

4. CHOROBY HOSPITALIZOWANE W POLSCE

Paweł Goryński, Anna Poznańska, Anna Smaga, Paweł Radomski, Anna Tymicka,
Bogdan Wojtyniak

Monitorowanie częstości hospitalizacji oraz ich przyczyn stanowi jedno z ważniejszych narzędzi w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. Dane te pozwalają na identyfikację najpoważniejszych problemów zdrowotnych wymagających leczenia szpitalnego, a także umożliwiają śledzenie zmian w obciążeniu chorobami przewlekłymi i ostrymi w czasie. Choć należy uwzględnić pewne ograniczenia interpretacyjne – hospitalizacja zależy m.in. od ciężkości przebiegu choroby, dostępności łóżek szpitalnych, organizacji świadczeń ambulatoryjnych, czynników społeczno-ekonomicznych oraz zmiennych czynników zewnętrznych (np. epidemia COVID-19) – dane szpitalne pozostają jednym z najbardziej wiarygodnych źródeł informacji diagnostycznej. Wysoka jakość rozpoznań klinicznych w dokumentacji szpitalnej, wynikająca m.in. z szerokiego dostępu do metod diagnostycznych oraz specjalistycznego nadzoru lekarskiego, czyni te dane bardziej precyzyjnymi w porównaniu z innymi rutynowymi systemami oceny stanu zdrowia ludności.

W Polsce podstawowym źródłem danych o hospitalizacjach jest Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (OBChSO), prowadzone zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej. Badanie to realizowane jest przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH – PIB), a jego zakres określa formularz Karta statystyczna szpitalna ogólna (MZ/Szp-11). Badanie ma charakter pełnopopulacyjny i obejmuje wszystkie przypadki hospitalizacji w szpitalach finansowanych ze środków publicznych i niepublicznych (z wyłączeniem oddziałów psychiatrycznych, objętych odrębnym systemem).

Najnowsze dostępne dane dotyczą 2023 r.

Częstość hospitalizacji w Polsce w latach 2017–2023

W tabeli 4.1 przedstawiono bezwzględne liczby hospitalizacji z ogółu przyczyn z wyłączeniem porodów fizjologicznych oraz z powodu wybranych chorób, pogrupowanych zgodnie dziesiątą rewizją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Częstość hospitalizacji w ostatnich latach musi być analizowana w odniesieniu do 2019 r. W kolejnym (2020 r.) do Polski dotarła pandemia COVID-19, łamiąc, podobnie jak w wielu krajach świata, długookresowe trendy nie tylko zjawisk zdrowotnych, w tym chorobowości hospitalizowanej, ale również procesów demograficznych¹.

Tabela 4.1. Liczba hospitalizacji z wybranych grup przyczyn w latach 2017–2023

Rozpoznanie (ICD-10)	Lata						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Wszystkie rozpoznania (A00-T98 bez O80 i O84)	6 999 219	6 782 687	6 805 344	5 126 396	6 001 200	6 611 299	7 035 719
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	185 637	178 996	183 387	100 410	119 491	169 205	154 038
Nowotwory (C00-D48)	490 650	534 375	573 954	568 434	637 971	698 979	756 151
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	251 255	247 341	252 318	174 624	198 052	232 208	25 6631
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	307 631	304 395	303 477	200 338	217 516	257 743	288 940
Choroby układu krążenia (I00-I99)	1 085 975	1 036 535	1 011 716	744 976	807 713	892 275	984 396
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	538 747	507 304	473 445	307 879	359 536	419 094	466 340
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	612 560	590 253	584 445	409 689	474 189	556 314	605 285
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	612 464	597 702	610 187	437 359	520 122	588 065	641 784
Ciąża, poród, połóg (O00-O99 bez O80 i O84)	446 683	416 242	399 398	334 063	334 344	321 215	299 904
Urazy (S00-T14)	337 592	321 478	316 955	253 494	283 504	299 878	305 072
COVID-19 (U07-U12)	0	0	0	85 615	256 929	113 066	23 023

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

W Polsce w 2020 r. liczba hospitalizacji zmniejszyła się skokowo w porównaniu z poprzednimi latami – do poziomu 5,1 mln przypadków, co oznacza 25% redukcję w stosunku do 2019 r. (6,8 mln hospitalizacji). Zmiany te związane były

¹ Tilstra A. M. et al. Projecting the long-term effects of the COVID-19 pandemic on U.S. population structure. *Nature Communications* (2024) 15:2409. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-46582-4>

z reorganizacją szpitali w Polsce. Powstały tzw. "szpitale jednoimienne", leczące chorych na COVID-19, nastąpiła też zmiana priorytetów leczenia pacjentów. Zaplanowane już hospitalizacje dotyczące jednostek chorobowych niewymagających szybkiego działania przesuwano na późniejsze, często odległe, terminy przypadające po zakończeniu ostrej fazy pandemii. Równocześnie część pacjentów rezygnowała ze starań o przyjęcie do szpitala, obawiając się infekcji wewnątrzszpitalnych. Opóźnione lub niezrealizowane hospitalizacje są jedną z istotnych składowych tzw. długu zdrowotnego rozumianego jako skumulowanego opóźnienia w realizacji świadczeń zdrowotnych, spowodowanego zakłóceniami w funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej w kontekście pandemii COVID-19.

Nietypowy pod względem natężenia i struktury hospitalizacji okres epidemiczny w Polsce (trwający od marca 2020 r.) przedłużył się na 2021 r. Hospitalizowano wówczas 6,0 mln pacjentów, czyli o 12% mniej niż w 2019 r., ale o 17% więcej w porównaniu z 2020 r.

W latach 2022 i 2023 obserwowano dalszy wzrost liczby hospitalizacji do poziomu przekraczającego odpowiednio 6,6 mln i 7,0 mln, tj. o 29% i 37% wyższego niż w 2020 r. Warto podkreślić, że dopiero w 2023 r. bezwzględna liczba hospitalizacji przekroczyła wartość 6,8 mln zarejestrowaną w 2019 r. Oznacza to, że ogólna liczba hospitalizacji sprzed wybuchu pandemii została osiągnięta po upływie czterech lat, jednak wynik ten nie dotyczy wszystkich grup rozpoznanych stanowiących przyczynę leczenia szpitalnego. W przypadku chorób układu nerwowego i krążenia, chorób zakaźnych i pasożytniczych oraz urazów liczba hospitalizacji w 2023 r. nie przekroczyła poziomu sprzed pandemii.

Analogiczne trendy obserwuje się dla rzeczywistych współczynników hospitalizacji przedstawionych w tabeli 4.2.

W tabeli 4.3 przedstawiono współczynniki standaryzowane, które pokazują obciążenie chorobami po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku Polaków w kolejnych latach obserwacji. Jak wiadomo, w populacji naszego kraju z roku na rok zwiększa się udział osób starszych, wśród których w naturalny, uzasadniony biologicznie, sposób występuje więcej chorób i dolegliwości wymagających leczenia szpitalnego. Wzrost częstości hospitalizacji ogółu ludności może wynikać nie tylko ze zwiększonego ryzyka zachorowań, ale również ze starzenia się populacji. W prezentowanej analizie uwzględniono to zjawisko poprzez standaryzację ocenianych współczynników pod względem wieku (metodą bezpośrednią, z wykorzystaniem Europejskiej Populacji Standardowej ESP-2013)².

² Komisja Europejska, Eurostat, Pace, et al. Revision of the European Standard Population: report of Eurostat's task force : 2013 edition, Publications Office, 2013, <https://data.europa.eu/doi/10.2785/11470>

Tabela 4.2. Rzeczywiste współczynniki hospitalizacji z wybranych grup przyczyn (na 10 tys. ludności) w latach 2017–2023

Rozpoznanie (ICD-10)	Lata						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Wszystkie rozpoznania (A00-T98 bez O80 i O84)	1821,1	1765,2	1772,3	1342,4	1579,1	1747,3	1866,3
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	48,3	46,6	47,8	26,3	31,4	44,7	40,9
Nowotwory (C00-D48)	127,7	139,1	149,5	148,9	167,9	184,8	200,6
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	65,4	64,4	65,7	45,7	52,1	61,4	68,1
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	80,0	79,2	79,0	52,5	57,2	68,1	76,6
Choroby układu krążenia (I00-I99)	282,5	269,7	263,4	195,1	212,5	235,8	261,1
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	140,2	132,0	123,3	80,6	94,6	110,8	123,7
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	159,4	153,7	152,3	107,3	124,8	147,1	160,6
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	159,4	155,6	158,9	114,5	136,9	155,4	170,2
Ciąża, poród, połóg (O00-O99 bez O80 i O84)	116,2	108,3	104,0	87,5	88,0	84,9	79,6
Urazy (S00-T14)	87,8	83,6	82,5	66,3	74,5	79,2	80,9
COVID-19 (U07-U12)	0,0	0,0	0,0	22,4	67,6	29,9	6,1

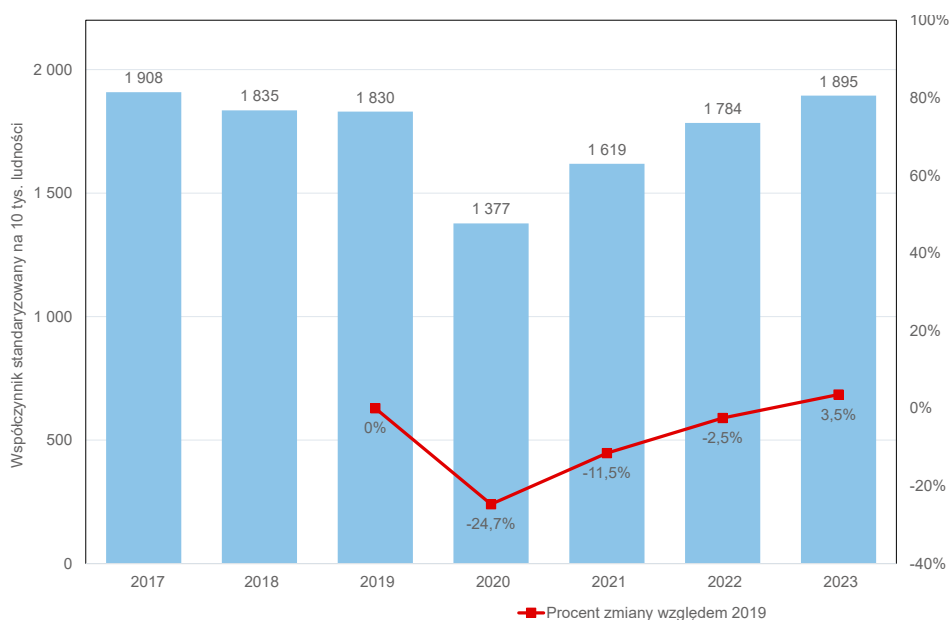
Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

Tabela 4.3. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji z wybranych grup przyczyn (na 10 tys. ludności) w latach 2017–2023

Rozpoznanie (ICD-10)	Lata						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Wszystkie rozpoznania (A00-T98 bez O80 i O84)	1908,5	1835,2	1829,7	1377,4	1618,5	1783,9	1894,5
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	50,1	48,1	49,1	27,0	32,4	46,8	43,4
Nowotwory (C00-D48)	135,0	145,2	153,8	151,2	169,5	183,8	196,9
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	68,9	67,5	68,5	47,4	53,8	62,9	69,4
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	82,7	81,4	80,6	53,2	57,9	68,6	76,8
Choroby układu krążenia (I00-I99)	314,9	295,7	284,0	207,7	224,5	244,9	266,4
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	147,8	137,9	127,7	82,9	97,3	114,5	128,4
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	165,9	158,7	155,9	109,2	126,6	147,9	160,3
Chor. układu moczowo-płciowego (N00-N99)	164,3	159,5	161,7	116,0	137,6	155,2	168,8
Ciąża, poród, połóg (O00-O99 bez O80 i O84)	100,6	95,7	93,8	80,7	82,9	82,5	79,2
Urazy (S00-T14)	91,3	86,8	85,3	68,3	76,6	81,2	82,4
COVID-19 (U07-U12)	0,0	0,0	0,0	23,7	70,8	32,0	6,9

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

Na rycinie 4.1 przedstawiono standaryzowane współczynniki hospitalizacji ludności Polski ogółem w latach 2017–2023. Jak widać, częstość leczenia szpitalnego, która w latach 2017–2019 nieznacznie malała, w 2020 r. obniżyła się o 25% w stosunku do roku poprzedniego. W kolejnym roku pandemii natężenie hospitalizacji nieco wzrosło, ale pozostało niższe niż w 2019 r. (o 12%), w 2022 r. różnica ta zmniejszyła się do 2,5%. W 2023 r. częstość leczenia szpitalnego ogółem w Polsce przekroczyła poziom z 2019 r. (o 3,5%), ale jak pokazano w dalszej części rozdziału, osiągnięcie wartości współczynnika hospitalizacji sprzed pandemii nie dotyczy wszystkich grup rozpoznaw.

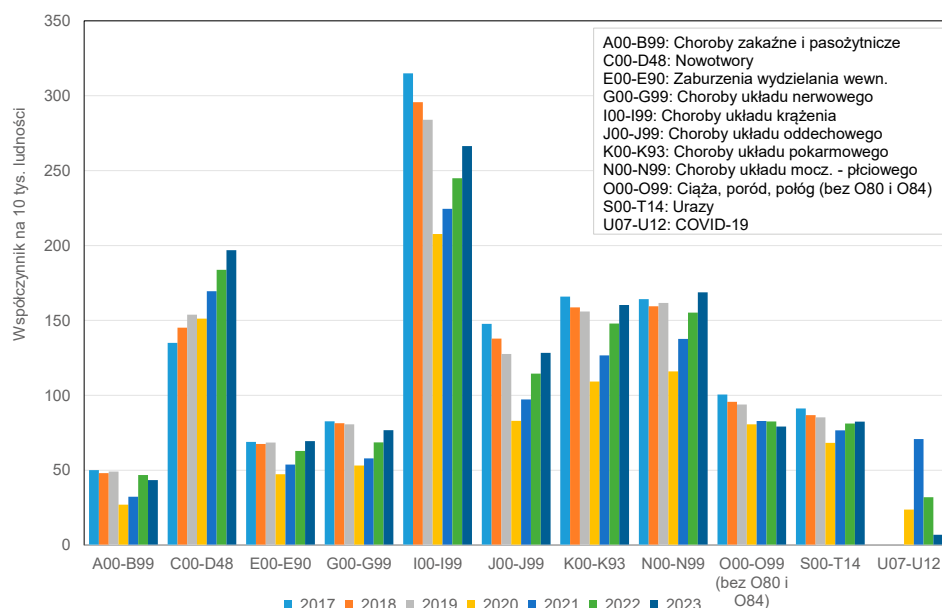


Ryc. 4.1 Standaryzowany względem wieku współczynnik hospitalizacji z ogółu przyczyn z wyłączeniem porodów bez powikłań (na 10 tys. ludności) w latach 2017–2023 i jego procentowa zmiana w stosunku do 2019 r. (dane: NIZP PZH – PIB)

Hospitalizacja wg przyczyn w latach 2017–2023

Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji w latach 2017–2023 były choroby układu krążenia (tabela 4.3, ryc. 4.2). Drugą pozycję w poszczególnych latach zajmowały różne grupy chorób: w 2017 r. – dotyczące układu pokarmowego,

w latach 2018 i 2019 – moczowo-płciowego, a od 2020 r. – nowotwory, które w 2017 r. były dopiero piątą co do znaczenia przyczyną leczenia szpitalnego. Częstość hospitalizacji z powodu nowotworów wykazuje silną tendencję wzrostową, tylko w niewielkim stopniu, zwłaszcza w porównaniu z innymi chorobami, zahamowaną w 2020 r. Wynik ten potwierdza, że w okresie pandemii COVID-19 leczenie nowotworów było szczególnie traktowane przez system ochrony zdrowia, mimo ograniczeń stosowanych przy hospitalizacji z innych przyczyn. Dla większości analizowanych rozpoznań w 2020 r. odnotowano wyraźny spadek częstości leczenia szpitalnego.



Ryc. 4.2. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji z wybranych grup przyczyn (na 10 tys. ludności) w latach 2017–2023 (dane: NIZP PZH – PIB)

Porównanie częstości hospitalizacji w latach 2020 i 2023 w odniesieniu do ostatniego roku przed pandemią COVID-19 w wybranych grupach przyczyn przedstawiono w tabeli 4.4.

Największy spadek częstości leczenia szpitalnego w 2020 r. dotyczył grupy chorób zakaźnych i pasożytniczych (A00-B99 wg klasyfikacji ICD-10), dla których wartość standaryzowanego współczynnika hospitalizacji zmniejszyła się o 45%, a w dalszej kolejności chorób układu oddechowego (o 35%) i układu nerwowego (o 34%). Najmniejszą redukcję odnotowano w przypadku nowotworów

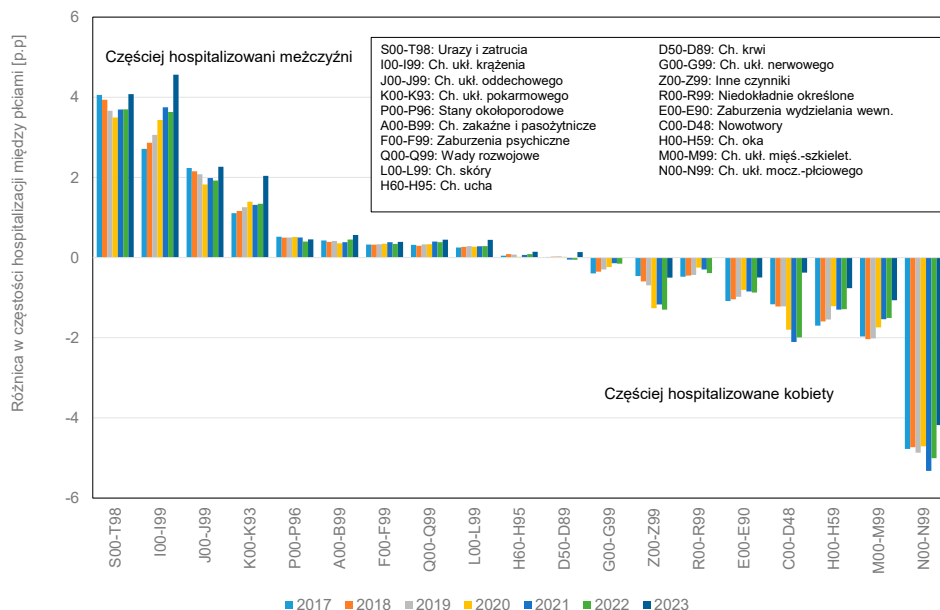
(o niecałe 2%) i problemów związanych z ciążą (o 14%). W 2023 r. częstość hospitalizacji z niektórych przyczyn przekroczyła poziom z 2019 r., w tym dla nowotworów aż o 28%, chorób układu moczowo-płciowego o 4%, a dla chorób układu pokarmowego o prawie 3%. W zakresie chorób zakaźnych, chorób układu krążenia, chorób układu nerwowego i urazów, mimo obserwowanej tendencji wzrostowej, częstość leczenia szpitalnego jest mniejsza niż w 2019 r. Natomiast poziom hospitalizacji problemów związanych z ciążą obniżył się nie tylko w stosunku do 2019 r., ale również do okresu pandemii.

Tabela 4.4. Procentowe zmiany standaryzowanego względem wieku współczynnika hospitalizacji z wybranych grup przyczyn w latach 2020 i 2023 w stosunku do 2019 r.

Rok	Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	Nowotwory (C00-D48)	Zaburzenia wydzielania wewn. (E00-E90)	Choroby układu nerwowego (G00-G99)	Choroby układu krążenia (I00-I99)	Choroby układu oddechowego (J00-J99)	Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	Choroby układu mocz.-płciowego (N00-N99)	Ciąża, poród, połóg (O00-O99 bez O80 i O84)	Urazy (S00-T14)
2020	-45,0	-1,7	-30,8	-34,0	-26,9	-35,1	-30,0	-28,3	-14,0	-19,9
2023	-11,6	28,0	1,4	-4,8	-6,2	0,6	2,8	4,4	-15,6	-3,3

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

Na podstawie analizy struktury płci pacjentów hospitalizowanych z poszczególnych przyczyn wyróżniono grupę chorób „męskich” (z przewagą leczonych z ich powodu mężczyzn) oraz „kobiecych” (z przewagą kobiet). Wyniki przedstawiono na rycinie 4.3. Do pierwszej grupy zaliczyć można przede wszystkim urazy i zatrucia (udział mężczyzn w latach 2017–2023 przeciętnie o 3,7 p.p. wyższy niż kobiet), choroby układu krążenia (różnica: 3,4 p.p.), choroby układu oddechowego (2,1 p.p.) i pokarmowego (1, p.p.), a do drugiej: choroby układu moczowo-płciowego (udział kobiet przeciętnie o 4,8 p.p. wyższy niż mężczyzn), choroby układu mięśniowo-szkieletowego (1,7 p.p.), choroby oka (1,3 p.p.) oraz nowotwory (1,2 p.p.). W okresie 2017–2023 wyraźnie powiększyły się różnice dotyczące chorób układu krążenia (do poziomu 4,6 p.p. w 2023 r.) i w nieco mniejszym stopniu chorób układu pokarmowego (do 2,2 p.p.). Zmniejszenie różnicy częstości hospitalizacji kobiet i mężczyzn obserwowano dla nowotworów (do 0,4 p.p.), chorób oka (do 0,8 p.p.) i chorób układu mięśniowo-szkieletowego (do 1,1 p.p. w 2023 r.).



Ryc. 4.3. Różnice odsetkowych częstości leczenia szpitalnego mężczyzn i kobiet w latach 2017–2023 dla głównych grup przyczyny hospitalizacji wg ICD-10 (dane: NIZP PZH – PIB)

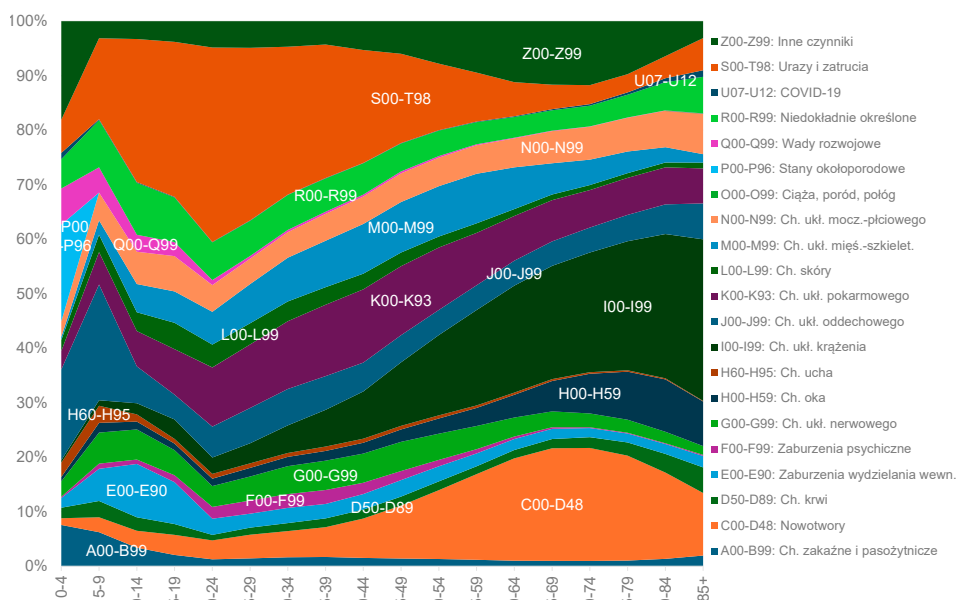
Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku pacjentów

W celu pogłębienia informacji o przyczynach leczenia szpitalnego w Polsce przeprowadzono ich analizę w 5-letnich grupach wieku, osobno dla kobiet i mężczyzn, za 2023 r.

Wśród dzieci w wieku poniżej 5 lat zwraca uwagę duży udział hospitalizacji (ponad 20% ogółu) z powodu czynników wpływających na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia (Z00-Z99 według klasyfikacji ICD-10) – do tej kategorii zaliczane są prawidłowe urodzenia (kodowane w ICD-10 jako Z38). Wysoki jest odsetek najmłodszych pacjentów (blisko 20%) leczonych z powodu stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym (P00-P96 wg ICD-10).

Obok wymienionych przyczyn, chłopcy w wieku do 10 lat leczeni są najczęściej z powodu chorób układu oddechowego (18%) i chorób zakaźnych (7%), a od 5. r. ż. również urazów i zatruc, które w już wieku 5–9 lat stanowią przyczynę 15% hospitalizacji, a ich udział szybko zwiększa się z wiekiem (ryc. 4.4). Aż do 50. r. ż. problemy te są dominującą przyczyną leczenia szpitalnego mężczyzn (w wieku 20–29 lat odpowiadają za ponad 30% hospitalizacji); jednocześnie systematycznie

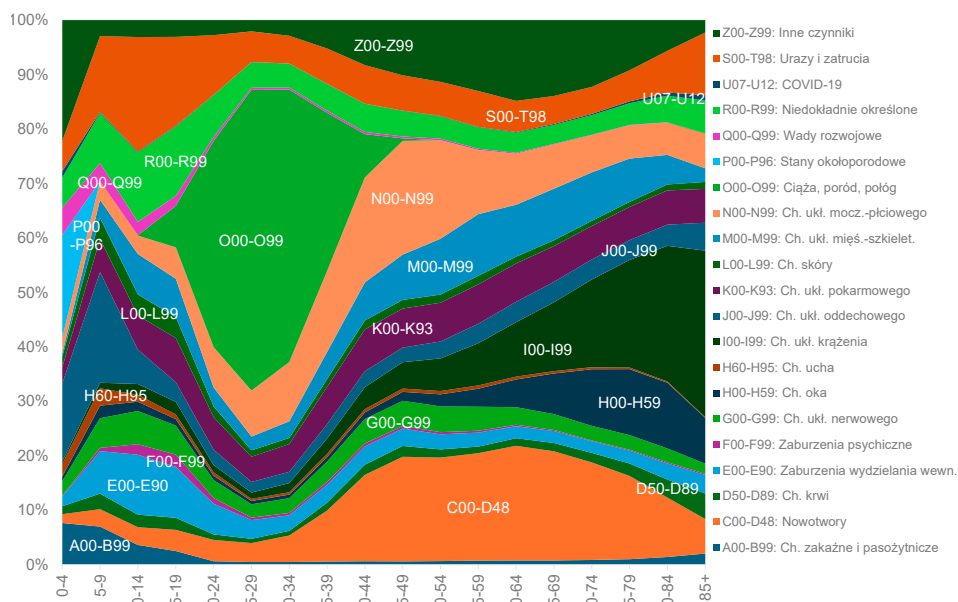
wzrasta znaczenie chorób układu pokarmowego (do 13% w wieku 35–44 lata). Od 50. r. ż. wśród przyczyn hospitalizacji mężczyzn zaczynają przeważać choroby układu krążenia, a ich udział systematycznie wzrasta aż do najstarszej grupy wieku (85 lat i więcej), w której odpowiadają za 30% przypadków leczenia szpitalnego. Jednocześnie rośnie też znaczenie nowotworów, maksimum ich udziału w strukturze przyczyn hospitalizacji przypada w wieku 65–69 lat i wynosi 16%, nie przekraczając jednak częstości leczenia z powodu chorób układu krążenia. Stosunkowo duży udział chorób oka po 70. r. ż. (8%) wiąże się z rozpowszechnieniem zabiegów wszczepienia soczewki z powodu zaćmy starczej.



Ryc. 4.4. Struktura przyczyn hospitalizacji mężczyzn w Polsce w 2023 r. wg wieku pacjentów (dane: NIZP PZH – PIB)

Inaczej przedstawia się struktura hospitalizacji kobiet (ryc. 4.5.), jednak dla dziewcząt do 10. r. ż. jest ona zbliżona do obserwowanej u chłopców – obok pobytów związanych z urodzeniem i leczeniem stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym dominują choroby układu oddechowego (16%) oraz choroby zakaźne (7%). Trzeba podkreślić, że dla najmłodszych pacjentów (obu płci) częstość hospitalizacji z powodu chorób zakaźnych jest znacznie wyższa niż w pozostałych kategoriach wieku. Podobnie jak w przypadku chłopców, udział urazów i zatruc w strukturze przyczyn hospitalizacji jest wysoki już w wieku 5–9 lat (14%), a przez kolejne 10 lat stanowią one najważniejszą przyczynę leczenia szpitalnego dziewcząt.

Od 20. r. ż. przeważają zdarzenia związane z ciążą, porodem i położeniem (w wieku 25–34 lata odpowiadają za ponad połowę hospitalizacji) przy równoczesnym stałym wzroście częstości chorób układu moczowo-płciowego (do poziomu 21% czyli znacznie wyższego niż u mężczyzn). W wieku 40–49 lat choroby te są główną przyczyną leczenia szpitalnego kobiet. Po 40. r. ż. wyraźnie wzrasta częstość hospitalizacji z powodu nowotworów, w wieku od 50 aż do 74 lat stanowią one główną przyczynę leczenia. Maksimum udziału nowotworów w strukturze hospitalizacji Polek przypada w wieku 60–64 lata, a więc wcześniej niż u mężczyzn. Częstość hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia systematycznie rośnie z wiekiem, osiągnąwszy poziom 10% w kategorii 60–64 lata (czyli o 15 lat później niż w przypadku mężczyzn). Choroby te stanowią dominującą przyczynę leczenia szpitalnego kobiet wieku powyżej 75 lat (mężczyzn – powyżej 50 lat), a wśród najstarszych (w kategorii wieku 85 i więcej lat) odpowiadają za 31% przypadków hospitalizacji.



Ryc. 4.5. Struktura przyczyn hospitalizacji kobiet w Polsce w 2023 r. wg wieku pacjentek (dane: NIZP PZH – PIB)

Warto podkreślić znaczną różnicę w hospitalizacji mężczyzn i kobiet z powodu urazów i zatruc. Udziały leczonych z tej przyczyny dzieci do 10. r. ż. są niemal równe dla obu płci. Podobna sytuacja dotyczy osób w wieku 60–69 lat. Od 15. do 59. r. ż. wymagające leczenia szpitalnego urazy stanowią znacznie większy problem wśród mężczyzn, co przypisuje się ich większej skłonności do podejmowania zachowań ryzykownych. Z kolei w wieku 70 lat i więcej odsetek kobiet

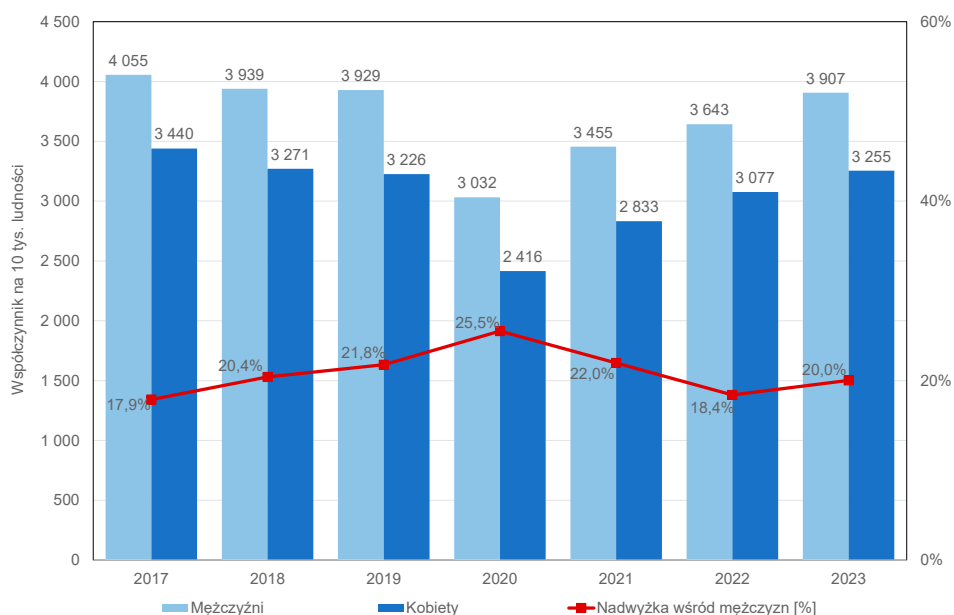
hospitalizowanych z powodu urazów jest niemal dwukrotnie wyższy niż mężczyzn, co może świadczyć o większej aktywności starszych Polek.

Odsetek pacjentów hospitalizowanych z przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99 wg ICD-10) dla obu płci wynosi przeciętnie 6%, a największą wartość przyjmuje wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat. W tej grupie jest wyraźnie wyższy dla dziewcząt niż dla chłopów (12% vs 9%).

Leczenie szpitalne osób starszych – w wieku 60 lat i więcej

Liczba osób korzystających z opieki zdrowotnej zwiększa się w naturalny sposób wraz z biologicznym starzeniem się populacji, które w Polsce wyraźnie się nasila w związku z niską dzietnością oraz wydłużaniem czasu trwania życia. Kolejną część rozdziału dotyczącego chorobowości szpitalnej poświęcono hospitalizacji osób starszych.

Na rycinie 4.6 przedstawiono częstość hospitalizacji mężczyzn i kobiet w wieku 60+ w latach 2017–2023. Tak jak w przypadku całej populacji współczynniki hospitalizacji obniżyły się znacznie w 2020 r., aby stopniowo wracać do poziomu sprzed pandemii. Nie osiągają jednak wartości z 2017 r.



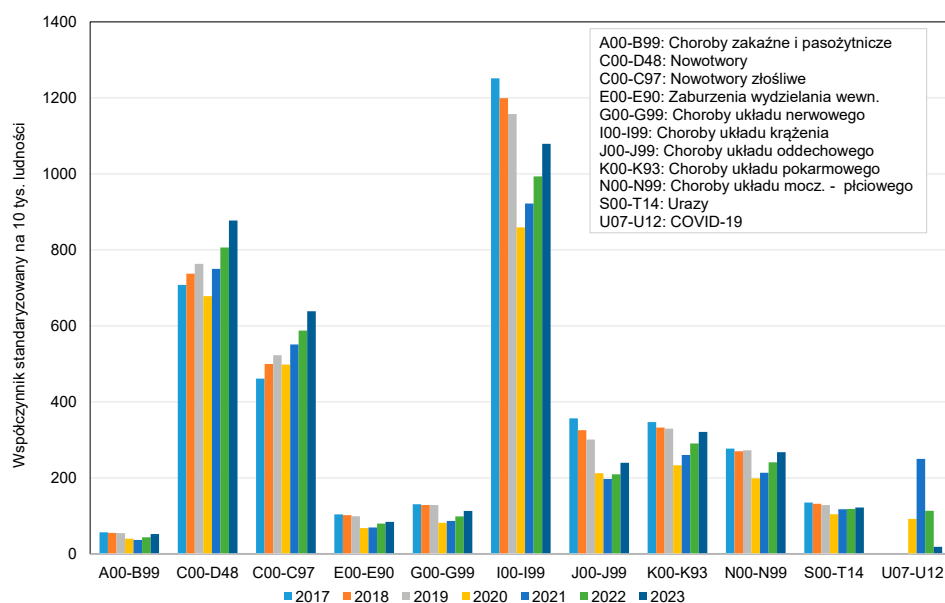
Ryc. 4.6. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji (na 10 tys. ludności) mężczyzn i kobiet w wieku 60 lat i więcej w latach 2017–2023 i ich procentowe nadwyżki dla mężczyzn (dane: NIZP PZH – PIB)

W całym analizowanym okresie obserwowano znaczną nadwyżkę hospitalizacji mężczyzn. Jej wielkość w poszczególnych latach wahała od 18% do 26% i była największa w pierwszym roku pandemii w naszym kraju (2020). Trzeba podkreślić, że są to różnice znacznie większe niż dla całej populacji.

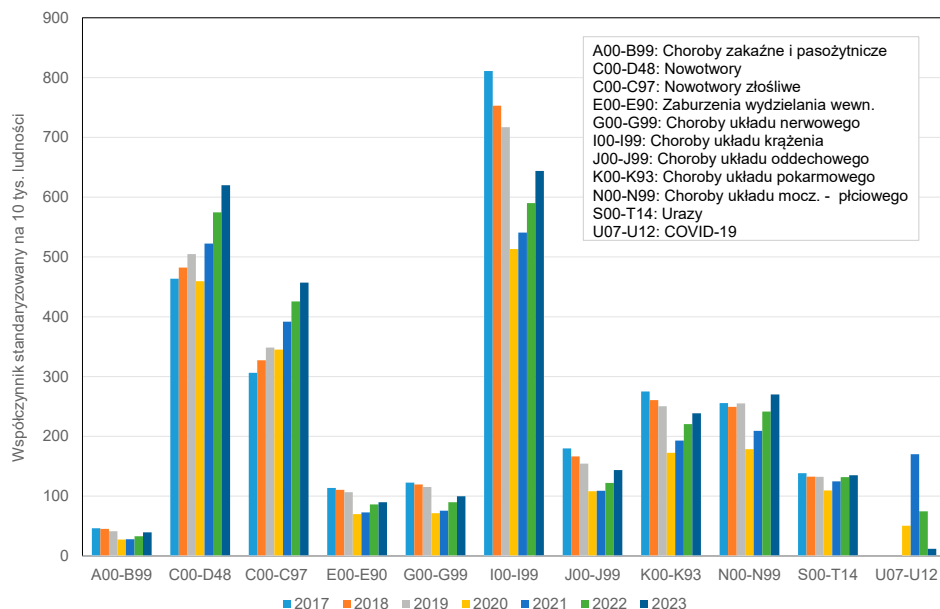
Na rycinach 4.7. i 4.8. przedstawiono główne przyczyny hospitalizacji mężczyzn i kobiet w wieku 60 i więcej lat w latach 2017–2023. Osoby obu płci najczęściej hospitalizowano z powodu chorób układu krążenia, a w drugiej kolejności nowotworów.

Różnice w częstości hospitalizacji pacjentów obu płci w zakresie poszczególnych grup chorób (mierzone nadwyżką standardowego współczynnika hospitalizacji mężczyzn w stosunku do kobiet) przedstawiono na rycinie 4.9.

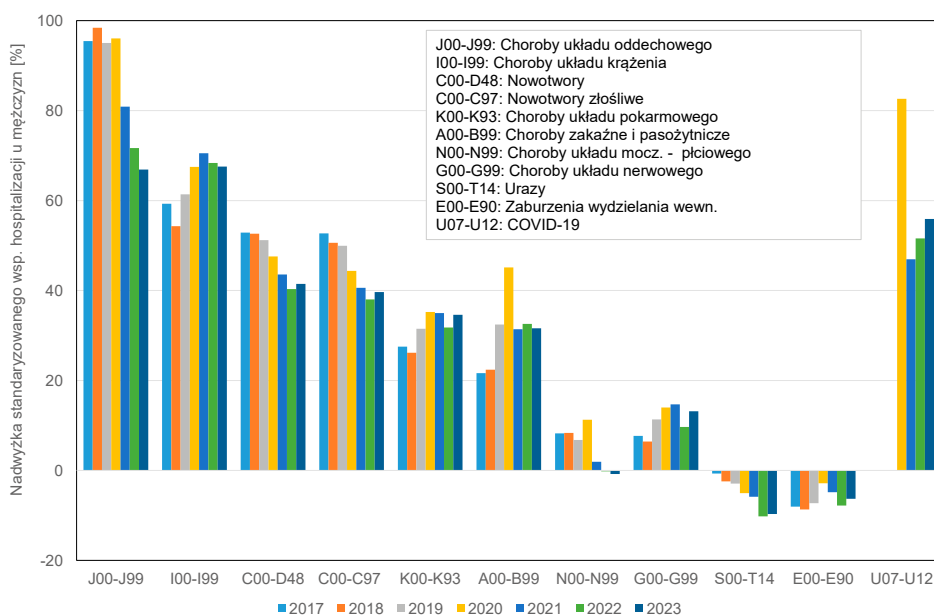
We wszystkich latach mężczyźni byli hospitalizowani byli częściej niż kobiety z większości analizowanych przyczyn mężczyzn. Największe różnice dotyczyły chorób układu oddechowego – w latach 2017–2020 nadwyżka hospitalizacji mężczyzn przekraczała 95%, ale w kolejnych latach stopniowo malała, osiągając wartość 67% w 2023 r. Drugą grupę przyczyn, z powodu których mężczyzn leczono w szpitalach znacznie częściej niż kobiety, stanowiły choroby układu krążenia. Jednak w tym przypadku nadwyżka hospitalizacji mężczyzn powiększała się w latach 2017–2021 (do 71%) i uległa niewielkiemu zmniejszeniu dopiero po zakończeniu pandemii (do 68% w 2023 r.).



Ryc. 4.7. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji mężczyzn w wieku 60 lat i więcej (na 10 tys. ludności) w latach 2017–2023 dla najważniejszych przyczyn leczenia szpitalnego (dane: NIZP PZH – PIB)



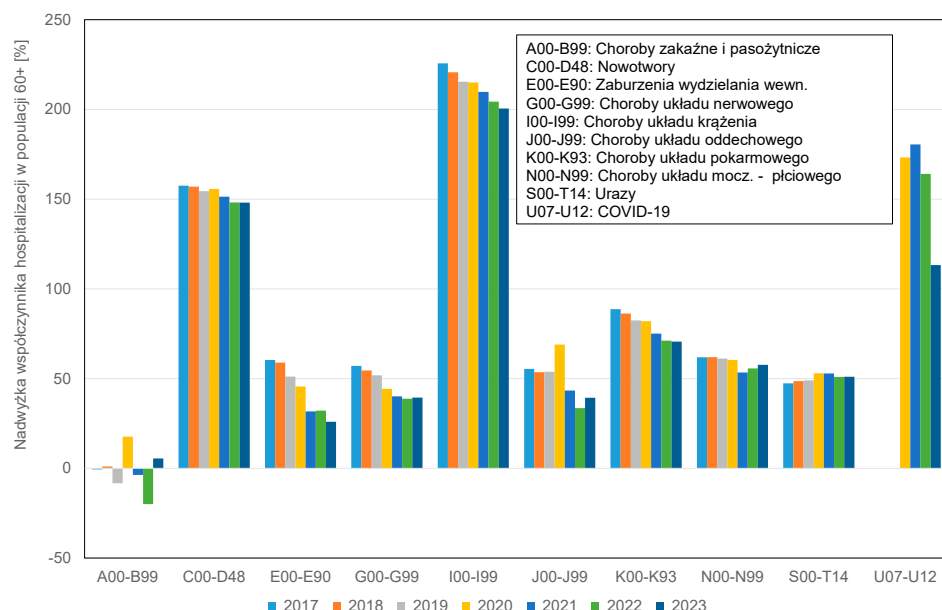
Ryc. 4.8. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji kobiet w wieku 60 lat i więcej (na 10 tys. ludności) w latach 2017–2023 dla najważniejszych przyczyn leczenia szpitalnego (dane: NIZP PZH – PIB)



Ryc. 4.9. Procentowe nadwyżki standaryzowanych współczynników hospitalizacji mężczyzn w stosunku do kobiet dla ludności w wieku 60 lat i więcej, według głównych grup przyczyn, w latach 2017–2023 (dane: NIZP PZH – PIB)

Wzrost częstości leczenia szpitalnego mężczyzn w stosunku do kobiet obserwuje się również dla chorób układu pokarmowego i nerwowego. Odwrotny trend dotyczy nowotworów (również nowotworów złośliwych) – nadwyżka hospitalizacji mężczyzn zmniejszyła się z 53% w 2017 r. do 42% w 2023 r. (dla nowotworów złośliwych z 51% do 40%). Podobną tendencję obserwuje się dla chorób układu moczowo-płciowego – po okresie wyższej hospitalizacji mężczyzn częstości leczenia szpitalnego w obu subpopulacjach praktycznie się zrównały (przy niewielkiej przewadze kobiet) w latach 2022–2023. Większą częstością hospitalizacji kobiet niż mężczyzn w całym analizowanym okresie charakteryzowały się jedynie dwie grupy problemów zdrowotnych – zaburzenia wydzielania wewnętrznego oraz urazy. Wynik dla tych ostatnich istotnie odbiega od otrzymanego dla całej populacji, w której znacznie częściej z powodu urazów hospitalizowani są mężczyźni. Warto jeszcze podkreślić wysokie nadwyżki hospitalizacji mężczyzn w pandemicznym 2020 r., nie tylko z powodu COVID-19 (o 83%), ale również innych chorób zakaźnych (o 45%).

Wielkość problemu leczenia szpitalnego osób w wieku 60 i więcej lat ilustruje rycina 4.10. Przedstawiono na niej nadwyżki rzeczywistych współczynników hospitalizacji osób 60+ w stosunku do całej populacji Polski w latach 2017–2023. Zgodnie z uwarunkowaniami biologicznymi częstość hospitalizacji osób starszych z niemal wszystkich przyczyn jest znacznie wyższa, jedynie dla chorób zakaźnych i pasożytniczych sytuacja nie jest jednoznaczna. Największy problem osób w wieku 60+ stanowią choroby układu krążenia, hospitalizowane w analizowanym okresie ponad trzykrotnie częściej niż w całej populacji. Omawiana nadwyżka ulega wprawdzie systematycznemu zmniejszeniu, ale ciągle przekracza 200%, co oznacza, że jeszcze w 2023 r. wartość współczynnika pozostała 3 razy wyższa niż dla ogółu ludności. Drugim z najważniejszych problemów osób starszych na tle całej populacji był COVID-19, który najmocniej uderzył w tę właśnie grupę ludności. W latach 2020–2022 osoby w wieku 60+ hospitalizowano z tego powodu ponad 2,5 razy częściej niż ogół Polaków (w 2023 r. – 2,1 razy). Trzecim istotnym problemem osób w wieku 60+ są nowotwory – hospitalizowane w tej grupie około 2,5 razy częściej niż w całej populacji. Dla kolejnych przyczyn tj. chorób układu pokarmowego oraz moczowo-płciowego nadwyżka hospitalizacji osób starszych w całym analizowanym okresie przekraczała 50%. Należy zaznaczyć, że w przypadku większości grup chorób omawiane różnice w ostatnich latach ulegają zmniejszeniu; ważny wyjątek stanowią urazy.

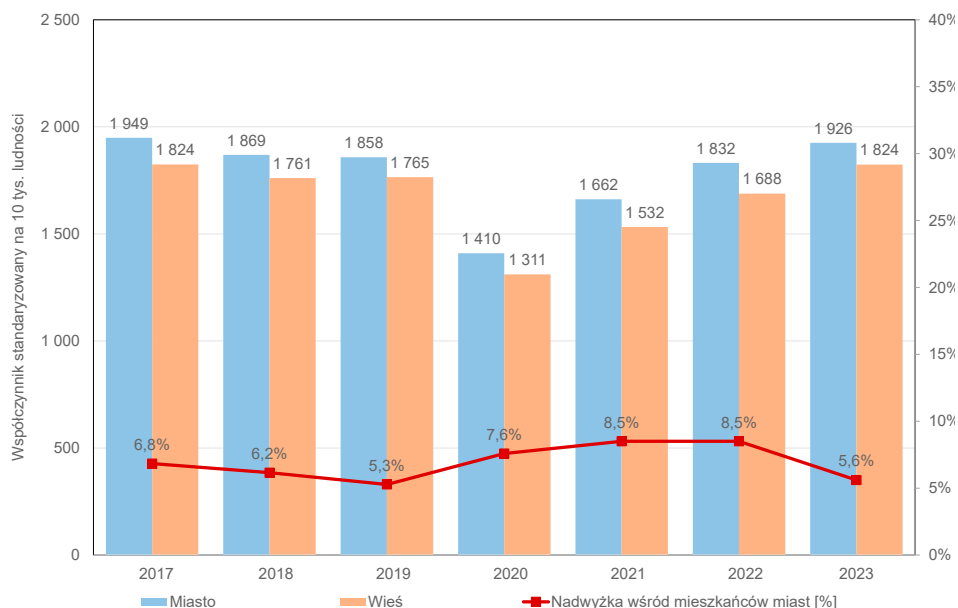


Ryc. 4.10. Nadwyżka współczynników hospitalizacji osób w wieku 60 lat i więcej w stosunku do całej populacji w zakresie głównych grup chorób w latach 2017–2023 (dane: NIZP PZH – PIB)

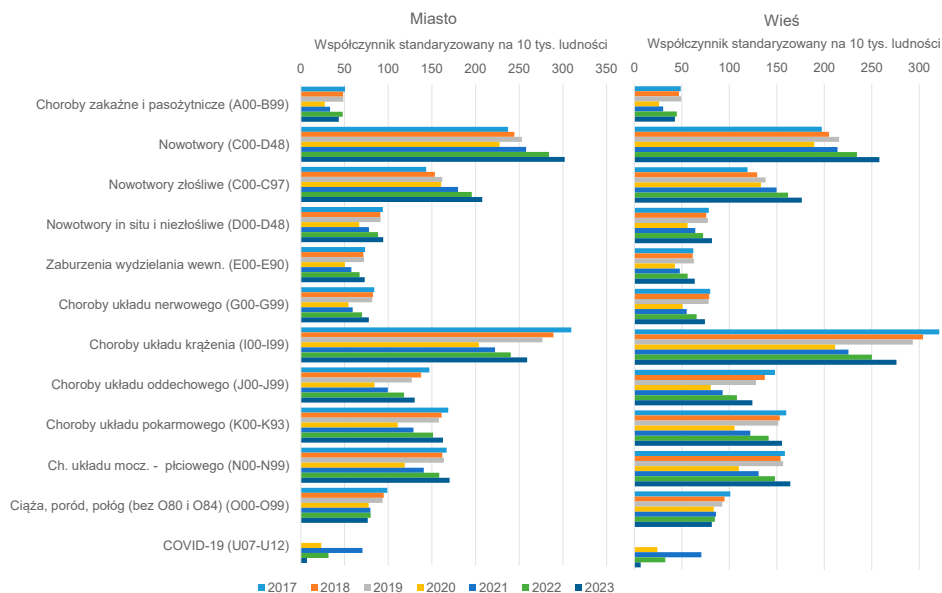
Hospitalizacja mieszkańców miast i wsi w latach 2017–2023

Mieszkańcy miast byli hospitalizowani nieco częściej niż mieszkańcy wsi, prawdopodobnie z powodu łatwiejszego dostępu do leczenia szpitalnego. W całym analizowanym okresie różnica między współczynnikami hospitalizacji utrzymywała się na zbliżonym poziomie – nadwyżka hospitalizacji ludności miejskiej wahała się od 5,3% w 2019 r. do 8,5% w latach 2021 i 2022 (ryc. 4.11.).

Częstość hospitalizacji z wybranych przyczyn w porównywanych subpopulacjach przedstawia rycina 4.12. Z powodu większości analizowanych grup chorób częściej hospitalizowano mieszkańców miast niż wsi, największe różnice dotyczyły nowotworów (przeciętna roczna nadwyżka wynosiła 20%) i zaburzeń wydzielania wewnętrznego (18%). Wyjątki stanowiły problemy związane z ciążą i porodem (przeciętna roczna nadwyżka hospitalizacji na rzecz mieszkańców wsi wynosiła 6%) oraz choroby układu krążenia (4%). W odniesieniu do pierwszej z wymienionych grup należy dodać, że współczynnik urodzeń na wsi w latach 2019–2023 był przeciętnie o 6,0% wyższy niż w miastach.



Ryc. 4.11. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji z ogółu przyczyn mieszkańców miast i wsi (na 10 tys. ludności) w latach 2017–2023 (dane: NIZP PZH – PIB)



Ryc. 4.12. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast i wsi (na 10 tys. ludności) wg przyczyn w latach 2017–2023 (dane: NIZP PZH – PIB)

Śmiertelność szpitalna

Śmiertelność szpitalna jest bardzo istotnym wskaźnikiem w analizach zdrowia ludności. Przynosi informacje zarówno o ciężkości leczonych chorób, jak i jakości opieki szpitalnej.

Prezentowana analiza dotyczy lat 2019–2023. W tabeli 4.5. przedstawiono w rozbiciu według płci współczynniki (odsetki) śmiertelności szpitalnej w poszczególnych latach dla ogółu pacjentów oraz dla hospitalizowanych z poszczególnych przyczyn, odpowiadających głównym grupom chorób w klasyfikacji ICD-10.

Tabela 4.5. Śmiertelność szpitalna w Polsce w latach 2019–2023 według płci i przyczyn hospitalizacji (w %)

Rozpoznania ICD-10	Mężczyźni					Kobiety				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Choroby zakaźne (A00-B99)	3,3	6,3	5,0	4,4	5,3	3,4	6,2	5,6	4,7	5,8
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	3,2	3,1	2,8	2,7	2,5	2,2	2,1	1,8	1,8	1,8
Choroby krwi (D50-D89)	2,0	2,6	2,8	3,4	3,5	2,1	2,6	2,8	3,3	3,3
Zaburzenia. wydziel. wewn. (E00-E90)	2,2	2,9	2,5	2,2	1,8	2,0	2,5	2,2	1,8	1,6
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	0,7	1,0	1,0	0,8	0,7	0,5	0,7	0,7	0,6	0,5
Choroby układu krążenia (I00-I99)	5,3	6,9	6,3	5,6	4,9	6,4	8,2	7,7	6,8	5,9
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	4,0	6,8	5,7	4,1	4,0	4,0	6,3	5,8	4,2	3,9
Choroby układu pokarmowego (K00-K93)	2,3	3,2	2,9	2,4	2,1	2,2	3,2	2,9	2,3	2,1
Choroby skóry (L00-L99)	1,2	1,6	1,6	1,3	1,1	1,6	2,5	2,3	1,8	1,5
Ch. ukł. mięś.-szkieletowego (M00-M99)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ch. ukł. mocz.-płciowego (N00-N99)	2,5	3,3	2,8	2,6	2,5	1,3	1,7	1,4	1,4	1,3
Stany okołoporodowe (P00-P96)	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
Wady rozwojowe (Q00-Q96)	0,5	0,6	0,5	0,4	0,3	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4
Niedokładnie określ. (R00-R99)	2,9	4,3	3,5	3,1	2,9	2,5	3,4	3,0	2,4	2,4
COVID-19 (U07-U12)		24,3	22,9	16,9	10,9		19,1	19,9	15,5	9,7
Urazy i zatrucia (S00-T98)	1,0	1,2	1,0	0,8	0,8	1,0	1,2	1,1	0,9	0,8
Inne czynniki (Z00-Z99)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Ogółem	2,3	3,4	3,5	2,6	2,2	1,8	2,4	2,6	2,0	1,7

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

Przedstawione dane wskazują, że w 2020 r. nastąpił skokowy wzrost śmiertelności szpitalnej. W porównaniu z poprzednim (2019 r.) wartości współczynników

zwiększyły się o 1,1 p.p. dla mężczyzn (co oznacza wzrost zagrożenia zgonem w szpitalu o połowę) i o 0,6 p.p. dla kobiet (wzrost o 1/3). Maksimum śmiertelności szpitalnej przypadło 2021 r., kiedy podczas hospitalizacji zmarło 3,5% pacjentów mężczyzn i 2,6% kobiet. Tak wysoki poziom śmiertelności spowodowała epidemia COVID-19. W latach 2020 i 2021 wśród hospitalizowanych z tego powodu umierał niemal co czwarty mężczyzna i co piąta kobieta. O dużym zagrożeniu życia ze strony tej choroby świadczą również wysokie wartości współczynników już po zakończeniu epidemii – w 2023 r. wynosiły one 10,9% dla mężczyzn i 9,7% dla kobiet.

W 2022 r. śmiertelność szpitalna wyraźnie się obniżyła, ale ciągle nieco przekraczała poziom z 2019 r. (o 0,3 p.p. wśród mężczyzn i 0,2 p.p. wśród kobiet). Dopiero w 2023 r. wartości współczynników były niższe niż przed pandemią i wynosiły 2,2% dla mężczyzn, a 1,7% dla kobiet.

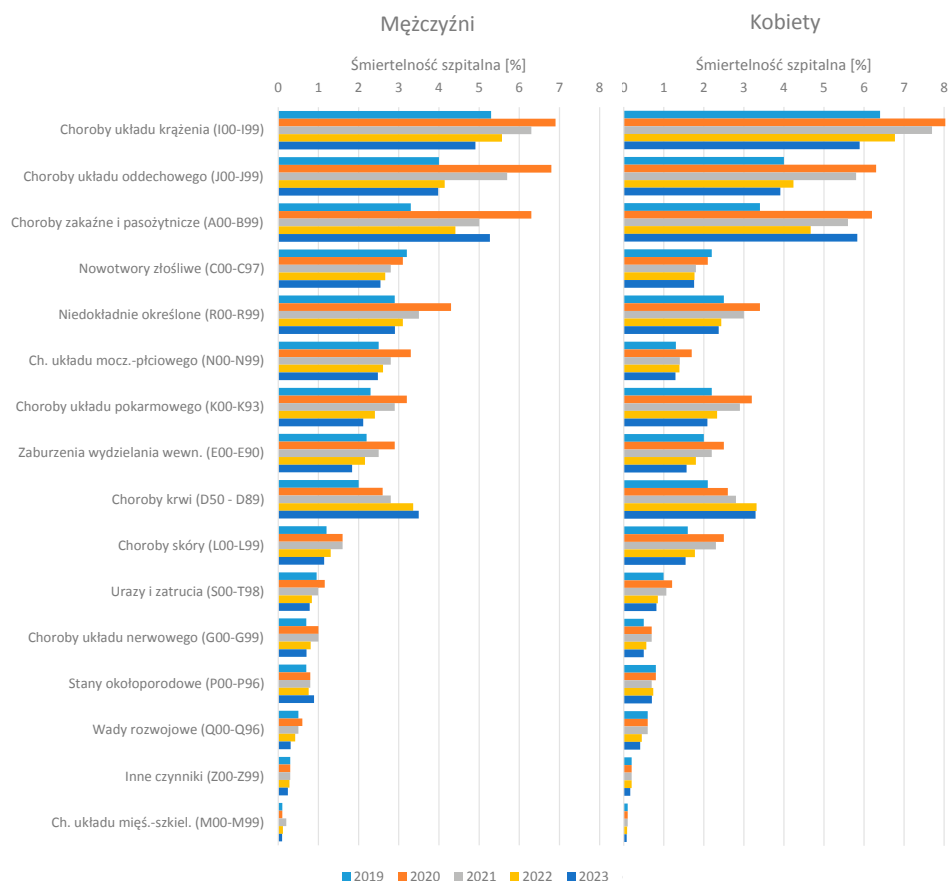
Różnice w śmiertelności mężczyzn i kobiet były związane z przyczyną hospitalizacji. Analizując je trzeba jednak pamiętać o różnicach w strukturze wieku hospitalizowanych mężczyzn i kobiet – kobiety są przeciętnie starsze.

Wśród wszystkich analizowanych przyczyn hospitalizacji najwyższa śmiertelność szpitalna charakteryzuje COVID-19 – jej współczynniki nawet po zakończeniu pandemii są znacznie wyższe niż w przypadku innych grup chorób. Obserwowane w latach 2022 i 2023 obniżenie śmiertelności z tego powodu można przypisać ogólnemu uodpornieniu populacji w wyniku szczepień, a co za tym idzie lżejszemu przebiegowi choroby.

Rycina 4.13. ilustruje dane przedstawione w tabeli 4.5. Usunięto z niej informacje dotyczące COVID-19 celem bardziej przejrzystego pokazania śmiertelności z pozostałych przyczyn. Wśród nich, niezależnie od zmian wartości współczynników w kolejnych latach, najwyższa śmiertelność szpitalna charakteryzuje hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego oraz chorób zakaźnych. Zwraca też uwagę stosunkowo wysoka śmiertelność osób przyjętych do szpitala z przyczyn niedokładnie określonych (ICD-10: R00–R99), co może świadczyć o niepogłębionej diagnozie.

Wyraźnie zaznaczają się grupy chorób, dla których poziom śmiertelności szpitalnej zależy od płci pacjentów. W całym analizowanym okresie mężczyźni umierali częściej od kobiet w przypadku hospitalizacji z powodu: chorób układu moczowo-płciowego (nadwyżki wartości współczynnika w poszczególnych latach wynosiły od 86% do 100 %), nowotworów złośliwych (nadwyżki od 39% do 56%), chorób układu nerwowego (33–43%), zaburzeń wydzielania wewnętrznego (10–22%), przyczyn niedokładnie określonych (16–29%) oraz jak wspomniano

wyżej COVID-19 (9–27%). Częściej od mężczyzn umierały kobiety hospitalizowane z powodu chorób układu krążenia (nadwyżki współczynnika 19–22%) i chorób skóry (36–56%).



Ryc. 4.13. Śmiertelność szpitalna w Polsce w latach 2019 – 2023 według płci i przyczyny hospitalizacji (dane: NIZP PZH – PIB)

Dla niemal wszystkich analizowanych przyczyn hospitalizacji śmiertelność szpitalna pacjentów obu płci wyraźnie zwiększyła się w pierwszym roku pandemii (2020). Zjawisko to, mające wiele przyczyn (w związku z ograniczeniami przyjęć do szpitali hospitalizowani byli przeciętnie w cięższym stanie niż w poprzednim roku, a potrzeba zorganizowania i prowadzenia leczenia pacjentów z COVID-19 niekorzystnie wpłynęła na jakość opieki nad pozostałymi),

wzmocniło efekt wzrostu śmiertelności szpitalnej z ogółu przyczyn, spowodowany przede wszystkim zgonami pacjentów przyjętych do szpitala z powodu COVID-19. W kolejnych latach, już od 2021 r., śmiertelność szpitalna z przyczyn innych niż COVID-19 zaczęła się zmniejszać. Niekorzystny wyjątek stanowią choroby krwi – śmiertelność z ich powodu zarówno mężczyzn, jak i kobiet systematycznie rosła od 2019 do 2023 r.

Hospitalizacja z powodu COVID-19

Jak wykazano powyżej, epidemia COVID-19 w dużym stopniu zmieniła obraz chorobowości hospitalizowanej w Polsce. Pojawienie się tej choroby złamało wieloletnie trendy obserwowanych zjawisk zdrowotnych. Specyfika tamtego okresu (stan epidemii w Polsce obowiązywał od 20 marca 2020 r.³ do 15 maja 2022 r.⁴), w tym zmiany w sposobie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, przyczyniły się do narastania tzw. długu zdrowotnego rozumianego jako skumulowanego opóźnienia w realizacji świadczeń zdrowotnych. Podobnie jak w innych krajach pandemia zmieniła również kondycję zdrowotną społeczeństwa. Zgony z powodu COVID-19 zmniejszyły udział w populacji osób starszych oraz będących w złym stanie zdrowia, mierzonym wówczas m. in. obecnością chorób współistniejących. Z drugiej strony przebycie COVID-19, zwłaszcza w przypadku ciężkiego przebiegu lub kilkukrotnych zachorowań, nie musi być obojętne dla stanu zdrowia osób wyleczonych. W przyszłości mogą oni częściej potrzebować leczenia szpitalnego niż ich rówieśnicy w poprzednich latach. Zwłaszcza, że odległe zdrowotne skutki COVID-19 ciągle jeszcze nie są w pełni poznane i stanowią przedmiot licznych badań naukowych na całym świecie^{5,6}.

Obecnie (kwiecień 2025) COVID-19 nie jest już największym zagrożeniem dla zdrowia i życia Polaków, niemniej ciągle występuje w populacji, stanowiąc

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii [Dz.U. 2020 poz. 491]

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii [Dz.U. 2022 poz. 1027]

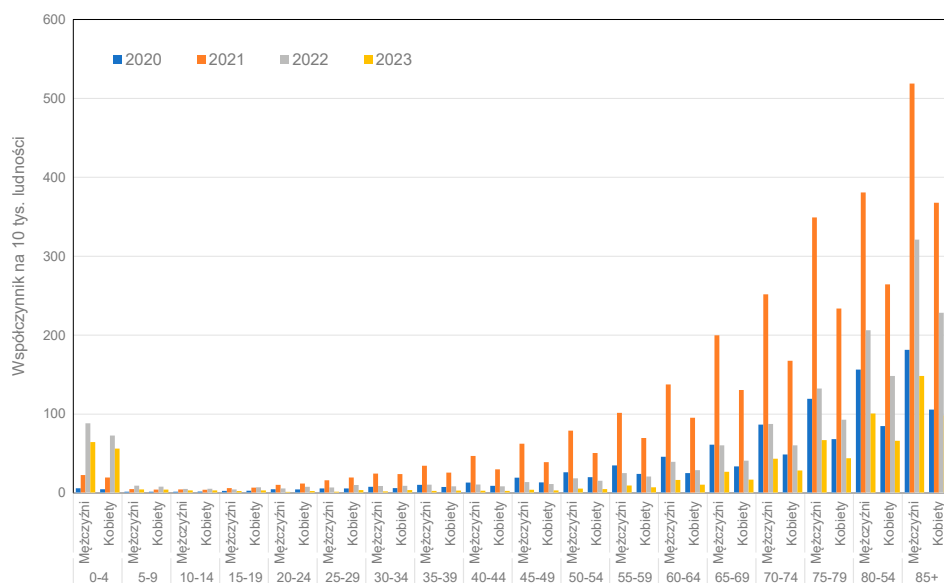
⁵ Lopez-Leon S. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* (2021) 11, 16144. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>

⁶ Elneima O et al. Cohort Profile: Post-Hospitalisation COVID-19 (PHOSP-COVID) study. *Int. J. Epidemiol.*, (2024) 53, 1, dyad165, <https://doi.org/10.1093/ije/dyad165>

powód hospitalizacji, a także przyczynę zgonów. Jak wykazano powyżej, była to choroba o najwyższej śmiertelności szpitalnej w 2023 r. Najważniejsze charakterystyki hospitalizacji z powodu tej choroby dla czteroletniego okresu obserwacji (2020–2023) omówiono poniżej.

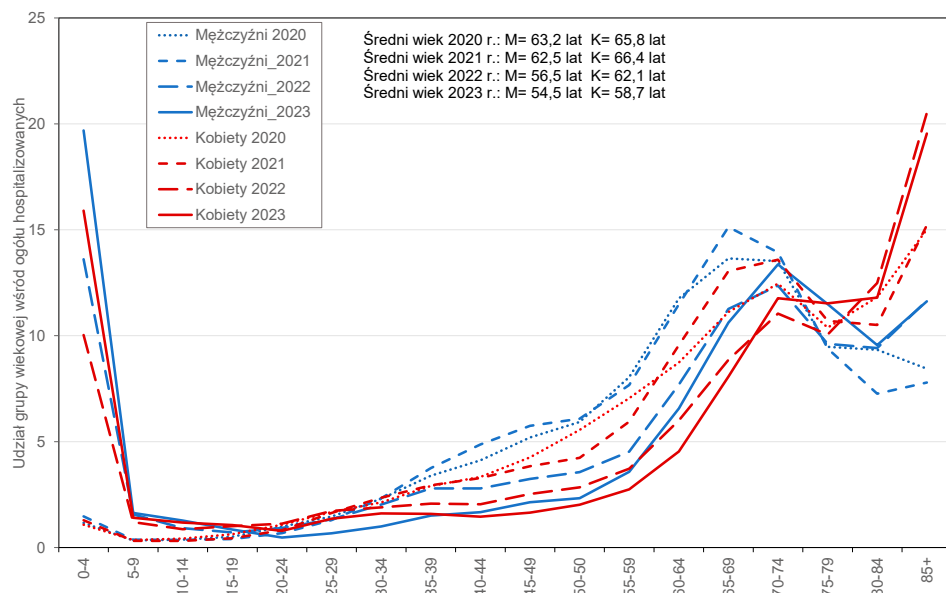
Maksimum hospitalizacji z powodu COVID-19 przypada w Polsce na 2021 r. (tabela 4.1, 4.2, 4.3). W 2023 r. współczynniki hospitalizacji już były wielokrotnie niższe (rzeczywisty 11-, a standaryzowany względem wieku 10-krotnie).

We wszystkich latach najbardziej zagrożone chorobą były osoby starsze, jednak od 2022 r. zwraca uwagę podwyższona częstość hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lata (ryc. 4.14). Wśród osób dorosłych częstość hospitalizacji szybko zwiększa się z wiekiem, szczególnie wśród osób po 50. r. ż. Charakter tego wzrostu jest zbliżony do wykładniczego. W 2020 r. zagrożenie hospitalizacją z powodu COVID-19 mężczyzn w wieku powyżej 85 lat było 4-krotnie wyższe niż w wieku 60–64 lata i 7-krotnie niż w wieku 50–54 lata, a dla kobiet odpowiednio 4- i 5-krotnie. W 2023 r., gdy zagrożenie w całej populacji było mniejsze, częstość hospitalizacji w najstarszej grupie była 9 razy wyższa niż w wieku 60–64 (dla osób obu płci) i ponad 20 razy wyższa niż w wieku 50–54 lata. Częstość hospitalizacji mężczyzn była znacznie większa niż kobiet.



Ryc. 4.14. Współczynniki hospitalizacji z powodu COVID-19 w latach 2020–2023 według płci i wieku pacjentów (dane: NIZP PZH – PIB)

Strukturę wieku pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 w okresie 2020–2023 przedstawiono na rycinie 4.15. Rozkłady w poszczególnych latach miały zbliżony charakter, widoczne jest jednak stopniowe obniżanie się wieku leczonych pacjentów. W 2020 r. osoby powyżej 50. r. ż. stanowiły 80% hospitalizowanych mężczyzn i 82% kobiet, w kolejnych latach ich udział stopniowo się zmniejszał i w 2023 r. wynosił odpowiednio 69% i 72%.



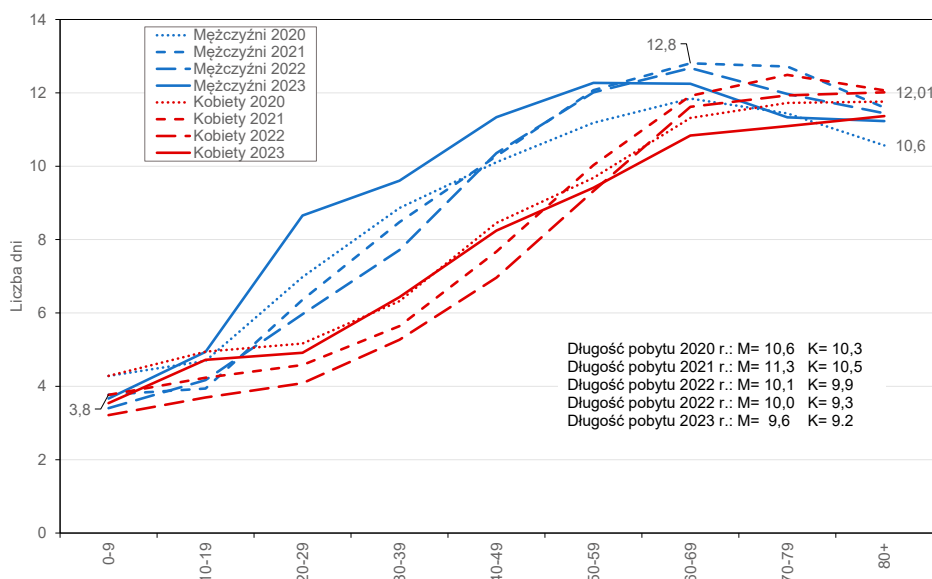
Ryc. 4.15. Struktura wieku pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 w latach 2020–2023, według płci (dane: NIZP PZH – PIB)

W całym analizowanym okresie hospitalizowani mężczyźni byli przeciętnie młodsi od kobiet. Dla obu płci średni wiek pacjentów obniżał się w kolejnych latach – mężczyzn od 63 lat w 2020 r. do 55 lat w 2023 r., a kobiet w tym samym okresie z 66 do 59 lat. Jednocześnie zwiększał się udział najmłodszych pacjentów (w wieku 0–4 lata). Stanowili oni ok. 1% leczonych z powodu COVID-19 w latach 2020 i 2021, a ponad 15% w 2023 r. Osoby w wieku 5–30 lat stanowiły niewielką część hospitalizowanych – udział pacjentów z żadnej pięcioletniej grupy wieku w ramach tego przedziału nie przekraczał 2%.

We wszystkich analizowanych latach odsetek pacjentów w wieku 40–74 lata był wyższy dla mężczyzn niż kobiet (przeciętnie o 1,3 p.p. w pięcioletniej kategorii wieku). W starszych grupach wieku sytuacja wyglądała odwrotnie – udział

osób najstarszych wśród ogółu leczonych kobiet był wyższy niż w przypadku mężczyzn, a różnica pogłębiała się z wiekiem i wynosiła 0,7 p.p. w kategorii 75–79 lat, 2,8 p.p. w grupie 80–84 lata i 7,7 p.p. w wieku 80 lat i więcej.

Średnia długość hospitalizacji pacjentów leczonych z powodu COVID-19 (ryc. 4.16.) dla mężczyzn zmieniała się w zakresie od 9,7 dnia (w 2023 r.) do 11,3 dnia (w 2021 r.) i w każdym roku była nieco dłuższa niż w przypadku kobiet (wartości od 9,2 w 2023 r. do 10,5 dnia w 2023 r.). Długość pobytu w szpitalu silnie zależała od wieku leczonych i rosła monotonicznie od 4,3 dnia u dzieci poniżej 10. r. ż. do 11,8 dnia u osób w wieku 60–69 lat. Dla najstarszych kategorii wieku czas ten ulegał skróceniu przeciętnie do 11,4 dnia (w wieku 70–79 lat) i 10,6 dnia (powyżej 80 lat).

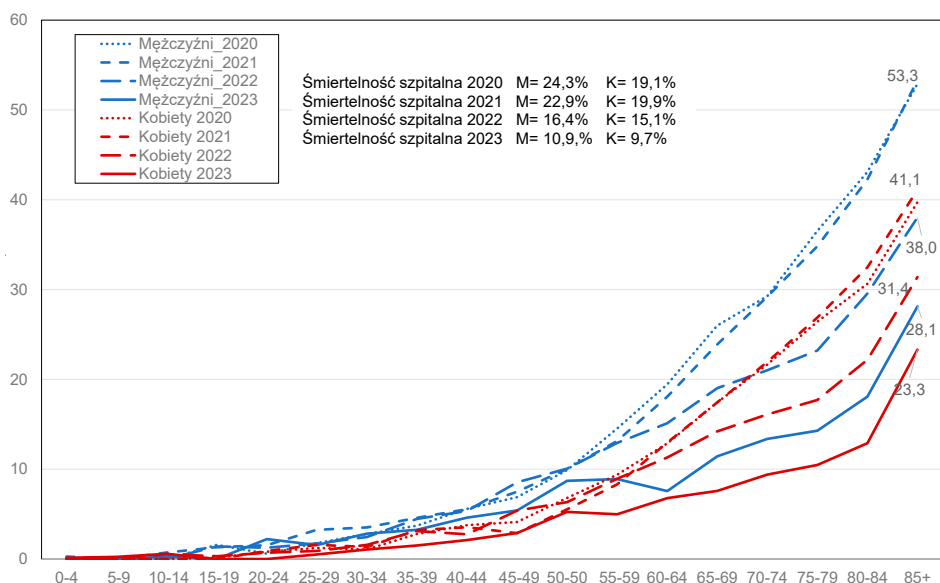


Ryc. 4.16. Długość pobytu w szpitalu pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 według płci i wieku w latach 2020–2023 (dane: NIZP PZH – PIB)

W pierwszych dwóch latach epidemii śmiertelność szpitalna z powodu COVID-19 była bardzo wysoka (ryc. 4.17). W latach 2021 i 2022 umierała blisko 1/4 hospitalizowanych z tego powodu mężczyzn (odpowiednio 24,3% i 22,9%), a wśród pacjentów w wieku 85 lat i więcej ponad połowa (52,9% i 53,3%). Dla kobiet odsetki te były nieco niższe (19,1% i 19,9% zmarłych ogółem oraz 39,7% i 41,1% w wieku 85+). W kolejnych latach śmiertelność się obniżała, prawdopodobnie jako skutek

większego uodpornienia populacji w wyniku szczepień oraz ulepszania metod terapii. Zmniejszały się też różnice w zagrożeniu życia osób obu płci, w 2022 r. Współczynniki śmiertelności wynosiły 16,9% (38,1% w wieku 85+) dla mężczyzn i 15,5% (31,4%) dla kobiet, a w 2023 r. odpowiednio 10,9% (28,1%) i 9,7% (23,3%).

W całym analizowanym okresie śmiertelność pacjentów obu płci w wieku poniżej 25 lat osób była bliska zeru, a w starszych kategoriach szybko i monotonicznie rosła do przedstawionego wyżej poziomu dla wieku 85 lat i więcej. Generalnie śmiertelność mężczyzn była wyższa niż kobiet – dla osób powyżej 25. r. ż. współczynniki były wyższe we wszystkich latach w każdej analizowanej kategorii wieku.



Ryc. 4.17. Śmiertelność szpitalna z powodu COVID-19 wg płci i wieku hospitalizowanych w latach 2020–2023 (dane: NIZP PZH – PIB)

Struktura wieku mieszkańców w miast i wsi hospitalizowanych w powodu COVID-19 w latach 2020–2023 była podobna – w obu subpopulacjach powyżej 10. r. ż. obserwowano systematyczny wzrost częstości hospitalizacji z wiekiem. Średni wiek pacjentów w obu grupach w latach 2020–2022 był zbliżony (różnice nie przekraczały 1 roku), ale hospitalizowani w 2023 r. mieszkańcy miast byli przeciętnie o prawie 5 lat starsi od mieszkańców wsi (58,3 vs 53,4 roku). Śmiertelność szpitalna obu subpopulacji zmniejszyła się ponad dwukrotnie w ciągu 4 lat, jednak współczynniki dla ludności miejskiej były o ok. 1 p.p. wyższe. Różnice w średniej długości pobytu w szpitalu i poszczególnych latach nie przekraczały 0,5 dnia.