

3. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI

Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Daniel Rabczenko,
Aneta Trochonowicz, Tomasz Madej, Tomasz Zdrojewski, Anna Smaga

Pandemia wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 spowodowała ogromne straty w zdrowiu ludności i przyczyniła się do dużego wzrostu umieralności spowodowanego przede wszystkim zachorowaniami na COVID-19 i w konsekwencji skrócenia długości życia ludności Polski. Stan zagrożenia epidemicznego wprowadzono w Polsce 16 maja 2022 r. Wcześniej – od 20 marca 2020 r. – obowiązywał stan epidemii. 5 maja 2023 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła koniec pandemii COVID-19 a 1 lipca 2023 r. na terenie Polski został zniesiony stan zagrożenia epidemicznego spowodowany zakażeniami wirusem SARS-CoV-2¹. Ta nowa sytuacja znalazła swoje odbicie w zmniejszeniu ogólnego zagrożenia życia Polaków oraz wzroście oczekiwanej długości jego trwania i analiza tych zjawisk jest przedmiotem niniejszego rozdziału.

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 PZH – Państwowemu Instytutowi Badawczemu w celu prowadzenia zgodnie ze statutem analiz stanu zdrowia mieszkańców Polski. Większość prezentowanych wyników stanowią obliczenia własne autorów na podstawie danych z tej bazy jak również bazy zgonów WHO², wykorzystano także wskaźniki publikowane przez GUS oraz dostępne w międzynarodowych bazach danych przede wszystkim Eurostatu³, co zawsze zostało zaznaczone w treści.

W przypadku własnych obliczeń oczekiwanej długości trwania życia w Polsce, województwach i powiatach posłużono się zaadoptowaną metodą stosowaną przez

¹ <https://www.gov.pl/web/rpp/koniec-stanu-zagrozenia-epidemicznego>

² https://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/

³ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

Główny Urząd Statystyczny⁴. W odróżnieniu od klasycznej metody Chianga⁵, która była używana w obliczeniach do poprzednich Raportów, w obecnej metodzie wykorzystuje się wygładzone współczynniki zgonów, zamiast surowych. Do wygładzenia współczynników zgonów dla roczników wieku 85–99 oraz ich ekstrapolacji powyżej 100 lat wykorzystano model Gamma–Gomperta. Dodatkowo, do obliczenia trwania życia na poziomie regionalnym wykorzystano metodę TOPALS (*tools for projecting age-specific rates using linear splines*). Umożliwia ona obliczenie trwania życia dla małych obszarów, gdzie występują znaczne rokroczne wahania współczynników zgonów oraz zerowe liczby zgonów w przypadku niektórych roczników wieku. Dekompozycję długości życia wg przyczyn zgonów oraz wieku przeprowadzano wg metody Ariagi⁶. Analizę trendów czasowych współczynników zgonów i długości życia w Polsce i dla krajów Unii Europejskiej przeprowadzono za pomocą modeli joinpoint (model liniowy) i programu Joinpoint Regression Program, (*Version 5.3.0.0 November, 2024; National Cancer Institute, USA*). W analizie trendów współczynników umieralności stosowano regresję joinpoint (model logarytmiczny i szacowanie względnego tempa zmian współczynników, które pozwala na lepsze porównanie dynamiki zmian w Polsce i innych krajach jak również między grupami płci).

Zmiany w czasie i zróżnicowanie oczekiwanej długości trwania życia mieszkańców Polski

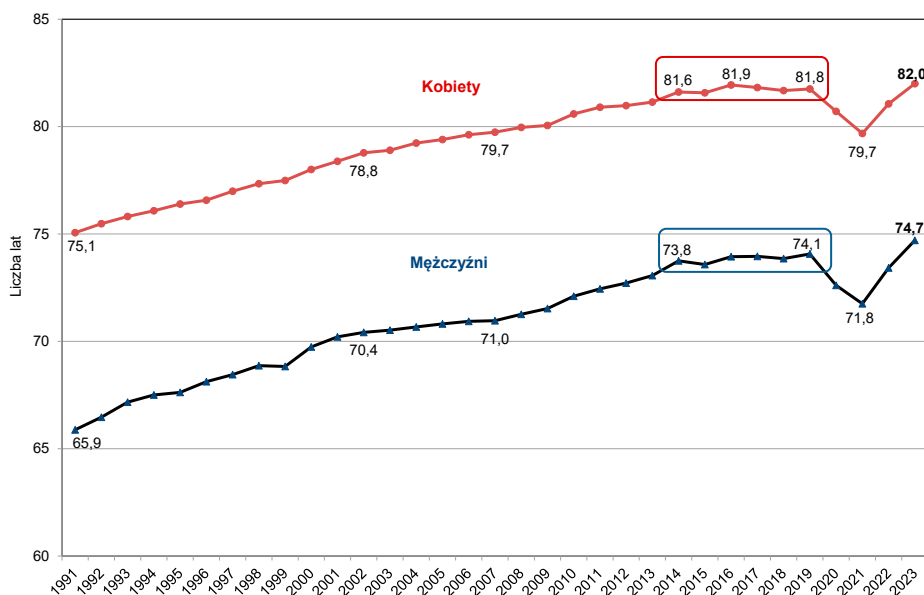
Według ostatnich danych GUS w 2023 r. przeciętna oczekiwana długość życia mężczyzn wynosiła 74,70 lat a kobiet była o 7,37 lat dłuższa i wynosiła 82,02 lat. Tak więc oczekiwana długość życia w 2023 r. była już większa niż przed pandemią COVID-19 tzn. w 2019 r. i ta korzystna różnica była większa u mężczyzn niż kobiet. Przyczyny tej sytuacji zostaną omówione w dalszej części rozdziału. Analiza długookresowych trendów długości życia pokazuje niepokojącą sytuację już w ostatnich latach przed pandemią (ryc. 3.1).

W latach 2014–2019 nastąpiło zasadnicze spowolnienie wzrostu długości życia mężczyzn, natomiast w przypadku kobiet długość życia w latach 2016–2019 miała niewielki trend spadkowy.

⁴ Potyra M, Góral-Radziszewska K, Waśkiewicz K, Kuczyńska K. Trwanie życia w 2020 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2021.

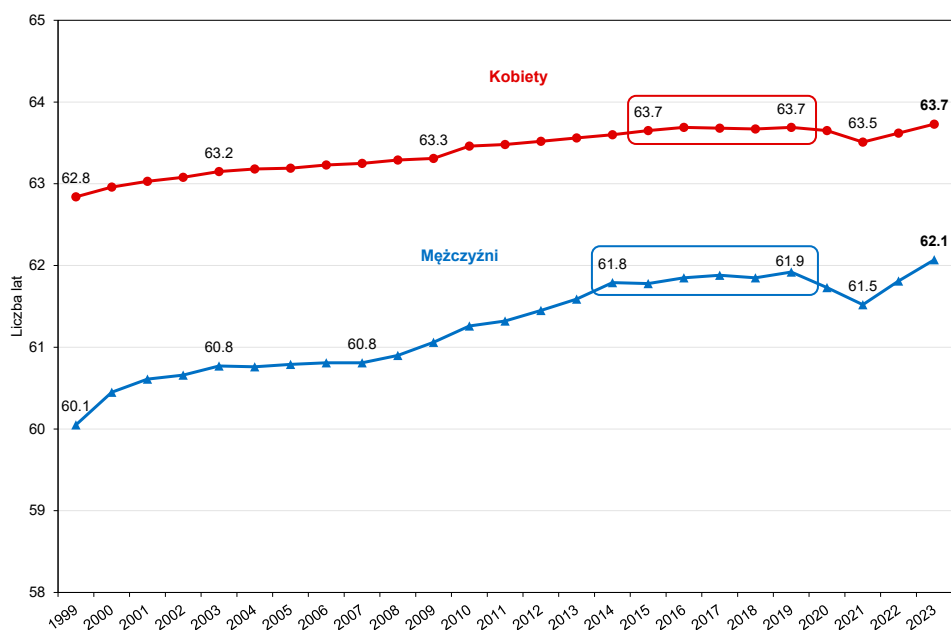
⁵ Chiang C. L. “The Life Table and its Applications”, Robert E. Krieger Publishing Company, Inc., Malabar, Florida, 1984

⁶ Arriaga E. E. “Measuring and Explaining the Change in Life Expectancies”, *Demography*, Vol. 21, No. 1 (Feb., 1984), pp. 83–96

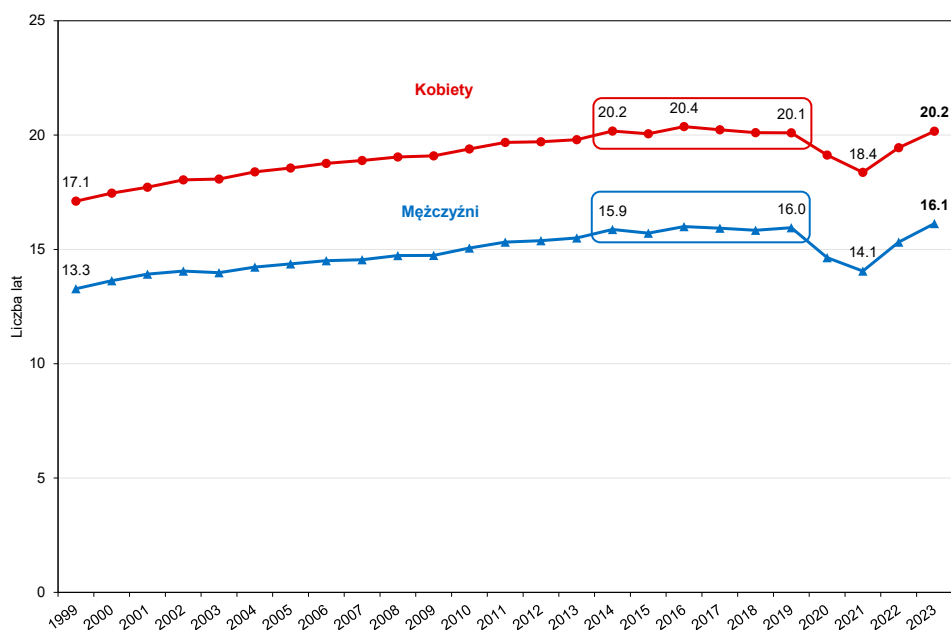


Ryc. 3.1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat w latach 1991–2023 (dane GUS)

Jak zwróciliśmy już uwagę w poprzednim Raporcie wpływ pandemii na skrócenie długości życia wystąpił najsilniej u osób w starszym wieku, ale zaznaczył się również w młodszej populacji. Żeby ocenić zmiany w oczekiwanej długości życia w okresie pandemii i po jej ustąpieniu w młodszej grupie wieku obliczyliśmy częściową długość życia (*temporary/partial life expectancy*) mężczyzn i kobiet w przedziale wieku 0–65 lat (e_{0-65}). Obliczona wartość pokazuje, ile przeciętnie lat życia może oczekiwać rodzące się niemowlę w okresie życia do 65 lat przy zachowaniu natężenia umieralności takiego jak w roku badania. Teoretycznie, gdyby nie było zgonów przedwczesnych tzn. w wieku poniżej 65 lat oczekiwana częściowa długość życia wynosiłaby 65 lat. Dla osób w wieku 65 lat wykorzystano szacowaną przez GUS oczekiwaną dalszą długość życia osób w tym wieku (e_{65}). Na rycinie 3.2a i 3.2b przedstawiono wartości obu parametrów dla mężczyzn i kobiet w latach 2003–2023. Oczekiwana długość życia w przedziale wieku 0–65 lat w 2021 r. była krótsza niż w 2019 r. o 0,4 roku dla mężczyzn i o 0,2 roku dla kobiet. Natomiast dalsza długość życia osób w wieku 65 lat uległa skróceniu w tym samym dwuletnim okresie o 1,7 roku oraz 1,9 roku odpowiednio dla kobiet i mężczyzn. W 2023 r. skrócenie trwania życia było już co najmniej wyrównane zarówno w młodszej jak i starszej podpopulacji. Należy zauważyć, że zahamowanie wzrostu oczekiwanej długości życia jeszcze przed okresem pandemii, na co zwracamy ciągle uwagę, występuje zarówno w młodszej jak i starszej grupie wieku.

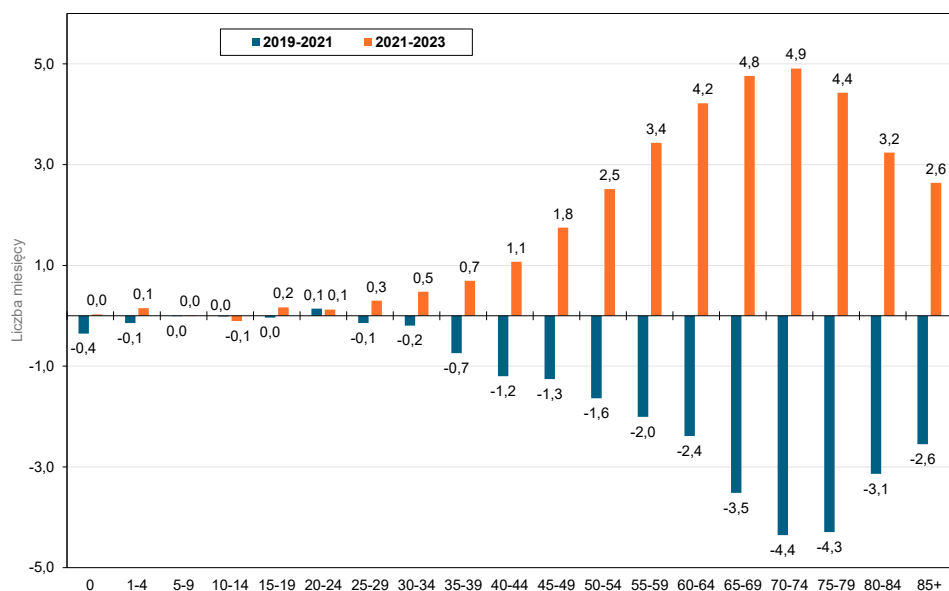


Ryc. 3.2a. Przeciętne trwanie życia rodzących się mężczyzn i kobiet w przedziale wieku 0–65 lat w latach 1999–2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



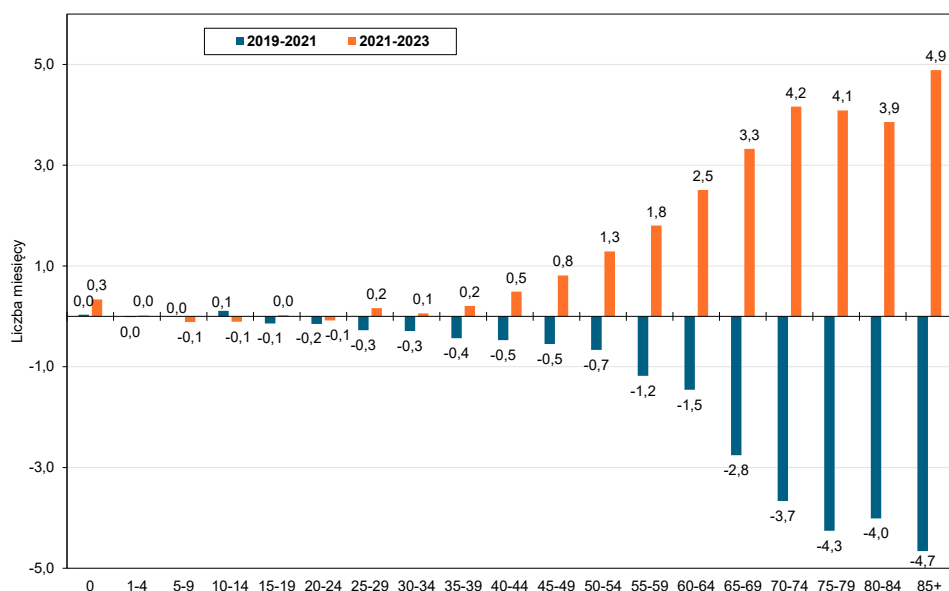
Ryc. 3.2b. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat w latach 1999–2023 (dane GUS)

Znaczenie wzrostu umieralności w poszczególnych 5-letnich grupach wieku dla skrócenia oczekiwanego trwania życia mężczyzn i kobiet w Polsce w 2021 r. w stosunku do 2019 r. oraz znaczenie zmniejszenia się umieralności w 2023 r. w stosunku do 2021 r. (w miesiącach) dla wzrostu oczekiwanego trwania życia przedstawiono na ryc. 3.3a i 3.3b. Zarówno u mężczyzn jak i kobiet największe znaczenie dla wzrostu długości życia po jego „pandemicznym skróceniu” miało zmniejszenie się umieralności osób w wieku 60–64 lata a następnie u mężczyzn w wieku 55–59 oraz 65–69 lat a u kobiet w wieku 50–54, 55–59 oraz 65–69. W tych grupach wieku różnica między wzrostem długości życia i wcześniejszym spadkiem była największa.

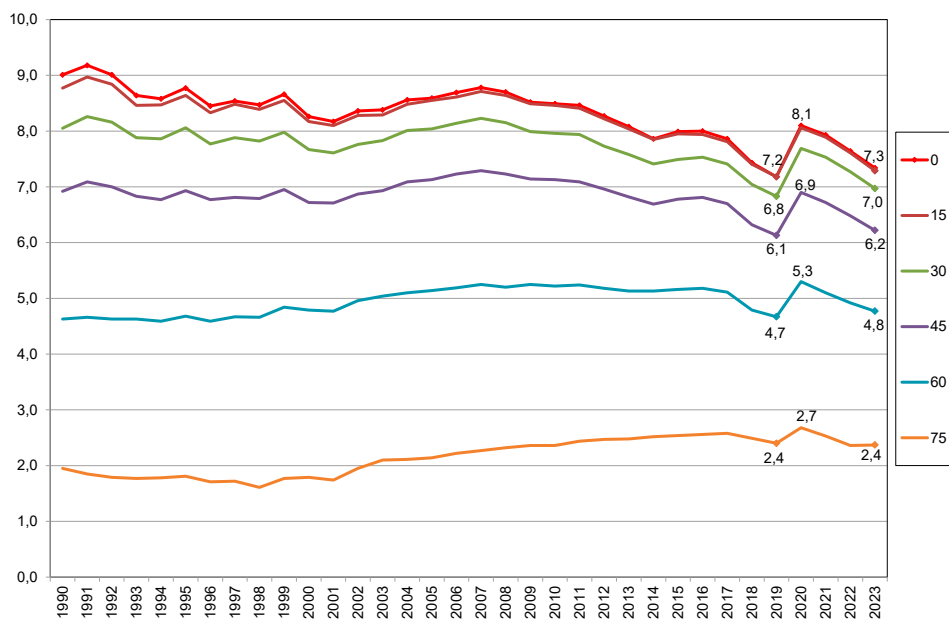


Ryc. 3.3a. Liczba miesięcy skrócenia długości życia mężczyzn w Polsce w 2021 r. w porównaniu z 2019 r. i jego wzrostu w 2023 r. w porównaniu z 2021 r. wynikająca ze wzrostu umieralności a następnie jego spadku w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych GUS)

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. W 2023 r. sytuacja nie powróciła jeszcze do stanu z 2019 r. i ta niekorzystna dla mężczyzn różnica jest trochę większa niż przed pandemią (ryc. 3.4).



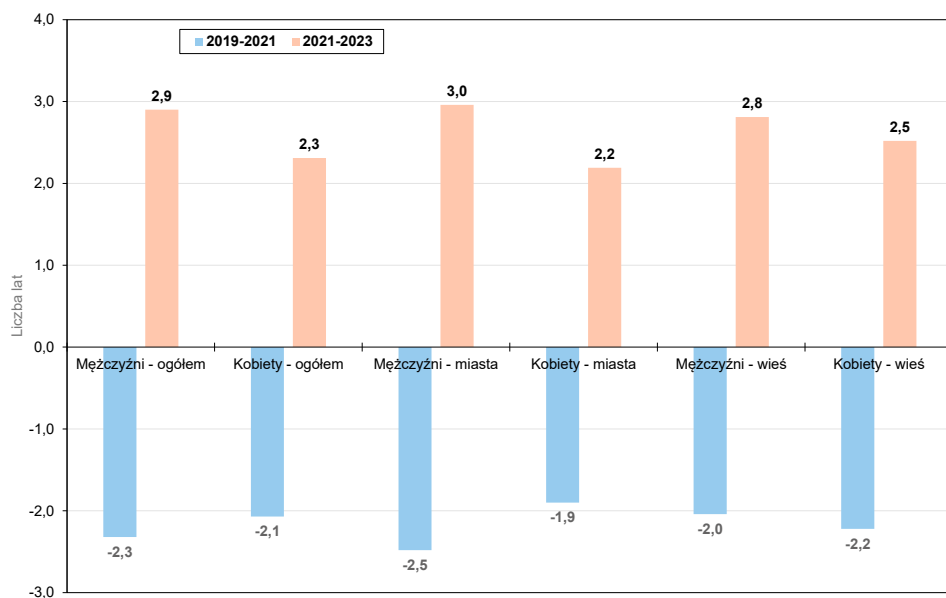
Ryc. 3.3b. Liczba miesięcy skrócenia długości życia kobiet w Polsce w 2021 r. w porównaniu z 2019 r. i jego wzrostu w 2023 r. w porównaniu z 2021 r. wynikająca ze wzrostu umieralności a następnie jego spadku w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.4. Różnice przeciętnego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn wg wieku w latach 1991–2021 (na podstawie danych GUS)

Szacujemy, że w 2023 r. trochę ponad połowa (51,9%) różnicy w długości życia mężczyzn i kobiet wynikała z wyższej umieralności mężczyzn w wieku poniżej 65 lat.

Wpływu pandemii na skrócenie długości życia mężczyzn był większy wśród mieszkańców miast niż wsi podczas gdy u kobiet był większy wśród mieszkanek wsi. I w tych populacjach, które bardziej odczuły skutki pandemii wzrost długości życia po jej ustąpieniu był większy, ale największy wzrost długości życia w 2023 r. w porównaniu do 2019 r. miał miejsce u mężczyzn mieszkających na wsi (ryc. 3.5).



Ryc. 3.5. Zmiana przeciętnej długości życia w wieku 0 lat w latach 2019–2021 oraz 2021–2023 wg płci i miejsca zamieszkania miasto/wieś (na podstawie danych GUS)

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 miast poniżej 10 tys. ludności, których przeciętna długość życia jest najkrótsza, natomiast najdłużej żyją mieszkańcy największych miast powyżej 200 tys. mieszkańców** (tabela 3.1). Zróżnicowanie długości życia związane z tak określonym miejscem zamieszkania jest większe w przypadku mężczyzn niż kobiet. Warto zwrócić uwagę, że w przypadku

kobiet długość życia mieszkanek miast o liczbie ludności 100–200 tys. jest niewiele większa niż w najmniejszych miastach.

Charakter miejscowości zamieszkania tzn. małe czy duże miasto czy wieś nie różnicował zasadniczo zmian oczekiwanej długości życia związanej z pandemią i wychodzeniem z niej. O ile w przypadku mężczyzn skrócenie długości życia w 2021 r. w porównaniu z 2019 r. było mniejsze w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców niż w miastach większych to u kobiet taka zależność nie zaznaczyła się w szczególny sposób i najmniej skróciła się długość życia w najmniejszych i największych miastach. Nie wystąpił również jednoznaczny związek charakteru miejsca zamieszkania i zwiększenia się długości życia po okresie pandemii. We wszystkich rodzajach miejscowości oczekiwana długość życia mieszkańców w 2023 r. była już większa niż w 2019 r.

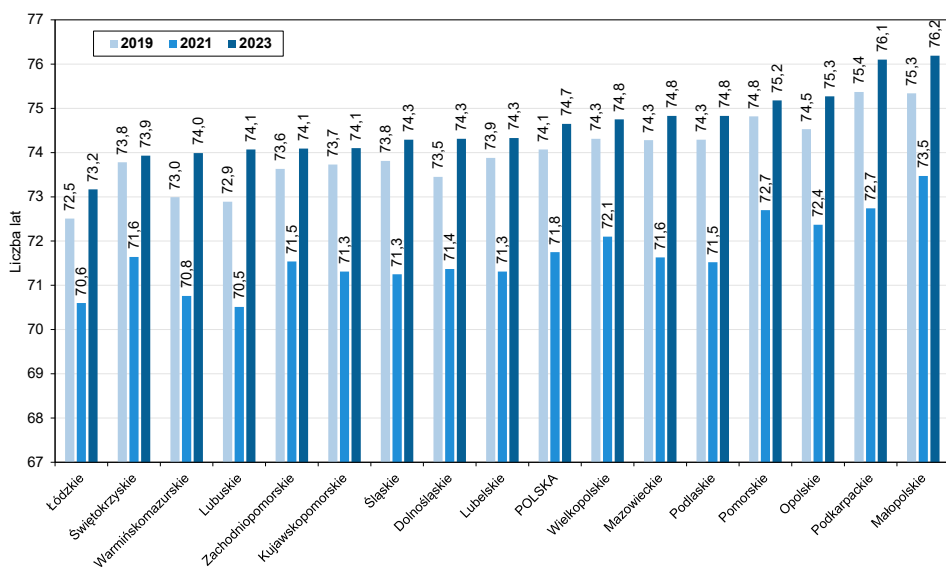
Tabela 3.1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat (Lex) mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2017–2023

Miejsce zamieszkania	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mężczyźni							
Wieś	73,2	73,1	73,3	72,1	71,4	73,0	74,2
Miast-ogółem	74,2	74,1	74,6	72,7	71,8	73,7	75,0
Miasta do 10 tys.	72,9	73,1	73,4	71,5	71,0	72,7	74,0
Miasta 10–20 tys.	73,6	73,5	73,9	72,1	71,4	73,0	74,3
Miasta 20–50 tys.	74,0	73,9	74,3	72,3	71,5	73,5	74,9
Miasta 50–100 tys.	73,9	73,7	74,5	72,7	71,4	73,3	74,7
Miasta 100–200 tys.	74,3	74,1	74,2	72,5	71,4	73,7	74,9
Miasta 200 tys. i więcej	75,1	74,9	75,5	73,8	72,7	74,6	75,8
Kobiety							
Wieś	81,6	81,6	81,7	80,6	79,6	81,1	82,0
Miast-ogółem	81,5	81,4	81,7	80,6	79,6	81,0	82,1
Miasta do 10 tys.	81,2	81,2	81,2	80,1	79,2	80,6	81,7
Miasta 10–20 tys.	81,4	81,3	81,6	80,4	79,3	80,8	81,8
Miasta 20–50 tys.	81,6	81,5	81,6	80,7	79,3	81,1	82,2
Miasta 50–100 tys.	81,4	81,3	81,4	80,2	79,3	80,8	81,7
Miasta 100–200 tys.	81,2	81,3	81,3	80,2	79,0	80,7	81,5
Miasta 200 tys. i więcej	81,9	81,9	82,3	81,1	80,3	81,6	82,4

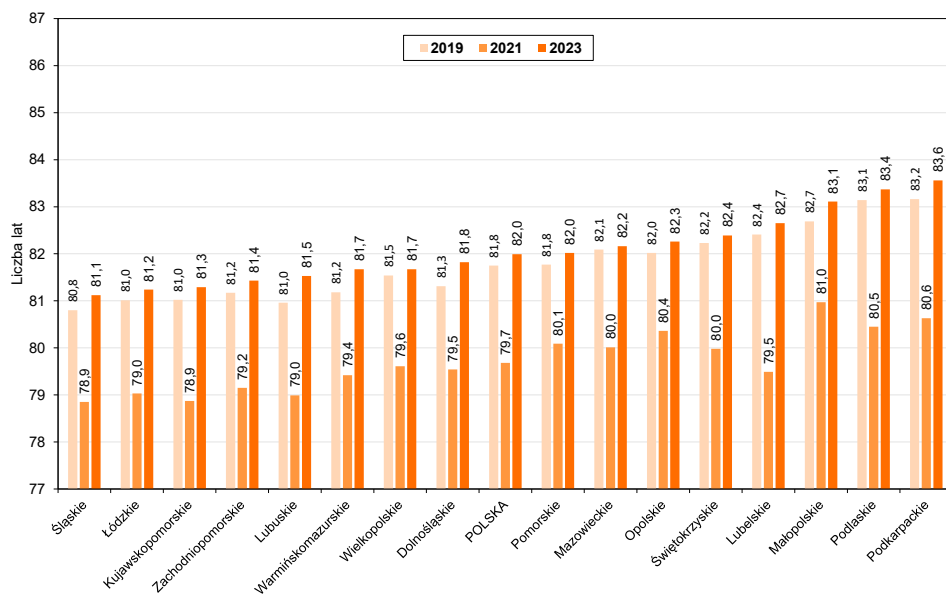
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

We wszystkich województwach oczekiwana długość życia mężczyzn i kobiet w 2023 r. była już większa niż w 2019 r. (ryc. 3.6a i 3.6b). Międzywojewódzkie zróżnicowanie długości życia zarówno mężczyzn jak i kobiet przed pandemią w 2019 r. jak i po pandemii w 2023 r. jest bardzo podobne. W przypadku mężczyzn w obu latach najkrótszą długością życia charakteryzowali się mieszkańcy województwa łódzkiego natomiast najdłuższą woj. małopolskiego i podkarpackiego i różnica między tymi skrajnymi województwami jest w obu latach podobna (2,9–3,0 lata). Analogicznie w przypadku kobiet zarówno w 2019 jak i 2023 r. najdłuższą długością życia cieszyły się mieszkanki woj. podkarpackiego i podlaskiego a najkrótszą woj. śląskiego, łódzkiego i kujawsko-pomorskiego. Warto zwrócić uwagę, że wzrost długości życia w województwach w okresie 2021–2023 jest dosyć wyraźnie ujemnie skorelowany z wielkością jego skrócenia się w okresie 2019–2021. W konsekwencji uszeregowanie województw wg wielkości długości życia przed pandemią i po pandemii u mężczyzn nie uległo dużym zmianom a u kobiet jest praktycznie nie zmienione.

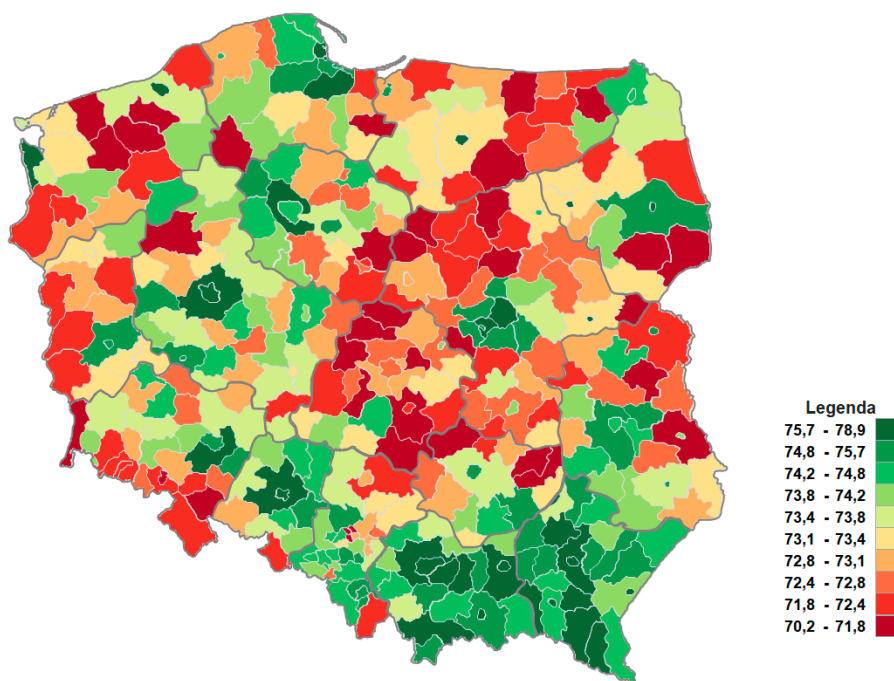
Większe niż w przypadku mieszkańców województw jest zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców powiatów i jego zmian w okresie pandemii. Generalnie można stwierdzić, że większość powiatów, w których mężczyźni żyją najdłużej cały czas skupia się w Polsce południowej oraz środkowo-zachodniej natomiast kobiety żyją najdłużej w powiatach w południowo-wschodniej oraz wschodniej części kraju z wyjątkiem powiatów w północno-wschodniej części woj. lubelskiego (ryc. 3.7a i 3.7b).



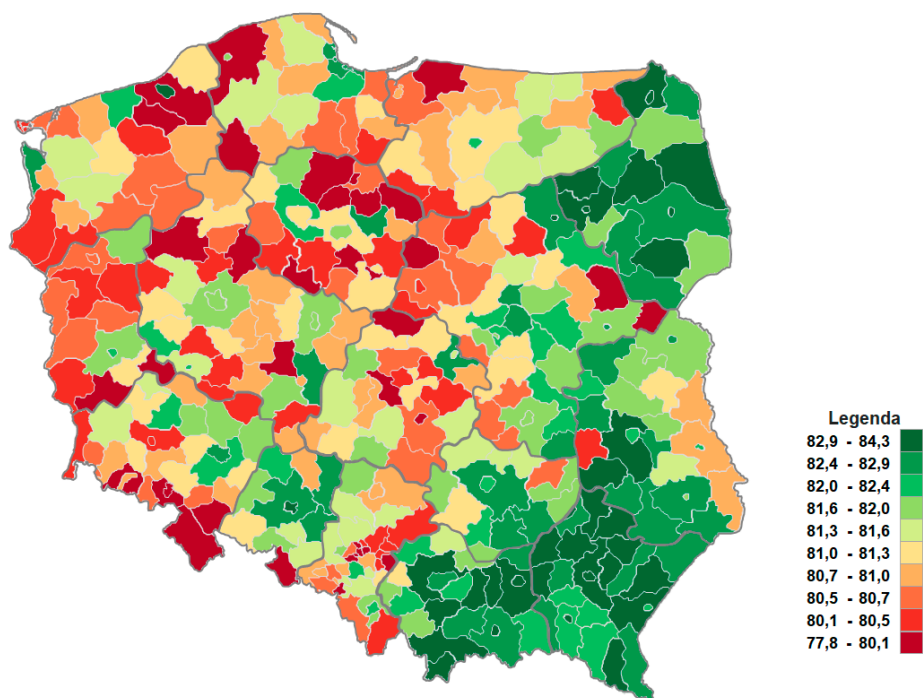
Ryc. 3.6a. Oczekiwana długość życia mężczyzn według województw w 2019 r., 2021 r. i 2023 r. (dane GUS)



Ryc. 3.6b. Oczekiwana długość życia kobiet według województw w 2019 r., 2021 r. i 2023 r. (dane GUS)



Ryc. 3.7a. Oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2022–2023 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne na podstawie danych GUS)



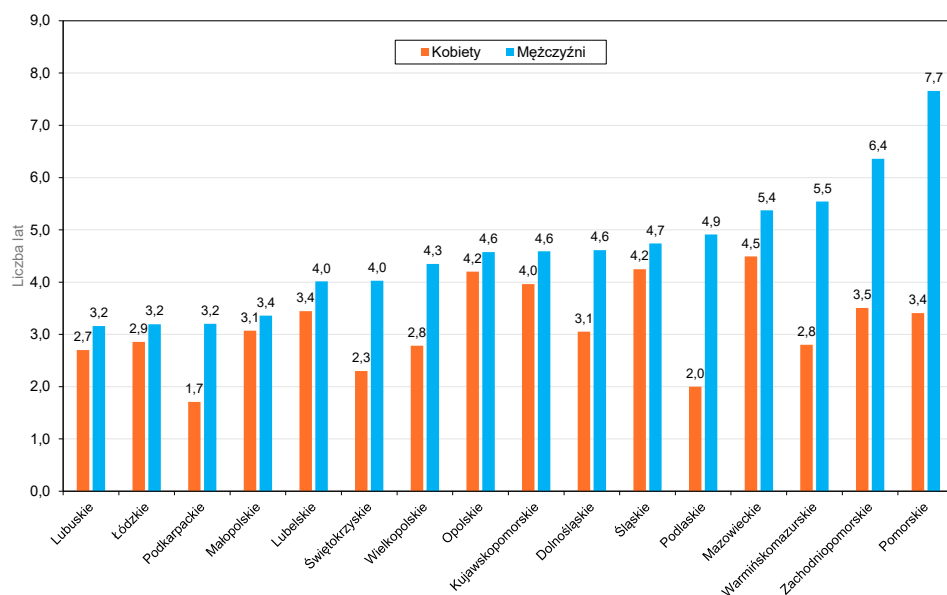
Ryc. 3.7b. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2022–2023 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W dwuletnim okresie po pandemii 2022–2023 wśród mężczyzn najdłuższego życia mogli oczekiwać mieszkańcy miasta Sopot – 78,9 lat, natomiast najkrótszego mieszkańcy powiatu oleckiego (woj. warmińsko-mazurskie), 70,2 lat, a więc różnica w oczekiwanej długości życia między tymi skrajnymi powiatami wynosi ok. 8,7 lat (tabela 3.2a). Oznacza to wzrost zróżnicowania w porównaniu z okresem przed pandemią 2018–2019, kiedy długość życia mężczyzn w Sopocie była dłuższa niż w powiecie kutnowskim o 7,4 lat. W porównaniu z okresem przed pandemią długość życia mężczyzn w Sopocie zwiększyła się o 1,1 roku natomiast mężczyzn w powiecie oleckim uległa skróceniu o 1,3 roku.

W przypadku kobiet zróżnicowanie jest trochę mniejsze niż u mężczyzn, gdyż przeciętnie w latach 2022–2023 najdłuższego życia mogły oczekiwać mieszkanki powiatu tatrzańskiego – 84,3 lat, natomiast najkrótszego miasta Chorzów – 77,8 lat, a więc różnica wynosi ok. 6,5 lat (tabela 3.2b). W porównaniu z okresem przed pandemią długość życia kobiet w powiecie tatrzańskim zwiększyła się o 1,2 roku natomiast w Chorzowie uległa skróceniu o 0,5 roku.

Powyższe różnice długości życia dotyczą powiatów skrajnych natomiast różnica między pierwszym i dziesiątym decylem, a więc przeciętna wartość (mediana) dla 10% powiatów o najkrótszej długości życia i 10% powiatów o najdłuższym trwaniu życia wynosi 4,62 lat (71,48 vs 76,10) dla mężczyzn i 3,58 lat (79,67 vs 83,25) dla kobiet. Te różnice są takie same jak w okresie 2018–2019, kiedy wynosiły odpowiednio 4,63 i 3,59 lat.

Oczekiwana długość życia mieszkańców powiatów była zróżnicowana w każdym województwie, ale w niejednakowym stopniu. W przypadku mężczyzn największe zróżnicowanie występowało w woj. pomorskim, gdzie różnica długości życia między skrajnymi powiatami wynosiła aż 7,7 co wynika z długiego życia mężczyzn w Sopocie. Jeżeli nie uwzględni się tego powiatu to rozpiętość w woj. pomorskim zmniejszy się do 4,8 lat. Zdecydowanie najmniejsze zróżnicowanie długości życia mężczyzn jest w woj. lubuskim, łódzkim i podkarpackim – tylko 3,2 lat (ryc. 3.7c). W przypadku kobiet wielkość zróżnicowania była mniejsza i wahała się od 1,7 roku w woj. podkarpackim do 4,5 lat w woj. mazowieckim. Zwraca uwagę znacznie większe zróżnicowanie długości życia mężczyzn niż kobiet w woj. pomorskim, zachodniopomorskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim.



Ryc. 3.7c. Różnica między najdłuższą i najkrótszą oczekiwaną długością życia mężczyzn i kobiet w powiatach danego województwa w latach 2022–2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

Tabela 3.2a. Trzydzieści powiatów o najdłuższej oraz o najkrótszej oczekiwanej długości życia mężczyzn w latach 2022–2023 oraz różnica długości życia w okresie 2022–2023 w stosunku do okresu przed pandemią 2018–2019

TERYT	Powiaty o najdłuższym trwaniu życia	Długość życia	Zmiana długości życia	TERYT	Powiaty o najkrótszym trwaniu życia	Długość życia	Zmiana długości życia
2264	m. Sopot	78,9	1,10	2813	olecki	70,2	–1,28
3211	policki	77,5	2,14	2462	m. Bytom	70,9	–1,53
1263	m. Tarnów	77,0	0,28	1422	przasnyski	71,0	–1,35
1863	m. Rzeszów	76,8	–0,53	1427	sierpecki	71,0	–1,29
1821	leski	76,7	1,27	1004	łęczycki	71,1	–0,49
1661	m. Opole	76,7	–0,41	3205	gryficki	71,2	–1,11
1609	opolski	76,6	0,52	0265	m. Wałbrzych	71,2	0,17
1206	krakowski	76,5	1,40	1021	brzeziński	71,2	0,53
1261	m. Kraków	76,4	–0,12	1437	żuromiński	71,2	–0,52
1211	nowotarski	76,4	1,26	0225	zgorzelecki	71,2	–0,31
2061	m. Białystok	76,4	–0,28	2216	sztumski	71,2	–4,23
0403	bydgoski	76,4	1,01	1002	kutnowski	71,2	0,87
1861	m. Krosno	76,4	–0,94	1012	radomszczański	71,3	–0,25
1421	pruszkowski	76,3	1,03	3218	łobeski	71,3	–1,28
1262	m. Nowy Sącz	76,3	–0,16	1010	piotrkowski	71,4	–0,26
1465	m. st. Warszawy	76,2	–0,09	2203	człuchowski	71,4	–2,24
1817	sanocki	76,2	–0,12	3201	białogardzki	71,5	–0,50
1864	m. Tarnobrzeg	76,1	1,02	3216	świdwiński	71,5	–0,24
2062	m. Łomża	76,1	–0,01	2005	hajnowski	71,5	0,90
3021	poznański	76,1	1,04	1438	żyrardowski	71,5	–0,17
2204	gdański	76,0	–0,54	0224	ząbkowicki	71,5	–0,58
2262	m. Gdynia	76,0	–1,29	2606	opatowski	71,6	0,71
1862	m. Przemyśl	76,0	1,25	0603	chełmski	71,6	–1,10
3261	m. Koszalin	76,0	–0,56	1410	łosicki	71,6	–0,25
1216	tarnowski	75,9	0,34	1424	pułtuski	71,6	0,08
1802	brzozowski	75,9	1,13	2607	ostrowiecki	71,6	–1,54
1219	wielicki	75,9	0,64	2463	m. Chorzów	71,7	0,79
1464	m. Siedlce	75,9	0,54	2605	konecki	71,7	–1,64
1806	kolbuszowski	75,9	0,29	2471	m. Piekary Śląskie	71,7	–2,34
3064	m. Poznań	75,8	–0,16	2817	szczycieński	71,7	0,11

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

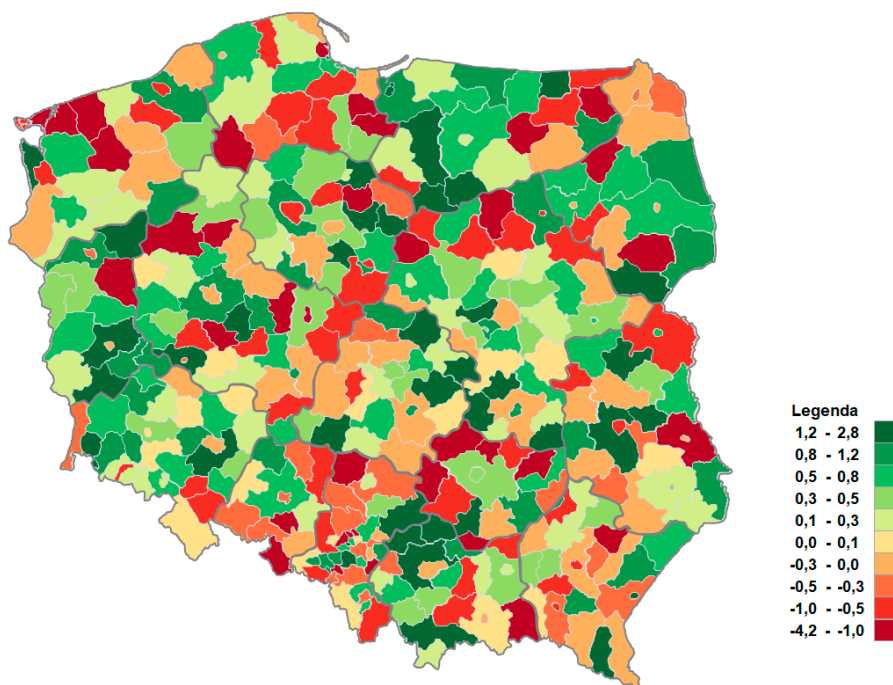
Tabela 3.2b. Trzydzieści powiatów o najdłuższej oraz o najkrótszej oczekiwanej długości życia kobiet w latach 2022–2023 oraz różnica długości życia w okresie 2022–2023 w stosunku do okresu przed pandemią 2018–2019

TERYT	Powiaty o najdłuższym trwaniu życia	Długość życia	Zmiana długości życia	TERYT	Powiaty o najkrótszym trwaniu życia	Długość życia	Zmiana długości życia
1217	tatrzański	84,3	1,22	2463	m. Chorzów	77,8	–0,51
0607	kraśnicki	83,9	0,87	2462	m. Bytom	78,5	–1,42
1813	przemyski	83,8	0,14	0417	wąbrzeski	78,7	–1,94
1461	m. Ostrołęka	83,8	1,56	1602	głubczycki	78,8	–2,05
2061	m. Białystok	83,7	0,24	2472	m. Ruda Śląska	78,9	–0,74
1812	niżański	83,7	–0,48	1410	łosicki	79,3	–2,22
1808	leżajski	83,6	0,67	2203	człuchowski	79,3	–1,30
1816	rzeszowski	83,6	0,36	0221	wałbrzyski	79,4	–0,13
1202	brzeski	83,5	0,39	3201	białogardzki	79,4	–0,70
1863	m. Rzeszów	83,5	–0,20	2802	braniewski	79,5	–0,68
1864	m. Tarnobrzeg	83,5	0,79	0208	kłodzki	79,5	–0,62
1821	leski	83,4	0,34	2474	m. Siemianowice Śląskie	79,5	–0,69
1803	dębicki	83,4	–0,15	2212	słupski	79,5	–0,80
1811	mielecki	83,4	–0,41	0265	m. Wałbrzych	79,5	0,08
1263	m. Tarnów	83,4	0,66	0810	żagański	79,6	0,10
2008	moniecki	83,4	–0,20	1008	pabianicki	79,6	–1,23
2062	m. Łomża	83,3	–0,63	0206	jeleniogórski	79,6	0,08
2063	m. Suwałki	83,3	0,64	3020	pleszewski	79,6	–1,95
2003	bielski	83,3	0,70	0404	chełmiński	79,7	–1,43
1262	m. Nowy Sącz	83,2	0,79	2468	m. Jaworzno	79,7	–0,77
1211	nowotarski	83,2	–0,14	0812	wschowski	79,7	–0,75
1818	stalowowolski	83,2	–0,10	3209	koszaliński	79,7	0,12
2011	sokółski	83,2	1,52	0462	m. Grudziądz	79,7	–0,04
1810	łańcucki	83,2	–0,41	2476	m. Świętochłowice	79,7	0,86
2012	suwalski	83,1	–0,36	0224	ząbkowicki	79,8	–0,63
2006	kolneński	83,1	0,45	3028	wągrowiecki	79,8	–0,92
1206	krakowski	83,1	0,61	0401	aleksandrowski	79,8	–0,08
1861	m. Krosno	83,1	0,18	1062	m. Piotrków Trybunalski	79,8	0,13
0609	lubelski	83,1	0,32	1002	kutnowski	79,8	0,33
1201	bocheński	83,1	0,06	0409	mogileński	79,9	–1,89

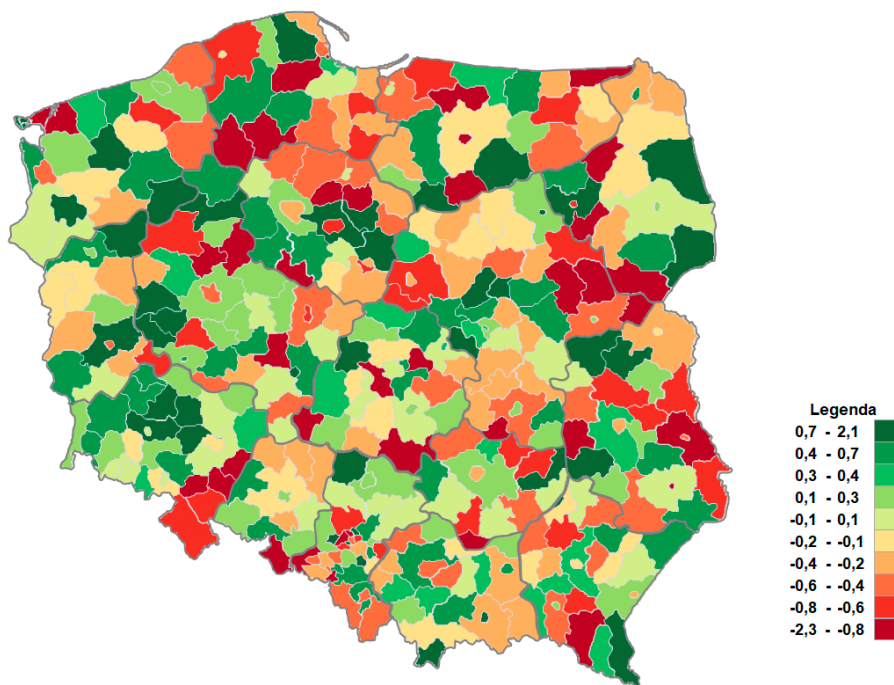
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

Różnica długości życia mężczyzn po okresie pandemii (2022–2023) w porównaniu z okresem przed pandemią (2018–2019) w poszczególnych powiatach wahała się od jego skrócenia o 4,23 lat w powiecie sztumskim (woj. pomorskie) do wzrostu o 2,77 lat w powiecie radzyńskim (woj. lubelskie) (ryc. 3.8a). Zróżnicowanie wielkości zmiany długości życia mężczyzn w powiatach występowało w każdym województwie. W sumie w 222 powiatach oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2022–2023 była większa niż w latach 2018–2019 natomiast w 158 powiatach była wciąż mniejsza.

Różnica długości życia kobiet po okresie pandemii (2022–2023) w porównaniu z okresem przed pandemią (2018–2019) w poszczególnych powiatach wahała się od jego skrócenia o 2,28 lat w powiecie sokołowskim (woj. mazowieckie) do wzrostu o 2,08 lat w powiecie strzelecko-drezdeneckim (woj. lubuskie) (ryc. 3.8b). Zróżnicowanie wielkości zmiany długości życia kobiet w powiatach występowało w każdym województwie. W sumie w 176 powiatach oczekiwana długość życia kobiet w latach 2022–2023 była większa niż w latach 2018–2019 natomiast w 204 powiatach była wciąż mniejsza.



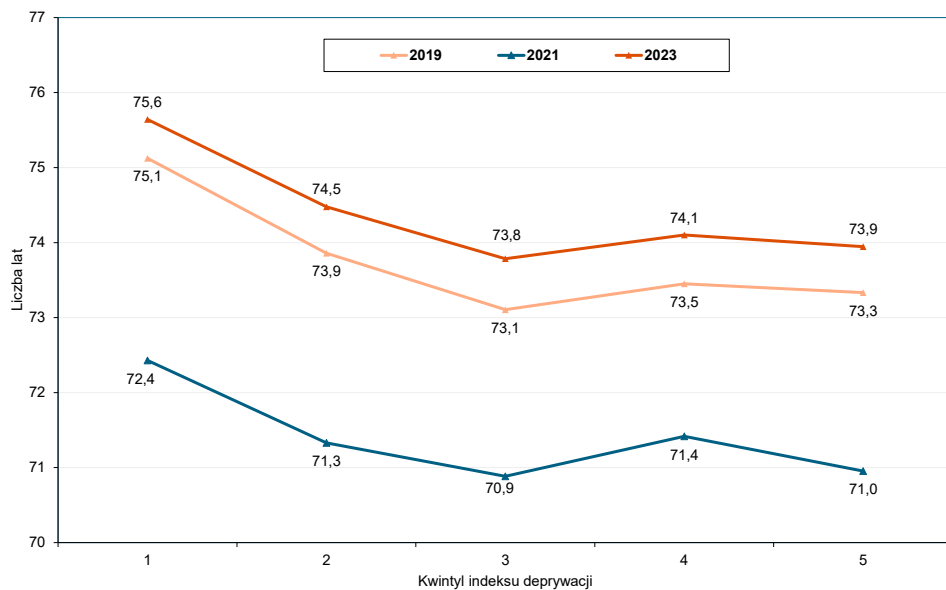
Ryc. 3.8a. Różnica oczekiwanej długości życia mężczyzn w latach 2022–2023 w porównaniu z latami 2018–2019 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



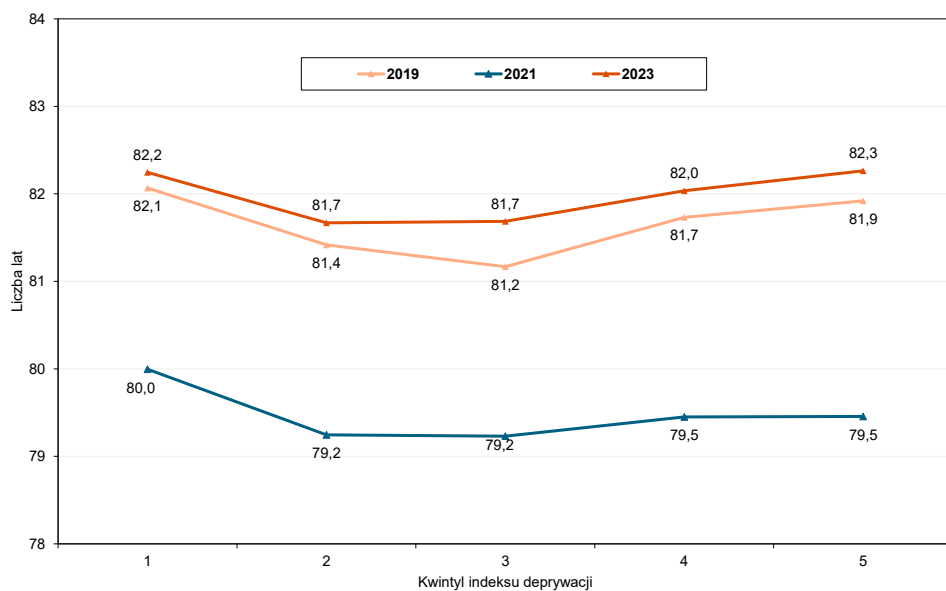
Ryc. 3.8b. Różnica oczekiwanej długości życia kobiet w latach 2022–2023 w porównaniu z latami 2018–2019 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

Istotnym pytaniem jest czy i w jakim stopniu zróżnicowanie stanu zdrowia mieszkańców powiatów może wynikać z różnic w ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Związek długości trwania życia ludności i jego zmian w ostatnich latach, w tym w okresie pandemii, z poziomem deprivacji w powiatach pokazują ryciny 3.9a i 3.9b. Związek długości życia z poziomem deprivacji⁷ zaznacza się bardziej wyraźnie w przypadku mężczyzn niż kobiet. Przeciętna długość życia kobiet w powiatach w bardzo niewielkim stopniu zależała od wartości wskaźnika deprivacji, ale skrócenie długości życia w okresie pandemii było największe w powiatach o najwyższym jego poziomie (kwintyl 4 i 5) i w tych w powiatach też wzrost oczekiwanej długości życia po pandemii (2021–2023) był największy. Natomiast w przypadku mężczyzn różnica w długości życia jest wyraźniej niż u kobiet związana z poziomem deprivacji powiatów natomiast nie obserwuje się takiego związku w przypadku skrócenia długości życia związanego z okresem pandemii. U mężczyzn zarówno zmniejszenie długości życia w 2021 r. jak i jego późniejszy wzrost w 2023 r. były największe w powiatach o najniższym wskaźniku deprivacji (pierwszy kwintyl).

⁷ Opis indeksu deprivacji został przedstawiony w naszym wcześniejszym Raporcie w 2018 r.



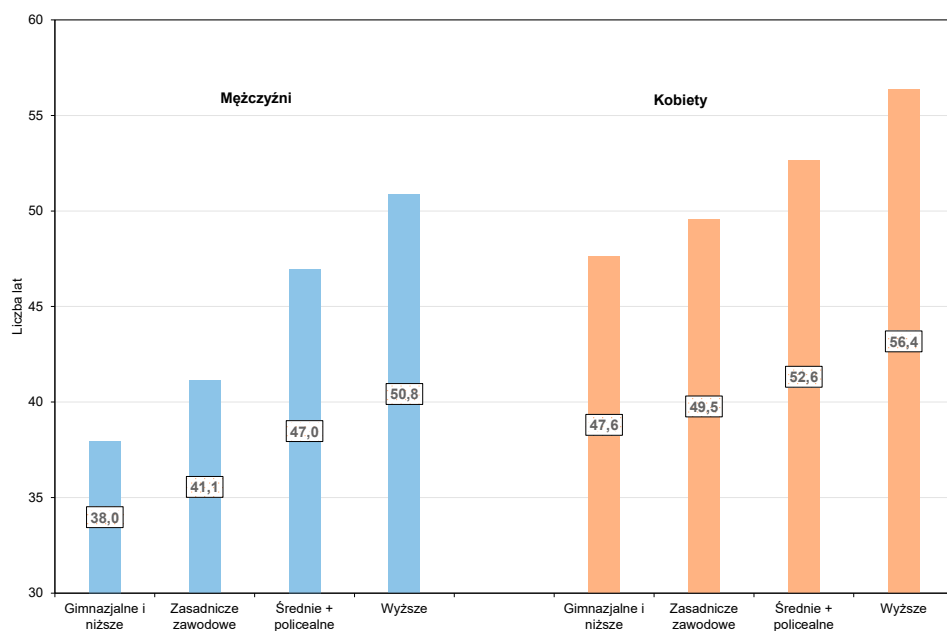
Ryc. 3.9a. Długość trwania życia mężczyzn w latach 2019, 2021 i 2023 w zależności od kwintyla wskaźnika deprivacji (2019) w powiecie (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.9b. Długość trwania życia kobiet w latach 2019, 2021 i 2023 w zależności od kwintyla wskaźnika deprivacji (2019) w powiecie (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

Z punktu widzenia oceny społecznych nierówności w zdrowiu mieszkańców Polski niezwykle istotna jest oszacowanie wielkości różnic w stanie zdrowia osób o różnym poziomie wykształcenia. Wyniki Narodowego Spisu Ludności i Mieszkań w 2021 r. (NSP-2021) dostarczyły wiarygodnych danych o wykształceniu dla ogółu ludności Polski. W połączeniu z danymi o umieralności wg płci, wieku i wykształcenia pozwoliło to nam na oszacowanie zróżnicowania oczekiwanej długości życia oraz umieralności z powodu najważniejszych przyczyn zgonu podpopulacji różniących się poziomem wykształcenia. W celu zmniejszenia wpływu zmienności losowej oszacowania te przeprowadzono dla trzyletniego okresu umieralności 2020–2022.⁸

Wyraźny gradient społeczny, który występuje w umieralności z powodu wszystkich przyczyn zgonów, co będzie przedstawione w dalszej części rozdziału, w konsekwencji powoduje, że **osoby o niższym poziomie wykształcenia żyją znacznie krócej niż osoby z wykształceniem wyższym**. Według naszych ostatnich szacunków dla mężczyzn w wieku 30 lat różnica ta w trzyletnim okresie 2020–2022 wynosiła prawie 13 lat, a dla kobiet prawie 9 lat (ryc. 3.10).



Ryc. 3.10. Oczekiwana dalsza długość życia mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w latach 2020–2022 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

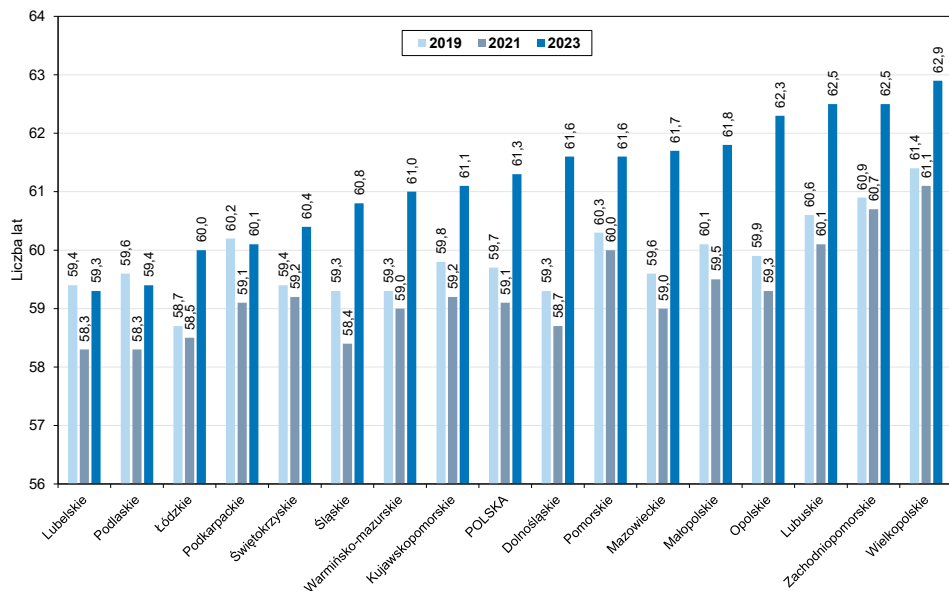
⁸ Ta część analiz była wykonana w ramach realizacji zadania badawczego ZC-3/2024 realizowanego w Zakładzie Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia ludności NIZP PZH – PIB.

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 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 Indicator). 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 unieumożliwia ocenę zmiany wskaźnika w ciągu tych wszystkich lat. Począwszy od 2009 r. pytanie brzmiało: „Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?”. Obecnie – „Czy z powodu problemów zdrowotnych ma Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują?” i następne „Czy to ograniczenie trwa co najmniej 6 miesięcy?”.

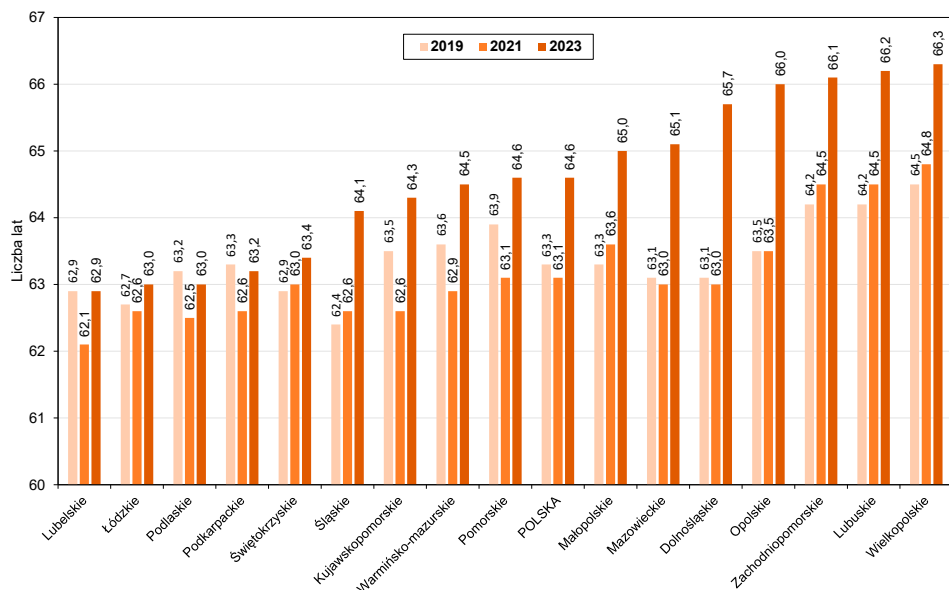
Wskaźnik oczekiwanej długości życia w zdrowiu HLY dla ludności Polski jest rokrocznie szacowany i publikowany przez GUS. Należy jednak zwrócić uwagę, że metoda szacowania stosowana przez GUS różni się trochę (jest bardziej wyrafinowana) niż stosowana przez Eurostat i stąd występują pewne różnice w prezentowanych wartościach dla Polski w dalszej części rozdziału (wg GUS) i w przypadku porównań międzynarodowych (wg Eurostatu). Analizując różnice czasowe i przestrzenne wskaźnika HLY trzeba pamiętać, że jest on oparty na subiektywnym pomiarze i nie jest wskazane zwracanie uwagi na niewielkie różnice w jego wartościach.

Nie we wszystkich województwach oczekiwana długość życia w zdrowiu mężczyzn i kobiet w 2023 r. była już większa niż w 2019 r., ale w tych trzech w przypadku u mężczyzn oraz dwóch u kobiet różnica była niewielka (ryc. 3.11a i 3.11b). Ogólny wzrost długości życia w zdrowiu w 2023 r. w porównaniu z 2019 r. był większy niż w przypadku długości życia ogółem. Międzywojewódzkie zróżnicowanie długości życia w zdrowiu zarówno mężczyzn jak i kobiet po pandemii w 2023 r. jest większe niż przed pandemią w 2019 r. Zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet w 2021 i 2023 r. wskaźnik HLY był największy w woj. wielkopolskim a następnie zachodniopomorskim i lubuskim. Natomiast najmniejszy w woj. lubelskim i podlaskim. Warto zwrócić uwagę, że długość życia w zdrowiu

mieszkańców województw w 2023 r. jest słabo skorelowana z ogólną długością życia a w przypadku kobiet korelacja jest nawet ujemna.



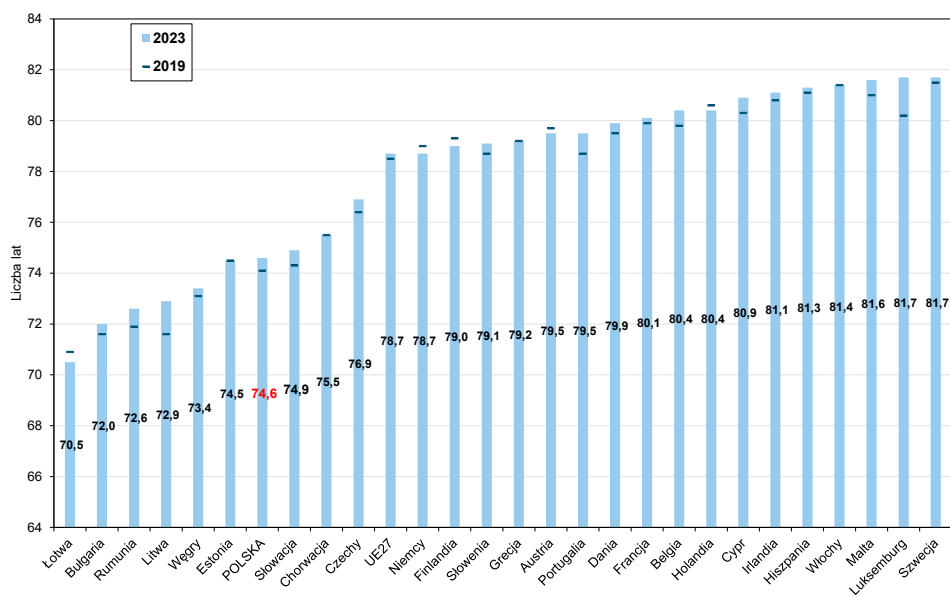
Ryc. 3.11a. Oczekiwana długość życia w zdrowiu mężczyzn według województw w 2019 r., 2021 r. i 2023 r. (dane GUS)



Ryc. 3.11b. Oczekiwana długość życia w zdrowiu kobiet według województw w 2019 r., 2021 r. i 2023 r. (dane GUS)

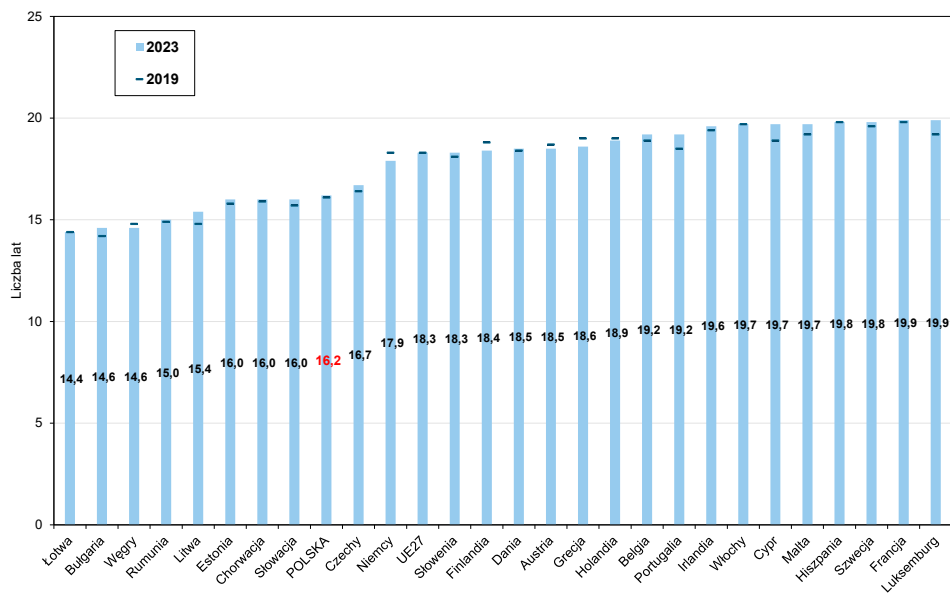
Oczekiwana długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w innych krajach Unii Europejskiej⁹

Według wstępnych szacunków Eurostatu oczekiwana długość życia mężczyzn w Polsce w 2023 r. jest o ok. 4,1 lat krótsza niż wynosi średnia długość życia mieszkańców UE (w 2019 r. różnica wynosiła 4,4 lat), przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w UE mieszkańców Szwecji wynosi 7,1 lat (ryc. 3.12a). Przeciętnie najkrócej w krajach UE żyją mieszkańcy Łotwy i zróżnicowanie długości życia mężczyzn w UE wynosi aż 11,2 lat (70,5 vs 81,7). Mężczyźni w wieku 65 lat w Polsce żyją obecnie o ok. 2,1 lat krócej niż przeciętnie mieszkańcy UE w tym wieku, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w UE mieszkańców Luksemburga wynosi 3,7 lat (ryc. 3.12b). W zdecydowanej większości krajów oczekiwana długość życia w 2023 r. była już większa niż w 2019 r. a do wyjątków należały m.in. Niemcy, Finlandia, Holandia, Austria a w przypadku tylko kobiet również Włochy i Francja.

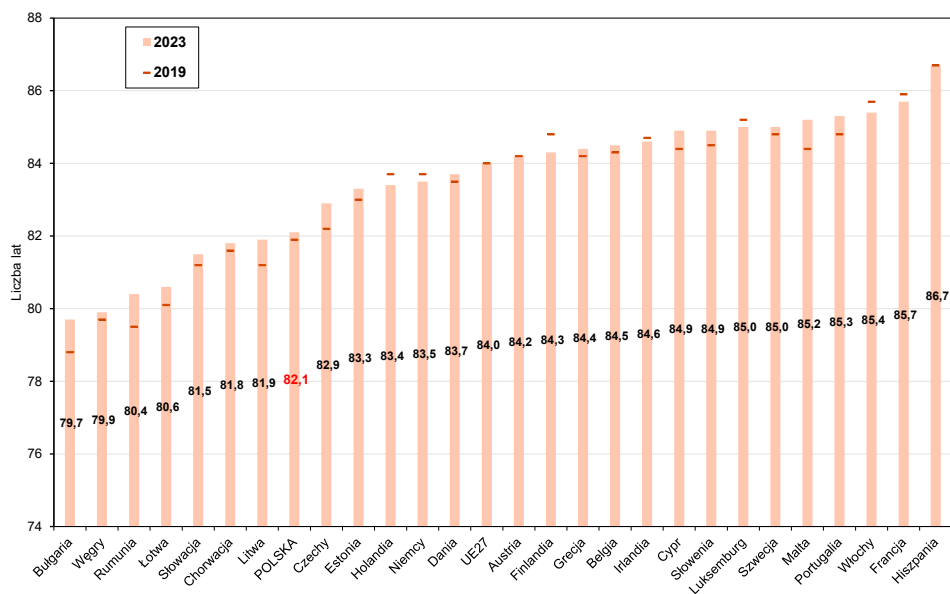


Ryc. 3.12a. Oczekiwana długość życia MĘŻCZYZN w Polsce i w pozostałych krajach UE-27 w 2019 oraz 2023 r. (dane Eurostat database, dla Polski i UE-27 dane wstępne, szacowane)

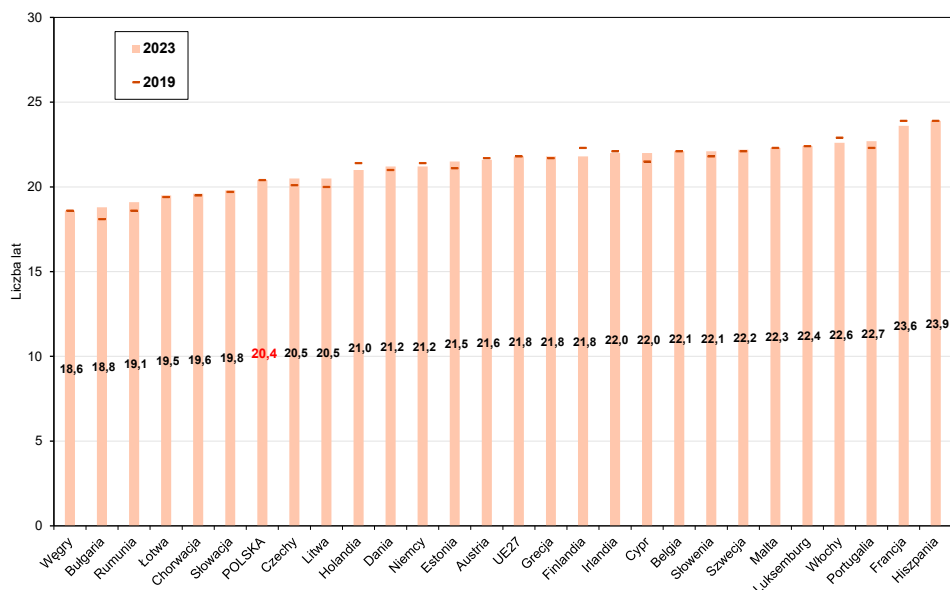
⁹ Trzeba zwrócić uwagę, że metoda obliczeń długości trwania życia stosowana przez Eurostat jest trochę inna niż stosowana przez GUS i w związku z tym oszacowania dla Polski podawane przez te instytucje mogą nieznacznie się różnić. Ewentualne różnice są zazwyczaj rzędu 0,1-0,2 roku.



Ryc. 3.12b. Oczekiwana długość życia MĘŻCZYZN w wieku 65 lat w Polsce i w pozostałych krajach UE-27 w 2019 oraz 2023 r. (dane Eurostat database, dla Polski i UE-27 dane wstępne, szacowane)



Ryc. 3.13a. Oczekiwana długość życia KOBIET w Polsce i w pozostałych krajach UE-27 w 2019 oraz 2023 r. (dane Eurostat database, dla Polski i UE-27 dane wstępne, szacowane)

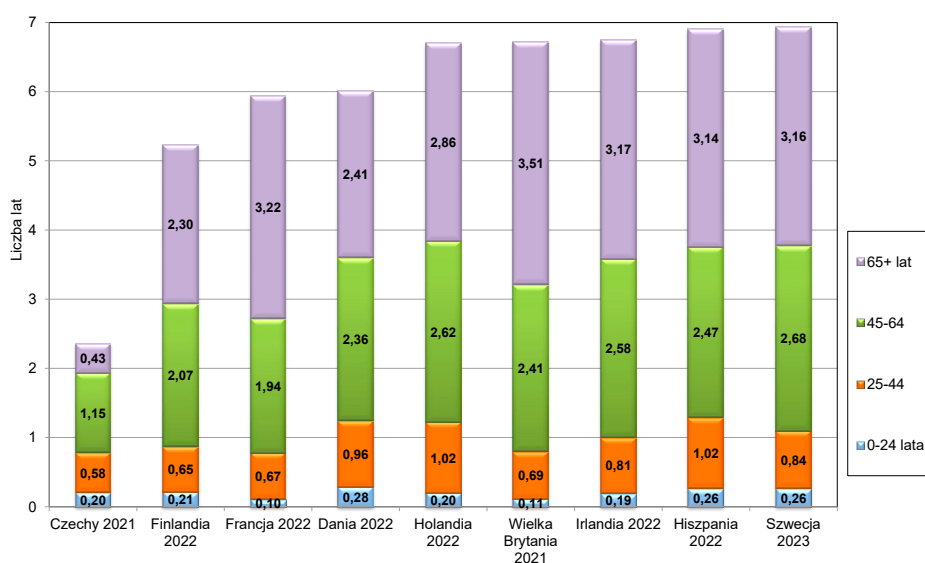


Ryc. 3.13b. Oczekiwana długość życia KOBIEŃ w wieku 65 lat w Polsce i w pozostałych krajach UE-27 w 2019 oraz 2023 r. (dane Eurostat database, dla Polski i UE-27 dane wstępne, szacowane)

W przypadku kobiet różnice są mniejsze i **Polki żyją obecnie (2023 r.) przeciętnie o ok. 1,9 roku krócej niż wynosi średnia długość życia dla ogółu mieszkańców UE** a o ok. 4,6 lat krócej niż kobiety w Hiszpanii, które żyją najdłużej (ryc. 3.13a). Przeciętnie najkrócej w krajach UE żyją mieszkanki Bułgarii (79,7 lat) i Węgier (79,9 lat). Kobiety w wieku 65 lat żyją obecnie o ok. 1,4 roku krócej niż mieszkanki UE w tym wieku, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w Europie mieszanek Hiszpanii wynosi 3,5 lat (ryc. 3.13b). W zdecydowanej większości krajów oczekiwana długość życia kobiet w 2023 r. była już większa niż w 2019 r. a do wyjątków należały m.in. oprócz tak jak w przypadku mężczyzn Niemiec, Finlandii, Holandii, Austrii, również Włochy i Francja.

Zasadne jest postawienie pytania w jakim stopniu do krótszego życia Polaków w porównaniu z mieszkańcami innych krajów 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 w Czechach pozwala na następujące wnioski. Wciąż jeszcze w **największym stopniu za krótsze życie polskich mężczyzn odpowiada większa niż w innych krajach ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25–64 lata** (ryc. 3.14a). Inna natomiast jest sytuacja w przypadku polskich kobiet. To, że żyją one krócej

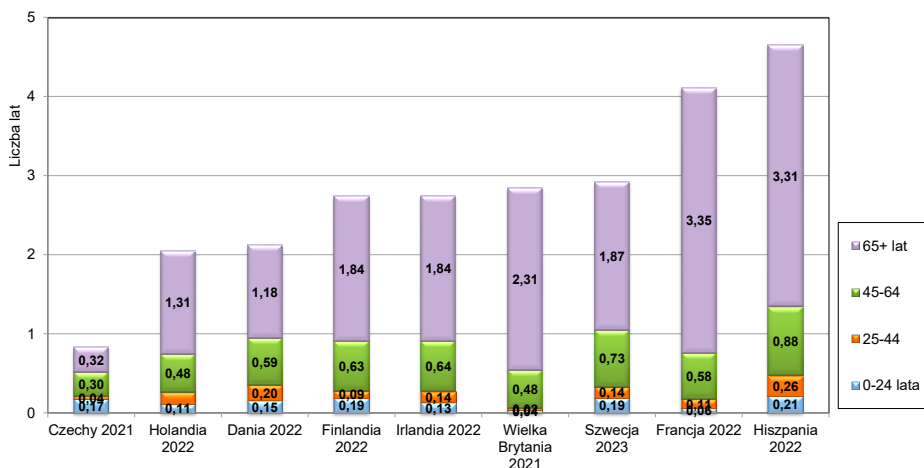
niż mieszkanki porównywanych krajów europejskich wynika przede wszystkim z wyższej umieralności w starszym wieku 65 lat i więcej (ryc. 3.14b). Niemniej jednak w większości przypadków wyższa umieralność Polek w wieku 25–64 lata wciąż w znaczącym stopniu jest odpowiedzialna za ich przeciętnie krótsze życie w porównaniu z mieszkankami państw Europy Zachodniej. Bardziej 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.



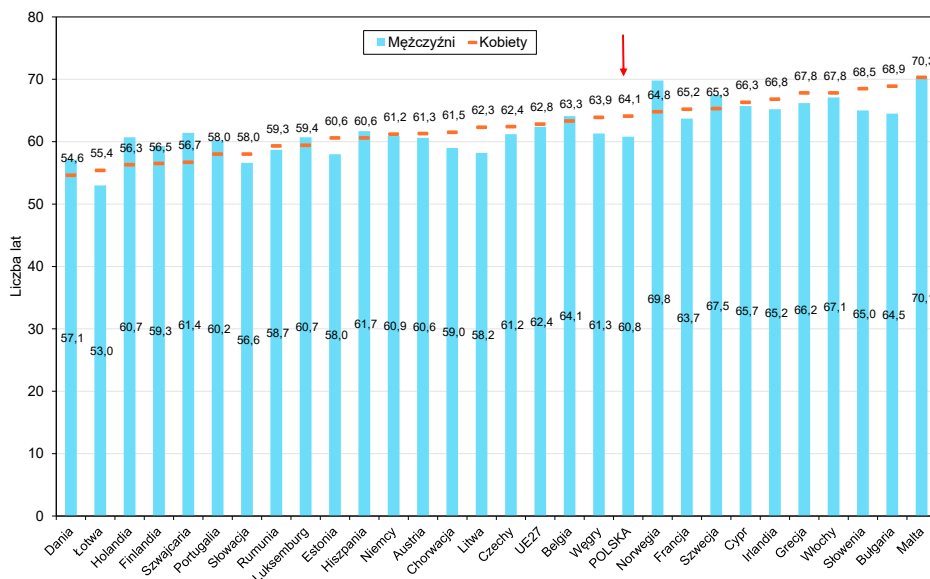
Ryc. 3.14a. Liczba lat krótszej długości życia mężczyzn w Polsce w porównaniu z mężczyznami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polaków w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

Ogólna sytuacja zdrowotna ludności Polski przedstawia się trochę mniej niekorzystnie w porównaniu z ogółem mieszkańców Unii Europejskiej, jeżeli przy obliczaniu długości życia uwzględni się równocześnie fakt, że tylko jego część przeżywana jest w zdrowiu. Według ostatnich szacunków Eurostatu, które odnoszą się do 2022 r. długość życia w zdrowiu (HLY) Polek w 2022 r., 64,1 lat (79,0% oczekiwanej całkowitej długości życia), była o 1,3 roku dłuższa od średniej dla krajów UE, ale o 6,2 lat krótsza niż mieszkanki Malty (ryc. 3.15a). Natomiast Polacy mogli oczekiwać, że będą żyli w zdrowiu przeciętnie 60,8 lat (82,8% oczekiwanej całkowitej długości życia) a więc o 1,6 lat krócej niż wynosi średnia

wartość dla krajów UE i aż o 9,3 lat krócej niż mieszkańcy Malty. Różnica w długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce, 3,3 lat, należy do największych w krajach UE (w Bułgarii 4,4 lat, w Litwie 4,1 w Słowenii 3,5 lat).

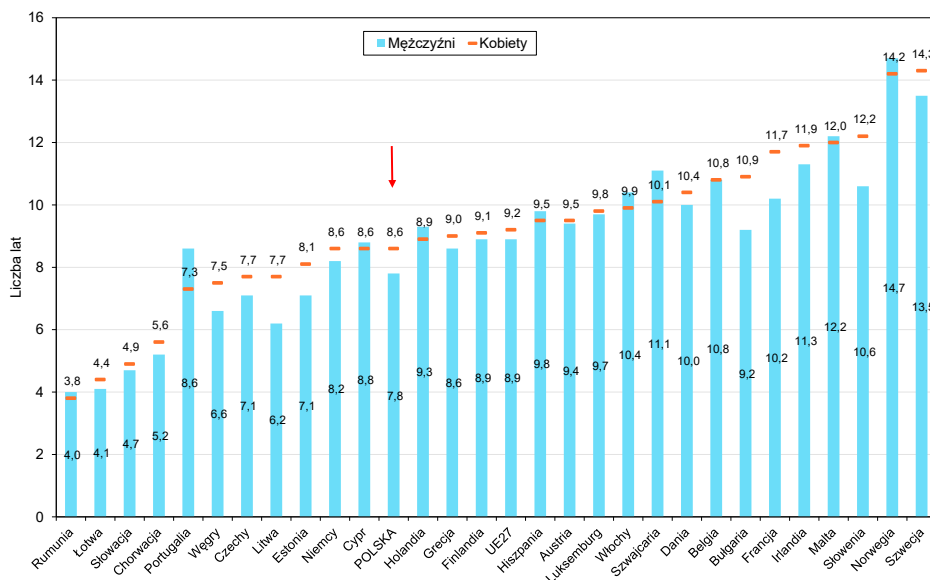


Ryc. 3.14b. Liczba lat krótszej długości życia kobiet w Polsce w porównaniu z kobietami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polek w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)



Ryc. 3.15a. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat w Polsce i pozostałych krajach UE-27 oraz w Norwegii w 2022 r. (dane Eurostat)

Długość życia w zdrowiu osób starszych – w wieku 65 lat (HLY65), mężczyzn i kobiet wyrażona zarówno w wartościach bezwzględnych (odpowiednio 7,8 i 8,6 lat) jak i w odsetku całkowitej długości życia (odpowiednio 50,4% i 43,7%) jest w Polsce krótsza niż przeciętna dla mieszkańców UE (odpowiednio 8,9 i 9,2 lat oraz 50,5% i 43,8%) (ryc. 3.15b oraz baza Eurostat¹⁰).



Ryc. 3.15b. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat w Polsce i pozostałych krajach UE-27 oraz w Norwegii w 2022 r. (dane Eurostat)

Umieralność z powodu ogółu przyczyn

Jak wspomniano wcześniej analiza umieralności w Polsce była prowadzona z wykorzystaniem bazy GUS indywidualnych danych o zgonach w Polsce, natomiast do porównania zmian umieralności w Polsce i w wybranych krajach UE korzystano z bazy danych WHO (*WHO Mortality Database*). Do przygotowania prognoz umieralności wykorzystano model ETS (Exponential

¹⁰ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye__custom_16206889/default/table?lang=en

Smoothing State Space Model)^{11,12}, wygładzania wykładniczego z addytywnym trendem, sezonowością i składnikiem losowym, w którym zastosowano tłumienie trendu. Model uwzględniający tłumienie trendu nie zakłada nieskończonego wzrostu lub spadku, jego wpływ maleje wraz z wydłużeniem horyzontu prognozy. Analizę przeprowadzono przy użyciu programu statystycznego R13, z wykorzystaniem pakietu forecast^{14,15}. Przedmiotem analizy były szeregi czasowe miesięcznych standaryzowanych względem wieku współczynników zgonów z powodu ogółu oraz wybranych przyczyn w latach 2010–2019, których przebieg analizowano za pomocą modelu TBATS i szacowano ich oczekiwane wartości w kolejnych miesiącach lat 2020–2023. Obserwowane standaryzowane miesięczne współczynniki zgonów odnoszono do współczynników oczekiwanych szacując nadwyżkę umieralności w każdym miesiącu.

Do standaryzacji współczynników zgonów względem wieku stosowano metodę bezpośrednią. Jako standardową strukturę wieku przyjęto strukturę europejską, jednakową dla mężczyzn i kobiet, opracowaną i stosowaną przez Eurostat¹⁶

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 w roku przedpandemicznym 2019 (ryc. 3.16a).

Przebieg krzywych umieralność osób starszych w wieku 65 lat i więcej jest podobny do tego dla populacji ogółem i obecny poziom umieralności również jest już poniżej tego w roku przedpandemicznym 2019 (ryc. 3.16b). Trzeba podkreślić, że **w latach poprzedzających pandemię 2014–2019 występowało całkowite zahamowanie obniżania się poziomu umieralności osób starszych.**

¹¹ Hyndman, R. J. & Khandakar, Y. Automatic Time Series Forecasting: The forecast Package for R. *J. Stat. Softw.* 27, (2008)

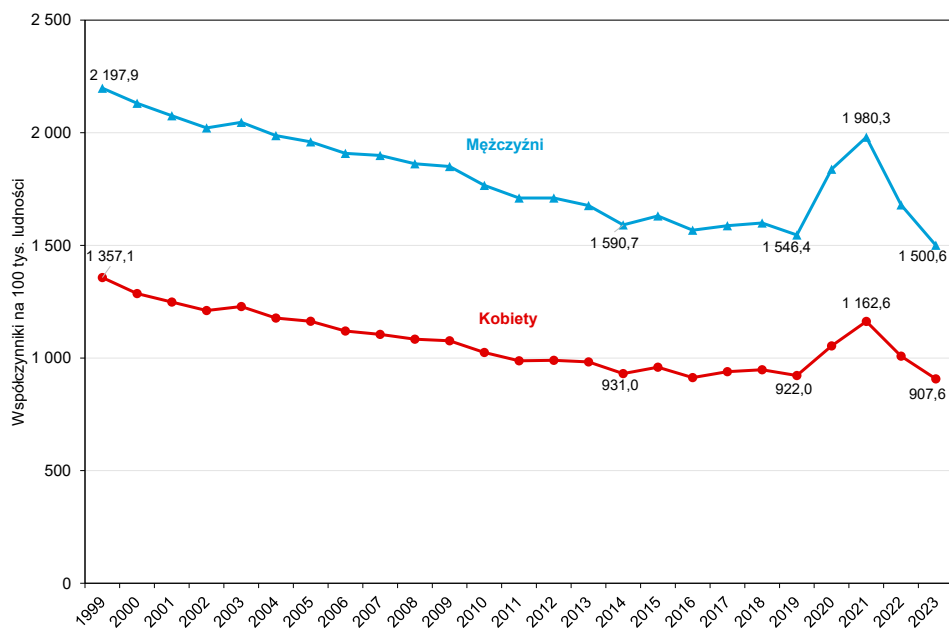
¹² De Livera, A. M., Hyndman, R. J. & Snyder, R. D. Forecasting Time Series with Complex Seasonal Patterns Using Exponential Smoothing. *J. Am. Stat. Assoc.* 106, 1513–1527 (2011)

¹³ R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. (R Foundation for Statistical Computing, 2021)

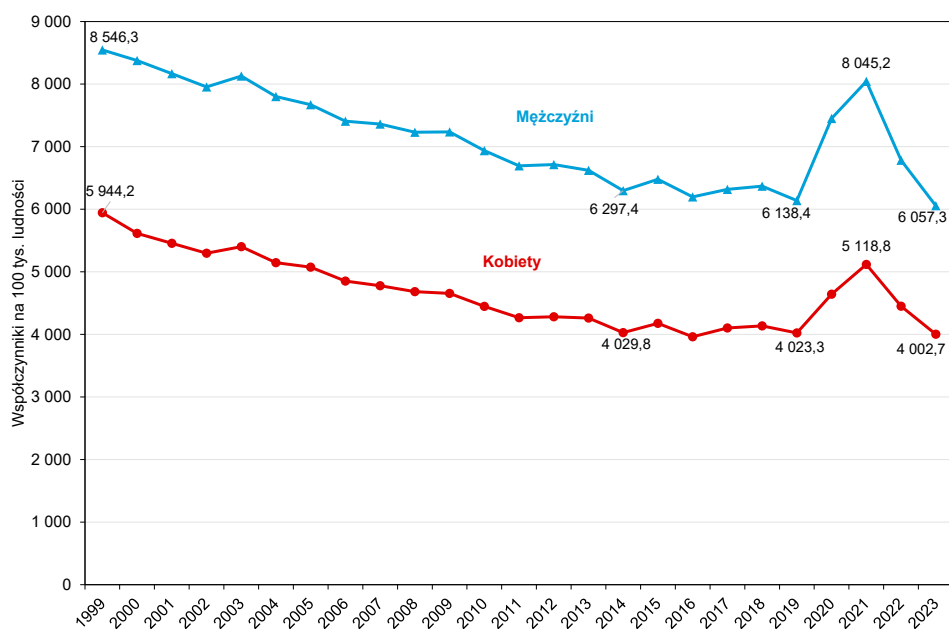
¹⁴ Hyndman, R. J. & Khandakar, Y. Automatic time series forecasting: the forecast package for R. *J. Stat. Softw.* 26, 1–22 (2008)

¹⁵ Hyndman, R. et al. forecast: Forecasting functions for time series and linear models. (2021)

¹⁶ Eurostat. Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat’s task force. 2013 11/07/2013. Report No.: 1977-0375. European Union 2013

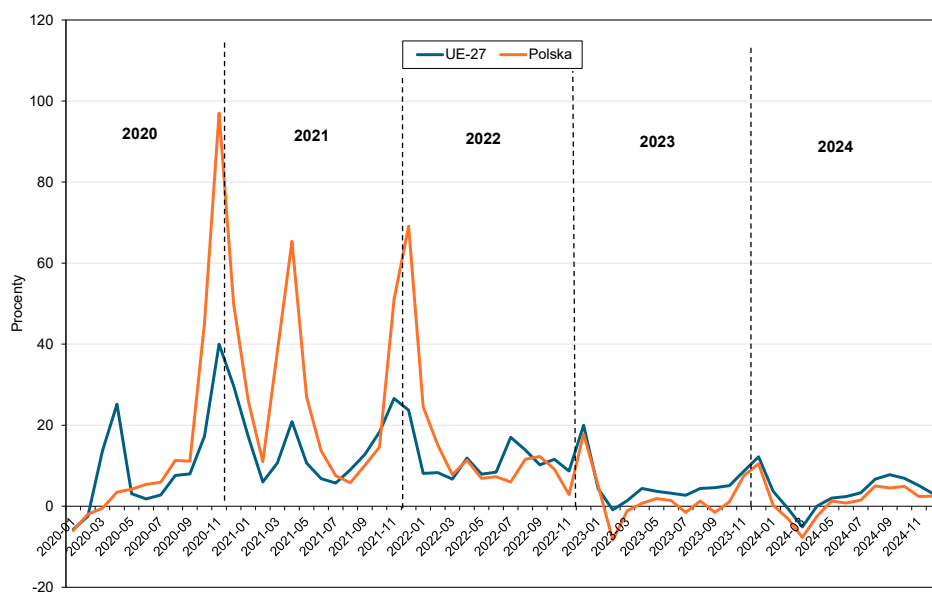


Ryc. 3.16a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999–2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)



Ryc. 3.16b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w Polsce w latach 1999–2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

Miesięczne nadwyżki zgonów (procentowa różnica liczby zgonów w danym miesiącu w stosunku do przeciętnej liczby w tym miesiącu w latach 2016–2019) w okresie pandemii w Polsce były większe niż w większości krajów UE i znacznie odbiegały od przeciętnych dla tych krajów, ale po jej ustąpieniu różnica umieralności w Polsce w porównaniu z okresem bazowym jest mniejsza niż w UE-27 (ryc. 3.17).



Ryc. 3.17. Procent dodatkowych miesięcznych zgonów w okresie od stycznia 2020 r. do grudnia 2024 r. w porównaniu do średniej miesięcznej liczby zgonów w latach 2016–2019 w Polsce i w krajach UE-27 ogółem (dane Eurostat)

Umieralność według przyczyn

„Rozpatrując umieralność ludności według przyczyny zgonu, trzeba wziąć pod uwagę, że pandemia COVID-19 spowodowała pewne zawirowanie w orzekaniu o przyczynie zgonu. Mogło ono z jednej strony wpłynąć na częstość orzeczeń o zgonach z powodu samej choroby COVID-19 a z drugiej także z powodu innych chorób. Trzeba przypomnieć jakie były wytyczne WHO odnośnie kodowania przyczyn zgonów w tym okresie. Według wytycznych WHO¹⁷ „Zgon z powodu

¹⁷ INTERNATIONAL GUIDELINES FOR CERTIFICATION AND CLASSIFICATION (CODING) OF COVID-19 AS CAUSE OF DEATH Based on ICD International Statistical Classification of Diseases (20 April 2020) WHO/HQ/DDI/DNA/CAT https://www.who.int/docs/default-source/classification/icd/covid-19/guidelines-cause-of-death-covid-19-20200420-en.pdf?sfvrsn=35fdd864_2 (dostęp 8.08.2022)

COVID-19 definiuje się do celów nadzoru jako zgon wynikający z klinicznie zgodnej choroby, w prawdopodobnym lub potwierdzonym przypadku COVID-19, chyba że istnieje wyraźna alternatywna przyczyna zgonu, która nie może być związana z chorobą COVID (np. uraz). Pomiędzy chorobą a śmiercią nie powinno być okresu całkowitego wyzdrowienia z COVID-19.

Zgon z powodu COVID-19 nie może być przypisany innej chorobie (np. nowotworowej) i powinien być liczony niezależnie od istniejących wcześniej schorzeń, które podejrzewa się o wywołanie ciężkiego przebiegu COVID-19....

Uwaga: osoby z COVID-19 mogą umrzeć z powodu innych schorzeń, takich jak zawał mięśnia sercowego. Takie przypadki nie są zgonami z powodu COVID-19 i nie powinny być potwierdzane jako takie.”

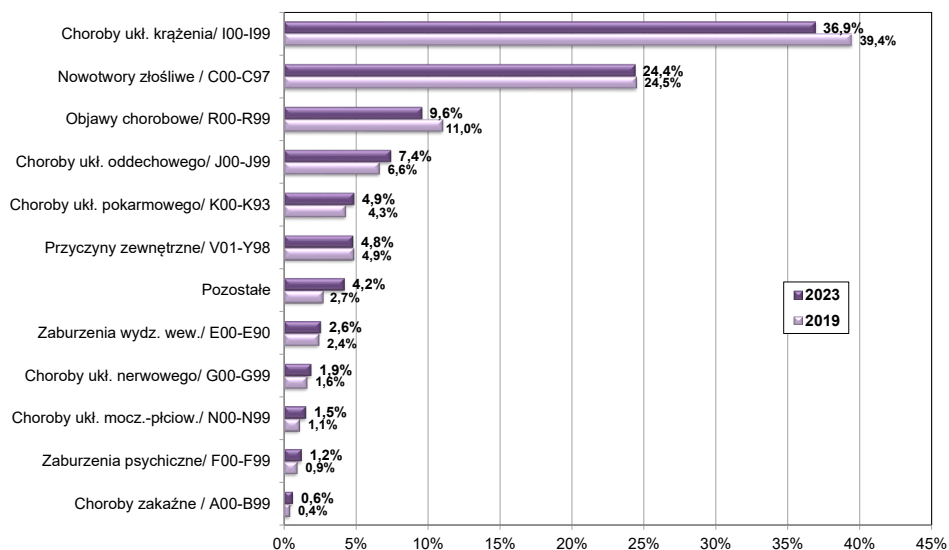
Niewątpliwie ta sytuacja mogła spowodować obniżenie częstości zgonów z powodu niektórych chorób przewlekłych jak na przykład wymienione choroby nowotworowe. Z drugiej strony współwystępowanie z chorobą przewlekłą niezdiagnozowanego COVID-19 mogło się przyczynić do wzrostu liczby zgonów orzekanych z powodu danej choroby przewlekłej. Być może było to na przykład częściową przyczyną znacznego wzrostu w 2020 r. współczynnika zgonów z powodu cukrzycy. Z tych powodów interpretacja zmian współczynników zgonów z powodu konkretnych przyczyn w okresie pandemii w latach 2020 i 2021 wymaga dużej ostrożności”¹⁸. Można przyjąć, że dzięki zmniejszającej się liczbie zakażeń wirusem SARS-Cov-2 w 2022 r. a zwłaszcza w 2023 r. sytuacja pod tym względem uległa już unormowaniu.

Nowym wskaźnikiem odnoszącym się do umieralności ludności Polski, który prezentujemy po raz pierwszy w tym rozdziale w naszym Raporcie **jest średni wiek osób zmarłych w 2023 r.** z powodu analizowanej przyczyny zgonu wg płci i województw a dla głównych kategorii przyczyn zgonu również miejsca zamieszkania miasto-wieś. Pokazane są wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku w celu wyeliminowania wpływu różnic w strukturach wieku porównywanych podpopulacji, która w sposób bezpośredni ma wpływ na wiek osób zmarłych a wpływu tego nie chcemy uwzględniać w analizach (chcemy go ujednolicić). Jako standardową strukturę wieku przyjęliśmy strukturę ogółu ludności Polski, jednakową dla wszystkich analizowanych podpopulacji. Średni wiek zmarłych jest ważnym uzupełnieniem analitycznym standaryzowanego współczynnika zgonów, gdyż o ile ten drugi pokazuje różnice w natężeniu zjawiska umieralności w porównywanych podpopulacjach ogółem o tyle średni wiek wskazuje na ewentualne różnice w natężeniu umieralności młodszej i starszej

¹⁸ Wojtyński B, Stokwiszewski J, Rabchenko D, et.al. „Długość życia i umieralność ludności Polski” w Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022

podpopulacji, co może stanowić punkt wyjścia do dalszych, pogłębionych analiz w zakresie zdrowia publicznego.

Najczęstszą przyczyną zgonów mieszkańców Polski od lat są zdecydowanie choroby układu krążenia ogółem (ChUK), w nomenklaturze klinicznej częściej określane jako choroby serca i naczyń (ChSN) i te dwie nazwy będą używane zamiennie (ryc. 3.18). W 2023 r. były one odpowiedzialne za 36,9% wszystkich zgonów, a więc o 2,2 pp. mniej niż w 2019 r. Udział nowotworów złośliwych jest obecnie na tym samym poziomie co w 2019 r. Te dwie grupy chorób w 2023 r. były odpowiedzialne za 60,3% ogółu zgonów ludności Polski.



Ryc. 3.18. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w 2019 i 2023 r. (na podstawie danych GUS)

W celu określenia najczęstszych przyczyn umieralności mieszkańców Polski z uwzględnieniem bardziej szczegółowych przyczyn zgonów posłużyliśmy się listą grupującą przygotowaną przez WHO i stosowaną między innymi w Anglii, Walii, Australii¹⁹. W liście poczyniona jest jedną modyfikację związaną z wojewódzkimi różnicami w orzekaniu o sercowo-naczyniowych przyczynach zgonu i utworzona została kategoria „choroba serca”, która jest również stosowana w grupowaniu angielskim. I to właśnie **choroba serca była w 2023 r. najczęstszą**

¹⁹ Becker R, Silvi J, Ma Fat D, L'Hours A & Laurenti R 2006. A method for deriving leading causes of death. Bulletin of the World Health Organization 84:297–304

przyczyną zgonu ludności Polski ogółem oraz osób w wieku powyżej 45 lat (tabela 3.3). Drugą w kolejności chorobą odpowiedzialną za zgony Polaków w 2023 r. była choroba naczyń mózgowych, który wśród osób najstarszych była najczęstszą przyczyną zgonu a wśród osób w wieku 65–74 lata był na miejscu drugim. Bardzo smutnym faktem jest to, że **najczęstszą przyczyną zgonu młodych Polaków w wieku 15–24 lata oraz w wieku 25–44 lata są samobójstwa**. Wciąż bardzo wysoką pozycję – drugą w przypadku osób w wieku 45–74 lata, zajmuje rak tchawicy, oskrzela i płuca, a więc przyczyna zgonu, której w ogromnej większości można zapobiec. Natomiast bardzo złe świadectwo naszej statystyce zgonów wystawia fakt, że w częściej niż co dziesiątej karcie zgonu osób w wieku aktywności zawodowej 25–64 lata lekarz wpisał przyczynę nieokreśloną.

Tabela 3.3. Dziesięć najważniejszych przyczyn zgonów ludności Polski wg wieku w 2023 r.

Ranga	Razem	1–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75 lat
1	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=100 966 (25%)	Wady rozwojowe wrodzone i aberracje chromosomowe (Q00-Q99) N=90 (14%)	Zamierzone samouszkodzenie [samobójstwo] (X60-X84) N=341 (20%)	Zamierzone samouszkodzenie [samobójstwo] (X60-X84) N=1666 (12%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=10 209 (15%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=20 598 (20%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=69 053 (31%)
2	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=30 517 (7%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=62 (9%)	Wypadki w komunikacji lądowej (V01-V89) N=298 (18%)	Marskość i inne choroby wątroby (K70-K76) N=1270 (9%)	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=4638 (7%)	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=10 438 (10%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=19 685 (9%)
3	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=22 168 (5%)	Nowotwór złośliwy mózgu (C71) N=51 (8%)	Zdarzenie o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34) N=78 (5%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=1036 (7%)	Marskość i inne choroby wątroby (K70-K76) N=4075 (6%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=6707 (7%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=13 448 (6%)
4	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=20 407 (5%)	Wypadki w komunikacji lądowej (V01-V89) N=50 (8%)	Wypadkowe zatrucie (X40-X49) N=76 (5%)	Wypadki w komunikacji lądowej (V01-V89) N=630 (4%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=3600 (5%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=4232 (4%)	Miażdżycza (I70) N=11 190 (5%)
5	Miażdżycza (I70) N=13 844 (3%)	Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej i krwiotwórczej (C81-C96) N=29 (4%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=54 (3%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=496 (3%)	Nowotwór złośliwy jelita grubego, esicy, odbytnicy i odbytu (C18-C21) N=2320 (4%)	Nowotwór złośliwy jelita grubego, esicy, odbytnicy i odbytu (C18-C21) N=4144 (4%)	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=6971 (3%)

Ranga	Razem	1–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75 lat
6	Nowotwór złośliwy jelita grubego, esicy, odbytnicy i odbytu (C18-C21) N=12 187 (3%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=22 (3%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=46 (3%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=494 (3%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=2082 (3%)	Nowotwory in situ, niezłośliwe i o nieznanym charakterze (D00-D48) N=2915 (3%)	Cukrzyca (E10-E14) N=5812 (3%)
7	Cukrzyca (E10-E14) N=9698 (2%)	Zdarzenie o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34) N=20 (3%)	Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej i krwiotwórczej (C81-C96) N=40 (2%)	Wypadkowe zatrucie (X40-X49) N=456 (3%)	Nowotwór złośliwy piersi kobiet (C50) N=1690 (3%)	Cukrzyca (E10-E14) N=2454 (2%)	Nowotwór złośliwy jelita grubego, esicy, odbytnicy i odbytu (C18-C21) N=5550 (2%)
8	Nowotwory in situ, niezłośliwe i o nieznanym charakterze (D00-D48) N=9550 (2%)	Padaczka i stan padaczkowy (G40, G41) N=20 (3%)	Wady rozwojowe wrodzone i aberracje chromosomowe (Q00-Q99) N=35 (2%)	Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi (F10-F19) N=432 (3%)	Zamierzone samouszkodzenie [samobójstwo] (X60-X84) N=1658 (3%)	Marskość i inne choroby wątroby (K70-K76) N=2361 (2%)	Nowotwory in situ, niezłośliwe i o nieznanym charakterze (D00-D48) N=5284 (2%)
9	Marskość i inne choroby wątroby (K70-K76) N=8593 (2%)	Zamierzone samouszkodzenie [samobójstwo] (X60-X84) N=20 (3%)	Upadki (W00-W19) N=33 (2%)	Zdarzenie o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34) N=348 (2%)	Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi (F10-F19) N=1393 (2%)	Miażdżyca (I70) N=2169 (2%)	Choroby układu moczowego (N00-N39) N=4207 (2%)
10	Nowotwór złośliwy piersi kobiet (C50) N=6827 (2%)	Wypadkowe zanurzenie i utonięcie (W65-W74) N=13 (2%)	Nowotwór złośliwy mózgu (C71) N=30 (2%)	Nowotwór złośliwy piersi kobiet (C50) N=322 (2%)	Cukrzyca (E10-E14) N=1260 (2%)	Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47) N=2049 (2%)	Demencja i choroba Alzheimera (F01, F03, G30) N=4089 (2%)
Objawy, cechy chorobowe i nieznaną przyczyną (R00-R99)		N=39 187 (10%)	N=34 (5%)	N=182 (11%)	N=2232 (16%)	N=7804 (12%)	N=7912 (8%)
							N=20 983 (9%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Znaczenie poszczególnych szerokich grup chorób jako przyczyny zgonów w poszczególnych grupach wieku w 2023 r. przedstawiają ryciny 3.19a i 3.19b. Życie młodszych osób, mężczyzn w wieku 10–49 lata i kobiet w wieku 10–29 lat było najbardziej zagrożone przyczynami zewnętrznymi takimi jak wypadki (komunikacyjne, upadki, zatrucia, utonięcia), samobójstwa, skutki przestępstwa. W kolejnych grupach wieku życia mężczyzn od 50 do 74 lat najbardziej zagrażały choroby nowotworowe i w trochę mniejszym stopniu układu krążenia, które w wieku 75 lat i więcej były już najczęstszą przyczyną zgonu mężczyzn. W porównaniu z sytuacją przed pandemią choroby nowotworowe zwiększyły zakres wieku, w którym są najczęstszą przyczyną zgonu mężczyzn o grupę 70–74 lata. Natomiast życiu kobiet w wieku 30–74 lata najbardziej w 2023 r. zagrażały nowotwory złośliwe ogółem, które dopiero w najstarszym wieku ustępują chorobom układu krążenia.

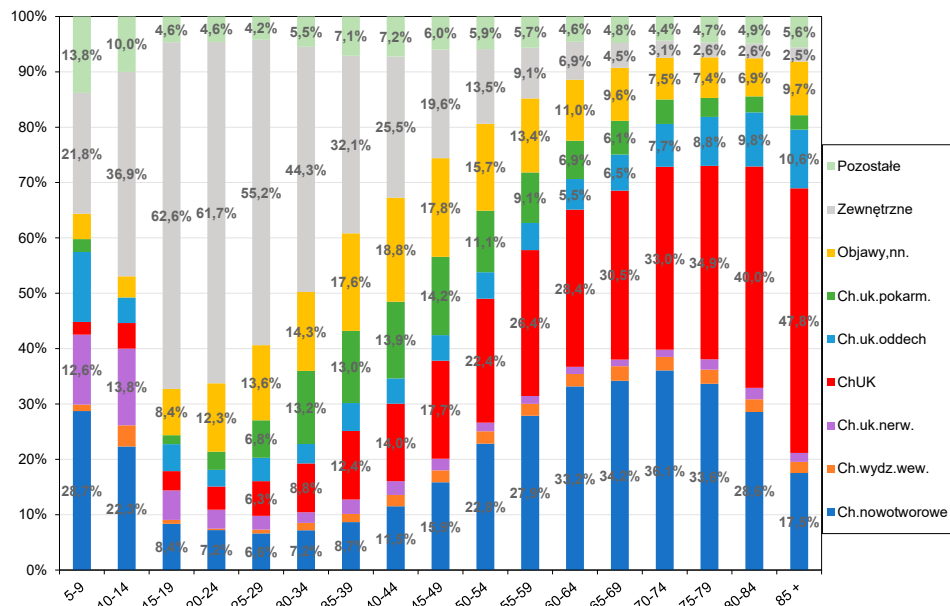
Jeżeli przyjąć, że zgon przed dożyciem wieku 75 lat jest przedwczesny²⁰ to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia (PYLL – Potential Years of Life Lost) jaka wynika z różnicy między wiekiem zgonu i 75. rokiem życia. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie 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 (ostatnie najbardziej kompletne są dla 2020 r.) Polska należy do tej grupy krajów rozwiniętych, które mają wyraźny problem z przedwczesną umieralnością ludności²¹.

W 2023 r. w wyniku zgonów przed ukończeniem 75 lat polscy mężczyźni utracili 1715 553 (9 957,2 na 100 tys.) potencjalnych lat życia a kobiety o ponad połowę mniej 748 926 (4 250,9 na 100 tys.). Na ryc. 3.20a i 3.20b przedstawiono procentowy udział zgonów spowodowanych poszczególnymi chorobami bądź ich grupami oraz przyczynami zewnętrznymi w ogólnej puli utraconych potencjalnych lat życia w latach 2019 i 2023 dla mężczyzn oraz kobiet.

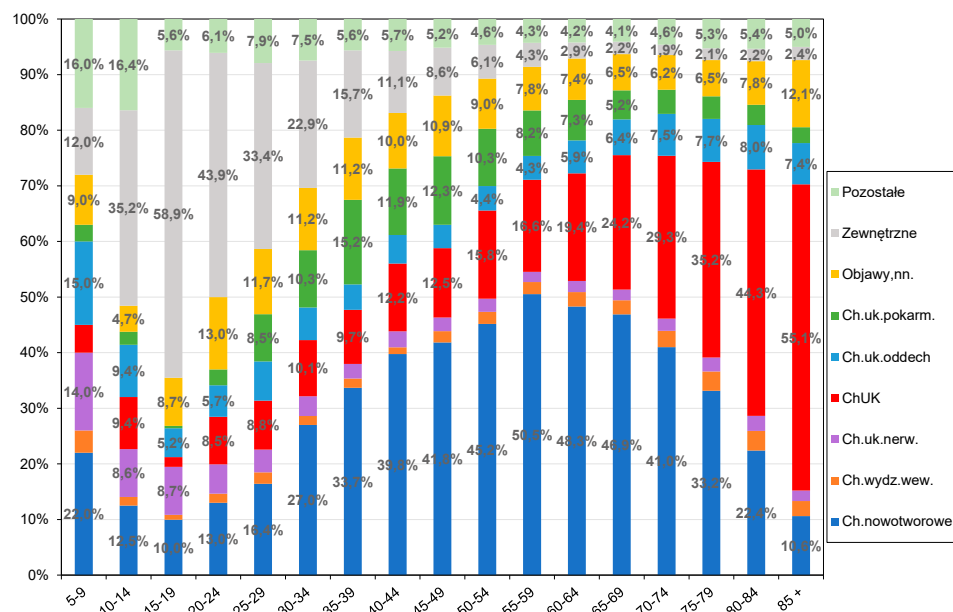
W przypadku mężczyzn choroby układu krążenia odpowiadają za praktycznie jednakowe obciążenie przedwczesną utratą życia (20,8%) jak nowotwory złośliwe (20,6%) i jest to pewną zmianą do kresu przed pandemią, kiedy ChUK stanowiły większe obciążenie (ryc. 3.20a).

²⁰ Przyjęta granica jest kwestią umowną, taką samą w swoich obliczeniach stosuje np. USA i Anglia, natomiast OECD i Eurostat przyjmują 70 lat.

²¹ <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm>; OECD (2022), Potential years of life lost (indicator). doi: 10.1787/193a2829-en (Accessed on 21 September 2022)

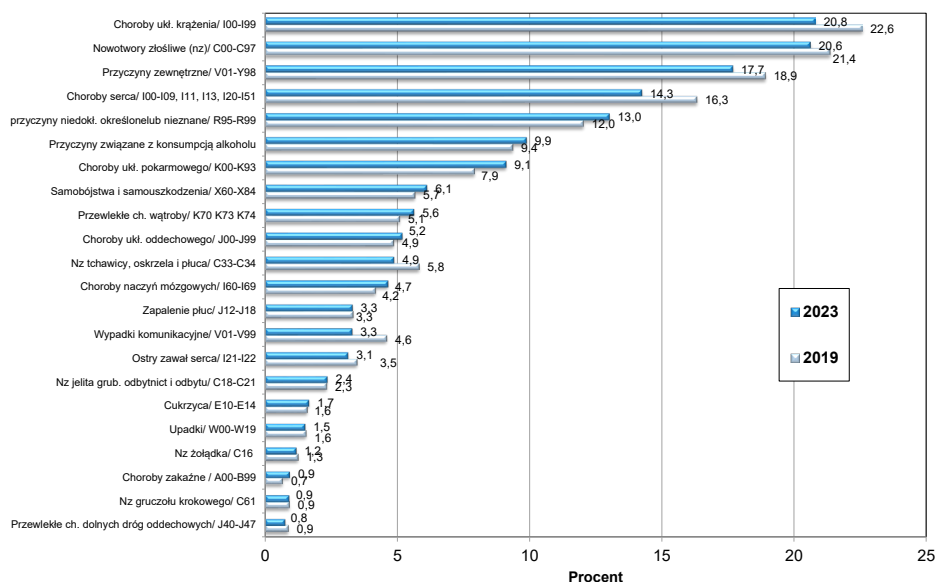


Ryc. 3.19a. Udział głównych grup przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w 2023 r. (obliczenia własne na podstawie danych GUS)



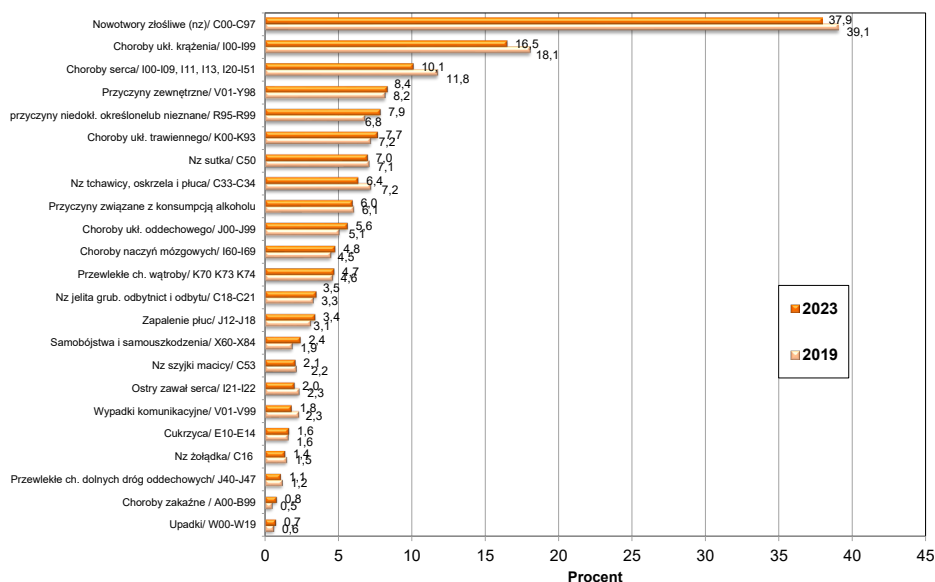
Ryc. 3.19b. Udział głównych grup przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w 2023 r. (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W przypadku ChUK zmniejszenie udziału w PYLL w 2023 r. w porównaniu do 2019 r. wynikało ze zmniejszenia udziału chorób serca a w przypadku nowotworów raka płuca. Podkreślić należy fakt, że **samobójstwa były w 2023 r. odpowiedzialne za więcej utraconych potencjalnych lat życia mężczyzn niż rak płuca, choroby naczyń mózgowych, zawał serca, choroby układu oddechowego czy przewlekłe choroby wątroby.**



Ryc. 3.20a. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn w latach 2019 i 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W przypadku kobiet dominującą przyczyną utraconych przedwcześnie lat życia są nowotwory złośliwe, które w 2023 r. odpowiadały za około 38% PYLL⁷⁵, a więc praktycznie tyle samo co w 2019 r. Wśród nowotworów do przedwczesnej umieralności kobiet w największym stopniu w 2023 r. przyczyniał się rak tchawicy, oskrzela i płuca, i co wymaga podkreślenia, wyraźnie wyprzedził on nowotwór złośliwy piersi, gdyż w 2019 r. obydwie te przyczyny były w takim samym stopniu odpowiedzialne za utracone potencjalne lata życia kobiet. Warto ponownie zauważyć, że marskość i przewlekłe choroby wątroby odpowiadają już za więcej utraconych potencjalnych lat życia niż choroby naczyń mózgowych a nowotwory jelita grubego, odbytnicy i odbytu powodują większą utratę potencjalnych lat życia kobiet niż rak szyjki macicy.



Ryc. 3.20b. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia kobiet w latach 2019 i 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Po wyeliminowaniu wpływu różnic struktury wieku w kolejnych latach oraz pomiędzy mężczyznami i kobietami (standardem była europejska struktura wieku) można stwierdzić, że obciążenie przedwczesną umieralnością mężczyzn jest obecnie prawie dwukrotnie większe niż kobiet (tabela 3.4). Ogólny współczynnik PYLL obciążenia przedwczesnymi zgonami mężczyzn i kobiet po wzroście w okresie pandemii jest ostatnio (2023 r.) na poziomie niższym niż w 2019 r. Oceniając zmianę współczynników utraconych potencjalnych lat życia z powodu konkretnych przyczyn zgonów w 2023 r. w stosunku do 2019 r. należy zwrócić uwagę na ich obecnie niższy poziom dla większości chorób i zdarzeń zdrowotnych, w tym z powodu zgonów możliwych do uniknięcia i zgonów z powodu ogółu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu²². Trzeba jednak zwrócić uwagę na wyższe obecnie niż przed pandemią współczynniki utraconych lat życia z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych oraz samobójstw kobiet.

²² OECD, EUROSTAT, Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version)), November 2019 <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

Tabela 3.4. Standaryzowane współczynniki utraconych potencjalnych latach życia (PYLL75) mężczyzn i kobiet według głównych przyczyn zgonów w latach 2019, 2021, 2023 (na 100 tys. ludności)

Przyczyna zgonu (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019	2021	2023	2019	2021	2023
Razem	10 281,2	12 135,8	9 567,8	4 162,4	4 973,2	3 934,1
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	68,3	81,5	88,4	20,8	25,3	32,3
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	2 231,0	2 002,9	1 989,2	1 600,5	1 456,9	1 447,8
nowotwór zł. żołądka (C16)	131,5	116,3	113,7	61,9	47,5	52,6
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	247,0	224,6	227,5	133,0	131,3	132,3
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	611,1	507,7	473,2	286,1	242,9	232,9
nowotwór zł. sutka (C50)	-	-	-	297,8	266,6	270,9
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	-	-	-	90,1	82,1	81,2
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	99,1	88,5	88,1	-	-	-
Cukrzyca (E10-E14)	167,1	182,6	158,2	64,1	74,6	61,1
Choroby układu krążenia (I00-I99)	2 363,2	2 444,9	1 995,6	726,6	751,7	613,9
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	1 710,1	1 743,2	1 368,8	472,4	479,6	374,3
ostry zawał serca (I21-I22)	363,5	436,5	300,8	95,1	95,5	75,5
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	435,8	458,9	444,8	182,6	197,0	181,1
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	504,2	510,1	495,9	210,1	203,7	217,8
zapalenie płuc (J12-J18)	344,8	337,4	317,0	131,8	129,4	134,4
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	94,3	77,2	73,2	46,6	38,5	39,1
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	806,0	954,5	850,3	299,2	357,6	298,3
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	518,1	606,4	524,6	192,7	218,6	184,7
Objawy oraz przyczyny niedokładnie określone (R00-R99)	1 234,7	1 351,5	1 251,0	284,5	328,9	320,8
COVID-19	0,0	1615,8	39,2	0,0	781,9	22,8
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	1 881,3	1 811,5	1 668,0	361,2	353,5	352,1
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	461,5	334,7	318,1	104,8	91,2	79,0
upadki (W00-W19)	157,6	170,0	142,8	26,3	25,9	29,9
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	559,1	572,7	575,9	82,4	89,1	103,6
Przyczyny związane z alkoholem (<i>Alcohol related</i>)	948,8	1 094,2	919,0	253,7	286,5	234,5
Przyczyny możliwe do uniknięcia (<i>Avoidable</i>)	6 943,1	7 168,1	6 413,7	2 766,4	2 722,4	2 544,7
Przyczyny, którym można zapobiegać (<i>Preventable</i>)	4 811,4	4 835,1	4 342,2	1 450,4	1 416,4	1 315,7
Przyczyny, które można leczyć (<i>Treatable</i>)	2 131,7	2 333,0	2 071,6	1 316,0	1 306,1	1 229,0

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS

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 umożliwienia lepszego porównania natężenia zgonów w różnych latach a także w różnych populacjach np. mężczyzn i kobiet, mieszkańców miast i wsi, mieszkańców różnych województw oraz różnych krajów, przeprowadzono standaryzację współczynników względem wieku.

Lata pandemii COVID-19 przyniosły w niektórych województwach znaczne zmiany poziomu umieralności z powodu różnych grup chorób spowodowane różnymi czynnikami niekoniecznie przedstawiającymi faktyczny powód zwiększenia bądź zmniejszenia zagrożenia życia z powodu konkretnej grupy chorób. Dobrym przykładem jest wzrost umieralności z powodu ChUK w 2021 r. w woj. dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, mazowieckim. „We wszystkich tych sytuacjach wzrost współczynników zgonów z powodu ChUK może być częściowo artefaktem związanym z różnicami w orzecznictwie o przyczynach zgonów i dużym obniżeniem współczynnika zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych albo nieznanymi (ICD-10 R00-R99) w tym przede wszystkim „starości” (R54). Jest bardzo prawdopodobne, że w wyniku tego swoistego przesunięcia w woj. lubuskim aż dziesięciokrotnie wzrosła częstość zgonów z powodu miażdżycy (z 37/100 tys. do 370/100 tys.).”²³ Wydaje się zatem uzasadnione skupienie uwagi przede wszystkim na porównaniu poziomu umieralności ludności Polski w 2023 r. w odniesieniu do 2019 r., a więc po i przed pandemią.

Jak wspomniano już wcześniej wyniki NSP-2021 r., które dostarczyły wiarygodnych danych o wykształceniu ogółu ludności Polski umożliwiły nam oszacowanie współczynników umieralności dla głównych grup przyczyn zgonów podpopulacji różniących się poziomem wykształcenia. Ze względu na różnice struktur wieku osób o różnym poziomie wykształcenia obliczono współczynniki standaryzowane. Wyniki tej analizy pozwoliły nam na zaprezentowanie po raz pierwszy w Raporcie o sytuacji zdrowotnej ludności Polski zróżnicowania umieralności polskiego społeczeństwa związanej z tą jedną z najważniejszych cech statusu społecznego.

²³ Wojtyniak B, Stokwiszewski J, Rabchenko D, et.al. „Długość życia i umieralność ludności Polski” w Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022

Umieralność z powodu chorób układu krążenia

Natężenie umieralności z powodu chorób układu krążenia (ChUK) oraz ich udział w ogólnej liczbie zgonów stopniowo zmniejszał się do 2019 r., ale lata pandemii przyniosły wzrost współczynników zgonów natomiast w związku z pojawieniem się COVID-19 udział ChUK w ogólnej liczbie zgonów zmniejszył się i obecnie też jest mniejszy niż przed pandemią (tabela 3.5a i 3.5b). Obecnie poziom umieralności z powodu ChUK jest już niższy niż w 2019 r. (ryc. 3.21). Cały czas choroby te są największym zagrożeniem życia Polaków. W 2023 r. zmarło w Polsce z ich powodu 150 957 osób, tzn. 400,4 na każde 100 tys. ludności.

Tabela 3.5a. Umieralność MĘŻCZYŹN według głównych przyczyn w latach 2014–2023

Przyczyna zgonu (ICD-10)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. mężczyzn										
Nowotwory zł. (C00-C97)	405,1	426,5	414,3	400,6	398,8	382,6	382,4	355,0	360,9	364,5
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	703,1	723,9	656,3	636,4	624,1	593,7	643,6	660,0	582,6	538,2
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	106,4	119,9	111,6	122,1	125,3	120,4	129,1	121,5	126,4	124,1
Ch. ukł. pokarm. (K00-K93)	60,6	57,3	61,6	62,4	64,2	64,1	68,9	75,1	74,6	71,9
Objawy chorob. (R00-R99)	118,2	105,1	117,8	150,4	163,2	165,1	182,6	142,2	157,0	143,2
COVID (U07)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	184,8	365,4	118,0	18,5
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	96,2	87,5	84,6	83,9	87,6	85,3	87,2	92,4	87,0	83,3
Procentowy udział w zgonach mężczyzn ogółem										
Nowotwory zł. (C00-C97)	26,9	27,2	27,3	26,3	25,9	25,7	21,8	18,8	22,5	25,5
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	40,3	40,7	38,2	36,5	35,9	35,7	32,6	30,8	32,3	33,2
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	5,9	6,5	6,4	6,9	7,1	7,1	6,5	5,7	7,1	7,6
Ch. ukł. pokarm. (K00-K93)	4,5	4,2	4,6	4,6	4,7	4,9	4,5	4,5	5,3	5,5
Objawy chorob. (R00-R99)	7,6	7,0	8,2	10,1	10,5	10,5	10,1	7,7	9,7	9,9
COVID (U07)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,6	18,0	6,3	1,1
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	8,3	7,2	7,1	6,9	7,0	7,0	6,0	5,7	6,3	6,7

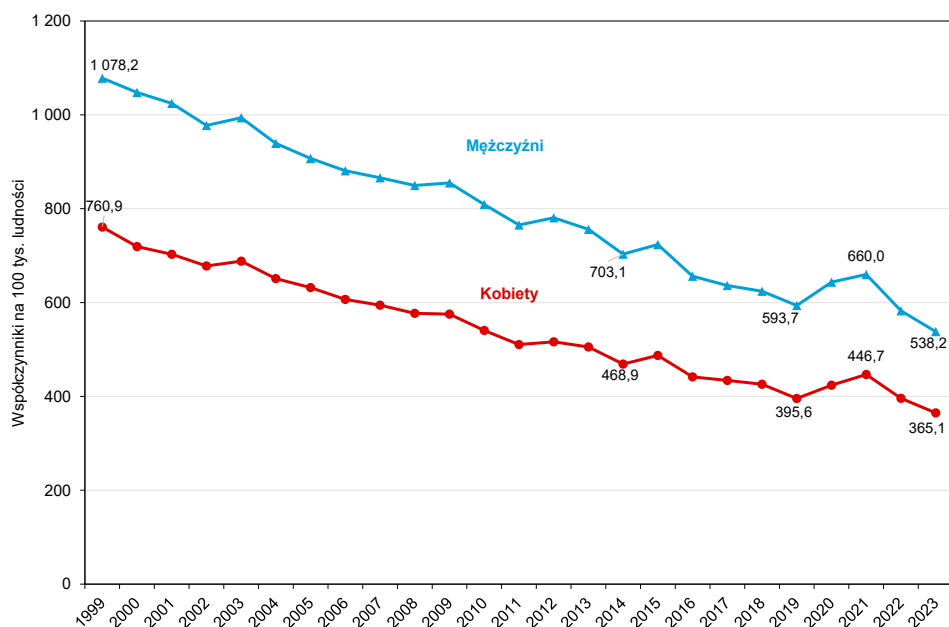
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

Tabela 3.5b. Umieralność KOBIEŹ według głównych przyczyn w latach 2014–2023

Przyczyna zgonu (ICD-10)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. kobiet										
Nowotwory zł. (C00-C97)	220,9	227,5	223,1	221,3	222,5	219,3	215,8	203,3	207,4	213,9
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	468,9	487,3	441,6	434,1	425,9	395,6	424,0	446,7	396,1	365,1

Przyczyna zgonu (ICD-10)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	45,2	54,9	49,0	57,6	58,4	56,5	58,0	58,9	63,5	65,1
Ch. ukł. pokarm. (K00-K93)	34,1	31,2	33,0	34,4	34,3	34,2	35,9	40,6	39,7	38,8
Objawy chorob. (R00-R99)	67,0	58,1	62,7	80,6	93,8	103,1	110,5	73,5	91,7	82,9
COVID (U07)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	82,0	195,4	66,5	9,5
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	26,4	25,0	24,1	24,1	24,6	24,5	25,2	29,9	27,6	26,8
Procentowy udział w zgonach kobiet ogółem										
Nowotwory zł. (C00-C97)	23,7	23,6	24,1	23,1	22,9	23,2	20,0	17,2	20,3	23,2
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	50,3	51,0	48,8	46,7	45,5	43,4	40,9	39,1	39,8	40,8
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	4,8	5,7	5,4	6,1	6,2	6,1	5,5	5,1	6,3	7,2
Ch. ukł. pokarm. (K00-K93)	3,7	3,3	3,6	3,6	3,6	3,7	3,4	3,4	3,9	4,2
Objawy chorob. (R00-R99)	7,2	6,1	7,0	8,7	10,1	11,5	10,7	6,4	9,2	9,2
COVID (U07)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	16,7	6,6	1,1
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	2,9	2,6	2,6	2,5	2,5	2,6	2,3	2,5	2,7	2,8

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS



Ryc. 3.21. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999–2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

Wprawdzie częściej z powodu ChUK umierają kobiety niż mężczyźni, 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 2023 r. dla mężczyzn był o 47,4% wyższy niż dla kobiet (tabela 3.6a i 3.6b).

Tabela 3.6a. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2019, 2022 i 2023 (na 100 tys. ludności)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019	2022	2023	2019	2022	2023
Razem	1 138,5	1 256,7	1 150,1	1 000,6	1 118,9	1 024,2
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	5,0	7,3	7,5	3,8	6,1	6,1
gruźlica (A15-A19)	1,9	2,1	2,0	0,5	0,4	0,5
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	292,8	283,1	292,7	231,9	226,6	237,9
nowotwór zł. żołądka (C16)	16,8	15,3	16,2	8,7	7,9	8,5
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	37,9	38,0	37,6	27,0	26,7	27,4
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	80,4	71,3	74,4	41,5	40,6	44,2
nowotwór zł. sutka (C50)	0,4	0,6	0,4	35,1	33,8	34,7
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	-	-	-	7,9	7,0	7,2
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	30,3	30,8	32,2	-	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	16,9	16,3	16,5	5,1	4,8	5,1
Cukrzyca (E10-E14)	22,6	27,2	24,0	25,7	30,3	27,3
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	16,2	21,2	17,6	4,1	10,6	9,3
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	16,1	18,6	18,7	18,2	23,4	22,4
Choroby układu krążenia (I00-I99)	406,4	406,2	381,8	434,6	444,9	417,8
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	265,7	282,9	259,6	247,7	294,7	275,5
ostry zawał serca (I21-I22)	40,7	40,6	37,2	25,5	23,1	23,5
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	69,9	78,0	76,2	80,2	90,8	85,4
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	81,1	88,9	87,9	61,3	70,6	73,7
zapalenie płuc (J12-J18)	52,8	56,9	56,5	42,6	47,6	49,7
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	21,0	19,5	18,3	13,5	13,6	13,5
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	55,6	66,1	63,5	36,7	43,2	43,0
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	28,6	33,4	30,4	11,8	13,2	12,0
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	10,5	16,0	15,5	13,0	18,6	17,5
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	120,1	121,5	114,1	115,6	103,2	94,5
COVID (U07, U10)	-	82,9	12,9	-	76,9	11,5

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019	2022	2023	2019	2022	2023
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	79,6	79,2	76,7	26,0	29,7	29,2
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	15,8	10,2	10,5	4,3	2,7	2,8
upadki (W00-W19)	13,5	15,7	14,2	11,0	12,4	12,5
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	21,3	20,5	21,4	3,1	3,4	3,4
Przyczyny bezpośrednio związane z alkoholem	50,3	58,8	51,7	14,5	16,5	14,3
Przyczyny możliwe do uniknięcia*	472,6	496,6	471,7	228,8	238,4	234,4
Przyczyny, którym można zapobiegać*	315,4	319,6	305,9	121,2	124,6	121,9
Przyczyny, które można leczyć*	157,2	177,0	165,7	107,6	113,8	112,5

*Dotyczy ludności w wieku 0–74 lata

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

Tabela 3.6b. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2019, 2022 i 2023 (na 100 tys. ludności)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019	2022	2023	2019	2022	2023
Razem	1 546,4	1 679,6	1 500,6	922,0	1 008,2	907,6
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	6,1	9,4	9,3	3,5	5,6	5,4
gruźlica (A15-A19)	2,0	2,2	2,1	0,4	0,4	0,4
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	382,6	360,9	364,5	219,3	207,4	213,9
nowotwór zł. żołądka (C16)	21,7	19,0	20,0	8,2	7,3	7,6
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	51,9	49,9	48,1	25,5	24,4	24,6
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	99,7	86,0	87,9	38,9	36,8	39,1
nowotwór zł. sutka (C50)	0,7	0,7	0,5	33,3	31,2	31,5
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	-	-	-	7,5	6,5	6,6
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	46,4	46,1	46,7	-	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	24,2	22,6	22,1	4,8	4,4	4,5
Cukrzyca (E10-E14)	30,9	36,5	31,4	23,8	27,3	24,2
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	16,6	23,5	19,2	3,8	9,6	8,3
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	21,9	25,3	24,8	17,1	21,3	20,1
Choroby układu krążenia (I00-I99)	593,7	582,6	538,2	395,6	396,1	365,1
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	378,6	405,0	366,7	226,4	261,9	240,2
ostry zawał serca (I21-I22)	52,7	49,9	46,0	23,7	20,9	20,8
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	99,8	109,1	103,9	73,8	81,5	75,3

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019	2022	2023	2019	2022	2023
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	120,4	126,4	124,1	56,5	63,5	65,1
zapalenie płuc (J12-J18)	79,6	82,5	81,8	38,9	42,7	43,8
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	30,7	27,3	25,0	12,7	12,2	12,0
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	64,1	74,6	71,9	34,2	39,7	38,8
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	29,2	33,4	30,4	11,2	12,4	11,2
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	16,1	23,7	22,6	11,9	16,8	15,5
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	165,1	157,0	143,2	103,1	91,7	82,9
COVID (U07, U10)	-	122,5	19,6	-	69,2	10,1
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	85,3	87,0	83,3	24,5	27,6	26,8
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	16,1	10,5	10,7	4,2	2,7	2,8
upadki (W00-W19)	18,1	20,9	18,9	9,9	11,1	11,0
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	21,6	20,7	21,4	3,0	3,4	3,4
Przyczyny bezpośrednio związane z alkoholem	50,5	58,3	51,1	13,8	15,5	13,4
Przyczyny możliwe do uniknięcia*	502,8	507,7	476,8	213,9	210,7	204,4
Przyczyny, którym można zapobiegać*	332,9	325,6	308,3	112,9	110,1	106,3
Przyczyny, które można leczyć*	169,9	182,1	168,5	101,0	100,6	98,2

*Dotyczy ludności w wieku 0–74 lata

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

Tabela 3.7a. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2023 r. (na 100 tys. ludności)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Razem	1 138,4	1 006,5	1 198,1	1 083,1	1 084,9	930,2
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	7,7	5,4	8,5	6,0	6,9	4,8
gruźlica (A15-A19)	1,4	1,1	2,3	1,7	0,5	0,4
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	287,7	230,2	311,1	267,1	266,6	193,5
nowotwór zł. żołądka (C16)	13,2	10,7	17,5	14,3	9,4	7,0
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	34,9	28,6	40,0	34,3	30,3	23,0
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	63,4	52,0	76,5	71,5	51,7	32,6
nowotwór zł. sutka (C50)	20,8	14,1	0,4	0,4	39,2	27,7
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	4,3	2,9	-	-	8,1	5,8
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	16,6	14,1	35,0	28,2	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	11,8	8,9	18,1	14,2	6,1	3,6

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Cukrzyca (E10-E14)	26,6	24,4	25,9	21,4	27,3	27,3
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	12,9	13,9	16,3	19,5	9,9	8,3
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	23,1	16,9	20,6	15,9	25,3	17,9
Choroby układu krążenia (I00-I99)	407,6	389,8	392,1	367,5	421,6	412,0
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	271,2	262,9	267,0	249,3	275,0	276,3
ostry zawał serca (I21-I22)	32,6	26,5	40,4	32,7	25,5	20,3
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	84,4	75,9	78,6	72,8	89,6	79,0
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	88,1	69,5	95,6	77,3	81,5	61,7
zapalenie płuc (J12-J18)	59,4	43,6	64,0	46,0	55,2	41,3
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	15,8	15,8	17,2	19,8	14,6	11,7
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	57,5	46,1	67,9	57,4	48,3	34,9
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	22,7	18,1	32,4	27,6	14,0	8,7
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	18,2	14,0	16,8	13,7	19,5	14,4
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	107,6	98,6	118,1	108,5	98,1	88,8
COVID (U07, U10)	14,2	9,2	15,4	9,4	13,1	9,0
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	50,0	55,2	71,4	84,1	30,8	26,6
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	5,4	8,1	8,5	13,3	2,7	3,0
upadki (W00-W19)	13,9	12,5	14,4	13,9	13,4	11,2
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	10,8	14,0	18,9	24,9	3,5	3,1
Przyczyny bezpośrednio związane z alkoholem	33,5	30,8	52,3	51,0	16,8	10,6
Przyczyny możliwe do uniknięcia*	363,3	335,1	474,5	467,8	258,7	197,6
Przyczyny, którym można zapobiegać*	217,0	207,0	303,5	309,2	135,7	101,1
Przyczyny, które można leczyć*	146,3	128,1	171,0	158,5	123,0	96,5

*Dotyczy ludności w wieku 0–74 lata

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

Tabela 3.7b. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz wybranych przyczyn w 2023 r. (na 100 tys. ludności)

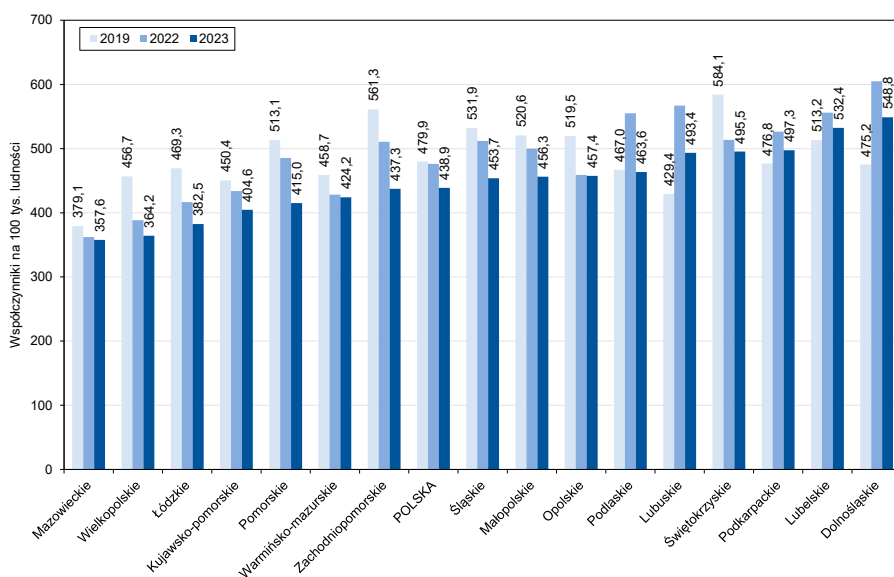
Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Razem	1 124,4	1 214,5	1 456,1	1 582,0	896,2	930,5
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	7,6	6,4	10,0	8,1	5,8	4,9
gruźlica (A15-A19)	1,3	1,1	2,3	2,0	0,5	0,4
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	274,9	264,6	363,3	365,1	222,8	196,9
nowotwór zł. żołądka (C16)	12,7	12,2	20,4	19,4	7,9	7,2

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	33,6	33,5	47,7	48,6	25,2	23,5
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	58,8	58,1	85,0	92,6	42,2	33,0
nowotwór zł. sutka (C50)	20,2	16,3	0,5	0,6	33,3	28,2
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	4,1	3,2	-	-	7,1	5,9
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	16,3	17,4	46,2	47,5	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	11,3	10,6	22,4	21,6	5,0	3,7
Cukrzyca (E10-E14)	26,4	30,2	31,4	31,5	22,4	27,7
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	12,6	15,2	17,3	22,3	8,3	8,2
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	23,2	20,4	26,0	22,6	21,0	18,2
Choroby układu krążenia (I00-I99)	410,2	493,0	505,8	599,3	342,5	407,9
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	272,8	332,9	344,6	409,0	223,0	272,9
ostry zawał serca (I21-I22)	31,6	31,2	46,9	44,7	21,0	20,5
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	84,6	94,6	99,1	112,3	73,4	79,1
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	87,8	86,0	123,8	125,0	66,8	61,9
zapalenie płuc (J12-J18)	59,7	54,7	84,9	76,3	45,2	41,3
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	15,3	19,3	21,2	32,0	12,0	11,9
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	55,6	51,6	73,6	69,3	41,0	35,1
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	21,4	18,3	32,0	28,1	12,7	8,7
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	18,4	17,8	22,4	23,2	16,0	14,5
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	106,8	118,5	138,4	153,1	80,7	87,4
COVID (U07, U10)	14,3	11,7	21,3	16,2	10,7	9,0
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	49,4	59,3	75,8	94,8	27,1	26,5
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	5,4	8,3	8,6	13,7	2,6	3,0
upadki (W00-W19)	14,1	15,3	18,0	20,3	11,1	11,1
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	10,6	14,0	18,6	25,7	3,5	3,1
Przyczyny bezpośrednio związane z alkoholem	31,5	30,7	50,9	51,4	15,2	10,5
Przyczyny możliwe do uniknięcia*	323,6	343,5	463,0	498,3	210,4	194,6
Przyczyny, którym można zapobiegać*	194,1	211,2	296,0	326,9	110,4	99,2
Przyczyny, które można leczyć*	129,6	132,3	167,0	171,4	100,0	95,4

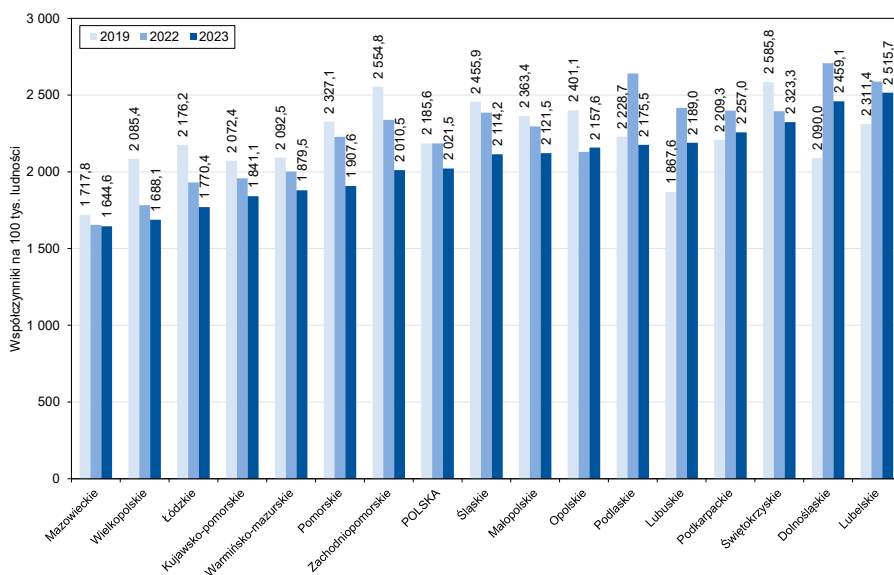
*Dotyczy ludności w wieku 0–74 lata

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

W większości województw poziom umieralności z powodu ChUK w 2023 r. był niższy niż w 2019 r. Tylko w woj. dolnośląskim, lubelskim, lubuskimi i podkarpackim natężenie zgonów w 2023 r. było wciąż większe niż w 2019 r. zarówno w populacji ogółem jak i osób starszych w wieku 65 lat i więcej (ryc. 3.22a i 3.22b).



Ryc. 3.22a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółu ludności w województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.22b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia osób w wieku 65 lat i więcej w województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabeli 3.8 przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu ChUK w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów dla mężczyzn i kobiet w latach 2022 i 2023. W woj. łódzkim, świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim poziom umieralności zarówno w 2022 jak i 2023 r. był wyraźnie niższy od oczekiwanego natomiast wspomniana wcześniej nadwyżka umieralności w woj. dolnośląskim, lubelskim, lubuskimi i podkarpackim występuje zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet.

Tabela 3.8. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2022 i 2023 r.

Województwo	2022		2023	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	33,5	78,3	22,1	59,3
Kujawsko-pomorskie	2,3	1,5	-1,5	-9,8
Lubelskie	9,6	14,8	3,8	9,4
Lubuskie	43,3	48,7	20,1	32,5
Łódzkie	-2,5	-7,9	-7,1	-17,4
Małopolskie	-4,4	0,6	-13,1	-8,8
Mazowieckie	23,7	5,7	25,8	3,3
Opolskie	-12,7	0,7	-15,5	2,2
Podkarpackie	20,4	15,3	9,4	11,3
Podlaskie	11,3	19,8	-3,6	-5,1
Pomorskie	-4,8	-3,3	-18,5	-18,9
Śląskie	0,4	1,8	-12,8	-10,2
Świętokrzyskie	-4,7	-7,1	-8,1	-11,9
Warmińsko-mazurskie	-6,3	2,1	-8,4	-1,4
Wielkopolskie	-13,9	-13,0	-19,7	-19,2
Zachodniopomorskie	-5,4	-10,5	-20,4	-23,2
Polska	4,7	8,5	-4,2	-1,1

Źródło: obliczenia własne autorów

Średni wiek osób zmarłych z powodu ChUK w 2023 r. wynosił 74,8 lat w przypadku mężczyzn i 83,6 lat w przypadku kobiet (tabela 3.9a). Nawet po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tych chorób później niż mężczyźni przeciętnie o 4,7 lat (tabela 3.9b). W przeciętnie

najmłodszym wieku umierają mężczyźni i kobiety w woj. lubuskim natomiast w najstarszym wieku mieszkańcy woj. lubelskiego. Mieszkańcy miast umierają przeciętnie jeden rok młodszy niż mieszkańcy wsi, ale w woj. lubuskim i zachodniopomorskim mężczyźni w miastach umierają przeciętnie młodszy o 2,5 lat niż mieszkańcy wsi.

Tabela 3.9a. Średni wiek osób zmarłych z powodu ChUK według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości rzeczywiste

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	73,1	73,4	72,1	83,1	83,1	83,3
Kujawsko-pomorskie	73,7	74,3	72,9	82,7	82,4	83,2
Lubelskie	76,7	76,8	76,7	85,1	84,2	85,7
Lubuskie	72,0	72,1	71,7	81,6	81,7	81,4
Łódzkie	74,8	74,7	74,9	83,2	82,8	83,9
Małopolskie	75,9	76,5	75,2	84,2	84,2	84,2
Mazowieckie	75,4	76,2	73,9	83,9	84,0	83,8
Opolskie	76,0	76,1	75,9	83,8	83,4	84,2
Podkarpackie	74,5	75,1	74,1	84,4	83,7	84,8
Podlaskie	76,3	75,8	76,8	85,1	84,0	86,3
Pomorskie	74,5	75,7	72,1	83,2	83,4	82,7
Śląskie	75,3	75,2	75,7	83,0	82,8	83,7
Świętokrzyskie	76,2	76,3	76,2	84,7	83,9	85,4
Warmińsko-mazurskie	72,0	73,2	70,4	82,8	82,5	83,2
Wielkopolskie	74,6	75,1	73,8	82,7	82,7	82,7
Zachodniopomorskie	74,1	74,4	73,5	82,9	82,9	82,9
Polska	74,8	75,1	74,4	83,6	83,3	84,1

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

Tabela 3.9b. Średni wiek osób zmarłych z powodu ChUK według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości standaryzowane względem wieku

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	76,3	75,7	77,9	81,6	81,4	82,2
Kujawsko-pomorskie	77,0	76,7	77,4	81,6	81,2	82,4
Lubelskie	79,5	79,2	79,7	83,8	83,3	84,2
Lubuskie	76,0	75,3	77,7	80,8	80,8	80,7
Łódzkie	77,7	77,2	78,8	82,0	81,6	82,7
Małopolskie	78,2	78,0	78,5	82,8	82,6	83,0

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Mazowieckie	77,3	77,4	77,3	82,2	82,1	82,3
Opolskie	78,4	78,4	78,4	82,7	82,4	83,0
Podkarpackie	77,4	77,5	77,3	83,0	82,7	83,1
Podlaskie	78,6	78,4	79,7	83,3	82,7	83,9
Pomorskie	77,4	77,5	77,4	82,1	81,9	82,4
Śląskie	77,8	77,4	79,4	82,4	82,2	83,2
Świętokrzyskie	78,7	78,3	79,2	83,3	82,9	83,6
Warmińsko-mazurskie	76,4	76,7	76,5	81,7	81,2	82,3
Wielkopolskie	77,9	77,7	78,2	82,1	81,8	82,5
Zachodniopomorskie	77,6	77,0	79,5	81,9	81,7	82,3
Polska	77,6	77,2	78,2	82,3	82,0	82,9

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

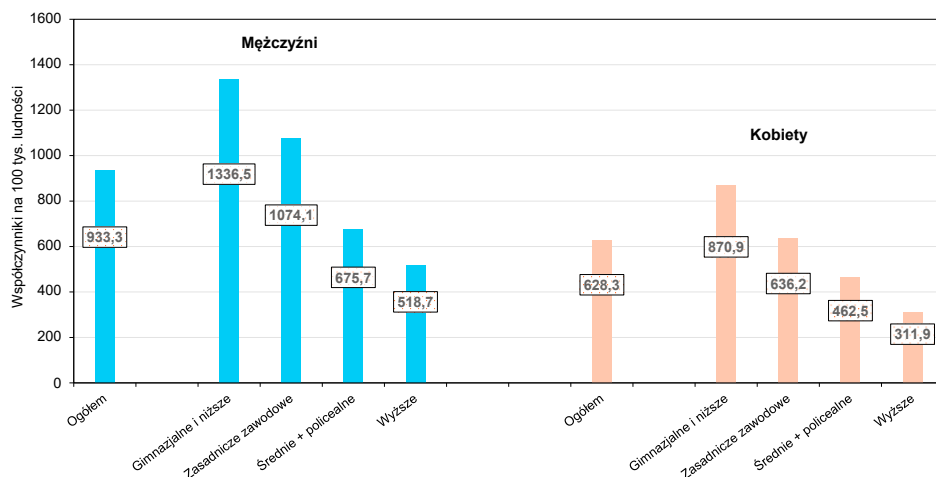
Poziom umieralności ludności Polski z powodu chorób układu krążenia jest wyraźnie związany z poziomem posiadanego wykształcenia (ryc. 3.23). **Życie osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ponad dwuipółkrotnie bardziej zagrożone z powodu tych chorób niż życie osób z wykształceniem wyższym.** Życie osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym jest dwukrotnie bardziej zagrożone niż osób z wykształceniem wyższym.

Analizując umieralność ludności Polski z powodu chorób układu krążenia trzeba pamiętać, o czym niestety musimy przypominać w każdym Raporcie, 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 serca i naczyń występują znaczne różnice międzywojewódzkie w orzekaniu i kodowaniu przyczyn zgonów, a z drugiej strony ma w Polsce miejsce przypisywanie jako przyczyn zgonów rozpoznań/kodów określanych przez ekspertów WHO jako śmieciowe (tzw. garbage codes)^{24,25}. Różnice międzywojewódzkie są niestety cały czas dramatyczne, gdyż odsetek zgonów z takimi kodami w grupie ogółu

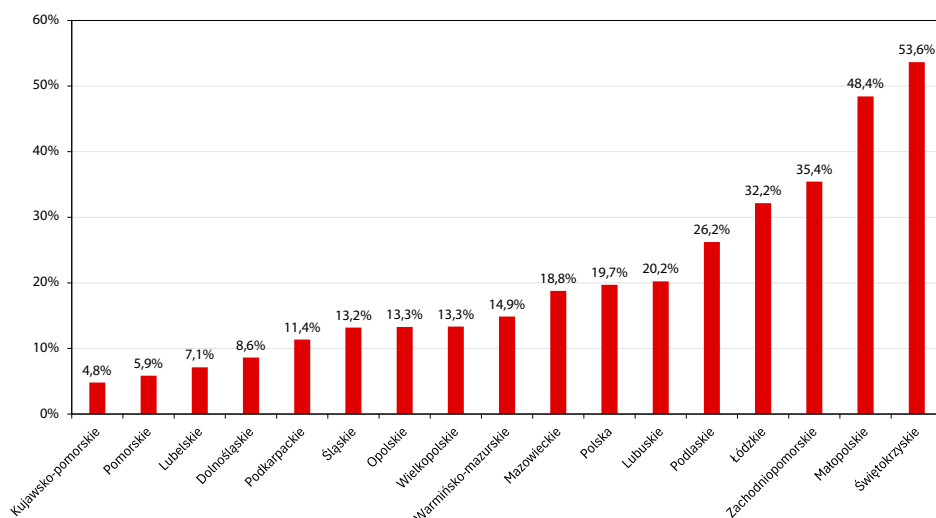
²⁴ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,2.html>

²⁵ WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2012, Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7, WHO, Geneva, May 2014; Na co umarł pacjent – czyli, co jest wpisywane na kartach zgonów <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/na-co-umarl-pacjent-czyli-co-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-,1,1.html>

zgonów z powodu ChUK wahał się w 2023 r. od około 5% w woj. kujawsko-pomorskim i pomorskim do około 50% w woj. świętokrzyskim i małopolskim (ryc. 3.24). Z powodu tego rodzaju kodów w prezentowanej poniżej 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).

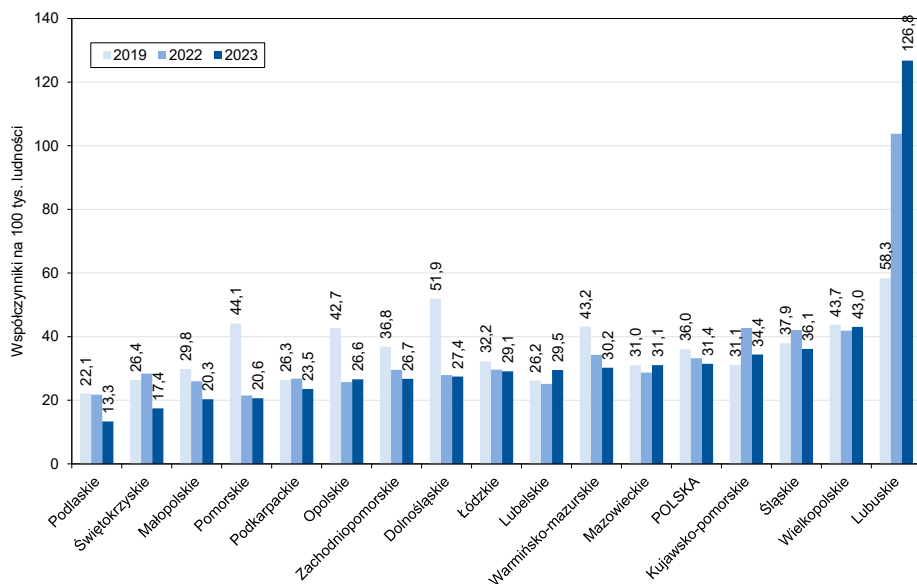


Ryc. 3.23. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ChUK mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020–2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.24. Odsetek zgonów z powodu tzw. zgonów o kodach śmięciowych w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób układu krążenia wg województw w 2023 r. (na podstawie danych GUS)

Umieralność z powodu zawału serca zadziwia swoim wysokim poziomem w woj. lubuskim (ryc. 3.26). Współczynnik zgonów z powodu tej przyczyny w latach 2022 i 2023 jest dwukrotnie większy niż w 2019 r. Jest to niewątpliwie jakiś artefakt związany z orzekaniem i kodowaniem przyczyn zgonów w tym województwie. Poza tym w prawie wszystkich województwach współczynnik zgonów w 2023 r. był niższy niż w 2019.



Ryc. 3.26 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zawału serca ogółu ludności wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Średni wiek osób zmarłych z powodu zawału serca w 2023 r. wynosił 69,7 lat w przypadku mężczyzn i 78,4 lat w przypadku kobiet (tabela 3.10). Nawet po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tej przyczyny później niż mężczyźni przeciętnie o 4,9 lat. W przeciętnie najstarszym wieku umierają mężczyźni w woj. świętokrzyskim i kobiety w woj. małopolskim natomiast w najmłodszym wieku umierają mężczyźni w woj. kujawsko-pomorskim (przeciętnie aż o 7 lat wcześniej niż w woj. świętokrzyskim) i kobiety w woj. opolskim i mazowieckim.

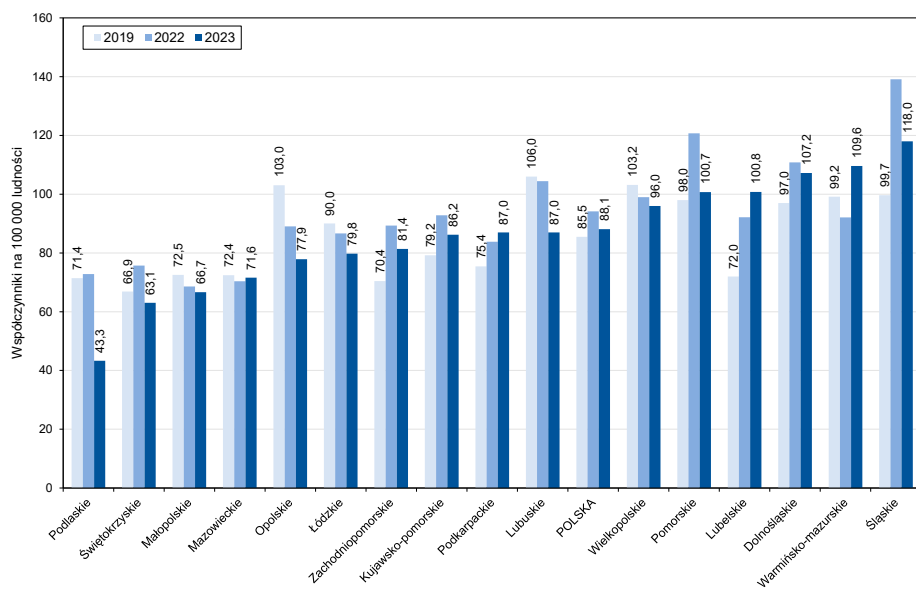
Tabela 3.10. Średni wiek osób zmarłych z powodu zawału serca według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	69,7	78,9	72,1	77,4
Kujawsko-pomorskie	65,8	77,7	68,2	76,6
Lubelskie	71,9	78,8	74,2	76,8
Lubuskie	67,2	78,1	70,6	77,1
Łódzkie	71,4	78,3	73,6	76,7
Małopolskie	70,3	81,4	72,3	79,7
Mazowieckie	69,2	77,4	71,1	75,5
Opolskie	72,2	77,0	74,5	75,4
Podkarpackie	70,3	79,6	72,5	78,1
Podlaskie	70,7	78,3	72,7	75,8
Pomorskie	69,3	79,0	71,4	77,8
Śląskie	70,2	77,6	72,0	76,6
Świętokrzyskie	72,7	78,2	75,4	76,7
Warmińsko-mazurskie	71,3	80,3	75,1	79,3
Wielkopolskie	69,6	78,6	72,8	77,8
Zachodniopomorskie	70,2	77,7	73,0	76,7
Polska	69,7	78,4	72,0	76,9

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Umieralność z powodu chorób naczyń mózgowych w 2023 r. w połowie województw była niższa niż w 2019 r. a w połowie była niższa. Zwraca uwagę zmniejszenie się o 40% umieralności w woj. podlaskim a z drugiej strony postępujący wzrost umieralności w woj. lubelskim – w 2023 r. natężenie zgonów wyższe o 40% niż w 2019 r. (ryc. 3.27).

Średni wiek osób zmarłych z powodu choroby naczyń mózgowych w 2023 r. wynosił 73,4 lat w przypadku mężczyzn i 81,7 lat w przypadku kobiet (tabela 3.11). Nawet po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tej przyczyny później niż mężczyźni przeciętnie o 4,4 lat. W przeciętnie najstarszym wieku umierają mężczyźni i kobiety w woj. lubelskim natomiast w najmłodszym wieku mieszkańcy woj. podkarpackiego (przeciętnie aż o 7,6 lat wcześniej w przypadku mężczyzn i 5,5 lat wcześniej w przypadku kobiet niż w woj. lubelskim).



Ryc. 3.27. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych ogółu ludności wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

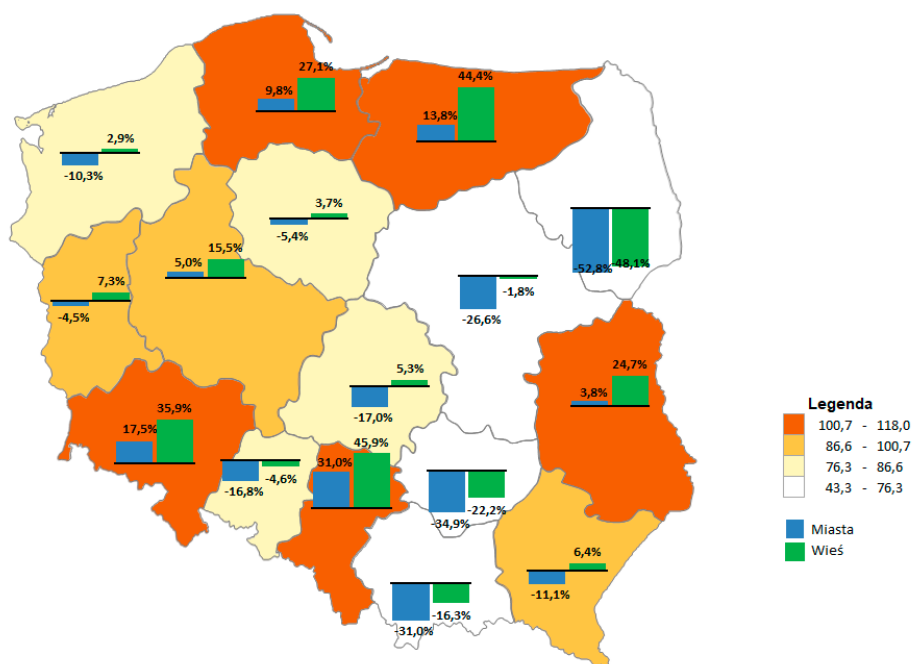
Tabela 3.11. Średni wiek osób zmarłych z powodu choroby naczyń mózgowych według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	72,9	81,7	75,7	80,3
Kujawsko-pomorskie	73,1	80,8	76,1	79,7
Lubelskie	75,6	84,7	78,3	83,2
Lubuskie	71,5	78,8	75,0	77,9
Łódzkie	72,9	81,4	75,3	80,0
Małopolskie	73,5	81,2	75,8	79,6
Mazowieckie	73,2	81,3	75,1	79,5
Opolskie	74,2	81,2	76,8	79,9
Podkarpackie	67,9	79,7	70,7	77,8
Podlaskie	73,6	82,1	76,1	80,0
Pomorskie	75,6	82,6	78,1	81,5
Śląskie	75,2	82,3	77,6	81,6
Świętokrzyskie	72,9	82,0	75,0	80,2
Warmińsko-mazurskie	70,1	79,9	74,1	78,7

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Wielkopolskie	74,4	81,5	77,3	80,8
Zachodniopomorskie	73,5	81,0	76,6	80,1
Polska	73,4	81,7	75,9	80,3

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Choroby naczyń mózgowych bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast we wszystkich województwach. Na ryc. 3.28 pokazane są nadwyżki umieralności tych podpopulacji w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2023 r. Największe różnice wielkości nadumieralności mieszkańców wsi i miast (na niekorzyść mieszkańców wsi) występowały w woj. lubelskim i warmińsko-mazurskim. W woj. śląskim jest największa nadumieralność zarówno mieszkańców miast jak i wsi.



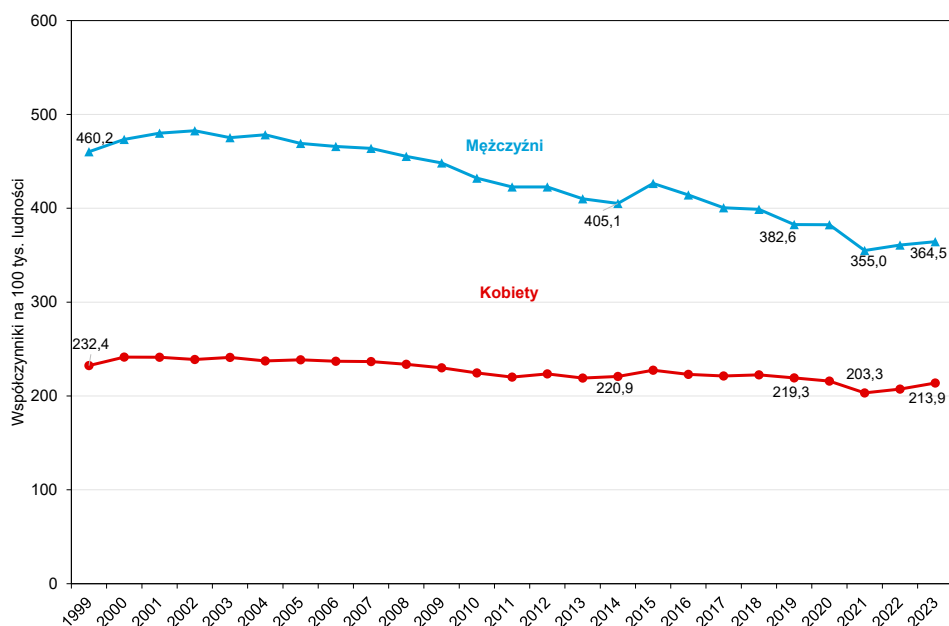
Ryc. 3.28. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych (I60-I69) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości grupą przyczyn zgonów ludności Polski. W roku 2023 zmarło w Polsce z ich powodu 99 676 osób (53 322 mężczyzn i 46 354 kobiety), tzn. 264,4 na każde 100 tys. mieszkańców.

Nowotwory złośliwe są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i w roku 2023 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był o 70,4% wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 3.6a i 3.6b). Tak więc **nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet jest znacznie większa w przypadku nowotworów złośliwych niż w przypadku chorób serca i naczyń.**

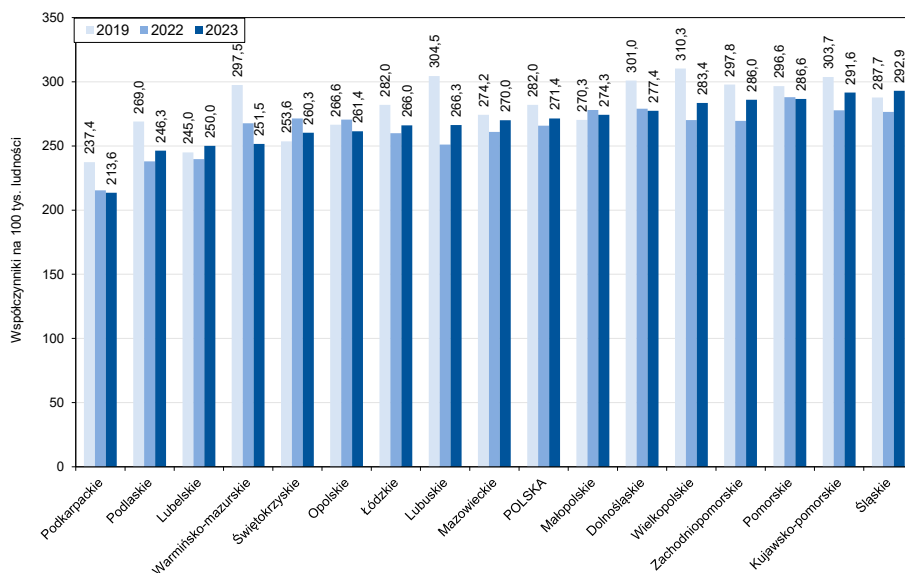
Umieralność z powodu nowotworów złośliwych ma powolny trend spadkowy, który zaznacza się wyraźniej u mężczyzn niż kobiet (ryc. 3.29).



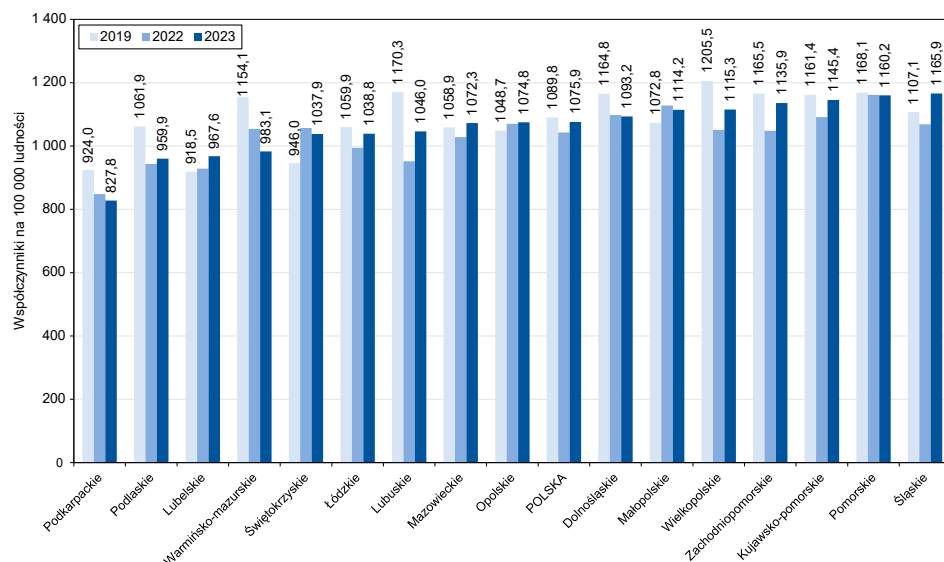
Ryc. 3.29. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu nowotworów złośliwych mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999–2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

W większości województw poza lubelskim, małopolskim, śląskim i świętokrzyskim a w populacji osób w wieku 65 lat i więcej również mazowieckim i opolskim, poziom umieralności w 2023 r. był niższy niż w 2019 r. (ryc. 3.30a i 3.30b). Tak korzystna różnica była największa (ponad 10%) w woj. warmińsko-mazurskim

oraz lubuskim. W całym okresie 2019–2023 najmniejsze zagrożenie życia z powodu nowotworów złośliwych ogółem występowało w woj. podkarpackim.



Ryc. 3.30a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.30b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) osób w wieku 65 lat i więcej wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabeli 3.12 przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu nowotworów złośliwych mężczyzn i kobiet w latach 2022 i 2023 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. W woj. warmińsko-mazurskim, wielkopolskim, podkarpackim, lubuskim, podlaskim poziom umieralności zarówno w 2022 jak i 2023 r. był wyraźnie niższy od oczekiwanego zarówno u mężczyzn jak i kobiet natomiast w woj. świętokrzyskim występuje nadwyżka umieralności, zwłaszcza u kobiet a w pomorskim u mężczyzn.

Tabela 3.12. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2022 i 2023 r.

Województwo	2022		2023	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	-1,8	-6,3	-4,4	-7,9
Kujawsko-pomorskie	-11,7	-7,0	-7,8	-3,7
Lubelskie	-2,0	-3,4	-0,5	1,4
Lubuskie	-21,9	-12,1	-15,9	-8,9
Łódzkie	-3,6	-7,0	0,3	-7,6
Małopolskie	4,8	2,7	0,7	2,1
Mazowieckie	-3,1	-3,9	-3,8	2,6
Opolskie	10,5	-2,4	2,6	-2,6
Podkarpackie	-12,6	-5,7	-11,5	-10,7
Podlaskie	-12,3	-11,7	-11,1	-6,1
Pomorskie	5,9	-5,0	5,6	-5,5
Śląskie	0,2	-2,1	5,9	3,6
Świętokrzyskie	6,7	11,9	-0,2	8,0
Warmińsko-mazurskie	-4,4	-6,9	-9,7	-15,5
Wielkopolskie	-14,6	-13,1	-11,7	-7,6
Zachodniopomorskie	3,5	-12,7	7,4	-5,3
Polska	-3,7	-4,3	-3,4	-2,0

Źródło: obliczenia własne autorów

Średni wiek osób zmarłych z powodu nowotworów złośliwych w 2023 r. wynosił 70,8 lat w przypadku mężczyzn i 72,3 lat w przypadku kobiet (tabela 3.13a). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tych chorób w młodszym wieku niż mężczyźni przeciętnie o 1,8 roku

(tabela 3.13b). Przeciętny wiek zgonu mieszkańców poszczególnych województw jest zbliżony i różnice międzywojewódzkie nie przekraczają dwóch lat. Mieszkańcy wsi umierają przeciętnie tylko o ok. pół roku młodszy niż mieszkańcy miast, ale w przypadku mężczyzn w woj., podkarpackim i podlaskim mieszkańcy wsi umierają wcześniej odpowiednio o 1,9 i 1,7 roku niż mieszkańcy miast.

Tabela 3.13a. Średni wiek osób zmarłych z powodu nowotworów złośliwych według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości rzeczywiste

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	70,5	71,2	68,9	72,4	73,0	70,4
Kujawsko-pomorskie	70,5	71,2	69,3	71,5	72,3	70,0
Lubelskie	70,5	71,1	69,9	72,0	72,0	71,9
Lubuskie	70,2	71,0	68,7	71,5	72,0	70,4
Łódzkie	70,8	71,4	69,8	72,1	72,5	71,2
Małopolskie	71,8	72,8	70,7	73,4	73,9	72,7
Mazowieckie	71,1	72,0	69,5	72,7	73,3	71,3
Opolskie	71,7	72,2	71,0	72,9	73,1	72,6
Podkarpackie	70,2	71,7	69,3	71,7	71,8	71,7
Podlaskie	71,0	71,4	70,5	72,8	72,2	73,9
Pomorskie	71,3	72,3	69,1	72,7	73,6	70,4
Śląskie	71,0	71,3	70,1	72,2	72,3	71,7
Świętokrzyskie	71,4	72,4	70,6	72,6	72,0	73,2
Warmińsko-mazurskie	69,7	70,8	68,1	71,3	71,7	70,4
Wielkopolskie	70,3	71,3	69,1	71,2	71,8	70,3
Zachodniopomorskie	70,1	70,8	68,5	71,8	72,1	70,7
Polska	70,8	71,6	69,6	72,3	72,7	71,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Tabela 3.13b. Średni wiek osób zmarłych z powodu nowotworów złośliwych według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości standaryzowane względem wieku

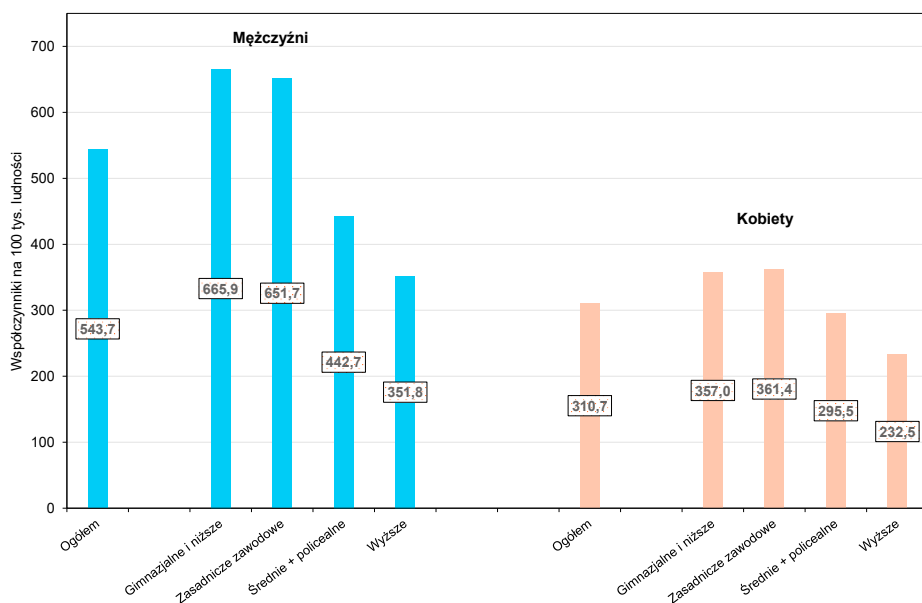
Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	72,5	72,5	72,7	71,0	71,2	70,5
Kujawsko-pomorskie	72,6	72,7	72,6	70,6	70,9	70,0
Lubelskie	72,2	72,4	72,0	70,2	70,4	70,0

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Lubuskie	72,7	72,9	72,2	70,8	71,0	70,4
Łódzkie	72,5	72,8	72,0	70,3	70,6	69,7
Małopolskie	73,4	73,6	73,2	71,8	71,8	71,7
Mazowieckie	72,6	73,0	72,0	71,1	71,4	70,3
Opolskie	73,3	73,5	73,1	71,5	71,5	71,4
Podkarpackie	72,2	73,4	71,5	70,4	70,3	70,4
Podlaskie	73,0	73,7	71,9	70,6	70,5	70,8
Pomorskie	73,4	73,5	73,1	71,7	71,8	71,2
Śląskie	72,6	72,6	72,5	71,0	71,0	71,0
Świętokrzyskie	72,9	73,4	72,5	70,6	70,0	71,2
Warmińsko-mazurskie	72,4	72,9	71,6	70,5	70,5	70,4
Wielkopolskie	72,6	72,9	72,2	70,5	70,5	70,5
Zachodniopomorskie	72,2	72,3	72,2	70,8	70,8	70,9
Polska	72,7	72,9	72,3	70,9	71,0	70,6

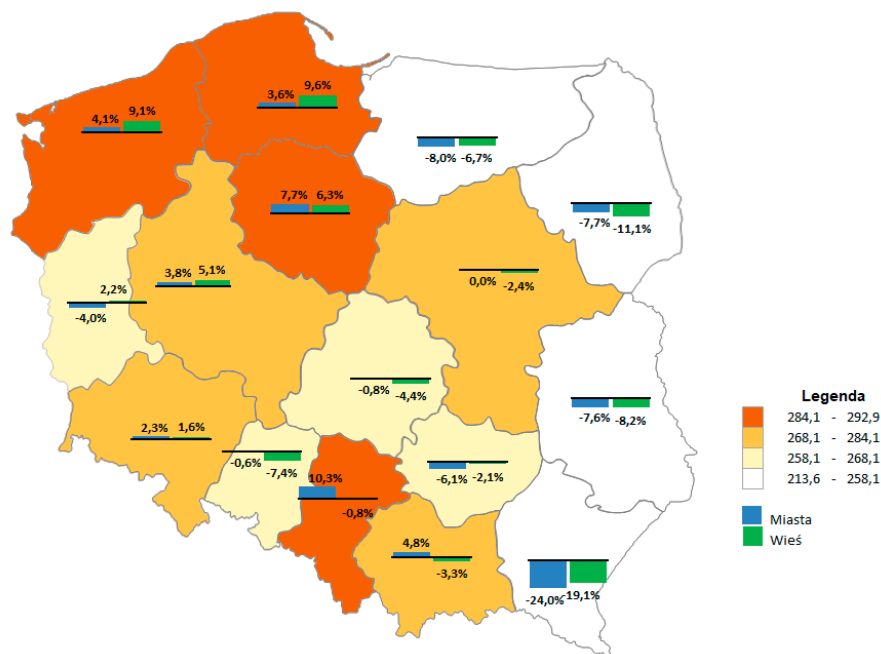
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Poziom umieralności ludności Polski z powodu chorób nowotworowych jest związany z poziomem posiadanego wykształcenia, ale w stopniu mniejszym niż w przypadku ChUK (ryc. 3.31). Nie ma większej różnicy w zagrożeniu życia osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jak i zasadniczym zawodowym. Jest ono o ponad 85% w przypadku mężczyzn i ok. 55% w przypadku kobiet bardziej zagrożone z powodu tych chorób niż życie osób z wykształceniem wyższym. Życie osób z wykształceniem średnim jest bardziej zagrożone niż osób z wykształceniem wyższym o ok. jedną czwartą.

Na ryc. 3.32 pokazane są nadwyżki/”niedobory” umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem mieszkańców miast i wsi w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2023 r. Różnice między wskaźnikami dla mieszkańców miast i wsi w poszczególnych województwach są niewielkie podobnie jak odchylenia od poziomu ogólnopolskiego. Największa różnica występuje w woj. pomorskim, gdzie obserwowany współczynnik zgonów w miastach był wyższy od oczekiwanego dla Polski tylko o 3,6% natomiast współczynnik zgonów mieszkańców wsi był wyższy o 9,6% i jest to największa nadwyżka umieralności mieszkańców wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego.



Ryc. 3.31. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020–2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)



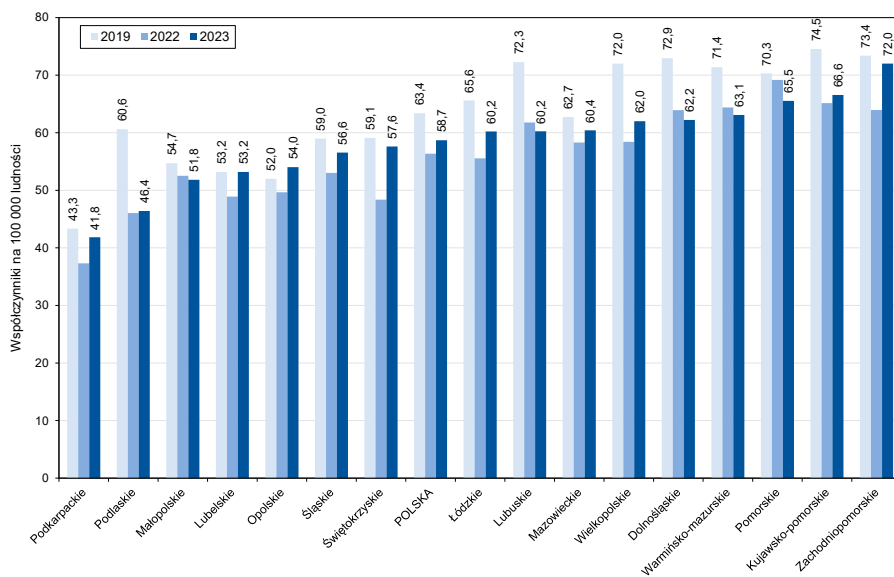
Ryc. 3.32. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.

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 2023 r. zmarło 22 168 osób (22,2% ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych). Nowotwory o innych umiejscowieniach są wyraźnie rzadsze i tak w 2023 r. z powodu raka jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu (ICD10 C18-C21) zmarło 12 187 osób (12,2% zgonów nowotworowych), z powodu raka żołądka (C16) 4591 osób (4,6%), z powodu raka piersi (C50) zmarło 6757 kobiet (a także 70 mężczyzn) (6,8% ogółu zgonów nowotworowych i 14,6% zgonów kobiet z powodu nowotworów), raka szyjki macicy (C53) 1401 kobiet (1,4% ogółu zgonów nowotworowych i 3,0% zgonów kobiet z powodu nowotworów), zaś z powodu raka gruczołu krokowego (prostaty) zmarło 5859 mężczyzn (5,9% ogółu zgonów nowotworowych i 11,0% zgonów mężczyzn z powodu nowotworów). Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu wszystkich analizowanych grup nowotworów z wyjątkiem płuca u kobiet i prostaty u mężczyzn w 2023 r. były mniejsze niż w 2019 r. (tabela 3.6b).

Nowotwory złośliwe ogółem stanowią trochę większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach, ale ze względu na różnice w strukturze wieku rzeczywisty współczynnik zgonów jest wyższy w miastach. Ta niezbyt duża nadwyżka umieralności mężczyzn na wsi w 2023 r. nie dotyczyła nowotworów złośliwych żołądka i gruczołu krokowego. (tabela 3.7b). W przypadku kobiet poziom umieralności na wsi jest niższy niż w miastach zarówno dla nowotworów złośliwych ogółem jak i wyróżnionych umiejscowień.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzela i płuca w 2023 r. we wszystkich województwach oprócz opolskiego i lubelskiego była niższa niż w 2019 r. Zwraca uwagę zmniejszenie się o 23% umieralności w woj. podlaskim i o ok. 15% w woj. lubuskim i dolnośląskim (ryc. 3.33). Umieralność w woj. zachodniopomorskim była w 2023 r. wyższa aż o 72% niż w woj. podkarpackim, które od lat charakteryzuje się najniższą umieralnością z powodu tego nowotworu.

Średni wiek osób zmarłych z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca w 2023 r. wynosił 70,4 lat w przypadku mężczyzn i 71,4 lat w przypadku kobiet (tabela 3.14). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tej przyczyny przeciętnie o rok wcześniej niż mężczyźni. Przeciętny wiek zgonu mieszkańców poszczególnych województw jest zbliżony i różnice międzywojewódzkie są poniżej dwóch lat u mężczyzn i poniżej trzech lat u kobiet.



Ryc. 3.33. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

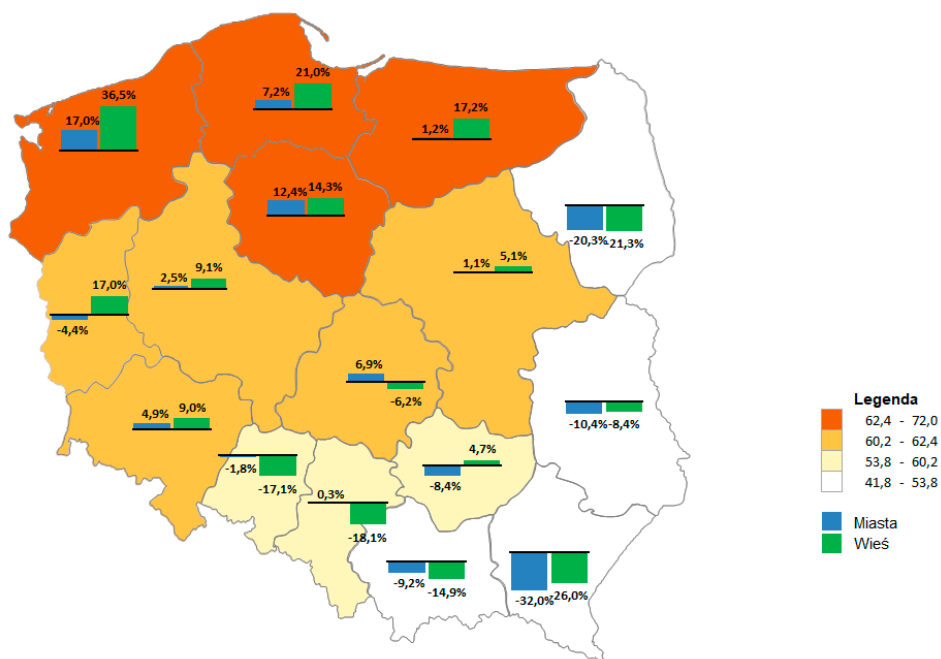
Tabela 3.14. Średni wiek osób zmarłych z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	70,4	71,7	71,8	70,9
Kujawsko-pomorskie	69,9	71,0	71,3	70,4
Lubelskie	70,4	70,9	71,4	70,0
Lubuskie	69,9	70,4	71,5	70,0
Łódzkie	70,6	71,5	71,6	70,5
Małopolskie	71,4	71,8	72,4	70,9
Mazowieckie	70,6	72,4	71,5	71,3
Opolskie	70,5	70,6	71,7	69,8
Podkarpackie	71,0	71,5	72,3	70,7
Podlaskie	69,6	71,6	70,8	70,6
Pomorskie	71,1	72,6	72,4	72,0
Śląskie	70,4	70,6	71,3	69,9
Świętokrzyskie	70,7	71,2	71,6	70,2
Warmińsko-mazurskie	69,3	69,7	71,1	69,4

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Wielkopolskie	70,1	70,9	71,6	70,4
Zachodniopomorskie	70,1	71,0	71,6	70,6
Polska	70,4	71,4	71,6	70,6

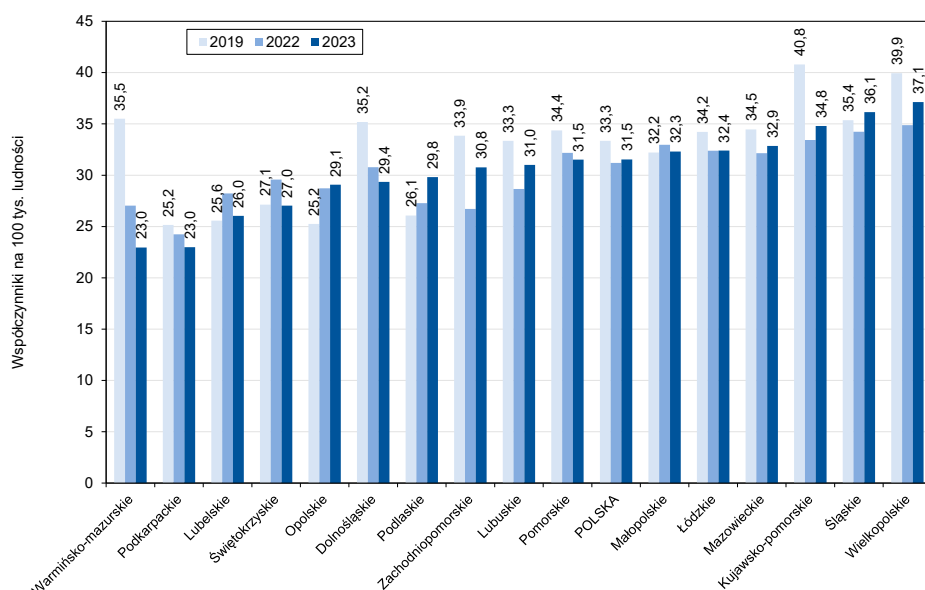
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

W przypadku nowotworów złośliwych płuc zróżnicowanie międzywojewódzkie umieralności mieszkańców miast i wsi jest większe niż dla nowotworów ogółem (ryc. 3.34). W pięciu województwach wyższa jest umieralność w miastach a w 11 na wsi. Największa różnica na niekorzyść mieszkańców wsi występuje w trzech województwach Polski północnej tzn. warmińsko-mazurskim, pomorskim i zachodniopomorskim.



Ryc. 3.34. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzela i płuca mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.

Umieralność kobiet z powodu nowotworów złośliwych piersi w 2023 r. w większości województw była niższa niż w 2019 r. (ryc. 3.35). Zwraca uwagę zmniejszenie się o 35% umieralności w woj. warmińsko-mazurskim i o ok. 15% w woj. dolnośląskim i kujawsko-pomorskim. Umieralność w woj. wielkopolskim była w 2023 r. wyższa o 62% niż w woj. warmińsko-mazurskim, w którym umieralność tak bardzo zmniejszyła się ostatnio, i w woj. podkarpackim, które od lat charakteryzuje się niską umieralnością z powodu tego nowotworu.



Ryc. 3.35. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych piersi (C50) wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

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 (tabela 3.15). Występują jednak znaczne różnice między województwami i tak w woj. dolnośląskim kobiety, które zmarły z powodu raka szyjki macicy były o 8,4 lat młodsze od zmarłych z powodu raka piersi natomiast w woj. podkarpackim ta różnica wieku wynosiła tylko półtora roku. Kobiety w tym pierwszy województwie umierały z powodu raka szyjki macicy młodsze o ponad 6 lat niż kobiety w woj. podkarpackim.

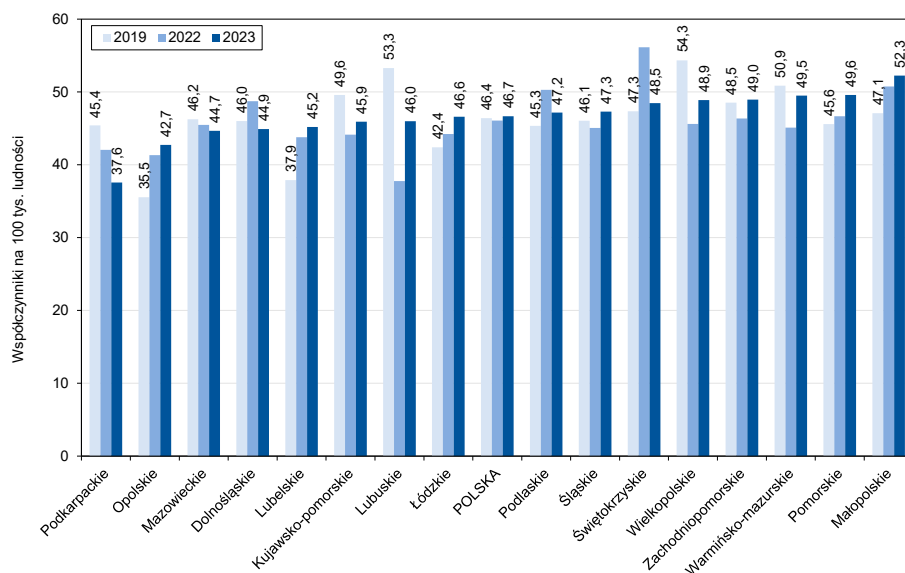
Tabela 3.15. Średni wiek kobiet zmarłych z powodu raka piersi i raka szyjki macicy według województw w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	rak piersi	rak szyjki macicy	rak piersi	rak szyjki macicy
Dolnośląskie	71,1	62,7	69,5	61,4
Kujawsko-pomorskie	69,0	66,8	67,7	65,9
Lubelskie	70,2	65,9	67,9	63,5
Lubuskie	71,4	67,0	70,3	65,8
Łódzkie	69,8	67,6	67,5	65,0
Małopolskie	71,9	66,2	70,0	65,0
Mazowieckie	71,0	65,5	69,1	64,2
Opolskie	71,9	67,8	70,4	65,8
Podkarpackie	70,4	68,9	68,6	67,8
Podlaskie	71,2	67,9	68,6	66,4
Pomorskie	69,7	64,8	68,4	64,0
Śląskie	71,9	66,0	70,3	64,4
Świętokrzyskie	70,6	66,5	68,2	64,4
Warmińsko-mazurskie	71,4	64,4	70,1	63,4
Wielkopolskie	70,1	66,0	69,2	65,1
Zachodniopomorskie	70,3	63,0	68,9	61,7
Polska	70,8	65,8	69,1	64,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Umieralność mężczyzn z powodu nowotworu złośliwego prostaty w 2023 r. w większości województw była wyższa niż w 2019 r. (ryc. 3.36). Zwraca uwagę z jednej strony wzrastająca umieralność w woj. opolskim i lubelskim oraz trochę wolniej rosnąca w woj. małopolskim a z drugiej obniżanie się jej w woj. podkarpackim. Międzywojewódzkie zróżnicowanie umieralności z powodu raka prostaty nie jest bardzo duże – umieralności w woj. małopolskim w 2023 r. była o 39% wyższa niż w woj. podkarpackim.

Przeciętny wiek mężczyzn, którzy zmarli z powodu raka prostaty wynosił 77,2 lat i różnił się zaledwie o 1,5 roku między województwami, w których był najwyższy (woj. kujawsko-pomorskie i zachodniopomorskie 79,7 lat) i najniższy (woj. podlaskie 78,2 lat).



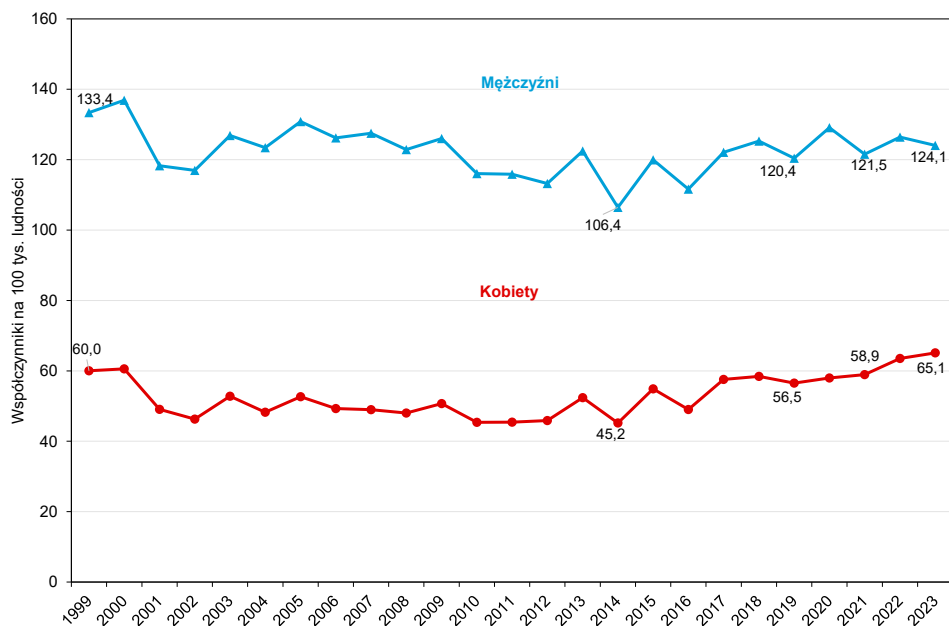
Ryc. 3.36. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty) (C61) wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Umieralność z powodu chorób układu oddechowego

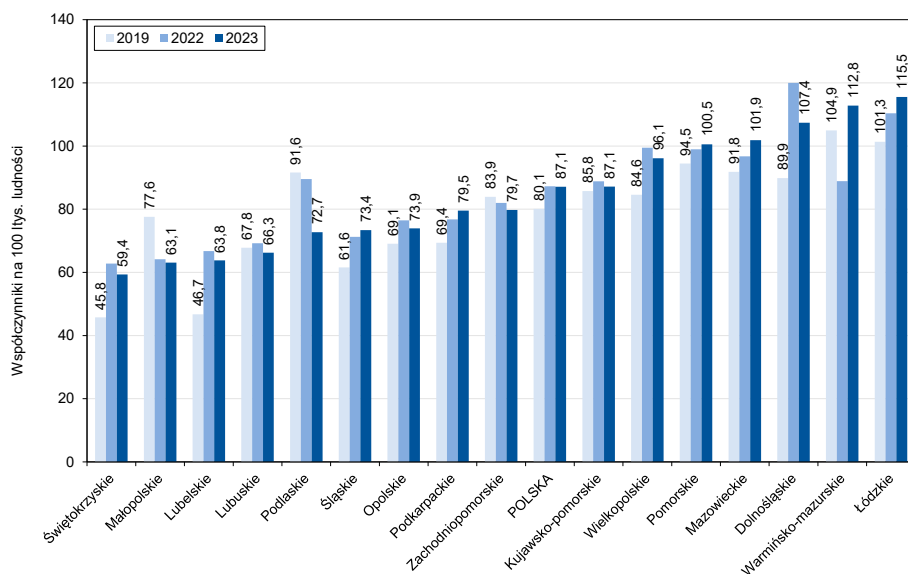
Poziom umieralności z powodu chorób układu oddechowego po 2014 r. charakteryzuje trend rosnący, który wyraźniej zaznacza się w przypadku kobiet (ryc. 3.37). W 2023 r. choroby te były przyczyną 30 382 zgonów (16 019 mężczyzn i 14 363 kobiet), tzn. na każde 100 tys. ludności umarło z ich powodu 81 osób (88 w przypadku mężczyzn i 74 w przypadku kobiet, tabela 3.6a).

Choroby układu oddechowego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu w 2023 r. wśród mężczyzn było o 91% wyższe niż wśród kobiet (tabela 3.6b).

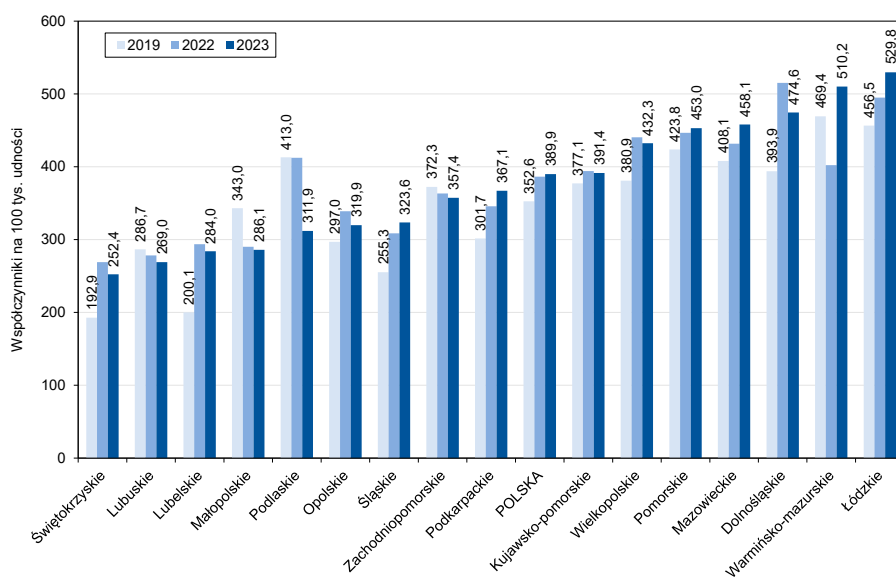
W większości województw poziom umieralności w 2023 r. był wyższy niż w 2019 r., przy czym największa różnica zarówno w populacji ogółem jak również osób najstarszych była w woj. lubelskim (36% i 42%) i świętokrzyskim (30% i 31%) (ryc. 3.38a i 3.38b). Są to województwa, gdzie umieralność z powodu chorób układu oddechowego należy do najniższych. Największe obniżenie umieralności miało miejsce w woj. podlaskim (o 17% i 24%). W ostatnich dwóch latach 2022–2023 największe zagrożenie życia z powodu chorób układu oddechowego występowało w woj. łódzkim i dolnośląskim.



Ryc. 3.37. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999–2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)



Ryc. 3.38a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego ogółu ludności wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.38b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego osób w wieku 65 lat i więcej wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabeli 3.16 przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu chorób układu oddechowego mężczyzn i kobiet ogółem w latach 2022 i 2023 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Zwraca uwagę bardzo duża nadwyżka umieralności w obu latach w woj. świętokrzyskim, lubelskim i śląskim zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet oraz wśród mężczyzn w woj. opolskim.

Tabela 3.16. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu chorób układu oddechowego mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2022 i 2023 r.

Województwo	2022		2023	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	33,0	27,5	9,8	11,9
Kujawsko-pomorskie	2,2	13,3	-5,9	7,7
Lubelskie	60,8	51,1	41,3	35,3
Lubuskie	7,1	-2,6	-4,4	-5,1
Łódzkie	2,5	18,4	0,0	16,9
Małopolskie	-16,8	-5,7	-23,1	-11,4

Województwo	2022		2023	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Mazowieckie	8,5	9,7	7,3	10,5
Opolskie	4,9	71,3	-4,5	54,3
Podkarpackie	13,7	10,3	8,7	19,3
Podlaskie	5,8	6,7	-20,4	-20,2
Pomorskie	-0,9	1,3	-6,1	-1,8
Śląskie	27,8	35,3	29,1	31,7
Świętokrzyskie	60,6	52,3	45,5	39,6
Warmińsko-mazurskie	-14,9	-6,7	5,4	18,8
Wielkopolskie	16,3	38,9	4,5	31,3
Zachodniopomorskie	-5,4	-10,4	-16,7	-8,2
Polska	17,0	15,7	9,6	12,0

Źródło: obliczenia własne autorów

Średni wiek osób zmarłych z powodu chorób układu oddechowego w 2023 r. wynosił 74,3 lat w przypadku mężczyzn i 80,0 lat w przypadku kobiet (tabela 3.17a). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tych chorób w starszym wieku niż mężczyźni średnio już tylko o 1,3 roku (tabela 3.17b). W przeciętnie najmłodszym wieku umierają mężczyźni i kobiety w woj. lubuskim natomiast w najstarszym wieku mieszkańcy woj. podkarpackiego. Różnica wieku zgonu między tymi województwami jest wyraźna i dla mężczyzn wynosi ponad 6 lat a dla kobiet prawie 8 lat. Mieszkańcy miast oraz wsi ogółem umierają w podobnym wieku, ale w poszczególnych województwach występują pewne, niezbyt duże różnice, na przykład w woj. zachodniopomorskim mieszkańcy wsi umierają przeciętnie 1,8 roku młodsi a w woj. małopolskim o 1,7 roku starsi niż mieszkańcy miast.

Tabela 3.17a. Średni wiek osób zmarłych z powodu chorób układu oddechowego według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości rzeczywiste

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	73,7	74,4	72,0	80,1	80,6	78,4
Kujawsko-pomorskie	73,5	73,3	73,9	78,8	79,4	77,6
Lubelskie	74,2	74,2	74,1	81,9	81,7	82,2
Lubuskie	69,0	69,2	68,6	73,8	75,0	71,0
Łódzkie	75,3	75,5	74,9	80,9	80,7	81,5

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Małopolskie	75,7	76,7	74,7	81,2	80,7	81,7
Mazowieckie	74,9	75,7	73,4	80,8	80,7	80,8
Opolskie	73,6	74,3	72,8	80,0	79,2	81,0
Podkarpackie	76,6	76,8	76,5	81,9	81,1	82,5
Podlaskie	72,7	72,7	72,7	80,1	79,0	81,9
Pomorskie	73,9	74,8	71,8	79,8	80,2	78,9
Śląskie	74,2	74,4	73,4	78,5	78,3	79,6
Świętokrzyskie	71,9	72,0	71,8	80,3	79,3	81,4
Warmińsko-mazurskie	73,7	74,6	72,4	78,8	79,3	77,8
Wielkopolskie	74,1	75,0	72,7	79,2	79,6	78,5
Zachodniopomorskie	74,4	75,4	72,0	79,3	80,1	76,9
Polska	74,3	74,8	73,4	80,0	80,0	80,0

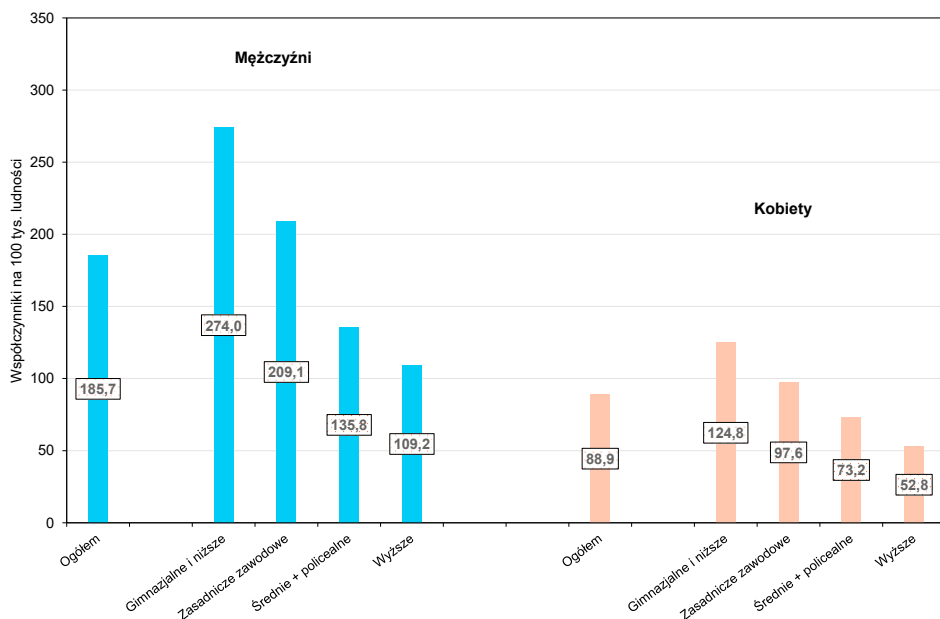
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Tabela 3.17b. Średni wiek osób zmarłych z powodu chorób układu oddechowego według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości standaryzowane względem wieku

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	77,0	76,8	77,5	78,3	78,5	77,7
Kujawsko-pomorskie	76,6	75,7	77,8	77,5	78,0	76,9
Lubelskie	77,0	76,8	77,3	80,0	80,0	79,9
Lubuskie	73,0	72,2	74,9	72,6	73,3	70,9
Łódzkie	78,0	77,9	78,4	79,1	78,8	79,8
Małopolskie	78,2	78,2	78,2	79,5	78,7	80,4
Mazowieckie	77,0	77,0	76,9	78,8	78,7	79,2
Opolskie	76,1	76,4	76,0	78,3	77,1	79,5
Podkarpackie	79,3	79,2	79,4	80,4	79,8	80,8
Podlaskie	75,3	75,7	74,9	77,7	77,3	78,8
Pomorskie	76,7	76,6	77,1	78,7	78,5	79,1
Śląskie	76,6	76,4	77,0	77,3	76,9	78,6
Świętokrzyskie	74,3	73,8	74,8	78,3	77,6	79,0
Warmińsko-mazurskie	78,1	78,1	77,9	77,5	77,6	77,1
Wielkopolskie	77,5	77,7	77,1	78,4	78,3	78,4
Zachodniopomorskie	77,8	77,9	78,2	77,9	78,3	76,6
Polska	77,1	77,0	77,3	78,4	78,3	78,6

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Poziom umieralności ludności Polski z powodu chorób układu oddechowego jest silnie związany z poziomem posiadanego wykształcenia (ryc. 3.39). Życie osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ok. dwuipółkrotnie bardziej zagrożone z powodu tych chorób niż życie osób z wykształceniem wyższym. Umieralność osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym jest o ok. 90% wyższa niż osób z wykształceniem wyższym.



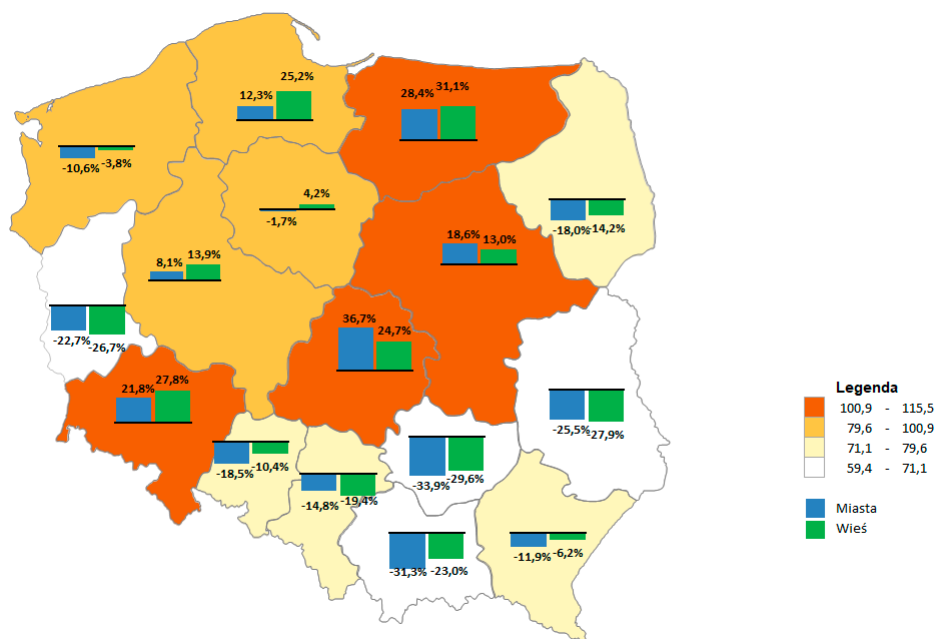
Ryc. 3.39. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020–2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Wśród chorób układu oddechowego najważniejszymi przyczynami zgonów są zapalenia płuc, z powodu których w 2023 r. zmarło 19 976 osób (10 292 mężczyzn i 9684 kobiety) oraz przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, z powodu których zmarło 5961 osób (3336 mężczyzn i 2625 kobiet).

Choroby układu oddechowego ogółem są podobnym zagrożeniem życia, po wylimitowaniu różnic w strukturze wieku, mężczyzn mieszkających na wsi i w miastach, podczas gdy poziom umieralności mieszkanek miast jest o 7,9% wyższy niż mieszkanek wsi (tabela 3.7a i 3.7b). Umieralność z powodu zapalenia płuc jest na trochę wyższym poziomie wśród mieszkańców miast niż wsi i to zarówno mężczyzn jak i kobiet, natomiast 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 51%. Wśród kobiet poziom umieralności w miastach i na wsi jest obecnie praktycznie jednakowy.

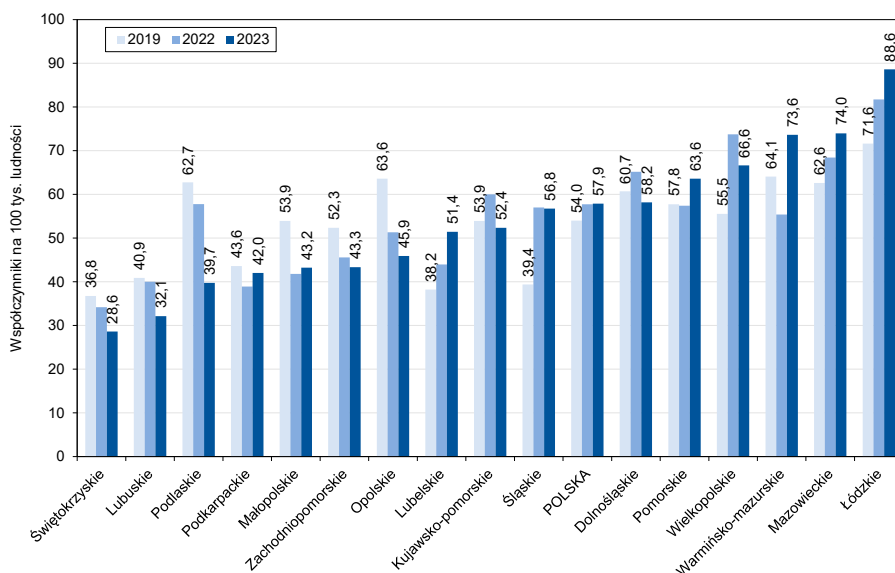
Na ryc. 3.40 pokazane są nadwyżki umieralność z powodu chorób układu oddechowego mieszkańców miast i wsi w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2023 r. Najbardziej niekorzystna dla mieszkańców wsi różnica występowała w woj. pomorskim, gdzie nadwyżka umieralności w stosunku do poziomu ogólnopolskiego na wsi jest o 12,9 pp. wyższa niż w miastach, natomiast w woj. łódzkim nadwyżka umieralności w miastach była o 12,0 pp. większa niż na wsi (nadumieralność w miastach jest największa w kraju).



Ryc. 3.40. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu oddechowego ogółem mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.

Międzywojewódzkie zróżnicowanie natężenia umieralności spowodowanej **zapaleniem płuc** jest duże i również duże zróżnicowanie wykazywały zmiany w poziomie umieralności w latach 2019–2023 w poszczególnych województwach

(ryc. 3.41). Zwraca uwagę postępujący wzrost umieralności w woj. łódzkim lubelskim i mazowieckim oraz jej stopniowe, znaczne obniżenie się w woj. podlaskim i opolskim. W 2023 r. współczynnik zgonów w woj. łódzkim był trzykrotnie większy niż w woj. świętokrzyskim.



Ryc. 3.41. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc (J12-J18) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 i 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Średni wiek osób zmarłych z powodu zapalenia płuc w 2023 r. wynosił 74,9 lat w przypadku mężczyzn i 81,2 lat w przypadku kobiet (tabela 3.18). Nawet po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tej przyczyny trochę później niż mężczyźni, przeciętnie o 1,7 roku. W przeciętnie najstarszym wieku umierają mężczyźni w woj. podkarpackim i kobiety w woj. małopolskim, opolskim i łódzkim natomiast w najmłodszym wieku mieszkańcy woj. lubuskiego – przeciętnie aż o 7,7 lat wcześniej w przypadku mężczyzn i 10,0 lat wcześniej w przypadku kobiet niż we wspomnianych województwach, gdzie mieszkańcy umierali z powodu tej choroby najpóźniej.

Zagrożenie życia ogółu ludności Polski spowodowane **przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych** podobnie jak w przypadku zapalenia płuc charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem międzywojewódzkim (ryc. 3.42).

Tabela 3.18. Średni wiek osób zmarłych z powodu zapalenia płuc według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

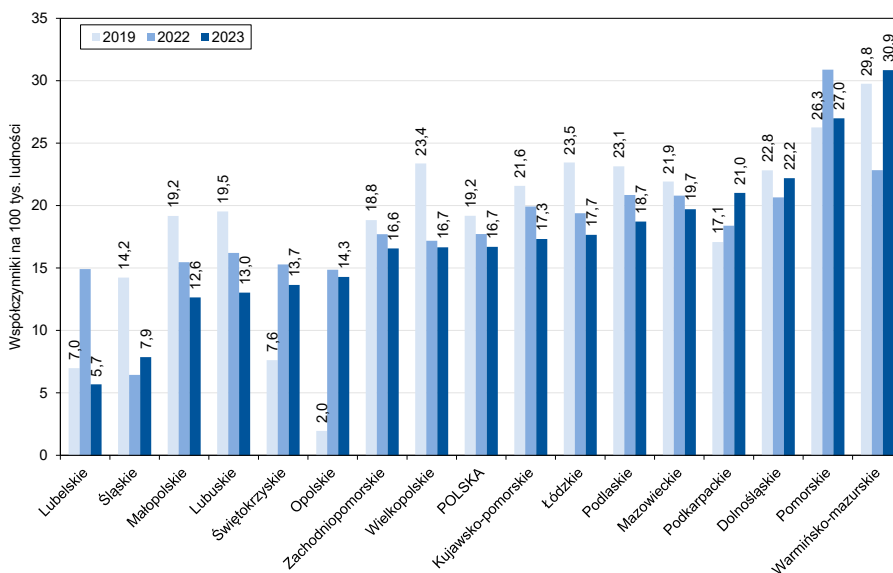
Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	75,2	81,3	78,8	79,4
Kujawsko-pomorskie	73,5	80,3	77,0	78,9
Lubelskie	74,7	82,4	77,5	80,6
Lubuskie	67,7	72,8	72,5	71,0
Łódzkie	76,0	82,5	78,8	80,9
Małopolskie	76,2	82,5	78,8	81,0
Mazowieckie	75,3	81,9	77,6	80,0
Opolskie	74,6	82,4	77,4	81,0
Podkarpackie	77,4	82,2	80,2	80,4
Podlaskie	75,1	82,7	77,4	80,6
Pomorskie	73,8	81,5	77,1	80,3
Śląskie	74,4	79,2	76,9	77,9
Świętokrzyskie	74,3	81,7	76,8	79,9
Warmińsko-mazurskie	73,8	79,8	78,4	78,4
Wielkopolskie	74,9	80,1	78,5	79,2
Zachodniopomorskie	75,2	81,3	78,7	80,0
Polska	74,9	81,2	77,9	79,6

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Poziom umieralności w większości województw obniżał się i w 2023 r. był niższy niż w 2019 r. Tendencja spadkowa najsilniej zaznaczyła się w woj. śląskim, małopolskim i lubuskim, gdzie poziom umieralności w 2023 r. był niższy niż w 2019 r. odpowiednio o 44%, 34% i 33%. Wyraźna tendencja wzrostowa współczynnika zgonów występuje w woj. podkarpackim a wyjątkowo silny wzrost umieralności między 2019 r. a 2022 r. wystąpił w woj. opolskim i świętokrzyskim. Zaskakująco niski poziom umieralności w woj. opolskim w 2019 r. i również w 2020 r. był niewątpliwie artefaktem związanym z prawdopodobnym zaburzeniem w kodowaniu przyczyn zgonów.

Średni wiek osób zmarłych z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych w 2023 r. wynosił 74,9 lat w przypadku mężczyzn i 76,8 lat w przypadku kobiet (tabela 3.19). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tej przyczyny trochę wcześniej niż mężczyźni, średnio o 1,1 roku. W przeciętnie najstarszym wieku umierają mężczyźni i kobiety w woj. podkarpackim natomiast w najmłodszym wieku mieszkańcy woj.

opolskiego oraz kobiety w woj. lubuskim i śląskim a różnica wieku między tymi skrajnymi województwami wynosi prawie 4 lata u mężczyzn i prawie 5 lat u kobiet.



Ryc. 3.42. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych (J40-J47) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Tabela 3.19. Średni wiek osób zmarłych z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

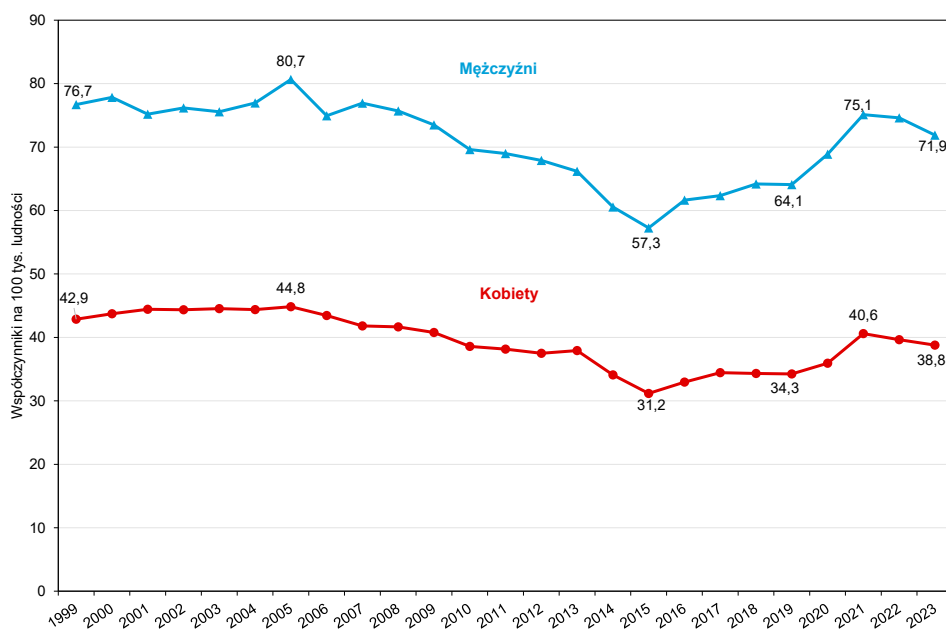
Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	73,9	76,8	76,2	75,8
Kujawsko-pomorskie	75,4	76,2	77,8	75,5
Lubelskie	76,2	78,3	78,0	75,8
Lubuskie	75,3	74,3	77,6	74,1
Łódzkie	74,4	76,4	76,3	75,2
Małopolskie	77,2	79,1	78,6	77,5
Mazowieckie	74,7	76,7	76,1	75,3
Opolskie	73,1	75,1	74,9	74,2
Podkarpackie	77,1	79,8	78,8	79,0
Podlaskie	76,2	76,9	77,9	75,1
Pomorskie	74,6	76,4	76,2	75,6

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Śląskie	75,1	75,1	76,6	74,2
Świętokrzyskie	74,0	78,6	75,8	77,3
Warmińsko-mazurskie	74,7	77,7	78,0	76,9
Wielkopolskie	73,9	76,8	76,1	76,2
Zachodniopomorskie	73,3	75,1	75,6	74,5
Polska	74,9	76,8	76,8	75,7

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Umieralność z powodu chorób układu pokarmowego

Umieralność ogółu ludności Polski z powodu chorób układu pokarmowego zwiększała się w latach 2015–2018, lata pandemii 2020–2021 przyniosły dalszy wzrost współczynnika zgonów natomiast w ostatnich dwóch latach poziom umieralności obniżył się (ryc. 3.43).



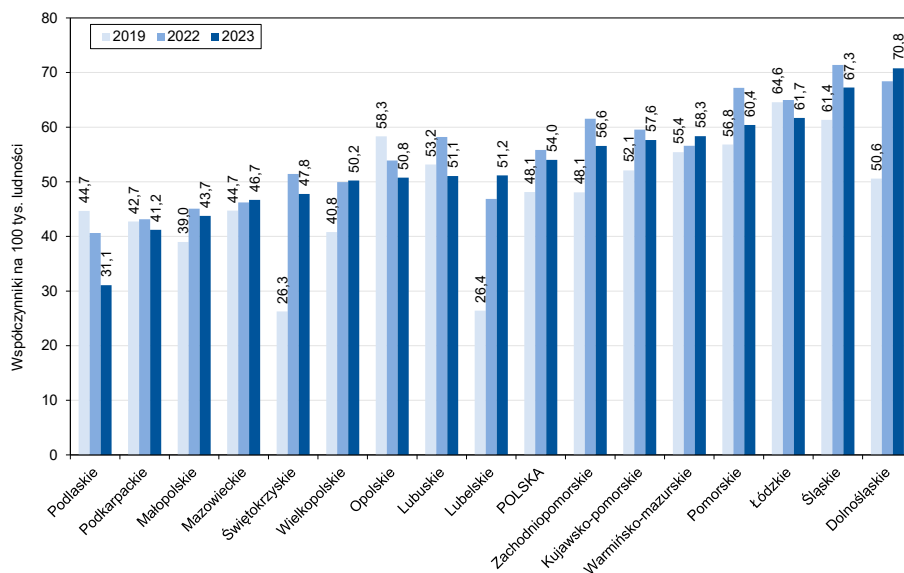
Ryc. 3.43. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu pokarmowego mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999–2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

W 2023 r. choroby układu pokarmowego były przyczyną 19 943 zgonów (11 561 mężczyzn i 8382 kobiet) tzn. na każde 100 tys. osób zmarły z ich powodu 53 osoby (63 w przypadku mężczyzn i 43 w przypadku kobiet, tabela 3.6a).

Wprawdzie ogólny poziom umieralności z powodu chorób układu pokarmowego jest niższy niż z powodu chorób układu oddechowego, ale w wieku 25–64 lat to choroby układu pokarmowego są częstszą przyczyną zgonów Polaków (ryc. 3.19a i 3.19b).

Choroby układu pokarmowego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest o 85% wyższe niż wśród kobiet (tabela 3.6b, ryc. 3.43).

Zagrożenie życia **chorobami układu pokarmowego ogółem** ogółu ludności w latach 2019–2023 było najwyższe w woj. dolnośląskim (dopiero w ostatnich dwóch latach), śląskim i łódzkim (ryc. 3.44). W woj. świętokrzyskim, lubelskim i wspomnianym już dolnośląskim umieralność w 2022 i 2023 r. była znacznie wyższa niż przed pandemią. Natomiast w woj. podlaskim i opolskie umieralność obniżyła się dosyć wyraźnie.



Ryc. 3.44. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu pokarmowego ogółem (K00-K93) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabeli 3.20 przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu

ogółu chorób układu pokarmowego mężczyzn i kobiet ogółem w latach 2022 i 2023 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Zwraca uwagę bardzo duża nadwyżka umieralności w obu latach w woj. lubelskim i świętokrzyskim szczególnie duża u kobiet. Tak duża wartość nadwyżki w tych województwach była spowodowana z jednej strony dużym wzrostem umieralności z powodu tych przyczyn w 2021 r. a z drugiej strony silnym trendem spadkowym współczynników zgonów w poprzedzających latach, który jest uwzględniany przy szacowaniu oczekiwanego współczynnika zgonów.

Tabela 3.20. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu pokarmowego mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2022 i 2023 r.

Województwo	2022		2023	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	53,6	26,9	42,2	48,5
Kujawsko-pomorskie	9,8	13,5	0,9	13,6
Lubelskie	54,1	141,2	74,1	158,5
Lubuskie	0,9	19,3	-3,3	-9,8
Łódzkie	3,2	1,5	-0,4	-4,7
Małopolskie	20,0	6,5	15,8	5,5
Mazowieckie	0,5	8,6	1,1	7,9
Opolskie	-21,6	2,3	-27,3	-4,4
Podkarpackie	-6,4	14,4	-7,6	2,2
Podlaskie	-3,6	-18,9	-25,8	-41,6
Pomorskie	21,6	12,9	2,2	10,8
Śląskie	18,9	12,9	13,0	3,3
Świętokrzyskie	75,3	168,2	71,4	130,2
Warmińsko-mazurskie	4,0	-4,0	-0,9	8,9
Wielkopolskie	30,6	32,4	33,4	28,3
Zachodniopomorskie	20,2	28,1	13,2	16,4
Polska	15,0	18,9	10,0	15,5

Źródło: obliczenia własne autorów

Średni wiek osób zmarłych z powodu chorób układu pokarmowego w 2023 r. wynosił 63,2 lat w przypadku mężczyzn i 73,4 lat w przypadku kobiet (tabela

3.21a). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tych chorób w starszym wieku niż mężczyźni przeciętnie o 5,7 lat (tabela 3.21b). W przeciętnie najmłodszym wieku umierają mężczyźni w woj. podlaskim a kobiety w woj. lubuskim natomiast w najstarszym wieku mężczyźni w woj. kujawsko-pomorskim, opolskim i wielkopolskim a kobiety w woj. lubelskim. Różnica wieku zgonu między tymi skrajnymi województwami jest wyraźna i dla mężczyzn oraz kobiet wynosi odpowiednio 4,7 i 4,5 lat. Osoby mieszkające w miastach oraz na wsi ogółem umierają w dosyć podobnym wieku, ale w poszczególnych województwach występują już różnice, na przykład w woj. świętokrzyskim mężczyźni mieszkańcy miast umierają przeciętnie 3,1 roku młodszy niż mieszkańcy wsi a kobiety mieszkające w miastach umierają aż o 7,1 lat wcześniej niż mieszkanki wsi. W woj. opolskim mieszkanki miast umierają o ponad 6 lat wcześniej niż mieszkanki wsi.

Tabela 3.21a. Średni wiek osób zmarłych z powodu chorób układu pokarmowego według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości rzeczywiste

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	63,2	63,7	62,0	72,3	72,1	73,2
Kujawsko-pomorskie	63,6	64,3	62,6	74,8	75,3	73,6
Lubelskie	63,3	64,3	62,4	76,7	76,2	77,3
Lubuskie	63,1	63,6	62,3	71,0	70,1	72,7
Łódzkie	63,4	64,2	62,0	74,1	73,9	74,6
Małopolskie	63,9	64,6	63,2	74,5	73,7	75,7
Mazowieckie	62,8	63,0	62,5	74,2	73,8	74,9
Opolskie	64,6	65,7	63,5	73,8	71,4	76,8
Podkarpackie	61,4	63,5	59,8	74,4	73,3	75,4
Podlaskie	60,0	61,5	58,4	73,3	72,0	75,5
Pomorskie	63,9	64,5	62,9	73,5	74,0	72,2
Śląskie	63,1	63,2	62,9	72,3	72,3	72,2
Świętokrzyskie	63,1	62,6	63,7	73,6	70,4	76,8
Warmińsko-mazurskie	61,7	62,1	61,2	72,9	72,7	73,1
Wielkopolskie	63,5	64,8	61,9	72,3	73,4	70,1
Zachodniopomorskie	63,8	64,0	63,3	72,3	72,5	71,7
Polska	63,2	63,7	62,2	73,4	73,2	74,0

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Tabela 3.21b. Średni wiek osób zmarłych z powodu chorób układu pokarmowego według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości standaryzowane

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	65,8	65,6	66,1	70,2	69,2	72,7
Kujawsko-pomorskie	66,7	66,3	67,6	73,2	73,0	73,2
Lubelskie	66,1	66,8	65,5	74,2	74,1	74,4
Lubuskie	65,2	65,2	65,5	69,8	68,5	72,3
Łódzkie	65,9	66,5	64,7	71,2	70,5	72,6
Małopolskie	66,5	66,2	66,8	72,3	70,8	74,1
Mazowieckie	65,3	65,0	66,1	71,7	70,9	73,1
Opolskie	66,7	67,1	66,5	71,8	69,1	75,3
Podkarpackie	64,1	66,0	62,5	72,2	71,2	73,2
Podlaskie	62,0	63,6	60,0	70,1	69,0	71,8
Pomorskie	66,4	65,9	67,5	72,2	71,7	72,9
Śląskie	65,1	64,8	65,9	70,4	70,2	71,2
Świętokrzyskie	64,6	63,1	66,2	70,5	66,8	74,0
Warmińsko-mazurskie	65,3	64,8	66,3	71,6	70,8	72,7
Wielkopolskie	66,7	67,0	66,3	71,2	71,4	70,5
Zachodniopomorskie	66,4	65,8	68,1	70,5	69,9	71,7
Polska	65,7	65,6	65,8	71,4	70,6	72,7

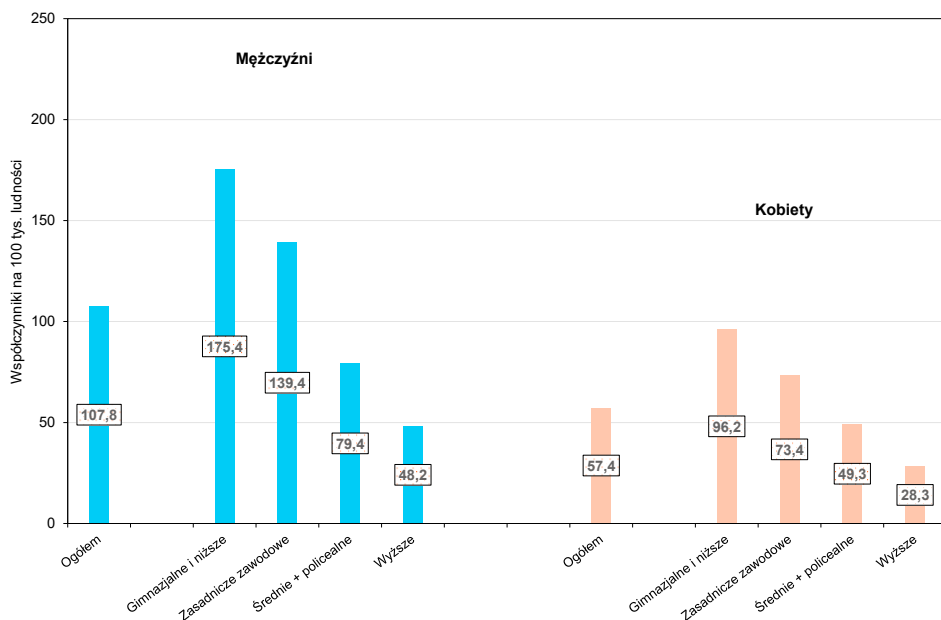
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Poziom umieralności ludności Polski z powodu chorób układu pokarmowego jest bardzo silnie związany z poziomem posiadanego wykształcenia (ryc. 3.45). Życie osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ok. trzyipółkrotnie bardziej zagrożone z powodu tych chorób niż życie osób z wykształceniem wyższym. Umieralność osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym jest ponad dwuipółkrotnie wyższa niż osób z wykształceniem wyższym.

Choroby układu trawiennego ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi i to zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet (tabela 3.7a i 3.7b). Jeszcze większa różnica na niekorzyść mieszkańców miast występuje w przypadku przewlekłych chorób wątroby, szczególnie kobiet. Umieralność z ich powodu kobiet w miastach jest wyższa niż na wsi o 44%.

Na ryc. 3.46 pokazane są nadwyżki umieralność z powodu chorób układu pokarmowego mieszkańców miast i wsi w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2023 r. Najbardziej niekorzystna

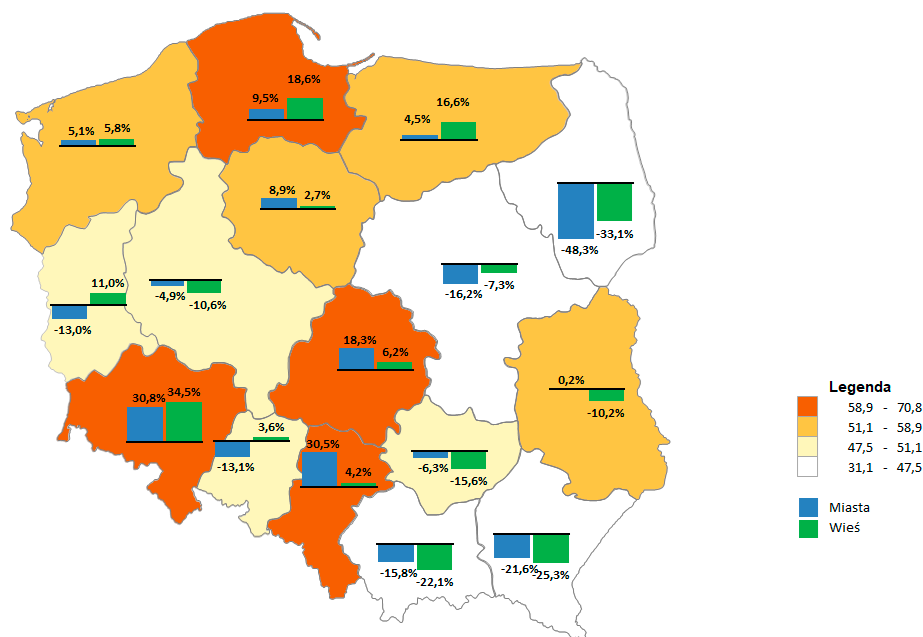
dla mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miast różnica występowała w woj. warmińsko-mazurskim, podlaskim i pomorskim. Natomiast największa różnica w nadwyżce umieralności na niekorzyść mieszkańców miast była w woj. śląskim i łódzkim.



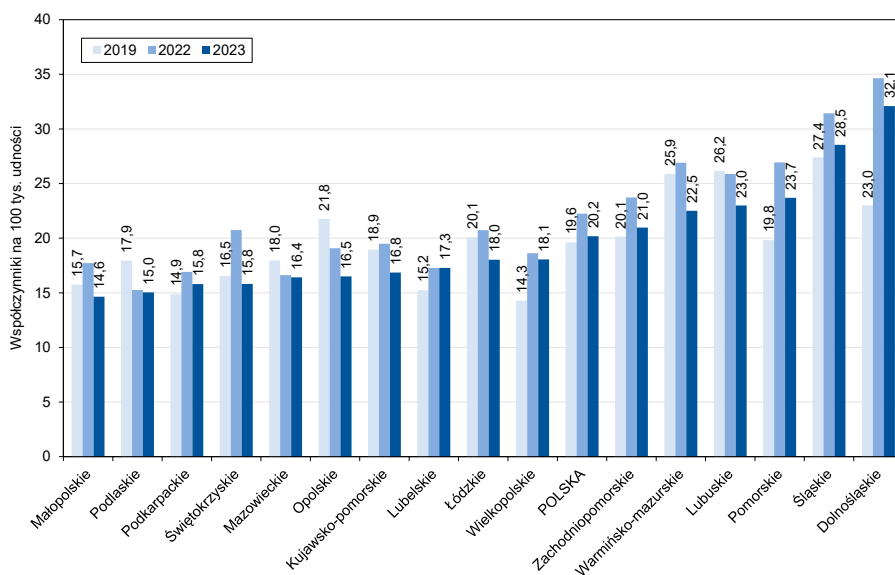
Ryc. 3.45. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu pokarmowego mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020–2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Wśród chorób układu pokarmowego 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 2023 r. zmarło 7866 osób (5537 mężczyzn i 2329 kobiet) (39% ogółu zgonów z powodu chorób układu pokarmowego).

Umieralność z powodu **przewlekłych chorób wątroby** charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem międzywojewódzkim. Są one największym zagrożeniem życia dla mieszkańców woj. dolnośląskiego i śląskiego – w 2023 r. większym od przeciętnego dla całego kraju odpowiednio o 59% i 41% (ryc. 3.47). Współczynniki zgonów w 2023 r. prawie w połowie województw były wyższe niż w 2019 r. a największy wzrost wystąpił w woj. dolnośląskim, wielkopolskim i pomorskim. Wyraźne obniżanie się poziomu umieralności występuje w woj. lubuskim, opolskim i podlaskim.



Ryc. 3.46. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu pokarmowego ogółem mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.



Ryc. 3.47. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości (K70, K73-K74) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Średni wiek osób zmarłych z powodu przewlekłej choroby wątroby w 2023 r. wynosił 57,8 lat w przypadku mężczyzn i 60,9 lat w przypadku kobiet (tabela 3.22). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci mężczyźni umierają z powodu tej przyczyny tylko nieznacznie wcześniej niż kobiety, średnio o 0,8 roku. Zwraca uwagę sytuacja w woj. podkarpackim, gdzie mężczyźni umierają przeciętnie aż o 7 lat młodszy niż kobiety. W przeciętnie najstarszym wieku umierają mężczyźni w woj. lubuskim i pomorski a kobiety w woj. podkarpackim natomiast w najmłodszym wieku mężczyźni w woj. podkarpackim a kobiety w woj. łódzkiej. Różnica wieku między tymi skrajnymi województwami jest znaczna i wynosi 5,8 lat u mężczyzn i 6,7 lat u kobiet.

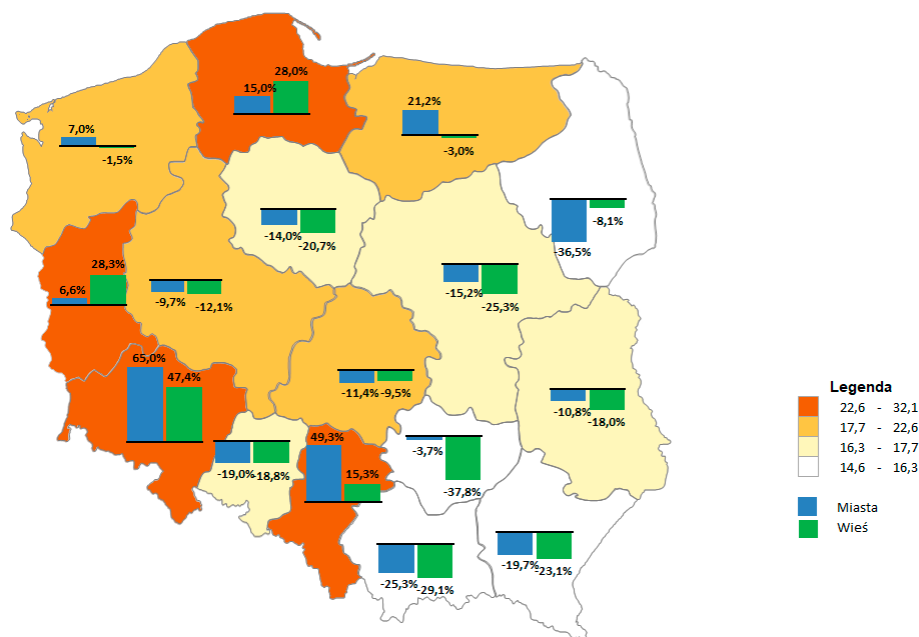
Tabela 3.22. Średni wiek osób zmarłych z powodu przewlekłych chorób wątroby według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	59,1	61,3	60,0	60,1
Kujawsko-pomorskie	56,8	62,3	57,6	61,0
Lubelskie	56,0	61,7	56,8	60,2
Lubuskie	60,9	62,6	61,8	61,7
Łódzkie	56,4	58,4	56,9	56,4
Małopolskie	57,5	59,7	58,7	59,3
Mazowieckie	57,6	60,2	59,1	59,1
Opolskie	58,3	63,4	59,1	62,1
Podkarpackie	55,2	64,2	56,1	63,2
Podlaskie	57,1	58,8	58,2	58,1
Pomorskie	60,1	63,3	61,5	62,5
Śląskie	58,2	60,0	59,1	58,7
Świętokrzyskie	57,6	58,9	57,6	57,2
Warmińsko-mazurskie	56,3	61,4	57,4	60,7
Wielkopolskie	57,5	60,4	59,0	59,6
Zachodniopomorskie	58,5	59,9	59,5	58,7
Polska	57,8	60,9	58,9	59,7

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Poziom umieralności z powodu przewlekłych chorób wątroby i marskości mieszkańców miast jest wyższy niż mieszkańców wsi we wszystkich województwach z wyjątkiem pomorskiego, lubuskiego, podlaskiego i opolskiego. Największa

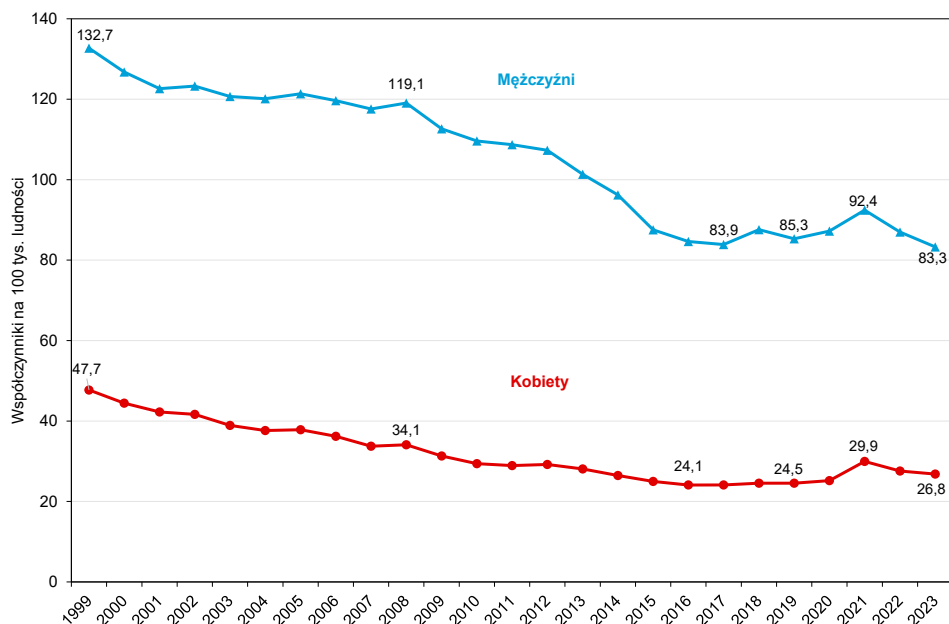
względna różnica poziomów umieralności w miastach i na wsi jest w woj. świętokrzyskim (najniższa w kraju umieralność na wsi) i śląskim (druga po woj. dolnośląskim największa w kraju umieralność w miastach) (ryc. 3.48).



Ryc. 3.48. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu przewlekłych chorób wątroby i marskości (K70, K73-K74) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.

Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów

Znaczenie tej grupy zdarzeń zdrowotnych jako przyczyny zgonów mężczyzn i kobiet zmniejszało się do 2017 r. natomiast w kolejnych latach współczynniki zgonów powoli zwiększyły się, wyraźnie w 2021 r., ale w ostatnich dwóch latach ponownie zmniejszały swoją wartość (tabela 3.5a i 3.5b, ryc. 3.49). Zewnętrzne przyczyny zgonów są największym zagrożeniem życia mężczyzn w wieku 10–49 lat i kobiet w wieku 10–29 lat (ryc. 3.19a i 3.19b). W 2023 r. straciło życie z ich powodu 19 645 osób (13 965 mężczyzn i 5680 kobiet), tzn. 52,1 na każde 100 tys. ludności (76,7 w przypadku mężczyzn i 29,2 w przypadku kobiet, tabela 3.6a).



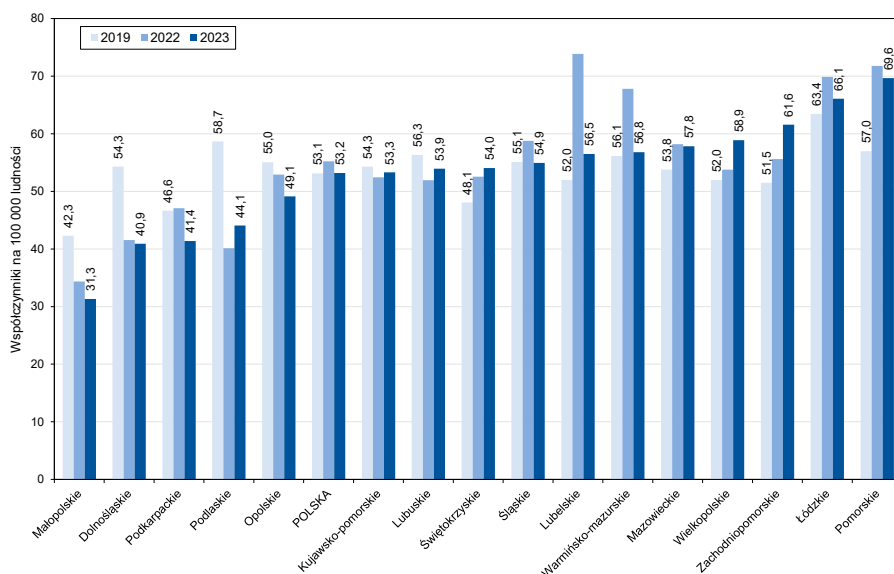
Ryc. 3.49. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999–2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

Zewnętrzne przyczyny zgonów są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet, w 2023 r. standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 3,1 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 3.6b, ryc. 3.49). Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (o 25%) natomiast zagrożenie życia mieszkanek wsi i miast jest obecnie jednakowe (tabela 3.7b).

Występuje duże zróżnicowanie międzywojewódzkie natężenia zgonów z powodu **przyczyn zewnętrznych**. Są one największym zagrożeniem życia dla mieszkańców woj. pomorskiego i łódzkiego – w 2023 r. większym od przeciętnego dla całego kraju odpowiednio o 59% i 41% a od poziomu w woj. małopolskim aż ponad dwukrotnie (ryc. 3.50). Współczynniki zgonów w 2023 r. w połowie województw były niższe niż w 2019 r. a największe obniżenie poziomu umieralności wystąpiło w woj. małopolskim, dolnośląskim i podlaskim. Wyraźny wzrost umieralności wystąpił na północy kraju w woj. pomorskim i zachodniopomorskim.

W tabeli 3.23 przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych mężczyzn i kobiet ogółem w latach 2022 i 2023 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów.

Zwraca uwagę większa nadwyżka umieralności u kobiet niż u mężczyzn, szczególnie duża w obu latach w woj. lubelskim i świętokrzyskim a także wyraźnie zaznaczona w woj. mazowieckim.



Ryc. 3.50. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (V00-Y98) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

Tabela 3.23. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2022 i 2023 r.

Województwo	2022		2023	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	-24,1	-20,2	-29,9	-17,2
Kujawsko-pomorskie	-7,8	26,5	-7,7	23,4
Lubelskie	29,1	130,2	0,5	67,4
Lubuskie	-12,6	13,8	-9,4	4,4
Łódzkie	1,4	28,4	-0,1	12,3
Małopolskie	-9,8	-20,2	-18,4	-26,0
Mazowieckie	10,2	44,0	8,4	42,2
Opolskie	-4,5	6,1	-17,9	17,6
Podkarpackie	-0,8	17,8	-13,1	-8,2
Podlaskie	-34,3	-22,8	-25,1	-23,4

Województwo	2022		2023	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Pomorskie	26,6	22,7	14,7	25,0
Śląskie	24,2	0,6	13,6	−4,8
Świętokrzyskie	10,8	53,3	15,9	55,4
Warmińsko-mazurskie	16,2	37,4	−2,2	5,7
Wielkopolskie	−6,0	5,2	−4,6	23,5
Zachodniopomorskie	13,3	13,4	18,0	32,9
Polska	6,7	13,1	1,1	8,5

Źródło: obliczenia własne autorów

Średni wiek osób zmarłych z powodu zewnętrznej przyczyny zgonu w 2023 r. wynosił 54,6 lat w przypadku mężczyzn i 70,4 lat w przypadku kobiet (tabela 3.24a). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierają z powodu tych chorób w starszym wieku niż mężczyźni średnio o 9,2 lat (tabela 3.24b). W przeciętnie najmłodszym wieku umierają mężczyźni w woj. warmińsko-mazurskim a kobiety w woj. świętokrzyskim natomiast w najstarszym wieku mężczyźni w woj. łódzkim i lubelskim a kobiety w woj. lubelskim. Różnica wieku zgonu między tymi skrajnymi województwami jest szczególnie wyraźna w przypadku kobiet i wynosi 7,4 lat natomiast dla mężczyzn wynosi 4,0 lata. Osoby mieszkające w miastach oraz na wsi ogółem umierają w dosyć podobnym wieku, ale w poszczególnych województwach występują już różnice, na przykład w woj. warmińsko-mazurskim mężczyźni mieszkańcy miast umierają przeciętnie 4,7 lat młodszy niż mieszkańcy wsi a kobiety mieszkające w miastach w woj. świętokrzyskim umierają o 4,5 lat wcześniej niż mieszkanki wsi.

Tabela 3.24a. Średni wiek osób zmarłych z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości rzeczywiste

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	53,0	53,6	51,9	69,3	71,0	64,8
Kujawsko-pomorskie	53,2	54,8	51,4	68,9	69,3	68,1
Lubelskie	56,2	55,9	56,4	73,4	72,9	73,8
Lubuskie	53,1	53,6	52,3	68,3	68,9	66,2
Łódzkie	56,7	57,3	55,9	72,1	72,8	70,9
Małopolskie	53,8	53,4	54,1	70,8	69,9	71,6
Mazowieckie	54,6	55,3	53,7	70,5	69,8	71,7

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Opolskie	56,2	58,3	54,0	72,7	74,7	70,4
Podkarpackie	54,4	53,5	54,9	70,2	70,5	70,0
Podlaskie	53,4	53,1	53,6	71,0	70,4	71,8
Pomorskie	54,4	56,3	51,6	69,2	70,9	65,4
Śląskie	56,5	56,9	55,4	71,8	71,5	72,8
Świętokrzyskie	56,5	56,7	56,4	67,3	65,8	68,5
Warmińsko-mazurskie	52,3	51,6	53,1	66,7	69,1	62,2
Wielkopolskie	53,0	54,4	51,6	69,1	70,8	66,9
Zachodniopomorskie	54,8	55,9	53,0	70,5	71,6	67,0
Polska	54,6	55,4	53,8	70,4	70,8	69,5

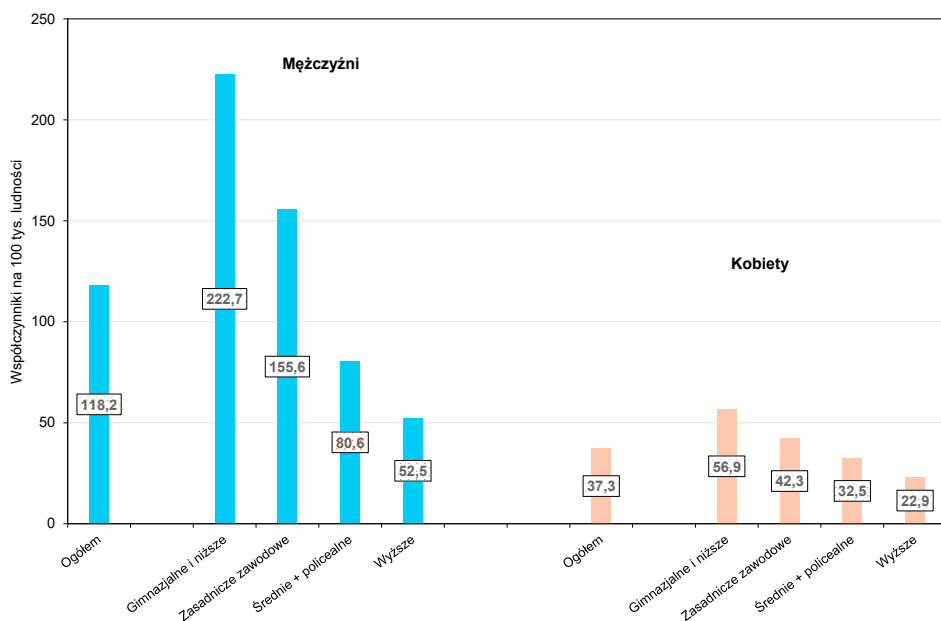
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Tabela 3.24b. Średni wiek osób zmarłych z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu według województw, płci oraz miejsca zamieszkania miasto-wieś w 2023 r. – wartości standaryzowane względem wieku

Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	55,9	55,8	56,0	65,3	65,9	63,7
Kujawsko-pomorskie	56,0	56,6	55,7	65,9	64,5	67,8
Lubelskie	59,2	58,4	59,9	69,3	68,3	70,1
Lubuskie	56,3	56,1	56,9	65,7	65,0	65,9
Łódzkie	59,4	59,6	59,0	67,3	67,4	67,5
Małopolskie	57,5	55,9	58,8	67,8	65,8	69,8
Mazowieckie	58,0	58,3	57,8	66,6	65,0	69,3
Opolskie	58,3	59,9	56,6	68,8	70,6	67,2
Podkarpackie	57,3	55,9	58,3	67,2	66,5	67,5
Podlaskie	56,3	56,3	55,9	66,1	66,0	66,0
Pomorskie	58,2	58,6	57,7	67,4	67,6	67,7
Śląskie	59,1	59,2	58,9	68,7	67,9	71,5
Świętokrzyskie	58,2	57,4	58,8	61,9	59,3	63,7
Warmińsko-mazurskie	55,4	53,6	58,3	63,9	64,7	62,1
Wielkopolskie	57,3	57,3	57,8	67,4	67,5	67,9
Zachodniopomorskie	58,1	58,2	58,4	67,4	67,3	66,7
Polska	57,8	57,8	58,0	67,0	66,4	67,7

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

Umieralność ludności Polski z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu jest bardzo silnie związana z poziomem posiadanego wykształcenia (ryc. 3.51). Życie mężczyzn z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ok. czterokrotnie bardziej zagrożone z powodu tych przyczyn niż życie mężczyzn z wykształceniem wyższym, natomiast w przypadku kobiet różnica jest dwuipółkrotna. Umieralność osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym jest trzykrotnie wyższa w przypadku mężczyzn i dwukrotnie w przypadku kobiet niż osób z wykształceniem wyższym.



Ryc. 3.51. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020–2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów najczęstszą przyczyną utraty życia mieszkańców Polski ogółem oraz kobiet w 2023 r. były **upadki** odpowiedzialne za śmierć 5027 osób, 26% zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych (2582 mężczyzn i 2445 kobiet). Warto zauważyć, że wśród kobiet tylko 7% zgonów z tej przyczyny dotyczy będących w wieku poniżej 65 lat natomiast w przypadku mężczyzn aż 35%. Upadki w podobnym stopniu zagrażają życiu mieszkańców miast i wsi.

Drugą przyczyną zgonów wśród przyczyn zewnętrznych są **samobójstwa**, które wśród mężczyzn są najczęstszą przyczyną, w wyniku których w 2023 r. straciły życie 4553 osoby (aż 3895 mężczyzn i 658 kobiet). Są one znacznie większym (o 38% w 2023 r.) zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż

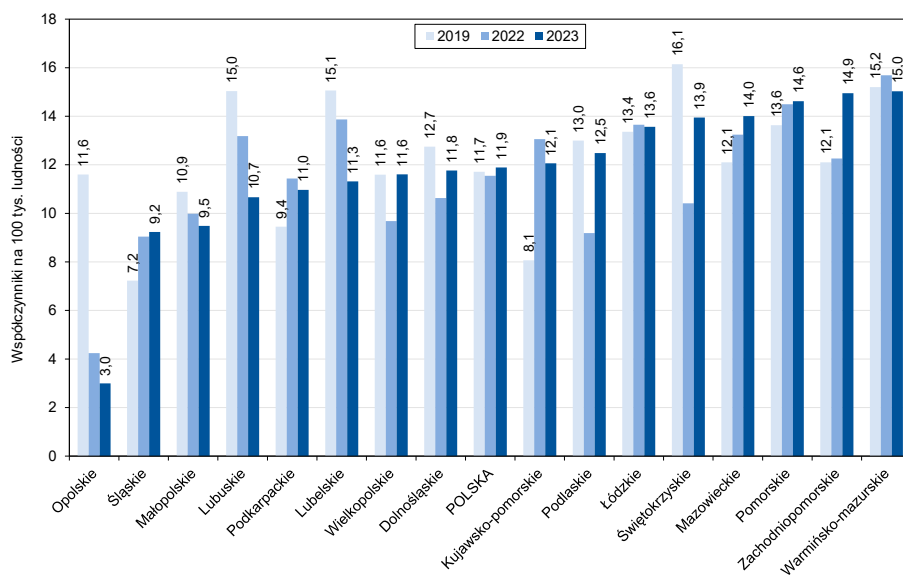
w miastach, a w ostatnim roku były większym (o 13%) zagrożeniem życia mieszkanki miast niż wsi (większe zagrożenie życia kobiet w miastach występuje dopiero od 2021 r.).

Dopiero trzecią co do częstości zewnętrzną przyczyną zgonów Polaków są **wypadki komunikacyjne**, z powodu których w 2023 r. zmarło 2458 osób (1908 mężczyzn i 550 kobiet). Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia osób mieszkających na wsi niż w miastach – w 2023 r. mężczyzn o 59% a kobiet o 15% (tabela 3.7b).

Ogólnopolski standaryzowany współczynnik zgonów z powodu **samobójstw** utrzymywał się na stałym poziomie w latach 2019, 2022 i 2023. Natomiast w szeregu województw zachodziły wyraźne zmiany jego wartości (ryc. 3.52). Na problemy związane z analizą porównawczą współczynników zgonów z powodu samobójstw zwróciliśmy uwagę w Raporcie 2020²⁶. Obecnie można zauważyć, że wysoka umieralności z powodu samobójstw w woj. kujawsko-pomorskim w 2022 r. (liczba zgonów wzrosła ze 172 w 2019 r. do 277 w 2021 r., 267 w 2022 r. i 247 w 2023 r.) może częściowo być pochodną dużego zmniejszenia się liczby zgonów z powodu zdarzeń o nieokreślonym zamiarze (ICD-10 Y10-Y34) (z 237 w 2019 r. do 13 i 31 odpowiednio w 2022 r. i 2023 r.), co może wskazywać na zmiany w orzecznictwie. Odwrotna sytuacja jest w przypadku radykalnego zmniejszenia się współczynnika zgonów w woj. opolskim. O ile w 2019 r. było 120 zgonów z powodu samobójstw a 10 z powodu zdarzeń o nieokreślonym zamiarze to w 2022 r. i 2023 r. odpowiednie pary wartości wynosiły 41 i 105 oraz 28 i 101. Ale takimi zmianami nie można wytłumaczyć wszystkich nagłych wzrostów i spadków współczynników zgonów, na przykład zmian umieralności w woj. świętokrzyskim.

Średni wiek osób zmarłych z powodu samobójstwa w 2023 r. był bardzo zbliżony w przypadku mężczyzn i kobiet i wynosił odpowiednio 48,4 i 48,0 lat (tabela 3.25). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci kobiety umierały z powodu tej przyczyny nieznacznie wcześniej niż mężczyźni, średnio o 3,4 lat. Ale w woj. łódzkim kobiety umierały o prawie 10 lat wcześniej niż mężczyźni a w woj. podlaskim o blisko 8 lat. W przeciętnie najstarszym wieku umierali mężczyźni w woj. świętokrzyskim a kobiety w woj. lubuskim i dolnośląskim natomiast w najmłodszym wieku mężczyźni w woj. pomorskim a kobiety w woj. łódzkim. Różnica wieku między tymi skrajnymi województwami jest znaczna i wynosi 5,7 lat u mężczyzn i 10 lat u kobiet.

²⁶ Wojtyński B, Stokwiszewski J, Rabczenko D, et.al. „Długość życia i umieralność ludności Polski” w Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, NIZP PZH, Warszawa 2020



Ryc. 3.52. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

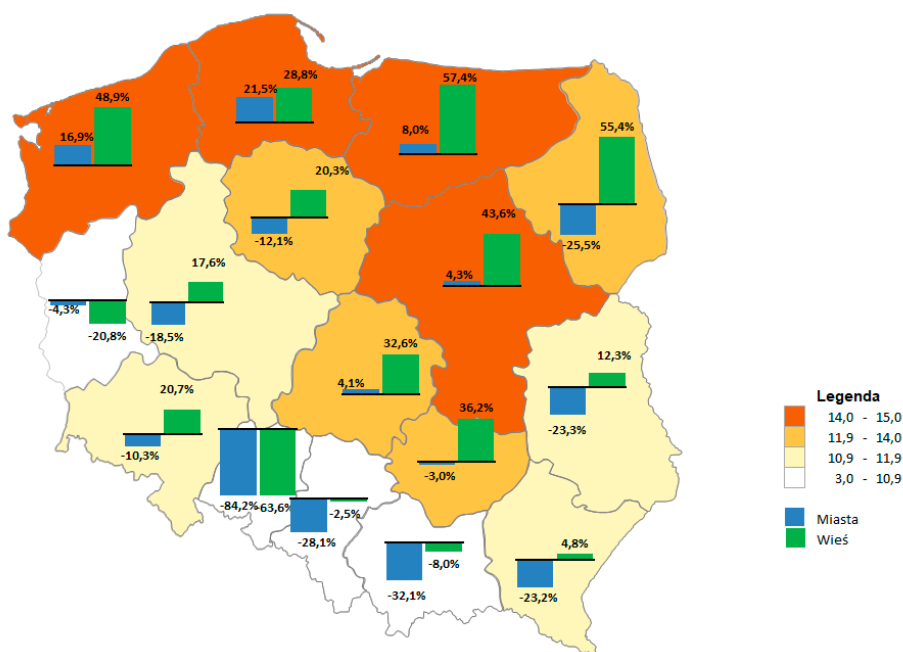
Tabela 3.25. Średni wiek osób zmarłych z powodu samobójstw według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	47,9	54,0	49,4	51,6
Kujawsko-pomorskie	47,2	49,0	48,6	47,7
Lubelskie	48,6	49,3	50,5	47,5
Lubuskie	46,4	53,4	47,3	51,7
Łódzkie	50,3	44,2	51,3	41,7
Małopolskie	48,5	47,6	50,7	47,2
Mazowieckie	49,0	46,2	51,0	45,5
Opolskie	46,8	46,0	47,6	45,7
Podkarpackie	48,2	44,7	49,4	44,4
Podlaskie	48,0	43,4	49,9	42,2
Pomorskie	44,2	48,0	46,2	47,4
Śląskie	48,8	50,6	49,7	48,8
Świętokrzyskie	51,2	46,5	51,9	45,1
Warmińsko-mazurskie	48,0	44,0	50,2	42,6

Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Wielkopolskie	49,1	50,4	51,0	50,1
Zachodniopomorskie	49,0	50,2	50,8	48,0
Polska	48,4	48,0	50,0	46,6

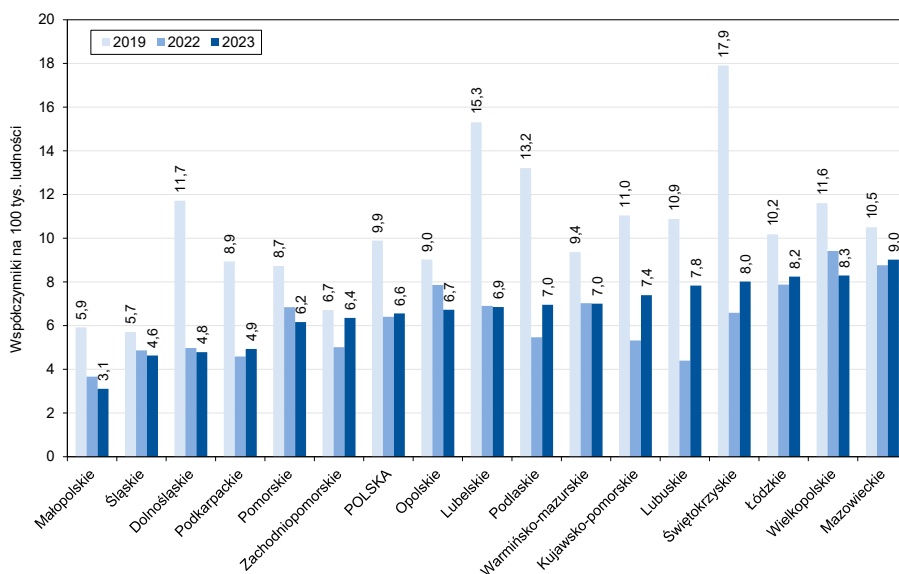
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi jest wyższy niż mieszkańców miast. Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach jest w woj. warmińsko-mazurskim i mazowieckim (ryc. 3.53). Największe zagrożenie życia z powodu samobójstw wśród mieszkańców wsi występuje obecnie w woj. warmińsko-mazurskim, podlaskim, zachodniopomorskim i mazowieckim a w miastach w woj. pomorskim i zachodniopomorskim.



Ryc. 3.53. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r. (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Umieralność z powodu **wypadków komunikacyjnych** w Polsce w 2023 r. była na niższym poziomie niż w 2019 r. we wszystkich województwach (ryc. 3.54). Zwracają jednak uwagę województwa świętokrzyskie i lubelskie oraz dolnośląskie i podlaskie, gdzie nastąpiło wyjątkowe obniżenie poziomu umieralności. Jest to prawdopodobnie artefakt związany ze zmianą w kodowaniu przyczyny zgonu. Sytuacja w ostatnich dwóch latach pozwala wskazać woj. małopolskie jako te, gdzie życie mieszkańców jest najmniej zagrożone wypadkami komunikacyjnymi a woj. mazowieckie, wielkopolskie i łódzkie jako te o największym zagrożeniu.



Ryc. 3.54. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych (V00-V99) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Średni wiek osób zmarłych z powodu wypadków komunikacyjnych w 2023 r. był bardzo zbliżony w przypadku mężczyzn i kobiet i wynosił odpowiednio 45,8 i 51,8 lat (tabela 3.26). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku w obu grupach płci mężczyźni umierali z powodu tej przyczyny średnio tylko o 1,6 roku wcześniej niż kobiety. Ale w woj. pomorskim mężczyźni umierali o prawie 14 lat wcześniej niż kobiety a w woj. małopolskim o 9 lat. Z drugiej strony w woj. warmińsko-mazurskim i opolskim to kobiety ginęły w wypadkach komunikacyjnych w młodszym wieku niż mężczyźni przeciętnie o 6 lat. Różnica wieku między skrajnymi województwami, gdzie średni wiek zmarłych był największy i najmniejszy jest znaczna i wynosi 9,5 lat u mężczyzn i 20,7 lat u kobiet.

Tabela 3.26. Średni wiek osób zmarłych w wypadkach komunikacyjnych według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

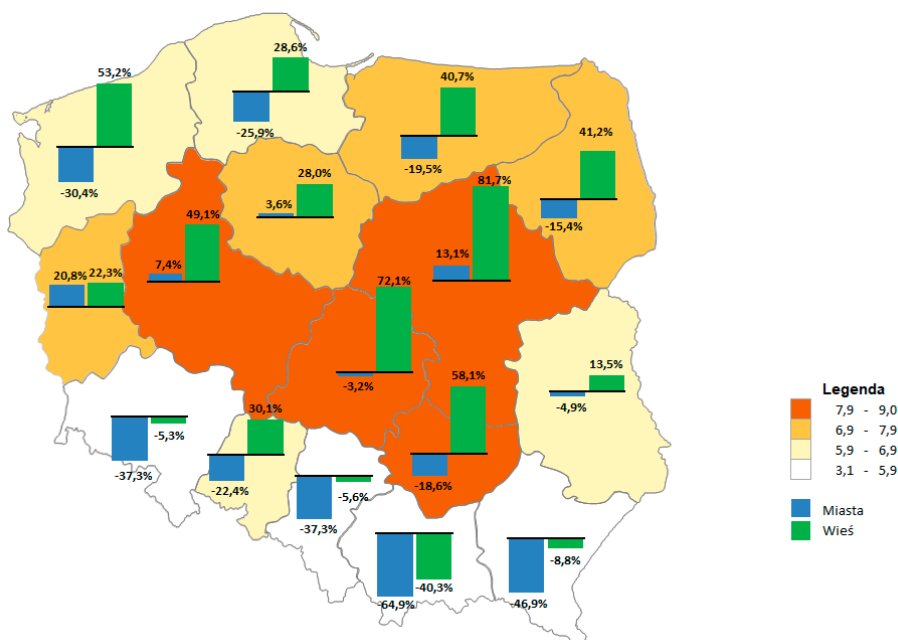
Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	44,4	46,2	45,8	43,6
Kujawsko-pomorskie	47,2	49,6	48,7	47,7
Lubelskie	46,9	59,2	49,2	55,8
Lubuskie	45,4	51,0	47,7	49,3
Łódzkie	46,8	55,4	48,1	49,8
Małopolskie	46,7	60,7	49,0	58,0
Mazowieckie	46,1	53,1	49,0	50,6
Opolskie	43,8	39,2	44,0	37,3
Podkarpackie	49,2	54,2	51,9	53,3
Podlaskie	45,3	56,7	47,1	54,0
Pomorskie	40,3	57,3	42,4	56,2
Śląskie	46,8	56,3	47,6	52,6
Świętokrzyskie	46,9	49,9	47,4	46,0
Warmińsko-mazurskie	44,5	43,4	48,1	41,8
Wielkopolskie	45,4	47,1	48,3	46,5
Zachodniopomorskie	45,3	52,4	46,3	49,6
Polska	45,8	51,8	47,8	49,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu wypadków komunikacyjnych mieszkańców wsi jest znacznie wyższy niż mieszkańców miast (ryc. 3.55). Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach jest w woj. zachodniopomorskim, łódzkim i świętokrzyskim. Zagrożenie życia mieszkańców wsi w woj. mazowieckim jest obecnie najwyższe w kraju, a mieszkańców miast jest najwyższe w woj. lubuskim.

Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych

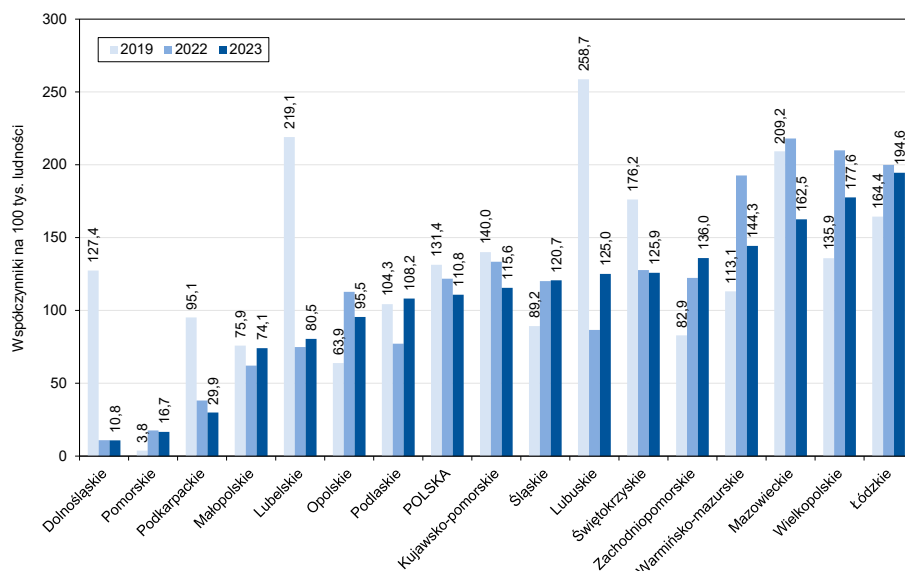
Omawiając umieralność spowodowaną poszczególnymi przyczynami zgonów trzeba zwrócić uwagę na grupę przyczyn niedokładnie określonych, a więc takich, gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, była niedokładnie określona lub wręcz nieznana (ICD-10 R00-R99).



Ryc. 3.55. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu z powodu wypadków komunikacyjnych (V00-V99) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r. (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W 2023 r. tak niedokładnie określoną przyczynę podano w przypadku zgonu 39 187 osób (20 781 mężczyzn i 18 406 kobiet) (104 na 100 tys. ludności). Przyczyny te występują nie tylko wśród osób najstarszych, ale we wszystkich grupach wieku (ryc. 3.19a i 3.19b), znacznie częściej występują w przypadku zgonów mężczyzn niż kobiet i częściej w przypadku zgonów mieszkańców wsi niż miast (tabele 3.6a, 3.6b, 3.7a, 3.7b).

Od lat zwracamy uwagę na niedobłą sytuację jaka ma miejsce przypadku zróżnicowania zarówno w przestrzeni – wojewódzkiego, jak i w czasie, zgonów, których przyczyny są niedokładnie określone bądź nieznanne. Jak pokazuje ryc. 3.56 zarówno poziom umieralności jak i jego zmiany w ostatnich latach wykazują ogromne zróżnicowanie międzywojewódzkie. Po pierwsze różnice wielkości współczynników w skrajnych województwach są niezwykle duże – ostatnio ok. dwudziestokrotne (w 2019 r. różnica była prawie 70-krotna) a po drugie poziom współczynników wykazywał bardzo duże, trudne do zrozumienia zmiany w czasie. Zmiany te musiały mieć swój wpływ na zmiany i wielkość współczynników zgonów z powodu innych przyczyn, na co zwrócono już uwagę we wcześniejszej części rozdziału. Godna pochwały jest tylko sytuacja w woj. pomorskim i ostatnio w dolnośląskim i podkarpackim.

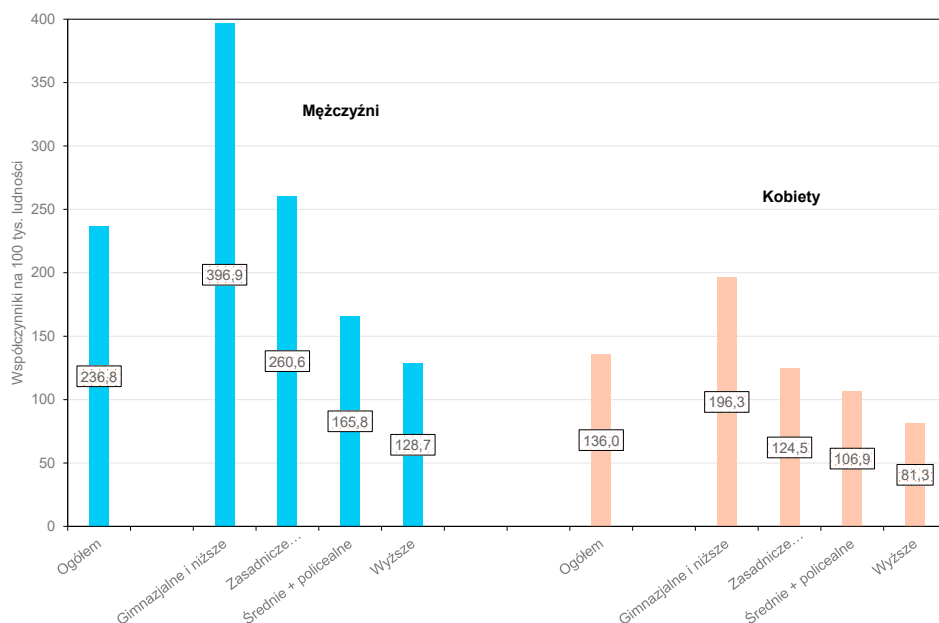


Ryc. 3.56. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Umieralność ludności Polski z powodu przyczyn niedokładnie określonych jest bardzo silnie związana z poziomem posiadanego wykształcenia (ryc. 3.57). Zgony mężczyzn z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym mają ok. trzykrotnie większą szansę na orzeczenie o takiej niedokładnie określonej przyczynie niż zgony mężczyzn z wykształceniem wyższym, natomiast w przypadku kobiet różnica jest prawie dwuipółkrotna. Umieralność osób z takim mało konkretnym rozpoznaniem z wykształceniem zasadniczym zawodowym jest dwukrotnie wyższa w przypadku mężczyzn i o 50% wyższa w przypadku kobiet niż osób z wykształceniem wyższym.

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

Pojęcie umieralności możliwej do uniknięcia (tzw. *avoidable mortality*) 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.



Ryc. 3.57. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020–2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Umieralność z powodu tych przyczyn obejmuje zgony z powodu przyczyn, którym można zapobiegać (tzw. *preventable causes of deaths*) oraz zgony z powodu przyczyn, które są podatne na medyczną interwencję i można je skutecznie leczyć (tzw. *treatable causes of deaths*). Obecnie omówiony zostanie problem umieralności ludności Polski właśnie z powodu tych dwóch grup przyczyn. Wprawdzie wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia nie stanowią precyzyjnej, jednoznacznej miary oceny działalności systemu ochrony zdrowia to uważa się, że są one tymi wskaźnikami zdrowia ludności, które stanowią dobry punkt wyjścia do oceny działalności tego systemu i porównań w zakresie funkcjonowania zdrowia publicznego i działalności leczniczej, które powinny prowadzić do ograniczania przedwczesnych zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać albo skutecznie leczyć.

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) mogłaby 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 ze wspomnianą już wcześniej uzgodnioną przez Eurostat i OECD i opublikowaną w listopadzie 2019 r. listą²⁷, której ostatnia wersja została opublikowana w 2022 r.²⁸ Inaczej niż we wcześniejszych wersjach, w wersji listy z 2019 r. próg wieku ustalono jednolicie na 75 lat dla wszystkich wybranych przyczyn zgonów. Wśród ustalonych zasad znalazły się również następujące trzy ważne opisane przez autorów list: „W przypadku tych przyczyn zgonów, którym można w dużej mierze zapobiec, a także je leczyć po ich wystąpieniu, te przyczyny zgonu przypisano do kategorii tych, którym można zapobiec, z tego powodu, że jeśli się im zapobiegnie nie byłoby potrzeby leczenia. Zasadniczo nie należy dzielić przyczyn zgonów na części, którym można częściowo zapobiec i które można leczyć, biorąc pod uwagę brak dowodów, aby robić to dokładnie i systematycznie, z wyjątkiem sytuacji, gdy nie ma mocnych dowodów na dominację, w którym to przypadku zastosowano podział w wysokości 50% – 50%. Uniknięto jakiegokolwiek podwójnego liczenia tych samych przyczyn zgonów na obu listach, tak że obie listy mogą być używane razem w celu zapewnienia szerokiej oceny względnego znaczenia interwencji profilaktycznych i zdrowotnych w zmniejszaniu liczby zgonów, których można było uniknąć”. Przydział 50–50 zastosowano w przypadku raka szyjki macicy, cukrzycy i większości wybranych chorób układu krążenia (ChUK), których można uniknąć, w tym choroby nadciśnieniowej, choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgowych. Wszystkie te zasady sprawiają, że nowe listy są nieco inne niż wcześniejsze.

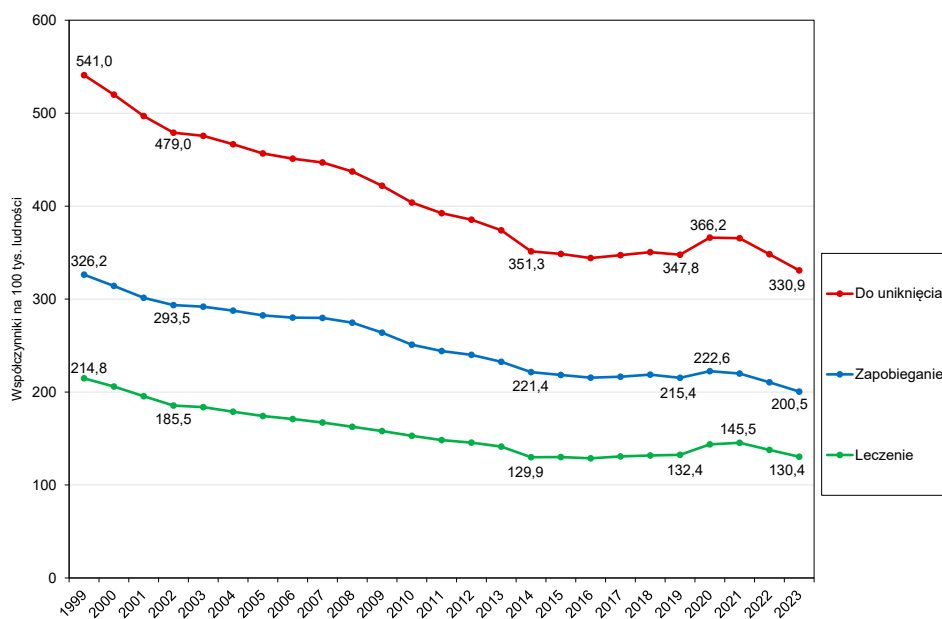
Jak podkreślają autorzy, zarówno listy przyczyn zgonów, jak i ograniczenia wiekowe odzwierciedlają obecne oczekiwania zdrowotne, technologię i wiedzę medyczną oraz rozwój polityki zdrowotnej, a zatem mogą podlegać przyszłym zmianom. W najnowszej wersji z 2022 r. już wzięty pod uwagę COVID-19 i możliwość zapobiegania zgonom z jego powodu poprzez szczepienia. W naszych analizach zgonów możliwych do uniknięcia, ze względu na niepewności w przypisywaniu jako przyczyny zgonu zakażenia SARS-Cov-2, zgony te nie zostały wzięte pod uwagę.

²⁷ OECD, EUROSTAT, Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version)), November 2019. Retrieved April 24, 2020 from <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

²⁸ Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version)

W 2023 r. z powodu **przyczyn, możliwych do uniknięcia** zmarło 122 561 osób (81 266 mężczyzn i 41 295 kobiet) (352 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 2,3 razy wyższe niż wśród kobiet (tabela 3.6b). Zgony należące do tej grupy stanowią 30,0% ogółu zgonów, 38,8% mężczyzn i 20,7% kobiet, natomiast w zgonach osób poniżej 75 lat stanowią odpowiednio 65,7%, 66,3% i 64,6%.

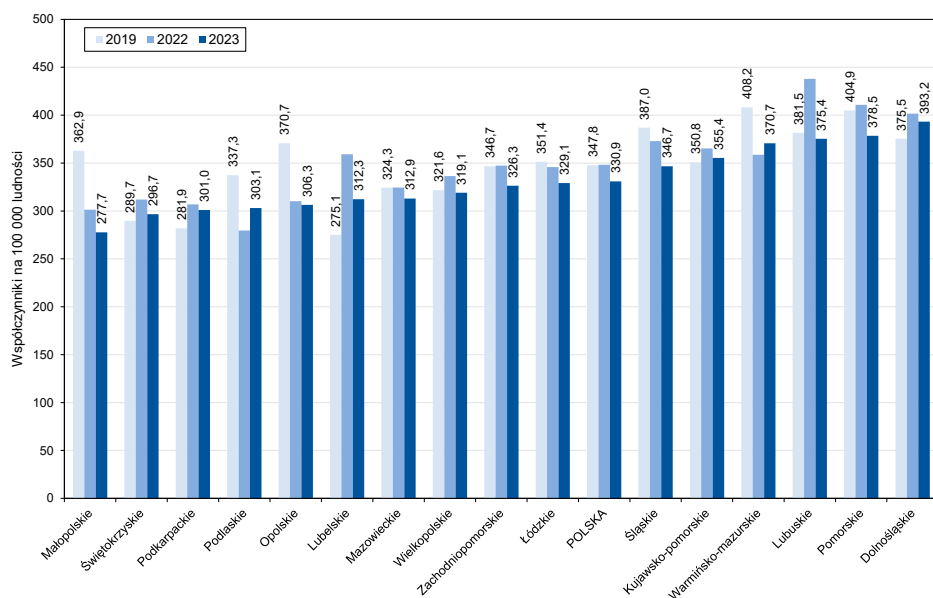
Zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu ogółu przyczyn możliwych do uniknięcia charakteryzują **zahamowanie po 2014 r. wcześniejszego trendu spadkowego**, wzrostem umieralności w okresie pandemii, który wyraźniej zaznaczył się w przypadku przyczyn, które można skutecznie leczyć niż tych, którym można zapobiegać, oraz obniżeniem się umieralności poniżej poziomu sprzed pandemii w ostatnich dwóch latach (ryc. 3.58).



Ryc. 3.58. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz które można skutecznie leczyć w latach 1999–2023 (obliczenia autorów własne na podstawie danych GUS)

Jeszcze w sześciu województwach współczynniki zgonów z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia w 2023 r. były wyższe niż w 2019 r. i największa różnica była w woj. lubelskim +13,5%, natomiast o blisko jedną czwartą obniżyła

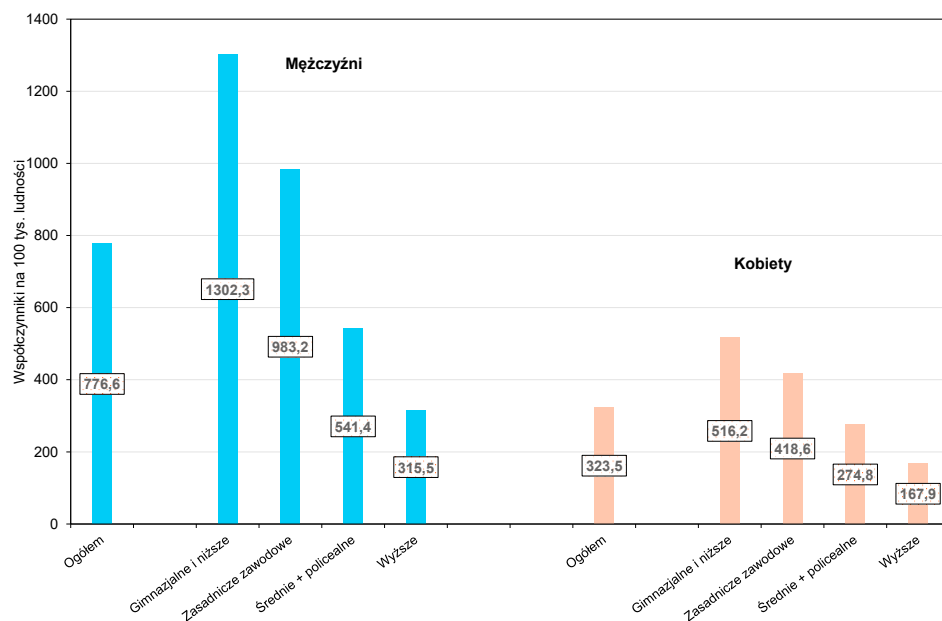
się umieralność w woj. małopolskim (ryc. 3.59). Najwyższy poziom umieralności w ostatnich dwóch latach jest w woj. dolnośląskim, pomorskim i lubuskim, w 2023 r. o ok. 15% wyższy niż ogólnopolski.



Ryc. 3.59 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia ogółu ludności w wieku poniżej 75 lat wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

Poziom umieralności ludności Polski z powodu przyczyn zgonu możliwych do uniknięcia jest bardzo silnie związany z poziomem posiadanego wykształcenia w obu grupach płci (ryc. 3.60). Życie mężczyzn z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ok. czterokrotnie bardziej zagrożone z powodu tych chorób niż życie mężczyzn z wykształceniem wyższym, w przypadku kobiet różnica jest trzykrotna. Umieralność osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym jest trzykrotnie wyższa w przypadku mężczyzn i dwuipółkrotnie w przypadku kobiet niż osób z wykształceniem wyższym.

Do najważniejszych specyficznych kategorii **zgonów, którym można zapobiec (*preventable*)** zalicza się m.in. te spowodowane chorobami przeciwko którym są szczepienia, HIV/AIDS, nowotwór złośliwy płuca, chorobę nadciśnieniową, połowę przypadków choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgowych, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, chorobami związanymi ze spożywaniem alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych, a także urazami wypadkowymi i samobójstwami.



Ryc. 3.60. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia mężczyzn i kobiet w wieku 30–74 lata wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020–2022 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

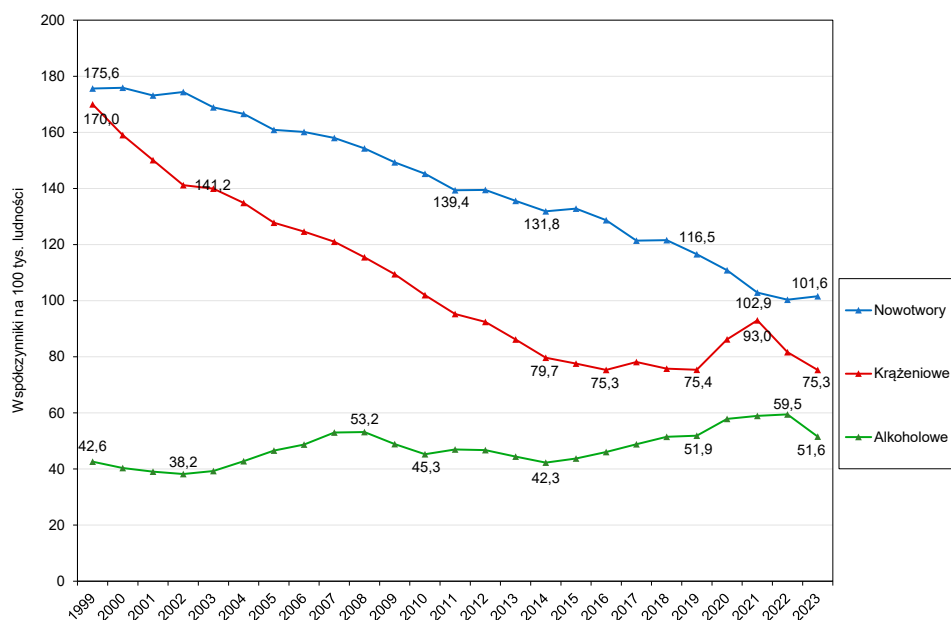
W 2023 r. z powodu **przyczyn, którym można zapobiegać** zmarło 74 189 osób (52 713 mężczyzn i 21 746 kobiet) (213 na 100 tys. ludności). Przyczyny zaliczane do tej kategorii są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest 2,3 razy wyższe niż wśród kobiet (tabela 3.6b). Zgony należące do tej grupy stanowią 18,1% ogółu zgonów, 25,2% mężczyzn i 10,8% zgonów kobiet.

Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać w przypadku mężczyzn są o 10,4% wyższe dla mieszkańców na wsi niż w miastach a w przypadku kobiet są o 11,3% wyższe dla mieszkanek miast (tabela 3.7b).

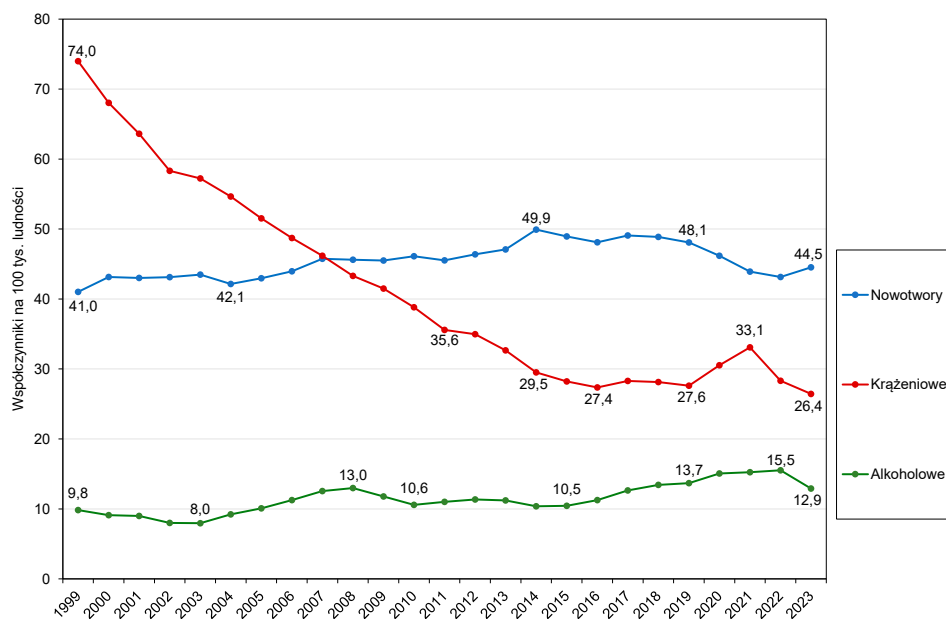
Ważny obraz przedstawiają ryciny 3.61a i 3.61b, na których pokazane są zmiany standaryzowanych współczynników umieralności z powodu chorób układu krążenia, chorób nowotworowych oraz z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, którym można zapobiegać w latach 1999–2023. Warto zwrócić uwagę na następujące fakty. Umieralność możliwa do zapobieżenia z powodu nowotworów przed pandemią zmniejszała się, w okresie pandemii jeszcze wyraźniej obniżała się co mogło być spowodowane współwystępowaniem

COVID-19 i związanym z tym orzekaniem o przyczynie zgonu, na co zwrócono już uwagę na początku rozdziału. Lata 2022 i 2023 przyniosły stabilizację poziomu współczynników zgonów. Równocześnie umieralność z powodu ChUK wyraźnie zwolniła swój trend spadkowy w latach 2014–2016 który następnie całkowicie zatrzymał się w latach 2016–2019. W latach pandemii 2020 i 2021 umieralność z powodu ChUK wzrosła, ale w 2022 r. i 2023 r. współczynnik zgonów zmniejszał się i w 2023 r. był już na poziomie z 2019 r. W przypadku umieralności z powodu przyczyn związanych bezpośrednio z konsumpcją alkoholu współczynniki zgonów mężczyzn i kobiet od 2014 r. do 2022 r. zwiększały się, w przypadku mężczyzn w okresie pandemii przesunęły się na wyższy poziom, ale w 2023 r. wyraźnie zmniejszyły swoją wartość w obu grupach płci.

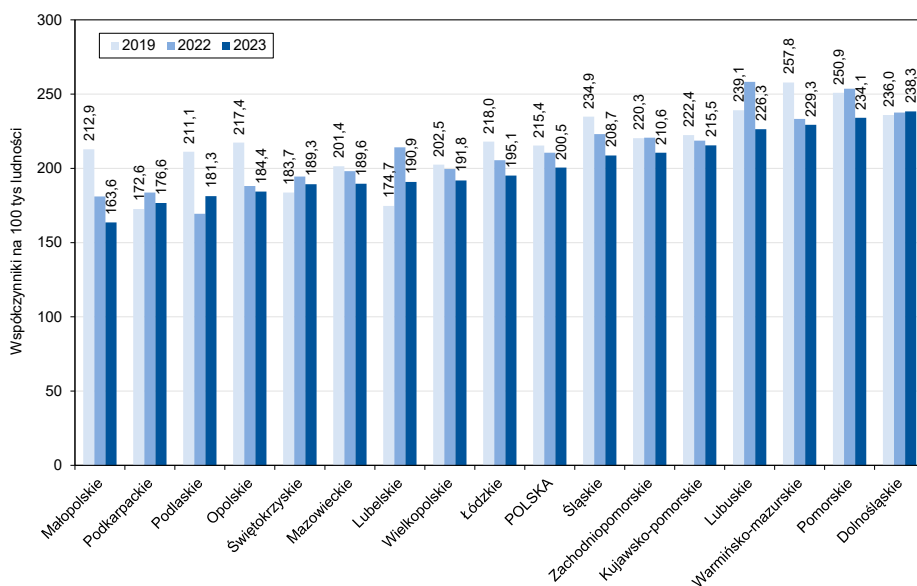
Jeszcze w czterech województwach współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać w 2023 r. były na ogół nieznacznie wyższe niż w 2019 r., natomiast w pozostałych umieralność była niższa, w sześciu województwach o ponad 10%, w woj. małopolskim nawet o 23% (ryc. 3.62). Najwyższy poziom umieralności w ostatnich dwóch latach jest w województwach dolnośląskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim, i jest on w sumie o ok. 35% wyższy niż w województwach małopolskim, podkarpackim i podlaskim.



Ryc. 3.61a. Standaryzowane współczynniki zgonów MĘŻCZYZN poniżej 75 lat z powodu ChUK, chorób nowotworowych oraz przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, którym można zapobiegać, w latach 1999–2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.61b. Standaryzowane współczynniki zgonów KOBIEC poniżej 75 lat z powodu ChUK, chorób nowotworowych oraz przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, którym można zapobiegać, w latach 1999–2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.62 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać ogółu ludności w wieku poniżej 75 lat wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

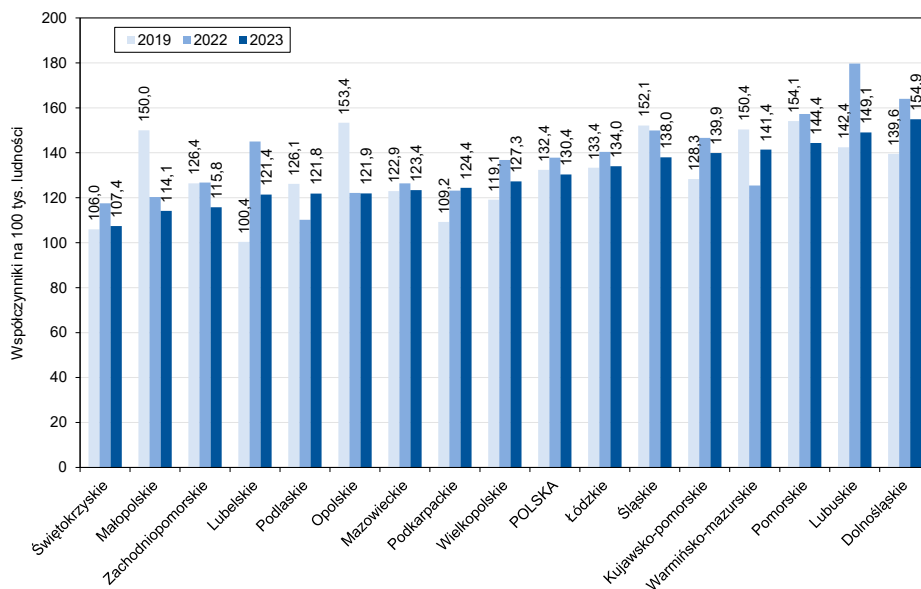
Do specyficznych kategorii przyczyn **zgonów, które można skutecznie leczyć (*amenable*)** zalicza się między innymi nowotwór złośliwy piersi, jelita grubego, odbytnicy i odbytu, chorobę Hodgkina, nowotwory niezłośliwe, choroby reumatyczne serca ostre i przewlekłe, połowę przypadków choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgowych, zapalenie płuc i ostre zakażenie dolnych dróg oddechowych, astmę, wrzód żołądka i dwunastnicy, choroby wyrostka robaczkowego, przepuklinę.

W 2023 r. z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć zmarły 48 372 osoby (28 554 mężczyzn i 19 818 kobiet) (139 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 o 71,6% wyższa niż wśród kobiet (tabela 3.6b). Zgony należące do tej grupy stanowią 11,8% ogółu zgonów, 13,6% ogółu zgonów mężczyzn i 9,9% ogółu zgonów kobiet, natomiast w przypadku umieralności osób poniżej 75 lat stanowią odpowiednio 22,3%, 20,1% i 26,6% zgonów.

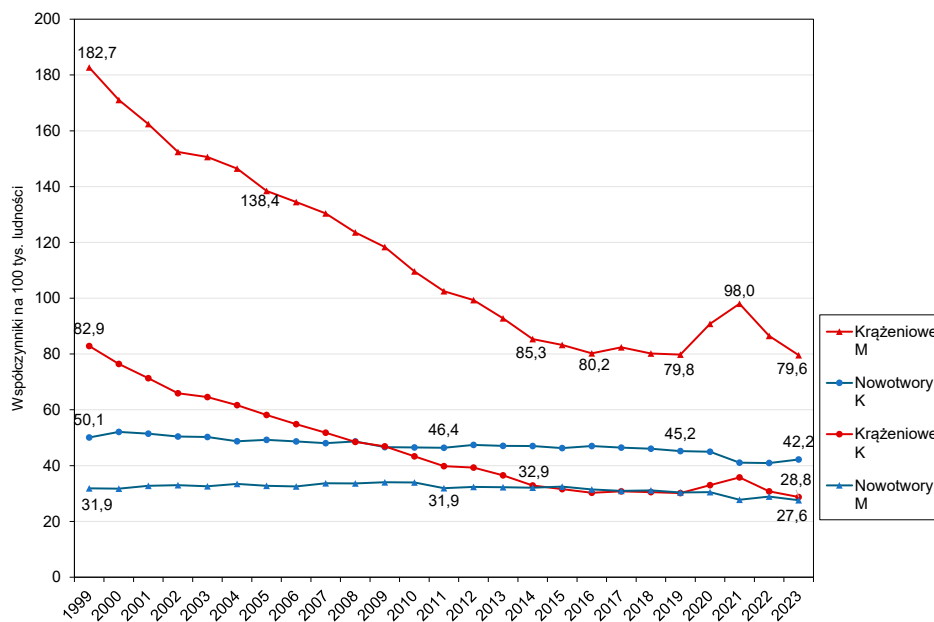
Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć mają zbliżone wartości w przypadku mieszkańców miast i wsi – w przypadku mężczyzn umieralność jest wyższa o 2,6% na wsi a w przypadku kobiet o 4,8% w miastach (tabela 3.7b).

W czterech województwach – lubelskim, podkarpackim, dolnośląskim i kujawsko-pomorskim współczynniki zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć w 2023 r. były wyraźnie wyższe niż w 2019 r., natomiast w woj. małopolskim i opolskim poziom umieralności w 2023 r. był niższy niż w 2019 r. o ponad 20% (ryc. 3.63). Najwyższy poziom umieralności w ostatnich dwóch latach jest w województwach dolnośląskim i lubuskim, i jest on w sumie o ok. 40% wyższy niż w województwach świętokrzyskim i małopolskim.

Rycina 3.64 pokazuje zmiany standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych, które można skutecznie leczyć w latach 1999–2023. Oprócz zmian, które były związane z okresem pandemii najważniejsza obserwacja dotyczy lat wcześniejszych. W przypadku ChUK są to lata 2014–2019 w których spadek umieralności początkowo zwolnił a następnie w okresie 2016–2019 całkowicie się zatrzymał. W przypadku chorób nowotworowych praktycznie cały okres 1999–2019 charakteryzuje się bardzo nieznacznym obniżaniem się poziomu umieralności.



Ryc. 3.63. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć ogółu ludności w wieku poniżej 75 lat wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.64. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn (M) oraz kobiet (K) poniżej 75 lat z powodu ChUK oraz chorób nowotworowych, które można skutecznie leczyć, w latach 1999–2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

Umieralność niemowląt

Umieralność niemowląt tzn. dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, w Polsce obniżała się do 2020 r., gdy trend spadkowy zatrzymał się. W 2023 r. zmarło w Polsce 1051 dzieci poniżej 1. r. ż. tzn. 3,9 na 1000 żywych urodzeń (tabela 3.27)²⁹. Połowa zgonów niemowląt następuje przed ukończeniem pierwszego tygodnia życia. W porównaniu z 2020 r., gdy współczynnik zgonów wynosił 3,6/1000 urodzeń żywych wzrost umieralności wystąpił w okresie postneonatalnym, a więc niemowląt w wieku powyżej czterech tygodni życia, które urodziły się z niską masą urodzeniową, tzn. ważyły poniżej 2500 g i które w 2023 r. rodziły się trochę częściej niż w 2020 r. (tabela 3.28). Niska masa urodzeniowa jest jednym z głównych czynników ryzyka umieralności niemowląt. Współczynnik umieralności niemowląt ważących przy urodzeniu poniżej 2500 g był w 2023 r. 36-krotnie większy niż współczynnik umieralności niemowląt, które ważyły więcej.

Tabela 3.27. Zgony niemowląt według wieku w latach 2013–2023

Lata	Ogółem	Wiek w ukończonych dniach				
		0–27				
		razem	0–6		7–27	28–365
			razem	0		
	liczba			Procent		
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
2018	1494	71,5	53,7	32,7	17,8	28,5
2019	1412	72,5	53,4	31,6	19,1	27,5
2020	1270	71,6	52,4	30,3	19,2	28,4
2021	1306	73,9	52,6	32,7	21,3	26,1
2022	1171	68,1	50,3	29,5	17,8	31,9
2023	1051	66,5	50,1	29,9	16,4	33,5

²⁹ Jak podaje Biuletyn Statystyczny GUS 02/2025 w 2024 r. współczynnik ten wyniósł 3,6/1000 urodzeń żywych

Lata	Ogółem	Wiek w ukończonych dniach				
		0–27				28–365
		razem	0–6		7–27	
			razem	0		
	liczba			Procent		
			na 1000 żywych urodzeń			
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
2018	3,8	2,8	2,1	1,3	0,7	1,1
2019	3,8	2,7	2,0	1,2	0,7	1,0
2020	3,6	2,6	1,9	1,1	0,7	1,0
2021	3,9	2,9	2,1	1,3	0,8	1,0
2022	3,8	2,6	1,9	1,1	0,7	1,2
2023	3,9	2,6	1,9	1,2	0,6	1,3

Źródło: na podstawie danych GUS)

Tabela 3.28. Zgony niemowląt według wagi przy urodzeniu w latach 2013–2023

Lata	Poniżej 2500 g		2500 g i więcej	
	procent zgonów ¹	zgony na 1000 urodzeń żywych	procent zgonów ¹	zgony na 1000 urodzeń żywych
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
2018	70,8	49,2	29,2	1,2
2019	69,8	46,3	30,2	1,2
2020	66,5	44,2	33,5	1,3
2021	68,1	47,4	31,9	1,3
2022	68,3	46,1	31,1	1,3
2023	69,0	47,3	30,9	1,3

Źródło: na podstawie danych GUS)

Prawie połowa (49,0%) zgonów niemowląt, w 2023 r. była spowodowana stanami chorobowymi noworodków rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, a więc przede wszystkim zaburzeniami związanymi ze skróconym trwaniem ciąży i niską urodzeniową masą ciała, które są odpowiedzialne za ponad połowę 54% zgonów w tej grupie przyczyn (tabela 3.29). W porównaniu z 2019 r. w 2022 r. i 2023 r. wśród przyczyn okołoporodowych zgonów niemowląt wzrosło znaczenie zaburzeń oddechowych i sercowo-naczyniowych oraz posocznicy bakteryjnej noworodka. W drugiej najczęstszej grupie przyczyn zgonów tzn. wad rozwojowych wrodzonych, odpowiedzialnych za 38% ogółu zgonów niemowląt, zmniejszało się znaczenie zgonów z powodu wad układu krążenia natomiast nieznacznie zyskiwały na znaczeniu wady układu nerwowego. Niestety w 2022 r. i 2023 r. zwiększył się udział zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych i nieznanych. Za korzystny należy uznać fakt zmniejszającego się udziału w umieralności niemowląt zgonów z przyczyn zewnętrznych.

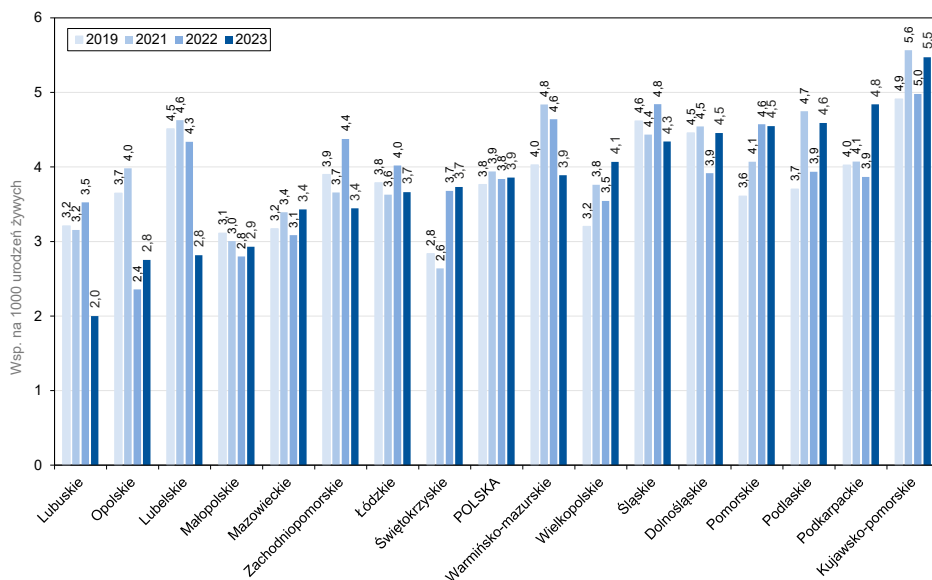
Tabela 3.29. Zgony niemowląt z powodu wybranych przyczyn w 2019 r., 2022 r. i 2023 r.

Przyczyny zgonu (ICD-10)	2019			2022			2023		
	Liczba	Procent	na 1000 żywych urodzeń	Liczba	Procent	na 1000 żywych urodzeń	Liczba	Procent	na 1000 żywych urodzeń
Ogółem	1 412	100	3,8	1 171	100	3,8	1 051	100	3,9
w tym:									
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	4	0,3	0,0	4	0,3	0,0	9	0,9	0,0
posocznice (A40-A41)	0	-	-	0	-	-	1	0,1	0,0
Zapalenie płuc (J12-J18)	43	3,0	0,1	29	2,5	0,1	35	3,3	0,1
Stany okresu okołoporodowego (P00-P96)	749	53,0	2,0	589	50,3	1,9	515	49,0	1,9
wcześnieństwo i niska urodzeniowa masa ciała (P07)	474	33,6	1,3	331	28,3	1,1	277	26,4	1,0
uraz porodowy (P10-P15)	6	0,4	0,0	0	-	-	1	0,1	0,0
zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe (P20-P29)	60	4,2	0,2	88	7,5	0,3	72	6,9	0,3
posocznica bakteryjna noworodka (P36)	21	1,5	0,1	22	1,9	0,1	25	2,4	0,1

Przyczyny zgonu (ICD-10)	2019			2022			2023		
	Liczba	Procent	na 1000 żywych urodzeń	Liczba	Procent	na 1000 żywych urodzeń	Liczba	Procent	na 1000 żywych urodzeń
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	511	36,2	1,4	449	38,3	1,5	399	38,0	1,5
wady układu nerwowego (Q00-Q07)	37	2,6	0,1	40	3,4	0,1	39	3,7	0,1
wady układu krążenia (Q20-Q28)	227	16,1	0,6	173	14,8	0,6	138	13,1	0,5
Zespół nagłej śmierci dziecka (R95)	22	1,6	0,1	19	1,6	0,1	18	1,7	0,1
Przyczyny niedokładnie określone i nieznanne (R96-R99)	7	0,5	0,0	19	1,6	0,1	21	2,0	0,1
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	40	2,8	0,1	19	1,6	0,1	13	1,2	0,0

Źródło: na podstawie danych GUS)

Poziom umieralności niemowląt charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem międzywojewódzkim i wahaniami w poszczególnych latach (ryc. 3.65).



Ryc. 3.65. Współczynniki zgonów niemowląt wg województw w latach 2019, 2021–2023 (na podstawie danych GUS)

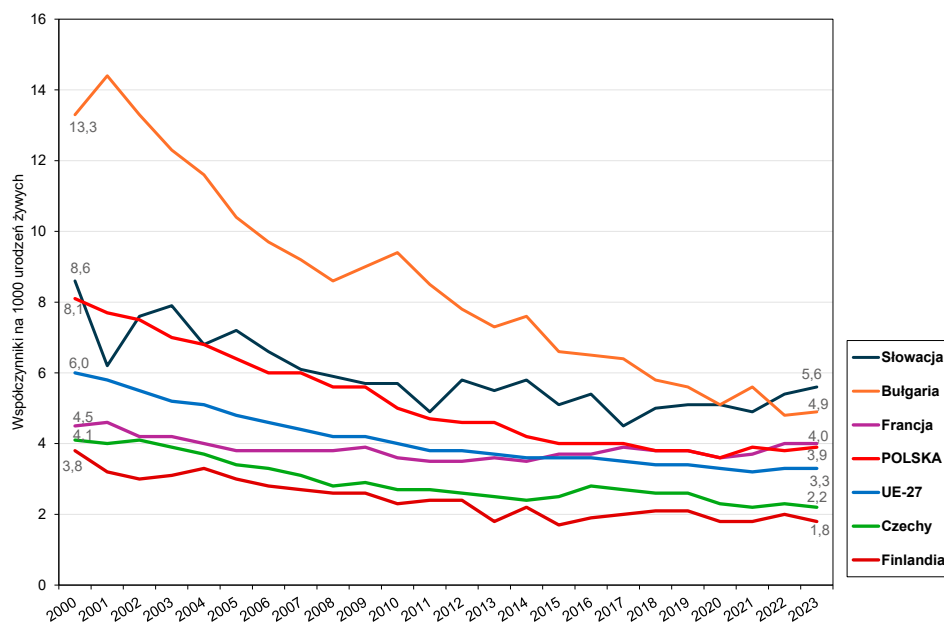
W 2023 r. współczynnik umieralności niemowląt przyjmował wartość od 20 zgonów na 10 tys. urodzeń żywych w woj. lubuskim, gdzie 2023 r. przyniósł duże obniżenie się umieralności, do 55 w woj. kujawsko-pomorskim, gdzie wysoka umieralność niemowląt ma trwały charakter. Pomimo znacznych wahań rocznych współczynników zgonów niemowląt w poszczególnych województwach można wskazać te województwa, gdzie poziom umieralności w ostatnich latach utrzymuje się powyżej ogólnopolskiego i te, gdzie jest on niższy niż w całym kraju. Do pierwszej grupy w latach 2019–2023 należą województwa: kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie, śląskie, podkarpackie oraz w ostatnich czterech latach (2020–2023) pomorskie, w latach 2019–2022 lubelskie (duże obniżenie umieralności w 2023 r.). Natomiast w województwach: mazowieckim, lubuskim i małopolskim były one w całym pięcioletnim okresie poniżej poziomu ogólnopolskiego.

Umieralność w Polsce na tle sytuacji w krajach Unii Europejskiej

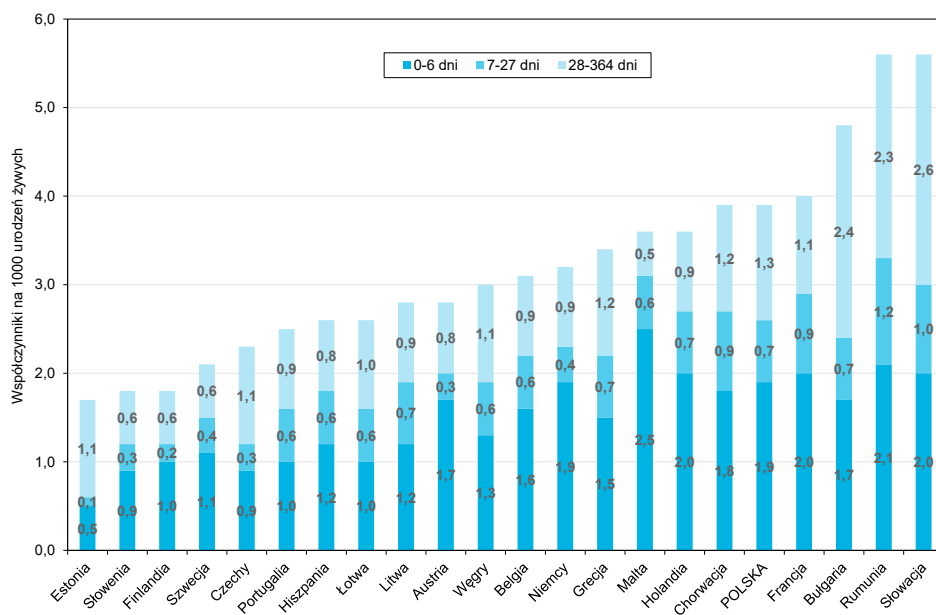
W tym podrozdziale przedstawiamy umieralność ludności Polski w porównaniu z umieralnością w UE-27 ogółem oraz jej krajach w odniesieniu do umieralności niemowląt oraz umieralności z powodu zgonów możliwych do uniknięcia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na zgony bezpośrednio związane z konsumpcją alkoholu.

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. (ryc. 3.66). Warto zauważyć, że umieralność niemowląt w Polsce jest od 2017 r. na tym samym poziomie co we Francji chociaż jeszcze w 2010 r. była w naszym kraju znacznie wyższa. Umieralność niemowląt zmniejsza się coraz wolniej w większości krajów UE, ale zjawisko to występuje jednak na różnych poziomach i niewątpliwie w Polsce jest jeszcze pole do poprawy sytuacji w tym zakresie.

Zwraca uwagę wyższy poziom umieralności wczesnej neonatalnej, tzn. w pierwszym tygodniu życia, w Polsce niż w większości krajów UE-27 (ryc. 3.67). Z drugiej jednak strony poziom ten jest zbliżony do tego jaki jest w Wielkiej Brytanii, Holandii czy w Niemczech.

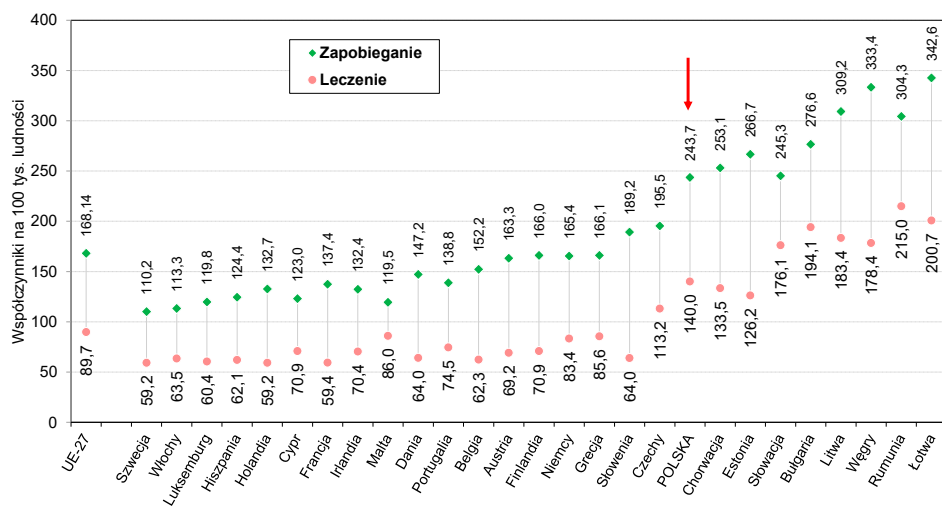


Ryc. 3.66. Współczynniki zgonów niemowląt w Polsce, przeciętne w UE-27 oraz w wybranych krajach UE w latach 2000–2023 (na podstawie danych Eurostat)



Ryc. 3.67. Umieralność niemowląt według wieku w Polsce i krajach UE w 2023 r. (na podstawie danych Eurostat)

Porównanie poziomu i dynamiki zmian umieralności w Polsce na tle wybranych krajów UE z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia wypada mało korzystnie dla Polski. Na ryc. 3.68 przedstawiono aktualny (ostatni dostępny 2022 r.) poziom umieralności ludności w krajach UE-27 w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn, którym można zapobiegać oraz tych, które można leczyć. We wszystkich krajach umieralność z powodu przyczyn, którym można zapobiegać jest wyższa niż z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć, przeciętnie dla UE-27 o 87%, przy czym różnica ta waha się od 39% na Malcie i w Słowacji do 196% w Słowenii. W 2022 r. umieralność w Polsce z powodu przyczyn, którym można zapobiegać 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%.



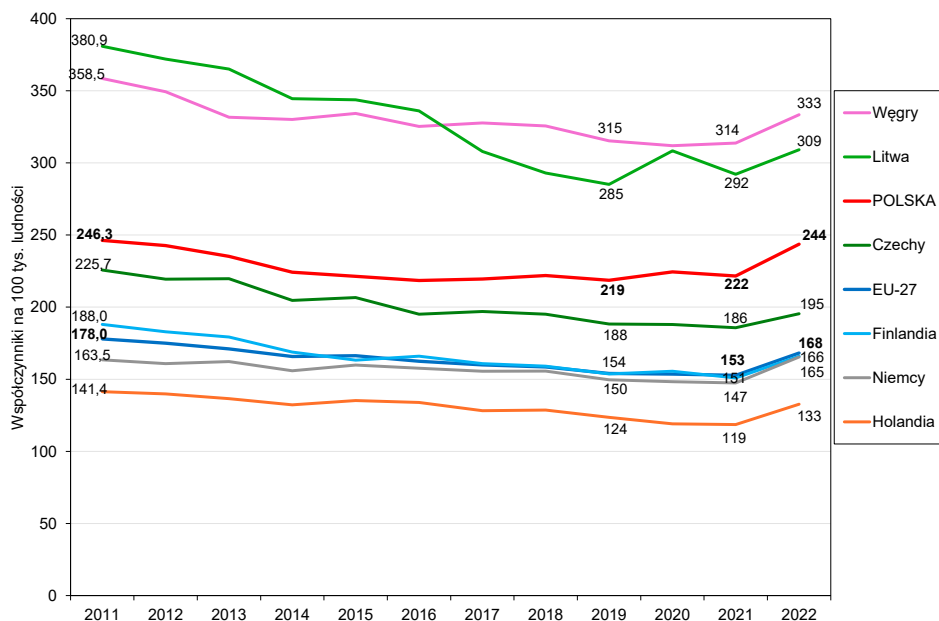
Uwaga: kraje są uszeregowane wg wielkości współczynnika ogółu zgonów możliwych do uniknięcia

Ryc. 3.68. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać i które można skutecznie leczyć w krajach UE-27 w 2022 r. (na podstawie danych Eurostat)

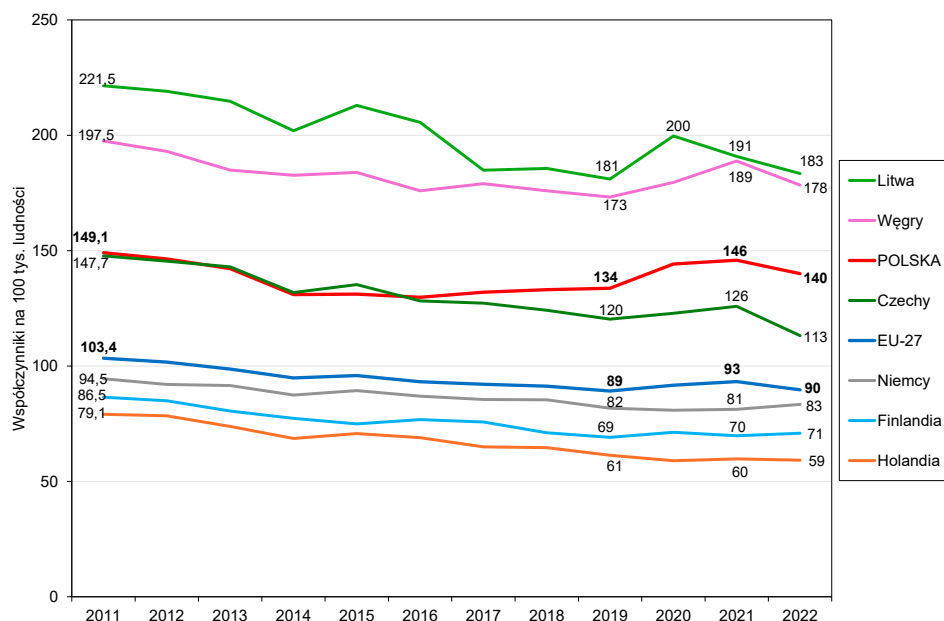
Jak pokazują ryciny 3.69a i 3.69b dynamika zmian poziomu umieralności z powodu tych dwóch grup przyczyn zgonów w poszczególnych krajach jest dosyć podobna w ostatnich latach co sprawia, że różnice pomiędzy krajami raczej utrzymują się. Warto zwrócić uwagę na powszechny wzrost umieralności w 2022 r. z powodu przyczyn którym można zapobiegać co może wskazywać na efekt zmian zachowań zdrowotnych w okresie pandemii i osłabienie działań w zakresie zdrowia

publicznego w szerszym wymiarze, ponieważ były one skoncentrowane na zapobieganiu skutkom zachorowań na COVID-19. W drugiej grupie przyczyn zgonów tzn. tych, które można skutecznie leczyć, zwraca uwagę pogarszająca się sytuacja w Polsce po 2016 r., szczególnie widoczna na tle sytuacji w Czechach.

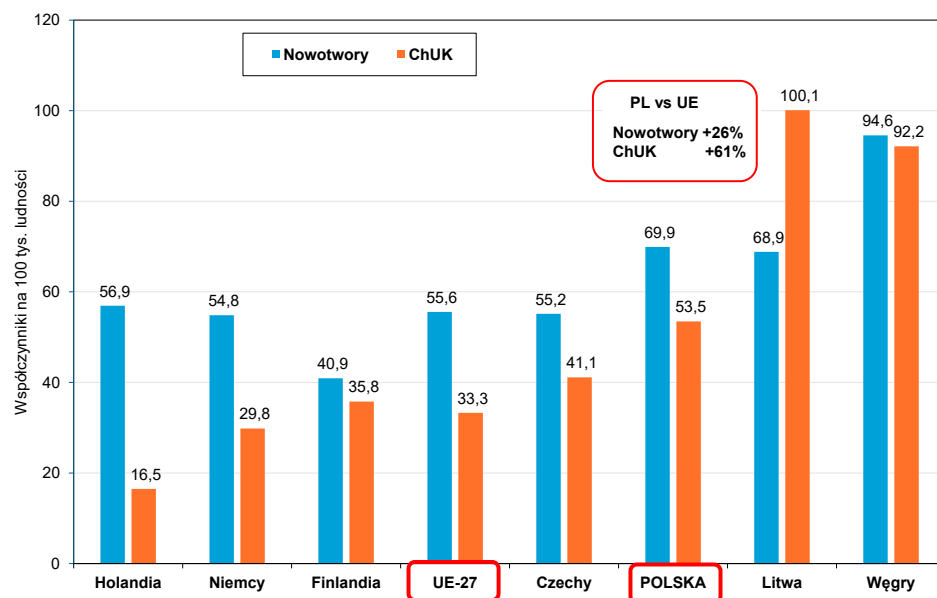
Na ryc. 3.70a oraz 3.70b przedstawiono współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz tych, które można skutecznie leczyć w Polsce i UE-27 ogółem oraz w wybranych krajach. W przypadku chorób, którym można zapobiegać większy problem stanowią choroby nowotworowe, z powodu których umieralność w całej UE w 2022 r. była o 67% wyższa niż umieralność z powodu ChUK. Natomiast w przypadku chorób, które można skutecznie leczyć większy problem stanowią choroby układu krążenia, z powodu których umieralność w całej UE w 2022 r. była o 34% wyższa niż umieralność z powodu chorób nowotworowych. Trzeba zauważyć, że 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.



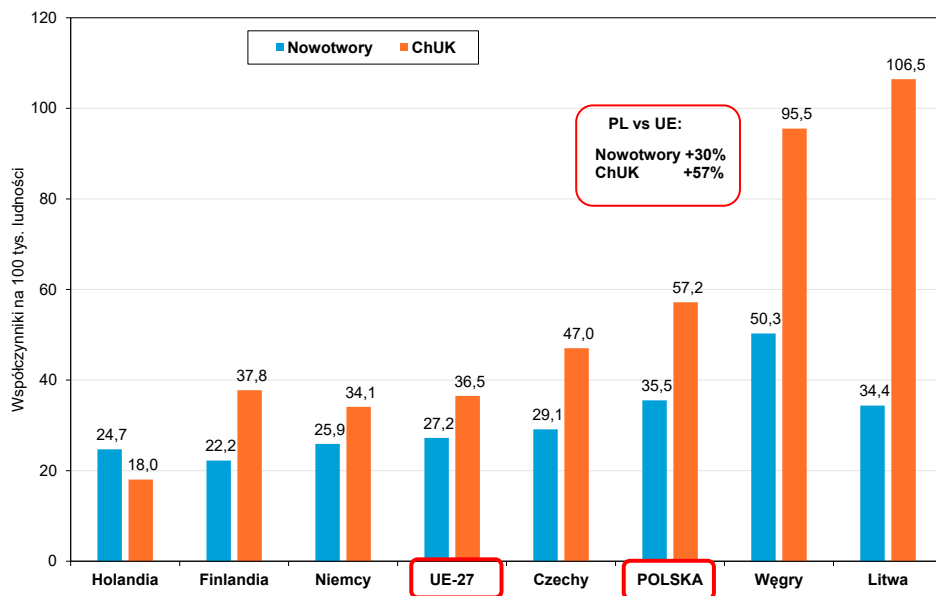
Ryc. 3.69a. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać w Polsce oraz wybranych krajach UE-27 w latach 2011–2022 (dane Eurostat)



Ryc. 3.69b. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, które można skutecznie leczyć w Polsce oraz wybranych krajach UE-27 w latach 2011–2022 (dane Eurostat)



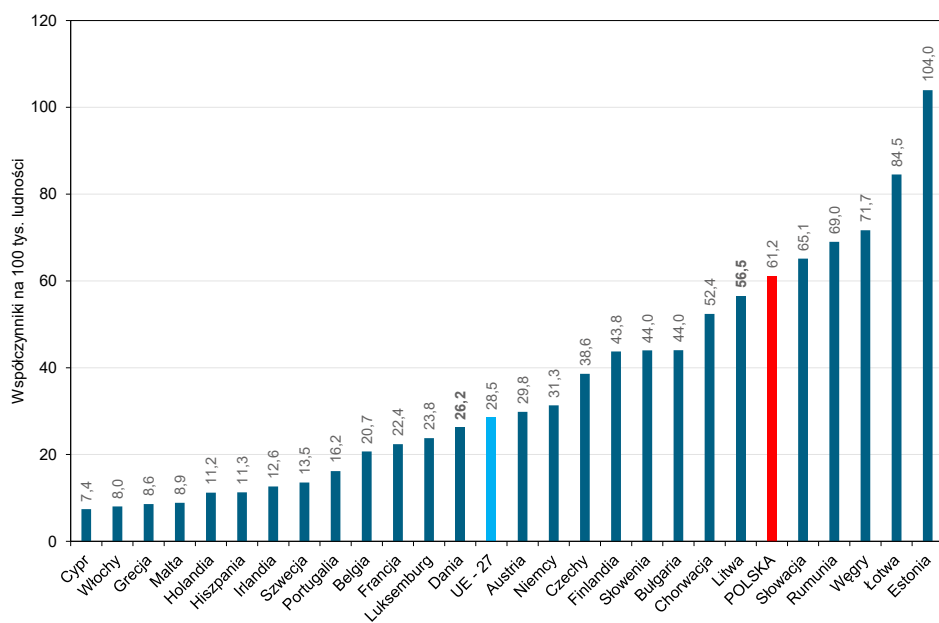
Ryc. 3.70a. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu chorób układu krążenia (ChUK) oraz chorób nowotworowych, którym można zapobiegać w Polsce oraz wybranych krajach UE-27, 2022 r. (na podstawie danych Eurostat)



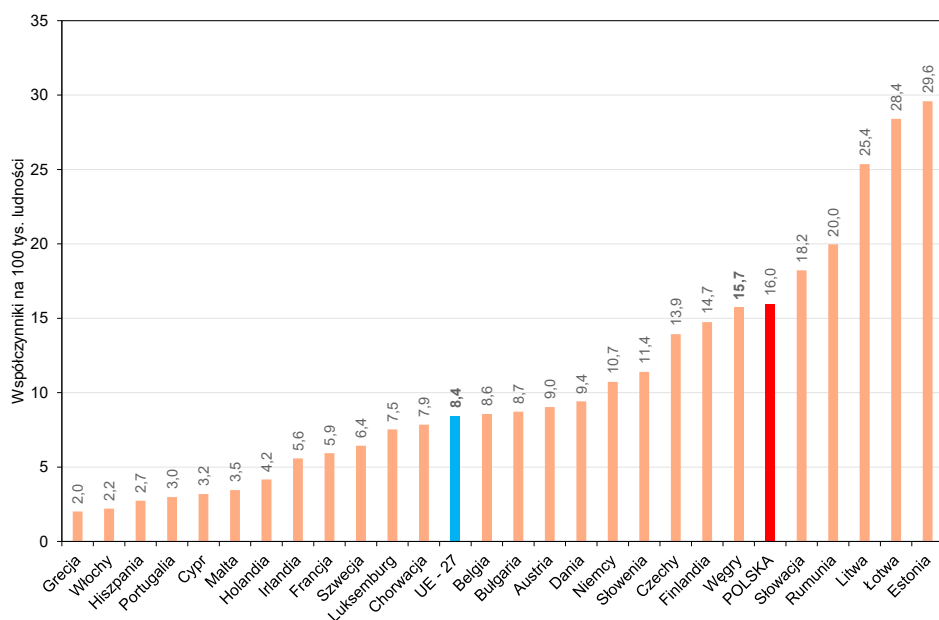
Ryc. 3.70b. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu chorób układu krążenia (ChUK) oraz chorób nowotworowych, które można skutecznie leczyć w Polsce oraz wybranych krajach UE-27, 2022 r. (na podstawie danych Eurostat)

Na koniec chcemy zwrócić uwagę na umieralność z powodu możliwych do zapobieżenia problemów zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu, które są również wyszczególnione na wspomnianej wcześniej liście OECD i Eurostatu. Poziom umieralności z ich powodu mężczyzn w Polsce w 2022 r. był ponad dwukrotnie (o 114%) wyższy od poziomu umieralności w krajach UE-27 ogółem (ryc. 3.71a) a poziom umieralności kobiet był wyższy o 89% (ryc. 3.71b).

Na ryc. 3.72 przedstawiono zmiany współczynników zgonów mężczyzn z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w latach 2011–2022 w Polsce, UE ogółem oraz wybranych krajach. Jak wspomniano już wcześniej poziom umieralności w Polsce charakteryzuje się silnym wzrostem współczynników po 2014 r. przy stabilnym poziomie umieralności w krajach UE ogółem co spowodowało, że nadwyżka umieralności w Polsce w stosunku do umieralności w UE-27 zwiększyła się z 60% w 2014 r. do wspomnianych 114% w 2022 r., a więc wzrosła prawie dwukrotnie. Warto zwrócić uwagę na sytuację na Litwie, gdzie działania podjęte na pod koniec pierwszej dekady XXI wieku wynikające z bardzo dużych szkód zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu doprowadziły do zasadniczego obniżania się do 2018 r. umieralności z powodu przyczyn alkoholowych, ale trend ten niestety nie utrzymał się w ostatnich latach mimo podejmowanych

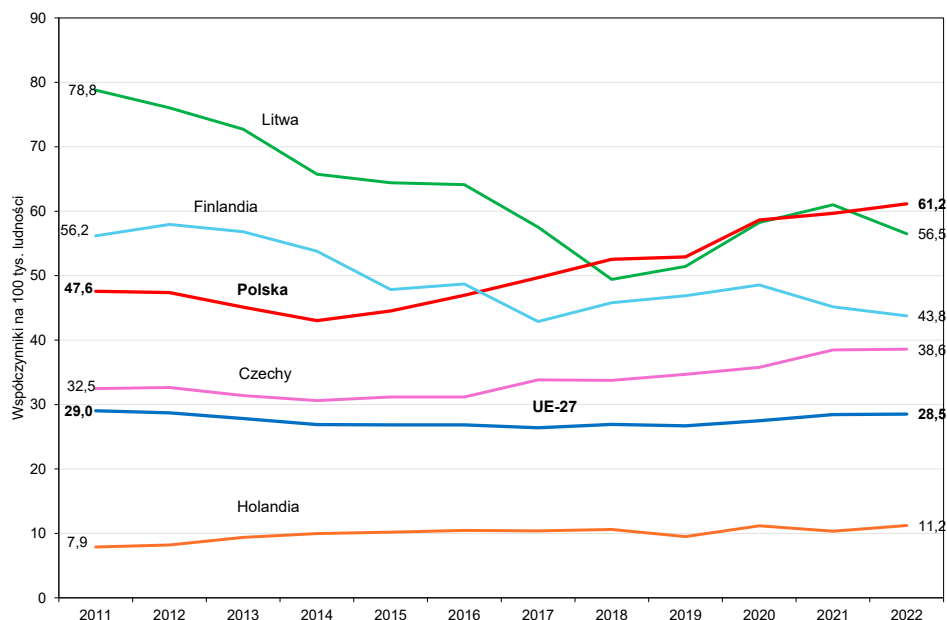


Ryc. 3.71a. Standaryzowane współczynniki zgonów MĘŻCZYZN w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w krajach UE-27 w 2022 r. (dane Eurostat)



Ryc. 3.71b. Standaryzowane współczynniki zgonów KOBIEŃ w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w krajach UE-27 w 2022 r. (dane Eurostat)

dalszych działań co wskazuje na niewątpliwe trudności w realizacji tego celu³⁰. Biorąc pod uwagę fakt, że uwzględnione przyczyny zgonów prawie w całości są bezpośrednim skutkiem konsumpcji alkoholu natomiast nie obejmują przyczyn, które częściowo też są związane z jego spożywaniem, problem jest niewątpliwie znacznie większy i wymaga pilnych, skutecznych działań w zakresie ograniczania spożycia alkoholu.

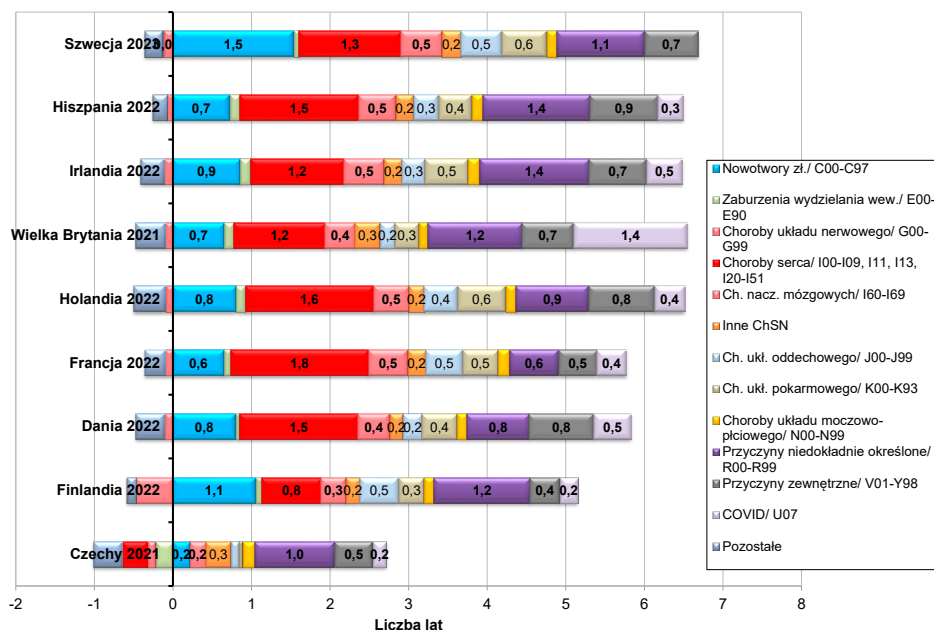


Ryc. 3.72. Standaryzowane współczynniki zgonów MĘŻCZYZN w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w UE-27 i wybranych krajach w latach 2011–2022 (na podstawie danych Eurostatu)

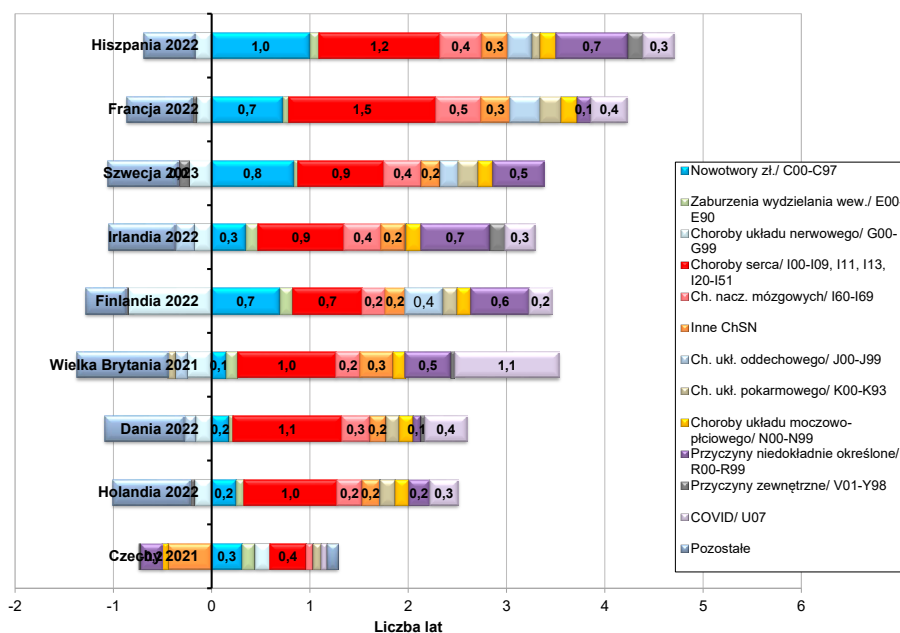
Ponieważ poziom umieralności w Polsce jest wyższy niż w krajach Europy Zachodniej dla większości przyczyn zgonów warto postawić pytanie w jakim stopniu te różnice w umieralności dla poszczególnych przyczyn agonu przyczyniają się do krótszej długości życia ludności Polski w porównaniu z mieszkańcami tych 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

³⁰ Rehm J, Rovira P, Jiang H, Lange S, Shield KD, Tran A, Štelemėkas M. Trends of alcohol-attributable deaths in Lithuania 2001–2021: epidemiology and policy conclusions. BMC Public Health (2024) 24:774, <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18237-y>

zgonów według wspomnianej wcześniej metody Ariagi. Jak wynika z rycin 3.73a i 2.73b 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 2,5 i 2,3 lat w stosunku do mieszkańców Francji, 2,2 i 1,9 lat do mieszkańców Hiszpanii, 2,3 i 1,4 do mieszkańców Holandii itd. Wyższa umieralność z powodu nowotworów złośliwych najbardziej skraca życie polskich mężczyzn i kobiet w stosunku do mieszkańców Holandii i Szwecji – mężczyzn o 1,5 roku a kobiet o 0,8 roku. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że niedoskonałości naszego systemu orzekania o przyczynie zgonu sprawiają, że duży udział w wyjaśnianiu różnicy długości życia mieszkańców Polski i innych krajów mają zgony kodowane jako objawy chorobowe i przyczyny niedokładnie określone. 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. 3.73a. 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)



Ryc. 3.73b. Liczba lat krótszej długości życia KOBIEC 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)