117	0,106

Województwo Voivodships	Wybrane grupy chorobowe/ Disease groups								
	OGÓŁEM TOTAL	Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-I99) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nervowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) /injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-J99) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawienego (K00-K93) diseases of the digestive system
Lubelskie	2015	3,909	0,857	0,824	0,515	0,443	0,294	0,385	0,078
	2016	3,903	0,941	0,829	0,576	0,456	0,291	0,103	0,067
	2017	3,823	0,854	0,874	0,544	0,439	0,274	0,087	0,085
Lubuskie	2015	4,184	0,945	0,873	0,640	0,279	0,256	0,351	0,072
	2016	5,511	1,021	0,905	0,851	1,050	0,250	0,083	0,096
	2017	4,399	0,945	0,762	0,796	0,508	0,279	0,130	0,068
Łódzkie	2015	4,599	0,905	0,838	0,555	0,658	0,368	0,117	0,097
	2016	4,257	0,913	0,799	0,488	0,560	0,369	0,073	0,075
	2017	3,760	0,775	0,690	0,450	0,463	0,312	0,065	0,100
Małopolskie	2015	3,147	0,816	0,668	0,442	0,309	0,199	0,081	0,070
	2016	2,869	0,761	0,569	0,399	0,304	0,207	0,072	0,069
	2017	2,522	0,697	0,513	0,355	0,234	0,184	0,070	0,049
Mazowieckie	2015	3,076	0,756	0,647	0,400	0,324	0,255	0,066	0,081
	2016	2,853	0,689	0,567	0,410	0,293	0,208	0,066	0,079
	2017	2,552	0,631	0,493	0,349	0,270	0,223	0,071	0,061

Województwo Voivodships	Wybrane grupy chorobowe/ Disease groups								
	OGÓŁEM TOTAL	Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-I99) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nervowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) / injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-J99) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawienego (K00-K93) diseases of the digestive system
Opolskie	2015	2,448	0,880	0,474	0,199	0,275	0,138	0,069	0,033
	2016	2,453	0,925	0,443	0,211	0,179	0,204	0,070	0,070
	2017	2,208	0,742	0,448	0,148	0,190	0,166	0,083	0,045
Podkarpackie	2015	3,831	0,835	0,755	0,456	0,710	0,306	0,050	0,082
	2016	3,849	0,876	0,691	0,527	0,645	0,284	0,078	0,092
	2017	3,317	0,826	0,630	0,491	0,500	0,227	0,064	0,069
Podlaskie	2015	2,422	0,888	0,536	0,207	0,287	0,145	0,073	0,055
	2016	2,300	0,710	0,515	0,175	0,319	0,168	0,061	0,074
	2017	2,142	0,714	0,491	0,152	0,268	0,155	0,045	0,071
Pomorskie	2015	1,963	0,504	0,388	0,198	0,217	0,181	0,038	0,052
	2016	1,738	0,500	0,347	0,188	0,152	0,183	0,024	0,041
	2017	1,477	0,390	0,298	0,166	0,144	0,135	0,018	0,054
Śląskie	2015	3,795	0,885	0,759	0,538	0,513	0,311	0,091	0,103
	2016	3,652	0,813	0,714	0,541	0,482	0,299	0,113	0,099
	2017	3,318	0,713	0,616	0,558	0,452	0,261	0,097	0,083

	Wybrane grupy chorobowe/ Disease groups								
	OGÓŁEM TOTAL	Nowotwory (C00-D48) neoplasms	Choroby układu krążenia (I00-I99) diseases of the circulatory system	Choroby układu kostno- stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue	Zaburzenia psychiczne (F00-F99) mental and behavioural disorders	Choroby układu nervowego (G00-G99) diseases of the nervous system	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) / injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	Choroby układu oddechowego (J00-I99) diseases of the respiratory system	Choroby układu trawienneego (K00-K93) diseases of the digestive system
Województwo Voivodships	2015	3,247	0,591	0,428	0,456	0,256	0,272	0,069	0,059
	2016	3,476	0,667	0,420	0,460	0,328	0,383	0,074	0,043
	2017	2,766	0,510	0,421	0,403	0,272	0,242	0,066	0,063
Świętokrzyskie	2015	5,254	1,160	0,959	0,456	0,271	0,439	0,107	0,115
	2016	4,441	1,085	0,766	0,403	0,250	0,369	0,121	0,113
	2017	3,937	0,954	0,655	0,377	0,255	0,321	0,097	0,120
Warmińsko- -Mazurskie	2015	3,478	0,805	0,524	0,404	0,183	0,249	0,087	0,087
	2016	3,511	0,799	0,586	0,405	0,211	0,245	0,095	0,065
	2017	3,345	0,760	0,600	0,351	0,205	0,248	0,070	0,057
Wielkopolskie	2015	4,977	1,326	0,718	0,604	0,325	0,302	0,081	0,060
	2016	4,660	1,260	0,630	0,526	0,382	0,274	0,080	0,098
	2017	4,219	1,054	0,610	0,456	0,347	0,280	0,109	0,112
Zachodnio- pomorskie	2015	4,977	1,326	0,718	0,604	0,325	0,302	0,081	0,060
	2016	4,660	1,260	0,630	0,526	0,382	0,274	0,080	0,098
	2017	4,219	1,054	0,610	0,456	0,347	0,280	0,109	0,112

W 2015 r. programem rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS objętych zostało 80,7 tys. ubezpieczonych, tj. o prawie 3 tys. osób więcej niż w 2014 r. Z powodu chorób narządu ruchu poddano 56,0 tys. osób leczeniu rehabilitacyjnemu w systemie stacjonarnym i 8,2 tys. osób w systemie ambulatoryjnym. W związku z chorobami układu krążenia, stacjonarną formę rehabilitacji zastosowano u 6,8 tys. osób, formę ambulatoryjną – u 0,3 tys. osób, a telemedyczną – u 0,2 tys. osób. Z powodu chorób psychosomatycznych podano leczeniu 4,9 tys. osób, ze względu na choroby układu oddechowego – 2,4 tys. osób, a w następstwie onkologicznych chorób gruczołu piersiowego – 1,4 tys. osób. Blisko 0,5 tys. ubezpieczonych wyjechało na turnus rehabilitacyjny z powodu schorzeń narządu głosu.

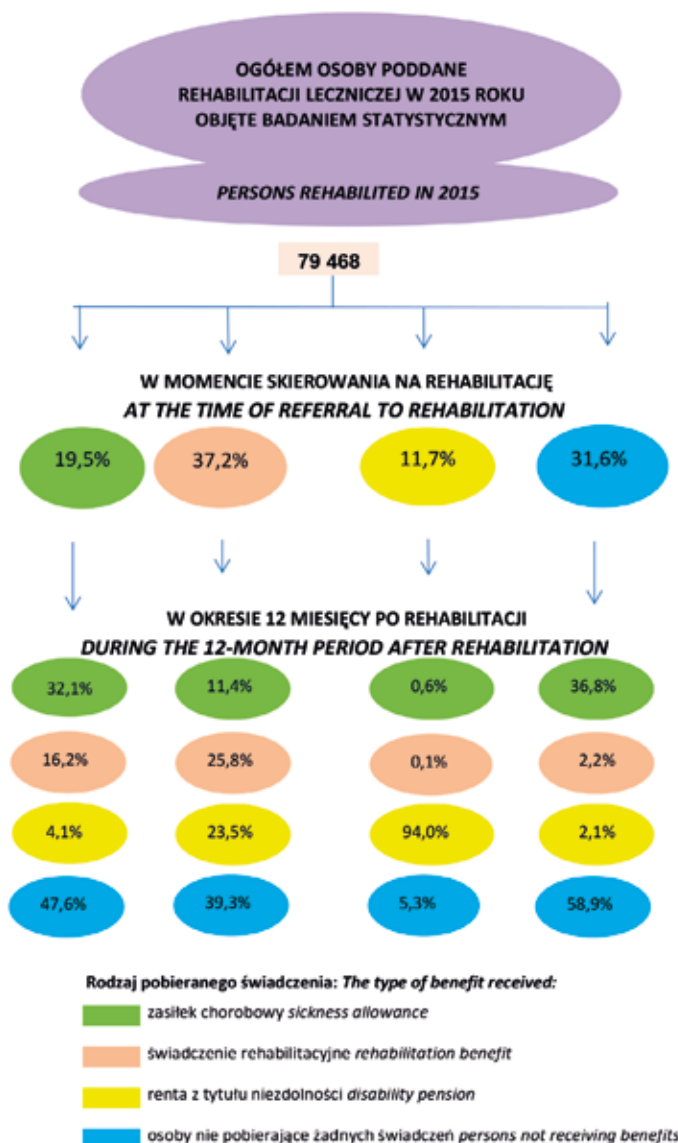
Do najczęściej występujących chorób narządu ruchu, które były przyczyną kierowania na rehabilitację leczniczą należały: choroby krążka międzykręgowego (M51), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47), zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54). Wśród chorób układu krążenia dominowały różne postacie choroby niedokrwiennej serca (I25), a wśród schorzeń układu oddechowego – dychawica oskrzelowa (J45) i przewlekła obturacyjna choroba płuc (J44). Z grupy chorób psychosomatycznych rehabilitacji podlegały przede wszystkim zaburzenia będące reakcją na ciężki stres (F43), zaburzenia lękowe (F41) i zaburzenia depresyjne (F33).

Średni wiek ubezpieczonych w momencie skierowania na rehabilitację leczniczą w 2015 r. wyniósł 50,8 roku: dla mężczyzn – 50,8 roku, dla kobiet – 50,7 roku. Systematycznie zmniejsza się udział mężczyzn kierowanych na rehabilitację leczniczą – w 2015 r. stanowili oni 46,2% rehabilitowanych. Najwyższy udział mężczyzn, bo ponad 80% odnotowano wśród osób z chorobami układu krążenia, najwyższy odsetek kobiet – wśród osób z chorobami psychosomatycznymi (71,9%).

Powodzenie rehabilitacji w znacznym stopniu zależy od możliwie wczesnego kierowania osób zagrożonych utratą zdolności do pracy na leczenie rehabilitacyjne. Wczesne kierowanie skraca czas niezbędny do usprawnienia organizmu w stopniu umożliwiającym powrót do pracy zarobkowej. Analiza wyników rehabilitacji prowadzona po upływie 12 miesięcy od jej zakończenia (tj. wyników rehabilitacji leczniczej przeprowadzonej w 2015 r.) potwierdza tendencję zwiększenia się z roku na rok odsetka osób kierowanych na rehabilitację leczniczą w trakcie pobierania świadczeń krótkookresowych, tj. zasiłku chorobowego lub nie pobierających świadczeń. Z ogólnej liczby rehabilitowanych w 2015 r., w momencie skierowania, świadczenia z ubezpieczeń społecznych pobierało 54,3 tys. osób, a pozostałe 25,1 tys. nie pobierało przed rehabilitacją żadnych świadczeń.

Zgodnie z przyjętym dla celów badania założeniem, przekładającym się na fakt nie pobierania żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, skuteczność programu rehabilitacji leczniczej z roku na rok wzrasta. Zdolność do pracy przywracana

jest średnio około połowie osób poddanych tej rehabilitacji. W 2015 r. w okresie 12 miesięcy po rehabilitacji 43,4% osób poddanych rehabilitacji nie pobierało żadnych świadczeń (ryc. 9.8).



Ryc. 9.8. Rehabilitowani w 2015 według rodzaju świadczeń pobieranych w momencie skierowania na rehabilitację oraz w okresie 12 miesięcy od jej zakończenia

Fig. 9.9. Rehabilitated persons in 2015, by type of benefit received at the time of referral to rehabilitation and during the 12-month period after its completion

Jeśli za dodatkowy czynnik analizy przyjmiemy tę samą jednostkę chorobową, z tytułu której pobierano świadczenia w momencie skierowania na rehabilitację leczniczą, jak i w okresie 12 miesięcy po jej zakończeniu, to leczenie rehabilitacyjne okazało się skuteczne w przypadku 53,5% rehabilitowanych.

Podsumowanie

1. Główną przyczyną czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2017 r. były: ciąża, poród i połów (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. 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: to 43,4% osób niepobierających w okresie 12 miesięcy po rehabilitacji żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych.
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 Juszczak

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, dla której operatem losowania był rejestr PESEL. Wywiady były przeprowadzane metodą bezpośredniego wywiadu (CAPI) przez przeszkolonych ankierów. 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. „Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia”. Ze względu na fakt, że NPZ jest szczególnie zorientowany na problem społecznych nierówności w zdrowiu 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 m.in. przez Eurostat a w Polsce prowadzonych przez GUS:

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?

Ponadto 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.

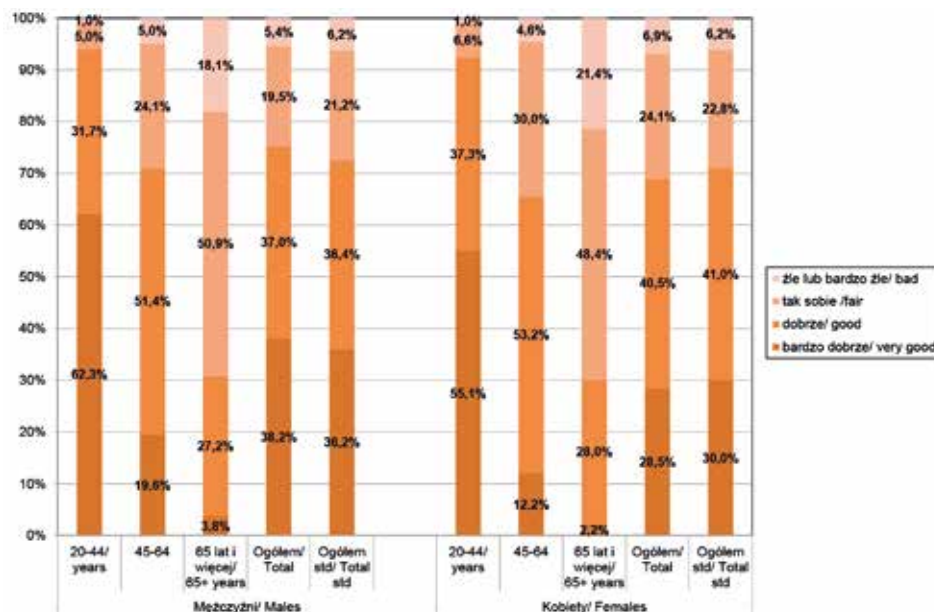
Ze względu na ograniczone możliwości tworzenia podgrup związane z liczebnością próby nie uwzględniano podgrup rozpatrywanych podpopulacji wg wieku natomiast, ze względu na różnice w strukturze wieku porównywanych podpopulacji, analizę prowadzono na podstawie częstości standaryzowanych względem wieku z zastosowaniem metody bezpośredniej, a jako standardową przyjęto strukturę wieku ludności Polski w 2017 r.

10.1. Ludność Polski ogółem

Ogólny stan zdrowia badanych wg ich własnej oceny przedstawiono na [rycinie 10.1](#). 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, 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 i 72,6% mężczyzn i 71,1% kobiet ocenia swój stan zdrowia jak bardzo dobry lub dobry.

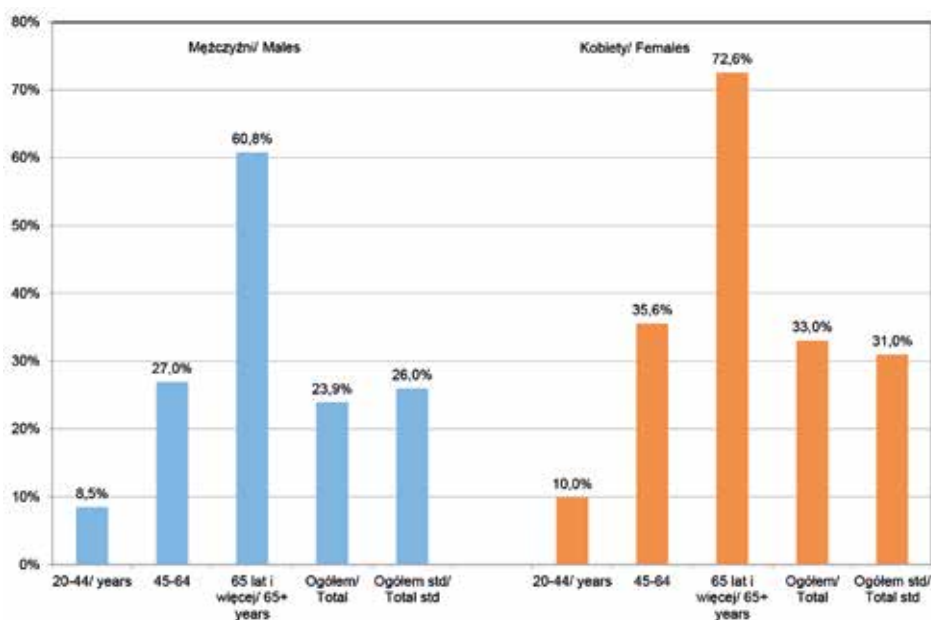
Występowanie długotrwałego problemu zdrowotnego lub choroby przewlekłej stwierdził prawie co czwarty mężczyzna i jedna trzecia kobiet ale po standaryzacji ta różnica zmniejszyła się do 5 punktów procentowych (pp) ([ryc. 10.2](#)). Trzeba zauważyć, że fakt występowania takiego problemu stwierdziło aż 61% mężczyzn i 73% kobiet w wieku 65 lat i starszym.

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](#)). Po standaryzacji różnica ta zmniejszyła się do 4 pp. W przypadku osób w wieku 65 lat i starszym problem ten występował aż u 56% mężczyzn i 68,5% kobiet.



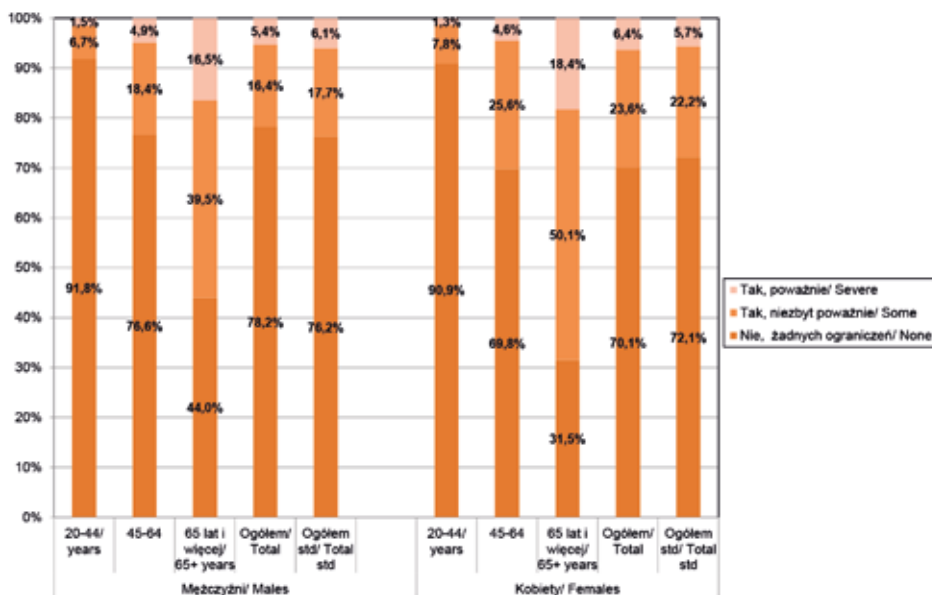
Ryc. 10.1. Stan zdrowia osób według ich własnej oceny wg płci i grup wieku w 2018 r. (dane NIZP-PZH)

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)



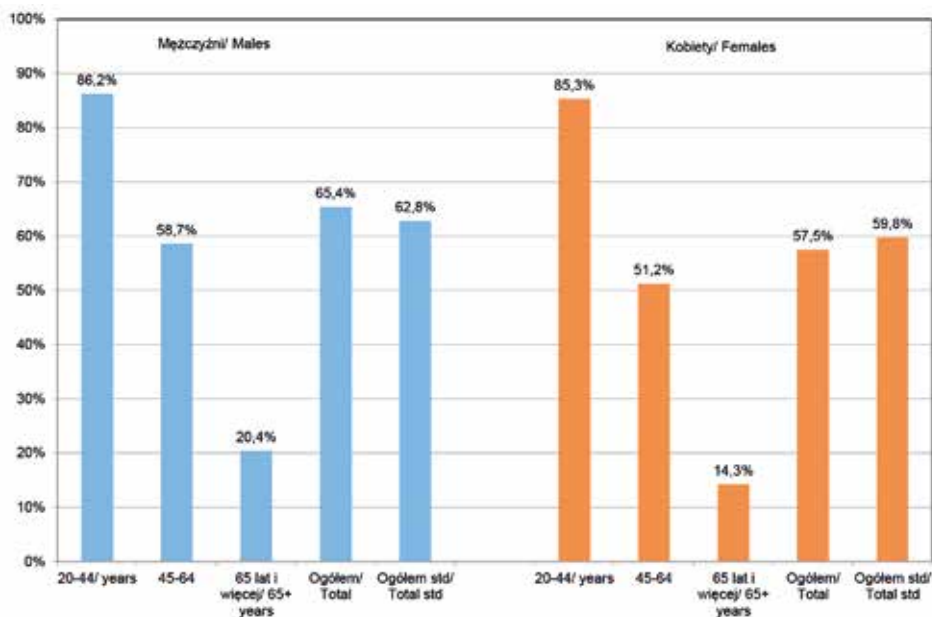
Ryc. 10.3. Osoby z ograniczoną możliwością wykonywania czynności z powodu problemów zdrowotnych wg płci i grup wieku w 2018 r. (dane NIZP-PZH)

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)

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 i w wieku 65 lat i starszym do grupy tej można zaliczyć tylko co piątego mężczyznę i co siódmą kobietę.

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, dla nadwagi lub otyłości analogiczne częstości wynosiły 60,2% i 35,7%, dla palenia papierosów 59,4% i 35,1%, wysokiego poziomu cholesterolu odpowiednio 42,6% i 25,1%. 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.



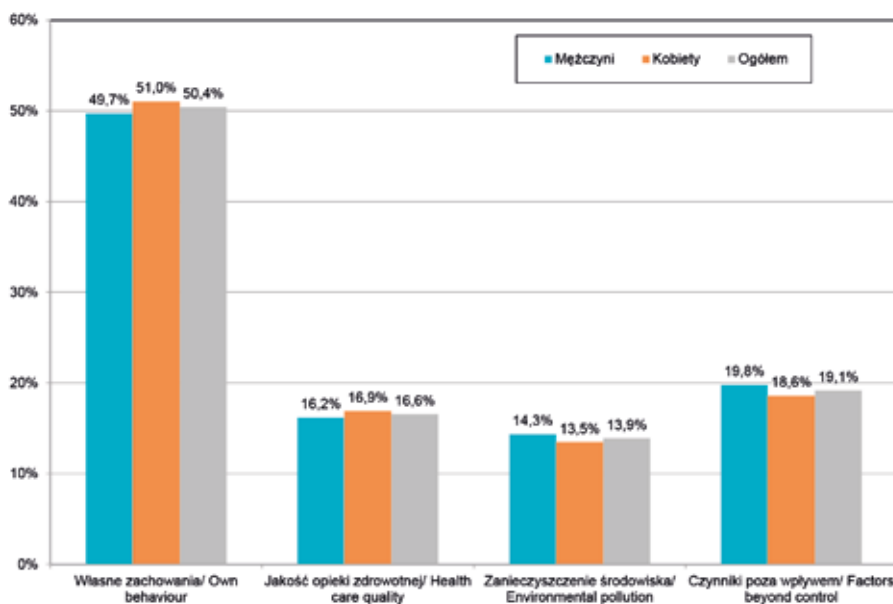
Ryc. 10.4. Osoby, których stan zdrowia można uznać na podstawie ich własnych ocen za dobry wg płci i grup wieku w 2018 r. (dane NIZP-PZH)

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)

Osobnym problemem również związanym z poważnym podejściem do własnego zdrowia 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 lekarza 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 odpowiednio 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.

W związku z coraz powszechniejszym zwracaniem uwagi na fakt, że nasze zdrowie w decydującym stopniu zależy od nas samych, 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. Jak pokazuje [rycina 10.5](#) 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.



Ryc. 10.5. Odsetek osób, które oceniły dany czynnik jako najważniejszy w decydowaniu o ich stanie zdrowia (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.5. People aged 20 years and more who put a given factor as the most important in deciding of their health (data NIPH-NIH)

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 mieszkanki 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 (ryc. 10.6). Warto zauważyć, że w przypadku mężczyzn sytuacja taka nie występuje.

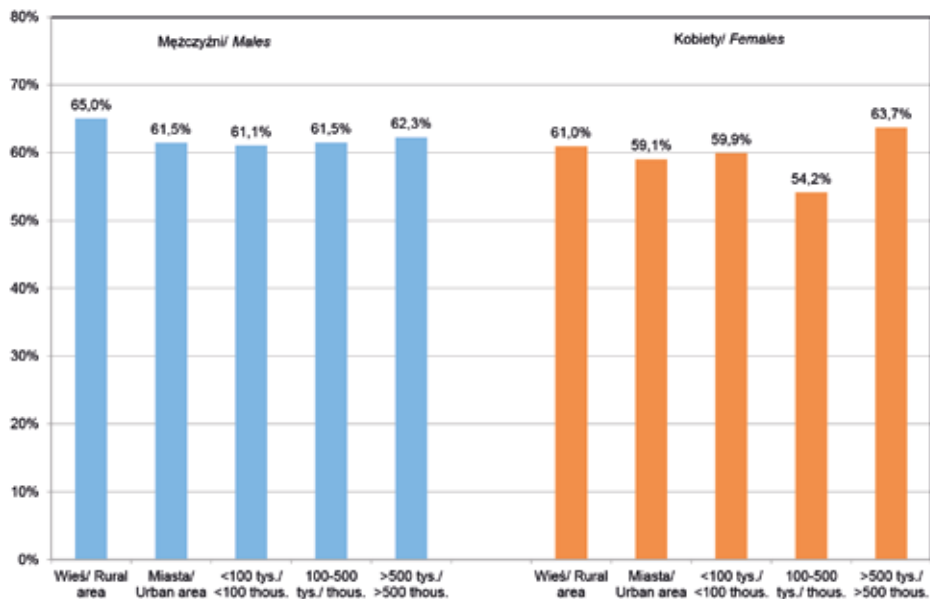
Tabela 10.1. Standaryzowane względem wieku wskaźniki (%) samooceny stanu zdrowia badanych osób wg płci i charakteru miejsca zamieszkania (dane NIZP-PZH)

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 illness					
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%.



Ryc. 10.6. Standaryzowana względem wieku częstość osób, których stan zdrowia można uznać na podstawie ich własnych ocen za dobry wg płci i charakteru miejsca zamieszkania (dane NIZP-PZH)

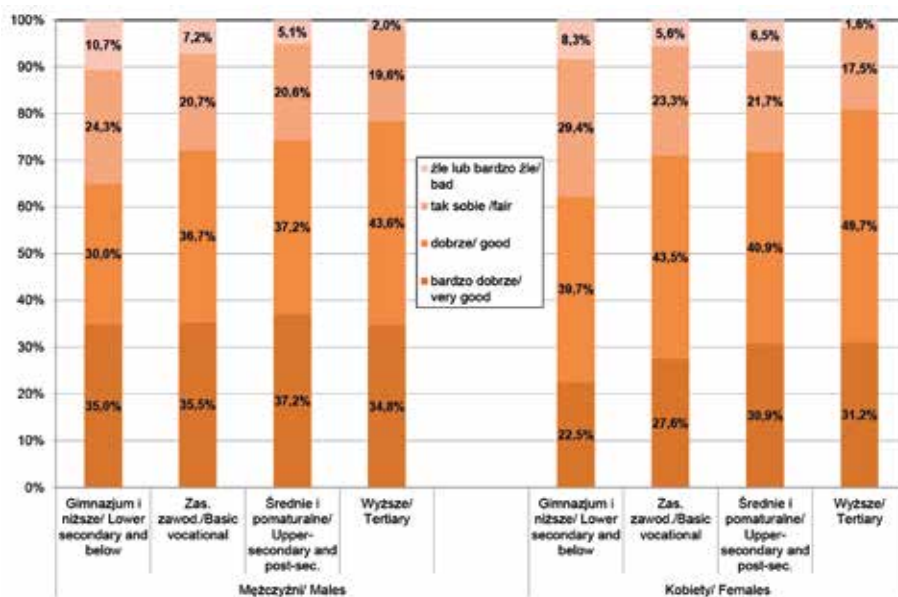
Fig. 10.6. Age-standardized frequency of people aged 20 years and more whose self-reported health status may be considered as good, by sex and place of residence (data NIPH-NIH)

W sytuacji ograniczonego stosowania się do zaleceń lekarza to w przypadku leczenia nadciśnienia tętniczego nie występowały różnice między mieszkańcami miast i wsi, w przypadku leczenia cukrzycy mieszkańcy wsi częściej niż miast nie stosowali się do zaleceń (mężczyźni 48,4% vs 34,7%, kobiety 30,4% vs 24,8%), natomiast w przypadku leczenia hipercholesterolemii to mężczyźni w miastach częściej niż na wsi stosowali się tylko częściowo do zaleceń (34,5% vs 18,5%) a wśród kobiet sytuacja była odwrotna (21,5% vs 29,3%).

Uzserogowanie 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. Pewną uwagę zwraca fakt, że osoby mieszkające na w miastach trochę częściej niż mieszkające na wsi wskazywały zanieczyszczenie środowiska jako najważniejsze dla własnego zdrowia: kobiety 15,1% vs 10,8%, mężczyźni 15,2% vs 13,2%.

10.3. Ludność według poziomu wykształcenia

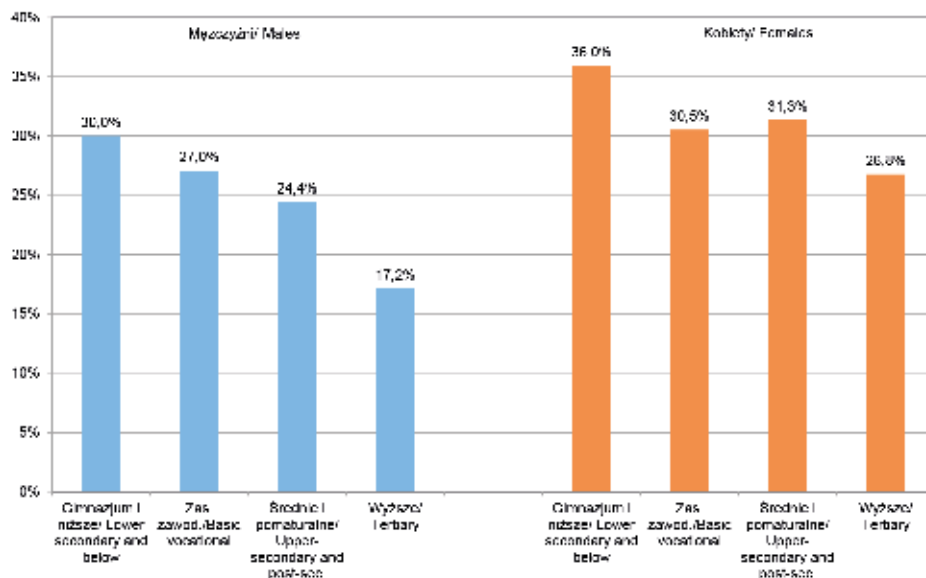
Poziom ukończonego wykształcenia badanych osób był rozpatrywany w czterech kategoriach: gimnazjum lub niższe, zasadnicze zawodowe, średnie lub policealne, wyższe. Ogólny stan zdrowia poszczególnych grup wg własnej oceny przedstawiono poniżej na [rycinie 10.7](#). Widoczny jest wyraźny gradient społeczny w stanie zdrowia – wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta częstość osób, które oceniają swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre a stopniowo zmniejsza się odsetek tych, którzy oceniają je jako złe lub bardzo złe. Prawidłowość ta występuje zarówno u mężczyzn jak i kobiet, ale wśród kobiet nie widać różnicy między tymi z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim.



Ryc. 10.7. Stan zdrowia osób według ich własnej oceny wg płci i poziomu wykształcenia – częstości standaryzowane względem wieku (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.7. Self-perceived health of males and females aged 20 years and more by educational attainment level – age-standardized frequencies (data NIPH-NIH)

Częstość występowania długotrwałego problemu zdrowotnego lub choroby przewlekłej również w obu grupach płci zmniejszała się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia i różnica między grupami skrajnymi wynosiła 12,8 pp w przypadku mężczyzn i 10,6 pp w przypadku kobiet ([ryc. 10.8](#)).



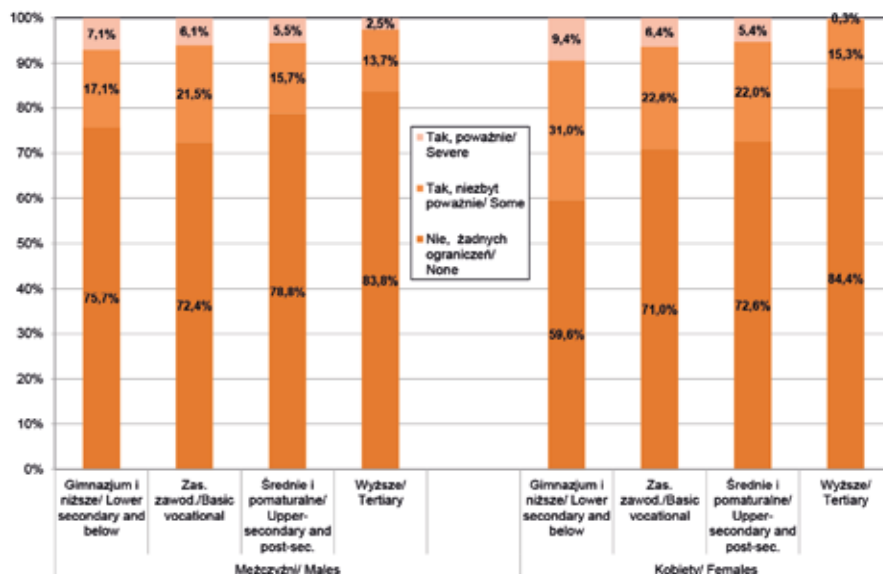
Ryc. 10.8. Osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi wg płci i poziomu wykształcenia – częstości standaryzowane względem wieku (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.8. People aged 20 years and more self-reporting a long-standing illness or health problem, by sex and educational attainment level – age-standardized frequencies (data NIPH-NIH)

Problem ograniczenia z powodu problemów zdrowotnych zdolności wykonywania czynności (niezbyt poważnego lub poważnego), trwającego co najmniej 6 ostatnich miesięcy, wyraźnie narastał wraz z obniżaniem się poziomu wykształcenia (ryc. 10.9). Szczególnie silnie zjawisko to występuje wśród kobiet, gdyż wśród tych z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym zgłosiło je aż 40,4% a więc dwa i pół razy więcej niż wśród tych z wykształceniem wyższym (różnica 25 pp).

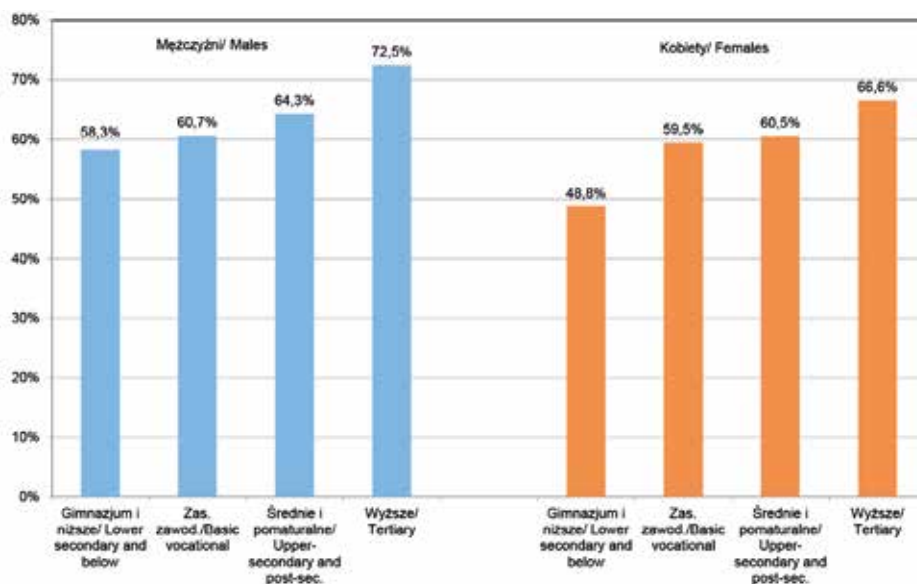
Zebrane łącznie wyniki samooceny stanu zdrowia badanych osób pozwalają na stwierdzenie, że zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet wraz ze wzrostem poziomu posiadanego wykształcenia osoby coraz częściej mają dobry stan zdrowia, ale zmiany następują trochę inaczej w obu grupach płci (ryc. 10.10). Wśród 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 „czynniki ryzyka albo czynniki sprzyjające 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.



Ryc. 10.9. Osoby z ograniczoną możliwością wykonywania czynności z powodu problemów zdrowotnych wg płci i poziomu wykształcenia – częstości standaryzowane względem wieku (dane NIZP-PZH)

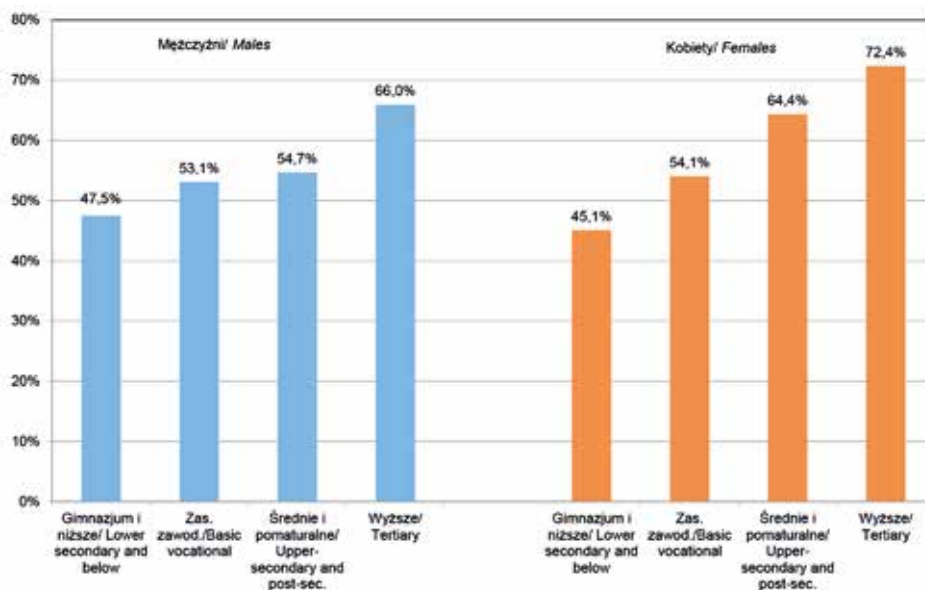
Fig. 10.9. People aged 20 years and more having self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem, by sex and educational attainment level – age-standardized frequencies (data NIPH-NIH)



Ryc. 10.10. 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. 10.10. 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)

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. 10.11). Trzeba jednak zwrócić uwagę, że aż jedna trzecia mężczyzn z wyższym wykształceniem i niewiele mniejszy odsetek kobiet nie zetknęła się z tym pojęciem.



Ryc. 10.11. 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. 10.11. 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 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.

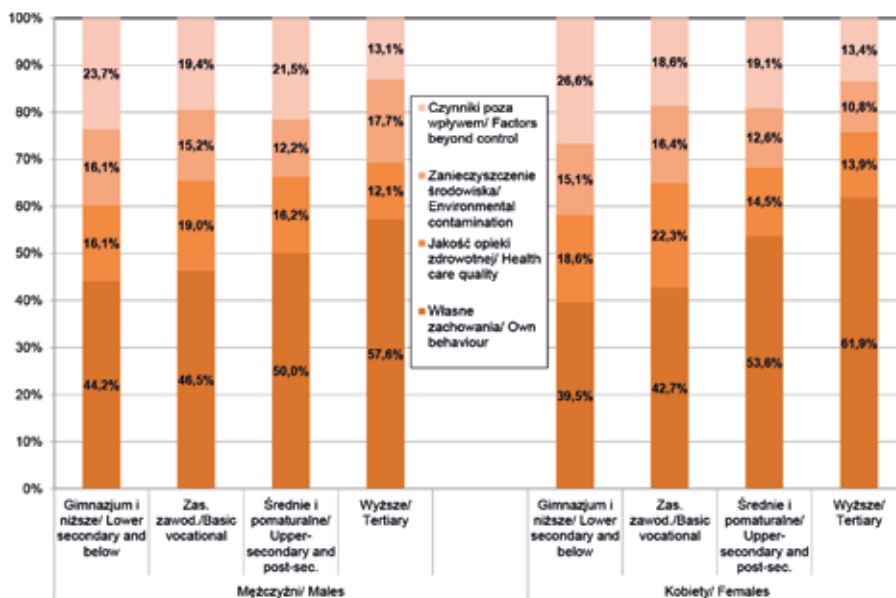
Tabela 10.2. Standaryzowana względem wieku częstość osób, które przyznały, że w ciągu ostatnich dwóch tygodni stosowały się do zaleceń lekarza częściowo (niezbyt systematycznie) lub nie stosowały się wg wykształcenia i zdiagnozowanego problemu zdrowotnego

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%

Uzeregowanie 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 osoby podawały jako najważniejsze dla swojego zdrowia czynniki, na które nie mamy wpływu. U kobiet widać wyraźny trend rosnący wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, uznawania własnych zachowań jako najbardziej decydujących o zdrowiu.

Wśród mężczyzn różnice są znacznie mniejsze a zmiana częstości ma charakter skokowy dla kategorii wyższego wykształcenia. Ponadto wśród mężczyzn wyraźnie zaznacza się trend rosnący częstości wskazań przyznających największe znaczenie jakości opieki zdrowotnej wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia.



Ryc. 10.12. Odsetek osób, które oceniły dany czynnik jako najważniejszy w decydowaniu o ich stanie zdrowia wg płci i poziomu wykształcenia (dane NIZP-PZH)

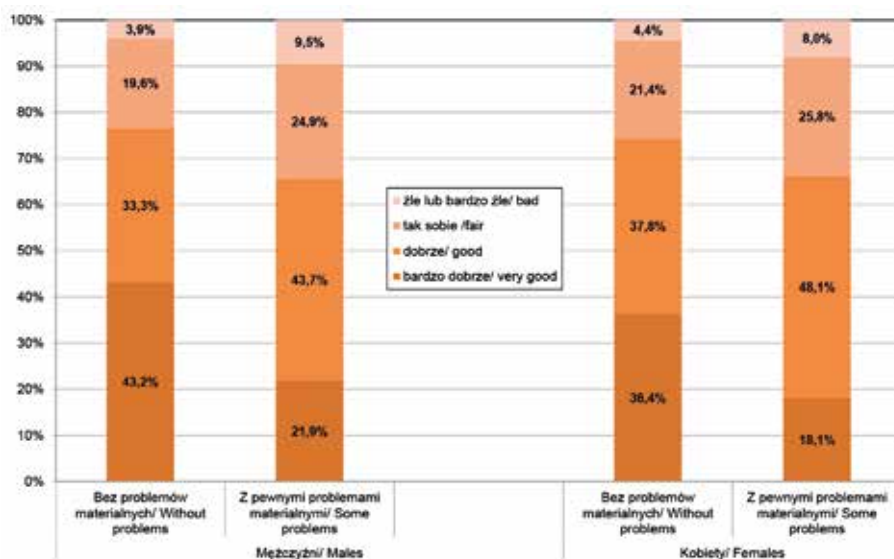
Fig. 10.12. People aged 20 years and more who put a given factor as the most important in deciding of their health by sex and educational attainment level (data NIPH-NIH)

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 któreś z tych trudności doświadczyli.

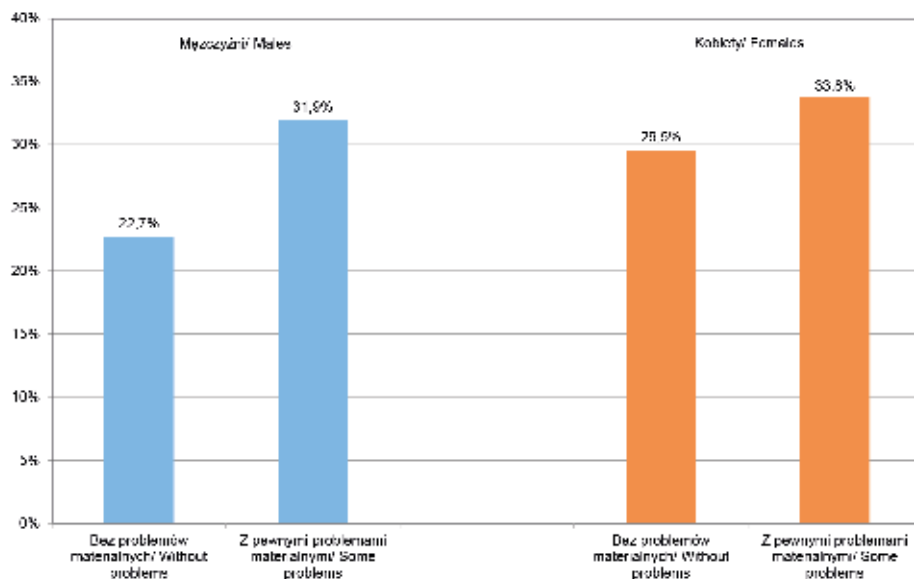
Ogólny stan zdrowia badanych w porównywanych grupach wg ich własnej oceny przedstawiono na [rycynie 10.13](#). Osoby bez problemów finansowych, zarówno mężczyźni jak i kobiety, dwukrotnie częściej niż pozostałe oceniały swój stan zdrowia jako bardzo dobry, a odpowiednio rzadziej jako dobry, zły lub bardzo zły, a więc różnica w ocenie nie występowała na krańcach skali ale dotyczyła jej przesunięcia. Korzystna dla mężczyzn różnica w stosunku do kobiet w częstości bardzo dobrej oceny zdrowia była większa wśród osób bez problemów materialnych niż wśród tych z problemami.



Ryc. 10.13. Stan zdrowia osób według ich własnej oceny wg płci i sytuacji materialnej – częstości standaryzowane względem wieku (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.13. Self-perceived health of males and females aged 20 years and more by economic status – age-standardized frequencies (data NIPH-NIH)

Występowanie długotrwałego problemu zdrowotnego lub choroby przewlekłej przedstawiono na [rycynie 10.14](#). Osoby, które nie doświadczyły problemów finansowych rzadziej zgłaszały występowanie takiej sytuacji niż osoby, które doświadczyły takich problemów. Również i w tym przypadku korzystna dla mężczyzn różnica w stosunku do kobiet polegająca na rzadszym występowaniu długotrwałych problemów zdrowotnych była większa wśród osób bez problemów materialnych niż wśród tych z problemami.



Ryc. 10.14. Osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi wg płci i sytuacji materialnej – częstości standaryzowane względem wieku (dane NIZP-PZH)

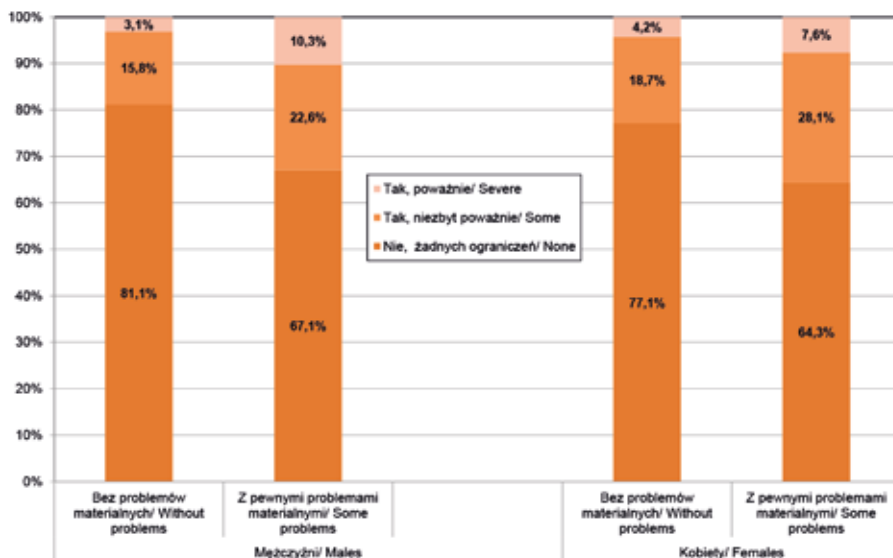
Fig. 10.14. People aged 20 years and more self-reporting a long-standing illness or health problem, by sex and economic status – age-standardized frequencies (data NIPH-NIH)

Ograniczenia z powodu problemów zdrowotnych zdolności wykonywania czynności (niezbyt poważnego lub poważnego), trwającego co najmniej 6 ostatnich miesięcy, w większym stopniu dotyczyły osób, które doświadczyły problemów materialnych niż pozostałych (ryc. 10.15). Wzrost nasilenia tej sytuacji był podobny wśród mężczyzn i kobiet – w pierwszej grupie różnica wyniosła 14,0 pp, a w drugiej 12,8 pp.

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 „czynniki 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 zostali 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.

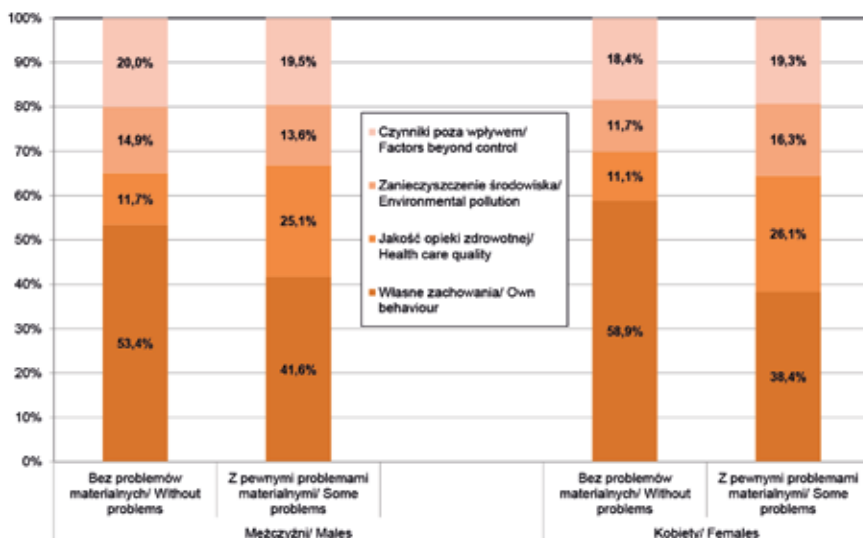


Ryc. 10.15. Osoby z ograniczoną możliwością wykonywania czynności z powodu problemów zdrowotnych wg płci i sytuacji materialnej – częstości standaryzowane względem wieku (dane NIZP-PZH)

Fig. 10.15. People aged 20 years and more having self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem, by sex and economic status, – age-standardized frequencies (data NIPH-NIH)

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% mężczyzn 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 [rycynie 10.16](#) 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. 10.16. 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. 10.16. 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 trzytysieczną 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 dotyczył 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. Prawdopodobnie ta silnie 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 wpływając częstość zachorowań i przebieg chorób, a w efekcie również na długość życia. Próby liczbowego oszacowania ich wpływu na zdrowie podejmowane są przynajmniej od czasu ogłoszenia koncepcji obszarów zdrowia Lalonde'a (1974)¹. Już w 1995 roku stylowi życia przypisywano 50%-owy udział w umieralności z powodu ogółu przyczyn (dla porównania: wkład czynników biologicznych – 20%, środowiskowych i społecznych – 20%, systemu ochrony zdrowia – 10%)². 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)³.

Analizy przeprowadzone w ramach Badania Globalnego Obciążenia Chorobami w 2017 roku (*GBD Study 2017*) wskazują m. in. czynniki ryzyka odpowiadające za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*)⁴. Dla Polaków są to w kolejności: palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta oraz wysokie ciśnienie krwi,

¹ Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*, National government publication, Ottawa 1974

² Badura B., What is and What Determines Health. W: Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe. Eds.: Laaser U., de Leeuw E., Stock Ch., Juventa Verlag, Munchen, 1995

³ WHO, Regional Office for Europe, The European health report 2015, (dostępne: 9.11.2018) <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015>

⁴ Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Compare <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (dostępne: 12.11.2018)

podobnie jak dla ogółu mieszkańców Europy Środkowej, choć wtedy znaczenie nadciśnienia jest większe niż diety. W roku 2017 same tylko behawioralne, a więc modyfikowalne czynniki ryzyka odpowiadały w naszym kraju za utratę 37,3% lat przeżytych w zdrowiu, z czego bezpośrednio związane z dietą (bez nadwagi i otyłości) za 14,2%, a z paleniem tytoniu 17,2%.

Mając na uwadze znaczenie tych czynników ryzyka, WHO przyjęła w roku 2004 Strategię dotyczącą żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia – dokument zawierający rekomendacje działań w dziedzinie popularyzowania zdrowego trybu życia⁵. Na jej podstawie przygotowano szereg bardziej szczegółowych opracowań i wytycznych dotyczących m. in. aktywności fizycznej⁶, spożycia wybranych produktów^{7, 8, 9} czy ich dostępności dla dzieci¹⁰.

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 oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, a także profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi¹¹.

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*)⁴. Dostępne w bazie HFA-DB¹² dane są niepełne, brak ich jednoczasowości utrud-

⁵ WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Geneva, 2004

⁶ WHO, Global recommendations on physical activity for health, 2010

⁷ WHO, Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, 2010

⁸ WHO, Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases, 2016

⁹ WHO, SHAKE the salt habit. The SHAKE technical package for salt reduction, 2016

¹⁰ WHO, A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, 2012

¹¹ 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

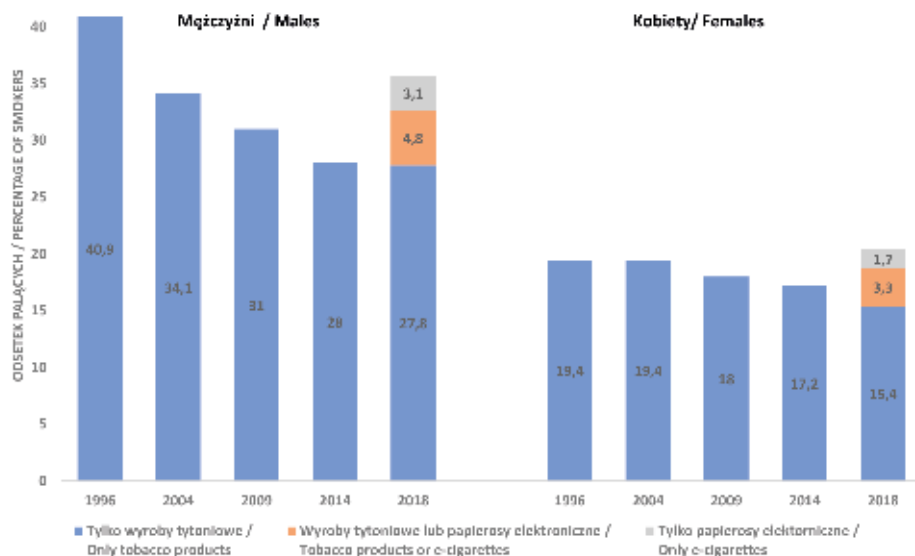
¹² <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>, data dostępu 23.11.2018

nia bezpośrednie porównania i możliwość jednoznacznego przypisania Polsce miejsca wśród krajów Unii Europejskiej, jednak szacunkowe dane pozwalają na umiejscowienie odsetka palących regularnie Polaków ogółem nieco ponad średnim poziomem w krajach UE. Wartości dla mężczyzn są nieznacznie poniżej, natomiast dla kobiet powyżej średniej.

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. Z drugiej strony, w porównaniu z wynikami badania GUS z 2014 roku zaobserwowano zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet spadek palących okazjonalnie – z odpowiednio 3,7% i 3,0% na 2,8% i 2,0%. Spadek ten nie tłumaczy jednak wysokiego odsetka osób regularnie używających zamiennie wyrobów tytoniowych i 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. Zaobserwowano nieco więcej palących regularnie na wsi (różnice w granicach 1 punktu procentowego, pp). Wśród kobiet różnice pomiędzy miastem a wsią są większe. Przede wszystkim kobiety w mieście częściej deklarują regularne palenie wyrobów tytoniowych (o około 3 pp). Niemal taki sam odsetek kobiet na wsi i w mieście nie pali, natomiast na wsi znacznie wyższy jest odsetek nigdy nie palących, a w mieście kobiet, które rzuciły palenie.

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.



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)

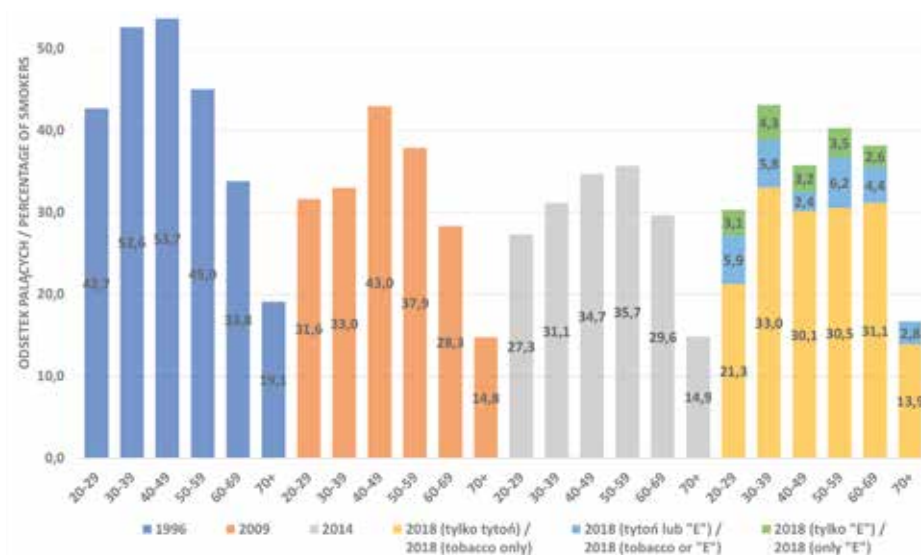
Ryciny 11.2. i 11.3. prezentują odsetek palących regularnie mężczyzn i kobiet w zależności od wieku w latach 1996¹³, 2009¹⁴, 2014¹⁵ i 2018¹⁶. Wśród mężczyzn niekorzystne zmiany zaobserwować można w grupach wiekowych 30-39 oraz 60-69 lat. W 2014 roku odsetek regularnie palących wynosił w nich odpowiednio 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 oraz 4,3% i 2,6% tylko e-papierosów. W pozostałych grupach wiekowych zaznacza się kilkuprocentowy spadek odsetka palących wyłącznie tytoń, który jest „rekompensowany” poprzez odsetek zastępujących całkowicie lub częściowo tytoń wyrobami elektronicznymi. Ponieważ w badaniu GUS nie było pytań dotyczących elektronicznych papierosów, to trudno stwierdzić, czy sumaryczny odsetek mężczyzn używających wyrobów z nikotyną wzrósł.

¹³ GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 1996 r., Warszawa, 1998

¹⁴ GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., Warszawa, 2011

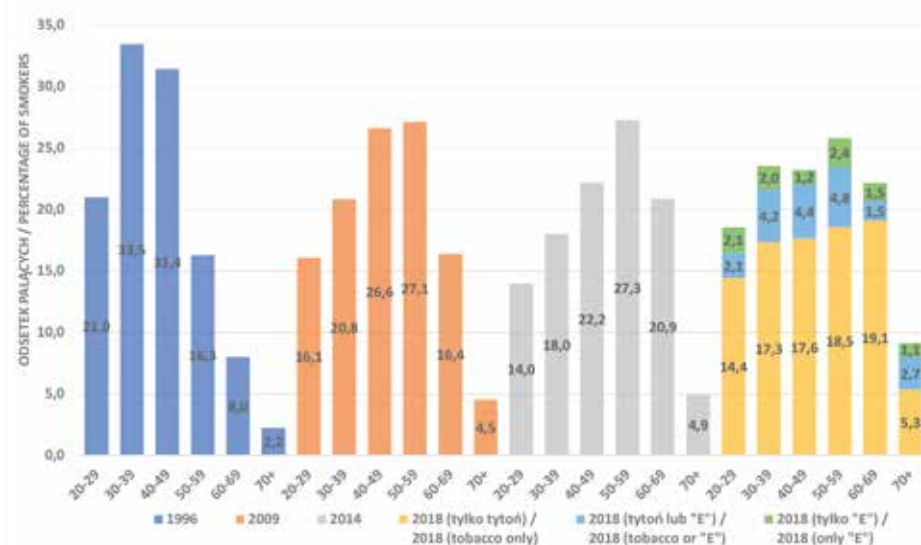
¹⁵ GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r., Warszawa, 2016

¹⁶ Badanie ankietowe stanu zdrowia ludności, NIZP-PZH, 2018, wyniki nieopublikowane (listopad 2018)



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)



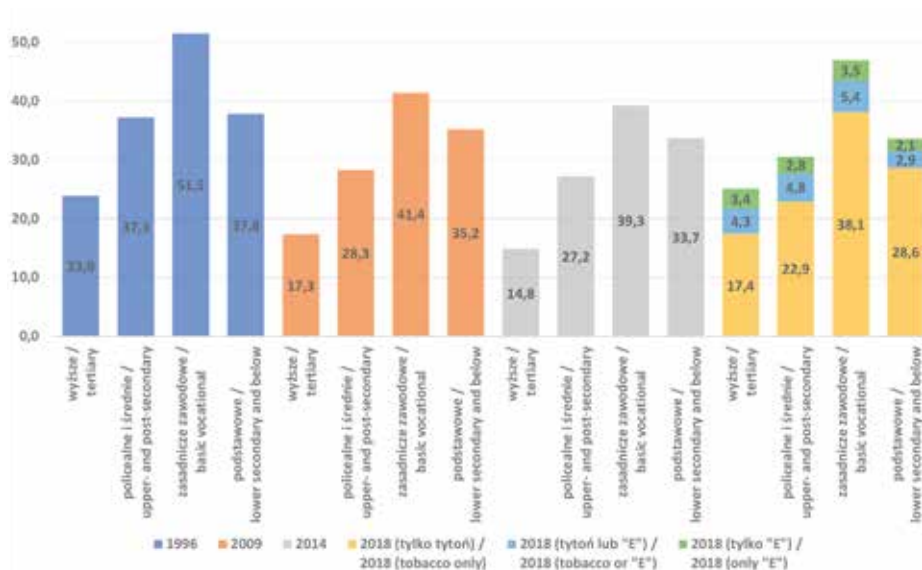
Ryc. 11.3. Odsetek kobiet regularnie palących tytoń lub e-papierosy, w zależności od wieku, 1996-2018 (dane: GUS i NIZP-PZH)

Fig. 11.3. Percentage of females regularly smoking tobacco or e-cigarettes, by age, 1996-2018, 1996-2018 (data: SP, NIPH – NIH)

W grupach wieku 20-29 i 30-39 lat odsetek kobiet deklarujących w 2018 r. regularne palenie wyłącznie 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 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.

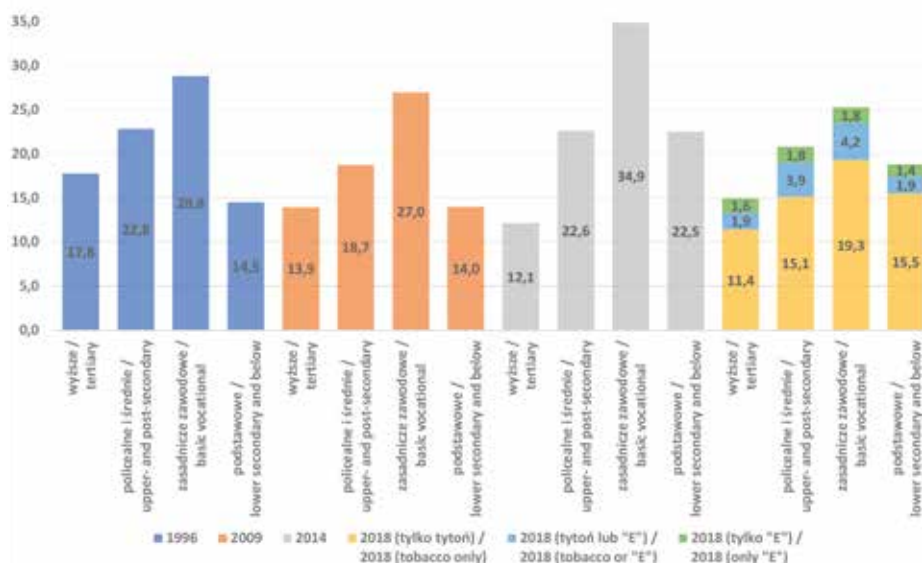
Wykształcenie – tak jak w wynikach badań GUS przeprowadzonych w poprzednich latach było czynnikiem różnicującym rozpowszechnienie palenia – zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet obserwuje się spadek odsetka palących osób wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Najgorzej przedstawia się sytuacja wśród 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.

Wśród mężczyzn, we wszystkich podpopulacjach wyznaczonych przez poziom wykształcenia, obserwuje się sytuację zbliżoną lub gorszą niż w 2014 roku. Zwraca uwagę zwłaszcza wzrost odsetka palących wśród osób z wykształceniem wyższym, wśród których w 2014 roku regularnie paliło 14,8% osób, a w 2018 wyłącznie wyroby tytoniowe już 17,4%, a dalsze 4,3% regularnie paliło wyroby tytoniowe na zmianę z e-papierosami, zaś 3,4% tylko e-papierosy. W grupach z wykształceniem policealnym i średnim oraz podstawowym lub niższym odsetek mężczyzn palących regularnie wyroby tytoniowe był co prawda znacznie niższy od poziomu palących regularnie w 2014 roku, ale obserwowany znaczny odsetek osób, które używają również wyrobów elektronicznych, każe traktować wyniki z 2018 r. jako zbliżone do tych z 2014 r.. W grupie mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym odsetek regularnie palących tylko wyroby tytoniowe w 2018 r. jest o 1,2% niższy niż palących regularnie w 2014 r.. W tej grupie duży odsetek stosujących wymiennie lub wyłącznie wyroby elektroniczne (5,4% i 3,5%) powoduje, że sytuację można ocenić jako niepokojącą. Różnice pomiędzy mężczyznami w tej grupie wykształcenia a pozostałymi są jeszcze bardziej wyraźne niż w 2014 r.



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)

Dynamika zmian odsetka palących kobiet w porównaniu z 2014 r. była bardzo podobna do obserwowanej wśród mężczyzn. W grupie z wykształceniem wyższym odsetek palących regularnie wyłącznie wyroby tytoniowe nieznacznie spadł w porównaniu z palącymi regularnie w 2014 r. (12,1% w 2014 r., 11,4 w 2018 r.), natomiast jest uzupełniany nadwyżką, którą stanowią osoby palące regularnie wyroby tytoniowe wraz z wyrobami elektronicznymi. Podobnie jak u mężczyzn, wśród kobiet z wykształceniem średnim i policealnym oraz podstawowym widać wyraźny spadek palących regularnie tytoń, który jest tylko częściowo rekompensowany przez osoby stosujące wyroby elektroniczne wymiennie z tytoniowymi lub wyłącznie. Za dobry sygnał można przyjąć znaczną poprawę sytuacji w grupie kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym – podczas, gdy w 2014 r. regularnie paliło 34,9% to w 2018 r. regularnie palących było już tylko 19,3%, stosujących wymiennie wyroby tytoniowe i elektroniczne – 4,2%, a tylko elektroniczne – 1,8%.

11.2. Spożycie alkoholu

Spożycie alkoholu w Polsce pozostaje od lat na poziomie zbliżonym do średniej europejskiej, 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)¹⁷. Według danych prezentowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych¹⁸ 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.

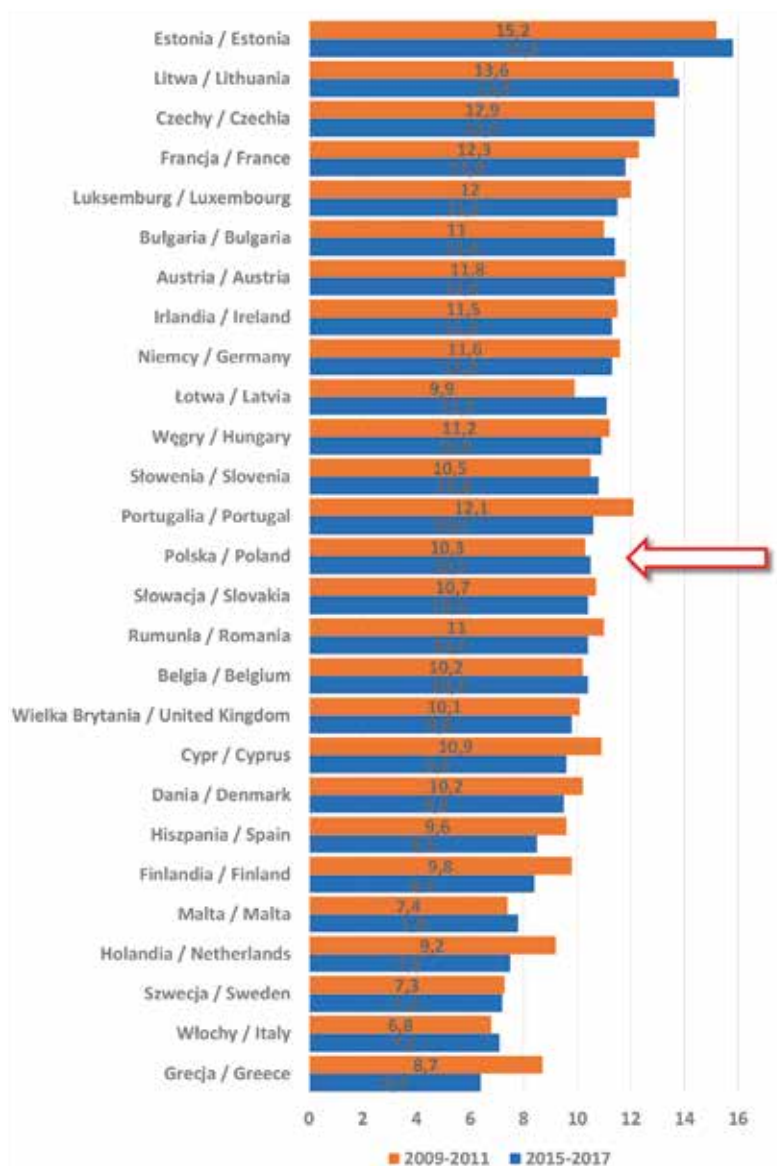
W 2016 r. spożycie alkoholu było czynnikiem odpowiedzialnym za znaczną część utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) – 14% dla mężczyzn¹⁹. Wartość ta – wysoka w skali w skali Unii Europejskiej – umiejscawia nasz kraj na miejscu 10-11 razem z Litwą (ryc. 11.7). Wartość 2,4% utraconych lat życia w zdrowiu kobiet jest jedną z niższych w UE, tylko dla 7 krajów wartości te są niższe. 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. Zwraca

¹⁷ Global Health Observatory data repository; <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1029?lang=en>, dostęp: 22-11-2018

¹⁸ <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>, dostęp 23-11-2018

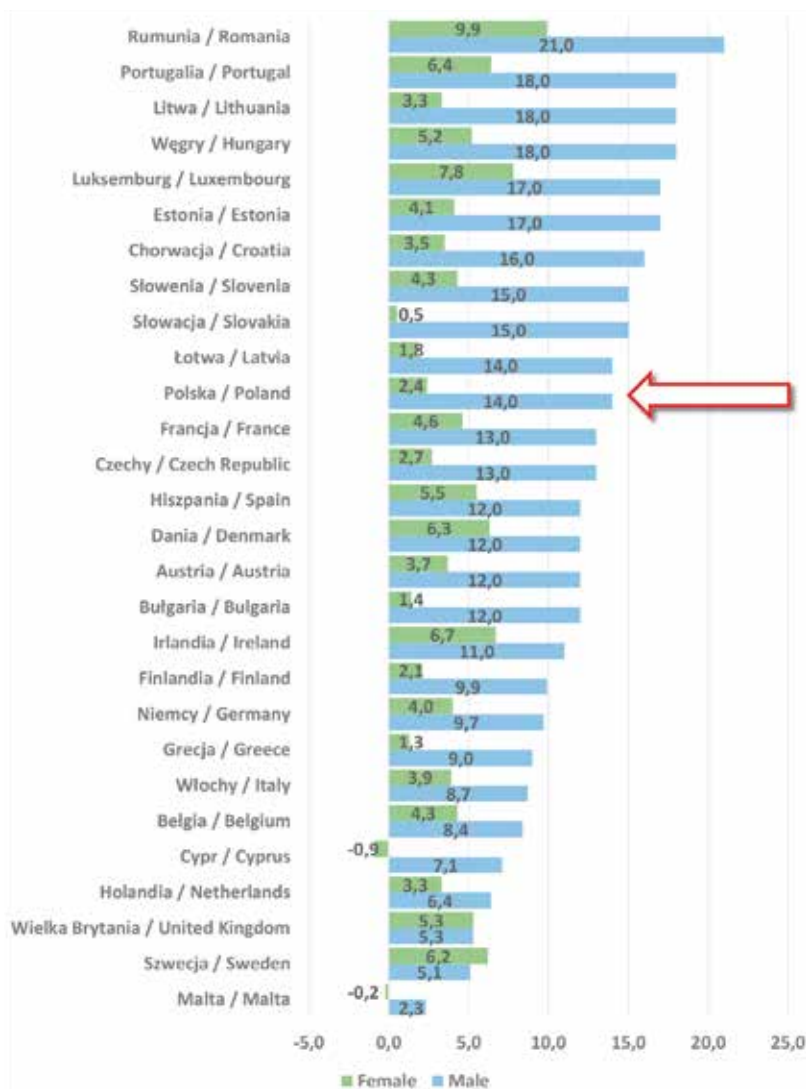
¹⁹ Supplement to: GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018; published online Aug 23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)

uwagę również fakt, że odsetek utraconych z tego powodu lat życia w zdrowiu na przestrzeni 11-12 lat praktycznie się nie zmienia – oczywiście ma to związek z w miarę stabilnym poziomem konsumpcji (ryc. 11.8.).



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)



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 dostarczyło aktualnych danych dotyczących zróżnicowania nadmiernego spożycia alkoholu w populacji polskiej¹⁶. 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 (tab. 11.1.).



Ryc. 11.8. Zmiany odsetka utraconych lat życia w zdrowiu związane ze spożyciem alkoholu, Polska 1990-2016 (dane: The Lancet)

Fig. 11.8. Changes in % of DALY lost due to alcohol consumption, Poland, 1990-2016 (data: The Lancet)

Wyniki – zwłaszcza dla mężczyzn są niepokojące, bo aż 21,4% respondentów twierdząco odpowiedziało na choć jedno z pytań. Wśród kobiet – tylko 6,1%. Analiza ze względu na wiek pokazuje pewne różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami. Wśród mężczyzn najniższe wartości obserwuje się w najmłodszej (20-29 lat) oraz dwóch najstarszych (60-69 oraz 70 i więcej lat) grupach wieku, zaś najwyższe – w grupie 50-59 lat. U kobiet natomiast – oczywiście przy znacznie niższym poziomie odpowiedzi mogących świadczyć o nadmiernym piciu, zdecydowanie najniższe wartości obserwuje się w również grupie najstarszej (70 i więcej lat), ale najwyższe – w najmłodszej. Nie zaobserwowano dużego zróżnicowania wyników ze względu na wykształcenie – choć zaznacza się tendencja, że odpowiedzi mogące świadczyć o nadmiernym piciu wśród mężczyzn najrzadziej pojawiają się w grupie z wykształceniem wyższym, a wśród kobiet – wśród tych z niższym wykształceniem (podstawowym i zasadniczym zawodowym). Widać również stosunkowo dużą różnicę pomiędzy wsią a miastem dla mężczyzn – w mieście odpowiedzi dotyczących nadmiernego picia było więcej. U kobiet różnice te są zaniedbywalne.

Tabela 11.1. Samoocena występowania problemów z pićm w zależności od płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania (dane: NIZP-PZH)

Table 11.1. Self-evaluation of the occurrence of drinking problems by sex, age, education and place of residence (data: NIPH – NIH)

	Mężczyźni/Males				Kobiety/Females			
	Mysli/Thoughts	Krytyczne uwagi/ Critical remarks	Poczucie winy/ Feeling guilty	Sumarycznie/ Summary	Mysli/Thoughts	Krytyczne uwagi/ Critical remarks	Poczucie winy/ Feeling guilty	Sumarycznie/ Summary
Ogółem/Total	12,4%	13,0%	12,7%	21,4%	3,4%	2,8%	4,1%	6,1%
Grupa wieku / Age group								
20-29	9,1%	9,4%	10,2%	17,7%	6,2%	2,5%	7,0%	9,9%
30-39	13,8%	13,5%	13,8%	24,8%	2,9%	3,6%	3,3%	5,6%
40-49	12,4%	14,9%	12,0%	21,3%	3,2%	3,2%	3,2%	5,6%
50-59	19,0%	16,4%	15,0%	27,4%	4,0%	2,4%	4,8%	6,5%
60-69	9,6%	12,7%	11,8%	17,5%	2,7%	3,1%	4,2%	5,7%
70 +	9,0%	10,4%	13,9%	17,4%	1,5%	1,9%	2,3%	3,8%
Wykształcenie/Education								
Podstawowe/Elementary	13,6%	12,9%	10,0%	20,0%	1,0%	2,4%	3,4%	4,8%
Zasadnicze zawodowe Vocational	13,5%	17,0%	16,1%	24,6%	3,4%	2,1%	3,6%	4,9%
Średnie i policealne Secondary	11,4%	10,7%	12,0%	20,2%	3,8%	3,5%	4,4%	6,8%
Wyższe/Higher	12,1%	10,6%	8,7%	18,4%	4,1%	2,5%	4,4%	6,9%
Miejsce zamieszkania / Place of residence								
Wieś/Rural	10,2%	9,2%	12,1%	18,9%	3,0%	2,7%	4,2%	5,9%
Miasto/Urban	13,9%	15,7%	13,2%	23,2%	3,6%	2,9%	4,0%	6,3%

11.3. Nadwaga i otyłość

Nadwaga jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych związanych ze stylem życia. Otyłość może być traktowana jako niezależna jednostka chorobowa (E66 według X rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów zdrowotnych ICD-10), ale również jako czynnik ryzyka wystąpienia wielu chorób przewlekłych (w tym sercowo-naczyniowych, niektórych nowotworów, cukrzycy typu 2) a także przedwczesnej umieralności. Niekorzystny wpływ nadwagi na zdrowie potwierdzają wyniki Badania Globalnego

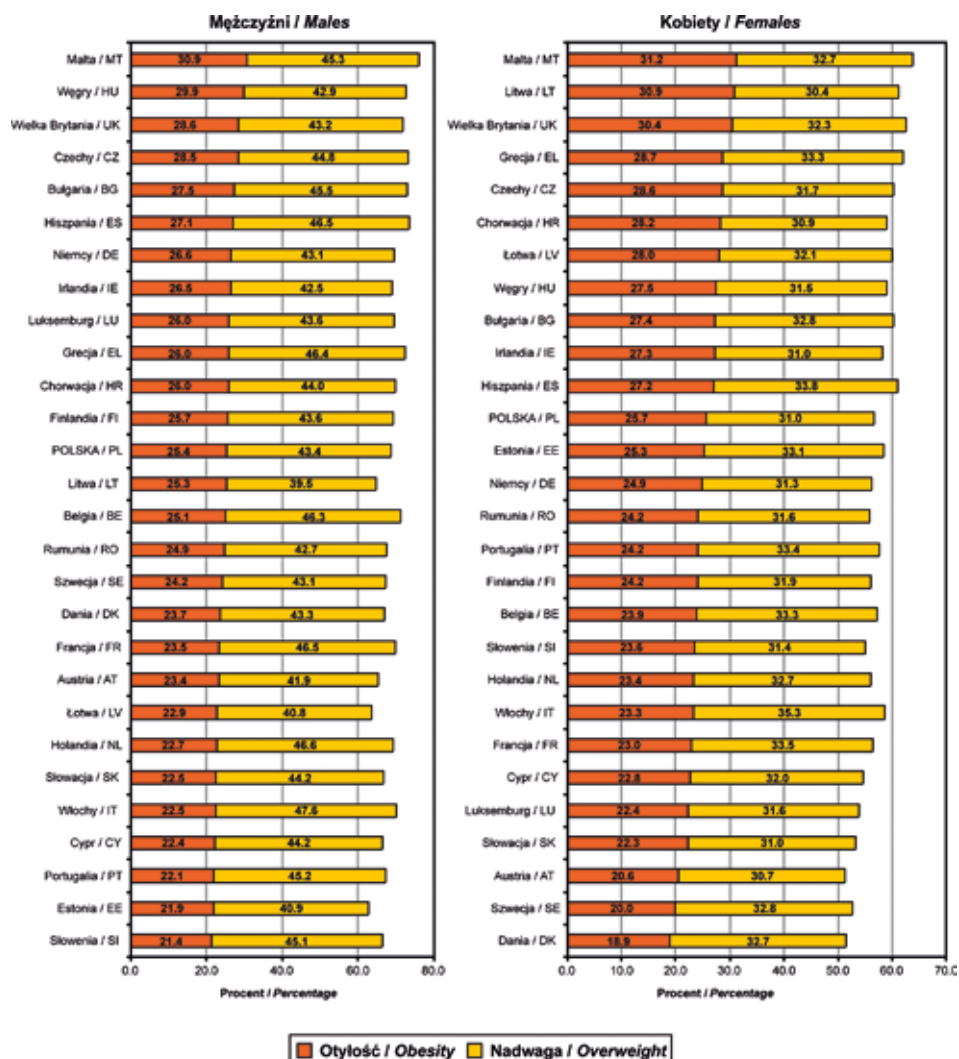
Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study 2017*), umieszczając ją na czwartym miejscu wśród najpoważniejszych czynników ryzyka łącznego obciążenia chorobami dla ludności Polski, a na piątym dla ogółu krajów Europy Środkowej i Europy Zachodniej⁴. Wśród czynników ryzyka, których modyfikacja daje największą szansę na poprawę sytuacji zdrowotnej do roku 2040, jest ona wymieniana na drugiej pozycji dla krajów Europy Zachodniej i na trzeciej dla Europy Środkowej²⁰. W naszym kraju odpowiada ona za utratę 11,3% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*), wśród mężczyzn za 11,1%, zaś kobiet – 11,7%⁴.

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, uzyskując z reguły niższą częstość występowania problemu. Dostępne oszacowania WHO (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 we wszystkich państwach Unii Europejskiej odsetek mężczyzn ze zbyt wysoką masą ciała (indeks BMI równy 25 lub więcej) wynosi powyżej 60% (a w 11 spośród 28 krajów UE nawet 70% lub więcej), zaś kobiet - ponad 50% (w 8 krajach powyżej 60%) – *ryc. 11.9*. Dla mężczyzn w poszczególnych krajach różni się on w zakresie od 63% (w Estonii) do 76% (na Malcie), dla 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 odsetek osób otyłych można uznać za wysoki - wśród mężczyzn wynosi on od 21% (w Słowenii) do 31% (na Malcie), wśród kobiet od 19% (w Danii) do 31% (na Malcie) – *ryc. 11.9*. Dla Polski odpowiednie wartości wynoszą 25,4% i 25,7%, co oznacza 16-tą i 17-tą pozycję wśród 28 krajów UE (licząc od najniższych).

Według danych z tego źródła niepokoją utrzymujące się w Polsce od wielu lat tendencje wzrostowe w rozpowszechnieniu zarówno zbyt wysokiej masy ciała, jak i otyłości (*ryc. 11.10*). Obserwuje się je dla obu płci, lecz dla mężczyzn są one wyraźnie silniejsze (średnio o 0,74 pp rocznie w przypadku zbyt wysokiej masy ciała i 0,56 pp dla otyłości, podczas gdy dla kobiet przyrosty te wynoszą odpowiednio 0,44 i 0,33 pp rocznie).

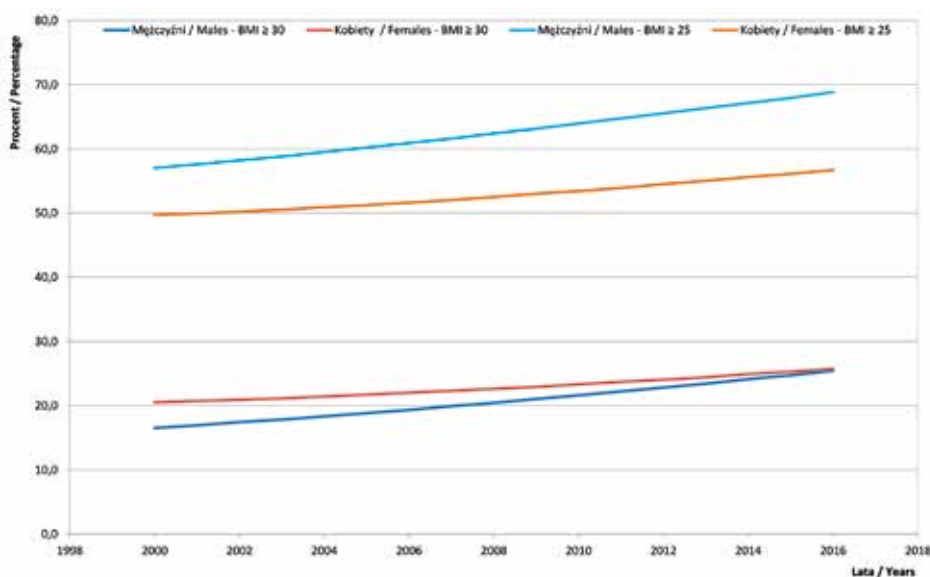
²⁰ Foreman K.J. i wsp. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories, *www.thelancet.com*, published online October 16, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5) (dostępne: 12.11.2018)



Ryc. 11.9. Odsetki ludności w wieku 18 lat i więcej z otyłością lub nadwagą w krajach UE w 2016 roku (dane: WHO Global Health Observatory)

Fig. 11.9. Percentage of people aged 18 years and over with obesity or overweight in EU countries in 2016 (data: WHO Global Health Observatory)

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 kraju¹⁶.

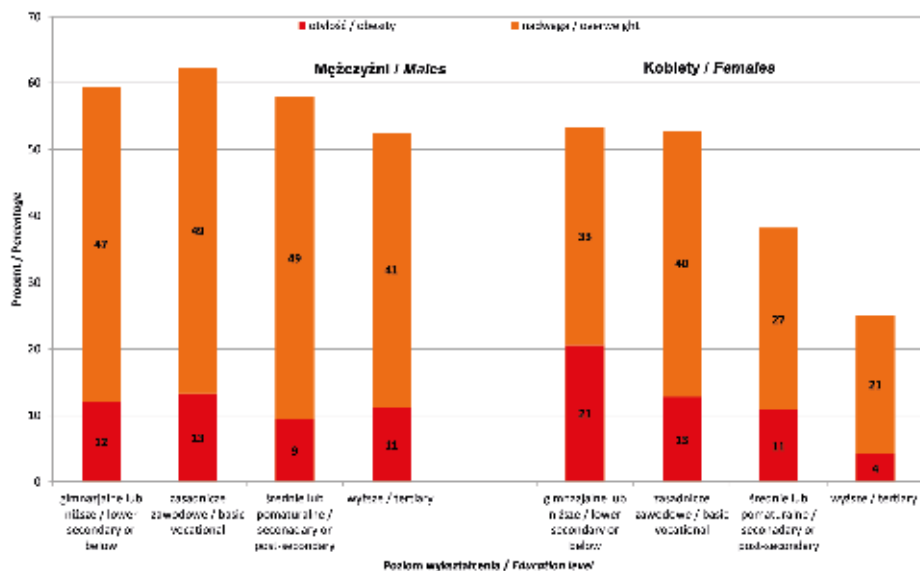


Ryc. 11.10. Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała ($BMI \geq 25$) oraz otyłości ($BMI \geq 30$) wśród ludności Polski w wieku 18 lat i starszych według płci w latach 2000–2016 (dane: WHO Global Health Observatory)

Fig. 11.10. Prevalence of high BMI (≥ 25) and obesity ($BMI \geq 30$) among Polish population aged 15 and over by sex, 2000–2016 (data: WHO Global Health Observatory)

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 w 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. 11.11). 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 (60-ty rok życia przekroczyło 9% Polaków z wykształceniem wyższym i 69% – z podstawowym). Po standaryzacji współczynników ze względu na wiek wspomniany efekt znika dla mężczyzn (współczynniki standaryzowane metodą bezpośrednią wynoszą od 52,9% w grupie z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym do 58,9% z zawodowym) i wyraźnie zmniejsza się wśród kobiet (współczynniki standaryzowane – od 37,1% dla osób z wykształceniem wyższym

do 43,6% – z zawodowym). 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%) – ryc. 11.11, po standaryzacji współczynników ze względu na wiek proporcja ta zmniejsza się do 2,6 (16,3% vs 3,4%).



Ryc. 11.11. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej według poziomu wykształcenia (dane: NIZP-PZH)

Fig. 11.11. Obesity and overweight among Polish population aged 20 and over by education level (data: NIPH-NIH)

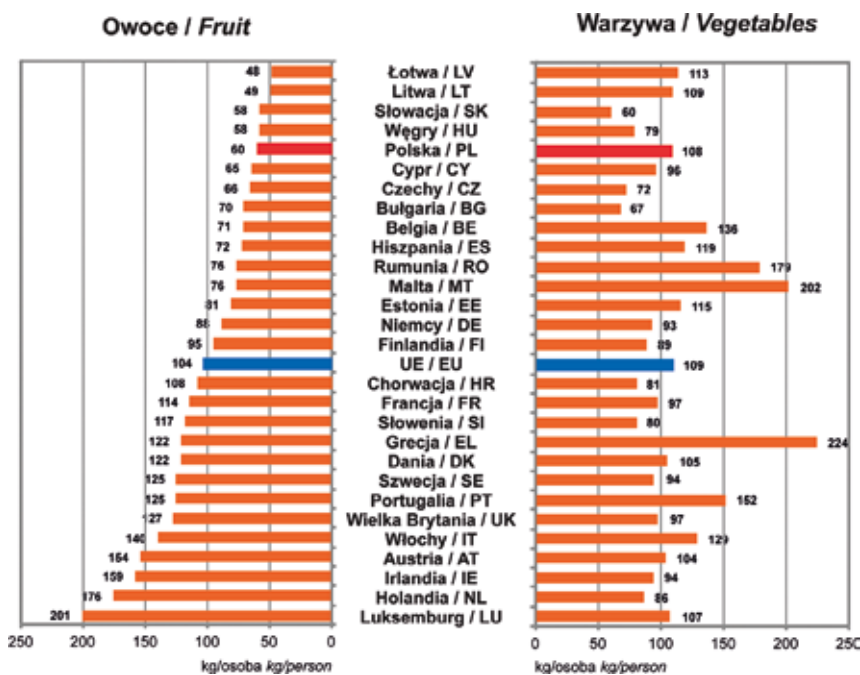
Odsetek mężczyzn z nadwagą, a także otyłością wśród mieszkańców miast i wsi jest zbliżony (58,2% vs 59,8% oraz 11,7% vs 10,6%). Więcej kobiet o zbyt wysokiej masie ciała mieszka na wsi (44,0% vs 39,4%; po standaryzacji współczynników względem wieku różnica nieco się pogłębia 44,4% vs 37,4%), w przypadku otyłości odsetki te wynoszą 12,1% i 10,8% (po standaryzacji: 12,1% vs 10,2%).

11.4. Spożycie warzyw i owoców

Nieprawidłowa dieta, a w szczególności niskie spożycie warzyw i owoców, może prowadzić do otyłości, hipercholesterolemii, niedoborów witamin, sprzyjając również rozwojowi nowotworów. Według najnowszego Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study 2017*) zbyt niskie

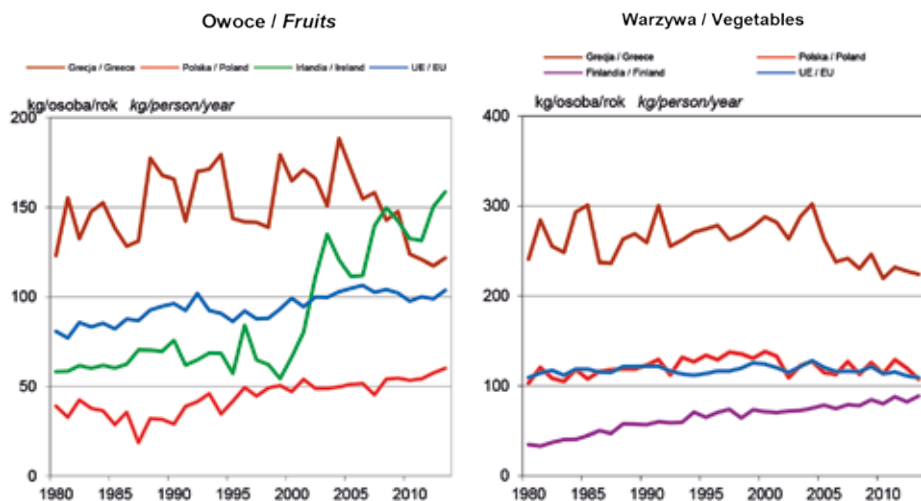
spożycie owoców odpowiada w naszym kraju za utratę 3,7% lat przeżytych w zdrowiu (*DALY*), niskie spożycie warzyw – za kolejne 2,5%⁴. Wśród czynników ryzyka, których modyfikacja daje największą szansę na poprawę sytuacji zdrowotnej do roku 2040, niskie spożycie owoców jest wymieniane na siódmej pozycji dla krajów Europy Zachodniej i na dziewiątej dla Europy Centralnej²⁰.

Wielkość konsumpcji owoców w krajach Unii Europejskiej jest bardzo zróżnicowana – według danych Organizacji Narodów Zjednoczonych do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa (*FAO*) dostępność owoców w Luksemburgu jest ponad czterokrotnie wyższa niż na Łotwie i Litwie (*ryc. 11.12*). 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 60,2 kg na osobę rocznie, czyli o 42% mniej niż przeciętnie w UE (103,7 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 (*ryc. 11.13*). Dostępność warzyw (z wyłączeniem ziemniaków) w Polsce od lat jest zbliżona do przeciętnej UE (*ryc. 11.12*), co plasuje Polskę na 11-tej pozycji wśród 28 krajów UE.



Ryc. 11.12. Spożycie (dostępność) owoców i warzyw (bez ziemniaków) w krajach Unii Europejskiej w 2013 roku (dane: FAOSTAT Database)

Fig. 11.12. Supply of fruit and vegetables (excluding potatoes) in EU countries in 2013 (data: FAOSTAT Database)



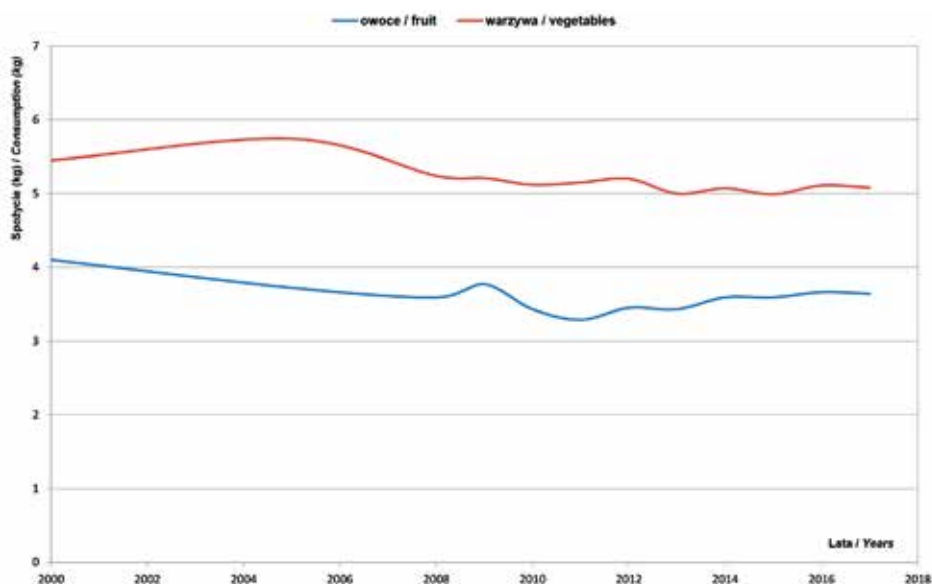
Ryc. 11.13. Trendy spożycia (dostępności) owoców i warzyw (bez ziemniaków) w wybranych krajach UE w latach 1980-2013 (dane: FAOSTAT Database)

Fig. 11.13. Trends in the supply of fruit and vegetables (excluding potatoes) in selected UE countries in 1980-2013 (data FAOSTAT Database)

Ważnym źródłem danych o konsumpcji warzyw i owoców w Polsce jest badanie budżetów domowych, realizowane przez GUS w roku 2017²¹. Spożycie szacowane było na podstawie ilości produktów nabywanych w gospodarstwach domowych, co stanowi istotną różnicę metodyczną w stosunku do danych FAO, opartych są na dostępności (podaży). Stąd otrzymane przez GUS wartości bezwzględne są wyraźnie niższe – przeciętne spożycie owoców w Polsce w roku 2017 wynosiło 3,6 kg na osobę miesięcznie, zaś warzyw (nie licząc ziemniaków) – 5,1 kg. Po okresie spadku konsumpcji, w ostatnich latach spożycie owoców zaczęło się zwiększać, natomiast warzyw utrzymuje się na stałym poziomie (ryc. 11.14).

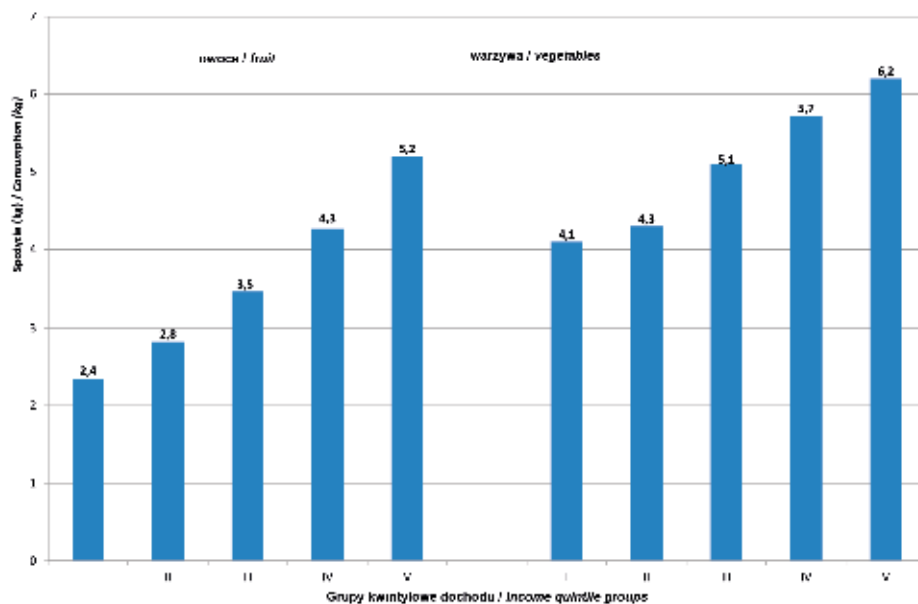
Podobnie jak w latach poprzednich spożycie warzyw i owoców wykazuje związek z sytuacją ekonomiczną konsumentów. Ilość nabywanych produktów monotonicznie zwiększa się ze wzrostem dochodu (ryc. 11.15). Według badania GUS w 2017 roku w gospodarstwach domowych o najwyższym dochodzie (z piątej grupy kwintylowej) 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). W przypadku warzyw nadwyżka jest wyraźnie większa niż w latach 2013 i 2014 (28%), ale niższa niż w roku 2015 (76%) i 2016 (60%).

²¹ GUS, Budżety gospodarstw domowych w 2017 r., Warszawa 2018.



Ryc. 11.14. Przeciętne miesięczne spożycie owoców i warzyw (bez ziemniaków) na 1 osobę w Polsce w latach 2000-2017 (dane: GUS)

Fig. 11.14. Average monthly consumption of fruit and vegetables (excluding potatoes) per capita in Poland in 2000-2017 (data: Statistics Poland)

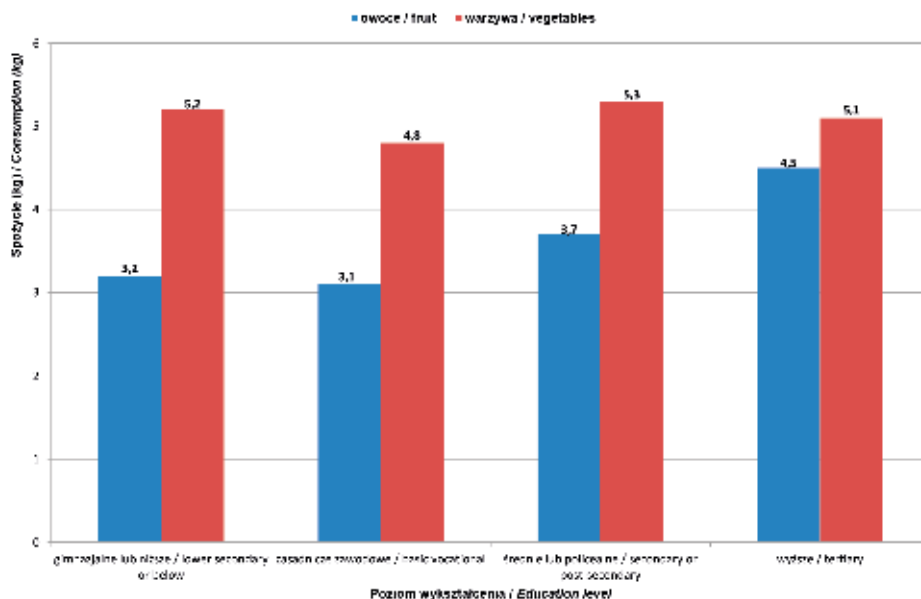


Ryc. 11.15. Przeciętne miesięczne spożycie owoców i warzyw (bez ziemniaków) na 1 osobę w roku 2017 według grup kwintylowych dochodu (dane: GUS)

Fig. 11.15. Average monthly consumption of fruits and vegetables (excluding potatoes) per capita in 2017 by income quintile groups (data: Statistics Poland)

Dla spożycia owoców proporcja ta w ostatnich dwóch latach nieco się obniżyła, wynosząc odpowiednio: 2,5 (2013), 2,5 (2014), 2,6 (2015) i 2,3 (2016)²².

Ilość nabywanych w gospodarstwie owoców jest również silnie powiązana z wykształceniem domowników (ryc. 11.16). 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. 11.16).



Ryc. 11.16. 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. 11.16. 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)

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

²² GUS, Budżety gospodarstw domowych w 2013, 2014, 2015, 2016 r., Warszawa, 2014, 2015, 2016, 2017.

Owoce / Fruit
Polska / Poland - 3.6 kg

Warzywa / Vegetables
Polska / Poland - 5.1 kg

Fig. 11.17. Average monthly consumption of fruits and vegetables (excluding potatoes) in kilograms per capita in 2017 by voivodeship (data: Statistics Poland)

Danych o częstości spożywania warzyw i owoców dostarczyło wspomniane wyżej badanie ankietowe stanu zdrowia ludności przeprowadzone przez NIZP-PZH jesienią 2018 roku¹⁶. Jego wyniki wskazują, że codziennie je warzywa (nie licząc ziemniaków) 91,9% kobiet i 84,3% mężczyzn, zaś owoce odpowiednio 88,2% i 77,4%. Odsetki te nie zależą w sposób systematyczny od poziomu wykształcenia. Jednak osoby lepiej wykształcone częściej włączają te produkty do swojej diety. Wśród osób 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,

w przypadku mężczyzn jeszcze się pogłębiają (spożycie warzyw: 22,8% vs 64,9%, owoców: 41,2% vs 61,8%), zaś wśród kobiet tylko nieznacznie zmniejszają (warzywa: 48,3% vs 61,9%, owoce: 48,5% vs 55,7%).

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 porcję 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 (codziennie: 80,7% vs 75,0%, więcej niż jedna porcja: 52,7% vs 47,0%).

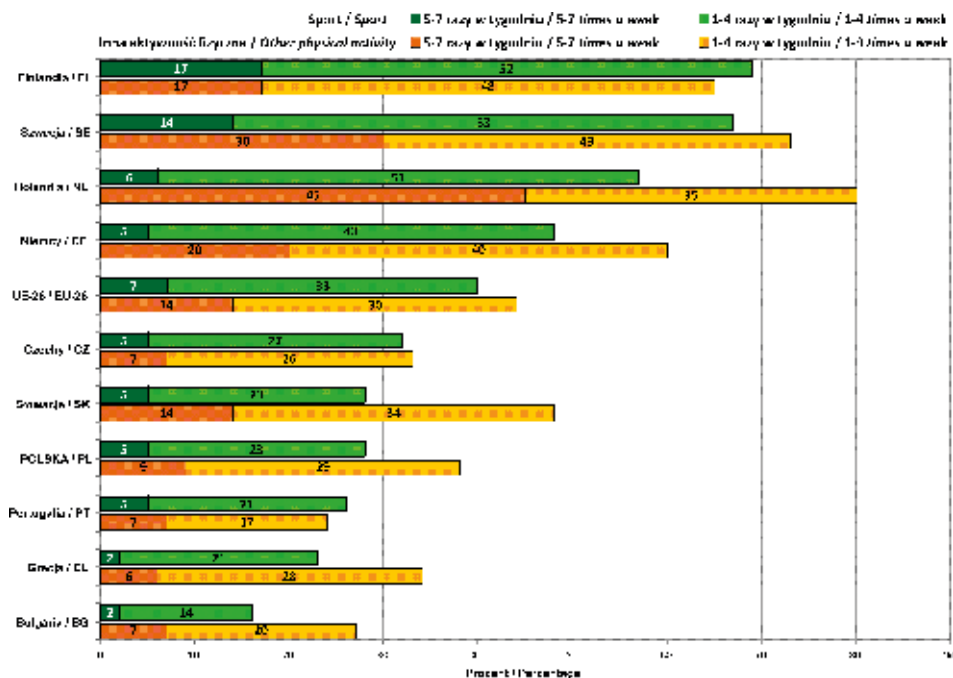
11.5. Aktywność fizyczna

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*)⁴.

Zgodnie z zaleceniami WHO osoby w wieku 18-64 lata w celu zachowania zdrowia powinny w każdym tygodniu podejmować aktywność fizyczną o natężeniu umiarkowanym przez co najmniej 150 minut lub intensywnym przez co najmniej 75 minut⁶. Tymczasem 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.)²³. Dość systematycznie (1-4 razy w tygodniu) ćwiczy 33%, a inne zajęcia ruchowe wykonuje 30% (ryc. 11.18). Jednocześnie 46% mieszkańców UE nie ćwiczy w ogóle, a 35% nie podejmuje innych form aktywności fizycznej. Różnice w między poszczególnymi krajami są bardzo znaczne. Najbardziej aktywni są mieszkańcy Skandynawii, najmniej – Europy Południowej. Przykładowo zajęć o charakterze sportowym nigdy nie podejmuje 13% Finów i 15% Szwedów oraz 68% Bułgarów, Greków i Portugalczyków, zaś rekreacji ruchowej – 7% Holendrów, 8% Szwedów, a jednocześnie 68% Maltańczyków i 64% Portugalczyków (ryc. 11.18). 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% (ryc. 11.18). Aż 56% Polaków nie uprawia sportu w ogóle (jeden z naj-

²³ TNS Opinion & Social dla Generalnej Dyrekcji Komisji Europejskiej ds. Edukacji, Młodzieży, Sportu i Kultury, Special Eurobarometer 472, Sport and Physical Activity, 2017

wyższych 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.



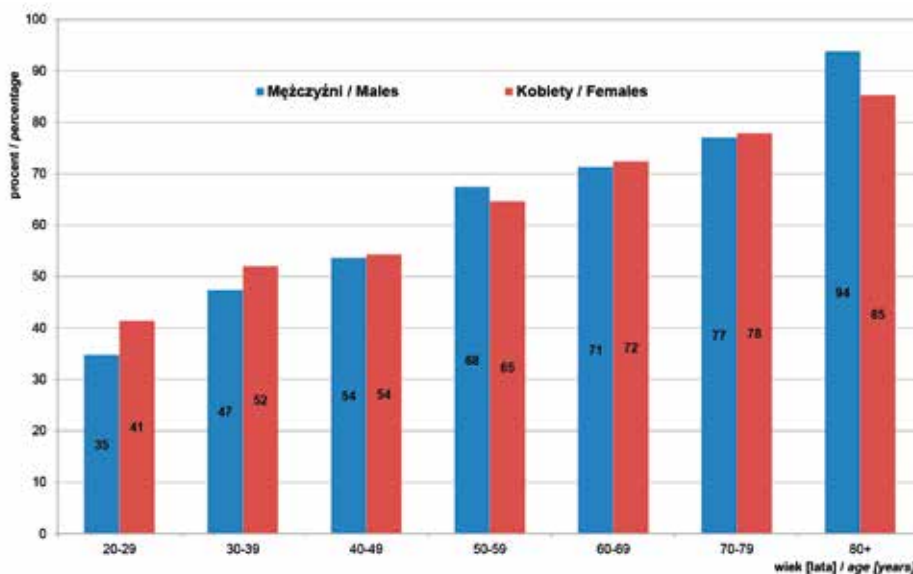
Ryc. 11.18. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat uprawiających sport i podejmujących inne formy aktywności fizycznej w wybranych krajach UE (dane: Eurobarometr 2017)

Fig. 11.18. Percentage of persons aged 15 and over practicing sport and engaging in other form of physical activity in selected EU countries in 2014 (data: Eurobarometer 2017)

Wyniki ankietowego badania stanu zdrowia przeprowadzonego przez NIZP-PZH jesienią 2018 wskazują, że żadnych form aktywności fizycznej poza związanymi z pracą i potrzebami lokomocyjnymi (np. gimnastyki, jazdy na rowerze, pływania, sportu rekreacyjnego, prac ogrodniczych przez co najmniej 30 minut bez przerwy) nie podejmuje 59,2% Polaków (57,2% mężczyzn i 61,0% kobiet). Jedynie w młodszym wieku (do 39 lat) mężczyźni ćwiczą wyraźnie częściej niż kobiety; wśród osób obu płci odsetek całkowicie nieaktywnych systematycznie zwiększa się z wiekiem (ryc. 11.19).

Poziom aktywności ruchowej silnie wiąże się z wykształceniem – w ogóle nie ćwiczy 80,8% osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, 73,5% z zasadniczym zawodowym, 52,8% ze średnim lub policealnym i 36,1% z wyższym.

Różnice te nie wynikają z odmiennej struktury wieku porównywanych grup, po standaryzacji współczynników ze względu na wiek odpowiednie częstości wynoszą: 81,4%, 73,6%, 52,9% oraz 35,8%. Częściej nieaktywni są mieszkańcy wsi (63,8%) niż miast (56,2%), po standaryzacji współczynników ze względu na wiek różnica ta nieznacznie się pogłębia (64,9% vs 55,6%).



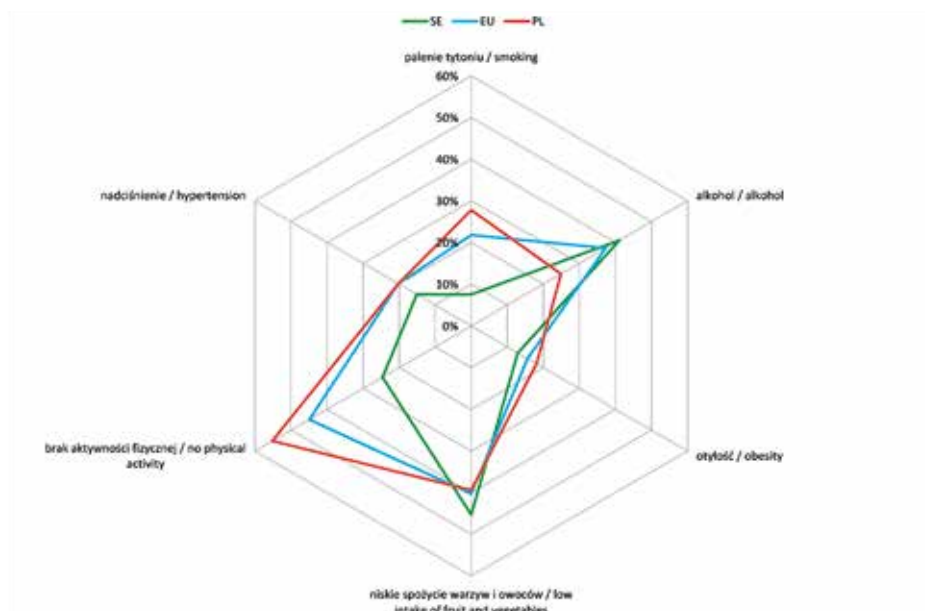
Ryc. 11.19. Odsetek Polaków w wieku 20 lat lub więcej niepodjęających żadnej rekreacyjnej aktywności fizycznej w roku 2018 (dane: NIZP-PZH)

Fig. 11.19. Percentage of Poles aged 20 and over non-engaging in any form of recreational physical activity in 2018 (data: NIPH-NIH)

11.6. Polska na tle krajów Unii Europejskiej

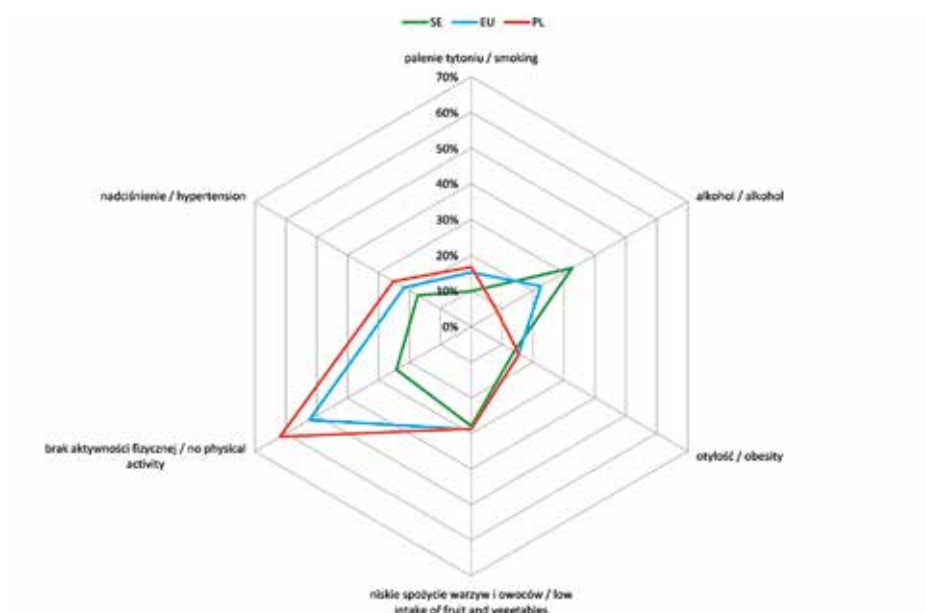
Na [rycinach 11.20. i 11.21](#) przedstawiono rozpowszechnienie wybranych czynników ryzyka w Polsce, państwach UE-28 oraz dla porównania Szwecji (kraju o dobrej polityce w zakresie zdrowia publicznego i ponadprzeciętnej w UE długości życia mieszkańców) na podstawie danych EUROSTAT-u za rok 2014.

Polska szczególnie wyraźnie odbiega od krajów UE pod względem aktywności fizycznej mieszkańców – brak jakiejkolwiek aktywności (poza związaną z 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%.



Ryc. 11.20. Rozpowszechnienie czynników ryzyka związanych ze stylem życia wśród mężczyzn w Polsce, Szwecji i krajach UE w 2014 roku (dane: EUROSTAT)

Fig. 11.20. Prevalence of lifestyle-related risk factors among males in Poland, Sweden, and EU countries (data: EUROSTAT)



Ryc. 11.21. Rozpowszechnienie czynników ryzyka związanych ze stylem życia wśród kobiet w Polsce, Szwecji i Krajach UE w 2014 roku (dane: EUROSTAT)

Fig. 11.21. Prevalence of lifestyle-related risk factors among females in Poland, Sweden, and EU countries (data: EUROSTAT)

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. Czynniki związane 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).
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 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.

3. 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*).
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). Ilość i częstość spożywanych owoców silnie zależy od sytuacji ekonomicznej i poziomu wykształcenia konsumentów – w najbogatszych gospodarstwach domowych nabywa się ich 2,2 razy więcej 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.
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 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.
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.

7. 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 częstotliwości jego nadużywania.
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 PM_{2,5}

Krzysztof Skotak

Ostatnie przeglądy wyników badań 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, przy czym krótkookresowa ekspozycja nawet na wysokie stężenia prowadzi do znacznie mniejszych skutków niż długookresowa na poziomy niższe¹.

Skutki zdrowotne długookresowego narażenia na zanieczyszczenie powietrza zostały omówione w poprzednich edycjach monografii NIZP-PZH². 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, zalegające układy wysokiego ciśnienia). W takich okresach z reguły przy bezchmurnym niebie występują niskie i bardzo niskie dobowe temperatury powietrza (często poniżej -10°C), powodujące wzrost zapotrzebowania na energię ciepłą i tym samym wzrost emisji zanieczyszczeń do atmosfery (spalanie paliw stałych). Istotną rolę w tym przypadku odgrywa zarówno emisja pierwotna (emisja zanieczyszczeń wprost do atmosfery), jak i emisja wtórna (emisja prekur-

¹ Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP Project. Technical Report. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization 2013

² Skotak K. i in: Zagrożenia środowiskowe [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania [Red. Wojtyniak B. i Goryński P.], Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016

sorów pyłu w postaci gazów i aerozoli, które w wyniku zachodzących reakcji chemicznych w atmosferze tworzą cząsteczki pyłu).

Należy zaznaczyć, że definicji smogu w ostatnim czasie pojawiło się wiele. Najczęściej spotykaną jest ta przytaczana przez Główny Inspektorat Ochrony Środowiska (GIOŚ) *„Smog aerolowy (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 dobową temperatura powietrza poniżej 5°C”*³. W nomenklaturze oceny jakości powietrza stosowanej przez GIOŚ pojawia się również często definicja smogu jako epizodu *„sytuacja jedno- lub kilkudniowych podwyższonych stężeń pyłu PM₁₀ z obserwowanym ponad 50% przekroczeniem dobowego poziomu dopuszczalnego dla pyłu PM₁₀ (50 µg/m³), tj. „poziomu granicznego epizodu” wynoszącego 75 µg/m³”*⁴. Wymienione powyżej definicje są najbardziej dokładnymi, jakie można spotkać w ostatnim czasie, ale nie są jednak precyzyjne. Nie uwzględniają ani głównej przyczyny 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. Ponadto w miastach i 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). **Co więcej, nie tylko w mediach, niepoprawnie i błędnie oraz ostatnio powszechnie stosuje się nazwę smog jako synonim zanieczyszczenia powietrza.**

W niniejszym rozdziale, przy zastosowaniu metodyki stosowanej przez Światową Organizację Zdrowia⁵, dokonano oszacowania skutków zdrowotnych związanych z krótkookresowym narażeniem na zanieczyszczenie powietrza pyłem PM_{2,5} (pyłem o wielkości ziaren poniżej 2,5 µm) w 12 aglomeracjach i 14 największych miastach Polski (definiowanych prawnie jako strefy do ocen jakości powietrza)⁶. Szaco-

³ Health risks of air pollution in Europe – HRAPIE project. Recommendations for concentration–response functions for cost–benefit analysis of particulate matter, ozone and nitrogen dioxide. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization 2013

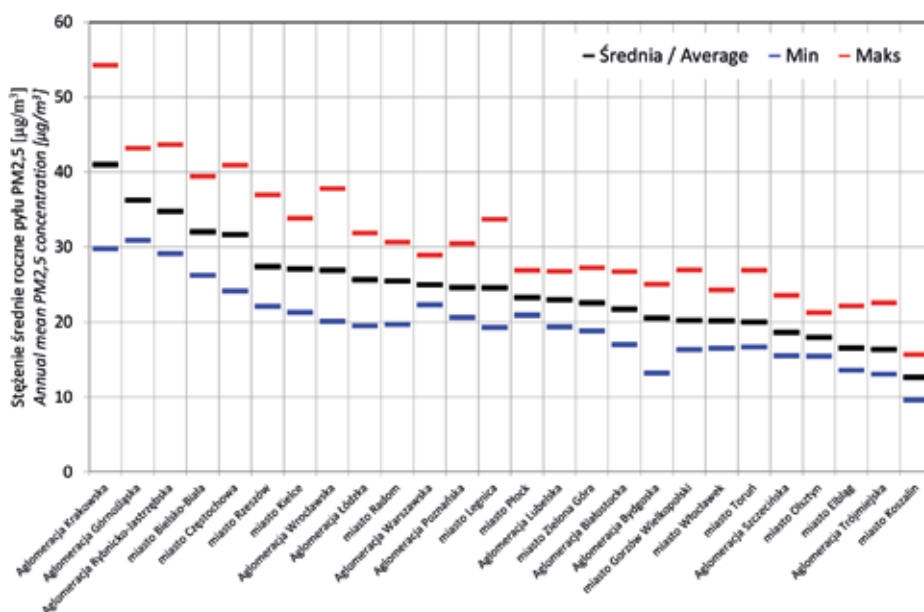
⁴ Analiza wybranych epizodów wysokich stężeń pyłu PM₁₀ z lat 2013–2016. Etap II Epizody z lat 2015–2016, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa 2017

⁵ Stan środowiska w Polsce Sygnały 2016, Biblioteka Monitoringu Środowiska, Warszawa 2017

⁶ Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 sierpnia 2012 r. w sprawie stref, w których dokonuje się oceny jakości powietrza (Dz. U. z 2012 r. Poz. 914)

wanie skutków wykonano dla ostatnich 12 lat (okresu 2005-2017) odrębnie dla każdego obszaru z uwzględnieniem zmienności dobowej stężeń pyłu PM_{2,5}, wielości populacji narażonej oraz wskaźników zdrowotnych. W analizie wykorzystano wszystkie wyniki pomiarów z całego okresu pochodzące ze stacji Państwowego Monitoringu Środowiska z wyłączeniem stacji komunikacyjnych. W przypadku braku wyników pomiarów dla pyłu PM_{2,5} i prowadzenia na danym obszarze pomiarów pyłu PM₁₀, w analizach uwzględniono stężenia pyłu PM_{2,5} obliczone przy zastosowaniu wskaźnika udziału pyłu PM_{2,5} w pulę PM₁₀. Wskaźnik ten obliczono dla każdego obszaru oddzielnie na podstawie danych z całego okresu 2005-2017 przyjmując wartość średnią przy uwzględnieniu 95% przedziału ufności. Ocenę zdrowotną przeprowadzono dla liczby przedwcześnie zgonów ogółem.

Przeprowadzone analizy pokazują duże zróżnicowanie pomiędzy obszarami, zarówno pod względem zmienności poziomów stężeń, gęstości zaludnienia jak i wskaźników zdrowotnych. W ocenianym wieloleciu, wartość średnie roczne pyłu PM_{2,5} (obliczone na podstawie stężeń średnich dobowych) zawierały się w granicach od 9,6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ do 54,2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, zaś dobowe od 0,3 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ do 598,4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (tab. 12.1, ryc. 12.1).

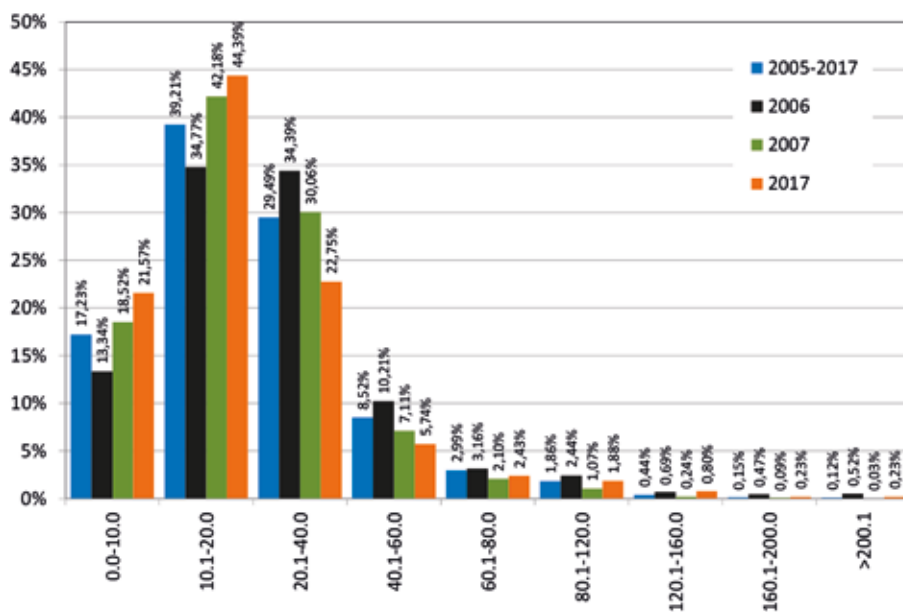


Ryc. 12.1. Stężenia średnie roczne pyłu PM_{2,5} w aglomeracjach i największych miastach Polski w latach 2005-2017 (źródło danych: GIOŚ).

Fig. 12.1. Annual average PM_{2,5} concentrations in agglomerations and main cities in Poland in 2005-2017 (data source: CIEP).

Najwyższe uśrednione stężenie w okresie 2005-2017 uzyskano dla Krakowa, gdzie zaobserwowano również największą rozpiętość stężeń pomiędzy latami. Warto zauważyć, że dla 80% analizowanych obszarów zurbanizowanych, stężenie uśrednione było wyższe od $20 \mu\text{m}^3$, czyli wskazanego w przepisach prawnych poziomu dopuszczalnego dla pyłu $\text{PM}_{2,5}$ jaki ma być osiągnięty do dnia 1 stycznia 2020 r.⁷ Ten poziom nie został osiągnięty w żadnym z analizowanych lat w przypadku aż 62% obszarów.

Rozkłady stężeń średnich dobowych na analizowanych obszarach i w kolejnych latach różniły się między sobą. Zmienność tę dobrze odzwierciedla histogram rozkładu dobowych stężeń pyłu $\text{PM}_{2,5}$ w całym ocenianym 12-leciu, w roku 2006 (w którym zaobserwowano najwyższe stężenia), w roku 2007 (gdy obserwowane były najniższe stężenia) i w roku 2017 (rok, któremu poświęcono w ostatnim czasie najwięcej uwagi, głównie ze względu na obserwowane sytuacje smogowe zimą) – ryc. 12.2.



Ryc. 12.2. Rozkład stężeń dobowych pyłu $\text{PM}_{2,5}$ w aglomeracjach i największych miastach Polski w latach 2005-2017, roku 2006, 2007 i 2017 (źródło danych: GIOŚ).

Fig. 12.2. Distribution of daily mean $\text{PM}_{2,5}$ concentrations in agglomerations and main cities in Poland in 2005-2017, 2006, 2007 and 2017 (data source: CIEP).

⁷ Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. z 2012 r. Poz. 1031)

Wyraźnie zauważalna jest różnica pomiędzy rokiem 2006 (najgorszym pod względem poziomu ekspozycji) i 2007 (najniższe stężenia), szczególnie zauważalne w przedziałach stężeń do 20 μm^3 oraz w granicach 40-60 μm^3 . Przyjęte granice przy uwzględnieniu udziału pyłu PM_{2,5} w pyłe PM₁₀, odzwierciedlają w przybliżeniu dobowe poziomy dopuszczalne określone dla pyłu PM₁₀ odpowiednio:

- 40 μm^3 PM_{2,5} = 50 μm^3 PM₁₀ (poziom dopuszczalny),
- 60 μm^3 PM_{2,5} = 75 μm^3 PM₁₀ (wartość definiująca wystąpienie epizodu),
- 80 μm^3 PM_{2,5} = 100 μm^3 PM₁₀ (wartość progowa informowania społeczeństwa o ryzyku wystąpienia przekroczenia poziomu alarmowego dla pyłu PM₁₀).

Warto podkreślić, że rok 2017 na tle analizowanego wielolecia oraz w stosunku do roku 2007 był okresem o najwyższym udziale stężeń w przedziałach najniższych (poniżej 20 μm^3 i w granicach 40-80 μm^3). Jednocześnie rok 2017 charakteryzował się znacznym udziałem stężeń w przedziale 60-160 μm^3 , występujących głównie w okresie zimowym.

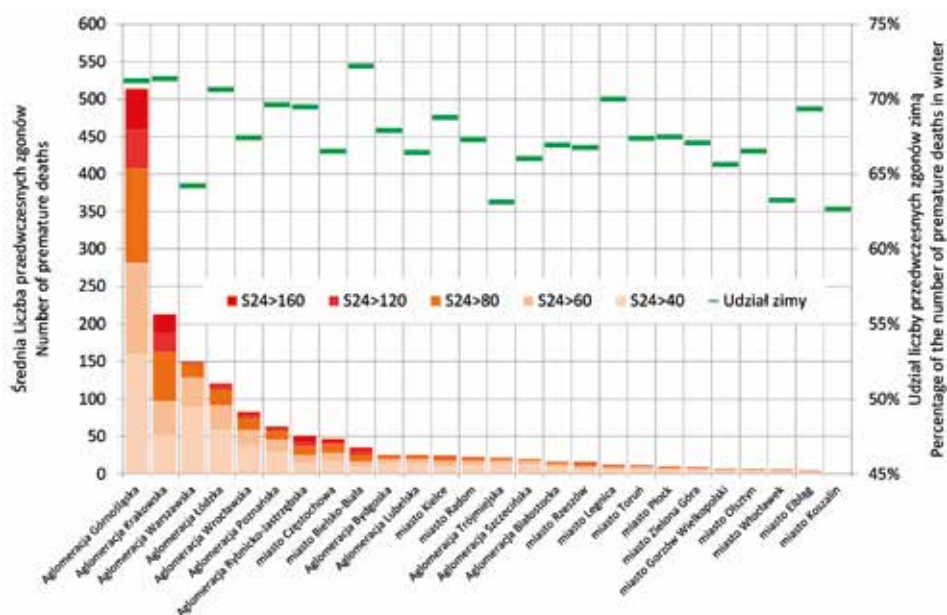
Przy szacowaniu skutków zdrowotnych powodowanych krótkookresowym narażeniem (ocenianym w skali doby) na stężenia pyłu PM_{2,5} w okresie 2005-2017, poza stężeniami pyłu, uwzględniono również zmienność wskaźników demograficznych (populacja narażona) oraz wskaźniki umieralności (liczbę zgonów ogółem), pochodzących ze statystyki publicznej.

Oceną skutków zdrowotnych powodowanych krótkookresową ekspozycją na pył PM_{2,5} objęto populację liczącą 11 mln. osób (w zależności od roku od 10 739 tys. do 11 278 tys.).

Uzyskane wartości szacowanych skutków zdrowotnych w 26 obszarach miejskich pokazują, że przeciętna roczna liczba przedwczesnych zgonów powodowanych krótkookresowym narażeniem na pył PM_{2,5} wynosi blisko 3 800 i waha 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). Najniższy udział zimy w stosunku do skutków krótkookresowego narażenia na pył PM_{2,5} w skali roku zaobserwowano dla Koszalina, Włocławka oraz Aglomeracji Trójmiejskiej i Warszawskiej (poniżej 65%), zaś najwyższy dla Bielsko-Białej, Aglomeracji Krakowskiej, Górnośląskiej, Łódzkiej i Legnicy (powyżej 70%).

Analiza uzyskanych wyników dla stężeń powyżej dobowej wartości dopuszczalnej określonej dla pyłu PM₁₀ równej 50 μm^3 (ekwiwalent stężenia pyłu PM_{2,5} = 40 μm^3) pokazuje, że najwyższą liczbę przedwczesnych zgonów ogółem związanych z krótkookresowym narażeniem na pył PM_{2,5} obserwowano w przypadku najczęściej występujących poziomów na analizowanych obszarach

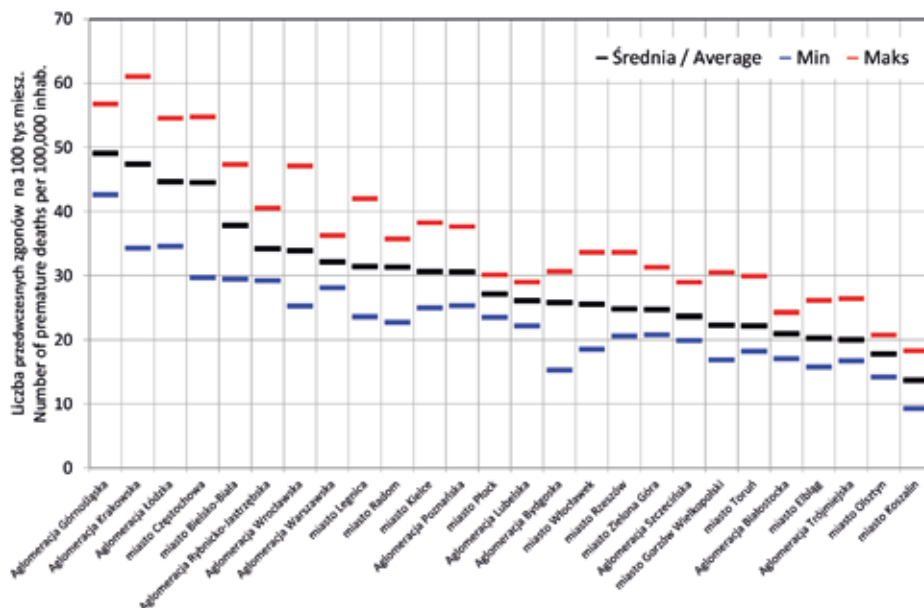
miejskich – stężeń w przedziale poniżej $80 \mu\text{m}^3$. Udział wysokich i bardzo wysokich stężeń w liczbie przedwczesnych zgonów (obliczonych dla wszystkich dni ze stężeniem dobowym wynoszącym co najmniej $40 \mu\text{m}^3$) obserwuje się przede wszystkim w Aglomeracjach: Krakowskiej, Rybnicko-Jastrzębskiej i Górnośląskiej oraz w Bielsku-Białej (powyżej 45%). Najniższy udział wysokich stężeń i tym samym skutków zdrowotnych przez nie powodowanych zaobserwowano dla Koszalina, Olsztyna Włocławka i Aglomeracji Szczecińskiej oraz Trójmiejskiej (poniżej 15% oszacowanych przedwczesnych zgonów wynikających z narażenia na stężenia powyżej $80 \mu\text{m}^3$) – ryc. 12.3.



Ryc. 12.3. Udział przedwczesnych zgonów w określonych przedziałach wartości średnich dobowych pyłu $\text{PM}_{2,5}$ w aglomeracjach i największych miastach Polski w latach 2005-2017 (źródło: NIZP-PZH).

Fig. 12.3. Premature deaths distribution in specific ranges of daily average $\text{PM}_{2,5}$ concentrations in agglomerations and main cities in Poland in 2005-2017 (source: NIPH-NIH).

Najwyższe uśrednione w wieloleciu wskaźniki liczby przedwczesnych zgonów powodowanych krótkookresowym narażeniem na stężenia pyłu $\text{PM}_{2,5}$ w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców dotyczą Aglomeracji Górnośląskiej, Krakowskiej, Łódzkiej oraz Częstochowy (powyżej 40 przedwczesnych zgonów na każde 100 tys. mieszkańców), zaś najniższe (poniżej 20 przypadków) – Aglomeracji Trójmiejskiej oraz Olsztyna i Koszalina (tab. 12.2, ryc. 12.4).



Ryc. 12.4. Wskaźnik liczby przedwczesnych zgonów ogółem na 100 tys. mieszkańców (wartość średnia, minimalna i maksymalna) powodowanych krótkookresowym narażeniem na pył PM_{2,5} w aglomeracjach i największych miastach Polski w latach 2005-2017 (źródło: NIZP-PZH).

Fig. 12.4. Number of premature deaths per 100,000 inhabitants (average, minimum and maximum value) caused by short-term PM_{2,5} exposure in agglomerations and main cities in Poland in 2005-2017 (source: NIPH-NIH)

Ze względu na często przytaczane informacje dotyczące zagrożeń związanych z jakością powietrza atmosferycznego w 2017, w szczególności w atyczniu, wykonano porównania szacowanych skutków w tym miesiącu w całym analizowanym okresie.. W analizach przyjęto dolny poziom średniego dobowego stężenia pyłu zawieszonego PM_{2,5} na 60 μm^3 (odpowiadający w przybliżeniu poziomowi 75 μm^3 pyłu PM₁₀ – przyjętego przez GIOŚ za poziom epizodu - smogu). Oszacowana średnia liczba oszacowanych przedwczesnych zgonów ogółem dla stycznia w całym okresie 2005-2017 dla ocenianych 26 obszarów miejskich zamieszkiwanych przez ponad 11 mln ludzi wyniosła 257. W zależności od roku, liczba przedwczesnych zgonów waha się od 11 (w roku 2007) do 793 (2006 rok).

Warto zauważyć, że styczeń w roku 2017 na analizowanych obszarach miejskich był drugim po roku 2006 pod względem wielkości oszacowanych skutków (566 przedwczesnych zgonów) obserwowanych dla stężeń dobowych przekraczających wartość 60 μm^3 pyłu PM_{2,5}. Najwyższe wartości oszacowanych przedwczesnych zgonów obserwowano na obszarach najgęściej zaludnionych, zamieszkiwanych przez ponad 5 mln ludzi, tj. w Aglomeracjach: Górnośląskiej, Krakowskiej, Łódzkiej i Warszawskiej (ryc. 12.5).

Tabela 12.1. Charakterystyka zanieczyszczenia powietrza pyłem PM_{2,5} w aglomeracjach i największych miastach Polski w okresie 2005-2017.
 Table 12.1. PM_{2,5} concentrations in agglomerations and main cities in Poland in 2005-2017.

Nazwa strefy Air quality zone	Stężenie PM2,5 w µm³ PM2,5 concentration			Liczba dni ze stężeniem pyłu PM2,5 Number of days with the PM2,5 concentration														
	Sa	S24		>40 µm³			>60 µm³			>60 µm³			>120 µm³			>160 µm³		
		Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max
Aglomeracja Białostocka	21.6	17.0	26.7	39.5	15	80	12.2	5	23	4.1	0	10	0.5	0	2	0.2	0	1
Aglomeracja Bydgoska	20.5	13.2	25.0	35.8	8	54	9.8	0	18	4.5	0	11	1.0	0	4	0.2	0	2
Aglomeracja Górnośląska	36.2	30.9	43.2	104.9	77	125	52.3	34	80	27.0	13	43	8.7	2	18	3.5	0	11
Aglomeracja Krakowska	41.0	29.7	54.2	126.8	72	171	71.3	31	106	41.4	16	63	12.5	2	26	4.8	1	15
Aglomeracja Lubelska	22.9	19.4	26.7	42.3	24	59	13.2	5	21	4.9	1	10	1.1	0	4	0.2	0	2
Aglomeracja Łódzka	25.6	19.5	31.8	58.9	22	87	22.1	6	51	8.4	2	24	1.9	0	11	0.2	0	2
Aglomeracja Poznańska	24.5	20.6	30.4	55.5	39	86	21.0	6	47	8.5	0	22	1.9	0	7	0.7	0	4
Aglomeracja Rybnicko-Jastrzębska	34.7	29.1	43.6	90.5	72	119	45.5	29	72	25.6	10	47	9.9	2	20	4.3	0	12
Aglomeracja Szczecińska	18.6	15.5	23.5	26.4	9	50	6.6	0	18	1.4	0	7	0.3	0	3	0.2	0	2
Aglomeracja Trójmiejska	16.3	13.0	22.5	16.6	4	33	4.2	0	17	1.3	0	9	0.1	0	1	0.1	0	1
Aglomeracja Warszawska	24.9	22.3	28.9	46.7	22	67	13.3	4	25	3.5	0	9	0.3	0	3	0.2	0	1
Aglomeracja Wrocławska	26.9	20.1	37.8	63.7	27	120	24.3	1	59	10.2	0	32	2.4	0	9	1.0	0	4
miasto Bielsko-Biała	32.0	26.2	39.4	82.6	54	110	44.0	28	63	27.1	14	42	10.7	2	23	3.9	0	10

Nazwa strefy Air quality zone	Stężenie PM _{2,5} w µg/m ³ PM _{2,5} concentration			Liczba dni ze stężeniem pyłu PM _{2,5} Number of days with the PM _{2,5} concentration											
	S24			>40 µg/m ³			>60 µg/m ³			>60 µg/m ³			>120 µg/m ³		
	Sa	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max
miasto Częstochowa	31.6	24.1	40.9	83.5	43	131	36.0	13	55	17.8	7	32	4.7	0	12
miasto Elbląg	16.5	13.5	22.1	22.5	10	48	6.2	0	21	3.0	0	9	0.5	0	2
miasto Gorzów Wielkopolski	20.2	16.3	26.9	34.0	12	72	9.2	0	23	2.9	0	10	0.6	0	3
miasto Kielce	27.0	21.2	33.8	64.4	35	110	25.9	12	50	10.3	4	19	2.3	0	8
miasto Koszalin	12.6	9.6	15.6	6.2	0	20	1.3	0	7	0.2	0	2	0.0	0	0
miasto Legnica	24.5	19.3	33.7	56.3	28	102	21.0	7	45	9.9	2	29	2.4	0	6
miasto Olsztyn	17.9	15.4	21.2	24.8	9	45	5.6	1	14	1.7	0	4	0.2	0	2
miasto Płock	23.2	20.9	26.8	44.8	29	64	14.9	7	28	5.2	1	13	0.8	0	8
miasto Radom	25.4	19.7	30.6	53.2	20	77	16.8	3	28	6.1	0	15	1.5	0	10
miasto Rzeszów	27.3	22.0	36.9	59.6	32	104	24.4	10	56	10.4	1	23	3.0	0	9
miasto Toruń	20.0	16.6	26.9	33.1	11	61	9.2	1	21	3.2	0	10	1.0	0	4
miasto Włocławek	20.2	16.5	24.2	25.0	7	57	5.5	0	17	1.7	0	9	0.3	0	2
miasto Zielona Góra	22.5	18.8	27.2	42.1	23	71	12.9	4	31	4.0	0	14	0.6	0	4

Oznaczenia: Sa – stężenie średnie roczne ze stężeń średnich dobowych, S24 – stężenie średnie dobowe,

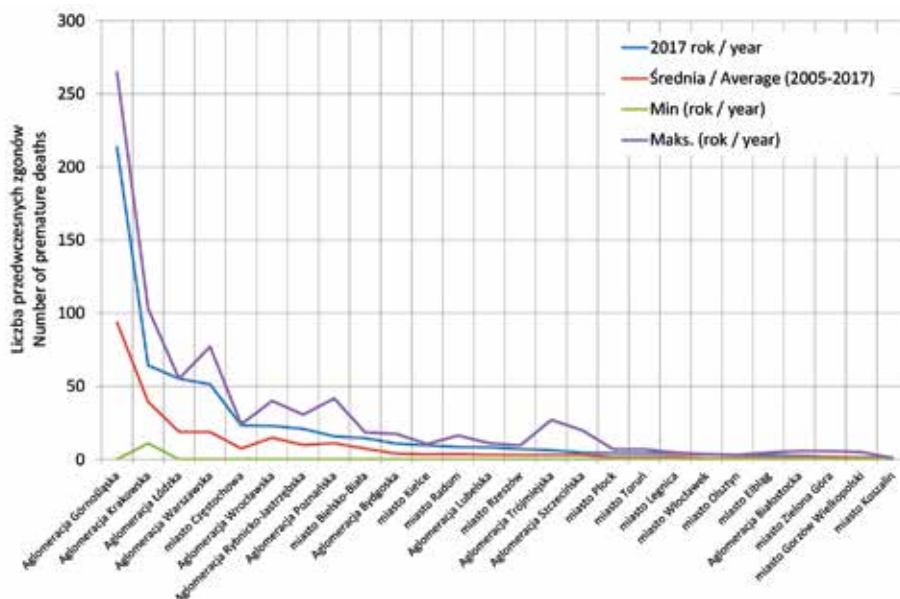
Źródło danych: GIOŚ

Tabela 12.2. Skutki zdrowotne związane z krótkookresowym narażeniem na pył PM_{2,5} w aglomeracjach i największych miastach Polski w okresie 2005-2017
 Table 12.2. Health effects associated with short-term exposure of PM_{2,5} in agglomerations and main cities in Poland in 2005-2017

Nazwa strefy Air quality zone	Populacja Population			Liczba przedwczesnych zgonów ogółem Premature deaths (all-cause)			Wskaźnik przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców Premature deaths per 100 hundred inhabitants (all-cause)			Udział przedwczesnych zgonów w liczbie zgonów ogółem Ratio of premature deaths in total deaths (all-cause)		
	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max
Agglomeracja Białostocka	294896	291823	297288	62	51	71	20.928	17.056	24.240	2.6%	2.1%	3.2%
Agglomeracja Bydgoska	359618	352313	366074	92	56	110	25.736	15.269	30.634	2.5%	1.6%	3.1%
Agglomeracja Górnośląska	1930702	1861555	2003531	947	806	1104	49.024	42.632	56.716	4.4%	3.8%	5.3%
Agglomeracja Krakowska	759147	754624	767348	360	262	462	47.397	34.283	61.035	5.0%	3.7%	6.7%
Agglomeracja Lubelska	347096	339850	354967	90	78	102	26.047	22.170	28.950	2.8%	2.4%	3.3%
Agglomeracja Łódzka	726962	690422	767628	324	260	398	44.637	34.562	54.506	3.2%	2.4%	3.9%
Agglomeracja Poznańska	552325	538633	567882	169	144	209	30.526	25.292	37.632	3.0%	2.5%	3.7%
Agglomeracja Rybnicko-Jastrzębska	294955	290962	299911	101	87	120	34.166	29.188	40.528	4.2%	3.6%	5.4%
Agglomeracja Szczecińska	407675	403883	411119	96	81	118	23.631	19.886	28.931	2.3%	1.9%	2.9%
Agglomeracja Trójmiejska	747004	742910	750919	149	125	197	19.991	16.701	26.365	2.0%	1.6%	2.8%
Agglomeracja Warszawska	1721346	1697596	1764615	552	479	617	32.112	28.068	36.229	3.1%	2.7%	3.6%
Agglomeracja Wrodawska	633807	630691	638586	215	160	297	33.856	25.249	47.117	3.3%	2.5%	4.6%
miasto Białsko-Biała	174350	171505	176864	66	52	83	37.825	29.447	47.320	3.9%	3.2%	4.8%

Nazwa strefy Air quality zone	Populacja Population			Liczba przedwczesnych zgonów ogółem Premature deaths (all-cause)			Wskaźnik przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców Premature deaths per 100 hundred inhabitants (all-cause)			Udział przedwczesnych zgonów w liczbie zgonów ogółem Ratio of premature deaths in total deaths (all-cause)		
	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Min	Max
miasto Częstochowa	235603	224376	246890	105	71	134	44.520	29.648	54.732	3.8%	2.7%	5.0%
miasto Elbląg	124279	120895	127275	25	20	33	20.234	15.753	26.110	2.0%	1.7%	2.7%
miasto Gorzów Wielkopolski	124704	123762	125504	28	21	38	22.272	16.862	30.453	2.5%	2.0%	3.3%
miasto Kielce	202130	196804	208193	62	51	77	30.608	24.954	38.240	3.3%	2.6%	4.2%
miasto Koszalin	108159	106987	109343	15	10	20	13.671	9.268	18.279	1.5%	1.1%	1.9%
miasto Legnica	102957	100324	105750	32	25	43	31.375	23.581	42.012	3.0%	2.4%	4.1%
miasto Olsztyn	174707	172993	176457	31	25	36	17.775	14.181	20.741	2.2%	1.9%	2.6%
miasto Płock	124338	120787	127461	34	30	38	27.107	23.510	30.101	2.8%	2.5%	3.3%
miasto Radom	220668	214566	227018	69	51	81	31.307	22.717	35.733	3.1%	2.4%	3.8%
miasto Rzeszów	177261	158539	189662	44	35	60	24.754	20.568	33.611	3.3%	2.7%	4.5%
miasto Toruń	204790	202521	208007	45	38	61	22.161	18.201	29.885	2.4%	2.0%	3.3%
miasto Włocławek	116007	111752	119939	29	22	38	25.498	18.514	33.614	2.4%	2.0%	3.0%
miasto Zielona Góra	123175	117503	139819	30	25	37	24.672	20.778	31.274	2.7%	2.3%	3.3%

Źródło danych: GUS (populacja), NIZP-PZH (pozostałe)



Ryc. 12.5. Liczba przedwczesnych zgonów ogółem powodowanych krótkookresowym narażeniem na stężenia pyłu $PM_{2,5}$ powyżej $60 \mu/m^3$ w aglomeracjach i największych miastach Polski w styczniu roku 2017 oraz w okresie 2005-2017 (źródło: NIZP-PZH).

Fig. 12.5. Number of premature deaths (average, minimum and maximum) caused by short-term $PM_{2,5}$ exposure concentrations above $60 \mu/m^3$ in agglomerations and main cities in Poland in January 2017 and in 2005-2017 (source: NIPH-NIH).

PODSUMOWANIE

1. Zanieczyszczenie powietrza powoduje negatywne skutki dla zdrowia zarówno w wyniku długookresowego jak i krótkookresowego narażenia.
2. Szacowane skutki zdrowotne związane z krótkookresowym narażeniem na wysokie stężenia pyłu zawieszonego $PM_{2,5}$ są znacznie niższe niż te obserwowane w wyniku długookresowego narażenia na niższe stężenia.
3. Oszacowana liczba przedwczesnych zgonów wynikających z krótkookresowego narażenia na pył $PM_{2,5}$ we wszystkich 26 analizowanych obszarach miejskich zamieszkiwanych przez ponad 11 mln ludzi wynosi przeciętnie niecałe 4 tysiące w roku.
4. Obserwowane poziomy stężenie pyłu $PM_{2,5}$ powyżej $80 \mu/m^3$ (ekwiwalent stężenia dobowego na poziomie $100 \mu/m^3$ PM_{10} – wartości progowej informowania społeczeństwa o ryzyku wystąpienia przekroczenia poziomu alarmowego dla pyłu PM_{10})) wskazują na przeciętny 25% udział liczby przedwczesnych

zgonów. Tak niski udział wynika z relatywnie krótkiego czasu narażenia 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.

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 CHOROBYM ORAZ OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU W PROJEKTACH PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ ZGŁOSZONYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORYALNEGO DO OCENY AOTMIT W 2017 R.

Katarzyna Lewtak, Anna Poznańska, Dorota Cianciara, Larysa Sugay, Ewa Urban,
Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Anna Rutyna, Magdalena Krysińska

Zadania władz publicznych opisane w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmują m.in. analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, jak również promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu¹. 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 gminy², powiatu³ i województwa⁴.

Program polityki zdrowotnej (PPZ) definiowany jest jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, które umożliwiają osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. PPZ dotyczą w szczególności:

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 6.). Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135

² Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (art. 7.). Dz. U. 2018 poz. 994

³ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (art. 8.). Dz. U. 2018 poz. 995

⁴ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (art. 9). Dz. U. 2018 poz. 913

- ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- innych niż określone w punkcie 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
- wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym⁵.

Zasady realizacji PPZ (do 01.01.2015 – programów zdrowotnych) oraz podmioty upoważnione do ich wdrażania zostały uregulowane w przepisach prawa, w tym w ustawach o samorządzie terytorialnym⁶, ustawie o działalności leczniczej⁷ oraz ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸.

Projekty PPZ są opracowywane przez JST na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych danych epidemiologicznych. Podlegają one opiniowaniu przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Jego opinie o nadesłanych do oceny projektach, zamieszczane na stronie internetowej AOTMiT⁹, są podstawowym, powszechnie dostępnym źródłem informacji o aktywności JST w zakresie planowania PPZ. W niniejszym rozdziale poddano analizie opinie AOTMiT na temat projektów programów polityki zdrowotnej (dalej nazywanych programami). Należy przy tym zaznaczyć, że dane te nie oddają pełnego spektrum sytuacji, ponieważ JST mogą w danym roku kontynuować programy rozpoczęte w latach ubiegłych. Ponadto, programy w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, nikotynizmowi oraz programy ochrony zdrowia psychicznego nie podlegają opiniowaniu AOTMiT.

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%)

⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 43 ust. 3). Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135

⁶ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa

⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz. U. 2018 poz. 160

⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135

⁹ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. <http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/884-opz-2017> (dostęp: 10.04.2018)

– powiatowy i/lub gminny. Najwięcej programów nadesłały JST z województwa śląskiego, mazowieckiego, dolnośląskiego i pomorskiego, a najmniej samorządy z województwa lubuskiego, lubelskiego i podlaskiego. Największą liczbę programów w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców odnotowano w województwie śląskim (20,0) oraz opolskim (18,2), a najmniejszą w województwie lubelskim (4,7) oraz małopolskim (3,5) (ryc. 13.1).



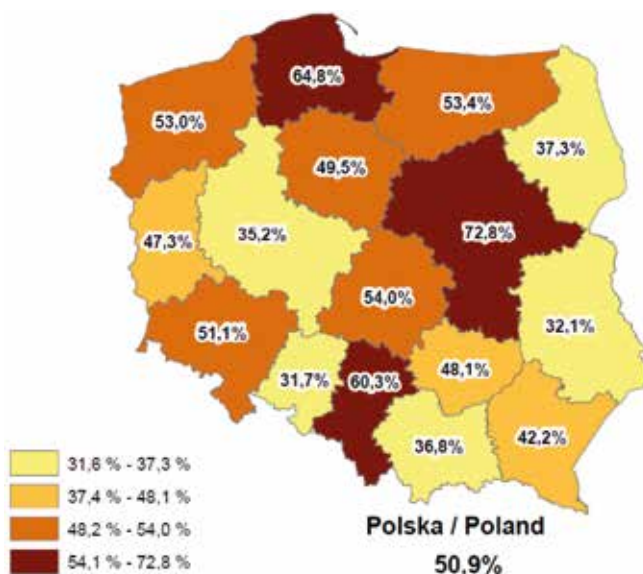
Ryc. 13.1. Liczba programów zaoferowanych przez AOTMiT w 2017 roku oraz w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców wg województw. Opracowanie własne

Fig. 13.1. Number of AOTMiT recommended programmes by voivodship – total and per 1 million inhabitants, 2017. Self-authored

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 i pomorskim, a najniższy – w lubelskim i opolskim. W województwach tych teoretycznie istniała największa szansa dla mieszkańców na skorzystanie z samorządowej oferty programów zdrowotnych. Prawie połowa ludności Polski (49,1%) mieszka w powiatach, które w ogóle nie planują realizacji programów (ryc. 13.2).

Aktywność JST. Programy zostały zgłoszone ze 145 powiatów (38,2% powiatów w Polsce), nazywanych dalej powiatami aktywnymi. Najczęściej powiat

składał jeden program do zaopiniowania (82 powiaty; 56,6% spośród wszystkich, które wystąpiły o ocenę), dwa wnioski złożyło 39 powiatów (26,9%). Najwięcej wniosków pochodziło z powiatów: m. Sopot (10), kieleckiego (11) oraz kędzie-rzyńskiego-kozielskiego (15). Liczba projektów PPZ zgłoszonych do oceny AOTMiT z poszczególnych powiatów przedstawiona została na [rycinie 13.3](#).

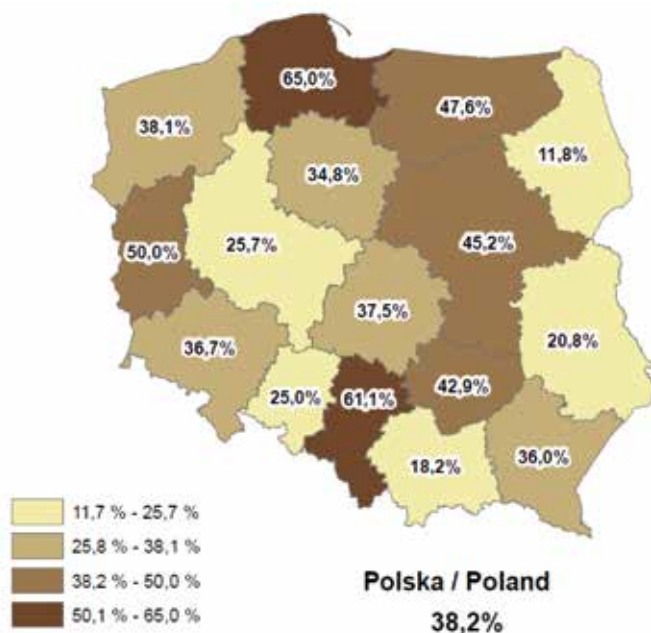


Ryc. 13.2. Odsetek populacji województwa w powiatach oferujących co najmniej jeden program. Opracowanie własne
 Fig. 13.2. Percentage of voivodeship population living in poviats offering at least one program. Self-authored



Ryc. 13.3. Aktywność powiatów wg liczby zgłoszonych programów. Opracowanie własne
 Fig. 13.3. Poviats activity according to the number of programmes submitted. Self-authored

Stosunkowo duża liczba programów planowanych w województwie nie świadczy o aktywności wszystkich powiatów. Zdarza się, że jeden powiat o wysokiej aktywności wpływa na zwiększenie wskaźnika dla całego województwa. Najwyższy odsetek aktywnych powiatów charakteryzował województwa: pomorskie (65%) i śląskie (61%), a najniższy – małopolskie (18%) i podlaskie (12%) (ryc. 13.4).



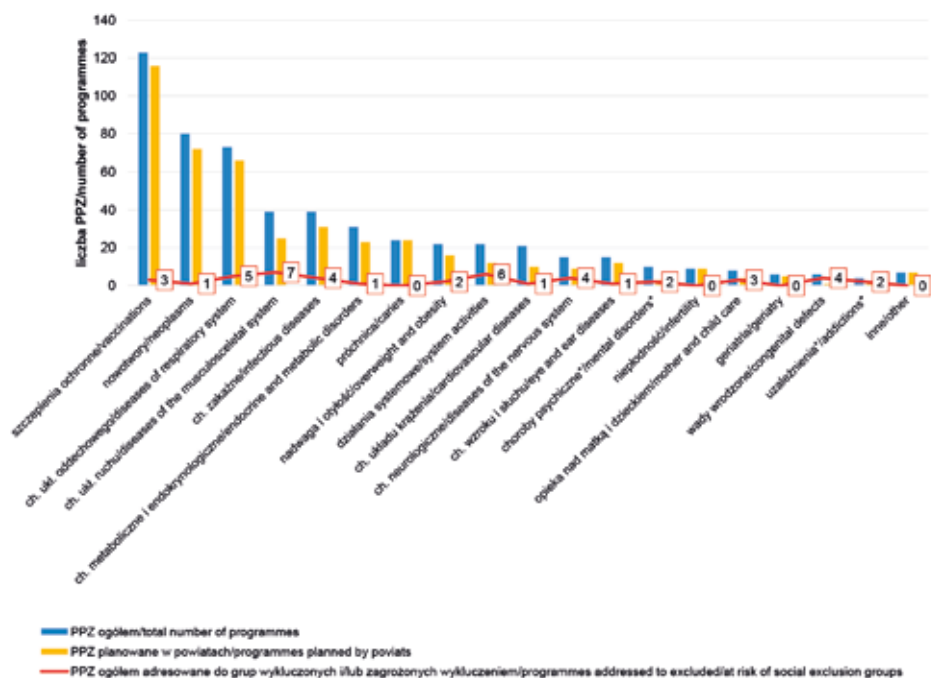
Ryc. 13.4. Województwa wg odsetka powiatów aktywnych w planowaniu programów. Opracowanie własne
Fig. 13.4. Voivodships according to the percentage of poviats involved in planning programmes. Self-authored

13.2. Tematyka programów polityki zdrowotnej

Każdy planowany program powinien odnosić się do jednego lub kilku ściśle określonych, mierzalnych i modyfikowalnych czynników ryzyka/problemów zdrowotnych, które są obecne w docelowej populacji oraz stanowią zagrożenie/pogarszają stan zdrowia i jakość życia tej populacji. Są to m.in. choroby (np. choroby układu krążenia, zaburzenia psychiczne), czynniki ryzyka (np. otyłość, ubóstwo) oraz bariery efektywnego funkcjonowania systemu zdrowotnego (np. niedostateczne finansowanie świadczeń zdrowotnych)¹⁰.

¹⁰ Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego. D. Cianciara (red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2014.

W zgłaszanych przez samorządy do Agencji programach dominowały działania profilaktyczne wobec chorób zakaźnych, obejmujące szczepienia ochronne (p/grypie, p/HPV, p/pneumokokom, p/meningokokom, p/kleszczowemu zapaleniu mózgu, p/ospie wietrznej, p/WZW B). Na drugim miejscu pod względem częstości znalazły się programy związane z chorobami nowotworowymi (najczęściej dotyczyły raka szyjki macicy, nowotworów piersi i nowotworów gruczołu krokowego), zaś na trzecim – dotyczące chorób układu oddechowego (przede wszystkim grypy, pneumokokowego zapalenia płuc, POChP i gruźlicy). Często były także programy związane ze schorzeniami układu ruchu i niepełnosprawnością ruchową. Najmniej programów odnosiło się do problemów starzenia się, wad wrodzonych oraz palenia tytoniu i innych uzależnień (ryc. 13.5).



*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 provention and mental health protection are not subjected to AOTMiT recommendations

Ryc. 13.5. Liczba programów wg tematyki, z uwzględnieniem programów skierowanych do osób wykluczonych/ zagrożonych wykluczeniem społecznym. Opracowanie własne

Fig. 13.5. Number of programmes by subject, including those addressed at people excluded/at risk of social exclusion. Self-authored

Tylko niewielka część programów zgłoszonych do oceny AOTMiT (23 PPZ; 6,7% wszystkich PPZ) była skierowana do grup wykluczonych i/lub zagrożonych wykluczeniem społecznym. Najwięcej (7 PPZ) dotyczyło chorób narządów ruchu i/lub niepełnosprawności ruchowej oraz działań systemowych, np. opieki okołoporodowej, pierwszej pomocy przedmedycznej (6 PPZ). Część programów dotyczyła więcej niż jednego problemu zdrowotnego. Zwraca uwagę całkowity brak programów dotyczących próchnicy, niepłodności czy starzenia się.

13.3. Interwencje w projektach programów polityki zdrowotnej

Każdy PPZ powinien obejmować działania o udokumentowanej skuteczności w zakresie ograniczania rozpowszechnienia danego czynnika ryzyka/problemu zdrowotnego, odpowiednie do warunków, w jakich ma być realizowany. Ważne jest, aby podejmować działania stanowiące optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów danej JST, przy założeniu że PPZ od początku będzie organizowany, planowany i wdrażany w sposób umożliwiający ocenę jego przebiegu i wyników.

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.

Na potrzeby prowadzonej analizy przyjęto, że promocja zdrowia to proces, który umożliwia ludziom kontrolę (panowanie) nad zdrowiem i jego poprawę¹¹. Jest systemową, skoordynowaną interwencją w środowisko społeczne i polega na prowadzeniu działań w pięciu kierunkach: (1) tworzenie polityki prozdrowotnej, (2) zmiana warunków życia i pracy na sprzyjające zdrowiu, (3) upodmiotowienie/wzmocnienie społeczności, aby podejmowała kwestie związane ze zdrowiem, (4) kształtowanie zachowań prozdrowotnych, (5) zmiana sposobu działania sektora zdrowia, jego instytucji i pracowników.

Programy promocji zdrowia mogą dotyczyć: (1) szerokiego kontekstu społecznego, kulturowego i politycznego, (2) siedlisk oraz (3) jednostek. Dzieje się tak ponieważ trwała poprawa stanu zdrowia społeczności wymaga prowadzenia skoordynowanych działań na wszystkich wymienionych powyżej poziomach. Poziom systemowy to działania o charakterze rozwoju społeczności (ang:

¹¹ WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986

community development) czy też akcji społecznej (ang: *social action*), pozwalające na zmianę prawnych, politycznych, finansowych i instytucjonalnych czynników warunkujących zdrowie. Poziom siedliskowy dotyczy zmian w środowisku życia i pracy oraz zwiększania dostępu do zasobów społecznych czy edukacyjnych. Poziom indywidualny to przede wszystkim edukacja zdrowotna, informowanie i zmiana zachowań oraz kształtowanie kompetencji zdrowotnych¹². Co do zasady dąży się do upodmiotowienia adresatów/ uczestników i animowania działań oddolnych.

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.

Profilaktyka chorób obejmuje działania mające na celu zapobieganie problemom (zaburzeniom, chorobom, dysfunkcjom), ukierunkowane na eradykację (wykorzenienie), eliminację lub minimalizowanie wpływu choroby lub niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie postępu choroby lub niepełnosprawności¹³.

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). Profilaktyka pierwotna i wtórna oraz promocja zdrowia są komplementarnymi strategiami umacniania zdrowia. Aby zwiększyć uzyskiwane efekty zdrowotne, często strategie te stosuje się jednocześnie¹⁴. Niestety, w analizowanych programach nie planowano łączenia tego typu działań. Programy zakładały prowadzenie działań biomedycznych, takich jak np. szczepienia ochronne (123 PPZ; 36,1%), badania diagnostyczne (142; 41,6%) czy leczenie i/lub rehabilitacja (137; 40,2%). Częstym dodatkiem do tych działań było prowadzenie edukacji zdrowotnej (291; 85,3%), adresowanej do odbiorców świadczeń zdrowotnych, jak również do osób z ich otoczenia (np. rodziców, rówieśników, nauczycieli).

¹² Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012 12:80 <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80> (dostęp: 04.05.2018)

¹³ Cianciara D, Urban E, Piotrowicz M, Gajewska M, Lewtak K. Jak ulepszyć programy promocji zdrowia? Część I. Istota promocji zdrowia. Hygeia Public Health 2018, 53(1): 9-15 (za: Porta M. (red.)). A dictionary of epidemiology. Wyd 6. Oxford University Press, Oxford 2014: 224-225)

¹⁴ Nutbeam D. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva 1998.

13.4. Populacje docelowe programów

Przy planowaniu PPZ należy uwzględnić charakterystykę, potrzeby i preferencje populacji docelowej. Należy odpowiedzieć na pytania: do kogo kierowany jest program (wiek, płeć, wykształcenie, status materialny i społeczny, styl życia, itp.), czy planowane działania będą dostępne dla członków populacji docelowej (miejsce, czas, koszty, język i formy przekazu) oraz czy zaplanowane działania mają szansę „zadziałać” w populacji docelowej? Dodatkowo należy wskazać grupy „wysokiego ryzyka” oraz te, do których w pierwszej kolejności powinny być skierowane planowane działania, w sytuacji gdy zapotrzebowanie okaże się zbyt duże.

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, z niską aktywnością fizyczną, podwyższonym ryzykiem ukąszenia przez kleszcze), (6) osób z określonym problemem zdrowotnym (np. pacjenci kardiologiczni, chorzy na cukrzycę, kobiety po przebytej mastektomii), (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.

Na potrzeby niniejszego raportu szczegółowej analizie poddano programy służące przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu/ograniczaniu społecznych nierówności w zdrowiu. Przyjęto, że nierówności w zdrowiu to niesprawiedliwe i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia (zapadalność, chorobowość, umieralność, obciążenie chorobami) pomiędzy różnymi grupami społecznymi w populacji oraz pomiędzy różnymi populacjami¹⁵.

Wykluczenie społeczne definiowane jest jako brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a w szczególności dla osób ubogich. To każda sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie, zgodne z prawem pełnienie ról społecznych (rodzinnych, zawodowych, obywatelskich, towarzyskich), korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób¹⁶. Wykluczenie społeczne prowadzi do stopniowego ograniczania podmiotowości jednostek i grup społecznych, do zanikania społecznej aktyw-

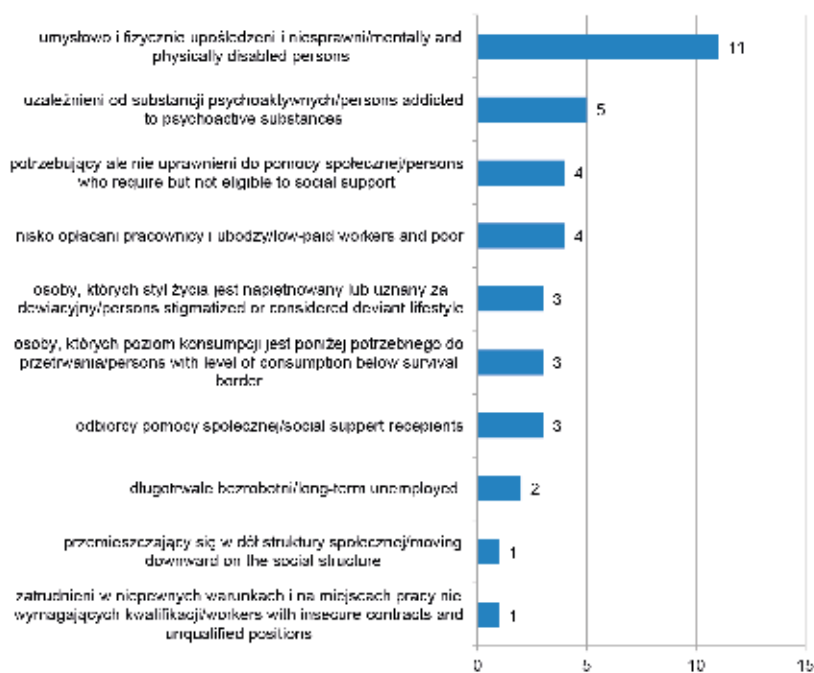
¹⁵ Economics of prevention. NHS Health Scotland, 2015

¹⁶ Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski (2004) <https://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/mps/NSIS.pdf> (dostęp 05.06.2018)

ności oraz zdolności do działania a także do nierówności w zdrowiu. Towarzyszy temu groźna tendencja do utrwalania się tego stanu rzeczy. Znajdowanie się w niekorzystnym położeniu społecznym może rodzić kolejne problemy z podmiotowością, uprawnieniami, wolnością wyboru, pracą, dochodami, edukacją wypoczynkiem oraz korzystaniem z instytucji, w tym ochrony zdrowia.

Przeprowadzone analizy miały na celu znalezienie odpowiedzi na pytania: jaka liczba (odsetek) programów odnosi się do problemów grup podatnych na utratę zdrowia lub biednych oraz czy przewiduje się w programach działania na-stawione na równość w zdrowiu?

Tylko 23 programy, spośród analizowanych 341, jako populację docelową wskazały grupy osób wykluczonych społecznie/zagrożonych wykluczeniem w podziale wg H. Silver¹⁷ (ryc. 13.6).



Ryc. 13.6. Liczba programów wg grup wykluczonych społecznie/zagrożonych wykluczeniem (adresatów działań).
Opracowanie własne

Fig. 13.6. Number of programmes addressed at people excluded/at risk of social exclusion. Self-authored

¹⁷ Silver, H. (1995). Reconceptualizing social disadvantage: Three paradigms of social exclusion, w: G. Rogers, Ch. Gore, J.B. Figueiredo (red.) Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses, International Institute for Labour Studies, International Labour Organization, Genewa (w: Szarfenberg R. Pojęcie wykluczenia społecznego www.szarf.ips.uw.edu.pl/PDF/pojecie_ws.pdf) (dostęp: 11.07.2018)

Były to programy o zasięgu gminnym (2 programy – gmina Nędza, gmina Polkowice), miejskim (7 programów – m. Kraków, m. Sopot, m. Bytom, m. Chorzów, m. Pabianice, m. st. Warszawa), powiatowym (1 program – powiat piaseczyński), wojewódzkim (11 programów – województwa: lubelskie, lubuskie, małopolskie, mazowieckie, podkarpackie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie) oraz ogólnopolskim (2 programy). Dotyczyły 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. 13.5). W 16 programach planowano prowadzenie edukacji zdrowotnej.

Ponadto, w przypadku 54 programów, które nie były pierwotnie adresowane do grup nieuprzywilejowanych, AOTMiT zaleciła kierowanie działań w pierwszej kolejności do osób najbardziej potrzebujących (m.in. niepełnosprawnych, przewlekle chorych, przebywających w placówkach opiekuńczo-leczniczych, bezrobotnych, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, zagrożonych wykluczeniem społecznym).

13.5. Sytuacja społeczna i zdrowotna w powiatach

Powiat stanowi lokalną wspólnotę samorządową realizującą zadania o charakterze ponadgminnym. Obraz powiatu może być odwzorowaniem wspólnot lokalnych, których działania podejmowane są w granicach gmin (najmniejszych, ale najsilniejszych struktur terytorialnych i społecznych), budowane są też ponadgminne skonsolidowane zbiorowości, oparte na tradycji, historii i aktywnym uczestnictwie społecznym¹⁸.

Dane opisujące sytuację społeczną (np. Indeks Deprywacji) oraz zdrowotną (standaryzowany wskaźnik umieralności, SMR) udostępniane są na poziomie powiatowym i na tym poziomie mogą być analizowane – w kontekście najbliższego otoczenia – aby wspomóc podejmowanie działań opartych na lokalnej ocenie potrzeb zdrowotnych. Dlatego powiaty stanowią podstawową jednostkę poniższej analizy.

W kolejnym kroku analizie poddano: (1) sytuację społeczną poszczególnych powiatów mierzoną Indeks 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.

¹⁸ Polska regionalna i lokalna w świetle badań EUROREG-u. Gorzelak G. (red.). Wydawnictwo Naukowe Scholar. 2007, http://www.euroreg.uw.edu.pl/dane/web_euroreg_publications_files/1152/uw_polskaregionalna_ocr_320_s.pdf (dostęp: 11.07.2018)

13.5.1. Indeks deprywacji (ID)

Deprywacja definiowana jest jako brak dostępu do możliwości i zasobów, które są postrzegane jako powszechne w danym społeczeństwie¹⁹. Zjawisko to może dotyczyć potrzeb odnoszących się do różnych sfer życia począwszy od fizjologicznych, poczucia bezpieczeństwa aż po potrzebę samorealizacji. Wyróżnia się dwa rodzaje deprywacji: materialną (dotyczącą dostępu do zasobów i usług, a także warunków środowiska umożliwiających godne życie) oraz społeczną (koncentrującą się na zdolności jednostki do pełnego jej uczestnictwa w życiu wspólnoty)²⁰. Stopień deprywacji jest skorelowany z takimi cechami jednostek i społeczności jak: stan zdrowia, zachowania zdrowotne czy wzory interakcji ze służbą zdrowia²¹.

W wyniku różnej koncentracji problemów stopień deprywacji może istotnie różnić się w poszczególnych regionach. Powszechnie przyjętą miarą przestrzennego zróżnicowania tego zjawiska jest wskaźnik deprywacji, uwzględniający takie obszary jak: dochody, zatrudnienie i rynek pracy, warunki życia i mieszkania, edukacja, dostęp do dóbr i usług, zagrożenie wykluczeniem społecznym, przestępczość oraz zdrowie. W ramach każdego z wymienionych wymiarów wykorzystuje się zazwyczaj kilka zmiennych, których dobór zależy od lokalnego kontekstu, dostępności danych oraz zakresu badania.

W Polsce analizę zjawiska deprywacji na poziomie lokalnym, przy użyciu powiatowego Indeksu Deprywacji (ID)²², przeprowadzono w roku 2013, w ramach Projektu Predefiniowanego „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” (Program PL13 współfinansowany przez Norweski Mechanizm Finansowy 2009-2014). Przy konstrukcji wskaźnika ID uwzględniono pięć wymiarów deprywacji: dochody ludności, zatrudnienie, warunki życia, edukacja oraz dostęp do dóbr i usług. W 2013 roku ID w skali całego kraju przyjmował wartości z zakresu od -1,8 do +1,1, przy czym prawdopodobieństwo zagrożenia deprywacją rosło wraz ze wzrostem wartości indeksu.

Niniejsza analiza w oparciu o powyższe wyniki przedstawia zjawisko deprywacji dla powiatów w ujęciu wojewódzkim, co jest istotne dla polityki regionalnej prowadzonej na tym poziomie. Na [rycinie 13.7](#) pokazano lokalizację 20% powiatów najsilniej zagrożonych deprywacją w każdym z województw (łącznie 77

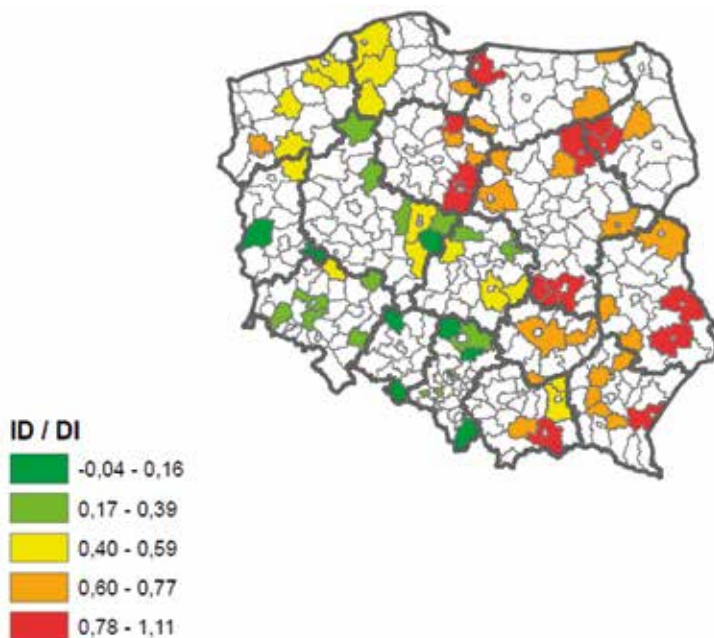
¹⁹ Smętkowski M, Gorzelak, Płoszaj A, Rok J. Powiaty zagrożone deprywacją: stan, trendy i prognoza. Raporty i analizy EUROREG 7/2015

²⁰ Townsend P. Poverty in the United Kingdom: A Survey of household resources and standards of living, Penguin Books, London 1979

²¹ Szacka B. Wprowadzenie do socjologii. Warszawa. Oficyna Naukowa 2003

²² Smętkowski M., Gorzelak G., Płoszaj A., Rok J., 2015, Powiaty zagrożone deprywacją: stan, trendy, prognoza, Raporty i Analizy EUROREG Nr 7, Warszawa.

powiatów). Tworzą wyraźne skupiska przestrzenne, podobnie jak obszary o niskim zagrożeniu. Zauważalna jest trudniejsza sytuacja powiatów peryferyjnych, położonych przy granicach województw oraz powiatów ziemskich otaczających powiaty grodzkie mniejszych ośrodków miejskich. Ponadto wybrane powiaty w zachodniej części kraju wykazują wyraźnie niższy poziom deprivacji niż te położone we wschodniej Polsce.



Ryc. 13.7. Powiaty zagrożone deprivacją w skali wojewódzkiej (20% powiatów o najwyższym ID w województwie).
Źródło danych: Smętkowski M, Gorzelak G, Płoszaj A, Rok J. Powiaty zagrożone deprivacją: stan, trendy i prognoza. Raporty i analizy EUROREG 7/2015

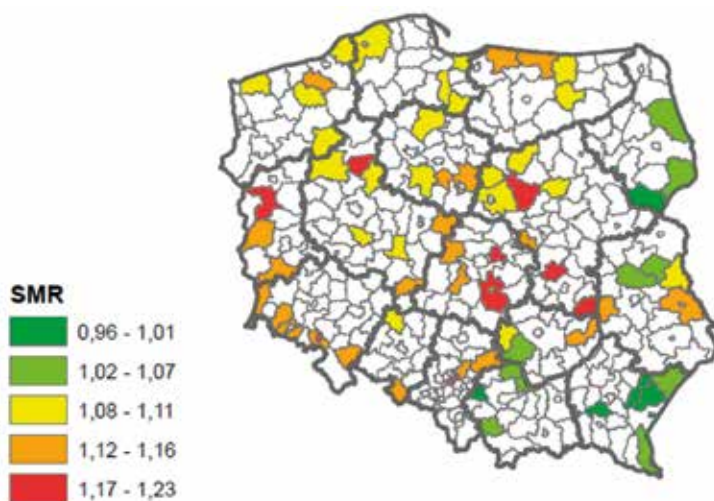
Fig. 13.7. Poviats endangered by deprivation on a voivodship scale. (20% of poviats with the highest DI). Source: Smętkowski M, Gorzelak G, Płoszaj A, Rok J. Powiaty zagrożone deprivacją: stan, trendy i prognoza. Raporty i analizy EUROREG 7/2015

Spośród 77 wskazanych powiatów jedynie jedna czwarta planowała realizację programów polityki zdrowotnej (18 powiatów; łącznie 39 programów). Były to powiaty z następujących województw: dolnośląskiego (powiat jaworski i legnicki), kujawsko-pomorskiego (włocławski), mazowieckiego (płocki, ostrołęcki), podkarpackiego (kolbuszowski, ropczycko-sędziszowski), pomorskiego (bytowski, człuchowski, słupski), śląskiego (m. Bytom, częstochowski, kłobucki, m. Świętochłowice), świętokrzyskiego (kielecki) oraz warmińsko-mazurskiego

(elbląski, nowomiejski, gołdapski). Spośród pozostałych, zagrożonych w mniejszym stopniu 303 powiatów, programy planowano w 127 z nich (łącznie 239 programów). Powiaty zagrożone deprivacją niemal dwukrotnie rzadziej planowały programy niż pozostałe – 23,4% vs 41,9%. Jak wspomniano wyżej, programy skierowane do osób wykluczonych społecznie i/lub zagrożonych wykluczeniem zaplanowano na terenie kilku powiatów. Spośród nich jedynie powiat miasta Bytom reprezentuje przypadek powiatu zagrożonego w najwyższym stopniu deprivacją, adresującego działania do osób z tzw. grup nieuprzywilejowanych. Planowano tam szczepienia p/grypie dla 400 mieszkańców domów pomocy społecznej.

13.5.2. Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR)

Następna część analizy dotyczyła zróżnicowania powiatów pod względem zagrożenia życia ludności. W każdym województwie wybrano 20% powiatów o najwyższych wartościach standaryzowanego wskaźnika umieralności z ogółu przyczyn (SMR), łącznie 77 powiatów (ryc. 13.8). W województwach wschodnich powiaty te cechuje stosunkowo niski, przeciętny w skali całego kraju poziom umieralności, powiaty o najwyższym zagrożeniu życia znajdują się w środkowej części kraju.



Ryc. 13.8. Powiaty o najwyższym zagrożeniu życia z ogółu przyczyn w skali wojewódzkiej (20% powiatów o najwyższym SMR w województwie). Dane GUS

Fig. 13.8. Poviats with the highest mortality level from all causes on voivodship scale (20% of districts with the highest SMR). Source: Statistics Poland

Jedynie w 16 powiatach, w których wartości SMR należały do 20% najwyższych w skali każdego z województw, planowano realizację programów. Były to powiaty położone na terenie województw: kujawsko-pomorskiego (powiat m. Włocławek), lubuskiego (sulęciński), mazowieckiego (białobrzezski, płocki), pomorskiego (kwidzyński, słupski), śląskiego (m. Piekary Śląskie, m. Chorzów, m. Świętochłowice, będziński, zawierciański), świętokrzyskiego (jędrzejowski), warmińsko-mazurskiego (mrągowski), wielkopolskiego (chodzieski) oraz zachodniopomorskiego (sławieński i wałecki). Spośród pozostałych 303 powiatów o niższym poziomie umieralności, programy zaplanowano w 129 powiatach (łącznie 242 programów).

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) 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

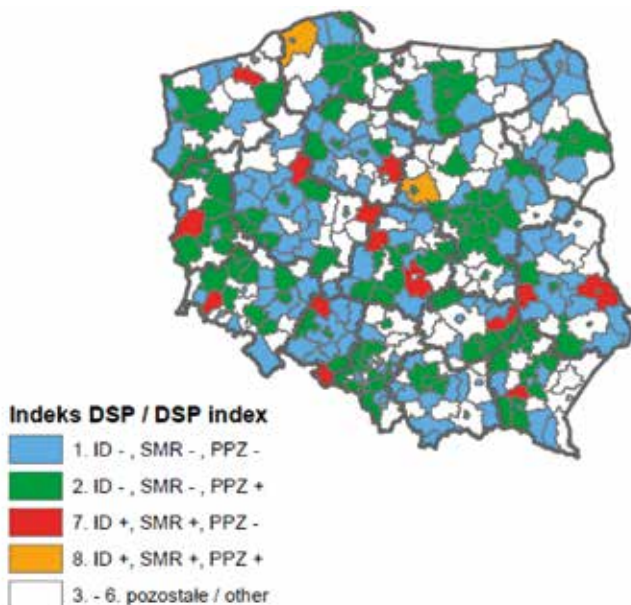
Table 13.1. Poviats by DSP index – deprivation (ID), mortality level from all causes (SMR) and planning of programmes (PPZ). Self-authored

	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

Zróźnicowanie powiatów na tej podstawie przedstawiono na mapie (ryc. 13.9). Wśród 243 powiatów o stosunkowo niskim poziomie obu zagrożeń (klasy 1 i 2) programy zaplanowano w połowie powiatów (klasa 2; 114 powiatów).



Ryc. 13.9. Powiaty w Polsce wg indeksu DPS – deprivacji (ID), zagrożenia życia z ogółu przyczyn (SMR) oraz planowania PPZ (PPZ). Opracowanie własne

Fig. 13.9. 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 deprivacją oraz wysoki poziom umieralności z ogółu przyczyn (klasy 7 i 8; łącznie 17 powiatów). Nieco więcej z nich znajduje się w południowej części kraju, nie tworzą jednak widocznych skupień. Jedynie w trzech takich powiatach planowano realizację programów (klasa 8). Są to powiaty: płoński (woj. mazowieckie), słupski (woj. pomorskie) oraz powiat m. Świętochłowice (woj. śląskie). W pozostałych 14 powiatach pomimo istniejących zagrożeń nie planowano realizacji programów (klasa 7). W sześciu województwach znajdował się jeden taki powiat; były to: lwówecki (dolnośląskie), lipnowski (kujawsko-pomorskie), krośnieński (lubuskie), strzyżowski (podkarpackie) oraz białogardzki (zachodniopomorskie). W czterech województwach są aż dwa powiaty z tej klasy: chełmski i opolski (lubelskie), piotrkowski i poddębicki (łódzkie), głubczycki i namysłowski (opolskie), kolski i wągrowiecki (wielkopolskie).

13.6. Podsumowanie

Samorząd terytorialny oznacza prawo i zdolność społeczności lokalnych, w granicach określonych prawem, do kierowania i zarządzania zasadniczą częścią spraw publicznych na ich własną odpowiedzialność i w interesie ich mieszkańców²³.

Wśród zadań własnych powiatowej wspólnoty samorządowej, obok wskazanych wprost w ustawie zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, wskazano zadania z szeroko rozumianego zdrowia publicznego. Należą do nich: pomoc społeczna, wspieranie osób niepełnosprawnych, kultura fizyczna i turystyka, gospodarka wodna, ochrona środowiska, a więc działania obejmujące tzw. dalsze determinanty zdrowia. Wyrazem wypełniania roli w tych obszarach powinno być planowanie oraz realizacja programów polityki zdrowotnej. Programy polityki zdrowotnej stanowią ważne narzędzie służące poprawie stanu zdrowia ludności oraz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu. Nierówności w zdrowiu są z kolei ściśle związane z nierównościami społecznymi. Powstają w wyniku presji warunków, w których ludzie dorastają, żyją, pracują i starzeją się. Nierówności w zdrowiu są kosztowne, powodują realne straty ekonomiczne, m.in. generują koszty medycyny naprawczej i systemu opieki społecznej.

Planowanie programów polityki zdrowotnej to systematyczny proces udzielenia odpowiedzi na podstawowe pytania: jakie są potrzeby społeczności lokalnej i w jaki sposób je zaspokoić. W szczególności obejmuje ono liczne etapy w tzw. cyklu życia programu, tj.: ocenę potrzeb i wybór priorytetów, wybór grup docelowych, strategii i metod, wdrożenie i monitorowanie, ocenę efektów (ewaluację) oraz audyt.

PPZ odnoszą się do różnych problemów zdrowotnych i ich uwarunkowań, mają różnych adresatów jak również różne cele, zadania oraz wykorzystują różne strategie i metody działania służące poprawie zdrowia i zmniejszaniu nierówności w zdrowiu. Powinny być dostępne dla wszystkich, zwłaszcza dla grup szczególnie podatnych na utratę zdrowia (ang: *vulnerable groups*).

13.7. 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 deprivacją oraz umiarkowaną z powodu ogółu przyczyn.

²³ Europejska Karta Samorządu Terytorialnego, sporządzona w Strasburgu dnia 15 października 1985r. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19941240607> (dostęp: 11.07.2018)

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.

2. 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). W działaniach na rzecz zdrowia społeczności lokalnych należy stosować podejście społeczno-środowiskowe „*bottom-up*”, aktywne formy współpracy zmierzające do upodmiotowienia (ang. *empowerment*) społeczności.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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

Finansowanie ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych zadań państwa. Systemy zdrowotne służą poprawie, zachowaniu i przywracaniu zdrowia społeczeństwa. Równy i szybki dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej 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 zarządzanie nimi. Pozwala to na sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Dostępność opieki zdrowotnej to kluczowy miernik charakteryzujący system opieki zdrowotnej. Wpływa na nią położenie geograficzne, współczynnik urbanizacji czy infrastruktura, a także poziom dochodów i wykształcenia społeczeństwa. Proporcjonalnie, im wyższe dochody i poziom wiedzy w społeczeństwie, tym lepsza dostępność opieki zdrowotnej¹.

Systemy zdrowotne państw UE znajdują się pod rosnącą presją, by odpowiedzieć na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa, wzrostem oczekiwań obywateli, migracją oraz mobilnością pacjentów i pracowników ochrony zdrowia².

14.1. System finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w innych krajach UE

Modele systemów stanowią wzorce, za pomocą których można przybliżyć zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej (SOZ). W państwach UE można wyróżnić kilka schematów finansowania i organizacji systemu opieki zdrowotnej.

¹ Suchecka J. *Modele systemów zdrowotnych w: Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej* Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 45-55

² http://www.who.int/health_financing/en/

Wyróżnia się modele: ubezpieczeniowy, zaopatrzeniowy oraz mieszane. W praktyce stosowane są różne sposoby finansowania, dominują podatki (system zaopatrzeniowy) bądź składki (system ubezpieczeniowy).

Model ubezpieczeniowy oparty jest na finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej z funduszy ubezpieczeniowych. W systemie tym decyzje podejmowane są na szczeblu lokalnym przy udziale reprezentantów organizacji lekarzy, aptekarzy, szpitali i władz lokalnych. Struktura instytucji ubezpieczeniowych zapewnia udział zarówno pracodawcom, jak i pracownikom. Państwo sprawuje centralny nadzór nad systemem oraz tworzy prawne ramy jego funkcjonowania. W ten sposób lokalne samorządy mają dużą swobodę dysponowania środkami. Z zasady ubezpieczenie jest przymusowe dla osób o niskich dochodach, zaś po osiągnięciu odpowiedniego pułapu zarobków istnieje możliwość wyjścia z systemu publicznego i przystąpienia do ubezpieczenia prywatnego, choć nadal możliwe jest dobrowolne ubezpieczenie w systemie publicznym. Charakterystyczne dla tego modelu jest tworzenie wspólnot ubezpieczeniowych, które obejmują osoby z tej samej branży, zawodu czy terytorium. Najczęściej, obok obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, obywatele mają możliwość dodatkowego ubezpieczenia u prywatnych ubezpieczycieli. W niektórych krajach UE po osiągnięciu pewnego pułapu dochodowego, obywatele mogą zrezygnować z partycypacji w systemie państwowym na rzecz prywatnych podmiotów ubezpieczeniowych.

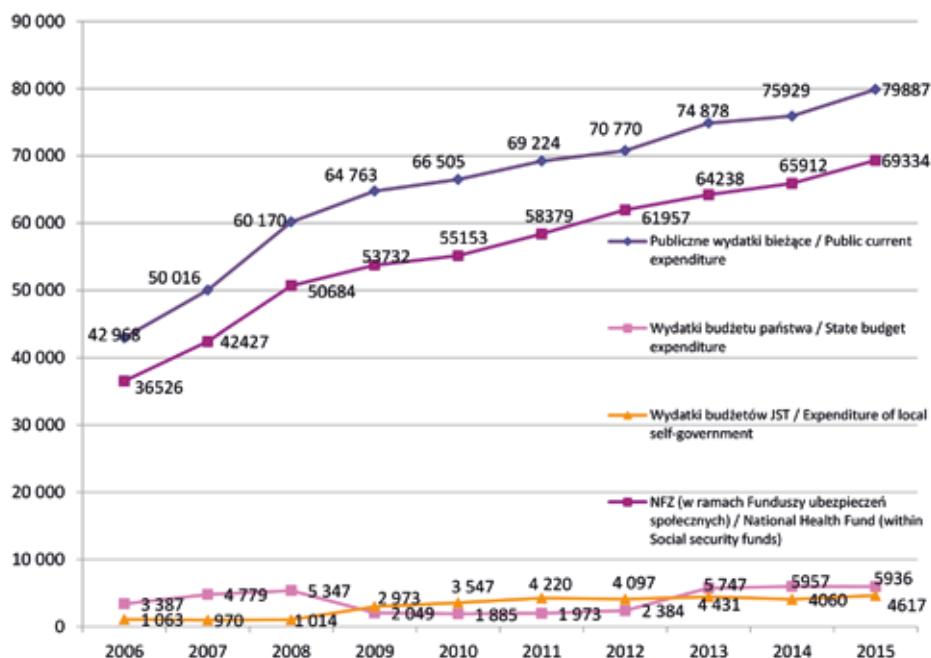
Głównym założeniem modelu zaopatrzeniowego jest dostarczenie świadczeń wszystkim obywatelom w ramach zaspokojenia podstawowych potrzeb. Finansowanie oparte jest o zasadę równości i ustalane na niskim poziomie, stąd występują dobrowolne ubezpieczenia uzupełniające. Za dostarczenie usług odpowiada państwo, a środki na ochronę zdrowia pochodzą z podatków.

W Polsce system finansowania opieki zdrowotnej można określić jako ubezpieczeniowy, opiera się on w głównej mierze na schematach finansowania charakterystycznych dla modelu ubezpieczeniowego. Największe źródło finansowania (ok. 70%) stanowią środki publiczne, przede wszystkim składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. System finansowania obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego można scharakteryzować jako proporcjonalny (składki stanowią 9% podstawy obliczeniowej) z odmiennymi zasadami stosowanymi dla rolników i osób prowadzących własną działalność gospodarczą. Środki te gromadzone są w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Składki zdrowotne stanowią podstawę publicznego systemu finansowania ochrony zdrowia.

Kolejnym publicznym źródłem finansowania są bezpośrednie wydatki z budżetu państwa. Stanowią one ok. 5% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Z budżetu państwa finansowane są między innymi wysokospecjalistyczne procedury (np.: przeszczep serca), lotnicze pogotowie ratunkowe (LPR), świadczenia

opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych. NFZ pełni rolę płatnika systemu, m.in. zawiera umowy na wykonanie świadczeń z różnymi podmiotami. Zgodnie z przepisami prawa kontraktowanie odbywa się w drodze konkursu, gdzie świadczeniodawcy konkurują ze sobą pod względem różnych kryteriów.

Na [rycynie 14.1](#) przedstawiono wydatki publiczne na ochronę zdrowia wyrażone w milionach złotych³. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku 2015 na ochronę zdrowia wydano 114,1 mld zł, z czego 70% stanowiły wydatki publiczne ogółem. Wydatki te były wyższe w porównaniu do roku poprzedniego o około 6,7 mld zł. Bieżące wydatki publiczne poniesione na ochronę zdrowia w 2015 r. wynosiły 79,9 mld zł i stanowiły 4,44% PKB, zaś bieżące wydatki prywatne wyniosły 34,3 mld zł i stanowiły 1,9% PKB. Największy udział w wydatkach publicznych miał NFZ, którego budżet systematycznie ulega zwiększeniu. Należy jednak zaznaczyć, iż na jego wielkość wpływa kilka czynników: liczba osób pracujących (płatników składek), wysokość składki oraz jej ściągalność.



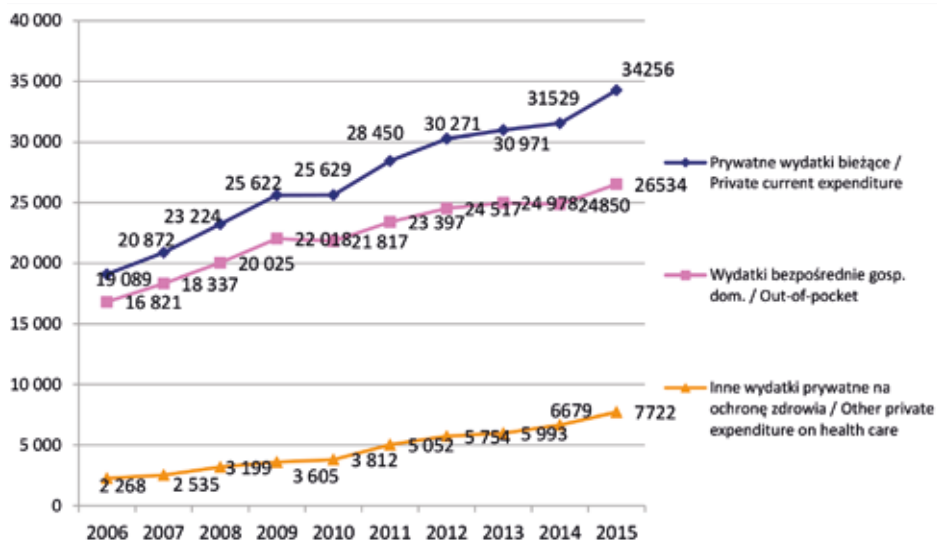
Ryc. 14.1. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w mln PLN (dane GUS)

Fig. 14.1. Public expenditure on health care 2006–2015 in mln PLN (Central Statistical Office and the National Health Fund)

³ Narodowy Rachunek Zdrowia 2015, Główny Urząd Statystyczny <https://stat.gov.pl/>

Ze względu na niewystarczającą ilość środków, nieprecyzyjne regulacje prawne, brak standardów opieki i mechanizmu alokacji zasobów, system w niewystarczający sposób dostosowany jest do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa⁴.

W ostatnich latach odnotowuje się stały wzrost nominalnych nakładów na ochronę zdrowia, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Związane jest to ze zmianami demograficznymi, głównie ze starzejącym się społeczeństwem, wzrostem zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, rozwojem nowych technologii lekowych i pozalekowych.



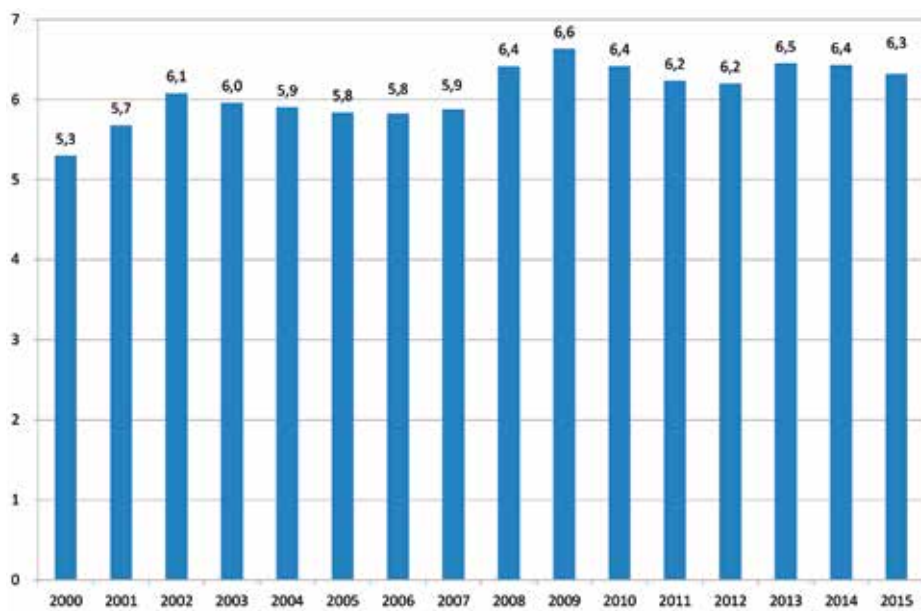
Ryc. 14.2. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w mln PLN (GUS, NFZ)

Fig. 14.2. Private expenditure on health mln PLN (Central Statistical Office and National Health Fund)

Prywatne wydatki na ochronę zdrowia utrzymują się na poziomie 30% ogólnych wydatków. Rosną one wraz ze wzrostem całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną (ryc. 14.2). Największy udział mają wydatki gospodarstw domowych (out of pocket – OOP), co stanowi znaczne obciążenie dla obywateli. Pomimo, iż wydatki nominalne systematycznie rosną, w porównaniu do innych krajów członkowskich UE nadal są jednymi z najniższych. Cechuje je również stosunkowo

⁴ Morris S., Devlin N., Parkin D., *Wprowadzenie do analizy ekonomicznej w ochronie zdrowia* w: Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Warszawa 2011; s. 13-23

niska efektywność oraz niższy niż w innych krajach europejskich poziom satysfakcji z jakości świadczeń⁵.



Ryc. 14.3. Wydatki na ochronę zdrowia ogółem jako % PKB (dane GUS)

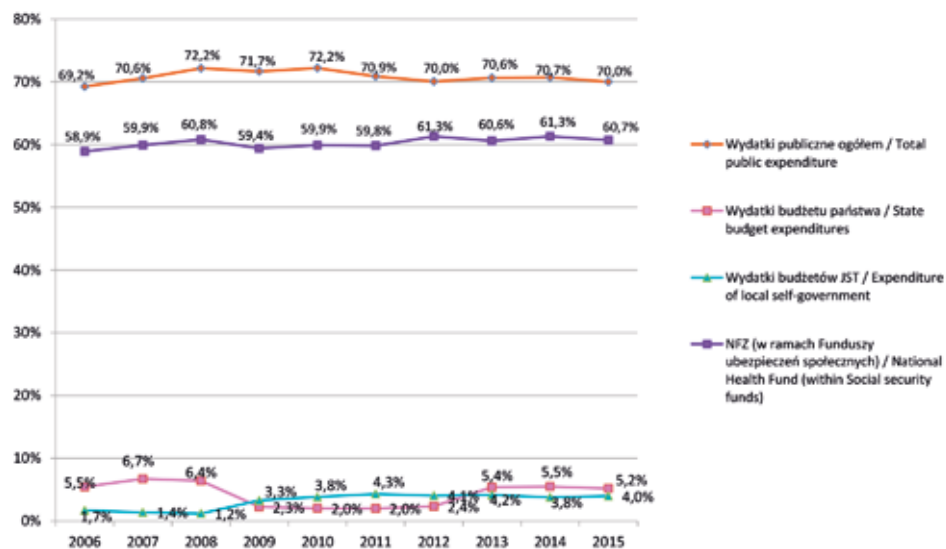
Fig. 14.3. Current expenditure on health as % of GDP (Central Statistical Office)

Na powyższej rycinie (ryc. 14.3) zaprezentowano procentowy udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB. W ostatnich latach utrzymuje się on na stałym poziomie ok. 6%. W porównaniu do innych krajów europejskich jest to istotnie mniej. Skutkuje to niedostatecznym finansowaniem sektora ochrony zdrowia, co przekłada się na dostępność i jakość świadczeń oraz znajduje odzwierciedlenie w ocenie polskiego SOZ⁶.

Poddając analizie wydatki publiczne na przestrzeni lat 2006 – 2015 można stwierdzić, iż utrzymują się one na relatywnie stałym poziomie 70% (ryc. 14.4). Największe publiczne źródło finansowania stanowi budżet NFZ – w roku 2015 było to 61%. Natomiast najmniejszy udział mają wydatki budżetu państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego. Związane jest to ze strukturą organizacyjną systemu ochrony zdrowia w Polsce.

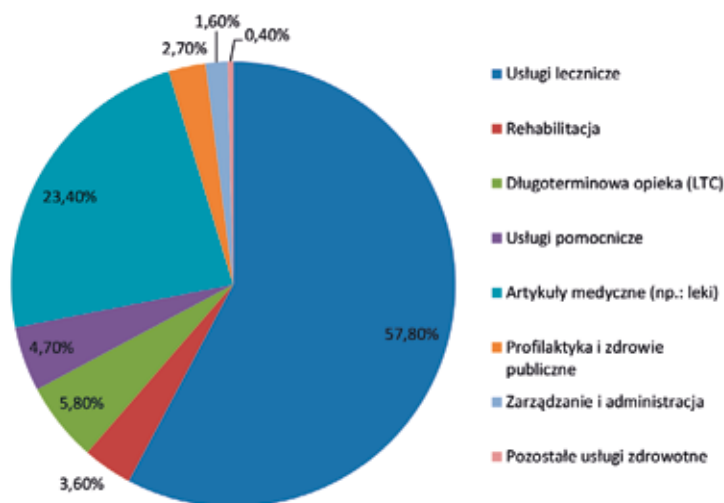
⁵ <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

⁶ Euro Health Consumer Index 2015 <http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015/>



Ryc. 14.4. Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem w % (GUS, NFZ)

Fig. 14.4. Private expenditure on health as share of total expenditure (Central Statistical Office and the National Health Fund)



Ryc. 14.5. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w 2015 roku ze względu na funkcje (dane GUS)

Fig. 14.5. The structure of expenses for health care in 2015 due to its functions (Central Statistical Office)

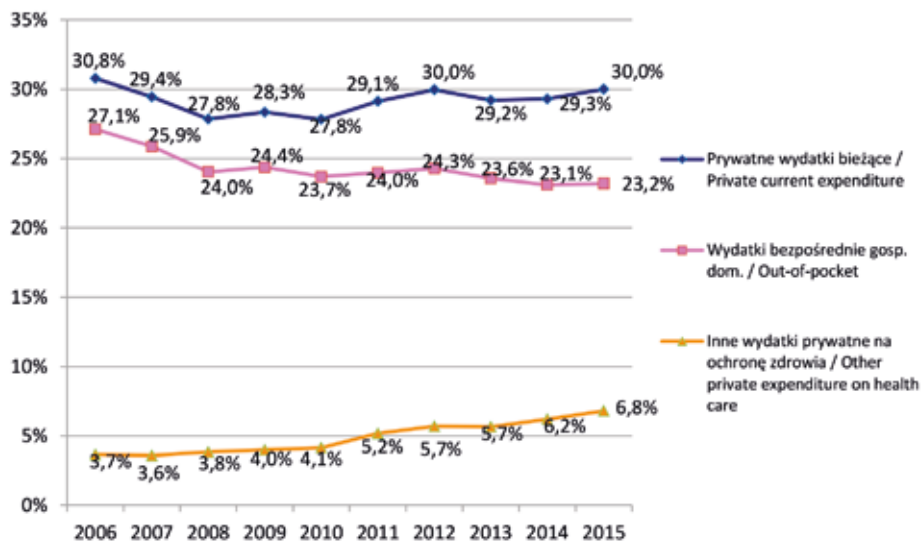
Z budżetu państwa finansowane są głównie świadczenia dla osób nieubezpieczonych oraz zabiegi wysokospecjalistyczne. Z kolei ze środków samorządowych finansowane są przede wszystkim zadania z zakresu zdrowia publicznego.

Jednostki samorządu terytorialnego także pełnią funkcję organów założycielskich dla pomiotów leczniczych.

Powyższa rycina prezentuje strukturę bieżących wydatków na ochronę zdrowia pod względem funkcji (ryc. 14.5). W roku 2015 najwięcej środków przeznaczono na usługi lecznicze, w tym głównie na leczenie szpitalne (32%). Kolejno na artykuły medyczne, w tym leki – 23,4%. Jest to szczególna grupa wydatków, bowiem stanowi znaczne obciążenie dla budżetów gospodarstw domowych oraz publicznego płatnika. Zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa, rozwój biotechnologii i biofarmacji również w istotny sposób przyczyniają się do wzrostu popytu na produkty lecznicze.

Wydatki na długoterminową opiekę stanowiły 5,8% całkowitych wydatków, a na usługi rehabilitacyjne 3,6%. Najmniej środków przeznaczono na działania profilaktyczne – 2,7% wszystkich wydatków. Jest to niekorzystne zjawisko, ponieważ działania z zakresu zdrowia publicznego pozwalają zapobiegać pojawieniu się wielu groźnych chorób cywilizacyjnych i w konsekwencji obniżyć wydatki na usługi szpitalne i rehabilitacyjne. Pozostałe wydatki to koszty zarządzania i administracji w systemie (1,6%) oraz inne usługi (0,4%).

Strukturę wydatków prywatnych w latach 2006 – 2015 przedstawia ryc. 14.6. W roku 2015 prywatne wydatki bieżące stanowiły 30% ogółu wydatków na ochronę zdrowia.

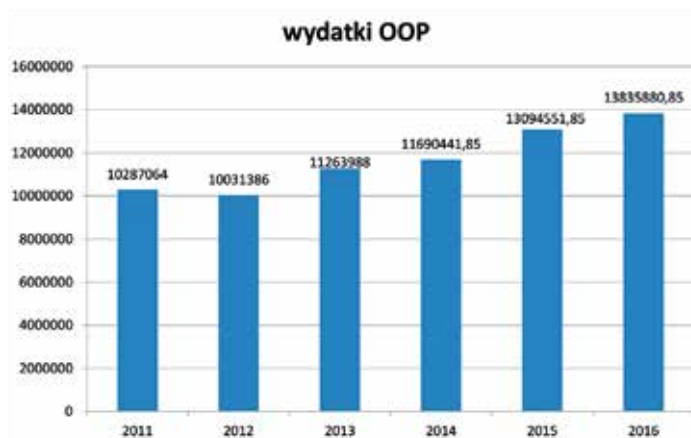


Ryc. 14.6. Udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem w procentach w latach 2006-2015 (dane GUS, NFZ)

Fig. 14.6. Private expenditure on health as share of total expenditure (Central Statistical Office and the National Health Fund)

Dominują wśród nich bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych. Pacjenci z własnej kieszeni opłacają przede wszystkim zakup leków, artykułów medycznych, koszty badań diagnostycznych i analitycznych. Świadczy to o niedoskonałościach systemu w zakresie zapewnienia kompleksowego i szybkiego dostępu do świadczeń. Pacjenci często decydują się na prywatne wizyty lekarskie ze względu na skrócony czas oczekiwania w porównaniu do publicznych placówek bądź ze względu na podwyższony standard usług.

Na [ryc. 14.7](#) przedstawiono prywatne wydatki na produkty lecznicze w latach 2011-2016. W roku 2016 stanowiły one około 60% całkowitych wydatków na produkty lecznicze. Wynikało to między innymi z obniżenia poziomu finansowania publicznego (zwłaszcza z budżetu NFZ). W roku 2012 nastąpił nieznaczny spadek wydatków. Spowodowane to było wprowadzeniem w roku 2011 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011 Nr 122 poz. 696 z późn. zm.), która wyraźnie określała zasady, warunki i tryb refundacji produktów leczniczych ze środków publicznych. Z kolei od roku 2013 obserwuje się rosnący poziom prywatnych wydatków na leki.



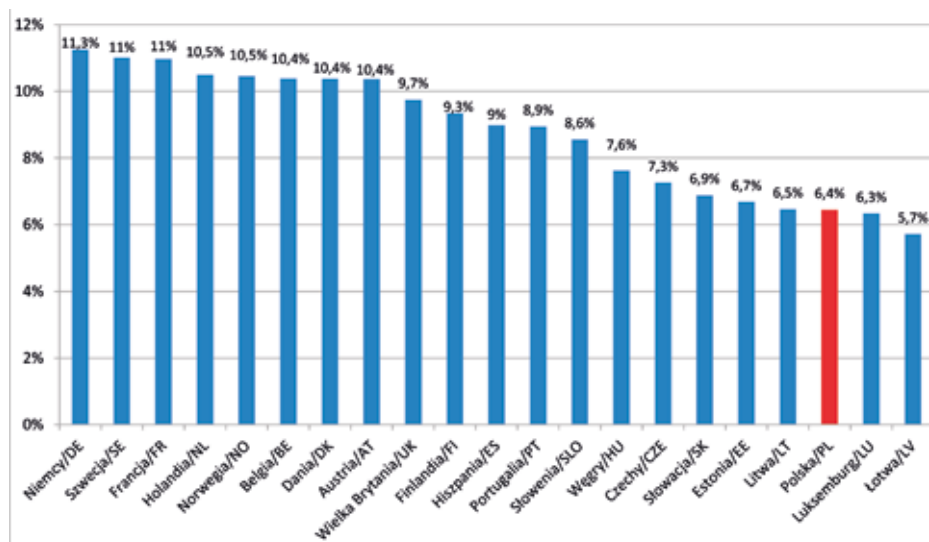
Ryc. 14.7. Wydatki prywatne na produkty lecznicze w Polsce w latach 2010-2016 w tys. PLN

[Fig. 14.7. Private expenditure on medicines in Poland \(IMS Health Poland\)](#)

14.2. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i w innych krajach UE

Wielkość środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia zależy od wielu czynników społecznych i ekonomicznych oraz organizacji systemu ochrony zdrowia. Na [ryc. 14.8](#) przedstawiono procentowy udział w PKB środków

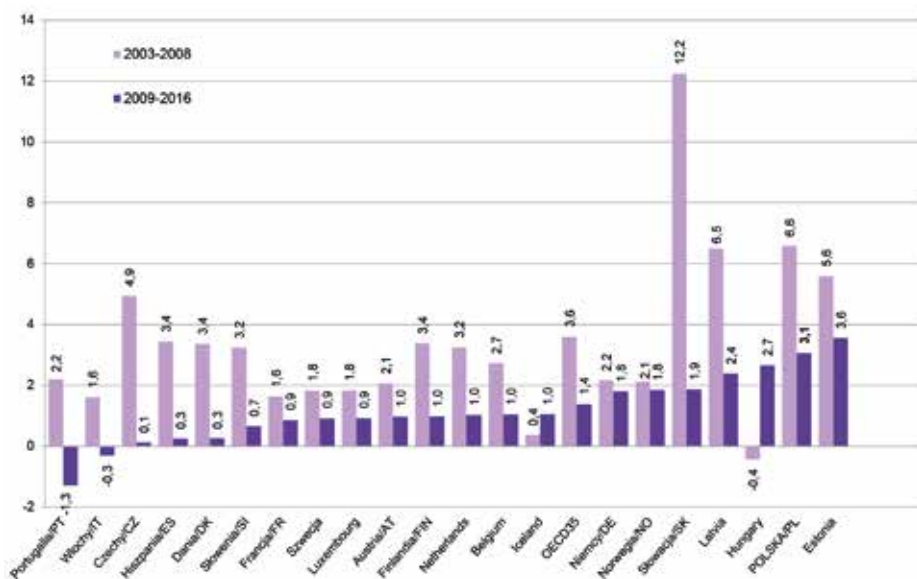
przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia. W Polsce w ostatnich latach poziom wydatków na zdrowie utrzymuje się na raczej stabilnym poziomie ok. 6%. W porównaniu do innych krajów OECD jest to niewiele. Należy podkreślić, iż zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia przyczynia się do poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych, jednak równie istotna jest odpowiednia alokacja tych nakładów.



Ryc. 14.8. Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB w roku 2016 (Health expenditure as % of GDP) (OECD)

Fig. 14.8. Expenditure on healthcare as share of GDP in 2016 (OECD)

W roku 2016 największy udział wydatków na zdrowie w PKB odnotowano w Niemczech, Szwecji i Francji. W Niemczech stosunek wydatków na ochronę zdrowia do PKB ustabilizował się, ponieważ wzrost nakładów na ochronę zdrowia był proporcjonalny do poziomu wzrostu gospodarczego. Wzrost ten był wolny, lecz stabilny. W 2016 roku udział wydatków na zdrowie w PKB osiągnął poziom 11,3%. Analizując zmiany wydatków na zdrowie w krajach OECD na przestrzeni lat można zauważyć, iż średni udział w PKB wydatków na ochronę zdrowia zwiększył się po roku 2009 w wyniku gwałtownego pogorszenia sytuacji ekonomicznej w większości krajów. O ile dalszy wzrost wydatków na ochronę zdrowia uległ zahamowaniu, osiągając zerowy poziom w latach 2010-2011, tempo wzrostu wydatków na zdrowie w stosunku do PKB było wyraźnym odzwierciedleniem ogólnej sytuacji ekonomicznej od 2012 roku. Dane te zaprezentowano na [ryc. 14.9](#).



Ryc. 14.9. Średni roczny przyrost wydatków per capita na ochronę zdrowia w % w latach 2003-2016 (OECD)

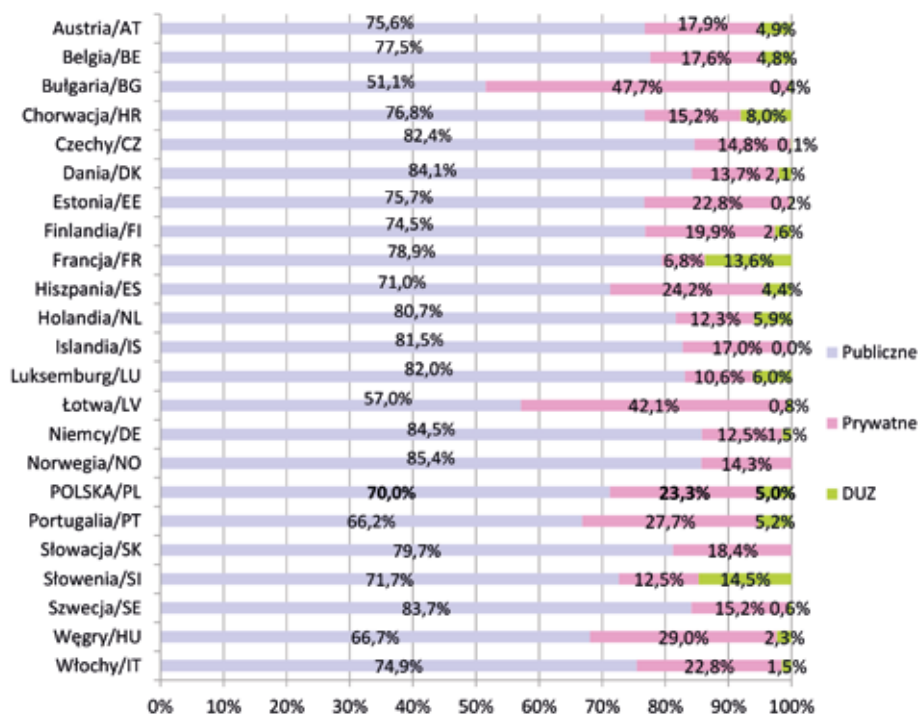
Fig. 14.9. Annual average growth rate in per capita health expenditure, real terms, 2003 to 2016 (or nearest year)

Średni roczny przyrost wydatków na ochronę zdrowia odzwierciedla dynamikę zmian poziomu finansowania ochrony zdrowia i priorytetów budżetowych na przestrzeni lat. Państwa ze swoich ogólnych budżetów zapewniają dostęp do różnorodnych usług publicznych. Dlatego też opieka zdrowotna konkuruje z wieloma innymi sektorami, takimi jak edukacja czy obrona. Priorytety budżetowe mogą się zmieniać z roku na rok w rezultacie decyzji politycznych i sytuacji gospodarczej.

W roku 2016, w większości krajów OECD wydatki na ochronę zdrowia per capita⁷ nadal rosły zgodnie z tendencją z ostatnich lat. Trend ten utrzymuje się po spowolnieniu, które nastąpiło w latach 2009 – 2011 w związku ze światowym kryzysem finansowym. Średni roczny wzrost wydatków po 2009 roku wynosił 1,4% w porównaniu z 3,6% w okresie poprzedzającym kryzys. Ogółem tempo wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną w większości krajów OECD uległo spowolnieniu, a wstępne prognozy wskazują ujemny lub zerowy wzrost w kilku krajach. Zaledwie kilka krajów – Islandia, Węgry i Szwajcaria odnotowały wyższy średni wzrost po 2009 roku w porównaniu do poprzedniego okresu. W Polsce znaczny przyrost wydatków nastąpił w latach 2003-2009, zaś w późniejszych latach znacznie się zmniejszył.

⁷ https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1532343608&id=id&accname=guest&checksum=BE051D6CC11EABFF97F6AD3042BDB930

Analizując sposoby finansowania ochrony zdrowia w Europie można wyróżnić trzy główne źródła finansowania (ryc. 14.10). Obowiązkowe składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz obowiązkowe zdrowotne konta oszczędnościowe (będące częścią system zabezpieczenia społecznego) stanowiły w roku 2015 ok. $\frac{3}{4}$ ogólnych wydatków na ochronę zdrowia w Niemczech (77,9%) na Słowacji (75,4%) oraz we Francji (75%)⁸. Natomiast w Hiszpanii, Portugalii, Włoszech, Danii i Szwecji stanowiły mniej niż 5% ogólnych wydatków. Wynika to z odmiennego modelu finansowania ochrony zdrowia w tych krajach.



Ryc. 14.10. Trzy główne źródła finansowania opieki zdrowotnej w państwach UE w 2015 roku (dane Eurostat)

Fig. 14.10. Three main sources of financing healthcare in EU (Eurostat)

Kolejne źródło finansowania ochrony zdrowia stanowią wydatki gospodarstw domowych. Największy udział tych wydatków odnotowano w Bułgarii (47,7 %) oraz na Łotwie (42,1%). Dla porównania udział wydatków OOP w pozostałych

⁸ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

krajach UE w roku 2015 wynosił od 10 do 15%. Najmniejszy udział prywatnych wydatków zanotowano we Francji (6,8%).

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne (DUZ) na ogół stanowią niewielką część finansowania ochrony zdrowia wśród krajów UE. Stosunkowo największy udział DUZ w 2015 roku odnotowano w Słowenii (14,5%), we Francji (13,6%), oraz w Chorwacji (8%). W 2015 roku w 7 krajach dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne stanowiły mniej niż 1% źródeł finansowania ochrony zdrowia, zaś najniższy poziom odnotowano w Czechach (0,1%).

14.3. Zasoby ochrony zdrowia

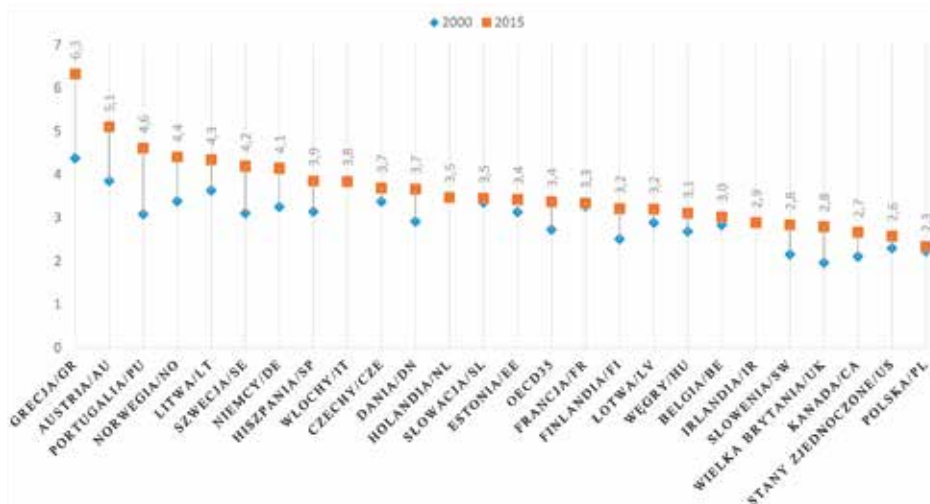
U podstaw działania każdego systemu ochrony zdrowia leżą zasoby, jakimi dysponuje ten system. Poza poziomem finansowania, infrastruktura i kadry medyczne stanowią bazę niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem ich dostępności i jakości. Zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia, jak również ogólne zmiany demograficzne czy ekonomiczne wpływają na stan zasobów ochrony zdrowia. Polska, jak i inne kraje UE, wciąż staje przed wyzwaniem, jakim jest dostosowanie posiadanej infrastruktury kadrowej do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

14.3.1 Personel medyczny w systemie ochrony zdrowia

W polskim systemie ochrony zdrowia wciąż narasta problem deficytu kadr medycznych. Jest to zjawisko rozległe, obejmujące wszystkie zawody medyczne, zarówno lekarzy, pielęgniarki, jak i inny personel medyczny. Pracownicy ochrony zdrowia jako główny powód takiej sytuacji wskazują niski poziom wynagrodzenia w stosunku do posiadanych obowiązków i stopnia odpowiedzialności.

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: mazowieckim i łódzkim (odpowiednio: 48,6 i 45,9), najniższy natomiast w województwie lubuskim – 24,8 i opolskim – 26. Względem 2015 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 świetle narastającego problemu deficytu zawodów medycznych, z którym zmagają się większość krajów europejskich jest to zmiana pozytywna. Jednak nie można mówić o braku problemu z wysyceniem systemu ochrony zdrowia specjalistyczną kadrą. W 2015 roku w Polsce wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 1 000 mieszkańców wyniósł 2,3. Przy średnim współczynniku 3,4 dla

krajów OECD⁹ 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. 14.11).



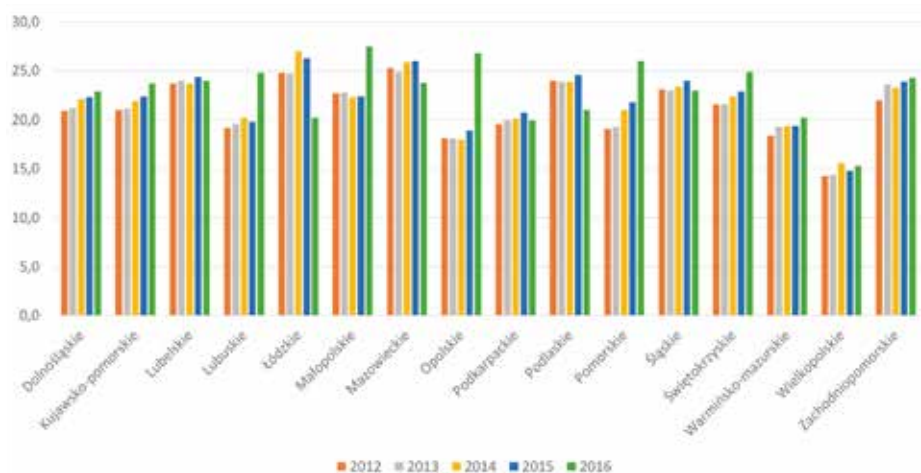
Ryc. 14.11. Wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 1 000 mieszkańców, porównanie roku 2000 i 2015 (lub najbliższego) (dane OECD)

Fig. 14.11. Indicator of the number of doctors per 1000 inhabitants, comparison between 2000 and 2015 (or the nearest one) (OECD)

Z liczby 144 tysięcy lekarzy pracujących w ochronie zdrowia w Polsce ponad połowa – 89 tysięcy – jako podstawowe miejsce zatrudnienia wskazuje publiczne podmioty lecznicze (ryc. 14.12). Z ogólnej liczby lekarzy pracujących w publicznych placówkach ochrony zdrowia 76% stanowią lekarze specjaliści. W 2016, w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: pediatria, ginekologia i położnictwo, chirurgia oraz choroby wewnętrzne wskaźnik na 10 000 ludności wynosił powyżej 1, chociaż względem 2015 roku można zaobserwować nieznaczny spadek (ryc. 14.13).

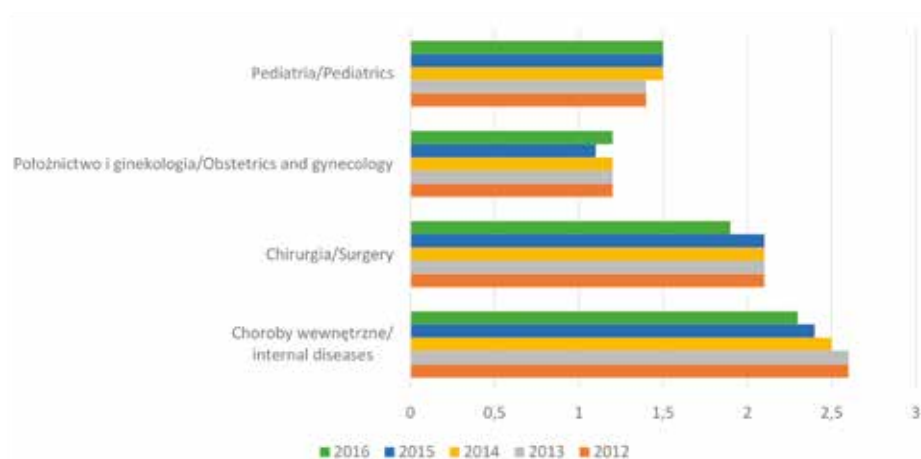
Najwięcej lekarzy specjalistów z tych dziedzin medycyny pracuje w województwie mazowieckim i śląskim. Dla specjalizacji z chorób wewnętrznych jest to ponad 1 300 lekarzy w każdym z tych województw. Natomiast wciąż niepokoi niska liczba specjalistów z zakresu geriatry. Według statystyki Naczelnej Izby Lekarskiej w 2017 roku w Polsce ogólna liczba lekarzy geriatrów wyniosła 433 osoby, z czego 422 czynnie wykonywały zawód.

⁹ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju



Ryc. 14.12. Liczba lekarzy pracujących w publicznych podmiotach leczniczych na 10 000 ludności w latach 2012-2016, wg województw (dane CSIOZ¹⁰)

Fig. 14.12. Number of doctors working in public healthcare entities per 10,000 population in 2012-2016, by voivodships (CSIOZ)



Ryc. 14.13. Lekarze specjaliści pracujący w publicznych podmiotach leczniczych na 10 000 ludności w latach 2012-2016 (dane CSIOZ)

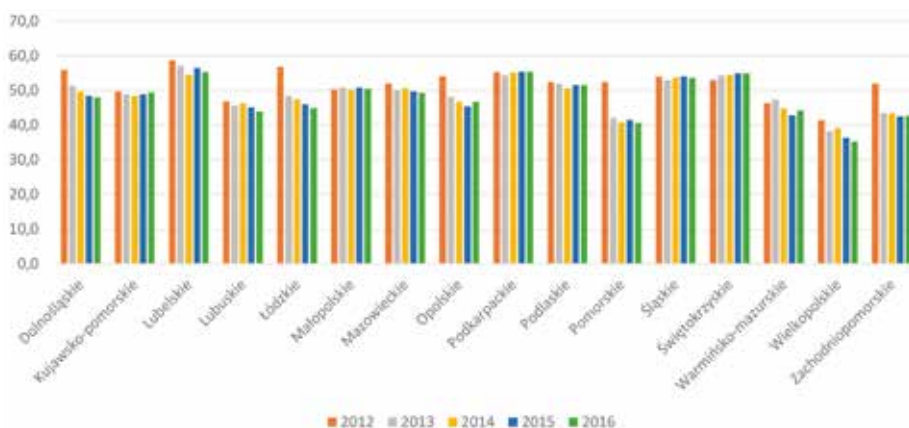
Fig. 14.13. Specialists working in public healthcare entities for 10,000 population in 2012-2016 (CSIOZ data)

Starzenie się społeczeństwa jest jednym z największych wyzwań przed jakim stoi ochrona zdrowia. Zapewnienie wyspecjalizowanej kadry lekarskiej, która

¹⁰ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

obejmie opieką pacjentów powyżej 60 roku życia powinno być istotnym priorytetem systemowym. Jednym z możliwych rozwiązań tego problemu jest wprowadzenie „krótkiej ścieżki” specjalizacji skierowanej 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. Miejszem pracy lekarza rodzinnego w systemie jest POZ. 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.

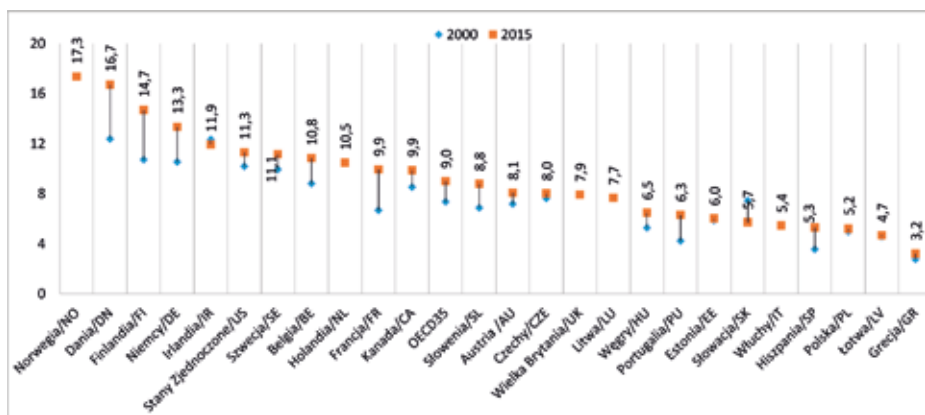
Poza lekarzami, drugim filarem opieki zdrowotnej nad pacjentem są pielęgniarki. Sytuacja kadry pielęgniarskiej kształtuje się analogicznie do sytuacji lekarzy. Według danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, w 2016 roku w Izbie Pielęgniarek i Położnych zarejestrowanych było ponad 288 tysięcy 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. Najwyższy poziom wskaźnika odnotowano w województwie świętokrzyskim – 84,6 na 10 000 mieszkańców. Z liczby wszystkich osób uprawnionych do wykonywania zawodu pielęgniarki w publicznych podmiotach leczniczych w 2016 roku pracowało ok. 65% (ryc. 14.14).



Ryc. 14.14. Liczba pielęgniarek pracujących w publicznych podmiotach leczniczych na 10 000 ludności w latach 2012-2016 (dane CSIOZ)

Fig. 14.14. Number of nurses working in public healthcare entities per 10,000 population in 2012-2016 (CSIOZ data)

W 2016 roku prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa uzyskało ponad 10 tysięcy więcej osób niż w 2012 roku. Mimo to, tak samo jak w przypadku lekarzy, w tej grupie zawodowej występuje znaczny deficyt kadrowy. Analizując dane OECD, wskaźnik personelu pielęgniarskiego na 1 000 ludności w Polsce wynosi 5,2 przy średniej na poziomie 9,0. Dla porównania, w Czechach wskaźnik ten w 2015 roku wyniósł 8,0, a w Niemczech 13,3 (ryc. 14.15).



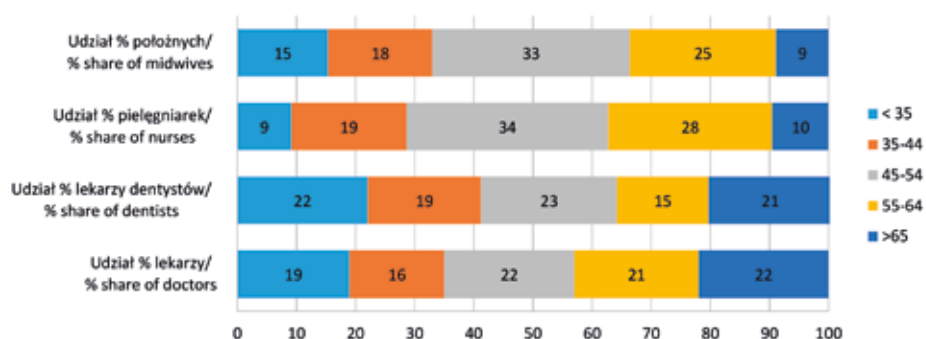
Ryc. 14.15. Wskaźnik personelu pielęgniarskiego na 1 000 ludności, porównanie roku 2000 i 2015 (lub najbliższego) (dane OECD)

Fig. 14.15. Indicator of nursing staff per 1,000 population, comparison between 2000 and 2015 (or the nearest one) (OECD)

Niedobór kadry pielęgniarskiej determinowany jest przez szereg czynników. Głównym powodem takiej sytuacji jest niskie wynagrodzenie, przeciętnie 4121,40 zł brutto według danych GUS. Powoduje to zwiększenie migracji zarobkowej w tej grupie pracowników oraz odchodzenie z zawodu. Również ciągła zmiana standardów opieki wpływa na zwiększenie zapotrzebowania na pracowników, szczególnie z zakresu pielęgnacji pacjentów. Ostatnim powodem występującym we wszystkich zawodach medycznych jest starzenie się społeczeństwa. Zjawisko to wpływa również na kadry pracujące w opiece zdrowotnej, co przekłada się na trudności z zastępowalnością pokoleń.

Struktura wiekowa zawodów medycznych w Polsce powinna budzić zdecydowany niepokój (ryc. 14.16). 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, co w porównaniu z grupą wiekową poniżej 35 roku życia 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. Zawód ten jest silnie sfeminizowany, co przekłada się na wcześniejsze przejście na emeryturę, dlatego odsetek osób powyżej 65 roku życia wciąż aktywnych zawodowo jest niski. Drugą, co do liczebności grupę stanowią osoby w wieku powyżej 55 lat, czyli w wieku przedemerytalnym – 28% wszystkich pielęgniarek. Najmniej osób pracujących w zawodzie znajduje się w grupie najmłodszej (< 35 r.ż.), jedynie 9%. W porównaniu z pielęgniarkami wchodzącymi w wiek emerytalny, najmłodsze pokolenie jest w stanie zastąpić te osoby tylko w 1/3. Jest to zdecydowanie negatywne zjawisko, któremu należy przeciwdziałać.



Ryc. 14.16. Struktura wieku zawodów medycznych w 2016 roku w Polsce (CSIOZ, CRPiP, NIL)

Fig. 14.16. Age structure of medical professions in 2016 in Poland (CSIOZ, CRPiP, NIL)

W związku z narastającym problemem braków kadrowych podejmowane są działania mające na celu zmniejszenie deficytów, jednak wciąż brakuje długotrwałej, spójnej polityki w tym temacie. Rozwiązania te mają zazwyczaj charakter doraźny, jak choćby okresowe dodatki do wynagrodzeń dla personelu pielęgniarskiego. Niski poziom wynagrodzeń wiąże się ze wzrostem migracji zarobkowej wykwalifikowanej kadry do innych krajów. Mimo tego można zaobserwować pozytywne zjawisko, jakim jest wzrost liczby absolwentów zawodów medycznych, co w szczególności widać na przykładzie lekarzy. Kwestia ta normowana jest poprzez mechanizm limitów przyjęć na studia medyczne regulowany rozporządzeniem Ministra Zdrowia (ryc. 14.17). Należy jednak pamiętać, iż proces kształcenia lekarza trwa ok. 10 lat, a analizując obecną strukturę wieku kadr medycznych działania na rzecz zapewnienia zastępowalności pokoleń podejmowane już w chwili obecnej powinny zostać wzmożone.



Ryc. 14.17. Zmiana w limitach przyjęć na studia medyczne w latach 2011-2016 (rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na studia)

Fig. 14.17. Change in admission limits for medical studies in 2011-2016 (Regulation of the Minister of Health on admission limits for studies)

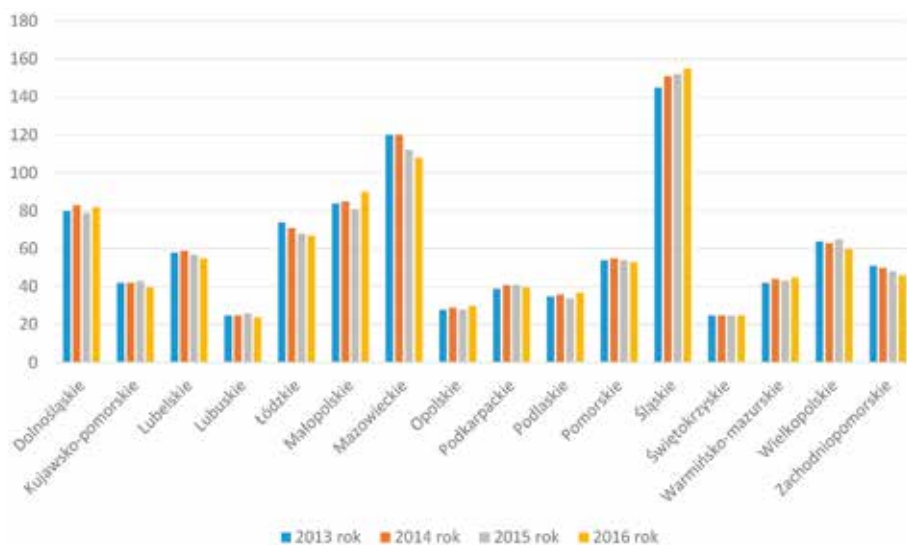
14.3.2. Lecznictwo szpitalne

Polski system opieki zdrowotnej opiera się na trzech filarach: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz lecznictwo szpitalne. Całodobowa opieka stacjonarna od lat stanowi największą część krajowego systemu opieki nad pacjentem. Transformacja systemu ochrony zdrowia na przestrzeni lat w Polsce wpływała na zmianę liczby szpitali oraz na zakres świadczeń udzielanych w tych podmiotach leczniczych.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2016 roku w Polsce funkcjonowało 957 szpitali ogólnych (ryc. 14.18). 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 szpitali ulega dynamicznej zmianie. Wpływ na to mają przekształcenia podmiotów leczniczych oraz ewentualne łączenia między jednostkami. Największa baza jednostek opieki stacjonarnej znajduje się w województwach mazowieckim i śląskim (odpowiednio: 108 i 155). Wynika to z wielu czynników, jak choćby z istnienia szeroko rozwiniętego zaplecza szpitalnego istniejącego przed okresem przemian systemowych oraz obecności w tych województwach wysokospecjalistycznych szpitali i ośrodków kształcenia kadr medycznych.

W państwach Unii Europejskiej wciąż można zaobserwować kontynuację trendu ograniczania liczby łóżek szpitalnych. Związane jest to przede wszystkim z przyjętą polityką przesuwania trzonu opieki zdrowotnej na poziom ambulatoryjnej opieki nad pacjentem.



Ryc. 14.18. Liczba szpitali ogólnych według województw w Polsce w latach 2013-2016 roku (dane GUS)

Fig. 14.18. Number of general hospitals by voivodships in Poland in 2013-2016 (GUS data)

Takie rozwiązanie generuje niższe koszty leczenia oraz przyjaźniejszy dla pacjenta sposób prowadzenia terapii, który pozwala dłużej pozostać w znanym środowisku domowym. Przykładowo średnia liczba wszystkich łóżek w państwach członkowskich UE w 2015 roku spadła o prawie 2% względem 2012 roku (tab. 14.1). Zjawisko spadku liczby łóżek szpitalnych nie dotyczy krajów takich jak Bułgaria czy Rumunia, gdzie nastąpił wzrost ogólnej liczby łóżek stacjonarnej opieki leczniczej w analizowanym okresie. Najwyższy współczynnik liczby ogólnych łóżek szpitalnych przypadających na 100 tysięcy ludności w 2015 roku odnotowano w Niemczech – 611,30, przy niewielkim spadku liczby łóżek. W Polsce wskaźnik ten wyniósł 491,27 przy spadku liczby łóżek o 1,1% względem 2012 roku.

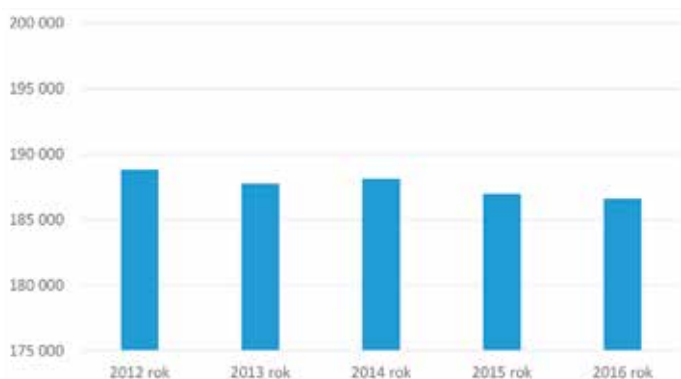
Liczba łóżek leczenia ogólnego w szpitalach w Polsce w 2016 roku wyniosła 186 607. Od pięciu lat można zauważyć postępujący spadek liczby łóżek opieki stacjonarnej. Względem 2012 roku liczba zmalała o 2 213 łóżka w szpitalach ogólnych (ryc. 14.19). Największa liczba łóżek szpitalnych znajduje się w województwach mazowieckim i śląskim (26 240 i 25 418), co jest powiązane z obecnością w tych regionach największej infrastruktury szpitalnej.

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.

Tabela 14.1. Liczba ogólnych łóżek szpitalnych, łóżek rehabilitacyjnych i psychiatrycznych w Europie w 2015 roku oraz zmiana względem 2012 roku (dane Eurostat)

Table 14.1. Number of general hospital beds, rehabilitative and psychiatric beds in Europe in 2015 and change compared to 2012 (Eurostat)

	Liczba łóżek ogólnych w 2015 roku/ Number of general hospital beds in 2015	Zmiana względem 2012 roku/ Change since 2012	Liczba łóżek rehabilitacyjnych w 2015 roku/ Number of rehabilitative care beds in 2015	Zmiana względem 2012 roku/ Change since 2012	Liczba łóżek psychiatrycznych w 2015 roku/ Number of psychiatric care beds in 2015	Zmiana względem 2012 roku/ Change since 2012
Belgia/BE	58 388,00	-0,7%	b.d.	b.d.	15 833,00	-0,4%
Bułgaria/BL	43 136,00	+5,5%	6 196,00	+19,7%	4 929,00	+5,7%
Czechy/CZE	44 842,00	-5,8%	4 746,00	+11,5%	10 207,00	-1,4%
Niemcy/DE	499 351,00	-0,4%	165 013,00	-2,3%	103 992,00	+3,3%
Estonia/EE	4 841,00	-4,9%	349,00	+11,1%	730,00	+2,5%
Irlandia/IL	11 211,00	+3,0%	159,00	+20,5%	1 629,00	+1,2%
Grecja/GR	38 999,00	-3,4%	376,00	+42,4%	7 911,00	-6,4%
Hiszpania/SP	111 841,00	+0,5%	1 796,00	+6,8%	16 668,00	-0,7%
Francja/FR	213 510,00	-3,8%	105 593,00	+2,9%	57 503,00	-0,2%
Chorwacja/HR	15 070,00	-9,3%	4 257,00	-4,0%	3 959,00	-7,8%
Włochy/IT	160 085,00	-5,5%	24 836,00	+2,5%	5 671,00	-0,2%
Łotwa/LV	6 700,00	-7,5%	793,00	+3,9%	2 496,00	-4,6%
Litwa/LT	17 671,00	-8,7%	1 642,00	-4,4%	2 986,00	-9,7%
Węgry/HU	42 096,00	-1,5%	9 133,00	-3,5%	8 723,00	-1,8%
Austria/AU	48 860,00	-3,3%	10 402,00	+6,3%	5 294,00	+0,8%
Polska/PL	186 617,00	-1,1%	64 907,00	+4,2%	24 813,00	+2,0%
Portugalia/PR	33 483,00	-4,7%	588,00	+41,0%	6 584,00	+0,2%
Rumunia/RU	99 707,00	+1,6%	12 035,00	+13,6%	16 785,00	+0,3%
Słowenia/SI	8 698,00	-1,3%	200,00	0,0%	1 383,00	+0,9%
Słowacja/SK	26 441,00	-2,7%	800,00	-5,3%	4 383,00	+4,4%
Finlandia/FI	16 732,00	-4,9%	413,00	-18,1%	3 408,00	-8,5%
Szwecja/SE	22 172,00	-3,5%	b.d.	b.d.	4 341,00	-1,0%
Norwegia/NO	17 433,00	-2,1%	b.d.	b.d.	5 898,00	-2,9%



Ryc. 14.19. Liczba łóżek szpitalnych w Polsce w latach 2012-2016 (dane GUS)

Fig. 14.19. Number of hospital beds in Poland in 2012-2016 (CSO)

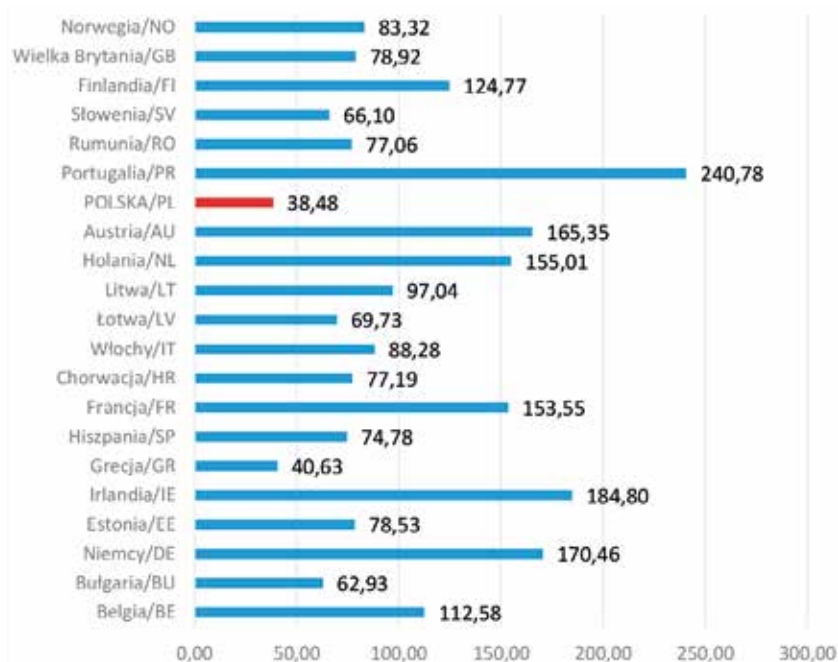
Współczynnik łóżek szpitalnych przypadających na 10 tysięcy ludności w 2016 roku wyniósł 48,6. Najwyższy współczynnik w tym zakresie miało województwo świętokrzyskie – 55,8 oraz województwo lubelskie – 52,8. Według danych CSIOZ w 2016 roku w polskich szpitalach leczono ponad 8 mln pacjentów, w samym województwie mazowieckim liczba ta wyniosła ponad 1 200 tys. osób. 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. W ciągu 10 ostatnich lat czas ten został skrócony o ponad 1 dzień hospitalizacji. Skrócenie czasu pobytu w szpitalu wiąże się z przesunięciem terapii do poziomu ambulatorium. Przekłada się również na zmniejszenie kosztów ponoszonych przez płatnika, ponieważ opieka szpitalna stanowi największe obciążenie w budżecie systemu opieki zdrowotnej.

14.3.3. Podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Powszechnie przyjęta wizja rozwoju systemu opieki zdrowotnej bazuje na przeniesieniu nacisku opieki nad pacjentem z lecznictwa szpitalnego do lecznictwa ambulatoryjnego. Podstawą tych zmian jest założenie wypracowania pozycji podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jako *gatekeepera* systemu ochrony zdrowia. Lekarz pracujący w POZ w teorii jest dla pacjenta pierwszym ogniwem łączącym go z systemem opieki zdrowotnej i to on inicjuje oraz koordynuje cały proces leczenia. Na modelu opieki zdrowotnej zbudowanej na silnej pozycji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej opiera się ochrona zdrowia w Wielkiej Brytanii, skąd strategia ta rozpowszechniła się w większości krajów europejskich. Dla pacjentów przeniesienie trzonu procesu leczniczego do POZ wiąże się

z pozostawianiem w znajomym środowisku domowym, co przekłada się na podniesienie komfortu. Osadzenie lekarza POZ w pozycji *gatekeepera* systemu jest także korzystne dla płatnika świadczeń zdrowotnych, gdyż koszty opieki zdrowotnej rosną wraz ze wzrostem poziomu systemu opieki zdrowotnej.

Wskaźnik liczby lekarzy medycyny ogólnej przypadających na 100 tys. ludności w 2015 roku wyniósł dla Polski 38,48 (ryc. 14.20).



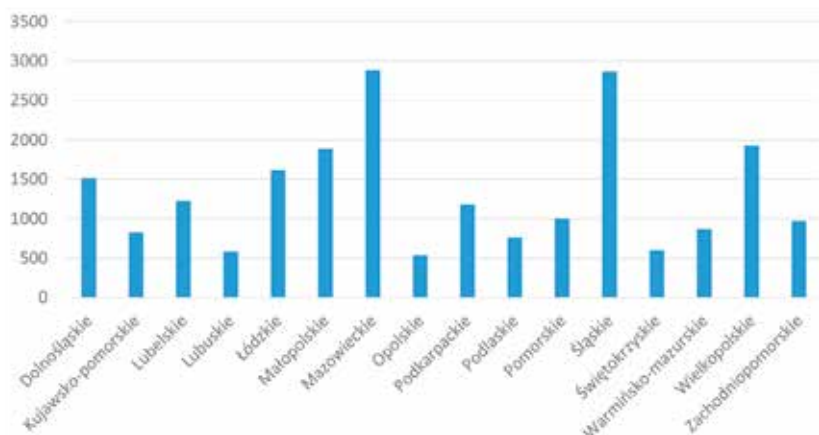
Ryc. 14.20. Wskaźnik liczby lekarzy medycyny ogólnej w krajach Unii Europejskiej w 2015 roku na 100 tys. ludności (dane Eurostatu)

Fig. 14.20. The ratio of doctors in the European Union in 2015 at 100,000 population (Eurostat)

W Polsce wciąż nie jest rozwinięty system koordynowanej opieki zdrowotnej opierający się na silnej pozycji lekarza POZ. W rodzimym systemie nadal większość ciężaru 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. Według danych CSIOZ 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.

Według statystyki GUS w 2016 roku funkcjonowało w Polsce 21 299 przychodni, w których udzielono świadczeń zdrowotnych w ramach POZ i AOS (ryc. 14.21). Najwięcej z nich znajdowało się na terenie województwa śląskiego i woj. mazowieckiego – łącznie ponad 5,5 tys. przychodni.

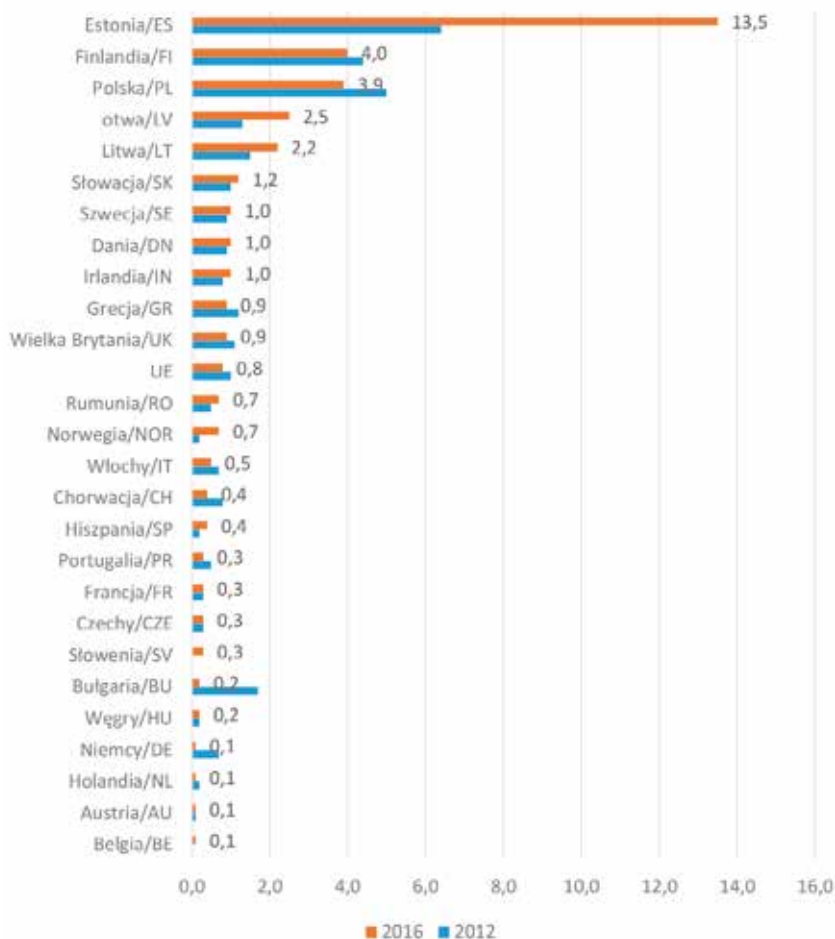


Ryc. 14.21 Liczba przychodni w Polsce według województw w 2016 roku (dane GUS)

Fig. 14.21 Number of clinics in Poland, by voivodeship in 2016 (CSO)

W 2016 roku w Polsce udzielono ok. 288 mln porad lekarskich. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej zrealizowano 166 mln świadczeń z zakresu poradnictwa lekarskiego, 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 najczęściej 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.

Dużym problemem, z jakim zmagają się system opieki zdrowotnej w Polsce, jak i w innych krajach, jest czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Polska w ostatnich latach poczyniła postęp zmniejszając odsetek osób deklarujących niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych z powodu długiego okresu oczekiwania na otrzymanie świadczenia (ryc. 14.22).



Ryc. 14.22. Odsetek osób deklarujących niezaspokojone potrzeby zdrowotne z powodu listy oczekujących na świadczenie zdrowotne w wybranych krajach UE w 2012 i 2016 roku (dane Eurostat)

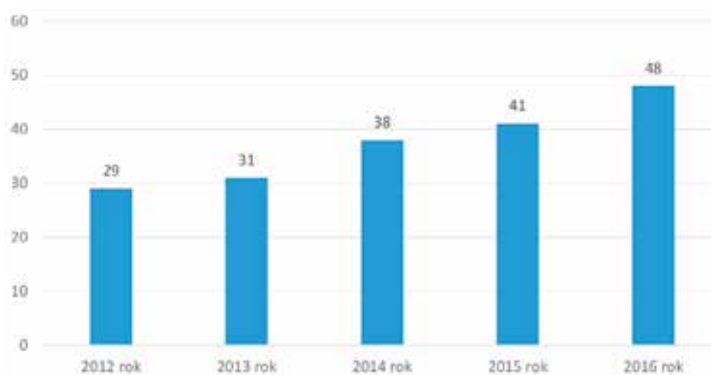
Fig. 14.22. Percentage of people declaring unmet health needs due to waiting lists in selected EU countries in 2012 and 2016 (Eurostat)

14.3.4 Opieka długoterminowa

Polska, jak i większość krajów rozwiniętych, staje przed problemem, jakim jest starzenie się społeczeństwa. Ten fizjologiczny proces, ze względu na poprawę warunków życia oraz zmniejszającą się liczbę urodzeń staje się wyzwaniem, z którym musi zmierzyć się polski system ochrony zdrowia. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce jest 433 lekarzy posiadających specjalizację z geriatry, 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 geriatry, jest ona priorytetową dziedziną medycyny. Pomimo tej zmiany, lekarze nadal w niewielkim stopniu decydują się na kształcenie w tym kierunku. Według danych Krajowego Konsultanta w dziedzinie geriatry, w 2017 roku w trakcie specjalizacji było 163 lekarzy, przy czym pozostało 67 wolnych miejsc do podjęcia specjalizacji w tej dziedzinie medycyny.

Oprócz zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy ze specjalizacją z geriatry istotne jest również przygotowanie dostosowanej do potrzeb zdrowotnych osób w wieku powyżej 60 roku życia infrastruktury szpitalnej. Według danych GUS w 2016 roku w Polsce funkcjonowało 48 oddziałów geriatrycznych (ryc. 14.23). Najwięcej z nich – 13 znajdowało się w województwie śląskim, najmniej w województwach zachodniopomorskim, podlaskim, pomorskim, wielkopolskim – 1 oddział (tab. 14.2). Wzrost liczby oddziałów wysokospecjalistycznych dla pacjentów w wieku starszym jest pozytywnym zjawiskiem, jednak przy tempie postępujących zmian demograficznych należy zintensyfikować działania w zakresie dostosowywania infrastruktury do sytuacji społeczeństwa.



Ryc. 14.23. Liczba oddziałów geriatrycznych w latach 2012-2016 w Polsce (dane GUS)

Fig. 14.23. Number of geriatric wards in 2012-2016 in Poland (CSO)

Na oddziałach geriatrycznych dostępnych było 1 056 łóżek dla pacjentów, co daje wskaźnik na poziomie 0,3 na 10 000 ludności. Najwięcej łóżek znajdowało się w województwie śląskim – 352 łóżka i w województwie mazowieckim – 117.

Tabela 14.2. Oddziały geriatryczne w szpitalach ogólnych w latach 2012-2016 (dane GUS)

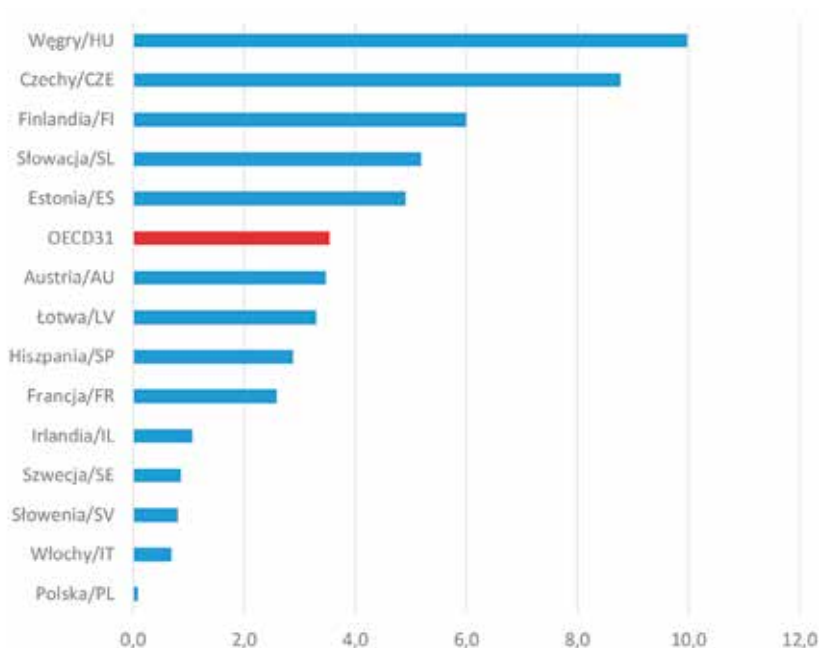
Table 14.2. Geriatric wards in general hospitals in 2012-2016 (CSO)

	Oddział geriatryczny/ <i>Geriatric ward</i>				
	2012 rok	2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok
Polska	29	31	38	41	48
Dolnośląskie	2	2	4	4	4
Kujawsko-pomorskie	1	1	1	2	2
Lubelskie	3	4	4	3	3
Lubuskie	1	1	1	1	2
Łódzkie	2	2	2	2	2
Małopolskie	2	2	4	4	4
Mazowieckie	0	0	0	4	7
Opolskie	2	2	2	2	2
Podkarpackie	2	2	3	3	3
Podlaskie	1	1	1	1	1
Pomorskie	0	0	0	0	1
Śląskie	11	11	12	11	13
Świętokrzyskie	0	1	2	2	2
Warmińsko-mazurskie	0	0	0	0	0
Wielkopolskie	1	1	1	1	1
Zachodniopomorskie	1	1	1	1	1

W 2016 roku leczonych na oddziałach geriatrycznych 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. Podkreślić należy, iż ze względu na charakter sytuacji zdrowotnej osób w wieku starszym (często pacjent wielochorobowy), pobyt chorego na oddziale wydłuża się powyżej średniej długości czasu pobytu w szpitalu dla populacji ogólnej. Dla lecznictwa szpitalnego jest to 5,3 dnia, w przypadku oddziałów geriatrycznych średni czas hospitalizacji wynosi 8 dni. Dlatego tak istotne jest zwiększanie bazy łóżkowej dostępnej dla pacjentów geriatrycznych.

Pamiętać również należy, iż duża część osób powyżej 60 roku życia ze schorzeniami geriatrycznymi leczona jest na innych oddziałach, w szczególności na oddziałach chorób wewnętrznych. Zjawisko to stanowi obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej, ze względu na niedostosowanie tych oddziałów do kompleksowego leczenia osób starszych z wielochorobowością.

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. Największą liczbą łóżek w szpitalach dysponowały Węgry i Czechy (ryc. 14.24).



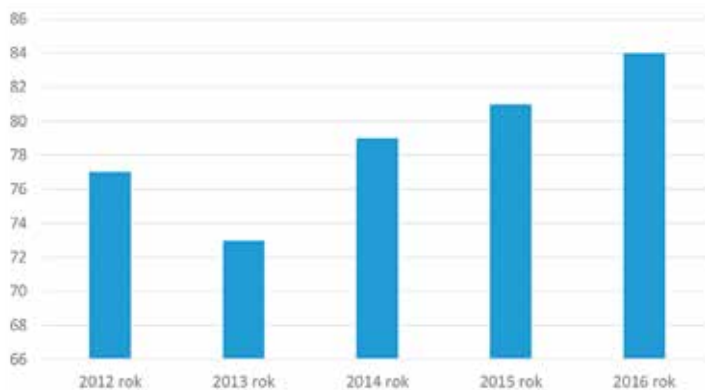
Ryc. 14.24. Wskaźnik liczby łóżek długoterminowych w szpitalach przypadających na 1 000 mieszkańców w wieku 65 lat i więcej w 2015 roku (dane OECD)

Fig. 14.24. Indicator of the number of long-term beds in hospitals per 1,000 population at the age of 65 and more in 2015 (OECD)

Według danych GUS 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.

Według danych Ministerstwa Zdrowia w 2016 roku w Polsce funkcjonowały 84 przychodnie geriatryczne (ryc. 14.25). W latach 2012-2016 liczba ta zwiększyła się jedynie o 7 nowych poradni. Jest to niepokojące zjawisko, ponieważ przeniesienie leczenia pacjenta do poziomu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest korzystne, zarówno dla świadczeniobiorcy, jak i dla systemu. Z punktu widzenia pacjenta,

istotne jest kontynuowanie leczenia przede wszystkim w środowisku domowym, natomiast z perspektywy ekonomicznej przeniesienie ciężaru leczenia z leczenia szpitalnego na poziom ambulatoryjny generuje niższe koszty.



Ryc. 14.25. Liczba poradni geriatrycznych w latach 2012-2016 w Polsce (dane GUS)

Fig. 14.25. Number of geriatric clinics in 2012-2016 in Poland (CSO)

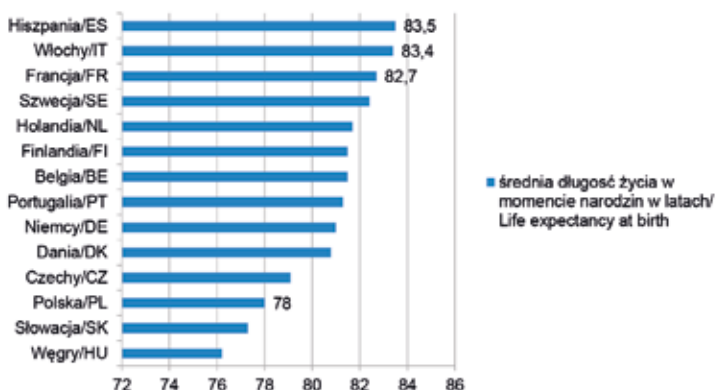
14.4. Mierniki efektywności wydatkowania pieniędzy w sektorze ochrony zdrowia

Efektywność to relacja uzyskanych efektów do poniesionych na nie nakładów. Cecha ta warunkuje sprawne funkcjonowanie organizacji, a w tym przypadku systemu ochrony zdrowia i jest ważnym narzędziem pomiaru skuteczności zarządzania. Na przestrzeni ostatnich pięćdziesięciu lat w krajach OECD średnie wydatki na ochronę zdrowia, mierzone wskaźnikiem udziału w produkcie krajowym brutto (PKB) wzrosły ponad dwukrotnie. W świetle rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i stale zwiększających się wydatków na ochronę zdrowia, obiektywny pomiar efektywności prowadzony standaryzowanymi miernikami jest szczególnie ważny.

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 przeznaczająca na zdrowie około 6,5% PKB. W analizowanej grupie państw najwięcej pieniędzy na ochronę zdrowia wydają Niemcy 11,5% PKB. W odniesieniu do tych wartości należy zaprezentować inne dane, które są przyjmowane jako mierniki efektywności, m.in. średnią długość życia, liczbę łóżek ogólnych na 100 tysięcy mieszkańców, lata życia w zdrowiu. Należy pamiętać, że finansowanie opieki zdrowotnej, niezależnie od źródła, dzielone jest na bieżące finansowanie

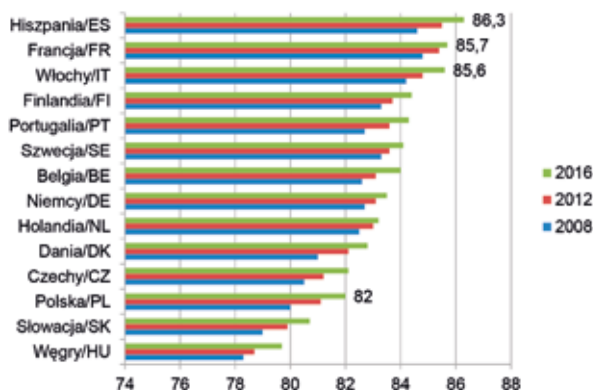
funkcjonowania i finansowanie inwestycji. Jest to istotne, ponieważ jakkolwiek zmiana oczekiwanej długości życia jest miernikiem efektywności kompleksowym, zarówno dla wydatków bieżących, jak i inwestycyjnych, to na przykład zmiana liczby łóżek, to tylko fragment efektywności inwestycyjnej.

Analiza potwierdza ogólny trend wydłużania się średniej długości życia w większości krajów europejskich (ryc. 14.26). W Polsce średnia długość życia ogólnie w 2016 wynosiła 78 lat. Podobnie jak w latach poprzednich, długość życia mężczyzn (73,9 lat) jest niższa niż długość życia kobiet (82 lata). Wśród kobiet w 2016 roku najdłuższą średnią długość życia odnotowano w Hiszpanii (86,3 lat) i we Francji (85,7 lat) (ryc. 14.27). Wśród mężczyzn najdłużej żyli Włosi (81lat), Szwedzi (80,6 lat) i Hiszpanie (80,5 lat) (ryc. 14.28).



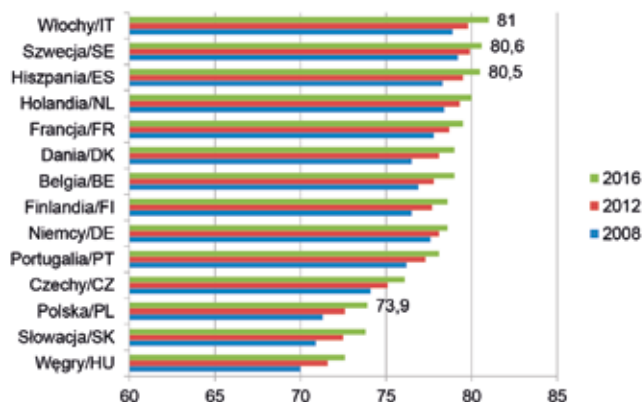
Ryc. 14.26. Średnia długość życia w wybranych krajach w 2016 roku – oczekiwana długość życia (dane Eurostat)

Fig. 14.26. Life expectancy whole population at birth 2016 (Eurostat)



Ryc. 14.27. Średnia długość życia w momencie narodzin w latach (ogółem) – oczekiwana długość życia – kobiety (dane Eurostat)

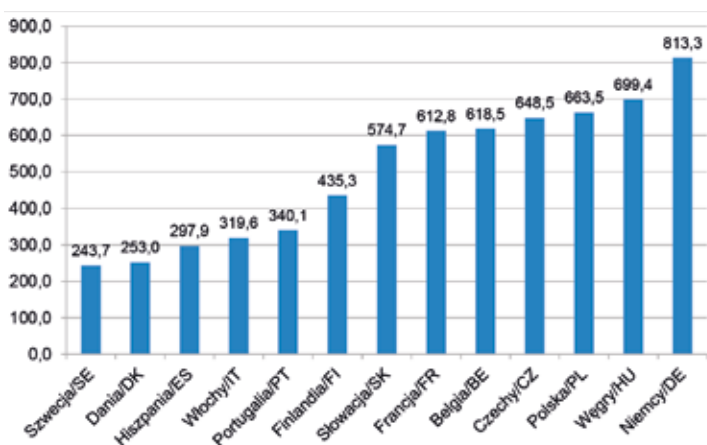
Fig. 14.27. Female life expectancy at birth (Eurostat)



Ryc. 14.28. Średnia długość życia w momencie narodzin w latach (ogółem) – oczekiwana długość życia – mężczyźni (dane Eurostat)

Fig. 14.28. Male life expectancy at birth (Eurostat)

Jako miernik stanu systemu ochrony zdrowia uznaje się także 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 (ryc. 14.29). 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 przeważającej większości państw członkowskich UE (brak danych dla Holandii) ogólna liczba łóżek szpitalnych również spadała, czasami w szybkim tempie.



Ryc. 14.29. Liczba łóżek szpitalnych przypadająca na 100 000 tysięcy mieszkańców w 2015 roku (dane Eurostatu)

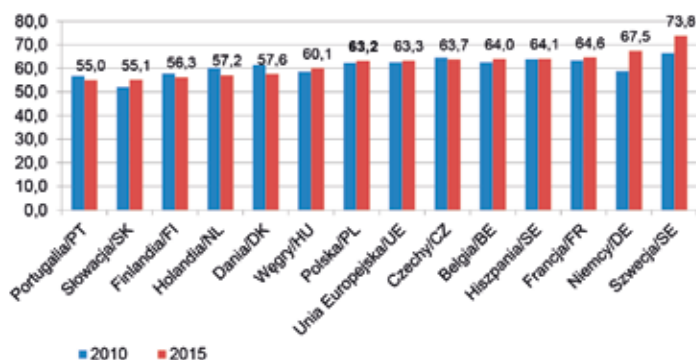
Fig. 14.29. Number of beds per 100,000 inhabitants in 2015 (Eurostat)

Największe zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych odnotowano we Włoszech i na Słowacji (liczba łóżek spadła o około 10%), Finlandii i Danii (liczba łóżek spadła o około 25%). W większości przypadków sytuacja ta była spowodowana przesunięciem trzonu opieki zdrowotnej z lecznictwa szpitalnego do opieki ambulatoryjnej.

W pięciu państwach członkowskich liczba łóżek szpitalnych wzrosła w latach 2010-2015: w trzech z nich – w Polsce, Luksemburgu i Austrii – były to liczby stosunkowo niewielkie, natomiast większe wzrosty odnotowano w przypadku Bułgarii (wzrost o 6,1%) i Malty (wzrost 8,9%).

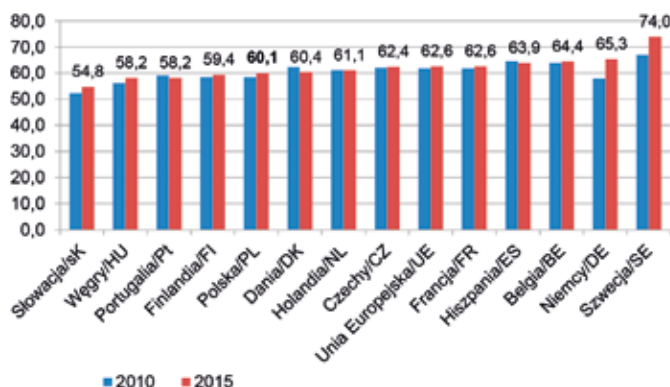
Na przestrzeni ostatnich lat, w większości krajów europejskich można zaobserwować wzrost wartości wskaźnika HLY (przewidywane lata życia w zdrowiu). Najwyższy wskaźnik w 2015 roku wśród kobiet odnotowano w Szwecji – 73,8 lat. W latach 2010-2015 wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet w tym kraju wzrósł o 7,4 roku. W Polsce HLY wzrósł z 62,3 do 63,2, a między 2014 i 2015 rokiem odnotowano przyrost o 0,5 roku. Niepokojący jest fakt spadku wskaźnika w okresie 2010-2015 w części krajów europejskich, np. Portugalii, Finlandii, Holandii, Danii i Czechach (ryc. 14.30). Dla mężczyzn, podobnie jak w przypadku kobiet wartość HLY w 2015 roku była najwyższa w Szwecji i od 2010 roku wzrosła o 7 lat. Spadek wartości wskaźnika od 2010 roku występował w Danii, Portugalii, Holandii i Hiszpanii. W Polsce, w analizowanych latach nastąpił wzrost wskaźnika HLY dla mężczyzn z 58,5 do 60,1 (ryc. 14.31).

Mówiąc o efektywności bieżącej opieki zdrowotnej, na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia podjęto próbę 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 – 5 730 903,91 złotych.



Ryc. 14.30. Lata życia w zdrowiu wśród kobiet w 2015 roku (dane Eurostat)

Fig. 14.30. Healthy life years among women in 2015 (Eurostat)



Ryc. 14.31. Lata życia w zdrowiu wśród mężczyzn w 2015 roku (dane Eurostat)

Fig. 14.31. Healthy life years among men in 2015 (Eurostat)

Ze sprawozdań NFZ wynika, że w 2016 roku największą liczbę osób oczekujących odnotowano do następujących poradni specjalistycznych: endokrynologicznych, chirurgii naczyniowej, kardiologicznych, gastroenterologicznych i okulistycznych. W stosunku do 2014 roku doszło do zmiany listy poradni z najdłuższym czasem oczekiwania (tab. 14.3).

Tabela 14.3. Poradnie z najdłuższym czasem oczekiwania na poradę w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z liczbą pacjentów i długością oczekiwania na poradę. (Sprawozdania z działalności NFZ za rok 2014 i 2016)

Table 14.3. Comparison of the clinic with the longest waiting time of patients in the medical category „stable case” with the number of patients and the length of waiting for advice. (Data from the NHF activity report for 2014 and 2016)

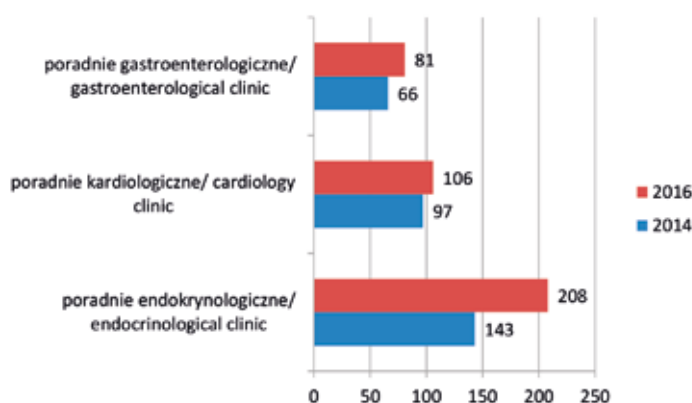
Nazwa poradni AOS z najdłuższym czasem oczekiwania / The name of AOS clinic with the longest waiting time	Liczba osób oczekujących/ The number of waiting people	Średni czas oczekiwania w dniach – mediana/ The median time of waiting in days
2014 rok		
Poradnie okulistyczne	321623	53
Pracownie tomografii komputerowej	146013	58
Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej	136494	34
Poradnie neurologiczne	125033	39
Poradnie dermatologiczne	98551	16
2016 rok		
Poradnie endokrynologiczne	95876	208
Poradnie chirurgii naczyń	29608	131
Poradnie kardiologiczne	119466	106
Poradnie gastrologiczne	39577	81
Poradnie okulistyczne	267256	65

Na przestrzeni lat 2014-2016 mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła w przypadku wszystkich poradni, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się jedynie do poradni okulistycznej. We wszystkich wymienionych poradniach zwiększył się odsetek przypadków zakwalifikowanych do kategorii „przypadki pilne”.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 208 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych, poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 267 256 i 119 466 osób.

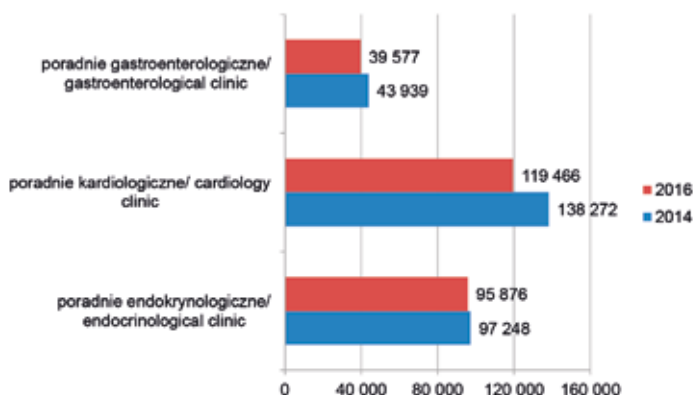
Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że pomimo zmniejszenia się liczby osób oczekujących do poradni endokrynologicznych w 2016 roku w stosunku do 2014, wydłużył się istotnie czas oczekiwania na świadczenie, co wskazuje na niedostateczny dostęp do lekarzy tej specjalizacji. Podobne zjawisko ma miejsce w przypadku poradni kardiologicznych i gastroenterologicznych (ryc. 14.32 i 14.33).

Na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia porównano również czas oczekiwania na świadczenia w których najczęściej odnotowano kolejki. Ze sprawozdań NFZ wynika, że w 2016 roku największa była liczba oczekujących na następujące świadczenia: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastyka stawu kolanowego oraz endoprotezoplastyka stawu biodrowego. W stosunku do 2014 roku nie doszło do zmiany w kolejności świadczeń z najdłuższym czasem oczekiwania.



Ryc. 14.32. Czas oczekiwania do wybranych poradni AOS (w dniach) w 2014 i 2016. (Sprawozdanie z działalności NFZ za rok 2014 i 2016)

Fig. 14.32. 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. 14.33. Liczba osób oczekujących do wybranych poradni AOS w 2014 i 2016 roku (sprawozdanie z działalności NFZ za rok 2014 i 2016)

Fig. 14.33. 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)

Na przestrzeni lat 2014-2016 wzrosła jednak zarówno mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania jak i liczba oczekujących na wszystkie te świadczenia (tab. 14.4). We wszystkich wymienionych świadczeniach zwiększył się także odsetek przypadków zakwalifikowanych do kategorii „przypadki pilne”.

Tabela 14.4. Świadczenia medyczne z najdłuższym czasem oczekiwania w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z liczbą pacjentów i długością oczekiwania na świadczenie. (Sprawozdania z działalności NFZ za rok 2014 i 2016)

Table 14.4. Comparison of the healthcare benefits with the longest waiting time of patients in the medical category „stable case” with the number of patients and the length of waiting for benefit. (Data from the NHF activity report for 2014 and 2016)

Świadczenia opieki zdrowotnej z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” / Health care benefits with the highest median value of the waiting time for the medical category "stable case"	Liczba osób oczekujących / The number of waiting people	Średni czas oczekiwania w dniach – mediana / The median time of waiting in days
2014 rok		
Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	492336	508
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	84041	437
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	86317	399
2016 rok		
Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	514345	585
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	99170	542
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	90445	460

Analiza wskazuje, że nie ma bezpośredniej korelacji między wydatkami na system opieki zdrowotnej a znaczącą poprawą wskaźników efektywności. Pomimo wysokich środków finansowych 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. Nie doszło również do znaczącej zmiany w czasie oczekiwania na świadczenia medyczne z największą liczbą oczekujących. 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. Suma tych składowych może pozwolić na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Podsumowanie

1. Polski system ochrony zdrowia przeszedł w ostatnich trzydziestu latach szereg transformacji, od odejścia od modelu finansowania budżetowego, poprzez wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego aż do obecnych wyzwań zdrowotnych. Wiele działających rozwiązań wymaga zmian lub udoskonalenia, w szczególności w zakresie zarządzania publicznymi środkami finansowymi. Należy pamiętać, że nie istnieje system ochrony zdrowia, którego nakłady finansowe są w stanie pokryć wszystkie potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Odpowiednie zarządzanie obecnymi w systemie środkami jest kluczowe dla efektywnego działania ochrony zdrowia. Podsumowując temat finansowania ochrony zdrowia oraz stanu infrastruktury systemu opieki zdrowotnej w Polsce najważniejsze wnioski zamykają się w obszarach:
2. 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 wyniósł 6,3%, a średnia dla krajów UE ok. 9%.
3. 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.

4. 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.
5. 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.
6. W roku 2015 wydatki na opiekę zdrowotną sektora rządowego i obowiązkowych ubezpieczeń stanowiły 15% całkowitych wydatków publicznych w krajach OECD.
7. 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.
8. 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 różnic między regionami wprowadzono Mapy Potrzeb Zdrowotnych, jako mechanizm monitorowania oraz prognozowania potrzeb zdrowotnych ludności Polski.
9. 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.
10. 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.

11. 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.
12. 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.

15. GŁÓWNE PROBLEMY DOTYCZĄCE ZDROWIA POLAKÓW W ŚWIEŁE NAJNOWSZYCH WYNIKÓW BADANIA „GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY (GBD)” 2017

Roman Topór-Mądry (AOTMiT), Bogdan Wojtyniak, Grzegorz Juszczak,
Daniel Rabchenko, 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. W projekcie uczestniczyło 3,676 współpracowników ze 146 krajów i przeprowadzono ponad 38 miliardów oszacowań dla 359 chorób i urazów oraz 84 czynników ryzyka w 195 krajach. Twórcami wskaźnika DALY są profesorowie **Christopher Murray** (wówczas Harvard University) oraz **Alan Lopez** (wówczas WHO Genewa), którzy pierwszą analizę stanu zdrowia na świecie z uwzględnieniem wspomnianego nowego miernika zdrowia opublikowali w 1996 roku. Obecnie corocznie raporty globalne (z uwzględnieniem Polski) publikowane są we wspomnianym czasopiśmie naukowym LANCET, a projekt Global Burden of Disease, jest realizowany na Uniwersytecie Waszyngtońskim i finansowany przez Fundację Billa i Amandy Gates.

15.1. Definicja wskaźników GBD

- **Wystąpienie choroby u osoby zdrowej niesie ze sobą dwa możliwe skutki:**
 - **obniżenie jakości życia** (niesprawność o różnym stopniu w zależności od choroby),
 - **przedwczesny zgon** (jako skutek istniejącej choroby).

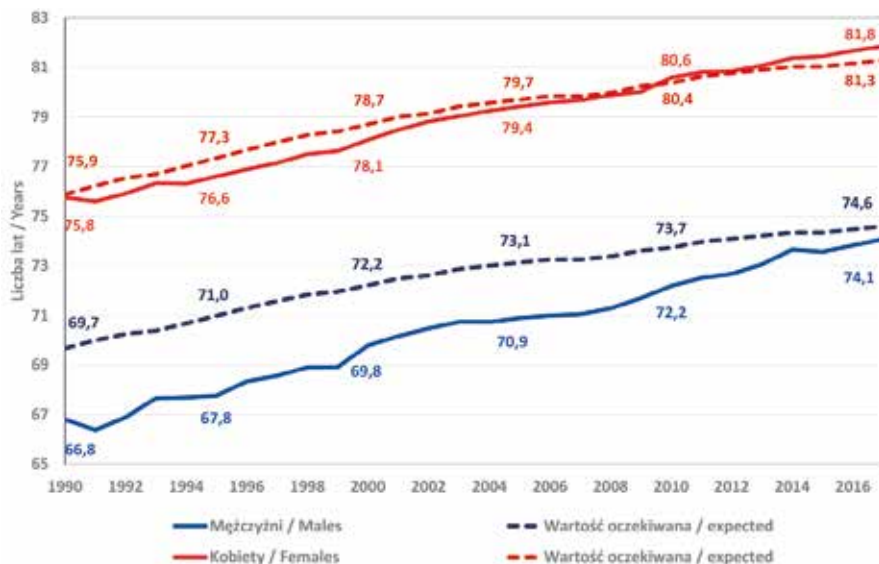
- Te informacje łączy w sobie wskaźnik DALY (lata życia z uwzględnieniem niepełności, *ang. disability adjusted life years*).
- Wskaźnik DALY jest **sumą liczby utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu** (*years of life lost – YLL*) **oraz liczby lat przeżytych w niepełności** (*years of life with disability – YLD*).
- Poprzez wskaźnik DALY można szacować obciążenie (wagę) (**umieralność i chorobowość**) konkretnymi problemami zdrowotnymi, a w konsekwencji – wagę czynników ryzyka powodujących ich wystąpienie, sumaryczne korzyści zdrowotne wynikające ze zmniejszenia występowania choroby dzięki prewencji (ograniczanie rozpowszechnienia czynników ryzyka) lub leczeniu, a po przeliczeniu na wartości monetarne – także koszty i korzyści poszczególnych interwencji.
- **Jeden DALY można uznać za jeden rok utraconego życia w pełnym zdrowiu.**
- Wskaźnik DALY zrewolucjonizował sposób oceny obciążenia chorobami, podkreślając wagę gorszej jakości życia osób chorujących. Dzięki temu wskaźnikowi dokonało się też istotne przesunięcie w znaczeniu chorób przewlekłych rzadko powodujących zgon takich jak na przykład cukrzyca, choroby psychiczne, układu nerwowego czy kostno-stawowego, których waga we wcześniejszych analizach stanu zdrowia opartych na współczynnikach umieralności była znikoma.

15.2. 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.

15.3. Główne elementy profilu Polski

Poniżej zaprezentowano kilka podstawowych wskaźników z GBD, które są podstawą tzw. profilu krajowego. Wystandardyzowana metodologia ich tworzenia stwarza możliwości prowadzenia analiz porównawczych z innymi krajami europejskimi lub innymi krajami rozwiniętymi na świecie, co będzie przedmiotem naszych dalszych prac. Profile krajowe są przeglądem najważniejszych wyników bardzo rygorystycznie od strony naukowej prowadzonych analiz i oszacowań GBD. 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 IHME¹. Natomiast długość życia mężczyzn zbliża się do wartości oczekiwanej ale wciąż jeszcze jest krótsza.

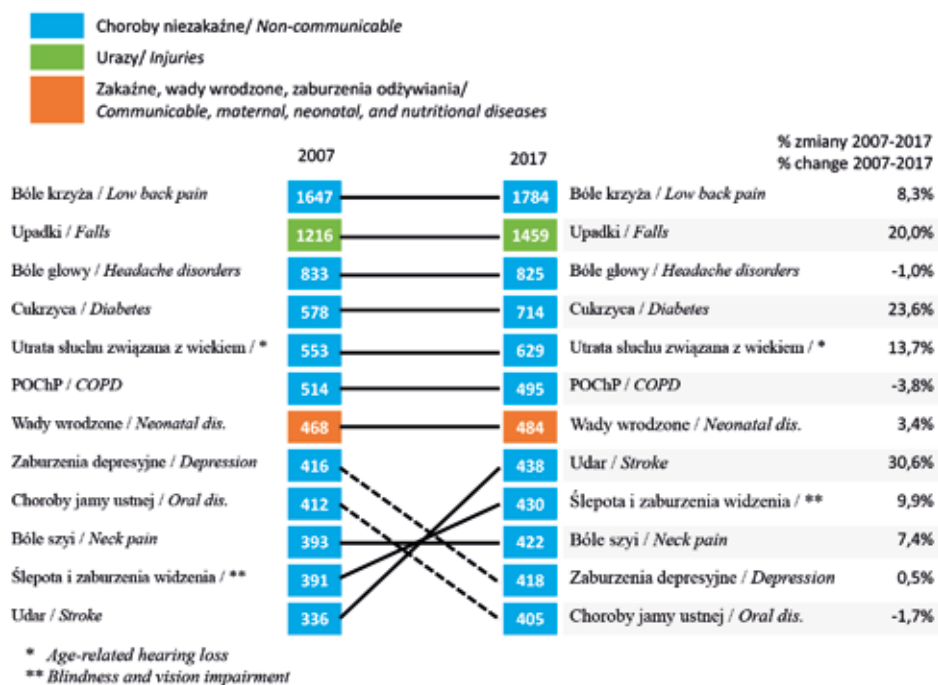


Ryc. 15.1. Przeciętne trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 0 lat w Polsce w latach 1990–2017 – wartości obserwowane i oczekiwane powiązane z wielkością Indeksu Społeczno-Demograficznego (dane IHME)

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)

¹ <http://ghdx.healthdata.org/record/global-burden-disease-study-2017-gbd-2017-socio-demographic-index-sdi-1950%E2%80%932017>

Jak wspomniano wyżej jednym z głównych elementów oszacowań GBD jest liczba lat życia utraconych z powodu niesprawności wynikającej z problemów zdrowotnych (YLD). Na ryc. 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.

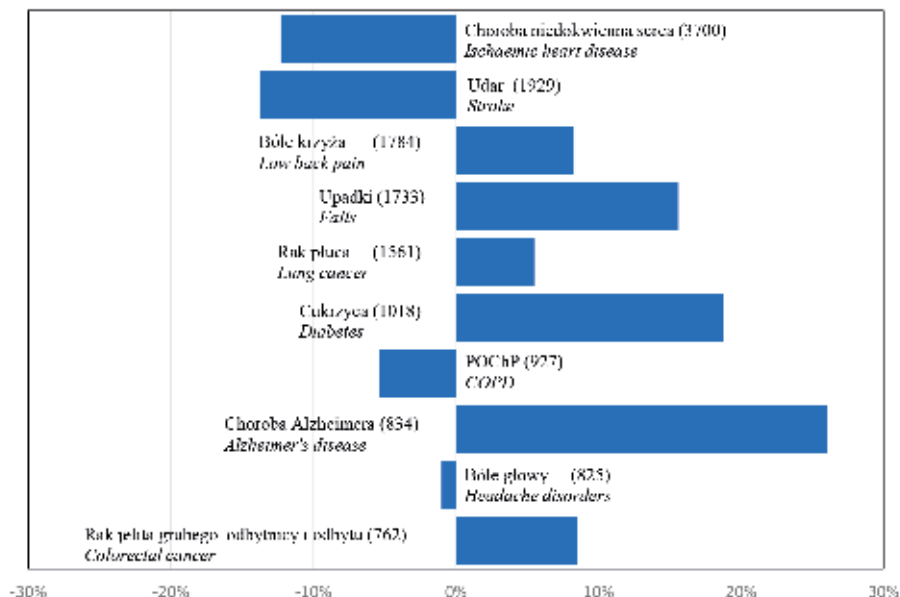


Ryc. 15.2. Problemy zdrowotne, które najbardziej odpowiadały za niesprawność w Polsce w latach 1997 i 2017 – wartości lat życia z niesprawnością na 100 tys. ludności oraz ich zmiana procentowa w okresie 10 lat (dane IHME)

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%

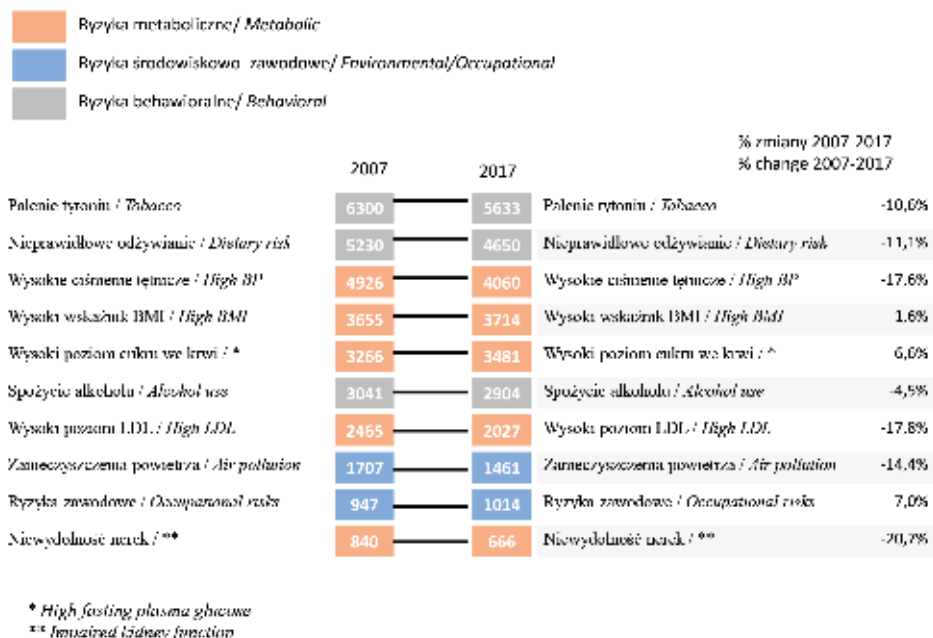
(ryc. 15.3). Zmniejszył się również rozmiar skutków udaru o ok. 13%, a ponadto jeszcze POChP o ok. 5% i minimalnie bólów głowy (1%). Natomiast wyraźnie zwiększyła się wielkość DALY związana z chorobą Alzheimera (o 26%), cukrzycą (19%) i upadkami (16%). Trzeba podkreślić, że w porównaniu z przeciętnym 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)

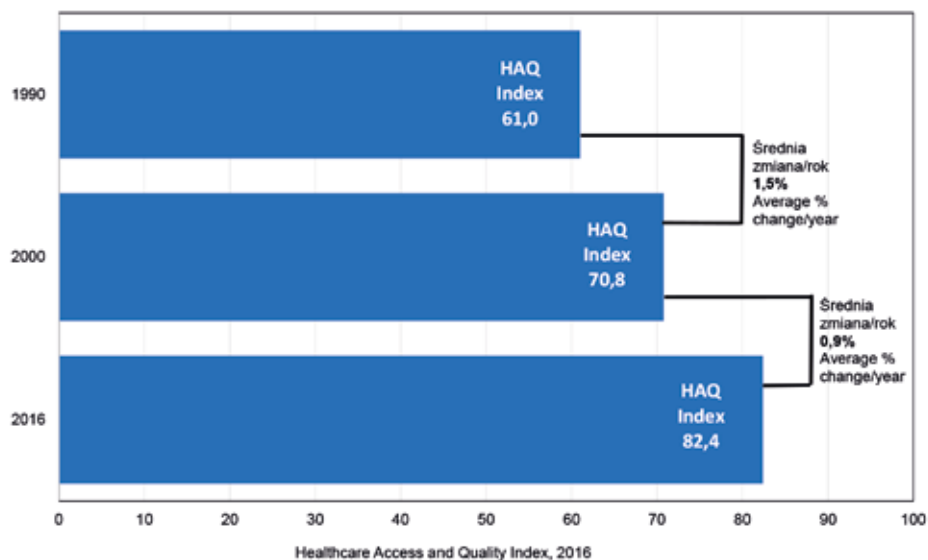
Czynnikiem, który pomimo zmniejszającego się znaczenia, od lat najbardziej odpowiada za utracone lata życia w zdrowiu Polaków jest palenie tytoniu, następnie w kolejności jest niewłaściwe odżywianie i wysokie ciśnienie tętnicze (ryc. 15.4). Należy zauważyć, że negatywne skutki tych czynników podobnie 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.



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)

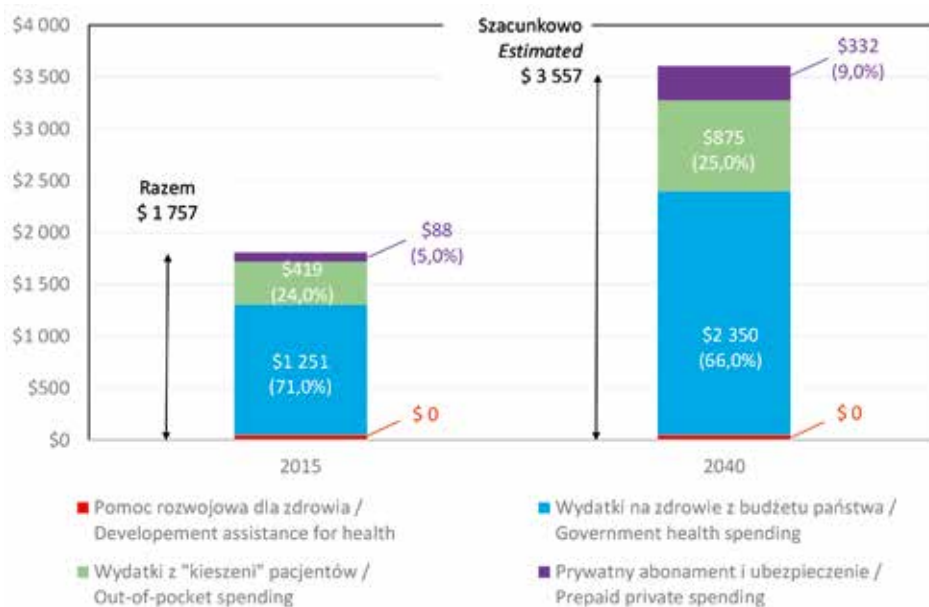
Fig. 15.4. Main risk factors that drive the most deaths and disability combined (DALY) in Poland, 1997 and 2017 – DALY per 100000 population and % change 1997-2017 (IHME data)

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). 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).



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)

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 większości bezpośrednie wydatki prywatne „z kieszeni” i w znacznie mniejszej części wydatki na abonamenty lub dodatkowe ubezpieczenie (ryc. 15.6). 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 interwencje zdrowotne. Planowane pogłębianie analiz uwzględniających 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 zmniejszającą 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, następnie 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.