

1. NAJWAŻNIEJSZE FAKTY – PODSUMOWANIE

Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej

Liczba ludności Polski zmniejszała się od 2009 r., a w końcu 2023 r. wynosiła 37 637,1 tys. osób, co stanowi 8,2% ogółu ludności UE27 i plasuje nasz kraj na piątym miejscu wśród krajów Unii. W 2023 r. przyrost naturalny w Polsce miał ujemną wartość zarówno miastach jak i na wsi.

Kobiety stanowią ponad połowę ogółu ludności (51,7%). Nadwyżka liczebna w porównaniu z mężczyznami pojawia się dopiero w grupie wieku 50–54 lata i zwiększa się bardzo szybko w coraz starszych grupach wieku. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypada już 148 kobiet, zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 258 kobiet.

Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE27), 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, niż przeciętne dla ogółu krajów Unii.

Odsetek dzieci rodzących się poza formalnym związkiem małżeńskim zwiększa się i obecnie częściej, niż co czwarte rodzące się dziecko, jest urodzone poza związkiem małżeńskim. W województwach zachodniopomorskim i lubuskim odsetek ten przekracza 45%. W porównaniu z innymi krajami europejskimi, udział urodzeń pozamałżeńskich w Polsce jest znacznie mniejszy, tylko w czterech krajach UE odsetek tej grupy noworodków jest niższy niż w naszym kraju.

W Polsce obserwuje się niewielką tendencję spadkową częstości urodzeń o niskiej masie urodzeniowej, a urodzenia poniżej 2500 g występują rzadziej niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej.

Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym wyraźnie wzrasta w Polsce od szeregu lat, to jednak wśród mężczyzn w wieku 25–74 lata jest on wciąż niższy, niż w większości krajów UE, natomiast wśród kobiet odsetek z wykształceniem wyższym przekracza poziom przeciętny dla krajów UE-27. Wyraźnie niższy jest w Polsce, w porównaniu do przeciętnego poziomu w UE-27, odsetek osób o najniższym poziomie wykształcenia.

Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest w naszym kraju obecnie na poziomie niższym od przeciętnego dla UE-27. Największą poprawę po 2015 r. 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 ubóstwem jest niższy od przeciętnego dla krajów UE.

W 2023 r. wystąpił w Polsce znaczny wzrost wskaźnika ubóstwa skrajnego. Wśród mieszkańców wsi występuje wyraźna nadwyżka ubóstwa skrajnego w porównaniu do mieszkańców miast, nawet tych małych. Odsetek osób w gospodarstwach domowych zagrożonych skrajnym ubóstwem radykalnie obniża się, wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia głowy gospodarstwa domowego.

Poziom bezrobocia ogółem, jak również długotrwałego w Polsce, zalicza się do jednego z najniższych w UE. Województwami, gdzie sytuacja w zakresie bezrobocia jest w ostatnich latach najgorsza, są warmińsko-mazurskie, podkarpackie i świętokrzyskie. 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 wśród kobiet.

Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach Unii, a szczególnie zaznacza się to w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań. Natomiast Polacy, rzadziej niż ogół mieszkańców UE, mieszkają w mieszkaniach złej jakości.

Ostatni z publikowanych, Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI) z 2024 r. wynoszący 0,881, plasuje Polskę na 19 miejscu w Unii Europejskiej i na 36 miejscu w świecie.

Przedstawiona powyżej charakterystyka sytuacji demograficzno-społecznej mieszkańców naszego kraju pozwala na stwierdzenie, że pod wieloma względami jest ona lepsza od przeciętnej dla krajów UE-27, a w tych obszarach, gdzie sytuacja w Polsce jest mniej korzystna różnica zmniejsza się. Działania zmierzające do jej poprawy i zmniejszenia dystansu, jaki w niektórych obszarach dzieli społeczeństwo polskie od społeczeństw bardziej zamożnych krajów UE, powinny również przyczynić się do korzystnych długofalowych zmian stanu zdrowia ludności Polski.

Długość życia i umieralność ludności Polski

Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski w 2023 r. pokazuje, że po latach pandemii COVID-19, kiedy nastąpiło zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia Polaków, podstawowe wskaźniki charakteryzujące sytuację

zdrowotną w znacznym stopniu powróciły do okresu sprzed pandemii, a często przyjęły bardziej korzystne wartości.

W 2023 r. oczekiwana długość życia mężczyzn wynosiła 74,7 lat i była dłuższa o 0,6 roku, niż w poprzedzającym pandemię 2019 r. a w przypadku mężczyzn w wieku 65 lat była dłuższa o 0,1 roku. Długość życia kobiet wynosiła 82,1 lat i była dłuższa o 0,3 roku niż w 2019 r. (w wieku 65 lat, podobnie jak u mężczyzn, była dłuższa o 0,1 roku).

Od wielu lat występuje w Polsce niekorzystne zjawisko dużej nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet i w konsekwencji, znacznie krótsza długość ich dalszego życia, niezależnie od wieku. Autorzy rozdziału szacują, że w 2023 r. trochę ponad połowa (51,9%) różnicy w długości życia mężczyzn i kobiet, która wynosiła 7,3 lat, wynikała z wyższej umieralności mężczyzn w wieku poniżej 65 lat.

Najkrótszą oczekiwaną długość życia mają mieszkańcy miast poniżej 10 tys. ludności, natomiast najdłużej żyją mieszkańcy największych miast powyżej 200 tys. mieszkańców. Zróżnicowanie długości życia, związane z tak określonym miejscem zamieszkania, jest większe w przypadku mężczyzn niż kobiet.

We wszystkich województwach oczekiwana długość życia mężczyzn i kobiet w 2023 r. była już większa niż w 2019 r. Uszeregowanie województw wg wielkości długości życia, przed pandemią i po pandemii, u mężczyzn uległo niewielkim zmianom, u kobiet jest praktycznie niezmienione, a międzywojewódzkie zróżnicowanie długości życia, zarówno mężczyzn jak i kobiet, przed pandemią w 2019 r. jak i po pandemii w 2023 r., jest bardzo podobne.

Zróżnicowanie długości życia mieszkańców powiatów jest słabo związane z poziomem ich deprivacji, zwłaszcza w przypadku kobiet, co należy uznać za zjawisko korzystne.

Bardzo wyraźne jest zróżnicowanie długości życia mieszkańców Polski związane z ich poziomem wykształcenia. Osoby o niższym poziomie wykształcenia żyją znacznie krócej niż osoby z wykształceniem wyższym – dla mężczyzn w wieku 30 lat różnica ta, w trzyletnim okresie 2020-2022, wynosiła prawie 13 lat, a dla kobiet prawie 9 lat.

Długość życia polskich mężczyzn i kobiet jest krótsza niż przeciętna dla krajów UE-27, odpowiednio o 4,1 i 1,9 lat i są to mniejsze różnice niż w 2019 r., kiedy wynosiły odpowiednio 4,4 i 2,1 lat. Za krótsze życie polskich mężczyzn, w największym stopniu odpowiada większa niż w innych krajach ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25-64 lata, natomiast w przypadku polskich kobiet, przede wszystkim wyższa umieralność w starszym wieku 65 lat i więcej.

Obniżanie się ogólnego poziomu umieralności w Polsce po 1991 r. uległo wyraźnemu spowolnieniu w latach 2014-2019, lata pandemii 2020–2021 spowodowały

jego gwałtowny wzrost o około jedną czwartą, ale obecnie (2023 r.) natężenie zgonów jest już poniżej tego poziomu, co w roku przedpandemicznym 2019.

W 2023 r. mieszkańcy Polski ogółem oraz osoby w wieku powyżej 45 lat najczęściej umierali z powodu choroby serca, przy czym w wieku 15–24 oraz 25–44 lata najczęstszą przyczyną były samobójstwa. Drugą w kolejności chorobą odpowiedzialną za zgony Polaków w 2023 r. były choroby naczyń mózgowych, trzecią rak tchawicy, oskrzela i płuca.

Za największą utratę potencjalnych lat życia (PYLL75), umieralność przedwczesną, są w przypadku mężczyzn, w takim samym stopniu odpowiedzialne choroby układu krążenia (ChUK), jak i nowotwory złośliwe (po ok. 21%), natomiast w przypadku kobiet zdecydowanie dominują nowotwory złośliwe (ok. 38%). Samobójstwa były w 2023 r. odpowiedzialne za więcej utraconych potencjalnych lat życia mężczyzn niż rak płuca, choroby naczyń mózgowych, czy zawał serca.

Choroby układu krążenia w 2023 r. były odpowiedzialne za 36,9% zgonów ogółu ludności Polski, a więc mniej niż w 2019 r. (39,4%). Są one o prawie 50% większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet, mieszkańcy miast umierający z ich powodu są przeciętnie jeden rok młodszy niż mieszkańcy wsi. Życie osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ponad dwuipółkrotnie bardziej zagrożone z powodu tych chorób, niż życie osób z wykształceniem wyższym. Wyższa umieralność z powodu chorób układu krążenia, w tym szczególnie chorób serca, w największym stopniu przyczynia się do krótszej długości życia ludności naszego kraju niż w krajach bogatszych. Możliwości szczegółowych analiz porównawczych umieralności z powodu ChUK są ograniczone, ze względu na znaczne różnice międzywojewódzkie i zmiany w czasie w orzekaniu i kodowaniu zgonów, szczególnie w tej grupie przyczyn.

Nowotwory złośliwe w 2023 r. były odpowiedzialne za 24,4% zgonów ogółu ludności Polski, a więc praktycznie tyle samo co w 2019 r. (24,5%). Są one o 70% większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet. Mieszkańcy wsi umierający z ich powodu są przeciętnie tylko o ok. pół roku młodszy niż mieszkańcy miast. Różnicowanie umieralności z ich powodu związane z poziomem wykształcenia jest znacznie mniejsze niż w przypadku ChUK. Średni wiek kobiet zmarłych z powodu nowotworu złośliwego piersi i z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy w 2023 r. wynosił odpowiednio 70,8 lat i 65,8 lat, a więc kobiety, które umarły z powodu raka szyjki macicy, były przeciętnie o 5 lat młodsze. Poziom umieralności kobiet z powodu raka piersi i szyjki macicy był wyższy w miastach niż na wsi.

Umieralność z powodu chorób układu oddechowego i z powodu chorób układu pokarmowego jest obecnie wyższa, niż przed pandemią, wykazuje duże różnice regionalne, mężczyźni umierają przeciętnie w młodszym wieku, niż

kobiety, natomiast przeciętny wiek zmarłych mieszkańców miast i wsi jest zbliżony, wykształcenie jest czynnikiem silnie różnicującym zagrożenie życia związane z tymi chorobami.

Poziom wykształcenia bardzo silnie różnicuje zagrożenie życia z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu oraz szansę na niedokładnie określoną przyczynę zgonu. Podobny efekt, ale praktycznie tylko u mężczyzn, ma fakt zamieszkiwania w mieście albo na wsi.

Wprawdzie poziom umieralności niemowląt w naszym kraju od lat systematycznie obniża się, a tempo spadku do 2015 r. było większe, niż przeciętne dla krajów UE, to po tym roku spadek współczynników uległ zahamowaniu i w 2023 r. współczynnik zgonów niemowląt w Polsce (3,9/1000 urodzeń żywych) był wyższy od przeciętnego współczynnika w UE (3,3/1000) o tyle samo, co w 2014 r. Na uwagę zasługuje wyższy w Polsce, niż w większości krajów UE-27 poziom umieralności wczesnej neonatalnej, tzn. w pierwszym tygodniu życia. Poziom umieralności niemowląt charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem między wojewódzkim i wahaniami w poszczególnych latach, co niewątpliwie wskazuje na potrzebę zwiększenia i wyrównania poziomu opieki nad kobietami w ciąży i noworodkami.

Umieralność osób poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, które można skutecznie leczyć, albo można im skutecznie zapobiegać, jest istotnym elementem oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, po zwiększeniu się w latach 2020 i 2021 (większym w przypadku tych, które można skutecznie leczyć), jest obecnie na poziomie niższym niż w 2019 r. Poziom umieralności z powodu tych przyczyn jest bardzo silnie związany z poziomem posiadanego wykształcenia w obu grupach płci. Umieralności mężczyzn i kobiet z powodu przyczyn związanych bezpośrednio z konsumpcją alkoholu, a więc z przyczyny, której można zapobiegać zwiększała się od 2014 r. do 2022 r., ale w 2023 r. wyraźnie obniżyła się w obu grupach płci.

Poziom i dynamika zmian umieralności z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia w Polsce są mniej korzystne, niż przeciętne dla krajów UE-27. Umieralność w Polsce z powodu przyczyn, którym można zapobiegać w 2022 r. była wyższa od przeciętnej w krajach UE-27 o 45%, a umieralność z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć o 56%, a dla ogółu zgonów możliwych do uniknięcia o 49%. Zarówno w przypadku chorób, którym można zapobiegać, jak i tych, które można leczyć sytuacja w Polsce jest bardziej niekorzystna w porównaniu do krajów UE ogółem dla chorób układu krążenia niż dla chorób nowotworowych. Poziom umieralności z powodu problemów zdrowotnych

związanych z konsumpcją alkoholu mężczyzn w Polsce w 2022 r. był ponad dwukrotnie (o 114%) wyższy od poziomu umieralności w krajach UE-27 ogółem, a poziom umieralności kobiet był wyższy o 89%.

Chorobowość hospitalizowana w Polsce

W 2023 r. w Polsce odnotowano 7,0 mln przypadków hospitalizacji. Był to pierwszy rok, gdy przekroczona została liczba pacjentów leczonych w szpitalach rejestrowana przed pandemią COVID-19. W pierwszym roku pandemii (2020) nastąpiła skokowa, o 25%, redukcja liczby hospitalizacji, a w kolejnych latach była ona mniejsza tj. o 12% (2021 r.) i 3% (2022 r.) w porównaniu do 2019 r.

Analogiczny trend obserwuje się dla standaryzowanych współczynników hospitalizacji, które pokazują obciążenie chorobami po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku Polaków w kolejnych latach obserwacji. Częstość leczenia szpitalnego w 2023 r. w Polsce wyniosła 1894,5 hospitalizowanych na 10 tys. ludności i przekroczyła poziom z 2019 r. o 4%. Jednak w porównaniu do 2017 r. była o 1% niższa.

Opóźnione lub niezrealizowane hospitalizacje są jedną z istotnych składowych tzw. długu zdrowotnego (rozumianego jako skumulowane opóźnienia w realizacji świadczeń zdrowotnych), spowodowanego zakłóceniami w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19. Skala tego zjawiska wystąpiła w różnym stopniu dla poszczególnych grup rozpoznań stanowiących przyczynę leczenia szpitalnego. Największy spadek częstości hospitalizacji w pierwszym roku pandemii (2020 r.) dotyczył chorób zakaźnych i pasożytniczych, dla których wartość standaryzowanego współczynnika hospitalizacji zmniejszyła się o 45%, a w dalszej kolejności chorób układu oddechowego (redukcja o 35%) i układu nerwowego (o 34%). W 2023 r. częstość leczenia szpitalnego chorób zakaźnych i pasożytniczych, chorób układu krążenia, chorób układu nerwowego, a także urazów, mimo obserwowanej tendencji wzrostowej, pozostaje niższa niż w 2019 r.

Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji w latach 2017–2023 były choroby układu krążenia. Drugą pozycję od 2020 r. zajmują nowotwory, dla których częstość hospitalizacji wykazuje silną tendencję wzrostową – w 2023 r. była o 46% wyższa niż w 2017 r.

Istnieją wyraźne różnice w strukturze przyczyn leczenia szpitalnego kobiet i mężczyzn. Częstość hospitalizacji z powodów urazów i zatruc, chorób układu krążenia, oddechowego i pokarmowego jest wśród mężczyzn znacząco wyższa niż u kobiet. W przypadku chorób układu krążenia oraz układu pokarmowego

różnice powiększały się w latach 2017-2023. Jednocześnie zmniejszyły się nadwyżki hospitalizacji kobiet z powodu nowotworów, chorób oka i układu mięśniowo-szkieletowego. Choroby układu moczowo-płciowego są przyczyną leczenia szpitalnego kobiet wyraźnie częściej niż w przypadku mężczyzn.

Najczęstsze przyczyny hospitalizacji w podziale według grup wieku:

Wiek: 0–4 lata

- Poza rozpoznaniem z kategorii Z00-Z99 obejmującej prawidłowe urodzenia (Z38), dominującą przyczyną hospitalizacji są stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym – każda z tych grup odpowiada za blisko 20% pobytów dzieci w szpitalu;
- Istotną dla pacjentów obu płci przyczyną leczenia szpitalnego stanowią choroby układu oddechowego (powodujące 16,7% hospitalizacji chłopców i 14,3% dziewczynek), a w dalszej kolejności choroby zakaźne (odpowiednio 7,6% vs 6,2%), wady rozwojowe (6,6% vs 7,7%) oraz urazy i zatrucia (6,1% vs 5,6%).

Wiek: 5–14 lat

- Urazy i zatrucia to główna przyczyna leczenia szpitalnego, nieco częściej chłopców (20,1%) niż dziewczynek (17,4%);
- Choroby układu oddechowego są drugą co do znaczenia przyczyną hospitalizacji, zarówno chłopców (14,5%), jak i dziewczynek (13,4%);
- Dalsze istotne przyczyny to zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej – częstsze u dziewczynek (9,4%) niż chłopców (7,7%) oraz choroby układu nerwowego mające podobny udział u pacjentów obu płci (odpowiednio 5,8% vs 5,6%).

Wiek: 15–19 lat

- Ciąża, poród, połóg to zdecydowanie dominujący powód hospitalizacji u kobiet (39,3%), drugim w kolejności są choroby układu moczowo-płciowego (10,3%);
- Mężczyźni hospitalizowani są najczęściej z powodu urazów i zatruc (główna przyczyna leczenia szpitalnego – 28,5% pacjentów, podczas gdy u kobiet jest to trzecia w kolejności przyczyna – 7,6%), a w dalszej kolejności chorób układu pokarmowego (11,4%) i chorób układu mięśniowo-szkieletowego (7,3%).

Wiek: 40–59 lat

- Nowotwory są najczęstszą przyczyną hospitalizacji kobiet (18,5%), a trzecią wg częstości dla mężczyzn (11,7%);
- Kolejnymi przyczynami leczenia szpitalnego kobiet są choroby układu moczowo-płciowego 17,4% (u mężczyzn występujące wyraźnie rzadziej – 5,2%) i choroby układu mięśniowo-szkieletowego 9,3% (podobnie często u mężczyzn – 9,2%);
- Urazy i zatrucia pozostają najczęstszą przyczyną hospitalizacji mężczyzn (14,0%, wobec 6,6% u kobiet);

- Drugą co do znaczenia przyczyną mężczyzn są choroby układu krążenia, ich udział wynosi 13,6% i szybko rośnie z wiekiem (dla porównania dla kobiet w tym wieku ChUK powodują 5,7% hospitalizacji);
- Zaznacza się też różnica w częstości leczenia z powodu chorób układu pokarmowego u (11,6% wśród mężczyzn i wśród 7,3% kobiet).

Wiek: 60 lat i więcej

- Pacjenci w tym wieku stanowili niemal połowę wszystkich hospitalizowanych w 2023 r. (45,7% kobiet i 46,7% mężczyzn), co odzwierciedla proces starzenia się społeczeństwa;
- Tak jak w przypadku całej populacji standaryzowane współczynniki hospitalizacji osób starszych obniżyły się znacznie w 2020 r., aby stopniowo wracać do poziomu sprzed pandemii – w 2023 r. wynosiły 3255 hospitalizowanych na 10 tys. kobiet i 3907 hospitalizowanych na 10 tys. mężczyzn;
- Najczęstszą przyczynę hospitalizacji stanowiły choroby układu krążenia, a w drugiej kolejności nowotwory;
- We wszystkich analizowanych latach występowała nadwyżka częstości hospitalizacji mężczyzn, wahająca się od 18% do 26% (najwyższa w 2020 r.). Największe różnice dotyczyły chorób układu oddechowego (nadwyżka hospitalizacji mężczyzn w 2023 r. wyniosła 67%) i chorób układu krążenia (68% w 2023 r.). Wzrost częstości leczenia szpitalnego mężczyzn w stosunku do kobiet obserwuje się dla chorób układu pokarmowego i nerwowego.
- Większą częstością hospitalizacji kobiet niż mężczyzn w całym analizowanym okresie charakteryzowały się jedynie dwie grupy problemów – zaburzenia wydzielania wewnętrznego oraz urazy i zatrucia. Wynik dla tych ostatnich istotnie odbiega od otrzymanego dla całej populacji, w której znacznie częściej z powodu urazów hospitalizowani są mężczyźni.

Mieszkańcy miast byli hospitalizowani nieco częściej niż mieszkańcy wsi, prawdopodobnie z powodu lepszego dostępu do leczenia szpitalnego. W całym analizowanym okresie różnica między współczynnikami hospitalizacji utrzymywała się na zbliżonym poziomie – nadwyżka hospitalizacji ludności miejskiej wahała się od 5,3% w 2019 r. do 8,5% w latach 2021 i 2022.

Z powodu większości analizowanych grup chorób częściej hospitalizowano mieszkańców miast niż wsi, największe różnice dotyczyły nowotworów (przeciętna roczna nadwyżka wynosiła 20%) i zaburzeń wydzielania wewnętrznego (18%). Wyjątki stanowiły problemy związane z ciążą i porodem (przeciętna roczna nadwyżka hospitalizacji na rzecz mieszkańców wsi wynosiła 6%) oraz choroby układu krążenia (4%).

W 2023 r. współczynnik śmiertelności szpitalnej wynosił 2,2% dla mężczyzn, a 1,7% dla kobiet; po raz pierwszy wartości te były niższe niż przed pandemią.

Wśród wszystkich analizowanych przyczyn hospitalizacji najwyższa śmiertelność szpitalna charakteryzuje COVID-19; jej współczynniki nawet po zakończeniu pandemii są znacznie wyższe niż w przypadku innych grup chorób – w 2023 r. wynosiły one 10,9% dla mężczyzn i 9,7% dla kobiet.

Kolejne grupy przyczyn hospitalizacji o najwyższej śmiertelności szpitalnej to choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego oraz choroby zakaźne. Zwraca też uwagę stosunkowo wysoka śmiertelność osób przyjętych do szpitala z przyczyn niedokładnie określonych (ICD-10: R00-R99), co może świadczyć o niepogłębionej diagnozie.

W całym analizowanym okresie, mężczyźni hospitalizowani z powodu chorób układu moczowo-płciowego, nowotworów złośliwych, chorób układu nerwowego, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, przyczyn niedokładnie określonych oraz COVID-19 charakteryzowali się wyższymi wskaźnikami śmiertelności niż kobiety hospitalizowane z tych samych przyczyn. Z kolei kobiety cechował wyższy niż mężczyźni wskaźnik śmiertelności z powodu chorób układu krążenia i chorób skóry (w tym przypadku ponad połowa zakończonych zgonem hospitalizacji spowodowana była owrzodzeniem odleżynowym).

Wybrane problemy chorób układu krążenia w Polsce

Pierwszy rok pandemii COVID-19 (2020) charakteryzował się znaczącym pogorszeniem opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia.

Pogorszenie opieki nad pacjentem ze schorzeniami dotyczyło zarówno opieki stacjonarnej jak i ambulatoryjnej.

Znaczące pogorszenie opieki nad chorymi z chorobami układu krążenia obserwowane w pierwszym roku pandemii COVID-19 doprowadziło do „długu zdrowotnego”, który sukcesywnie był spłacany w kolejnych latach po zakończeniu pandemii.

Dane z lat 2022-2023 pokazują wyraźną tendencję do odbudowy i „spłaty długu zdrowotnego” – liczba świadczeń kardiologicznych wzrasta, próbując nadrobić zaległości i zaspokoić narosłe potrzeby pacjentów.

Po wyraźnym wzroście umieralności z powodu chorób układu krążenia w latach 2020-2021 współczynniki zgonów w 2023 r. ustabilizowały się na poziomie zgodnym z trendami sprzed okresu pandemii. Zwraca jednak uwagę utrzymująca

się znaczna nadwyżka umieralności w woj. dolnośląskim i lubuskim w trochę mniejszym stopniu w woj. mazowieckim.

Trendy zachorowań na nowotwory w Polsce

Gwałtowny przyrost liczby zachorowań i ozdowieńców nowotworowych może spowodować kryzys zdrowia publicznego oraz systemów ochrony zdrowia w Polsce (w 2022 r. zanotowano 181 tysięcy zachorowań, około 1,35 mln osób żyjących z chorobą nowotworową). Głównym wyzwaniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia w następnych dekadach będzie podjęcie działań w celu ograniczenia liczby zachorowań, co wydaje się najpilniejszym i najtańszym sposobem zapewnienia zdrowia. Prewencja pierwotna (zapobieganie zachorowaniom) i prewencja wtórna (zapobieganie zgonom) powinny być głównymi działaniami zmierzającymi do ograniczenia obciążenia polskiego społeczeństwa chorobami nowotworowymi. Należy również rozwijać opiekę paliatywną i terminalną dla rosnącej liczby pacjentów onkologicznych. Działania powinny wykorzystywać możliwości polityki zdrowotnej opartej na dowodach (ang. *evidence based health policy*). Źródłem rzetelnych informacji (faktów) jest Krajowy Rejestr Nowotworów (<https://onkologia.org.pl/pl>). System Krajowego Rejestru Nowotworów umożliwia integrację systemów szpitalnych, co automatyzuje przekazywanie danych do rejestru (bez konieczności udziału lekarza).

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

Dane z 2022 r. wskazują na istotne zmiany w systemie opieki psychiatrycznej w Polsce, obejmujące zarówno wzrost liczby pacjentów korzystających z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, jak i liczby hospitalizacji w opiece całodobowej. Wzrost zachorowań na zaburzenia psychiczne, w tym depresję, zaburzenia lękowe i uzależnienia, wymaga dostosowania systemu opieki zdrowotnej do rosnącego zapotrzebowania na leczenie i wsparcie psychologiczne. Szczególną uwagę zwraca rosnąca liczba hospitalizacji pacjentów po próbach samobójczych, co wskazuje na konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych i interwencyjnych.

Różnice w dostępie do świadczeń psychiatrycznych między mieszkańcami miast i wsi pozostają istotnym problemem – mieszkańcy miast korzystają z usług

znacznie częściej, co sugeruje konieczność poprawy dostępności opieki psychiatrycznej na terenach wiejskich. Jednocześnie nadal utrzymuje się przewaga hospitalizowanych mężczyzn nad kobietami, zwłaszcza w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Wnioski

- Wzrost zapotrzebowania na usługi psychiatryczne: Liczba pacjentów korzystających z poradni zdrowia psychicznego oraz hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych rośnie, co wskazuje na konieczność rozbudowy systemu opieki psychiatrycznej.
- Zwiększona liczba hospitalizacji po próbach samobójczych: W 2022 r. odnotowano wzrost liczby hospitalizacji pacjentów po próbach samobójczych w całej Polsce, co wymaga skuteczniejszych działań prewencyjnych i interwencyjnych.
- Nierówności w dostępie do opieki psychiatrycznej: Mieszkańcy miast częściej korzystają z opieki psychiatrycznej niż mieszkańcy wsi, co sugeruje ograniczoną dostępność specjalistów na obszarach wiejskich.
- Wzrost liczby pacjentów z zaburzeniami wynikającymi z używania alkoholu i substancji psychoaktywnych: Szczególnie widoczny wśród mężczyzn, co wskazuje na konieczność wzmocnienia systemu leczenia uzależnień.
- Zwiększona liczba hospitalizacji pacjentów z depresją i zaburzeniami afektywnymi: Co może wynikać z lepszej diagnostyki, ale także wzrostu rzeczywistej liczby przypadków zaburzeń nastroju.

Rekomendacje dla polityki zdrowotnej

- Rozwój ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i telemedycyny: Należy zwiększyć liczbę placówek oferujących konsultacje psychiatryczne oraz rozwijać telemedycynę, zwłaszcza na terenach wiejskich, aby poprawić dostępność usług.
- Wzmocnienie działań profilaktycznych i edukacyjnych: Konieczna jest intensyfikacja programów zapobiegania depresji, zaburzeniom lękowym oraz uzależnieniom, szczególnie wśród dzieci, młodzieży i osób starszych.
- Zwiększenie liczby specjalistów psychiatrycznych: Potrzebne są inwestycje w kształcenie psychiatrów, psychologów i terapeutów oraz szkolenia dla lekarzy POZ w zakresie zdrowia psychicznego.
- Lepsza integracja systemu leczenia uzależnień z psychiatrią: Wzrost liczby pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych wymaga skuteczniejszego leczenia oraz programów redukcji szkód.

- Rozwój systemu wsparcia dla osób po próbach samobójczych: Należy wdrożyć skuteczniejsze systemy monitorowania i pomocy dla pacjentów po próbach samobójczych, w tym programy opieki środowiskowej oraz wsparcie psychologiczne po hospitalizacji.
- Dostosowanie interwencji do różnic demograficznych: Programy zdrowia psychicznego powinny uwzględniać specyficzne potrzeby różnych grup, w tym kobiet, mężczyzn, młodzieży oraz osób starszych.
- Monitorowanie trendów zdrowia psychicznego: Regularne analizy epidemiologiczne pozwolą na lepsze dostosowanie polityki zdrowotnej do dynamicznie zmieniających się potrzeb społeczeństwa.

Podjęcie powyższych działań może przyczynić się do poprawy dostępności i jakości opieki psychiatrycznej w Polsce oraz zmniejszenia obciążenia systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych w Polsce

Stan zaszczepienia osób w wieku 0–19 lat przeciw chorobom zwalczanym drogą szczepień, w skali kraju utrzymuje się na poziomie >90%, jednak dane regionalne (poziom województw) charakteryzuje zróżnicowanie odsetka zaszczepionych: od 87% do 91%.

Obecny stan zaszczepienia nadal zapewnia odporność populacyjną, jednak zidentyfikowane obszary o niższym stopniu zaszczepienia są zagrożone występowaniem ognisk zachorowań na określone choroby zakaźne.

Zapadalność na choroby zakaźne zwalczane drogą szczepień charakteryzuje dynamika związana z okresem popandemicznym, zróżnicowanym odsetkiem stanu zaszczepienia oraz wzrastającą liczbą osób uchylających się od szczepień.

Zapadalność na gruźlicę systematycznie, aczkolwiek wolno zmniejsza się, jednak problemem zasadniczym pozostaje wzrastający odsetek osób z gruźlicą wielolekooporną.

Niepokojący pozostaje fakt niedostatecznego potwierdzania laboratoryjnego podejrzeń różyczki, niezbędnego do prawidłowego rozpoznania i potwierdzenia przypadku. Jest to zalecany standard monitorowania różyczki, m.in. wynikający z udziału Polski w europejskim programie eliminacji tej choroby.

Wzrost zachorowań na szereg chorób zakaźnych w Polsce w latach 2022–2023 to w dużym stopniu efekt nagromadzenia osób wrażliwych na zakażenia

wywołane różnymi patogenami w okresie trwania pandemii, w związku z ograniczeniem bezpośrednich kontaktów i mobilności ludności oraz efektu poważnie utrudnionego dostępu do systemu opieki zdrowotnej i świadczeń medycznych w przypadkach chorób innych niż COVID-19.

Ciągły wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV, kiły i rzeżączki wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, wskazuje na ograniczoną skuteczność dotychczasowych działań skierowanych do tej grupy. Niezbędna jest ewaluacja tych działań, a także ich intensyfikacja np. poprzez większy dostęp do profilaktyki przedekspozycyjnej HIV.

Znaczne różnice w rejestrowanych współczynnikach zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową oraz HIV wskazują na luki w systemie zgłaszalności tych chorób do nadzoru epidemiologicznego w większości województw.

Wysokie wskaźniki zachorowań na choroby STI takie jak np.: kiła, rzeżączka, w populacji osób w wieku reprodukcyjnym tj. 20-30 lat wymaga podjęcia działań związanych z możliwą transmisją wertykalną tych zakażeń.

Szybkie rozpoznanie i leczenie są ważnymi elementami prewencji zakażeń HIV i STI, dlatego ważna jest integracja testowania w kierunku wszystkich wskazanych zakażeń, a także szybkie i skuteczne objęcie leczeniem osób już zdiagnozowanych w celu ograniczenia ryzyka transmisji zakażenia na osoby narażone na zakażenie, w tym osoby z kontaktu, partnerów osób zakażonych oraz osoby podejmujące ryzykowne zachowania seksualne.

Współczynniki zapadalności przewlekłych chorób zakaźnych (HIV, przewlekłe WZW B i C) powróciły do wartości przedpandemicznych, co wskazuje na powrót skuteczności diagnostyki do poziomu sprzed pandemii, który jednak należy oceniać jako niewystarczający.

Zwiększony napływ osób migrujących, przede wszystkim uchodźców z Ukrainy miał istotny wpływ na epidemiologię wybranych chorób zakaźnych. W szczególności dotyczył takich chorób jak: gruźlica (zwłaszcza lekoooporna), zakażenia wirusem HIV, choroby transmitowane drogą płciową takie jak: kiła, rzeżączka, czy chłamydiozy.

W celu poprawy monitorowania zakażeń układu oddechowego w tym COVID-19, grypy i zakażeń wirusem RSV, wskazane byłoby wdrożenie nadzoru typu SENTINEL, który jest rekomendowany przez ECDC czy WHO.

Szczepienia osób dorosłych stanowią kluczowy element profilaktyki zdrowotnej w obliczu starzejącego się społeczeństwa oraz narastającego obciążenia chorobami przewlekłymi. Ich wdrażanie powinno być oparte na indywidualnej ocenie ryzyka, uwzględniającej wiek, stan zdrowia, wykonywany zawód oraz styl życia.

Spersonalizowane kalendarze szczepień dla dorosłych są istotnym narzędziem zdrowia publicznego, umożliwiającym skuteczną prewencję chorób zakaźnych, poprawę jakości i długości życia oraz ograniczenie ciężkich powikłań zdrowotnych, szczególnie w populacjach o podwyższonym ryzyku.

Skutki zdrowotne wypadków w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji osób starszych w wieku 65 lat i więcej

Według przeprowadzonego badania ankietowego w marcu 2025 r. w ciągu ostatnich 12 miesięcy 24,8% badanych doświadczyło co najmniej jednego wypadku. Częściej doświadczali wypadków mężczyźni -27,6% a rzadziej kobiety- 22,0%.

Na podstawie danych o chorobowości hospitalizowanej można oszacować, że 1% ludności Polski rocznie doznaje wypadku wymagającego leczenia szpitalnego – z czego większość stanowią upadki (56,2% hospitalizacji w latach 2019–2023).

W 2010 r. umieralność z powodu wypadków w Polsce była o 26% wyższa niż średnio w UE(27), do 2022 r. nadwyżka ta zmniejszyła się do 9,6%. Po 2015 r. tempo spadku umieralności z powodu wypadków wyhamowało zarówno w Polsce, jak i przeciętnie w UE(27). Podczas pandemii COVID-19 w 2021 r. zaobserwowano zaś wzrost umieralności z powodu wypadków, szczególnie wysoki był wzrost w grupie wiekowej powyżej 65 lat.

Systematyczna poprawa bezpieczeństwa ruchu drogowego i jednocześnie znaczące się procesy starzenia się społeczeństwa spowodowały, że najwyższą przyczyną zgonów z powodu wypadków są obecnie upadki (współczynnik standaryzowany 14,5 na 100 tys. ludności), drugą główną przyczyną są wypadki komunikacyjne (5 na 100 tys. ludności) a trzecią wypadkowe zatrucia (4,5 na 100 tys. ludności – ponad dwukrotnie wyższe zagrożenie życia niż przeciętnie w UE(27)).

W latach 2019–2023 odnotowano wyraźny wzrost umieralności z powodu upadków u osób 65+, szczególnie podczas pandemii. Choć w 2022 r. i 2023 r. współczynniki umieralności zmniejszyły się, nadal pozostają wyższe niż w 2019 r. w najstarszych grupach wiekowych.

Zagrożenie życia dzieci i młodzieży (w wieku 0–19 lat) z powodu wypadków było w Polsce o 39% wyższe niż średnia w krajach Unii Europejskiej. Zgodnie z danymi WHO Global Health Estimates, w 2023 roku wskaźnik umieralności wynosił 5,2 na 100 000 mieszkańców w Polsce, wobec 3,7 w krajach UE. W latach 2019–2023 sytuacja w miastach pozostała na podobnym poziomie, natomiast na

obszarach wiejskich nastąpiła poprawa. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ przez wiele lat wieś była obszarem zwiększonego ryzyka wypadków wśród dzieci i młodzieży.

Choroba Alzheimerera i choroby pokrewne – istotny problem zdrowia publicznego w Polsce

W rozdziale przedstawiono informacje o epidemiologii rejestrowanej choroby Alzheimerera i chorób pokrewnych, oszacowanej na podstawie danych o świadczeniach opieki zdrowotnej sprawozdawanych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z przedstawionymi danymi choroba Alzheimerera i choroby pokrewne głównie dotyczą kobiety i częstość zachorowania wzrasta wraz z wiekiem. W związku ze starzeniem się ludności, w 2023 r. w porównaniu do 2014 r. obserwowany był wzrost liczby chorych osób. Liczba chorych w przeliczeniu na populację nie zmieniła się, a nawet w niektórych przypadkach wartości współczynników zmalały.

Obserwowane są różnice pomiędzy województwami w wartościach współczynnika chorobowości, standaryzowanego europejską strukturą wieku. Różnice obserwuje się również w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta – najwyższe wartości współczynników chorobowości rejestrowanej choroby Alzheimerera i chorób pokrewnych obserwuje się w miastach do 10 tys. mieszkańców a najniższe w miastach od 100 do 200 tys. mieszkańców oraz w miastach liczących powyżej 200 tys. mieszkańców.

Analiza absencji chorobowej w latach 2022–2023

Zjawisko absencji chorobowej dotyczy wielu aspektów funkcjonowania społeczeństwa. Jest miernikiem sytuacji zdrowotnej ludności i istotnym kosztem pośrednim choroby.

Wydatki na absencję chorobową w 2023 r. wyniosły 26,7 mld zł i w stosunku do 2022 r. był to wzrost o 4,9%.

Z tytułu choroby własnej zostało wystawionych 23,7 mln zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 273,5 mln dni absencji chorobowej. W porównaniu z 2022 r. liczba zaświadczeń lekarskich wzrosła o 0,6%, zaś liczba dni absencji chorobowej była niższa o 0,3%.

W ciągu całego 2023 r. przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej wystawiono 7 158,6 tys. ubezpieczonym. Z tej liczby ubezpieczonych 3 859,7 tys. kobiet korzystało ze zwolnienia, stanowiły one 53,9% przebywających na zwolnieniach. Mężczyźni, którzy przynajmniej raz w całym roku przebywali na zwolnieniu lekarskim to grupa 3 297,5 tys. ubezpieczonych, stanowili oni 46,1% przebywających na zwolnieniach.

W analizie absencji chorobowej istotnym elementem jest absencja kobiet, których niezdolność przypada w okresie ciąży. Udział dni absencji chorobowej kobiet w ciąży w absencji chorobowej kobiet wyniósł 25,8% dni absencji (w 2022 r. – 28,2% dni absencji). Oznacza to zatem, że co ósme zaświadczenie zostało wystawione w związku z niezdolnością przypadającą w okresie ciąży i ponad ¼ liczby dni absencji chorobowej kobiet wynikała z tytułu niezdolności przypadającej w okresie ciąży.

W 2023 r. w porównaniu z 2022 znacząco wzrosła liczba dni spędzonych przez osoby ubezpieczone w ZUS w szpitalach. Absencja szpitalna osób ubezpieczonych w ZUS wzrosła o 7,5% dni, zaś liczba zaświadczeń szpitalnych była wyższa o 12,9%. Jednakże przeciętna długość niezdolności do pracy przypadająca na czas pobytu w szpitalu była niższa niż w roku poprzednim i wyniosła 4,46 dnia (w 2022 r. 4,69 dnia).

W ostatnich latach skala absencji chorobowej została zaburzona przez pandemię wywołaną wirusem SARS-CoV-2. Do przyczyn absencji związanej z COVID-19 dołączyła obawa przed zachorowaniem.

Nadal obserwujemy absencję spowodowaną COVID-19 i kolejne fale wzrostu tej absencji – w 2023 r. w marcu i w grudniu. Nie zmniejsza się zachorowalność na choroby towarzyszące od początku pandemii, przede wszystkim choroby psychiczne, w tym zaburzenia depresyjne zarówno u dzieci, jak i u dorosłych.

Subiektywna ocena zdrowia i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych

Subiektywna ocena stanu zdrowia

Wyniki badania przeprowadzonego w 2025 r. wskazują na obniżenie poziomu przeciętnej samooceny stanu zdrowia kobiet i mężczyzn ludności Polski w wieku powyżej 20 lat, w porównaniu do 2018 r. Obecnie 19% mężczyzn i 14 % kobiet ocenia swój stan jako „bardzo dobry”, podczas gdy 6 lat wcześniej było to odpowiednio 38,2% i 28,5%. Pogorszenie się wielkości tego ważnego wskaźnika może wskazywać na wzrost dynamiki obciążenia systemu ochrony zdrowia w przyszłości, ponad obserwowane trendy.

W porównaniu do 2018 r., zwiększył się odsetek osób deklarujących zły lub bardzo zły stan zdrowia (do poziomu 10,0% mężczyzn i 10,6% kobiet w populacji ogólnej), zwłaszcza wśród osób z wyższym i średnim wykształceniem, a także osób w relatywnie dobrej sytuacji ekonomicznej. Istotne pogorszenie samooceny stanu zdrowia w opisywanych latach nastąpiło także u osób w rocznikach 60–74 i 75+. Odsetek złej i bardzo złej oceny stanu zdrowia jest najwyższy wśród osób o wykształceniu podstawowym. Podobną sytuację obserwuje się wśród osób o trudnej sytuacji ekonomicznej w gospodarstwie domowym. Dane wskazują grupy społeczne o potencjalnie gorszym od przeciętnego stanie zdrowia, wymagających zwiększonych interwencji w zakresie zdrowia publicznego i medycyny naprawczej adresowanych specyficznie do tych grup.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych

W porównaniu do 2018 r., wzrosła liczba osób deklarujących występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, w tym, w szczególności, problemów, które sprawiają poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Trend pogorszenia się samooceny stanu zdrowia w porównaniu do 2018 r. jest spójny z bardzo znaczącym wzrostem odsetka osób deklarujących występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, a w szczególności, problemów, które sprawiają poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Zjawisko to dotyczy obu płci w podobnym stopniu.

Znacząca część ludności Polski deklaruje objawy depresji klasyfikowane jako stopień umiarkowany lub wysoki (16,2% mężczyzn, 19,9% kobiet). Zjawisko to dotyczy zwłaszcza osób w trudnej sytuacji ekonomicznej i z niższym stopniem wykształcenia. U kobiet to zjawisko jest wyraźnie bardziej widoczne niż u mężczyzn. Należy zwrócić uwagę, iż w 2018 r. badanie było prowadzone w miesiącu wrześniu, zaś w 2025 r. w miesiącu lutym, co może wpływać na odsetek osób deklarujących objawy depresji. Jednak odnotowywane wzrosty są niepokojące i wymagają dalszej, pogłębionej obserwacji.

Duży odsetek badanych deklaruje objawy lęku uogólnionego. Kobiety istotnie częściej deklarują lęk niż mężczyźni (17,8% mężczyzn, 20,7% kobiet). Pytanie o lęk uogólniony w badaniu zadano po raz pierwszy. Wyniki wskazują na wysoki poziom lęku, zwłaszcza wśród ludzi młodszych. Jest to niepokojące zjawisko, wymagające dodatkowych, pogłębionych badań.

Duży odsetek badanych deklaruje silne dolegliwości bólowe. Ponownie, kobiety wyraźnie częściej deklarują takie dolegliwości niż mężczyźni. Prawie 20%

osób odczuwających dolegliwości bólowe uznaje, że ból przeszkadza im w normalnej aktywności, co oznacza nadal wysokie odsetki: 13% mężczyzn i 17% kobiet w ogólnej populacji osób powyżej 20 r. ż. w Polsce. Wysoki poziom deklarowanych dolegliwości bólowych w badanej populacji wymaga pogłębionych badań. Dolegliwości bólowe powodują zwiększony popyt na świadczenia medyczne a także obniżenie efektywności ekonomicznej pracy w postaci prezen-teizmu i absenteizmu. Równocześnie, wielu z tych dolegliwościom można zapobiegać za pomocą modyfikacji stylu życia i zmniejszeniu czynników ryzyka takich jak nadwaga i otyłość, czy niedostateczna aktywność fizyczna.

Korzystanie z usług zdrowotnych w ramach NFZ i prywatnych świadczeniodawców

Odsetek osób w dużym stopniu lub wyłącznie korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie jest znaczący i waha się między 24,6% u mężczyzn i 22,5% u kobiet. Osoby te odciażają system finansowany publicznie, są jednak potencjalnie narażone na nieefektywne wydatki na zdrowie wynikające m.in. z braku opieki kompleksowej i koordynowanej.

Najwyższe odsetki osób korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie są obserwowane w populacji osób młodszych, o wykształceniu średnim i wyższym, zamieszkującej duże miasta (powyżej 200 tys. osób) i wieś. Jednak prawie 1/3 populacji osób, które wyłącznie lub w dużym stopniu korzystają ze świadczeń finansowanych niepublicznie, z trudem finansuje wydatki na zdrowie. Jest to pośredni dowód na istnienie znaczących trudności w dostępie do świadczeń finansowanych publicznie.

Populacja osób, które z trudem finansują wydatki na zdrowie, w bardzo dużym odsetku (znacząco powyżej 50%) deklaruje wysokie obciążenie problemami zdrowotnymi. Można uznać, że osoby te (w swojej percepcji) potrzebują świadczeń medycznych, ale nie mając wystarczającego dostępu do świadczeń bezpłatnych, uzyskują je w sektorze finansowanym niepublicznie. W efekcie ich wydatki na zdrowie przekraczają możliwości finansowe.

Osoby o niskim stopniu wykształcenia deklarują częściej niż przeciętnie, gorszą ocenę zdrowia (12,1% mężczyzn i 16,5% kobiet) i częściej wskazują na poważne ograniczenia wynikające z przewlekłych problemów zdrowotnych (13,1% mężczyzn i 16,9% kobiet). Również to zjawisko wymaga pogłębionych badań nierówności w zdrowiu.

Osoby deklarujące problemy ze sfinansowaniem wydatków na zdrowie zdecydowanie częściej korzystają wyłącznie ze świadczeń finansowanych publicznie (tzn. 46,7% mężczyzn i 52,8% kobiet). Osoby wskazujące na trudną sytuację

finansową również częściej korzystają tylko ze świadczeń opłacanych przez NFZ, obserwacja ta dotyczy zwłaszcza kobiet (38,0% mężczyzn i 45,0% kobiet). Pozostałe osoby z tych grup w jakimś stopniu deklarują korzystanie ze świadczeń finansowanych niepublicznie, co stanowi dodatkowe obciążenie ich budżetów domowych. Przytoczone dane wskazują, iż znacząca grupa osób gorzej sytuowanych lub obciążonych kosztami świadczeń (ze względu na złą sytuację ekonomiczną i/lub zły stan zdrowia) uznaje, że nie ma satysfakcjonującego dostępu do świadczeń finansowanych publicznie.

Względnie duży odsetek badanej populacji (15,7% mężczyzn i 18,2% kobiet) deklaruje korzystanie ze świadczeń lekarzy specjalistów wyłącznie w sektorze finansowanym niepublicznie. Powyższa obserwacja może wskazywać na trudności w dostępie do świadczeń finansowanych przez NFZ i/lub rozpowszechnienie świadczeń specjalistycznych w postaci abonamentów lub ubezpieczeń dodatkowych. Można uznać, że osoby deklarujące korzystanie ze świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu poza NFZ (7,8% mężczyzn i 10,2% kobiet) to osoby objęte abonamentami lub dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Niezrealizowane potrzeby zdrowotne

Bardzo duży odsetek badanej populacji (ponad połowa korzystających z danego świadczenia) deklaruje opóźnienia w dostępie do różnych rodzajów świadczeń finansowanych przez NFZ ze względu na długi czas oczekiwania. Dotyczą one najczęściej lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych, opieki szpitalnej i opieki nad zdrowiem psychicznym. Zdecydowanie mniejsze odsetki (kilkanaście procent) deklarują takie opóźnienia z powodu problemów z transportem lub odległością. Opóźnienia w dostępie do świadczeń z powodu długiego czasu oczekiwania są bardzo powszechnym doświadczeniem wśród ludności Polski.

Stosunkowo niewielkie odsetki badanej populacji wskazują, iż opóźnienia w uzyskaniu świadczeń medycznych spowodowało pogorszenie ich stanu zdrowia.

Znaczące odsetki respondentów, które deklarowały potrzebę uzyskania świadczeń medycznych zrezygnowały z ich uzyskania. Najczęściej deklarowanymi przyczynami były kolejki/brak wolnych terminów, trudności w dodzwonieniu się do placówek ochrony zdrowia, ale także potencjalnie zbyt wysoki koszt świadczenia płatnego i brak czasu.

Znaczące odsetki badanych deklarowały rezygnację z różnego rodzaju świadczeń medycznych. Najczęściej rezygnacje dotyczyły opieki nad zdrowiem psychicznym oraz świadczeń stomatologicznych (odpowiednio 24,5% mężczyzn

i 20,0% kobiet, oraz 18,5% mężczyzn i 15,4% kobiet, spośród potrzebujących danego świadczenia). Obserwacja ta wymaga pogłębionych badań. Dostęp do opieki nad zdrowiem psychicznym, nawet świadczeń finansowanych niepublicznie może być utrudniony ze względu na koszt tych wizyt (jednorazowy i wielokrotny), ale także na małą dostępność specjalistów lub inne czynniki, np. poczucie wstydu. Rezygnacja ze świadczeń stomatologicznych zapewne wynika z małej dostępności finansowania publicznego i wysokimi kosztami dla pacjenta lub z dostępności produktów leczniczych z zakresu samoleczenia.

Względnie duże odsetki badanych (tzn. około 12–14% osób, spośród potrzebujących danego świadczenia) rezygnowały z wizyt u specjalisty lub zakupu leków na receptę i część tych osób doświadczyła pogorszenia stanu zdrowia w wyniku braku diagnostyki lub leczenia. Obserwacja ta wskazuje na konieczność szczegółowych badań pozwalających na identyfikację tych populacji i świadczeń, które w największym stopniu doświadczają rezygnacji skutkującej pogorszeniem zdrowia.

Rozpowszechnienie behawioralnych czynników ryzyka zdrowotnego

Odsetek palących mężczyzn (28,8%) jest nieco powyżej, a kobiet (20,3%) dokładnie na średnim poziomie krajów UE. Od 2014 r. zaznacza się w Polsce zahamowanie trendu spadkowego w odsetku palących codziennie, w ostatnich latach jest ono widoczne również w innych krajach.

Codziennie palenie tytoniu deklaruje większy odsetek mężczyzn niż kobiet we wszystkich grupach wieku poniżej 75 lat, a najwyższe wskaźniki dotyczą mężczyzn i kobiet w wieku 40–59 lat (odpowiednio 34,5% i 25,0%).

Najwyższy odsetek palących mężczyzn obserwuje się w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym, a kobiet z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym.

Zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet odsetek palących w grupie osób w złej sytuacji ekonomicznej przewyższa pozostałe grupy o około 50 procent.

Elektroniczne zamienniki wyrobów tytoniowych stosowało codziennie 19,8% mężczyzn i 12,0% kobiet w wieku 20–39 lat. W starszych grupach wieku te odsetki są niższe (7,9% i 6,8% – odpowiednio dla mężczyzn i kobiet w wieku 40–59 lat).

Odsetek osób ryzykownie pijących alkohol w znacznym stopniu zależał od płci i wynosił 27,2% u mężczyzn oraz 15,7% u kobiet.

Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn obserwuje się wyraźny spadek odsetka ryzykownego picia wraz z wiekiem.

Ryzykowne spożywanie alkoholu było związane zarówno z poziomem wykształcenia, jak i sytuacją ekonomiczną. Wśród mężczyzn najwyższy odsetek ryzykownego picia wystąpił w grupach z wykształceniem wyższym oraz zasadniczym zawodowym, a wśród kobiet wyższym i średnim/policealnym. Natomiast zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet odpowiedzi świadczące o możliwości ryzykownego picia występowały najczęściej w grupie respondentów oceniających swoją sytuację ekonomiczną jako złą.

Wyniki dotyczące częstości stosowania różnego rodzaju substancji psychoaktywnych są niepokojące ze względu na wysoki odsetek osób w najmłodszej grupie wiekowej respondentów (20–39 lat), którzy stosowali narkotyki w ciągu całego życia oraz w ciągu ostatnich 12 miesięcy – dla marihuany: 23,7% i 11,9%; dla stymulantów: 10,4% i 6,3%, dla narkotyków twardych: 6,1% i 2,5%.

Mężczyźni stosują każdy rodzaj substancji psychoaktywnych 1,4–2,5 razy częściej niż kobiety.

Osoby z najniższym wykształceniem oraz w złej sytuacji materialnej stosują każdy rodzaj takich substancji znacznie częściej niż pozostałe grupy respondentów.

W 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała ($BMI \geq 25$) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło 64% dla mężczyzn i 48% dla kobiet, zaś otyłości ($BMI \geq 30$) odpowiednio 15% i 13%. Problemy te znacznie częściej dotyczą mężczyzn, których połowa waży zbyt dużo już w wieku 20–39 lat, a w starszych kategoriach (60–84 lata) ich udział przekracza $\frac{3}{4}$.

Maksimum rozpowszechnienia zbyt wysokiej masy ciała przypada w przedziale wieku 75–84 lata (dotyczy 76% mężczyzn i 66% kobiet), a otyłości w nawet w młodszym: 60–74 lata wśród kobiet (18%) oraz 40–59 i 60–74 lata wśród mężczyzn (po 19%).

Zagrożenie nadwagą, a zwłaszcza otyłością, silnie zależy od poziomu wykształcenia. Dla obu płci najmniej korzystna jest sytuacja osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym – zbyt wysoka masa ciała występuje u 74% mężczyzn i 60% kobiet, a otyłość po 19% w obu subpopulacjach. Otyłość dotyka co czwartą Polkę z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (27%) i blisko co piątą z zasadniczym zawodowym (19%), czyli 2–3 razy rzadziej niż w przypadku kobiet z wykształceniem wyższym (9%). Sytuacja wśród mężczyzn odbiega od powyższego schematu – osoby z wyższym wykształceniem cechuje duże rozpowszechnienie otyłości (18%), a z gimnazjalnym lub niższym – relatywnie niski poziom zarówno zbyt wysokiej masy ciała (54%), jak i otyłości (15%).

Częste poważne trudności finansowe sprzyjają występowaniu otyłości u kobiet (19% wobec 11% u pozostałych Polek), zaś w przypadku mężczyzn zmniejszają

ryzyko jej wystąpienia (11% vs 16%), podobnie jak zbyt wysokiej masy ciała (52% vs 69%). Efekt ten jest jeszcze silniejszy po uwzględnieniu różnic w strukturze wieku porównywanych grup. Wśród osób z trudnościami materialnymi otyłość częściej cechuje kobiety, zaś wśród lepiej sytuowanych – mężczyzn.

Odsetek Polaków o zbyt wysokiej masie ciała jest wyższy wśród mieszkańców wsi niż miast, zarówno wśród mężczyzn (68% vs 61%), jak i kobiet (51% vs 46%). Jednak otyłość nieco częściej dotyka mężczyzn zamieszkających w miastach (16% vs 14%).

W stosunku do 2018 r. częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała w Polsce wzrosła o 7,2 p.p. wśród kobiet i 5,3 p.p. wśród mężczyzn, a otyłości odpowiednio o 1,7 p.p. oraz 4,4 p.p. Wzrost ten tylko częściowo wynikał ze zmiany struktury wieku populacji. W ciągu tych 7 lat bardzo wzrosło rozpowszechnienie nadwagi, a zwłaszcza otyłości u kobiet z wyższym wykształceniem (1,5 i 2,1 razy) oraz w kategorii wieku 20–39 lat (odpowiednio 1,9 i 2,1 razy). U mężczyzn zwraca uwagę znaczny spadek rozpowszechnienia otyłości (o ponad 1/3) wśród osób mających stale lub często poważne trudności finansowe.

Aż 58% Polaków w wieku 20 lat lub więcej nie wykonuje rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych wymagających przynajmniej umiarkowanego wysiłku, a 27% nie ćwiczy, ani nawet nie spaceruje. Rekomendacje WHO dotyczące aktywności niezbędnej dla zachowania zdrowia wypełnia tylko 29% Polaków.

Częstość podejmowania ćwiczeń fizycznych systematycznie zmniejsza się z wiekiem od poziomu 54% w wieku 20–39 lat do 26% w wieku 75 lat lub więcej. Wypełnianie rekomendacji WHO deklaruje 41% młodszych i 15% najstarszych Polaków. W wieku 20–39 lat mężczyźni są aktywniejsi od kobiet, po ukończeniu 60 lat Polki ćwiczą częściej od swoich rówieśników (w wieku 60–74 lata nieaktywnych jest 71% mężczyzn i 65% kobiet).

Częstość podejmowania ćwiczeń rekreacyjnych przez osoby w obu grupach płci zwiększa się z poziomem wykształcenia. Odsetek Polaków z wykształceniem wyższym wypełniających zalecenia WHO w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym jest 2,4 razy wyższy dla mężczyzn (37% vs 15%) i nawet 3,6 razy dla kobiet (36% vs 10%). Ćwiczeń rekreacyjnych w ogóle nie podejmuje 79% mężczyzn z wykształceniem podstawowym, a 48% z wyższym. Dla kobiet odsetki te wynoszą odpowiednio 84% i 48%.

Osoby mające stale lub częste trudności finansowe znacznie częściej nie podejmują rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych (64% vs 55%). Rzadziej też wypełniają rekomendacje WHO (24% vs 31%), nawet biorąc pod uwagę jedynie osoby ćwiczące (67% vs 70%).

Rekomendacje WHO dotyczące aktywności fizycznej zalecanej młodzieży dla prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia wypełnia niewielka część polskich uczniów, a ich odsetek zmniejsza się z wiekiem i wynosi: 29% wśród chłopców i 21% wśród dziewcząt w wieku 11–12 lat, odpowiednio 27% i 17% w wieku 13–14 lat oraz 19% i 12% wśród 14- i 15-latków (dane Badania Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej – HBSC z 2022 r.). We wszystkich analizowanych grupach wieku chłopcy są aktywniejsi od dziewcząt. Poziom aktywności młodzieży zwiększył się w stosunku do 2018 r., ale sytuacja ciągle jest mniej korzystna niż w 2014 r.

Behawioralne czynniki ryzyka w sumie odpowiadają w Polsce za utratę 26% lat przeżytych w zdrowiu (31% przez mężczyzn i 20% przez kobiety) i przyczyniają się do 36% zgonów (odpowiednio w grupach płci 43% i 29%).

Sposób żywienia Polaków

Sposób żywienia i stan odżywienia niemowląt, dzieci i młodzieży

Na podstawie dostępnych danych dotyczących sposobu żywienia noworodków oraz stanu odżywienia dzieci w wieku od 5 do 36 miesiąca życia, dzieci w wieku wczesnoszkolnym (7–9 lat), oraz dzieci i młodzieży w starszym wieku szkolnym (11–17 lat), sformułowano zestaw rekomendacji ukierunkowanych na poprawę zdrowia populacji dziecięcej w Polsce.

Wskazane jest wzmocnienie edukacji przedporodowej na temat korzyści związanych z karmieniem piersią zarówno dla matki jak i dla dziecka. Istotne jest wzmocnienie wsparcia laktacyjnego w oddziałach położniczych, szczególnie wśród matek noworodków urodzonych przedwcześnie oraz drogą cięcia cesarskiego. Edukację dotyczącą korzyści płynących z karmienia piersią należy rozpocząć już w okresie ciąży uczestnicząc w edukacji przedporodowej prowadzonej przez położną oraz kontynuować podczas wizyt patronażowych w czasie których położna zachęca matkę do karmienia naturalnego, udziela porady laktacyjnej oraz pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją. Opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego jest kontynuowana przez położną tak długo jak potrzebuje tego matka.

W grupie rodziców niemowląt oraz dzieci w wieku 1-3 lata należy kontynuować działania promujące karmienie piersią oraz prowadzić szeroko zakrojoną

edukację w zakresie zasad prawidłowego żywienia w pierwszych latach życia. Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych we wczesnym dzieciństwie znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób dietozależnych w późniejszych etapach życia. Rekomenduje się rozwój narzędzi wsparcia edukacyjnego oraz wprowadzenie konsultacji dietetycznej w ramach POZ.

W populacji dzieci w wieku 7–9 lat obserwuje się utrwalone, lecz niesatysfakcjonujące wzorce żywieniowe. Stosunkowo regularne spożycie owoców i warzyw, szczególnie wśród dziewcząt, kontrastuje z wyraźnie niskim spożyciem ryb, roślin strączkowych oraz fermentowanych napojów mlecznych. Istotnym problemem pozostaje wysoka konsumpcja słodczy i słodzonych napojów, co łączy się z rosnącym odsetkiem nadwagi i otyłości, szczególnie u chłopców. Rekomenduje się wprowadzenie spójnych standardów żywienia w szkołach i przedszkolach, ograniczenie dostępności żywności wysokoprzetworzonej oraz rozwój działań edukacyjnych w zakresie komponowania prawidłowej diety.

W grupie dzieci i młodzieży w wieku 11–17 lat wyzwaniem staje się nieregularność spożywania śniadań, nasilająca się wraz z wiekiem, a także utrzymująca się wysoka konsumpcja produktów o niskiej wartości odżywczej. Różnice związane z płcią wskazują na potrzebę zróżnicowanych interwencji. Dziewczęta częściej pomijają śniadania, co może wynikać z niższego poziomu apetytu w godzinach porannych lub kwestii związanych z samooceną obrazu ciała, natomiast chłopcy częściej doświadczają nadwagi i otyłości, co może być związane z wyższym spożyciem produktów wysokokalorycznych oraz niższą świadomością żywieniową. Konieczne jest wzmocnienie profilaktyki i edukacji zdrowotnej w szkołach, promowanie aktywności fizycznej i innych aspektów zdrowego stylu życia, a także zapewnienie dostępu do indywidualnych konsultacji dietetycznych w przypadkach stwierdzonych nieprawidłowości.

Wnioski płynące z analizy jednoznacznie wskazują na potrzebę wdrożenia kompleksowej, ogólnokrajowej strategii promowania zdrowego żywienia dzieci i młodzieży, obejmującej edukację zdrowotną, wsparcie rodzin, interwencje środowiskowe oraz systematyczne monitorowanie stanu odżywienia. Rekomenduje się również rozwój dostępnych form poradnictwa dietetycznego, z uwzględnieniem indywidualizacji działań w zależności od wieku, płci oraz wykrytych nieprawidłowości.

Spożycie żywności w gospodarstwach domowych oraz zwyczaje żywieniowe osób dorosłych

Dane z badań budżetów gospodarstw domowych wskazują na spadek spożycia niektórych produktów, zwłaszcza w latach 2020–2023. Zmniejszyło się spożycie produktów zbożowych, warzyw, ziemniaków, przetworów mięsnych, mleka, cukru oraz napojów bezalkoholowych z wyjątkiem wód mineralnych i źródlanych.

W przypadku pozostałych analizowanych grup produktów odnotowano wahania ich spożycia.

Spadek spożycia wspomnianych produktów wiązał się ze zmniejszeniem wartości energetycznej diety w latach 2020-2023 oraz mniejszą zawartością w niej makroskładników, większości składników mineralnych i witamin.

Sposób żywienia Polaków nadal odbiegał od zaleceń, podobnie jak to miało miejsce w latach wcześniejszych. Niewystarczające było przede wszystkim spożycie warzyw i owoców, zbyt duże – mięsa czerwonego i przetworów mięsnych oraz soli.

Dieta Polaków odznaczała się stosunkowo dużym udziałem energii z tłuszczu ogółem, szczególnie dużo energii dostarczały kwasy tłuszczowe nasycone. Ponadto zbyt małe było spożycie błonnika oraz niektórych składników mineralnych i witamin, zwłaszcza wapnia i witaminy D.

Nieprawidłowości w diecie Polaków potwierdziła ocena zwyczajów żywieniowych przeprowadzona wśród osób dorosłych. Wykazała ona, że Polacy nie spożywali codziennie zalecanych ilości porcji warzyw i owoców, niewystarczająca była częstotliwość spożycia pełnoziarnistych produktów zbożowych, mleka i przetworów mlecznych, rzadko spożywane były ryby morskie oraz nasiona roślin strączkowych. Dużo osób często spożywało mięso czerwone i przetwory mięsne, a także słodycze.

Więcej niekorzystnych zwyczajów żywieniowych odnotowano u mężczyzn, którzy rzadziej niż kobiety spożywali codziennie zalecane ilości porcji warzyw i owoców, częściej jedli mięso czerwone i przetwory mięsne, produkty typu fast food i pili napoje energetyzujące. Z kolei kobiety trochę częściej spożywały słodycze. Różnice dotyczące analizowanych zwyczajów żywieniowych w zależności od wieku i miejsca zamieszkania najczęściej były niewielkie.

We wcześniejszym badaniu przeprowadzonym w 2022 r. również wiele zwyczajów żywieniowych Polaków odbiegało od zaleceń: zbyt rzadkie było spożycie warzyw, owoców, ryb morskich, a często spożywano słodycze. Nie analizowano wówczas częstotliwości spożycia pełnoziarnistych produktów zbożowych, mleka i przetworów mlecznych, mięsa czerwonego i przetworów mięsnych oraz nasion roślin strączkowych.

Mimo odbiegającego od zaleceń sposobu żywienia, część Polaków uważa, że nie ma potrzeby bądź chęci, żeby zdrowo się odżywiać. Optymistyczne jest, że obecnie odsetek osób prezentujących taką postawę jest mniejszy, niż w 2022 r.

Wobec utrzymujących się nieprawidłowości w diecie Polaków i braku zainteresowania niektórych osób zdrowym odżywianiem, niezwykle ważne jest realizowanie kompleksowych działań w celu zmiany postaw żywieniowych, ukierunkowanych przede wszystkim na poprawę sposobu żywienia.

Ocena zmian stężeń pyłu zawieszonego PM_{2,5} oraz skutków zdrowotnych wynikających z długookresowej ekspozycji na te stężenia w okresie 2019–2023 w Polsce w świetle rewizji Dyrektywy UE oraz wytycznych WHO

Działania podejmowane w ostatnich 5 latach (2019–2023) na rzecz ograniczania emisji zanieczyszczeń do powietrza wskazuje na wyraźną poprawę jakości powietrza i spadek stężeń średnich rocznych pyłu zawieszonego PM_{2,5}.

Niedotrzymanie obecnie obowiązującego prawnie w Polsce i w Unii Europejskiej średniego rocznego poziomu dopuszczalnego 10 µg/m³ ustanowionego w celu ochrony zdrowia dla pyłu zawieszonego PM_{2,5} dotyczy 3,5% powiatów w Polsce (13 z 380). Wprowadzenie zaostrzonej wartości przez dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2024/2881 z dnia 23 października 2024 r. w sprawie jakości powietrza i czystszej powietrza dla Europy do poziomu 10 µg/m³ wymusi intensyfikację podejmowanych działań, gdyż niedotrzymanie tej wartości obecnie dotyczy ponad ¾ powiatów (299 z 380).

Dla każdego powiatu w Polsce, z wyjątkiem miasta Legnica, w okresie 2019–2023 obserwuje się ujemne wartości średniookresowego tempa zmian wskazujące na poprawę jakości powietrza. Niestety, wysokie tempo pozytywnych zmian, przekraczające –10% rocznie dotyczy zaledwie ¼ powiatów (93 powiatów). Oznacza to, że w powiatach, gdzie to tempo zmian jest niższe, dotrzymanie ostrzejszego poziomu dopuszczalnego dla pyłu zawieszonego PM_{2,5} do 2030 r. będzie bardzo trudne, o ile w ogóle jest to możliwe.

Poprawa jakości powietrza wymiennie wpływa na redukcję skutków zdrowotnych wynikających z ekspozycji na zanieczyszczenie powietrza. Wysokie ujemne wskaźniki średniookresowego tempa zmian liczby przedwczesnych zgonów na poziomie przekraczającym –10% rocznie obserwuje się w przypadku blisko 68% powiatów (257). Oznacza to, że relatywnie nawet niewielkie zmiany w poziomie ekspozycji populacji na pył zawieszony PM_{2,5} prowadzą do znacznego obniżania skutków zdrowotnych, których tempo zmian jest wyższe niż w przypadku stężeń zanieczyszczeń w powietrzu, do czego przyczynia się również spadek populacji.

Najbardziej zanieczyszczonymi miastami w okresie 2019–2013 ze względu na stężenie średnie roczne pyłu zawieszonego PM_{2,5} są Świętochłowice, Chorzów, Piekary Śląskie, Rybnik, Zabrze, Siemianowice Śląskie, Bytom, Jastrzębie-Zdrój, Żory, Ruda Śląska oraz Nowy Sącz. W tych miastach nie jest dotrzymana obowiązująca wartość średniego rocznego poziomu dopuszczalnego określonego dla

pyłu zawieszonego PM_{2,5} wynosząca 20 µg/m³. Obecnie można mówić, że spośród 66 miast funkcjonujących na prawach powiatu, zaostrożona wartość dopuszczalna w dyrektywie 2024/2881 (10 µg/m³) dotrzymana jest tylko 5 miastach: Gdynia, Gdańsk, Świnoujście, Sopot oraz Zielona Góra, a wartość zalecana przez Światową Organizację Zdrowia jedynie w Gdyni i Gdańsku.

Działania zdrowia publicznego zrealizowane w Polsce w latach 2022–2023 sprawozdane w systemie ProfiBaza w odpowiedzi na potrzeby zdrowotne migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy

W latach 2022-2023 zrealizowano w Polsce 3198 działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy, z czego 1423 działania (44,5%) w 2022 r., tj. w pierwszym roku po wybuchu wojny z Rosją. Najwięcej działań zrealizowano w województwach: śląskim (415 działań), kujawsko-pomorskie (342) oraz lubuskim (322). Co trzecie działanie realizowano przez cały rok kalendarzowy (1120 działań; 35,0%), a 13,5% (433 działania) było wydarzeniem jednodniowym.

Największą liczbę działań skierowano do grup liczących poniżej 100 osób (1110 działań, 34,4%) oraz od 101 do 1 000 osób (1131, 35,4%). Adresatami działań były najczęściej osoby bez względu na wiek, tj. dorośli i dzieci (1535, 48,0%), bez względu na płeć (2743 działania, 85,8%) czy miejsce zamieszkania (2108 działań, 65,9%).

W odpowiedzi na wyzwania zdrowotne, szczególnie te ujawnione przez pandemię COVID-19, w 2022 r. WHO przedstawiła propozycję odnowionej listy podstawowych funkcji zdrowia publicznego (Essential Public Health Functions, EPHFs). Wśród przedstawionych 12 EPHFs wyróżniono: EPHF1 zwiad zdrowia publicznego, cztery funkcje ukierunkowane na świadczenia (EPHF2 zarządzanie sytuacjami kryzysowymi, EPHF5 ochrona zdrowia, EPHF6 profilaktyka chorób, EPHF7 promocja zdrowia) oraz siedem ukierunkowanych na ułatwianie (EPHF3 zarządzanie, EPHF4 planowanie i finansowanie, EPHF8 udział społeczności, EPHF9 kadra, EPHF10 jakość i dostęp do świadczeń, EPHF11 badania naukowe oraz EPHF12 produkty lecznicze i technologie).

Wszystkie działania skierowane do migrantów i uchodźców wojennych, sprawozdane w systemie ProfiBaza, przyporządkowano do poszczególnych funkcji zdrowia publicznego, przy czym każde działanie ze względu na swój zakres wpisywało się w tematykę więcej niż jednej EPHFs. Wśród aktywności realizowanych

na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych przeważały te w obszarze funkcji ukierunkowanych na świadczenia (2991 działań, 93,5%), tj. EPHF5 (1701 działań), EPHF6 (2654 działania), EPHF7 (2151 działań).

W ramach monitorowania i oceny stanu zdrowia ludności oraz nadzoru nad czynnikami ryzyka i zagrożeniami dla zdrowia (EPHF1) zrealizowano 348 działań (10,9%) obejmujących m.in. gromadzenie i analizę danych odnoszących się do sytuacji epidemiologicznej, stanu zdrowia populacji i jej determinantów (329 działań; 94,5%), głównie w kontekście zdrowia środowiskowego (111 działań; 31,9%), chorób zakaźnych (100 działań; 28,7%) oraz behawioralnych czynników ryzyka (24; 6,9%). Monitorowanie stanu zdrowia populacji miało na celu określenie rozmiaru problemów zdrowotnych, zarówno tych występujących w populacji migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy, jak i populacji rodzimej, ich tendencji i stopnia różnicowania regionalnego. Dzięki temu możliwa była identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego oraz istniejących nierówności w zdrowiu.

W zakresie ochrony przed zagrożeniami zdrowia (EPHF5) działania dotyczyły dostarczania świadczeń zdrowotnych w kontekście m.in. zdrowia środowiskowego (642 działania, 37,7%), ochrony zdrowia w miejscu nauki i pracy (294 działania, 17,3%), bezpieczeństwa żywności (171 działań, 10,1%), bezpieczeństwa drogowego (15 działań, 0,9%) oraz bezpieczeństwa pacjenta, m.in. nadzoru nad bezpieczeństwem stosowania leków, monitorowania niepożądanych odczynów poszczepiennych, kontroli chorób zakaźnych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (31 działań, 1,8%).

Zrealizowano 2654 działania (83,0%) w obszarze profilaktyki chorób (EPHF6). W obszarze profilaktyki pierwotnej była to przede wszystkim edukacja zdrowotna (2312 działań; 87,1%), w mniejszym stopniu szczepienia (682 działania; 25,7%, w tym wykonawstwo szczepień jedynie w 6 programach) i ukierunkowane były one na jednostki oraz środowisko bytowania ludzi, by ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia oraz budować kompetencje zdrowotne i zaufanie do szczepień w populacji migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy. Zadania te często miały charakter wielosektorowy, zaangażowane w ich realizację były zarówno instytucje sektora opieki zdrowotnej, opieki społecznej, jak i sektora edukacji, JST oraz NGOs. Profilaktyka wtórna (158 zadań; 6,0%) obejmowała wczesne wykrywanie chorób i podejmowanie szybkich działań naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby. Badania przesiewowe dotyczyły m.in. wczesnego wykrywania nowotworów, wad słuchu i wzroku, chorób metabolicznych (m.in. cukrzycy) czy chorób zakaźnych (np. WZW, COVID-19). Profilaktyka III fazy koncentrowała się na działaniach leczniczych

i rehabilitacyjnych (64 zadania; 2,4%), które miały na celu ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów, toczyły się głównie w obszarze rehabilitacji leczniczej i zapobiegania niepełnosprawności.

Promocja zdrowia (EPHF7) obejmowała 2151 działań (67,3%) skierowanych do społeczności, w tym migrantów i uchodźców wojennych, które koncentrowały się na interwencjach prowadzących do zmian w zachowaniach ludzi, ich stylu życia oraz do zmian w środowisku ich życia (m.in. czynników środowiskowych, psychospołecznych), w celu zwiększenia kontroli nad zdrowiem i jego determinantami. Podejmowane działania miały najczęściej charakter edukacyjny (1653 działania, 76,8%), a co dziesiąte działanie dotyczyło budowania środowiska sprzyjającego zdrowiu, zmiany otoczenia (247 działań, 11,5%). Dominowały aktywności promujące zdrowy styl życia i zachowania zdrowotne (1476 działań, 68,6%). Co trzecie działanie promocji zdrowia adresowało zagadnienia zdrowia psychicznego i społecznego (789 działań, 36,7%). Najczęściej podejmowaną tematyką były choroby zakaźne m.in. HIV/AIDS, czy te zwalczane drogą szczepień (533 działania, 24,8%). Realizowano je w różnych miejscach uczęszczanych przez migrantów i uchodźców wojennych, co odzwierciedla tzw. siedliskowe podejście w promocji zdrowia – w placówkach oświatowych (766 działań, 35,6%), miejscach rekreacji/sportu/wypoczynku (230 działań, 10,7%), instytucjach użyteczności publicznej np. bibliotekach (224 działania, 10,4%) oraz mediach/przestrzeni wirtualnej (189 działań, 8,8%).

W ramach funkcji ukierunkowanych na ułatwianie najwięcej działań zrealizowano w obszarach: mobilizacji społeczności na rzecz zdrowia (EPHF8) – 935 działań, zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych (EPHF10) – 336 działań a także wspierania systemów zdrowotnych oraz wielosektorowego planowania i finansowania usług zdrowia publicznego (EPHF4) – 317 działań.

Identyfikacja najważniejszych problemów zdrowotnych populacji Polski i województw na podstawie wyników badania Global Burden of Disease (GBD)

Ogólna sytuacja zdrowotna mierzona wskaźnikiem obciążenia chorobowego DALY w Polsce, poza trwającą w latach 2021–2022 pandemią COVID-19 od 1990 r. zmieniała się według następujących trendów: odnotowano wysokie spadki w współczynnikach CHUK (–30% rzeczywisty wskaźnik w 1990–2021 wzrost

w zakresie nowotworów (+25%; 1990–2021), które prawie zrównały się wskaźnikami z obciążenia z CHUK. Wiodącymi zagrożeniami zdrowia publicznego Polaków są choroby układu krążenia i nowotwory, które w zdecydowanej większości odpowiadają za utratę zdrowia poprzez przedwczesne zgony (ponad 90%) (YLL). Ich obciążenie wynika głównie z wysokiej śmiertelności – dla chorób układu krążenia wskaźnik YLL wynosi 7 057,0 na 100 tys. ludności przy 668,6 YLD/100 tys., a dla nowotworów 6 971,0 YLL/100 tys. przy 194,5 YLD/100 tys. ludności. W 2021 z powodu pandemii COVID-19 na trzecim miejscu pojawiły się choroby dróg oddechowych i wyniosło ono odpowiednio 5 048,3 YLL/ 100 tys. i 352,5 YLD/100 tys. ludności. Natomiast w przypadku zaburzeń mięśniowo-szkieletowych, wypadków oraz chorób psychicznych i cukrzycy obciążenie chorobowe wynika głównie z życia z obniżoną sprawnością (YLD).

Poziom utraty zdrowia w Polsce różni się w zależności od płci i województwa zamieszkania. W 2021 r. wartość utraconych lat życia skorygowanych o nie-sprawność (DALY) z powodu wszystkich przyczyn u mężczyzn wynosiła 45 307,2 DALY/100 tys. Największy regionalny poziom całościowego obciążenia chorobowego odnotowano w województwie łódzkim (51 515,7 DALY/100 tys.), natomiast najniższy w województwie małopolskim (39 820,3 DALY/100 tys.).

U kobiet łączne obciążenie w 2021 r. wynosiło 36 176,4 DALY/100 tys. kobiet. Regionami o najniższym wskaźniku ze wszystkich przyczyn były województwo małopolskie (32 354,0 DALY/100 tys.) i podkarpackie (32 636,2 DALY/100 tys.), natomiast najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie łódzkim (41 089,1 DALY/100 tys.).

Analiza danych COVID-19 za lata 2020-2021 wskazuje na znaczące zróżnicowanie wskaźników utraconych lat życia w zdrowiu zarówno między krajami europejskimi, jak i wśród województw Polski. W 2021 r. obserwowano wyraźny wzrost wskaźnika w porównaniu do 2020 r., z najwyższymi jego wartościami odnotowanymi na Węgrzech (6886,6 DALY/100 tys.) wśród krajów oraz w województwie lubelskim (5537,3 DALY/100 tys.) w Polsce.

Analiza dynamiki zmian obciążenia chorobowego wskazuje, że w okresie 1990–2021 nastąpił znaczący spadek wartości standaryzowanego względem wieku wskaźnika DALY w Polsce (–25%). Największą redukcję odnotowano w województwie pomorskim (–31%), a najmniejszą w świętokrzyskim (–18%). W krótszym okresie 2010-2021 w Polsce zaobserwowano jednak niewielki wzrost obciążenia chorobowego (+3%), szczególnie w województwach mazowieckim (+8%), podlaskim (+7%) i podkarpackim (+5%) co było efektem pandemii COVID-19.

W przypadku chorób układu krążenia w ciągu 30 lat (1990–2021) Polska odnotowała znaczący spadek obciążenia chorobowego (–59%), z najlepszym wynikiem

w województwie mazowieckim (–66%), a najmniejszym w świętokrzyskim (–44%). W okresie 2010–2021 największą redukcję osiągnęło województwo łódzkie (–34%).

Dla nowotworów dynamika 30-letnich zmian jest wyraźnie słabsza niż dla chorób układu krążenia – w Polsce odnotowano spadek o 21%. Najlepszy wynik uzyskało województwo pomorskie (–37%), a najsłabszy świętokrzyskie (–6%). W okresie 2010–2021 średnia ogólnopolska redukcja wyniosła –12%.

W 2021 r. głównym czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za obciążenie chorobowe u mężczyzn (wartości rzeczywiste, niestandardyzowane) w Polsce było używanie tytoniu (13,5% całkowitego obciążenia), używanie alkoholu (8,9%) i wysokie skurczowe ciśnienie krwi (9,6%). U kobiet główne czynniki ryzyka to wysoki wskaźnik BMI (8,9% całkowitego obciążenia), wysokie skurczowe ciśnienie krwi (9,2%) oraz ryzyka żywieniowe (8,5%). Dla obu płci udział czynników ryzyka wykazuje znaczne zróżnicowanie regionalne.

Finansowanie i zasoby infrastruktury ochrony zdrowia

Na przestrzeni lat obserwowany jest stały wzrost wydatków całkowitych na ochronę zdrowia, jednak odsetek PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia pozostaje wciąż na stosunkowo niskim poziomie na tle innych państw europejskich (6,7% w 2022 r.) oraz średniej UE wynoszącej 9,9%.

Struktura wydatków publicznych i prywatnych pozostaje praktycznie niezmienna od lat, co oznacza, że ok 70% to wydatki publiczne, a 30% prywatne. Warto zwrócić uwagę na znaczące wydatki na świadczenia nier refundowane (głównie leki), które stanowią ponad 20% bieżących wydatków na opiekę zdrowotną.

Struktura wydatków nie ulega znaczącym zmianom na przestrzeni lat, stale przeszło 50% stanowią usługi lecznicze. Niepokojącym jest fakt braku wzrostu wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne, który od lat oscyluje wokół 2–3%, a w ostatnich latach utrzymuje się tendencja spadkowa.

W kontekście zasobów w ochronie zdrowia istotnym problemem jest struktura wiekowa pielęgniarek i położnych – jak wskazują prognozy NIPiP do 2030 r. aż 65% obecnie zatrudnionych pielęgniarek i 60% położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych. Malejąca liczba pielęgniarek widoczna jest także w innych państwach OECD.

Pomimo wydawałoby się wystarczającego zaplecza w zakresie liczby łóżek, wciąż istnieje problem z ich wykorzystaniem, co generuje dodatkowe koszty dla

systemu ochrony zdrowia. Dodatkowym problemem jest także nierównomierne rozmieszczenie łóżek w skali kraju.

W obliczu stale postępującego procesu starzenia się społeczeństwa Polski koniecznym elementem systemu jest sprawnie funkcjonująca opieka geriatryczna. Jak wskazują m. in. wyniki kontroli NIK, istnieje w tym zakresie wiele luk do wypełnienia, m. in. niewystarczająca liczba specjalistów i pielęgniarek z dziedziny geriatrii, nierównomierne rozmieszczenie placówek i oddziałów geriatrycznych w skali kraju, a w niektórych regionach całkowity brak takich ośrodków.