

SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI I JEJ UWARUNKOWANIA 2025

Pod redakcją
Bogdana Wojtyniaka
i Anny Smagi

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowy Instytut Badawczy

Warszawa 2025

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowy Instytut Badawczy

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

Recenzja naukowa:
dr hab. Piotr Tyszko

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

Projekt okładki:
Marta Kaczanowska (NIZP PZH-PIB)

ISBN 978-83-65870-86-5

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025,
finansowane przez Ministra Zdrowia.

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. (22) 54 21 229
e-mail: bogdan@pzh.gov.pl
www.pzh.gov.pl

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

SPIS TREŚCI

OD REDAKTORÓW	7
SŁOWO WSTĘPNE	9
STAN ZDROWIA LUDNOŚCI POLSKI: KRYZYS, DETERMINANTY I ODPOWIEDŹ SYSTEMOWA	11
<i>Bernard Waško, Stefan Bogusławski, Anna Smaga, Bogdan Wojtyniak</i>	
1. NAJWAŻNIEJSZE FAKTY – PODSUMOWANIE.....	15
2. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ....	47
<i>Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Aneta Trochonowicz, Rafał Halik, Daniel Rabczenko</i>	
3. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI	69
<i>Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Daniel Rabczenko, Aneta Trochonowicz, Tomasz Madej, Tomasz Zdrojewski, Anna Smaga</i>	
4. CHOROBOWOŚĆ HOSPITALIZOWANA W POLSCE	191
<i>Paweł Goryński, Anna Poznańska, Anna Smaga, Paweł Radomski, Anna Tymicka, Bogdan Wojtyniak</i>	
5. WYBRANE PROBLEMY CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA W POLSCE...	215
<i>Marek Gierlotka, Mariusz Gąsior, Daniel Cieśla, Daniel Rabczenko, Jakub Stokwiszewski, Bogdan Wojtyniak</i>	
6. TRENDY ZACHOROWAŃ NA NOWOTWORY W POLSCE	235
<i>Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska, Urszula Sulkowska</i>	
7. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA	253
<i>Daria Biechowska, Marzena Sowińska</i>	
8. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA WYBRANYCH CHORÓB ZAKAŻNYCH W POLSCE	271
<i>Małgorzata Sadkowska-Todys, Iwona Paradowska-Stankiewicz, Magdalena Rosińska, Marta Niedźwiedzka-Stadnik, Ewa Augustynowicz, Małgorzata Stępień, Mirosław P. Czarkowski</i>	

9. SKUTKI ZDROWOTNE WYPADKÓW W POLSCE
ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM SYTUACJI OSÓB
STARSZYCH W WIEKU 65 LAT I WIĘCEJ.....339
Rafał Halik, Jakub Stokwiszewski
10. CHOROBA ALZHEIMERA I CHOROBY POKREWNE – ISTOTNY
PROBLEM ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE.....359
Aleksander Pawlewicz, Beata Koń, Aneta Machnio
11. ANALIZA ABSENCJI CHOROBOWEJ W LATACH 2022-2023375
Ewa Karczewicz, Agnieszka Sikora
12. SUBIEKTYWNA OCENA ZDROWIA I POZIOMU ZASPOKOJENIA
POTRZEB ZDROWOTNYCH.....395
*Stefan Bogusławski, Katarzyna Wróbel, Jakub Stokwiszewski, Anna Smaga,
Bogdan Wojtyniak*
13. ROZPOWSZECHNIENIE BEHAWIORALNYCH CZYNNIKÓW
RYZYKA ZDROWOTNEGO421
Anna Poznańska, Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak
14. SPOSÓB ŻYWIENIA POLAKÓW..... 447
- 14A. SPOSÓB ŻYWIENIA I STAN ODŻYWIENIA NIEMOWLĄT,
DZIECI I MŁODZIEŻY 447
Anna Dzielska, Anna Liber, Anna Fijałkowska
- 14B. SPOŻYCIE ŻYWNOSCI W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH
ORAZ ZWYCZAJE ŻYWIENIOWE OSÓB DOROSŁYCH.....475
*Katarzyna Stoś, Agnieszka Woźniak, Ewa Rychlik, Maciej Ottarzewski,
Katarzyna Wróbel, Jakub Stokwiszewski*
15. OCENA ZMIAN STĘŻEŃ PYŁU ZAWIESZONEGO PM_{2,5}
ORAZ SKUTKÓW ZDROWOTNYCH WYNIKAJĄCYCH
Z DŁUGOOKRESOWEJ EKSPOZYCJI NA TE STĘŻENIA W OKRESIE
2019-2023 W POLSCE W ŚWIETLE REWIZJI DYREKTYWY UE
ORAZ WYTYCZNYCH WHO 495
Krzysztof Skotak, Katarzyna Osińska-Skotak
16. DZIAŁANIA ZDROWIA PUBLICZNEGO ZREALIZOWANE
W POLSCE W LATACH 2022-2023 SPRAWOZDANE W SYSTEMIE
PROFIBAZA, W ODPOWIEDZI NA POTRZEBY ZDROWOTNE
MIGRANTÓW I UCHODźCÓW WOJENNYCH Z UKRAINY 509
Katarzyna Lewtak, Małgorzata Gajewska, Maria Piotrowicz, Ewa Urban

-
17. IDENTYFIKACJA NAJWAŻNIEJSZYCH PROBLEMÓW
ZDROWOTNYCH POPULACJI POLSKI I WOJEWÓDZTW NA
PODSTAWIE AKTUALNYCH WYNIKÓW BADANIA GLOBAL
BURDEN OF DISEASE (GBD).....531
*Roman Topór-Mądry, Anna Weszka, Bogdan Wojtyniak, Kamila Malinowska,
Agnieszka Doryńska, Maja Więckiewicz, Sarah Dillard, Johann Manson,
Mohsen Naghavi, Christopher J.L. Murray*
18. FINANSOWANIE I ZASOBY INFRASTRUKTURY OCHRONY
ZDROWIA531
Katarzyna Kwiatkowska, Olga Partyka, Monika Pajewska, Aleksandra Czerw

OD REDAKTORÓW

Z przyjemnością oddajemy w ręce Czytelników kolejną edycję Raportu o sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowaniach. Tak jak w przypadku wcześniejszych raportów przedstawiony obraz stanu zdrowia ludności opiera się na dostępnych w momencie tworzenia raportu danych, pochodzących przede wszystkim z rutynowych systemów informacyjnych, w tym zbiorów funkcjonujących w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

Najważniejsze źródła danych wykorzystane w raporcie to:

- Główny Urząd Statystyczny (GUS) – dane o umieralności, urodzeniach, przeciętnym trwaniu życia, liczbie ludności (ostatni dostępny rok: 2023)
- Narodowy Fundusz Zdrowia – informacje o świadczeniach medycznych finansowanych przez płatnika publicznego (rok sprawozdawczy: 2024)
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB – dane o chorobowości hospitalizowanej, dane nadzoru epidemiologicznego (rok sprawozdawczy: 2023)
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych – dane o absencji chorobowej (ostatni dostępny w czasie pisania rok: 2023)
- Krajowy Rejestr Nowotworów (ostatni dostępny rok: 2022)
- dane zawarte w uznanych międzynarodowych bazach danych, w tym w szczególności w bazie danych Eurostatu oraz OECD i WHO (ostatni dostępny rok: 2022, 2023, dane wstępne szacowane)

W obecnym raporcie tak jak w poprzednim wykorzystano też istotne dane pochodzące z innych źródeł. Należy do nich m.in. ankietowe badania reprezentatywnej próby losowej dorosłych mieszkańców Polski, przeprowadzone przez NIZP PZH – PIB w 2025 roku, którego wyniki wykorzystano w wielu rozdziałach Raportu.

W ramach prezentowania wybranych problemów związanych ze zdrowiem polskiego społeczeństwa, w sposób pogłębiony w obecnym Raporcie omówione zostały już po raz czwarty problemy związane ze sposobem żywienia i stanem odżywienia Polaków z wykorzystaniem badań własnych jak również danych GUS. W najnowszej edycji raportu uwzględniono zagadnienie sposobu żywienia i stanu odżywienia dzieci i młodzieży z wykorzystaniem danych z programu European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI WHO), realizowanego

w roku szkolnym 2022/2023 oraz badania Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2021/2022.

W obecnym wydaniu raportu wykorzystując podejścia do problemu zdrowia populacji wynikającego z metodologii Globalnego Obciążenia Chorobami dokonano identyfikacji najważniejszych problemów i potrzeb zdrowotnych populacji Polski i poszczególnych województw na podstawie aktualnych wyników badania udostępnionych Institute for Health Metrics and Evaluation, wyników badania Global Burden of Disease 2021.

Trzeba ponad to podkreślić, że każdy rozdział oprócz aktualizacji danych związanych z tematami omawianymi we wcześniejszych edycjach Raportu porusza również tematy nowe, nie omawiane wcześniej. Mamy nadzieję, że nasz Raport będzie dobrze służył wszystkim osobom i organizacjom działającym na polu zdrowia publicznego a także wszystkim tym, którzy dążą do poprawy stanu zdrowia polskiego społeczeństwa.

Składamy serdeczne podziękowania wszystkim autorom poszczególnych rozdziałów, recenzentowi naukowemu, a także redaktorom technicznym, których wkład przyczynił się do wysokiego poziomu merytorycznego niniejszego opracowania.

SŁOWO WSTĘPNE

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy od 1977 r. cyklicznie przygotowuje raporty o stanie zdrowia ludności Polski. Jest to jedyna publikacja syntetycznie i całościowo opisująca sytuację zdrowotną mieszkańców naszego kraju, będąca ważnym elementem realizacji misji Instytutu.

Kolejna edycja 2025, którą Państwu oddajemy zawiera aktualizację dotychczasowych, przekrojowych analiz, ale także tematycznie nowe rozdziały, odnoszące się do bieżących wyzwań zdrowia publicznego, przygotowane przez wybitnych ekspertów w odpowiednich dziedzinach.

Poza analizami odnoszącymi się do oceny stanu zdrowia, raport zawiera dane dotyczące czynników to determinujących, w tym zwłaszcza związanych ze stylem życia.

Stałym, choć poszerzanym w tym roku co do zakresu, elementem publikacji jest badanie subiektywnej oceny stanu zdrowia i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób dorosłych.

Raport jest publikowany pod koniec obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, można go zatem uznać za pewną formę podsumowania tego okresu. Takie podsumowanie bierze również pod uwagę fakt wystąpienia epidemii COVID-19, która bezpośrednio i pośrednio wpłynęła na stan zdrowia ludności. Wnioski wynikające z tegorocznego raportu powinny służyć przygotowaniu kolejnej edycji NPZ na lata 2026-2030, w szczególności identyfikując obszary, w których należy pilnie podjąć działania będące odpowiedzią na główne zagrożenia dla zdrowia publicznego.

Publikacja jest w pierwszym rzędzie przeznaczona dla osób i instytucji, które mają wpływ na zdrowie publiczne, w tym kształtowanie priorytetów polityki zdrowotnej – organów administracji centralnej i lokalnej, samorządów, ale także ośrodków naukowo-badawczych, organizacji pozarządowych oraz za pośrednictwem mediów, również do szerszej opinii publicznej.

Autorzy wyrażają szczerą nadzieję, że przytoczone dane i analizy pozwolą na lepsze zrozumienie zachodzących wokół nas zjawisk i zmian oraz przyczynią się do działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia ludności Polski.

STAN ZDROWIA LUDNOŚCI POLSKI: KRYZYS, DETERMINANTY I ODPOWIEDŹ SYSTEMOWA

Bernard Waśko, Stefan Bogusławski, Anna Smaga, Bogdan Wojtyniak

I

Dane opisujące ewolucję oczekiwanej długości życia ludności krajów europejskich w ostatnich latach wskazują na ważną zmianę obserwowanych w poprzednich dziesięcioleciach trendów. Przyrost oczekiwanej długości życia istotnie spowolnił a pandemia COVID-19, która spowodowała gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia większości społeczeństw, najprawdopodobniej istotnie nie zmieniła tego trendu, zaburzając go tylko w sposób krótkotrwały. Polska nie jest wyjątkiem i dane prezentowane w niniejszej publikacji potwierdzają ten fakt. Prognozy przewidujące ciągle wydłużanie się czasu życia i czasu życia w zdrowiu ludności krajów wysoko rozwiniętych przestają się sprawdzać. Powstaje zatem pytanie co jest przyczyną tego spowolnienia?

Obserwujemy gwałtowny wzrost dynamiki ewolucji determinant zdrowia. Zmiany następujące przez stulecia, w ostatnich wiekach przez dziesięciolecia, teraz widoczne są w okresach kilkuletnich:

- nie notujemy poprawy, a wielu przypadkach pogarszanie się sytuacji w zakresie determinant związanych ze stylem życia: rośnie, a przynajmniej istotnie nie spada, poziom używania różnego rodzaju używek i substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, wyrobów tytoniowych i ich zamienników;
- powszechnie notuje się negatywny wpływ tak zwanych komercyjnych determinant zdrowia, dotyczących, między innymi, rosnącego i nadmiernego spożycia żywności wysoko i ultrawysoko przetworzonej, która, przy silnej promocji tej kategorii produktów, sprzyja narastaniu epidemii otyłości i nadwagi;
- mimo wielu podejmowanych działań nadal istnieją wyraźne nierówności w zdrowiu wynikające z wielu czynników, w tym także z nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

Pogarszająca się sytuacja geopolityczna, dodatkowo stymulowana rosnącymi obawami o poczucie bezpieczeństwa, niepewność przyszłości źle wpływają na stan zdrowia psychicznego ludności, prowadząc do coraz częstszego występowania objawów depresji i lęku uogólnionego. Nowe media, oparte o algorytmy stymulujące podziały społeczne oraz eksponujące negatywne zjawiska w sferze społecznej i politycznej nasilają te zjawiska. Warto wspomnieć o efektach psychologicznych pandemii COVID 19, która, choć wydaje się już prawie zapomniana, pozostawiła ślady w świadomości społecznej, przede wszystkim wśród dzieci.

Na te zjawiska nakładają się postępujące efekty zmian klimatu oraz pogorszenie się stanu globalnego środowiska naturalnego, w tym kryzys bioróżnorodności, prowadzące do pogłębienia się zanieczyszczenia środowiska, szerzenia się nowego typu zakażeń, także w postaci chorób wektorowych. Coraz częściej obserwujemy różne formy antybiotykooporności, dotyczące infekcji nie tylko bakteryjnych, ale także grzybiczych.

Dane, po raz kolejny przytoczone w naszej cyklicznej publikacji, wskazują, iż nie tylko ogólny stan zdrowia ludności w Polsce wyrażony oczekiwaną długością życia nie poprawia się w znaczący sposób, ale także samoocena tego stanu zdrowia przez Polaków ulega pogorszeniu.

Obraz stanu zdrowia polskiego społeczeństwa, który przedstawiamy Państwu w niniejszej publikacji jest wczesnym znakiem ostrzegawczym. Nie jest on optymistyczny, co oznacza, że musimy bardziej stanowczo zareagować na negatywne zjawiska obserwowane w zakresie oddziaływania determinant zdrowia. Wiele z trendów opisanych w Raporcie można zahamować lub odwrócić, w efekcie długofalowo poprawiając stan zdrowia społeczeństwa, jego dobrostan, powracając do wzrostu oczekiwanej długości życia i oczekiwanej długości życia w zdrowiu.

Mamy do czynienia z powoli postępującą sytuacją kryzysową, której wczesne skutki obserwujemy w postaci spowolnienia wzrostu oczekiwanej długości życia - tak jak opisano wyżej.

II

Wiedza o determinantach stanu zdrowia rośnie w ostatnich latach w ogromnym tempie. Coraz lepiej je identyfikujemy, coraz trafniej potrafimy określić siłę ich wpływu (mimo niezwykle stopnia złożoności tych zjawisk). Wiemy, że zdrowie ludzi zależy od splotu wielu czynników – behawioralnych, społeczno-ekonomicznych, związanych ze środowiskiem naturalnym i otoczeniem człowieka,

wpływających na nas przez całe życie, w różny sposób i w różnej sile w poszczególnych jego fazach. Wiemy także, że im bardziej wzmacniamy pozytywne i osłabiamy negatywne oddziaływania, zwłaszcza w okresie dzieciństwa i wczesnej dorosłości, tym zdrowsi będziemy w okresie późniejszej dorosłości i starości. Wiemy też, że zdrowie ludności Polski najbardziej zależy od czynników wpływających na jego stan, a znacznie mniej od medycyny naprawczej. Mimo ogromnego postępu w diagnostyce i leczeniu chorób, oraz ogromnego wzrostu nakładów na system opieki zdrowotnej nasz dobrostan wcale się nie poprawia.

Coraz więcej dowodów naukowych wskazuje na wysoką wartość ogólnospołeczną i ekonomiczną zdrowia ludności. Zdrowa populacja wzmacnia poziom dobrostanu pojedynczych osób, podnosi spójność społeczną i efektywność ekonomiczną pracy, obniża koszty społeczne i ekonomiczne leczenia i opieki nad osobami chorymi. **Wiemy już aż nadto dobrze, że zdrowie nie jest kategorią kosztową a jest dobrem społecznym i ekonomicznym.** Wszystkie polityki, które poprawiają krótko-, a w szczególności długoterminowo stan zdrowia ludności, są opłacalne z punktu widzenia każdego państwa.

III

Rozwój medycyny naprawczej i poprawa działania systemu ochrony zdrowia jest oczywistą potrzebą społeczną. Jednak świadomość tej potrzeby i korzyści długofalowych działań w zakresie poprawy zdrowia nie jest dobrze obecna zarówno w opinii społecznej, jak i wśród decydentów. A głównie takie działania trwale podnoszą poziom dobrostanu ludności, zapobiegają chorobom i wspomagają zachowanie zdrowia. Na wydatki na zdrowie publiczne Polska przeznaczająca jeden z najmniejszych w Europie odsetków swojego budżetu.

Potrzebujemy szybkich i intensywnych działań w celu zmniejszenia wpływu czynników wywołujących choroby i pogarszających stan zdrowia. Te działania obejmują aktywności regulacyjne, edukacyjne, interwencje zdrowotne w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Musimy znacznie szybciej i efektywniej reagować na zjawiska wynikające z wpływu komercyjnych zagrożeń dla zdrowia, stymulowanych przez ogromne inwestycje przemysłu w promocje produktów negatywnie na nie wpływających.

Takie działania wymagają mądrych inwestycji. Jeśli mówimy o bezpieczeństwie, zabezpieczeniu społecznym, jeśli budujemy schrony, adaptujemy miasta do zmian klimatu, tworzymy rezerwy na kryzysy pandemiczne, to tym bardziej

powinniśmy inwestować w przyczyny, a nie tylko naprawę negatywnych skutków złego stanu zdrowia publicznego.

Wiadomo już, że takie **interwencje są bardzo opłacalne, w sposób pośredni i bezpośredni, choć wymagają wytrwałości i cierpliwości**. W obliczu przyspieszających, negatywnych zmian w stylu życia i otoczeniu człowieka, podejmowane działania zaradcze także powinny być intensyfikowane. Potrzebne są większe inwestycje, konieczny jest pomiar i gromadzenie wiedzy o ich skuteczności i efektywności, w celu zatrzymania i odwrócenia szkodliwych dla zdrowia zjawisk.

Jesteśmy w trakcie przygotowywania kolejnej edycji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2026-2030. W naszym kraju jest to jedno z najważniejszych narzędzi (choć zdecydowanie nie jedyne) za pomocą których możemy działać na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Podejmowane działania muszą być interdyscyplinarne, wychodzące poza tradycyjne silosy zarządzania zabezpieczeniem społecznym, systemem ochrony zdrowia, edukacją, ochroną środowiska i zapobieganiu zmianom klimatu i utracie bioróżnorodności. Wymagają systematycznego planowania, ewaluacji, ciągłych korekt podejmowanych działań w celu ich optymalizacji, ale też odpowiedzi na przyspieszające zmiany w otoczeniu.

Zdrowie publiczne jest tak samo ważne jak bezpieczeństwo narodowe, a równocześnie wymaga nieporównanie mniejszych inwestycji.

Jesteśmy to winni naszym dzieciom, wnukom, ale także seniorom.

1. NAJWAŻNIEJSZE FAKTY – PODSUMOWANIE

Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej

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

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

Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE27), ale jak wynika z prognozy Eurostatu ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać i w połowie obecnego wieku zarówno mediana wieku jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe niż przeciętne dla ogółu krajów Unii.

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

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

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

Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest w naszym kraju obecnie na poziomie niższym od przeciętnego dla UE-27. Największą poprawę po 2015 r. obserwuje się w przypadku dzieci i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast brak jest poprawy w przypadku osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej, ale również w tej grupie odsetek osób zagrożonych ubóstwem jest niższy od przeciętnego dla krajów UE.

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

Poziom bezrobocia ogółem jak również długotrwałego w Polsce zalicza się do jednego z najniższych w UE. Województwami, gdzie sytuacja w zakresie bezrobocia jest w ostatnich latach najgorsza są warmińsko-mazurskie, podkarpackie i świętokrzyskie. Za niekorzystny należy uznać fakt znacznie mniejszych możliwości wykonywania pracy w niepełnym wymiarze w Polsce w porównaniu z ogółem krajów UE i OECD, co występuje szczególnie wyraźnie wśród kobiet.

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

Ostatni, z 2023 r, Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI) wynoszący 0,906 plasuje Polskę na 18 miejscu w Unii Europejskiej i na 35 miejscu w świecie.

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

Długość życia i umieralność ludności Polski

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chorobowość hospitalizowana w Polsce

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

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

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. Skala zjawiska wystąpiła w różnym stopniu w poszczególnych grupach rozpoznawanych stanowiących przyczynę leczenia szpitalnego. Największy spadek częstości leczenia szpitalnego w 2020 r. dotyczył grupy chorób zakaźnych i pasożytniczych, dla których wartość standaryzowanego współczynnika hospitalizacji zmniejszyła się o 45%, a w dalszej kolejności chorób układu oddechowego (o 35%) i układu nerwowego (o 34%). W zakresie chorób zakaźnych, chorób układu krążenia, chorób układu nerwowego i urazów, mimo obserwowanej tendencji wzrostowej, częstość leczenia szpitalnego w 2023 r. nadal jest mniejsza niż w 2019 r.

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

Istnieją wyraźne różnice w przyczynach hospitalizacji kobiet i mężczyzn. Częstość hospitalizacji z powodów urazów i zatruc, chorób układu krążenia, oddechowego i pokarmowego jest wśród mężczyzn znacząco wyższa niż u kobiet.

Dodatkowo, w przypadku chorób układu krążenia i pokarmowego zaobserwowano w latach 2017-2023 wzrost przewagi mężczyzn. Jednocześnie zmniejszyła się przewaga kobiet w hospitalizacjach z powodu nowotworów, chorób oka i układu mięśniowo-szkieletowego. Choroby układu moczowo-płciowego są przyczyną wyraźnie częściej występującą wśród hospitalizacji kobiet.

Najczęstsze przyczyny hospitalizacji w podziale według grup wieku:

0–4 lata

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

5–14 lat

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

15–19 lat

- Ciąża, poród, połówg to zdecydowanie dominujący powód hospitalizacji u kobiet (O00-O99: 39,3%), drugim w kolejności są choroby układu moczowo-płciowego (10,3%);
- Mężczyźni hospitalizowani są najczęściej z powodu urazów i zatruc (główna przyczyna leczenia szpitalnego – 28,5% pacjentów, podczas gdy u kobiet jest to trzecia w kolejności przyczyna – 7,6%), a w dalszej kolejności chorób układu pokarmowego (11,4%) i chorób układu mięśniowo-szkieletowego (7,3%);

40–59 lat

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

- Urazy i zatrucia pozostają najczęstszą przyczyną hospitalizacji mężczyzn (14,0%, wobec 6,6% u kobiet);
- Drugą co do znaczenia przyczyną mężczyzn są choroby układu krążenia, ich udział wynosi 13,6% i szybko rośnie z wiekiem (dla porównania dla kobiet w tym wieku ChUK powodują 5,7% hospitalizacji);
- Również choroby układu pokarmowego są częstsze u mężczyzn (11,6%) niż kobiet (7,3%).

Osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły niemal połowę wszystkich hospitalizowanych w 2023 r. (45,7% u kobiet, 46,7% u mężczyzn), co odzwierciedla proces starzenia się społeczeństwa.

Tak jak w przypadku całej populacji standaryzowane współczynniki hospitalizacji w populacji osób starszych obniżyły się znacznie w 2020 r., aby stopniowo wracać do poziomu sprzed pandemii – w 2023 r. wynosiły 3255 hospitalizacji na 10 tys. kobiet i 3907 hospitalizacji na 10 tys. mężczyzn.

Osoby obu płci w wieku 60 lat i więcej najczęściej hospitalizowano z powodu chorób układu krążenia, a w drugiej kolejności nowotworów.

We wszystkich analizowanych latach występowała nadwyżka częstości hospitalizacji mężczyzn, wahała się od 18% do 26%, a największa wystąpiła w 2020 r. Największe różnice dotyczyły chorób układu oddechowego (nadwyżka hospitalizacji z tego powodu u mężczyzn w 2023 r. wyniosła 67%) i chorób układu krążenia (68% w 2023 r.). Wzrost częstości leczenia szpitalnego mężczyzn w stosunku do kobiet obserwuje się również dla chorób układu pokarmowego i nerwowego.

Większą częstością hospitalizacji kobiet niż mężczyzn w całym analizowanym okresie charakteryzowały się jedynie dwie grupy problemów – zaburzenia wydzielania wewnętrznego oraz urazy i zatrucia. Wynik dla tych ostatnich istotnie odbiega od otrzymanego dla całej populacji, w której znacznie częściej z powodu urazów hospitalizowani są mężczyźni.

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

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

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

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

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

W całym analizowanym okresie mężczyźni umierali częściej od kobiet w przypadku hospitalizacji z powodu: chorób układu moczowo-płciowego, nowotworów złośliwych, chorób układu nerwowego, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, przyczyn niedokładnie określonych oraz COVID-19. Częściej od mężczyzn umierały kobiety hospitalizowane z powodu chorób układu krążenia i chorób skóry.

Wybrane problemy chorób układu krążenia w Polsce

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

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

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

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

Po wyraźnym wzroście umieralności z powodu chorób układu krążenia w latach 2020-2021 współczynniki zgonów w 2023 r. ustabilizowały się na poziomie zgodnym z trendami sprzed okresu pandemii. Zwraca jednak uwagę utrzymująca się znaczna nadwyżka umieralności w woj. dolnośląskim i lubuskim w trochę mniejszym stopniu w woj. mazowieckim.

Trendy zachorowań na nowotwory w Polsce

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

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

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

Różnice w dostępie do świadczeń psychiatrycznych między mieszkańcami miast i wsi pozostają istotnym problemem – mieszkańcy miast korzystają z usług znacznie częściej, co sugeruje konieczność poprawy dostępności opieki psychiatrycznej na terenach wiejskich. Jednocześnie nadal utrzymuje się przewaga hospitalizowanych mężczyzn nad kobietami, zwłaszcza w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Wnioski

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

Rekomendacje dla polityki zdrowotnej

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

- Dostosowanie interwencji do różnic demograficznych: Programy zdrowia psychicznego powinny uwzględniać specyficzne potrzeby różnych grup, w tym kobiet, mężczyzn, młodzieży oraz osób starszych.
- Monitorowanie trendów zdrowia psychicznego: Regularne analizy epidemiologiczne pozwolą na lepsze dostosowanie polityki zdrowotnej do dynamicznie zmieniających się potrzeb społeczeństwa.
- Podjęcie powyższych działań może przyczynić się do poprawy dostępności i jakości opieki psychiatrycznej w Polsce oraz zmniejszenia obciążenia systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych w Polsce

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

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

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

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

Niepokojący pozostaje fakt niedostatecznego potwierdzania laboratoryjnego podejrzeń różyczki, niezbędny do prawidłowego rozpoznania i potwierdzenia przypadku oraz wynikający z udziału Polski w realizacji w europejskim programie eliminacji tej choroby.

Wzrost zachorowań na szereg chorób zakaźnych w Polsce w latach 2022-2023 to w dużym stopniu efekt nagromadzenia się w okresie trwania pandemii przypadków osób wrażliwych na zakażenia różnymi patogenami w związku z ograniczeniem bezpośrednich kontaktów i mobilności ludności oraz efekt poważnie utrudnionego w okresie pandemii dostępu do systemu zdrowia i świadczeń medycznych w przypadkach chorób innych niż COVID-19.

Ciągły wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV, kiły i rzeżączki wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, wskazuje na ograniczoną

skuteczność dotychczasowych działań skierowanych do tej grupy. Niezbędna jest ewaluacja tych działań, a także ich intensyfikacja np. poprzez większy dostęp do profilaktyki przedekspozycyjnej HIV.

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

Wysokie wskaźniki zachorowań choroby STI w populacji osób w wieku reprodukcyjnym tj. 20-30 lat wymaga podjęcia działań związanych z możliwą transmisją wertykalną tych zakażeń.

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

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

Wskazane byłoby monitorowanie zmian wskaźników testowania w kierunku HIV, po prowadzeniu do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej badań w kierunku HIV.

Zwiększony napływ osób migrujących, w szczególności uchodźców z Ukrainy miał istotny wpływ na epidemiologię wybranych chorób zakaźnych.

W celu poprawy monitorowania zakażeń układu oddechowego w tym COVID-19, grypy i zakażeń wirusem RSV wskazane byłoby wdrożenie nadzoru sentinelowego.

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

Spersonalizowane kalendarze szczepień dla dorosłych są istotnym narzędziem zdrowia publicznego, umożliwiającym skuteczną prewencję chorób zakaźnych, poprawę jakości i długości życia oraz ograniczenie ciężkich powikłań zdrowotnych, szczególnie w populacjach o podwyższonym ryzyku. Mogą być pomocnym narzędziem w realizacji w POZ świadczenia gwarantowanego „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, które uwzględnia interwencje prozdrowotne dla pacjenta m.in. w postaci zalecanych szczepień.

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

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

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

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

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

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

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

W rozdziale przedstawiono informacje o epidemiologii rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych, oszacowanej na podstawie danych o świadczeniach opieki zdrowotnej sprawozdawanych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z przedstawionymi danymi choroba Alzheimera i choroby pokrewne głównie dotyczą kobiety i częstość zachorowania wzrasta wraz z wiekiem. W związku ze starzeniem się ludności, w 2023 r. w porównaniu do 2014 r. obserwowany był

wzrost liczby chorych osób. Liczba chorych w przeliczeniu na populację nie zmieniła się, a nawet w niektórych przypadkach wartości współczynników zmalały.

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

Analiza absencji chorobowej w latach 2022-2023

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

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

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

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

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

W 2023 r. w porównaniu z 2022 r. o wiele dłużej przebywaliśmy w szpitalach. Absencja szpitalna osób ubezpieczonych w ZUS, wzrosła o 7,5% dni, zaś

liczba zaświadczeń szpitalnych była wyższa o 12,9%. Jednakże przeciętna długość niezdolności do pracy przypadająca na czas pobytu w szpitalu była niższa niż w roku poprzednim i wyniosła 4,46 dnia (w 2022 r. 4,69 dnia).

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

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

Subiektywna ocena zdrowia i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych

Subiektywna ocena stanu zdrowia

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

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

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych

W porównaniu do 2018 r., wzrosła liczba osób deklarujących występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, w tym, w szczególności, problemów, które sprawiają poważne ograniczenia w codziennym

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

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

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

Duży odsetek badanych deklaruje silne dolegliwości bólowe. Ponownie, kobiety wyraźnie częściej deklarują takie dolegliwości niż mężczyźni. Prawie 20% osób odczuwających dolegliwości bólowe uznaje, że ból przeszkadza im w normalnej aktywności, co oznacza nadal wysokie odsetki: 13% mężczyzn i 17% kobiet w ogólnej populacji osób powyżej 20 r. ż. w Polsce. Wysoki poziom deklarowanych dolegliwości bólowych w badanej populacji, utrudniających normalną aktywność wymaga pogłębionych badań. Dolegliwości bólowe powodują zwiększony popyt na świadczenia medyczne a także obniżenie efektywności ekonomicznej pracy w postaci prezenteizmu i absenteizmu. Równocześnie, wielu z tych dolegliwościom można zapobiegać za pomocą modyfikacji stylu życia i zmniejszeniu czynników ryzyka takich jak nadwaga i otyłość, czy niedostateczna aktywność fizyczna.

Korzystanie z usług zdrowotnych w ramach NFZ i prywatnych świadczeniodawców

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

Najwyższe odsetki osób korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie są obserwowane w populacji osób młodszych, o wykształceniu średnim

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

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

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

Osoby deklarujące problemy ze sfinansowaniem wydatków na zdrowie zdecydowanie częściej korzystają wyłącznie ze świadczeń finansowanych publicznie (tzn. 46,7% mężczyzn i 52,8% kobiet). Osoby wskazujące na trudną sytuację finansową również częściej korzystają tylko ze świadczeń opłacanych przez NFZ, obserwacja ta dotyczy zwłaszcza kobiet (38,0% mężczyzn i 45,0% kobiet). Pozostałe osoby z tych grup w jakimś stopniu deklarują korzystanie ze świadczeń finansowanych niepublicznie, co stanowi dodatkowe obciążenie ich budżetów domowych. Przytoczone dane wskazują, iż znacząca grupa osób gorzej sytuowanych lub obciążonych kosztami świadczeń (ze względu na złą sytuację ekonomiczną i/lub zły stan zdrowia) uznaje, że nie ma satysfakcjonującego dostępu do świadczeń finansowanych publicznie.

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

Niezrealizowane potrzeby zdrowotne

Bardzo duży odsetek badanej populacji (ponad połowa korzystających z danego świadczenia) deklaruje opóźnienia w dostępie do różnych rodzajów świadczeń

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

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

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

Znaczące odsetki badanych deklarowały rezygnację z różnego rodzaju świadczeń medycznych. Najczęściej rezygnacje dotyczyły opieki nad zdrowiem psychicznym oraz świadczeń stomatologicznych (odpowiednio 24,5% mężczyzn i 20,0% kobiet, oraz 18,5% mężczyzn i 15,4% kobiet, spośród potrzebujących danego świadczenia). Obserwacja ta wymaga pogłębionych badań. Dostęp do opieki nad zdrowiem psychicznym, nawet świadczeń finansowanych niepublicznie może być utrudniony ze względu na małą dostępność specjalistów, ale także inne czynniki, np. poczucie wstydu. Rezygnacja ze świadczeń stomatologicznych zapewne wynika z małej dostępności finansowania publicznego i wysokimi kosztami dla pacjenta lub z dostępności produktów leczniczych z zakresu samoleczenia.

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

Rozpowszechnienie behawioralnych czynników ryzyka zdrowotnego

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Częste poważne trudności finansowe sprzyjają występowaniu otyłości u kobiet (19% wobec 11% u pozostałych Polek), zaś w przypadku mężczyzn zmniejszają ryzyko jej wystąpienia (11% vs 16%), podobnie jak zbyt wysokiej masy ciała (52% vs 69%). Efekt ten jest jeszcze silniejszy po uwzględnieniu różnic w strukturze wieku porównywanych grup. Wśród osób z trudnościami materialnymi otyłość częściej cechuje kobiety, zaś wśród lepiej sytuowanych – mężczyzn.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sposób żywienia Polaków

Sposób żywienia i stan odżywienia niemowląt, dzieci i młodzieży

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

W grupie najmłodszych dzieci (5–36 miesięcy) kluczowe znaczenie ma intensyfikacja działań promujących karmienie piersią oraz szeroko zakrojona edukacja rodziców i opiekunów w zakresie zasad prawidłowego żywienia w pierwszych latach życia. Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych we wczesnym dzieciństwie znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób dietozależnych

w późniejszych etapach życia. Rekomenduje się rozwój narzędzi wsparcia edukacyjnego oraz poradnictwa dietetycznego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

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

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

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

Spożycie żywności w gospodarstwach domowych oraz zwyczaje żywieniowe osób dorosłych

Dane z badań budżetów gospodarstw domowych wskazują na spadek spożycia niektórych produktów, zwłaszcza w latach 2020-2023. Zmniejszyło się spożycie produktów zbożowych, warzyw, ziemniaków, przetworów mięsnych, mleka, cukru oraz napojów bezalkoholowych z wyjątkiem wód mineralnych i źródlanych. W przypadku pozostałych analizowanych grup produktów odnotowano wahania ich spożycia.

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

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

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

Obserwacje z badań budżetów gospodarstw domowych potwierdzają dane z badań indywidualnego spożycia osób dorosłych przeprowadzonych w latach 2017-2020 w ramach NPZ. Znaczna część badanych spożywała zbyt dużo kwasów tłuszczowych nasyconych, a ich diety często odznaczały się zbyt małą zawartością witamin D, C, folianów, wapnia, potasu i magnezu. Ponadto prawie wszyscy spożywali sód w ilościach przekraczających zalecenia.

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

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

Podobne nieprawidłowości w zwyczajach żywieniowych jak w badaniu NIZP PZH-PIB zaobserwowano w badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w latach 2017–2020 r. przez WUM w ramach NPZ u osób dorosłych, zarówno w wieku 19-64 lata, jak i starszych.

We wcześniejszym badaniu przeprowadzonym w 2022 r. również wiele zwyczajów żywieniowych Polaków odbiegało od zaleceń: zbyt rzadkie było spożycie warzyw, owoców, ryb morskich, a często spożywano słodczyce. Nie analizowano wówczas częstotliwości spożycia pełnoziarnistych produktów zbożowych, mleka

i przetworów mlecznych, mięsa czerwonego i przetworów mięsnych oraz nasion roślin strączkowych.¹

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

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

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

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

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

Dla każdego powiatu w Polsce, z wyjątkiem miasta Legnica, w okresie 2019-2023 obserwuje się ujemne wartości średniookresowego tempa zmian wskazujące na poprawę jakości powietrza. Niestety, wysokie tempo pozytywnych zmian, przekraczające -10% rocznie dotyczy zaledwie 1/4 powiatów (93 powiatów). Oznacza to,

¹ Stoś K., Rychlik E., Woźniak A., Ołtarzewski M., Stokwiszewski J., Wojtyniak B. Wybrane aspekty sposobu żywienia Polaków, z uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19 [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: NIZP PZH - PIB, 2022 strony 515-555

że w powiatach, gdzie to tempo zmian jest niższe, dotrzymanie ostrzejszego poziomu dopuszczalnego dla pyłu zawieszonego PM_{2,5} do 2030 r. będzie bardzo trudne, o ile w ogóle jest to możliwe.

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

Najbardziej zanieczyszczonymi miastami w okresie 2019-2013 ze względu na stężenie średnie roczne pyłu zawieszonego PM_{2,5} są Świętochłowice, Chorzów, Piekary Śląskie, Rybnik, Zabrze, Siemianowice Śląskie, Bytom, Jastrzębie-Zdrój, Żory, Ruda Śląska oraz Nowy Sącz. W tych miastach nie jest dotrzymana obowiązująca wartość średniego rocznego poziomu dopuszczalnego określonego dla pyłu zawieszonego PM_{2,5} wynosząca 20 µg/m³. Obecnie można mówić, że spośród 66 miast funkcjonujących na prawach powiatu, zaostżona wartość dopuszczalna w dyrektywie 2024/2881 (10 µg/m³) dotrzymana jest tylko 5 miastach: Gdynia, Gdańsk, Świnoujście, Sopot oraz Zielona Góra, a wartość zalecana przez Światową Organizację Zdrowia jedynie w Gdyni i Gdańsku.

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

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

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

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

Wszystkie działania skierowane do migrantów i uchodźców wojennych, sprawozdane w systemie ProfiBaza, przyporządkowano do poszczególnych funkcji zdrowia publicznego, przy czym każde działanie ze względu na swój zakres wpiasywało się w tematykę więcej niż jednej EPHFs. Wśród aktywności realizowanych na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych przeważały te w obszarze funkcji ukierunkowanych na świadczenia (2991 działań, 93,5%), tj. EPHF5 (1701 działań), EPHF6 (2654 działania), EPHF7 (2151 działań).

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

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

Zrealizowano 2654 działania (83,0%) w obszarze profilaktyki chorób (EPHF6). W obszarze profilaktyki pierwotnej była to przede wszystkim edukacja zdrowotna

(2312 działań; 87,1%), w mniejszym stopniu szczepienia (682 działania; 25,7%, w tym wykonawstwo szczepień jedynie w 6 programach) i ukierunkowane były one na jednostki oraz środowisko bytowania ludzi, by ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia oraz budować kompetencje zdrowotne i zaufanie do szczepień w populacji migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy. Zadania te często miały charakter wielosektorowy, zaangażowane w ich realizację były zarówno instytucje sektora opieki zdrowotnej, opieki społecznej, jak i sektora edukacji, JST oraz NGOs. Profilaktyka wtórna (158 zadań; 6,0%) obejmowała wczesne wykrywanie chorób i podejmowanie szybkich działań naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby. Badania przesiewowe dotyczyły m.in. wczesnego wykrywania nowotworów, wad słuchu i wzroku, chorób metabolicznych (m.in. cukrzyca) czy chorób zakaźnych (np. WZW, COVID-19). Profilaktyka III fazy koncentrowała się na działaniach leczniczych i rehabilitacyjnych (64 zadania; 2,4%), które miały na celu ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów, toczyły się głównie w obszarze rehabilitacji leczniczej i zapobiegania niepełnosprawności.

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

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

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

Ogólna sytuacja zdrowotna mierzona wskaźnikiem obciążenia chorobowego DALY w Polsce, poza trwającą w latach 2021-2022 pandemią COVID-19 od 1990 r. zmieniała się według następujących trendów: odnotowano wysokie spadki w współczynnikach CHUK (-30% rzeczywisty wskaźnik w 1990-2021) wzrost w zakresie nowotworów (+25%; 1990-2021), które prawie zrównały się wskaźnikami z obciążenia z CHUK. Wiodącymi zagrożeniami zdrowia publicznego Polaków są choroby układu krążenia i nowotwory, które w zdecydowanej większości odpowiadają za utratę zdrowia poprzez przedwczesne zgony (ponad 90%) (YLL). Ich obciążenie wynika głównie z wysokiej śmiertelności - dla chorób układu krążenia wskaźnik YLL wynosi 7 057,0 na 100 tys. ludności przy 668,6 YLD/100 tys., a dla nowotworów 6 971,0 YLL/100 tys. przy 194,5 YLD/100 tys. ludności. W 2021 z powodu pandemii COVID-19 na trzecim miejscu pojawiły się choroby dróg oddechowych i wyniosło ono odpowiednio 5 048,3 YLL/ 100 tys. i 352,5 YLD/100 tys. ludności. Natomiast w przypadku zaburzeń mięśniowo-szkieletowych, wypadków oraz chorób psychicznych i cukrzycy obciążenie chorobowe wynika głównie z życia z obniżoną sprawnością (YLD).

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

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

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

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

W przypadku chorób układu krążenia w ciągu 30 lat (1990-2021) Polska odnotowała znaczący spadek obciążenia chorobowego (-59%), z najlepszym wynikiem w województwie mazowieckim (-66%), a najmniejszym w świętokrzyskim (-44%). W okresie 2010-2021 największą redukcję osiągnęło województwo łódzkie (-34%).

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

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

Finansowanie i zasoby infrastruktury ochrony zdrowia

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

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

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

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

Pomimo wydawałoby się wystarczającego zaplecza w zakresie liczby łóżek, wciąż istnieje problem z ich wykorzystaniem, co generuje dodatkowe koszty dla systemu ochrony zdrowia. Dodatkowym problemem jest także nierównomierne rozmieszczenie łóżek w skali kraju.

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

2. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

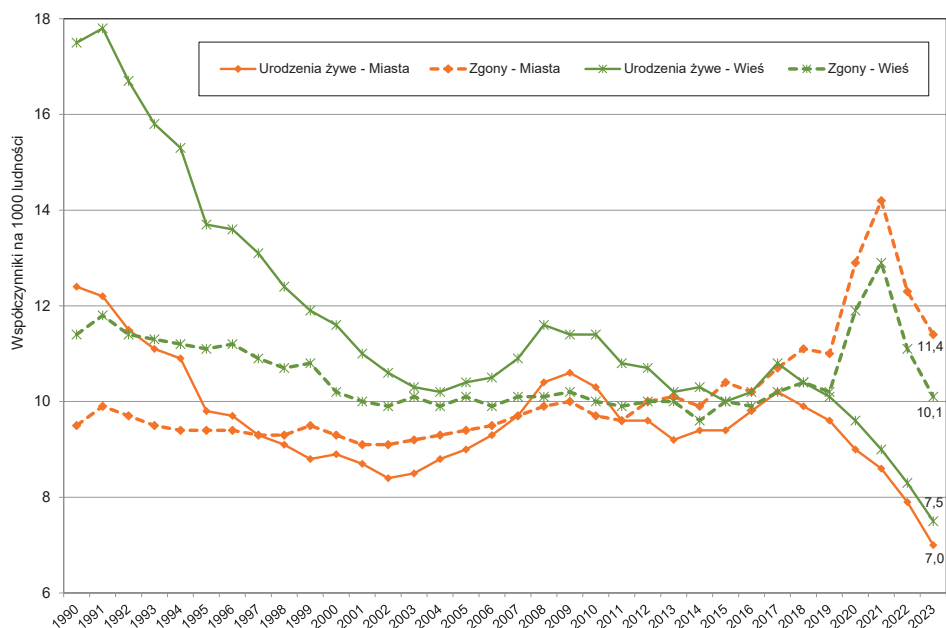
Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Aneta Trochonowicz,
Rafał Halik, Daniel Rabczenko

Celem poniższego rozdziału jest przedstawienie sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski na tle sytuacji w krajach Unii Europejskiej (UE-27) w obszarach ważnych z punktu widzenia zdrowia publicznego. W analizie wykorzystano przede wszystkim dane z baz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat).

Liczba ludności Polski po 2011 r. zmniejsza się i w końcu 2023 r. wynosiła 37 637,1 tys. osób. W porównaniu z wynikami Narodowego Spisu Ludności i Mieszkań z 2011 r., liczba ludności wg Narodowego Spisu Ludności i Mieszkań z 2021 r. była mniejsza o około 476 tys., tj. o 1,2%. Saldo migracji zagranicznych było ujemne do 2015 r. a od 2016 r. różnica między liczbą imigrantów i emigrantów ma już stale wartość dodatnią, która w 2023 r. wynosiła 6,8 tys. osób¹. Również przyrost naturalny (różnica między liczbą urodzeń i liczbą zgonów) od 2012 r. ma stale wartość ujemną w miastach, a w 2015 r. i od 2019 r. jest ujemny również na wsi (ryc. 2.1). W skali całego kraju ujemny przyrost naturalny występuje stale od 2013 r. Spośród 27 krajów Unii Europejskiej w 2023 r. ujemny przyrost naturalny miało 20 krajów oraz UE ogółem, a w 8 krajach zmniejszeniu uległa liczba ludności ogółem². Według danych Eurostatu mieszkańcy Polski stanowią obecnie 8,2% ogółu ludności UE co plasuje nasz kraj na piątej pozycji pod względem wielkości populacji.

¹ Rocznik Demograficzny 2024, GUS Warszawa 2024

² https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_gind__custom_15826549/default/table?lang=en



Ryc. 2.1. Ruch naturalny ludności w Polsce w miastach i na wsi w latach 1990-2023 (dane GUS)

Kobiety stanowią ponad połowę ludności (51,7%) i na każdych 100 mężczyzn przypada 107 kobiet (tabela 2.1). Ta nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami pojawia się dopiero w wieku 50-54 lata (w miastach 40-44 lata a na wsi 65-69 lat), a w coraz starszych grupach wieku zwiększa się bardzo szybko. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypada już 148 kobiet zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 258 kobiet (stanowią one 72,1% ogółu ludności Polski w tym wieku). W wieku poniżej 50 lat obserwuje się stałą przewagę liczebną mężczyzn nad kobietami (wśród noworodków chłopcy stanowią większość w 2023 r. 51,2%), która zmniejsza się stopniowo przede wszystkim w wyniku wyższej przedwczesnej umieralności mężczyzn w porównaniu z kobietami.

Udział procentowy dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat powoli, ale systematycznie zmniejsza się od drugiej połowy lat 80. i w 2023 r. grupa ta stanowiła jedną piątą (20,1%) ogółu ludności, a więc tyle samo co osoby w wieku 65 lat i więcej, które stopniowo zwiększają swój udział w ogólnej liczbie ludności (tabela 2.1).

Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż większości krajów Unii Europejskiej (UE-27). Według danych urzędu statystycznego Unii Europejskiej Eurostatu na 1.01.2024 (oszacowane dane wstępne) mediana wieku mieszkańców całej Unii wynosiła 44,7 lat a Polski 43,0 lat natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił odpowiednio 21,6% i 20,5%.

Tabela 2.1. Ludność Polski wg płci, charakteru miejsca zamieszkania i wybranych grup wieku w latach 2013-2023 (wg stanu na 31 grudnia)

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś	Liczba kobiet na 100 mężczyzn	Ludność (%)		
							liczby w tysiącach	poniżej 20 lat	65 lat i więcej
2013	38 496	18 630	19 866	23 258	15 238	107	20,5	14,7	60,4
2014	38 479	18 620	19 859	23 216	15 262	107	20,3	15,3	60,3
2015	38 437	18 598	19 839	23 166	15 271	107	20,1	15,8	60,3
2016	38 433	18 593	19 840	23 129	15 304	107	20,0	16,4	60,2
2017	38 434	18 593	19 840	23 109	15 324	107	20,0	17,0	60,1
2018	38 411	18 582	19 829	23 067	15 344	107	20,0	17,5	60,1
2019	38 383	18 567	19 816	23 033	15 350	107	20,0	18,1	60,0
2020	38 089	18 417	19 671	22 777	15 311	107	20,2	18,5	59,8
2021	37 908	18 323	19 585	22 624	15 284	107	20,3	18,9	59,7
2022	37 766	18 249	19 517	22 490	15 276	107	20,2	19,5	59,6
2023	37 637	18 182	19 454	22 377	15 260	107	20,1	20,1	59,5

Źródło: na podstawie danych GUS

Jak wynika z prognoz opracowanych przez Eurostat ta korzystna dla Polski różnica będzie się stopniowo zmniejszać i w połowie obecnego wieku zarówno mediana wieku jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej (ale nie najstarszych 80 lat i więcej) będą w Polsce wyższe od przeciętnych dla krajów UE-27 (tabela. 2.2). Warto zwrócić uwagę, że w Polsce odsetek osób najstarszych tzn. w wieku 80 lat i starszym najszybciej będzie wzrastał w latach 2025-2040 natomiast udział grupy 65-79 lat będzie wyraźnie wzrastał dopiero w latach 2040-2055.

Zachodzące zmiany w strukturze wieku ludności i problem starzenia się populacji znajdują swoje odbicie w ważnych wskaźnikach demograficzno-społecznych. Jednym z nich jest tzw. wskaźnik obciążenia osobami starszymi obliczany jako stosunek liczby osób starszych w wieku, w którym są one zazwyczaj nieaktywne ekonomicznie (tj. w wieku 65 lat i więcej) do liczby osób w wieku aktywności zawodowej (w tym przypadku w wieku 20-64 lata). Jak pokazuje rycina 2.2 w kolejnych dekadach będziemy obserwować duży wzrost tego wskaźnika, a więc szybszy wzrost populacji osób starszych niż w wieku aktywności zawodowej, zarówno w Polsce jak i w całej UE (aczkolwiek zróżnicowany między krajami), przy czym w Polsce ta zmiana będzie większa.

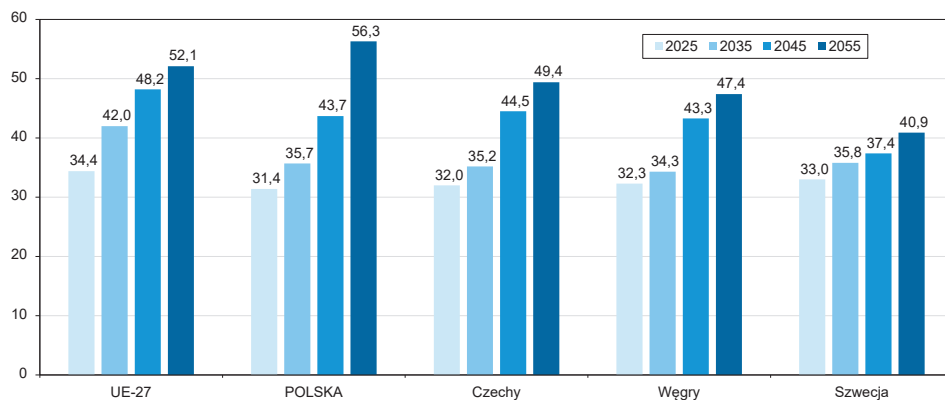
Proces zachodzących zmian struktury wieku i starzenia się ludności Polski dobrze ilustrują zmiany widoczne w piramidzie wieku polskiej populacji i zasadniczy wzrost liczby ludności w najstarszych grupach wieku (ryc. 2.3).

Tabela 2.2. Prognozowana mediana wieku oraz odsetek osób w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w Polsce, UE i wybranych krajach w latach 2025-2055

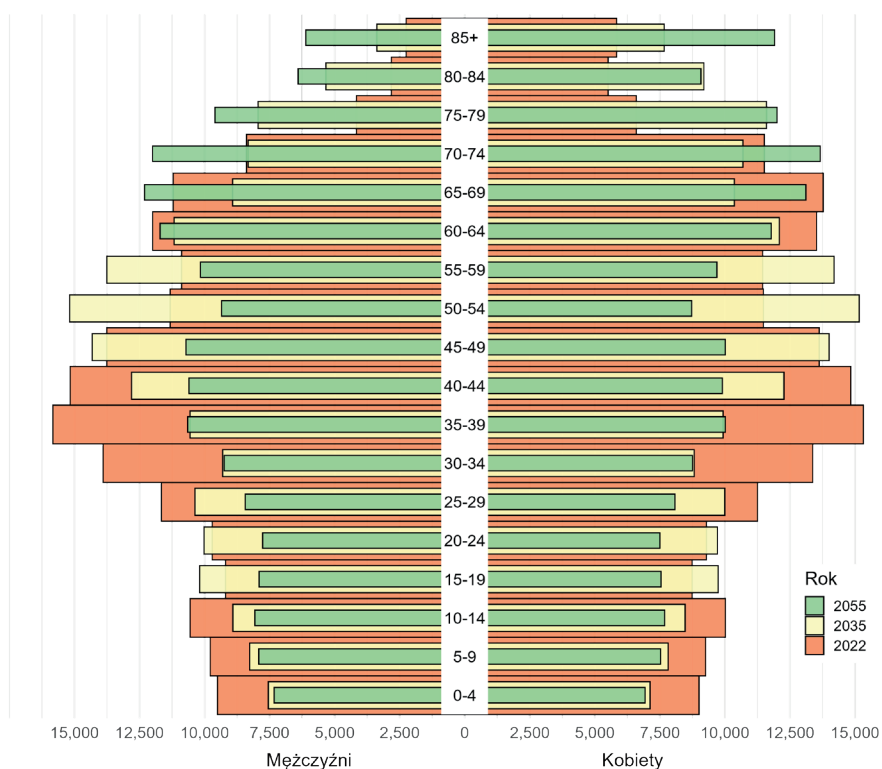
Kraj	2025	2035	2045	2055
Mediana wieku ludności				
UE-27	44,8	46,6	47,7	48,3
Czechy	44,0	46,1	46,4	46,1
Niemcy	45,1	45,9	47,0	46,9
Polska	42,7	47,0	49,4	49,4
Szwecja	40,8	42,5	43,1	44,0
Węgry	44,6	45,7	46,8	47,0
Włochy	49,0	51,0	51,4	51,9
Odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej				
UE-27	21,8	25,5	28,1	29,6
Czechy	20,4	22,2	26,3	28,1
Niemcy	22,5	26,5	26,8	27,6
Polska	20,2	22,8	26,5	31,2
Szwecja	20,5	22,1	22,9	24,4
Węgry	20,8	21,8	25,9	27,5
Włochy	24,7	29,8	33,4	33,6
Odsetek ludności w wieku 80 lat i więcej				
UE-27	6,1	7,8	9,9	11,6
Czechy	4,7	7,1	7,6	9,5
Niemcy	7,2	7,4	10,1	10,9
Polska	4,2	7,0	9,0	9,9
Szwecja	6,0	7,4	8,0	9,1
Węgry	4,9	6,5	7,2	9,1
Włochy	7,8	9,3	11,8	14,9

Źródło: dane Eurostat, EUROPOP2023

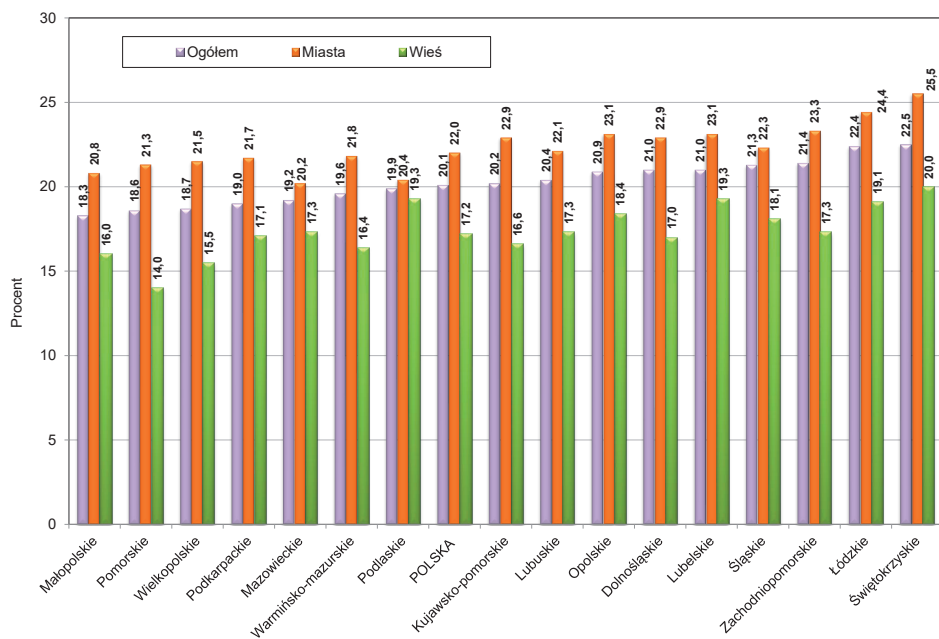
Mieszkańcy miast są przeciętnie starsi niż mieszkańcy wsi - udział osób starszych, w wieku 65 lat i więcej, w 2023 r. wśród mieszkańców miast wynosił 22,0% a wsi 17,2%, natomiast mediany wieku wynosiły odpowiednio 43,8 i 41,3 lat. Najwyższym odsetkiem osób w wieku 65 lat i więcej mieszkających w miastach charakteryzuje się woj. świętokrzyskie i łódzkie, natomiast najniższym woj. małopolskie (ryc. 2.4). Największa różnica w strukturze wieku mieszkańców miast i wsi występuje w woj. pomorskim, gdzie udział osób starszych w miastach jest o 7,3 punktu procentowego (pp.) większy niż na wsi a przeciętny wiek (mediana) mieszkańców miast jest większy niż mieszkańców wsi o 4,2 lat.



Ryc. 2.2. Wskaźnik obciążenia osobami starszymi (liczba osób w wieku 65 lat i więcej/liczba osób w wieku 20-64 lata) w Polsce i przeciętny w UE oraz wybranych krajach, prognozowany na lata 2025-2055 (dane Eurostat – EUROPOP2023)



Ryc. 2.3. Ludność Polski wg płci i wieku w 2022 r. oraz prognozowana na lata 2035 i 2055 (dane Eurostat EUROPOP2023)



Ryc. 2.4. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej ogółem, w miastach i na wsi wg województw w 2023 r. (na podstawie danych GUS)

Odsetek osób mieszkających w miastach ma po 2000 r. tendencję zniżkową i w 2023 r. wynosił 59,5%. Według prognozy GUS odsetek ten będzie powoli, ale systematycznie nadal zmniejszał się. Najbardziej zurbanizowanym województwem jest woj. śląskie, gdzie w 2023 r. 75,8% ludności mieszkało w miastach, natomiast prawie o połowę mniejszy odsetek ludności miejskiej jest w woj. podkarpackim – 41,0%. Ponadto jeszcze w trzech województwach – lubelskim, małopolskim i świętokrzyskim mieszkańcy miast stanowili mniej niż połowę ludności województwa.

Liczba urodzeń żywych po 2017 r. zmniejsza się zarówno w wartościach bezwzględnych jak i w odniesieniu do liczby ludności (tabela 2.3). Zmniejszanie się liczby urodzeń występuje zarówno w miastach jak i na wsi. Jedną z podstawowych miar charakteryzujących wielkość liczby urodzeń jest całkowity wskaźnik dzietności. Określa on średnią liczbę dzieci, które urodziłaby kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat) przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby zgodnie ze współczynnikami dzietności właściwymi dla danego wieku, mierzonymi w danym roku. Innymi słowy współczynnik dzietności jest liczony w oparciu o sumę cząstkowych współczynników płodności. Przyjmuje się, że jeżeli współczynnik dzietności waha się w przedziale 2,10-2,15, można mówić o tzw.

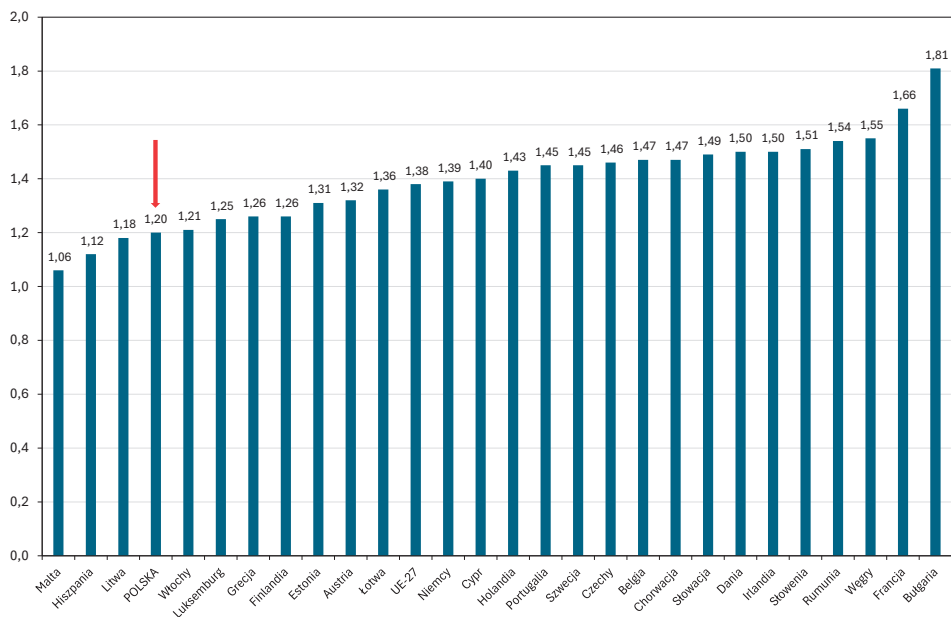
prostej zastępowalności pokoleń, co oznacza, że pokolenie rodziców jest zastępowane przez pokolenie dzieci. Jak pokazuje ryc. 2.5 Polska należy do krajów o jednej z najniższych wartości tego wskaźnika (wg Eurostatu oszacowanie wstępne 1,20, wg GUS 1,16). Należy również zauważyć, że we wszystkich krajach UE jego wartość jest znacznie poniżej 2.0 a wartość średnia dla UE wynosi zaledwie 1,38.

Tabela 2.3. Urodzenia w Polsce w wybranych latach 2011-2023

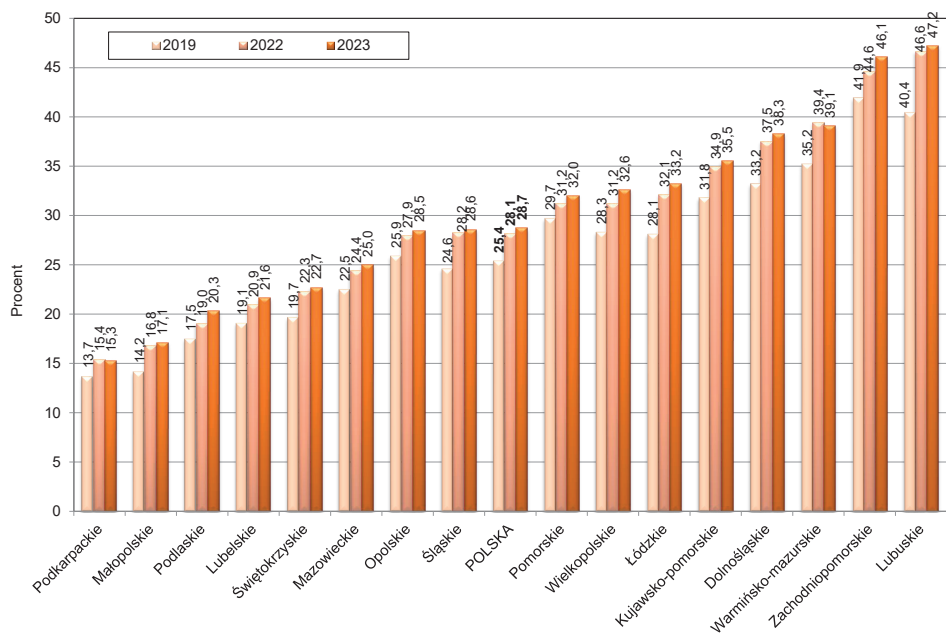
Rok	Urodzenia żywe			Urodzenia martwe	
	liczba (w tysiącach)	na 1000 ludności	Pozamałżeńskie jako % urodzeń żywych	liczba	% ogółu urodzeń
2011	388,4	10,1	21,2	1 653	0,42
2012	386,3	10,0	22,3	1 601	0,41
2013	369,6	9,6	23,4	1 386	0,37
2014	375,2	9,7	24,2	1 341	0,36
2015	369,3	9,6	24,6	1 075	0,29
2016	382,3	9,9	25,0	1 147	0,30
2017	401,2	10,5	24,1	1 101	0,27
2018	388,2	10,1	26,4	1 277	0,33
2019	375,0	9,8	25,4	1 238	0,33
2020	355,3	9,3	26,4	1 231	0,35
2021	331,5	8,7	26,7	1 220	0,37
2022	305,1	8,1	28,1	1 023	0,34
2023	272,5	7,2	28,7	918	0,34

Źródło: na podstawie danych GUS

Częściej niż co czwarte dziecko rodzące się obecnie w Polsce jest urodzone poza formalnym związkiem małżeńskim (tabela 2.3). Odsetek takich urodzeń od szeregu lat systematycznie zwiększa się i w latach 2011-2023 zwiększył się o ponad jedną trzecią. Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie wielkości tego odsetka jak i jego zmian w czasie. W latach 2019- 2023 odsetek urodzeń pozamałżeńskich był zdecydowanie najwyższy w woj. zachodniopomorskim i lubuskim (ryc. 2.5a). Z drugiej strony trzykrotnie niższa częstość urodzeń pozamałżeńskich występuje w woj. podkarpackim (i tylko niewiele większa jest w woj. małopolskim). Odsetek urodzeń pozamałżeńskich jest wyższy w miastach niż na wsi (w 2023 r. 32,9% vs 22,9%), przy czym największa różnica jest w woj. śląskim (16,3 pp.) i łódzkim (16,0 pp.) a praktycznie jednakowa częstość w miastach i na wsi jest w woj. zachodniopomorskim (różnica 0,2 pp.).

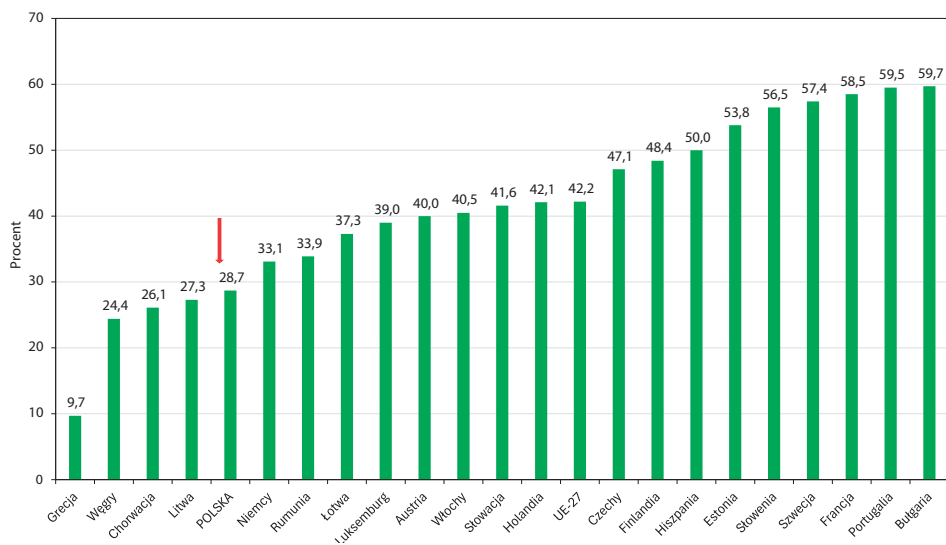


Ryc. 2.5. Całkowity wskaźnik dzietności w krajach UE-27 w 2023 r. (dane Eurostat)



Ryc. 2.6a. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wśród urodzeń żywych wg województw w latach 2019, 2022 i 2023 (dane GUS)

Jak wynika z danych Eurostatu odsetek urodzeń pozamażeńskich w Polsce należy do niskich na tle dwudziestu siedmiu krajów UE, niższa częstość tych urodzeń niż w naszym kraju jest tylko w Grecji, na Węgrzech, w Chorwacji, i na Litwie (ryc. 2.6b). W sześciu krajach takie urodzenia stanowią ponad połowę wszystkich urodzeń. Łącznie we wszystkich krajach UE średnio 42,2% dzieci nie rodzi się w formalnych związkach małżeńskich.



Ryc. 2.6b. Odsetek urodzeń pozamażeńskich wśród urodzeń żywych w krajach UE-27 w 2023 r. (dane Eurostat)

W 2023 r. 5,7% urodzeń żywych stanowiły urodzenia o tzw. niskiej masie urodzeniowej, czyli noworodków, których ciężar przy urodzeniu wynosił poniżej 2500 g (tabela 2.4). Od 2017 r. obserwuje się stabilizację częstości takich urodzeń. Dzieci o niskiej masie urodzeniowej w Polsce rodzą się rzadziej niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej – wg szacunków WHO w 2022 r. odsetek ten dla UE-27 wynosił 6,5% (WHO HFA DB³).

Zróznicowanie międzywojewódzkie odsetka noworodków o niskiej masie urodzeniowej w ostatnich latach nieznacznie zwiększa się. W okresie 2018-2023 najmniej korzystna sytuacja (największy odsetek takich noworodków) występowała w woj. śląskim, gdzie odsetek ten ostatnio systematycznie zwiększa się, w lubuskim i lubelskim a najbardziej korzystna w woj. podlaskim i pomorskim (ryc. 2.7).

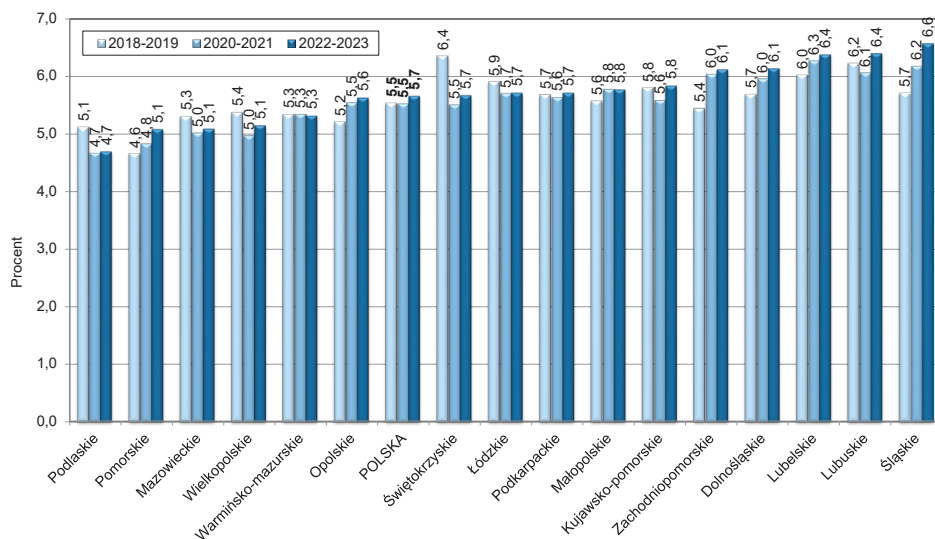
³ https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_600-7100-of-live-births-weighing-2500-g-or-more/#id=19695

Tabela 2.4. Urodzenia żywe według wagi noworodka przy urodzeniu w wybranych latach 2013-2023

Rok	Urodzenia żywe				
	ogółem	poniżej 2500g		2500g i więcej	
		liczba	procent ¹	liczba	procent ¹
2013	369 576	22 019	6,0	347 553	94,0
2014	375 160	22 211	5,9	352 940	94,1
2015	369 308	21 351	5,8	346 611	94,2
2016	382 257	22 314	5,8	359 929	94,2
2017	401 982	23 062	5,7	378 877	94,3
2018	388 178	21 451	5,5	366 686	94,5
2019	374 954	21 174	5,6	353 724	94,3
2020	356 540	19 991	5,6	336 454	94,4
2021	331 511	18 761	5,7	312 631	94,3
2022	305 132	17 342	5,7	287 696	94,3
2023	272 451	15 330	5,6	257 091	94,4

¹ Uwzględniono tylko urodzenia żywe o ustalonej wadze noworodka przy urodzeniu

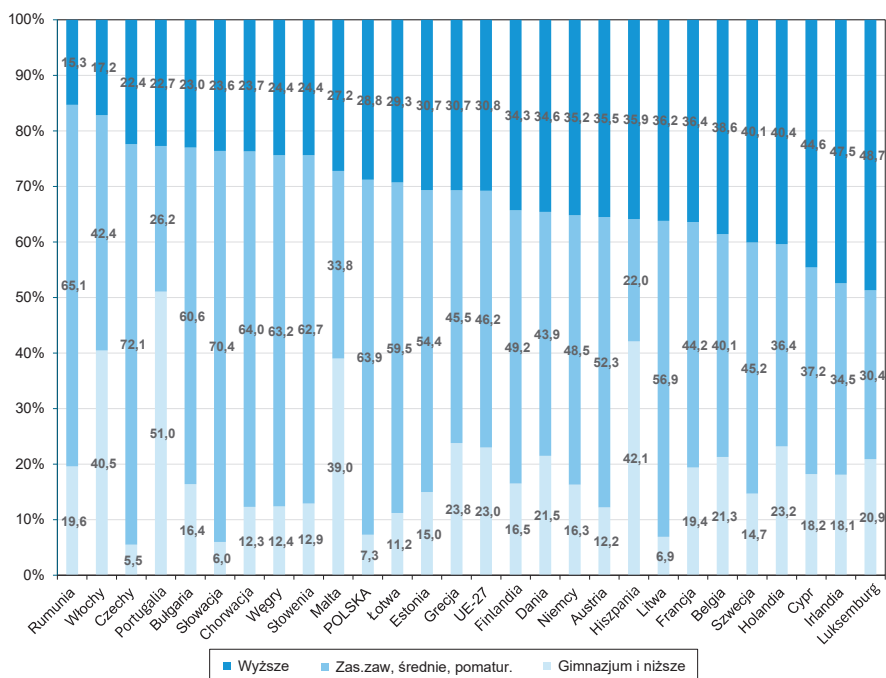
Źródło: na podstawie danych GUS



Ryc. 2.7. Odsetek żywo urodzonych noworodków o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2500g) wg województw, 2018-2019, 2020-2021 i 2022-2023 (na podstawie danych GUS)

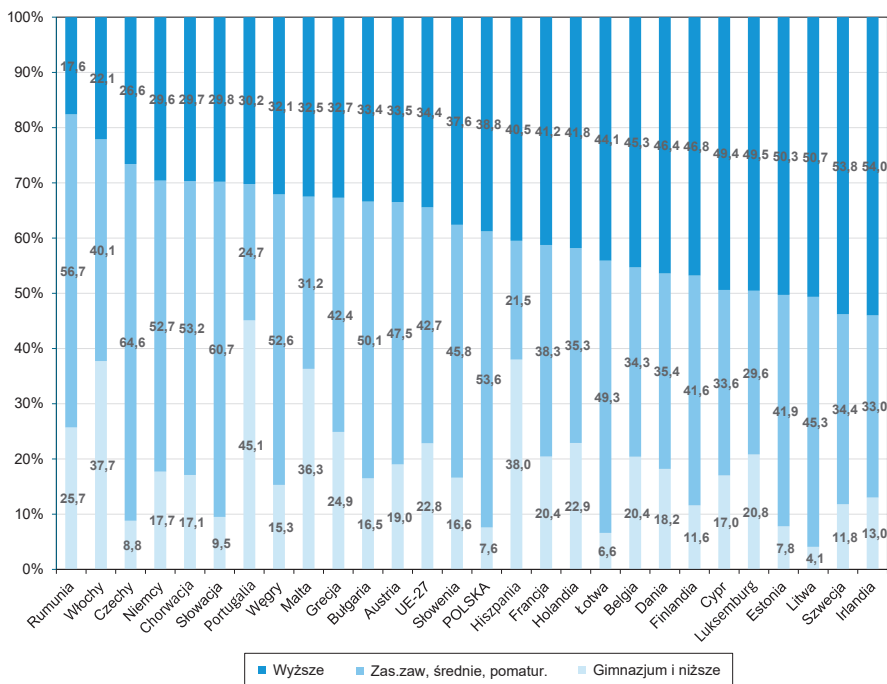
Status społeczno-ekonomiczny ma uznany, niezwykle istotny wpływ na stan zdrowia. Struktura społeczno-ekonomiczna ludności Polski na tle pozostałych krajów

UE-27 jest mniej korzystna, aczkolwiek z pewnymi wyjątkami. Do najważniejszych wyznaczników statusu społecznego należy poziom wykształcenia. Prezentowane grupy wykształcenia zostały utworzone przez Eurostat na podstawie kategoryzacji poziomów wykształcenia międzynarodowej klasyfikacji ISCED-11⁴: gimnazjum i niższe – kategorie 0-2, zasadnicze zawodowe, średnie, pomaturalne – kategorie 3-4, wyższe – kategorie 5-8. Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym bardzo wzrósł w Polsce w ostatnich latach to jednak wśród mężczyzn jest on wciąż nieznacznie niższy niż przeciętnie w krajach UE, ale jest już wyższy niż w Czechach, na Słowacji i Węgrzech (ryc. 2.8a). Za korzystny fakt należy uznać mniejszy w Polsce niż w UE ogółem odsetek mężczyzn o najniższym poziomie wykształcenia. Odsetek kobiet z wykształceniem wyższym jest w Polsce większy od przeciętnego dla UE-27, ale niższy niż na przykład w Litwie, Estonii, Łotwie (ryc. 2.8b). Podobnie jak w przypadku mężczyzn odsetek kobiet o najniższym poziomie wykształcenia jest w Polsce wyraźnie mniejszy niż przeciętny dla krajów UE.



Ryc. 2.8a. Struktura wykształcenia mężczyzn w wieku 25-74 lata wg ukończonego wykształcenia w Polsce i pozostałych krajach UE-27 w 2023 r. (dane Eurostat, badanie EU-LFS)

⁴ <https://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-isced>



Ryc. 2.8b. Struktura wykształcenia kobiet w wieku 25-74 lata wg ukończonego wykształcenia w Polsce i w pozostałych krajach UE w 2023 r. (dane Eurostat, badanie EU-LFS)

Wprawdzie sytuacja ekonomiczna w Polsce poprawia się i wzrost Produktu Krajowego Brutto (PKB) jest szybszy od średniego dla całej Unii Europejskiej dzięki czemu niekorzystna dla Polski różnica powoli zmniejsza się, to jednak wartość PKB w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w PPS) jest wciąż jedną z najniższych w UE – w 2023 r. była ona o 21,8% niższa od średniej dla całej UE-27⁵ co plasowało Polskę na 21 miejscu wśród krajów UE. Gorsza sytuacja jest w Bułgarii, Grecji, Łotwie, Słowacji, Chorwacji i Węgrzech. Równocześnie przeciętna wartość (mediana) ekwiwalentnego dochodu netto w Polsce w 2023 r. była niższa od wartości przeciętnej dla UE-27 o 17,1% co plasowało Polskę na 19 miejscu wśród krajów UE, natomiast dziesięć lat wcześniej w 2013 r. dochody netto w Polsce były przeciętnie niższe niż w UE o 39,2% i byliśmy na 20 miejscu wśród krajów UE⁶.

⁵ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/nama_10_pc__custom_15967999/default/table?lang=en

⁶ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_di03__custom_16077825/default/table

Za korzystne należy uznać zjawisko zmniejszania się zróżnicowania dochodów w naszym kraju i jego mniejszy poziom niż przeciętny w krajach UE-27. Wyraża to wskaźnik zróżnicowania kwintylowego – dochody do dyspozycji jakie ma 20% osób o najwyższym ich poziomie były w Polsce w 2023 r. 4,06 razy wyższe niż te jakie ma 20% osób o najniższych dochodach, podczas gdy dla UE-27 wskaźnik ten wynosił 4,72. (dane Eurostatu⁷). Niższa niż w Polsce wartość tego wskaźnika jest w siedmiu krajach m.in. w Belgii, Finlandii, Holandii jak również w Czechach.

Za bardzo korzystny z punktu widzenia zdrowia publicznego należy uznać postępujący w naszym kraju do 2022 r. spadek zasięgu ubóstwa ekonomicznego i wykluczenia społecznego szacowanego w oparciu o dochody i wydatki gospodarstw domowych, który niestety uległ zahamowaniu w 2023 r. Za zagrożone ubóstwem uważa się, zgodnie z definicją przyjętą przez kraje UE, osoby żyjące w gospodarstwach domowych, których dochód do dyspozycji jest niższy od granicy ubóstwa ustalonej na poziomie 60% mediany dochodu w danym kraju z uwzględnieniem skali porównywalności z uwzględnieniem transferów społecznych. Wykluczeniem społecznym zagrożone są osoby w gospodarstwach domowych o pogłębionej materialnej depriwacji (brak możliwości zaspokojenia ze względów finansowych co najmniej 4 z 9 uznanych potrzeb) lub osoby w gospodarstwach domowych o bardzo niskiej intensywności pracy⁸. Ostatnie dane Eurostatu pokazują, że w Polsce wskaźnik ten jest obecnie o 5 pp. niższy od przeciętnego dla krajów UE-27 (ryc. 2.9a), a ponadto tylko w 4 krajach UE zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest mniej powszechne niż w Polsce – w Czechach, Słowenii, Finlandii i Holandii. Pozytywną różnicę w porównaniu z pozostałymi krajami UE obserwuje się wśród dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (gorsza sytuacja niż w Polsce jest w 20 krajach), natomiast brak jest poprawy wśród osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej. Jednak również w tej grupie odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest poniżej przeciętnego dla krajów UE.

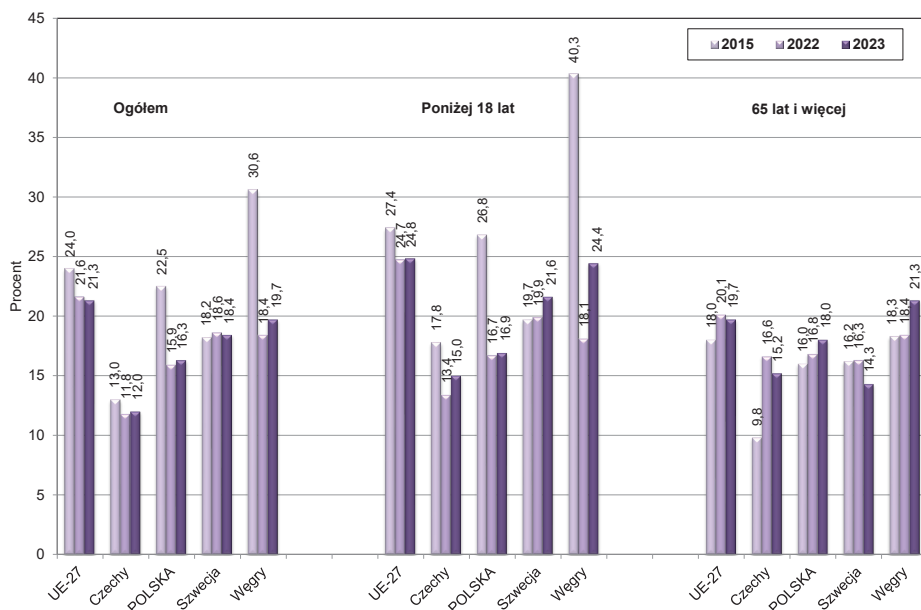
Zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym dzieci jest bardzo silnie związane z poziomem wykształcenia rodziców zarówno w Polsce jak i Unii Europejskiej ogółem. Po 2015 r. (a dokładnie po 2016 r.) nastąpiła w Polsce znaczna poprawa pod tym względem, ale zróżnicowanie jest wciąż duże (ryc. 2.9b). Warto jednak zwrócić uwagę, że o ile jeszcze w 2015 r. w Polsce dzieci rodziców

⁷ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_di11__custom_15986004/default/table?lang=en

⁸ [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_\(AROE\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_(AROE))

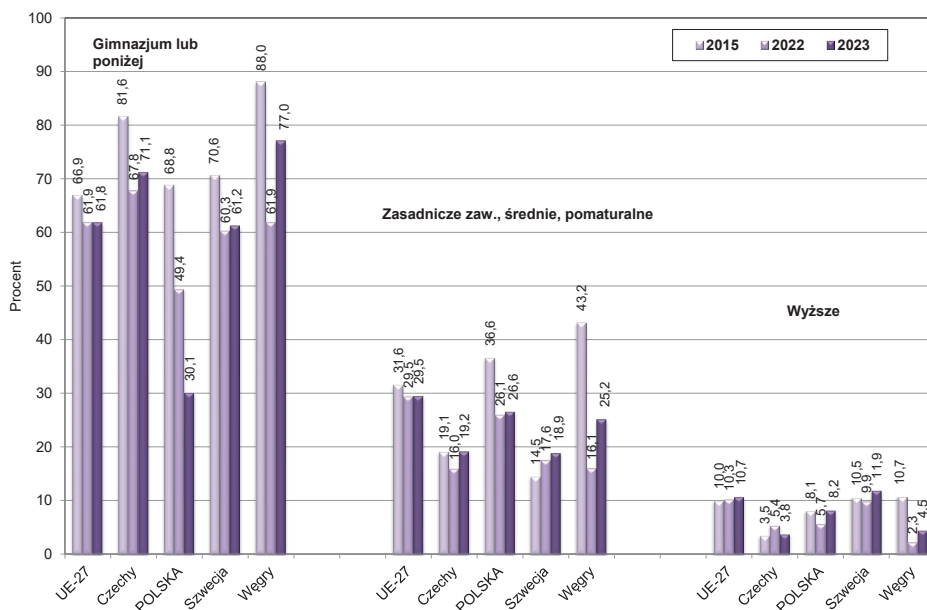
o wykształceniu poniżej wyższego były bardziej zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym niż przeciętnie w krajach UE to w następnych latach już nie i zagrożenie to jest w ostatnich latach niższe niż na przykład w Szwecji.

Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest w Polsce wyraźnie zróżnicowane regionalnie co pokazują dane opracowane przez Eurostat⁹. W najmniejszym stopniu, co jest dosyć oczywiste, występuje ono w regionie Warszawskim Stołecznym oraz w ostatnich dwóch latach 2022-2023 w województwie śląskim (ryc. 2.9c). Najbardziej zagrożeni ubóstwem i wykluczeniem społecznym są mieszkańcy województw podlaskiego, warmińsko-mazurskiego, kujawsko-pomorskiego i lubelskiego. Niekorzystnym zjawiskiem jest znaczne pogorszenie sytuacji w latach 2022-2023 w woj. podlaskim, a w 2023 r. w woj. kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim.

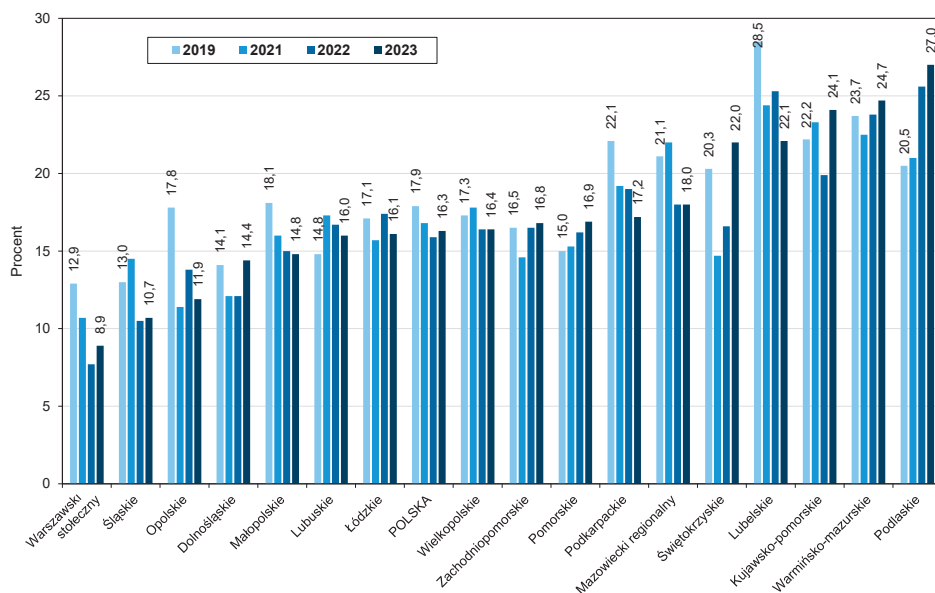


Ryc. 2.9a. Odsetek ludności zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ogółem oraz w grupie wieku poniżej 18 lat oraz 65 lat i więcej w Polsce oraz w UE-27 ogółem i w wybranych krajach w latach 2015, 2022 oraz 2023 (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

⁹ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps11n__custom_16041775/default/table?lang=en

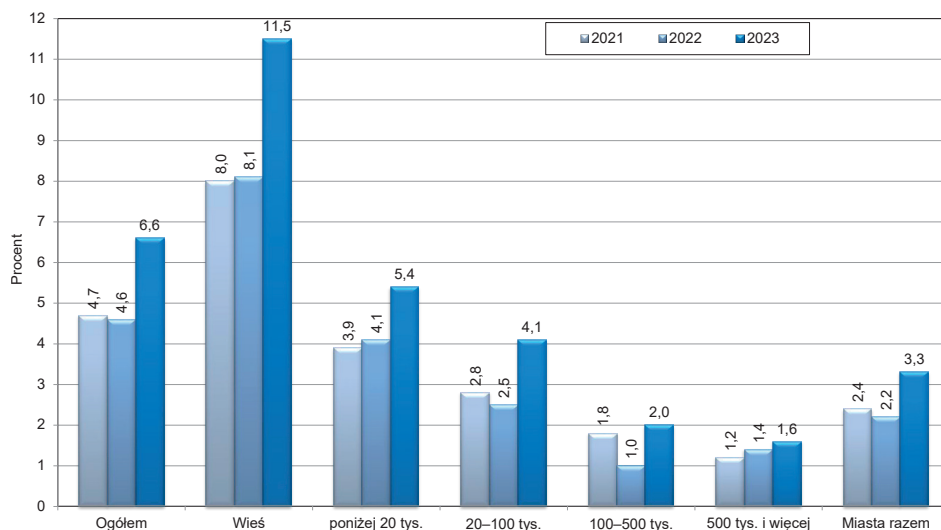


Ryc. 2.9b. Odsetek dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wg poziomu wykształcenia głowy gospodarstwa domowego w Polsce oraz w UE-27 ogółem i wybranych krajach w latach 2015, 2022 i 2023 (dane Eurostat, badanie EU-SILC)



Ryc. 2.9c. Odsetek ludności zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wg województw w latach 2019, 2021, 2022 i 2023 (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Na rycinach 2.10a i 2.10b pokazano występowanie w Polsce ubóstwa skrajnego w dwóch przekrojach ważnych dla analiz zróżnicowania stanu zdrowia ludności tzn. wg charakteru miejscowości zamieszkania (wieś, miasta o różnej wielkości) oraz wg wykształcenia głowy gospodarstwa domowego. Granica ubóstwa skrajnego ustalana jest na podstawie minimum egzystencji szacowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych dla jednoosobowego gospodarstwa pracowniczego. Minimum egzystencji uwzględnia jedynie te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a konsumpcja niższa od tego poziomu utrudnia życie i stanowi zagrożenie dla rozwoju psychofizycznego człowieka¹⁰.



Ryc. 2.10a. Wskaźniki zasięgu ubóstwa skrajnego według klasy miejscowości zamieszkania w latach 2021-2023 (dane GUS¹¹)

W 2023 r. wystąpił znaczny wzrost wskaźnika ubóstwa skrajnego, który jak uważa GUS „miał miejsce w sytuacji poprawy przeciętnej sytuacji dochodowej gospodarstw domowych (w ujęciu nominalnym i realnym)¹². Jednak w tym czasie zaobserwowano też spadek poziomu wydatków w ujęciu realnym¹³. Dodatkowo trzeba

¹⁰ GUS Aneks do opracowania sygnalnego „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2023 r.”

¹¹ W związku z uaktualnionym uogólnieniem w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 wyniki za lata 2021-2022 różnią się od wcześniej publikowanych

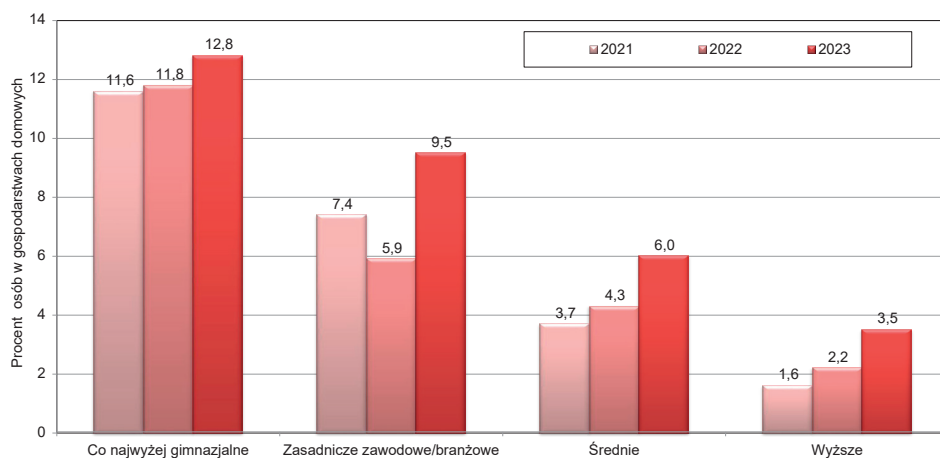
¹² Patrz: Informacja sygnalna: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/sytuacja-gospodarstw-domowych-w-2023-r-w-swietle-badania-budzetow-gospodarstw-domowych,3,23.html>

¹³ Patrz: Informacja sygnalna -jak wyżej.

wspomnieć, co może wydawać się zaskakujące, że w 2023 r. spadła też (rok do roku) wartość odsetka złych lub raczej złych ocen subiektywnych sytuacji materialnej wśród ogółu gospodarstw domowych (z ok. 6% do ok. 5% gospodarstw domowych)^{14,15}.

Wśród mieszkańców wsi występuje wyraźna nadwyżka ubóstwa skrajnego w porównaniu do mieszkańców miast, nawet tych małych (ryc. 10a). Mieszkańcy miast mają znacznie większe szanse na ochronę podstawowych potrzeb egzystencjalnych w porównaniu z ogółem mieszkańców wsi. Środowiskiem najbardziej sprzyjającym zapewnieniu warunków życia na poziomie nie zagrażającym psychofizycznemu rozwojowi są duże miasta powyżej 100 tys. mieszkańców.

Występuje wyraźny związek między wykształceniem głowy gospodarstwa domowego i zagrożeniem gospodarstwa występowaniem skrajnego ubóstwa (ryc.2.10b). Odsetek osób w gospodarstwach domowych zagrożonych skrajnym ubóstwem radykalnie zmniejsza się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. To zróżnicowanie ma charakter trwały. Warto zauważyć, że w 2023 r. zagrożenie ubóstwem skrajnym zwiększyło się w stosunku do 2021 r. i 2022 r. we wszystkich grupach gospodarstw domowych niezależnie od poziomu wykształcenia głowy gospodarstwa.



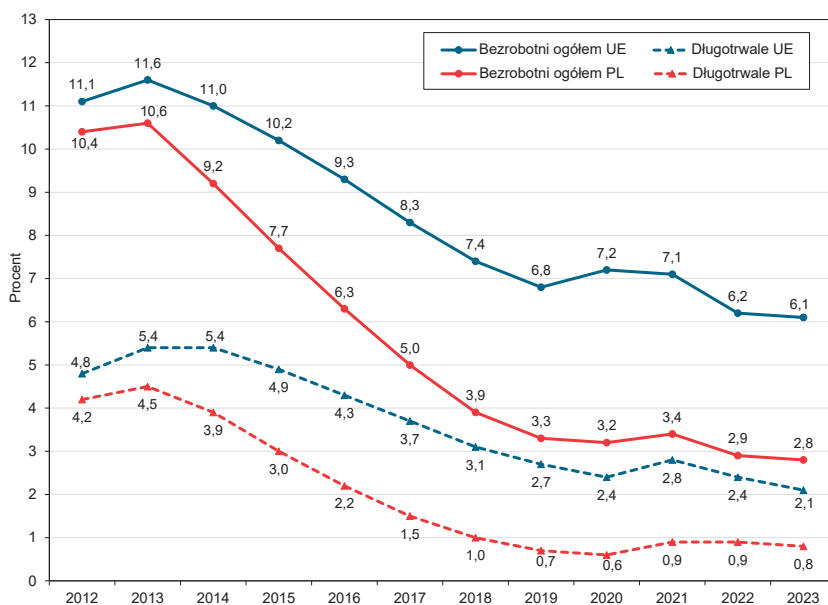
Ryc. 2.10b. Wskaźniki zasięgu ubóstwa skrajnego według wykształcenia głowy gospodarstwa domowego w latach 2021-2023 (dane GUS¹⁶)

¹⁴ Patrz: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/sytuacja-gospodarstw-domowych-w-2023-r-w-swietle-badania-budzetow-gospodarstw-domowych,3,23.html>

¹⁵ GUS „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2023 r.” 28.06.2024 r.

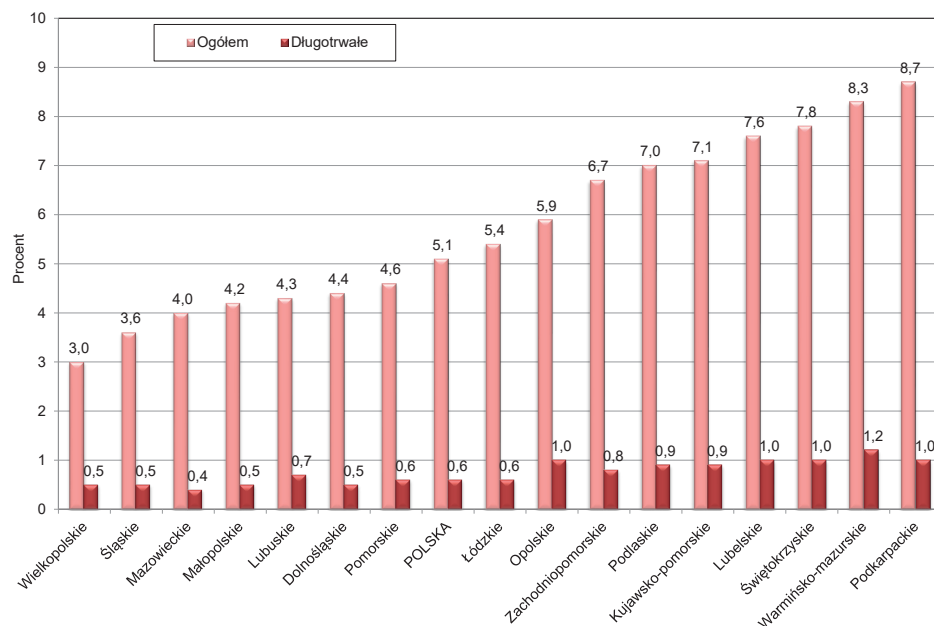
¹⁶ W związku z uaktualnionym uogólnieniem w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 wyniki za lata 2021-2022 różnią się od wcześniej publikowanych

Wyraźna jest dalsza poprawa sytuacji w Polsce w stosunku do wcześniejszych lat w zakresie bezrobocia, które nie tylko jest na poziomie niższym od przeciętnego dla krajów UE-27, ale zalicza się do jednego z najniższych w UE. Jak wynika z prowadzonego w tych krajach Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL (ang. *Labor Force Survey*, LFS) w 2023 r. stopa bezrobocia w Polsce w populacji 15-74 wynosiła 2,8% (niższa była tylko w Czechach 2,6%) podczas gdy średnia dla UE-27 wynosiła 6,1%. (ryc. 2.11). Ponadto, bardzo korzystny jest fakt niższej w Polsce stopy bezrobocia długotrwałego, tzn. trwającego powyżej 12 miesięcy, która w 2023 r. wynosiła zaledwie 0,8% w stosunku do aktywnej ludności podczas gdy średnia dla UE28 wynosiła 2,1%. Tylko w Danii (0,5%) i w Holandii (0,5%) była ona niższa niż w Polsce.



Ryc. 2.11. Stopa bezrobocia ogółem oraz bezrobocia długotrwałego wśród osób 15-74 lata w Polsce oraz przeciętna w krajach UE-27 w latach 2012-2023 (dane Eurostat, badanie LFS)

Zagrożenie bezrobociem ogółem oraz bezrobociem długotrwałym znacznie różni się w poszczególnych województwach (ryc. 2.11). W 2023 r. najbardziej korzystna sytuacja pod względem poziomu bezrobocia ogółem była w woj. wielkopolskim a długotrwałego w woj. mazowieckim, natomiast najwyższy wskaźnik zagrożenia bezrobociem ogółem obserwuje się w woj. podkarpackim, a bezrobociem długotrwałym w woj. warmińsko-mazurskim i ta niekorzystna sytuacja na Warmii i Mazurach oraz Podkarpaciu występuje od wielu lat.



Ryc. 2.12. Stopa bezrobocia rejestrowanego ogółem oraz długotrwałego wg województw w 2023 r. (dane GUS)

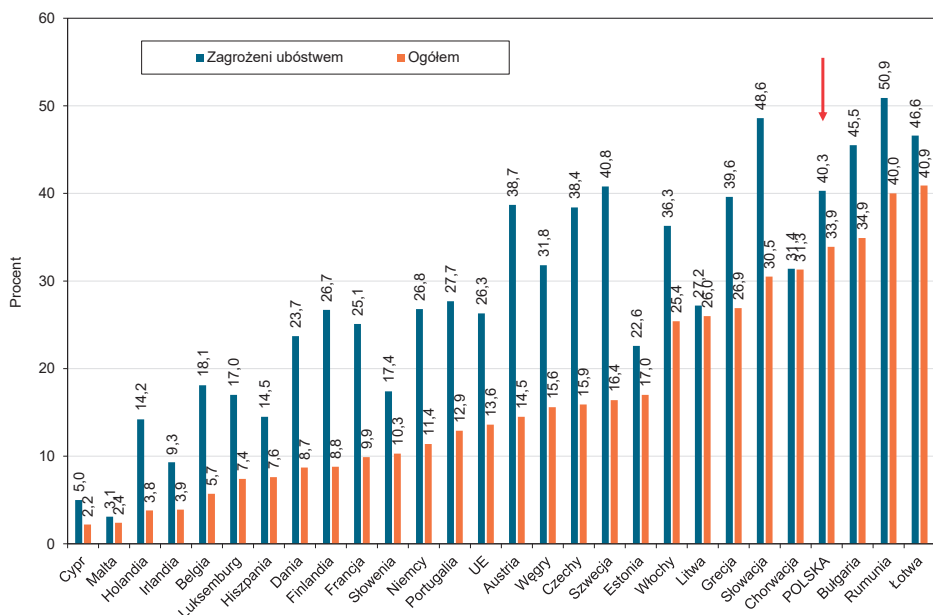
Ważnym aspektem zatrudnienia z punktu widzenia społecznego, jak również zdrowia publicznego jest możliwość wykonywania pracy w niepełnym wymiarze, która umożliwia lepsze wypełnianie obowiązków rodzinnych, dotyczących także zdrowia, na przykład związanych z opieką nad dziećmi czy osobami starszymi. W Polsce sytuacja od lat wyraźnie niekorzystnie odbiega od przeciętnej w krajach OECD i UE – pracownicy, zarówno mężczyźni, ale szczególnie kobiety, są znacznie rzadziej zatrudniani w niepełnym wymiarze. W 2023 r. w Polsce odsetek tak zatrudnionych mężczyzn w stosunku do ogółu zatrudnionych w wieku 20-64 lata wynosił 3,2% a w UE-27 7,7% natomiast w przypadku kobiet analogiczne odsetki wynosiły 8,3% i 27,9%¹⁷. Warto jednak zwrócić uwagę, że o ile w przypadku mieszanek UE w tym wieku zatrudnionych w niepełnym wymiarze dla 18,2% nie była to ich samorzutna decyzja to w przypadku Polek odsetek ten był niższy i wynosił 11,5%¹⁸.

Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w Unii Europejskiej. Szczególnie wyraźnie występuje to w odniesieniu

¹⁷ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsa_eppga__custom_16033839/default/table?lang=en

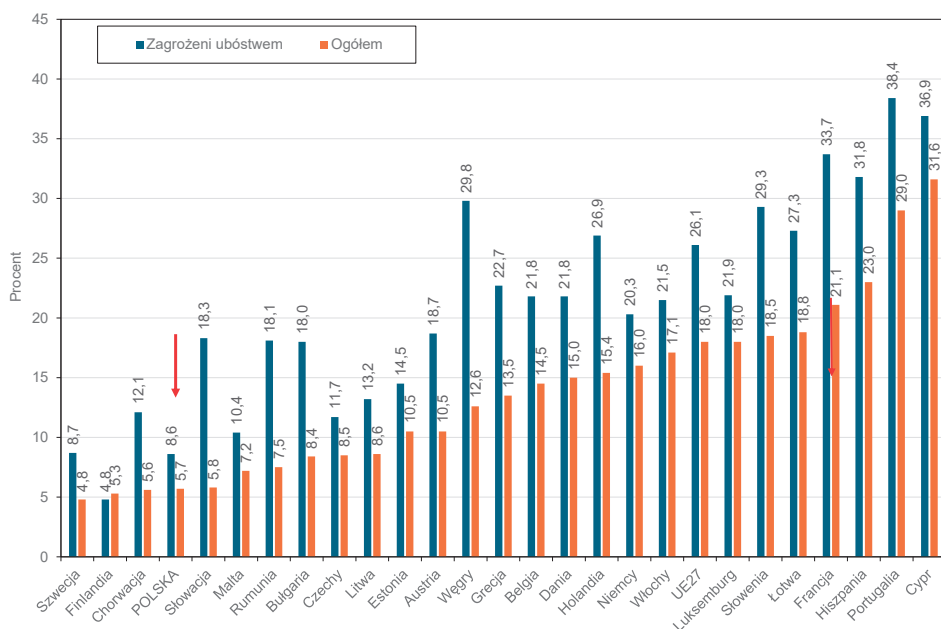
¹⁸ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsa_eppgai__custom_16034272/default/table?lang=en

do zagęszczenia mieszkań. Zgodnie z definicją Eurostatu przyjmuje się, że osoba żyje w mieszkaniu o zwiększonym zagęszczeniu (*overcrowded*) jeżeli mieszkanie nie spełnia któregoś z następujących warunków: (a) ma co najmniej jeden pokój, (b) każde małżeństwo ma co najmniej jeden pokój, (c) każda pojedyncza osoba w wieku 18 lat i starszym ma co najmniej jeden pokój, (d) dwoje dzieci w wieku 12-17 lat o tej samej płci mają co najmniej jeden pokój, (e) każde z dzieci w wieku 12-17 lat, które nie należy do poprzednich kategorii ma co najmniej jeden pokój, (f) każda para dzieci poniżej 12 lat ma swój pokój. Jak widać na rycinie 2.13 przy takiej definicji 40,3% ludności Polski mieszka w zagęszczonych mieszkaniach podczas gdy w całej UE przeciętnie tylko 13,6%. Obecnie gorsza jest sytuacja zaledwie w trzech krajach – w Bułgarii, Rumunii i Łotwie. Dane nie obejmują gospodarstw jednoosobowych. Zagęszczenie mieszkania bardzo zależy od dochodów, tak więc osoby zagrożone ubóstwem, tzn. żyjące w gospodarstwach domowych, których dochód do dyspozycji jest niższy od 60% mediany dochodu w danym kraju z uwzględnieniem skali porównywalności, znacznie częściej niż ogół mieszkają w zagęszczonych mieszkaniach (w Polsce 40,3%). Należy zauważyć, że ta niekorzystna różnica jest w Polsce znacznie mniejsza od przeciętnej dla krajów UE-27 (ryc. 2.13).



Ryc. 2.13. Odsetek ludności mieszkającej w Polsce i w krajach UE w mieszkaniach o zwiększonym zagęszczeniu wśród ogółu ludności oraz ludności zagrożonej ubóstwem, 2023 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Natomiast jeżeli wziąć pod uwagę ocenę warunków mieszkaniowych ze względu na jakość mieszkania i występowanie którejs z cech jego złej jakości, do których należy: przeciekający dach, wilgoć na ścianach, podłogach, fundamencie, butwiejące okna lub podłogi to sytuacja w Polsce jest lepsza od przeciętnej dla krajów UE-27 (ryc. 2.14). Osoby zagrożone ubóstwem częściej mieszkają w złych warunkach niż ogół społeczeństwa, ale również w tej grupie ludności sytuacja w Polsce jest obecnie znacznie lepsza niż przeciętna w UE-27 a ponadto ta niekorzystna dla osób zagrożonych ubóstwem różnica w stosunku do ogółu ludności jest w Polsce mniejsza niż przeciętna w krajach UE.



Ryc. 2.14. Odsetek ludności ogółem oraz ludności zagrożonej ubóstwem mieszkających w mieszkaniach złej jakości w krajach UE-27 w 2023 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Jedną z sumarycznych miar ogólnej sytuacji społecznej krajów jest syntetyczny Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI), który został zaproponowany przez ONZ dla celów porównań międzynarodowych. Jest on miarą opartą na wartości średniej wskaźników obejmujących trzy podstawowe sfery życia. Są to: sfera zdrowia (oceniana poprzez wskaźnik przeciętnej długości życia), edukacji (wskaźniki przeciętnej liczby lat nauki dla osób w wieku 25 lat i starszym, oraz oczekiwanej liczby lat nauki dla dzieci rozpoczynających

naukę szkolną), a także zamożności tzn. dochodu (a konkretnie jego logarytmu) przypadającego na głowę mieszkańca z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej (PPP) (Dochód Krajowy Brutto *Gross National Income*). Konstrukcja wskaźnika określa docelowe wartości w każdej z wymienionych sfer. Według ostatnich danych ONZ dla 2023 r. Polska z indeksem 0,906 (indeks dla ogółu krajów OECD 0,916) zaliczana jest do krajów o najwyższym indeksie HDI i plasuje się na 18 miejscu w Unii Europejskiej i na 35 miejscu w świecie.¹⁹ W latach 2010-2022 przeciętny roczny wzrost wartości HDI dla Polski wynosił 0,35% i był większy niż dla ogółu krajów OECD 0,26%.²⁰

¹⁹ HDR25_Statistical_Annex_HDI_Table.xlsx

²⁰ <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24reporten.pdf>

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

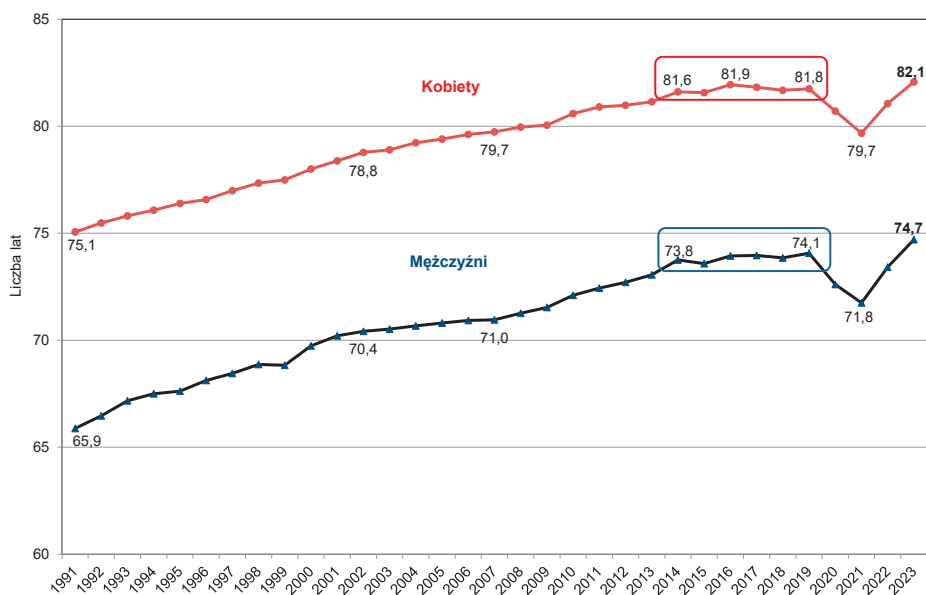
Według ostatnich danych GUS w 2023 r. przeciętna oczekiwana długość życia mężczyzn wynosiła 74,70 lat a kobiet była o 7,37 lat dłuższa i wynosiła 82,02 lat. Tak więc oczekiwana długość życia w 2023 r. była już większa niż przed pandemią COVID-19 tzn. w 2019 r. i ta korzystna różnica była większa u mężczyzn 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.

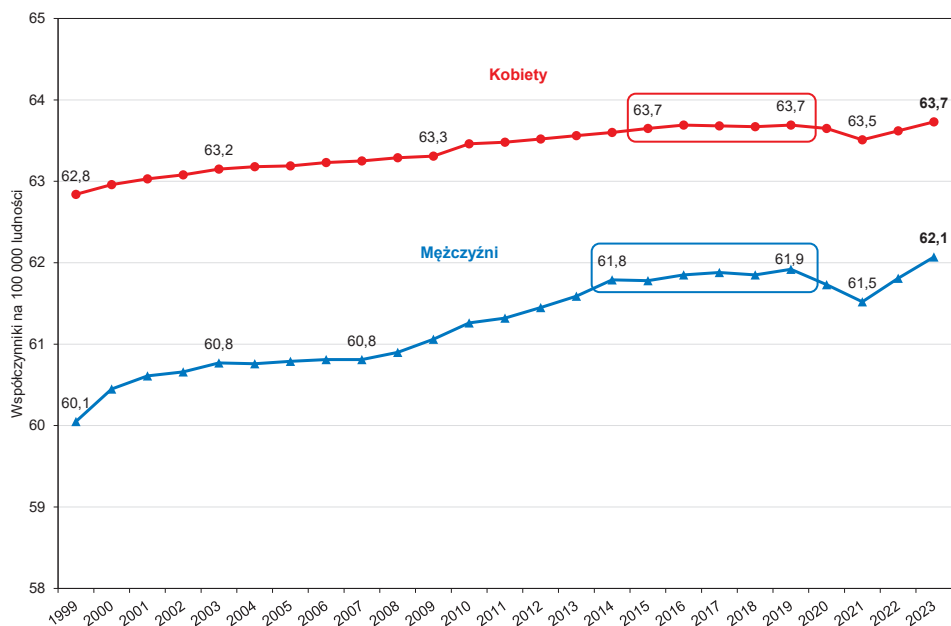
⁵ Chiang C. L. "The Life Table and its Applications", Robert E. Krieger Publishing Company, Inc., Malabar, Florida, 1984

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

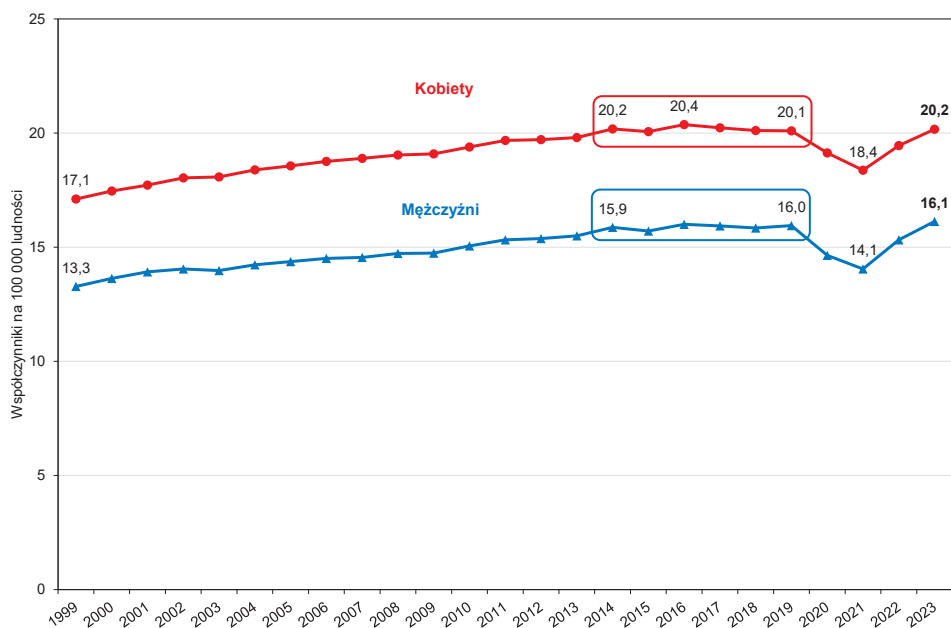


Ryc. 3.1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat w latach 1991–2023 (dane GUS)

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.

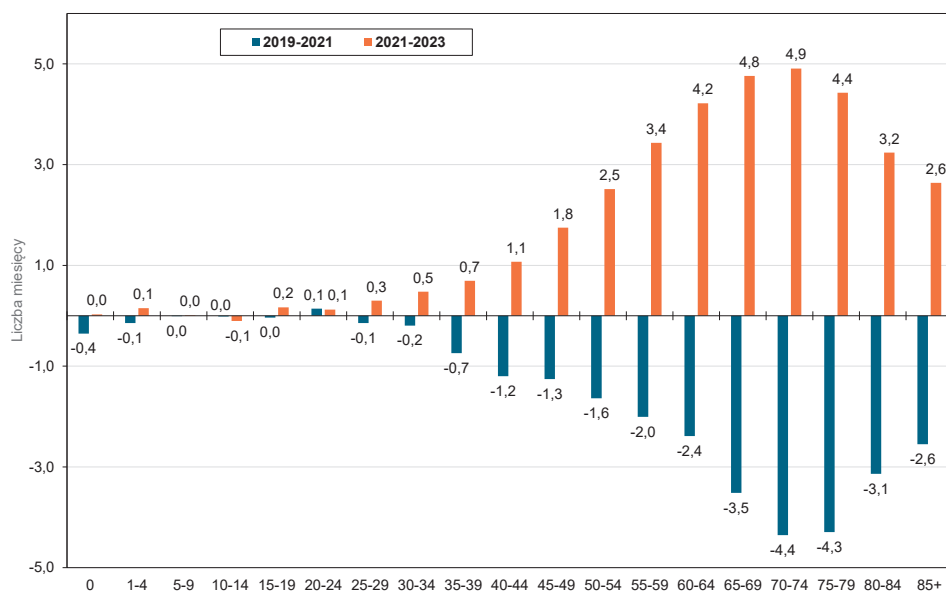


Ryc. 3.2a. Przeciętne trwanie życia rodzących się mężczyzn i kobiet w przedziale wieku 0-65 lat w latach 1999–2023 (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



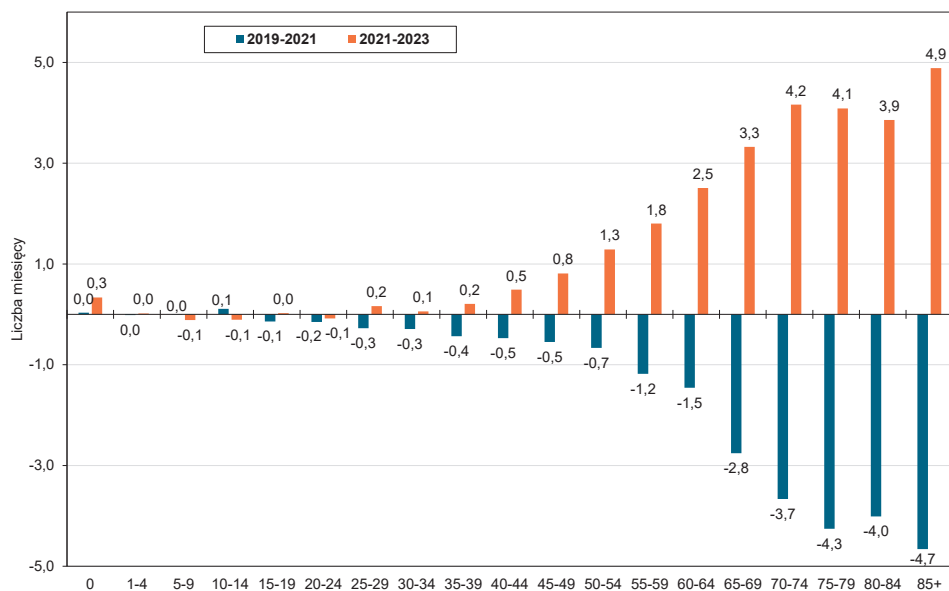
Ryc. 3.2b. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat w latach 1999–2023 (dane GUS)

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.

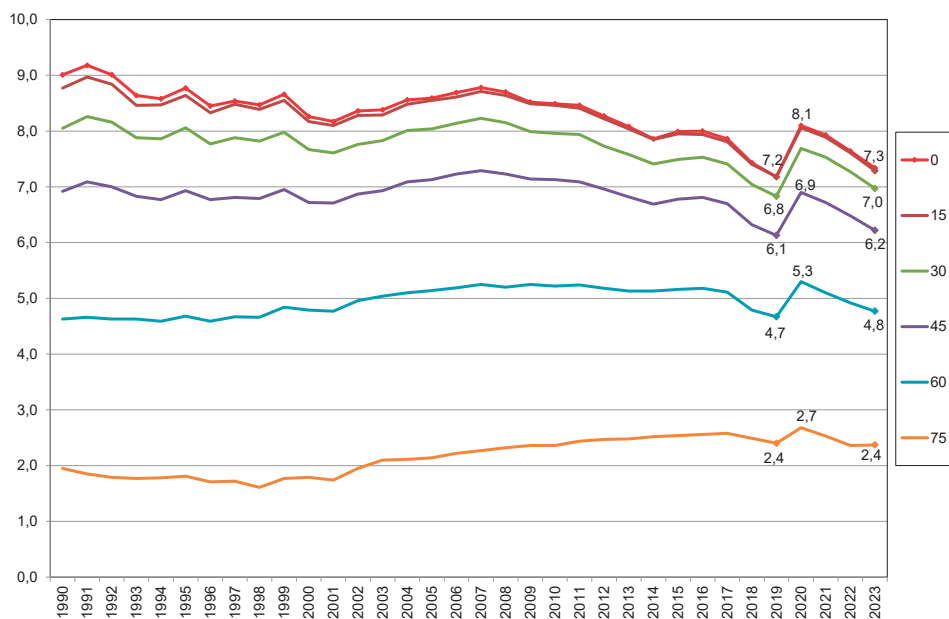


Ryc. 3.3a. Liczba miesięcy skrócenia długości życia mężczyzn w Polsce w 2021 r. w porównaniu z 2019 r. i jego wzrostu w 2023 r. w porównaniu z 2021 r. wynikająca ze wzrostu umieralności a następnie jego spadku w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych GUS)

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).



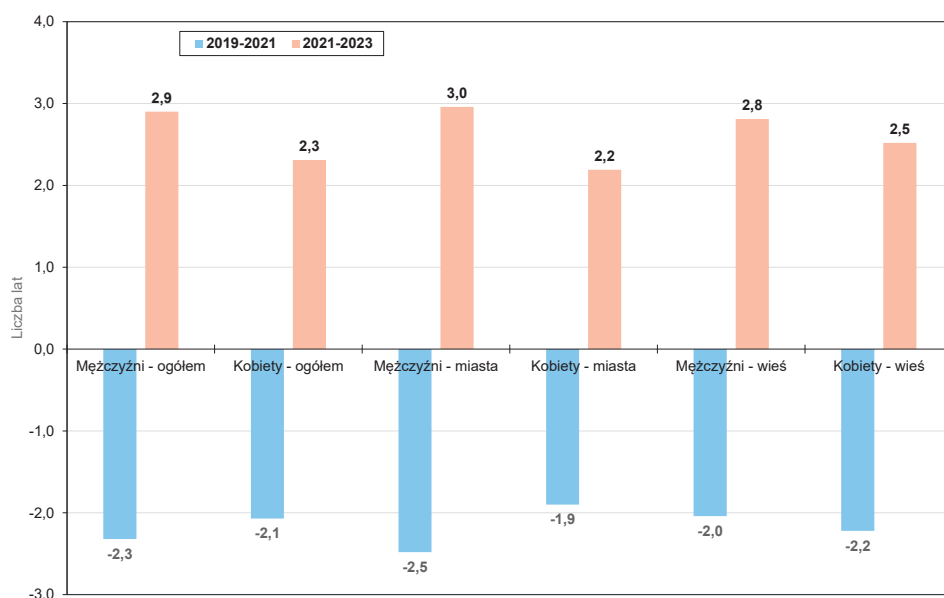
Ryc. 3.3b. Liczba miesięcy skrócenia długości życia kobiet w Polsce w 2021 r. w porównaniu z 2019 r. i jego wzrostu w 2023 r. w porównaniu z 2021 r. wynikająca ze wzrostu umieralności a następnie jego spadku w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



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** (tab.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.

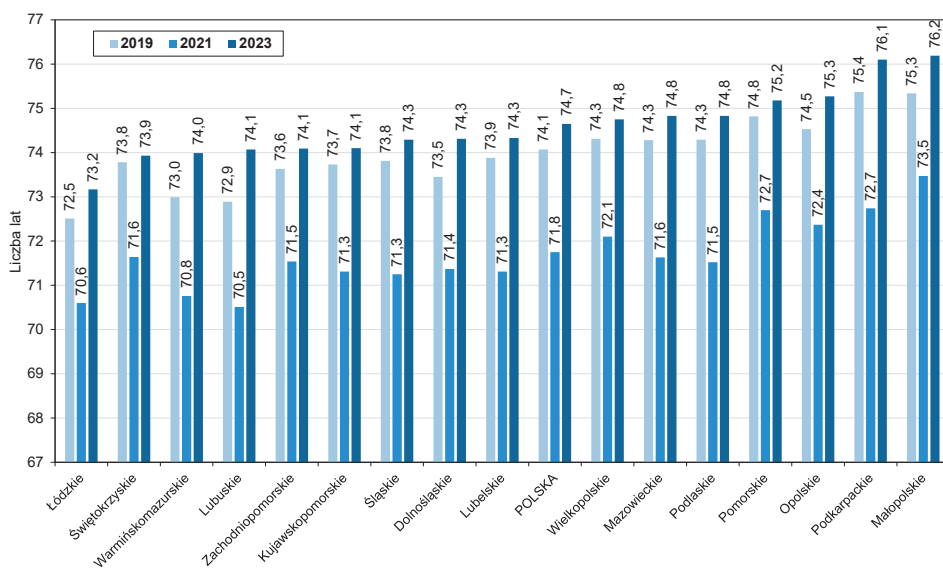
Tabela 3.1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat (Lex) mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2017—2023

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

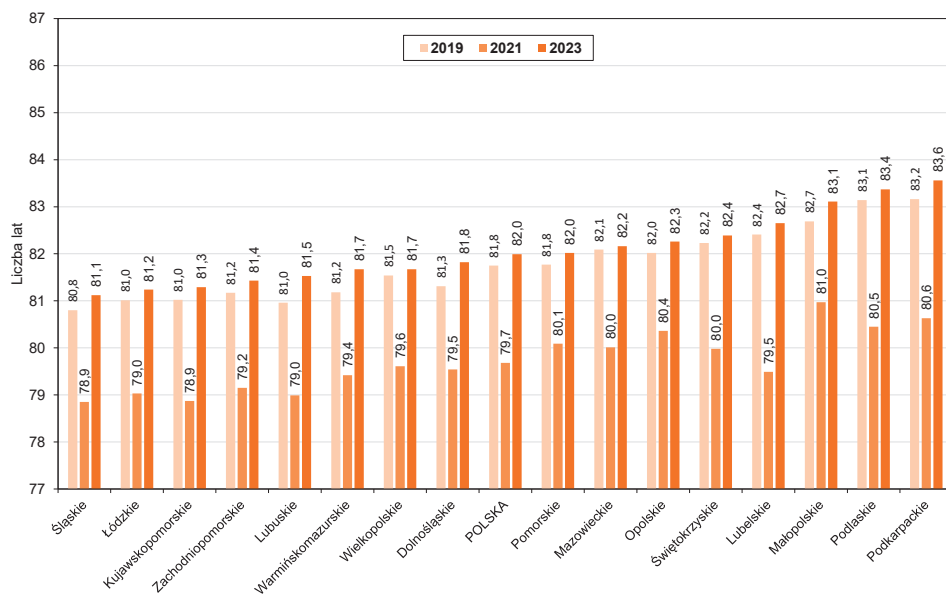
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

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.

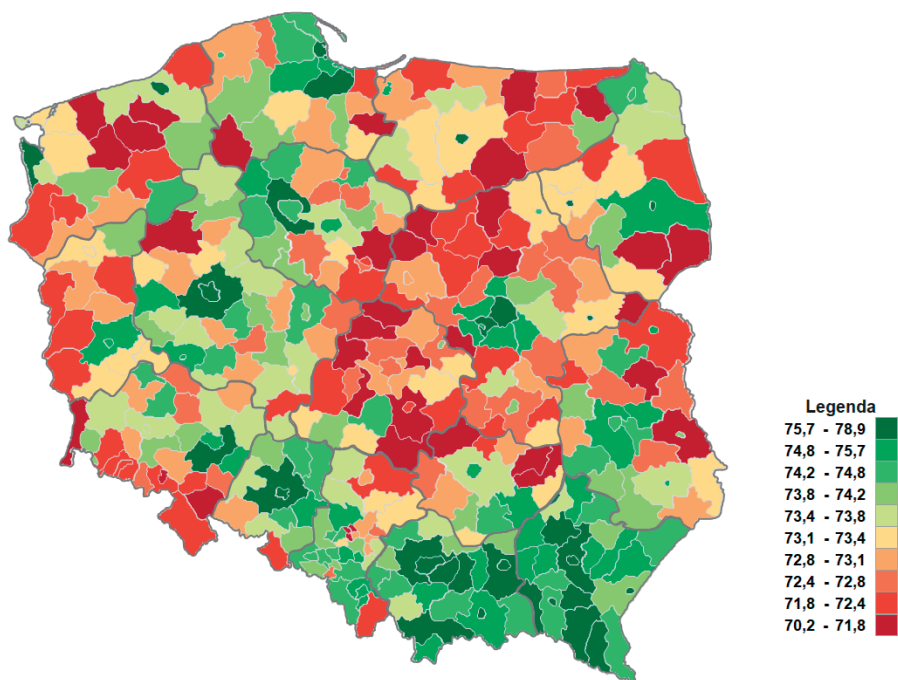
Większe niż w przypadku mieszkańców województw jest zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców powiatów i jego zmian w okresie pandemii. Generalnie można stwierdzić, że większość powiatów, w których mężczyźni żyją najdłużej cały czas skupia się w Polsce południowej oraz środkowo-zachodniej natomiast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



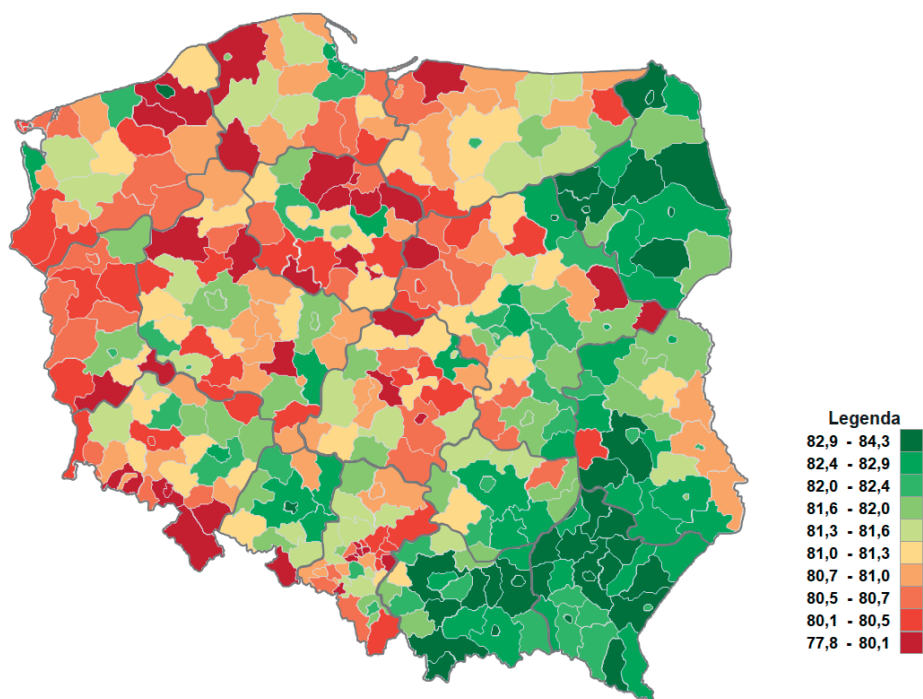
Ryc. 3.6a. Oczekiwana długość życia mężczyzn według województw w 2019 r., 2021 r. i 2023 r. (dane GUS)



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)



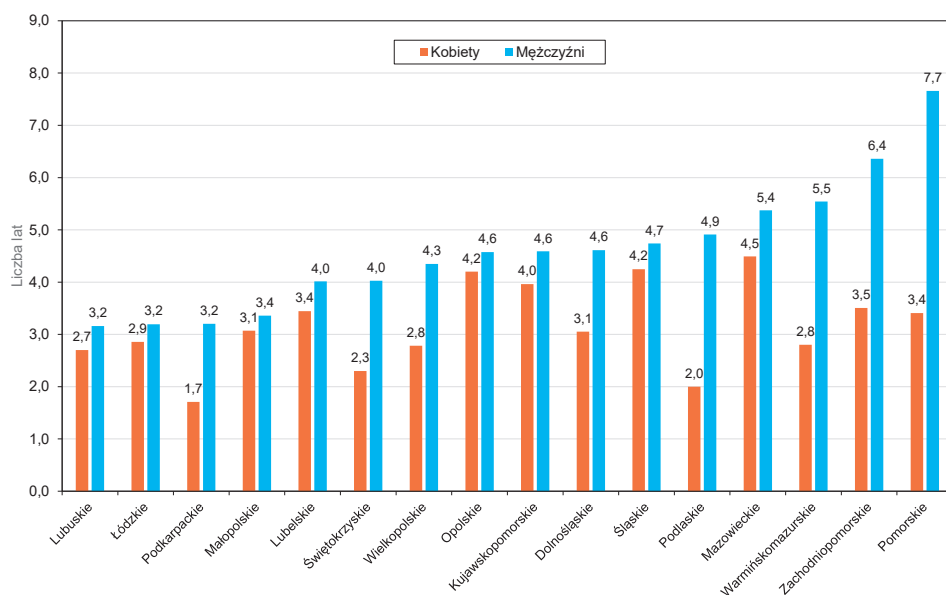
Ryc. 3.7b. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2022-2023 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

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

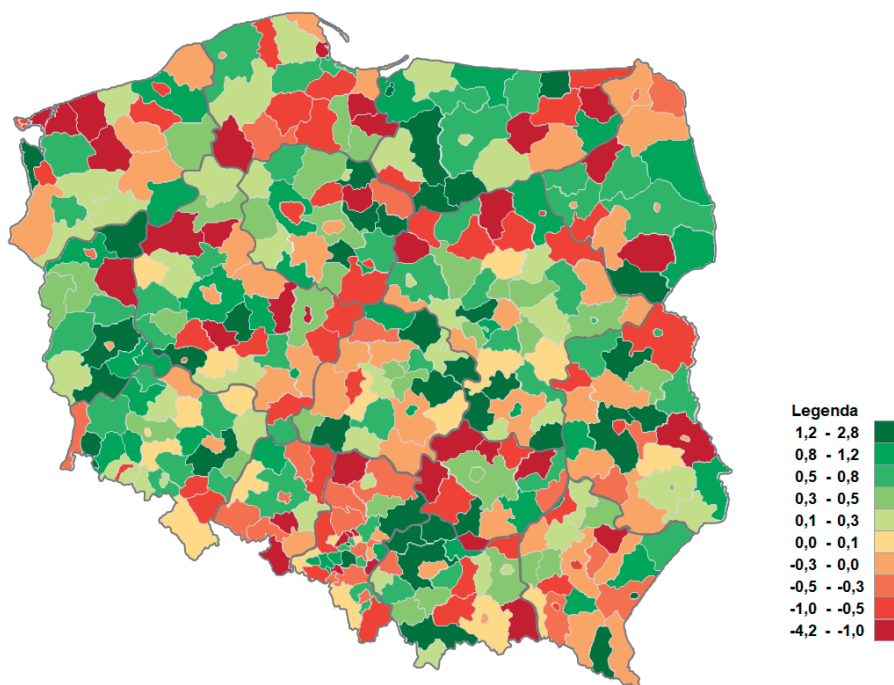
Tabela 3.2b. Trzydzieści powiatów o najdłuższej oraz o najkrótszej oczekiwanej długości życia kobiet w latach 2022-2023 oraz różnica długości życia w okresie 2022-2023 w stosunku do okresu przed pandemią 2018-2019

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	nizański	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	stąpski	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	sokólski	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

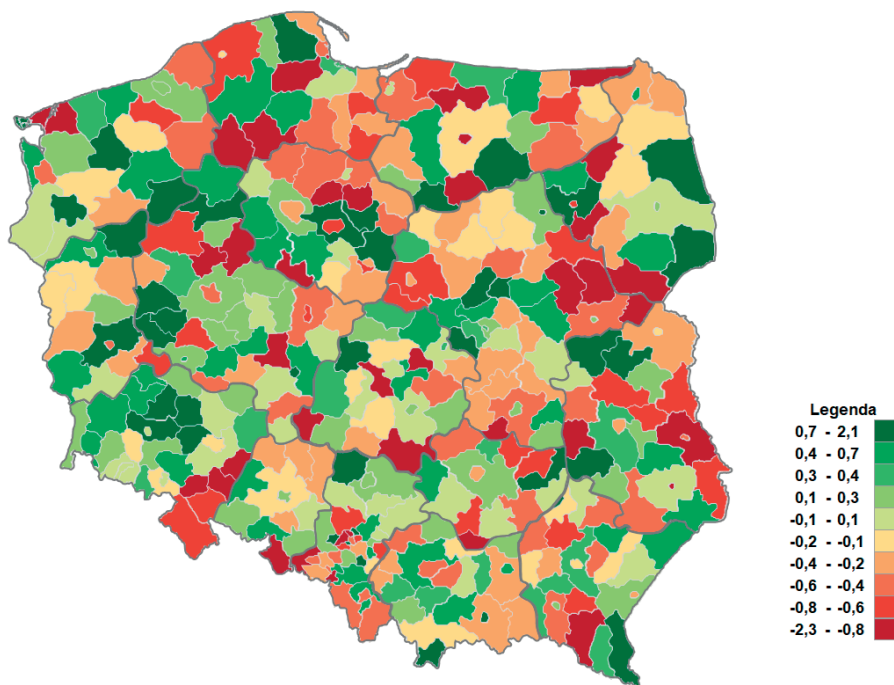
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

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.



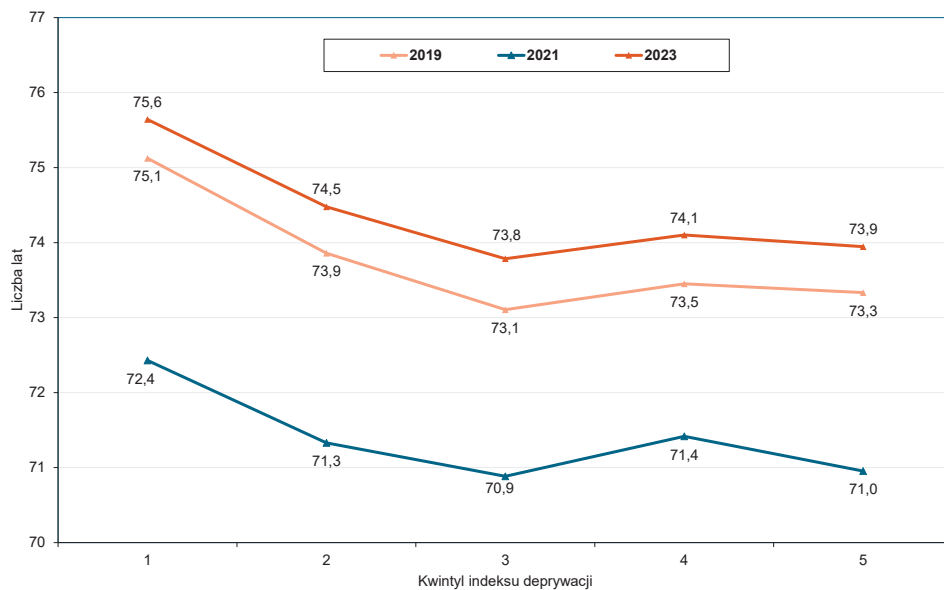
Ryc. 3.8a. Różnica oczekiwanej długości życia mężczyzn w latach 2022-2023 w porównaniu z latami 2018-2019 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



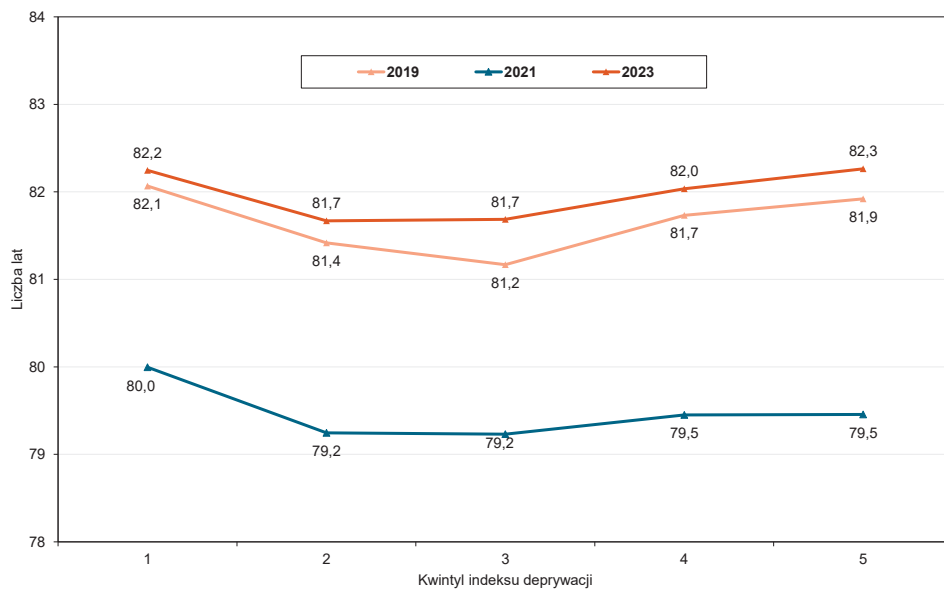
Ryc. 3.8b. Różnica oczekiwanej długości życia kobiet w latach 2022-2023 w porównaniu z latami 2018-2019 wg powiatu zamieszkania (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)

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.



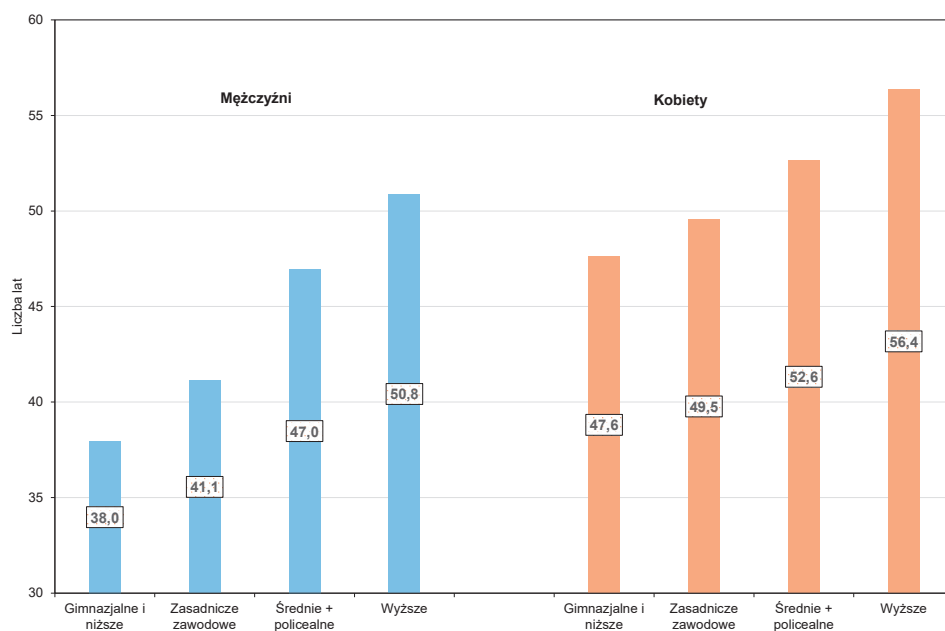
Ryc. 3.9a. Długość trwania życia mężczyzn w latach 2019, 2021 i 2023 w zależności od kwintyla wskaźnika deprivacji (2019) w powiecie (obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS)



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)

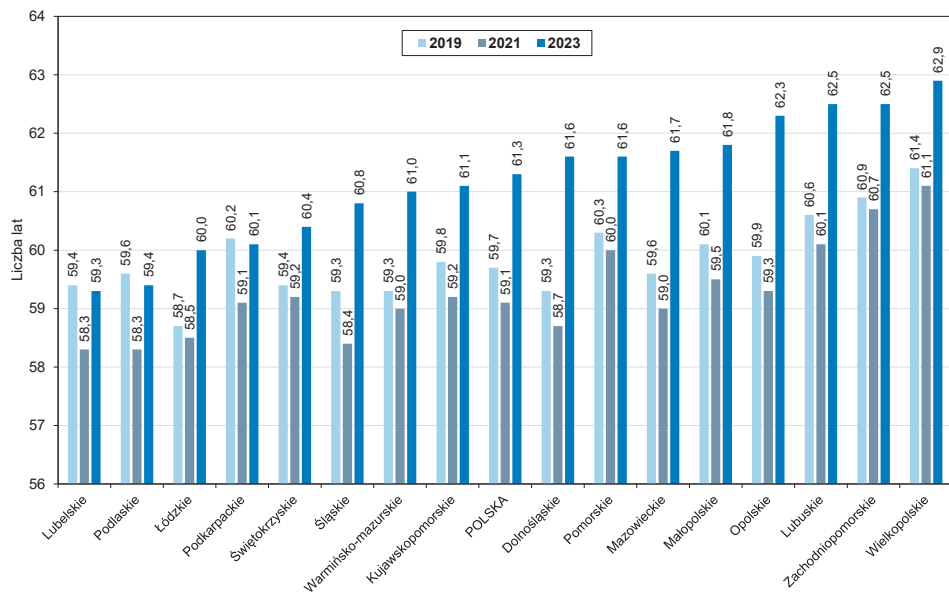
⁸ Ta część analiz była wykonana w ramach realizacji zadania badawczego ZC-3/2024 realizowanego w Zakładzie Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia ludności NIZP PZH – PIB.

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 uniezwalnia 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?”.

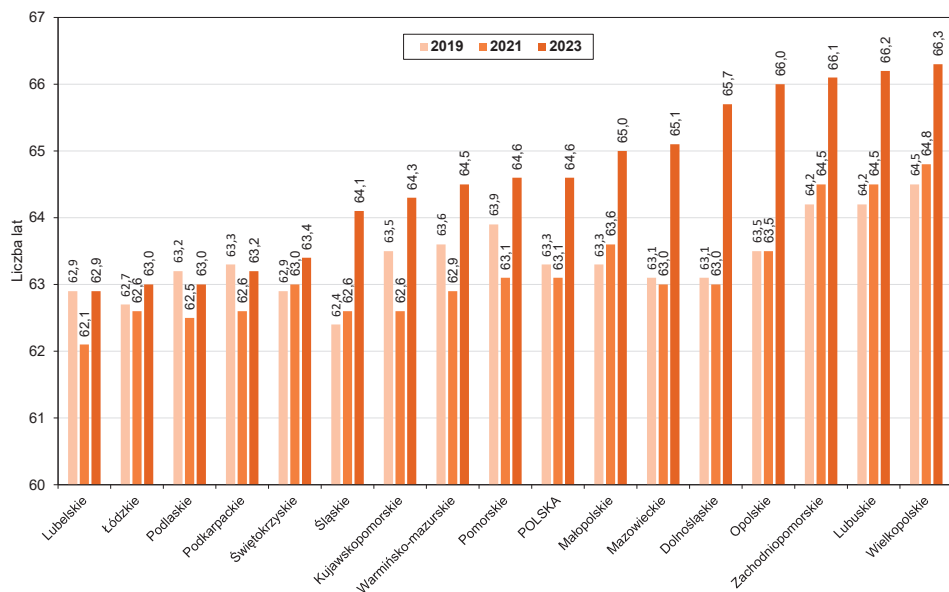
Wskaźnik oczekiwanej długości życia w zdrowiu HLY dla ludności Polski jest rokrocznie szacowany i publikowany przez GUS. Należy jednak zwrócić uwagę, że metoda szacowania stosowana przez GUS różni się trochę (jest bardziej wyrafinowana) niż stosowana przez Eurostat i stąd występują pewne różnice w prezentowanych 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.



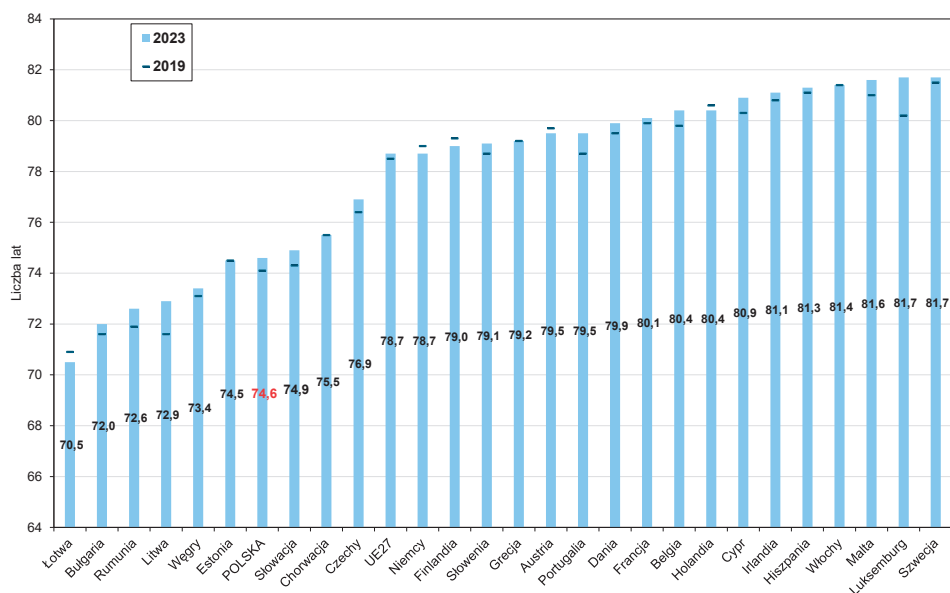
Ryc. 3.11a. Oczekiwana długość życia w zdrowiu mężczyzn według województw w 2019 r., 2021 r. i 2023 r. (dane GUS)



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

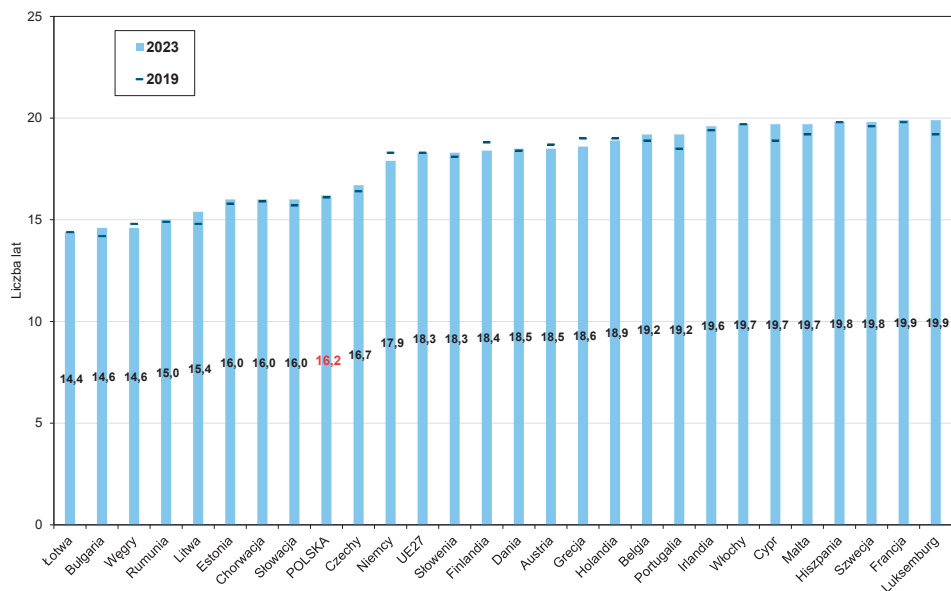
Oczekiwana długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w innych krajach Unii Europejskiej⁹

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.

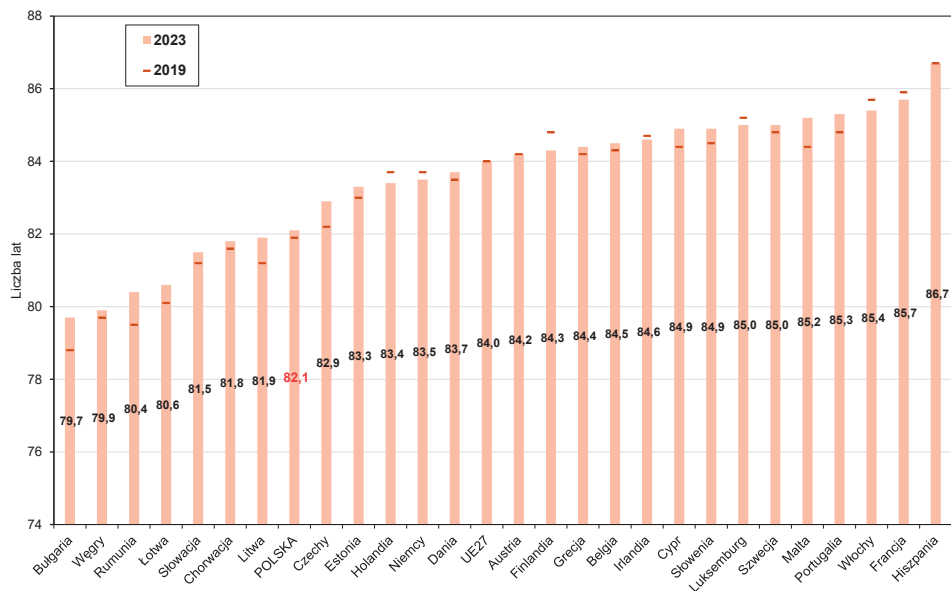


Ryc. 3.12a. Oczekiwana długość życia MĘŻCZYZYN w Polsce i w pozostałych krajach UE-27 w 2019 oraz 2023 r. (dane Eurostat database, dla Polski i UE-27 dane wstępne, szacowane)

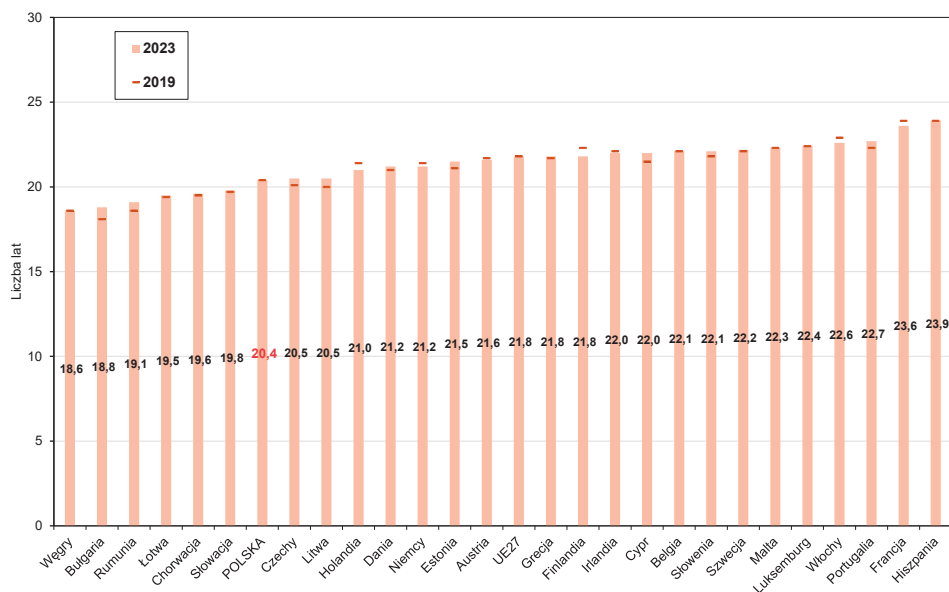
⁹ Trzeba zwrócić uwagę, że metoda obliczeń długości trwania życia stosowana przez Eurostat jest trochę inna niż stosowana przez GUS i w związku z tym oszacowania dla Polski podawane przez te instytucje mogą nieznacznie się różnić. Ewentualne różnice są zazwyczaj rzędu 0,1-0,2 roku.



Ryc. 3.12b. Oczekiwana długość życia MĘŻCZYŹN 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)

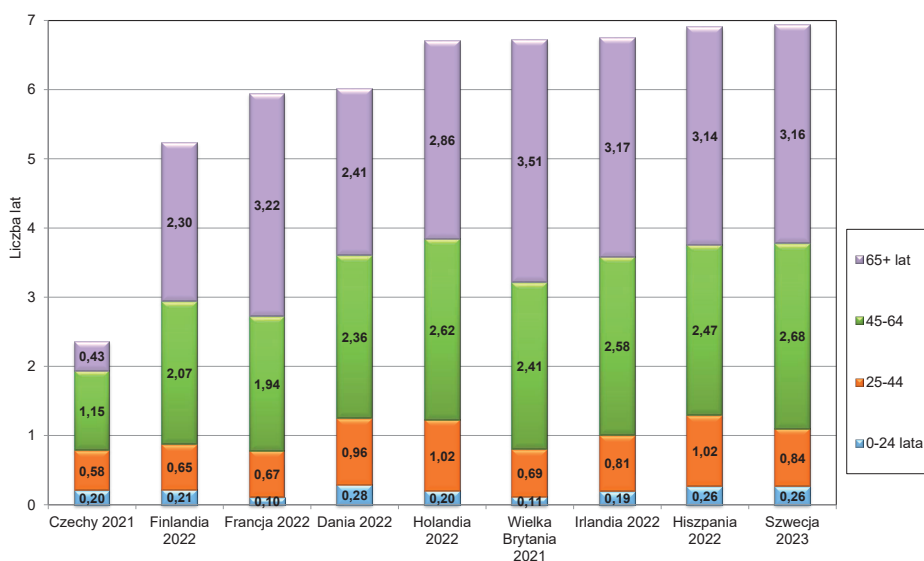


Ryc. 3.13b. Oczekiwana długość życia KOBIEŃ w wieku 65 lat w Polsce i w pozostałych krajach UE-27 w 2019 oraz 2023 r. (dane Eurostat database, dla Polski i UE-27 dane wstępne, szacowane)

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 mieszkanek 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 najdłuższej żyjących w Europie mieszkanek 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

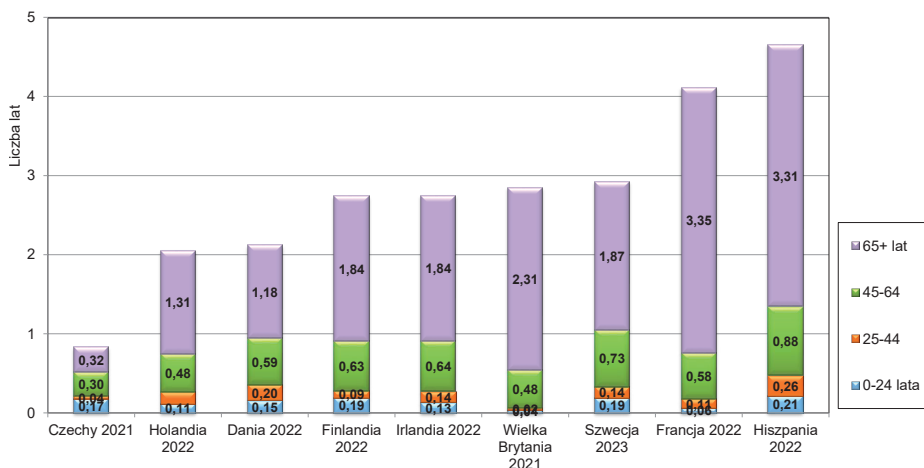
niż mieszkanki porównywanych krajów europejskich wynika przede wszystkim z wyższej umieralności w starszym wieku 65 lat i więcej (ryc. 3.14b). Niemniej jednak w większości przypadków wyższa umieralność Polek w wieku 25-64 lata wciąż w znaczącym stopniu jest odpowiedzialna za ich przeciętnie krótsze życie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



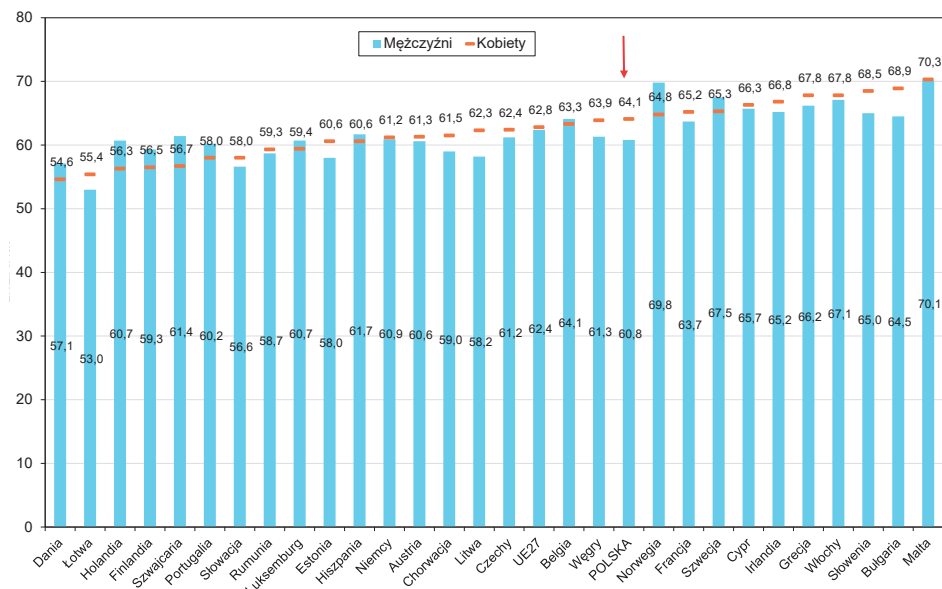
Ryc. 3.14a. Liczba lat krótszej długości życia mężczyzn w Polsce w porównaniu z mężczyznami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polaków w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

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).

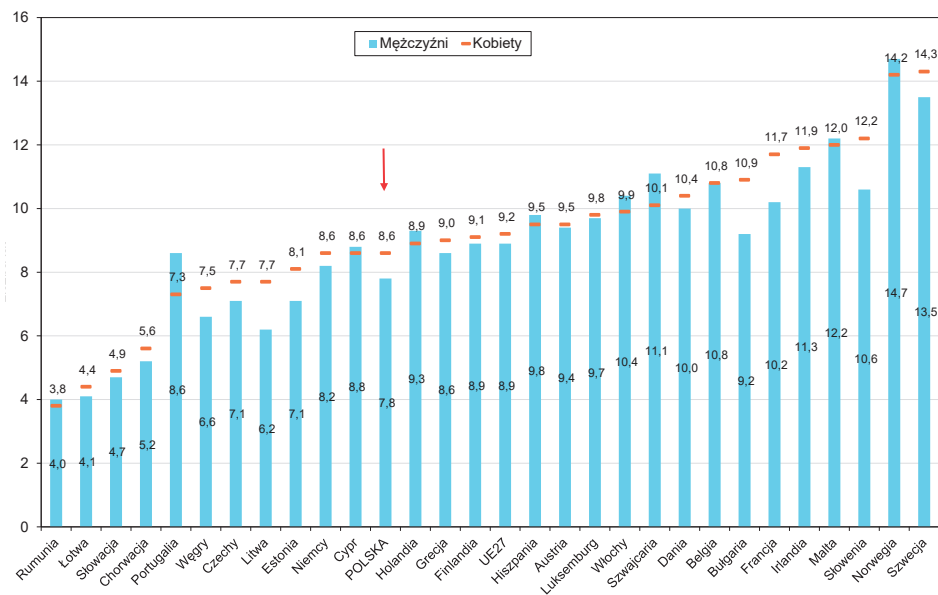


Ryc. 3.14b. Liczba lat krótszej długości życia kobiet w Polsce w porównaniu z kobietami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności Polek w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)



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)

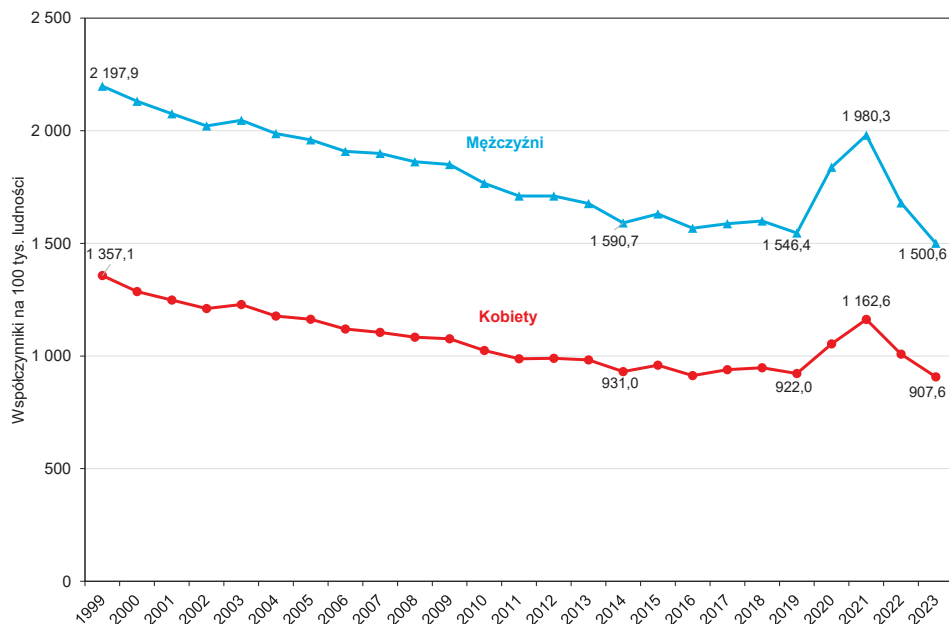
¹² De Livera, A. M., Hyndman, R. J. & Snyder, R. D. Forecasting Time Series with Complex Seasonal Patterns Using Exponential Smoothing. *J. Am. Stat. Assoc.* 106, 1513-1527 (2011)

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

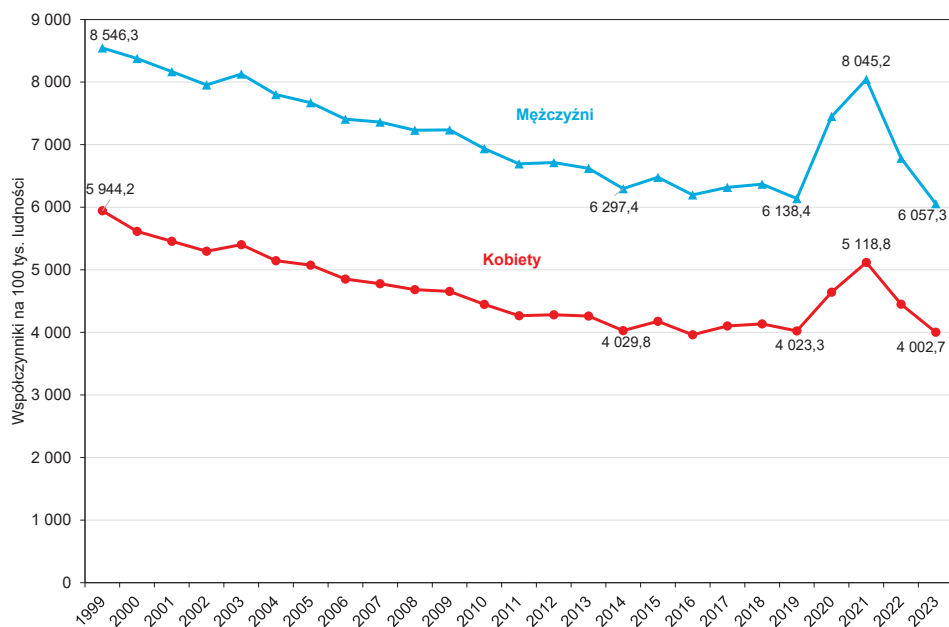
¹⁴ Hyndman, R. J. & Khandakar, Y. Automatic time series forecasting: the forecast package for R. *J. Stat. Softw.* 26, 1-22 (2008)

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

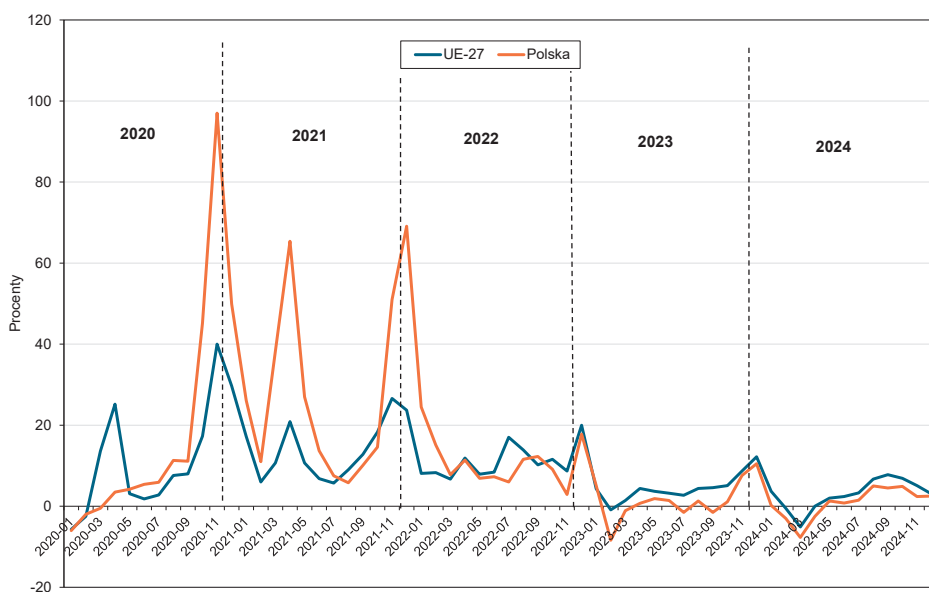


Ryc. 3.16a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999–2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)



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). Pomiedzy 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.”

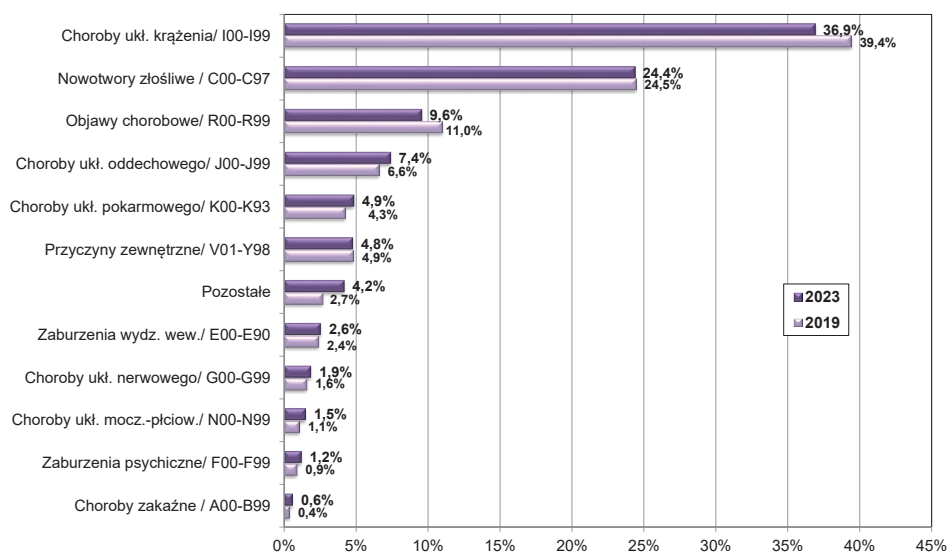
Niewątpliwie ta sytuacja mogła spowodować obniżenie częstości zgonów z powodu niektórych chorób przewlekłych jak na przykład wymienione choroby nowotworowe. Z drugiej strony współwystępowanie z chorobą przewlekłą niezdiagnozowanego COVID-19 mogło się przyczynić do wzrostu liczby zgonów orzekanych z powodu 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 ujednoczyć). 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, Rabczenko 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 (Tab. 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=100966 (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=10209 (15%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=20598 (20%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=69053 (31%)
2	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=30517 (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=10438 (10%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=19685 (9%)
3	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=22168 (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=13448 (6%)
4	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=20407 (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=11190 (5%)
5	Miażdżycza (I70) N=13844 (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=12187 (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 zranzenie 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=39187 (10%)	N=34 (5%)	N=182 (11%)	N=2232 (16%)	N=7804 (12%)	N=7912 (8%)	N=20983 (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.

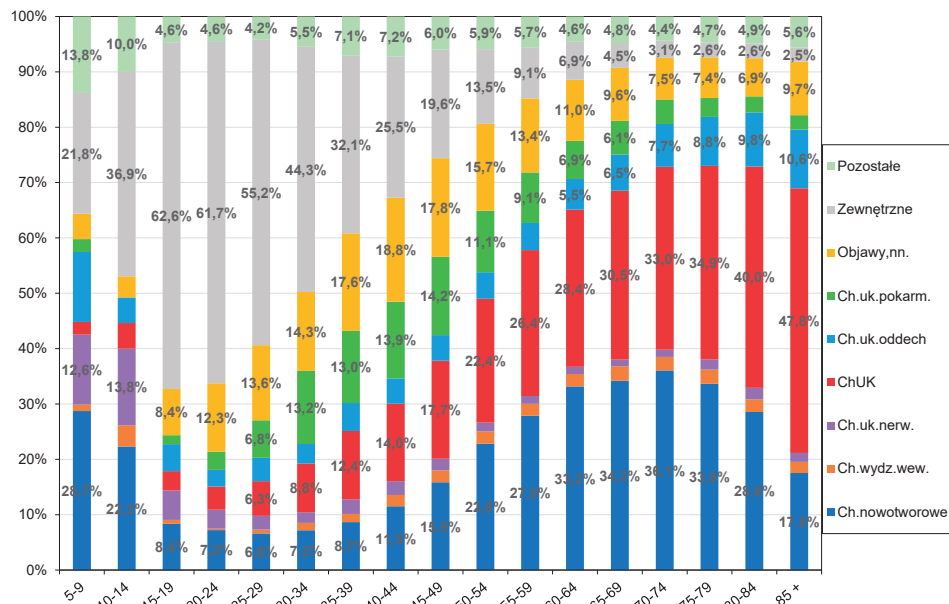
Jeżeli przyjąć, że zgon przed dożyciem wieku 75 lat jest przedwczesny²⁰ to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia (PYLL – Potential Years of Life Lost) jaka wynika z różnicy między wiekiem zgonu i 75. rokiem życia. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie 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 1 715 553 (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.

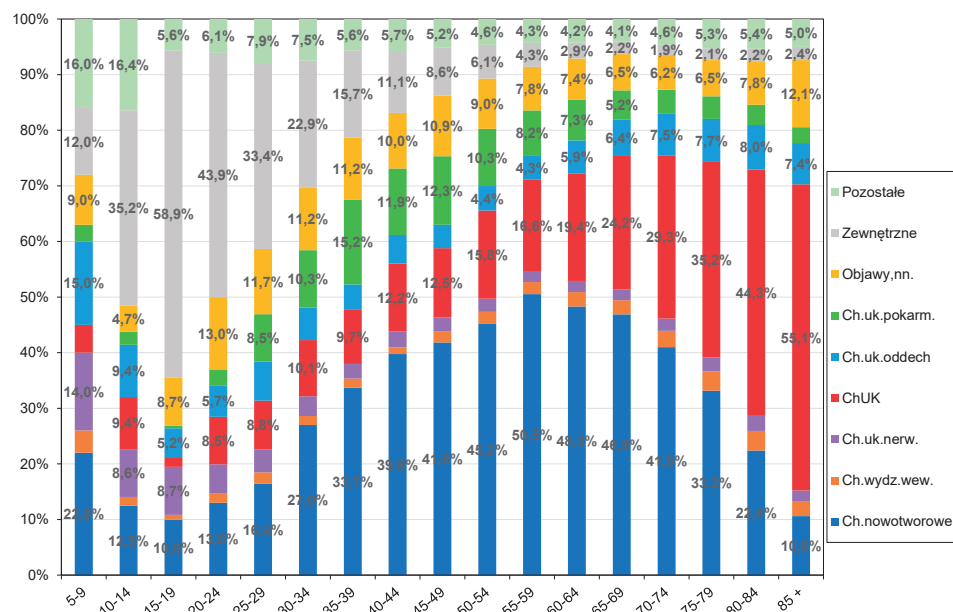
W przypadku mężczyzn choroby układu krążenia odpowiadają za praktycznie jednakowe obciążenie przedwczesną utratą życia (20,8%) jak nowotwory złośliwe (20,6%) i jest to pewną zmianą do kresu przed pandemią, kiedy ChUK stanowiły większe obciążenie (ryc. 3.20a).

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)

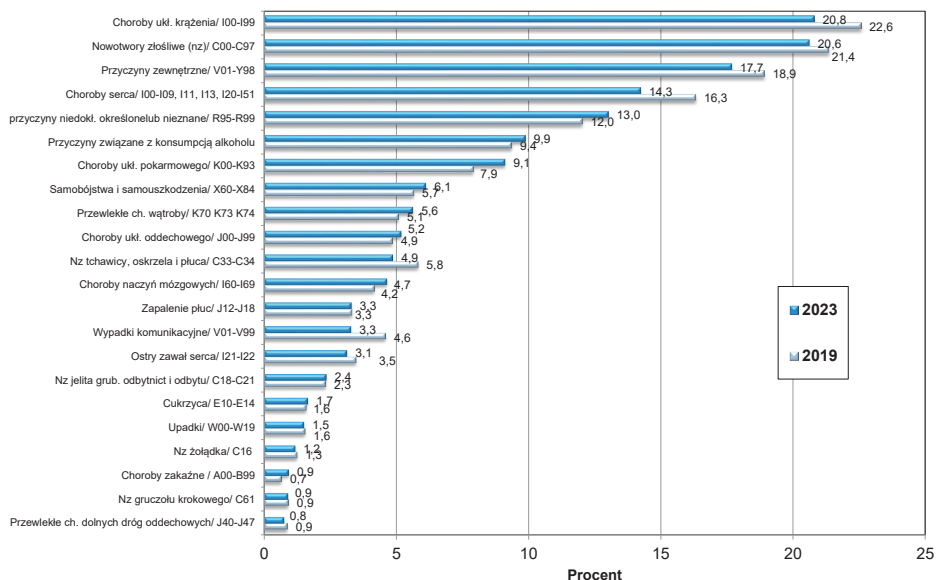


Ryc. 3.19a. Udział głównych grup przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w 2023 r. (obliczenia własne na podstawie danych GUS)



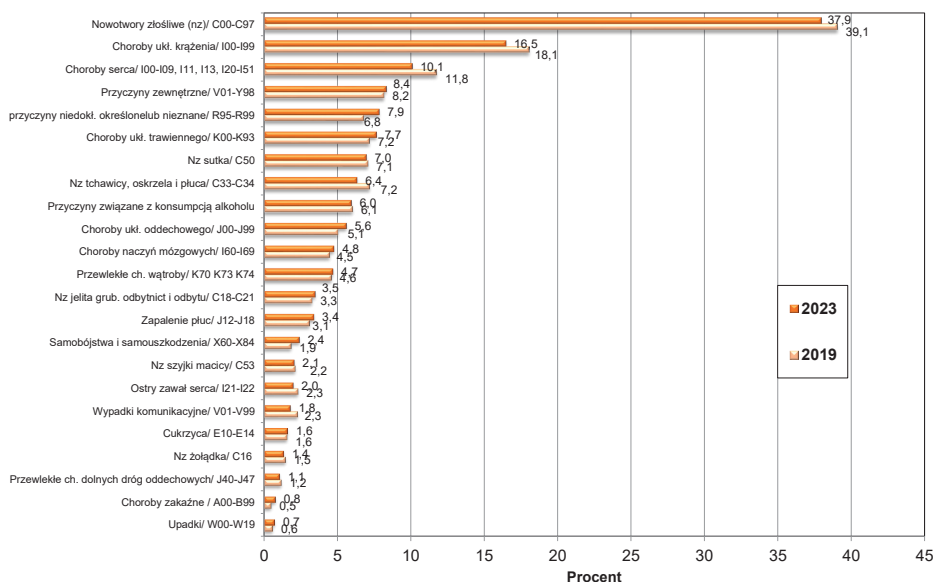
Ryc. 3.19b. Udział głównych grup przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w 2023 r. (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

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 lat 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 pokazany poniżej na ryc. 3.23. „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 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 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

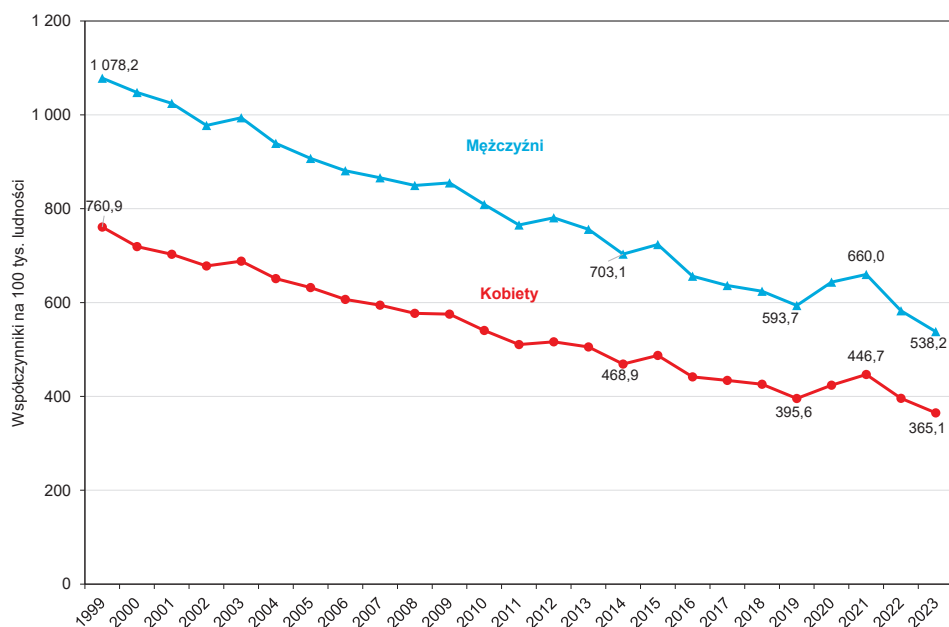
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

Tabela 3.5b. Umieralność KOBIEŃ 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 tysięcy 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 tysięcy 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 tysięcy 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 tysięcy ludności)

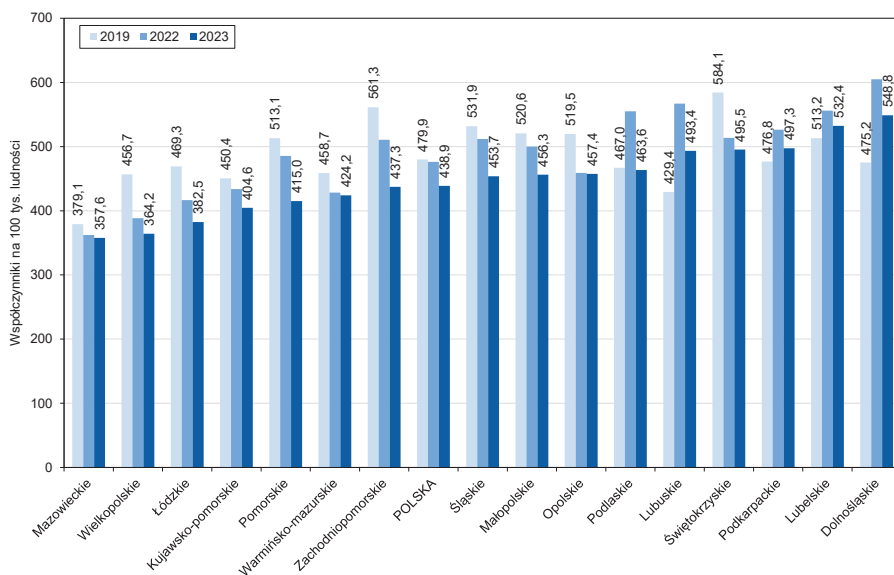
Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Razem	1 124,4	1 214,5	1 456,1	1 582,0	896,2	930,5
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	7,6	6,4	10,0	8,1	5,8	4,9
gruźlica (A15-A19)	1,3	1,1	2,3	2,0	0,5	0,4
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	274,9	264,6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

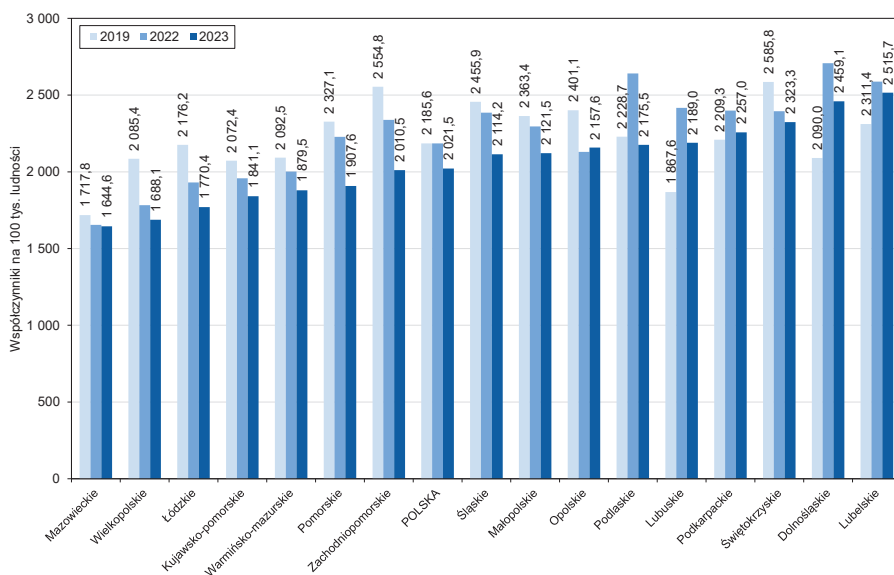
*Dotyczy ludności w wieku 0-74 lata

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 wg 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 wg 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 (tab. 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 (tab. 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

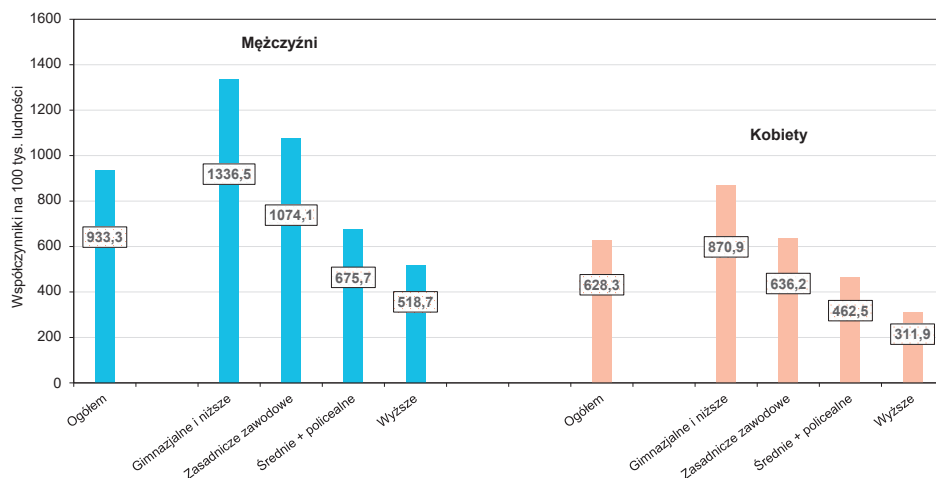
Poziom umieralności ludności Polski z powodu chorób układu krążenia jest wyraźnie związany z poziomem posiadanego wykształcenia (ryc. 3.23). **Życie osób z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ponad dwuipółkrotnie bardziej zagrożone z powodu tych chorób niż życie osób z wykształceniem wyższym.**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

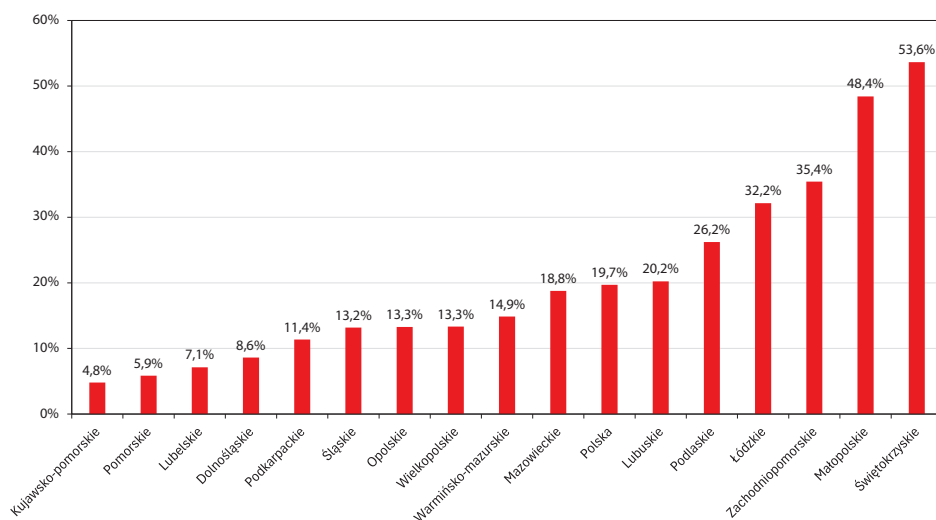
²⁴ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,2.html>

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)

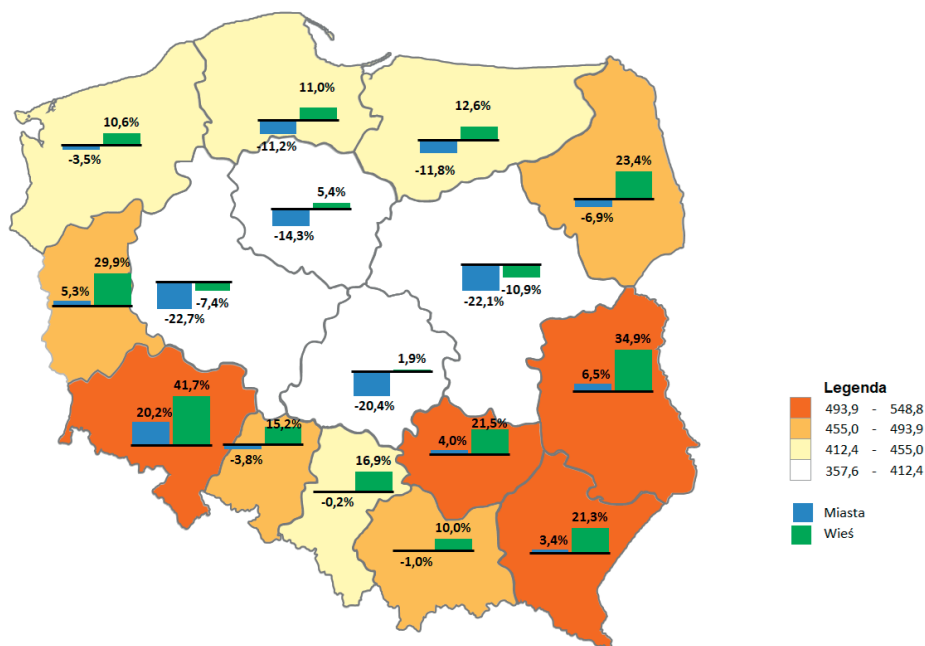


Ryc. 3.24. Odsetek zgonów z powodu tzw. zgonów o kodach śmięciowych w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób układu krążenia wg województw w 2023 r. (na podstawie danych GUS)

Zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są **choroby serca** (w 2023 r. 101,0 tys. zgonów, w tym zawał serca 11,3 tys., a więc odpowiednio 66,9% i 7,5% zgonów z powodu ogółu chorób serca i naczyń), drugą grupę stanowią **choroby naczyń mózgowych** (ChNM) (31,5 tys. zgonów, 20,2% całej grupy). Standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów z powodu chorób serca kobiet oraz chorób naczyń mózgowych w obu grupach płci w 2023 r. były wciąż wyższe niż w 2019 r. (tabela 3.7b).

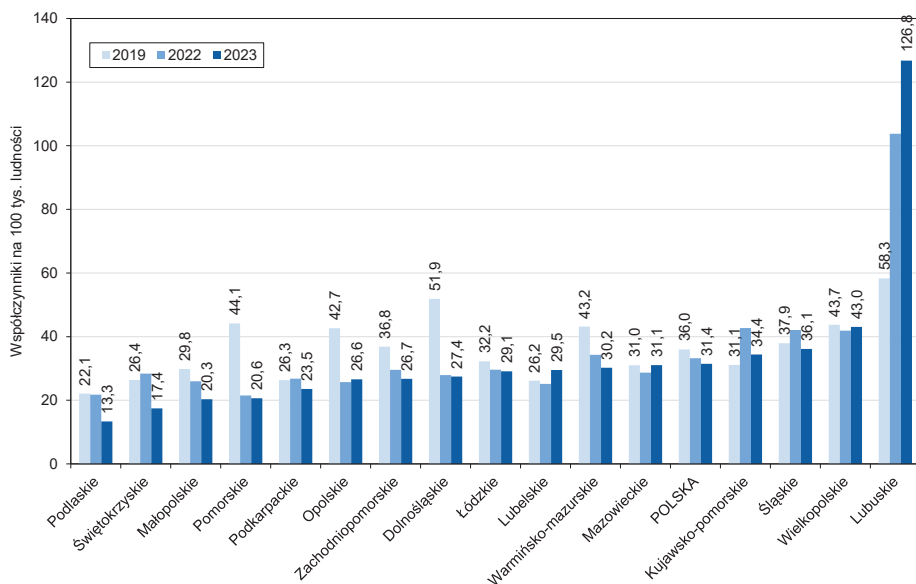
Choroby układu krążenia bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast co wyraźnie zaznacza się po standaryzacji współczynników względem wieku (mieszkańcy miast są przeciętnie starsi niż mieszkańcy wsi) (tabela 3.10a i 3.10b). Do wyjątków należy zawał serca, z powodu którego częściej umierają mieszkańcy miast niż wsi.

Choroby układu krążenia bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast we wszystkich województwach. Na ryc. 3.25 pokazane są nadwyżki umieralności tych podpopulacji w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2023 r. Największa nadwyżka umieralności w stosunku do poziomu przeciętnego dla całego kraju zarówno mieszkańców miast jak i wsi była w woj. dolnośląskim.



Ryc. 3.25. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (100-199) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.

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 (tab. 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.

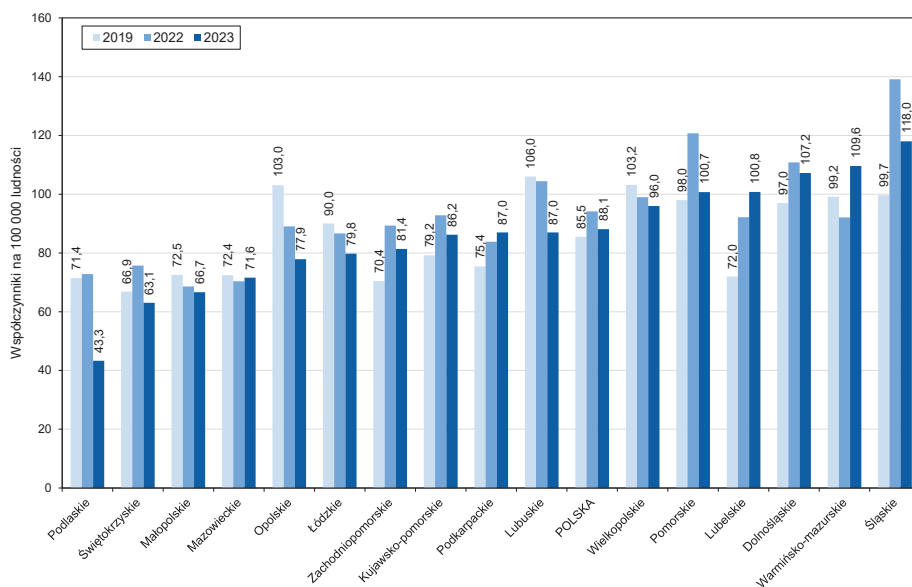
Tabela 3.10. Średni wiek osób zmarłych z powodu zawału serca według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

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 (tab. 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)

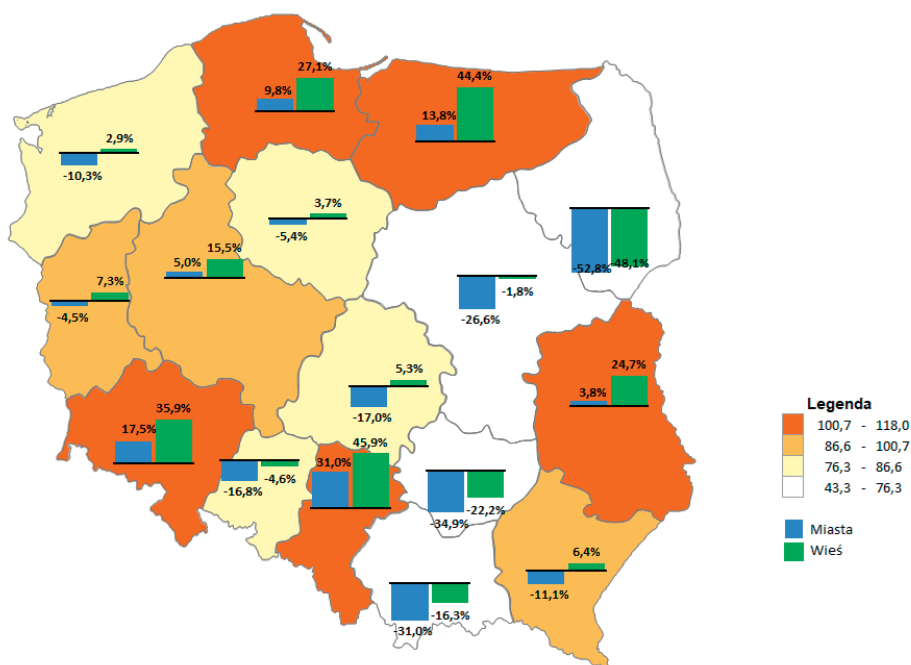
Tabela 3.11. Średni wiek osób zmarłych z powodu choroby naczyń mózgowych według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

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 umieralność 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.



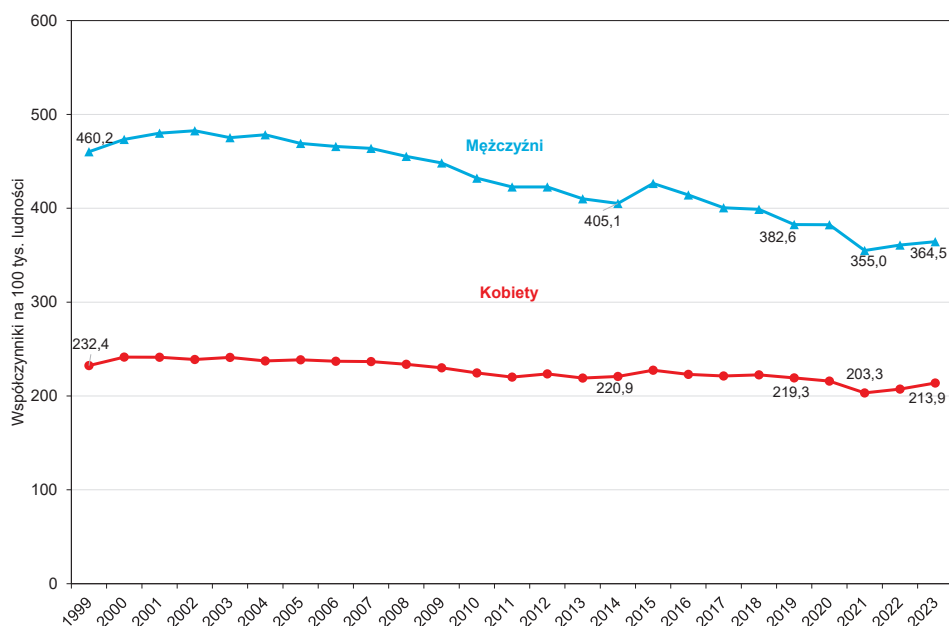
Ryc. 3.28. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych (I60-I69) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.

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.**

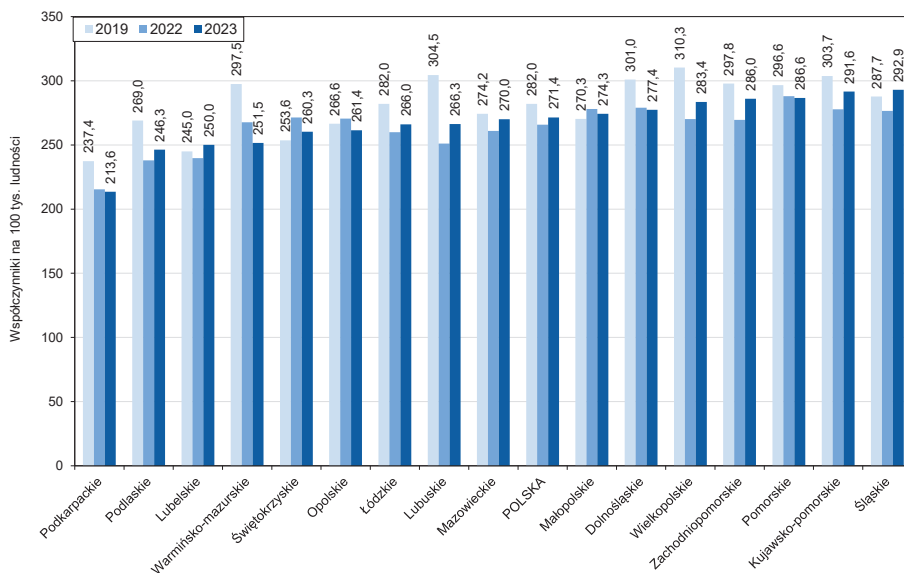
Umieralność z powodu nowotworów złośliwych ma powolny trend spadkowy, który zaznacza się wyraźniej u mężczyzn niż kobiet (ryc. 3.29).



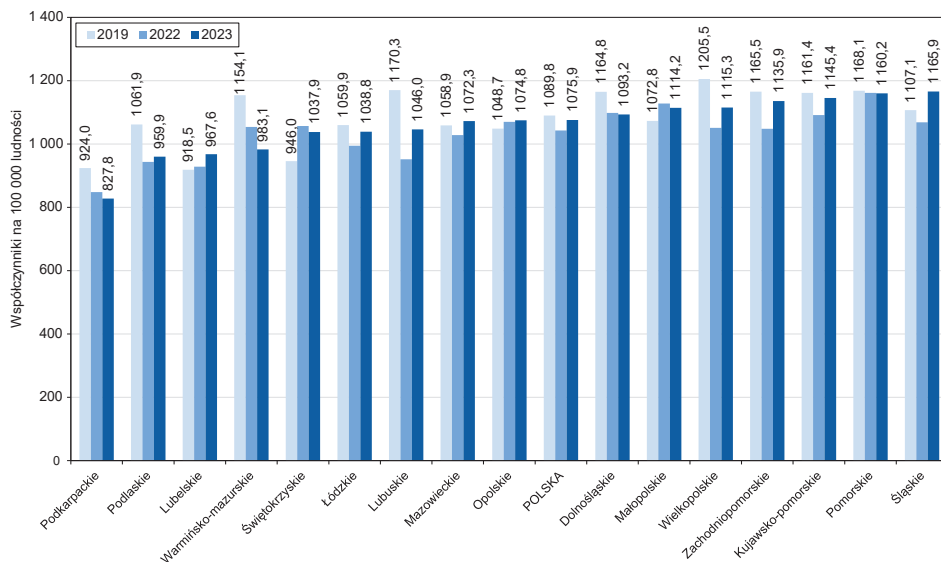
Ryc. 3.29. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu nowotworów złośliwych mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999-2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

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 (tab. 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

(tab. 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

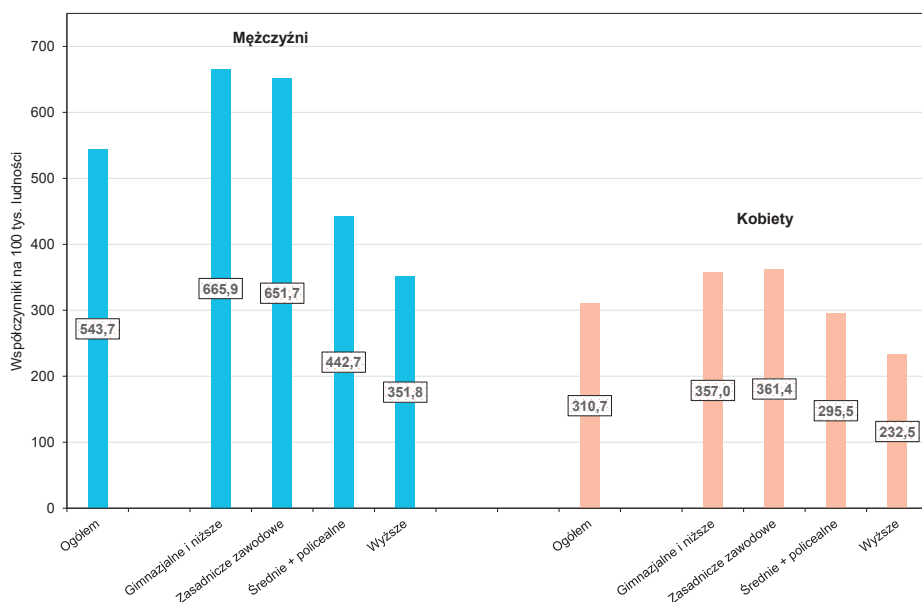
Województwo	Mężczyźni			Kobiety		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
Dolnośląskie	72,5	72,5	72,7	71,0	71,2	70,5
Kujawsko-pomorskie	72,6	72,7	72,6	70,6	70,9	70,0
Lubelskie	72,2	72,4	72,0	70,2	70,4	70,0

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

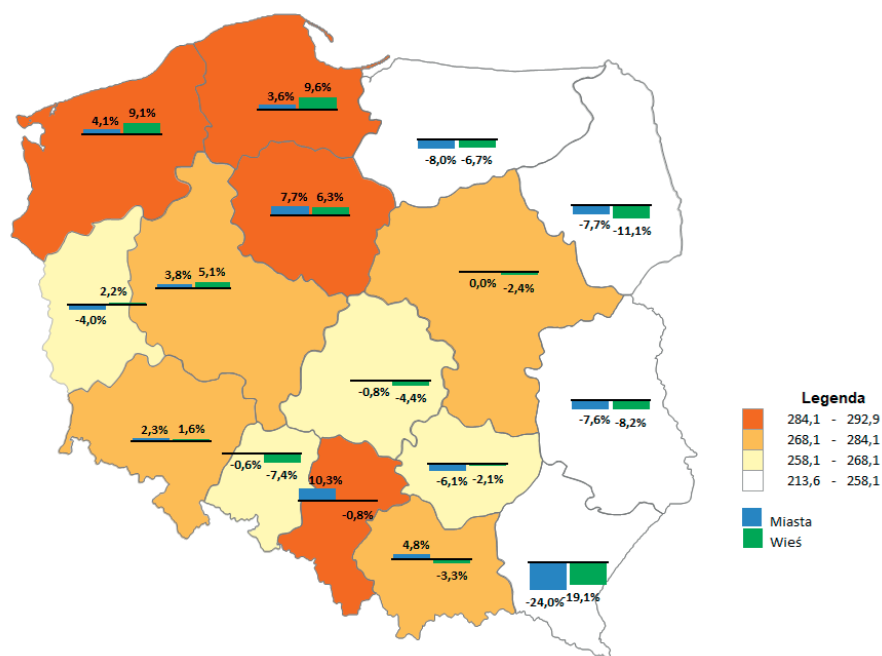
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

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)



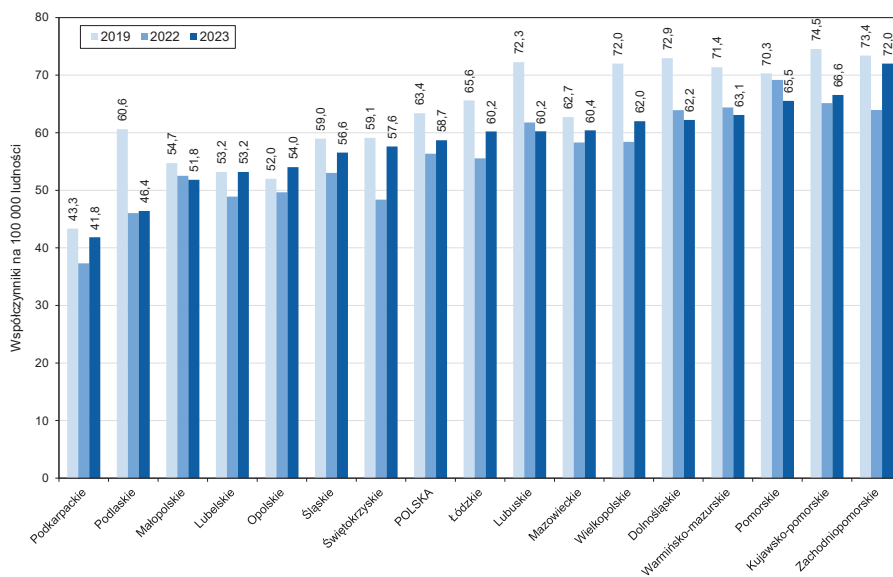
Ryc. 3.32. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2023 r.

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 22168 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 12187 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 (tab. 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)

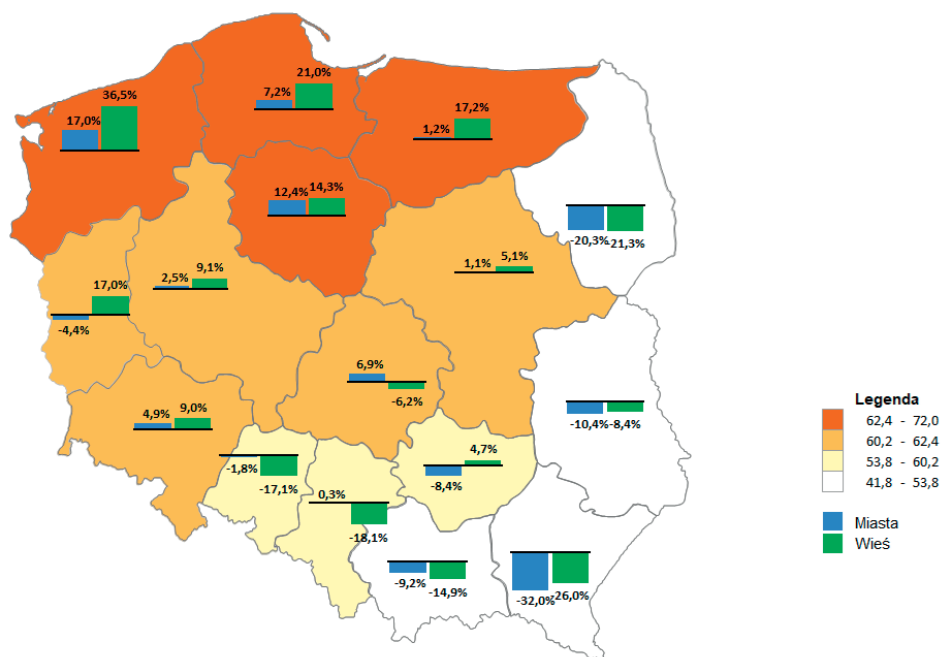
Tabela 3.14. Średni wiek osób zmarłych z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

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

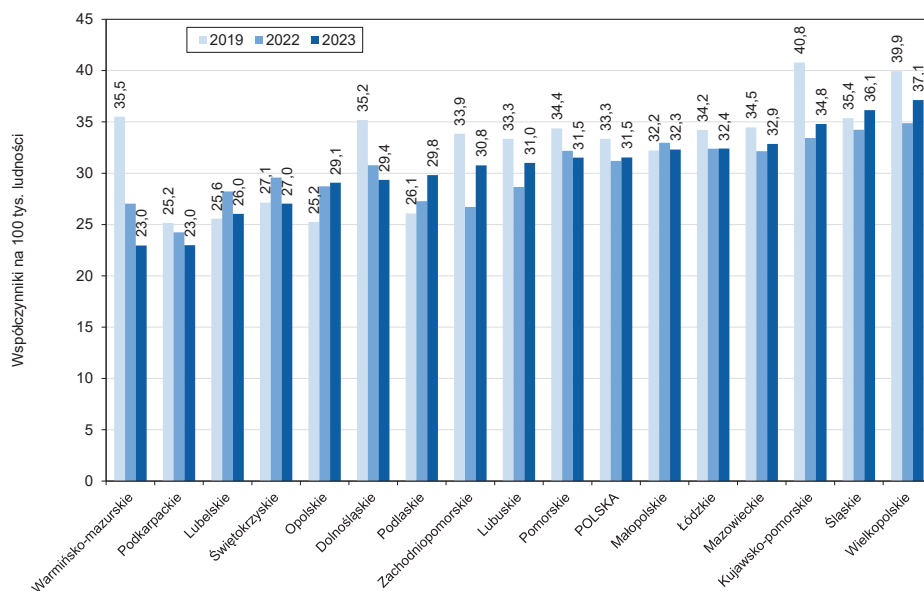
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

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 (tab. 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.

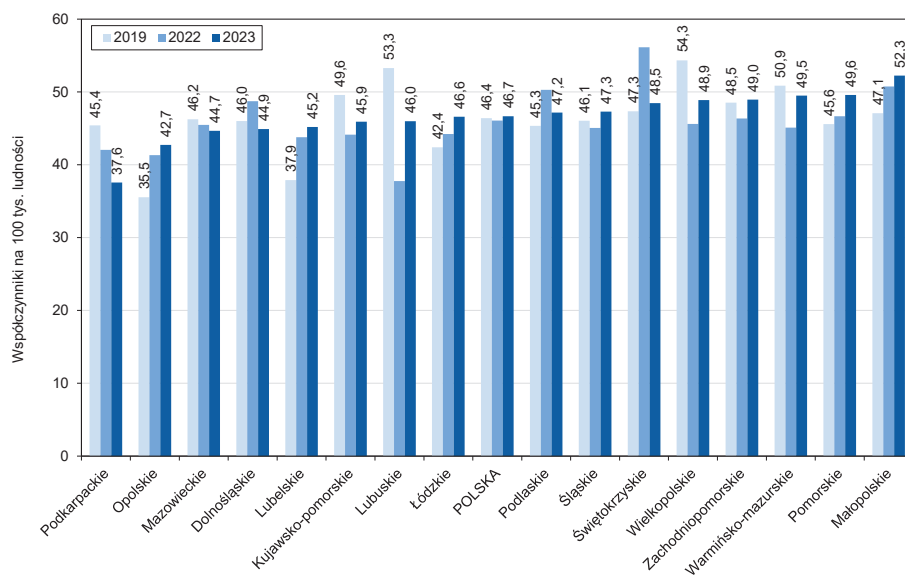
Tabela 3.15. Średni wiek kobiet zmarłych z powodu raka piersi i raka szyjki macicy według województw w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

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).



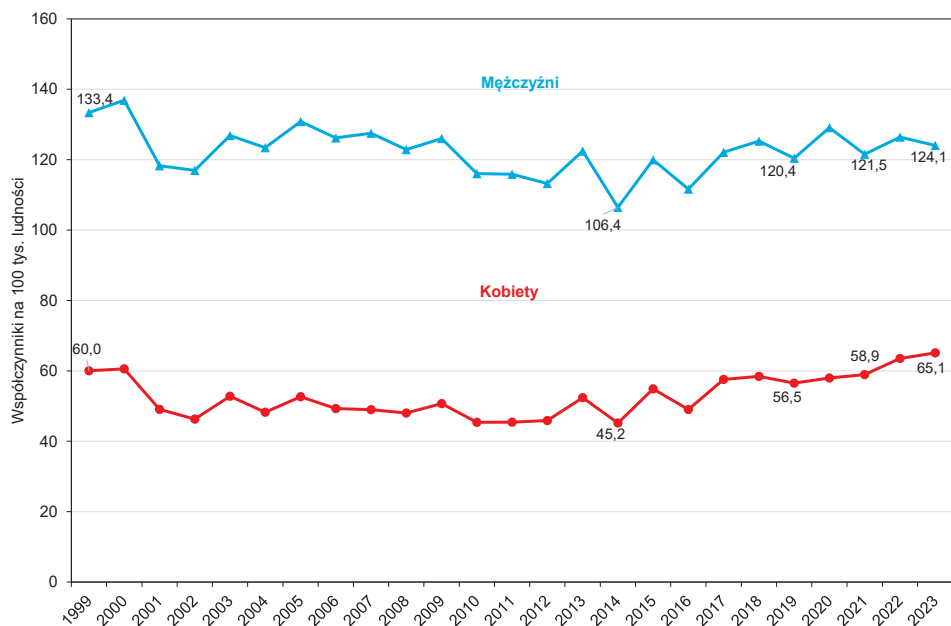
Ryc. 3.36. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty) (C61) wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Umieralność z powodu chorób układu oddechowego

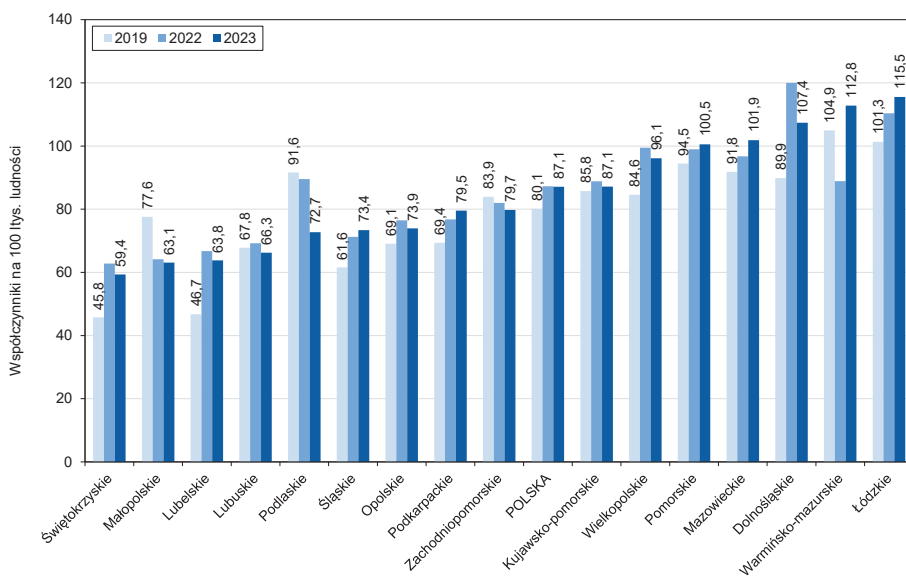
Poziom umieralności z powodu chorób układu oddechowego po 2014 r. charakteryzuje trend rosnący, który wyraźniej zaznacza się w przypadku kobiet (ryc. 3.37). W 2023 r. choroby te były przyczyną 30382 zgonów (16019 mężczyzn i 14363 kobiet), tzn. na każde 100 tys. ludności umarło z ich powodu 81 osób (88 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).

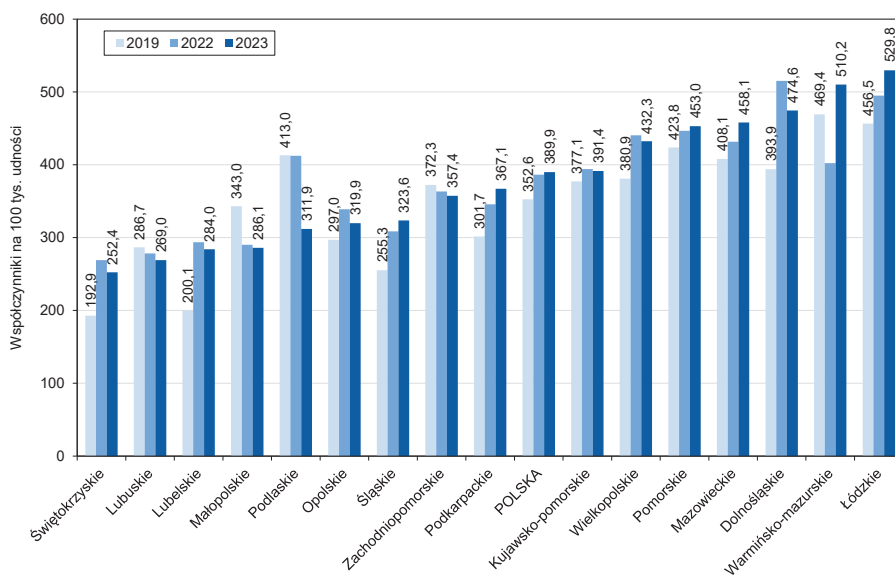
W większości województw poziom umieralności w 2023 r. był wyższy niż w 2019 r., przy czym największa różnica zarówno w populacji ogółem jak również osób najstarszych była w woj. lubelskim (36% i 42%) i świętokrzyskim (30% i 31%) (ryc. 3.38a i 3.38b). Są to województwa, gdzie umieralność z powodu chorób 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 (tab. 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 (tab. 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 młodszy 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

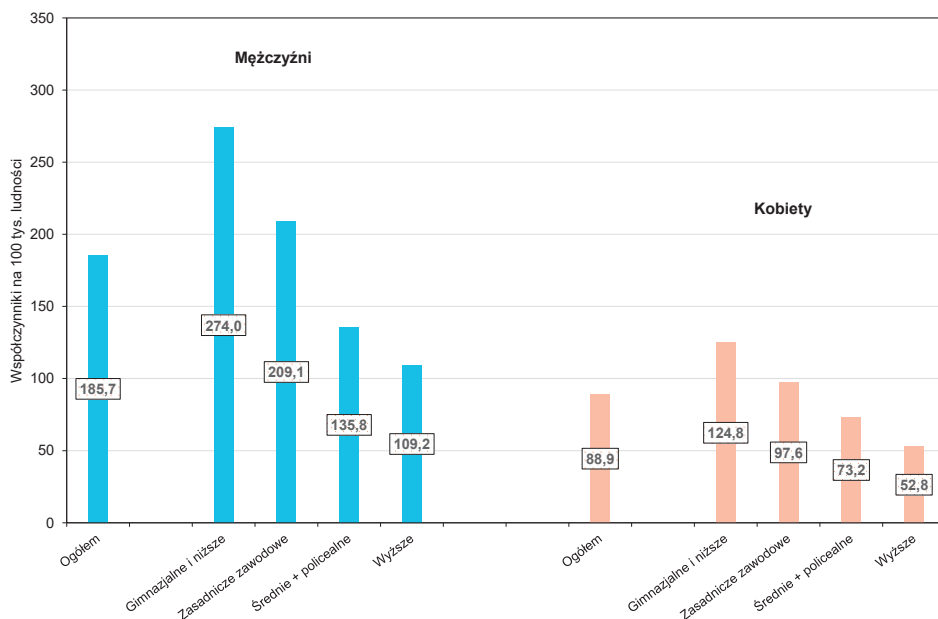
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

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.



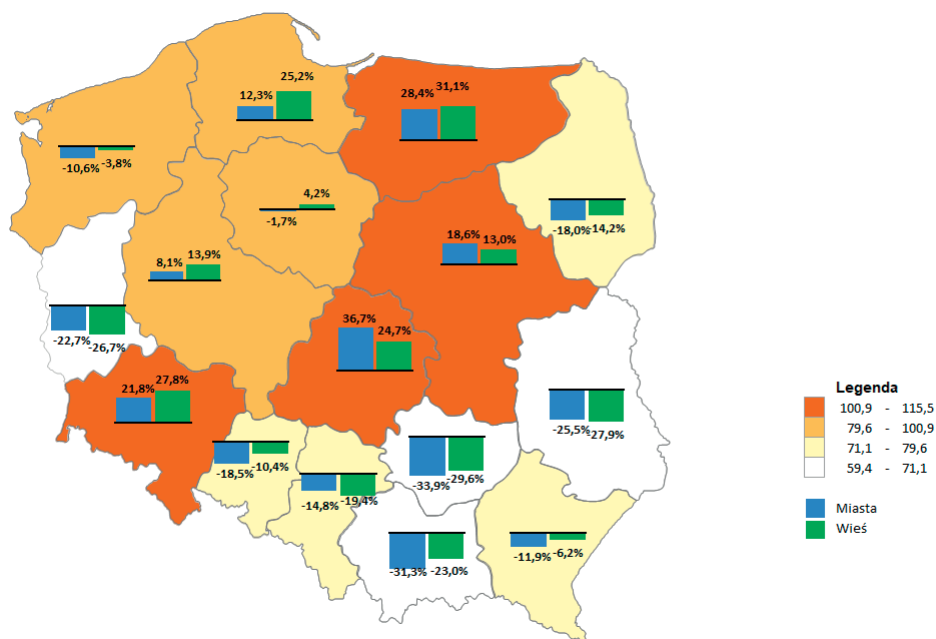
Ryc. 3.39. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020-2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Wśród chorób układu oddechowego najważniejszymi przyczynami zgonów są zapalenia płuc, z powodu których w 2023 r. zmarło 19976 osób (10292 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.

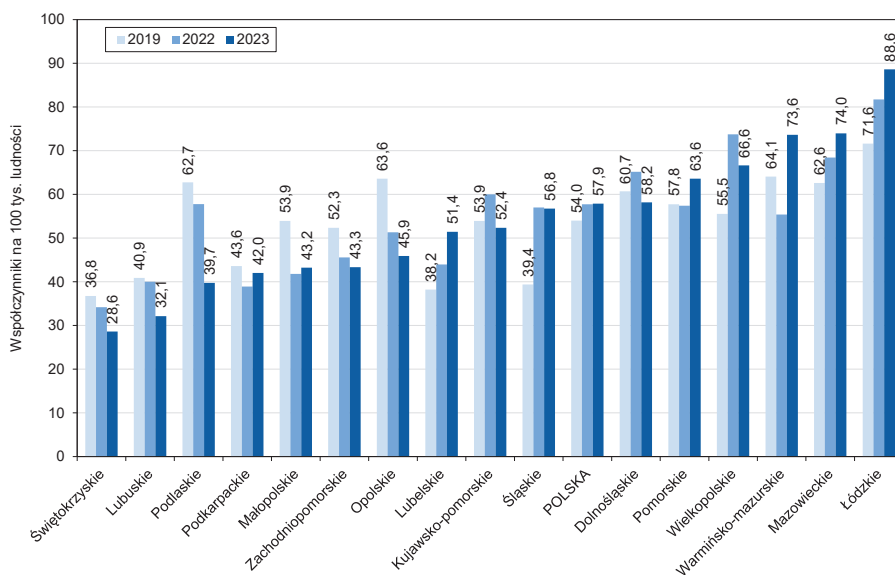
Na ryc. 3.40 pokazane są nadwyżki umieralność z powodu chorób układu oddechowego mieszkańców miast i wsi w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2023 r. Najbardziej niekorzystna dla mieszkańców wsi różnica występowała w woj. pomorskim, gdzie nadwyżka umieralności 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 w województwach 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. wyniósł 74,9 lat w przypadku mężczyzn i 81,2 lat w przypadku kobiet (tab. 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

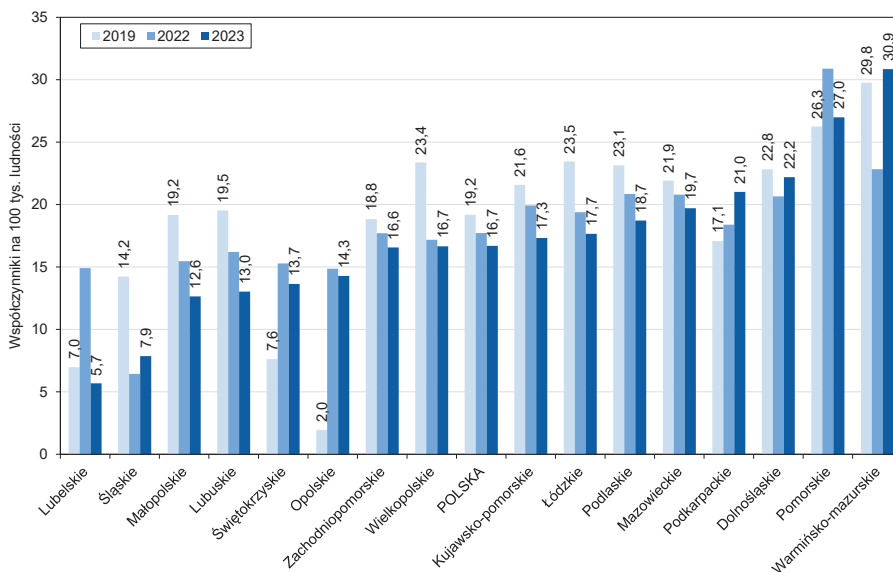
Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	75,2	81,3	78,8	79,4
Kujawsko-pomorskie	73,5	80,3	77,0	78,9
Lubelskie	74,7	82,4	77,5	80,6
Lubuskie	67,7	72,8	72,5	71,0
Łódzkie	76,0	82,5	78,8	80,9
Małopolskie	76,2	82,5	78,8	81,0
Mazowieckie	75,3	81,9	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 (tab. 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

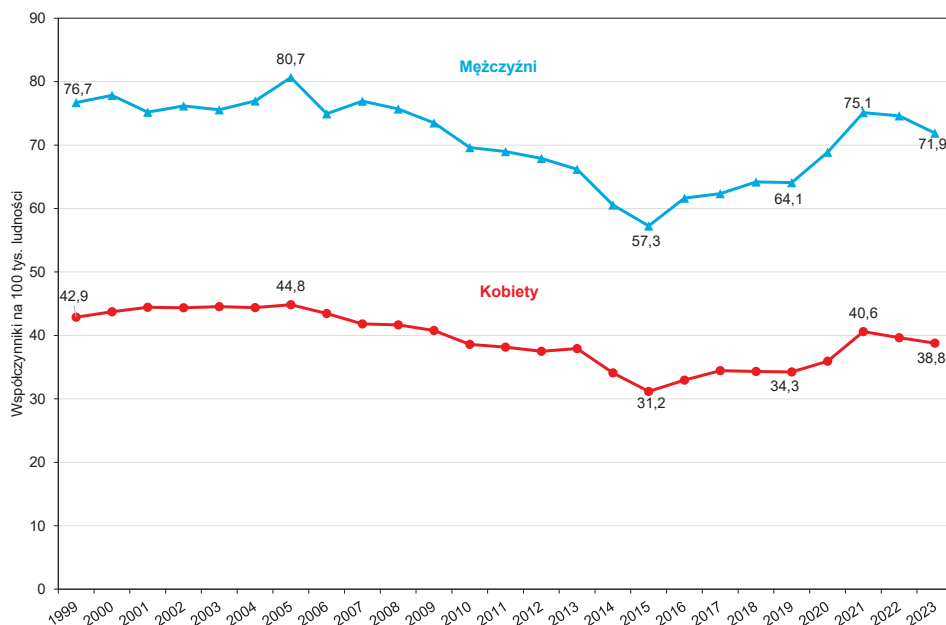
Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	73,9	76,8	76,2	75,8
Kujawsko-pomorskie	75,4	76,2	77,8	75,5
Lubelskie	76,2	78,3	78,0	75,8
Lubuskie	75,3	74,3	77,6	74,1
Łódzkie	74,4	76,4	76,3	75,2
Małopolskie	77,2	79,1	78,6	77,5
Mazowieckie	74,7	76,7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



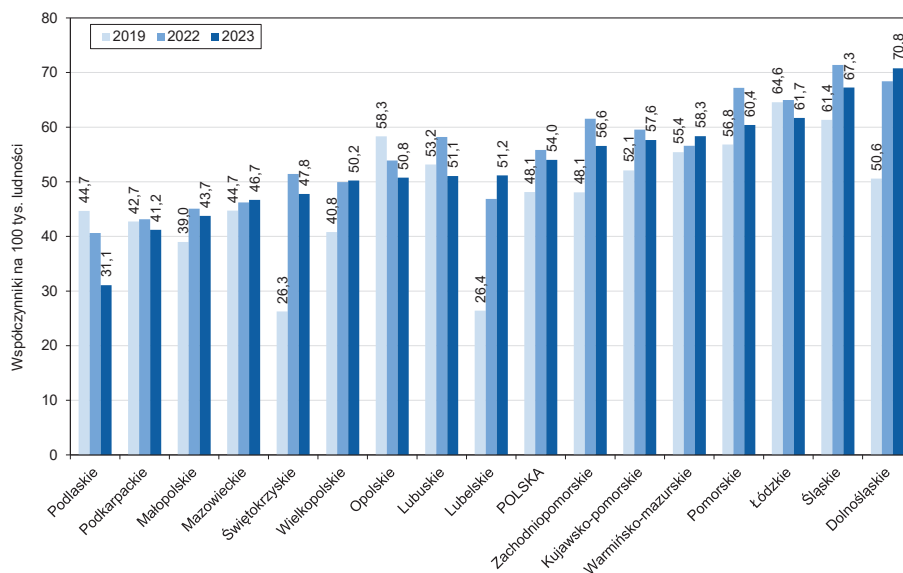
Ryc. 3.43. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu pokarmowego mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999-2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

W 2023 r. choroby układu pokarmowego były przyczyną 19943 zgonów (11561 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 (tab. 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 (tab. 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

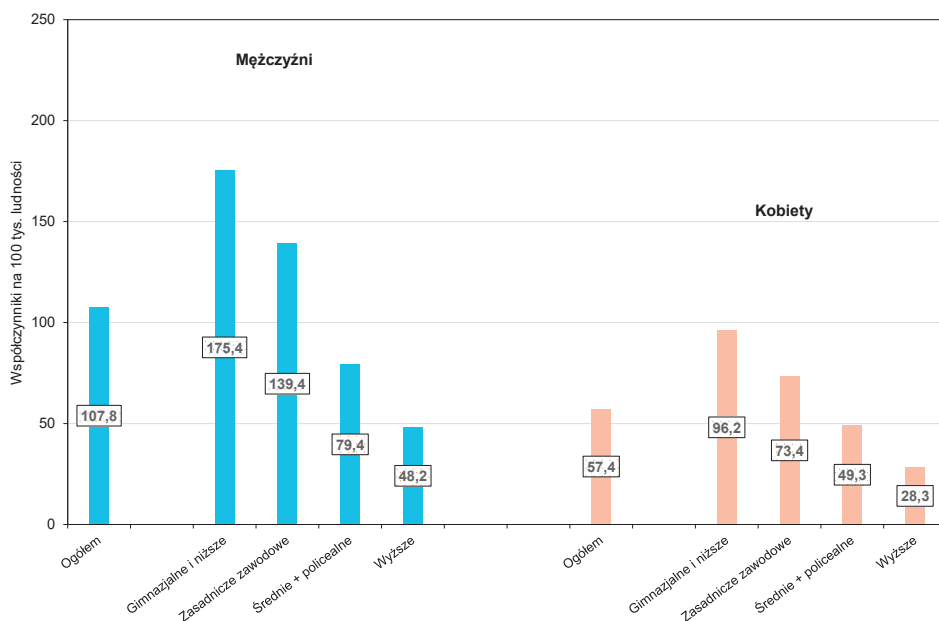
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

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

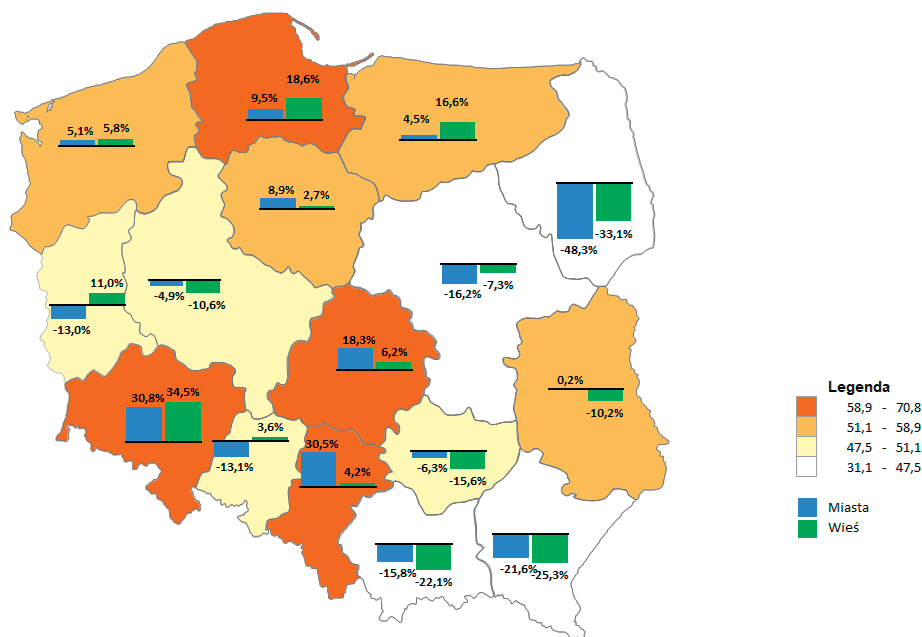
dla mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miast różnica występowała w woj. warmińsko-mazurskim, podlaskim i pomorskim. Natomiast największa różnica w nadwyżce umieralności na niekorzyść mieszkańców miast była w woj. śląskim i łódzkim.



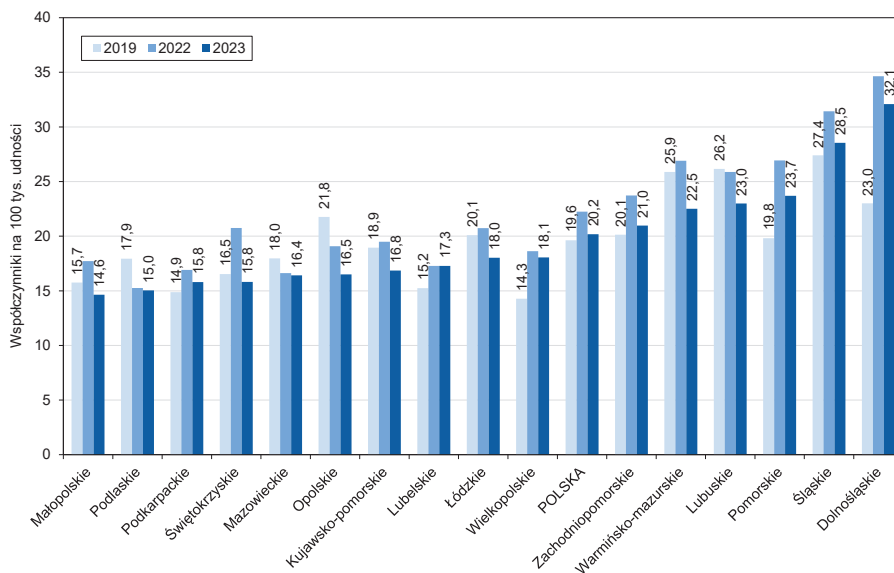
Ryc. 3.45. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu pokarmowego mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020-2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

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 (tab. 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. łódzkim. Różnica wieku między tymi skrajnymi województwami jest znaczna i wynosi 5,8 lat u mężczyzn i 6,7 lat u kobiet.

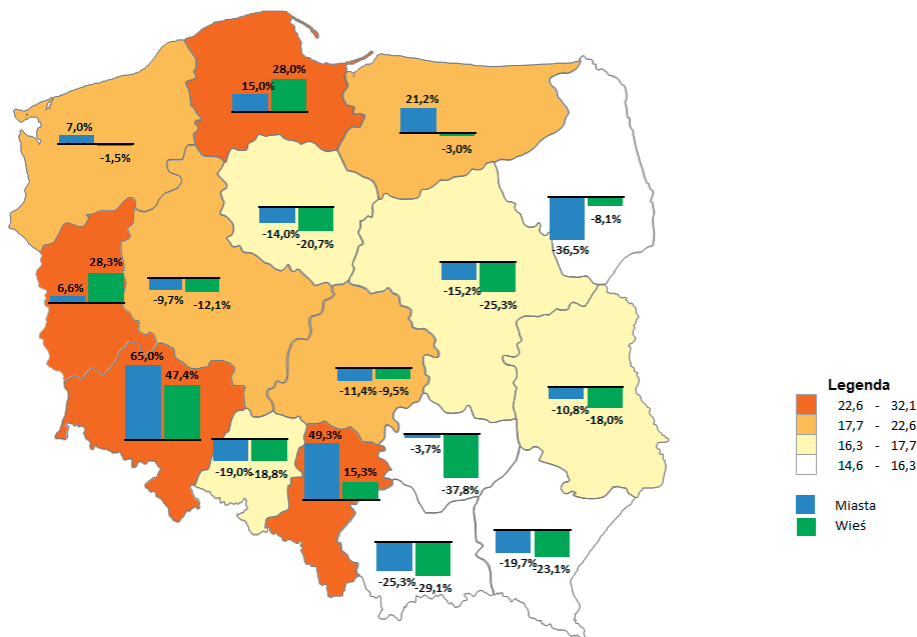
Tabela 3.22. Średni wiek osób zmarłych z powodu przewlekłych chorób wątroby według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

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

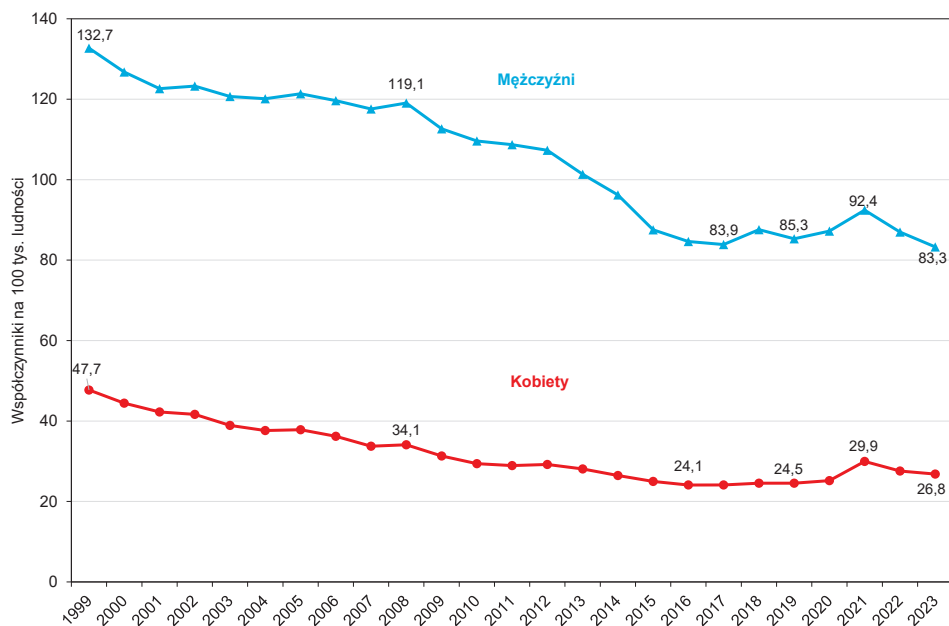
względna różnica poziomów umieralności w miastach i na wsi jest w woj. świętokrzyskim (najniższa w kraju umieralność na wsi) i śląskim (druga po woj. dolnośląskim największa w kraju umieralność w miastach) (ryc. 3.48).



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 zmniejszyło się do 2017 r. natomiast w kolejnych latach współczynniki zgonów powoli zwiększyły się, wyraźnie w 2021 r., ale w ostatnich dwóch latach ponownie zmniejszyły 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. 3.17a i 3.17b). W 2023 r. straciło życie z ich powodu 19645 osób (13965 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).



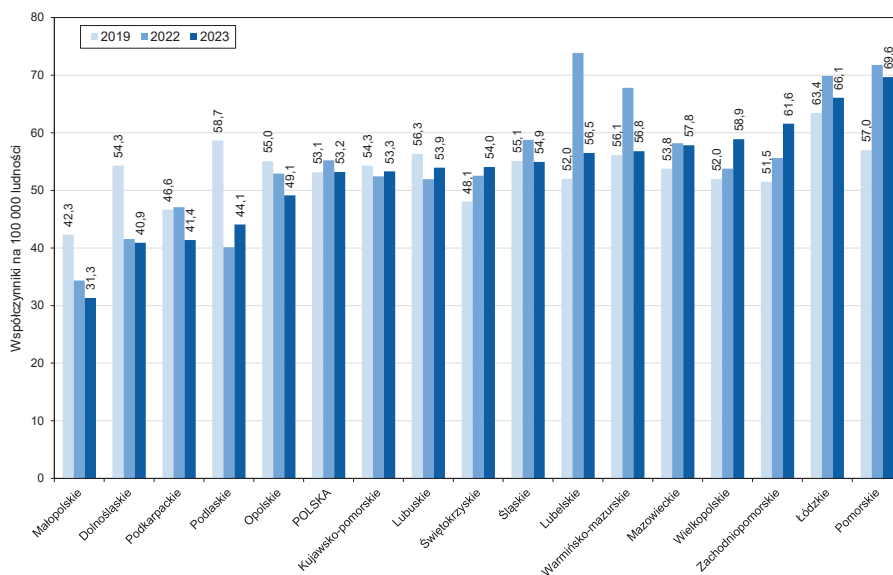
Ryc. 3.49. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999-2023 (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

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 (tab. 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 (tab. 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

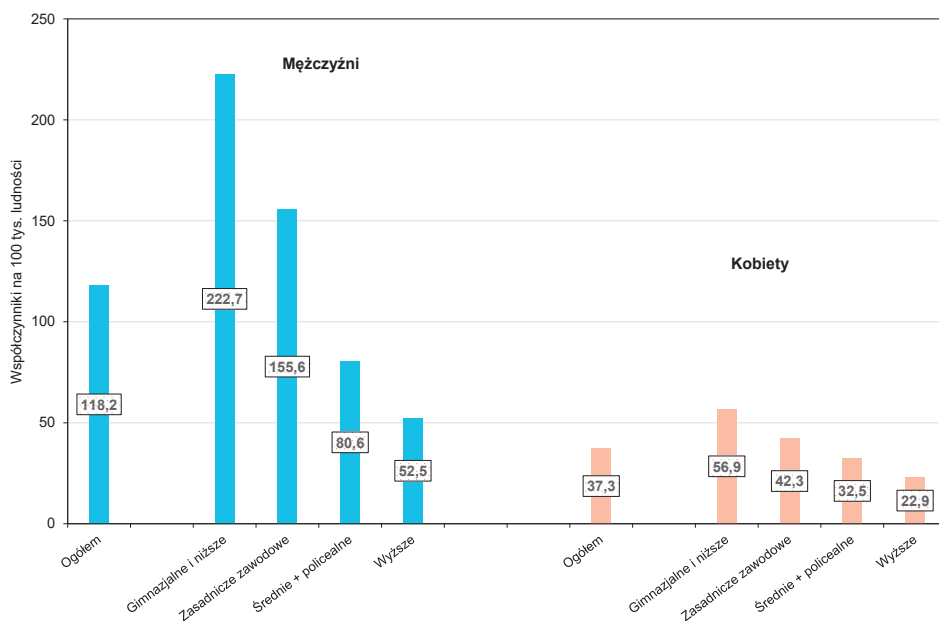
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

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

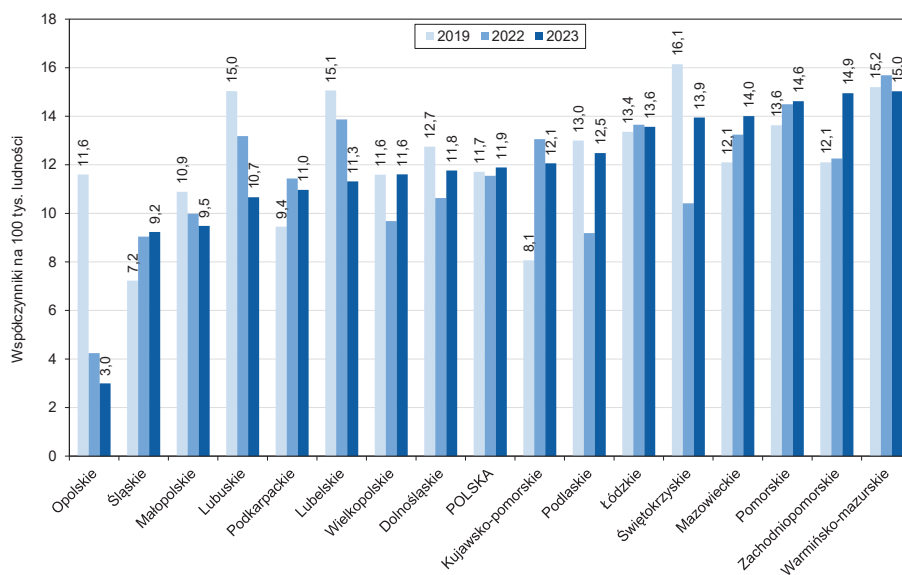
w miastach, a w ostatnim roku były większym (o 13%) zagrożeniem życia mieszkanki miast niż wsi (większe zagrożenie życia kobiet w miastach występuje dopiero od 2021 r.).

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 (tab. 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)

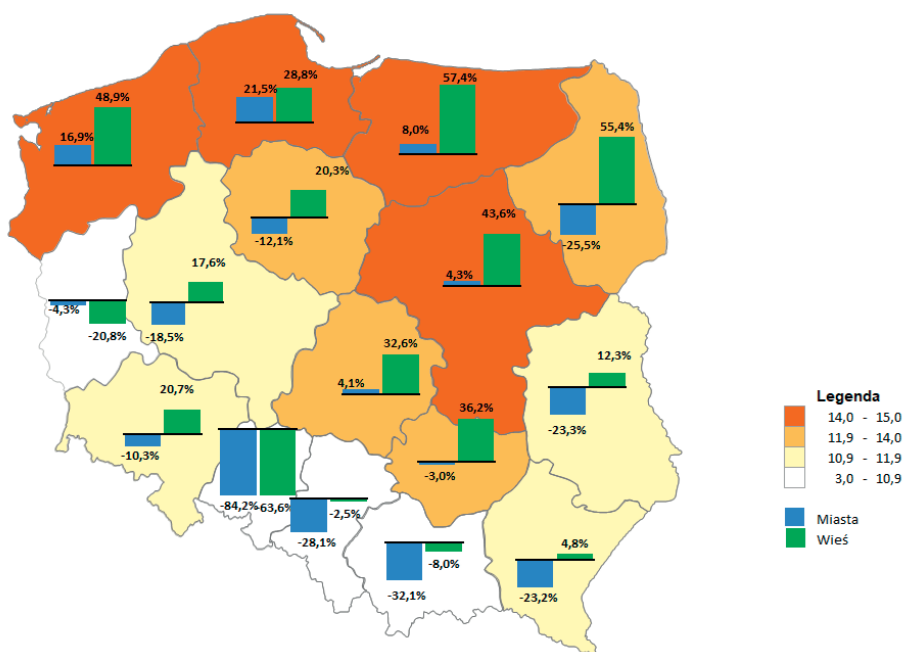
Tabela 3.25. Średni wiek osób zmarłych z powodu samobójstw według województw oraz płci w 2023 r. – wartości rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku

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

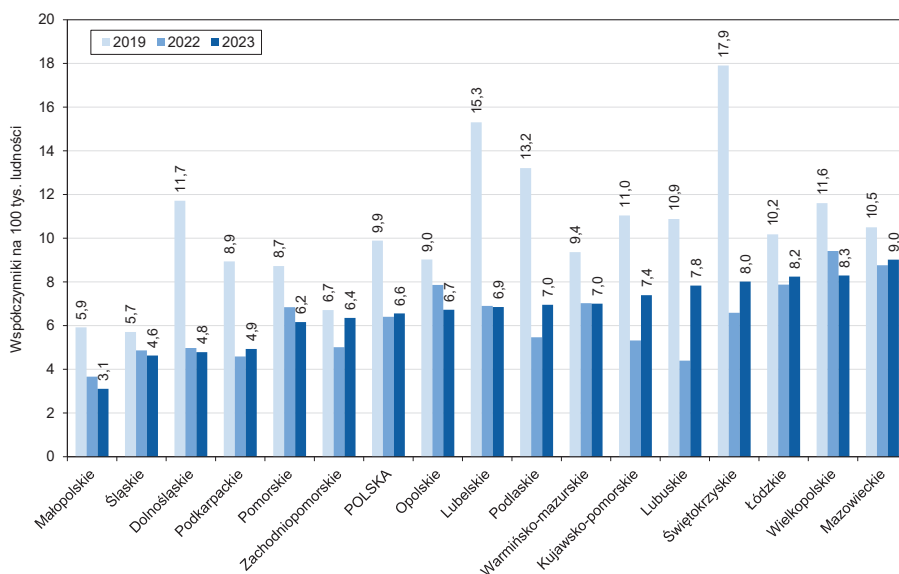
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

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 (tab. 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

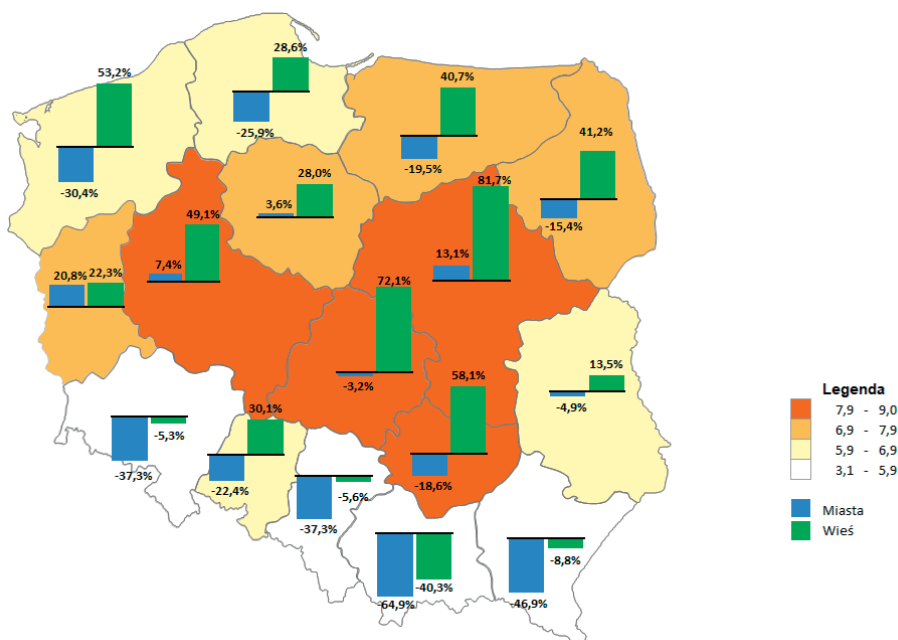
Województwo	Wiek rzeczywisty		Wiek standaryzowany	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	44,4	46,2	45,8	43,6
Kujawsko-pomorskie	47,2	49,6	48,7	47,7
Lubelskie	46,9	59,2	49,2	55,8
Lubuskie	45,4	51,0	47,7	49,3
Łódzkie	46,8	55,4	48,1	49,8
Małopolskie	46,7	60,7	49,0	58,0
Mazowieckie	46,1	53,1	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

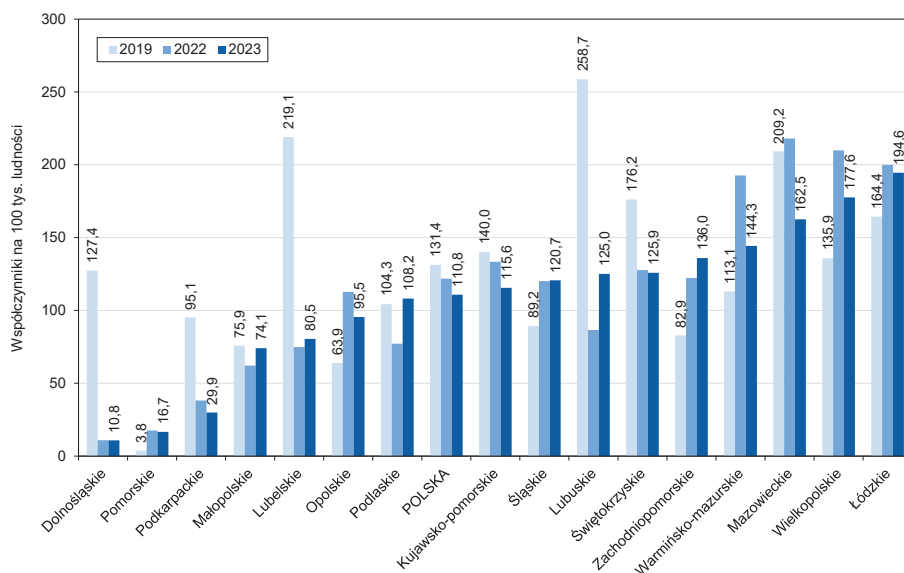
Omawiając umieralność spowodowaną poszczególnymi przyczynami zgonów trzeba zwrócić uwagę na grupę przyczyn niedokładnie określonych, a więc takich, gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, była niedokładnie określona lub wręcz nieznaną (ICD-10 R00-R99).



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 39187 osób (20781 mężczyzn i 18406 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 nie dobrą 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.

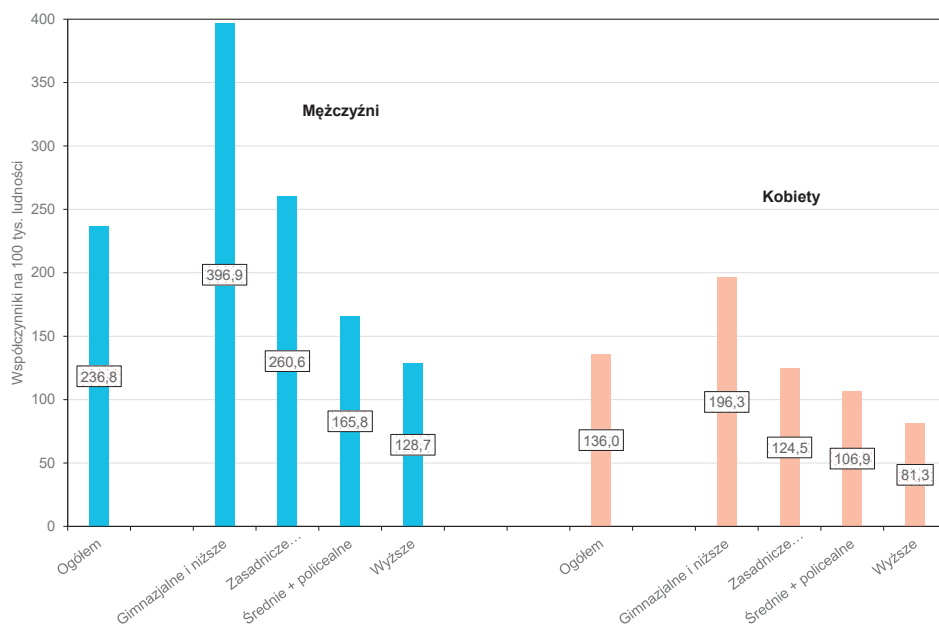


Ryc. 3.56. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2022 oraz 2023 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

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) mogłyby 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.

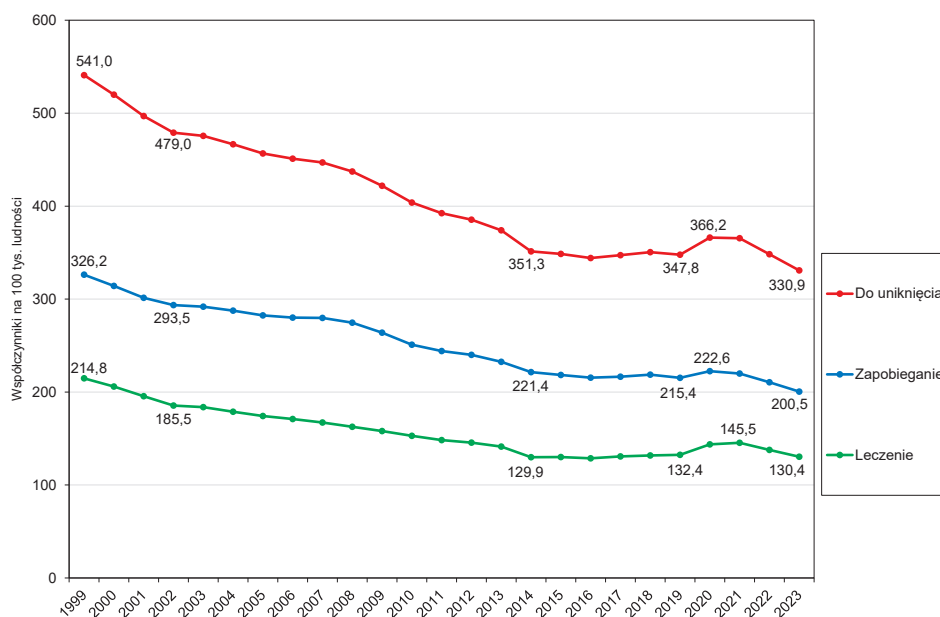
Jak podkreślają autorzy, zarówno listy przyczyn zgonów, jak i ograniczenia wiekowe odzwierciedlają obecne oczekiwania zdrowotne, technologię i wiedzę medyczną oraz rozwój polityki zdrowotnej, a zatem mogą podlegać przyszłym zmianom. W najnowszej wersji z 2022 r. już wzięty pod uwagę COVID-19 i możliwość 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 122561 osób (81266 mężczyzn i 41295 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%.

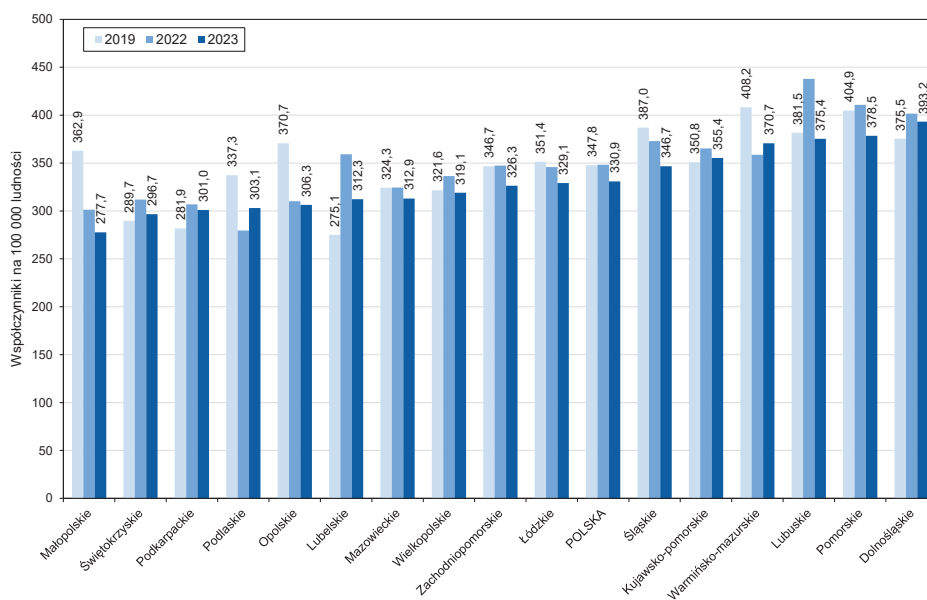
Zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu ogółu przyczyn możliwych do uniknięcia charakteryzują **zahamowanie po 2014 r. wcześniejszego trendu spadkowego**, wzrostem umieralności w okresie pandemii, który wyraźniej zaznaczył się w przypadku przyczyn, które można skutecznie leczyć niż tych, którym 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

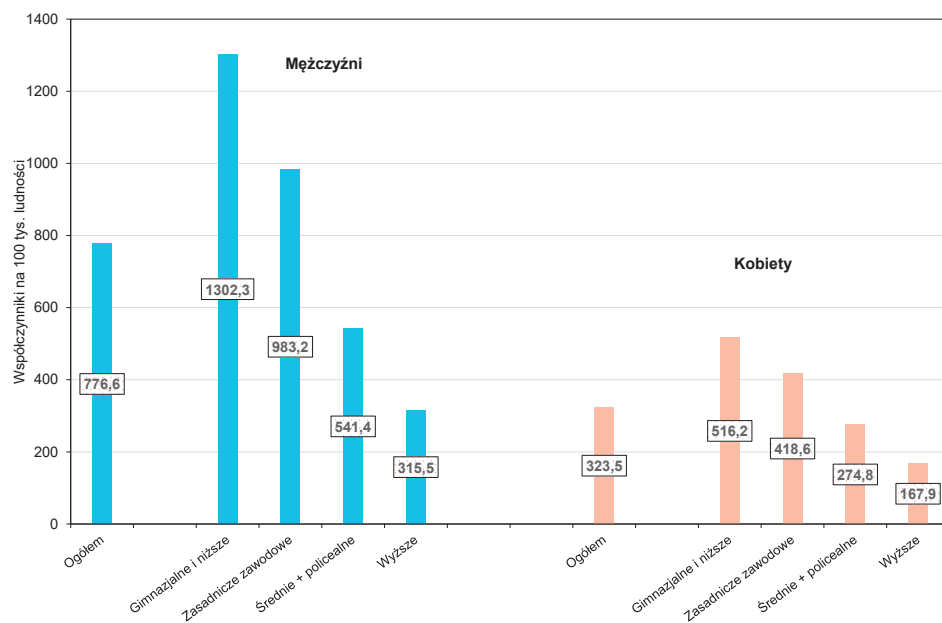
się umieralność w woj. małopolskim (ryc. 3.59). Najwyższy poziom umieralności w ostatnich dwóch latach jest w woj. dolnośląskim, pomorskim i lubuskim, w 2023 r. o ok. 15% wyższy niż ogólnopolski.



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)

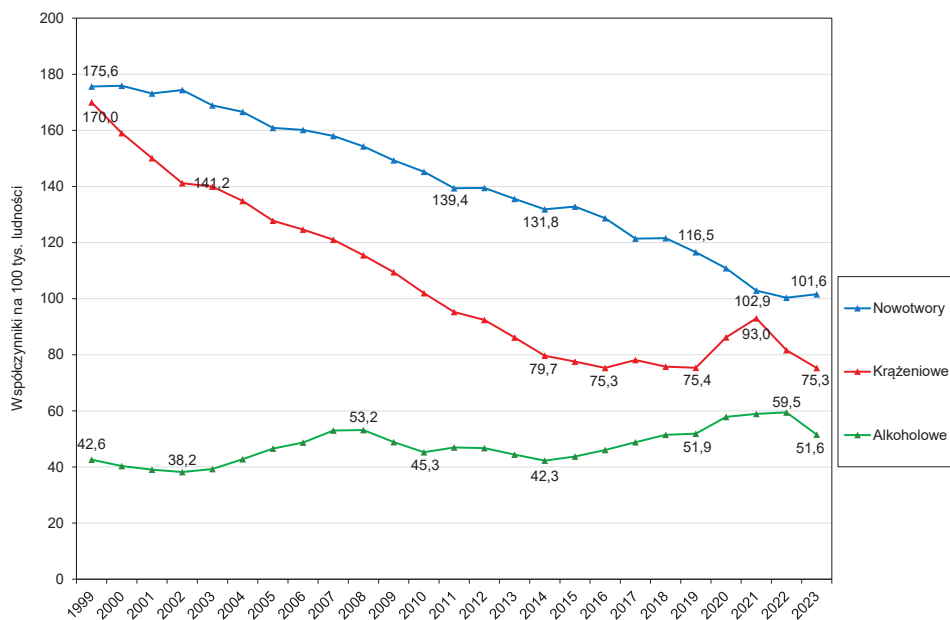
W 2023 r. z powodu **przyczyn, którym można zapobiegać** zmarło 74189 osób (52713 mężczyzn i 21746 kobiet) (213 na 100 tys. ludności). Przyczyny zaliczane do tej kategorii są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu 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).

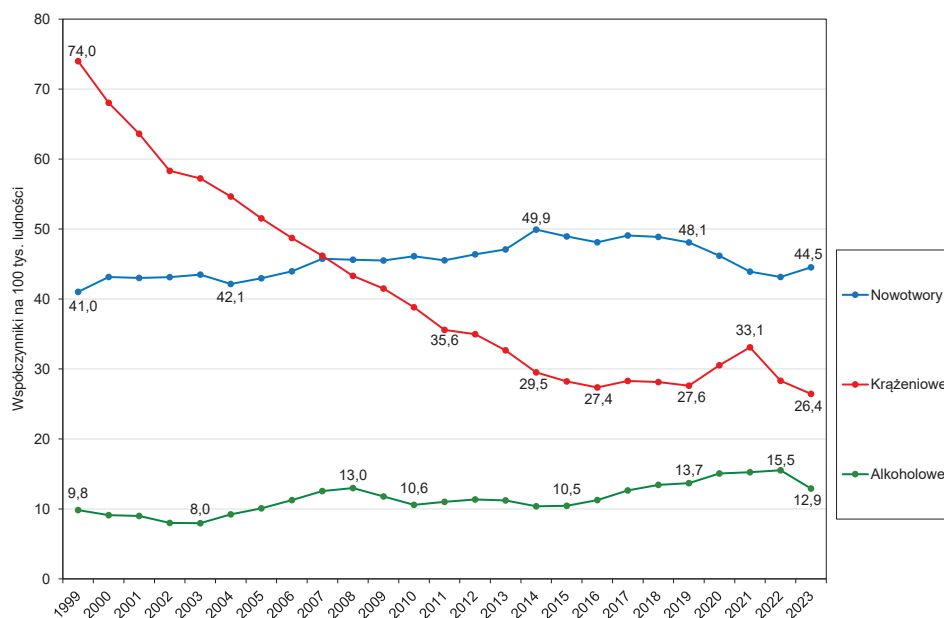
Ważny obraz przedstawiają ryciny 3.61a i 3.61b, na których pokazane są zmiany standaryzowanych współczynników umieralności z powodu chorób układu krążenia, chorób nowotworowych oraz z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, którym można zapobiegać w latach 1999-2023. Warto zwrócić 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 zmniejszył 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.

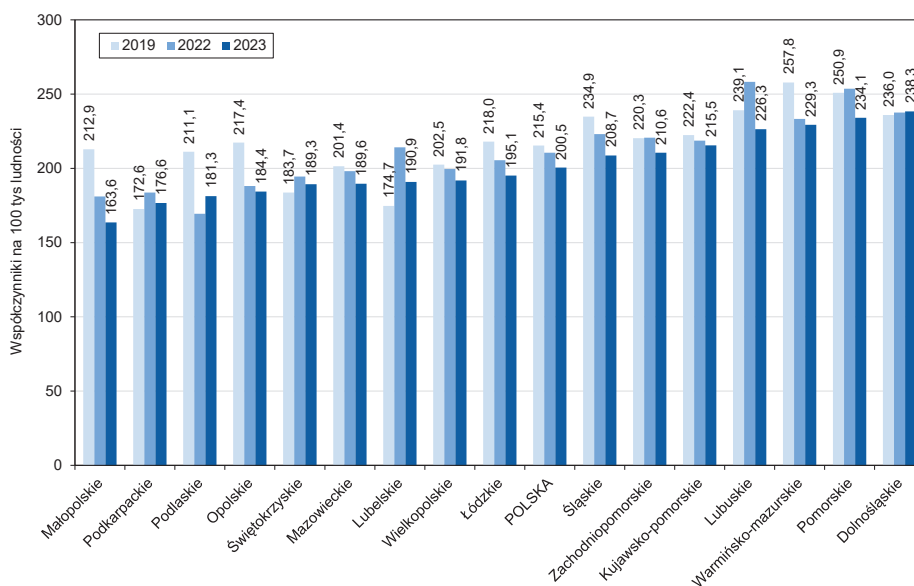
Jeszcze w czterech województwach współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać w 2023 r. były na ogół nieznacznie wyższe niż w 2019 r., natomiast w pozostałych umieralność była niższa, w sześciu województwach o ponad 10%, w woj. małopolskim nawet o 23% (ryc. 3.62). Najwyższy poziom 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 MĘŻCZYŹN 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)

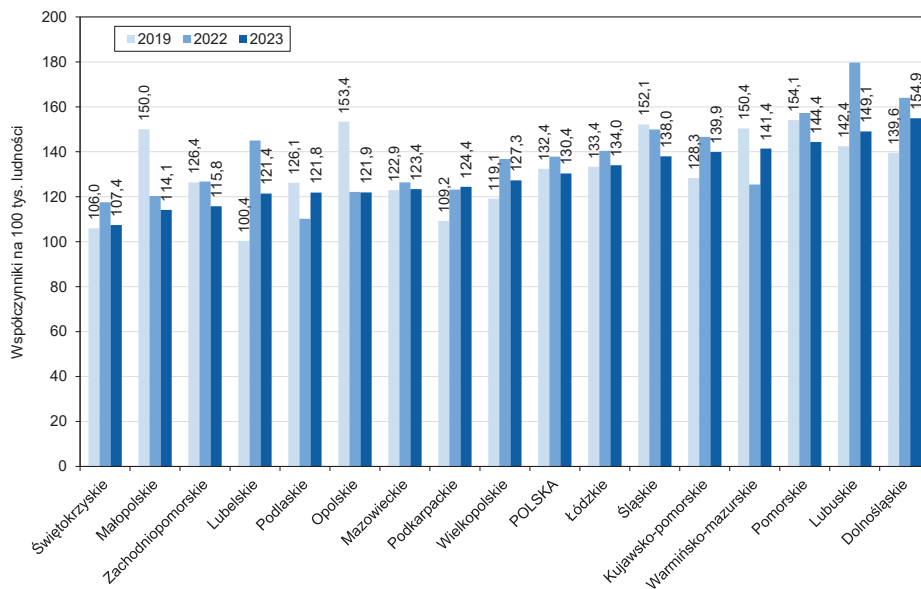
Do specyficznych kategorii przyczyn **zgonów, które można skutecznie leczyć (*amenable*)** zalicza się między innymi nowotwór złośliwy piersi, jelita grubego, odbytnicy i odbytu, chorobę Hodgkina, nowotwory niezłośliwe, choroby reumatyczne serca ostre i przewlekłe, połowę przypadków choroby niedokrwiennej 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 48372 osoby (28554 mężczyzn i 19818 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.

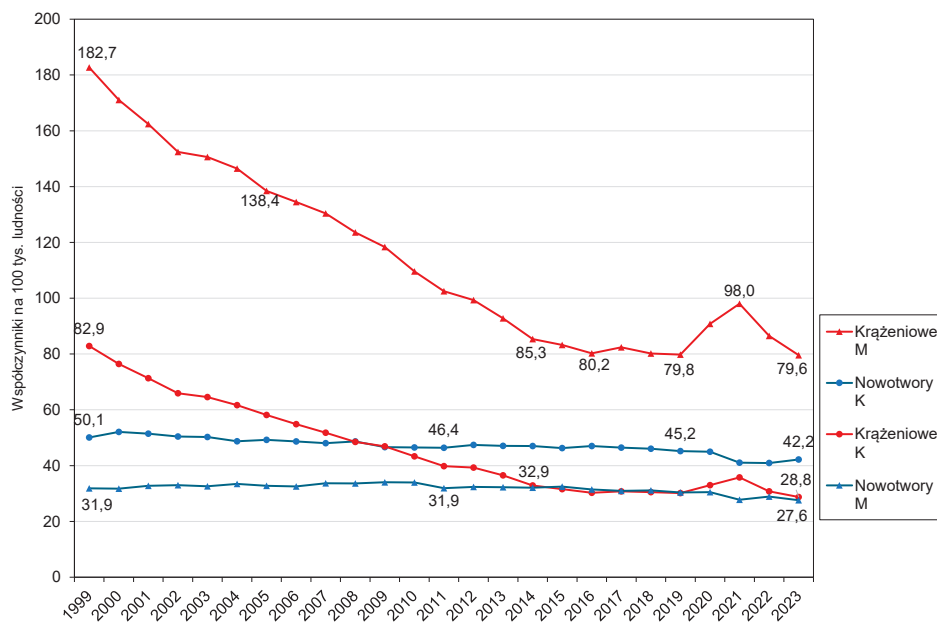
Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć mają zbliżone wartości w przypadku mieszkańców miast i wsi – w przypadku mężczyzn umieralność jest wyższa o 2,6% na wsi a w przypadku kobiet o 4,8% w miastach (tabela 3.7b).

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. (tab. 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				
		razem	0-27			28-365
			razem	0-6		
				0	7-27	
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					
		razem	0-27		7-27	28-365	
			razem	0-6			
				0			Procent
liczba	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.

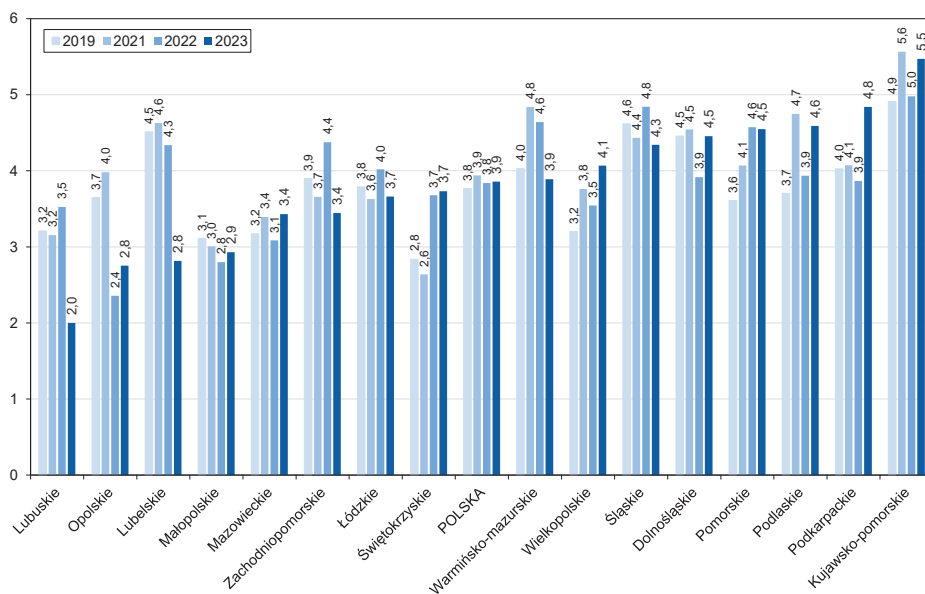
Tabela 3.29. Zgony niemowląt z powodu wybranych przyczyn w 2019 r., 2022 r. i 2023 r.

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
wcześnieactwo 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)

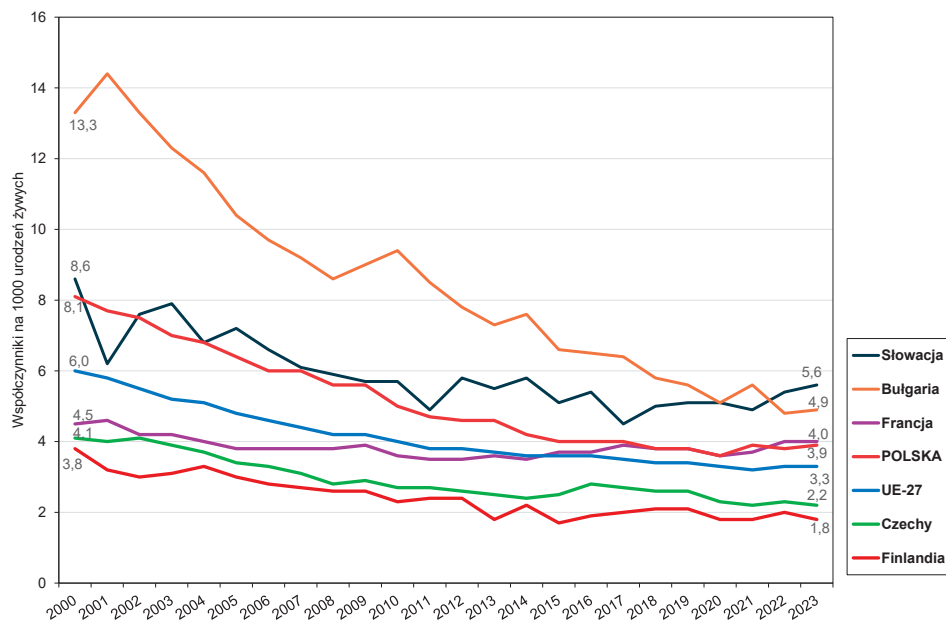
W 2023 r. współczynnik umieralności niemowląt przyjmował wartość od 20 zgonów na 10000 urodzeń żywych w woj. lubuskim, gdzie 2023 r. przyniósł duże obniżenie się umieralności, do 55 w woj. kujawsko-pomorskim, gdzie wysoka umieralność niemowląt ma trwały charakter. Pomimo znacznych wahań rocznych współczynników 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

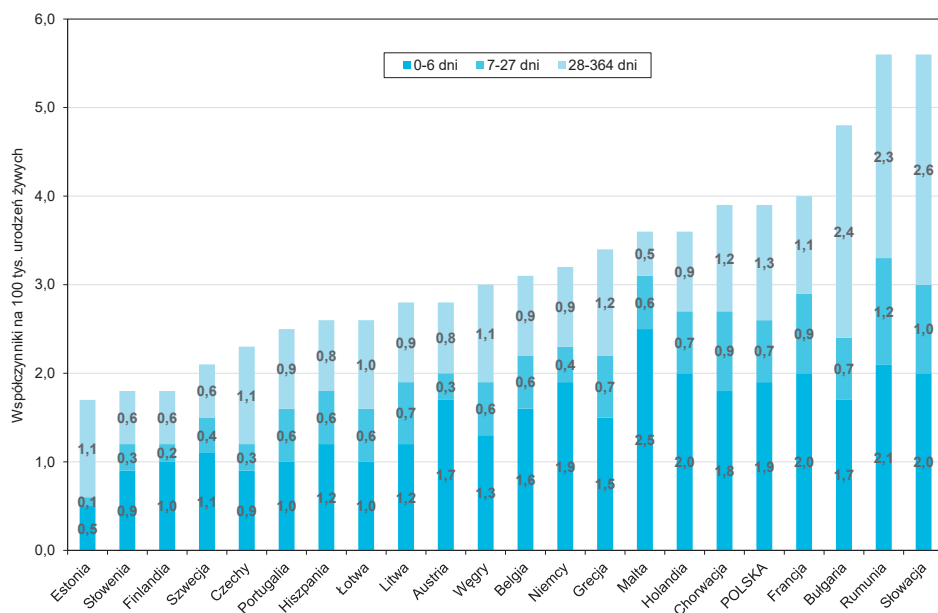
W tym podrozdziale przedstawiamy umieralność ludności Polski w porównaniu z umieralnością w UE-27 ogółem oraz jej krajach w odniesieniu do umieralności niemowląt oraz umieralności z powodu zgonów możliwych do uniknięcia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na zgony bezpośrednio związane z konsumpcją alkoholu.

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.

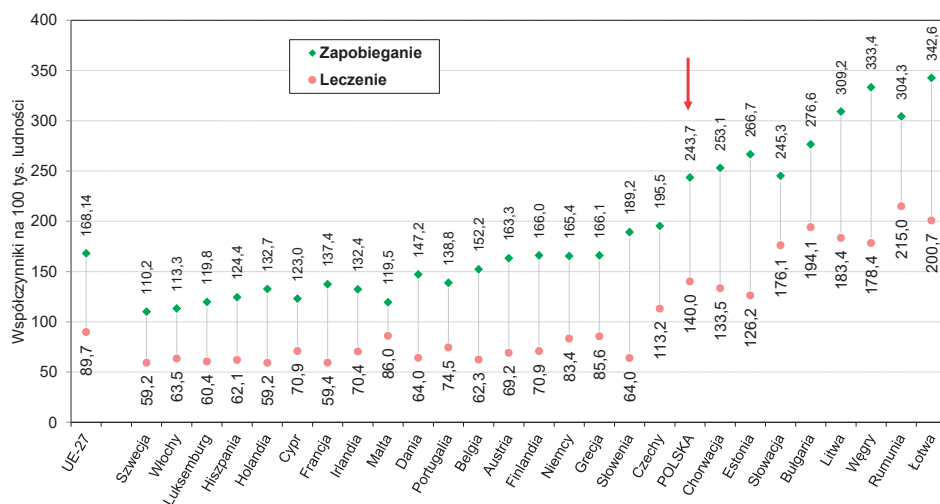


Ryc. 3.66. Współczynniki zgonów niemowląt w Polsce, przeciętne w UE-27 oraz w wybranych krajach UE w latach 2000-2023 (na podstawie danych Eurostat)



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%.



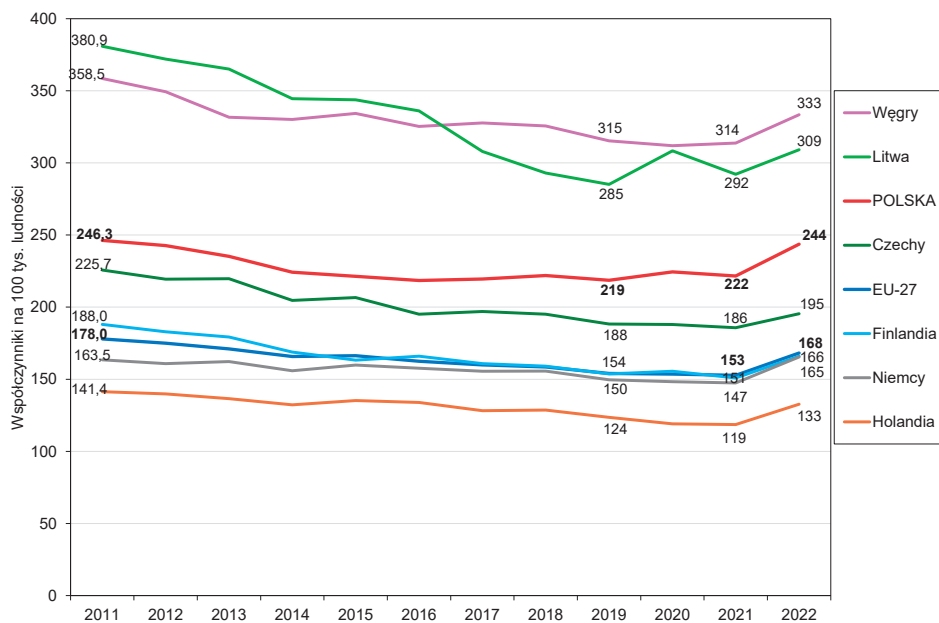
Uwaga: kraje są uszeregowane wg wielkości współczynnika ogółu zgonów możliwych do uniknięcia

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)

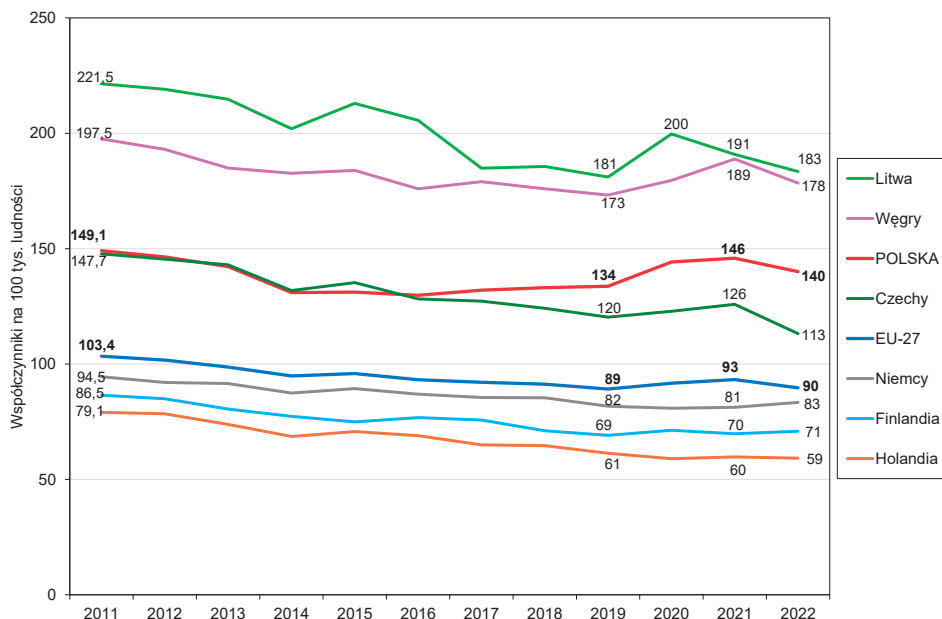
Jak pokazują ryciny 3.69a i 3.69b dynamika zmian poziomu umieralności z powodu tych dwóch grup przyczyn zgonów w poszczególnych krajach jest dosyć podobna w ostatnich latach co sprawia, że różnice pomiędzy krajami raczej utrzymują się. Warto zwrócić uwagę na powszechny wzrost umieralności w 2022 r. z 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.

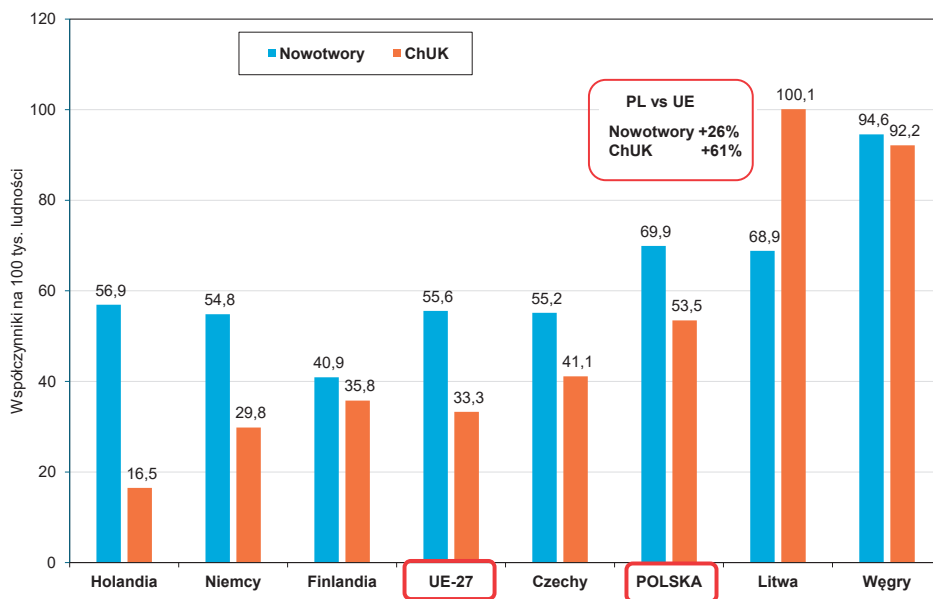
Na ryc. 3.70a oraz 3.70b przedstawiono współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz tych, które można skutecznie leczyć w Polsce i UE-27 ogółem oraz w wybranych krajach. W przypadku chorób, którym można zapobiegać 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.



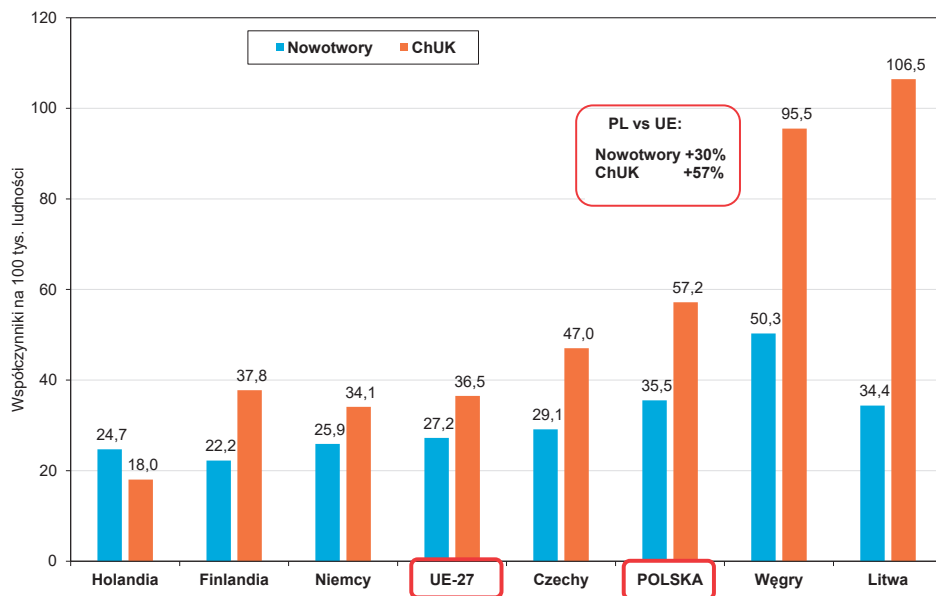
Ryc. 3.69a. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać w Polsce oraz wybranych krajach UE-27 w latach 2011-2022 (dane Eurostat)



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)



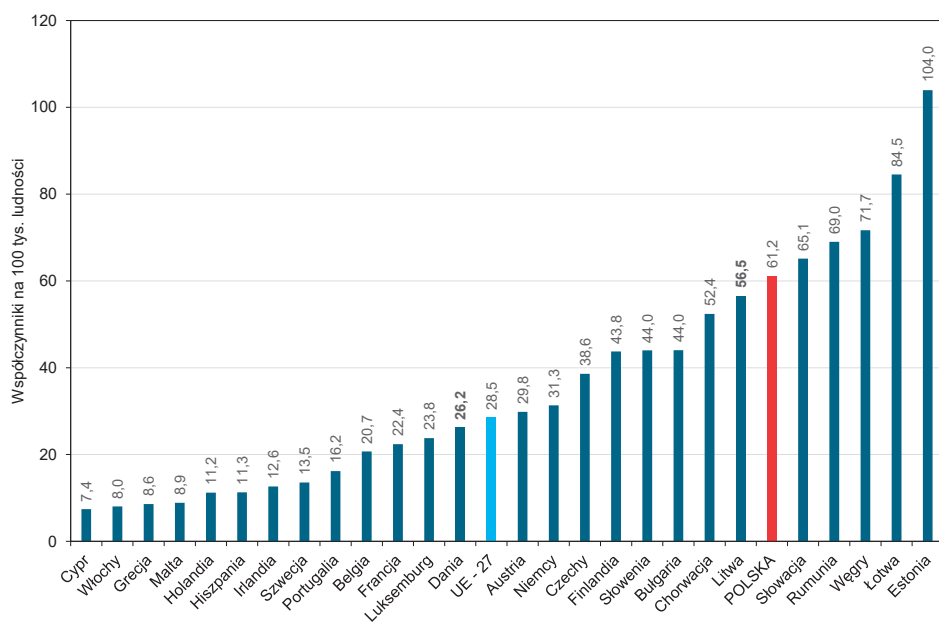
Ryc. 3.70a. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu chorób układu krążenia (ChUK) oraz chorób nowotworowych, którym można zapobiegać w Polsce oraz wybranych krajach UE-27, 2022 r. (na podstawie danych Eurostat)



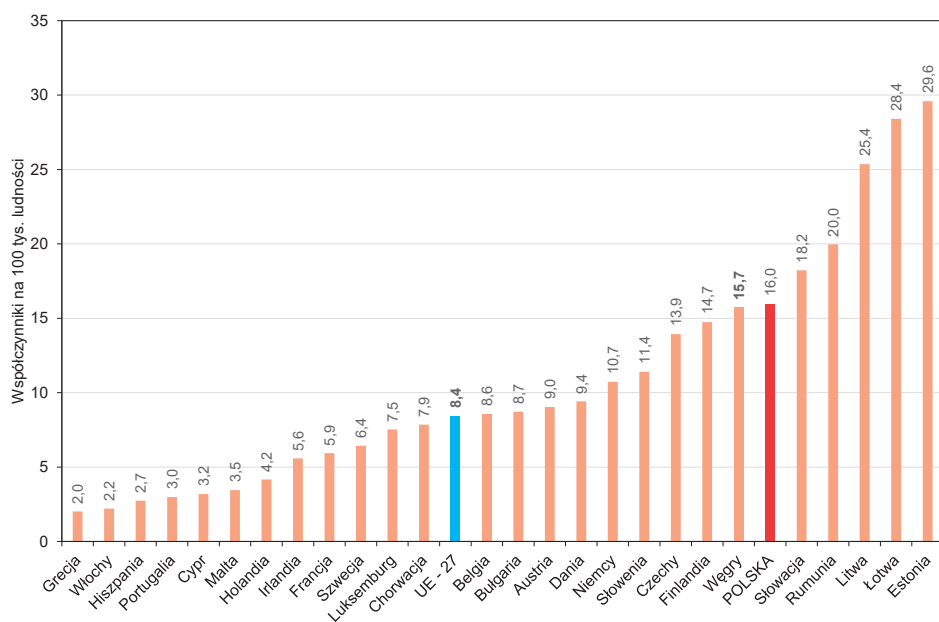
Ryc. 3.70b. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu chorób układu krążenia (ChUK) oraz chorób nowotworowych, które można skutecznie leczyć w Polsce oraz wybranych krajach UE-27, 2022 r. (na podstawie danych Eurostat)

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

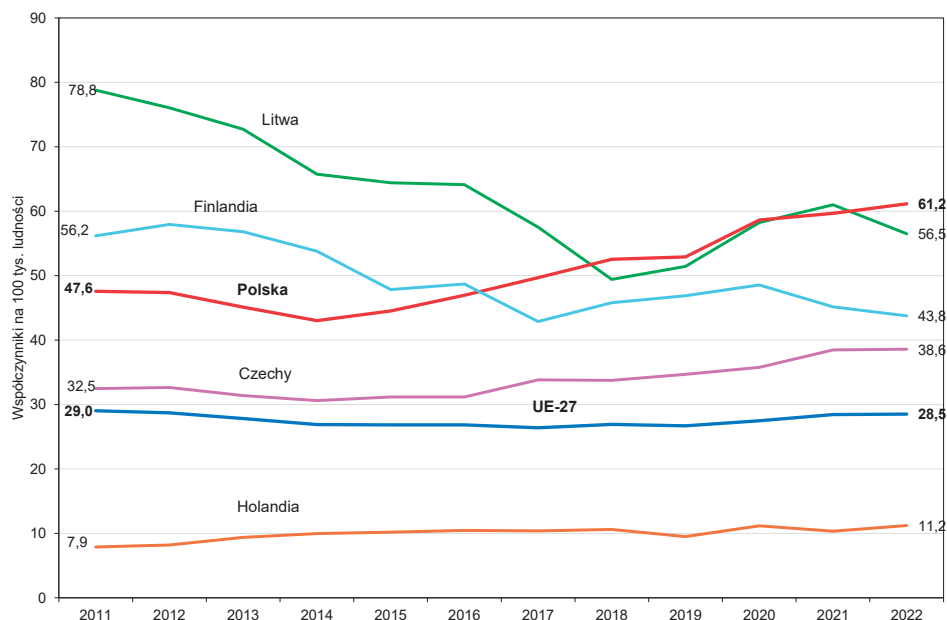


Ryc. 3.71a. Standaryzowane współczynniki zgonów MĘŻCZYŹN w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w krajach UE-27 w 2022 r. (dane Eurostat)



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.

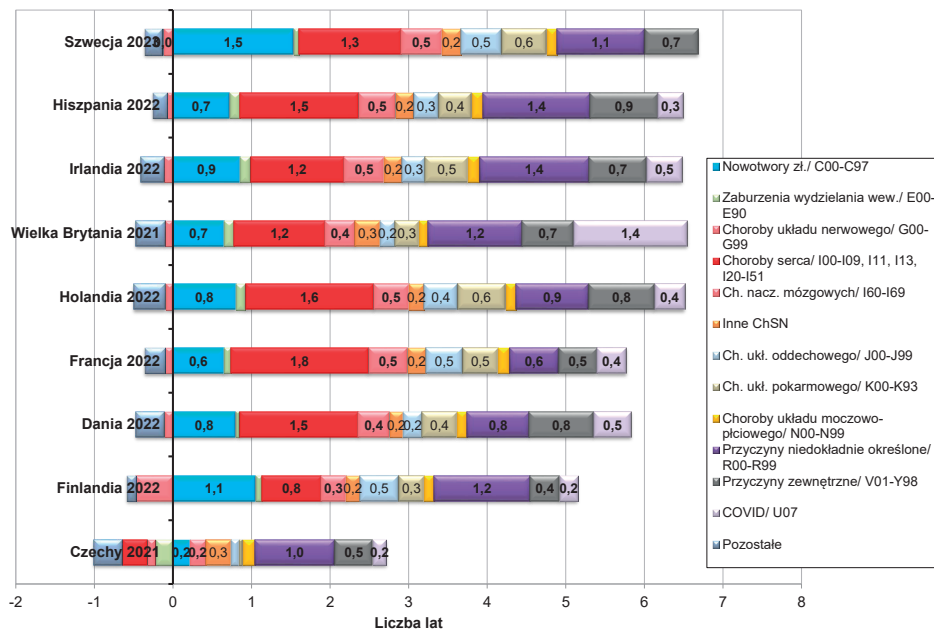


Ryc. 3.72. Standaryzowane współczynniki zgonów MĘŻCZYŹN w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w UE-27 i wybranych krajach w latach 2011-2022 (na podstawie danych Eurostatu)

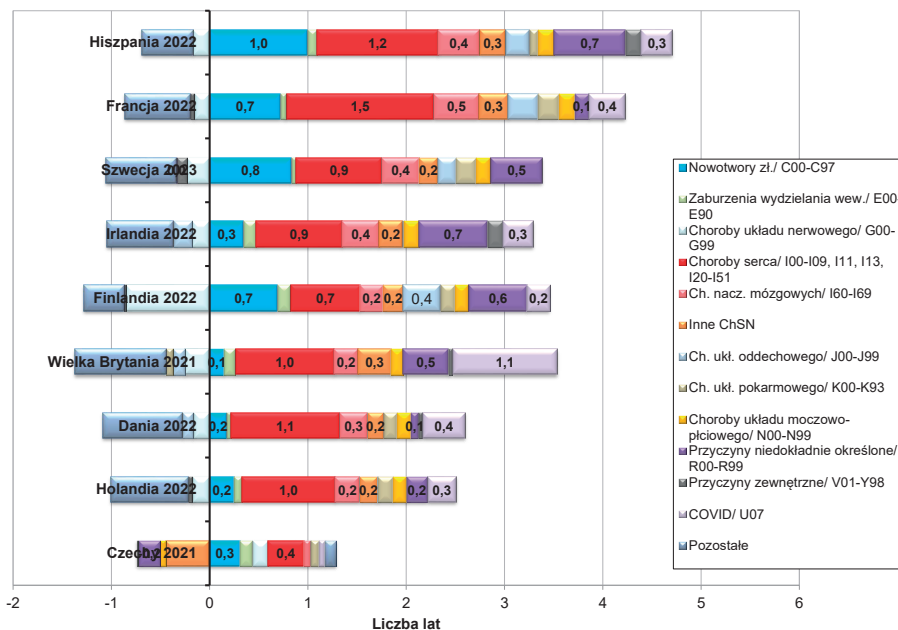
Ponieważ poziom umieralności w Polsce jest wyższy niż w krajach Europy Zachodniej dla większości przyczyn zgonów warto postawić pytanie w jakim stopniu te różnice w umieralności dla poszczególnych przyczyn agonu przyczyniają się do krótszej długości życia ludności Polski w porównaniu z mieszkańcami tych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

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	85615	256 929	113 066	23 023

Źródło: dane Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

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>

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 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 rozpoznań stanowiących przyczyny 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.

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

Rozpoznanie (ICD-10)	Lata						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
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: dane Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

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.

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

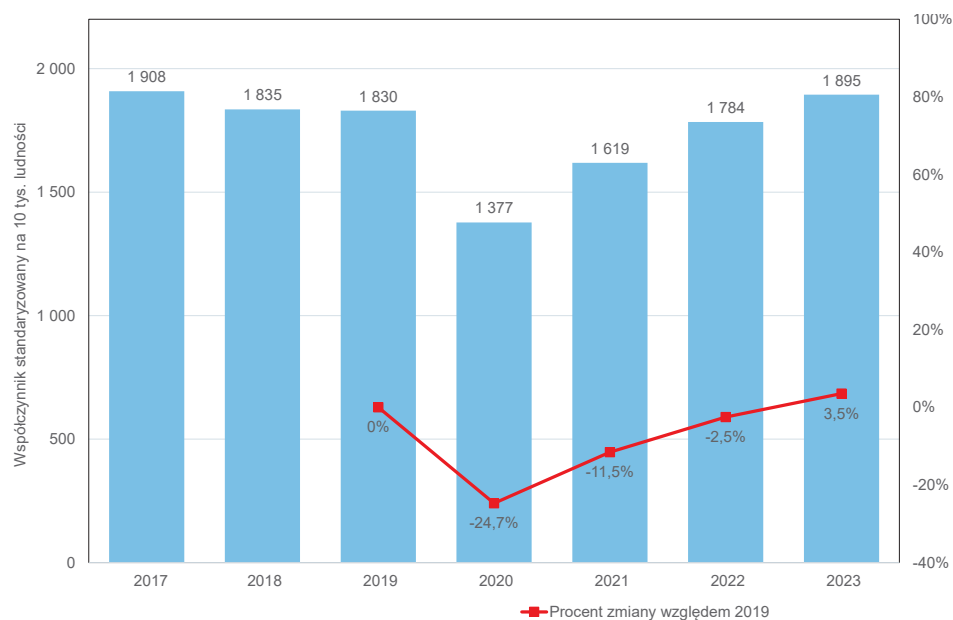
Rozpoznanie (ICD-10)	Lata						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Wszystkie rozpoznania (A00-T98 bez O80 i O84)	1908,5	1835,2	1829,7	1377,4	1618,5	1783,9	1894,5
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	50,1	48,1	49,1	27,0	32,4	46,8	43,4
Nowotwory (C00-D48)	135,0	145,2	153,8	151,2	169,5	183,8	196,9
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

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>

Rozpoznanie (ICD-10)	Lata						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
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: dane Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

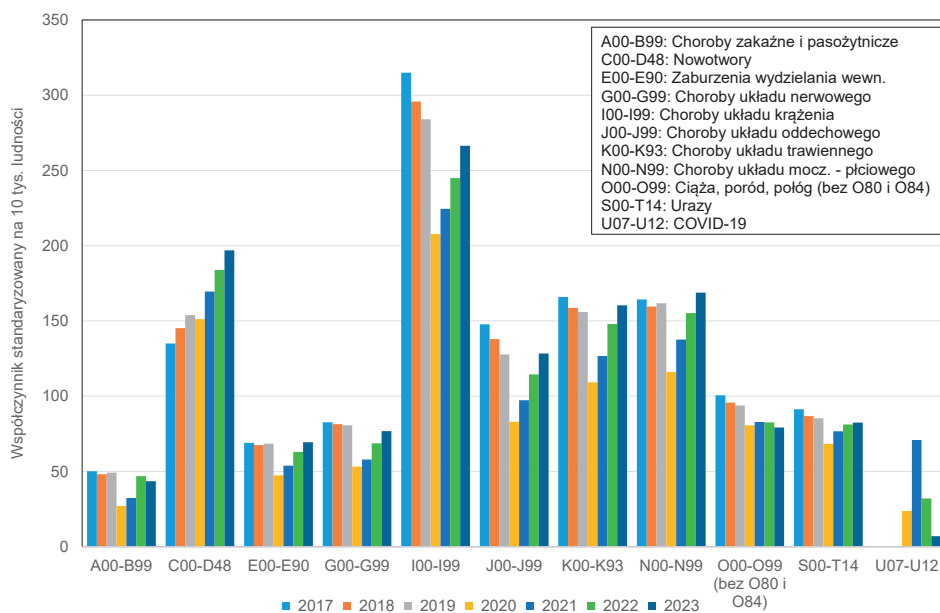
Na rycinie 4.1 przedstawiono standaryzowane współczynniki hospitalizacji ludności Polski ogółem w latach 2017-2023. Jak widać, częstość leczenia szpitalnego, która w latach 2017-2019 nieznacznie malała, w 2020 r. obniżyła się o 25% w stosunku do roku poprzedniego. W kolejnym roku pandemii natężenie hospitalizacji 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 2019r (o 3,5%), ale jak pokazano w dalszej części rozdziału, osiągnięcie wartości współczynnika hospitalizacji sprzed pandemii nie dotyczy wszystkich grup rozpoznań.



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 rozpoznania 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.

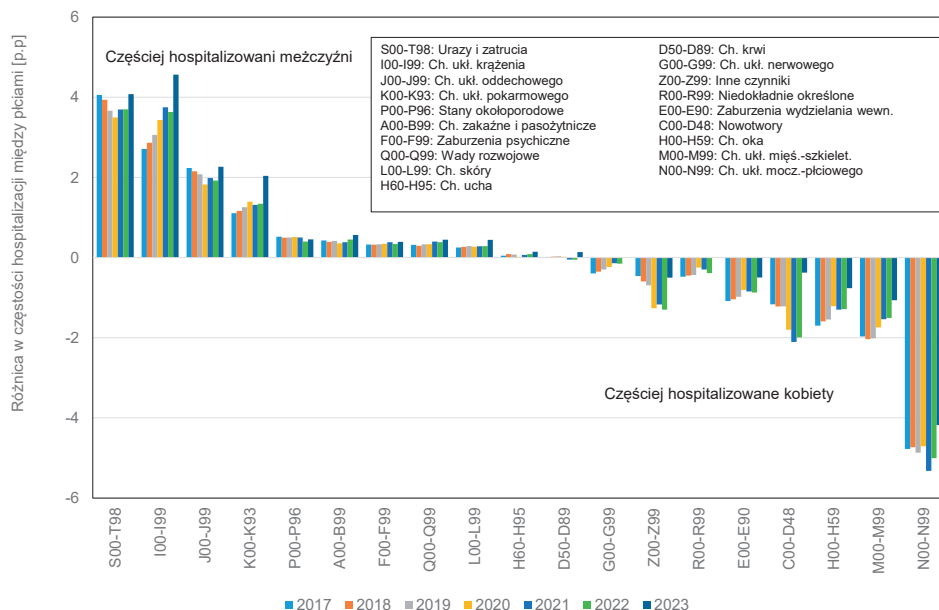
Tabela 4.4. Procentowe zmiany standaryzowanego względem wieku współczynnika hospitalizacji z wybranych grup przyczyn w latach 2020 i 2023 w stosunku do 2019 r.

Rok	Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	Nowotwory (C00-D48)	Zaburzenia wydzielenia 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, połów i 084)	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: dane Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

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.

Na podstawie analizy struktury płci pacjentów hospitalizowanych z poszczególnych przyczyn wyróżniono grupę chorób „męskich” (z przewagą leczonych z ich powodu mężczyzn) oraz „kobięcych” (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)

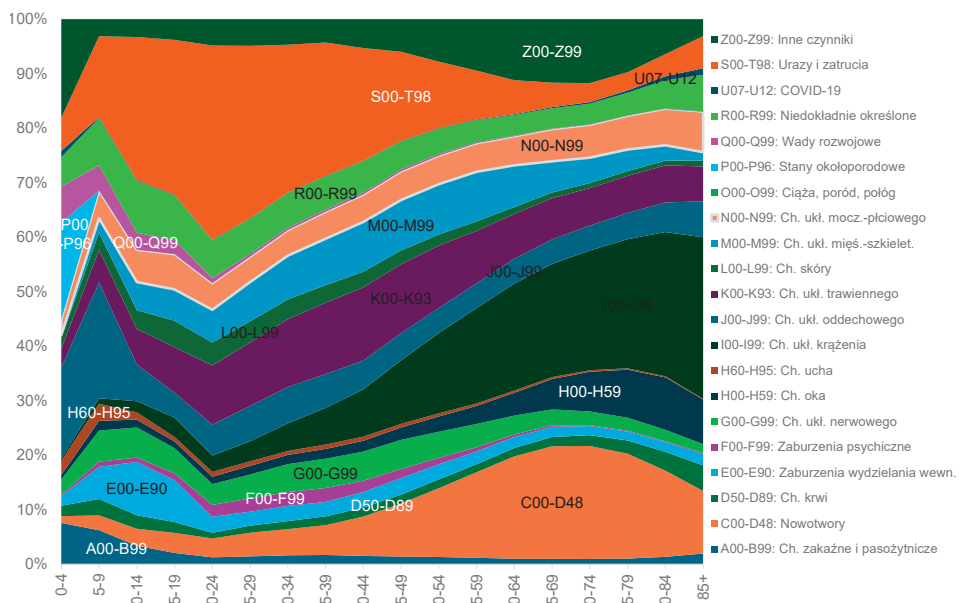
Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku pacjentów

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 odsetek najmłodszych pacjentów (blisko 20%) leczonych jest 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

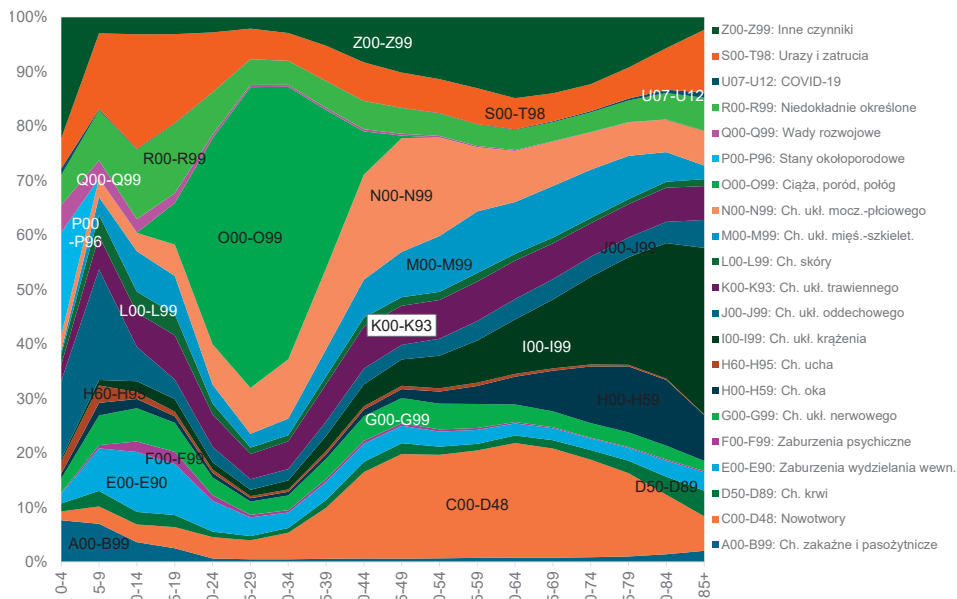
wzrasta znaczenie chorób układu pokarmowego (do 13% w wieku 35-44 lata). Od 50. r. ż. wśród przyczyn hospitalizacji mężczyzn zaczynają przeważać choroby układu krążenia, a ich udział systematycznie wzrasta aż do najstarszej grupy wieku (85 lat i więcej), w której odpowiadają za 30% przypadków leczenia 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, osiągając 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 kobiet

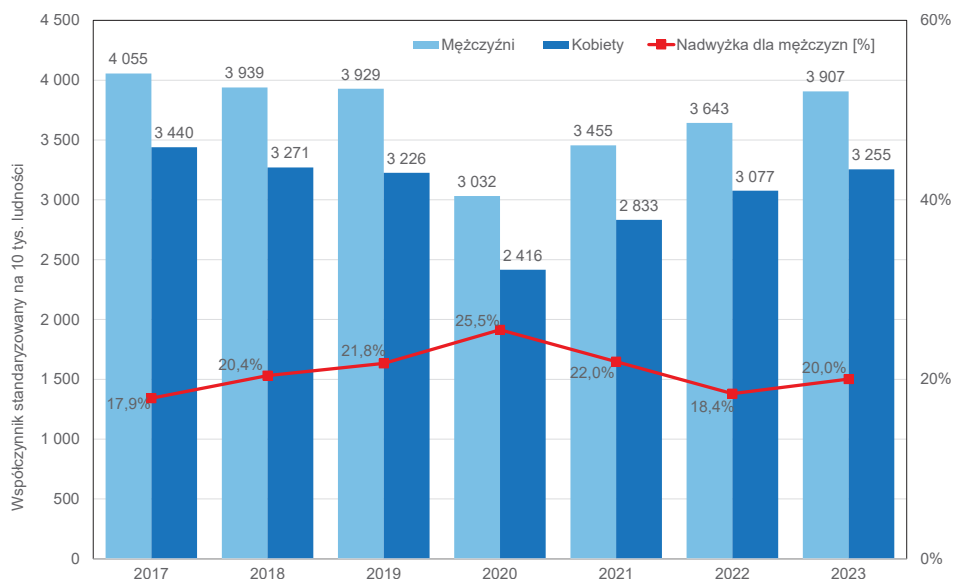
hospitalizowanych z powodu urazów jest niemal dwukrotnie wyższy niż mężczyzn, co może świadczyć o większej aktywności starszych Polek.

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 chłopców (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.



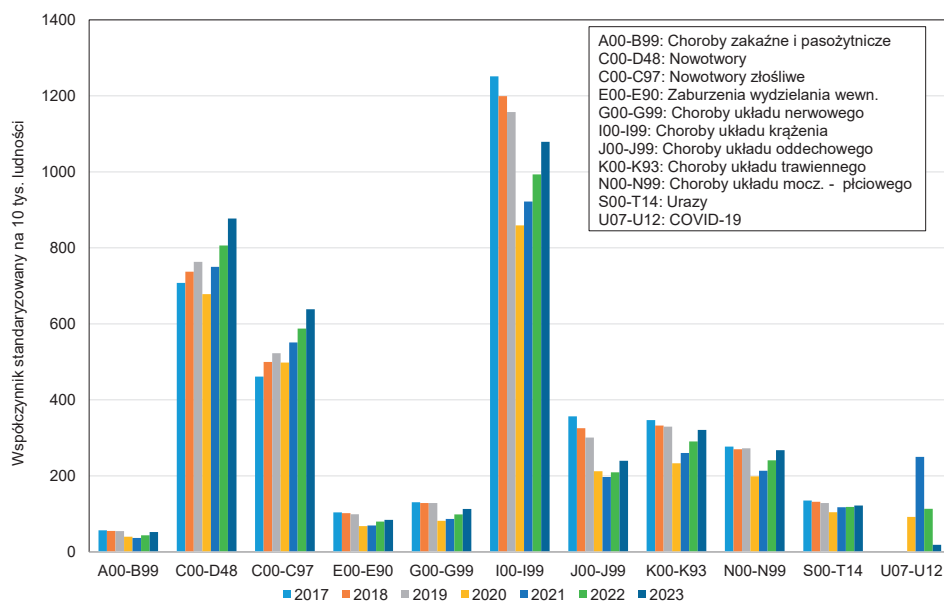
Ryc. 4.6. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji (na 10 tys. ludności) mężczyzn i kobiet w wieku 60 lat i więcej w latach 2017-2023 i ich procentowe nadwyżki dla mężczyzn (dane: NIZP PZH – PIB)

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.

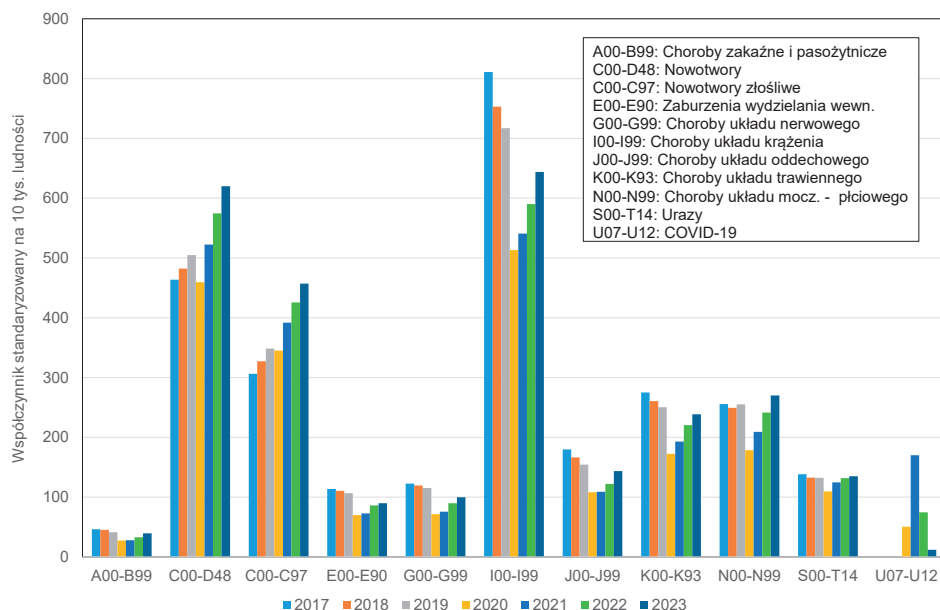
Na rycinach 4.7 i 4.8. przedstawiono główne przyczyny hospitalizacji mężczyzn i kobiet w wieku 60 i więcej lat w latach 2017-2023. Osoby obu płci najczęściej hospitalizowano z powodu chorób układu krążenia, a w drugiej kolejności nowotworów.

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.

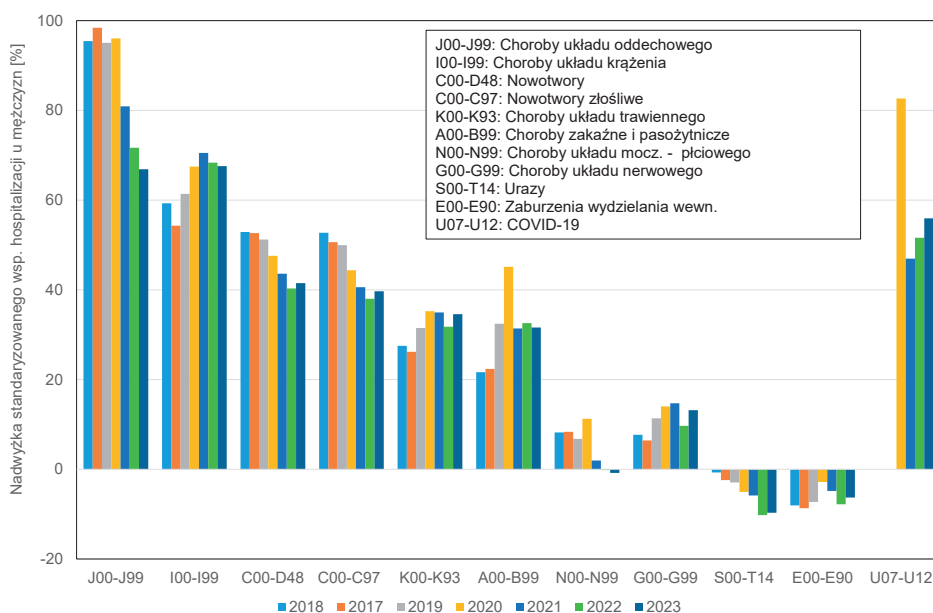
We wszystkich latach mężczyźni byli hospitalizowani byli częściej niż kobiety z większości analizowanych przyczyn mężczyzn. Największe różnice dotyczyły chorób układu oddechowego – w latach 2017-2020 nadwyżka hospitalizacji mężczyzn przekraczała 95%, ale w kolejnych latach stopniowo malała, osiągając 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)



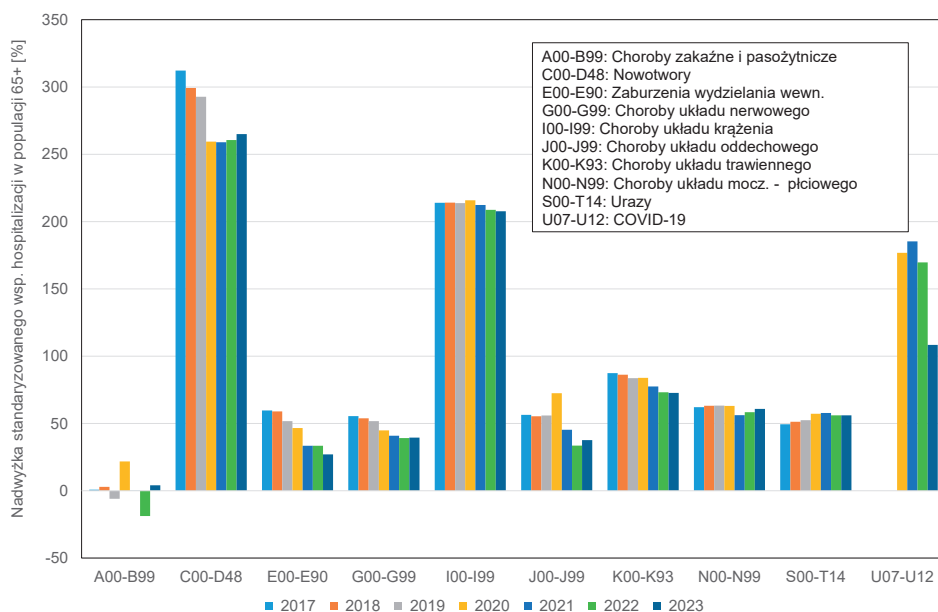
Ryc. 4.8. Standaryzowane względem wieku współczynniki hospitalizacji kobiet w wieku 60 lat i więcej (na 10 tys. ludności) w latach 2017-2023 dla najważniejszych przyczyn leczenia szpitalnego (dane: NIZP PZH – PIB)



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.

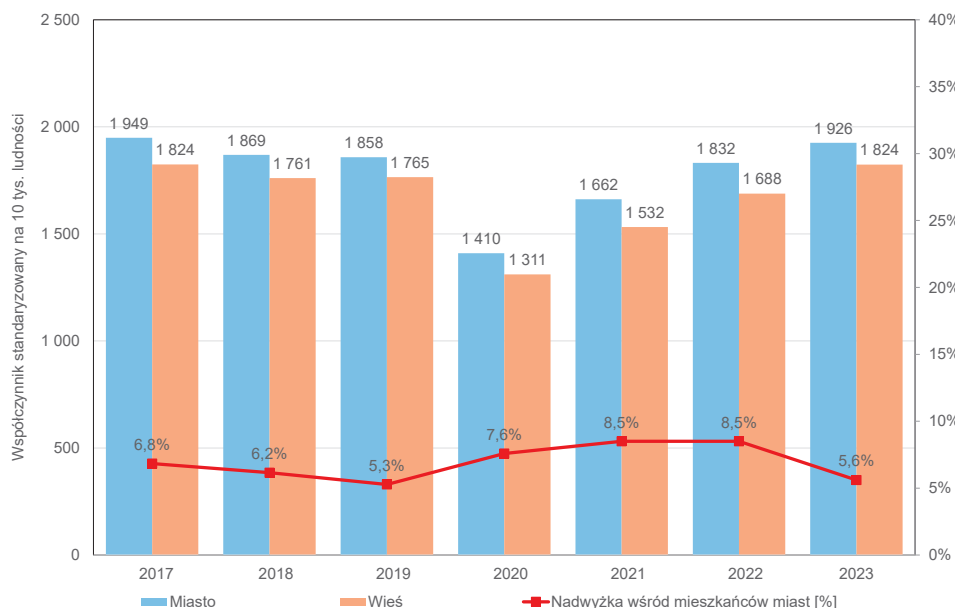


Ryc. 4.10. Nadwyżka współczynników hospitalizacji osób w wieku 60 lat i więcej w stosunku do całej populacji w zakresie głównych grup chorób w latach 2017-2023 (dane: NIZP PZH – PIB)

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.

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.

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

Rozpoznanie 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

Rozpoznanie ICD-10	Mężczyźni					Kobiety				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
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: dane Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

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.

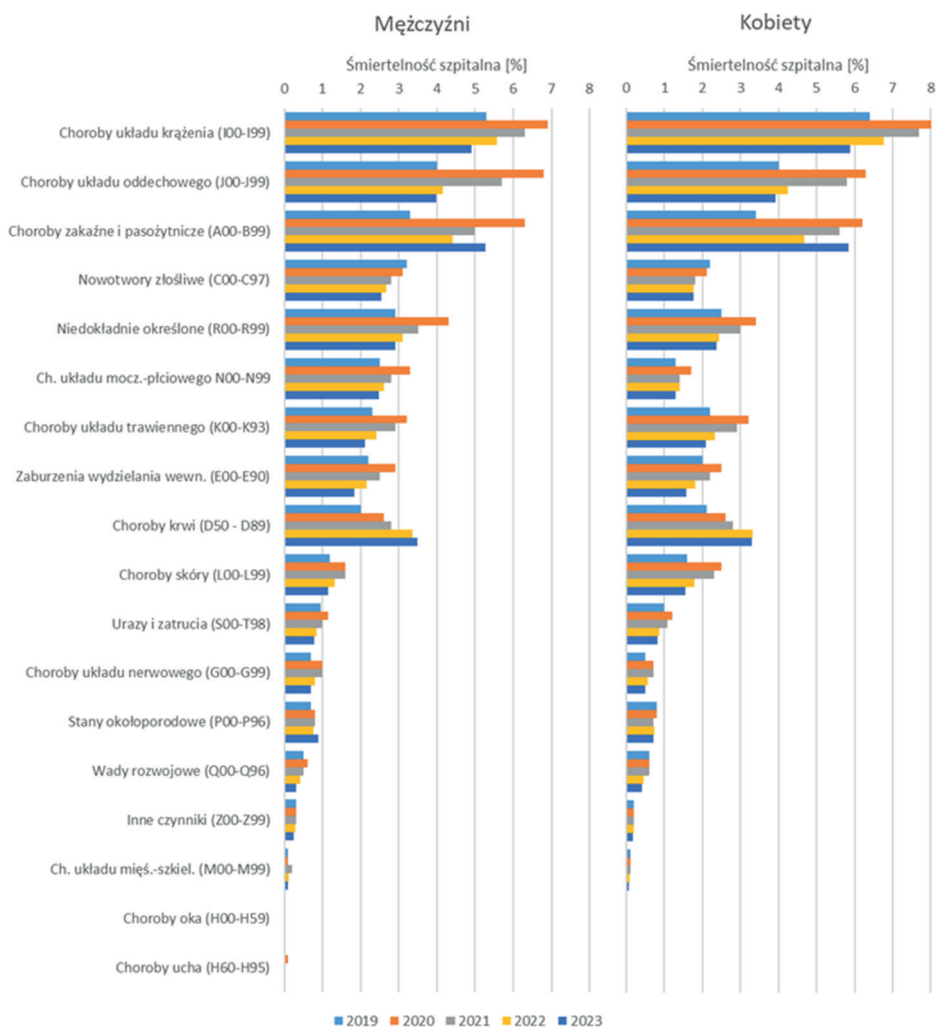
Różnice w śmiertelności mężczyzn i kobiet były związane z przyczyną hospitalizacji. Analizując je trzeba jednak pamiętać o różnicach w strukturze wieku hospitalizowanych mężczyzn i kobiet – kobiety są przeciętnie starsze.

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}.

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]

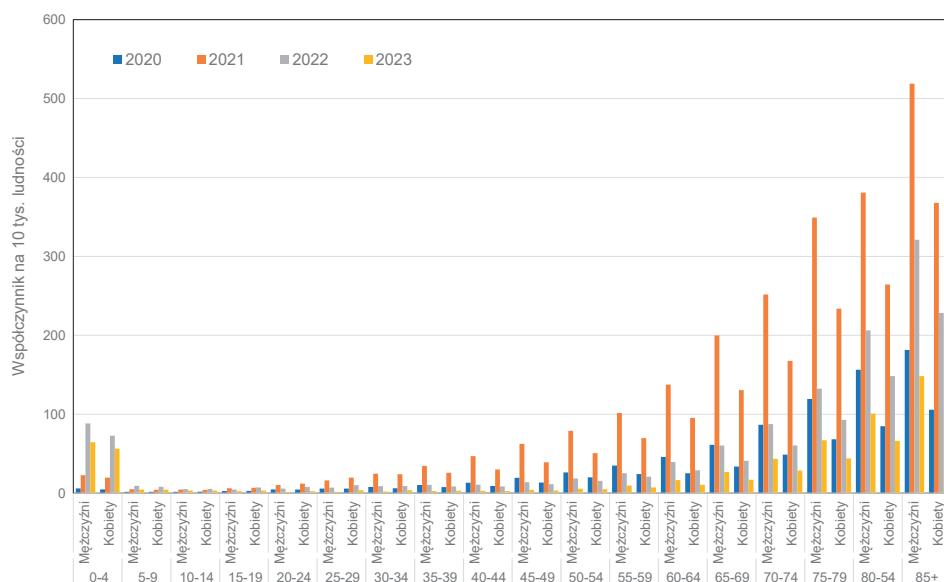
⁵ Lopez-Leon S. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* (2021) 11, 16144. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>

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>

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

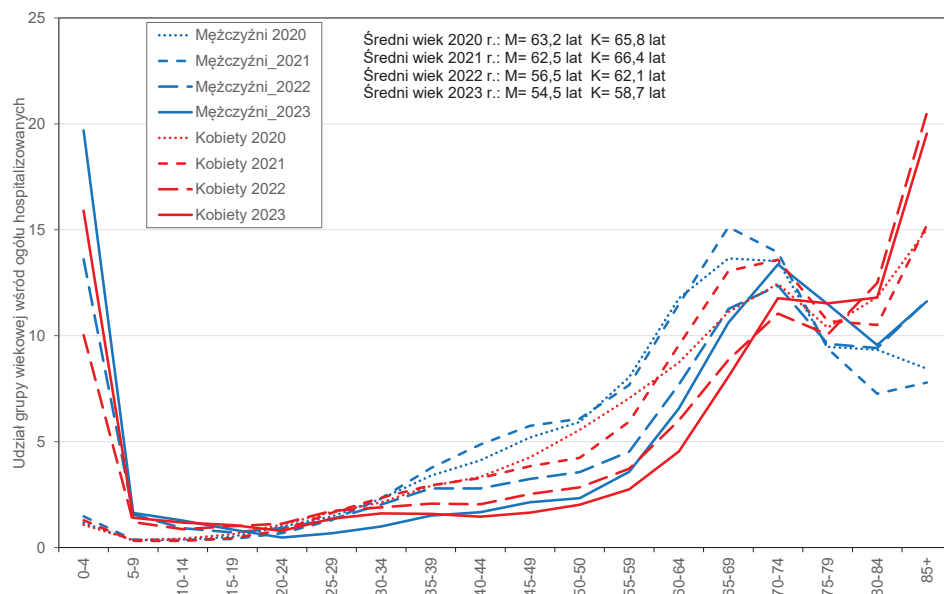
Maksimum hospitalizacji z powodu COVID-19 przypada w Polsce na 2021 r. (tabela 4.1, 4.2, 4.3). W 2023 r. współczynniki hospitalizacji już były wielokrotnie niższe (rzeczywisty 11-, a standaryzowany względem wieku 10-krotnie).

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%.



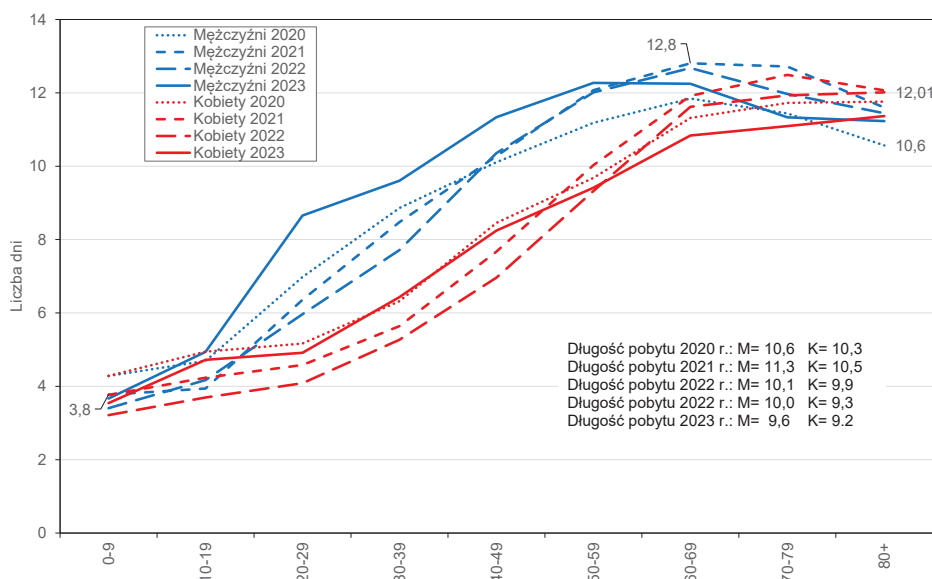
Ryc. 4.15. Struktura wieku pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 w latach 2020-2023, według płci (dane: NIZP PZH – PIB)

W całym analizowanym okresie hospitalizowani mężczyźni byli przeciętnie młodszy 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).

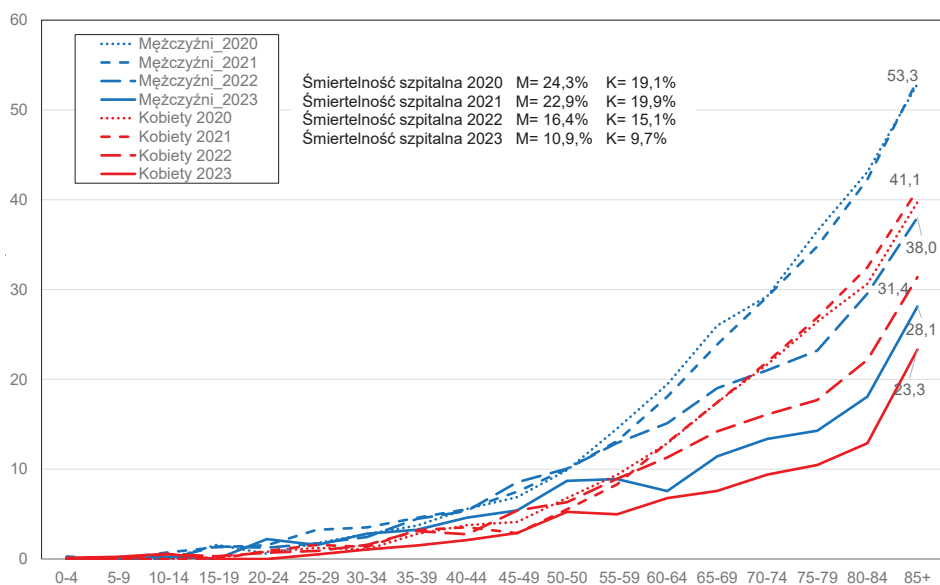


Ryc. 4.16. Długość pobytu w szpitalu pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 według płci i wieku w latach 2020-2023 (dane: NIZP PZH – PIB)

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. Zmniejszyły 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.

5. WYBRANE PROBLEMY CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA W POLSCE

**Marek Gierlotka^{1,2,3,4}, Mariusz Gąsior^{5,6,7,8}, Daniel Cieśla⁸, Daniel Rabczenko,
Jakub Stokwiszewski, Bogdan Wojtyniak**

(¹Klinika i Oddział Kardiologii, ²Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, ³Instytut
Nauk Medycznych, ⁴Uniwersytet Opolski, ⁵III Katedra Kardiologii, ⁶Wydział Nauk
Medycznych w Zabrze, ⁷Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ⁸Śląskie Centrum
Chorób Serca w Zabrze)

W poprzednim Raporcie¹ przedstawiliśmy wpływ pierwszego roku pandemii COVID-19 na funkcjonowanie opieki zdrowotnej w zakresie chorób układu krążenia i zmiany trendów umieralności i chorobowości z powodu tych chorób. Pogorszeniu uległa opieka nad pacjentami z ChUK, zmniejszyła się liczba hospitalizacji, porad ambulatoryjnych, wykonywanych zabiegów w zakresie kardiologii inwazyjnej, elektrofizjologii kardiochirurgii.

Po pandemii, w latach 2022 i 2023, nastąpiła stopniowa odbudowa opieki kardiologicznej i próba nadrobienia zaległości powstałych w czasie pandemii – zjawisko określane mianem „spłaty długu zdrowotnego”. Liczba świadczeń kardiologicznych wzrastała, próbując zaspokoić narosłe potrzeby pacjentów. Mimo tych pozytywnych trendów, w niektórych obszarach ilość udzielonych świadczeń wciąż nie dorównała tym sprzed pandemii. Przed systemem opieki zdrowotnej stanęły nowe wyzwania, związane z długoterminowymi skutkami COVID-19 oraz koniecznością adaptacji modeli opieki.

¹ Feusette P, Gierlotka M, Gąsior M, Rabczenko D, Stokwiszewski J, Wojtyniak B.: „Choroby kardiologiczne w okresie pandemii COVID-19 w Polsce” w Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022

Umieralność z powodu chorób układu krążenia w okresie wygasania pandemii COVID-19

Choroby układu krążenia (ChUK) od drugiej połowy XX wieku stanowią główny problem zdrowotny i główną przyczynę zgonów w Polsce i w zdecydowanej większości krajów UE. Według analiz przeprowadzonych w ramach projektu Global Burden of Disease 2021 r. w 2019 r. ChUK były odpowiedzialne za 22% ogółu utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) i 33% utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu². Do 2019 r. poziom umieralności z powodu ChUK mierzony standaryzowanym współczynnikiem zgonów obniżał się (patrz rozdział 3) ale lata pandemii COVID-19 zaburzyły ten trend. Analizę szeregów czasowych współczynników zgonów oraz szacowanie odchyień umieralności z powodu ChUK w 2022 r. i 2023 r. w stosunku poziomu oczekiwanego na podstawie wcześniejszego trendu przeprowadzono zgodnie z metodą omówioną w rozdziale 3.

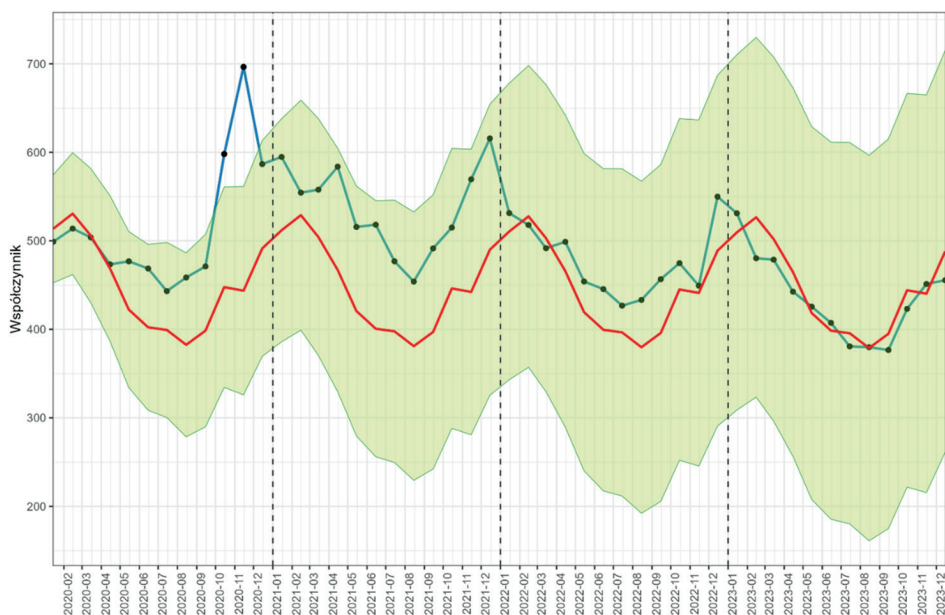
Tabela 5.1. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (wart. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (wart. ocz.) i ich względna różnica (%) wg województw w latach 2022-2023 (obliczenia własne)

Województwo	2022			2023		
	Wart. obs.	Wart. ocz.	%	Wart. obs.	Wart. ocz.	%
Dolnośląskie	605,9	389,9	56,4	543,9	388,0	41,2
Kujawsko-pomorskie	436,5	430,6	1,7	400,8	429,1	-6,6
Lubelskie	558,5	501,8	11,5	529,5	501,4	5,6
Lubuskie	568,7	388,8	47,9	489,9	388,6	26,7
Łódzkie	417,6	455,5	-8,1	380,3	454,1	-15,9
Małopolskie	501,1	512,2	-2,0	453,8	512,0	-11,4
Mazowieckie	363,1	309,2	19,3	355,4	299,3	19,6
Opolskie	461,0	473,3	-1,9	454,3	472,0	-3,2
Podkarpackie	528,4	450,1	17,9	494,3	449,8	10,5
Podlaskie	557,1	485,7	14,7	460,9	484,5	-4,8
Pomorskie	487,0	503,9	-3,5	411,3	503,9	-18,4
Śląskie	512,9	500,5	3,1	451,3	500,7	-9,6
Świętokrzyskie	514,9	559,8	-7,4	493,6	559,3	-11,8
Warmińsko-mazurskie	429,2	420,4	2,8	422,6	419,2	0,5
Wielkopolskie	389,7	445,4	-12,3	361,8	444,2	-18,5
Zachodniopomorskie	510,9	558,7	-8,3	434,5	557,7	-22,2
Polska	477,5	447,8	7,1	436,1	446,8	-2,3

² Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Result Tool, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, dostęp: 10.10.2022

W tabeli 5.1 przedstawiono wartości obserwowane standaryzowanego współczynnika zgonów (wart. obs.) oraz oszacowania wartości oczekiwanych (wart. ocz.) i procentu nadwyżki (ewentualnie obniżenia) współczynników zgonów z powodu ChUK w Polsce i poszczególnych województwach w latach 2022 i 2023. O ile w 2022 r. w skali całego kraju i w 9 województwach poziom umieralności był wciąż wyższy od oczekiwanego na podstawie przedpandemicznego trendu zmian współczynników zgonów, to w 2023 r. umieralność ogólnopolska oraz w 10 województwach była już niższa od oczekiwanej. Zwraca uwagę utrzymująca się znaczna nadwyżka umieralności w woj. dolnośląskim i lubuskim a w trochę mniejszym stopniu również woj. mazowieckim.

W 2023 r. już w większości miesięcy poziom umieralności był niższy od oczekiwanego natomiast jeszcze w 2022 r. ta korzystna sytuacja występowała tylko w lutym i marcu (ryc. 5.1).



Ryc. 5.1. Miesięczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020-2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)

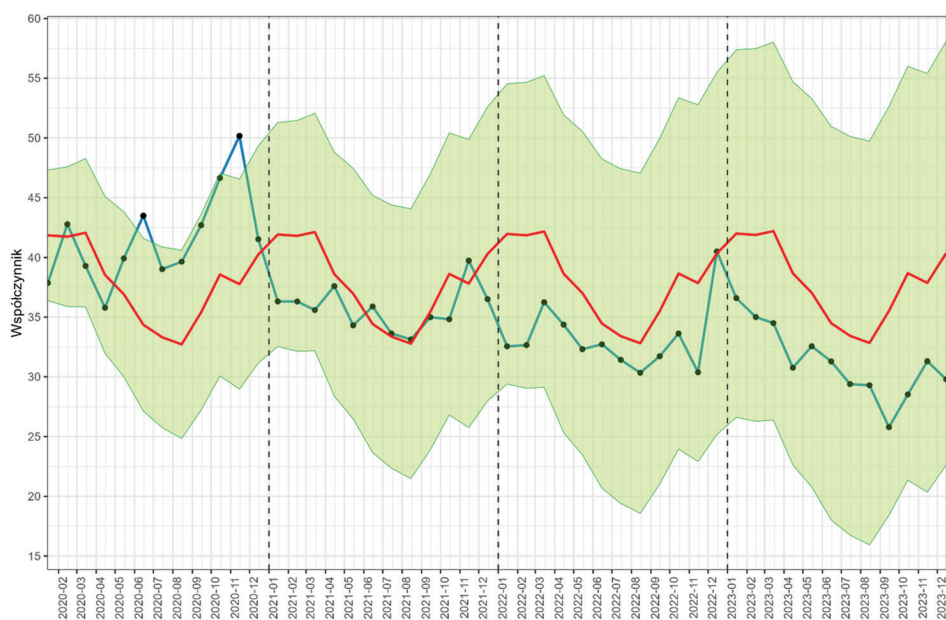
Odchylenia obserwowanych współczynników zgonów z powodu ogółu ChUK od ich wartości oczekiwanych były dosyć zbliżona wśród mężczyzn (4,7% i -4,2%

odpowiednio w 2022 r. i 2023 r.) i kobiet (8,5% i -1,1%). Obserwuje się znaczne różnice w nadwyżce zgonów w zależności od konkretnej podgrupy ChUK (tabela 5.2).

Tabela 5.2. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (wart. obs.) z powodu wybranych podgrup ChUK oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (wart. ocz.) i ich względna różnica (%) dla mężczyzn i kobiet w latach 2022-2023 (obliczenia własne)

Przyczyna zgonu	2022			2023		
	Wart. obs.	Wart. ocz.	%	Wart. obs.	Wart. ocz.	%
	Ogółem					
ChUK (I00-I99)	477,5	447,8	7,1	436,1	446,8	-2,3
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	38,1	24,8	53,4	35,7	24,8	43,7
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	323,4	261,7	24,2	291,5	261,7	11,7
ChNS (I20-I25)	189,5	127,7	48,6	178,8	127,4	40,6
Zawał serca (I21-I22)	33,2	37,9	-12,0	31,2	37,9	-17,4
Zatorowość płucna (I26)	6,2	5,3	18,3	6,0	5,3	13,1
ChNM (I60-I69)	94,4	84,9	11,5	87,6	84,9	3,2
Miażdżyca (I70)	43,0	78,0	-44,6	41,1	77,7	-47,3
	Mężczyźni					
ChUK (I00-I99)	584,1	559,8	4,7	534,7	558,8	-4,2
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	42,4	27,6	53,5	38,8	27,6	40,1
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	406,0	351,0	16,1	364,3	351,0	4,0
ChNS (I20-I25)	242,8	176,3	38,0	226,9	175,8	29,3
Zawał serca (I21-I22)	50,0	53,0	-5,2	45,7	52,8	-13,1
Zatorowość płucna (I26)	7,4	6,1	21,5	6,9	6,1	14,1
ChNM (I60-I69)	109,5	98,5	11,4	103,2	98,0	5,3
Miażdżyca (I70)	46,6	81,9	-42,9	46,4	81,7	-43,2
	Kobiety					
ChUK (I00-I99)	397,2	368,0	8,5	362,8	367,6	-1,1
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	33,8	23,4	44,5	32,2	23,5	37,0
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	262,7	200,1	32,3	238,6	200,1	19,8
ChNS (I20-I25)	151,4	93,6	62,2	144,7	93,5	55,3
Zawał serca (I21-I22)	21,0	24,2	-12,9	20,6	24,1	-13,9
Zatorowość płucna (I26)	5,3	4,7	14,0	5,2	4,7	10,6
ChNM (I60-I69)	81,7	71,5	14,7	75,0	71,1	5,4
Miażdżyca (I70)	39,8	73,7	-45,6	37,0	73,3	-49,7

Największa względna nadwyżka umieralności wciąż występuje w przypadku choroby nadcisnieniowej oraz choroby niedokrwiennej serca (ChNS) przy czym nadwyżka umieralności z powodu ChNS nie wynika z umieralności z powodu zawału serca, której poziom był niższy od oczekiwanego zarówno w 2022 r. jak i 2023 r. (ryc. 5.2). Może to być częściowy artefakt związany ze zmianami w kodowaniu przyczyn zgonu na co pośrednio wskazuje znacznie rzadsze przypisywanie zgonów miażdżycy.



Ryc. 5.2. Miesięczne współczynniki zgonów z powodu zawału serca w Polsce latach 2020-2023 (niebieska linia) oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) w latach 2020-2023 (obliczenia własne)

Odchylenia obserwowanych współczynników zgonów z powodu ChUK ogółem oraz w wyszczególnionych podgrupach wśród mieszkańców miast i wsi były na dosyć zbliżonym poziomie (tabela 5.3).

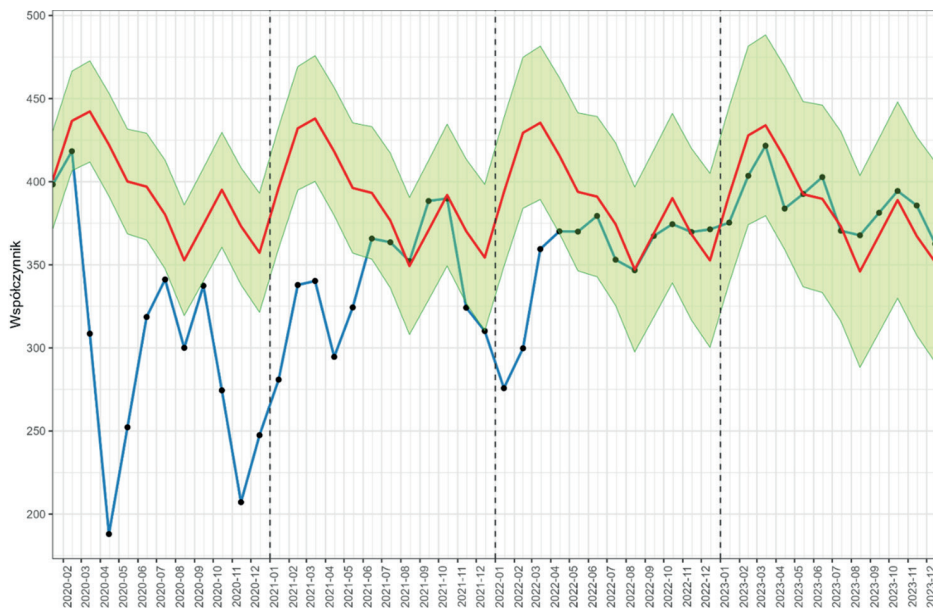
Tabela 5.3. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (wart. obs) z powodu wybranych podgrup ChUK oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (wart. ocz) i ich względna różnica (%) dla mieszkańców miast i wsi w latach 2022-2023 (obliczenia własne)

Przyczyna zgonu	2022			2023		
	Wart. obs	Wart. ocz	%	Wart. obs	Wart. ocz	%
Miasta						
ChUK (I00-I99)	444,8	411,7	8,5	407,4	410,9	-0,6
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	33,4	22,3	49,9	31,5	22,3	40,7
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	299,6	239,7	25,8	270,8	239,7	13,4
ChNS (I20-I25)	176,0	123,0	43,4	168,4	122,9	37,4
Zawał serca (I21-I22)	33,4	37,1	-9,6	31,4	37,0	-14,9
Zatorowość płucna (I26)	6,4	5,3	23,7	6,0	5,2	14,6
ChNM (I60-I69)	89,7	78,9	14,1	84,1	78,5	7,1
Miażdżyca (I70)	39,3	66,4	-40,4	37,2	65,7	-43,2
Wieś						
ChUK (I00-I99)	538,2	515,9	4,6	490,2	515,4	-4,9
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	46,8	30,5	53,1	43,6	30,5	42,6
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	367,5	302,0	22,1	330,9	301,9	9,7
ChNS (I20-I25)	214,6	138,3	55,2	198,5	138,3	43,7
Zawał serca (I21-I22)	33,0	35,9	-7,6	31,0	35,7	-13,0
Zatorowość płucna (I26)	5,9	5,6	6,1	6,0	5,6	8,4
ChNM (I60-I69)	103,1	92,1	12,2	94,1	91,6	2,7
Miażdżyca (I70)	49,8	96,5	-48,2	48,3	96,4	-50,2

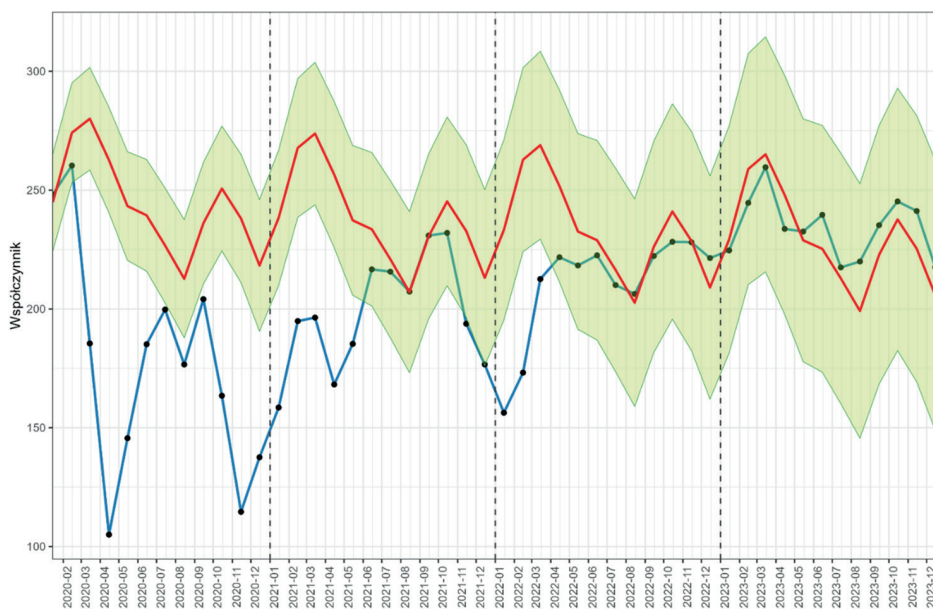
Hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia w okresie wygasania pandemii COVID-19

Przedstawiona poniżej analiza hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem odnosi się do lat 2021-2023, ale do szacowania wartości oczekiwanych wykorzystano szeregi czasowe współczynników hospitalizacji w latach 2010-2019 pochodzących z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadzonego przez NIZP PZH – PIB na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej.

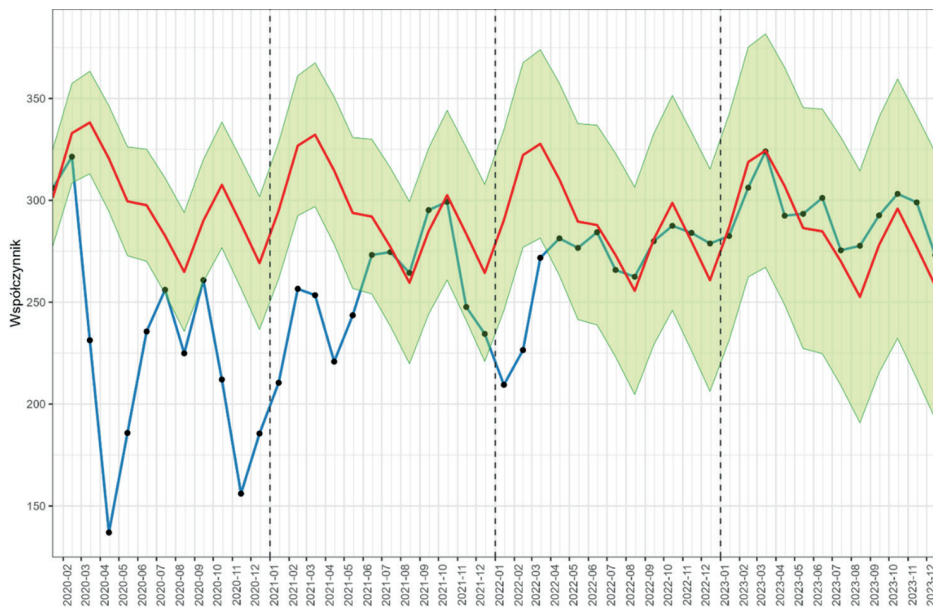
Na rycinach 5.3a-5.3d przedstawiono obserwowane oraz prognozowane (oczekiwane) standaryzowane współczynniki hospitalizacji z powodu ChUK mężczyzn i kobiet oraz mieszkańców miast i wsi w poszczególnych miesiącach lat 2020-2023.



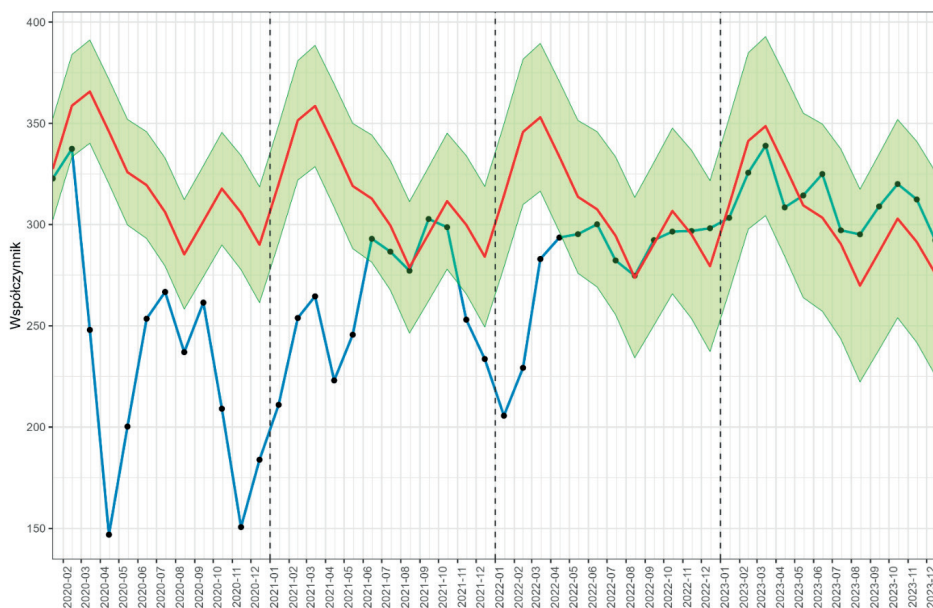
Ryc. 5.3a. Miesięczne standaryzowane współczynniki hospitalizacji mężczyzn (na 10 tys. ludności) z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020-2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)



Ryc. 5.3b. Miesięczne standaryzowane współczynniki hospitalizacji kobiet (na 10 tys. ludności) z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020-2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)



Ryc. 5.3c. Miesięczne standaryzowane współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast (na 10 tys. ludności) z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020-2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)



Ryc. 5.3d. Miesięczne standaryzowane współczynniki hospitalizacji mieszkańców wsi (na 10 tys. ludności) z powodu chorób układu krążenia ogółem (niebieska linia) w latach 2020-2023 oraz ich wartości oczekiwane (czerwona linia) wraz z 95% przedziałem ufności (zielony obszar) oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (obliczenia własne)

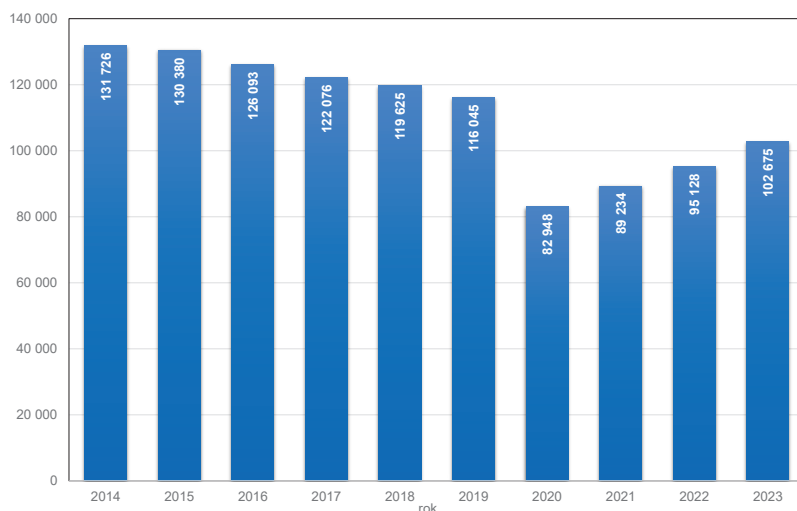
Obserwowane współczynniki hospitalizacji we wszystkich miesiącach w 2020 r. oraz w większości miesięcy lat 2021-2022 były niższe od oczekiwanych dla wszystkich analizowanych podpopulacji. W latach 2021-2022 Największe odchylenia (istotne statystycznie) występowały w początkowych miesiącach roku. Wskazuje to na wyraźne zaburzenie w tych latach zjawiska sezonowości w hospitalizacji chorób układu krążenia. Odpowiedź na pytanie o przyczynę i ewentualne skutki tej sytuacji wymaga odrębnych analiz.

Choroby układu krążenia w świetle danych Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD

Poniżej przedstawiamy zestawienia i analizy pochodzące zarówno z danych sprawozdawczych do NFZ z terenów wybranych województw (śląskiego, opolskiego i podlaskiego), w tym ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD i Opolskiej Bazy Chorób Cywilizacyjnych. W szczególności, Śląska Baza Sercowo-Naczyniowa SILICARD powstała z inicjatywy prof. Mariusza Gasióra i obejmuje wszystkie zdarzenia medyczne raportowane do NFZ pacjentów z chorobami układu krążenia z terenu województwa śląskiego od 2009 r., podobnie, Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych, która powstała z inicjatywy prof. Marka Gierlotki, gromadziła podobne dane z terenu województwa opolskiego ale niestety nie objęła już okresu popandemicznego.

Według danych pochodzących z Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowa – SILICARD liczba hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w województwie śląskim w okresie marzec – grudzień 2019 – marzec grudzień 2020 r. zmniejszyła się blisko o 34%³. Spadek liczby hospitalizacji był widoczny najbardziej w miesiącach, w których zanotowano największą liczbę zakażeń na COVID-19. Po tym wyraźnym spadku w 2020 r. (ok. 83 tys. hospitalizacji) w porównaniu do lat poprzedzających (ok. 116 tys. w 2019 r.), w 2021 r. nastąpił niewielki wzrost (ok. 89 tys.), a w latach 2022 (ok. 95 tys.) i 2023 (ok. 103 tys.) obserwowano dalszą, bardziej dynamiczną odbudowę (ryc. 5.4). Tym niemniej liczba hospitalizacji nie osiągnęła poziomu z lat przed pandemią.

³ Feusette P, Gierlotka M, Gasiór M, Rabceńko D, Stokwiszewski J, Wojtyniak B.: „Choroby kardiologiczne w okresie pandemii COVID-19 w Polsce” w Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022



Ryc. 5.4. Liczba hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

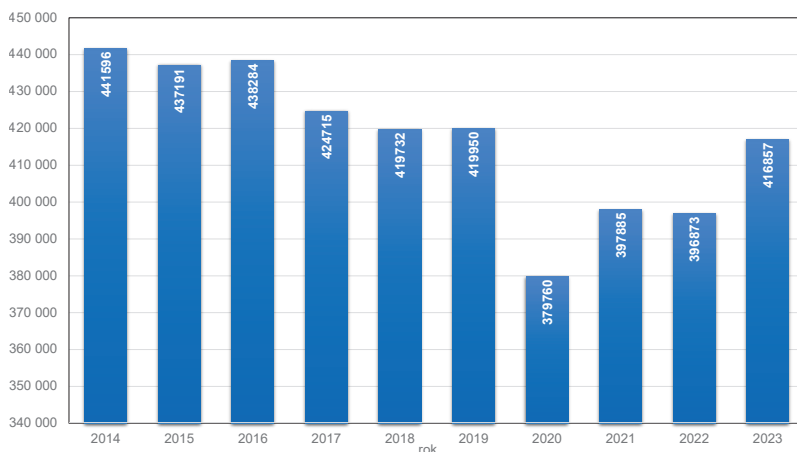
Dane Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowa SILICARD wskazują na spadek łącznej liczby porad (stacjonarnych i teleporad) w 2020 r. (ok. 380 tys.) w porównaniu do 2019 (ok. 420 tys.). W latach 2021-2022 liczba porad utrzymywała się na podobnym, nieco wyższym poziomie (ok. 397-398 tys.), by w 2023 r. wzrosnąć do ok. 417 tys., zbliżając się do poziomu sprzed pandemii. W 2020 r. teleporady stanowiły aż 35% wszystkich wizyt. W kolejnych latach ich udział systematycznie malał (14% w 2021, 5% w 2022, 4% w 2023), a wizyty stacjonarne powracały do normalnego poziomu sprzed pandemii. Telemedycyna, choć jej rola znacząco zmalała po szczycie pandemii, pozostała jednak stałym elementem systemu opieki zdrowotnej (ryc. 5.5, 5.6).

Sytuacja w zakresie wybranych jednostek chorobowych w czasie i po pandemii COVID-19

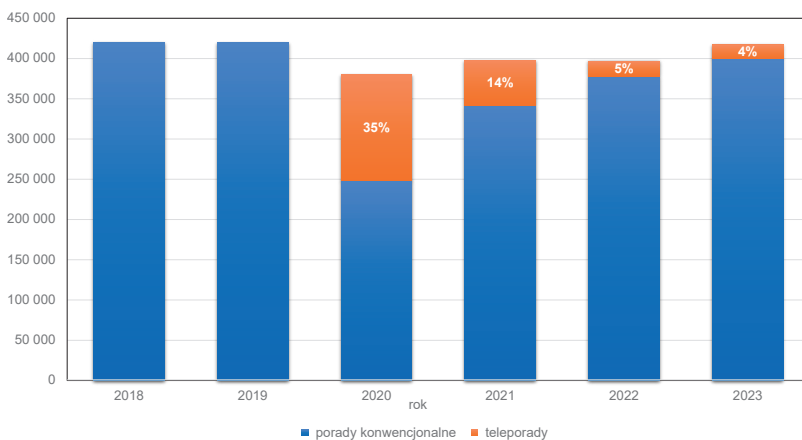
Ostry zawał serca w systemie ratownictwa medycznego

Liczba pacjentów i hospitalizacji z powodu zawału serca wg. danych pochodzących ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej była w 2020 r. o 25 % mniejsza niż w 2019 r. (ryc. 5.7). Przełożyło się to na mniejszą liczbę pacjentów włączonych

do programu skoordynowanej opieki po zawale serca KOS (spadek o 26%)⁴. Także wyniki leczenia zawału w 2020 r. były gorsze niż 2019 r. – śmiertelność wewnątrzszpitalna w 2020 r. była wyższa w porównaniu z 2019 r. o 34%. Na rycinie 5.7 widać, że od 2021 r. liczba hospitalizacji z powodu zawału stopniowo wzrastała do poziomu sprzed pandemii.

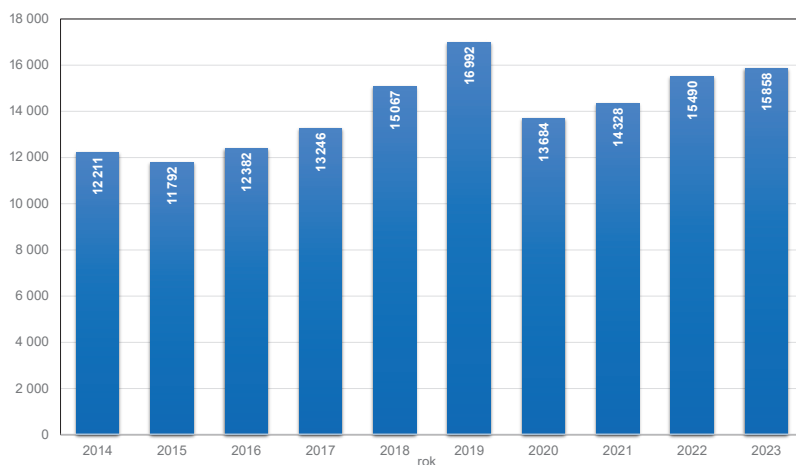


Ryc. 5.5. Liczba wizyt w poradni kardiologicznej (w tym teleporady) w województwie śląskim w latach 2014-2023



Ryc. 5.6. Rozkład rodzaju porady w poradni kardiologicznej w województwie śląskim w latach 2018-2023 r. (dane SILICARD)

⁴ Feusette P, Gierlotka M, Gąsior M, Rabczenko D, Stokwiszewski J, Wojtyniak B.: „Choroby kardiologiczne w okresie pandemii COVID-19 w Polsce” w Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022, NIZP PZH – PIB, Warszawa 2022



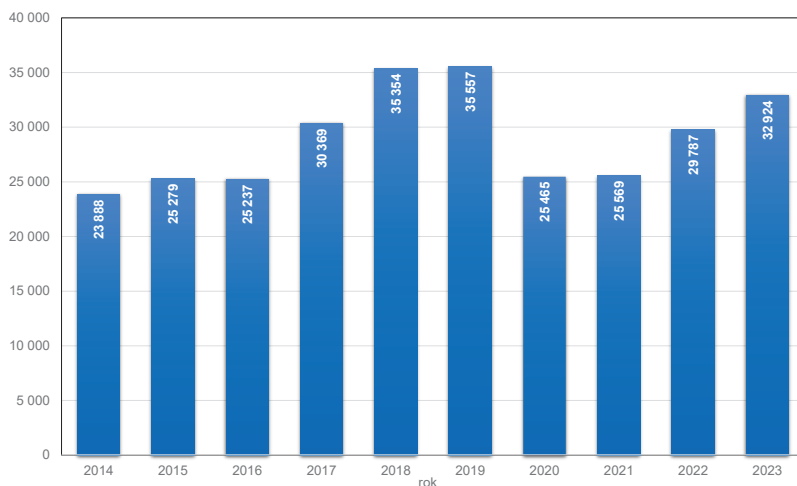
Ryc. 5.7. Liczba hospitalizacji osób z zawałem serca w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

Niewątpliwym sukcesem polskiej kardiologii jest program skoordynowanej opieki po zawale serca (MACAMIS) KOS- zawał. Program ten przyczynił się do znaczącej poprawy rokowania u chorych po zawale serca. W okresie epidemii liczba chorych, którzy zostali włączeni do programu KOS-zawał był zdecydowanie niższa niż w okresie przed pandemią. Co niewątpliwie przełożyło się na gorsze ich rokowanie.

Niewydolność serca

Wg danych Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca w analizowanym okresie 2020 r. była o 33% niższa niż w 2019 r. (ryc. 5.8). Z kolei śmiertelność wewnątrzszpitalna pacjentów z niewydolnością serca była o 16% większa porównując 2020 r. z 2019 r.. Podobnie jak w przypadku zawału serca, po pandemii liczba hospitalizacji stopniowo wróciła do poziomu z lat 2017-2019.

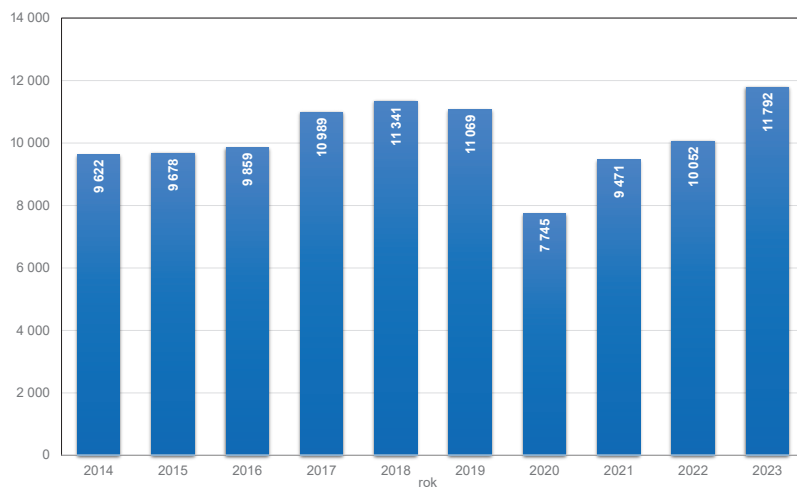
Podobnych informacji, jak SILICARD, dotyczących chorych z niewydolnością serca, dostarczała Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych. W 2020 r. zanotowano o ponad 21% mniejszą liczbę hospitalizacji z powodu niewydolności serca w porównaniu z 2019 r. Porównując 2019 r. z 2020 r. zmniejszyła się również liczba chorych z niewydolnością serca, którzy byli hospitalizowani. Natomiast w 2020 r. zanotowano zwiększoną liczbę zgonów chorych z rozpoznaną niewydolnością serca. Wyniki Opolskiej Bazy Chorób Cywilizacyjnych blisko korespondują z wyniki Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD, pomimo niewątpliwych różnic w strukturze demograficznej obu województw.



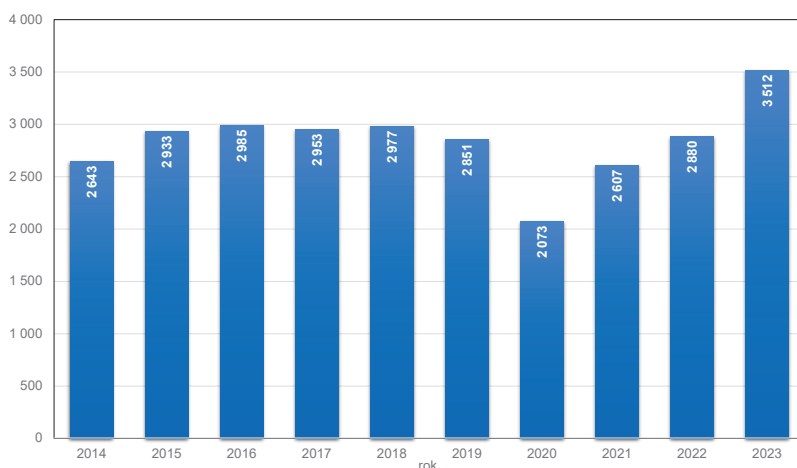
Ryc. 5.8. Liczba hospitalizacji osób z niewydolnością serca w województwie śląskim wg miesięcy w 2019 r. i 2020 r. i w latach 2014–2023 (dane SILICARD)

Migotanie przedsionków, stenoz aortalna

Śląska Baza SILICARD dostarcza także danych dotyczących innych chorób układu krążenia w ostatnich latach. W analizowanym okresie w 2020 r. zanotowano spadek hospitalizacji z powodu migotania przedsionków o 37% (ryc. 5.9) i także spadek o 32% liczby hospitalizacji z powodu stenozy aortalnej (ryc. 5.10).



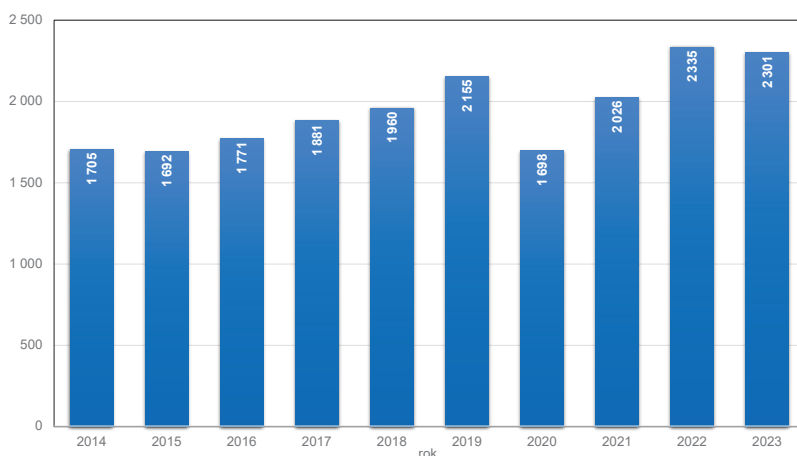
Ryc. 5.9. Liczba hospitalizacji z powodu migotania przedsionków w województwie śląskim w latach 2014–2023 (dane SILICARD)



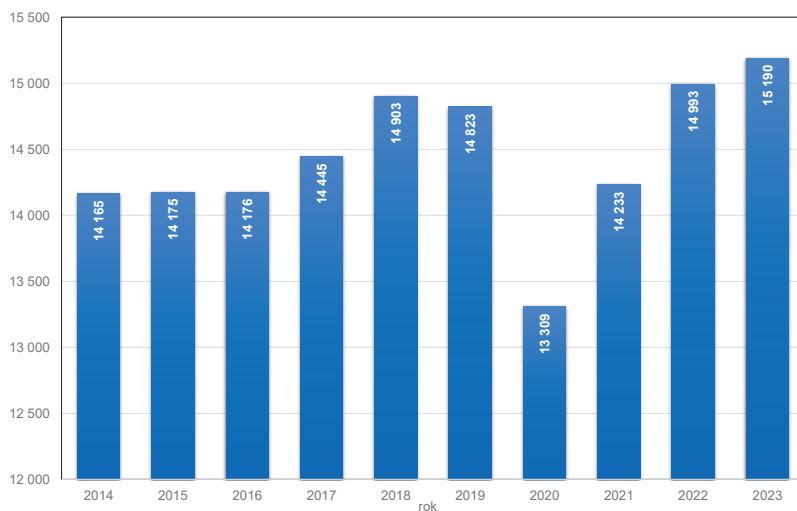
Ryc. 5.10. Liczba hospitalizacji z powodu stenozy aortalnej w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

Co ciekawe, po okresie pandemii zaobserwowano szybki wzrost liczby hospitalizacji z tych obu przyczyn do poziomów przekraczających te sprzed pandemii. Z jednej strony świadczy to o skutecznym „odpracowaniu” przez kardiologów długu zdrowotnego w tych jednostkach chorobowych, z drugiej zaś o zwiększonej chorobowości z powodu migotania przedsionków i zwężenia zastawki aortalnej w ostatnich latach.

Ostry zator tętnicy płucnej, udar mózgu



Ryc. 5.11. Liczba hospitalizacji z powodu zatorowości płucnej w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)



Ryc. 5.12. Liczba hospitalizacji z powodu udaru OUN wg miesięcy w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

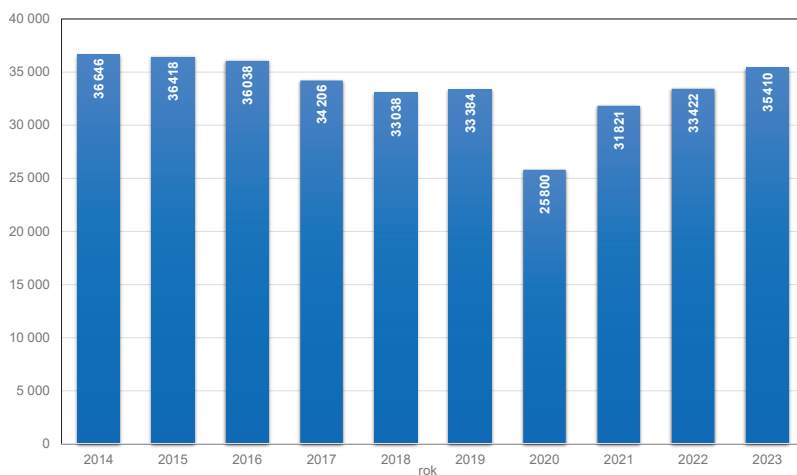
W 2020 r. w porównaniu do 2019 r. zanotowano spadek liczby hospitalizacji z powodu zatorowości płucnej o 22% (ryc. 5.11) i z powodu udaru mózgu o 26% (ryc. 5.12), który w następnych latach został wyrównany. Należy zwrócić uwagę na zdecydowanie wyższą częstość hospitalizacji z powodu zatoru tętnicy płucnej w latach 2022 i 2023 w porównaniu do lat sprzed pandemii.

Wybrane procedury wykonywane w chorobach układu krążenie

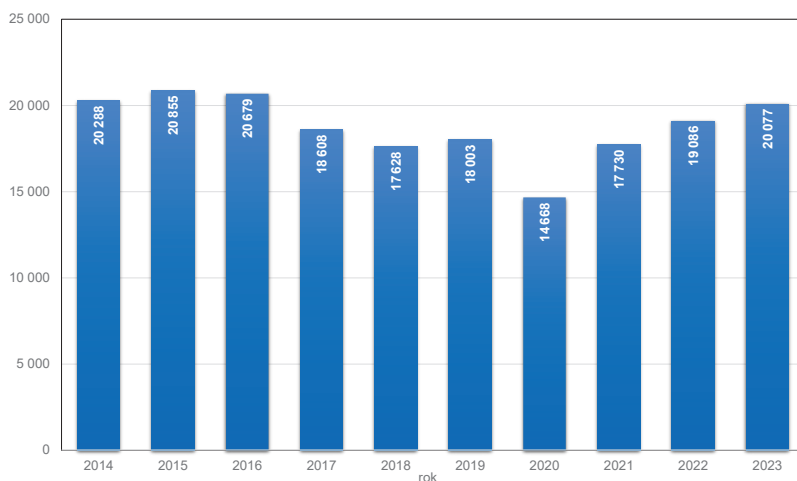
Poniżej na ryc. 5.13 – 5.19 pokazano zmiany jakie zachodziły w latach 2014-2023 w liczbie wybranych procedur wykonywanych w chorobach układu krążenia. Pierwszy rok pandemii COVID-19 to także okres spadku liczby wykonywanych procedur kardiologicznych. Według danych pochodzących ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD, porównujących 2020 r. z 2019 r. liczba koronarografii spadła w 2020r o 29% (ryc. 5.13) a angioplastyk wieńcowych o 24% (ryc. 5.14). W zakresie elektrofizjologii zanotowano spadek wykonywanych procedur o 18% (ryc. 5.15, 5.16, 5.17). 2020 r. to także czas spadku liczby hospitalizacji kardiologicznych. Liczba hospitalizacji celem CABG była mniejsza o 28% (ryc. 5.18) a w zakresie zabiegów na zastawkach serca o 19% (ryc. 5.19). Po okresie pandemii, w latach 2022-2023, obserwuje się sukcesywne zwiększanie liczby wykonywanych

procedur kardiologicznych, co jest kluczowym elementem „spłaty długu zdrowotnego”. W niektórych obszarach (np. ablacje, rozruszniki) liczby te przekroczyły poziomy sprzed pandemii, co może wynikać zarówno z nadrabiania zaległości, jak i z postępu technologicznego oraz rosnących potrzeb populacji. W innych (np. CABG, PCI) powrót do poziomów sprzed 2019 r. jest wolniejszy lub niepełny.

Hemodynamika

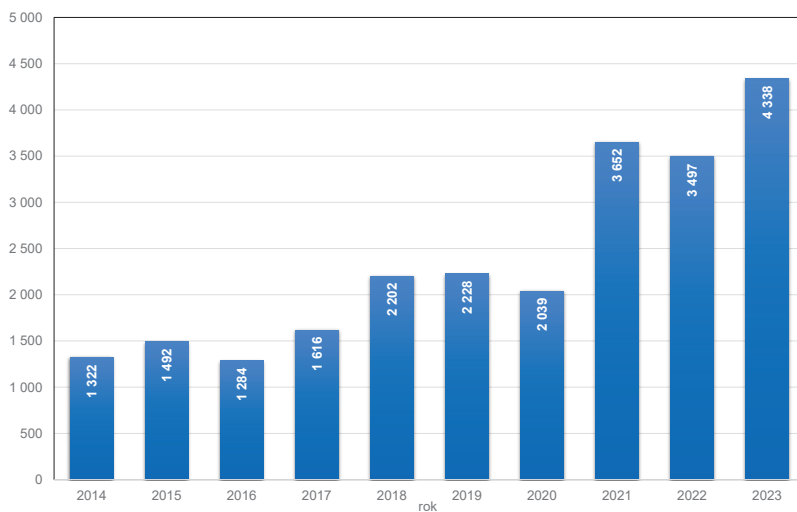


Ryc. 5.13. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia koronarografii w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

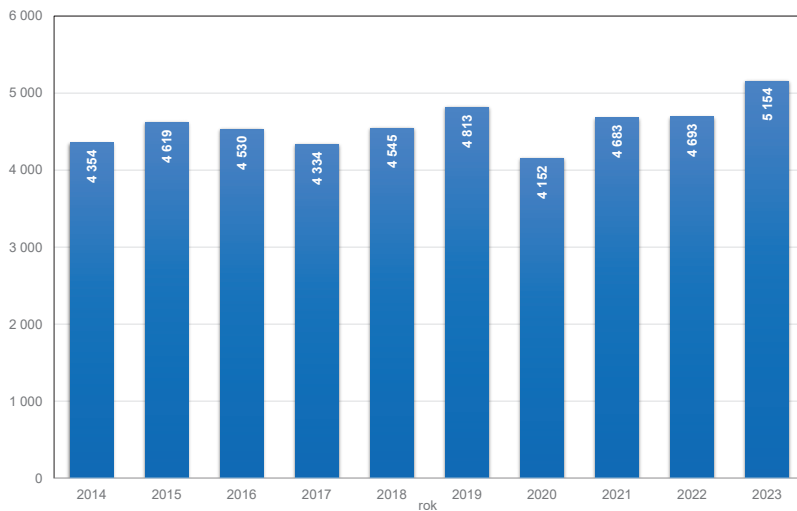


Ryc. 5.14. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia PCI w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

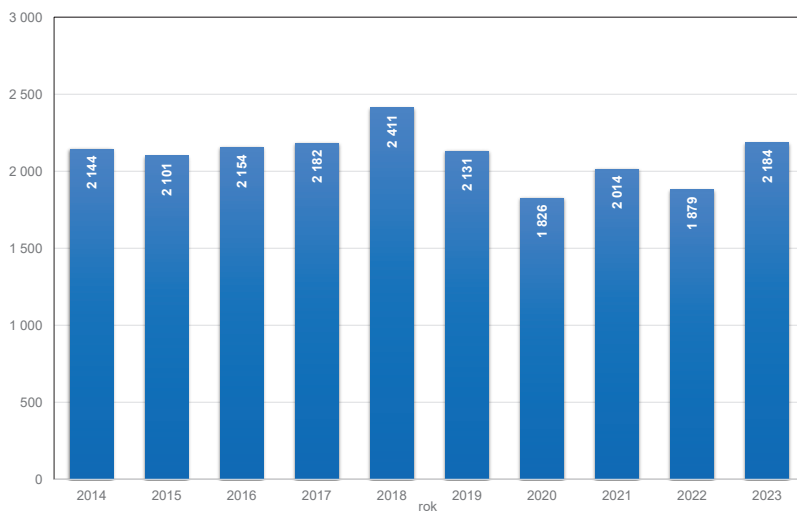
Elektrofizjologia



Ryc. 5.15. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia ablacji w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

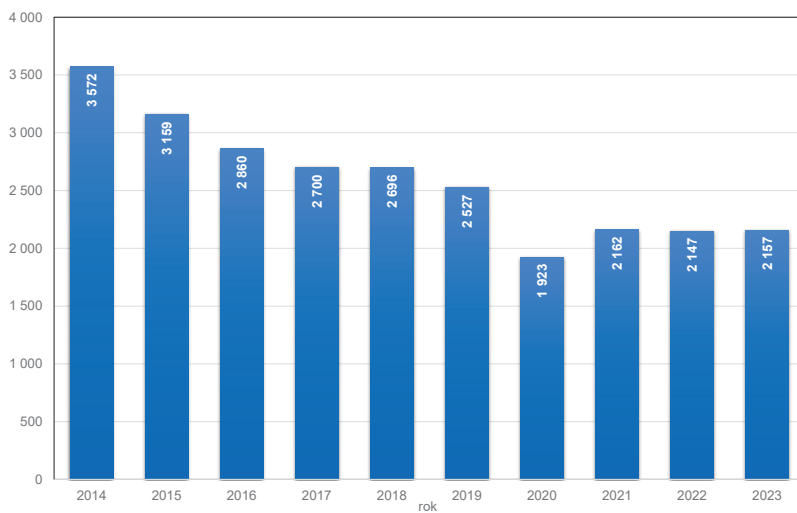


Ryc. 5.16. Liczba hospitalizacji celem wszczepienia rozrusznika serca w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

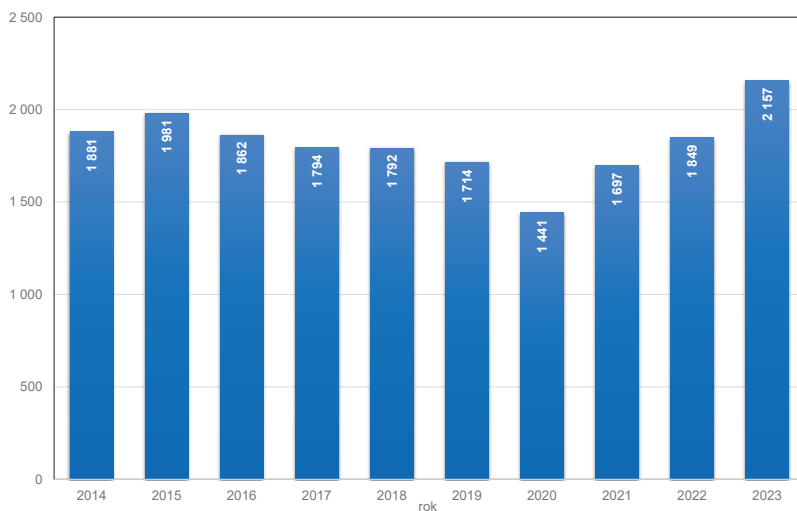


Ryc. 5.17. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia ICD/BIV w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

Kardiochirurgia



Ryc. 5.18. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia CABG w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)



Ryc. 5.19. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia zabiegu zastawkowego w województwie śląskim w latach 2014-2023 (dane SILICARD)

Odbudowa Długu Zdrowotnego w Kardiologii

Dług zdrowotny w kardiologii odnosi się do skumulowanej liczby opóźnionych lub pominiętych konsultacji, badań diagnostycznych (np. echokardiogramów, testów wysiłkowych) i zabiegów interwencyjnych (np. PCI, wszczepienia rozruszników). „Spłacenie” tego długu jest niezwykle ważne dla zdrowia polskiego społeczeństwa. Chodzi o to, aby zapobiec progresji chorób sercowo-naczyniowych, zmniejszyć ryzyko ostrych incydentów sercowo-naczyniowych (takich jak zawały serca i udary mózgu) oraz poprawić jakość życia pacjentów. Dług zdrowotny w kardiologii to nie tylko kwestia zaległości, ale także potencjalny wzrost przyszłych zdarzeń sercowo-naczyniowych i potrzeb opieki zdrowotnej, jeśli nie zostaną podjęte odpowiednie działania prewencyjne.

Precyzyjne określenie długu zdrowotnego w kardiologii jest trudne, ale dostępne dane i wskaźniki pozwalają na ocenę jego skali. Spadek liczby wykonanych procedur kardiologicznych w latach 2020-2021 w porównaniu z 2019 r. jest jednym z kluczowych wskaźników. Przykładowo, wg danych NFZ, liczba świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego – kardiologia, spadła w porównaniu do 2019 r. o 25%. W skali całego kraju, w zakresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych (angioplastyka wieńcowa PCI) spadek wyniósł 12%, a w niektórych typach

zabiegów elektrofizjologicznych sięgał 20%. Liczba wszczepionych stymulatorów serca zmniejszyła się o 20%.

Podjęto różne inicjatywy i strategie mające na celu odbudowę długu zdrowotnego w kardiologii. Jednym z kluczowych działań jest wdrażanie Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK), która ma na celu poprawę efektywności, koordynacji i jakości opieki kardiologicznej w Polsce. KSK ma zapewnić pacjentom opiekę według jednolitych standardów, od diagnostyki po rehabilitację i opiekę długoterminową. Wykorzystanie środków z Krajowego Planu Odbudowy (KPO) jest kolejnym ważnym elementem strategii odbudowy. KPO przewiduje inwestycje w modernizację infrastruktury medycznej i poprawę dostępu do usług, w tym w obszarze kardiologii.

6. TRENDY ZACHOROWAŃ NA NOWOTWORY W POLSCE

Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska, Urszula Sulkowska
(Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy
Instytut Badawczy)

W Polsce źródłem wiedzy o zachorowaniach na nowotwory są dane gromadzone w Krajowym Rejestrze Nowotworów (KRN), którego podwaliny powstały w 1952 r. KRN działa na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz. U. 2018 poz. 1197). Dane dotyczące zachorowań na nowotwory są dostępne od połowy lat 60 XX wieku¹. Od 1979 r. publikowane są roczne raporty poświęcone sytuacji epidemiologicznej w zakresie nowotworów, a od 1999 r. dane dotyczące zachorowań są udostępniane przez Krajowy Rejestr Nowotworów również na stronie internetowej².

Choroby nowotworowe stale towarzyszą ludzkiej populacji – pierwsze wzmianki o zachorowaniach u ludzi pochodzą sprzed ponad 3000 lat p.n.e., a opisy występowania guzów piersi znajdują się w Kodeksie Hammurabiego (1950 r. p.n.e.) czy w papirusie George’a Ebersa (ok. 1660 r. p.n.e.)³. Współcześnie problem chorób nowotworowych jest wyzwaniem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym na całym świecie, bez względu na poziom zamożności kraju.

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe na świecie w 2022 r. została oszacowana przez międzynarodowy zespół ekspertów na niemal 20 milionów⁴, z czego ponad 1/5 przypada na Europę. Najczęściej diagnozowanym

¹ Koszarowski T., Gadomska H., Wronkowski Z., Romejko M.: Nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1952-1982. Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1987

² <http://onkologia.org.pl/>

³ Berner J. Rak piersi od starożytności do współczesności. NOWOTWORY Journal of Oncology 2012, 62 (1), 42–48.

⁴ Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Dostępne: <https://gco.iarc.who.int/today>, dostęp 12.02.2025.

nowotworem mężczyzn w Europie jest rak gruczołu krokowego (20%), kobiet rak piersi (26%)⁴.

W XX wieku w Polsce miało miejsce tzw. przejście demograficzne charakteryzujące się powolną zmianą struktury wiekowej populacji wynikającą ze spadku współczynnika płodności kobiet, opóźnienia wieku urodzenia pierwszego i kolejnych dzieci, spadkiem przyrostu naturalnego oraz wzrostem średniej długości życia. W XXI wieku tendencje te uległy przyspieszeniu, co doprowadziło do powiększenia liczby osób starszych (po 65. r. ż.) w społeczeństwie (7,5 mln w 2023 r.) i zwiększenia ich udziału w populacji generalnej (20,1% w 2023 r.). Procesy demograficzne i zdrowotne w Polsce występowały z pewnym opóźnieniem w stosunku do obserwowanych w rozwiniętych krajach Europy Zachodniej, jednak obecnie także w Polsce dominującym problemem zdrowotnym stały się choroby przewlekłe, w tym nowotworowe.

W ostatnim półwieczu epidemiologia nowotworów w Polsce wśród mężczyzn była kształtowana przez trzy lokalizacje – raka żołądka, który dominował do początku lat 70 XX wieku; raka płuca, którego częstość wzrastała do połowy lat 90 XX wieku i raka gruczołu krokowego, który od 2016 r. jest najczęstszym nowotworem mężczyzn (tabela 6.1). Wśród kobiet do początku lat 70 XX wieku najczęstszym nowotworem był rak szyjki macicy, jednak spadek częstości występowania tego nowotworu i szybki wzrost zachorowalności na raka piersi doprowadziły do zmian. Najczęstszymi nowotworami kobiet stały się nowotwory piersi, jelita grubego i płuca (tabela 6.1).

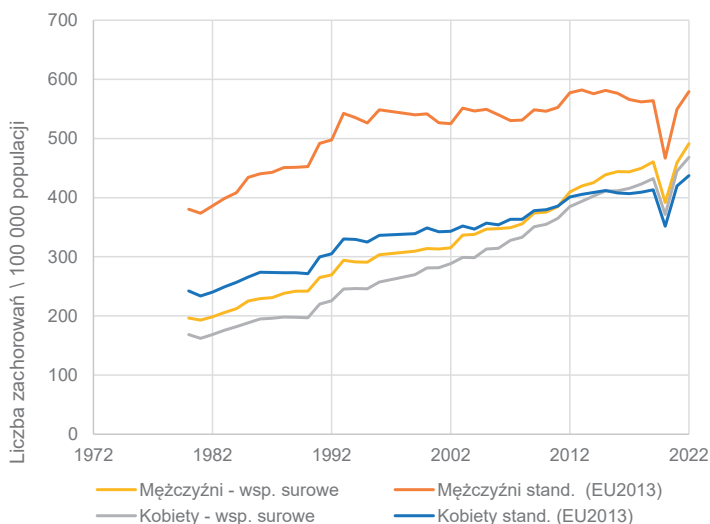
Tabela 6.1 Zachorowania na najczęstsze nowotwory w Polsce w 1980 r. i 2022 r.

MĘŻCZYŹNI	1980				2022			
	Liczba	%	wsp. surowy	wsp. stand. (ESP2013)	Liczba	%	wsp. surowy	wsp. stand. (ESP2013)
Ogółem	34 074		196,6	380,4	89 794	100,0	491,2	579,2
żołądek	4 847	15,8	28,0	58,4	3 008	3,3	16,5	19,7
jelito grube	2 288	7,4	13,2	26,9	10 474	11,7	57,3	68,6
płuca	9 041	29,4	52,2	49,3	12 286	13,7	67,2	78,3
czerniak skóry	265	0,9	1,5	2,5	1 925	2,1	10,5	12,2
gruczoł krokowy	1 731	5,6	10,0	26,5	20 961	23,3	114,7	134,8
nerka	713	2,3	2,5	3,5	3 298	3,7	18,0	20,0
pęcherz moczowy	268	0,9	8,1	17,4	5 154	5,7	28,2	34,9

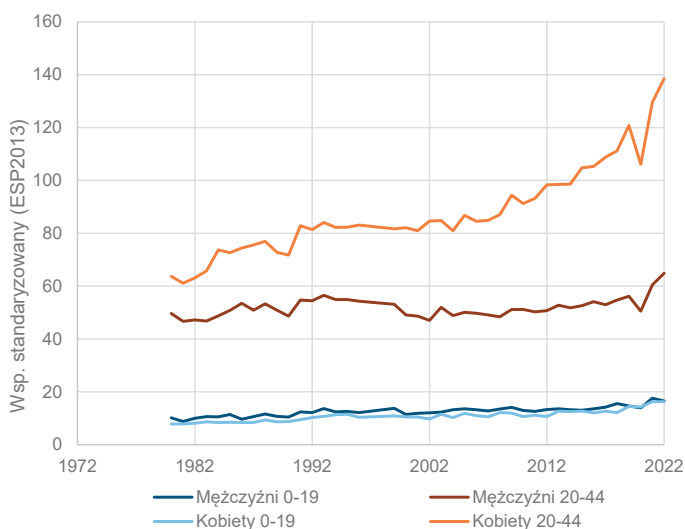
KOBIECY	1980				2022			
	Liczba	%	wsp. surowy	wsp. stand. (ESP2013)	Liczba	%	wsp. surowy	wsp. stand. (ESP2013)
Ogółem	30 746		168,5	242,2	91 506	100,0	468,2	437,2
żołądek	2 723	8,9	14,9	23,5	1 908	2,1	9,8	9,1
jelito grube	2 432	7,9	13,3	20,4	8 774	9,6	44,9	41,5
płuco	1 503	4,9	8,2	6,0	8 453	9,2	43,2	39,2
czerniak skóry	346	1,1	1,9	2,5	2 103	2,3	10,8	10,1
piers	5 144	16,7	28,2	38,3	21 554	23,6	110,3	103,9
trzon macicy	1 827	5,9	10,0	14,1	5 995	6,6	30,7	28,6
szyjka macicy	3 532	11,5	19,4	25,3	2 267	2,5	11,6	11,0
jajnik	1 728	5,6	9,5	12,4	3 559	3,9	18,2	17,3

W ciągu ostatniego półwiecza (1980-2022) wśród mężczyzn nastąpił wzrost liczby zachorowań o ponad 55 tysięcy (34074 vs 89794), wśród kobiet o niemal 61 tysiące (30746 vs 91506). Wzrost liczby zachorowań wpłynął na wartość współczynników zachorowalności, zarówno surowych, jak i standaryzowanych według wieku. Wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe w początkowym okresie aż do początku lat 80 XX wieku należy wiązać przede wszystkim z poprawą kompletności rejestracji nowotworów złośliwych. W populacji mężczyzn od początku lat 80. trwa rosnąca tendencja zachorowalności mierzona surowym współczynnikiem zachorowalności, którego wartość w 2022 r. wynosiła 491/105. Standaryzowane⁵ współczynniki zachorowalności mężczyzn charakteryzowały się szybkim wzrostem w okresie 1980-1995. Po 1995 r. tempo wzrostu znacznie osłabło i zachorowalność mierzona współczynnikami standaryzowanymi w latach 1995-2022 wzrosła z 548/105 do 579/105. W populacji kobiet zachorowalność mierzona zarówno współczynnikiem surowym, jak i standaryzowanym charakteryzuje się tendencją rosnącą, która od początku lat 90 ubiegłego wieku znacząco przyspieszyła (ryc. 6.1). Widoczny spadek zachorowalności w 2020 r. jest wynikiem pandemii Covid-19 (odroczonej diagnoza). Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe wykazują różne wzorce w zależności od wieku chorych (ryc. 6.2, 6.3).

⁵ Zamieszczone współczynniki standaryzowane według wieku zostały obliczone przy użyciu standardowej populacji Europy, rewizja 2013 – ESP2013 <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>

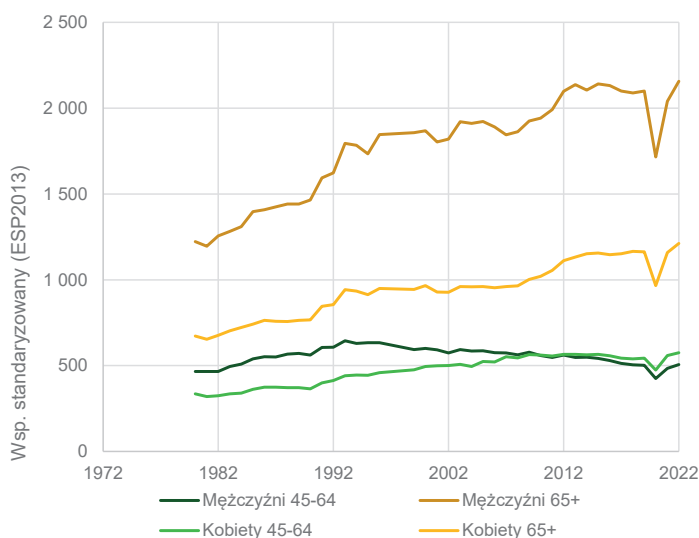


Ryc. 6.1. Trendy zachorowalności na nowotwory ogółem w Polsce, 1980-2022



Ryc. 6.2. Trendy zachorowalności na nowotwory ogółem w Polsce w latach 1980-2022 u dzieci i młodych dorosłych

Choroby nowotworowe u dzieci (0-19 lat) są stosunkowo rzadkie (w 2022 r. zachorowalność chłopców i dziewcząt wynosiła $15/10^5$). U obu płci widoczna jest niewielka tendencja rosnąca zachorowalności. Struktura zachorowań na nowotwory w tej grupie wiekowej zdecydowanie odbiega od obserwowanej wśród dorosłych. Wśród nowotworów wieku dziecięcego najczęściej występowały w Polsce białaczki, chłoniaki i nowotwory mózgu (łącznie prawie 60% zachorowań).

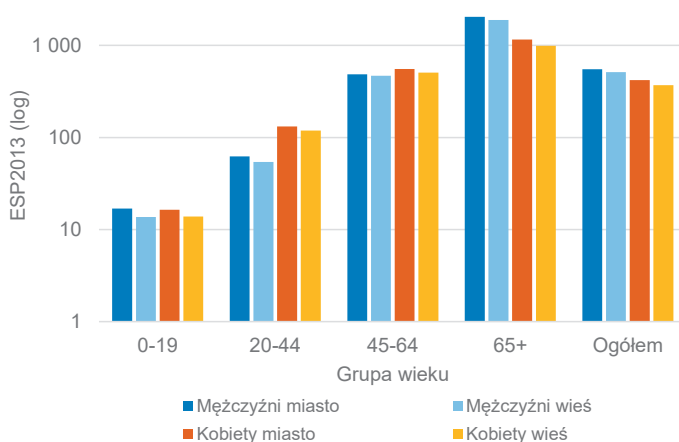


Ryc. 6.3. Trendy zachorowalności na nowotwory ogółem w Polsce w latach 1980-2022 po 45. r. ż.

Wśród młodych dorosłych (20-44 lat) współczynniki zachorowalności (ESP2013) kobiet są prawie dwukrotnie wyższe niż mężczyzn (w 2022 r. 139/105 vs 65/105) i różnica na niekorzyść kobiet powiększa się od początku lat 80. Wśród mężczyzn zachorowalność w ostatnich dwóch dekadach wykazuje niewielki wzrost. Zachorowalność wśród kobiet nieznacznie wzrastała do końca XX wieku, jednak od początku XXI wieku wzrost ten uległ przyspieszeniu – wzrost wartości współczynnika o 63% w latach 2001-2022. W 2022 r. u młodych mężczyzn najczęściej występowały nowotwory jądra (24%), jelita grubego (7%) i czerniak (6%). W populacji młodych kobiet najczęstsze były nowotwory piersi (28%), szyjki macicy (5%), jajnika (4%) i jelita grubego (4%).

Zachorowalność na nowotwory złośliwe mężczyzn w średnim wieku (45-64 lat) charakteryzowała się szybkim wzrostem do początku lat 90 ubiegłego wieku (629/105 w 1994 r.), kiedy nastąpiła zmiana kierunku trendu i szybkie zmniejszanie się współczynników zachorowalności (do 506/105 w 2022 r.). W populacji kobiet początek lat 90. przyniósł zwiększone tempo wzrostu zachorowalności, które jednak w ostatniej dekadzie znacząco wyhamowało. Od początku lat 90 XX wieku obserwuje się zmniejszanie się różnicy między zachorowalnością mężczyzn i kobiet, a od 2010 r. zachorowalność kobiet w średnim wieku przewyższa zachorowalność mężczyzn. Wśród mężczyzn w średnim wieku najczęściej występowały nowotwory gruczołu krokowego (20%), płuca (13%), jelita grubego (12%). W populacji kobiet w średnim wieku najczęstsze nowotwory to nowotwory piersi (31%), trzonu macicy (8%), płuca (7%).

W najstarszej grupie wieku (powyżej 65. r. ż.) obserwowany był wzrost zachorowalności u obu płci, jednak w ostatniej dekadzie notuje się spowolnienie wzrostu w tej grupie wiekowej. Wśród mężczyzn w najstarszej grupie wiekowej w 2022 r. najczęściej występowały nowotwory gruczołu krokowego (27%), płuca (15%), jelita grubego (12%). W najstarszej grupie wiekowej kobiet najczęstsze nowotwory to nowotwory piersi (19%), jelita grubego (12%), płuca (12%).



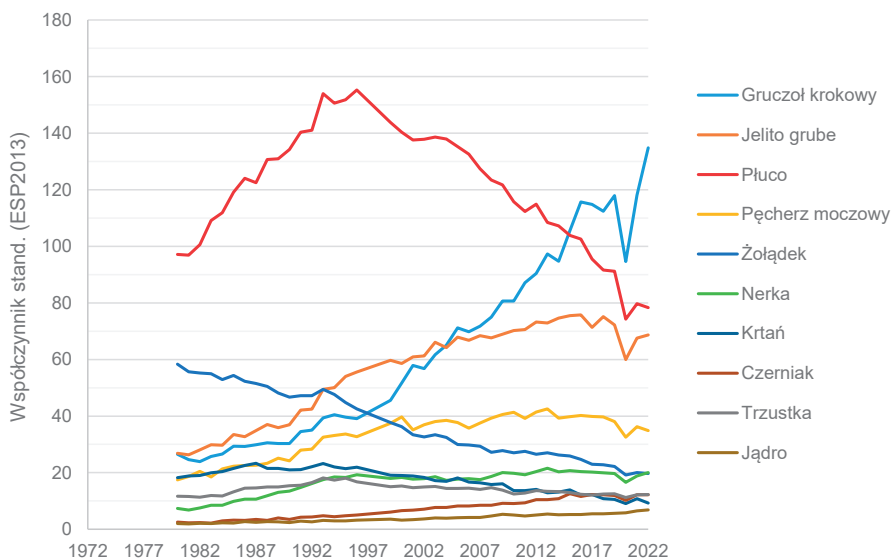
Ryc. 6.4. Zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem według wieku i miejsca zamieszkania. Polska 2022

Miejsce zamieszkania jest czynnikiem różnicującym ryzyko zachorowania na nowotwór u obu płci i we wszystkich grupach wiekowych. Zachorowalność mieszkańców wsi jest niższa niż mieszkańców miast (ryc. 6.4). Najmniejsza różnica zachorowalności między mieszkańcami miast i wsi jest charakterystyczna dla osób w średnim wieku (45-64 lat). Zarówno na wsi, jak i w mieście ryzyko zachorowania młodych kobiet jest wyższe niż ryzyko zachorowania młodych mężczyzn. W latach 1999-2022 nastąpił wzrost zachorowalności wśród mieszkańców wsi i miast, przy czym największy wzrosty dotyczył mieszkanek wsi – o niemal 100/105 (ryc. 6.5).

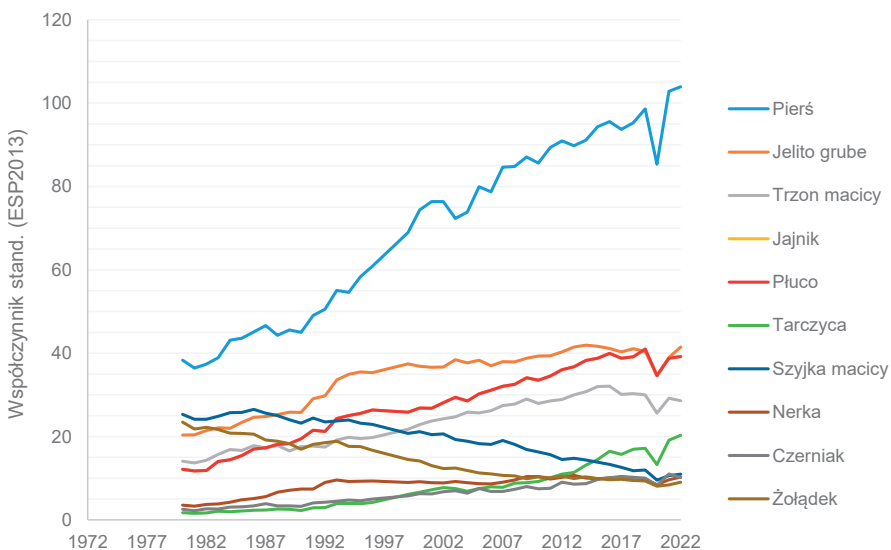
Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce w ciągu minionych dekad (1980-2022) charakteryzowały się innym wzorcem dla mężczyzn i kobiet, a podstawową różnicą są zmiany tendencji nowotworów tytoniozależnych, gdzie wśród mężczyzn obserwuje się spadek wartości współczynników (ryc. 6.6), u kobiet natomiast znaczący wzrost (ryc. 6.7).

W populacji mężczyzn największy przyrost zachorowalności obserwuje się dla nowotworów gruczołu krokowego i czerniaka. Rak płuca, który dominował do końca XX wieku, charakteryzuje się długoletnią tendencją malejącej zachorowalności

(od 1995 r. spadek o ponad 50%). Podobnie w przypadku raka krtani spadek częstości palenia przyczynił się do stałej tendencji spadkowej zachorowalności. Kolejnym nowotworem, którego częstość zmniejsza się jest rak żołądka. Wzrost zachorowalności na raka jelita grubego wyraźnie wyhamował od 2016 r. (ryc. 6.6).



Ryc. 6.6. Trendy zachorowalności na najczęstsze nowotwory, mężczyźni, Polska 1980-2022



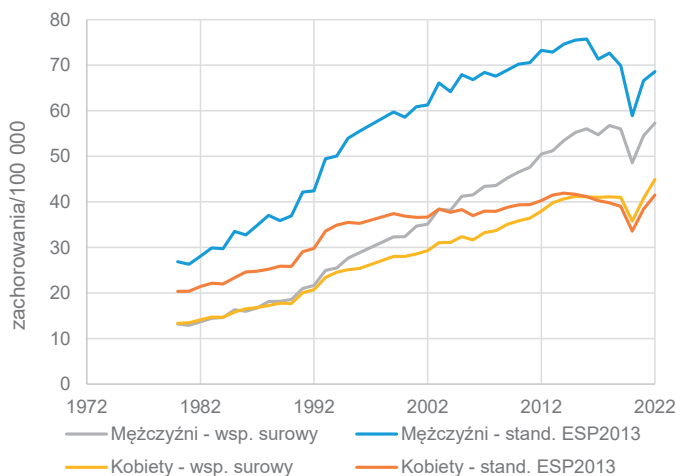
Ryc. 6.7. Trendy zachorowalności na najczęstsze nowotwory, kobiety, Polska 1980-2022

W populacji kobiet malejący trend można obserwować jedynie w przypadku raka żołądka i raka szyjki macicy. Największą dynamikę wzrostu zachorowalności obserwuje się dla nowotworów piersi, płuca, trzonu macicy i tarczycy (ryc. 6.7).

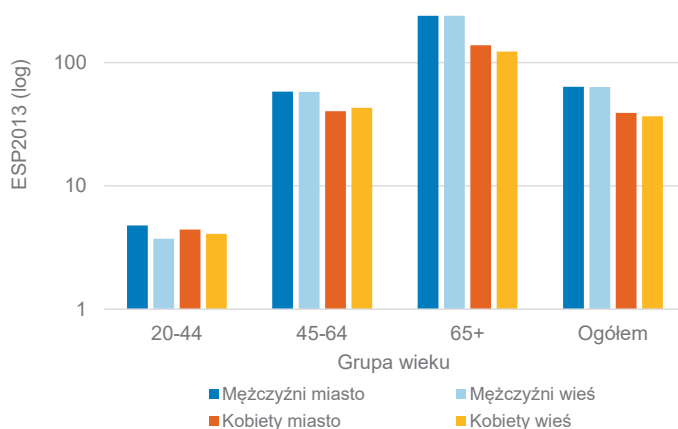
Uchwalenie Ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO) wyznaczyło priorytety mające zapewnić zmianę trendów epidemiologicznych oraz skuteczniejszą ochronę polskiego społeczeństwa przed skutkami chorób nowotworowych. Twórcy strategii wskazali na sześć nowotworów, które poddają się prewencji pierwotnej (rak płuca, rak szyjki macicy, czerniak), wtórnej (rak piersi, rak szyjki macicy, rak jelita grubego), czy też stanowią znaczący problem (rak gruczołu krokowego).

Nowotwory jelita grubego

Nowotwory jelita grubego są trzecim najczęstszym nowotworem mężczyzn i drugim kobiet w Polsce, występującym częściej u mężczyzn (w 2022 r. standaryzowany współczynnik zachorowalności mężczyzn wynosił 67/105, kobiet – 42/105). Zachorowalność na raka jelita grubego charakteryzowała się u obu płci rosnącą tendencją w przypadku współczynników surowych, a także standaryzowanych u mężczyzn do 2017 r., u kobiet do 2014 r. (ryc. 6.8).

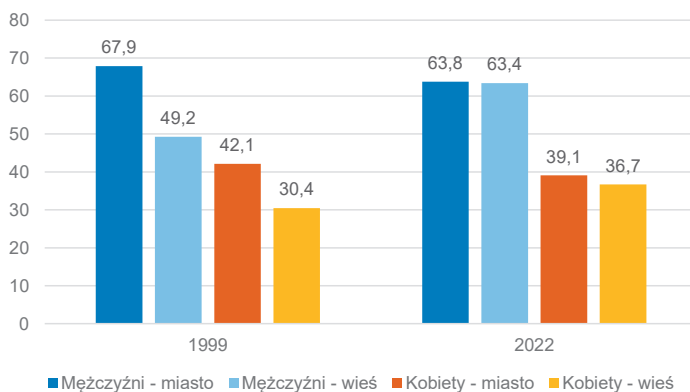


Ryc. 6.8. Trendy zachorowalności na raka jelita grubego, Polska 1980-2022



Ryc. 6.9. Zachorowalność na raka jelita grubego, Polska 2022

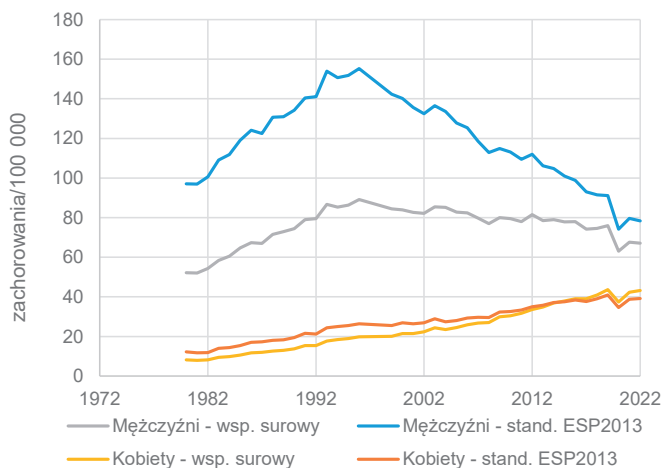
Zachorowalność na raka jelita grubego wśród mieszkańców miast i wsi pozostaje na tym samym poziomie: ogółem mężczyźni, – różnica 0,3/105, kobiety 2,4/105 (ryc. 6.9). Współczynniki zachorowalności mężczyzn jedynie wśród młodych dorosłych (20-44) są na podobnym poziomie jak kobiet, w pozostałych grupach wieku ryzyko zachorowania mężczyzn jest wyższe. Wzrost zachorowalności w latach 1999-2022 obserwowany przede wszystkim wśród mieszkańców wsi: o niemal 30% u mężczyzn i o 20% wśród kobiet. Wśród mieszkańców miast zachorowalność pozostała na prawie niezmiennym poziomie (ryc. 6.10).



Ryc. 6.10. Zachorowalność na raka jelita grubego według miejsca zamieszkania, Polska 1999 i 2022

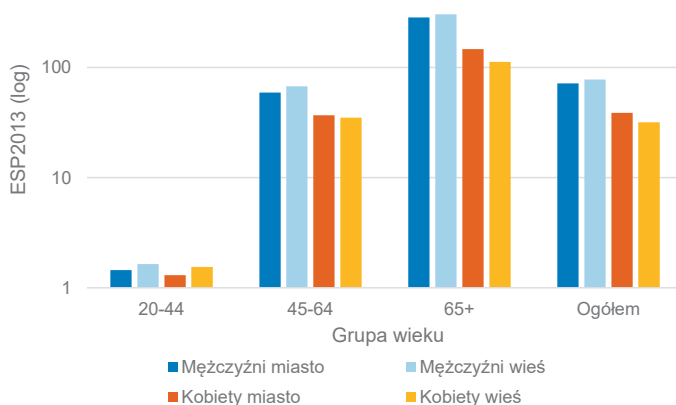
Nowotwory złośliwe płuca

Nowotwory płuca są drugim co do częstości występowania nowotworem mężczyzn i trzecim kobiet, zajmują jednak pierwsze miejsce wśród nowotworowych przyczyn zgonu u obu płci (25,2% nowotworowych zgonów mężczyzn i 17,9% kobiet). Zachorowalność mężczyzn, zarówno wyrażona współczynnikami surowymi jak i standaryzowanymi, wzrastała do połowy lat 90 XX wieku, po czym nastąpił spadek zachorowalności. Wartość wskaźników surowych zmniejszała się wolniej niż standaryzowanych. W populacji kobiet widoczny jest stały wzrost zachorowalności na nowotwory płuca (ryc. 6.11). W 2022 r. zachorowalność mężczyzn na raka płuca była nieznacznie wyższa wśród mieszkańców wsi, natomiast zachorowalność kobiet była wyższa wśród mieszkanek miast, szczególnie w grupie powyżej 65. r. ż. (147/105 vs 113/105) (ryc. 6.12).

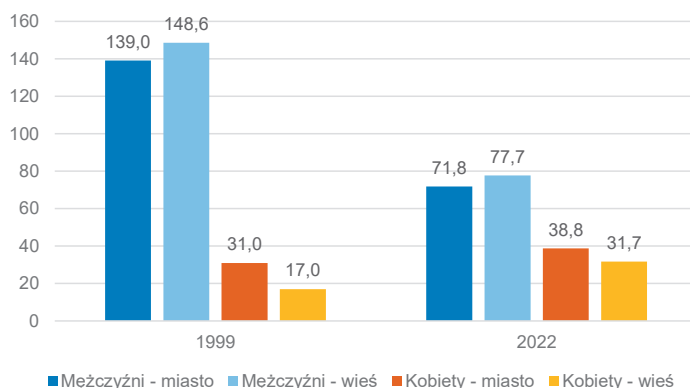


Ryc. 6.11. Trendy zachorowalności na raka płuca, Polska 1980-2022

Porównując zachorowalność wśród mieszkańców miast i wsi w latach 1999 i 2022 obserwuje się tę samą tendencję, która charakteryzuje populację generalną. Zachorowalność mężczyzn zarówno w mieście jak i na wsi zmniejszyła się, zmniejszeniu uległa również różnica pomiędzy współczynnikami standaryzowanymi dla obu grup, chociaż nadal zachorowalność mężczyzn jest wyższa na wsi niż w miastach (o 10/105). W populacji kobiet wartość współczynników była wyższa w obu punktach czasowych wśród mieszkanek miast i wzrosła w analizowanym czasie o 25% w mieście i o 86% na wsi (ryc. 6.13).



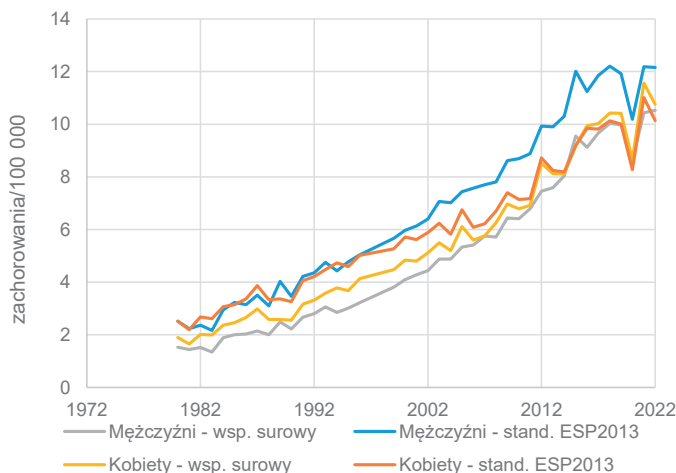
Ryc. 6.12. Zachorowalność na raka płuca Polska 2022



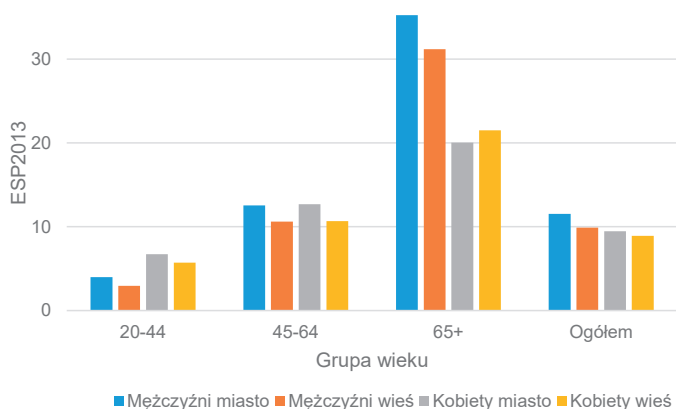
Ryc. 6.13. Zachorowalność na raka płuca według miejsca zamieszkania, Polska 1999 i 2022

Czerniak skóry

Czerniak skóry jest nowotworem, którego częstość gwałtownie wzrasta w polskiej populacji, zarówno wyrażona współczynnikiem surowym jak i standaryzowanym. Przyspieszenie wzrostu zagrożenia tym nowotworem widoczne jest od połowy lat 90 ubiegłego wieku (ryc. 6.14). Czerniak skóry występuje najczęściej po 65. r. ż., przy czym ryzyko zachorowania jest wyższe u mężczyzn niż u kobiet (ryc. 6.15). Zachorowalność na czerniaka jest wyższa wśród mieszkańców miast u obu płci.

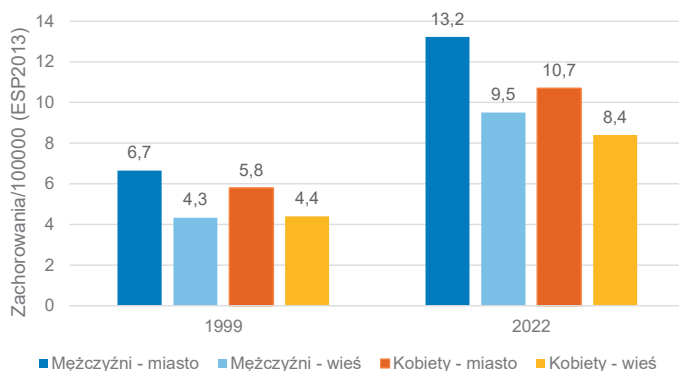


Ryc. 6.14. Trendy zachorowalności na czerniaka, Polska 1980-2022



Ryc. 6.15. Zachorowalność na czerniaka Polska 2022

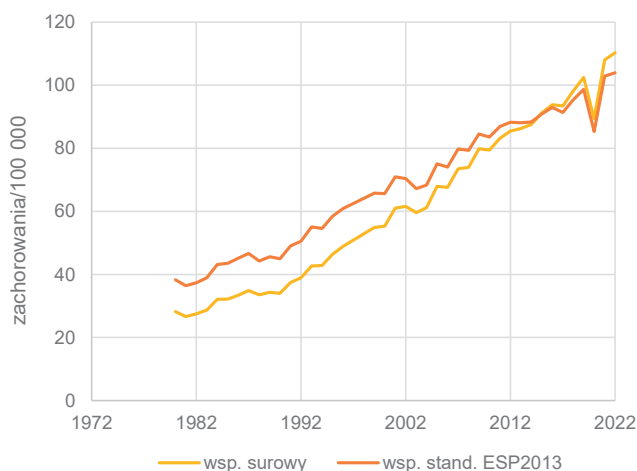
Zachorowalność na czerniaka w ostatnich dwóch dekadach wzrosła około dwukrotnie zarówno wśród mężczyzn i kobiet bez względu na miejsce zamieszkania, przy czym największy wzrost wartości standaryzowanego współczynnika zachorowalności odnotowano wśród mężczyzn mieszkających na wsi (o 120%). W 2022 r. najwyższą wartość standaryzowanego współczynnika zachorowalności obserwowano wśród mężczyzn mieszkańców miast (13,2/105), najniższą wśród mieszkanek wsi (8,4/105) (ryc. 6.16).



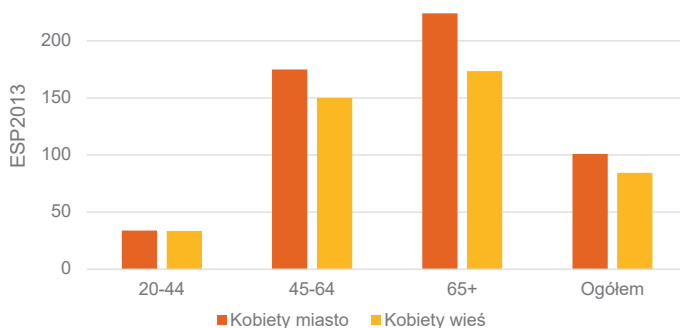
Ryc. 6.16. Zachorowalność na czerniaka według miejsca zamieszkania, Polska 1999 i 2022

Nowotwory złośliwe piersi

Nowotwory piersi są najczęstszym nowotworem kobiet w Polsce. Zachorowalność na raka piersi wzrasta w Polsce od połowy lat 60 ubiegłego wieku – w ciągu minionych czterech dekad standaryzowany współczynnik zachorowalności wzrósł niemal 3-krotnie (36/105 vs 104/105) (ryc. 6.17). Nowotwory piersi są rzadkim schorzeniem wśród młodych kobiet (20-44 lat), jednak ryzyko zachorowania rośnie z wiekiem. W populacji mieszkanek miast zachorowalność jest wyższa niż mieszkanek wsi we wszystkich grupach wiekowych (ryc. 6.18).

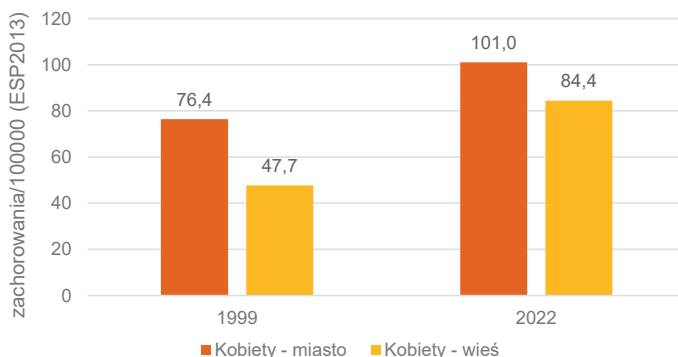


Ryc. 6.17. Trendy zachorowalności na raka piersi, Polska 1980-2022



Ryc. 6.18. Zachorowalność na raka piersi Polska 2022

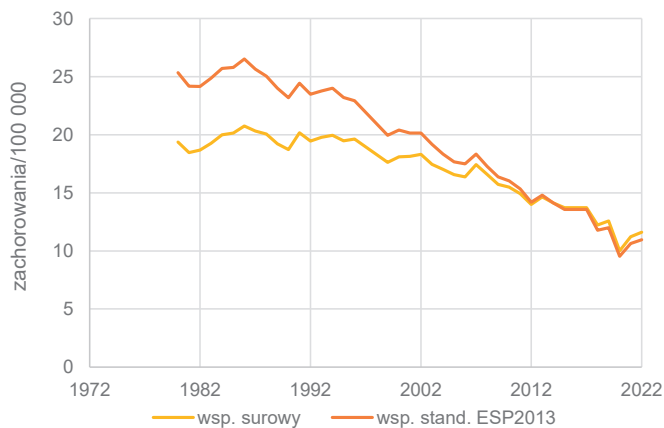
Zachorowalność na raka piersi charakteryzuje się tendencją wzrostową zarówno wśród mieszkanek miast jak i wsi. Pomiędzy 1999 r. a 2019 r. wartość standaryzowanego współczynnika zachorowalności wśród mieszkanek miast wzrosła o około 30%, wśród mieszkanek wsi o niemal 77%, co oznacza, że obserwujemy wyrównywanie się ryzyka dla obu subpopulacji.



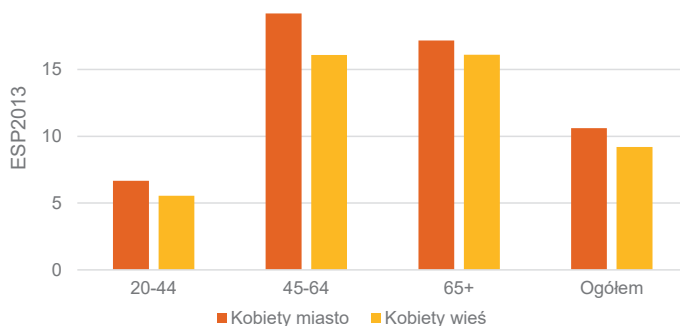
Ryc. 6.19. Zachorowalność na raka piersi według miejsca zamieszkania, Polska 1999 i 2022

Nowotwory szyjki macicy

Rak szyjki macicy w latach 60 ubiegłego wieku był najczęstszym nowotworem kobiet. W ostatnim półwieczu spadek częstości zachorowań mierzony surowym i standaryzowanym współczynnikiem zachorowalności spowodował przesunięcie pozycji raka szyjki macicy na ósme miejsce wśród najczęstszych nowotworów kobiet (ryc. 6.20). Zachorowalność na raka szyjki macicy jest wyższa wśród mieszkanek miast, szczególnie w średniej grupie wieku (45-64 lat) (ryc. 6.21).

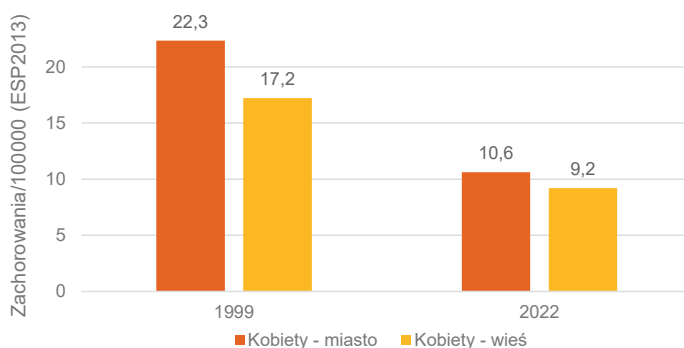


Ryc. 6.20. Trendy zachorowalności na raka szyjki macicy, Polska 1980-2022



Ryc. 6.21. Zachorowalność na raka szyjki macicy, Polska 2022

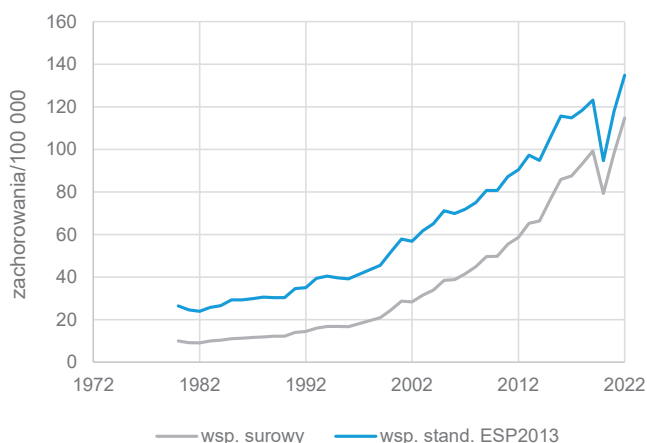
W okresie od 1999 r. do 2022 r. spadek zachorowalności na raka szyjki macicy był obserwowany zarówno wśród mieszkanek miast (o 48%), jak i wsi (o 53%).



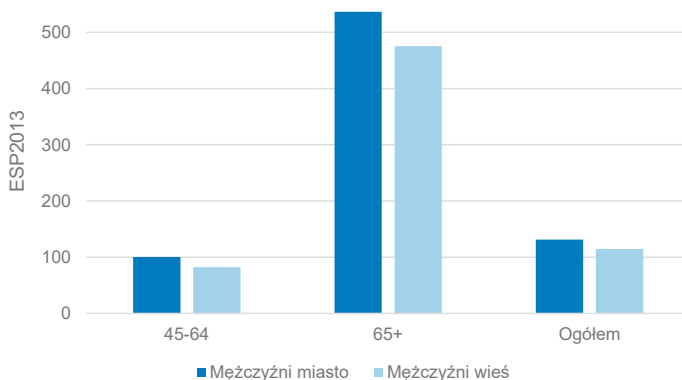
Ryc. 6.22. Zachorowalność na raka piersi według miejsca zamieszkania, Polska 1999 i 2022

Nowotwory gruczołu krokowego

Nowotwory gruczołu krokowego są od siedmiu lat najczęstszym nowotworem mężczyzn w Polsce. Od połowy lat 90 XX wieku nastąpił gwałtowny wzrost zachorowalności mierzonej zarówno współczynnikami surowymi jak i standaryzowanymi według wieku (ryc. 6.23). Nowotwory gruczołu krokowego przed 45. r. ż. są bardzo rzadkie – zachorowalność nie przekracza 0,2-0,3/105. Po 45. r. ż. ryzyko zachorowania znacząco rośnie, zarówno wśród mieszkańców miast jak i wsi, chociaż mieszkańcy wsi charakteryzują się nieco niższym ryzykiem zachorowania (ryc. 6.24).

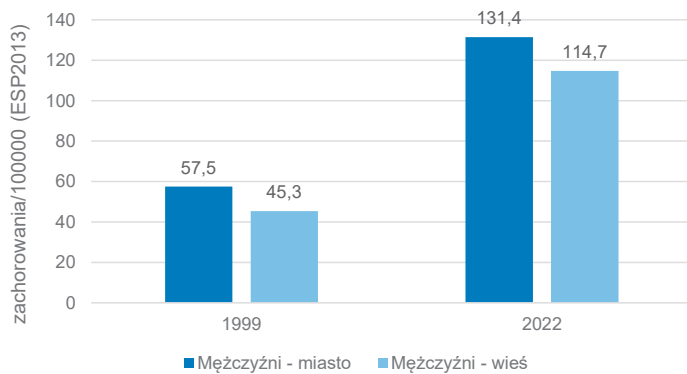


Ryc. 6.23. Trendy zachorowalności na raka gruczołu krokowego, Polska 1980-2022



Ryc. 6.24. Zachorowalność na gruczołu krokowego, Polska 2022

W ciągu ostatnich dwóch dekad obserwowano ponad 2-krotny wzrost zachorowalności zarówno w populacji miejskiej i wiejskiej (ryc. 6.25).



Ryc. 6.25. Zachorowalność na raka gruczołu krokowego według miejsca zamieszkania, Polska 1999 i 2022

7. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA

Daria Biechowska (Uniwersytet SWPS),
Marzena Sowińska (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Zdrowie psychiczne i zaburzenia zdrowia psychicznego są istotnym obszarem zdrowia publicznego. WHO definiuje zdrowie psychiczne jako dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości, potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować.

Istniejące dane i prognozy na temat zdrowia psychicznego pokazują, że zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem na całym świecie. Depresja oraz zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu są to dwa najczęściej występujące zaburzenia psychiczne na świecie. Depresja znajduje się na liście 20 najważniejszych przyczyn niepełnosprawności na świecie. Choroba ta dotyczy 120 milionów ludzi i liczba ta ciągle się zwiększa. Szacuje się, że mniej niż 25% osób chorujących na depresję ma dostęp do odpowiedniej opieki zdrowotnej i terapii. Zaburzenia i choroby psychiczne stanowią poważny ciężar dla jednostki oraz dla populacji, szczególnie, jeśli nie są leczone. Zaburzenia psychiczne i związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przyczyniają się do wyjaśniania aż 31% globalnego obciążenia chorobą (Global Burden of Disease, GBD). Według prognozy WHO, w 2030 r. depresja będzie czynnikiem w największym stopniu odpowiedzialnym za GBD. Szacuje się, że w krajach o wysokim dochodzie, depresja może przyczyniać się do GBD w większym stopniu niż w krajach o niskim dochodzie. Zaburzenia psychiczne powodują znaczną niepełnosprawność, mimo że mogą nie wpływać na przedwczesną umieralność. Jeśli chodzi o globalne obciążenie chorobami mierzone w DALY (Disability Adjusted Life Years: utracona długość życia korygowana niepełnosprawnością, wskaźnik zdrowia), to depresja, przemoc i zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu znajdują się w czołówce listy czynników przyczyniających się do GBD we wszystkich regionach WHO. Według danych WHO, w ciągu ostatnich 45 lat liczba samobójstw na świecie wzrosła o 60%. Samobójstwo jest jedną z 3 głównych przyczyn zgonów w populacji osób w wieku 15-44 lata, a szacuje się, że liczby określające

usiłowanie samobójstwa są 20 razy większe niż przypadków samobójstw zakończonych śmiercią. Wzrasta liczba samobójstw popełnianych przez ludzi młodych. Około 90% przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne.

W wielu krajach podejmowane są działania w kierunku wzmacniania systemów ochrony zdrowia psychicznego i włączania osób z zaburzeniami w życie społeczności oraz korzystania z ich pełnowartościowej pracy.

Na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców Polski podjęte zostały działania ze strony Rady Ministrów, która 28 grudnia 2010 r. przyjęła Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128). Okres realizacji Programu obejmował lata 2011–2015. W dniu 2 marca 2017 r. opublikowane zostało rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458). Program określa strategię działań mających na celu: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Do problemów związanych ze zdrowiem psychicznym odnosi się również Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, którego cel operacyjny 3 dotyczy promocji zdrowia psychicznego, a więc poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa. Wskazuje on m.in. na konieczność monitorowania sytuacji epidemiologicznej w tym obszarze.

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

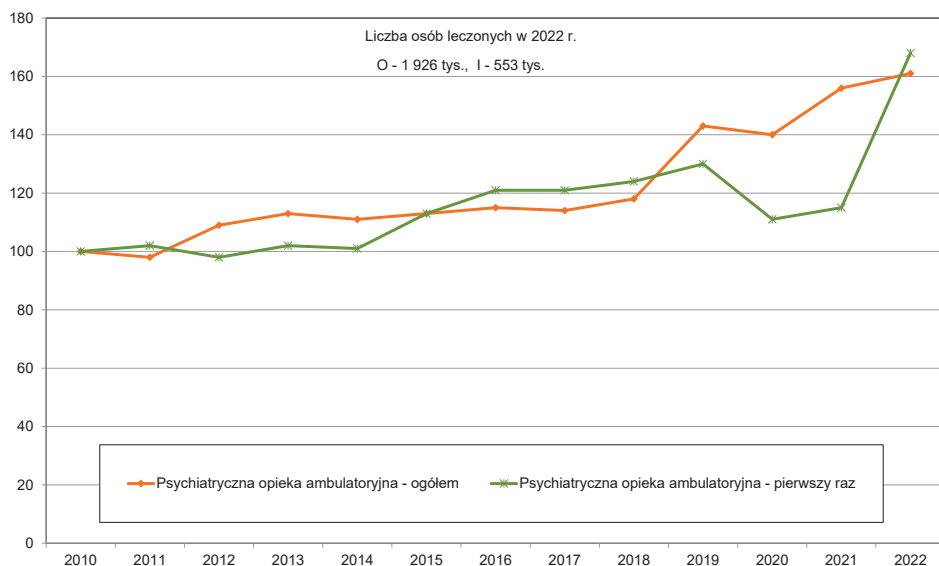
Warto jednak w tym miejscu odwołać się do danych dotyczących umiæralności mieszkańców Polski i przypomnieć, że jeden z najważniejszych symptomów z obszaru zdrowia psychicznego, a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest wśród mężczyzn w Polsce (w 2022 r. 21,4/100 tys.) znacząco wyższy od średniego dla krajów UE (17,2/100 tys.) (współczynniki standaryzowane względem wieku). Natomiast współczynnik zgonów kobiet z tej przyczyny w Polsce (3,5/100 tys.) jest wielokrotnie niższy w porównaniu ze współczynnikiem zgonów mężczyzn i jest niższy od przeciętnego dla UE-27 (4,8/100 tys.)¹. W żadnym z krajów Unii Europejskiej nie obserwuje się tak ogromnej trwałej dysproporcji między płciami.

Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej

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

W 2022 r. w opiece ambulatoryjnej leczono 1 926 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (1 715 tys. to pacjenci leczeni w PZP, 152 tys. leczeni w PTUA, a 58 tys. leczeni w PTUSP), w tym 553 tys. po raz pierwszy. W latach 2010-2022 liczba leczonych ogółem i leczonych po raz pierwszy znacznie wzrosła (spadek odnotowano jedynie w 2020 r. i wynikał on z częściowego zamknięcia podmiotów leczniczych w pierwszej fali pandemii koronawirusa (ryc. 7.1a).

¹ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2__custom_16133732/default/table?lang=en



Ryc. 7.1a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (O) i po raz pierwszy (I) w latach 2010-2022, rok 2010=100 (na podstawie danych Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Najczęstszą grupą rozpoznań wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i somatoformiczne, z powodu których w 2022 r. w PZP na każde 100 tys. ludności leczyło się 1759,2 osób, w tym 549,6 po raz pierwszy (odpowiednie wartości bezwzględne wyniosły 675 tys. oraz 211 tys. osób) (tabela 7.1). Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby leczone z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) – 1056,5 na 100 tys., oraz po raz pierwszy 260,0 na 100 tys. W ciągu ostatnich czterech lat liczba osób leczących się z powodu tych dwóch grup zaburzeń wykazuje wyraźny trend wzrostowy, szczególnie w 2021 r. i 2022 r.

Tabela 7.1. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań, 2019-2022 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09) ¹	554,5	515,3	507,7	506,0	113,6	89,9	97,4	105,3
Schizofrenia (F20) ¹	359,9	342,2	347,5	347,0	31,2	31,8	29,4	65,0
Zaburzenia nastroju (afektywny) (F30-F39) ¹	877,5	885,7	981,8	1056,5	170,4	168,7	178,9	260,0

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48) ¹	1 210,7	1 215,7	1 701,3	1 759,2	348,9	298,9	351,7	549,6
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10) ²	425,1	373,9	397,2	403,2	136,9	105,3	112,9	133,0
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19) ²	123,2	126,7	144,2	154,4	43,3	37,8	38,8	55,5

¹ leczeni w poradniach zdrowia psychicznego

² leczeni w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych nadal stanowią czwartą, co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem w otwartej opiece, ale trzecią, co do częstości leczenia po raz pierwszy. W 2022 r. z tego powodu ogółem leczono 155 tys. osób (403,2 na 100 tys.). W latach 2019-2020 zauważalny był trend spadkowy, natomiast w latach 2021-2022 nastąpił ponowny wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych.

Warto również zwrócić uwagę na rosnącą liczbę osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. W 2022 r. wskaźnik ten wyniósł 154,4 na 100 tys., a wśród nowo leczonych 55,5 na 100 tys., co wskazuje na wzrost w porównaniu do 2020 r. (odpowiednio 126,7 na 100 tys. oraz 37,8 na 100 tys.). Może to sugerować rosnące zapotrzebowanie na usługi związane z leczeniem uzależnień.

Podsumowując, w 2022 r. zauważalny był znaczący wzrost liczby pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, szczególnie w zakresie zaburzeń nerwicowych i nastroju. Wzrost ten może wynikać zarówno z większej dostępności usług, jak i rosnącej świadomości społecznej dotyczącej zdrowia psychicznego.

W 2022 r. liczba chorych ogółem z zaburzeniami psychicznymi leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wyniosła 1 900 tys. osób, co oznacza, że na każde 100 tys. ludności leczono 4534,5 osób (tabela 7.2). Spośród tej grupy 410 tys. (1005 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy.

Kobiety leczyły się w Poradniach Zdrowia Psychicznego o ponad 98% częściej niż mężczyźni – współczynnik leczonych wyniósł 5967,4 na 100 tys. dla kobiet oraz 3002,5 na 100 tys. dla mężczyzn. Warto podkreślić, że różnica ta jest znacznie większa niż w 2020 r., co wskazuje na rosnącą liczbę leczonych kobiet w porównaniu do mężczyzn.

Należy pamiętać, że w poradniach zdrowia psychicznego leczy się jedynie część pacjentów z zaburzeniami psychicznymi związanymi z używaniem

alkoholu i substancji psychoaktywnych, ponieważ osoby te są głównie kierowane do poradni odwykowych oraz poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.

W psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej kobiety również leczyły się częściej niż mężczyźni, jednak różnica ta była mniejsza – w 2022 r. wynosiła 32% (mężczyźni 4375,7/100 tys., kobiety 5762,3/100 tys.). W porównaniu do 2020 r., gdy kobiety leczyły się o 24% częściej niż mężczyźni, obserwujemy kontynuację trendu wzrostowego liczby leczonych kobiet.

Tabela 7.2. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna, poradnie zdrowia psychicznego – chorzy leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi wg płci i miejsca zamieszkania, 2013-2022 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miejsca zamieszkania	
				Miasta	Wieś
Psychiatryczna opieka ambulatoryjna					
2013	4 124,1	3 781,6	4 445,3	5 069,5	2 676,3
2014	4 066,6	3 658,3	4 449,4	5 017,1	2 616,7
2015	3 809,7	3 360,1	4 231,2	4 694,1	2 464,2
2016	3 859,7	3 385,0	4 304,7	4 857,8	2 347,4
2017	4 050,0	3 676,4	4 400,1	5 099,4	2 463,5
2018	4 213,1	3 785,7	4 613,6	5 280,5	2 603,6
2019	4 415,1	3 976,6	4 826,0	5 626,6	2 597,2
2020	4 346,4	3 870,2	4 792,2	5 570,8	2 520,5
2021	4 886,5	4 233,7	5 497,3	6 494,7	2 490,9
2022	5 092,2	4 375,7	5 762,3	6 758,2	2 629,0
Poradnie zdrowia psychicznego					
2013	3 364,8	2 696,9	3 991,3	4 132,7	2 188,9
2014	3 270,3	2 562,9	3 933,7	4 031,7	2 109,0
2015	3 288,2	2 609,9	3 924,1	4 041,7	2 141,9
2016	3 347,0	2 654,7	3 996,0	4 212,3	2 035,9
2017	3 252,1	2 579,8	3 882,2	4 100,1	1 969,9
2018	3 383,3	2 658,2	4 062,9	4 257,0	2 066,0
2019	3 569,0	2 805,0	4 244,1	4 526,0	2 077,3
2020	3 538,4	2 790,3	4 195,9	4 538,8	1 991,3
2021	4 345,1	2 247,2	6 308,0	5 809,6	2 163,5
2022	4 534,5	3 002,5	5 967,4	5 929,3	2 472,5

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii

W poradniach zdrowia psychicznego mieszkańcy miast są leczeni znacznie częściej niż mieszkańcy wsi – w 2022 r. różnica ta wynosiła 140% (mieszkańcy miast: 5929,3/100 tys., mieszkańcy wsi: 2472,5/100 tys.) (tabela 7.2). Wzrost tej różnicy w stosunku do 2020 r. (gdzie wynosiła 128%) sugeruje coraz większe nierówności w dostępie do opieki psychiatrycznej między miastami a wsią.

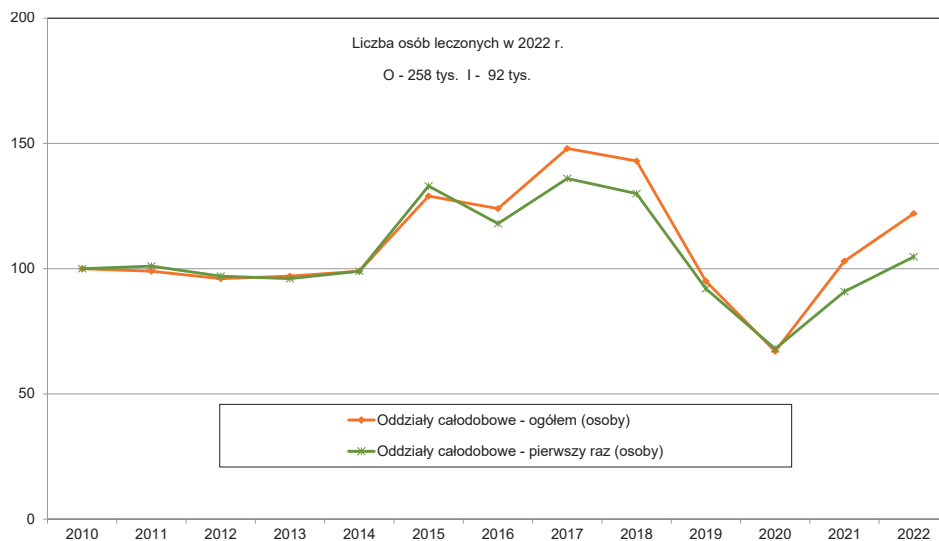
Podobna nadwyżka w leczeniu mieszkańców miast nad mieszkańcami wsi (157%) występuje w przypadku psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, obejmującej łącznie poradnie zdrowia psychicznego, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu oraz terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wskaźniki te wynosiły 6758,2/100 tys. dla mieszkańców miast oraz 2629,0/100 tys. dla mieszkańców wsi.

Warto zwrócić uwagę, że liczba leczonych mieszkańców miast wciąż rośnie, podczas gdy wśród mieszkańców wsi zauważalne są tylko niewielkie zmiany. Tak duże różnice w dostępie do leczenia psychiatrycznego mogą wskazywać na znaczące braki w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności wiejskiej, szczególnie w kontekście wysokiego wskaźnika samobójstw na terenach wiejskich w porównaniu do miast (patrz Rozdział dotyczący umieralności samobójczej).

Podsumowując, dane z 2022 r. wskazują na znaczny wzrost liczby osób korzystających z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i poradni zdrowia psychicznego, szczególnie wśród kobiet i mieszkańców miast. Jednocześnie rosną nierówności w dostępie do leczenia między mieszkańcami miast i wsi, co wymaga dalszej analizy oraz rozwoju strategii poprawy dostępności świadczeń dla społeczności wiejskich.

Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej

W 2022 r. łączna liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej wyniosła 258 tys., tzn., że na każde 100 tys. ludności leczono 683 osoby, w tym 92 tys. (243/100 tys.) po raz pierwszy. We w miarę stabilnym przebiegu zmienności liczby leczonych ogółem i po raz pierwszy w przeliczeniu na 100 tys. ludności w psychiatrycznej opiece całodobowej w latach 2010 - 2022 widoczne są trzy okresy wzrostu o kilkanaście procent: 2010-2011, 2014-2015 oraz 2018 (ryc. 7.1.b). Spadek w latach 2019-2020 wynikał z czasowego ograniczenia dostępności do oddziałów całodobowych z powodu pandemii koronawirusa. W kolejnych latach (2021-2022) liczba leczonych ustabilizowała się, pozostając na poziomie nieco niższym niż przed pandemią.



Ryc. 7.1b. Psychiatryczna opieka całodobowa – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (O) i po raz pierwszy (I) w latach 2010-2022, rok 2010=100 (na podstawie danych Instytut Psychiatrii i Neurologii)

O ile w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej kobiety leczyły się częściej niż mężczyźni, to w zakładach opieki całodobowej mężczyźni w 2022 r. leczyli się o 88% częściej niż kobiety (współczynniki: 901,3/100 tys. dla mężczyzn i 478,4/100 tys. dla kobiet). Nadwyżka ta utrzymuje się na stosunkowo stałym poziomie w ostatnich latach, choć w porównaniu do 2020 r. (103%) nastąpił niewielki spadek tej różnicy (tabela 7.3).

Tabela 7.3. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi wg płci i miejsca zamieszkania, 2013-2022 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
2013	523,8	695,7	362,6	547,2	444,4
2014	532,0	709,4	365,7	550,3	462,1
2015	614,8	806,0	435,4	680,2	515,2
2016	594,9	784,8	417,0	661,9	493,5
2017	707,7	973,1	459,0	771,3	611,6
2018	683,6	941,1	442,4	729,2	614,9
2019	521,1	705,2	348,6	576,6	437,8
2020	369,8	502,9	247,8	412,9	298,7
2021	571,5	759,3	395,8	641,4	452,1
2022	682,7	901,3	478,4	749,4	584,1

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Mieszkańcy miast leczyli się w zakładach opieki całodobowej o 28% częściej niż mieszkańcy wsi zarówno po raz pierwszy, jak i ogółem. Większa częstość hospitalizacji ludności miejskiej niż wiejskiej dotyczy wszystkich kategorii zaburzeń. Największa, ponad dwukrotna różnica między środowiskami zamieszkania pacjentów dotyczyła hospitalizacji zaburzeń spowodowanych użyciem substancji psychoaktywnych (wieś – 58,4/100 tys. mieszkańców, miasto – 66,8/100 tys.), zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (odpowiednio 7,8/100 tys. i 17,3/100 tys.) oraz zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (8,2 i 15,9/100 tys.).

Najliczniejszą grupą pacjentów w psychiatrycznych oddziałach całodobowych są osoby leczone z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu (tabela 7.4). W 2022 r. grupa ta liczyła 95 tys. osób, co oznacza 232,0/100 tys. ludności (34% z ogółu leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, w tym 28% leczonych po raz pierwszy). Byli to głównie mężczyźni, którzy stanowili aż 83% leczonych z tego powodu. W ostatnich trzech latach (2020-2022) współczynnik hospitalizacji z powodu zaburzeń alkoholowych wykazywał niewielką tendencję wzrostową. Współczynnik hospitalizacji ogółem z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu wśród mężczyzn w 2022 r. był ponad pięciokrotnie większy niż u kobiet, zależność ta dotyczyła również leczonych po raz pierwszy. Mieszkańcy wsi byli hospitalizowani rzadziej niż mieszkańcy miast (wieś – 203/100 tys., miasto – 209/100 tys. ludności).

Tabela 7.4. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań, 2019-2022 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)	83,1	57,0	61,6	71,2	52,4	35,3	22,2	24,8
Schizofrenia (F20)	109,7	86,9	95,2	108,4	94,9	71,9	13,8	15,4
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)	66,0	47,1	59,0	70,3	45,7	31,3	19,8	23,3
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)	47,3	29,2	45,0	57,8	20,8	12,0	25,2	33,1
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)	269,9	177,2	190,8	232,0	152,6	96,8	80,3	89,8
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)	66,6	44,7	56,4	66,8	40,2	25,9	20,9	24,0

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Chorzy leczeni z powodu schizofrenii stanowili drugą co do wielkości grupę wśród ogółu hospitalizowanych (20%), a także wśród leczonych po raz pierwszy (26%). W 2022 r. leczono stacjonarnie 108,4/100 tys. osób (mężczyźni

– 108,4/100 tys., kobiety – 84/100 tys., mieszkańcy miast – 107/100 tys., mieszkańcy wsi – 84/100 tys.). W przypadku pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy (4,8 tys. osób), współczynniki wynosiły: mężczyźni – 19/100 tys., kobiety – 14/100 tys., mieszkańcy miast – 18/100 tys., mieszkańcy wsi – 14/100 tys. W ostatnich trzech latach współczynnik hospitalizacji z powodu schizofrenii ogółem utrzymuje się na stabilnym poziomie, natomiast w przypadku pacjentów leczonych po raz pierwszy obserwowany jest niewielki wzrost.

Kolejną co do wielkości grupę stanowią pacjenci z organicznymi zaburzeniami psychicznymi (11% wszystkich hospitalizowanych). W 2022 r. współczynniki hospitalizacji wyniosły: mężczyźni – 71,2/100 tys., kobiety – 70,3/100 tys., mieszkańcy miast – 84,0/100 tys., mieszkańcy wsi – 58,0/100 tys. W ostatnich latach współczynnik hospitalizacji z powodu tej grupy chorób (zarówno ogółem, jak i po raz pierwszy) wykazywał tendencję wzrostową po wcześniejszym spadku w 2020 r.

Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców Polski z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) była w 2022 r. o 34% wyższa niż hospitalizacji z powodu zaburzeń nerwicowych, natomiast w przypadku hospitalizacji pierwszorazowych różnica ta wynosiła 7%. W odniesieniu do obu grup zaburzeń współczynniki hospitalizacji kobiet były wyższe niż mężczyzn, ale o ile w przypadku zaburzeń nastroju różnica była wyraźna (kobiety – 70,3/100 tys., mężczyźni – 42/100 tys.), to w przypadku zaburzeń nerwicowych była mniej znacząca (kobiety – 57,8/100 tys., mężczyźni – 55/100 tys.). W przypadku hospitalizacji pierwszorazowych tendencja ta była podobna.

Zarówno zaburzenia nastroju, jak i zaburzenia nerwicowe były częstszą przyczyną hospitalizacji mieszkańców miast niż mieszkańców wsi (o 49% i 70% częściej).

Wyraźnie powiększa się liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych – współczynnik hospitalizacji ogółem dla tej grupy wzrósł w latach 2020-2022 z 44,7/100 tys. do 66,8/100 tys., natomiast w przypadku pacjentów leczonych po raz pierwszy wzrost ten wyniósł przeszło 20% (z 25,9/100 tys. w 2020 r. do 24,0/100 tys. w 2022 r.).

W 2022 r. leczono stacjonarnie prawie 20 tys. osób (mężczyźni – 69/100 tys., kobiety – 15/100 tys., mieszkańcy miast – 66,8/100 tys., mieszkańcy wsi – 58,4/100 tys.). W przypadku pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy (4,9 tys. osób), współczynniki wynosiły: mężczyźni – 27/100 tys., kobiety – 6/100 tys., mieszkańcy miast – 22/100 tys., mieszkańcy wsi – 11/100 tys.

Podsumowując, w 2022 r. obserwujemy utrzymujący się trend wzrostowy hospitalizacji w psychiatrycznej opiece całodobowej dla większości grup zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju oraz schizofrenii. Wzrost

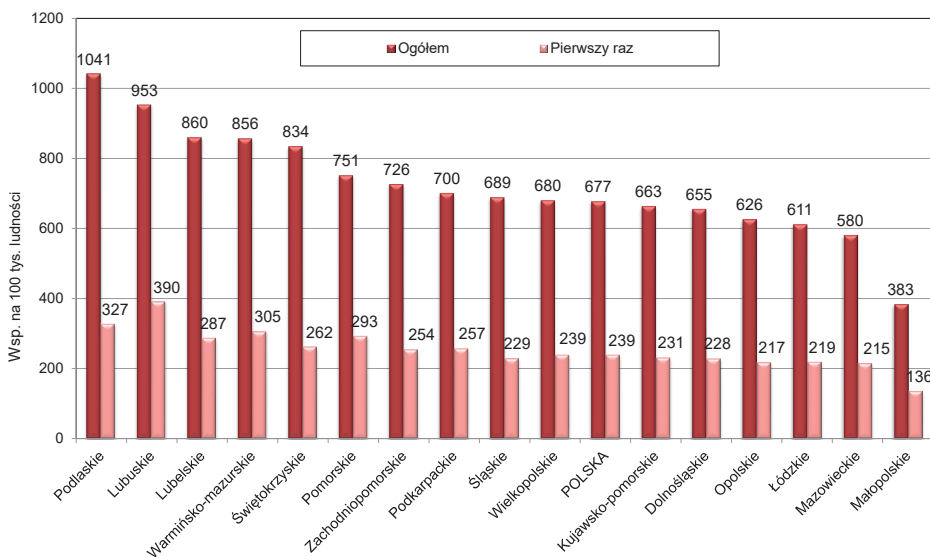
hospitalizacji dotyczy zarówno ogólnej liczby pacjentów, jak i leczonych po raz pierwszy, co może świadczyć o rosnącym zapotrzebowaniu na opiekę psychiatryczną i konieczności rozszerzenia dostępności usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Tak jak w poprzednich latach, obserwuje się znaczne różnice w częstości leczenia na oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń psychicznych, zarówno ogółem, jak i po raz pierwszy, w zależności od województwa (ryc. 7.2).

Różnica w częstości hospitalizacji pomiędzy województwami skrajnymi wynosiła ponad trzykrotność, zarówno dla leczonych ogółem, jak i dla pacjentów pierwszorazowych. W 2022 r. częstość hospitalizacji ogółem wahała się od 833,9/100 tys. ludności w województwie świętokrzyskim do 1041,4/100 tys. w województwie podlaskim.

Cztery województwa nadal wyróżniają się wyższą od pozostałych częstością hospitalizacji pierwszorazowej mieszkańców, są to podlaskie (326,7/100 tys.), lubuskie (390,2/100 tys.), warmińsko-mazurskie (305,3/100 tys.) i łódzkie.

W porównaniu z 2020 r. częstość hospitalizacji pierwszorazowych znacząco spadła, najbardziej w województwach łódzkim (o 57%), lubelskim (o 51%) i mazowieckim (o 37%), co może świadczyć o zmianach w dostępności oraz podejściu do leczenia psychiatrycznego w tych regionach.



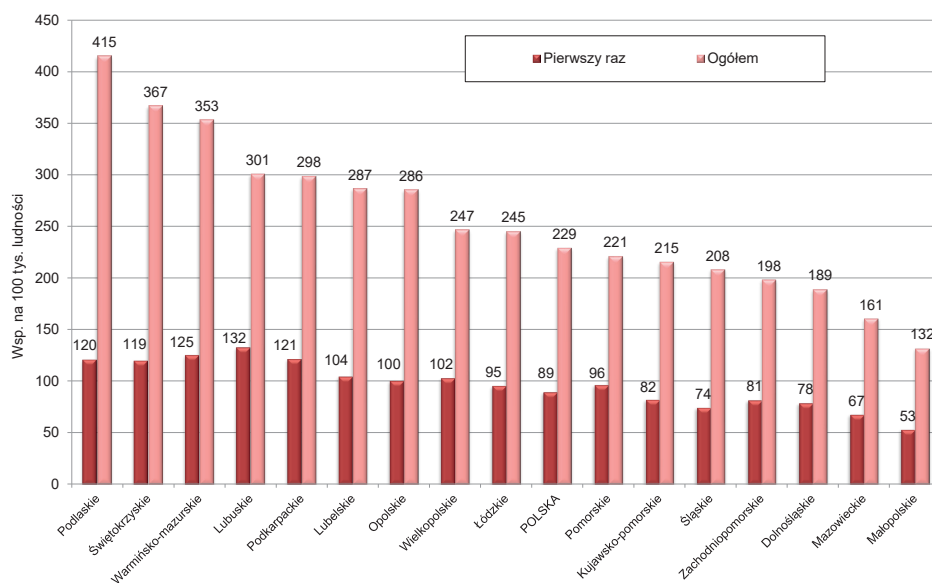
Ryc. 7.2. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według województwa zamieszkania, 2022 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)

Różnice międzywojewódzkie w zakresie problemu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu, wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej, są nadal znaczne.

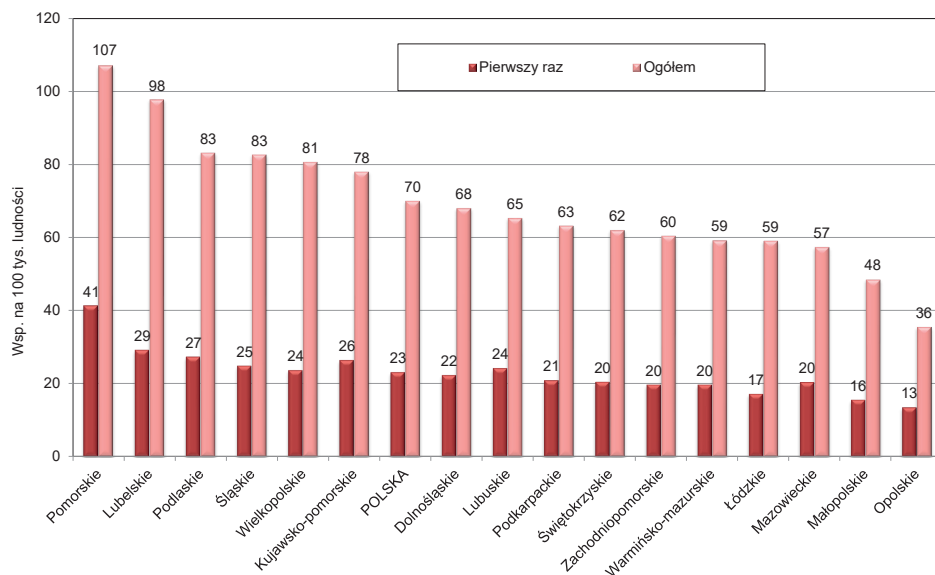
W 2022 r. częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców poszczególnych województw wynosiła od 298,4/100 tys. ludności w województwie podkarpackim do 414,9/100 tys. w województwie podlaskim (ryc. 7.3). Skrajne województwa różnią się od tych z 2018 r., co może wynikać zarówno ze zmian w dostępności do leczenia, jak i strategii terapeutycznych stosowanych w poszczególnych regionach.

Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa świętokrzyskie (366,9/100 tys.), warmińsko-mazurskie (353,2/100 tys.) i lubuskie (300,6/100 tys.). Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy, gdzie najwyższe współczynniki hospitalizacji zanotowano w województwach lubuskim (132,2/100 tys.), warmińsko-mazurskim (124,8/100 tys.) oraz podlaskim (120,4/100 tys.).

W stosunku do 2020 r. współczynniki hospitalizacji osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu pozostają na podobnym poziomie. Obserwowane zmiany (zazwyczaj spadek) są mniejsze niż 7%, co wskazuje na względną stabilność w zakresie zapotrzebowania na leczenie stacjonarne w tego powodu.



Ryc. 7.3. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu według województwa zamieszkania, 2022 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)



Ryc. 7.4. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń nastroju według województwa zamieszkania, 2022 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)

Światowa Organizacja Zdrowia przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Z tym zaburzeniem wiąże się wiele negatywnych konsekwencji społecznych – osoby cierpiące na ciężką depresję często muszą zrezygnować z pracy, co prowadzi do długotrwałego bezrobocia i wzrostu wydatków na zasiłki chorobowe oraz dla bezrobotnych.

Depresja jest jednym z zaburzeń psychicznych uniemożliwiających prawidłowe codzienne funkcjonowanie. Objawia się głównie obniżeniem nastroju, energii i aktywności oraz zmniejszeniem zainteresowań. Zaburzenia depresyjne często rozpoczynają się już w młodym wieku i mają tendencję do nawrotów. W literaturze podkreśla się, że depresja jest chorobą ogólnoustrojową – nieleczone zwiększa ryzyko wystąpienia chorób somatycznych, a choroby przewlekłe zwiększają prawdopodobieństwo jej wystąpienia.

Według Światowej Organizacji Zdrowia depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia chorobami i jest jedną z głównych przyczyn niesprawności na świecie, odpowiadając za 11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością (DALY). Szczególnie często występuje wśród dzieci, młodzieży i osób starszych. Na świecie cierpi na nią ponad 350 mln ludzi.

Statystycznie w Polsce liczba osób leczonych z powodu zaburzeń afektywnych w latach 2014–2022 pozostawała na zbliżonym poziomie, wynosząc:

- 325 029 w 2014 r.,
- 321 541 w 2015 r.,
- 318 402 w 2016 r.,
- 318 886 w 2017 r.,
- 326 566 w 2018 r.,
- 327 314 w 2019 r.,
- 204 587 w 2020 r.,
- 207 962 w 2022 r.

Widoczną tendencją w skali kraju jest wzrost liczby leczonych w przedziale wiekowym 0–18 lat i 65 lat+, a także wzrost liczby pacjentów z diagnozami zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31) i nawracających zaburzeń depresyjnych (F33). W 2022 r. wskaźnik liczby leczonych i leczonych po raz pierwszy na zaburzenia afektywne wyniósł 840/100 tys. ludności i 153/100 tys. ludności.

Różnice regionalne w zakresie częstości hospitalizacji pacjentów z zaburzeniami nastroju (w tym depresją) wymagających leczenia całodobowego są nadal znaczące. W 2022 r. współczynniki hospitalizacji ogółem w poszczególnych województwach wynosiły od 80,7/100 tys. w województwie wielkopolskim do 107,0/100 tys. w województwie pomorskim (ryc. 7.4). W porównaniu do 2018 r. skrajne województwa uległy zmianie, co może świadczyć o regionalnych różnicach w dostępności leczenia i strategiach diagnostycznych.

Najwyższe wskaźniki hospitalizacji ogółem w 2022 r. odnotowano w województwach:

- pomorskim (107,0/100 tys.),
- lubelskim (97,7/100 tys.),
- podlaskim (83,2/100 tys.).

Podobne różnice zaobserwowano w przypadku pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy, gdzie najwyższe współczynniki wynosiły:

- pomorskie (41,1/100 tys.),
- lubelskie (29,1/100 tys.),
- podlaskie (27,2/100 tys.).

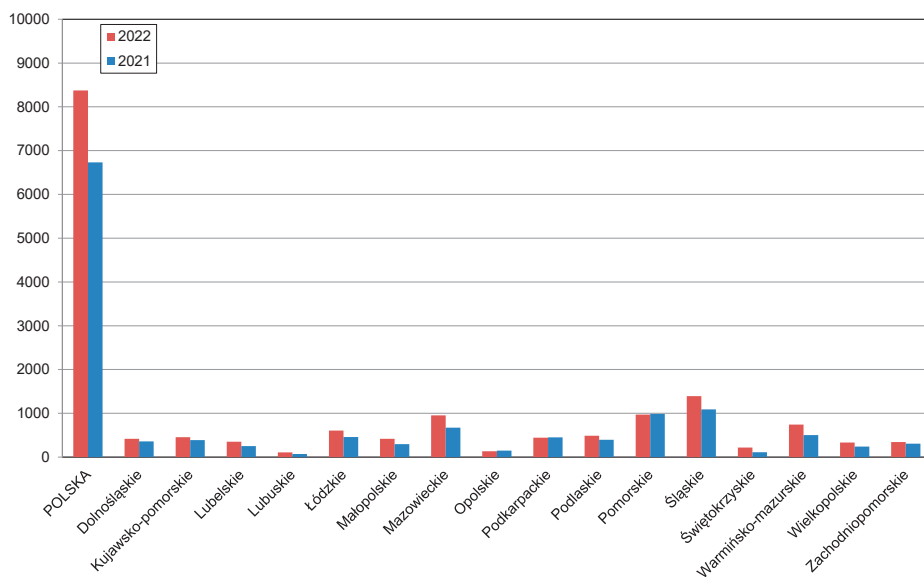
W stosunku do 2020 r. współczynniki hospitalizacji osób z zaburzeniami nastroju wykazują zmienność. W większości województw obserwuje się ich niewielki wzrost, co może wynikać z większej dostępności leczenia oraz braku działań profilaktycznych.

Zachowania samobójcze w latach 2021-2022

Samobójstwa stanowią poważny problem zdrowotny i społeczny. W Polsce z powodu samobójstw umiera więcej ludzi niż ginie w wypadkach drogowych. Samobójstwa zaczynają się zwykle od myśli i fantazji samobójczych, następnie przechodzą w fazę planów i prób samobójczych, które w niektórych przypadkach kończą się śmiercią. Współczesna suicydologia traktuje samobójstwo jako proces lub ciąg zdarzeń, na który składają się poszczególne zachowania samobójcze. Termin „zachowania samobójcze” odnosi się do całej gamy zachowań włączając w to myśli (fantazje), plany i próby samobójcze oraz zamachy samobójcze dokonane.

Według danych GUS, w ostatnich 60 latach obserwowano stopniowy wzrost liczby samobójstw w Polsce (z wyraźnym spadkiem w 1981 r.). Najwyższy wskaźnik odnotowano w 2009 r. (17,0 na 100.000 mieszkańców). Od tego czasu liczba samobójstw powoli maleje. W 2022 r. wskaźnik wyniósł 11,7.

W tym raporcie analizie poddano informacje o zachowaniach samobójczych zawarte w statystyce publicznej dotyczącej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Od 2021 r. w kartach umieszczono dwa dodatkowe pytania dotyczące czy hospitalizacja związana jest z próbą samobójczą i czy w ciągu 12 miesięcy przed hospitalizacją wystąpiła próba samobójcza.



Ryc. 7.5. Liczba pacjentów hospitalizowanych w całodobowej opiece psychiatrycznej po próbie samobójczej w ciągu ostatnich 12 miesięcy (2021–2022)

W 2022 r. liczba pacjentów hospitalizowanych w całodobowej opiece psychiatrycznej, u których w wywiadzie wystąpiła próba samobójcza w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wyniosła 8376 osób. Oznacza to wzrost w porównaniu do 2021 r., kiedy liczba ta wynosiła 6731 pacjentów.

Najwyższa liczba pacjentów hospitalizowanych w związku z próbą samobójczą wystąpiła w województwach:

- Mazowieckie – 1257 osób (wzrost z 982 w 2021 r.),
- Śląskie – 932 osób (wzrost z 768 w 2021 r.),
- Wielkopolskie – 722 osób (wzrost z 553 w 2021 r.),
- Małopolskie – 687 osób (wzrost z 557 w 2021 r.).

Najmniejsza liczba hospitalizowanych pacjentów z wywiadem próby samobójczej została odnotowana w województwach:

- Opolskie – 120 osób (wzrost z 94 w 2021 r.),
- Lubuskie – 107 osób (wzrost z 72 w 2021 r.),
- Podlaskie – 132 osób (wzrost z 98 w 2021 r.).

W każdym województwie odnotowano wzrost liczby pacjentów hospitalizowanych w całodobowej opiece psychiatrycznej po wcześniejszej próbie samobójczej.

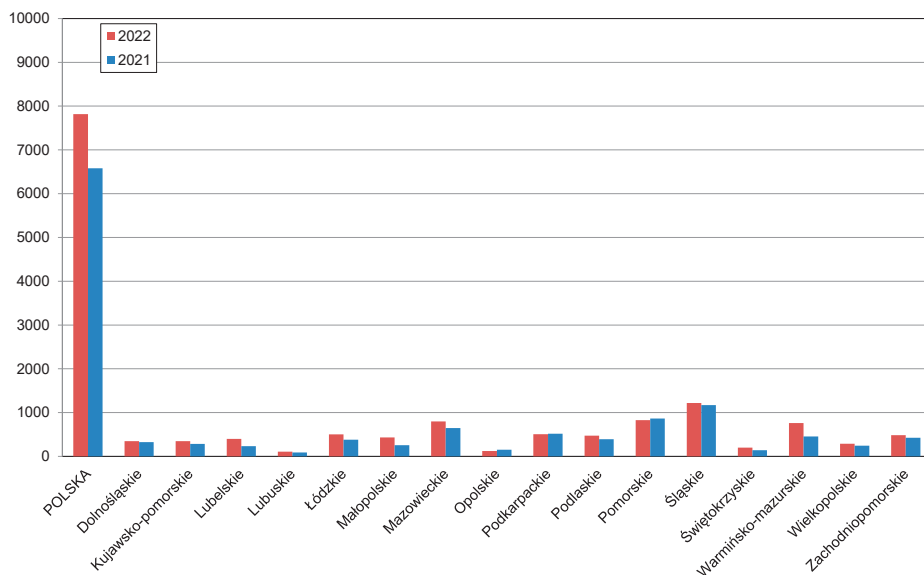
Największy wzrost w stosunku do 2021 r. wystąpił w województwie mazowieckim (ponad 27%), wielkopolskim (ponad 30%) i lubelskim (prawie 40%).

Wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów może sugerować zwiększoną liczbę prób samobójczych, ale również większą skuteczność wykrywania i kierowania pacjentów do opieki psychiatrycznej.

Dane z 2022 r. wskazują na znaczący wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów po próbie samobójczej w całej Polsce w porównaniu do 2021 r. Najwyższa liczba hospitalizacji dotyczy województw o największej liczbie ludności, jednak wzrosty odnotowano we wszystkich regionach. Rosnąca liczba pacjentów wymaga dalszej analizy pod kątem przyczyn tego trendu, a także podjęcia skutecznych działań profilaktycznych i interwencyjnych.

W 2022 r. liczba pacjentów hospitalizowanych w całodobowej opiece psychiatrycznej bezpośrednio w związku z próbą samobójczą wyniosła 7816 osób, co oznacza wzrost o 18,7% w porównaniu do 2021 r., kiedy hospitalizowano 6581 pacjentów. Wzrost ten może wskazywać na narastający problem prób samobójczych wymagających leczenia psychiatrycznego lub na skuteczniejszą identyfikację pacjentów potrzebujących interwencji.

Najwyższą liczbę hospitalizacji odnotowano w województwach mazowieckim (1213 osób, wzrost z 1002 w 2021 r.), śląskim (923 osób, wzrost z 799), wielkopolskim (765 osób, wzrost z 643) oraz małopolskim (684 osoby, wzrost z 562). Z kolei najmniej hospitalizacji odnotowano w województwach opolskim (129 osób, wzrost z 104), lubuskim (108 osób, wzrost z 88) oraz podlaskim (142 osoby, wzrost z 123).



Ryc. 7.6. Liczba pacjentów hospitalizowanych w całodobowej opiece psychiatrycznej bezpośrednio w związku z próbą samobójczą (2021–2022)

Największy procentowy wzrost hospitalizacji związanych z próbami samobójczymi w stosunku do 2021 r. wystąpił w województwie lubelskim (o 71,7%), mazowieckim (o 21,1%) oraz wielkopolskim (o 18,9%). Wzrost ten może świadczyć o rosnącej liczbie prób samobójczych, ale również o lepszej diagnostyce oraz skuteczniejszym kierowaniu pacjentów do leczenia psychiatrycznego.

Dane z 2022 r. wyraźnie wskazują na zwiększenie liczby hospitalizacji związanych z próbami samobójczymi w całej Polsce. Największe wartości odnotowano w województwach o największej liczbie ludności, jednak wzrosty są widoczne w każdym regionie. Rosnąca liczba pacjentów wymagających hospitalizacji psychiatrycznej po próbie samobójczej podkreśla konieczność dalszej analizy przyczyn tego trendu oraz wdrożenia skuteczniejszych działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie zdrowia psychicznego.

8. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA WYBRANYCH CHOROÓB ZAKAŻNYCH W POLSCE

Małgorzata Sadkowska-Todys, Iwona Paradowska-Stankiewicz,
Magdalena Rosińska, Marta Niedźwiedzka-Stadnik, Ewa Augustynowicz,
Małgorzata Stępień, Mirosław P. Czarkowski

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19, która wybuchła w 2020 r., znacząco zmieniła sytuację epidemiologiczną większości chorób zakaźnych i zaburzyła szereg obserwowanych wcześniej trendów w występowaniu tych chorób. Zapobieganie transmisji zakażeń SARS-CoV-2 między ludźmi poprzez ograniczanie kontaktów między nimi (lockdown itp.), oraz zmniejszanie ryzyka transmisji tych zakażeń przy zachodzących kontaktach (maseczki, udostępniane powszechnie środki do dezynfekcji itp.), zapobiegało nie tylko szerzeniu się COVID-19, ale także szerzeniu się innych chorób przenoszonych drogą kropelkową lub powietrzną, również chorób przenoszonych drogą pokarmową. Nie bez znaczenia były też prowadzone w mediach szerokie działania związane z promowaniem zachowań służących ograniczeniu zagrożeń epidemicznych. W efekcie, w pierwszym roku pandemii odnotowano w Polsce spadek zapadalności na prawie wszystkie choroby zakaźne podlegające obowiązkowemu zgłoszeniu i rejestracji, przy czym na ogół był to spadek większy, niż można było oczekiwać na podstawie obserwowanych wcześniej wieloletnich trendów spadkowych. I bynajmniej nie tłumaczy skali tego spadku fakt, że w związku z przeciążeniem pandemią systemów służby zdrowia i inspekcji sanitarnej rejestrowane liczby zachorowań odnotowane w tym okresie przez nadzór mogły być niedoszacowaniem rzeczywistej zapadalności. W 2021 r., częściowo w związku ze zmianami w zachowaniach ludności wynikającymi ze stopniowo malejącego poczucia zagrożenia, zapadalność na większość chorób zakaźnych wyraźnie wzrosła w stosunku do 2020 r., na ogół nie przekraczając jednak poziomu z okresu przed pandemicznego.

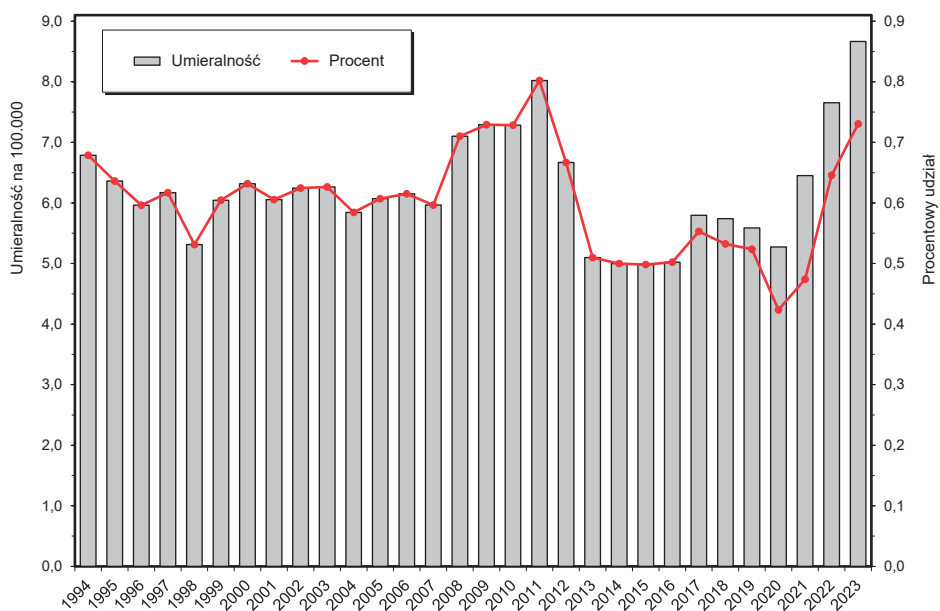
Lata 2022-2023 to dwa kolejne lata, w których współczynniki zapadalności na większość chorób zakaźnych znacząco wzrastały, w wielu przypadkach osiągnęły poziom przekraczający wartości median z lat 2016-2020. Przyczyn tego wzrostu należy upatrywać co najmniej w dwu zjawiskach. Pierwsze, to zjawisko nagromadzenia na danym terenie osób wrażliwych na zakażenie, jakie wystąpiło w okresie pandemii w następstwie ograniczenia kontaktów między ludźmi i ich mobilności, co w pewnym momencie zazwyczaj prowadzi do gwałtownego wzrostu liczby zachorowań i wystąpienia epidemii wyrównawczych, przy czym dotyczy to nie tylko chorób przenoszonych drogą powietrzną czy kropelkową. Drugie zjawisko to tzw. „dług zdrowotny” związany z niezaspokojeniem, bądź niezaspokojeniem w porę, potrzeb zdrowotnych ludności, wytworzony w związku z ograniczeniami (obiektywnymi i subiektywnymi) powstałymi w dostępie do systemu opieki zdrowotnej w okresie pandemii i zaburzeniami w funkcjonowaniu tego systemu związanymi z narzuconą przez pandemię priorytetyzacją zadań tego systemu. W przypadku chorób zakaźnych „dług” taki oznacza w przyszłości nie tylko wzrost udziału zachorowań rozpoznawanych dopiero w zaawansowanej fazie choroby, tak jak w przypadku wielu chorób niezakaźnych, ale oznaczać także może wzrost w przyszłości ogólnej liczby zachorowań, ponieważ osoby z nierozpoznaną w porę i nieleczoną chorobą zakaźną mogą stać się źródłem zakażenia dla innych osób.

Ogólną sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w ostatnich latach i możliwe skutki post-pandemicznego długu zdrowotnego dobrze ilustruje ogólna umieralności z powodu tych chorób (ryc. 8.1). Otóż pomiędzy 2020 r. i 2023 r. współczynnik umieralności z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych (pomijając COVID-19) wzrósł w Polsce o ponad 60% (z 5,27/100 000 ludności do 8,67) a udział zgonów z tych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów w Polsce o ponad 70% (z 0,42% do 0,73%). Tak gwałtownego wzrostu tego współczynnika nie obserwowano dotychczas w Polsce.

Zważywszy, że szczegółowe dane liczbowe o zarejestrowanych w Polsce zachorowaniach na wszystkie choroby zakaźne i pasożytnicze objęte obowiązkiem rejestracji i nadzorem epidemiologicznym publikowane są regularnie w rocznych biuletynach „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”¹, a sytuacja epidemiologiczna chorób o szczególnym znaczeniu dla zdrowia publicznego jest systematycznie szczegółowo analizowana i komentowana w „Kronice Epidemiologicznej”

¹ Biuletyny wydawane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB oraz Główny Inspektorat Sanitarny, dostępne na stronie: https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html#04

ukazującej się w „Przeglądzie Epidemiologicznym”², w rozdziale niniejszym ograniczono się jedynie do omówienia wybranych chorób. Niemniej, w tabeli 8.1 zamieszczono podstawowe dane charakteryzujące sytuację szerszej grupy chorób zakaźnych objętych nadzorem. Przedstawione w tabeli liczby zarejestrowanych zachorowań i współczynniki zapadalności w latach 2021, 2022 i 2023, oraz mediany tych wartości w latach 2016-2020, pozwalają na ogólną ocenę kierunku i dynamiki zmian zachodzących w sytuacji epidemiologicznej tych chorób.



Ryc. 8.1. Umieralność na choroby zakaźne (z pominięciem COVID-19) na 100 000 ludności i procentowy udział zgonów z powodu tych chorób w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w latach 1994-2023 (na podstawie danych GUS)

Przebieg epidemii **COVID-19** w Polsce w latach 2020-2023 charakteryzował się cyklicznymi falami wzrostu liczby zakażeń i hospitalizacji (ryc. 8.2), które były związane z szerzeniem się kolejnych wariantów wirusa. W 2020 r. największa fala zachorowań wystąpiła w okresie listopad-grudzień, osiągając szczyt pod koniec roku. W 2021 r. zaobserwowano dwie wyraźne fale epidemiczne – pierwszą w marcu i kwietniu oraz kolejną, równie intensywną, w listopadzie i grudniu.

² Kwartalnik wydawany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB oraz Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, dostępny na stronie: <https://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/>

Tabela 8.1. Wybrane choroby zakaźne objęte w Polsce obowiązkiem zgłaszania i rejestracji. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności w latach 2016-2023

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana 2016-2020	2021	2022	2023	Mediana 2016-2020	2021	2022	2023
	liczba zachorowań				zapadalność			
Cholera	0	0	0	0	0	0	0	0
Dur brzuszny	2	0	3	6	0,005	0	0,008	0,016
Dury rzekome A, B, C	2	2	2	4	0,005	0,005	0,005	0,011
* Salmonelozy	9 957	8 294	6 575	10 348	25,9	21,7	17,4	27,4
w tym: zatrucia pokarmowe	9 651	8 014	6 256	9 856	25,1	21,0	16,5	26,1
* zakażenia pozajelitowe	306	280	319	492	0,80	0,73	0,84	1,31
Czerwonka bakteryjna	37	18	43	50	0,10	0,05	0,11	0,13
* Inne bakteryjne zakażenia jelitowe	15 047	23 307	23 933	24 544	39,2	61,1	63,3	65,1
w tym: * biegunkotwórcza E. coli	285	103	150	208	0,74	0,27	0,40	0,55
werotoksyczna E. coli	8	9	36	96	0,02	0,02	0,10	0,25
* E. coli inna i nie określona	281	124	211	330	0,73	0,32	0,56	0,88
Kampylobakterioza	726	631	527	862	1,89	1,65	1,39	2,29
Jersinioza	170	142	180	313	0,44	0,37	0,48	0,83
wywołane przez Clostridioides difficile	11 310	21 157	21 563	21 268	29,5	55,4	57,0	56,4
* inne określone i nie określone	2 306	1 141	1 266	1 467	6,00	2,99	3,35	3,89
* Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	504	329	307	285	1,31	0,86	0,81	0,76
w tym: * enterotoksyczna gronkowcowa	37	4	125	108	0,10	0,01	0,33	0,29
Botulizm	22	8	14	17	0,057	0,021	0,037	0,045
* Clostridium perfringens	1	14	23	20	0,003	0,037	0,061	0,053

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana 2016-2020				Mediana 2016-2020				zapadalność		
	liczba zachorowań				zapadalność						
	2021	2022	2023	Mediana 2016-2020	2021	2022	2023	Mediana 2016-2020	2021	2022	2023
* inne określone	9	7	9	9	0,023	0,018	0,024	0,024	0,018	0,024	0,024
* nie określone	412	296	136	131	1,07	0,78	0,36	0,35	0,78	0,36	0,35
Giardioza	928	559	1 340	1 771	2,42	1,46	3,54	4,70	1,46	3,54	4,70
Kryptosporydioza	3	3	18	64	0,01	0,01	0,05	0,17	0,01	0,05	0,17
* Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe	48 577	23 365	57 636	27 277	126,5	61,2	152,4	72,4	61,2	152,4	72,4
w tym:											
* rotawirusy	23 263	7 417	34 211	6 119	60,6	19,4	90,4	16,2	19,4	90,4	16,2
* norowirusy	3 706	7 164	5 938	7 560	9,6	18,8	15,7	20,1	18,8	15,7	20,1
* inne	19 880	8 784	17 487	13 598	51,7	23,0	46,2	36,1	23,0	46,2	36,1
* Biegunki u dzieci do lat 2, bliżej nie określone	16 675	9 348	10 515	10 196	2 237,9	1 330,9	1 596,7	1 680,5	1 330,9	1 596,7	1 680,5
Gruźlica ¹⁾	5 487	3 704	4 314	4 436	14,3	9,7	11,4	11,8	9,7	11,4	11,8
w tym:											
układu oddechowego ¹⁾	5 244	3 553	4 148	4 265	13,7	9,3	11,0	11,3	9,3	11,0	11,3
Dzuma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tularemia	18	43	35	30	0,047	0,113	0,093	0,080	0,113	0,093	0,080
Wąglik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bruceleza (nowe zachorowania)	2	1	1	4	0,005	0,003	0,003	0,011	0,003	0,003	0,011
Leptospiroza	4	2	6	7	0,010	0,005	0,016	0,019	0,005	0,016	0,019
Listerioza	121	121	150	248	0,32	0,32	0,40	0,66	0,32	0,40	0,66
Tężec	11	5	5	13	0,029	0,013	0,013	0,034	0,013	0,013	0,034
Błonica	0	0	0	1	0	0	0	0,003	0	0	0,003
Krzusiec	1 629	182	371	922	4,24	0,48	0,98	2,45	0,48	0,98	2,45

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana 2016-2020			liczba zachorowań			Mediana 2016-2020			zapadalność		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
* Płonica	18 781	2 649	12 654	2 649	12 654	44 784	48,9	33,5	118,8	6,9	0,31	0,41
Choroba meningokokowa	193	107	117	107	117	154	0,50	0,17	0,20	0,28	0,17	0,20
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	96	50	65	50	65	74	0,25	0,14	0,21	0,13	0,14	0,21
Posocznicza	126	63	52	63	52	78	0,33	0,14	0,21	0,17	0,14	0,21
* Róża	5 492	2 089	3 161	2 089	3 161	5 369	14,3	8,4	14,2	5,5	8,4	14,2
Legionelozą	47	46	118	46	118	424	0,12	0,31	1,12	0,12	0,31	1,12
Kifa (ogółem)	1 602	1 123	1 995	1 123	1 995	2 989	4,17	5,27	7,93	2,94	5,27	7,93
Rzeżączka	332	287	630	287	630	1 322	0,86	1,67	3,51	0,75	1,67	3,51
Chlamydziozy przenoszone drogą płciową	258	283	517	283	517	977	0,67	1,37	2,59	0,74	1,37	2,59
* Borelioza z Lyme	20 629	12 500	17 370	12 500	17 370	25 285	53,7	45,9	67,1	32,8	45,9	67,1
Gorączka Q	0	1	2	1	2	6	0	0,005	0,016	0,003	0,005	0,016
* Dur wysypkowy, gorączka plamista i inne riketsjozy	4	2	8	2	8	10	0,010	0,021	0,027	0,005	0,021	0,027
Ostre nagminne porażenie dziecięce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
* Choroba Creutzfeldta-Jakoba	26	18	21	18	21	30	0,068	0,056	0,080	0,047	0,056	0,080
Wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wścieklizna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
* Wirusowe zapalenie mózgu	357	258	531	258	531	779	0,93	1,40	2,07	0,68	1,40	2,07
w tym: przenieszone przez kleszcze	265	210	446	210	446	661	0,69	1,18	1,75	0,55	1,18	1,75
* inne określone	29	17	48	17	48	58	0,08	0,13	0,15	0,04	0,13	0,15
* nie określone	78	31	37	31	37	60	0,20	0,10	0,16	0,08	0,10	0,16

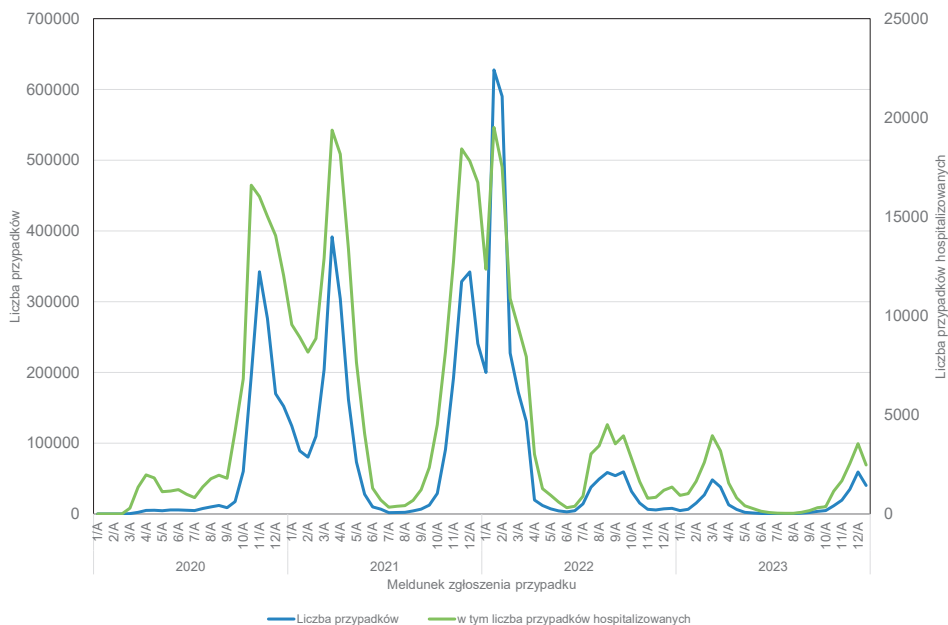
Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana 2016-2020		liczba zachorowań		Mediana 2016-2020		zapałalność	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
* Wirusowe zapalenie opon mózgowych	943	365	194	775	2,45	0,51	0,96	2,06
* enterowirusowe	65	53	5	246	0,17	0,01	0,14	0,65
* inne określone i nie określone	809	312	189	529	2,11	0,50	0,82	1,40
Gorączka denga (klasyfikacja lub krwotoczna)	30	23	2	70	0,08	0,01	0,06	0,19
Żółta gorączka	0	0	0	0	0	0	0	0
Gorączka Lassa	0	0	0	0	0	0	0	0
Gorączka krwotoczna krymsko-kongijska	0	0	0	0	0	0	0	0
Choroba wywołana przez wirus Marburg lub Ebola	0	0	0	0	0	0	0	0
* Ospa wietrzna	160 707	171 708	57 669	190 825	418,2	151,1	453,9	506,2
Odra	133	27	13	35	0,346	0,034	0,071	0,093
Różyczka	437	147	50	243	1,14	0,13	0,39	0,64
różyczka wrodzona	0	0	0	0	0	0	0	0
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	1 067	233	92	206	2,78	0,24	0,62	0,55
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	3 196	2 500	1 547	3 142	8,32	4,05	6,61	8,33
Ostre	45	29	10	36	0,117	0,026	0,077	0,095
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	3 442	2 528	1 244	3 267	8,96	3,26	6,68	8,67
* Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	12	53	8	55	0,03	0,02	0,14	0,15
AIDS	102	137	64	156	0,27	0,17	0,36	0,41
Nowo wykryte zakażenia HIV	1 317	2 604	1 461	2 189	3,43	3,83	6,88	5,81
Świnka	1 585	922	484	966	4,13	1,27	2,44	2,56

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana 2016-2020		2021		2022		2023		Mediana 2016-2020		2021		2022		2023		
	liczba zachorowań																zapałalność
Zimnica /malaria	27	15	26	46	0,07	0,04	0,07	0,12	0,07	0,04	0,07	0,07	0,12	0,07	0,12	0,12	
Bąblowica	64	26	46	66	0,17	0,07	0,17	0,18	0,17	0,07	0,17	0,17	0,12	0,17	0,18	0,18	
Włośnica	4	2	1	5	0,010	0,005	0,010	0,013	0,010	0,005	0,010	0,005	0,003	0,010	0,013	0,013	
Choroba wywołana przez Streptococcus pneumoniae	1 192	962	2 216	2 957	3,10	2,52	3,10	7,84	3,10	2,52	3,10	2,52	5,86	3,10	7,84	7,84	
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	181	123	208	273	0,47	0,32	0,47	0,72	0,47	0,32	0,47	0,32	0,55	0,47	0,72	0,72	
Posocznica	815	650	1 459	1 934	2,12	1,70	2,12	5,13	2,12	1,70	2,12	1,70	3,86	2,12	5,13	5,13	
inna określona i nie określona	466	323	853	1 271	1,21	0,85	1,21	3,37	1,21	0,85	1,21	0,85	2,25	1,21	3,37	3,37	
Choroba wywołana przez Haemophilus influenzae	102	52	149	265	0,27	0,14	0,27	0,70	0,27	0,14	0,27	0,14	0,39	0,27	0,70	0,70	
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	10	3	16	33	0,026	0,008	0,026	0,088	0,026	0,008	0,026	0,008	0,042	0,026	0,088	0,088	
Posocznica	54	30	88	129	0,14	0,08	0,14	0,34	0,14	0,08	0,14	0,08	0,23	0,14	0,34	0,34	
* Bakteryjne zap. opon mózg. i/lub mózgu - inne określone	122	51	78	150	0,32	0,13	0,32	0,40	0,32	0,13	0,32	0,13	0,21	0,32	0,40	0,40	
* Bakteryjne zap. opon mózg. i/lub mózgu - nie określone	216	60	102	150	0,56	0,16	0,56	0,40	0,56	0,16	0,56	0,16	0,27	0,56	0,40	0,40	
* Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone	720	311	475	649	1,87	0,81	1,87	1,72	1,87	0,81	1,87	0,81	1,26	1,87	1,72	1,72	
* Zapalenie mózgu inne i nie określone	100	66	89	146	0,26	0,17	0,26	0,39	0,26	0,17	0,26	0,17	0,24	0,26	0,39	0,39	
Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę	4 790 033	2 973 793	4 703 128	bd	12 478,4	7 792,5	12 478,4	bd	12 478,4	7 792,5	12 478,4	7 792,5	12 433,1	12 478,4	7 792,5	bd	
Toksooplazmoza wrodzona	18	13	30	25	4,48	3,92	4,48	9,18	4,48	3,92	4,48	3,92	9,83	4,48	9,18	9,18	
COVID-19	x	2 852 789	2 370 351	381 244	x	7 475,4	x	6 266,2	x	7 475,4	x	7 475,4	6 266,2	x	1 011,3	1 011,3	

a) Odpowiednio na 100 000 ludności ogółem, dzieci do lat 2 oraz żywych urodzeń (choroby wrodzone). * Jednostki chorobowe i zespoły, które nie są objęte nadzorem w ramach europejskiej sieci nadzoru nad chorobami zakaźnymi. 1) Dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

Źródło danych: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce. NIZP PZH-PIB, GIS, Warszawa. Roczniki 2016-2023

2022 r. rozpoczął się falą w okresie marzec–kwiecień, po której nastąpił gwałtowny spadek liczby nowych przypadków. Spadek ten był związany z odwołaniem stanu epidemii w maju 2022 r. oraz znacznym ograniczeniem testowania. W drugiej połowie roku pojawiła się jeszcze fala letnia, jednak była ona znacznie mniejsza niż wcześniejsze. W 2023 r. zaobserwowano ponowny wzrost zachorowań w marcu i kwietniu oraz w listopadzie i grudniu, jednak fale te były mniej intensywne niż w latach poprzednich. Mimo zmian w liczbie rejestrowanych przypadków COVID-19, odsetek hospitalizacji w drugiej połowie 2022 r. oraz w 2023 r. pozostawał na poziomie zbliżonym do wcześniejszych okresów, co może wskazywać na stabilizację przebiegu klinicznego choroby oraz wpływ odporności populacyjnej na ciężkość przebiegu zakażenia. W badaniu OBSERCO II³ przeprowadzonym w 2023 r. obserwowano powszechne występowanie przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2. W zależności od tury badania odsetek osób posiadających przeciwciała wahał się od 96,5% do 97,4%.



Ryc. 8.2. Liczba zgłoszonych przypadków Covid-19 w Polsce w latach 2020–2023, z wyróżnieniem przypadków hospitalizowanych (źródło: Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce (dwutygodniowe), dostępne na stronie: https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html)

³ <https://www.pzh.gov.pl/projekty-i-programy/obserco/>

Jednocześnie należy podkreślić, że ze względu na ograniczenie testowania rzeczywista liczba zachorowań jest prawdopodobnie znacznie wyższa niż liczba oficjalnie zgłaszanych przypadków, co utrudnia pełną ocenę sytuacji epidemiologicznej. Wśród uczestników wspomnianego badania OBSERCO II, którzy zgłosili się z objawami infekcji układu oddechowego na badanie PCR w okresie luty-maj 2023 u 5,6% potwierdzono COVID-19, u 0,4% grypę a u 0,3% zakażenie wirusem RSV. W okresie październik-grudzień odsetki te wyniosły odpowiednio 11%,0% i 0,2%. Świadczy to o krążeniu wirusa SARS-CoV-2 w 2023 r. w populacji, pomimo niewielkiej liczby rejestrowanych zachorowań. W związku z tym zasadne jest wdrożenie systemu nadzoru typu *sentinel*, najlepiej zintegrowanego z nadzorem nad grypą i wirusem RSV⁴, co pozwoliłoby na lepsze monitorowanie krążenia SARS-CoV-2 w populacji oraz ocenę jego wpływu na zdrowie publiczne.

Choroby objęte w Polsce obowiązkowym szczepieniem

Realizacja Programu Szczepień Ochronnych w Polsce od ponad sześćdziesięciu lat znacząco wpłynęła na sytuację epidemiologiczną w kraju w odniesieniu do chorób, którym można zapobiegać przez szczepienia. Szczególne znaczenie przypada szczepieniom obowiązkowym, obejmującym dzieci i młodzież w wieku od 0 do 19 lat. Efektem stosowania obowiązkowych szczepień jest znaczne ograniczenie lub wyeliminowanie zachorowań na choroby takie jak: błonica, tężec, polio, odra, różyczka, wzw B, czy wywołane przez drobnoustroj *Hemophilus influenzae*. Zmniejszenie liczby zachorowań i występowania powikłań choroby wymagających hospitalizacji jest również obserwowane w odniesieniu do wprowadzonego w 2017 r. do Kalendarza Szczepień Obowiązkowych, szczepienia przeciw *Streptococcus pneumoniae*. Pneumokoki są odpowiedzialne za ciężkie postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, sepsę, zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego oraz zgony w grupie najmłodszych dzieci oraz seniorów zwłaszcza w wieku powyżej 65 r.ż. Z tego powodu od 1.01.2022 r. wprowadzono

⁴ ECDC, WHO Regional Office for Europe. Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe [Internet]. Copenhagen, Denmark and Stockholm, Sweden: European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe; 2022 [cytowane 1 grudzień 2024]. Report No.: WHO/EURO:2022-5841-45606-65427. Dostępne na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-europe>

50% refundację szczepionki przeciw pneumokokom dla osób powyżej 65. r. ż. z określonych grup ryzyka.

Ważną zmianą w Kalendarzu Szczepień Obowiązkowych było wprowadzenie szczepienia ochronnego przeciw rotawirusom od 1.01.2021 r. Rotawirusy są najczęstszą przyczyną biegunek wśród niemowląt i dzieci, bardzo często wymagających leczenia szpitalnego. W 2021 r. zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 19,5, natomiast w 2022 r. była ponad 4,5-krotnie wyższa (90,4) w porównaniu z poprzednim rokiem i ponad 5,5-krotnie wyższa w porównaniu z następnym 2023 r., w którym wyniosła 16,2 na 100 tys. mieszkańców. Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że obserwowany wzrost zachorowań w 2022 r. to efekt popandemiczny oraz mógł być związany ze wzrostem czułości systemu nadzoru. W świetle danych z nadzoru odsetek osób hospitalizowanych był bardzo wysoki: od ponad 85% do 91,7% w 2022 r. Korzystniejszych współczynników zapadalności, chorobowości i hospitalizacji należy oczekiwać w kolejnych latach stosowania szczepień przeciw rotawirusom.

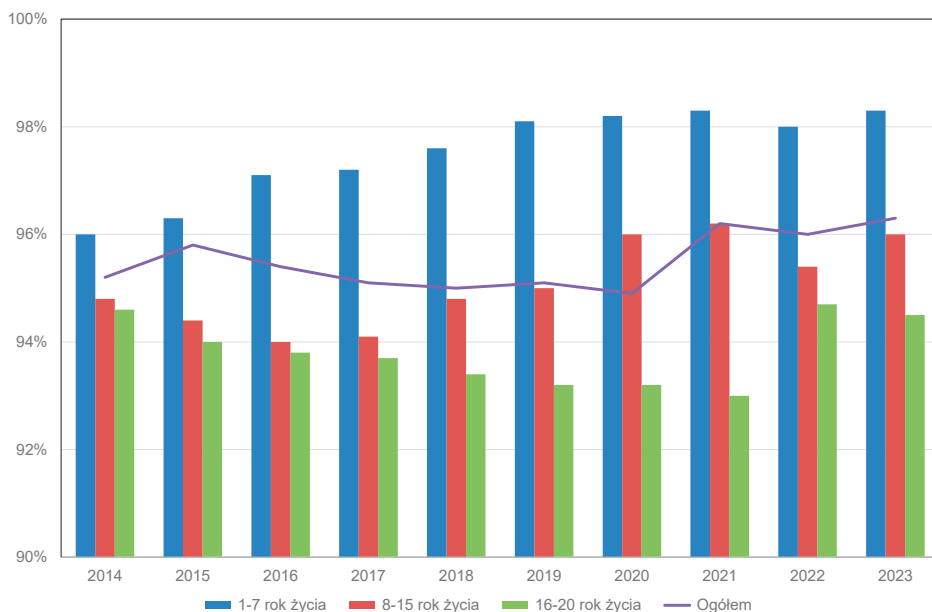
W przypadku krztusca sytuacja epidemiologiczna jest złożona, nadal obserwujemy występowanie wzrostów epidemicznych w cyklach 3-5-cio letnich, co wskazuje na utrwalone krążenie bakterii w środowisku i nadal utrzymującą się wrażliwość populacji na zakażenie. Od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych obserwujemy wzrost zachorowań na krztusiec, sięgający około 2000-3000 przypadków rocznie. Natomiast od 2016 r., w którym zarejestrowano aż 6 828 zgłoszeń (wzrost epidemiczny), wystąpiła tendencja spadkowa zachorowań na krztusiec: w 2017 r. zgłoszono 3 067 zachorowań (zapadalność 7,98 na 100 tys. mieszkańców), a w 2018 r. wystąpił dalszy spadek zachorowań na krztusiec do 1 548 zgłoszeń tj. o 49,4 % mniej niż w roku ubiegłym (zapadalność 4,0 na 100 tys. mieszkańców). W 2019 r. zgłoszono 1 630 zachorowań (zapadalność 4,25 na 100 tys. mieszkańców). Na sytuację epidemiologiczną krztusca w Polsce w 2020 r. znacząco wpłynęło ograniczenie kontaktów międzyludzkich wprowadzonych w celu redukcji transmisji wirusa SARS-CoV-2. Odnotowano zmniejszenie - o ponad połowę - liczby zachorowań na krztusiec w porównaniu z 2019 r., tzn. do 753 przypadków w 2020 r. W kolejnym 2021 r., odnotowano najniższą liczbę zachorowań na krztusiec od ponad 30 lat - 182 przypadki, prawdopodobnie w związku z utrzymaniem ograniczeń kontaktów społecznych i obowiązku noszenia maseczek w okresie pandemii. 2022 r. przyniósł zwiększenie liczby zachorowań na krztusiec w porównaniu do roku ubiegłego (371 przypadków w 2022 r. versus 182 przypadki w 2021 r.), na który miało wpływ stopniowe znoszenie ograniczeń w kontaktach społecznych oraz obowiązku noszenia maseczek. Podobnie

w 2023 r. – wystąpił kolejny wzrost zachorowań do 922 przypadków i zapaadalności 2,45 na 100 tys. mieszkańców. Zwiększenie liczby osób podatnych na zachorowanie na krztusiec może prowadzić do wystąpienia epidemii wyrównawczych w przyszłości, dlatego należy utrzymać wysoki poziom zaszczepienia populacji (powyżej 95%), aby zapobiec nowym przypadkom zachorowań. (ryc. 8.3).

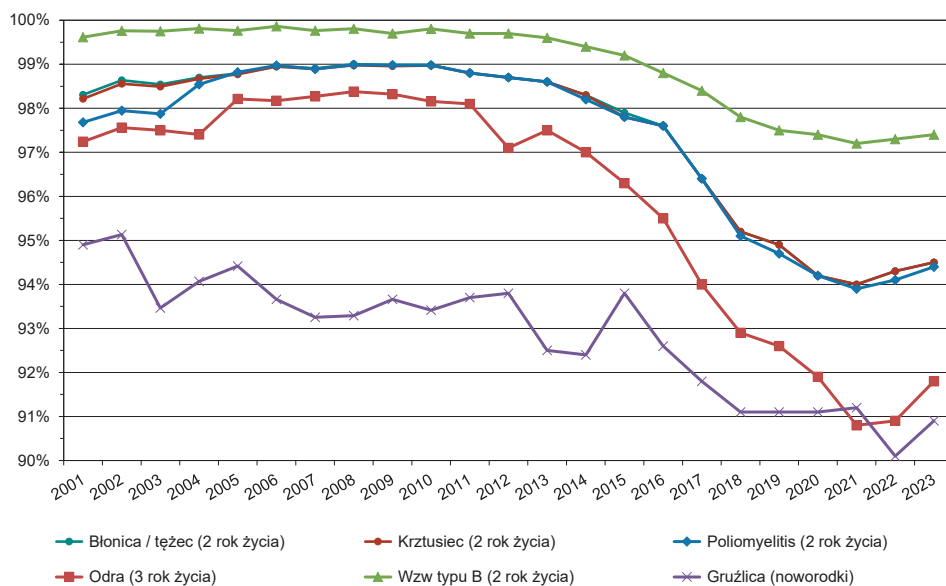


Ryc. 8.3. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne, przeciw którym prowadzone są obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci i młodzieży, w latach 1950-2023 (źródło: NIZP PZH-PIB)

Trzeba podkreślić, że wykonawstwo szczepień przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, odrze, różyczce przez większość lat utrzymywało się na bardzo wysokim poziomie tzn. pomiędzy 95%, a 100%. Źródłem informacji na temat wykonawstwa szczepień obowiązkowych w naszym kraju są dane o stanie zaszczepienia dzieci i młodzieży zbierane rokrocznie przez pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych ze wszystkich placówek opieki zdrowotnej w Polsce. Z danych na temat wykonawstwa szczepień obowiązkowych wynika, że na przestrzeni ostatnich lat, ok. 5% dzieci i młodzieży nie było objęte szczepieniami (ryc. 8.4) i w odniesieniu do większości szczepień w 2022 r. zarysował się nieznaczny trend wzrostowy odsetka osób zaszczepionych, który był kontynuowany w kolejnym 2023 r. (ryc. 8.5).



Ryc. 8.4. Program Szczepień Ochronnych w latach 2006-2023. Odsetek dzieci i młodzieży objętych nadzorem nad realizacją Programu (źródło: NIZP PZH-PIB)



Ryc. 8.5. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2023. Odsetek dzieci w 1.-3. r. ż. zaszczepionych przeciw wybranym chorobom (źródło: NIZP PZH-PIB)

Podobnie jak w latach ubiegłych, wykonawstwo szczepień na poziomie województw było zróżnicowane i nie było niższe niż 87,0%, wyniosło od 87,3% do 99,1%. Ponadto utrzymuje się tendencja występowania niższych poziomów zaszczepienia w województwach: podlaskim, lubelskim, podkarpackim, małopolskim, świętokrzyskim i mazowieckim. Utrzymujący się na poziomie 90,0% stan zaszczepienia populacji podlegającej szczepieniom obowiązkowym nadal jest wystarczający do osiągnięcia odporności zbiorowskiej, zapobiegającej epidemicznemu szerzeniu się zachorowań. Bardzo ważnym krokiem w procesie weryfikacji stanu zaszczepienia ludności Polski będzie planowane przez Ministerstwo Zdrowia wprowadzenie elektronicznej karty szczepień obejmującej rejestrację wszystkich szczepień przewidzianych Kalendarzem Szczepień Obowiązkowych, zaplanowane na drugą połowę 2025 r. Z perspektywy bezpieczeństwa zdrowotnego naszego społeczeństwa to działanie pozwoli ocenić rzeczywisty stan zaszczepienia dzieci i młodzieży w Polsce i nakreślić kierunki działań edukacyjnych i promocyjnych w tym zakresie (tabela 8.2).

Tabela 8.2. Wykonawstwo szczepień w Polsce w 2023 r. (źródło: NIZP PZH-PIB)

Rodzaj szczepionki	Średni odsetek zaszczepionych w kraju	Min. i max. odsetek zaszczepionych wg województw	Wiek dzieci, w którym oceniono stan zaszczepienia
Błonica/tężec	94,50%	90,7%- 97,6%	2 r.ż.
Krztusiec	94,50%	90,7%- 97,6%	2 r.ż.
Polio	94,40%	90,7%- 97,5%	2 r.ż.
Odra/świnka/różyczka	91,80%	87,3%- 96,6%	3 r.ż.
Różyczka	95,70%	91,4%-98,8%	15 r.ż.
Hib	94,30%	90,8%- 97,4%	2 r.ż.
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	94,70%	90,7%- 97,7%	2 r.ż.
WZW B	97,40%	95,1%- 99,0%	2 r.ż.
Gruźlica	97,80%	95,2%- 99,1%	2 r.ż.

Warto podkreślić, że w efekcie prowadzonych szczepień, ostatni przypadek choroby poliomyelitis (Choroba Heinego-Medina), wywołany dzikim szczepem wirusa polio odnotowano w Polsce w 1984 r. (ryc. 8.3). Od tego czasu pomimo aktywnego poszukiwania zakażeń wywołanych przez poliovirusy wśród osób do 15. r. ż. u których wystąpiły objawy ostrego porażenia wiotkiego (obowiązkowo zgłaszanego do nadzoru), zarejestrowano pojedyncze przypadki zachorowań spowodowanych wirusem pochodzenia szczepionkowego (po jednym przypadku

w 2009, 2010 i 2013 r.). W związku z wybuchem wojny w Ukrainie oraz masową migracją ludności ukraińskiej do Polski, której stan zaszczepienia był niższy niż ludności w Polsce, pojawiły się obawy wystąpienia zachorowań. Wzmocniony nadzór epidemiologiczny realizowany w ramach Światowego Programu Eradykacji Poliomyelitis koordynowanego przez WHO, do końca 2023 r. nie zarejestrował zachorowań na polio. Natomiast, w ramach nadzoru środowiskowego kilkakrotnie w próbkach ścieków pobieranych w Warszawie oraz w Lublinie, wykryto wirusy polio pochodzenia szczepionkowego, ze względu na stosowaną na Ukrainie szczepionkę bOPV, zawierającą atenuowane szczepy typu 1 i 3. Ich detekcja jest zjawiskiem oczekiwanym, może świadczyć o dobrze prowadzonym nadzorze środowiskowym. Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia i Krajowego Planu Działania na wypadek wystąpienia ogniska zachorowań lub zdarzenia z udziałem wirusa polio, izolaty te nie podlegają notyfikacji.

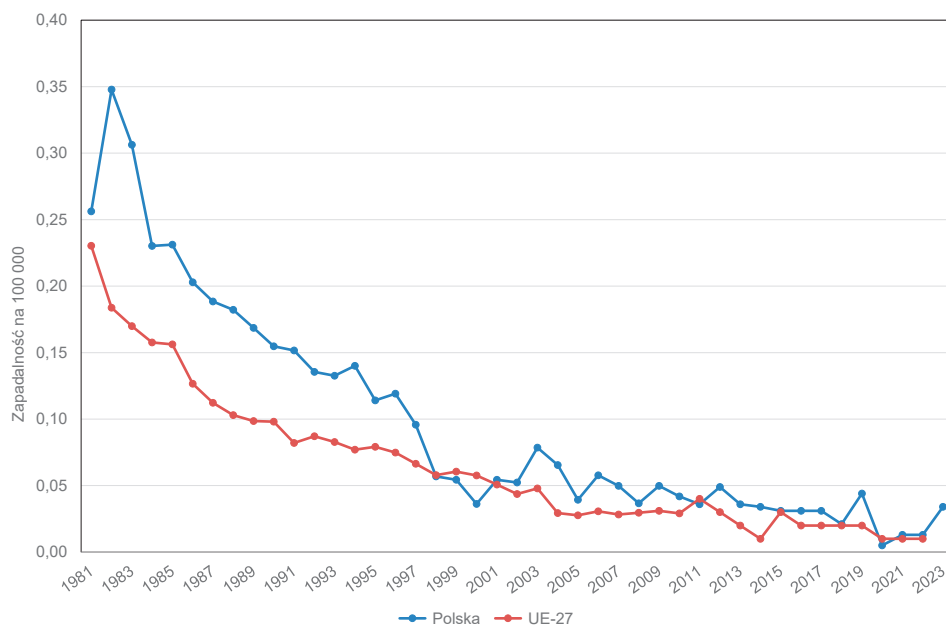
Z perspektywy Ogólnoświatowego Programu Eradykacji Poliomyelitis koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia, Polska utrzymała status kraju wolnego od polio.

Zachorowania na błonicę w Polsce po 1975 r. występują bardzo sporadycznie (ryc. 8.3) – ostatni przypadek zachorowania na błonicę został zawleczony ze Związku Radzieckiego w 2000 r. Należy pamiętać, że wciąż istnieje ryzyko pojawienia się błonicy w sytuacji, gdy w danej populacji znajdują się osoby wrażliwe na zakażenie i nieuodpornione dzieci. W 2023 r. zarejestrowano jeden przypadek błonicy wywołany szczepem nietoksynotwórczym *Corynebacterium ulcerans*. W związku z tym strategia zwalczania błonicy musi opierać się na trzech podstawowych elementach:

- utrzymaniu wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci i młodzieży zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, oraz
- okresowych, to jest co 10 lat dawek przypominających szczepionką o zmniejszonej ilości toksoidu błoniczego, szczepionką Td,
- każde podejrzenie błonicy, poza wykonaniem badania mikrobiologicznego w kierunku *Corynebacterium diphtheriae*, *Corynebacterium ulcerans* i *Corynebacterium pseudotuberculosis*, wymaga wykonania testu w kierunku wytwarzania przez bakterię toksyny błoniczej, odpowiedzialnej za dramatyczny przebieg choroby i konieczność zastosowania profilaktyki szczepiennej.

Tężec jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterię *Clostridium tetani*, produkującą neurotoksynę (tetanospazminę) powodującą porażenia spastyczne. Chorobie tej można zapobiegać tylko przez szczepienia. Zachorowania na tężec są bardzo rzadkie w krajach UE, w których chorują głównie osoby powyżej 60 r.ż. Od 1998 r. liczba zachorowań na tężec w Polsce nie przekraczała 30 przypadków

rocznie, a w ostatnich latach zaobserwowano tendencję spadkową zachorowań do kilkunastu przypadków rocznie. W 2018 r. wystąpiło 8 zachorowań, natomiast w kolejnym 2019 r. na tężec zachorowało 17 osób. W Polsce w latach 2020-2023 obserwowano spadek liczby zgłoszonych zachorowań na tężec w porównaniu z wcześniejszymi latami (w 2020 r.- 2 przypadki, w 2021 r. i w 2022 r. po 5 przypadków), a w 2023 r. zarejestrowano 13 przypadków (wzrost 2,5-krotny w porównaniu z 2022 r.). Sporadyczne zachorowania na tężec w Polsce odnotowywane są głównie w starszych grupach wieku, ale występują także wśród osób dorosłych poniżej 60. r. ż. Można je powiązać z brakiem szczepień przypominających u osób dorosłych - ryc. 8.6).

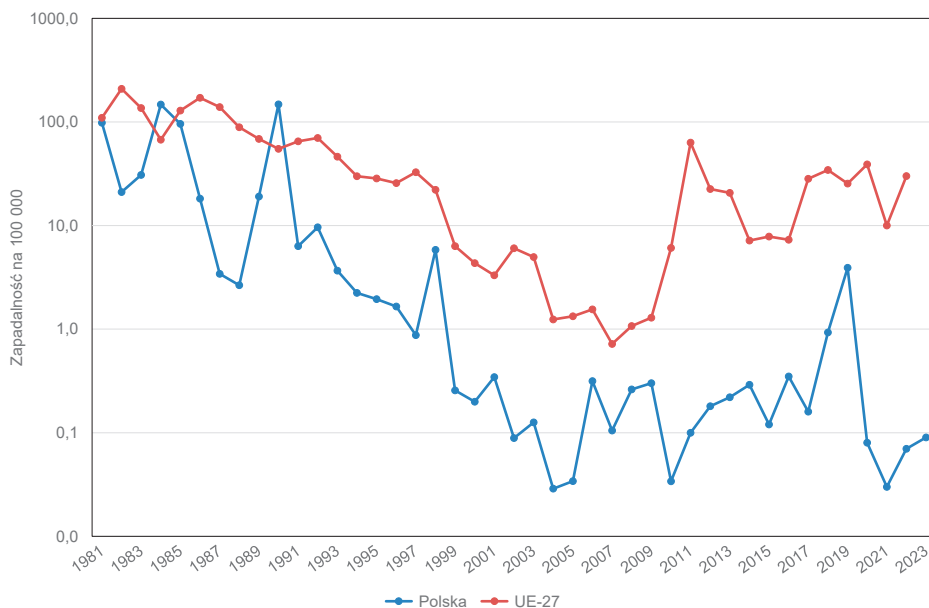


Ryc. 8.6. Zapadalność na tężec w Polsce i przeciętna w krajach UE/EOG w latach 1981-2023 (źródło: NIZP PZH-PIB, WHO HFA DB, ECDC)

Ogromnym sukcesem realizacji szczepień przeciw tężcowi jest nie występowanie od dziesiątków lat tzw. tężca noworodków. Specyfika tężca polega na szerokim rozpowszechnieniu bakterii *Clostridium tetani* w przyrodzie, gdyż zarodniki bytują w glebie, są obecne w kale zwierząt, ludzi, w otoczeniu ludzi, oraz na braku wytwarzaniu odporności zbiorowiskowej. W związku z tym stan uodpornienia każdej osoby determinuje wrażliwość społeczeństwa na zakażenie. Ponieważ zranienia od zawsze pozostają problemem medycznym w środowisku

miejskim i wiejskim, to stałe podnoszenie uodpornienia pozostaje jedynym skutecznym sposobem zapobiegania chorobie. Ekspozycja na zarodniki drobnoustroju związana z częstością zranień oraz niskim poziomem uodpornienia sprzyja transmisji zakażenia. Wiek odgrywa też ważną rolę w ciężkości przebiegu choroby oraz prawdopodobieństwie zgonu.

Po latach systematycznego zmniejszania się liczby zachorowań na choroby podlegające eliminacji: odrę rodzimą i różyczkę oraz zespół różyczki wrodzonej, sytuacja epidemiologiczna tych chorób w ostatnich latach jest niestabilna. Po kilkuletnim okresie rejestrowania około 100 przypadków odrzy (w 2016 r. zarejestrowano 133 przypadki odrzy, a w 2017 r. – 63, zapadalność była wielokrotnie niższa niż przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 8.7), w 2018 r. wystąpił wzrost zachorowań na odrę do 359 przypadków z zapadalnością wynoszącą 0,93/100 tys. mieszkańców, kontynuowany w 2019 r.



Ryc. 8.7. Zapadalność na odrę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EOG w latach 1981-2023 (źródło: NIZP PZH-PIB, WHO HFA DB, ECDC)

Łącznie w 2019 r. zachorowało w Polsce 1511 osób, a zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 3,94. Najczęściej chorowały osoby dorosłe w wieku 30 – 44 lata. W 2020 r. zarejestrowano w Polsce jedynie 29 zachorowań na odrę (zapadalność 0,08 na 100 tys.), z największą zapadalnością u osób w wieku 0-4 lata wynoszącą 0,42 na 100 tys. Hospitalizowano 9 chorych (31%), nie zgłoszono

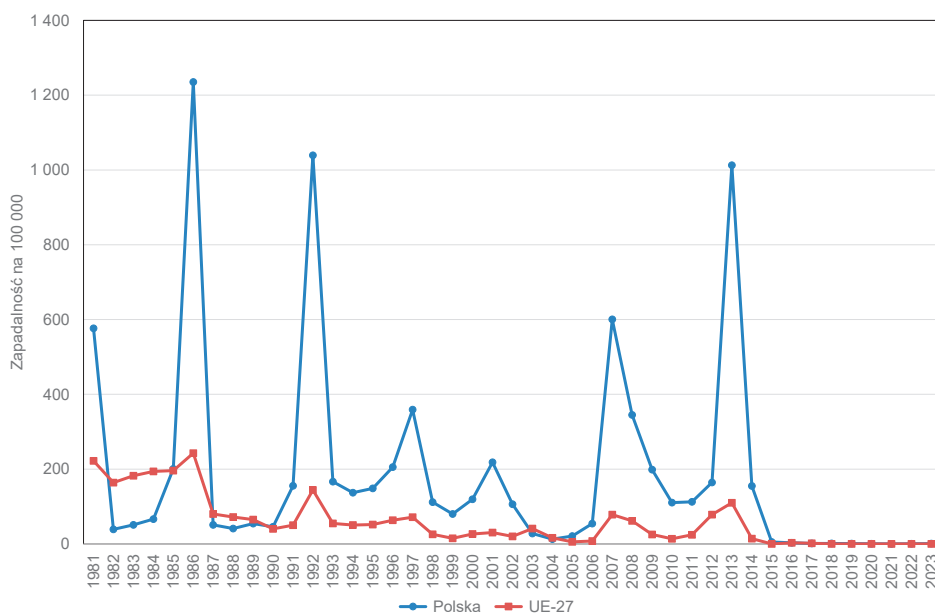
żadnego zgonu z powodu odry. W 2021 r. zarejestrowano w Polsce 13 zachorowań na odrę (zapadalność 0,03 na 100 tys.), o 44,8% mniej niż w 2020 r. i o 80% mniej niż wyniosła mediana w latach 2014-2018. W 2021 r. odnotowano najwyższą zapadalność wynoszącą 0,32 na 100 tys. dzieci w wieku 0-4 lata. Hospitalizowano 6 chorych (46,2%), nie zgłoszono żadnego zgonu z powodu odry. Stan zaszczepienia pierwszą dawką dzieci w 3. r. ż. wyniósł 90,8%, a drugą dawką dzieci w 9. r. ż. – 84,6%. (ryc. 8.15 i tabela 8.2). Niższa zapadalność w 2020 r. i 2021 r. mogła być wynikiem zmniejszenia transmisji wirusa w wyniku odporności nabytej w czasie ognisk epidemicznych odry w latach 2017–2019, systematycznego prowadzenia szczepień, oraz z dużym prawdopodobieństwem w wyniku działań przeciwepidemicznych wprowadzonych w związku z COVID-19, jak również zmianą zachowań zdrowotnych populacji w czasie pandemii COVID-19, tj. zmniejszeniem liczby osób zgłaszających się do placówek opieki zdrowotnej w wyniku ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych. 2022 r. przyniósł wzrost liczby zachorowań na odrę do 27 przypadków (zapadalność 0,07 na 100 tys.), podobnie jak 2023 r., w którym zarejestrowano 37 zachorowań (zapadalność 0,09 na 100 tys.), co z pewnością można powiązać z postępującą stabilizacją sytuacji epidemiologicznej do okresu przed pandemią, ale również z migracją z Ukrainy. Na podstawie dostępnych danych z Ukrainy wiadomo, że stan zaszczepienia przeciw odrze jest tam niski, co w związku z nasilonym transferem ludności ukraińskiej do Polski może stanowić zagrożenie występowania ognisk epidemicznych. Podobna sytuacja tzn. wzrost zachorowań na odrę występował również w innych krajach Europy. Przyczyna tej niekorzystnej sytuacji upatrywana jest w kilku obserwowanych zjawiskach społecznych:

- rosnącej liczbie rodziców, którzy nie zgadzają się na szczepienie dzieci przeciw odrze, co przyczynia się do zmniejszającego się stanu zaszczepienia przeciw odrze i wybuchów epidemii. W odniesieniu do odry wymagane jest uzyskanie wysokiego odsetka zaszczepienia populacji, na poziomie 90%-95%, aby uzyskać tzw. odporność zbiorowiskową, która warunkuje zahamowanie krążenia wirusa w środowisku. Jest to niezwykle ważne z perspektywy osób, które nie mogą być szczepione ponieważ są za małe np. niemowlęta, albo mają przeciwwskazania do szczepienia np. osoby z zaburzeniami odporności,
- dużej mobilności w skali międzynarodowej jak i wewnątrz kraju niektórych grup etnicznych, migrantów ekonomicznych, którzy nie byli zaszczepieni przeciw odrze, co powoduje ciągle powstawanie niewielkich ognisk zachorowań w różnych obszarach Polski, niezależnie od lokalnego stopnia uodpornienia.

Brak możliwości prognozowania miejsca wystąpienia ognisk stwarza istotne zagrożenie odrą dla osób nieszczepionych, dla dzieci, u których szczepienia są opóźnione. W takiej sytuacji może również dochodzić do zakażeń wśród pacjentów i częściowo tylko uodpornionego personelu medycznego.

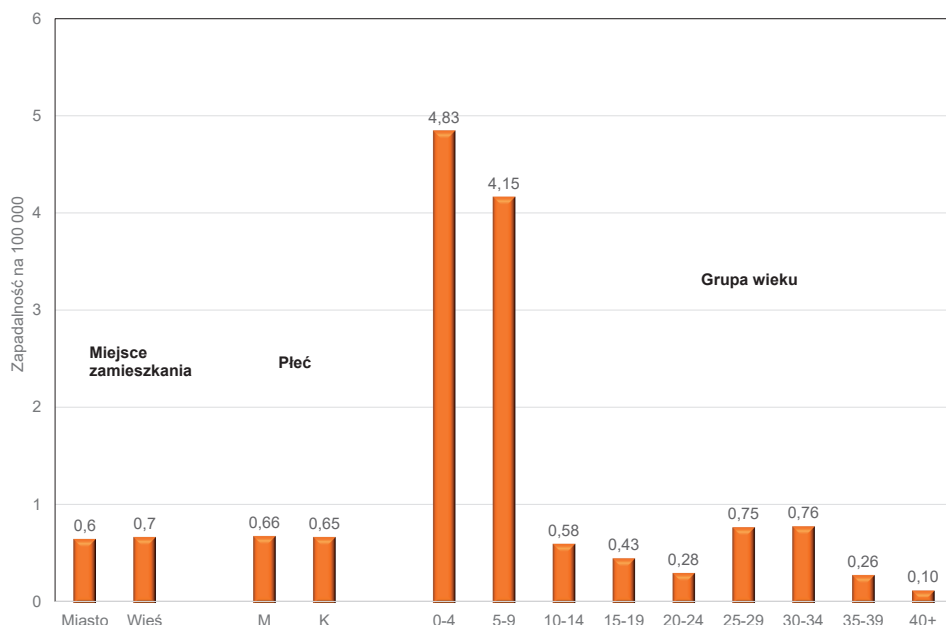
Z perspektywy realizacji programu eliminacji odry, koordynowanego przez WHO, obserwowana w Europie sytuacja epidemiologiczna odry oddaliła osiągnięcie celu eliminacji choroby, jednak w perspektywie lat nadal wydaje się możliwe do osiągnięcia.

Liczba zachorowań na różyczkę po okresie epidemii wyrównawczej, počawszy od 2015 r. wyraźnie zmniejszyła się (ryc. 8.8). W 2018 r. zarejestrowano 437 przypadków różyczki z zapadalnością 1,1/100 tys. mieszkańców, natomiast w 2019 r. – 285 zachorowań (zapadalność 0,7/100 tys. mieszkańców). W latach 2020 r. i 2021 r. zachorowało odpowiednio 98 i 50 osób, natomiast w kolejnych latach zaznaczył się trend wzrostowy: w 2022 r. zachorowało 147 osób (zapadalność 0,39/100 tys.), a w 2023 r. – 262 osoby (zapadalność 0,69/100 tys.).



Ryc. 8.8. Zapadalność na różyczkę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EOG w latach 1981-2023 (źródło: NIZP PZH-PIB, WHO HFA DB, *Atlas* ECDC)

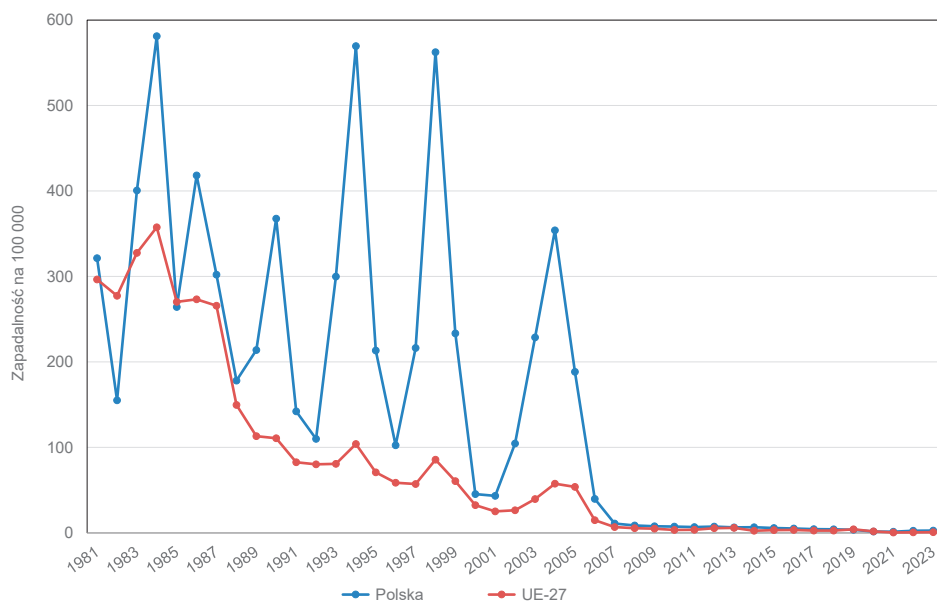
Najwięcej zachorowań na różyczkę w 2023 r. wystąpiło u dzieci w wieku: 0-4 lata oraz 5-9 lat (ryc. 8.9).



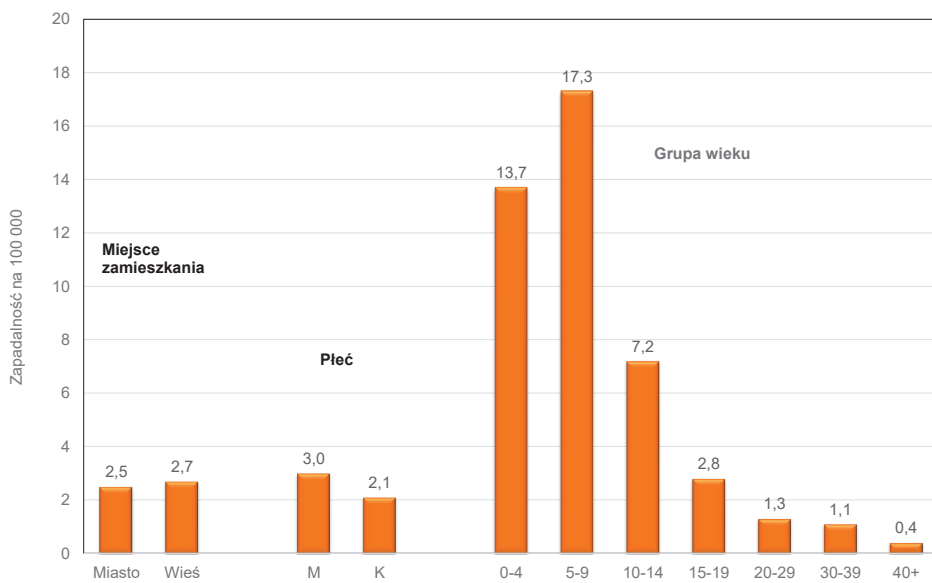
Ryc. 8.9. Zapadalność na różyczkę w 2023 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku (źródło: NIZP PZH-PIB)

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw odrze, śwince i różyczce w kolejnych latach zmniejszy zapadalność na różyczkę oraz nagminne zapalenie przyusznic (świnę). W latach 2018 i 2019 rocznie chorowało na świnkę około 1500 osób (w 2018 r. 1585 osób, zapadalność 4,1/100 tys.; zaś w 2019 r. – 1338 osób tj. 3,5/100 tys.). W kolejnych latach tzw. „pandemicznych” nastąpił spadek zachorowań do około 500 przypadków, w 2020 r. były to 582 zachorowania, a w 2021 r. – 484. Kolejne lata przyniosły wzrost zachorowań w 2022 r. – 922 przypadki oraz w 2023 r. – 969 przypadków, nie osiągając liczby zachorowań sprzed pandemii. Zapadalność na świnkę w ostatnich latach wykazuje stałą, aczkolwiek powolną tendencję spadkową, mniej spektakularną niż inne choroby zakaźne, ze względu na występujące cyklicznie co 3-4 lata epidemie. Jednak nadal zapadalność na świnkę w naszym kraju jest wyższa niż przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 8.10).

Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw odrze, śwince i różyczce stanowiło kolejny ważny element poprawy sytuacji epidemiologicznej świnki, dla której spadek zapadalności osiągnął tempo porównywalne z różyczką, podobnie też rozkład zachorowań wg wieku jest porównywalny z różyczką (ryc. 8.11).



Ryc. 8.10. Zapadalność na świnkę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EOG w latach 1981-2023 (źródło: NIZP PZH-PIB, WHO HFA DB, ECDC)



Ryc. 8.11. Zapadalność na świnkę w 2023 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku (źródło: NIZP PZH-PIB)

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

Do lat 90. XX wieku w Polsce odnotowywano szczególnie wysoką zapadalność na **wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)**, przekraczającą ponad trzykrotnie średnią zapadalność rejestrowaną w innych krajach europejskich. Kluczowym czynnikiem, który przyczynił się do skutecznej redukcji nowych zakażeń, było wprowadzenie obowiązkowego programu szczepień noworodków w latach 1994–1996, wdrażanego stopniowo w poszczególnych województwach.

Szczepienia noworodków, a także szczepienia osób wykonujących zawody medyczne, pacjentów przed planowymi zabiegami chirurgicznymi oraz poprawa procedur sterylizacji w placówkach medycznych doprowadziły do gwałtownego spadku liczby nowych zachorowań na ostre WZW B. Obecnie w Programie szczepień ochronnych szczepienia obowiązkowe dotyczą niemowląt w pierwszym roku życia, osób z grupy wykonujących zawody medyczne i przygotowujących się do tych zawodów, osoby ze styczności z osobą zakażoną, osób zakażonych wirusem HCV, wcześniej nieszczepionych kobiet planujących ciążę, pacjentów z niewydolnością nerek oraz przed lub po transplantacjach, z asplenią lub zaburzeniami funkcjonowania śledziony. Należy podkreślić, że obecnie szczepienia przeciwko wzv B przed planowanymi zabiegami operacyjnymi są w grupie szczepień zalecanych i nie dopuszcza się możliwości uzależniania wykonania zabiegu od wcześniejszego wykonania tego szczepienia.

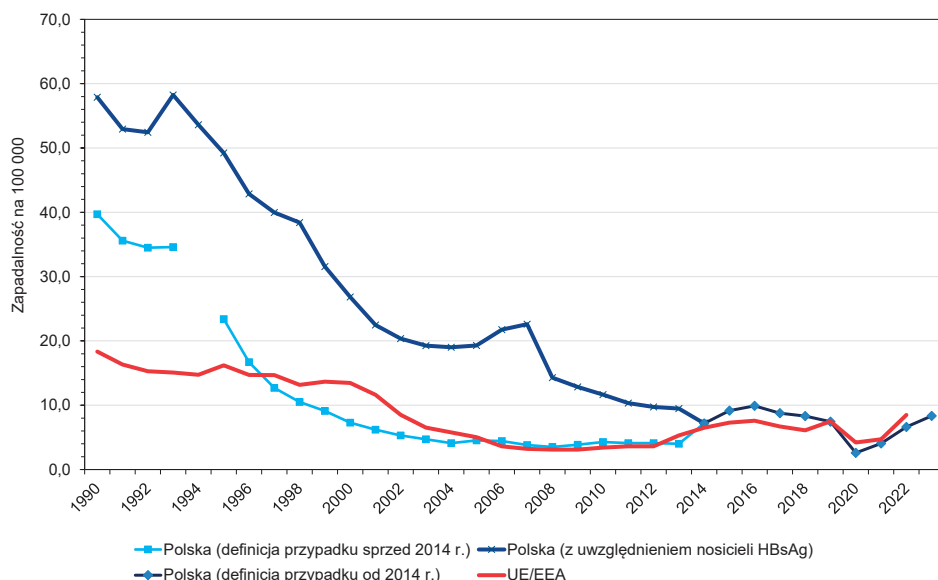
Od 2010 r. zapadalność na ostre WZW B w Polsce utrzymuje się na poziomie poniżej 0,5 na 100 tys. mieszkańców, stanowiąc niewielki odsetek wszystkich rozpoznawanych przypadków WZW B.

Od kilkunastu lat zapadalność na WZW B w Polsce jest zbliżona do poziomu obserwowanego w krajach UE/EOG (ryc. 8.12). Obecnie większość rejestrowanych przypadków stanowią przewlekłe zakażenia wykrywane po raz pierwszy, nabyte w przeszłości przez osoby, które nie były objęte obowiązkowymi szczepieniami w okresie noworodkowym.

Podobnie jak w innych krajach UE/EOG, liczba nowych rozpoznań znacząco spadła w okresie pandemii COVID-19, w latach 2020–2021. Powrót do poziomu

sprzed pandemii nastąpił w latach 2022–2023, przy czym średnio w krajach UE/EOG odnotowano go już w 2022 r. (wskaźnik zapadalności: 8,5 na 100 tys. mieszkańców w 2022 r. vs 7,5 w 2019 r.), podczas gdy w Polsce nastąpiło to dopiero w 2023 r., kiedy zapadalność osiągnęła wartość 8,3 na 100 tys., przekraczając poziom z 2019 r. (7,4 na 100 tys.).

Spadek liczby rozpoznań w okresie pandemii przypisuje się głównie ograniczeniu testowania wynikającemu z restrykcji pandemicznych oraz utrudnionego dostępu do opieki medycznej⁵. W związku z tym ponowny wzrost po zakończeniu pandemii można częściowo tłumaczyć przywróceniem wcześniejszych możliwości diagnostycznych i zwiększoną liczbą wykonywanych testów.



Ryc. 8.12. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce i przeciętna w krajach UE, 1990–2023 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego i ECDC surveillance atlas. Wskaźnik dla UE/EOG z wykluczeniem krajów raportujących jedynie zachorowania ostre)

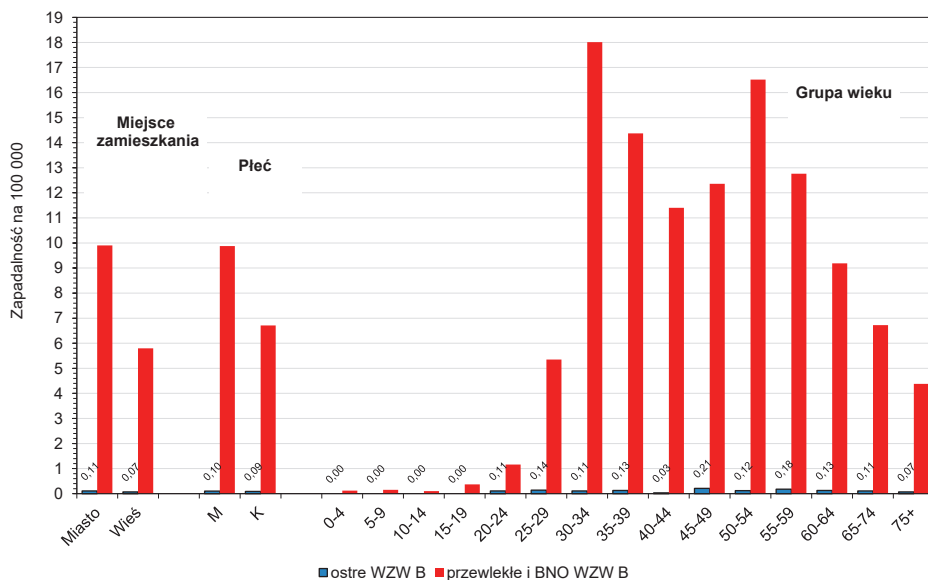
W latach 2022–2023 wskaźnik zapadalności na ostre WZW B ponownie wzrósł – z 0,03 na 100 tys. mieszkańców w 2021 r. do 0,08 w 2022 r. i 0,10 w 2023 r. W porównaniu z wcześniejszymi latami odnotowano przypadki ostrego WZW B

⁵ Monitoring of responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries – 2020 data, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publicationsdata/monitoring-responses-hepatitis-b-and-cepideemics-eueea-countries-2020-data>

w kohortach urodzeniowych objętych programem rutynowych szczepień noworodków (ryc. 8.12). W 2023 r. dotyczyło to głównie osób poniżej 30. r. ż.

Zmiana sytuacji epidemiologicznej WZW B, szczególnie w młodszych grupach wiekowych, może być związana z nasilonym napływem uchodźców z Ukrainy w latach 2022–2023. Wśród wszystkich zachorowań na ostre WZW B w tym okresie 35% stanowiły osoby pochodzące z Ukrainy, a w grupie osób poniżej 30. r. ż. ich udział przekroczył 50%⁶. Niemniej jednak przypadki ostrego WZW B nadal występują również wśród obywateli Polski. W tym kontekście niepokojący jest obserwowany od 2015 r. trend spadkowy poziomu zaszczepienia noworodków i niemowląt przeciw WZW B. Wśród dzieci urodzonych w 2022 r., na koniec 2023 r. jedynie 89,5% w skali kraju otrzymało pełny podstawowy cykl szczepień wraz z dawką uzupełniającą, a 2,6% pozostawało całkowicie niezaszczepionych.

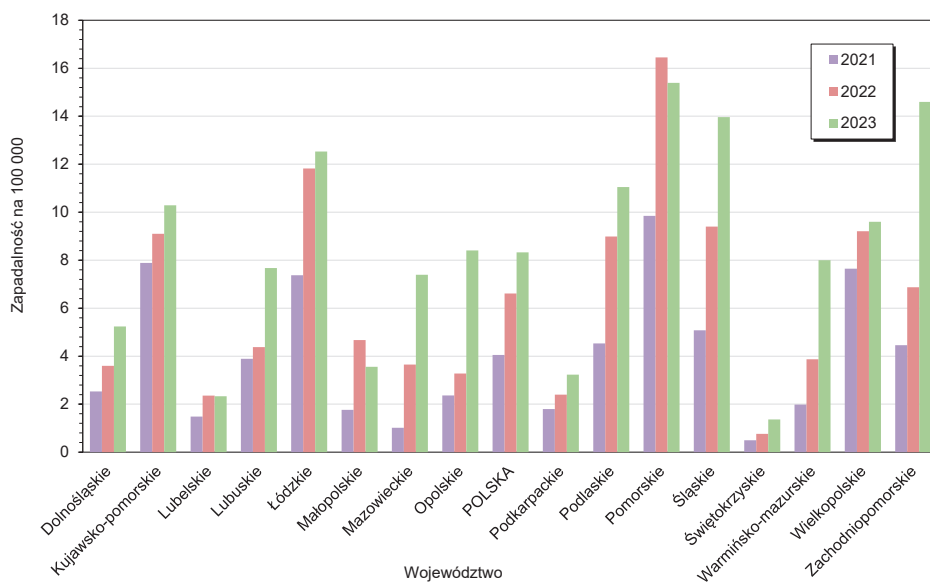
W przypadku zachorowań przewlekłych i nieokreślonych, podobnie jak w poprzednich latach, utrzymały się różnice pomiędzy mieszkańcami miast i wsi – wyższy wskaźnik zapadalności odnotowano w miastach (9,9 vs 5,8 na 100 tys. mieszkańców). Różnice zaobserwowano również pomiędzy płciami – zapadalność była wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet (9,9 vs 6,7 na 100 tys.) (ryc. 8.13).



Ryc. 8.13. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w 2023 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku (źródło: NIZP PZH-PIB)

⁶ Stępień M, Mysza-Szymanowska P. Hepatitis B in Poland in 2022. *Przeł Epidemiol.* 2025 Mar 18;78(4):479-495. English, Polish. doi: 10.32394/pe/197864.

Obserwowane od wielu lat znaczne zróżnicowanie geograficzne zapadalności na WZW B utrzymało się także po okresie pandemii. W poszczególnych województwach tempo powrotu do poziomu zapadalności sprzed pandemii było zróżnicowane. W niektórych regionach, takich jak województwa lubelskie, podlaskie, pomorskie, śląskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie, wskaźniki zapadalności osiągnęły poziom sprzed pandemii już w 2022 r. Z kolei w innych województwach, m.in. kujawsko-pomorskim, łódzkim i świętokrzyskim, jeszcze w 2023 r. obserwowano wartości co najmniej o 10% niższe niż w 2019 r. (ryc. 8.14).



Ryc. 8.14. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w latach 2021-2023, wg województw (źródło: NIZP PZH-PIB)

Szczepienie przeciw infekcjom wywołanym przez *Haemophilus influenzae* typu B zostało wprowadzone do kalendarza szczepień po raz pierwszy w 1997 r. jako zalecane dzieciom od 2 miesiąca życia celem zapobiegania m.in. zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych, posocznicy. Jako szczepienie obowiązkowe dla dzieci w 1 i 2 r.ż., pojawiło się w 2004 r. początkowo dla dzieci z domów dziecka, od 2005 r. dla dzieci z rodzin wielodzietnych (co najmniej troje dzieci), natomiast od 2007 r. dla wszystkich dzieci w 2 m. ż. I już w tym samym roku obserwowano spadek zapadalności na inwazyjną chorobę wywołaną *H. influenzae* o 42,6%, a zapadalność na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu spadło o 40,6%. Liczba zachorowań na zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu wywołane przez *H. influenzae* typu B

utrzymuje się na niskim poziomie – w 2018 r. wystąpiło 6 zachorowań. Pomimo spadku zachorowań, zapadalność pozostaje na takim samym poziomie jak w 2017 r. tj. 0,03 na 100 tys. W grupie wieku 0-4 lata wystąpiło jedno zachorowanie (zapadalność – 0,05 na 100 tys.), natomiast pozostałe u osób powyżej 34. r. ż. W 2019 r. ogółem zachorowało na inwazyjną chorobę wywołaną *H. influenzae* łącznie 99 osób (zapadalność 0,26/100 tys.), a w latach 2020 i 2021 liczba chorujących ogółem obniżyła się odpowiednio do 78 (0,20/100 tys.) i 54 (0,14/100 tys.). Natomiast w 2022 r. rozpoznano niespełna trzykrotnie więcej przypadków inwazyjnej choroby tzn. 149 (0,39/100tys.) w porównaniu z 2021 r., oraz 280 przypadków (0,74/100 tys.) w 2023 r.

W 2023 r. stan zaszczepienia 2-latków (szczepienie pierwotne) przeciw *H. influenzae* w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 90,8% w województwie podlaskim do 97,4% w województwie kujawsko-pomorskim, ogółem dla Polski wyniósł 94,3%. (ryc. 8.15).



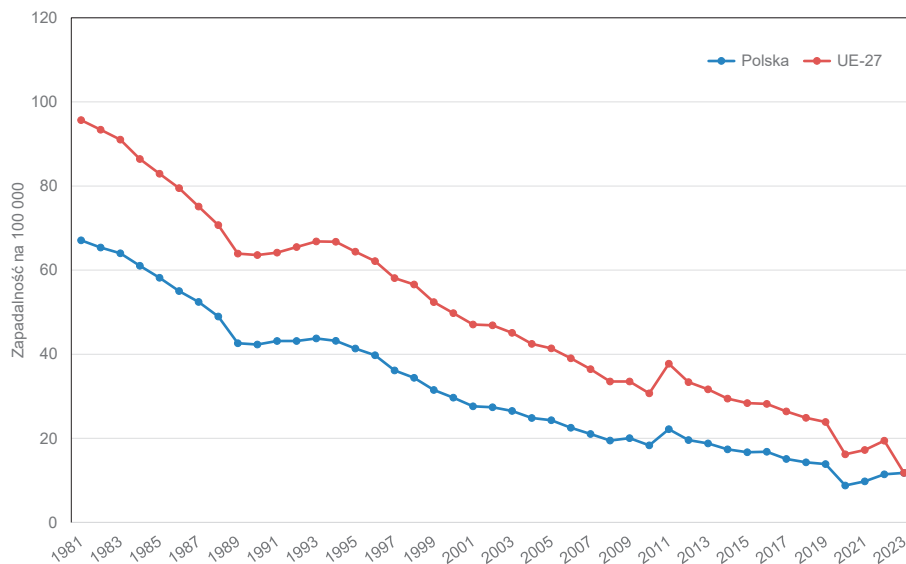
Ryc. 8.15. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2023. Odsetek dzieci w 2.-3. r. ż. zaszczepionych przeciw odrze-świnie-różyczce oraz zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b (źródło: NIZP PZH-PIB)

Gruźlica⁷ jest chorobą nadal stanowiącą wyzwanie dla zdrowia publicznego w skali globalnej. Pandemia COVID-19 przyczyniła się w wielu krajach świata do spowolnienia, wstrzymania lub odwrócenia obserwowanych wcześniej postępów w walce z gruźlicą. Globalnym skutkiem pandemii był duży spadek liczby osób,

⁷ Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2023 r. red. Maria Korzeniewska-Koseła. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2024

u których wykryto i leczono gruźlicę. Zmniejszyła się liczba przypadków gruźlicy zgłoszonych przez kraje do Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), z 7,1 miliona w 2019 r. do 5,8 miliona w 2020 r. (spadek o 18%). W 2022 r. poprawił się powszechnie dostęp do usług medycznych, zaburzony w czasie pandemii COVID-19 i wzrosła liczba osób, u których można było gruźlicę wykryć i leczyć. W rejestrach krajów świata odnotowano 7,5 miliona nowych zachorowań. W 2022 r. 2/3 światowej liczby chorych na gruźlicę było mieszkańcami 8 krajów: Indii (27%), Indonezji (10%), Chin (7,1%), Filipin (7,0%), Pakistanu (5,7%), Nigerii (4,5%), Bangladeszu (3,6%) i Konga (3,0%). Z powodu gruźlicy zmarło w 2022 r. od 1,18 do 1,43 miliona osób, włączając osoby zakażone HIV. W 2022 r. we wszystkich krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego zgłoszono 36 179 przypadków gruźlicy, zapadalność wynosiła 8,0 na 100tys. ludności- od 2,5 na 100 tys. w Księstwie Liechtensteinu do 48,7 na 100 000 w Rumunii. Większość (66,2%) chorych na gruźlicę w krajach UE/EOG miała od 25 do 64 lat. Gruźlica wielolekooporna stwierdzona została u 933 chorych (5,0% przypadków ze znanymi wynikami wrażliwości prątków na leki, więcej niż w roku poprzednim). Największe odsetki chorych na MDR-TB stwierdzono w Estonii (25,0%) i na Litwie (16,7%). Zakażenie HIV wykryto u 620 osób (4,1% przypadków ze znanym statusem HIV).

Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce poprawia się, jednak proces ten jest dość powolny (ryc. 8.16).



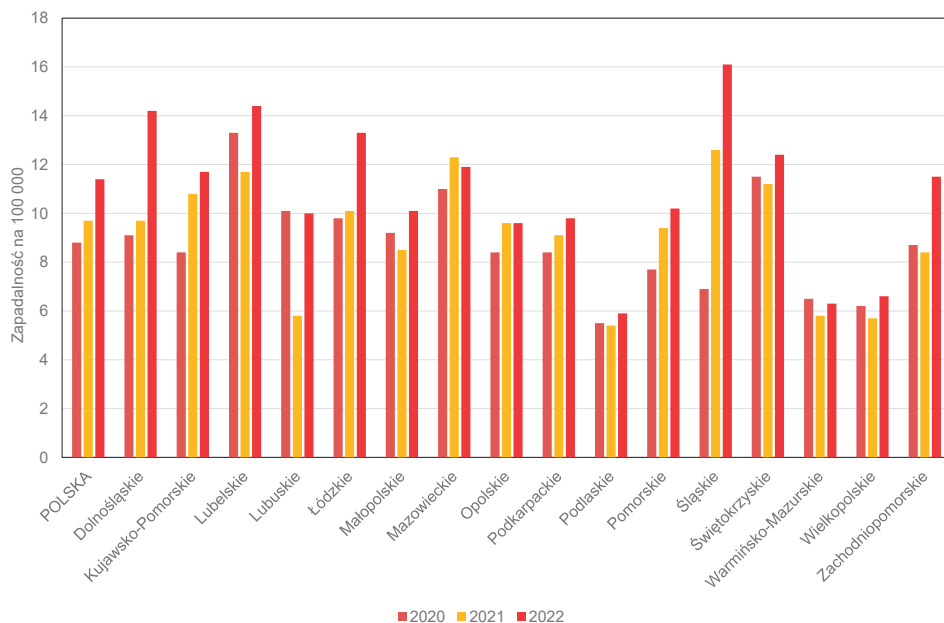
Ryc. 8.16. Zapadalność na gruźlicę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EOG w latach 1981-2023 (źródło: IGICHP, WHO HFA DB, ECDC)

Mimo utrzymującej się tendencji spadkowej zachorowań na gruźlicę Polska pozostaje nadal w grupie państw o wyższej zapadalności na gruźlicę niż wynosi średnia dla krajów Europy Zachodniej. Zapadalność na gruźlicę w 2018 r. w UE/EOG wynosiła średnio 14,3 przypadki na 100 tys. mieszkańców (ryc. 8.16). W 2023 r. zarejestrowano 4436 zachorowań na gruźlicę, co oznacza 122 przypadków gruźlicy więcej niż w roku poprzednim i 2262 przypadki mniej w porównaniu z 2014 r. W 2023 r. zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wynosiła 11,8 na 100 tys. mieszkańców i była większa o 3,5% w porównaniu z 2022 r. i mniejsza o 32,2% w porównaniu z 2014 r., w którym wynosiła 17,4. Nowe przypadki gruźlicy, bez historii wcześniejszego leczenia, stanowiły w 2023 r. 88,4% ogółu zachorowań (3920 osób, zapadalność 10,4). Ponowne zachorowania – w liczbie 516 – współczynnik 1,4 – stanowiły 11,6% wszystkich zgłoszonych przypadków. Najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która stanowiła w 2023 r. 96,1% wszystkich zachorowań. Zarejestrowano 4265 przypadków gruźlicy płuc – współczynnik 11,3. Chorzy tylko na gruźlicę pozapłucną – 171 przypadków – współczynnik 0,5 stanowili 3,9% ogółu chorych w 2023 r. Podobnie jak w latach wcześniejszych, najczęstszą postacią gruźlicy pozapłucnej było gruźlicze zapalenie opłucnej – 69 zachorowań – 40,4% wszystkich przypadków o lokalizacji pozapłucnej. Trzy osoby zachorowały na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. W 2023 r. nie zarejestrowano zachorowań na tę postać gruźlicy u dzieci (0-14 lat) i młodzieży (15-19 lat).

Szczepienia przeciw gruźlicy prowadzone są od wielu lat i ich wykonawstwo utrzymuje się na wysokim poziomie, pomimo obserwowanej tendencji spadkowej w ostatnich latach (ryc. 8.5). Skuteczność tej metody ochrony zdrowia populacji jest stosunkowo najniższa. Utrzymanie szczepienia przeciw gruźlicy w kalendarzu wynika z jego działania zapobiegającego gruźliczemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu oraz zaleceń WHO dla krajów o wyższej zapadalności na gruźlicę. W 2023 r. współczynnik zapadalności na gruźlicę był tym większy, im starsza była grupa wieku, której dotyczył, ale tylko do wieku 45-64 lata. Współczynniki wynosiły od 0,9 wśród dzieci do 14. r. ż. do 19,1 u osób w wieku od 45 do 64 lat. Chorzy w wieku od 45 do 64 lat stanowili największy odsetek ogółu chorych na gruźlicę 42,5%. W latach wcześniejszych największe współczynniki zapadalności stwierdzano w najstarszej grupie wieku, tzn. u osób ≥ 65 lat. W 2023 r. współczynnik zapadalności u osób w wieku 65 lat i starszych wynosił 15,3. Największe współczynniki zapadalności na gruźlicę u dzieci stwierdzono w województwach: pomorskim – 2,6, lubelskim – 2,4 i zachodniopomorskim – 2,2 (0,4). W 2023 r., podobnie jak w latach poprzednich, zapadalność na gruźlicę mężczyzn była większa niż u kobiet. Zarejestrowano 3282 przypadki gruźlicy

u mężczyzn – współczynnik – 18,0 i 1154 u kobiet – współczynnik 5,9. Przypadki gruźlicy u mężczyzn stanowiły 74,0% ogółu zachorowań. W 2023 r. po raz kolejny zapadalność na gruźlicę mieszkańców miast była większa niż u ludności wiejskiej. Zarejestrowano 2877 zachorowań w miastach i 1559 przypadków gruźlicy na wsi. Współczynnik zapadalności u mieszkańców miast wynosił 12,8; u mieszkańców wsi – 10,2. Znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami, obserwowane od lat, wystąpiły także w 2023 r. W 2023 r. największą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci stwierdzono w województwach: lubelskim – 16,2, śląskim – 15,7 i świętokrzyskim – 15,5. W województwach: podlaskim – 6,3, warmińsko-mazurskim – 6,7, lubuskim – 7,0 i wielkopolskim – 7,1 współczynniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci były najmniejsze w całym kraju (ryc. 8.16). W 2023 r. gruźlica została potwierdzona bakteriologicznie u 3554 chorych, w tym w 3460 przypadkach gruźlicy płuc. Zapadalność na wszystkie postaci gruźlicy potwierdzonej bakteriologicznie wynosiła 9,4; zapadalność na gruźlicę płuc potwierdzoną w posiewach – 9,2. Wśród chorych na gruźlicę zarejestrowanych w 2023 r. było 352 cudzoziemców, w większości, 235 osób, w wieku od 20 do 44 lat. Przypadki gruźlicy u cudzoziemców stanowiły 7,9% wszystkich zachorowań. Wśród cudzoziemców chorych na gruźlicę było 6 zachorowań u dzieci do 14. r. ż, 16 przypadków odnotowano u młodzieży w wieku od 15 do 19 lat. Najwięcej cudzoziemców 98 leczono z powodu gruźlicy na Mazowszu. Największą grupę, 250 osób, stanowili przybysze z Ukrainy; drugą co do liczebności, zdecydowanie mniejszą grupą byli Gruzini (13) i Hindusi (10). Cudzoziemcy, u których rozpoznano gruźlicę, przybyli do Polski z 29 krajów świata. W 2023 r., podobnie jak w latach wcześniejszych, współwystępowanie gruźlicy i HIV było w Polsce zjawiskiem rzadkim. Wg danych NIZP PZH-PIB, gruźlica była chorobą wskaźnikową AIDS u 32 osób zakażonych HIV. Wśród chorych na gruźlicę zarejestrowanych w 2023 r. odnotowano 167 osoby, które przebywały w aresztach śledczych i zakładach karnych (zapadalność 218,9 na 100 tys. osadzonych). W 2023 r. leczono ambulatoryjnie 102 przypadków gruźlicy z opornością na co najmniej 1 lek przeciwpłatkowy. W tej grupie było 56 chorych na gruźlicę wielolekooporną (MDR-TB). Przypadki MDR-TB stanowiły 2,8% wszystkich zachorowań na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie oraz 3,1% zachorowań ze znaną lekowrażliwością (w 2023 r. wyniki lekowrażliwości były dostępne u 89,7% chorych z dodatnimi wynikami posiewów). W 2022 r. gruźlica była przyczyną zgonu 472 osób. Współczynnik umieralności wynosił 1,2 na 100 tys. ludności. Główną przyczyną zgonów z powodu gruźlicy, podobnie jak w latach wcześniejszych, była gruźlica płuc – zmarło na nią 461 chorych – współczynnik umieralności wynosił 1,2. Z powodu gruźlicy

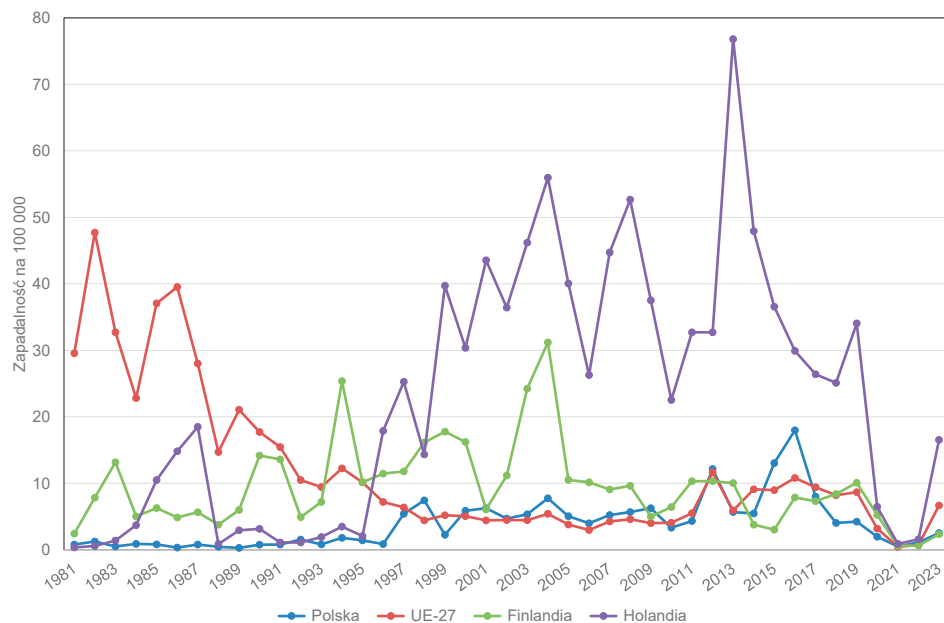
pozapłucnej zmarło 11 chorych. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,1% ogółu zgonów w 2022 r. w Polsce i 18,7% zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych i pasożytniczych.



Ryc. 8.17. Zapadalność na gruźlicę wg województw w latach 2020, 2021 i 2022 (źródło: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc)

Spśród chorób podlegających wieloletnim programom szczepień, jedynie w przypadku krztusca obserwujemy pogorszenie sytuacji epidemiologicznej. Krztusiec pozostaje problemem zdrowia publicznego, ponieważ odporność uzyskana dzięki szczepieniom nie utrzymuje się przez całe życie, zmniejsza się wraz z upływem czasu od szczepienia (zanika w ciągu 4-10 lat). Nieuodpornione lub nie w pełni uodpornione noworodki i niemowlęta, w pierwszych sześciu miesiącach życia, stanowią większość zgonów z powodu krztusca w krajach UE/EOG. W latach 2011-2022 zarejestrowane zgony wśród niemowląt dotyczyły dzieci poniżej 6 miesięcy życia, przy czym większość zgonów dotyczyła niemowląt w 1 miesiącu życia. Podkreśla to znaczenie szczepienia kobiet w ciąży w trakcie każdej ciąży, aby chronić najmniejsze dzieci przed ciężkim przebiegiem choroby oraz zgonem, dopóki nie otrzymają szczepień podstawowych. Ponadto, niepokojącym trendem jest malejący stan zaszczepienia przeciw krztuscowi dzieci w 2 r.ż. objętych obowiązkowymi szczepieniami podstawowymi. Zwiększenie liczby osób podatnych na zachorowanie na krztusiec może prowadzić do wystąpienia dużych

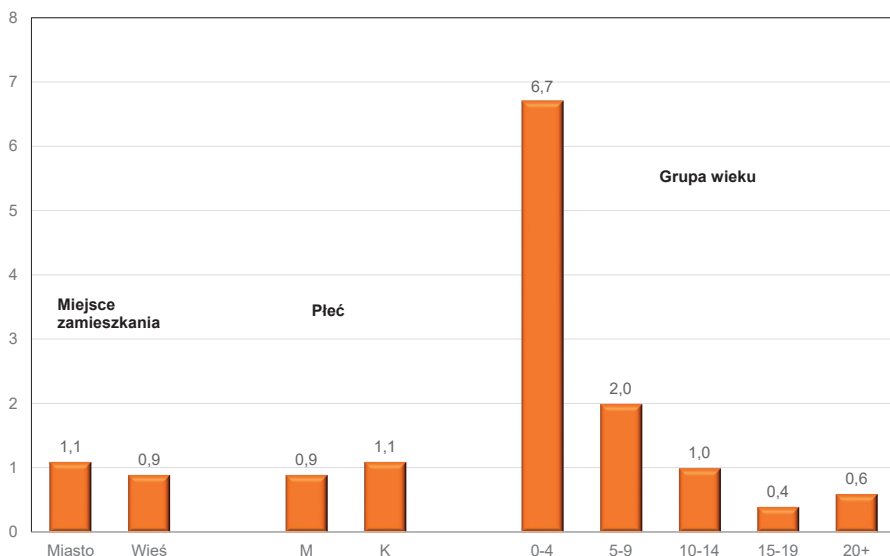
epidemii wyrównawczych w przyszłości, dlatego w obecnej sytuacji epidemiologicznej należy utrzymać jak najwyższy poziom zaszczepienia populacji >95%, aby zapobiec nowym przypadkom zachorowań na krztusiec. W kolejnych latach można spodziewać się dalszego wzrostu liczby zachorowań na krztusiec, dlatego istotne jest zwiększanie świadomości m.in. pracowników służby zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania tej choroby, metod diagnostyki, leczenia i zgłaszania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, co jest niezbędne do kontynuowania nadzoru nad krztuścem. Nie jest to zjawisko izolowane, gdyż w wielu krajach europejskich i pozaeuropejskich także notowany jest wzrost zachorowań (ryc. 8.18).



Ryc. 8.18. Zapadalność na krztusiec w Polsce, Holandii i Finlandii oraz przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2023 (źródło: NIZP PZH-PIB, WHO HFA DB, ECDC)

W Polsce zwiększenie liczby zachorowań na krztusiec wystąpiło w 1996 r. i już w 1998 r. po raz pierwszy został przekroczony poziom przeciętnej zapadalności w krajach UE (Polska 7,4 na 100 tys., UE 4,3). Ze względu na fakt, że większość zachorowań dotyczyła dzieci w wieku od 5 do 14 lat, na przełomie 2003 r. i 2004 r. wprowadzono do kalendarza szczepień dawkę przypominającą szczepionki z komponentem krztuścowym dla dzieci w 6. r. ż., poprzez zastąpienie szczepionki DT przez DTaP. W efekcie prowadzonych szczepień w perspektywie kolejnych lat spodziewano się spadku zachorowań do poziomu co najmniej porównywalnego

z tym w latach 80., czyli poniżej 1 zachorowania na 100 tys. ludności. Niestety wprowadzenie dawki przypominającej szczepionki DTaP nie spełniło pokładanych nadziei. Nadal występował wzrost zachorowań na krztusiec w grupie młodzieży nastoletniej oraz starszych dorosłych, którzy stanowią źródło zakażenia dla najmłodszych dzieci, które nie otrzymały jeszcze lub nie ukończyły pełnego cyklu szczepień (ryc. 8.19). Podkreślić jednak należy fakt, że nadal jedyną możliwością profilaktyki krztuśca pozostaje utrzymanie szczepień przeciw krztuścowi zgodnie z dotychczasowym schematem, do czasu powstania nowej szczepionki.

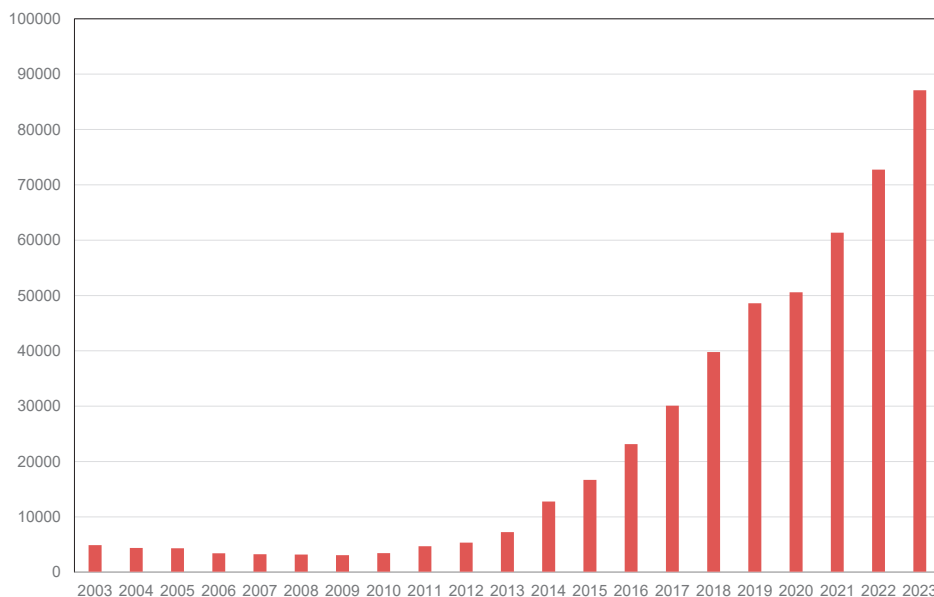


Ryc. 8.19. Zapadalność na krztusiec w 2022 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku (źródło: NIZP PZH-PIB)

Pomimo spektakularnego sukcesu stosowania szczepień i w ich wyniku osiągnięcia korzystnej sytuacji epidemiologicznej, w ostatnich latach obserwujemy wysoce niepokojący i narastający problem uchylania się i rezygnacji ze szczepień. Z analizy danych pochodzących z okresowych sprawozdań placówek opieki zdrowotnej do Inspekcji Sanitarnej wynika, że w 2023 r. nie przystąpiło do szczepień ponad 87 000 dzieci (ryc. 8.20).

Taka sytuacja wynika z jednej strony ze wzrostu zwolenników filozofii antropozoficznej, życia w zgodzie z naturą, poglądów religijnych i ze wzmocnienia pozycji ruchów antyszczepionkowych, a z drugiej strony, prowadzenia przez wspomniane ruchy agresywnej i często nieprawdziwej informacji o szkodliwości i niebezpieczeństwie wynikającym ze stosowania szczepień. Podkreślić należy,

że utrzymywanie się takiej dynamiki wzrostu osób rezygnujących ze szczepień, w perspektywie najbliższych lat grozi powrotem epidemii chorób, które udało nam się zwalczyć za pomocą szczepień.



Ryc. 8.20. Liczba osób uchylających się od szczepień obowiązkowych w latach 2003-2023 (źródło: NIZP PZH-PIB)

Niepożądane odczyny poszczepienne tzw. NOP-y, podlegające obowiązkowemu zgłaszaniu i rejestracji od niespełna 30-tu lat (system zgłaszania i rejestracji funkcjonuje od 1996 r.), są kluczowym narzędziem służącym do oceny bezpieczeństwa szczepień w naszym kraju. NOP-y są pochodną wykonanych szczepień przy użyciu szczepionek zarejestrowanych w Polsce i znajdujących się w obrocie. Od początku rejestracji do 2023 r., obserwujemy wzrost liczby zgłaszanych NOP. Ten fakt należy interpretować obserwowanym stałym wzrostem czułości systemu nadzoru, nie zaś wzrostem odczynowości szczepień. Ponadto trzeba uwzględnić fakt kilkukrotnego wzrostu liczby stosowanych preparatów szczepionkowych i opisywanych rodzajów odczynów na przestrzeni niespełna 30 lat funkcjonowania nadzoru i co jest bardzo ważne z perspektywy nadzoru i bezpieczeństwa szczepień – stosowania bardzo szerokiej definicji niepożądanego odczynu poszczepiennego, który zgodnie z przepisami prawa rozpoznawany lub podejrzewany jest przez lekarza. Rejestracji podlegają reakcje niepożądane opisane w Charakterystykach Produktów Leczniczych oraz każdy niepożądany objaw/reakcja, która wystąpiła

w okresie 30 dni po szczepieniu i mogąca mieć związek ze szczepieniem, co odpowiada określeniu Niepożądane Zdarzenie Medyczne. Zarówno Niepożądane Odczyny Poszczepienne jak i Niepożądane Zdarzenie Medyczne podlegają zgłoszeniu i rejestracji. W 2023 r. lekarze rozpoznali i zgłosili do Inspekcji Sanitarnej ogółem 3857 NOP-ów po szczepionkach realizowanych w ramach Kalendarza Szczepień Obowiązkowych oraz szczepionek przeciw COVID-19, w tym 3371 były to NOP-y łagodne (87% ogółu NOP), 410 NOP-y poważne (11%) i 76 zakwalifikowano jako ciężkie (2,0%). Znaczenie monitorowania niepożądanych odczynów poszczepiennych jest wielopłaszczyznowe, gdyż z jednej strony ma na celu wykrycie występowania nowych, nietypowych i rzadkich odczynów, monitorowanie już poznanych odczynów, a z drugiej strony ustalenie czynników ryzyka wystąpienia poszczególnych rodzajów odczynów, identyfikację partii szczepionek ze zwiększonym odsetkiem odczynów, czy kontrolę bezpieczeństwa nowo wprowadzonych szczepionek. Jest więc jednym z najistotniejszych narzędzi wpływających na kontrolę porejestacyjnego bezpieczeństwa szczepień.

Inne choroby zakaźne

Zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)

Według raportu ECDC w 30 krajach UE/EOG w 2023 r. odnotowano 24 731 nowych zakażeń HIV (wskaźnik nowych rozpoznań 5,3 na 100 000 mieszkańców)⁸. Najwyższy wskaźnik odnotowano na Malcie (21,0 – 114 zakażeń HIV), a najniższy na Słowenii (2,1 – 44 zakażenia HIV) i w Austrii (2,1 – 194 zakażenia HIV). Wskaźnik powyżej 10/100 000 mieszkańców zarejestrowano aż w 6 krajach, w Polsce wskaźnik wynosił 6,0 więc był nieco wyższy niż średni wskaźnik nowych rozpoznań dla całej Unii Europejskiej. Ponad 46% zakażeń zarejestrowano wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Jest to dominująca droga transmisji w większości krajów Europy Zachodniej i Środkowej wg podziału regionalnego WHO, natomiast w krajach Europy Wschodniej, regionu obejmującego również kraje nie będące członkami UE/EOG, dominującą grupą są zakażenia drogą kontaktów heteroseksualnych – ponad 70% oraz wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach – 18,4%. W 2023 r. odnotowano wzrost wskaźnika nowych rozpoznań HIV w krajach zachodnich UE/EOG, o ponad

⁸ European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2024 – 2023 data. Stockholm: ECDC; 2024

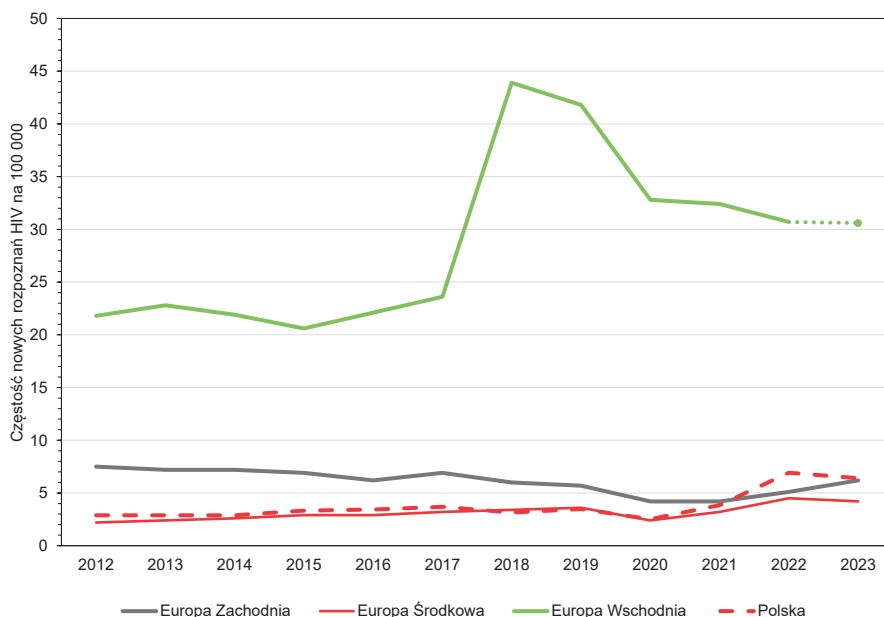
47% w porównaniu do 2021 r. (z 4,2 do 6,2 na 100 000 ludności), prawdopodobnie na skutek ponownego rejestrowania zakażeń wśród migrantów, głównie z Ukrainy, którzy zostali przyjęci przez różne kraje w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie. Podobny wzrost wskaźnika nowych zakażeń dotyczył krajów Europy Środkowej – z 3,2 na 100 000 mieszkańców w 2021 r. do 4,2 na 100 000 mieszkańców w 2023 r. (ryc. 8.21). Jedynie w krajach Europy Wschodniej odnotowano spadek liczby zakażeń o około 6% w 2023 r. w porównaniu z 2021 r., prawdopodobnie w wyniku rozpoczętej migracji osób z Europy Wschodniej – do krajów Europy Środkowej i Zachodniej w związku z konfliktem zbrojnym na Ukrainie.

Napływ tak licznej grupy migrantów zakażonych HIV, wymagał zapewnienia dostępu do leczenia antyretrowirusowego (ARV). Na początku 2022 r., grupa 47 ekspertów w dziedzinie chorób zakaźnych z 24 krajów, zrzeszona w Euroguidelines in Central and Eastern Europe (ECEE) wzięła udział w ankiecie oceniającej możliwości swojego kraju co do zapewnienia opieki tym osobom⁹. Większość ośrodków HIV w krajach, które przyjmowały uchodźców z Ukrainy (14 krajów), była w stanie zorganizować szybką odpowiedź na potrzeby migrantów, w tym dostęp do konsultacji lekarskich i zapewnienia ART jeszcze podczas pierwszej wizyty (powyżej 80,0% ośrodków). Dostęp do kontynuacji leczenia był zapewniony na 30-90 dni, w zależności od zasad przyjętych w danych kraju/ośrodku.

Przed okresem pandemii COVID-19 w Polsce odnotowywano stały i dość dynamiczny wzrost wskaźnika nowo wykrywanych zakażeń, który zwiększył się z 2,9 na 100 000 mieszkańców w 2012 r. do 3,7 na 100 000 w 2017 r. W kolejnych latach nastąpił niewielki spadek wskaźnika, i dodatkowo jeszcze 2020 r., w którym był początek pandemii spowodował, że wskaźnik zmniejszył się aż do 2,5 przypadków na 100 000 mieszkańców, to jednak już w kolejnych latach można zauważyć powrót do zapadalności przed pandemią – 3,8 na 100 000 mieszkańców w 2021 r. Natomiast już w 2022 r. w wyniku napływu osób zakażonych z Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym, wskaźnik nowych zakażeń wzrósł do 6,9 na 100 000 mieszkańców i nadal utrzymuje się na podobnym poziomie w 2023 r. – 6,4 przypadki na 100 000 mieszkańców (ryc. 8.21). Liczba zakażeń wykrywanych wśród obcokrajowców zwiększyła się z 72 w 2020 r. do 136 w 2021 r., a w 2022 r. tj. po wzroście migracji, liczba osób zakażonych zgłoszonych do nadzoru wynosiła aż

⁹ Kowalska J D.; Rukhadze N, Sojak L, Bociaga-Jasik M, Sedlacek D, Matulionyte R, Jilich D, Yancheva N, Papadopoulos A, Rozplochowski B, Patrascu R, Aimla K, Begovac J, Parczewski M, Golovco E, Bielec D, Bartovská Z, Shembri A, Zvirbulis V, Hlebowicz M, Kocbach P, Lakatos B, Preliminary report on the provision of HIV care to war refugees with HIV who are migrating from Ukraine: data from the ECEE Network Group. AIDS 36(13):p 1887-1890, November 1, 2022. Doi. 10.1097/QAD.0000000000003355

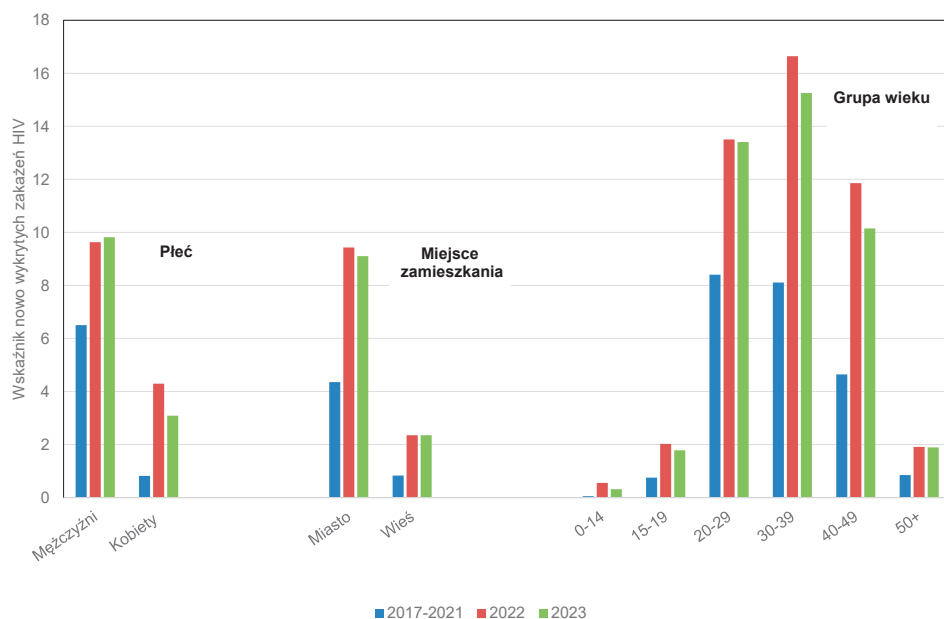
714 przypadków, z czego wiadomo, że ponad połowa osób była zdiagnozowana jeszcze na terenie Ukrainy (370/714). Jednak w przypadku braku dokumentacji do kontynuacji leczenia antyretrowirusowego, wymagane było wykonanie badania HIV w Polsce. Na tej podstawie osoba ta została włączona do nadzoru epidemiologicznego jako nowo rozpoznane zakażenie HIV.



Ryc. 8.21. Częstość wykrywania zakażeń HIV na 100 000 mieszkańców w latach 2012–2023 w Polsce i w podregionach europejskich WHO (źródło: ECDC HIV surveillance report 2023 i dane jednostkowe z Epibazy, NIZP PZH-PIB)

Zwraca uwagę duże zróżnicowanie trendów wykrywania i rejestracji nowych zakażeń, zdecydowaną większość rozpoznań stanowiły rozpoznania stawiane wśród mężczyzn (ryc. 8.22). Jednak należy zauważyć również rosnącą liczbę zakażeń wśród kobiet – oczywiście w dużej mierze jest to związane z rejestrowaniem zakażeń u kobiet, które przyjechały z Ukrainy. W 2022 r. zakażenia u kobiet z Ukrainy stanowiły 51,1% zakażeń wśród kobiet (428/838 przypadków), a w 2023 r. – 48,3% (290/601 przypadków). Jednak pomijając zakażenia wśród kobiet z Ukrainy i biorąc pod uwagę tylko zakażenia u kobiet z podaną narodowością – Polska, liczba zakażeń wzrosła z 79 przypadków w 2020 r. do 105 przypadków w 2023 r. Należy również pamiętać o rosnącej liczbie zakażeń bez podania informacji o narodowości,

więc w przypadku tych zaburzeń w raportowaniu, najprawdopodobniej rzeczywisty wzrost liczby rozpoznań wśród kobiet z Polski był jeszcze większy. W latach 2021–2023 odsetek kobiet wśród nowo rozpoznanych zakażeń wyniósł 26% i wahał się w poszczególnych województwach od 17,5% w województwie małopolskim do 38,3% w województwie lubuskim (tabela 8.3).



Ryc. 8.22. Wskaźnik noworozpoznanych zakażeń HIV w Polsce w latach 2017 – 2023, wg płci, grupy wieku i miejsca zamieszkania (źródło: dane jednostkowe z Epibazy, NIZP PZH-PIB)

Trend zakażeń w poszczególnych grupach wieku nie zmienił się w czasie, nadal najwięcej osób zakażonych jest rejestrowanych w grupie osób w wieku 30-39 lat. Jednak należy podkreślić rosnącą liczbę zakażeń u osób starszych – wzrost zakażeń o 54,3% w populacji osób w wieku 40-49 lat i wzrost o 122,4% w populacji osób po 50 r. ż. (ryc. 8.22). Mimo tego, że większość tych zakażeń dotyczy osób migrujących do Polski, to jednak jest to istotna grupa stanowiąca populację ryzyka transmisji zakażeń. Podobnie wzrost zakażeń w populacji dzieci w wieku 0-14 lat, jest związany z zarejestrowaniem zakażeń wertykalnych, które zostały jeszcze rozpoznane na terenie Ukrainy, i zostały włączone do nadzoru epidemiologicznego w Polsce jako osoby rozpoznane i przebywające obecnie na terenie Polski, jednak nie są to nowe transmisje matka-dziecko.

Najwyższe wskaźniki nowych zakażeń w 2023 r., powyżej 6 przypadków na 100 000 mieszkańców zostały zarejestrowane w województwach: dolnośląskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, pomorskim i zachodniopomorskim.

Zakażenia wśród osób ze znaną drogą transmisji, najczęściej były rejestrowane wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami – 55,1% zakażeń w latach 2021-2023 oraz wśród osób zakażonych w wyniku kontaktów heteroseksualnych – 34,8% wszystkich przypadków. Rozkład zakażeń wśród MSM jest zróżnicowany geograficznie – zakażenia w tej grupie mężczyzn dotyczą ponad 70% wszystkich przypadków ze znaną drogą w województwach: małopolskim, mazowieckim i wielkopolskim. Natomiast najrzadziej zakażenia wśród MSM są rejestrowane w woj. warmińsko-mazurskim – 14,8% mężczyzn. Natomiast zakażenia wśród osób heteroseksualnych stanowią połowę zakażeń w woj. opolskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim (tabela 8.3).

Tabela 8.3 Wskaźniki nowo wykrywanych zakażeń HIV na 100 000 mieszkańców w latach 2017-2023 i charakterystyka zakażeń wykrytych w latach 2021-2023, wg województw (źródło: dane jednostkowe z Epibazy, NIZP PZH-PIB)

Województwo	2017-2021	2022	2023	Zakażenia wykryte w latach 2021-2023			
				% kobiet	% MSM*	% PWID*	%MSW, WSM*
Dolnośląskie	5,14	12,19	10,07	33,8%	50,9%	7,9%	28,1%
Kujawsko-pomorskie	2,51	6,28	4,71	25,4%	57,1%	2,0%	38,8%
Lubelskie	1,56	2,67	2,64	24,8%	53,6%	7,1%	35,7%
Lubuskie	4,05	6,84	5,03	38,3%	28,6%	19,0%	47,6%
Łódzkie	3,56	7,32	6,35	29,1%	50,9%	4,5%	32,7%
Małopolskie	4,33	11,02	8,95	17,5%	80,6%	2,4%	15,8%
Mazowieckie	5,77	10,85	8,98	20,2%	71,1%	3,9%	19,7%
Opolskie	2,12	4,46	5,66	34,4%	21,3%	6,4%	63,8%
Podkarpackie	1,36	2,50	2,85	18,1%	67,9%	7,1%	21,4%
Podlaskie	1,73	3,50	2,28	34,1%	44,7%	14,9%	38,3%
Pomorskie	4,24	7,38	9,28	29,2%	48,6%	6,0%	42,1%
Śląskie	4,51	1,59	5,37	21,7%	51,1%	8,7%	38,0%
Świętokrzyskie	0,80	0,85	0,60	20,0%	54,5%	0,0%	45,5%
Warmińsko-mazurskie	1,81	2,49	3,17	29,3%	14,8%	22,2%	63,0%
Wielkopolskie	3,71	6,24	5,73	26,6%	79,2%	5,7%	15,1%
Zachodniopomorskie	3,29	13,84	7,91	38,2%	25,3%	5,5%	66,4%
Polska	3,88	6,92	6,39	25,9%	55,1%	6,0%	34,8%

*odsetki w odniesieniu do przypadków o znanej drodze transmisji (21,7% zgłoszeń);

MSM – mężczyźni mający seks z mężczyznami; PWID – osoby używające narkotyków we wstrzyknięciach; MSW, WSM – osoby heteroseksualne

W związku ze wzrostem liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV, Ministerstwo Zdrowia wprowadziło, od 5 maja 2025 r. zmiany w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), które umożliwią lekarzowi POZ zlecenie testu w kierunku HIV bez konieczności udania się do Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego, czy wykonywania badań prywatnie w innych laboratoriach medycznych, co ma poszerzyć dostęp do diagnozowania w kierunku zakażenia wirusem HIV i zwiększyć wskaźnik testowania w Polsce.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Realizacja celów globalnej strategii eliminacji wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C) jako problemu zdrowia publicznego, zwłaszcza w zakresie wykrywalności przewlekłych zakażeń, została istotnie zahamowana w okresie pandemii COVID-19. Wskaźnik wykrywania WZW C w krajach UE w 2020 r. spadł ponad dwukrotnie, a w Polsce nawet 3,5-krotnie, utrzymując się na niskim poziomie również w 2021 r.

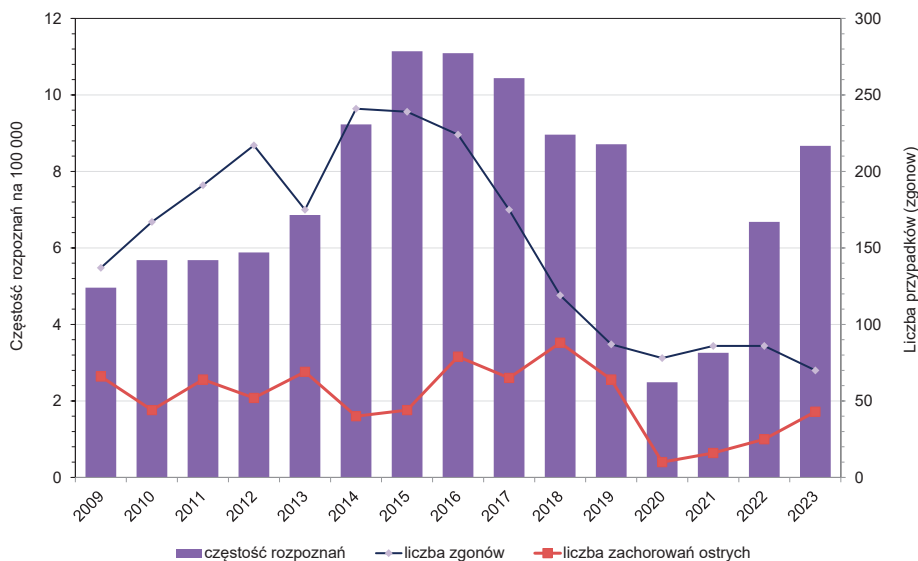
W 2022 r. w krajach UE/EOG odnotowano wzrost liczby nowych rozpoznań do poziomu sprzed pandemii (wskaźnik 6,2 na 100 tys. mieszkańców w porównaniu do 5,7 w 2019 r.)¹⁰. W Polsce wskaźnik wykrywalności wzrósł znacząco w 2022 r., lecz nadal pozostawał poniżej wartości sprzed pandemii. Dopiero w 2023 r. osiągnął poziom porównywalny do 2019 r. (ryc. 8.23 A). W lipcu 2022 r. placówki podstawowej opieki zdrowotnej uzyskały możliwość wykonywania badań w kierunku anty-HCV w ramach powierzonego budżetu diagnostycznego¹¹.

Mimo tego poprawa wykrywalności pozostaje niewystarczająca, co świadczy o utrzymujących się barierach w dostępie do testowania. W szczególności po wprowadzeniu tego mechanizmu nie zmieniła się istotnie struktura okoliczności wykrycia zakażenia, w której przypadki wykryte w POZ stanowią, największą odsetkowo grupę, około 1/3, z niewielką tendencją wzrostową w 2023 r. – do 41% (ryc. 8.23 B). Brak wyraźnych zmian wynikać ze zbyt krótkiego nadal okresu obserwacji i niepełnego jeszcze wykorzystania tego instrumentu przez POZ, ale należy również zwrócić uwagę, że diagnostyczny budżet powierzony dotyczy badań wykonywanych ze wskazań medycznych (a więc nie przesiewowych) i jest objęty z góry ustalonym limitem.

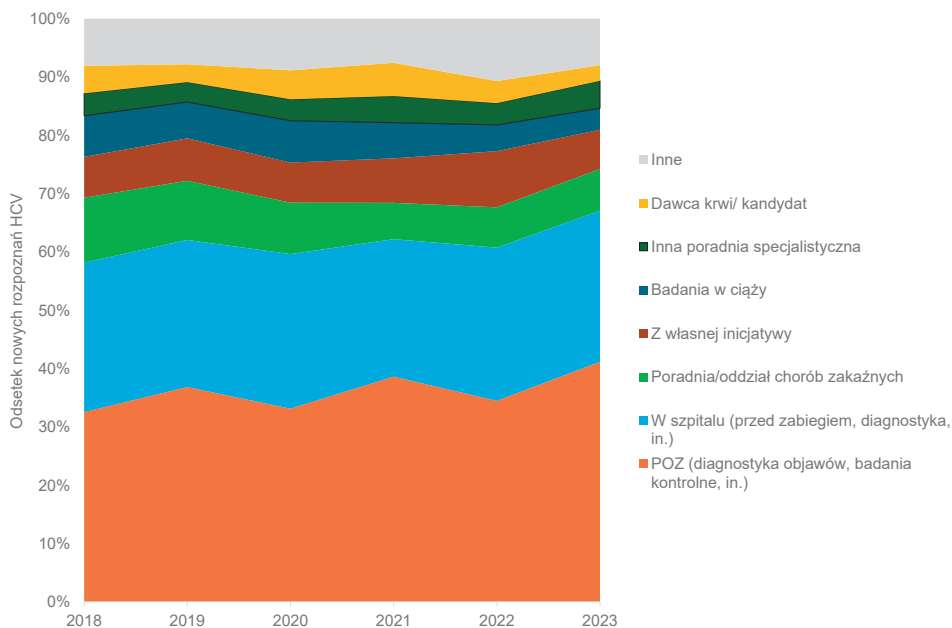
¹⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024

¹¹ Zimna T. Diagnostyczny budżet powierzony w POZ. Medycyna Praktyczna 2022. <https://www.mp.pl/medycynarodzinna/prawo/309727,diagnostyczny-budzet-powierzony-w-poz>

A.



B.



Ryc. 8.23. Zakażenia HCV w Polsce. A. częstość wykrywania zakażenia HCV na 100 tys. oraz liczba zachorowań ostrych i liczba zgonów z powodu wzv C, kod ICD- 10 B17.1, B18.2. B. Rozkład procentowy nowo-rozpoznanych zakażeń według okoliczności wykrycia zakażenia (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego i GUS)

W 2022 r. było to 60 badań na 10 tysięcy populacji objętej opieką w półrocznym okresie rozliczeniowym¹². Szacunkowe analizy przeprowadzone w 2019 r. wskazują, że liczba przypadków przewlekłego WZW C w krajach UE/EOG sięga niemal 1,8 miliona, natomiast w Polsce wynosi około 108 tysięcy¹³. Biorąc pod uwagę szeroki dostęp do skutecznego leczenia, główną przeszkodą w eliminacji WZW C pozostaje niedostateczna diagnostyka. Przy malejącym rozpowszechnieniu zakażeń zwiększenie wykrywalności wymaga radykalnego zwiększenia testowania, w formie badań przesiewowych skierowanych do populacji ogólnej.

Ograniczenia tych badań, a także brak programów diagnostycznych skierowanych do osób używających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a także trudności w dostępie do leczenia w tej grupie, mogą stanowić główne bariery w osiągnięciu celów eliminacyjnych dla zakażeń HCV w Polsce.

Warto również zwrócić uwagę na znaczący spadek liczby ostrych zachorowań na WZW C w okresie pandemii. Pomimo obserwowanego po pandemii wzrostu, liczba nowych przypadków utrzymuje się na poziomie niższym niż przed 2020 r.

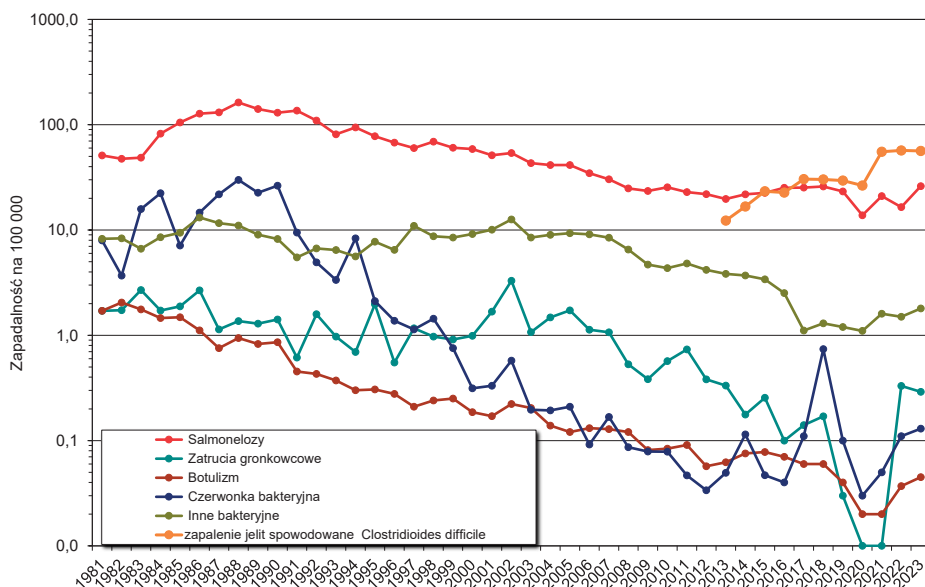
Podobnie jak w przypadku WZW B, pewien wpływ na epidemiologię WZWC w latach 2022-2023 miał zwiększony napływ osób migrujących. Ogółem, osoby narodowości ukraińskiej stanowiły około 10% rejestrowanych przypadków WZW C.

Zatrucia i zakażenia pokarmowe

Choroby przenoszone drogą pokarmową to szeroka grupa jednostek chorobowych różniących się zarówno wywołującymi je patogenami oraz objawami klinicznymi, a ich wspólną cechą jest droga zakażenia. Stanowią one istotny problem zdrowia publicznego, pełniąc rolę kluczowego wskaźnika bezpieczeństwa żywności oraz poziomu warunków sanitarno-higienicznych w gospodarstwach domowych, miejscach przyrządzania i serwowania posiłków w ramach żywienia zbiorowego oraz miejscach produkcji żywności, w tym produkcji pierwotnej. Dynamikę zapadalności na bakteryjne zakażenia i zatrucia pokarmowe od 1981 r. przedstawia rycina 8.24.

¹² J.w. 11

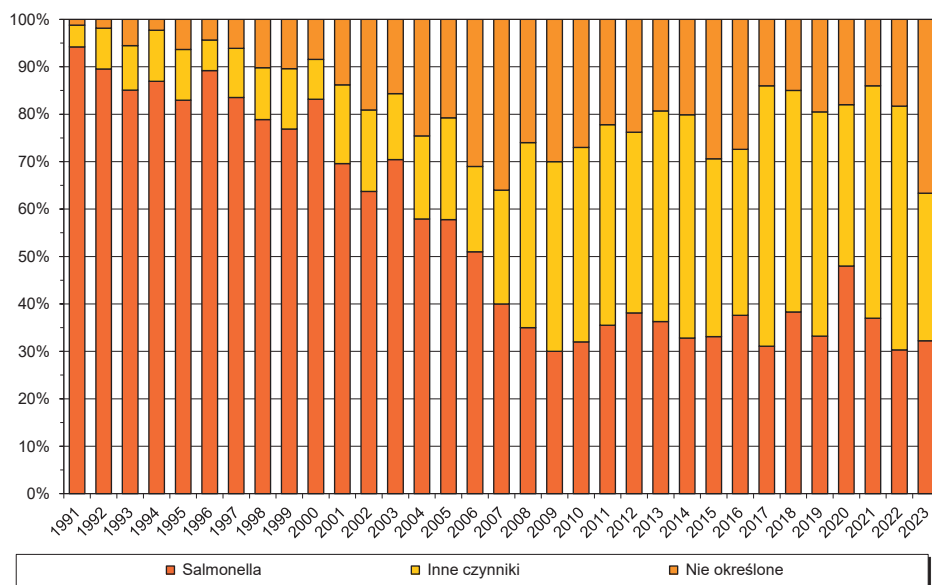
¹³ Thomadakis C, Gountas I, Duffell E, I in.. Prevalence of chronic HCV infection in EU/EEA countries in 2019 using multiparameter evidence synthesis. *Lancet Reg Health Eur.* 2023 Dec 13;36:100792. doi: 10.1016/j.lanep.2023.100792. PMID: 38188273; PMCID: PMC10769889.



Ryc. 8.24. Zapadalność na salmonelozy i inne bakteryjne zatrucia i zakażenia pokarmowe w latach 1981-2023 (źródło: NIZP PZH-PIB)

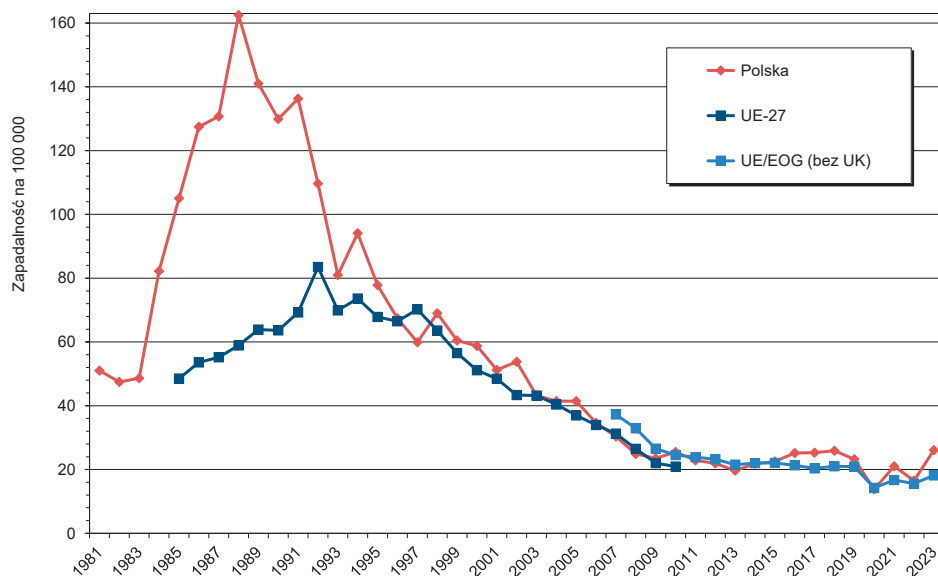
Krzywe w skali logarytmicznej wykazują ogromne różnice w zapadalności pomiędzy poszczególnymi chorobami ilustrując malejące trendy zapadalności na salmonelozy, czerwonkę bakteryjną, zatrucia jadem kiełbasianym oraz toksyną gronkowcową do 2020 r. Jednak już w 2021 r., drugim roku pandemii oraz w kolejnych latach w większości jednostek chorobowych wartości te zaczęły rosnąć przewyższając w 2023 r. te rejestrowane w 2019 r.. Jednostką chorobową należącą również do tej grupy charakteryzującą się bardzo silną tendencją wzrostową są zakażenia jelitowe wywołane przez *Clostridioides difficile*. W 2013 r., w którym po raz pierwszy wydzielono rejestrację zakażeń powodowanych przez te bakterie jako osobną pozycję zgłoszono 4738 przypadków, w kolejnych latach obserwowano stały wzrost rejestrowanej liczby przypadków, który w 2017 r. był już ponad dwukrotnie wyższy i wyniósł ponad 11 tys. zachorowań, i od tego czasu ustabilizował się na tym poziomie, wynosząc w 2019 r. – 11 310 przypadków (zapadalność 29,5/100 000 populacji). W 2020 r. zarejestrowano nieznaczny spadek liczby zarejestrowanych przypadków zakażeń *Clostridioides difficile*, łącznie było to 10 139 zachorowań (zapadalność 26,4/100 000 populacji). Natomiast w 2021 r. wskaźniki te wzrosły ponad dwukrotnie i wyniosły 21 174 przypadków, co przekładało się na zapadalność wynoszącą 55,5/100 000. W kolejnych dwóch latach rejestrowane liczby zachorowań były bardzo podobne, osiągając wskaźniki 57 i 56,4/100 000 odpowiednio w 2022 r. i 2023 r.

W Polsce bakterie rodzaju *Salmonella* od wielu dziesięcioleci są dominującym czynnikiem zakażeń pokarmowych. Wśród nich *S. Enteritidis* jest najczęściej występującym serotypem. W 1991 r. odsetek ogółu ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych wywołanych tym patogenem przekraczał 90% (ryc. 8.25). Jednak udział tych patogenów wśród czynników odpowiedzialnych za powstawanie ognisk sukcesywnie malał i w ostatnich latach przed pandemią nie przekraczał 40%. Jednocześnie wzrastał odsetek zakażeń pokarmowych wywołanych przez inne zidentyfikowane czynniki, wśród których obserwowana jest tendencja wzrostowa zakażeń wywołanych przez wirusy. Sytuacja uległa zmianie w 2020 r., w którym ogniska spowodowane pałeczkami z rodzaju *Salmonella* stanowiły prawie 48% wszystkich zgłoszonych ognisk, choć ich liczba i tak była znacznie niższa niż w latach poprzedzających pandemię. W kolejnych latach udział ognisk salmonelozowych ulegał zmniejszeniu, stanowiąc w 2023 r. 31,1% wszystkich ognisk. W latach 2011-2021 odsetek ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce, w których czynnik etiologiczny nie został wykryty sukcesywnie spadał, choć w niektórych latach nadal sięgał prawie 30%, a w 2023 r. wyniósł on nawet 36,6% pomimo dość szybko rozwijającej się oferty badań w kierunku patogenów jelitowych testami molekularnymi.



Ryc. 8.25. Ogniska zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce w latach 1991-2023 według czynnika etiologicznego (źródło: NIZP PZH-PIB)

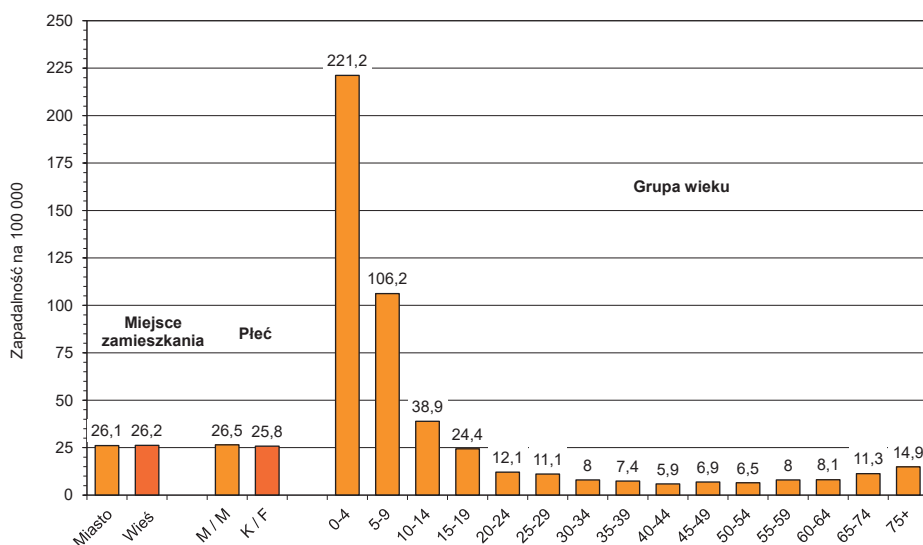
Inne niż *Salmonella*, czynniki etiologiczne chorób przenoszonych drogą pokarmową są stwierdzane znacznie rzadziej, co jest również wynikiem rzadszego wykonywania badań w ich kierunku. Okresem szczególnego wzrostu zapadalności na salmonelozę była druga połowa lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. W latach 90. ubiegłego wieku nastąpił wyraźny spadek zapadalności na zakażenia pokarmowe wywołane przez pałeczki *Salmonella* i od drugiej ich połowy zapadalność w Polsce nie odbiegała istotnie od średniej dla krajów UE (ryc. 8.26). Od 2016 r. obserwowano jednak wzrost zarówno liczby jak i zapadalności na salmonelozę, który był przede wszystkim wynikiem wprowadzenia na rynek krajowy i międzynarodowy jaj z Polski skażonych pałeczkami *Salmonella*. Konsekwencją tego było powstanie międzynarodowego ogniska, które utrzymywało się w latach 2016-2019, ze wzrostem zachorowań w sezonie letnim w każdym z kolejnych lat. W 2020 r. zapadalność w Polsce na salmonelozę była nawet nieznacznie niższa od średniej zapadalności w krajach UE/EOG, jednak w 2021 r. znów była wyższa o ponad 4 punkty procentowe, a w 2023 r. o prawie 8.



Ryc. 8.26. Zapadalność na salmonelozę w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2023 (źródło: WHO HFA DB, Atlas ECDC)

Zapadalność na salmonelozę jest, podobnie jak w przypadku innych chorób przenoszonych drogą pokarmową, najwyższa i najczęściej zgłaszana w najmłodszych grupach wieku. Wśród dzieci w wieku 0-4 lata wynosiła w 2023 r. – 221,2

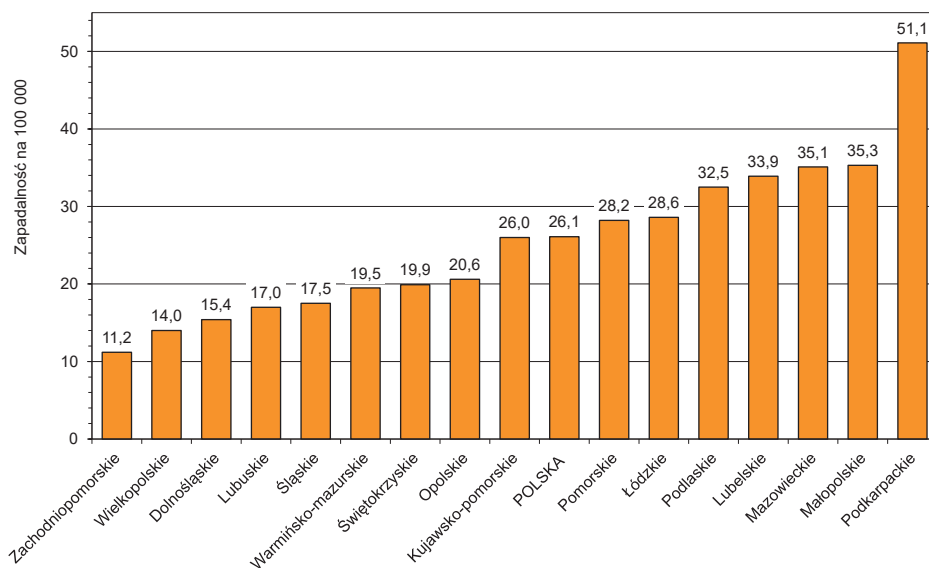
na 100 000 przyjmując wartości wyższe niż w przed pandemicznym 2019 r. Największe wartości osiągała wśród dzieci w 2., 3. i 4. r. ż. – odpowiednio 275,5, 251,3 i 224,9 na 100 000. Następnie wartości zapadalności ulegały obniżeniu aż do najniższego poziomu 5,9 w grupie wieku 40-44 lat, a w kolejnych grupach wieku sukcesywnie wzrastała, osiągając wartość 14,9 u osób powyżej 75. r. ż. Wskaźniki zapadalność wśród mężczyzn i kobiet oraz na wsi i w mieście nie różniły się zbyt wiele od siebie (ryc. 8.27).



Ryc. 8.27. Zapadalność na salmonelozę wg miejsca zamieszkania, płci i wieku w 2023 r. (źródło: NIZP PZH-PIB)

W zapadalności na salmonelozę występują znaczne różnice terytorialne. W 2023 r. zapadalność na obszarze poszczególnych województw wahała się w granicach od 11,3 na 100 000 ludności w woj. zachodniopomorskim do 51,1 w woj. podkarpackim (ryc. 8.28). W województwie podkarpackim od lat notuje się najwyższe zapadalności zachorowań na salmonelozę.

Dwa bardzo istotne rodzaje bakterii, wywołujących zakażenia pokarmowe – *Campylobacter* i *Yersinia* są diagnozowane coraz częściej, choć nadal dużo rzadziej niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej. Od 2002 r. zachorowania spowodowane *Campylobacter spp.* są zgłaszane jako wydzielona jednostka w ramach systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi. Liczba rozpoznawanych i zgłaszanych przypadków kamylobakteriozy zwiększała się z każdym rokiem, powiększał się także obszar, w których rozpoznawano i rejestrowano przypadki zachorowań.



Ryc. 8.28. Zapadalność na salmonelozę w 2023 r. wg województw (źródło: NIZP PZH-PIB)

W latach 2003 i 2004 zgłoszenia pochodziły jedynie z województw małopolskiego i mazowieckiego. W kolejnych latach dołączały następne województwa, na terenie których sukcesywnie wprowadzana była w laboratoriach metoda wykrywania pałeczek z rodzaju *Campylobacter* w materiale klinicznym. W 2017 r. zgłoszono największą jak dotychczas liczbę zachorowań na kampylobakteriozę z terenu wszystkich 16 województw (w tym w dwóch były to jedynie pojedyncze zachorowania), która wyniosła 877 przypadków. W kolejnych dwóch latach nastąpił spadek rejestrowanych przypadków wynosząc 726 i 715, odpowiednio w 2018 r. i 2019 r. W pierwszym roku pandemii liczba rejestrowanych przypadków nie przekraczała 500. Natomiast w 2021 r. wzrosła do 632 zachorowań, a w 2023 r. wyniosła już 862 przypadki. Powolny choć stały wzrost liczby zgłoszeń zachorowań jest prawdopodobnie konsekwencją zarówno wzrostu liczby laboratoriów prowadzących badania w tym kierunku, w tym wejście do powszechniejszego użycia metod molekularnych, wzrostu świadomości lekarzy o możliwości zakażeń jelitowych wywołanych tym patogenem oraz wprowadzeniu obowiązku zgłaszania dodatnich wyników diagnostycznych w kierunku tych patogenów przez laboratoria. W 2003 r. odsetek osób hospitalizowanych, u których stwierdzono kampylobakteriozę wynosił prawie 87%, w kolejnych latach ulegał on zmniejszeniu i w 2010 r. wyniósł 54,1%, jednak od 2013 r. znów zaczął wzrastać i w 2019 r. wyniósł 81,4%. W dwóch kolejnych latach zaczął powoli spadać

osiągając wartości 76,8% w 2020 oraz 78,2% w 2021 r., jednak w latach 2022-2023 znów przekroczył 80%. Tak wysokie odsetki hospitalizacji świadczą o znacznym niedodiagnozowaniu i niedorejestrowaniu kampylobakteriozy i wykonywaniu badań w tym kierunku głównie u osób, które wymagały hospitalizacji.

Zakażenia pałeczkami *Yersinia* są również coraz częściej rejestrowane. W dwóch pierwszych latach (2003 r. i 2004 r.) raportowania tej choroby, liczba przypadków zgłoszonych wyniosła odpowiednio 71 i 84. W 2005 r. do systemu nadzoru zgłoszono już 136 przypadków zachorowań. W 2006 r. zarejestrowano podobną liczbę – 140 przypadków a w 2010 r. – 206. Od tego roku liczba przypadków jersiniozy utrzymywała się na podobnym poziomie do 2019 r. W 2020 r. nastąpił znaczny spadek zgłaszanych przypadków, łącznie zareportowano 117 zachorowań, a w 2021 – 142. W latach 2022-2023 nastąpił wzrost liczby zachorowań, osiągając odpowiednio wartości 180 i 313 przypadków. Od początku okresu raportowania jersiniozy odsetek osób hospitalizowanych w wyniku zachorowania był zróżnicowany i wahał się od 59,2% w 2003 r. do 83,1% w 2005. W latach 2022 -2023 stanowił on odpowiednio 58,3 oraz 53,4%. W ostatnich latach jest widoczne również duże zróżnicowanie terytorialne w odsetku hospitalizacji.

Pozostałe choroby bakteryjne przenoszone drogą pokarmową rejestrowane w Polsce takie jak zatrucia jadem kiełbasianym, zatrucia toksyną gronkowcową i czerwonka bakteryjna, obecnie występują w niewielkich liczbach i odgrywają mniejszą rolę jako zagrożenia dla zdrowia publicznego. W przypadku czerwonki w 2018 r. miał miejsce znaczący wzrost liczby zachorowań – łącznie zarejestrowano 284 przypadków. Na liczbę tą składają się głównie zachorowania, które wystąpiły w dwóch ogniskach – jedno ognisko miało miejsce na terenie kraju, choć dotyczyło społeczności międzynarodowej, natomiast drugie było związane z pobytem wakacyjnym Polaków w Albanii. Po spadku w latach 2020- 2021 liczba przypadków do wartości 12 i 18 zachorowań, w 2022 r. i 2023 r. zaczęły one wzrastać wynosząc odpowiednio 43 i 50 zachorowań.

W latach 2022-2023 znacznie wzrosły liczby zachorowań spowodowane wero-toksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* osiągając odpowiednio wartości 36 i 96 przypadków.

W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu A (wzw typu A) po epidemicznym wroście w latach 2017-2019 będącego konsekwencją ogniska na terenie krajów Europy Zachodniej wśród mężczyzn mających stosunki seksualne z mężczyznami, w latach 2020-2021 doszło do znacznego spadku liczby zachorowań – odpowiednio 111 i 92 przypadków, co odpowiadało wartościom jakie rejestrowano w kraju przed 2017 r. W latach 2022-2023 nastąpił wzrost liczby chorych odpowiednio do wartości 233 i 206 przypadków.

Choroby przenoszone drogą płciową

Choroby przenoszone drogą płciową wg. WHO powinny stać się priorytetem z powodu ciągle rosnącej liczby nowych zachorowań. Wg. nadzoru CDC¹⁴ w 2023 r. odnotowano ponad 2,4 mln nowych zachorowań na STI w Stanach Zjednoczonych, w tym najczęściej są to zakażenia wywoływane przez *Chlamydia trachomatis* (1, 648,568 mln zachorowań na chlamydiozę), *Neisseria gonorrhoea* (601,319 zachorowań na rzeżączkę) oraz *Treponema pallidum* (209,253 zachorowania na kiłę). Zachorowania na chlamydię najczęściej rejestrowane są wśród osób młodych w wieku 15-29 lat – 73,7% wszystkich zakażeń. Z dostępnych danych dotyczących zakażeń dwoinką rzeżączki wynika, że liczba zakażeń zmniejszyła się o ponad 7% zakażeń w porównaniu z 2022 r. Zakażenia krętkiem błędym mimo spadku o około 13% w grupie mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), to nadal ta grupa populacyjna stanowi dominującą grupę zakażeń *Treponema pallidum*.

Nadzór nad zakażeniami przenoszonymi drogą płciową, w większości państw jest obowiązkowy, a raportowanie przypadków powinno odbywać się ze wszystkich jednostek medycznych. W niektórych państwach wprowadzono system sentinelowy, gdzie informacje o zakażeniach o większym stopniu szczegółowości raportowane są tylko przez wybrane ośrodki medyczne. W niektórych państwach, jak np. Wielka Brytania, duża liczba wykrywanych przypadków jest wynikiem prowadzonych programów badań przesiewowych w populacji ogólnej¹⁵.

Zapadalność na kiłę w Europie wykazywała w latach 2012 – 2023 trend wzrostowy do 2019 r. (z 4,67 na 100 000 w 2012 r. do 7,53 na 100 000 w 2019 r.), natomiast w kolejnych latach zapadalność na kiłę zmniejszyła się do 5,63 w 2020 r., a następnie wzrosła do 9,97 na 100 000 mieszkańców w 2023 r. Zaobserwowany spadek liczby rejestrowanych zakażeń związany jest prawdopodobnie z wykluczeniem zachorowań rejestrowanych w Wielkiej Brytanii, po okresie jej wystąpienia z UE. Natomiast znaczny wzrost zachorowań obserwowany już w 2022 r. dotyczył głównie zachorowań wśród mężczyzn, u których najwięcej przypadków notuje się wśród MSM, którzy wśród osób ze znaną drogą transmisji stanowili w 2023 r. prawie 72% zakażeń¹⁶.

¹⁴ Sexually Transmitted Infection Surveillance, 2023, CDC, (dostępne na stronie: <https://www.cdc.gov/sti-statistics/annual/index.html>)

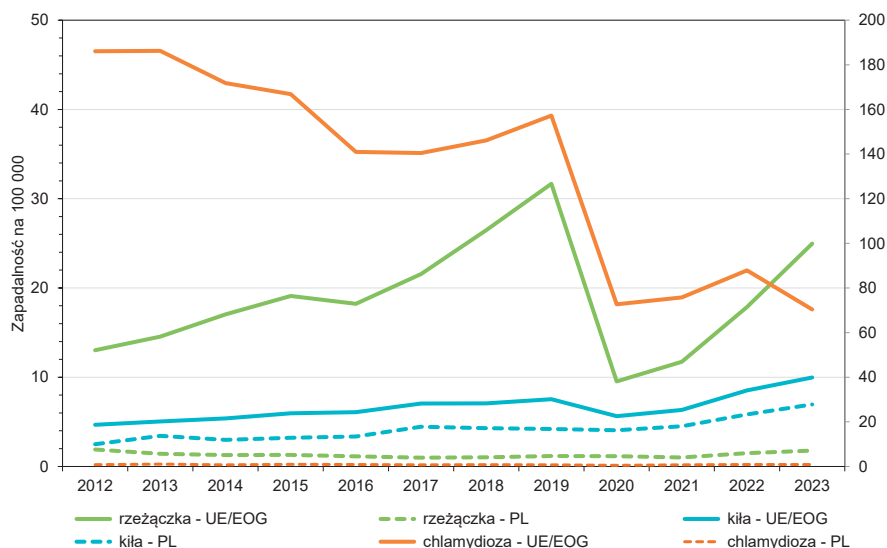
¹⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report for 2017. Surveillance systems overview for 2017 [Internet; Excel workbook]. Stockholm: ECDC; 2018

¹⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025

W 2023 r., zgłoszono 41 051 potwierdzonych zachorowań na kiłę w 29 krajach UE/EOG. Wskaźnik zapadalności wynosił 9,97 na 100 000 mieszkańców, w tym najniższy wskaźnik zarejestrowano na Łotwie – 0,8 na 100 000 mieszkańców (15 przypadków), a najwyższy w Luxemburgu – 24,8 na 100 000 mieszkańców – 164 przypadki.

Polska ze wskaźnikiem 8,1 (wskaźnik liczony tylko na podstawie przypadków potwierdzonych laboratoryjnie), znalazła się wśród 14 państw ze wskaźnikiem poniżej 10 na 100 000 mieszkańców.

Zapadalność notowana w Polsce, obejmująca przypadki klasyfikowane zgodnie w definicją przypadków chorób zakaźnych przyjętą na potrzeby nadzoru epidemiologicznego w Polsce (obejmująca przypadki możliwe, prawdopodobne i potwierdzone¹⁷) wynosiła 6,95 na 100 000 w 2023 r., to nadal pozostawała na poziomie poniżej średniej zapadalności w Europie. Jednakże również w naszym kraju wystąpił bardzo wyraźny wzrost i obecnie rejestrowanych jest więcej nowych zakażeń niż w latach wcześniejszych (z 3,44 na 100 000 w 2013 r., do 4,45 na 100 000 w 2017 r., i aż do 6,95 na 100 000 mieszkańców w 2023 r.) (ryc. 8.29).



Ryc. 8.29. Średnia zapadalność na kiłę, rzeżączkę i chłamydiozy na 100 000 mieszkańców w krajach UE/EOG i w Polsce w latach 2012-2023 (źródło: Centrum e-Zdrowie: MZ-14 oraz ECDC surveillance atlas)

¹⁷ Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, wersja robocza (6c), styczeń 2025, Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych na Nadzoru, NIZP PZH-PIB (dostępne na stronie: https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/inne/Def_PL2_6c.pdf)

Zwraca uwagę duże zróżnicowanie wskaźników leczenia kiły pomiędzy województwami, np. wskaźnik leczenia wahał się od 1,16 na 100 000 w województwie podkarpackim do 16,25 w województwie mazowieckim (34,2% wszystkich zakażeń) (ryc. 8.30). Najwięcej przypadków kiły w 2023 r., leczonych¹⁸ było w stadium klinicznym kiły wczesnej – prawie 60%, w tym w większości jest to kiła objawowa w najbardziej zakaźnym okresie (dotyczy ponad 70% przypadków kiły wczesnej w 2023 r.).

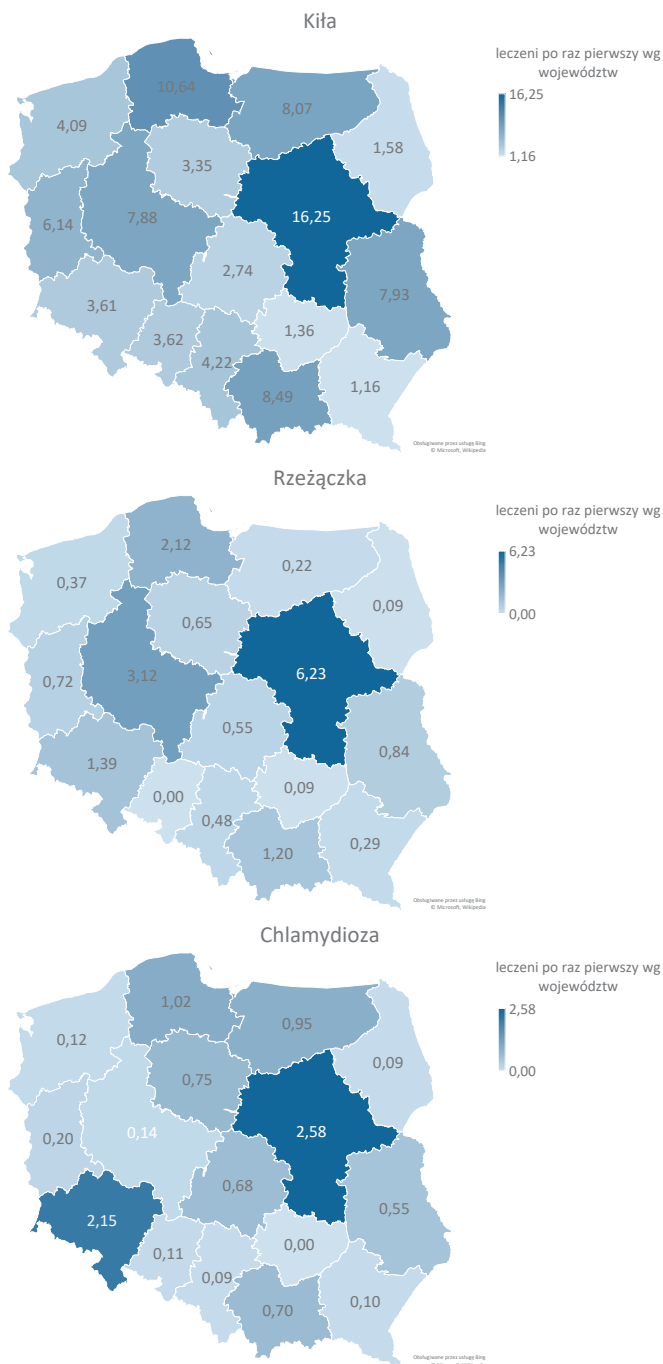
Zapadalność na rzeżączkę, podobnie jak w przypadku zachorowań na kiłę, wykazuje również trend wzrostowy w krajach Unii Europejskiej¹⁹. W latach 2012-2019 zapadalność wynosiła od 13,02 do 31,67 przypadków na 100 000 mieszkańców. Podobnie jak w przypadku kiły przełomowym rokiem był 2019 r., gdzie wskaźnik zapadalności spadł aż do 9,53 na 100 000, co podobnie jak w przypadku kiły miało związek z wykluczeniem przypadków z Wielkiej Brytanii w statystykach podawanych dla krajów europejskich. Jednak mimo to, w kolejnych latach, wskaźnik wzrósł ponad dwukrotnie i w 2023 r. wynosił 24,96 na 100 000 mieszkańców.

W 2023 r., zgłoszono 96 969 potwierdzonych przypadków rzeżączki z 28 krajów UE/EOG, wskaźnik zapadalności wynosił 25,0 na 100 000 mieszkańców. Wskaźnik wahał się od 0,2 w Rumunii (30 przypadków) do 122,2 w Irlandii (6 440 przypadków). Najwięcej zakażeń wśród kobiet odnotowano w grupie wiekowej 20-24 lata (72 przypadki na 100 000 kobiet), a wśród mężczyzn dominującą grupę stanowili mężczyźni w wieku 25-34 lata (131 przypadków na 100 000 mężczyzn). Zakażenia w grupie mężczyzn mających kontakt z mężczyznami (MSM) stanowiły ponad 58% wszystkich zakażeń w 2023 r. Polska ze wskaźnikiem 3,3 (przypadki zgłoszone do ECDC według roku zgłoszenia do nadzoru) znalazła się wśród 10 państw ze wskaźnikami poniżej 10 przypadków na 100 000 mieszkańców.

Chociaż zachorowania na rzeżączkę w Polsce również wzrastają, z 1,01 w 2021 r. do 1,78 na 100 000 mieszkańców w 2023 r., to jest ona nieproporcjonalnie niska w porównaniu z innymi krajami UE (ryc. 8.29). Jest to najprawdopodobniej związane z niską liczbą wykonywanych badań, niezgłaszaniem się osób zakażonych do opieki medycznej i/lub niedorejestrowaniem rzeżączki i ich niezgłaszaniem do nadzoru epidemiologicznego, co można wnioskować na podstawie nierównomiernego rozkładu przypadków w poszczególnych województwach.

¹⁸ Biuletyn: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 roku, NIZP PZH-PIB; https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf

¹⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025.



Ryc. 8.30. Liczba leczonych na kiłę, rzeżączkę i chlamydyozę w poszczególnych województwach w Polsce na 100 000 mieszkańców w 2023 r. (źródło: Biuletyn NIZP PZH-PIB na podstawie danych Centrum e-Zdrowie: MZ-14)

Wskaźnik osób leczonych w województwie mazowieckim w 2023 r. wyniósł 6,23 na 100 000 mieszkańców – tj. 343 przypadki w ciągu roku, podczas gdy w pozostałych województwach liczba leczonych osób waha się od 1 w województwie podlaskim, czy świętokrzyskim do 109 w województwie wielkopolskim (ryc. 8.30).

W krajach Unii Europejskiej najczęstszą chorobą przenoszoną drogą płciową są jednak zakażenia bakterią *Chlamydia trachomatis*, które w sposób szczególny dotyczą osób młodych, krótko po inicjacji seksualnej²⁰. Zapadalność na chlamydiozę w krajach europejskich wahała się w latach 2012-2019 między 146,10, a 186,25 przypadkami na 100 000 mieszkańców, natomiast w kolejnych czterech latach t. 2020-2023, po wykluczeniu danych z Wielkiej Brytanii, jako państwa, które wystąpiło z UE, średni wskaźnik wyniósł 76,7 przypadków na 100 000 mieszkańców.

W 2023 r., 230 199 potwierdzonych przypadków zachorowań na chlamydiozę zostało zgłoszonych przez 27 krajów UE/EOG, wskaźnik zapadalności wyniósł 70,4 przypadki na 100 000 mieszkańców. Najmniejszy wskaźnik odnotowano w Rumunii – 0,1 na 100 000 (24 przypadki), a najwyższy w Danii – 625,5 przypadków na 100 000 (37 111 przypadków). Wskaźnik zapadalności był najwyższy w grupie kobiet w wieku 20-24 lat, zakażenia wśród MSM stanowiły 20% wszystkich zakażeń i wzrosły o 4% w porównaniu z 2022 r., ze wskaźnikiem 2,7 znalazła się wśród 9 państw z najniższym wskaźnikiem zapadalności – poniżej 10 na 100 000 mieszkańców.

W porównaniu z tymi danymi wyraźnie widać, że problem zakażeń *Chlamydia trachomatis* jest w Polsce mocno niedoszacowany, wskaźnik nie przekracza 1 na 100 000 mieszkańców (ryc. 8.29). Podobnie jak w przypadku rzeżączki, jest to najprawdopodobniej związane z ograniczoną diagnostyką oraz nierejestrowaniem nowych zachorowań, zwłaszcza przez prywatne podmioty medyczne, w niektórych województwach notuje się rocznie jedynie pojedyncze przypadki osób leczonych z powodu zachorowania na chlamydiozę, poniżej 10 w ciągu roku np. w województwach: lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, wielkopolskim oraz zachodniopomorskim. Najwięcej przypadków w 2023 r. było leczonych w województwie dolnośląskim i mazowieckim, odpowiednio 62 i 142 przypadki – wskaźniki leczonych wynosiły 2,15 na 100 000 w województwie dolnośląskim i 2,58 na 100 000 w województwie mazowieckim (ryc. 8.30).

²⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025

Według raportów ECDC, rzeżączka w krajach UE występuje częściej wśród MSM – w 2023 r. stanowili oni ponad 58% wszystkich zakażeń. Wskaźnik nowych zakażeń był najwyższy wśród osób w wieku 20-34 lat.

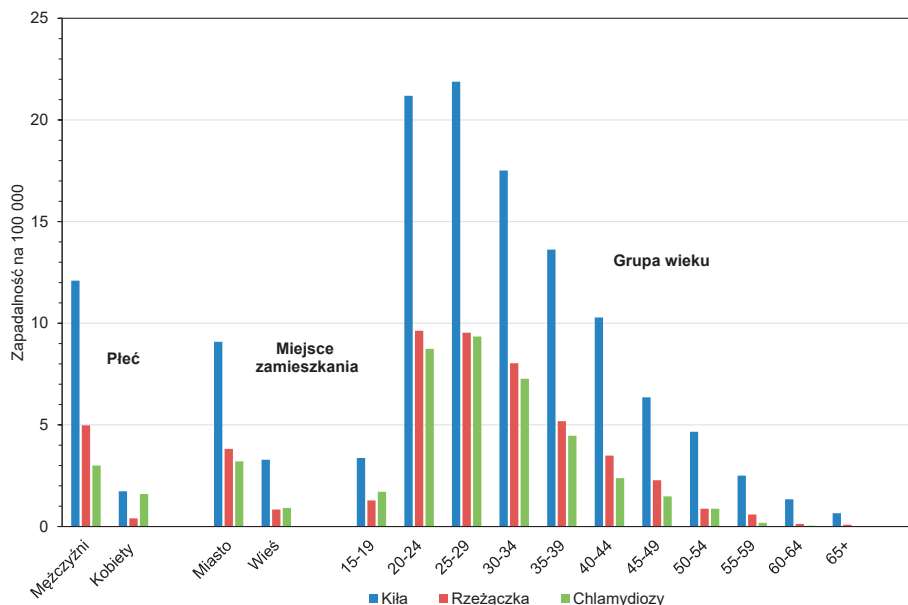
W przypadku chlamydioz obserwuje się rosnący udział zakażeń wśród MSM – w ciągu lat 2019-2023 wzrost ten był na poziomie 48%, wśród państw, które w każdym roku przekazywały informację o drogach transmisji zakażeń *Chlamydia trachomatis*. Mimo wszystko najwyższy wskaźnik nowych zakażeń ciągle utrzymuje się w grupie kobiet w wieku 20-24 lata (ponad 700 przypadków na 100 000 kobiet).

Wskaźnik nowych zakażeń kiłą w krajach UE jest najwyższy w grupie mężczyzn w wieku 25-34 lat (40 przypadków na 100 000 mieszkańców), i zakażenia wśród mężczyzn są 8-krotnie częstsze w porównaniu z kobietami. Większość przypadków ze znaną drogą transmisji zakażenia rejestrowanych jest również w populacji mężczyzn MSM.

W Polsce, według danych jednostkowych zgłoszonych do nadzoru epidemiologicznego w 2023 r., wśród osób ze znaną drogą transmisji, najwięcej zakażeń *Neisseria gonorrhoea* i *Treponema pallidum* przenoszonych jest w grupie mężczyzn MSM, odpowiednio 55,9% i 55,1% wszystkich zakażeń. Zachorowania na rzeżączkę wśród osób heteroseksualnych stanowiły 25,5% wszystkich zakażeń, i podobnie zachorowania na kiłę stanowiły 26,9% wszystkich zakażeń. Pozostałe zachorowania zostały zgłoszone jako kontakty seksualne, nieokreślone. Natomiast w przypadku zakażeń *Chlamydia trachomatis*, najwięcej zakażeń rejestrowanych jest wśród mężczyzn MSM – 36,0%, jak i wśród osób z nieokreślonym typem kontaktu seksualnego, który mógł stanowić źródło zakażenia – 35,2%. Zachorowania wśród osób heteroseksualnych stanowią 28,8% zachorowań.

W 2023 r., zapadalność na kiłę i rzeżączkę była odpowiednio 6-krotnie i 11-krotnie wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet, co potwierdza szerzenie się kiły i rzeżączki w populacji MSM w Polsce, biorąc pod uwagę również informacje o drodze zakażenia wśród osób ze znaną transmisją. Natomiast w przypadku chlamydioz, zapadalność jest porównywalna zarówno w populacji mężczyzn, jak i kobiet.

Zapadalność na kiłę jest najwyższa w grupie osób w wieku 25-29 lat i 20-24 lat, i wynosiła odpowiednio 21,88 przypadków i 21,19 przypadków na 100 000 mieszkańców. Podobnie zapadalność na rzeżączkę i chlamydie jest najwyższa w tych samych grupach wieku, z tym, że wskaźniki są odpowiednio mniejsze – około 9 przypadków na 100 000 mieszkańców w każdej z grup wiekowych (ryc. 8.31).



Ryc. 8.31. Zapadalność na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy w 2023 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku (źródło: dane jednostkowe z Epibazy, NIZP PZH-PIB)

Szczepienia dorosłych

Znaczenie szczepień osób dorosłych

Szczepienia ochronne są ważne nie tylko dla dzieci. Ryzyko zachorowania i powikłań z powodu wielu chorób zakaźnych jest u nieuodpornionych dorosłych znacznie większe w porównaniu do dzieci. Większość ciężkich zachorowań, hospitalizacji, przypadków niepełnosprawności i zgonów z powodu chorób zakaźnych, którym można zapobiegać szczepieniami, występuje właśnie u dorosłych²¹. Szczepienia ochronne podawane dorosłym zapewniają łżejszy przebieg choroby w przypadku zakażenia i chronią przed powikłaniami. Pandemia COVID-19 pokazała, jak groźne mogą być choroby zakaźne mimo postępu wiedzy medycznej. Stała się wielką lekcją znaczenia szczepień ochronnych w różnych populacjach osób dorosłych we współczesnym świecie.

²¹ Biuletyny „Choroby zakaźne i zatrucie w Polsce. NIZP PZH-PIB. Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru. https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html#04

Nie wszyscy dorośli uodpornili się w dzieciństwie na choroby zakaźne typowe dla wieku dziecięcego, jak np. ospa wietrzna, odra czy różyczka. Choroby te mogą mieć u dorosłych cięższy przebieg, prowadzić do powikłań lub stwarzać dodatkowe zagrożenia, np. dla kobiet w ciąży. Nie wszystkie szczepienia podawane w dzieciństwie zapewniają długotrwałą ochronę i dlatego w przypadku niektórych szczepień (np. przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi), konieczne jest podawanie dawek przypominających. Niektóre choroby zakaźne wywoływane są przez patogeny, które ulegają zmianom i mutacjom, dlatego potrzebne jest regularne ich powtarzanie (np. przeciw grypie, COVID-19). U osób dorosłych częściej mamy do czynienia z występowaniem chorób przewlekłych, co może sprzyjać rozwojowi chorób infekcyjnych, mogą one mieć cięższy przebieg i prowadzić do groźnych dla zdrowia, a nawet życia powikłań. W Polsce według danych epidemiologicznych u osób liczących więcej niż 50 lat występują średnio cztery przewlekłe choroby – a choroba układu oddechowego, układu sercowo-naczyniowego bądź powszechnie występująca cukrzyca skutkują zwiększonym ryzykiem powikłań i ciężkiego przebiegu zakażeń układu oddechowego. Szczepienia ochronne zmniejszają również ryzyko zaostrzenia przebiegu chorób przewlekłych. Czynniki zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu infekcji jest obniżona funkcja układu immunologicznego u pacjentów onkologicznych, po przeszczepieniu narządów, po usunięciu śledziony itp. Dane z badań nie potwierdzają niekorzystnego wpływu szczepień na przebieg schorzeń przewlekłych, co więcej obserwuje się wręcz odwrotne efekty. Wykazano np., że pacjenci zaszczepieni przeciw grypie mają w kolejnych kilku miesiącach po szczepieniu znacznie niższe ryzyko zawału mięśnia sercowego czy udaru mózgu, w porównaniu z pacjentami niezsaszczepionymi. Z drugiej strony jest cały szereg danych potwierdzających ryzyko ciężkiego przebiegu chorób infekcyjnych u pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz danych potwierdzających niekorzystny wpływ infekcji na przebieg tych chorób. W licznych rekomendacjach i zaleceniach, wielu towarzystw naukowych na całym świecie, występowanie chorób przewlekłych jest wręcz wyraźnym wskazaniem do szczepień ochronnych. Uniwersalnym czynnikiem ryzyka częstszego i ciężkiego przebiegu chorób zakaźnych z ryzykiem występowania groźnych dla zdrowia, a nawet życia powikłań jest starszy wiek. Po 60. r. ż. spada odporność, układ immunologiczny starzeje się, zachodzą zmiany w aktywności komórek układu odpornościowego. W obliczu starzejącego się społeczeństwa rośnie liczba osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu chorób zakaźnych wywołanych przez wirusy i bakterie. Immunosenescencja oznacza stopniowe pogarszanie się funkcji układu odpornościowego spowodowane starzeniem się organizmu. Spada odporność wrodzona jak i nabyta,

czego skutkiem jest większa podatność na zachorowania. Występują zmiany, które osłabiają odpowiedź immunologiczną i pojawia się stan przewlekłego zapalenia spowodowany zwiększonym uwalnianiem cytokin prozapalnych. Szczepienia osób dorosłych zalecane są również aby chronić osoby z bliskiego otoczenia, które nie mogą się szczepić, np. z racji wieku lub medycznych przeciwwskazań. Nazywa się to strategią kokonu. Poprzez szczepienia minimalizujemy ryzyko zachorowania i tym samym nie stajemy się źródłem zakażenia dla najbliższych. Potrzeba szczepień ochronnych u dorosłych może wynikać także z ich stylu życia, np. uprawianych aktywności, czy w związku z podróżami. Powodem do wykonania szczepienia może być także zawód lub rodzaj wykonywanej pracy, najlepszym tego przykładem są pracownicy ochrony zdrowia, którzy poprzez szczepienia chronią nie tylko siebie ale także swoich pacjentów.

Korzyści ze szczepień osób dorosłych mają znaczenie szczególnie w obszarze wydłużenia życia ludzkiego oraz poprawy jego jakości, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę z jednej strony coraz bardziej starzejące się społeczeństwo, a z drugiej – rosnący udział osób przewlekle chorych, skutecznie leczonych metodami upośledzającymi odporność. Szczepienia osób dorosłych, podnosząc jakość życia, stanowią ważny element paradygmatu zdrowego stylu życia, obok zdrowego odżywiania, ruchu, higieny snu, walki ze stresem.

Podstawowe zasady realizacji szczepień osób dorosłych

Osoba dorosła powinna sprawdzić swój stan uodpornienia. Historia szczepień zapisana w książeczce szczepień i/lub karcie uodpornienia pozwala ocenić, jakie szczepienia otrzymaliśmy w przeszłości, czy podano wszystkie wymagane dawki, i jeżeli to konieczne, uzupełnić brakujące szczepienia. W sytuacji, kiedy nie mamy wiedzy/dokumentacji, czy daną szczepionkę otrzymaliśmy w przeszłości lub czy chorowaliśmy, w przypadku niektórych szczepień stan uodpornienia można sprawdzić badaniem serologicznym oceny poziomu przeciwciał.

Liczba podawanych dawek zależy od konkretnej szczepionki, czasem wystarczy jedna dawka, czasem należy podać cały schemat szczepienia, który najczęściej składa się z dwóch lub trzech dawek, czasem pojedyncze dawki należy powtarzać, np. co kilka lat. Najbardziej szczegółowe informacje o szczepionce znajdziemy w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Zalecenia dla szczepień dorosłych wymienione są w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) w części dotyczącej szczepień zalecanych, których wykonanie rekomenduje się w danym wieku lub z określonych wskazań zdrowotnych. Znamy szczepienia bezpłatnie realizowane w ramach dedykowanego programu (np. szczepienia przeciw COVID-19 w ramach Narodowego Programu Szczepień COVID-19), inne szczepienia, np.

przeciw grypie, pneumokokom, RSV czy półpaścowi, mogą być dla pewnych grup pacjentów objęte całkowitą lub częściową refundacją, czyli pacjent nie pokrywa kosztów szczepionki lub pokrywa tylko ich część. Poziom tej refundacji określa pracownik medyczny w trakcie kwalifikacji do szczepienia i wypisywania recepty na szczepionkę. Obowiązkowe szczepienia dla dorosłych występują w medycynie podróży, co wynika z międzynarodowych przepisów, czego przykładem jest szczepienie przeciw żółtej gorączce w wybranych krajach. Obowiązkowe są również szczepienia poekspozycyjne, np. przeciw tężcowi lub wścieklicznie. Wybrane grupy dorosłych pacjentów z niedoborami odporności (po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii, albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony) mają obowiązkowe, bezpłatne szczepienia przeciw niektórym chorobom zakaźnym. Obowiązkiem szczepień przeciw WZW B objęte są również osoby narażone w sposób szczególny w związku z przesłankami epidemiologicznymi lub klinicznymi^{22,23}.

Kwalifikacja do szczepienia osoby dorosłej polega na zebraniu krótkiego wywiadu. Dotyczy on aktualnego stanu zdrowia, którego celem jest wykluczenie ostrej infekcji, zaostrzenia przebiegu choroby przewlekłej oraz ocena przyjmowanych leków czy historii występowania ciężkich reakcji alergicznych. Przy kwalifikacji do kolejnych dawek, tej samej szczepionki, wywiad dotyczy także ciężkich niepożądanych odczynów poszczepiennych, które wystąpiły po poprzedniej dawce. Badanie przedmiotowe może być przeprowadzone zależnie od indywidualnych wskazań, choć zwykle, jeśli pacjent nie zgłasza żadnych dolegliwości, nie jest to konieczne. W trakcie kwalifikacji do szczepienia pacjent powinien zostać poinformowany o ryzyku występowania niepożądanych odczynach poszczepiennych, jakie mogą się pojawić w związku ze szczepieniem. Dostępne w Polsce szczepionki podaje się osobom dorosłym w postaci zastrzyków i odbywa się to w przeznaczonym do tego punkcie szczepień, również w aptekach realizujących szczepienia. Większość szczepionek podaje się domięśniowo, a preferowaną okolicą anatomiczną jest tylna-boczna część ramienia. Niektóre szczepionki zalecane podróżującym podawane są doustnie. Powszechną i zalecaną praktyką w realizacji szczepień dorosłych jest podanie osobie dorosłej kilku szczepionek w trakcie jednej wizyty. Wyniki badań naukowych pokazują, iż takie postępowanie nie wiąże się z większym ryzykiem ewentualnych odczynów poszczepiennych. Można podać dwie szczepionki w tą samą okolicę anatomiczną, pamiętając o zachowaniu co najmniej 2,5 cm odstępu między iniekcjami.

²² Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. 2023 poz. 2077).

²³ Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025 (Dz. Urz. Min. Zdr. 2024 poz. 93).

Kalendarze szczepień osób dorosłych

Kalendarz szczepień osób dorosłych obejmuje szczepienia zalecane w zależności od wieku (tabela 8.4) lub ze względów zdrowotnych, w tym występowania określonej choroby przewlekłej lub innego wskazania związanego z trybem życia.

Tabela 8.4. Kalendarz szczepień dorosłych (wszyscy dorośli w zależności od wieku). Kalendarz uwzględniła szczepienia zalecane dla wszystkich nieuodpornionych osób w określonym wieku oraz występowania dodatkowych czynników ryzyka (np. medycznych, zawodowych, związanych ze stylem życia)

Szczepionka przeciw	Wiek (lata)				
	19-26	27-49	50-59	60-64	>65
Grypie (IIV)	1 dawka co roku, w czasie sezonu infekcyjnego (najlepiej na początku sezonu)*				
Błonica, tężcowa, krztuścowa (Tdap)	1 dawka co 10 lat				
Ospie wietrznej (VZV)	2 dawki (osoby, które nie chorowały na ospę wietrzną i nie były szczepione)				
Odrze, śwince, różyczce (MMR)	2 dawki (osoby, które nie chorowały na odrę lub różyczkę i nie były szczepione)				
COVID-19	szczepienia wg aktualnych zaleceń				
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV)	3 dawki (osoby, które nie były wcześniej szczepione)				
Ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV)	3 dawki	3 dawki (decyzja o szczepieniu po rozmowie z lekarzem na temat korzyści ze szczepienia)			
Pneumokokom (PCV, PPSV)			1 dawka PCV-13 lub PCV-20	1 dawka PCV-13 lub PCV-20	1 dawka PCV-13 + PPSV-23 lub 1 dawka PCV-20
Półpaścowi (RZV)	2 dawki w odstępie 2-6 miesięcy				
Syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	1 dawka				
Kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM)	3 dawki + dawki przypominające co 3-5 lat				
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (HBV)	2 dawki (osoby, które nie były wcześniej szczepione)				
Meningokokom (MenB, MCV-4)	1 lub 2 dawki				

*dla osób w wieku ≥ 60 lat szczepionka zalecaną jest szczepionka wysokodawkowa, w przypadku jej niedostępności lub braku akceptacji przez pacjenta- szczepionka standardowa.

IIV – szczepionka przeciw grypie, inaktywowana; Tdap – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi; VZV – szczepionka przeciw ospie wietrznej; MMR – szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce; Covid-19 – szczepionka przeciw Covid-19; HBV (Hepatitis B Vaccine) – szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B; HPV – szczepionka przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka; PCV – skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom; PPSV – polisacharydowa szczepionka przeciw pneumokokom; RZV – szczepionka przeciw półpaścowi; RSV – szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu; KZM – szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu; HAV (Hepatitis A Vaccine) – szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A; MenB – szczepionka przeciw meningokokom grupy B; MCV-4 – szczepionka przeciw meningokokom grupy A, C, W, Y.

Na stronach NIZP PZH-PIB dostępne są personalizowane kalendarze szczepień osób dorosłych dostosowane do wieku, stanu zdrowia, zawodu i stylu życia każdej osoby dorosłej²⁴. Kalendarze stanowią ważne narzędzie w promocji zdrowia publicznego i profilaktyki zdrowotnej. Opracowano je we współpracy z ekspertami Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, na podstawie zaleceń dla szczepień dorosłych wskazanych w PSO oraz rekomendacji międzynarodowych zespołów ds. szczepień, w tym amerykańskiego Zespołu Doradczego ds. Szczepień (ACIP)^{25,26,27}. Stanowią element wprowadzonego od 5 maja br. do POZ świadczenia gwarantowanego „Moje Zdrowie –bilans zdrowia osoby dorosłej”, gdzie w czasie wizyty podsumowującej personel POZ na podstawie stwierdzonych czynników ryzyka ustala indywidualny plan zdrowotny (IPZ) z zalecanymi interwencjami prozdrowotnymi dla pacjenta, uwzględniającymi m.in. rekomendowane szczepienia.

Kalendarze szczepień osób dorosłych obejmują⁴:

- Kalendarz szczepień dorosłych - wszyscy dorośli w zależności od wieku (tabela 8.4).
- Kalendarz szczepień osób starszych (tabela 8.5).
- Kalendarz szczepień kobiet planujących ciążę oraz kobiet w ciąży (tabela 8.6).
- Kalendarz szczepień pacjentów z cukrzycą⁴.
- Kalendarz szczepień pacjentów z chorobami układu oddechowego⁴.
- Kalendarz szczepień pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego⁴.
- Kalendarz szczepień pacjentów z przewlekłą chorobą nerek⁴.
- Kalendarz szczepień pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby⁴.
- Kalendarz szczepień pacjentów z asplenią lub dysfunkcją śledziony⁴.
- Kalendarz szczepień pacjentów z chorobami reumatycznymi i mięśniowo-szkieletowymi⁴.
- Kalendarz szczepień pacjentów z zaburzeniami odporności⁴.
- Kalendarz szczepień pacjentów zakażonych HIV⁴.

²⁴ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB. Kalendarze szczepień dorosłych. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/kalendarze-szczepien-doroslych/>

²⁵ Polskie Towarzystwo Wakcynologii. Kalendarze szczepień dorosłych. <https://ptwakc.org.pl/szczepienia-doroslych/>

²⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines in the Adult Immunization Schedule. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html>.

²⁷ Bridges C.B., Woods L., Coyne-Beasley T. i wsp.: Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Recommended immunization schedule for adults aged 19 years and older – United States, 2013. *MMWR*, 2013; 62: 9–18.

- Kalendarz szczepień pracowników ochrony zdrowia⁴.
- Kalendarz szczepień w medycynie podróży⁴.

Tabela 8.5. Kalendarz szczepień osób starszych. Kalendarz uwzględnia szczepienia zalecane dla wszystkich nieuodpornionych osób w określonym wieku oraz występowania dodatkowych czynników ryzyka (np. medycznych, zawodowych, związanych ze stylem życia)

Szczepionka przeciw	Wiek (lata)		
	50-59	60-64	>65
Grypie (IIV)	1 co roku, w czasie sezonu infekcyjnego (najlepiej na początku sezonu)*		
Błonicy, tężcowi, krztuścowi (Tdap)	1 dawka co 10 lat		
COVID-19	Szczepienie wg aktualnych zaleceń		
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV)	3 dawki (osoby, które nie były wcześniej szczepione)		
Pneumokokom (PCV, PPSV)	1 dawka PCV-13 lub PCV-20	1 dawka PCV-13 lub PCV-20	1 dawka PCV-13 + PPSV-23 lub 1 dawka PCV-20
Półpaścowi (RZV)	2 dawki w odstępie 2-6 miesięcy		
Syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	-	1 dawka	
Kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM)	3 dawki + dawki przypominające co 3-5 lat		
Meningokokom (MenB, MCV-4)	1 lub 2 dawki		

*dla osób w wieku ≥ 60 lat szczepionka zalecaną jest szczepionka wysokodawkowa, w przypadku jej niedostępności lub braku akceptacji przez pacjenta- szczepionka standardowa.

IIV – szczepionka przeciw grypie, inaktywowana; Tdap – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca; COVID-19 – szczepionka przeciw COVID-19; HBV (Hepatitis B Vaccine) – szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B; PCV – skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom; PPSV – polisacharydowa szczepionka przeciw pneumokokom; RZV – szczepionka przeciw półpaścowi; RSV – szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu; KZM – szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu; MenB – szczepionka przeciw meningokokom grupy B; MCV-4 – szczepionka przeciw meningokokom grupy A, C, W, Y.

Tabela 8.6. Kalendarz szczepień kobiet planujących ciążę oraz kobiet w ciąży

Kalendarz szczepień kobiet planujących ciążę	
Szczepionka przeciw	Okres przed ciążą
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV)	3 dawki (kobiety, które nie były wcześniej szczepione)
Ospie wietrznej (VZV)*	2 dawki (kobiety, które nie chorowały na ospę wietrzną i nie były szczepione)
Odrze, śwince, różyczce (MMR)*	1 lub 2 dawki (kobiety, które nie chorowały na różyczkę i nie były szczepione)
Grypie (IIV)	1 dawka w czasie sezonu infekcyjnego (najlepiej na początku sezonu)

Kalendarz szczepień kobiet w ciąży	
Szczepionka przeciw	Okres ciąży
Grypie (IIV)	1 dawka, może być podana w każdym okresie ciąży
Błonicy, tężcowi, krztuścowi (Tdap)	1 dawka w każdej ciąży, może być podana między 27. a 36 tc. (optymalnie między 28 a 32 tc.)
COVID-19	szczepienie wg aktualnych zaleceń
Syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	1 dawka, może być podana między 24. a 36. tc. (optymalnie między 32. a 36. tc.)

*szczepienie zakończone nie później niż miesiąc przed zajściem w ciążę.

IIV – szczepionka przeciw grypie, inaktywowana; Tdap – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi z obniżoną zawartością składnika błonicy i krztuśca; COVID-19 – szczepionka przeciw COVID-19; RSV – szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu; HBV (Hepatitis B Vaccine) – szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B; VZV – szczepionka przeciw ospie wietrznej; MMR – szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce.

Najważniejsze szczepionki zalecane osobom dorosłym

Szczepionki przeciw grypie

Szczepionki przeciw grypie dla osób dorosłych należą do szczepionek inaktywowanych, podawanych we wstrzyknięciu. Zawierają fragmenty zabitych wirusów grypy i występują w postaci szczepionki typu rozszczepiony wirion lub szczepionki podjednostkowej zawierającej powierzchniowe białka wirusów grypy. Szczepionki są 3-walentne lub 4-walentne. Skład szczepionek jest aktualizowany w każdym sezonie. Szczepienie przeciw grypie zalecane jest osobom z grup zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań grypy lub tym osobom, które mogą być dla nich źródłem zakażenia: 1/wszystkim osobom w wieku ≥ 55 lat; 2/ pensjonariuszom domów spokojnej starości oraz innych placówek przewlekłej opieki medycznej lub opiekuńczej (bez względu na wiek); 3/ osobom z chorobami przewlekłymi: układu sercowo-naczyniowego, chorobą nerek, chorobą wątroby (niewydolność, zespół nerczycowy), układu oddechowego (w tym astmą, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc), chorobami metabolicznymi (w tym cukrzycą, otyłością [BMI ≥ 40]), chorobą nerek, z niedoborem odporności (w tym spowodowanym leczeniem immunosupresyjnym lub zakażeniem HIV), chorym na nowotwory złośliwe (zwłaszcza układu krwiotwórczego), po przeszczepieniu narządów lub tkanek; 4/ chorym z upośledzeniem czynności układu oddechowego lub utrudnionym usuwaniem wydzieliny z dróg oddechowych, zwiększonym ryzykiem zachłyśnięcia (zaburzenia świadomości, otępienie, urazy rdzenia kręgowego, chorobami przebiegającymi z drgawkami, innymi chorobami nerwowo-mięśniowe); 5/ kobietom w ciąży i tym, które w czasie najbliższego sezonu

epidemicznego grypy będą w ciąży; 6/ osobom, które mogą być źródłem zakażenia ww. osób (wskazania epidemiologiczne): pracownikom domów spokojnej starości lub ośrodków dla przewlekle chorych, osobom zapewniającym opiekę domową lub mieszkającym wspólnie z osobami z grup ryzyka, personelowi placówek ochrony zdrowia, opiekunom, rodzicom i współdomownikom dzieci w wieku <5 lat; 7/ pracownikom szkół, handlu, transportu oraz innym osobom narażonym na kontakt z dużą liczbą osób²⁸. Szczepienie przeciw grypie należy zaproponować każdej osobie, która chce zmniejszyć swoje ryzyko zachorowania na grypę. Regularne szczepienie przeciw grypie, w każdym sezonie jesienno-zimowym buduje odporność. Szczepionki w wybranych grupach są dostępne: bezpłatnie (osoby starsze, kobiety w ciąży) lub z częściową refundacją (osoby z chorobami towarzyszącymi/wszyscy dorośli). Zalecane jest podanie 1 dawki szczepionki w sezonie. Optymalny czas szczepienia przeciw grypie powinien mieć miejsce przed rozpoczęciem okresu zwiększonej zachorowalności na grypę. Optymalnie czas szczepienia przeciw grypie powinien wyprzedzać szczyt zachorowań, który w Polsce utrzymuje się od stycznia do marca, aczkolwiek w poszczególnych sezonach ten czas może się nieznacznie różnić. Jeśli osoba nie może być zaszczepiona odpowiednio wcześnie, szczepienia można wykonać w dowolnym momencie, przez cały sezon zachorowalności na grypę. Dla osób w wieku ≥60 lat szczepionką zalecaną jest szczepionka wysokodawkowa, w przypadku jej niedostępności lub braku akceptacji przez pacjenta- szczepionka standardowa²⁹.

Szczepionki przeciw WZW B

Szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B) należą do szczepionek inaktywowanych, zawierają przygotowany metodą rekombinacji genetycznej antygen HBs oraz adiuwant wzmacniający działanie szczepionki. Mogą występować w postaci szczepionki pojedynczej lub w skojarzeniu jako szczepionka przeciw WZW typu B i WZW typu A. Obowiązkiem szczepień przeciw WZW B objęte są osoby narażone w sposób szczególny na zakażenie w związku z przesłankami epidemiologicznymi lub klinicznymi: 1/ osoby, które nie były wcześniej

²⁸ Seremak-Mrozikiewicz A., Nitsch-Osuch A., Czajkowski K. i wsp. Guidelines of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians, the Polish Society for Vaccinology, and the Polish Society for Family Medicine on vaccinating women with reproductive plans and pregnant or breastfeeding women. *Ginekol Pol* 2023, Aug 21.

²⁹ Nitsch-Osuch A., Jankowski P., Kokoszka-Paszko J., Kuchar E., Mastalerz-Migas A., Mitkowski P., Wysocki J., Zmysłowska A., Antczak A. Towards better protection of older people against influenza and its complications. Polish recommendations for HD influenza vaccine. *Family Medicine & Primary Care Review*. 1/2024, vol. 26.

szczepione przeciw WZW typu B; 2/ studenci uczelni prowadzących kształcenie na studiach na kierunkach związanych z kształceniem w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu; 3/ osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną WZW typu B domownicy oraz osoby przebywające w zakładach opiekuńczych, wychowawczych i zakładach zamkniętych); 4/ osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie; 5/ osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C; 6/ kobiety planujące ciążę. Obowiązkowe szczepienia przeciw zakażeniom HBV dla osób narażonych w sposób szczególny obejmują: 1/ osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane; 2/ osoby po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii, albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony; 3/ osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz u osób dializowanych (dawki przypominające należy podawać, jeżeli stężenie przeciwciał anty HBs jest poniżej poziomu ochronnego (10 j.m./l); zaleca się badanie poziomu przeciwciał co 6–12 miesięcy; dla pacjentów po przeszczepieniu narządów – zaleca się utrzymanie poziomu przeciwciał ≥ 100 j.m./l; kontrola przeciwciał odbywa się co 6 miesięcy; gdy stężenie spada poniżej < 100 j.m./l należy podać podwójną dawkę szczepionki. Oznaczanie poziomu przeciwciał anty HBs u osób przewlekle chorych w ramach lekarskiego badania kwalifikacyjnego do szczepienia jest nieodpłatne dla tych osób. Szczepienia przeciw WZW B są zalecane osobom podatnym na zakażenie: 1/osobom, które ze względu na tryb życia lub wykonywane zajęcia są narażone na zakażenia związane z uszkodzeniem ciągłości tkanek lub poprzez kontakt seksualny (np. wyjeżdżającym w rejony endemicznego występowania WZW typu B, podejmującym ryzykowne zachowania seksualne, uzależnionym od narkotyków dożylnych); 2/ przewlekle chorym o dużym ryzyku zakażenia HBV (np. z niedoborem odporności, w tym w wyniku leczenia immunosupresyjnego, chorym na przewlekle choroby wątroby, cukrzycę), nieszczepionym w ramach szczepień obowiązkowych; 3/ chorym przygotowywanym do zabiegów operacyjnych i inwazyjnych procedur medycznych; 4/ chorym na nowotwory układu krwiotwórczego; 5/ wszystkim nieszczepionym dotąd osobom dorosłym, zwłaszcza w wieku podeszłym. Schemat szczepienia przeciw WZW B u dorosłych składa się z trzech dawek szczepionki podanych w schemacie 0-1-6 miesięcy. U osób zdrowych nie przewiduje się szczepień przypominających. W wyjątkowych sytuacjach (np. przed zabiegiem operacyjnym lub wyjazdem zagranicznym w rejon endemicznego występowania WZW typu B) można zastosować przyspieszony schemat szczepienia: 4 dawki szczepienia podstawowego): 0, 7, 21 dni i 12 mies. Postępowanie w sytuacjach szczególnych obejmuje: postępowanie po ekspozycji na HBV oraz osoby przewlekle chore.

Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi

Szczepionka przeciw błonicy tężcowi i krztuścowi występuje jako szczepionka inaktywowana Tdap, przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi. Zawiera toksoid błonicy w zmniejszonej dawce (d), toksoid tężcowy (T) i bezkomórkowy składnik krztuścowy w zmniejszonej dawce (ap) zawierający 3–5 białek. Toksoidami są unieczynnione toksyny wytwarzane przez bakterie błonicy i tężca. Występują w postaci skojarzonej (Td), także z antygenami pałeczki krztuśca (Tdap) i polio (Tdap-IPV), lub monowalentnej (d lub T).

Szczepienie szczepionką ze składnikiem krztuścowym zalecane jest osobom dorosłym: 1/ które mają lub niedługo będą miały bliski kontakt z niemowlętami <12. mż. (rodzice, dziadkowie, opiekunowie), personelowi ochrony zdrowia (zwłaszcza zatrudnionemu na oddziałach neonatologicznych i pediatrycznych) oraz personelowi żłobków, w celu zmniejszenia ryzyka ciężkiego krztuśca u niemowląt w ramach strategii kokonu; 2/ kobietom w ciąży; 3/ personelowi ochrony zdrowia mającemu bezpośredni kontakt z chorymi w szpitalu lub przychodni, a także personelowi placówek przewlekłej opieki pielęgnacyjnej, przedszkoli i szkół (ze względów epidemiologicznych); 4/ osobom dorosłym, które chcą zmniejszyć swoje ryzyko zachorowania na krztusiec. Szczepionka ze składnikiem tężcowym i błonicy zalecana jest dorosłym, którzy w przeszłości zostali prawidłowo zaszczepieni podstawowo (dawki przypominające) oraz nieszczepionym w przeszłości (szczepienie podstawowe, zalecane zwłaszcza osobom w podeszłym wieku, które ze względu na wykonywane zajęcia są narażone na tężec (np. rolnicy, hodowcy koni i bydła, ogrodnicy). Szczepienie zalecane jest także dla osób wyjeżdżających w rejony epidemii błonicy lub w przypadku epidemii na terenie kraju.

Osoba dorosła, która w przeszłości otrzymała szczepienia podstawowe powinna mieć podaną dawkę przypominającą Tdap, powtarzaną co 10 lat. Osoba dorosła, niezaszczepiona w przeszłości lub która nie ma wiedzy na temat swoich szczepień powinna być zaszczepiona 3 dawkami szczepienia podstawowego w schemacie 0, 1, 6–12 miesięcy. Należy podać dawkę Tdap oraz dwie dawki Td. Najlepiej jako pierwszą w schemacie podać Tdap, a jako kolejne dawki szczepionki Td. Ani przebyty krztusiec, ani szczepienie nie dają długotrwałej odporności. W celu utrzymywania ochrony konieczne są dawki przypominające, które zaleca się powtarzać co 10 lat. Szczepienie przeciw krztuścowi jest zalecane kobietom w ciąży po ukończeniu 27. do 36. tygodnia ciąży. Kobiety w ciąży zagrożonej przedwczesnym porodem, powinny być zaszczepione po ukończeniu 20. tygodnia ciąży. Szczepionka Tdap powinna być podawana w każdej ciąży. Kobięcie w ciąży może być podawana szczepionka Tdap lub jej pochodne ze składnikiem polio. Postępowanie poekspozycyjne w przypadku zranienia grożącego

zachorowaniem na tężec realizowane jest: 1/ w uzasadnionych sytuacjach jako szczepienie; 2) gdy ryzyko jest duże, jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki należy podać w osobne miejsce ludzką immunoglobulinę przeciwtężcową lub gdy rana zakażona, z ciałem obcym, opracowywana >24 h od zranienia, wstrząs hipowolemiczny, masa ciała pacjenta >90 kg – dawkę należy podwoić (500 IU); 3/ osobom z niedoborem odporności (pierwotnym lub nabytym, w tym w trakcie immunosupresji) lub z przeciwwskazaniami do szczepienia zaleca się podanie drugiej dawki ludzkiej immunoglobuliny przeciwtężcowej 3–4 tyg. po pierwszej.

Szczepienia przeciw COVID-19

Szczepionki przeciw COVID-19 należą do nowych technologii szczepionek jako szczepionki mRNA, które zawierają informację genetyczną (matrycę do produkcji białka (antygeny) i umieszczone są w kapsułce z nanolipidów oraz szczepionki wektorowe, które zawierają adenowirusa z wbudowaną informacją genetyczną, jako matrycą do produkcji białka (antygeny). Adenowirus nie wywołuje objawów infekcji jest tylko platformą. Dostępne są również szczepionki tradycyjne: białkowe, przygotowane metodą rekombinacji, które zawierają adiuwant- substancję wzmacniającą odpowiedź na szczepionkę. Odkrywczy technologii mRNA w szczepionkach zostali uhonorowani nagrodą Nobla. Wirus SARS-CoV-2 ulega mutacjom (pojawiają się nowe warianty wirusa), dlatego skład szczepionek jest aktualizowany. Szczepienia przeciw COVID-19 zalecane są osobom z grup ryzyka ciężkiego przebiegu choroby osobom: w wieku 60+, z otyłością (BMI \geq 25), cukrzycą, przewlekłą chorobą płuc, przewlekłą chorobą nerek, chorobą układu sercowo-naczyniowego, zaburzeniami neurorozwojowymi, aktywną chorobą nowotworową, chorobą immunosupresyjną lub leczeniem immunosupresyjnym oraz pracownikom ochrony zdrowia, zwłaszcza mającym bezpośredni kontakt z pacjentami i materiałem zakaźnym. Szczepienia zalecane są również kobietom w ciąży. Podstawowy schemat szczepienia osób dorosłych obejmuje podanie 2 lub 3 dawek. Liczba dawek przypominających zgodnie z aktualnymi zaleceniami. Pacjenci z zaburzeniami odporności wymagają dodatkowej dawki uzupełniającej w schemacie podstawowym oraz częstszego podawania dawek przypominających.

Szczepionki przeciw pneumokokom

Szczepionki przeciw pneumokokom należą do szczepionek inaktywowanych. W składzie szczepionek skoniugowanych są polisacharydy otoczki pneumokoka połączone z białkiem nośnikowym zapewniającym silniejszą i trwalszą odpowiedź immunologiczną. Dorosłym można podawać: PCV-13 (zawiera 13 serotypów), PCV-20 (zawiera 20 serotypów). W składzie szczepionek polisacharydowych

są polisacharydy otoczki pneumokoka. Dla dorosłych dostępne jest szczepionka PPSV-23 (zawiera 23 serotypy). Szczepionki skoniugowane i szczepionki polisacharydowe działają w odmienny sposób, dlatego nie są względem siebie równoważne, nie należy ich stosować zamiennie. Szczepionki przeciw pneumokokom dla osób dorosłych zalecane są: 1/ osobom w wieku >50 lat; 2/ dorosłym palącym papierosy; 3/ pacjentom z grup zwiększonego ryzyka – przewlekle chorym: z chorobami układu sercowo-naczyniowego, chorobami układu oddechowego (w tym astmą, obturacyjną chorobą płuc, rozedmą), wątroby, nerek, chorobami metabolicznymi (w tym cukrzyca); 4/ uzależnionym od alkoholu; 5/ z wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, w tym w stanie immunosupresji, z niedoborem składowych dopełniacza lub z zaburzeniami fagocytozy (z wyjątkiem przewlekłej choroby ziarniniakowej); 6/ po usunięciu śledziony lub z czynnością asplenią, sferocytozą lub hemoglobinopatiami; 7/ chorym na chłoniaka Hodgkina, chłoniaka nie-Hodgkina, białaczkę, szpiczaka lub inny nowotwór złośliwy; 8/ pacjentom z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego; 9/ z wszczepionym implantem ślimakowym lub przed planowanym zabiegiem wszczepienia; 9/po przeszczepieniu narządu mięsznego^{30,31}.

Szczepienie osób starszych w wieku ≥ 65 lat obejmuje: jedną dawkę PCV-13 oraz jedną dawkę PPSV-23 w odstępie 1. r. lub jedną dawkę PCV-20. Szczepienie osób dorosłych z grup ryzyka wystąpienia choroby pneumokokowej obejmuje: jedną dawkę PCV-13 oraz jedną dawkę PPSV-23 w odstępie ≥ 8 tygodni lub jedną dawkę PCV-20. U osób dorosłych ≥ 65 lat lub osób w wieku 19–64 lata z grup ryzyka, które wcześniej miały podaną jedną dawkę PCV-13, należy podać jedną dawkę PPSV-23 w odstępie 1. r. (osoby w wieku ≥ 65 lat) lub odstępie ≥ 8 tygodni (osoby z grup ryzyka wystąpienia choroby pneumokokowej). Alternatywnym postępowaniem jest podanie jednej dawki PCV-20. U osób dorosłych ≥ 65 lat lub osób w wieku 19–64 lata z grup ryzyka, które wcześniej miały podaną jedną dawkę PPSV-23 należy podać jedną dawkę PCV-20 w odstępie 1. r. Odstępstwo dotyczy jedynie szczególnej grupy ryzyka, pacjentów po przeszczepie komórek macierzystych, gdzie zalecany jest inny schemat. Należy się w tej sprawie skontaktować z lekarzem. W przypadku ograniczonej dostępności szczepionki PPSV-23 szczepienia dorosłych należy realizować podając jedną dawkę PCV-13

³⁰ Kuchar E., Antczak A., Skoczyńska A. i wsp. Pneumococcal vaccination among adults – updated Polish recommendations. *Family Medicine & Primary Care Review* 2022; 24(3): 285–291.

³¹ Mamcarz A., Welnicki M., Drożdż J., Grabowski M., Jankowski P., Kuchar E., Leszek P., Mitkowski P., Wysocki J. The role of pneumococcal vaccination in reducing the cardiovascular risk of cardiac patients: opinion of experts of the Prevention Committee of the Polish Cardiac Society supported by the Polish Vaccinology Society. *Kardiologia Polska* 2023, Sep 3.

lub jedną dawkę PCV-20. Szczepienie osób dorosłych w wieku 50–64 lat obejmuje podanie jednej dawki PCV-13 lub jednej dawki PCV-20.

Szczepionka przeciw półpaścowi

Szczepionka przeciw półpaścowi należy do szczepionek inaktywowanych. Zawiera białko (glikoproteinę) wirusa ospy wietrznej i półpaśca przygotowane metodą rekombinacji. Szczepionka zapobiega półpaścowi oraz neuralgii półpaścowej (długotrwałemu bólowi występującemu po przebyciu półpaścu). Szczepienie zalecane jest osobom w wieku 50 i więcej lat oraz dorosłym należącym do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na półpaśiec z: 1/ chorobą przewlekłą: płuc, serca, przewlekłą niewydolnością nerek, cukrzycą; 2/ stanem zaburzenia odporności: jatrogena immunosupresja, przeszczep narządu litego, wrodzony lub nabyty niedobór odporności, zakażenie wirusem HIV; 3/ chorobą nowotworową: białaczka, choroba Hodgkina, szpiczak mnogi, uogólniona choroba nowotworowa; 4/ chorobą autoimmunizacyjną: łuszczyca, łuszczycowe zapalenie stawów, nieswoiste zapalenie jelit, reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane, toczeń układowy, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa³². Szczepionka dostępna jest w ramach refundacji: osobom w wieku 65+ o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpaśiec (refundacja 100%) oraz osobom w wieku 18+ o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpaśiec (refundacja 50%). Schemat szczepienia przeciw półpaścowi wymaga podania 2 dawek w odstępie od 2 do 6 miesięcy. Szczepionka zapobiega półpaścowi u osób, które w przeszłości chorowały na ospę wietrzną. Szczepionka przeciw półpaścowi nie jest wskazana do stosowania w celu zapobiegania ospie wietrznej.

Szczepionki przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)

Szczepionki przeciw RSV należą do szczepionek inaktywowanych. Zawierają jedno lub dwa białka (glikoproteinę) przygotowane metodą rekombinacji genetycznej. Szczepionka może zawierać adiuwant (substancję wzmacniającą odpowiedź na szczepienie). Szczepionka 1. walentna z adiuwantem stosowana jest w celu zapobiegania chorobie dolnych dróg oddechowych wywołanej przez RSV u: osób dorosłych w wieku 60 lat i starszych oraz osób w wieku od 50 do 59 lat ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na chorobę wywołaną przez RSV. Szczepionka 2. walentna zalecana jest do podawania osobom w wieku 60 lat i starszym. Szczepienie

³² Kuchar E., Rudnicka L., Kocot-Kępska M. i wsp. Szczepienie przeciwko półpaścowi. Zalecenia grupy ekspertów Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Med. Prakt. 2023, 5, 64–72.

przeciw RSV zaleca się pacjentom starszym, szczególnie obciążonym schorzeniami przewlekłymi (astma oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc i innymi przewlekłymi chorobami dróg oddechowych, chorobą niedokrwieną serca, niewydolnością serca, zaburzeniami rytmu serca, cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, pacjentom z zaburzeniami odporności oraz pensjonariuszom domu opieki³³. Dodatkowo 2. walentna szczepionka zalecana jest kobietom w ciąży, w 24.–36. tygodniu ciąży, optymalnie w 32–36 tygodniu ciąży. Zaszczepienie kobiety w ostatnim trymestrze ciąży zapewnia przełożyskowy transport przeciwciał neutralizujących do organizmu dziecka, dzięki czemu w pierwszych 6 miesiącach życia jest ono chronione przed RSV.

Szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM)

Szczepionki przeciw KZM zależą do szczepionek inaktywowanych. Szczepienie zalecane jest osobom mieszkającym na terenach endemicznego występowania choroby lub wyjeżdżającym tam w celach turystycznych lub zarobkowych, a zwłaszcza: 1/ pracującym przy eksploatacji lasu, żołnierzom, funkcjonariuszom straży pożarnej i granicznej; 2/ myśliwym, rolnikom; 3/ turystom i młodzieży biwakującym lub spędzającym czas na terenach leśnych, uczestnikom obozów i kolonii. Podstawowy schemat szczepienia składa się z 3 dawek podawanych w schemacie 0, 1-3 i 5-12 miesięcy. Po 2 dawkach swoiste przeciwciała występują u 90% osób szczepionych. Schemat podstawowy przyspieszony: 0, 14 dni i 5-12 miesięcy. Dawkę przypominającą należy podać po 3 latach, kolejne dawki przypominające co 3-5 lat.

³³ Nitsch-Osuch A., Antczak A., Barczyk A. i wsp. Rekomendacje grupy ekspertów w zakresie szczepień przeciw wirusowi RS osób dorosłych. *Lekarz POZ* 6/2023, vol. 9.

9. SKUTKI ZDROWOTNE WYPADKÓW W POLSCE ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W WIEKU 65 LAT I WIĘCEJ

Rafał Halik, Jakub Stokwiszewski

Wprowadzenie metodyczne

Wypadki można określić jako nagłe i niezamierzone zdarzenia stanowiące zagrożenie dla zdrowia człowieka w wyniku działania sił fizycznych lub substancji chemicznych. Zgodnie z obowiązującą w Polsce klasyfikacją ICD-10, wypadki są zawarte w ramach kategorii kodów od V01 do X59 a do najważniejszych rodzajów wypadków, z punktu widzenia zdrowia publicznego, zalicza się wypadki komunikacyjne (kody od V01 do V99), upadki (kody od W00 do W19), zatrucia (kody od X40 do X49) oraz utonięcia (kody od W65 do W74). Warto zaznaczyć, że klasyfikacja ICD-10 nie zalicza do kategorii wypadków grupy zgonów i schorzeń spowodowanych zamierzonymi działaniami, takimi jak samobójstwa, przemoc, przestępczość. Do wypadków nie zalicza się również problemów zdrowotnych związanych z jatrogenią oraz błędami medycznymi.

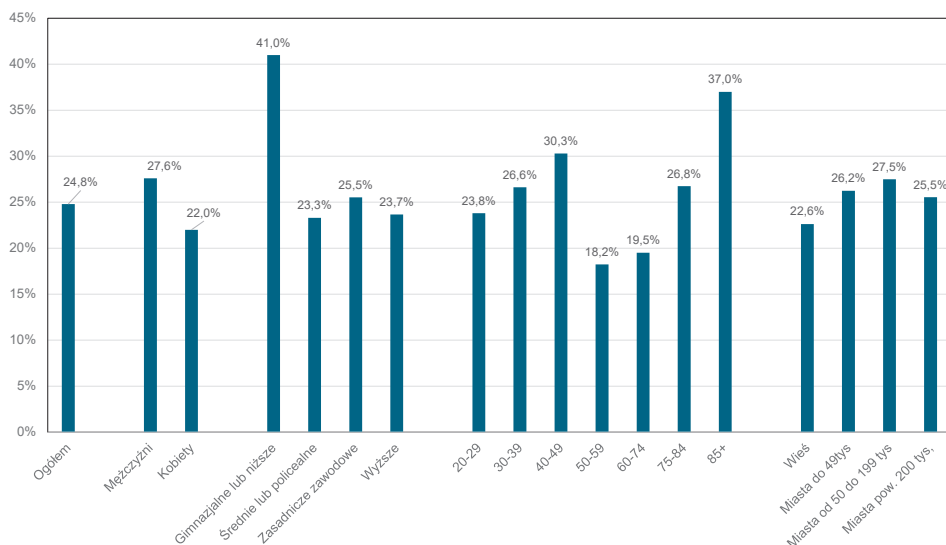
Wypadki stanowią poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego, ze względu na wysokie koszty społeczne i ekonomiczne jakie one generują oraz wpływ na długotrwałą niepełnosprawność i przedwczesną umieralność. Według badania GBD z 2019 r. (sprzed pandemii) odpowiadały one w Polsce za 8,6% wszystkich utraconych lat życia w wyniku niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci (DALY). EUROSTAT i OECD zdecydowały się skategoryzować zgony spowodowane wypadkami, jako możliwe do uniknięcia dzięki działaniom prewencyjnym (*preventable mortality*), co oznacza, że skuteczne działania z obszaru zdrowia publicznego mogą poważnie zmniejszyć ich liczbę. Powszechnie sądzi się, że wypadki stanowią największe zagrożenie dla zdrowia i życia osób młodych, jednak dane z badań populacyjnych i rejestrów medycznych pokazują, że wypadki występują równie często u młodych, jak i u osób powyżej 65. roku

życia. Urazy odniesione w wypadkach wśród osób starszych cechują się jednak znacznie wyższą ciężkością i śmiertelnością niż wśród młodszych. W ostatnim dwudziestoleciu w Europie, z powodu starzenia się społeczeństw, dochodzi do zwiększania się liczby wypadków charakterystycznych dla starszych grup wiekowych, przy równoległym polepszeniu się bezpieczeństwa ruchu drogowego i ograniczania się liczby wypadków komunikacyjnych, które głównie wydarzają się wśród osób młodszych i w średniej grupie wiekowej. Od 2006 r. Polska również doświadcza podobnych przemian i obecnie można zaobserwować poważny wzrost udziału upadków w umieralności ludności, które są wypadkami najbardziej charakterystycznymi dla starszych grup wiekowych. Od 2012 r., upadki są w Polsce najważniejszą przyczyną śmiertelnych wypadków, powodując ponad 39% zgonów spowodowanych urazami związanymi z wypadkami. Okoliczność ta pokazuje, że wypadki wśród seniorów stają się coraz ważniejszym problemem zdrowotnym wymagającym nowych podejść w prewencji tego problemu zdrowotnego.

Częstość wypadków w Polsce – wyniki badania populacyjnego przeprowadzonego w 2025 r. na próbie dorosłej ludności Polski (20+)

Przeprowadzone w 2025 r. badanie ankietowe w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), zrealizowane na próbie 3000 dorosłych Polaków w wieku 20 lat i więcej (więcej na temat badania i jego metodologii w Rozdziale 12) pokazało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy 24,8% badanych doświadczyło co najmniej jednego wypadku. Częściej doświadczali wypadków mężczyźni (27,6%) niż kobiety (22,0%) (ryc. 9.1). Oznacza to, że częściej niż co 4 mężczyzna i częściej niż co 5 kobieta w wieku powyżej 20. r. ż., ulegli w ostatnich 12 miesiącach jakimkolwiek urazowi o wysoce zróżnicowanej ciężkości, od lekkich kontuzji do urazów zagrażających życiu. Po uwzględnieniu różnic w strukturze wieku (standaryzacji), odsetki te wynosiły 26,6% dla mężczyzn i 21,3% dla kobiet a więc różnica praktycznie nie zmieniła się. Rozkład częstości deklarowanego odniesienia wypadku ze względu na wiek pokazywał, że w średniej grupie wieku 40-49 lat oraz wśród najstarszych badanych (powyżej 85. r. ż.), raportowano najwyższe odsetki poszkodowanych – odpowiednio 30,3% i 37,0%. Grupą społeczną, w której zaobserwowano wyjątkowo wysoki odsetek poszkodowanych, są osoby najgorzej wykształcone, tj. z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, wśród których 41% raportowało uraz w ciągu ostatniego roku. Standaryzowany

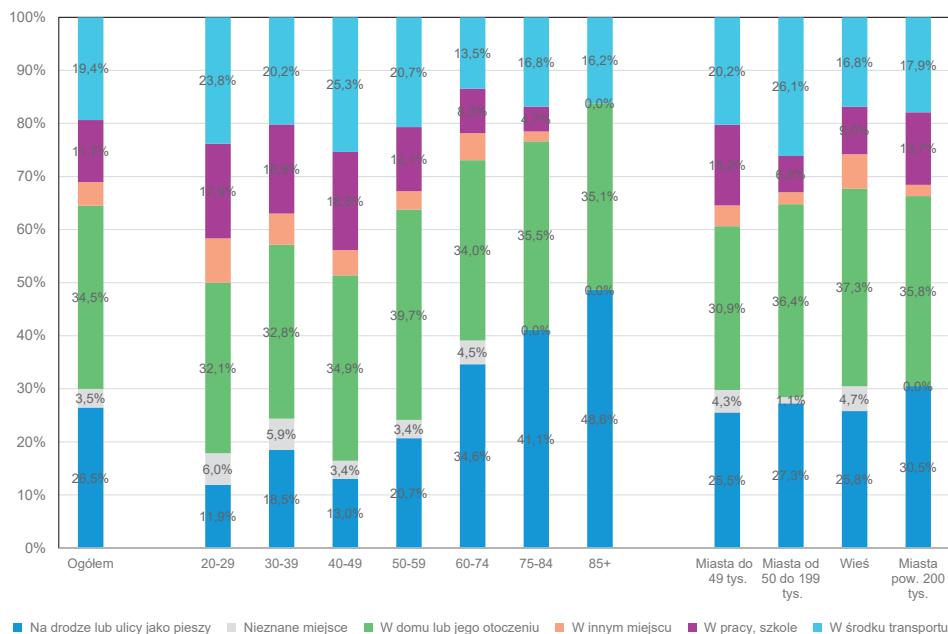
odsetek odpowiedzi w pokazuje też, że wraz z wykształceniem zmniejszała się zgłaszana częstość urazów. Najniższa była u osób z wykształceniem wyższym 21,3%, nieco wyższa u osób z wykształceniem średnim lub policealnym 22,5%, natomiast u osób z wykształceniem zawodowym wynosiła 28,6%. Wskazuje to na zaznaczone społeczno-ekonomiczne nierówności zdrowotne jeśli chodzi o wypadkowość. W ramach badania nie zaobserwowano jednak istotnych statystycznie różnic w raportowanej częstości wypadków w zależności od klasy miejscowości. Największy odsetek mieszkańców deklarował, że odniósł urazy w przypadku w średnich miastach od 50-199 tys. mieszkańców – 27,5% a najniższy w przypadku wsi – 22,6%.



Ryc. 9.1. Odsetek osób zgłaszających wypadek w ciągu ostatnich 12 miesięcy według wybranych grup społecznych i miejsca zamieszkania (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka NIZP PZH – PIB)

Miejscem, w którym najczęściej dochodzi do wypadków to środowisko domowe – 34,5% obserwowanych urazów. Nieco rzadziej dochodzi do wypadków pieszych – 26,5%, w środku transportu – 19,4%, oraz w szkole lub pracy – 11,7%. Nie zaobserwowano przy tym istotnych statystycznie różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami jeżeli chodzi o miejsce doznania urazu, struktura miejsc wypadków dla obu grup płci była zbliżona. W badaniu można było zaobserwować, że osoby powyżej 65. r. ż. najczęściej spośród wszystkich grup wiekowych, odnoszą urazy w mieszkaniach oraz będąc na zewnątrz budynków, odpowiednio 36,2% i 39,9%. Również z wiekiem wyraźnie wzrastała częstość deklarowanych

wypadków jako pieszy w przestrzeni publicznej. Może to budzić pewien niepokój odnośnie bezpieczeństwa miejsc publicznych dla osób starszych w Polsce i wynik ten powinien skłaniać do bardziej pogłębionej diagnozy, dotyczącej wypadkowości w przestrzeniach publicznych i ich konsekwencji (ryc. 9.2).



Ryc. 9.2. Najczęściej wskazywane miejsce/ środowisko zdarzenia wypadku ogółem i według grup wieku i klasy miejscowości (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka NIZP PZH – PIB)

W ciągu roku 10,7% dorosłych mieszkańców Polski doświadczyło dwóch lub więcej urazów. Zaznaczają się duże różnice pomiędzy płciami, mężczyźni doznawali ponad 1,5 razy częściej kilku urazów, niż kobiety, odpowiednio 13,2% i 8,5%. Po standaryzacji względem wieku, różnica pomiędzy mężczyznami i kobietami była nadal wyraźna, 12,8% mężczyzn i 8,6% kobiet doznawało urazów wielokrotnie. W grupie wiekowej powyżej 65 lat, która ogólnie charakteryzuje się wyższą wypadkowością, zaobserwowano najniższy odsetek osób wskazujących na więcej niż dwa urazy w roku - 5,7%. Najczęściej wielokrotnym wypadkom ulegały osoby w grupie wieku 20-44 lata (13,3%).

Otrzymane wyniki pokazują znacznie większą częstość zgłaszanych wypadków, niż w edycji badania NPZ przeprowadzonego w 2018 r., kiedy wypadek w okresie ostatnich 12 miesięcy zgłosiło 13,8% mężczyzn i 11,5% kobiet. Należy jednak

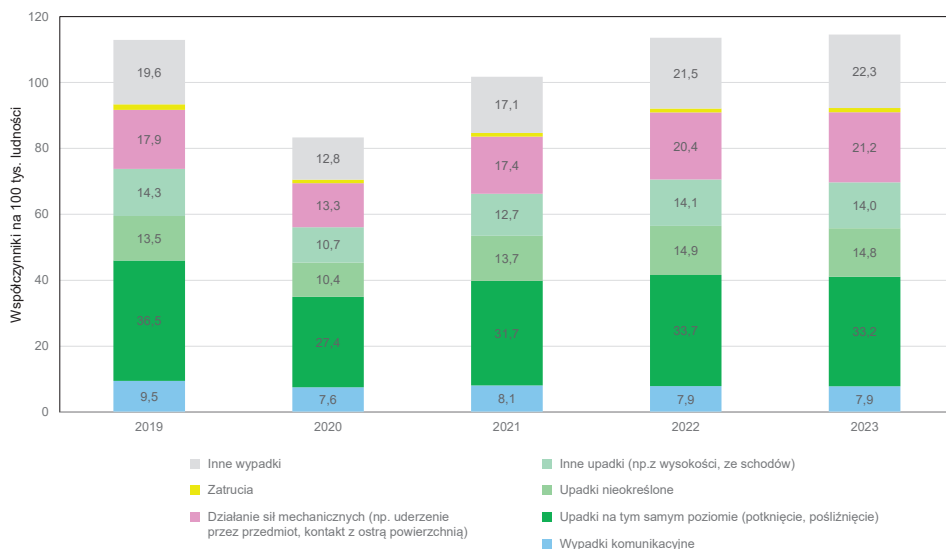
powziąć pewną ostrożność przy interpretacji tak wysokiego odczytu w 2025 r., biorąc pod uwagę okoliczności metodologiczne pomiaru. Pierwszą z nich jest kwestia sformułowania pytania w kwestionariuszu 2025 r., które nie stawia kryteriów ciężkości wypadku, co otwiera respondentom możliwość zgłaszania jako wypadku nawet drobnych kontuzji, lub nawet nagłych, nieoczekiwanych zdarzeń, które potencjalnie mogły wywołać uszczerbek na zdrowiu (np. stłuczka samochodowa). Po pandemii COVID-19 zaobserwowano też, że w niektórych badaniach ankietowych wzrosła częstość zgłaszania problemów zdrowotnych z przyczyn obiektywnych, wynikających z negatywnego oddziaływania pandemii na sytuację zdrowotną, ale swoją rolę pełnią też czynniki subiektywne polegające na większej wrażliwości respondentów na zgłaszanie niepokojących objawów i symptomów¹. Nawet jeśli brać pod uwagę powyższe ograniczenia wynikające z narzędzi badawczych, to należy ocenić zgłaszaną wypadkowość jako wysoką – szczególnie wśród osób gorzej wykształconych i osób w najstarszych grupach wieku. Warto przy tym dodać, że w 2025 r. zaobserwowano podobną strukturę środowiska/miejsca wypadków, co w 2018 r.

Częstość wypadków w Polsce wymagających leczenia szpitalnego

Z punktu widzenia oceny rzeczywistej skali wypadkowości, duże znaczenie ma Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (OBChSO). W przypadku określenia wypadków powodujących hospitalizację klasyfikacja ICD-10 wymaga, aby oprócz rozpoznania opisującego skutki zdrowotne, tj. rany, złamania, zatrucia, podać kod opisujący przyczynę zewnętrzną. W przypadku OBChSO wciąż pewien odsetek sprawozdających jednostek nie przypisuje przyczyny zewnętrznej do urazu, choć można odnotować systematyczną poprawę w tym obszarze. W latach 2021-2023 odsetek hospitalizacji z powodu urazów i zatruc bez określonej formalnie przyczyny zewnętrznej można oszacować na 26,8%. Rzeczywisty współczynnik hospitalizacji z powodu urazów w wyniku wypadków, jako wskaźnik obrazuje rzeczywistą skalę częstości cięższych wypadków w populacji. W latach 2019-2023 wyżej omawiany wskaźnik, z wyjątkiem

¹ Vabba A, Porciello G, Monti A, Panasiti MS, Aglioti SM. A longitudinal study of interoception changes in the times of COVID-19: Effects on psychophysiological health and well-being. *Heliyon*. 2023;9(4):e14951. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e14951

niewielkiego spadku w okresie pandemii COVID-19, utrzymywał się na podobnym poziomie. Współczynnik hospitalizacji z powodu wypadków najniższą wartość miał w 2020 r. i wynosił 83,3 na 100 tys. ludności, a w 2023 r. powrócił do poziomu z 2019 r. do wartości 114,6 (ryc. 9.3).



Ryc. 9.3. Rzeczywiste współczynniki hospitalizacji z powodu wypadków według ich najważniejszych kategorii (OBChSO NIZP-PZH)

Na podstawie współczynnika chorobowości hospitalizowanej można dokonać szacunków, obarczonych jednak pewnym marginesem błędu, z uwagi na wspomniane wyżej braki kompletności przypisywania kodów diagnoz oraz zdarzające się ponowne hospitalizacje, że 1% ludności Polski doznaje rocznie wypadku, który wymaga leczenia szpitalnego. Struktura wypisów szpitalnych z powodu wypadków stoi w opozycji do rozpowszechnionych stereotypów o znacznej dominacji wypadków komunikacyjnych jako głównych przyczyn przyjęć do szpitali. W latach 2019-2023 w strukturze hospitalizacji dominowały upadki, stanowiąc 56,2% wszystkich przyjęć z powodu wypadków. Warto przy tym wspomnieć, że takie odczyty chorobowości hospitalizowanej są spójne z wynikami przeprowadzonego badania ankietowego w 2025 r. Upadki, zgodnie z obserwacjami epidemiologicznymi, są dominującymi przyczynami wypadków w środowisku domowym, jak i w przestrzeni publicznej. Środowiska te były również najczęściej zgłaszane jako miejsce wypadku w badaniu

ankietowym. Drugą najczęściej hospitalizowaną kategorią przyczyn wypadkowości, były narażenia na działanie sił mechanicznych i martwej natury (tj. np. urazy wywołane przez przedmioty, narzędzia, porażeniem prądem itp.), stanowiąc 17,1% przyjęć szpitalnych z powodu wypadków ogółem. Wypadki komunikacyjne są zaś trzecią przyczynę urazów związanych z wypadkami, stanowiąc 7,8% hospitalizacji związanych z wypadkami.

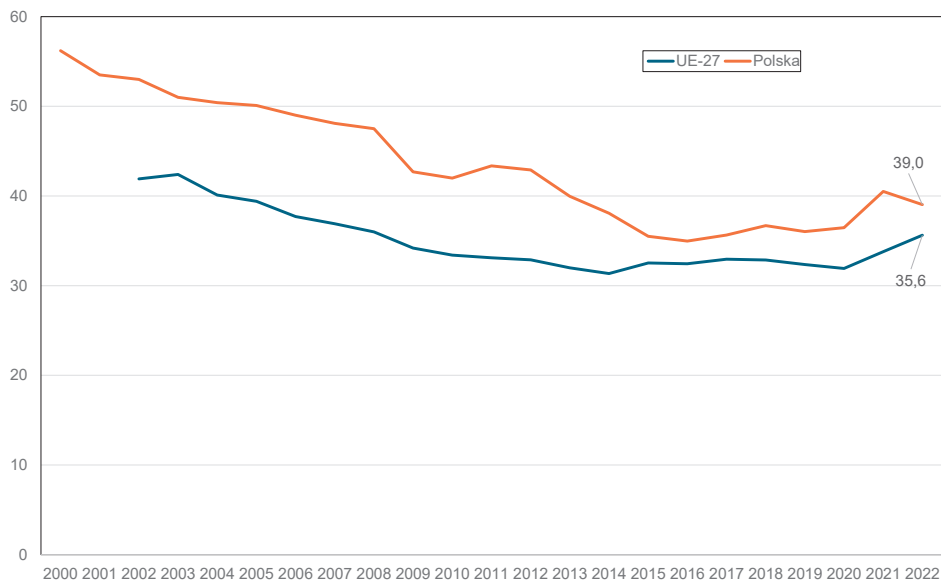
Wysokie współczynniki chorobowości hospitalizowanej z powodu upadków charakteryzują najmłodsze grupy wiekowe oraz osoby, które przekroczyły 65. r. ż. Wśród najstarszych osób zaznaczają się skokowe wzrosty współczynnika hospitalizacji ogółem z powodu urazów doznanych w wypadkach oraz widać powiększającą się dominację upadków w przyczynach pobytów szpitalnych, która najbardziej widoczna jest w przypadku kobiet. Ponadto u kobiet w wieku 85 lat lub starszych obserwowana jest najwyższa chorobowość hospitalizowana z powodu upadków. Wskazywane wzrosty współczynników chorobowości obrazują zwiększające się wraz z wiekiem ryzyko upadków, które najbardziej zaznacza się u kobiet. W wieku 60 lat i więcej ulegają one częściej takim wypadkom niż mężczyźni (ryc. 9.4).



Ryc. 9.4. Rzeczywiste współczynniki hospitalizacji z powodu wypadków według ich najważniejszych kategorii i najważniejszych grup wiekowych z punktu widzenia epidemiologii urazów wśród mężczyzn (M) i kobiet (K) (OBChSO NIZP-PZH)

Umieralność z powodu wypadków w Polsce

U progu XXI wieku Polska charakteryzowała się znacznie wyższą umieralnością z powodu wypadków niż przeciętnie w UE-27 (ryc. 9.5). W 2010 r. standaryzowany współczynnik umieralności z powodu omawianych przyczyn wśród mieszkańców Polski był blisko o 26% wyższy niż przeciętnie w UE-27. Zagrożenie życia z powodu wypadków jednak spadało systematycznie do 2015 r., w którym współczynnik w Polsce był o 9,1% wyższy niż w UE-27, natomiast w 2022 r. różnica ta się nieco powiększyła i wynosiła 9,6%. Po 2015 r. dynamika spadku umieralności z powodu wypadków wyhamowała zarówno w Polsce, jak i przeciętnie w UE-27 i umieralność nie ulega większym zmianom. W 2021 r. podczas pandemii COVID-19 można było zauważyć wzrosty umieralności z powodu urazów w wyniku wypadków zarówno w Polsce, jak i przeciętnie w UE-27, z tym że w przypadku Polski wzrosty te były wyraźniejsze i zagrożenie życia zwiększyło się o ponad 11%, podczas gdy w UE-27 ten jednoroczny wzrost wynosił 5,9%.

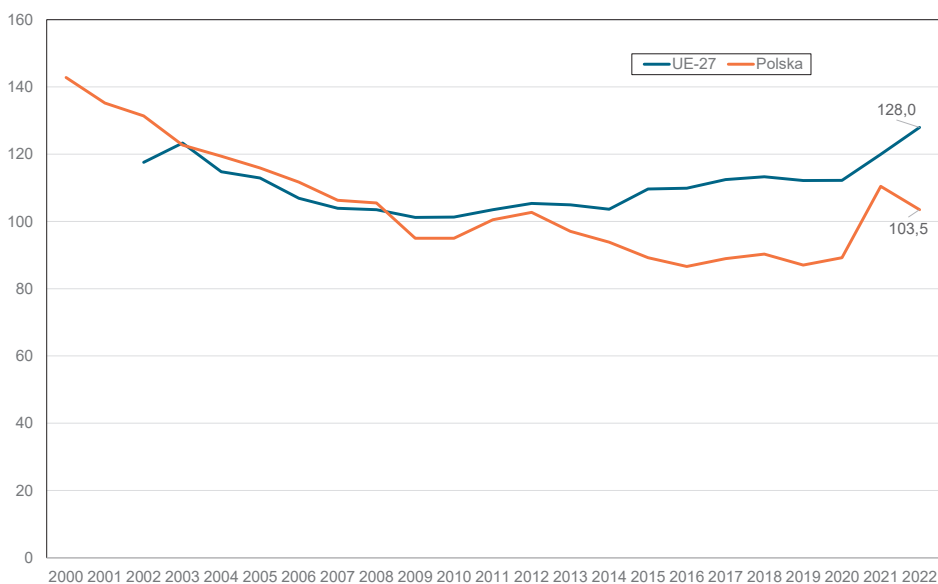


Ryc. 9.5. Standaryzowany współczynnik umieralności na 100 tys. ludności z powodu wypadków (V01-X59, Y85, Y86) w Polsce i przeciętnie w krajach UE-27 (EUROSTAT)

Spadek umieralności z powodu wypadków w Polsce w latach 2010-2022 szczególnie dynamicznie zaznaczył się u mężczyzn, którzy są również grupą szczególnie

wysokiego ryzyka odniesienia urazów i szczególnie wyższego zagrożenia życia z powodu wypadków. Poprawę sytuacji generowało przede wszystkim długofalowe poprawianie się bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce – wśród ofiar wypadków komunikacyjnych zdecydowanie dominują mężczyźni. Poziom umieralności kobiet z powodu wypadków w Polsce od 2010 r. jest zaś zbliżony do poziomu przeciętnego w UE-27 i również w tej grupie płci można było zauważyć zjawisko wytracenia spadku po 2015 r. oraz nagłego wzrostu umieralności po 2021 r.

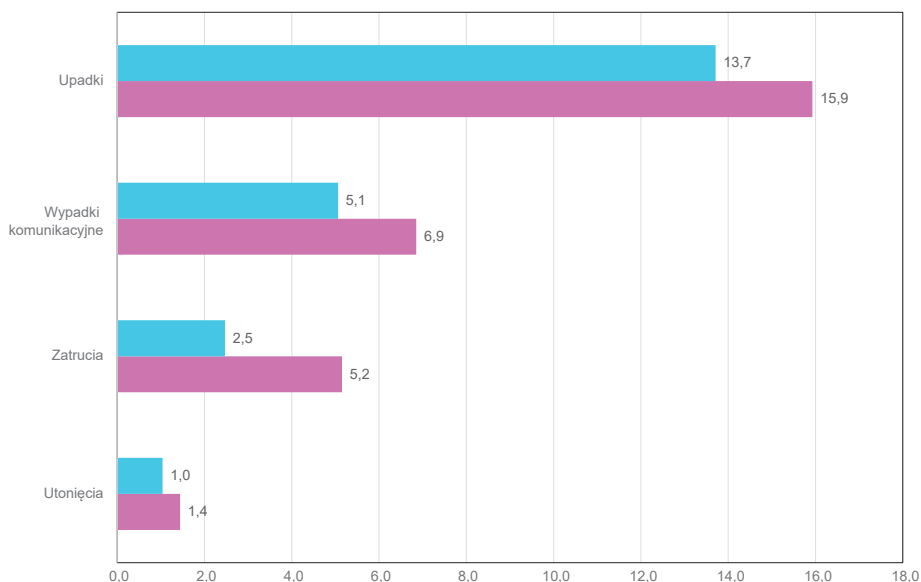
Nieco inaczej kształtowała się sytuacja dotycząca umieralności osób powyżej 65. r. ż., grupy demograficznej, wśród której natężenie umieralności z powodu urazów spowodowanych wypadkami jest najwyższe. W Polsce zagrożenie życia osób starszych z powodu wypadków było przez długi czas na tym samym poziomie co przeciętnie w UE-27 (ryc. 9.6). W latach 2010-2019 zaznaczył się systematyczny, acz powolny spadek umieralności w tej grupie wieku, co spowodowało, że zagrożenie życia najstarszych Polaków, z powodu urazów związanych z wypadkami, było niższe niż obserwowane w całej UE-27 o 8,4% w 2019 r. W 2021r. zaobserwowano znaczny wzrost umieralności z powodu wypadków rok do roku, zarówno w Polsce, jak i w krajach UE-27- w Polsce o 23,7% a w UE-27 o blisko 7%.



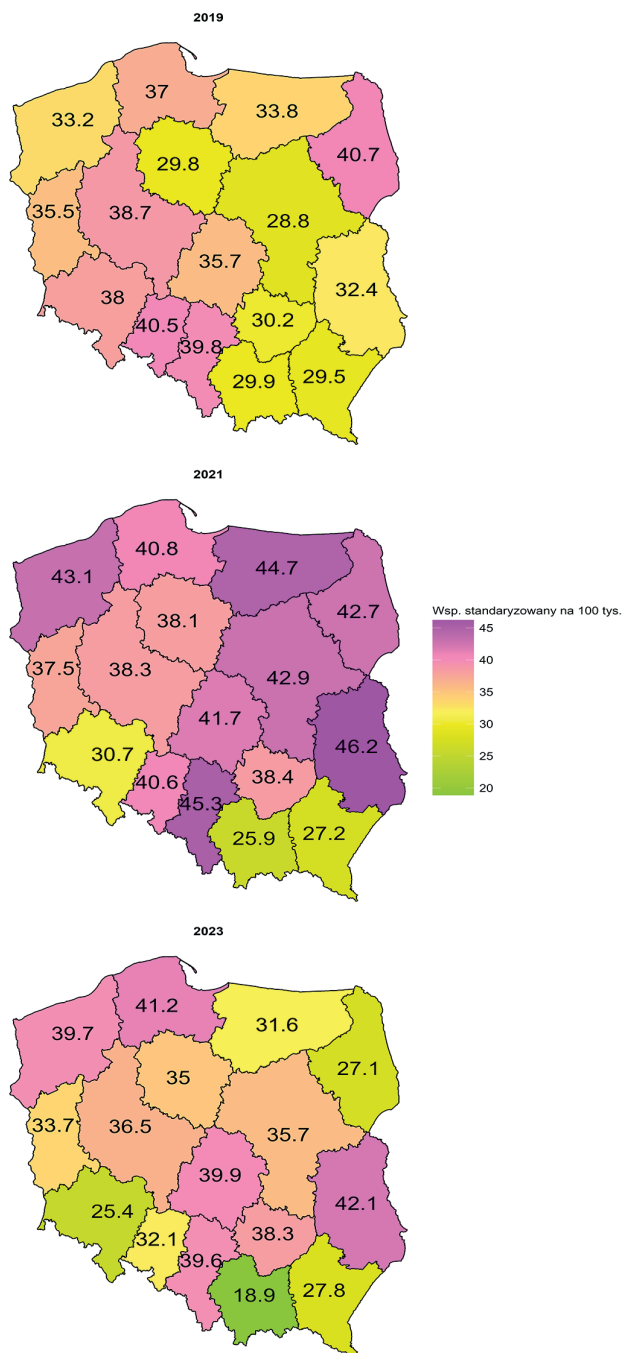
Ryc. 9.6. Standaryzowany współczynnik umieralności osób powyżej 65. r. ż. na 100 tys. ludności z powodu wypadków (V01-X59, Y85, Y86) w Polsce i przeciętnie w krajach UE-27 (EUROSTAT)

Niektóre badania obserwacyjne wskazują, że najważniejszymi czynnikami mogącymi się przyczynić do zjawiska gwałtownego wzrostu umieralności z powodu wypadków podczas pandemii COVID-19 wśród osób starszych, były zmiany w stylu życia, tj. obniżona mobilność, izolacja, które spowodowały przyrost częstości upadków. Wśród kolejnych czynników wymienia się ograniczenia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i systemu pomocy w sytuacjach nagłych.

Jak wskazano wyżej, w ciągu ostatnich kilkunastu lat nastąpiły poważne zmiany w obszarze rodzajów wypadków, które zagrażają najbardziej życiu w Polsce. W 2023 r. najwyższy współczynnik umieralności obserwowany był w przypadku upadków i wynosił 13,3 na 100 tys. ludności, drugą przyczyną były wypadki komunikacyjne – 6,5, natomiast trzecią przyczyną zatrucia – 4,5. Wymienione trzy kategorie odpowiadały za ponad 74% zgonów Polaków w wyniku wypadków. Według dostępnych oszacowań EUROSTAT, które obecnie są dostępne za 2022 r., wśród wszystkich najważniejszych kategorii wypadków, zagrożenie życia w Polsce jest wyższe niż przeciętnie w UE-27. Zjawiskiem, które budzi szczególny niepokój jest wzrost w Polsce umieralności z powodu wypadkowych zatruc a zagrożenie życia z tej przyczyny jest ponad dwukrotnie wyższe niż w UE-27 (ryc. 9.7).



Ryc. 9.7. Standaryzowane współczynniki umieralności na 100 tys. ludności według najważniejszych rodzajów wypadków w Polsce i UE-27 w 2022 r. (EUROSTAT)



Ryc. 9.8. Współczynnik standaryzowany zgonów z powodu wypadków na 100 tys. (V01-X59) w poszczególnych województwach w 2019 r., 2021 r. i 2023 r.

Na terenie Polski zróżnicowanie zagrożenia życia z powodu wypadków jest duże i pogłębiające się w ostatnim czasie. Mężczyźni są ponad 2,5-krotnie bardziej narażeni na zagrożenie życia z powodu wypadków niż kobiety. W 2023 r. współczynnik standaryzowany umieralności mężczyzn wynosił 51,0 vs. 19,6 wśród kobiet. Również na terenach wiejskich zagrożenie życia jest wyższe niż w miastach, gdzie współczynniki standaryzowane umieralności w 2023 r. wynosiły odpowiednio 31,6 w miastach vs 38,0 na wsi. Warto przy tym nadmienić, że od 2019 r. nadwyżka umieralności z powodu wypadków na wsi zaczęła się stopniowo zmniejszać. Zaznaczonym zjawiskiem były wahania standaryzowanego współczynnika umieralności z powodu wypadków na terenie województw w latach 2019-2023 oraz zwiększenie zróżnicowania się współczynnika umieralności na terenie kraju (ryc. 9.8). Zjawisko to może mieć związek z oddziaływaniem pandemii i efektem tzw. długu zdrowotnego po pandemii na niektórych obszarach Polski. W omawianym okresie znacznie pogorszyła się sytuacja w województwie lubelskim i świętokrzyskim a najlepszą poprawę zaobserwowano w woj. dolnośląskim i podlaskim. W województwie lubelskim od początku XXI wieku obserwowano najwyższe współczynniki umieralności z powodu wypadków.

Sytuacja w zakresie kategorii wypadków najbardziej zagrażających zdrowiu publicznemu – upadki i wypadki komunikacyjne

Upadki

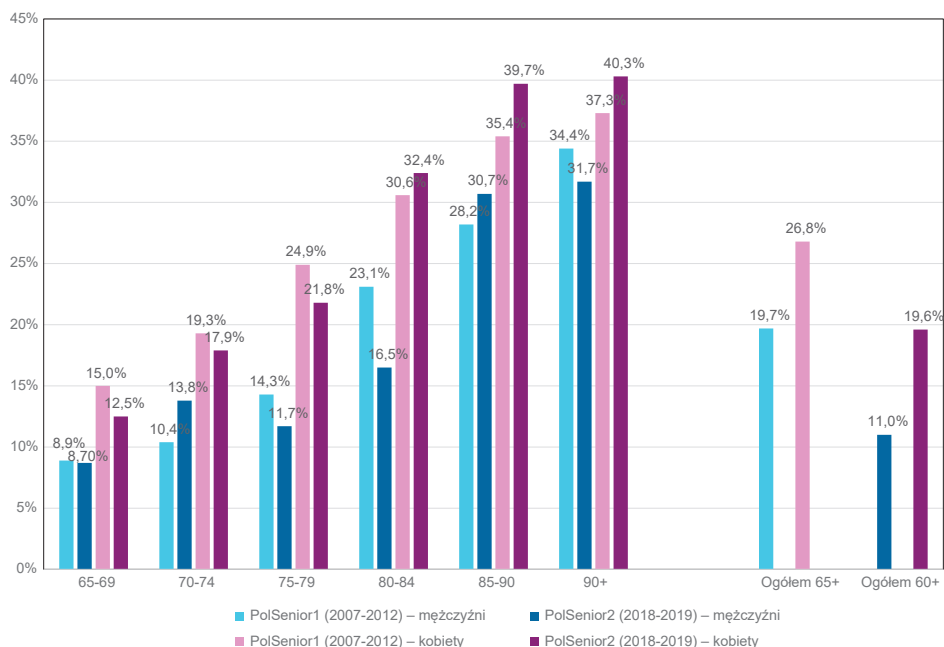
Upadki są obecnie nie tylko najczęstszą przyczyną zgonów w wyniku wypadków w Polsce. Jednocześnie pod względem prewencji są jednym z najbardziej skomplikowanych problemów współczesnego zdrowia publicznego. Jak zostało wymienione już wyżej, upadki są w szczególności nasilone w najstarszych grupach wieku a częstość poważnych upadków skutkujących urazami, wzrasta wyraźnie wraz z wiekiem, w szczególności wśród kobiet. Czynniki ryzyka doznania upadku są bardzo złożone i składają się na nie przede wszystkim wiełochorobowość, polipragmazja (równoczesne stosowanie wielu leków), niedożywienie (kwestie stanu odżywienia ludności jest poruszona w Rozdziale 14), niska aktywność fizyczna (kwestie poziomu aktywności fizycznej jest poruszona w Rozdziale 13). Do upadków przyczyniają się też procesy fizjologiczne w związku z zaawansowanym wiekiem, takie jak utrata masy mięśniowej, osteoporoza, problemy z narządami zmysłów. Jak zatem widać, działania mające zapobieganie

upadkom nie mogą się koncentrować wokół krótkotrwałych interwencji w pojedyncze czynniki ryzyka, ale by być skuteczne, muszą być wycelowane w procesy, mieć charakter ciągły i systematyczny, trwający nawet pokolenia. Szczególnie działania zdrowia publicznego polegające na ograniczaniu chorobowości, w tym ograniczania chorobowości na choroby przewlekłe, mają w tym obszarze duże znaczenie. Kolejnymi działaniami mającymi dużą udokumentowaną skuteczność, to polepszenie skuteczności leczenia chorób przewlekłych i efektywna organizacja oraz koordynacja leczenia. Problem urazów związanych z upadkami będzie narastał z uwagi na procesy starzenia się polskiego społeczeństwa. Wyraźne trendy wzrostowe współczynników umieralności w Polsce z powodu upadków wystąpiły od 2006 r. i są utrwalone. Mimo alarmującej sytuacji, stan wiedzy na temat procesów przyczyniających się do wyższej częstości śmiertelnych upadków niż przeciętnie w UE-27, jest niepełny. Pewną wiedzę na temat częstości upadków i ich uwarunkowań pokazują dwa przekrojowe badania: PolSenior1² realizowane w latach 2007-2012 i PolSenior2³ z lat 2018-2019 (opublikowane wyniki w 2021 r.). W badaniu PolSenior1 oszacowano, że rocznie upadku doznaje 23,1% osób powyżej 65. r. ż. (19,7% mężczyzn i 26,8% kobiet), z czego blisko 41% z wyżej wymienionych upadków doprowadzało do urazów. Później realizowane badanie PolSenior2 wskazywało pewną poprawę sytuacji i według tego badania standaryzowana na wiek roczna częstość upadków u osób powyżej 60. r. ż. została oszacowana na 16,0% (11% mężczyzn i 19,6% kobiet), co oznacza, że 1,5 mln osób w wieku powyżej 60. r. ż. ulega w Polsce rocznie upadkowi. Należy przy tym dodać, że wg badania PolSenior2 oszacowano wyższą częstość upadków niż PolSenior1 w grupie najstarszych seniorów-powyżej 80. r. ż. (ryc. 9.9). Niepokojącym zjawiskiem w przypadku PolSenior2 było zaobserwowane wysokie istotne zróżnicowanie częstości zarejestrowanych upadków ze względu na wykształcenie widoczne w grupie kobiet. Odsetek kobiet zgłaszających upadek w ciągu ostatnich 12 miesięcy z wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym, wyniósł 28,7% vs. 12,7% kobiet z wykształceniem wyższym. Przy

² Skalska A, Wizner B, Klich-Rączka A, Piotrowicz K, Grodzicki T. Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce. Złamania bliższego końca kości udowej i endoprotezoplastyka stawów biodrowych. W: Mossakowska M, Błędowski P, Więcek A., red. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (s. 295-306), Termedia Poznań 2012

³ Skalska, A., Hajduk, A., Mossakowska, M., Wizner, B., Wierzbę, K., & Grodzicki, T. (2021). Upadki i ich następstwa. W P. Błędowski, T. Grodzicki, & M. Mossakowska (Red.), PolSenior2: badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem (s. 235-251). Gdański Uniwersytet Medyczny 2021

omawianiu wszystkich powyższych wyników badań warto wspomnieć, by porównania obu badań dokonywać z ostrożnością, z uwagi na okoliczność, że wyniki badania PolSenior1 zostały opublikowane w wartościach obserwowanych w badaniu, a w przypadku PolSenior2 wyniki podawano w wartościach standaryzowanych na wiek.



Ryc. 9.9. Częstość upadków w grupach demograficznych w badaniu PolSenior1 i PolSenior2. Porównania między oboma badaniami należy brać z ostrożnością z uwagi na standaryzację publikowanych wyników wg wieku w przypadku PolSenior2 (PolSenior1 i PolSenior2)

Ciężkość skutków zdrowotnych upadków w badaniu PolSenior2 była porównywalna do tej, którą zaobserwowano w PolSenior1. Odsetek upadków, które prowadziły do wypadku wg PolSenior2 wynosi 39,2% i można szacować, że ponad 588 tys. osób powyżej 60. r. ż. rocznie w Polsce doświadcza różnych rodzajów urazów związanych z upadkami. Najczęściej występującymi urazami wśród osób starszych zarejestrowane w badaniu PolSenior2 były stłuczenia i skaleczenia, które stwierdzono u 62,2% badanych. Na drugim miejscu znalazły się urazy głowy (15,8%). Częstość występowania tych urazów była zbliżona u kobiet i mężczyzn. Z kolei złamania kończyny górnej oraz bliższego końca kości udowej, znacznie częściej dotyczyły kobiet. Złamania kończyny górnej występowały u 13,9% kobiet

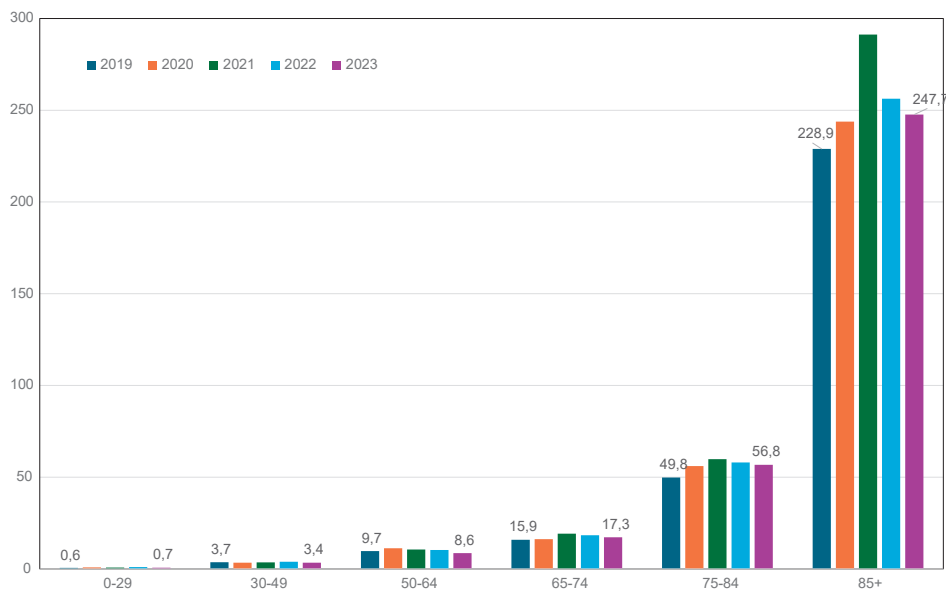
w porównaniu do 2,9% mężczyzn a złamania kości udowej odpowiednio u 6,4% kobiet i 0,8% mężczyzn. Warto przy tym podkreślić, że obok urazów głowy, złamania bliższego końca kości udowej są jednym z najbardziej niebezpiecznych urazów wśród seniorów, prowadzących najczęściej do znacznego pogorszenia jakości życia, lub nawet zgonu.

Dane wtórne zbierane w ramach statystyk publicznych charakteryzują się zmienną jakością na przestrzeni lat, mimo to obrazują w pewnych wąskich zakresach rozpowszechnienie problemu występowania urazów, związanych z upadkami oraz ich uwarunkowania. W 2023 r. w wyniku urazów wywołanych przez upadki zmarło 5027 osób, z czego znaczną większość (3951) stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej (78,6%). Pomimo tego, że upadki częściej zdarzają się u kobiet, to zagrożenie życia mężczyzn jest nieznacznie wyższe niż kobiet – współczynniki standaryzowane umieralności wynoszą odpowiednio 14,2 na 100 tys. u mężczyzn i 12,5 u kobiet w 2023 r. Według wyjściowych przyczyn zgonów, najczęstszymi śmiertelnymi upadkami była kategoria upadków nieokreślonych (W19) – 2694 zgony, stanowiąc 53,6% przyczyn zgonów w wyniku upadków. Drugą najczęściej przypisywaną przez lekarzy koderów kategorią były upadki na tym samym poziomie w wyniku potknięć i poślizgnięć – 1434 zgony (28,5%), trzecią najważniejszą przyczyną są zaś upadki ze schodów – 338 zgonów (6,7%). Taka struktura rozpoznań dotyczących umieralności utrzymuje się od wielu lat. Wysoki udział kodów dotyczących upadków nieokreślonych może wskazywać na problemy z precyzyjnością opisów stanów doprowadzających do zgonów w wyniku upadków przez lekarzy stwierdzających zgon. Analizy międzynarodowe dotyczące rejestrowania zgonów w wyniku upadków wskazują, że dane w ramach statystyk publicznych w tym obszarze mogą być niedoszacowane⁴.

Dane dotyczące umieralności z lat 2019 – 2023 wskazują na wyraźny wzrost umieralności z powodu upadków podczas pandemii, przede wszystkim wśród grup wiekowych powyżej 65. r. ż., w których obserwowany jest najwyższy poziom umieralności z powodu upadków. W latach 2022 i 2023 współczynniki umieralności w tych grupach spadły, ale nadal były na poziomie wyższym niż przed pandemią (ryc. 9.10). Przyczynami tego stanu rzeczy mógł być sam wpływ pandemii COVID-19 w postaci izolacji i ograniczonej mobilności osób starszych - niższa aktywność fizyczna zwiększa ryzyko upadków. Do podwyższenia umieralności mogło się przyczynić też zjawisko tzw. długu zdrowotnego i gorsza kontrola

⁴ Hua J, Ning P, Cheng P, et al. Coding quality of deaths and its impact on elderly unintentional fall mortality data from 1990 to 2019: a retrospective analysis of the WHO Mortality Database. BMC Geriatr. 2022;22(1):72

wielochorobowości u osób starszych, przez system ochrony zdrowia. Wskazywane hipotezy wymagają jednak głębszych badań epidemiologicznych.



Ryc. 9.10. Współczynniki zgonów z powodu upadków (W00-W19) w Polsce w latach 2019-2023 według grup wieku (GUS)

Wypadki komunikacyjne

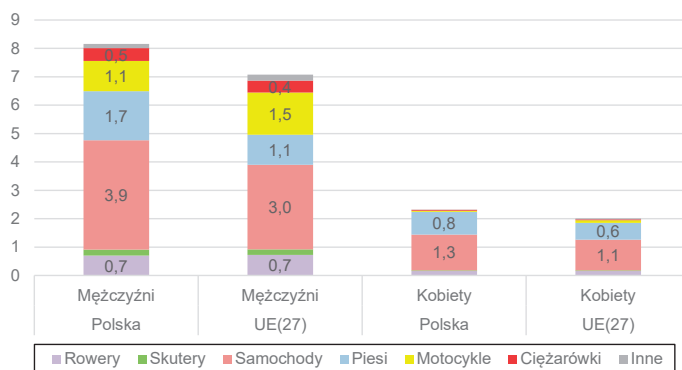
Wypadki komunikacyjne są po upadkach drugą przyczyną umieralności z powodu wypadków. Według oszacowań GBD stanowią one, jako problem zdrowotny, 7 przyczynę utraty lat życia Polaków w wyniku niepełnosprawności i przedwczesnych zgonów. Omawiana kategoria wypadków odznacza się nieco przeciwną charakterystyką epidemiologiczną w porównaniu do upadków. Grupą szczególnego ryzyka, która najczęściej doświadcza wypadków komunikacyjnych są mężczyźni z młodszych i średnich grup wiekowych i to oni są najczęściej ofiarami tego typu wypadków. Mimo to osoby starsze w wieku 65 lat i więcej są nadreprezentowane wśród ofiar śmiertelnych wypadków drogowych, z uwagi na cięższe urazy jakich doznają i zazwyczaj mają gorsze rokowania przy leczeniu odniesionych obrażeń. Również w porównaniu do upadków zakres prewencji wypadków drogowych jest lepiej poznany pod względem efektywnych interwencji jak np. paradygmat „Wizja zero”. Według „Wizji Zero” żadna liczba ofiar śmiertelnych ani poważnych obrażeń w ruchu drogowym nie jest akceptowalna;

odpowiedzialność za bezpieczeństwo spoczywa głównie na systemie drogowym, a nie tylko na użytkownikach. Kluczowe jest zatem tworzenie infrastruktury i przepisów minimalizujących skutki błędów ludzkich⁵.

Pomimo to zmieniają się uwarunkowania i charakterystyka wypadków komunikacyjnych z uwagi na zmiany cywilizacyjne. Jedną z takich zmian jest starzenie się społeczeństw w Europie i wzrost udziału uczestników ruchu drogowego powyżej 65. r. ż.

Polska, pomimo stopniowej poprawy, nadal jest uznawana jako kraj o jednych z gorszych warunków bezpieczeństwa na drogach w UE-27. Pomiedzy 2010 r. a 2023 r. w Polsce, udało się zredukować liczbę ofiar śmiertelnych o 51,5% (spadek liczby ofiar śmiertelnych z 3 907 do 1 893). Współczynnik ofiar śmiertelnych w wyniku wypadków Polsce wyniósł 5,2 na 100 tys. vs. 4,6 w krajach UE-27 (ryc. 9.11).

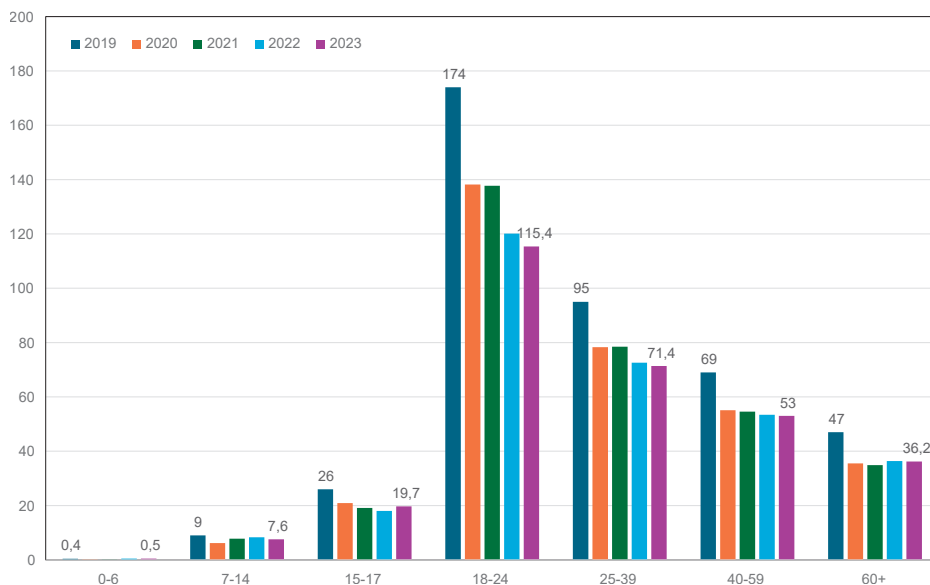
Należy przy tym dodać, że w 2024 r. liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych była zbliżona do 2023 r. i wynosiła 1881 (dane z KG Policji w chwili pisania Rozdziału, nie w pełni opracowane). Tempo spadku w całej UE było niższe i wynosiło 31% (spadek ofiar śmiertelnych z 29 576 do 20 400 w 2023 r.). Warto przy tym wspomnieć, że w okresie po 2020 r. tempo spadku w krajach UE-27 ogólnie wyhamowało i jest poza ścieżką przyjętej przez Komisję Europejską Strategii bezpieczeństwa ruchu drogowego, która zakładała cel redukcji o 50% ofiar śmiertelnych wypadków drogowych pomiędzy 2018 r. a 2030 r.



Ryc. 9.11. Współczynniki ofiar śmiertelnych wypadków na 100 tys. ludności według kategorii uczestników ruchu drogowego w Polsce i UE-27 wśród mężczyzn i wśród kobiet (baza danych UE CARE i EUROSTAT)

⁵ Tingvall C, Haworth N. Vision Zero – An ethical approach to safety and mobility. Presented at: 6th ITE International Conference Road Safety & Traffic Enforcement: Beyond 2000; 1999; Melbourne, Australia

Mężczyźni kierujący pojazdami spowodowali 71,9% wszystkich wypadków i stanowili 76,6% wszystkich ofiar wypadków (dane KG Policji) w Polsce w 2023 r. Szczególną grupą odznaczającą się wysokim współczynnikiem liczby wypadków są osoby w wieku 18-24 lata. Na każde 100 000 osób w tej grupie wiekowej, przypadało 115,4 wypadków. Wbrew rozpowszechnionym stereotypom o szczególnie niebezpiecznych zachowaniach wśród najstarszych uczestników ruchu drogowego, grupą wiekową, w której zarejestrowano najniższy współczynnik wypadków są osoby powyżej 60 lat-36 wypadków na 100 tysięcy osób. Korzystnym zjawiskiem był spadek omawianego współczynnika w latach 2019-2023 w najważniejszych grupach demograficznych (ryc. 9.12).



Ryc. 9.12. Współczynniki wypadków drogowych na 100 tys. według grup wiekowych w Polsce w latach 2019-2023 (KG Policji)

Warto przy tym podkreślić, że osoby wieku powyżej 65. r. ż. stanowią w Polsce 25% wszystkich ofiar śmiertelnych wypadków na drogach vs. 30,5% przeciętnie w UE-27 (dane bazy danych UE-27 CARE). Wskazywane wyżej zjawiska dotyczące wypadków drogowych utrzymują się w Polsce od wielu lat. Dwoma głównymi przyczynami odpowiedzialnymi za połowę wypadków są nieustąpienie pierwszeństwa przejazdu oraz niedostosowanie prędkości do warunków ruchu.

Polska zmagą się od kilkunastu lat z problemem szczególnie wysokiego udziału wśród ofiar wypadków tzw. niechronionych uczestników ruchu drogowego czyli pieszych, rowerzystów, motorzystów i użytkowników różnego rodzaju urządzeń wspomagających transport typu wózki, rowery elektryczne itd. a natężenie tego typu wypadków jest wyższe niż przeciętnie w UE-27. Zrealizowane w ramach niniejszego Raportu badanie ankietowe, również pokazało szczególnie częsty problem wypadków w przestrzeniach publicznych i jako pieszy, zgłaszany przede wszystkim w grupach wiekowych po 65. r. ż. Niechronieni uczestnicy stanowią obecnie 44,8% wszystkich ofiar śmiertelnych wypadków. Pozytywną zaobserwowaną tendencją od 2010 r. jest poprawa bezpieczeństwa pieszych (tabela 9.1) i wyraźne zmniejszenie ofiar śmiertelnych wśród tych uczestników ruchu drogowego, w porównaniu do innych uczestników (o 63%).

Tabela 9.1. Ofiary śmiertelne wypadków drogowych wg środka transportu w Polsce w latach 2010, 2020, 2023 (Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego i KG Policji)

Uczestnicy ruchu drogowego	2010		2020		2023		Zmiana 2023/2010
	liczba	% ogółu	Liczba	% ogółu	liczba	% ogółu	
Piesi	1236	31,6%	631	25,3%	457	24,1%	-63,0%
Samochody osobowe	1853	47,4%	1162	46,6%	962	50,8%	-48,1%
Rowery	280	7,2%	249	10%	154	8,1%	-45,0%
Motocykle	259	6,6%	244	9,8%	196	10,4%	-24,3%
Motorowery	83	2,1%	71	2,9%	42	2,2%	-49,4%
Samochody ciężarowe	142	3,6%	104	4,2%	86	4,5%	-39,4%
Autobusy	14	0,4%	9	0,4%	8	0,4%	-42,9%
Ogółem	3907	100%	2491	100%	1893	100%	-51,5%

Procesy starzenia się populacji, zauważalne szczególnie w Europie powodują, że zwiększa się udział uczestników ruchu drogowego powyżej 65. r. ż. Problemy zdrowotne rozwijające się wraz z wiekiem takie jak wielochorobowości i zaburzenia narządów zmysłów, powodują pogorszenie się umiejętności kierowania pojazdami i są w powszechnych opiniach utożsamiane ze szczególnym niebezpieczeństwem, jakie sprawiają seniorzy na drogach z uwagi na stan zdrowia. Według opublikowanych w 2024 r. badań ankietowych o akronimie ESRA3⁶ porów-

⁶ Delavary, M., Lyon, C., Vanlaar, W.G.M., Robertson, R.D. (2024). Young and Aging Drivers. ESRA3 Thematic report Nr. 5. ESRA project (E-Survey of Road users' Attitudes). (2024-R-22-EN). Traffic Injury Research Foundation.

nujących zachowania użytkowników dróg osób starszych i młodszych można zauważyć, że osoby starsze deklarują bardziej ostrożne postawy i zachowania niż młodsze osoby kierujące pojazdami. W Europie odsetek osób powyżej 65 lat akceptujący rozmowę przez telefon podczas kierowania pojazdem wynosił 1,3%, podczas gdy wśród osób w wieku 18-24 wynosił 9,6%. Ostrożne podejście osoby starsze miały też do przekraczania limitów prędkości- odsetek seniorów deklarujących w badaniu przekraczanie dozwolonej prędkości poza terenem zabudowanym wynosił 4,5%, podczas gdy w grupie 18-24 lata wynosił on 17,6%. Wnioski z Raportu ESRA3 pokazują, że najmłodszy kierujący pojazdami wykazują się bardziej ryzykownymi postawami. Badanie rekomenduje jednak by wprowadzić regulację polegającą na dokonywaniu cyklicznych badań u osób kierujących pojazdami powyżej 65. r. ż. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa pojawiają się nowe wyzwania dla bezpieczeństwa ruchu drogowego, w tym polipragmazja i związane z nią niekorzystne interakcje leków stosowanych w chorobach przewlekłych, które mogą pogarszać sprawność psychomotoryczną. Raport z badań ESRA2⁷ (wcześniejsza runda badań od ESRA3) opublikowany w 2019 r. pokazał, że w Europie 15% ankietowanych kierowców deklarowało kierowanie pojazdem będąc pod wpływem leku z wyraźnym ostrzeżeniem negatywnego wpływu na sprawność psychomotoryczną. Innym obserwowanym w ostatnim czasie zjawiskiem jest pojawianie się w ruchu pieszym i rowerowym nowych urządzeń wspomagających transport o podwyższonej energii kinetycznej, takich jak e-hulajnogi, rowery elektryczne. Warto przy tym dodać, że osoby z obniżoną sprawnością ruchową i z niesprawnościami narządów zmysłów są bardziej narażone na kolizje z takimi pojazdami. Przeprowadzone badanie ankietowe wskazało również, że wraz z wiekiem narasta częstość wypadków jako pieszy i na ulicy. Okoliczność ta może sugerować podjęcie działań monitorujących wypadkowość w miejscach publicznych.

⁷ Achermann Stürmer, Y., Meesmann, U. & Berbatovci, H. (2019) Driving under the influence of alcohol and drugs. ESRA2 Thematic report Nr. 5. ESRA project (E-Survey of Road users' Attitudes). Bern, Switzerland: Swiss Council for Accident Prevention.

10. CHOROBA ALZHEIMERA I CHOROBY POKREWNE – ISTOTNY PROBLEM ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Aleksander Pawlewicz, Beata Koń, Aneta Machnio
(Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń,
Narodowy Fundusz Zdrowia)

Wprowadzenie do problemu choroby Alzheimera w Polsce

Choroba Alzheimera to najczęstsza choroba neurodegeneracyjna przebiegająca z otępieniem – szacuje się, że stanowi 60-70% przypadków otępienia¹. Charakteryzuje się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych. Po kilku latach trwania prowadzi do całkowitej utraty samodzielności intelektualnej i fizycznej. Leczenie choroby Alzheimera polega na stosowaniu tzw. objawowych leków prokognitywnych oraz różnych form terapii wspierającej pacjenta i opiekuna².

Choroba Alzheimera stanowi przedmiot badań od wielu lat, jednak jej przyczyny nie są w pełni znane. Na jej rozwój wpływa wiele czynników, między innymi: czynniki genetyczne, czynniki demograficzne (jednym z najważniejszych czynników rozwoju choroby Alzheimera i chorób pokrewnych jest wiek), czynniki medyczne (dysfunkcja naczyń mózgowych, wynikająca z współwystępowania naczyniopochodnych czynników ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, hyperlipidemia, choroba niedokrwienna serca, czy cukrzyca typu 2), czynniki psychiczne i społeczne (samotne życie, brak kontaktów towarzyskich i rodzinnych sprzyja rozwojowi otępienia)³.

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

² NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne, komentarz do raportu prof. Agnieszki Słowik, Konsultant Krajowej w dziedzinie neurologii, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-alzheimera-i-choroby-pokrewne>

³ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-alzheimera-i-choroby-pokrewne>

W niniejszym rozdziale zaprezentowano sytuację epidemiologiczną choroby Alzheimera i chorób pokrewnych, oszacowaną na podstawie danych o świadczeniach sprawozdanych do Narodowego Fundusz Zdrowia. Przedstawione analizy są rozszerzeniem danych zawartych w raporcie NFZ o zdrowiu. *Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*³.

Wykorzystano dane sprawozdawane do Narodowego Fundusz Zdrowia komunikatem SWIAD (dane o świadczeniach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych). Oznacza to, że w analizie nie uwzględniono danych sprawozdawanych m.in. w ramach leczenia uzdrowiskowego czy niektórych programach profilaktycznych.

Chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w roku t została zdefiniowana jako liczba osób, które żyły na koniec roku t oraz w latach od $t - 3$ do t (włącznie) miały udzielone co najmniej jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym o kodzie ICD-10 z zakresów F00–F01 (wszystkie rozszerzenia, także rozpoznania bez wskazanego rozszerzenia), F02.1–F02.3, G30 (wszystkie rozszerzenia, także 3-znakowe) oraz rozpoznania G31.0, G31.1, G31.8, G31.9. Populację pacjentów ograniczono do osób w wieku 55 lat i więcej (wg rocznika urodzenia). Przedstawiono informacje o chorobowości rejestrowanej w latach 2014–2023, którą można interpretować jako liczbę zdiagnozowanych, chorych osób w tych latach. Drugim wskaźnikiem wykorzystanym do opisu epidemiologii rejestrowanej jest zachorowalność rejestrowana. Tak jak w przypadku chorobowości rejestrowanej wskaźnik ten został oszacowany na podstawie świadczeń sprawozdanych do NFZ.

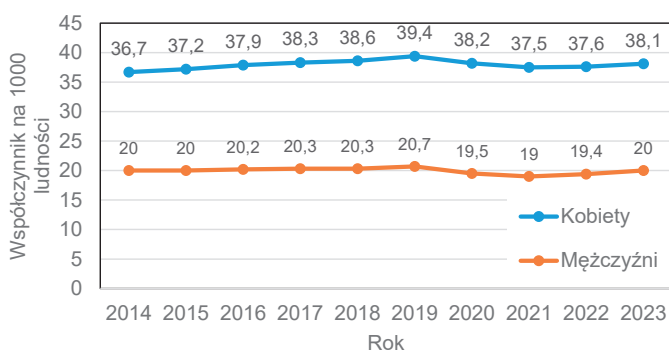
Zachorowalność rejestrowana została zdefiniowana jako liczba pacjentów, którzy w danym roku (t) mieli udzielone świadczenie z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym F00–F01 (wszystkie rozszerzenia, także rozpoznania bez sprawozdanego rozszerzenia), F02.1–F02.3, G30 (wszystkie rozszerzenia, także rozpoznanie bez sprawozdanego rozszerzenia) oraz rozpoznania G31.0, G31.1, G31.8, G31.9 wg ICD-10 i nie mieli udzielonego takiego świadczenia w latach od $t-3$ do $t-1$. Tak jak w przypadku chorobowości rejestrowanej, informacje odnoszą się do osób, które w roku t miały 55 lat lub więcej.

Należy mieć na uwadze, że przedstawione informacje zostały oszacowane na podstawie danych sprawozdawczych NFZ, zatem nie uwzględniają informacji o osobach, które miały udzielane świadczenia finansowane wyłącznie ze środków innych niż NFZ lub nie korzystały ze świadczeń w związku z chorobą Alzheimera i chorobami pokrewnymi.

Skala problemu zdrowotnego i charakterystyka populacji chorych zdiagnozowanych

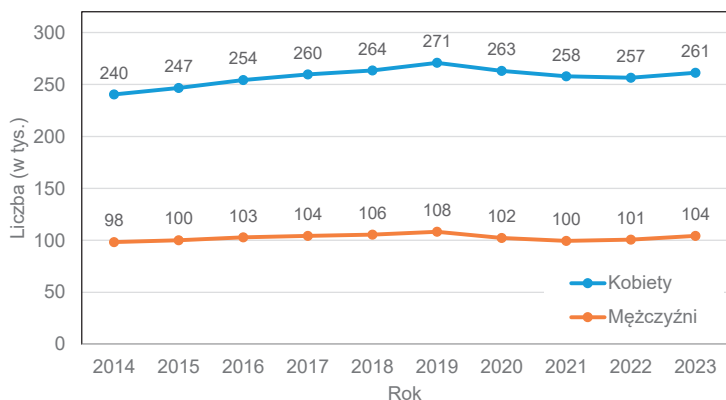
W niniejszej części przedstawiono informacje o sytuacji epidemiologicznej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych. Przedstawiono informacje o chorobowości rejestrowanej w latach 2014–2023, które można interpretować jako liczbę zdiagnozowanych, chorych osób w tych latach. Podrozdział zawiera także informacje o zachorowalności rejestrowanej odnoszącej się do liczby nowych przypadków choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w systemie opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych.

Współczynnik chorobowości na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne wyrażony w przeliczeniu na 1000 osób, zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet, pozostawał na podobnym poziomie na przestrzeni lat 2014–2023 (ryc. 10.1). W przypadku mężczyzn wynosił on około 20 populacji w wieku 55 lat i więcej, a w przypadku kobiet wahał się od około 37 do 39.



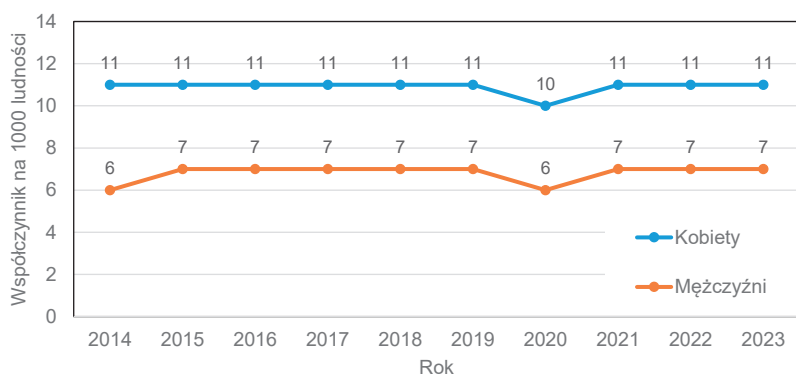
Ryc. 10.1 Szacowany współczynnik chorobowości choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce w przeliczeniu na 1000 ludności w wieku 55+ (dane GUS i NFZ)

W latach 2014–2023 w Polsce więcej kobiet niż mężczyzn chorowało na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne (rocznie około 250 tys. chorych kobiet, w 2023 r. 261,3 tys.) (ryc. 10.2). W analizowanym okresie najczęściej chorych kobiet odnotowano w 2019 r. – 270,8 tys. Liczba chorych mężczyzn oscylowała natomiast w okolicach 100 tys. Dla 2023 r. było to 104,2 tys. mężczyzn w wieku 55+.



Ryc. 10.2 Szacowana liczba osób chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce (2014-2023) w wieku 55+ jako wartość bezwzględna (dane NFZ)

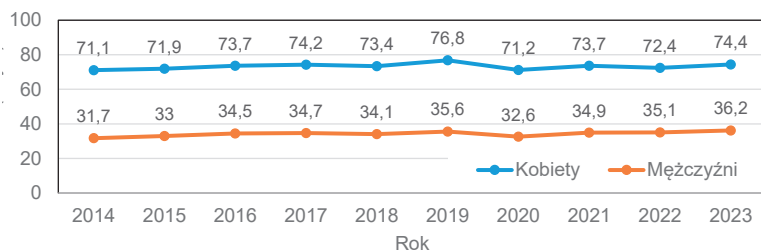
W latach 2014-2023 współczynnik zachorowalności rejestrowanej (wyrażona w odniesieniu do 1000 ludności w wieku 55 lat i więcej) na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne wynosił wśród mężczyzn około 7 (ryc. 10.3). W przypadku kobiet współczynnik zachorowalności wyniósł 11. W przypadku obu płci zauważalny jest spadek współczynnika zachorowalności w 2020 r., który najpewniej wynika ze zmniejszonej liczby udzielanych świadczeń związanych z pandemią COVID-19.



Ryc. 10.3 Szacowany współczynnik zachorowalności na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce w przeliczeniu na 1000 ludności w wieku 55+ (2014-2023) (dane GUS i NFZ)

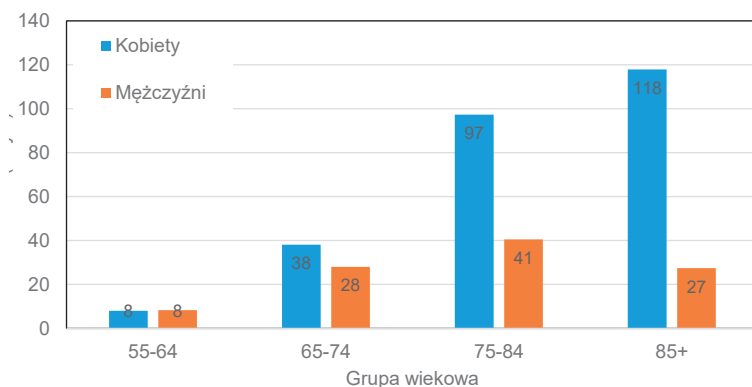
Rycina 10.4 przedstawia zachorowalność rejestrowaną na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w populacji 55+. W przypadku mężczyzn, w latach 2014-2023, rocznie notowano około 35 tys. nowych przypadków choroby. Wartości dla

kobiet oscylowały w tych latach od 71,1 tys. do 76,8 tys. nowych przypadków rocznie.



Ryc. 10.4 Szacowana liczba nowych zachorowań na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce (2014 - 2023) (dane NFZ)

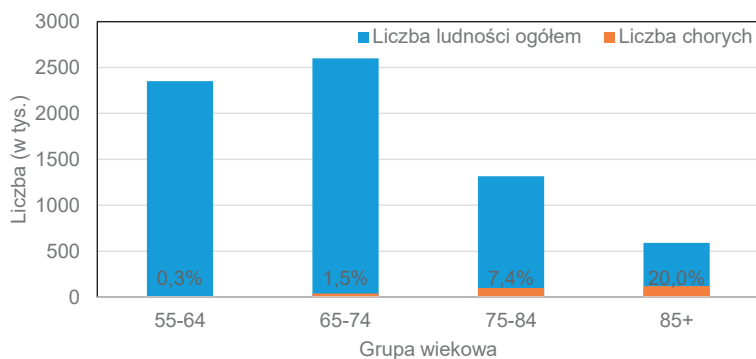
Rycina 10.5 przedstawia informacje o liczbie osób chorych na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne w 2023 r. w podziale na grupy wiekowe. W najmłodszej analizowanej grupie wiekowej, 55-64 lata, odnotowano 8,3 tys. chorych mężczyzn i 8,0 tys. chorych kobiet. Im starsza grupa wiekowa, tym więcej chorych kobiet. W 2023 r. najwięcej chorych było w grupie wiekowej 85+, około 117,9 tys. W przypadku mężczyzn najwięcej chorych zaobserwowano w grupie wiekowej 75-84 lata – 40,5 tys.



Ryc. 10.5 Liczba osób chorych na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne wg płci i grup wiekowych – 2023 r. (dane NFZ)

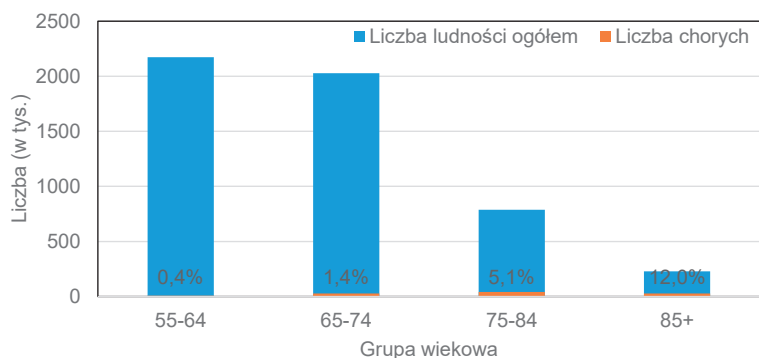
Dane z 2023 r. wskazują, że wraz ze wzrostem wieku rośnie odsetek osób cierpiących na chorobę Alzheimera oraz choroby pokrewne (ryc. 10.6). W grupie

wiekowej 55-64 lata około 0,3% kobiet było chorych, co przekłada się na około 7,99 tys. pacjentek. Z kolei w grupie wiekowej 85 lat i więcej, odsetek kobiet cierpiących na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne wyniósł w 2023 r. 20%.



Ryc. 10.6 Liczba i odsetek ludności chorej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne według grup wiekowych – kobiety, 2023 r. (dane GUS i NFZ)

Dane przedstawione na rycinie 10.7 wskazują, że w 2023 r. wśród mężczyzn najwyższy odsetek chorych na chorobę Alzheimera oraz choroby pokrewne występował w najstarszych grupach wiekowych. Wśród osób w wieku 55-64 lata około 0,4% mężczyzn (około 8,3 tys.) cierpiało na tę chorobę. Największa liczba chorych mężczyzn występowała w grupie wiekowej 75-84 lata, gdzie odnotowano 40,5 tys. chorych, co stanowiło 5,1% mężczyzn w tej grupie wiekowej. Z kolei w grupie wiekowej 85+ odsetek chorych mężczyzn wynosił 12%, jednak liczba bezwzględna chorych była niższa niż w grupie 75-84 lata i wynosiła 27,4 tys. mężczyzn.



Ryc. 10.7 Liczba i odsetek ludności chorej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne według grup wiekowych – mężczyźni, 2023 r. (dane GUS i NFZ)

Dynamika – zmiana chorobowości i zachorowalności w czasie

Tabela 10.1 przedstawia chorobowość rejestrowaną choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce w latach 2014 - 2023. W tabeli przedstawiono dane dotyczące populacji osób 55+. Liczba chorych w tym okresie wzrosła o około 7,9% – z 338,7 tys. do 365,5 tys. W przypadku kobiet był to wzrost o 8,7%, a w przypadku mężczyzn wzrost o 6,0%. Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 1000 osób w wieku 55+ wzrósł nieznacznie na przestrzeni lat z 29,5 w 2014 r. do 30,3 w 2023 r., natomiast współczynnik standaryzowany względem wieku nawet nieznacznie zmniejszył się. Współczynnik chorobowości był wyższy wśród kobiet niż mężczyzn – w 2023 r. o 90,2%. Duża część tej różnicy jest związana ze starszą strukturą wieku kobiet – standaryzowany względem wieku współczynnik chorobowości kobiet był wyższy niż mężczyzn o 40,2%.

Tabela 10.2 przedstawia zachorowalność rejestrowaną na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce w latach 2014-2023 wśród osób w wieku 55+. Liczba nowych przypadków wzrastała w latach 2014-2023 z poziomu 102,8 tys. w 2014 r. do poziomu 110,7 tys. w 2023 r. (wzrost o 7,7%). W przypadku kobiet liczba nowych przypadków wzrosła w 2023 r. w porównaniu do 2014 r. o 4,6%, a w przypadku mężczyzn liczba ta wzrosła o 14,2%. Współczynnik zachorowalności na 1000 osób w wieku 55+ wzrósł z 9,0 w 2014 r. do 9,2 w 2023 r. (wzrost o 2%). Standaryzowany względem wieku współczynnik zachorowalności na 1000 osób w wieku 55+ zmniejszył się w analizowanych latach z 11,2 do poziomu 10,5 w przypadku kobiet i pozostał na tym samym poziomie w populacji mężczyzn (około 9,5). Nadwyżka standaryzowanego współczynnika zachorowalności kobiet w porównaniu z mężczyznami utrzymuje się na poziomie kilkunastu procent i w 2023 r. wyniosła 11,7%.

Zróznicowanie częstości występowania i zmiana w czasie w zależności od województwa zamieszkania

Tabela 10.3 przedstawia informacje o standaryzowanym europejską strukturą wieku współczynnikiem chorobowości choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w 2023 r. w podziale na województwo zamieszkania pacjenta. Wartość wskaźnika oscylowała w przedziale 25,1-36,3 i była najniższa w województwie podlaskim a najwyższa w województwie podkarpackim.

Tabela 10.1 Chorobowość rejestrowana oraz współczynnik chorobowości choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce, lata 2014–2023 (dane GUS, NFZ)

Rok	Liczba chorych ogółem (w tys.)	Liczba chorych kobiety (w tys.)	Liczba chorych mężczyźni (w tys.)	Współczynnik chorobowości ogółem na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik chorobowości kobiet na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik chorobowości mężczyzn na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik chorobowości standardyzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (ogółem)	Współczynnik chorobowości standardyzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (kobiety)	Współczynnik chorobowości standardyzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (mężczyźni)
2014	338,7	240,4	98,3	29,5	36,7	20,0	32,8	37,9	27,6
2015	346,6	246,6	100,1	29,8	37,2	20,0	32,9	38,1	27,6
2016	357,1	254,3	102,8	30,3	37,9	20,2	33,0	38,2	27,8
2017	364,1	259,7	104,3	30,6	38,3	20,3	33,0	38,3	27,7
2018	369,0	263,5	105,5	30,7	38,6	20,3	33,0	38,3	27,7
2019	379,0	270,8	108,2	31,3	39,4	20,7	33,3	38,8	27,8
2020	365,3	263,0	102,3	30,1	38,2	19,5	31,9	37,5	26,3
2021	357,2	257,8	99,5	29,5	37,5	19,0	31,1	36,6	25,6
2022	357,1	256,5	100,6	29,7	37,6	19,4	31,2	36,6	25,9
2023	365,5	261,3	104,2	30,3	38,1	20,0	31,4	36,6	26,1

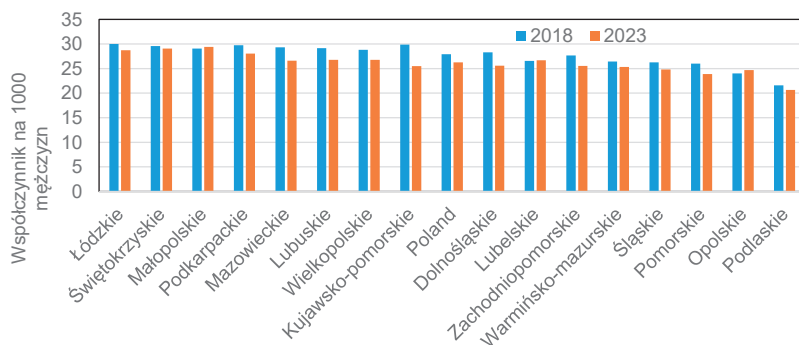
Tabela 10.2 Zachorowalność rejestrowana oraz współczynnik zachorowalności rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce, lata 2014–2023 (dane GUS, NFZ)

Rok	Liczba nowych przypadków ogółem (w tys.)	Liczba nowych przypadków kobiety (w tys.)	Liczba nowych przypadków mężczyźni (w tys.)	Współczynnik zachorowalności ogółem na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik zachorowalności kobiet na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik zachorowalności mężczyzn na 1000 osób w wieku 55+	Współczynnik zachorowalności daryzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (ogółem)	Współczynnik zachorowalności daryzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (kobiety)	Współczynnik zachorowalności daryzowany względem wieku na 1000 osób w wieku 55+ (mężczyźni)
2014	102,8	71,1	31,7	9,0	10,9	6,5	10,3	11,2	9,5
2015	104,9	71,9	33,0	9,0	10,8	6,6	10,3	11,1	9,6
2016	108,2	73,7	34,5	9,2	11,0	6,8	10,4	11,0	9,8
2017	108,9	74,2	34,7	9,1	11,0	6,8	10,3	10,9	9,7
2018	107,5	73,4	34,1	8,9	10,7	6,6	10,0	10,7	9,3
2019	112,4	76,8	35,6	9,3	11,2	6,8	10,2	11,0	9,5
2020	103,8	71,2	32,6	8,6	10,3	6,2	9,5	10,2	8,8
2021	108,7	73,7	34,9	9,0	10,7	6,7	10,0	10,5	9,5
2022	107,5	72,4	35,1	9,0	10,6	6,8	9,8	10,4	9,3
2023	110,7	74,4	36,2	9,2	10,9	6,9	9,9	10,5	9,4

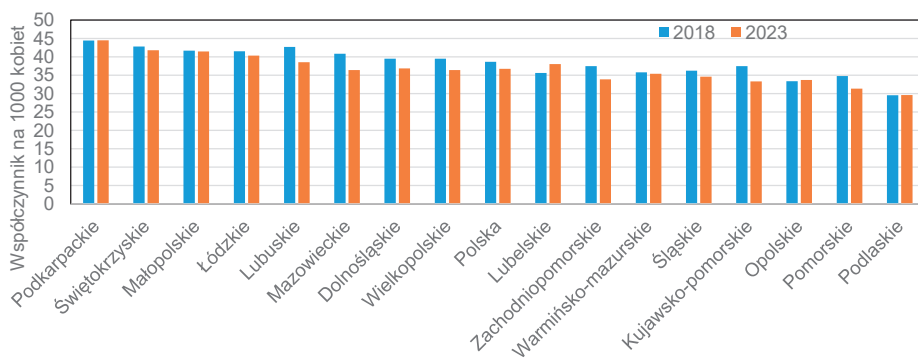
Tabela 10.3 Standaryzowany europejską strukturą wieku współczynnik chorobowości choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych w przeliczeniu na 1000 ludności według województwa zamieszkania pacjenta, 2023 r. (dane NFZ)

Województwo	Standaryzowany europejską strukturą wieku współczynnik chorobowości
Dolnośląskie	31,21
Kujawsko-pomorskie	29,40
Lubelskie	32,34
Lubuskie	32,66
Łódzkie	34,52
Małopolskie	35,43
Mazowieckie	31,51
Opolskie	29,19
Podkarpackie	36,27
Podlaskie	25,11
Pomorskie	27,60
Śląskie	29,71
Świętokrzyskie	35,43
Warmińsko-mazurskie	30,35
Wielkopolskie	31,59
Zachodniopomorskie	29,71

W każdym z województw, zarówno w 2018 r. jak i w 2023 r., współczynnik chorobowości choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych był wyższy w przypadku kobiet niż mężczyzn (ryc. 10.8, ryc. 10.9). W 2023 r. najwyższą wartość wśród mężczyzn obserwowano w województwie małopolskim (29,4), a w przypadku kobiet w województwie podkarpackim (44,47). Najniższą wartości w 2023 r. zarówno wśród mężczyzn i kobiet odnotowano w województwie podlaskim (20,65 w przypadku mężczyzn i 29,58 w przypadku kobiet). W większości województw wartość współczynnika chorobowości była niższa w 2023 r. niż w 2018 r.. W przypadku mężczyzn wyższe wartości w 2023 r. zaobserwowano w trzech województwach – małopolskim, lubelskim, opolskim a w przypadku kobiet w czterech województwach – podkarpackim, lubelskim, opolskim i podlaskim.



Ryc. 10.8 Standaryzowane współczynniki chorobowości z powodu choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych mężczyzn w wieku 55 lat i więcej w przeliczeniu na 1000 mężczyzn według województwa zamieszkania w 2018 r. i 2023 r. (dane NFZ)



Ryc. 10.9 Standaryzowane współczynniki chorobowości z powodu choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych kobiet w wieku 55 lat i więcej w przeliczeniu na 1000 kobiet według województwa zamieszkania w 2018 r. i 2023 r. (dane NFZ)

Zróźnicowanie częstotliwości występowania i zmiana w czasie (porównanie 2023/2018) w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania

Tabela 10.4 przedstawia wartości standaryzowanego europejską strukturą wieku współczynników chorobowości rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w podziale na wielkość miejscowości zamieszkania w latach 2018 i 2023. Zarówno w 2018 r. jak i 2023 r. najwyższe wartości współczynnika chorobowości obserwowane były w przypadku miast o liczbie mieszkańców do 10 tys. i stopniowo

zmniejszały się wraz ze wzrostem wielkości miast – najniższe współczynniki chorobowości charakteryzowały miasta o liczbie ludności 100-200 tys. a w największych miastach współczynnik nieznacznie zwiększał się. W 2023 r. współczynnik chorobowości mieszkańców wsi i najmniejszych miast poniżej 10 tys. mieszkańców zwiększył się w stosunku do 2018 r. natomiast mieszkańców pozostałych miast zmniejszył się. Nadwyżka chorobowości kobiet w porównaniu do mężczyzn była największa wśród mieszkańców wsi a najmniejsza wśród mieszkańców największych miast.

Tabela 10.4 Standaryzowane współczynniki chorobowości rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w przeliczeniu na 1000 ludności w Polsce według płci oraz wielkość miejscowości zamieszkania osób w wieku 55 lat i więcej w 2018 i 2023 r. (dane GUS i NFZ)

Rok	Płeć	Wieś	Miasta do 10 tys. mieszkańców	Miasta od 10 tys. do 20 tys. mieszkańców	Miasta od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców	Miasta od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	Miasta od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców	Miasta od 200 tys. mieszkańców
2018	Kobiety	49,7	60,5	44,7	39,3	38,1	36,8	39,2
2018	Mężczyźni	35,3	47,4	32,6	28,7	27,4	27,2	29,9
2018	Ogółem	42,7	54,3	38,7	34,0	32,8	32,0	34,5
2023	Kobiety	53,8	64,7	43,8	37,4	35,6	34,8	34,5
2023	Mężczyźni	36,9	47,8	31,3	27,3	26,1	25,7	26,1
2023	Ogółem	45,4	56,6	37,6	32,4	30,8	30,3	30,3

Tabela 10.5 przedstawia wartości współczynników zachorowalności rejestrowanej na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w 2018 oraz w 2023 r. w podziale na wielkość miejscowości oraz płęć. Podobnie jak w przypadku współczynnika chorobowości rejestrowanej, najwyższe wartości zaobserwowano w miastach do 10 tys. mieszkańców – obserwacja ta dotyczy zarówno 2018 r., jak i 2023 r. Najniższe wartości występowały w miastach liczących 100-200 tys. mieszkańców oraz o liczbie mieszkańców powyżej 200 tys. W odróżnieniu od wskaźnika chorobowości, nie dla wszystkich wielkości miejscowości wartości dla kobiet były wyższe niż wartości dla mężczyzn – niższe wartości odnotowano w 2018 r. na wsiach, w miastach do 10 tys. mieszkańców oraz w miastach od 10-20 tys. mieszkańców. W 2023 niższe wartości dla kobiet występowały jedynie na wsiach oraz w miastach do 10 tys. mieszkańców.

Zróźnicowanie częstości występowania choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania może wynikać z wielu czynników. Należą do nich elementy związane z ograniczeniem

wykorzystanego zbioru danych – zgodnie z metodyką oszacowanie nie uwzględnia danych o świadczeniach finansowanych ze środków innych niż publiczne. Można w związku z tym oczekiwać, że w większych miastach, w których należy spodziewać się wyższego odsetka tego typu świadczeń, może występować wyższy stopień niedoszacowania liczby osób chorych czy nowo diagnozowanych.

Tabela 10.5 Standaryzowany europejską strukturą wieku współczynnik zachorowalności rejestrowanej choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w przeliczeniu na 1000 ludności w Polsce w podziale na płeć oraz wielkość miejscowości osób w wieku 55+, lata 2018 i 2023 (dane GUS i NFZ)

Rok	Płeć	Wieś	Miasta do 10 tys. mieszkańców	Miasta od 10 tys. do 20 tys. mieszkańców	Miasta od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców	Miasta od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	Miasta od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców	Miasta od 200 tys. mieszkańców
2018	Kobiety	23,0	30,2	15,8	12,5	10,8	10,0	10,9
	Mężczyźni	24,1	36,3	14,6	11,2	9,6	8,8	9,5
	Ogółem	23,5	32,9	15,2	11,8	10,2	9,4	10,2
2023	Kobiety	23,3	29,7	15,8	12,4	11,0	10,6	10,0
	Mężczyźni	22,9	33,4	14,6	11,5	10,1	9,2	8,8
	Ogółem	23,1	31,4	15,2	11,9	10,5	9,9	9,4

Inne możliwe przyczyny mogą leżeć w czynnikach ryzyka zachorowania na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne. W piśmiennictwie wskazuje, że ryzyko wystąpienia otępienia zależy od poziomu edukacji formalnej – osoby z niższym wykształceniem mają wyższe ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera⁴. Innymi czynnikami ryzyka, które mogą tłumaczyć różnice pomiędzy poszczególnymi klasami miejsca zamieszkania są inne choroby związane ze stylem życia (m.in. cukrzyca typu 2, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, otyłość czy niedowaga)^{5,6,7}.

⁴ Hersi, M., Irvine, B., Gupta, P., Gomes, J., Birkett, N., Krewski, D., 2017. Risk factors associated with the onset and progression of Alzheimer's disease: A systematic review of the evidence. *Neurotoxicology* 61, 43–187.

⁵ Li, X., Song, D., Leng, S.X., 2015. Link between type 2 diabetes and Alzheimer's disease: from epidemiology to mechanism and treatment. *Clinical Interventions in Aging* 10, 549

⁶ Silva, M.V.F., Loures, C.d.M.G., Alves, L.C.V., de Souza, L.C., Borges, K.B.G., das Graças Carvalho, M., 2019. Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures. *Journal of biomedical science* 26, 33

⁷ Qu, Y., Hu, H.Y., Ou, Y.N., Shen, X.N., Xu, W., Wang, Z.T., Dong, Q., Tan, L., Yu, J.T., 2020. Association of body mass index with risk of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.

Zróznicowanie częstości występowania i zmiana w czasie (porównanie 2014/2018/2023) w zależności od płci i wieku

Zgodnie z informacjami o chorobowości rejestrowanej, które przedstawia Tabela 10.6, liczba osób chorych w 2018 r. była wyższa niż w 2014 r., a w 2023 r. wyższa niż w 2018 r., niezależnie od grupy wiekowej. Zmiany wynikają ze zmian w liczbie ludności – wartości współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 1000 osób, niezależnie od płci grupy wiekowej (z kilkoma wyjątkami) cechowały się odwrotną zależnością – wartość w 2018 r. była niższa niż w 2014 r., a wartość w 2018 r. niższa niż 2023 r. Wyjątkiem od tej reguły jest grupa wiekowa 85+ – populacja ogółem oraz kobiety.

Tabela 10.6 Chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w Polsce w podziale na grupy wiekowe, lata 2014, 2018 i 2023 (dane GUS, NFZ)

Grupa wiekowa	Rok	Liczba chorych ogółem (w tys.)	Liczba chorych kobiety (w tys.)	Liczba chorych mężczyźni (w tys.)	Współczynnik chorobowości ogółem na 1000 osób w danej grupie wieku	Współczynnik chorobowości kobiet na 1000 osób w danej grupie wieku	Współczynnik chorobowości mężczyzn na 1000 osób w danej grupie wieku
55-64	2014	34,0	17,3	16,8	6,1	5,9	6,3
	2018	26,4	13,5	12,9	5,0	4,9	5,1
	2023	16,3	8,0	8,3	3,6	3,4	3,8
65-74	2014	56,4	33,6	22,8	17,6	18,5	16,5
	2018	63,8	37,4	26,4	15,9	16,6	15,1
	2023	66,1	38,1	28,0	14,3	14,7	13,8
75-84	2014	138,7	100,2	38,4	68,9	77,4	53,7
	2018	139,5	100,0	39,5	72,1	80,9	56,6
	2023	137,8	97,3	40,5	65,5	73,9	51,4
85+	2014	109,6	89,3	20,3	164,9	183,8	113,6
	2018	139,2	112,5	26,7	176,4	197,8	121,0
	2023	145,3	117,9	27,4	177,8	200,1	120,2

W przypadku zachorowalności rejestrowanej, zarówno w wartościach bezwzględnych, jak w przeliczeniu na 1000 osób, z uwzględnieniem grup wiekowych,

brak jest jednoznacznego kierunku zmian w latach 2014, 2018 i 2023, przy czym wyraźnie zmniejszają się współczynniki zachorowalności w najmłodszej grupie wieku 55-64 lata (Tabela 10.7).

Tabela 10.7 Zachorowalność rejestrowana na choroby Alzheimerera i choroby pokrewne w Polsce w podziale na grupy wiekowe, lata 2014, 2018 i 2023 (dane GUS i NFZ)

Grupa wiekowa	Rok	Liczba nowych przypadków ogółem (w tys.)	Liczba nowych przypadków kobiety (w tys.)	Liczba nowych przypadków mężczyźni (w tys.)	Współczynnik zachorowalności ogółem na 1000 osób w danej grupie wieku	Współczynnik zachorowalności kobiet na 1000 osób w danej grupie wieku	Współczynnik zachorowalności mężczyzn na 1000 osób w danej grupie wieku
55-64	2014	8,3	4,2	4,1	1,5	1,4	1,6
	2018	6,4	3,2	3,2	1,2	1,2	1,3
	2023	4,6	2,2	2,4	1,0	0,9	1,1
65-74	2014	15,9	9,3	6,6	5,0	5,1	4,8
	2018	18,0	10,3	7,7	4,5	4,6	4,4
	2023	21,3	11,9	9,4	4,6	4,6	4,7
75-84	2014	41,7	28,9	12,8	20,7	22,3	17,8
	2018	40,9	27,9	13,0	21,2	22,6	18,6
	2023	42,0	28,0	14,0	20,0	21,3	17,8
85+	2014	37,0	28,7	8,3	55,7	59,1	46,4
	2018	42,1	31,9	10,2	53,4	56,1	46,3
	2023	42,7	32,4	10,3	52,3	54,9	45,4

11. ANALIZA ABSENCJI CHOROBOWEJ W LATACH 2022-2023

Ewa Karczewicz, Agnieszka Sikora
(Zakład Ubezpieczeń Społecznych)

W 2023 r. rejestrowana absencja chorobowa wyniosła ponad 287 mln dni, zarówno z tytułu choroby własnej, jak i z tytułu opieki nad dziećmi czy nad innymi członkami rodziny. Absencja chorobowa to znaczące wyzwanie finansowe. Wydatki na absencję chorobową ogółem w 2023 r. wyniosły 26,7 mld zł (wzrost o 4,9% w stosunku do 2022 r.), z tego na zasiłki chorobowe finansowane z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wydatkowano 15,7 mld zł (były wyższe o 7,7%), a na wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy finansowane ze środków zakładów pracy i Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych – 11,0 mld zł (wzrost o 1,2%). Wydatki na absencję chorobową FUS pokrywał w 58,7%, w pozostałym zakresie wydatki ponosili pracodawcy i FGŚP.

W porównaniu do 2022 r. nastąpił wzrost o 1,5 punktu procentowego udziału zasiłków finansowanych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w wydatkach na absencję ogółem (na rzecz wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy finansowanych ze środków zakładów pracy).

W Rejestrze zaświadczeń lekarskich zarejestrowano 27,0 mln wystawionych zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy. W porównaniu do 2022 r. obserwujemy spadek liczby dni absencji chorobowej o 0,6%, przy niewielkim wzroście liczby zaświadczeń lekarskich o 0,2% (tj. o 50,5 tys. zaświadczeń).

Tabela 11.1. Absencja chorobowa w latach 2022–2023

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich	
	Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS	Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS
	w mln			
2022	288,8	253,2	27,0	25,2
2023	287,2	250,7	27,0	25,2
	Dynamika			
2022 = 100	99,4	99,0	100,2	99,9

Ze względu na rodzaj okoliczności absencji w 2023 r. wystawiono:

- z tytułu choroby własnej 23,7 mln zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 273,5 mln dni absencji chorobowej. W porównaniu z 2022 r. liczba zaświadczeń lekarskich wzrosła o 0,6%, zaś liczba dni absencji chorobowej zmalała o 0,3%.
- z tytułu opieki nad dzieckiem 2,9 mln zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 11,2 mln dni. W porównaniu do 2022 r. zmalała liczba zaświadczeń o 4,6%, a liczba dni absencji chorobowej o 7,3%.
- z tytułu opieki nad innym członkiem rodziny 0,4 mln zaświadczeń, a liczba dni absencji chorobowej wyniosła 2,4 mln dni. Stanowiło to wzrost zarówno liczby dni z tego tytułu o 2,2%, jak i liczby zaświadczeń o 9,4% w porównaniu z 2022 r.

Tabela 11.2. Absencja chorobowa w latach 2022–2023 według okoliczności

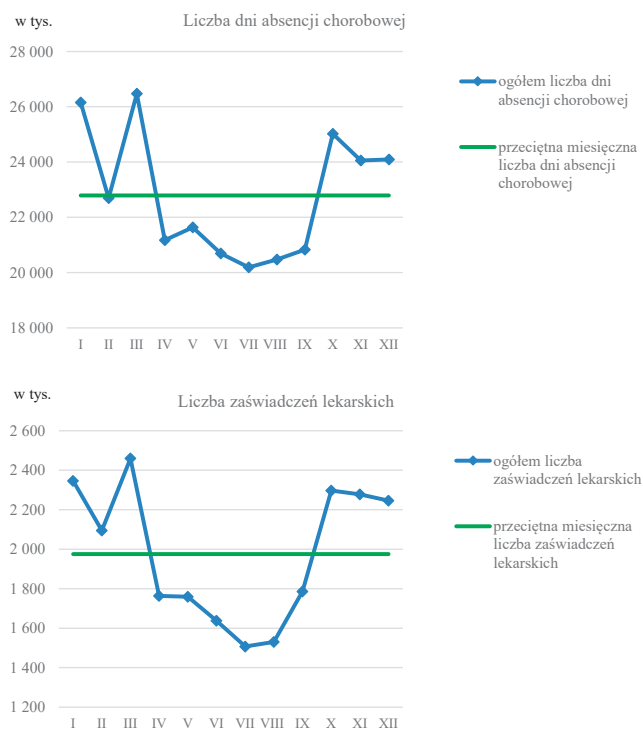
Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich		Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
	w mln				w dniach	
Ogółem	288,8	287,2	27,0	27,0	10,70	10,62
z tytułu:						
choroby własnej	274,3	273,5	23,6	23,7	11,64	11,54
opieki nad dzieckiem	12,1	11,2	3,0	2,9	4,02	3,90
opieki nad innym członkiem rodziny	2,4	2,4	0,4	0,4	5,73	5,36

Podobnie jak w latach poprzednich, odnotowujemy sezonowość w absencji chorobowej. Największy szczyt wystawionych zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej miał miejsce w marcu 2023 r. – 2,5 mln zaświadczeń, tj. 10,4% ogółu zaświadczeń wystawionych z tytułu choroby własnej w 2023 r. W porównaniu do miesiąca poprzedniego oznacza to wzrost o 17,4%. Również znacząco rośnie liczba zaświadczeń lekarskich w styczniu, w październiku i w listopadzie, kiedy to w każdym z tych miesięcy wydawano z tytułu choroby własnej po 2,3 mln zaświadczeń.

Tabela 11.3. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej w poszczególnych miesiącach 2023 r.

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich	
	Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS	Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS
	w mln			
I – XII 2023	273,5	237,3	23,7	21,9
I	26,2	22,7	2,3	2,2

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich	
	Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS	Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS
	w mln			
II	22,7	19,7	2,1	1,9
III	26,5	23,0	2,5	2,3
IV	21,2	18,2	1,8	1,6
V	21,6	18,6	1,8	1,6
VI	20,7	17,8	1,6	1,5
VII	20,2	17,4	1,5	1,4
VIII	20,5	17,6	1,5	1,4
IX	20,8	18,1	1,8	1,7
X	25,0	21,9	2,3	2,1
XI	24,1	21,0	2,3	2,1
XII	24,1	21,0	2,2	2,1



Ryc. 11.1. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej w poszczególnych miesiącach 2023 r.

Ubezpieczeni w ZUS stanowili w 2023 r. populację, której wystawiono ponad 92% ogółu zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej na blisko 87% ogółu dni absencji z tego tytułu.

Tabela 11.4. Absencja chorobowa w latach 2022–2023 ubezpieczonych w ZUS

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich		Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
	w mln				w dniach	
Ogółem	253,2	250,7	25,2	25,2	10,1	10,0
w tym:						
z tytułu choroby własnej	239,0	237,3	21,8	21,9	11,0	10,8
Mężczyźni	103,2	103,5	9,7	9,7	10,6	10,7
Kobiety	135,8	133,8	12,1	12,2	11,2	11,0

W 2023 r. absencja chorobowa ubezpieczonych w ZUS kształtowała się następująco:

- 25,2 mln zaświadczeń lekarskich ogółem,
- 250,7 mln dni absencji chorobowej,

w tym:

- 21,9 mln zaświadczeń z tytułu choroby własnej,
- 237,3 mln dni absencji chorobowej z tych zaświadczeń,
- przeciętna długość zaświadczenia – 10,83 dnia.

Skumulowana w 2023 r. (od początku roku) przeciętna długość absencji chorobowej ubezpieczonych w ZUS wyniosła 33,14 dnia. Przy czym skumulowana absencja kobiet była dłuższa o ponad 3 dni od absencji mężczyzn (31,38 dnia dla mężczyzn i 34,65 dnia dla kobiet).

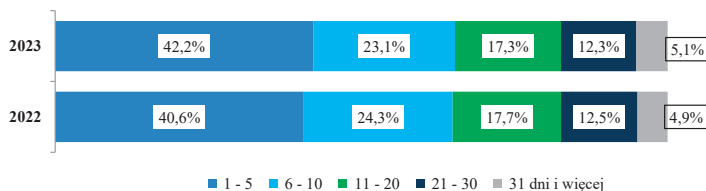
W 2023 r. przynajmniej jedno zwolnienie z tytułu choroby własnej wystawiono 7 158,6 tys. ubezpieczonym. Z tej liczby ubezpieczonych 3 859,7 tys. kobiet korzystało ze zwolnienia, stanowiły one 53,9% przebywających na zwolnieniach. Mężczyzn, którzy przynajmniej raz przebywali na zwolnieniu lekarskim, było 3 297,5 tys. i stanowili oni 46,1% przebywających na zwolnieniach.

W 2023 r. obserwuje się zmiany w orzekanej długości absencji chorobowej. Przeważały zaświadczenia lekarskie wystawione na okres od 1 do 5 dni. Wysoki odsetek stanowiły również zaświadczenia wystawione na okres niezdolności od 11 do 30 dni. W porównaniu z 2022 r. udział zwolnień wystawianych na

okres od 1 do 5 dni wzrósł z 40,6% do 42,2%, w tym zaświadczeń jednodniowych z 5,8% do 6,6%. Zmniejszył się natomiast odsetek zwolnień o długości od 6 do 10 dni z 24,3% do 23,1%, jak również zaświadczeń o długości absencji od 11 do 30 dni z 30,2% do 29,6%. Oznacza to, że w 2023 r. o 1,6 punktu procentowego zwiększył się odsetek zaświadczeń lekarskich o długości do 5 dni, a zmalał o 1,2 punktu procentowego odsetek zaświadczeń lekarskich o długości od 6 do 10 dni.

Tabela 11.5. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych w 2023 r. z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS według długości absencji chorobowej i płci

Wyszczególnienie	Liczba zaświadczeń lekarskich	Liczba zaświadczeń o orzeczonej długości absencji chorobowej w dniach:						
		1-5	w tym:		6-10	11-20	21-30	31 dni i więcej
			1 dzień					
w mln								
Ogółem	21,9	9,3	1,4	5,1	3,8	2,7	1,1	
Mężczyźni	9,7	3,9	0,5	2,5	1,9	0,9	0,5	
Kobiety	12,2	5,4	0,9	2,6	1,9	1,8	0,6	



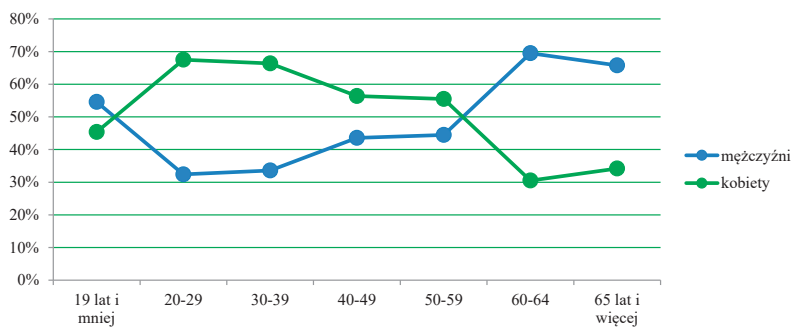
Ryc. 11.2. Struktura liczby zaświadczeń lekarskich według orzeczonej długości absencji chorobowej w latach 2022-2023

Analizując liczbę dni absencji chorobowej w korelacji z płcią i wiekiem ubezpieczonych widać wyraźnie zróżnicowanie pomiędzy przedziałami wieku. Najdłużej na zwolnieniach lekarskich przebywali ubezpieczeni w wieku pomiędzy 30. a 34. r. ż., odsetek liczby dni absencji wyniósł 14,0%. W przypadku absencji mężczyzn 12,8% dni absencji dotyczyło ubezpieczonych legitymujących się wiekiem między 60. a 64. r. ż., a 12,4% mężczyzn między 40. a 44. r. ż. W populacji kobiet najdłużej na zwolnieniach przybywały kobiety w wieku 30-34 lat, odsetek dni wykorzystany przez ubezpieczone wyniósł 17,0%.

Tabela 11.6. Struktura dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku i płci w latach 2022-2023

Wiek ubezpieczonego	2022			2023		
	Ogółem	mężczyźni	kobiety	Ogółem	mężczyźni	kobiety
w odsetkach						
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,9	1,2	0,7	1,0	1,4	0,8
20-24	5,4	5,2	5,5	4,9	4,8	5,0
25-29	12,3	8,6	15,1	11,4	8,1	14,1
30-34	14,5	10,5	17,5	14,0	10,1	17,0
35-39	13,0	11,9	13,9	12,9	11,7	13,8
40-44	11,5	12,0	11,0	12,0	12,4	11,6
45-49	11,2	11,7	10,8	11,6	12,0	11,3
50-54	10,5	10,7	10,3	11,0	11,2	10,8
55-59	10,6	11,4	10,0	10,7	11,4	10,2
60-64	7,7	12,9	3,7	7,7	12,8	3,7
65 lat i więcej	2,6	4,0	1,5	2,8	4,2	1,7

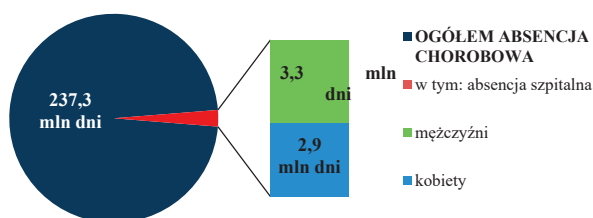
Z kolei analizując liczbę dni absencji chorobowej według płci, zauważamy, że największa różnica wystąpiła w grupie wiekowej 60-64 lata, w której to liczba dni absencji chorobowej mężczyzn była ponad dwukrotnie większa od liczby dni absencji kobiet. W grupach wiekowych 25-29 lat (69,2% liczby dni), 30-34 lata (68,4% liczby dni) oraz 35-39 lat (60,4% liczby dni) absencja chorobowa kobiet znacznie przewyższała absencję mężczyzn pod względem jej długości.



Ryc. 11.3. Zaświadczenia lekarskie wystawione z tytułu choroby własnej ubezpieczonym w ZUS według wieku i płci w 2023 r.

W 2023 r. również dłużej przebywaliśmy w szpitalach. Liczba dni absencji chorobowej związana z hospitalizacją osób ubezpieczonych w ZUS stanowiła 2,6% absencji chorobowej ogółem i wyniosła 6 180,0 tys. dni. Wystawiono 1 385,5 tys. zaświadczeń lekarskich związanych z pobytem w szpitalu, co stanowiło 6,3% ogółu zaświadczeń.

W stosunku do 2022 r., absencja związana z hospitalizacją wzrosła o 7,5% dni, zaś liczba zaświadczeń szpitalnych była wyższa o 12,9%. Jednakże przeciętna długość niezdolności do pracy przypadająca na czas pobytu w szpitalu była niższa niż w roku poprzednim i wyniosła 4,46 dnia (w 2022 r. 4,69 dnia).



Ryc. 11.4. Absencja chorobowa szpitalna z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2023 r.

Od lat wyraźnie utrzymuje się przewaga zaświadczeń wydawanych kobietom. W 2022 r. wydano kobietom 55,5% zaświadczeń lekarskich, a w 2023 r. – 55,7%.

W analizie absencji chorobowej trudno nie zauważyć, jak duży wpływ na ogólną absencję oraz na absencję populacji kobiet ma niezdolność do pracy przypadająca w okresie ciąży. Udział liczby dni absencji chorobowej kobiet w ciąży w liczbie dni absencji ogółem (tj. absencji mężczyzn i kobiet) wyniósł w 2023 r. 14,5% (w 2022 r. – 16,0%), natomiast udział liczby dni absencji chorobowej kobiet w ciąży w liczbie dni absencji chorobowej kobiet wyniósł 25,8% (w 2022 r. – 28,2%). Co ósme zaświadczenie wystawione zostało w związku z niezdolnością przypadającą w okresie ciąży i ponad ¼ liczby dni absencji chorobowej kobiet wynikała z tytułu niezdolności przypadającej w okresie ciąży.

Na zaświadczeniu lekarskim informacją oznaczającą niezdolność przypadającą w okresie ciąży jest kod literowy B. Kodu B, na wniosek ubezpieczonej, lekarz nie umieszcza w zaświadczeniu lekarskim. Zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa podanie na zaświadczeniu lekarskim tego kodu jest informacją mającą wpływ na prawo do zasiłku chorobowego oraz na jego wysokość.

W 2023 r. liczba kobiet, które chociaż jeden dzień przebywały na zwolnieniu lekarskim oznaczonym kodem literowym „B” wyniosła 304,0 tys. (w 2022 r. – 336,2 tys.).



Ryc. 11.5. Absencja chorobowa kobiet z tytułu choroby własnej ubezpieczonych w ZUS w 2023 r.

Z tytułu niezdolności do pracy przypadającej w okresie ciąży kobietom ubezpieczonym w ZUS wystawiono 1,5 mln zaświadczeń lekarskich, zaś absencja chorobowa wyniosła 34,5 mln dni. W porównaniu do 2022 r. liczba zaświadczeń wystawionych z tego tytułu była niższa o 9,4%, a liczba dni absencji chorobowej o 10,0%. Absencja przypadająca w okresie ciąży stanowiła 25,8% dni absencji chorobowej kobiet i 12,1% liczby zaświadczeń lekarskich wystawionych kobietom. W 2022 r. wartości te wyniosły odpowiednio 28,2% i 13,5%.

Tabela 11.7. Liczba dni absencji z tytułu choroby własnej kobiet ubezpieczonych w ZUS według wieku w latach 2022-2023

Wiek ubezpieczonej	Absencja kobiet ogółem		Absencja kobiet w ciąży	
	2022	2023	2022	2023
w odsetkach				
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,7	0,8	0,4	0,5
20-24	5,5	5,0	8,1	7,5
25-29	15,1	14,1	32,7	31,9
30-34	17,5	17,0	36,7	37,3
35-39	13,9	13,8	17,9	18,3
40-44	11,0	11,6	3,9	4,2
45-49	10,8	11,3	0,2	0,3
50 lat i więcej	25,5	26,4	0,0	0,0

Analizując absencję chorobową kobiet według wieku zauważamy, że najdłużej na zwolnieniu przebywały kobiety w wieku powyżej 50. r. ż. – 26,4% liczby dni wykorzystanej przez kobiety. W populacji kobiet, których niezdolność przypadała w okresie ciąży najwyższy odsetek 37,3% dni absencji chorobowej odnotowano dla kobiet w wieku między 30. a 34. r. ż. oraz w wieku 25-29 lat – 31,9% ogółu dni absencji chorobowej przypadającej w okresie ciąży.

Absencję z tytułu niezdolności do pracy przypadającej w okresie ciąży (zaświadczenia z kodem „B”) w 2023 r. powodowały najczęściej:

- opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 82,2% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet niezdolnych do pracy w okresie ciąży (28,4 mln dni absencji), w 2022 r. było to 81,6%, tj. 31,3 mln dni absencji,
- krwawienia we wczesnym okresie ciąży (O20) – 4,9% (1,7 mln dni), w 2022 r. – 5,4%, tj. 2,1 mln dni,
- nadzór nad ciążą wysokiego ryzyka (Z35) – 2,4% (0,8 mln dni),
- cukrzyca w ciąży (O24) – 1,7% (0,6 mln dni),
- poród przedwczesny (O60) – 1,1% (0,4 mln dni).

Jakie były przyczyny chorobowe niezdolności do pracy, jakie jednostki chorobowe powodowały najdłuższą absencję całej populacji osób przebywających na zwolnieniach lekarskich w 2023 r.?

Analiza liczby dni absencji w korelacji z grupami chorobowymi wskazuje, że najdłuższą niezdolność do pracy powodowały:

- choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 17,0% (w 2022 r. – 16,4%), 40,4 mln dni,
- choroby układu oddechowego – 14,5% (w 2022 r. – 14,2%), 34,3 mln dni,
- ciąża, poród i połóg – 14,2% ogółu liczby dni absencji (w 2022 r. – 15,7%), 33,7 mln dni absencji chorobowej,
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 13,4% (w 2022 r. – 13,3%), 31,8 mln dni,
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 11,0% (w 2022 r. – 10,0%), 26,1 mln dni,
- jednostki chorobowe związane z COVID-19 – 1,1% (w 2022 r. – 2,1%), 2,6 mln dni absencji.

W zależności od płci czasową niezdolność do pracy powodowały inne jednostki chorobowe.

W populacji **mężczyzn** najdłuższą absencję powodowały:

- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 5,6% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn (w 2022 r. było to również 5,6%),

- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 5,0% (w 2022 r. – 5,6%),
- bóle grzbietu (M54) – 4,8% (w 2022 r. również 4,8%),
- inne choroby krążka międzykręgowego (M51) – 3,0% (w 2022 r. również 3,0%),
- ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) (J00) – 2,9% (w 2022 r. – 3,0%).

W rankingu tym na 26 miejscu znalazła się jednostka chorobowa COVID-19 (U07.1), stanowiąc 0,9% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn (w 2022 r. było to 1,4%). Natomiast grypa (J10, J11) zajęła 41 miejsce, stanowiąc 0,5% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn (w 2022 r. – 0,3%). Jest to ponad 1,5-krotny wzrost liczby dni absencji w stosunku do 2022 r., przy czym w przypadku grypy wywołanej zidentyfikowanym wirusem (J10) jest to blisko 4-krotny wzrost liczby dni absencji.

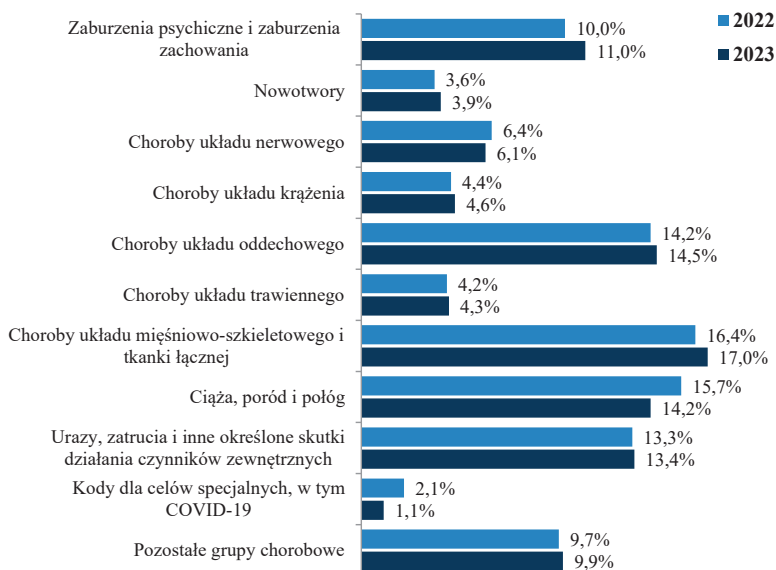
W populacji **kobiet**, od lat, najdłuższą absencją chorobową powoduje Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 21,4% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet (w 2022 r. było to 23,2%).

W dalszej kolejności są to:

- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 5,6% (w 2022 r. – 5,5%),
- reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 4,4% (w 2022 r. – 3,8%),
- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 3,0% (w 2022 r. – 3,2%),
- bóle grzbietu (M54) – 2,8% (w 2022 r. – 2,7%).

W rankingu jednostek chorobowych powodujących najdłuższą absencją chorobową, COVID-19 (U07.1) znalazł się na 15 miejscu, stanowiąc 1,1% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet (w 2022 r. było to 1,4%). Natomiast grypa (J10, J11) w rankingu tym zajęła 40 miejsce, stanowiąc 0,4% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet (w 2022 r. – 0,2%). Jest to blisko 2-krotny wzrost liczby dni absencji w stosunku do 2022 r., a w przypadku grypy wywołanej zidentyfikowanym wirusem (J10) – 4,5-krotny wzrost liczby dni absencji.

W 2023 r. już nie COVID-19 stanowił najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy. Absencja chorobowa związana z COVID-19 zmalała, natomiast wzrosła z tytułu Chorób układu oddechowego (J00-J99). Z tego tytułu zarejestrowano 6,8 mln zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 34,3 mln dni absencji chorobowej. Co stanowiło 30,8% ogółu liczby wystawionych zaświadczeń oraz 14,5% ogółu liczby dni absencji chorobowej. W porównaniu do 2022 r. oznaczało to wzrost liczby wystawionych zaświadczeń o 4,3% oraz liczby dni absencji chorobowej o 0,9%.



Ryc. 11.6. Struktura dni absencji chorobowej w latach 2022-2023 z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych

W 2023 r. ponad połowę (tj. 57,2%) tych zaświadczeń wystawiono kobietom. Duży udział w zaświadczeniach wydanych z tytułu jednostek chorobowych w tej grupie chorobowej miały zaświadczenia wydane z tytułu Ostrego zakażenia górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06), wystawiono ich w 2023 r. 2,7 mln na łączną liczbę 13,2 mln dni. Liczba ta stanowiła 40,0% zaświadczeń lekarskich wystawionych w tej grupie chorobowej oraz 38,6% liczby dni absencji chorobowej. Na uwagę zasługuje również fakt, że w 2023 r. co ósme zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej wystawione zostało właśnie z tytułu Ostrego zakażenia górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06).

W porównaniu do 2022 r. liczba zaświadczeń z tytułu Ostrego zakażenia górnych dróg oddechowych (J06) wzrosła o 4,8%, a liczba dni absencji o 0,1%. Najczęściej zaświadczenia z tego tytułu wystawiano na krótki okres – od 1 do 5 dni (67,5% wszystkich zaświadczeń z tytułu tej jednostki chorobowej), w tym zaświadczenia jednodniowe stanowiły 4,5%. W 2022 r. udziały te kształtowały się odpowiednio 63,9% i 3,8%.

Mężczyznom najczęściej wystawiano zaświadczenia lekarskie z tytułu:

- ostrego zakażenia górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 11,8% ogółu zaświadczeń wystawionych mężczyznom (w 2022 r. – 11,3%),

- ostrego zapalenia nosa i gardła (przeziębienie) (J00) – 7,4% (w 2022 r. – 7,5%),
- bólów grzbietu (M54) – 5,6% (w 2022 r. – 5,5%).

Na dziesiątym miejscu rankingu znalazła się jednostka chorobowa COVID-19 (U07.1), stanowiąc 1,5% ogółu zaświadczeń wystawionych mężczyznom (w 2022 r. – było to 2,4%).

Wśród mężczyzn dominującą przyczyną chorobową 1-dniowych zaświadczeń lekarskich wydanych w 2023 r. było Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) – 9,9% zaświadczeń (w 2022 r. – 10,1%). Kolejnymi jednostkami chorobowymi były:

- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 8,7% (w 2022 r. – 8,0%),
- inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego (K52) – 5,7% (w 2022 r. – 4,6%),
- dyspepsja (K30) – 2,6% (w 2022 r. – 3,0%),
- bóle grzbietu (M54) – 2,6% (w 2022 r. – 2,7%),
- ból w okolicy brzucha i miednicy (R10) – 2,5% (w 2022 r. – 2,4%),
- ostre zapalenie gardła (J02) – 2,1% (w 2022 r. – 2,2%).

Wśród jednostek chorobowych będących najczęstszą przyczyną wystawiania kobietom zaświadczeń lekarskich dominowały:

- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 12,8% (w 2022 r. – 12,2%),
- opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 9,8% ogółu zaświadczeń wystawionych kobietom (w 2022 r. – 10,8%),
- ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) (J00) – 7,4% (w 2022 r. – 7,5%).

Jednostka chorobowa COVID-19 (U07.1) zajęła dziewiąte miejsce w rankingu liczby zaświadczeń lekarskich wystawionych kobietom, stanowiąc 2,0% ogółu zaświadczeń wystawionych im w 2023 r. (w 2022 r. było to 2,7%).

Wśród kobiet jednostką chorobową generującą największą liczbę krótkich, 1-dniowych zaświadczeń lekarskich w 2023 r. było Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) (J00) – 8,3% zaświadczeń (w 2022 r. było to 8,7%). Kolejnymi znaczącymi jednostkami były:

- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 8,1% (w 2022 r. – 7,7%),
- inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego (K52) – 4,6% (w 2022 r. – 3,8%),
- ból w okolicy brzucha i miednicy (R10) – 3,2% (w 2022 r. – 3,0%),
- dyspepsja (K30) – 2,4% (w 2022 r. – 2,7%),
- ostre zapalenie gardła (J02) – 2,1% (w 2022 r. – 2,2%),
- migrena (G43) – 2,0% (w 2022 r. – 1,8%).

Należy tu również wspomnieć o najczęstszych przyczynach chorobowych u kobiet w okresie ciąży. W rankingu jednostek chorobowych dominowały przede wszystkim:

- opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 82,2% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet niezdolnych do pracy w okresie ciąży (28,4 mln dni absencji), w 2022 r. było to 81,6%, tj. 31,3 mln dni absencji,
- krwawienia we wczesnym okresie ciąży (O20) – 4,9% (1,7 mln dni), w 2022 r. – 5,4%, tj. 2,1 mln dni,
- nadzór nad ciążą wysokiego ryzyka (Z35) – 2,4% (0,8 mln dni),
- cukrzyca w ciąży (O24) – 1,7% (0,6 mln dni),
- poród przedwczesny (O60) – 1,1% (0,4 mln dni).

Z dniem 1 lipca 2023 r. odwołany został stan zagrożenia epidemicznego wprowadzony w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Nastąpił powrót do standardów sprzed pandemii.

W 2023 r. zarejestrowano 396,2 tys. zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu jednostki chorobowej COVID-19 (U07.1) na łączną liczbę 2 495,6 tys. dni absencji chorobowej. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba wystawionych z tego tytułu zaświadczeń lekarskich była niższa o 32,0%, natomiast liczba dni absencji chorobowej zmalała o 31,6%.

Najwięcej zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej COVID-19 (U07.1) zostało wystawionych w grudniu 2023 r. Liczba ta wyniosła 116,6 tys. zaświadczeń, co stanowiło 29,4% wszystkich zaświadczeń wystawionych w 2023 r. z tytułu COVID-19. Kolejną falę wzrostu absencji chorobowej odnotowano w marcu – 22,3% zaświadczeń lekarskich oraz 22,7% dni absencji.

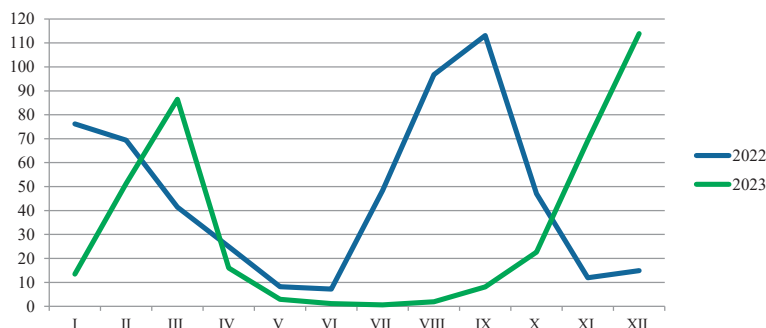
Tabela 11.8. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej COVID-19 w latach 2022-2023

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej				Liczba zaświadczeń lekarskich				
	Ogółem	w tym		Ogółem	w tym		Ogółem	w tym	
		ubezpieczeni w ZUS			ubezpieczeni w ZUS			ubezpieczeni w ZUS	ubezpieczeni w ZUS
		2022		2023		2022		2023	
w tys.									
I-XII 2023	3 650,9	3 438,2	2 495,6	2 426,5	582,5	559,5	396,2	387,5	
I	504,0	448,8	90,1	87,2	81,4	76,2	13,8	13,5	
II	422,2	376,3	345,6	336,8	74,5	69,4	52,3	51,3	
III	238,6	220,8	567,7	553,2	43,4	41,4	88,3	86,5	
IV	163,1	155,9	100,3	96,8	25,7	24,9	16,4	16	
V	54,3	52,0	18,3	17,7	8,4	8,2	3,0	2,9	

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej				Liczba zaświadczeń lekarskich				
	Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS		Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS		Ogółem	w tym ubezpieczeni w ZUS	
		2022	2023		2022	2023			
	w tys.								
VI	47,3	45,4	6,7	6,5	7,4	7,2	1,1	1,1	
VII	324,5	312,3	4,1	3,9	49,8	48,4	0,6	0,6	
VIII	658,3	632,1	12,1	11,5	99,9	96,8	1,9	1,9	
IX	756,9	731,3	51,2	49,7	116,1	113,1	8,3	8,1	
X	304,8	293,7	143,1	139,7	48,3	47,0	23,0	22,6	
XI	77,9	74,7	446,0	433,8	12,3	11,9	70,7	69,2	
XII	98,9	94,9	710,4	689,7	15,3	14,9	116,6	113,9	

Ponad połowę (tj. 60,8%) zaświadczeń z tytułu COVID-19 (U07.1) wystawiono kobietom (w 2022 r. było to 57,2%). W przypadku liczby dni absencji chorobowej procent ten wyniósł 59,5% (w 2022 r. – 55,8%).

Najczęściej zaświadczenia lekarskie z tytułu COVID19 (U07.1) wystawiano na okres od 1 do 5 dni niezdolności do pracy. Stanowiły one 43,3% wszystkich zaświadczeń, w tym 1,8% zaświadczeń jednodniowych. Na okres od 6 do 10 dni wystawiono 51,9% zaświadczeń lekarskich z tytułu COVID-19. Zaświadczenia wystawione na okres od 11 do 20 dni to 4,6% zaświadczeń. Powyżej 20 dni wystawiono 0,2% zaświadczeń lekarskich. W porównaniu z 2022 r. wzrosła – o 4,8 punktu procentowego – liczba zaświadczeń od 6 do 10 dni niezdolności do pracy. Zmniejszyła się natomiast liczba zaświadczeń wystawionych na okres do 5 dni – o 3,0 punkty procentowe.



Ryc. 11.7. Liczba zaświadczeń lekarskich (w tys.) wydanych ubezpieczonym w ZUS z tytułu choroby własnej spowodowanej COVID19 w poszczególnych miesiącach 2022 r. i 2023 r.

Zniesienie stanu zagrożenia epidemicznego spowodowanego zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, nie oznacza jednak, że ustąpiły choroby, które towarzyszyły chorobie podstawowej jaką był COVID-19. Nadal obserwuje się wzrost zachorowalności na choroby psychiczne, w tym zaburzenia depresyjne zarówno u dzieci, jak i u dorosłych.

W 2023 r. z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zostało wystawionych 1,4 mln zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 26,1 mln dni absencji chorobowej. Stanowiło to 6,4% ogółu zaświadczeń lekarskich oraz 11,0% ogółu liczby dni absencji. W porównaniu z 2022 r. wydano o 8,7% więcej zaświadczeń lekarskich i o 9,5% większą liczbę dni niezdolności do pracy. Na przestrzeni roku najwięcej – 128,3 tys. zaświadczeń lekarskich wystawiono w październiku 2023 r., stanowiły one 9,1% wszystkich zaświadczeń wystawionych z tego tytułu, na łączną liczbę 2 372,0 tys. dni.

Zaświadczenia lekarskie z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania najczęściej wystawiane były w związku z Reakcją na ciężki stres i zaburzeniami adaptacyjnymi (F43) – 33,9%, Epizodem depresyjnym (F32) – 17,9%, Zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (F33) – 8,7% oraz Innymi zaburzeniami lękowymi (F41) – 17,5%. Należy zaznaczyć, że Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) była przyczyną wzrostu o 12,0% liczby wystawionych z tego tytułu zaświadczeń lekarskich, a o 13,5% liczby dni absencji chorobowej.

Oprócz jednostek chorobowych związanych z Zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (F00-F99) na absencję chorobową związaną z chorobami psychosomatycznymi miała wpływ jednostka chorobowa Złe samopoczucie, zmęczenie (R53).

W 2023 r. z tego tytułu zostało wystawionych 84,6 tys. zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 416,7 tys. dni. Na przestrzeni ostatnich pięciu lat liczba zaświadczeń wystawionych z tego tytułu wzrosła ponad 4-krotnie: z 61,8 tys. w 2019 r. do 261,0 tys. w 2021 r.; w następnych dwóch latach zmalała o 53,4% w 2022 r. i o 69,6% w 2023 r. do poziomu sprzed pandemii.

Poziom oraz zróżnicowanie przestrzenne absencji chorobowej zależy od wielu czynników. Absencja chorobowa jest głównie skorelowana ze stanem zdrowia społeczeństwa, ale też z poziomem i wydajnością opieki zdrowotnej. Na stan zdrowia ma wpływ stopień zurbanizowania i zanieczyszczenia środowiska naturalnego, ale również środowisko pracy, trwałość firm i miejsca pracy, likwidacja przedsiębiorstw i wynikające z tego bezrobocie, ponadto dostępność opieki nad dziećmi i rozwój infrastruktury usług społecznych o charakterze opiekuńczym.

W ostatnich latach na zróżnicowanie przestrzenne absencji chorobowej wywarło wpływ rozprzestrzenianie się pandemii.

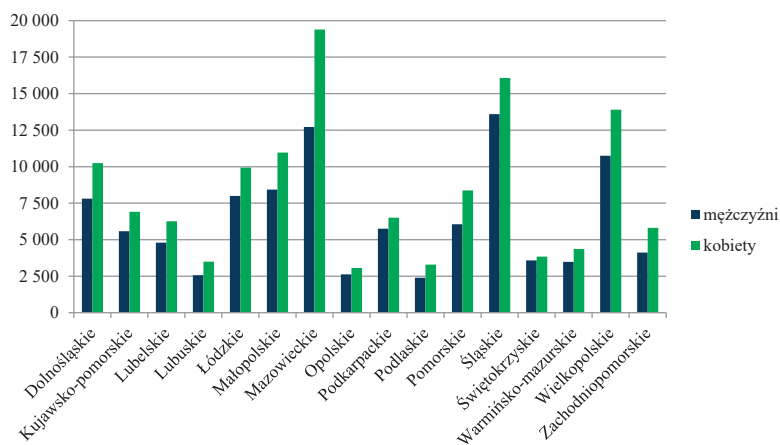
W 2023 r. najdłuższą absencją chorobową z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS odnotowano w województwach: mazowieckim (13,5% ogólnej liczby dni absencji chorobowej), śląskim (12,5%) oraz wielkopolskim (10,4%).

Dynamika liczby dni i liczby wystawionych w 2023 r. zaświadczeń lekarskich wykazuje, że w większości województw nastąpił spadek obu tych wskaźników. Jedynie w województwach małopolskim, opolskim i świętokrzyskim obserwujemy poziom absencji chorobowej na zbliżonym poziomie do 2022 r.

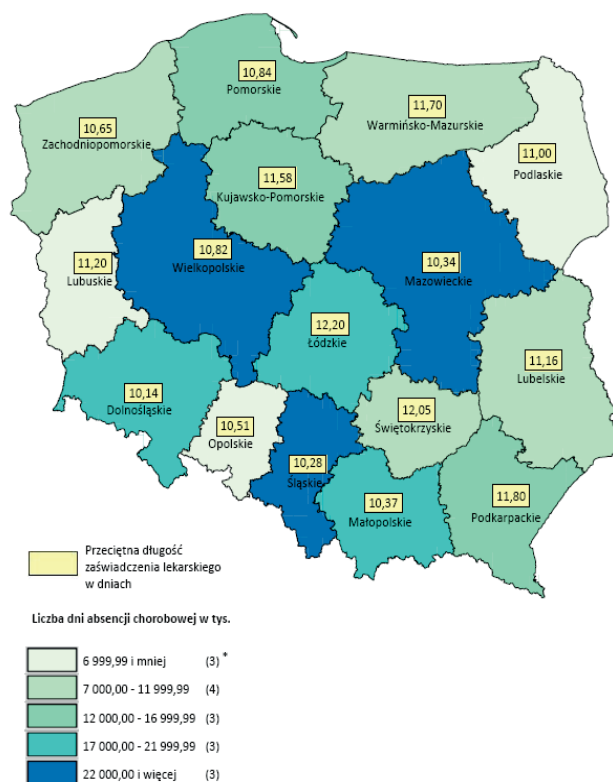
Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w tych województwach wniosła odpowiednio: 10,34 dnia, 10,28 dnia, 10,82 dnia. Dłużej niż przeciętna ogółem (10,83 dnia), na zwolnieniach przebywali: ponad 12 dni mieszkańcy województwa łódzkiego i świętokrzyskiego, ponad 11 dni mieszkańcy województw kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, podkarpackiego, podlaskiego i warmińsko-mazurskiego.

Tabela 11.9. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej w 2023 r. według województw

Województwa	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich		Dynamika liczby	
	w tys.	w %	w tys.	w %	dni absencji chorobowej	zaświadczeń lekarskich
					rok poprzedni = 100	
OGÓŁEM	237 309,7	100,0	21 912,2	100,0	99,3	100,4
w tym:						
Dolnośląskie	18 050,2	7,6	1 780,2	8,1	99,6	100,7
Kujawsko-pomorskie	12 495,8	5,3	1 079,2	4,9	98,3	98,6
Lubelskie	11 047,6	4,7	989,7	4,5	99,9	99,7
Lubuskie	6 067,2	2,6	541,8	2,5	99,8	101,4
Łódzkie	17 931,0	7,6	1 469,5	6,7	98,1	98,6
Małopolskie	19 390,5	8,2	1 869,1	8,5	100,3	102,6
Mazowieckie	32 106,0	13,5	3 103,8	14,2	99,2	101,2
Opolskie	5 687,9	2,4	541,1	2,5	101,3	101,1
Podkarpackie	12 257,5	5,2	1 038,9	4,7	99,8	100,9
Podlaskie	5 696,9	2,4	517,8	2,4	98,4	97,8
Pomorskie	14 426,8	6,1	1 331,4	6,1	99,5	101,3
Śląskie	29 675,4	12,5	2 888,0	13,2	99,4	100,3
Świętokrzyskie	7 414,7	3,1	615,4	2,8	100,2	102,2
Warmińsko-mazurskie	7 841,8	3,3	670,4	3,1	98,3	98,9
Wielkopolskie	24 659,0	10,4	2 278,3	10,4	99,1	99,5
Zachodniopomorskie	9 930,1	4,2	932,6	4,3	99,8	100,8



Ryc. 11.8. Liczba dni absencji chorobowej (w tys.) w 2023 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według płci i województw



Ryc. 11.9. Liczba dni absencji chorobowej w 2023 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według województw wraz z przeciętną długością zaświadczenia lekarskiego

Tabela 11.10. oraz ryc. 11.10. ilustrują rozkład liczby dni absencji chorobowej z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wybranymi grupami chorobowymi w poszczególnych województwach. Te wybrane grupy chorobowe generowały w 2023 r. 84,7% ogółu dni absencji chorobowej.

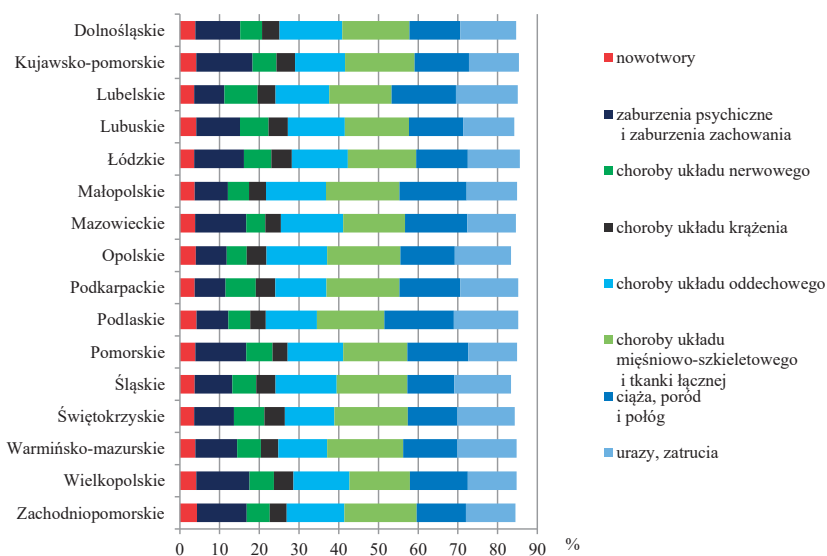
W 2023 r. najwyższy udział liczby dni absencji chorobowej w większości województw odnotowano w odniesieniu do chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Najdłużej z tego tytułu przebywali mieszkańcy województw warmińsko-mazurskiego (19,1% dni absencji w tym województwie), małopolskiego (18,5%), opolskiego (18,4%), podkarpackiego (18,4%), świętokrzyskiego (18,5%) oraz zachodniopomorskiego (18,2%). Długą absencją chorobową powodowały choroby związane z ciążą, porodem i położeniem. Najdłużej z tego tytułu na zwolnieniu przebywały kobiety w województwach lubelskim (16,2% liczby dni w województwie), małopolskim (16,9%) i podlaskim (17,5%).

Udział liczby dni absencji chorobowej z tytułu chorób układu oddechowego w każdym z województw kształtował się na poziomie od 12,3% do 15,8%. Najwyższy odsetek odnotowano w województwach dolnośląskim (15,8%) i mazowieckim (15,7%) liczby dni absencji w każdym z tych województw. W przypadku zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania największą liczbę dni niezdolności do pracy odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (14,2% dni absencji chorobowej w tym województwie) i w województwie wielkopolskim (13,4%).

Tabela 11.10. Struktura liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej ubezpieczonych w ZUS wybranych grup chorobowych według województw w 2023 r.

Województwa	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	no-wo-twory	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	choroby układu nerwowego	w tym:				ciąża, poród i po-łóg	urazy, zatrucia
					choroby układu krążenia	choroby układu oddechowego	choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	w odsetkach		
OGÓŁEM	100,0	3,9	11,0	6,1	4,6	14,5	17,0	14,2	13,4	
w tym:										
Dolnośląskie	100,0	3,9	11,3	5,5	4,4	15,8	16,9	12,8	14,1	
Kujawsko-pomorskie	100,0	4,1	14,2	6,0	4,7	12,6	17,5	13,7	12,6	
Lubelskie	100,0	3,6	7,6	8,4	4,5	13,5	15,7	16,2	15,6	
Lubuskie	100,0	4,1	11,0	7,2	4,9	14,3	16,2	13,6	12,9	
Łódzkie	100,0	3,6	12,5	6,9	5,2	14,1	17,2	13,0	13,1	

Województwa	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	nowotwory	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	choroby układu nerwowego	w tym:					ciąża, poród i połóg	urazy, zatrucia
					choroby układu krążenia	choroby układu oddechowego	choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	cięża, poród i połóg	urazy, zatrucia		
w odsetkach											
Małopolskie	100,0	3,7	8,4	5,3	4,3	15,1	18,5	16,9	12,7		
Mazowieckie	100,0	3,8	12,9	4,8	3,9	15,7	15,6	15,7	12,2		
Opolskie	100,0	4,0	7,8	5,0	5,0	15,3	18,4	13,7	14,2		
Podkarpackie	100,0	3,7	7,8	7,6	4,9	12,9	18,4	15,3	14,6		
Podlaskie	100,0	4,2	8,0	5,5	3,9	12,9	17,0	17,5	16,2		
Pomorskie	100,0	3,9	12,8	6,6	3,8	14,0	16,2	15,3	12,3		
Śląskie	100,0	3,7	9,5	6,0	4,9	15,4	17,8	11,8	14,3		
Świętokrzyskie	100,0	3,6	10,0	7,7	5,1	12,5	18,5	12,4	14,5		
Warmińsko-mazurskie	100,0	3,9	10,5	6,0	4,4	12,3	19,1	13,6	15,0		
Wielkopolskie	100,0	4,1	13,4	6,2	4,9	14,1	15,2	14,6	12,3		
Zachodniopomorskie	100,0	4,3	12,5	5,8	4,3	14,5	18,2	12,4	12,5		



Ryc. 11.10. Struktura liczby dni absencji chorobowej ubezpieczonych w ZUS z tytułu choroby własnej z powodu wybranych grup chorobowych i według województw w 2023 r.

12. SUBIEKTYWNA OCENA ZDROWIA I POZIOMU ZASPOKOJENIA POTRZEB ZDROWOTNYCH

Stefan Bogusławski, Katarzyna Wróbel, Jakub Stokwiszewski, Anna Smaga,
Bogdan Wojtyniak

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy prowadzi cykliczne badania subiektywnych i niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa.

Przedmiotem analizy zbieranych danych jest subiektywna ocena stanu zdrowia oraz poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, pozyskana w trakcie badań społecznych przeprowadzonych na reprezentatywnych próbach dorosłych mieszkańców Polski.

Poniżej prezentowane dane pochodzą z badania przeprowadzonego przez NIZP PZH – PIB w 2025 roku. W wybranych zakresach przeprowadzono porównania do wyników analogicznego badania zrealizowanego w 2018 roku, a zatem w okresie przed pandemią COVID19.

Badane przeprowadzono metodą bezpośredniego wywiadu (*Computer Assisted Personal Interview - CAPI*) na reprezentatywnej, losowo-kwotowej próbie ludności Polski w wieku 20 lat i więcej.

W 2025 r. badaniem objęto 3000 osób. Próba została podzielona na 5 warstw wg wieku: 20–39 (N=800), 40–59 lat (N=800), 60–74 (N=800), 75–84 (N=400), 85 lat i powyżej (N=200) oraz była reprezentatywna w zakresie zmiennych demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania – region i wielkość miejscowości). W 2018 w badaniu uczestniczyło także 3000 respondentów, próbę podzielono wg wielkości miejscowości proporcjonalnie do liczby ich mieszkańców, w próbie w każdym województwie zachowano proporcję pod względem płci oraz wieku (20–39, 40–59, 60+). Na poziomie całego kraju dodatkowo zachowano proporcję mieszkańców miast i wsi według płci i wieku.

Na etapie analizy danych, wyniki zostały poddane ważeniu względem struktury wieku, odpowiadającej jej rozkładowi w populacji osób dorosłych w Polsce.

Porównania z poprzednią edycją badania, uwzględniają zmianę w strukturze płci, wieku, miejsca zamieszkania pomiędzy 2018 i 2025 r.

Pomiędzy kolejnymi edycjami badania starano się w jak największym stopniu zachować spójność kwestionariusza, w celu umożliwienia analizy zmian w czasie pod kątem postrzeganego stanu zdrowia, zachowań i potrzeb zdrowotnych. Kwestionariusz przechodzi w kolejnych edycjach aktualizacje jedynie w niezbędnym zakresie, adekwatnym do bieżących potrzeb badawczych.

Narzędzie stosuje zarówno autorskie pytania, jak również opiera się o standardowe pytania stosowane w europejskich badaniach dotyczących stanu zdrowia – EHIS oraz EU-SILC (np. w zakresie samooceny stanu zdrowia, chorób przewlekłych, bólu, badania aktywności fizycznej, wsparcia społecznego i wykluczenia) oraz walidowane kwestionariusze do oceny objawów lęku (GAD-2) depresji (PHQ-9), jakości snu (Single-Item Sleep Quality Scale), postaw wobec szczepień (SPW).

W niniejszym rozdziale omówione zostaną następujące, wybrane zagadnienia zawarte w ankietach badawczych:

- ogólna samoocena stanu zdrowia
- ocena niezrealizowanych potrzeb zdrowotnych
- korzystanie ze świadczeń zdrowotnych finansowanych publicznie przez NFZ i finansowanych niepublicznie – bezpośrednie opłaty osób korzystających ze świadczeń oraz finansowane za pośrednictwem abonamentów medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych.

Subiektywna ocena stanu zdrowia

Jak wyjaśniono w poprzedniej edycji „Raportu o stanie zdrowia ludności Polski i jego determinantach”¹, jedną z najważniejszych miar opisujących jakość życia w kontekście zdrowia jest jego subiektywna ocena. Jest ona dokonywana przez respondentów przy pomocy pięciostopniowej skali, od określenia „bardzo dobrze” do „bardzo źle”. Jest to ocena bez jakiegokolwiek odniesienia (np. do innych osób w danym wieku czy oczekiwań) i nie jest ona również obiektywizowana – bazuje na odczuciu respondenta, jest przez niego dokonywana w odniesieniu do własnych przekonań i postaw. Domyślnie obejmuje różne wymiary zdrowia – fizyczne, emocjonalne, społeczne i odnosi się do stanu w momencie

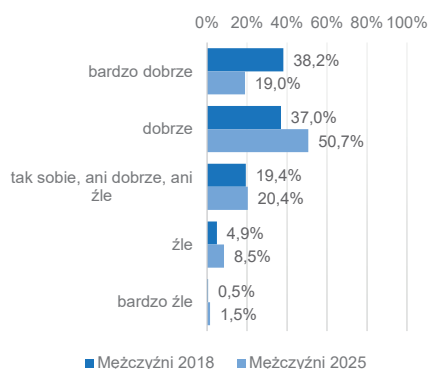
¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022. <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>

dokonywania oceny, ale w dłuższej perspektywie czasowej (nie jest obciążona krótkotrwałym pogorszeniem zdrowia np. z powodu trwającej infekcji). Uznaje się, że subiektywna ocena stanu zdrowia jest trafnym predyktorem bieżących lub przyszłych potrzeb zdrowotnych i umieralności (w grupie osób starszych)².

Wyniki badania w 2025 r. wskazują na obniżenie poziomu przeciętnej samooceny stanu zdrowia kobiet i mężczyzn ludności Polski w wieku powyżej 20 lat w porównaniu do 2018 r. Pogorszenie się wielkości tego ważnego wskaźnika może wskazywać na wzrost dynamiki obciążenia systemu ochrony zdrowia w przyszłości, ponad obserwowane trendy.

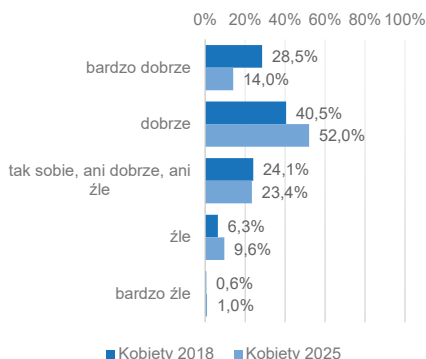
W porównaniu z 2018 r., odnotowano wyraźny spadek liczby osób deklarujących bardzo dobry stan zdrowia, we wszystkich analizowanych przekrojach społeczno-demograficznych, przede wszystkim na rzecz wzrostów w ocenach „dobrych”. Obecnie tylko 19% mężczyzn i 14% kobiet tak ocenia swój stan jako „bardzo dobry”, podczas gdy 6 lat wcześniej było to odpowiednio 38,2% i 28,5%. Znacząco wzrosły odsetki osób określających swój stan zdrowia jako „zły” (ryc. 12.1. i ryc. 12.2.).

Subiektywna ocena stanu zdrowia zależy od czynników społeczno-demograficznych, takich jak wiek i wykształcenie. Im młodsza podgrupa badana, tym jest większy odsetek osób dobrze oceniających swoje zdrowie. Podobnie, wyższe oceny częściej obserwowane są w grupach o średnim lub wyższym wykształceniu (odpowiednio 72,1% i 75,0% dla mężczyzn oraz 64,8%, 77,4% dla kobiet w 2025 roku, vs około 60,0% dla mężczyzn z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz odpowiednio 42,0% i 55,4% dla kobiet.) Jeśli chodzi o poziom dochodów osób badanych, nie obserwuje się prostych zależności z poziomem samooceny zdrowia.



Ryc. 12.1. Subiektywna ocena stanu zdrowia, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

² Palladino, R. et al. (2016), „Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries”, *Age and Ageing*, Vol. 45/3, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw044>



Ryc. 12.2. Subiektywna ocena stanu zdrowia, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

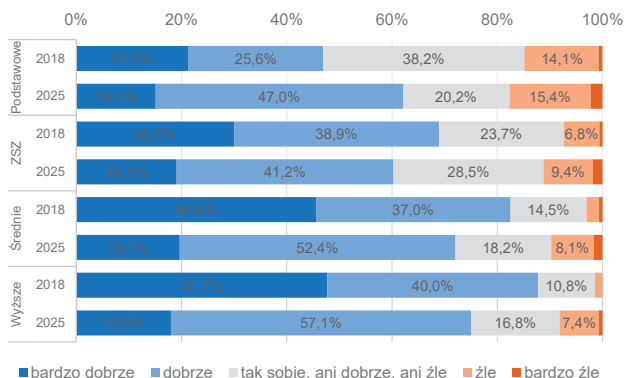
Subiektywna ocena stanu zdrowia jest najniższa wśród osób najstarszych i osób z niższym poziomem wykształcenia. Swoje zdrowie ocenia źle lub bardzo źle 36,0% mężczyzn i 31,8% kobiet w wieku 75 lat lub starszych oraz 17,7% mężczyzn i 27,7% kobiet z wykształceniem podstawowym. [Tab. 12.1. i 12.2.]

W porównaniu do 2018 r., zwiększył się odsetek osób deklarujących zły lub bardzo zły stan zdrowia, zwłaszcza wśród osób z wyższym i średnim wykształceniem, a także osób w relatywnie dobrej sytuacji ekonomicznej. Istotne pogorszenie samooceny stanu zdrowia w opisywanych latach nastąpiło także u osób w rocznikach 60-74 i 75+. Odsetek złej i bardzo złej oceny stanu zdrowia jest najwyższy wśród osób o wykształceniu podstawowym. Podobną sytuację obserwuje się wśród osób o trudnej sytuacji ekonomicznej w gospodarstwie domowym.

Dane wskazują grupy społeczne o potencjalnie gorszym od przeciętnego stanie zdrowia, wymagających zwiększonych interwencji w zakresie zdrowia publicznego i medycyny naprawczej adresowanych specyficznie do tych grup.

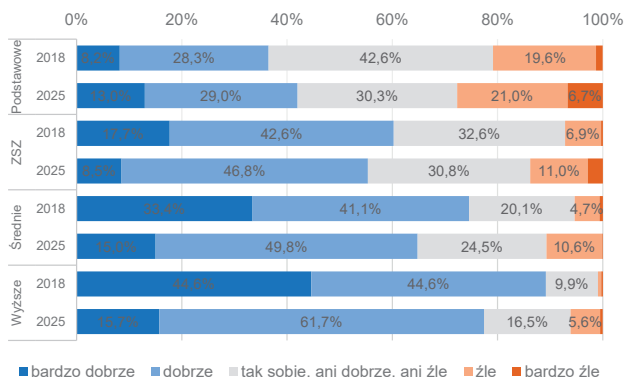
Negatywny trend występuje w łącznej analizie pozytywnych ocen zdrowia – dobrych i bardzo dobrych. Szczególnie wyraźne spadki od 2018 r. nastąpiły wśród osób w relatywnie dobrej sytuacji ekonomicznej (spadek o ok. 11 p.p. wśród mężczyzn i 8 p.p. wśród kobiet.), w grupie mężczyzn z wyższym wykształceniem (-13 pkt proc) i kobiet do 39 r. ż. (-6 pkt proc.). Spadki utrzymują się po zastosowaniu wag korygujących zmianę w strukturze społeczno-demograficznej populacji pomiędzy edycjami badania (ryc. 12.3 do ryc. 12.6).

Ocena sytuacji ekonomicznej oparta jest na trzech pytaniach dotyczących występowania w gospodarstwie domowym trudności z płaceniem rachunków, zakupem żywności i ubrań. Osoby wskazujące wystąpienie minimum jednej z tych trudności „zawsze”, „często” lub „czasem”, są kwalifikowane do grupy o najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej, natomiast osoby nigdy nie doświadczające tych sytuacji – do grupy o najlepszych uwarunkowaniach.

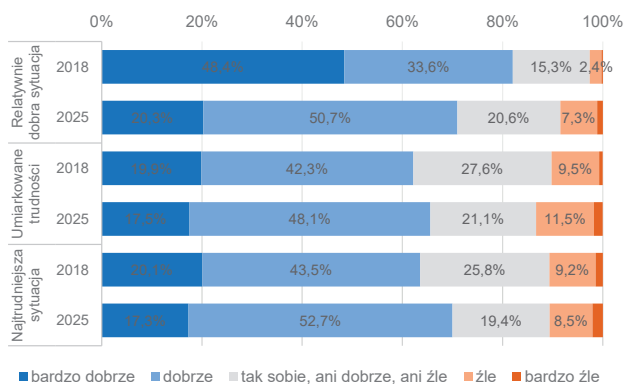


*ZSZ: wykształcenie zasadnicze zawodowe

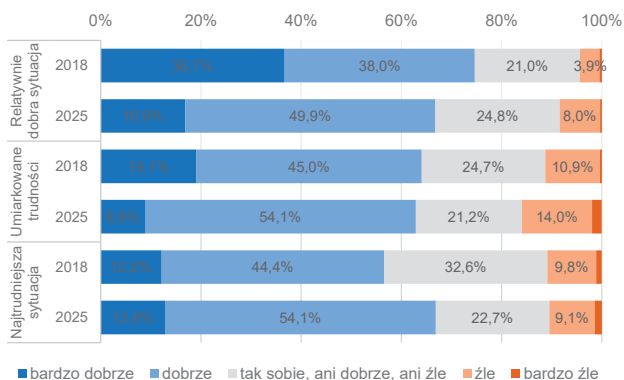
Ryc. 12.3. Ogólna ocena stanu zdrowia w grupach wykształcenia, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)



Ryc. 12.4. Ogólna ocena stanu zdrowia w grupach wykształcenia, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)



Ryc. 12.5. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od sytuacji ekonomicznej, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)



Ryc. 12.6. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od sytuacji ekonomicznej, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

Tabela 12.1. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od cech społeczno-demograficznych, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

		Mężczyźni			
		2018		2025	
		Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/źle	Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/źle
Wiek (lata)	20-39	94,7%	1,2%	92,5%	2,8%
	40-59	80,6%	3,0%	77,1%	4,2%
	60-74	46,5%	9,1%	41,5%	21,6%
	75 +	13,8%	33,2%	16,0%	36,0%
Wykształcenie	Podstawowe	46,9%	14,8%	62,1%	17,7%
	ZSZ	68,9%	7,4%	60,3%	11,2%
	Średnie	82,5%	3,0%	72,1%	9,7%
	Wyższe	87,7%	1,4%	75,0%	8,1%
Wielkość miejscowości	Wieś	76,9%	4,7%	71,9%	8,8%
	do 10 tys.	79,8%	2,4%	65,8%	10,6%
	10.tys.-20.tys.	76,4%	5,7%	64,3%	10,7%
	20.tys.-50-tys.	74,1%	4,6%	64,8%	8,5%
	50-tys.-100 tys.	76,4%	8,0%	55,0%	14,2%
	100 tys.-200 tys. 200 tys. i więcej	73,9% 70,6%	6,9% 6,7%	69,9% 73,5%	12,6% 10,8%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza	63,5%	10,7%	70,0%	10,6%
	Umiarkowane trudności	62,2%	10,2%	65,6%	13,3%
	Relatywnie dobra	82,0%	2,6%	71,0%	8,5%

Tabela 12.2. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od cech społeczno-demograficznych, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

		Kobiety			
		2018		2025	
		Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/zła	Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/zła
Wiek (lata)	20-39	93,1%	0,7%	86,8%	3,4%
	40-59	75,2%	4,2%	80,6%	5,5%
	60-74	45,2%	10,3%	41,2%	16,6%
	75 +	22,3%	28,8%	23,3%	31,8%
Wykształcenie	Podstawowe	36,5%	20,9%	42,0%	27,7%
	ZSZ	60,3%	7,2%	55,4%	13,8%
	Średnie	74,6%	5,3%	64,8%	10,7%
	Wyższe	89,2%	0,9%	77,4%	6,1%
Wielkość miejscowości	Wieś	71,3%	5,8%	66,0%	10,0%
	do 10 tys.	68,4%	8,7%	71,8%	10,2%
	10.tys-20.tys.	71,0%	4,6%	70,8%	5,8%
	20.tys-50.tys.	66,4%	10,6%	65,1%	9,9%
	50-tys.-100 tys.	74,8%	4,0%	71,3%	11,6%
	100 tys.-200 tys.	60,4%	12,3%	60,7%	12,5%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	200 tys. i więcej	67,4%	6,0%	62,9%	12,6%
	Najtrudniejsza	56,6%	10,9%	66,9%	10,5%
	Umiarkowane trudności	64,1%	11,3%	62,9%	15,9%
	Relatywnie dobra	74,7%	4,4%	66,8%	8,4%

Warto zaznaczyć, że struktura ocen stanu zdrowia zaobserwowana z badania NIZP PZH – PIB jest rozmiarowo zgodna z wynikami europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC, na grupie osób od 16 r. ż. z 2023 r., w którym 66,1% mężczyzn i 60,0% kobiet określiło swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych

W porównaniu do 2018 r., wzrosła liczba osób deklarujących występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, w tym, w szczególności, problemów, które sprawiają poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.

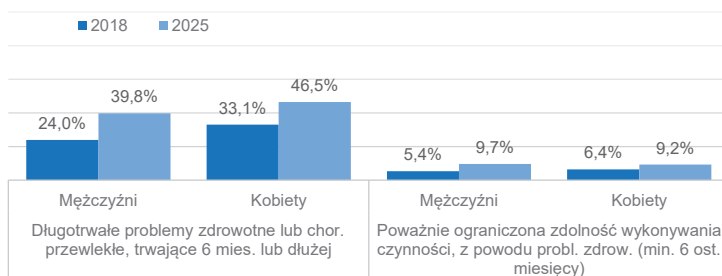
Trend pogorszenia się samooceny stanu zdrowia w porównaniu do 2018 r. jest spójny z bardzo znaczącym wzrostem odsetka osób deklarujących występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, a w szczególności, problemów, które sprawiają poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.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

W 2025 r. 39,8% mężczyzn i 46,5% kobiet zgłasza problemy zdrowotne trwające od min. 6 miesięcy (co stanowi wzrost o ok. 16 i 13 p.p. w porównaniu z 2018 r.). Różnica między płciami jest związana z inną strukturą wieku w tych grupach i w związku z tym maleje po zastosowaniu odpowiedniej standaryzacji danych (44,9% mężczyzn i 41,9% kobiet po standaryzacji wg wieku) (ryc. 12.7).

Z kolei z dolegliwościami, które poważnie ograniczają codzienne funkcjonowanie zmagają się około 9% mężczyzn i kobiet, odpowiednio o 4 i 3 p.p. więcej niż w 2018 r.). Wzrosty utrzymują się po standaryzacji struktury społeczno-demograficznej danych z poprzedniej edycji badania.

Analizując dane w przekrojach demograficznych, odnotowano wyraźnie duży wzrost odsetka osób odczuwających długotrwałe problemy zdrowotne wśród osób w wieku 40-59 lat (z 25,6% do 45,8% dla kobiet, z 17,2% do 38,8% wśród mężczyzn) oraz wśród osób w relatywnie dobrej sytuacji finansowej (z 18,3% do 35,6% mężczyzn oraz z 28,9% do 43,9% kobiet). W starszych i mniej zamożnych grupach odsetki te są jeszcze wyższe, nie odnotowano jednak tak dużego przyrostu.

Jeśli chodzi o rozpowszechnienie problemów zdrowotnych poważnie ograniczających funkcjonowanie, grupa, w której dokonała się największa zmiana to mężczyźni z wykształceniem podstawowym – odnotowano dwukrotny wzrost z 14,1% do 28,2% i młode kobiety (20-39 lat) – skok z 1,1 do 8,6%.



Ryc. 12.7. Obciążenie problemami zdrowotnymi, deklarowane w badaniu ankietowym, wg płci (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

Znacząca część ludności Polski deklaruje objawy depresji klasyfikowane jako u stopień umiarkowany lub wysoki. Zjawisko to dotyczy zwłaszcza osób w trudnej

sytuacji ekonomicznej i z niższym stopniem wykształcenia. U kobiet to zjawisko jest wyraźnie bardziej widoczne niż u mężczyzn.

Należy zwrócić uwagę, iż w 2018 r. badanie było prowadzone w miesiącu wrześniu, zaś w 2025 r. w miesiącu lutym, co może wpływać na odsetek osób deklarujących objawy depresji. Jednak odnotowywane wzrosty są niepokojące i wymagają dalszej, pogłębionej obserwacji.

W badaniu prowadzonym w 2025 r. zadano pytania dotyczące dobrostanu psychicznego, w zakresie występowania objawów depresji w ostatnich 2 tygodniach (na skali PHQ-9), objawów lęku uogólnionego (na skali GAD-2) oraz jakości snu w ostatnich 7 dniach, wyrażonej na 11-stopniowej skali SQS,

Objawy depresji klasyfikowanej jako umiarkowana do ciężkiej, zgłasza obecnie 16,2% mężczyzn i 19,9% kobiet, podczas gdy w 2018 r. było to 8,4% i 10,7% (ryc. 12.8).

Wyraźny wzrost rozpowszechnienia objawów depresyjnych nastąpił w grupach osób w wieku produkcyjnym, tzn. do 59 r. ż. i wśród osób z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym. Należy jednak zaznaczyć, że nadal, grupa wiekowa w której odnotowuje się najczęstsze występowanie objawów depresji to seniorzy, powyżej 75 r. ż. (25,2-26,9% mężczyzn i kobiet), a w przypadku, gdy rozpatrywany jest status ekonomiczny gospodarstwa domowego – osoby w najtrudniejszej sytuacji finansowej (około 36% mężczyzn i kobiet w tej grupie).

W populacji 20-39 lat problem dotyczy 13,0% mężczyzn i 23,1% (wzrost o 8 i 17 pkt proc), natomiast w grupie 40-59 lat, jest to 17,7% mężczyzn 20,8% kobiet (wzrost odpowiednio o 10 i 13 p.p.). Z kolei wśród osób z wykształceniem podstawowym, objawy depresji klasyfikowanej jako umiarkowana do ciężkiej, zgłaszało 36,2% mężczyzn i 42,8% kobiet (wzrosty o około 18 p.p.), wyraźnie wyższe odsetki niż wśród osób o wyższych stopniach wykształcenia. Po zastosowaniu standaryzacji wyników ze względu na strukturę wieku i płci w różnych grupach definiowanych wykształceniem, częstość występowania objawów depresji dodatkowo wzrasta (do 50,5%) wśród kobiet z wykształceniem podstawowym.

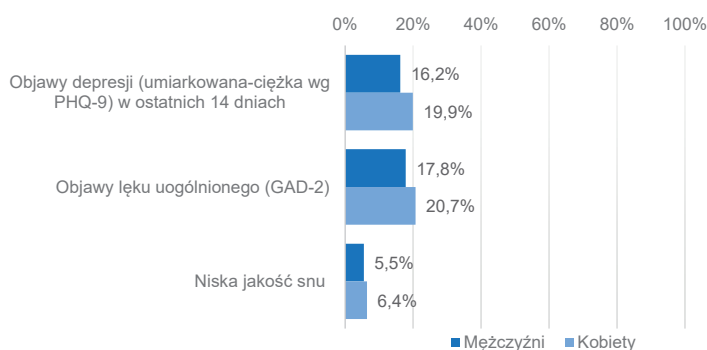
Duży odsetek badanych deklaruje objawy lęku uogólnionego. Kobiety istotnie częściej deklarują lęk niż mężczyźni.

Pytanie o lęk uogólniony w badaniu zadano po raz pierwszy. Wyniki wskazują na wysoki poziom lęku, zwłaszcza wśród ludzi młodszych. Jest to niepokojące zjawisko, wymagające dodatkowych, pogłębionych badań.

Podobnie jak w przypadku depresji, objawy lęku uogólnionego zgłaszane są częściej przez kobiety (20,7% vs. 17,8% mężczyzn) szczególnie kobiety w wieku produkcyjnym (ryc. 12.8). 25,0% i 23,1% kobiet w wieku 20-39 i 40-59 odczuwała objawy lękowe w ostatnich 2 tygodniach, w porównaniu do 17,3-19,5% mężczyzn w analogicznych grupach wiekowych.

Objawy lękowe wskazywane są przez bardzo duży odsetek osób w złej sytuacji ekonomicznej i z wykształceniem podstawowym: specyficznie dotyczy to 37,8% mężczyzn i 33,3% kobiet w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej oraz 31,9% mężczyzn i 37,7% kobiet z wykształceniem podstawowym. W pozostałych grupach definiowanych statusem ekonomicznym lub wykształceniem, odsetek ten nie przekracza 20%. Proporcje te nie zmieniają się istotnie po zastosowaniu standaryzacji według struktury płci i wieku w analizowanych podgrupach.

Stosunkowo niewielkie odsetki badanych osób deklarują niską jakość snu. Częściej niską jakość snu (punktacja ocen od 0 do 3 na skali 0-10), deklarują osoby z wykształceniem zawodowym - 7,9% mężczyzn, lub podstawowym - 12,8 % kobiet, oraz 9,3% i 8,5 % mniej zamożnych mężczyzn i kobiet.



Ryc. 12.8. Obciążenie problemami związanymi z dobrostanem psychicznym, wg płci (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

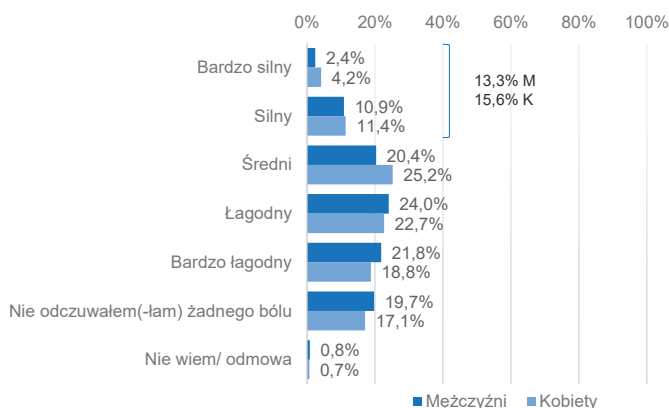
Duży odsetek badanych deklaruje silne dolegliwości bólowe. Ponownie, kobiety wyraźnie częściej deklarują takie dolegliwości niż mężczyźni. Prawie 20% osób odczuwających dolegliwości bólowe uznaje, że ból przeszkadza im w normalnej aktywności, co oznacza nadal wysokie odsetki: 13% mężczyzn i 17% kobiet w ogólnej populacji osób powyżej 20 r. ż. w Polsce.

Wysoki poziom deklarowanych dolegliwości bólowych w badanej populacji, utrudniających normalną aktywność wymaga pogłębionych badań. Dolegliwości bólowe powodują zwiększony popyt na świadczenia medyczne a także obniżenie efektywności ekonomicznej pracy w postaci prezenteizmu i absenteizmu. Równocześnie, wielu z tych dolegliwościom można zapobiegać za pomocą modyfikacji stylu życia i zmniejszeniu czynników ryzyka takich jak nadwaga i otyłość, czy niedostateczna aktywność fizyczna.

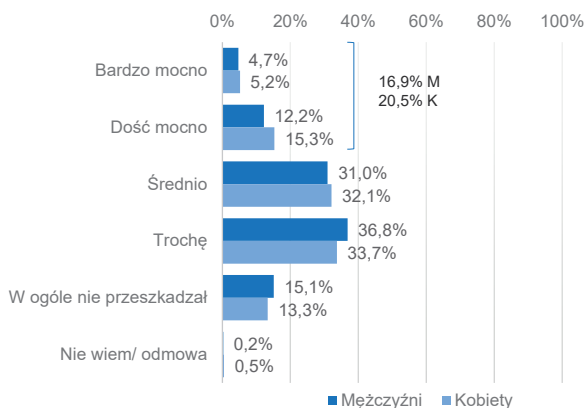
W bieżącej edycji badania ankietowego, respondentom zadano pytanie czy w okresie ostatnich 4 tygodni odczuwali ból fizyczny – tzn. o jego natężenie, oraz

czy przeszkadzało im to w normalnej pracy, zwykłych codziennych obowiązkach takich jak nauka, praca zawodowa i prace domowe.

Silne lub bardzo silne dolegliwości bólowe zgłasza 13,3% mężczyzn i 15,6% kobiet (ryc. 12.9). Spośród osób doświadczających bólu o dowolnym nasileniu, aż 16,9% mężczyzn i 20,5% kobiet oceniło, że dolegliwość ta przeszkadzała w wykonywaniu normalnej pracy (w tym nauki, pracy zawodowej czy w domu) (ryc. 12.10). Po standaryzacji struktury wieku, różnice pomiędzy płciami zanikają, zbliżając się do poziomu 14% silnego/bardzo silnego bólu w obu grupach oraz 18,0% – 19,7% (odpowiednio mężczyzn i kobiet odczuwających ból), deklaracji o trudnościach w wykonywaniu pracy.



Ryc. 12.9. Dolegliwości bólowe odczuwane w okresie ostatnich 4 tygodni, wg płci (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)



Ryc. 12.10. Ocena stopnia w jakim dolegliwości bólowe przeszkadzały w normalnej pracy, w okresie ostatnich 4 tygodni, wg płci, n=1256 mężczyzn, 1260 kobiet deklarujących odczuwanie bólu (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

Nie obserwuje się dużego zróżnicowania w częstotliwości występowania bólu w podgrupach wyznaczonych czynnikami demograficznymi, poza kobietami z wykształceniem podstawowym, wśród których wyraźnie częściej występuje silny lub bardzo silny ból fizyczny (29,6%) w porównaniu do osób w grupach o wyższym poziomie wykształcenia (poniżej 20%). Przy czym rozpatrując ból, który przeszkadza w codziennych obowiązkach, jest wyraźnie częstszy już nie tylko u kobiet, ale także wśród mężczyzn z wykształceniem podstawowym (23,6% mężczyzn i 28,0% kobiet w tej grupie, zgłaszających dolegliwości bólowe o dowolnym nasileniu).

Korzystanie z usług zdrowotnych w ramach NFZ i prywatnych świadczeniodawców

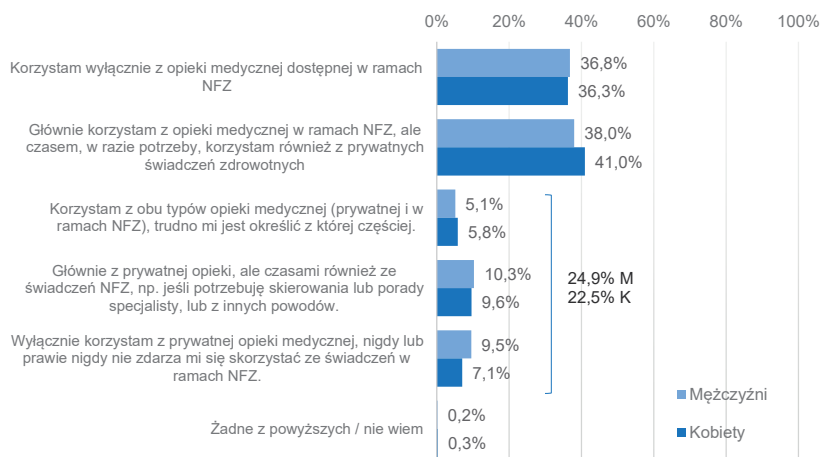
Odsetek osób w dużym stopniu lub wyłącznie korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie jest znaczący i waha się między 24,6% u mężczyzn i 22,5% u kobiet.

Osoby te odciążają system finansowany publicznie, są jednak potencjalnie narażone na nieefektywne wydatki na zdrowie wynikające m.in. z braku opieki kompleksowej i koordynowanej.

W celu określenia w jakim stopniu respondenci korzystają z prywatnych usług zdrowotnych, w ankiecie poproszono o wybranie z predefiniowanej listy stwierdzeń, jednego, które najlepiej opisuje sposób, w jaki zazwyczaj korzystają z opieki zdrowotnej w typowych codziennych sytuacjach (tzn. nie uwzględniając pobytów w szpitalu lub nagłych wypadków).

36,8% mężczyzn i 36,3% kobiet twierdzi, że korzysta wyłącznie z publicznej służby zdrowia. Podobny odsetek – 38,0% mężczyzn i 41,0% kobiet – czasem korzysta z prywatnej opieki medycznej, ale swoje potrzeby zdrowotne realizuje głównie w ramach NFZ. 22,5% mężczyzn i 24,9% kobiet polega już w większym stopniu na świadczeniach prywatnych, przy czym 9,5% mężczyzn i 7,1% kobiet twierdzi, że jest to ich wyłączne źródło opieki medycznej (ryc. 12.11).

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



Ryc. 12.11. Profil korzystania ze świadczeń medycznych - prywatnych i w ramach NFZ, wg płci (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

Wyniki badania pozwalają przeanalizować profil społeczno-demograficzny osób w zależności od sposobu korzystania ze świadczeń finansowanych publicznie i prywatnie.

Charakterystyce poddano trzy podgrupy: 1. osoby deklarujące korzystanie wyłącznie ze służby zdrowia w ramach NFZ, 2. osoby którym zdarza się skorzystać w razie potrzeby ze świadczeń prywatnych, ale nadal opierają się głównie na opiece opłacanej przez NFZ, 3. grupę, która w porównywalnym z opieką w ramach NFZ lub większym stopniu, korzysta z usług finansowanych niepublicznie.

Osoby intensywniej (lub wyłącznie) korzystające z opieki medycznej finansowanej niepublicznie, to częściej osoby młode (osoby w wieku 20-39 lat stanowią wśród nich około 43%, podczas gdy w pozostałych podgrupach jest to maksymalnie 32%) oraz kobiety z wykształceniem wyższym (43% kobiet vs. 18,6% -33,3% w pozostałych podgrupach według sposobu korzystania ze świadczeń), a także kobiety w dużych miastach (26,3% vs. 16,3-17% kobiet korzystających częściej ze świadczeń finansowanych przez NFZ) (Tab. 12.3).

Warto zaznaczyć, że dość duży odsetek, tzn. 41,2% mężczyzn i 31,9% kobiet, korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie, na podstawie swoich odpowiedzi zaklasyfikowanych zostało do podgrupy o najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej w gospodarstwie domowym. Wśród osób korzystających wyłącznie ze świadczeń NFZ, jest to odpowiednio 26,8% mężczyzn i 35,4% kobiet.

Populacja osób, które z trudem finansują wydatki na zdrowie, w bardzo dużym odsetku (znacząco powyżej 50%) deklaruje wysokie obciążenie problemami

zdrowotnymi. Można uznać, że osoby te (w swojej percepcji) potrzebują świadczeń medycznych, ale nie mając wystarczającego dostępu do świadczeń bezpłatnych, uzyskują je w sektorze finansowanym niepublicznie. W efekcie ich wydatki na zdrowie przekraczają możliwości finansowe.

Tabela 12.3. Charakterystyka osób wg profilu korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej publicznie i niepublicznie (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

		Mężczyźni			Kobiety		
		Wyłącznie NFZ	Głównie NFZ	Świadczenia prywatne*	Wyłącznie NFZ	Głównie NFZ	Świadczenia prywatne*
Wiek (lata)	20-39	31,8%	27,9%	42,6%	24,8%	24,9%	43,3%
	40-59	37,8%	35,1%	36,5%	34,8%	33,6%	33,5%
	60-74	24,7%	28,9%	15,8%	31,0%	29,0%	14,9%
	75 +	5,7%	8,2%	5,2%	9,5%	12,6%	8,3%
Wykształcenie	Podstawowe	3,8%	2,2%	6,7%	6,4%	2,6%	3,6%
	ZSZ	23,4%	23,1%	23,5%	24,6%	13,4%	13,3%
	Średnie	51,6%	50,5%	43,9%	50,5%	50,7%	40,1%
	Wyższe	21,2%	24,2%	25,9%	18,6%	33,3%	43,0%
Wielkość miejscowości	Wieś	46,0%	45,2%	47,5%	46,1%	43,0%	42,1%
	do 10 tys.	7,9%	9,6%	6,5%	7,6%	8,8%	8,2%
	10.tys-20.tys.	4,9%	4,8%	6,4%	5,6%	6,1%	5,1%
	20.tys-50.tys.	8,8%	6,5%	8,3%	8,2%	8,8%	9,8%
	50.tys.-100 tys.	5,1%	6,2%	5,3%	6,9%	7,3%	4,4%
	100 tys.-200 tys.	8,3%	8,0%	6,8%	9,2%	9,0%	4,0%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	200 tys. i więcej	18,9%	19,7%	19,2%	16,3%	17,0%	26,3%
	Najtrudniejsza	26,8%	15,2%	41,2%	35,4%	20,3%	31,9%
	Umiarkowane trudności	20,6%	22,7%	16,8%	21,8%	21,8%	19,9%
	Relatywnie dobra	52,7%	62,2%	42,0%	42,8%	57,9%	48,2%
Ocena możliwości finansowych w stosunku do wydatków na zdrowie	Bardzo dobre	5,1%	3,5%	5,7%	3,5%	4,6%	8,2%
	Dobre	22,3%	21,6%	27,9%	14,2%	19,1%	21,8%
	Przeciętne	41,9%	44,7%	37,0%	45,9%	42,5%	40,2%
	Ledwo wystarczające	18,7%	23,3%	20,0%	20,1%	25,2%	22,1%
	Niewystarczające	12,0%	7,0%	9,4%	16,3%	8,6%	7,6%

*osoby korzystające ze świadczeń finansowanych niepublicznie na równi lub częściej niż z NFZ

Pisząc o sposobie i możliwościach realizowania potrzeb zdrowotnych, należy przyrzeć się osobom o przeciętnie gorszej sytuacji ze względu na warunki społeczno-ekonomiczne. Do analizy wybrano osoby w złej sytuacji finansowej w gospodarstwie domowym, które stanowią 25,9% mężczyzn i 28,5% kobiet w całej badanej populacji, oraz grupę, która ocenia swoje możliwości finansowe jako niewystarczające na pokrycie wydatków związanych ze zdrowiem, czyli 9,4% mężczyzn i 11,2%.

Dodatkowo, uwagę poświęcono osobom o niskim poziomie wykształcenia, tzn. z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym. Jest to 27,2% mężczyzn i 21,7% kobiet w dorosłej populacji Polski.

W grupie o trudnej sytuacji ekonomicznej, struktura odpowiedzi związanych z oceną zdrowia, jest podobna do ogólnej badanej populacji mężczyzn i kobiet. Mimo tego, grupa ta jest dużo częściej obciążona zdrowotnie – 21,7% mężczyzn i 17,5% kobiet mówi o poważnie ograniczonej zdolności wykonywania codziennych czynności z powodu przewlekłych problemów ze zdrowiem, w porównaniu z 9,7% i 9,2% mężczyzn i kobiet w ogólnej populacji. [Tab. 12.4].

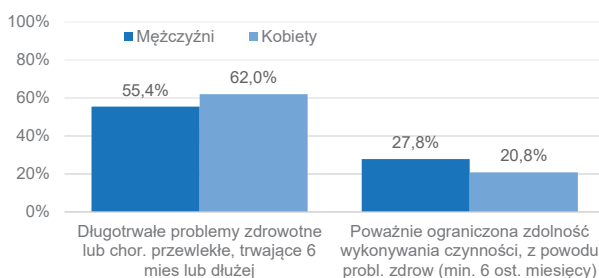
Tabela 12.4. Charakterystyka osób, których możliwości finansowe są niewystarczające (wg deklaracji) na pokrycie wydatków na zdrowie, n=150 mężczyzn i n=160 kobiet, oraz n=1500 mężczyzn i n=1500 kobiet w ogólnej badanej populacji osób dorosłych (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

		Wybrana podgrupa		Populacja ogółem	
		Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
	Udział w populacji	9,4%	11,2%	100,0%	100,0%
Wiek (lata)	20-39	33,1%	30,9%	33,0%	29,1%
	40-59	30,1%	34,8%	36,5%	33,9%
	60-74	30,5%	26,8%	24,0%	26,5%
	75 +	6,4%	7,5%	6,5%	10,4%
	Podstawowe	4,9%	6,7%	3,9%	4,2%
Wykształcenie	ZSZ	26,9%	20,3%	23,3%	17,5%
	Średnie	39,4%	45,8%	49,3%	48,3%
	Wyższe	28,9%	27,2%	23,6%	30,1%
	Wieś	32,8%	36,4%	46,1%	44,0%
Wielkość miejscowości	do 10 tys.	10,2%	8,9%	8,2%	8,3%
	10.tys.-20.tys.	5,5%	3,8%	5,3%	5,7%
	20.tys.-50.tys.	11,5%	11,4%	7,8%	8,8%
	50.tys.-100.tys.	9,2%	8,5%	5,6%	6,5%
	100.tys.-200.tys.	13,8%	9,6%	7,8%	7,9%
	200.tys. i więcej	17,0%	21,5%	19,2%	18,8%

		Wybrana podgrupa		Populacja ogółem	
		Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza	49,1%	60,0%	25,9%	28,5%
	Umiarkowane trudności	21,4%	14,1%	20,4%	21,3%
	Relatywnie dobra	29,5%	25,9%	53,6%	50,2%
Profil korzystania z opieki medycznej	Tylko NFZ	46,7%	52,8%	36,8%	36,3%
	Głównie NFZ	28,0%	31,5%	38,0%	41,0%
	Prywatnie (na równi lub częściej niż NFZ)	24,8%	15,3%	24,9%	22,5%
	Inaczej	0,5%	0,4%	0,2%	0,3%

Analogicznie, osoby których nie stać w pełni na pokrycie wydatków na zdrowie, wyraźnie częściej wskazują na poważne ograniczenia wynikające z przewlekłych dolegliwości (27,8% mężczyzn i 20,8% kobiet) (ryc. 12.12).

Osoby o niskim stopniu wykształcenia częściej niż przeciętnie deklarują gorszą ocenę zdrowia i częściej wskazują na poważne ograniczenia wynikające z przewlekłych problemów zdrowotnych. To zjawisko wymaga pogłębionych badań nierówności w zdrowiu.



Ryc. 12.12. Obciążenie problemami zdrowotnymi, deklarowane w grupie respondentów o możliwościach finansowych niewystarczających na pokrycie wydatków na zdrowie, n=150 mężczyzn i n=160 kobiet (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

Niższe wykształcenie wydaje się wiązać nie aż tak silnie z nierównościami w zdrowiu, jak gorsza sytuacja ekonomiczna, choć i to zjawisko jest tu obserwowane. Osoby o niższym wykształceniu, wyróżniają się na tle ogólnej populacji ze względu na niższą ocenę zdrowia (60,6% mężczyzn i 52,8% kobiet ocenia zdrowie dobrze, lub bardzo dobrze, podczas gdy w ogólnej populacji jest to 69,7% mężczyzn 66% kobiet) i częściej wskazują na poważne ograniczenia wynikające

z przewlekłych problemów zdrowotnych – 13,1% mężczyzn i 16,9% kobiet, podczas gdy w populacji ogólnej jest to 9,7% i 9,2% mężczyzn i kobiet (Tab. 12.6).

Osoby deklarujące problemy ze sfinansowaniem wydatków na zdrowie zdecydowanie częściej korzystają wyłącznie ze świadczeń finansowanych publicznie. Osoby wskazujące na trudną sytuację finansową również częściej korzystają tylko ze świadczeń opłacanych przez NFZ, obserwacja ta dotyczy zwłaszcza kobiet. Pozostałe osoby z tych grup w jakimś stopniu deklarują korzystanie ze świadczeń finansowanych niepublicznie, co stanowi dodatkowe obciążenie ich budżetów domowych.

Przytoczone dane wskazują, iż znacząca grupa osób gorzej sytuowanych lub obciążonych kosztami świadczeń (ze względu na złą sytuację ekonomiczną i/lub zły stan zdrowia) uznaje, że nie ma satysfakcjonującego dostępu do świadczeń finansowanych publicznie.

Osoby, które mają problemy ze sfinansowaniem wydatków na zdrowie w większym stopniu niż pozostała część populacji korzystają wyłącznie ze świadczeń finansowanych publicznie: 46,7% mężczyzn i 52,8% kobiet korzysta wyłącznie ze świadczeń w ramach NFZ. Dla porównania, w populacji ogólnej jest to 36,8% i 36,3% mężczyzn i kobiet. W grupie zakwalifikowanej jako osoby w trudnej sytuacji finansowej (na podstawie 3 pytań dotyczących wydatków gospodarstwa domowego), zjawisko to nie jest tak widoczne i występuje głównie u kobiet: 45% kobiet korzysta wyłącznie z NFZ (o 8,7 p.p. więcej niż w całej badanej populacji) (Tab. 12.4).

Duży udział osób korzystających wyłącznie ze świadczeń w ramach NFZ jest zauważalny również wśród kobiet z wykształceniem zawodowym lub niższym, jest to 51,7%, o 15,4 p.p. więcej niż w populacji ogólnej (wśród mężczyzn pozostaje na poziomie podobnym do ogółu) (Tab. 12.6).

Podsumowując sytuację z perspektywy korzystania ze świadczeń finansowanych niepublicznie, można uznać, że bardzo duża część społeczeństwa, także osób w gorszej sytuacji ekonomicznej wybiera opiekę medyczną poza NFZ. W badanej populacji dorosłych, 63,5% mężczyzn i 63,0% kobiet to osoby, które w jakimkolwiek stopniu korzystają z prywatnej opieki medycznej (przynajmniej okazjonalnie, lub częściowej). W wybranych grupach, uznanych jako wrażliwe z uwagi na status społeczno-ekonomiczny, jest to również wysoki odsetek:

- 52,8% mężczyzn i 46,8% kobiet, spośród oceniających swoje możliwości finansowe jako niewystarczające na pokrycie wydatków na zdrowie,
- 61,9% mężczyzn i 54,3% kobiet, w grupie osób będących w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej,
- 63,1% mężczyzn i 47,7% kobiet z wykształceniem zawodowym lub podstawowym.

Tabela 12.5. Charakterystyka osób o trudnej sytuacji ekonomicznej w gospodarstwie domowym, pod względem stanu zdrowia i sposobu korzystania ze świadczeń, n=345 mężczyzn i 395 kobiet (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

		Mężczyźni	Kobiety
N		345	395
Ocena stanu zdrowia	bardzo dobrze	17,3%	12,8%
	Dobrze	52,7%	54,1%
	tak sobie, ani dobrze, ani źle	19,4%	22,7%
	Źle	8,5%	9,1%
	bardzo źle	2,1%	1,4%
Długotrwałe problemy zdrowotne/ choroby przewlekłe, trwające 6 mies. lub dłużej		47,8%	51,0%
Poważnie ograniczona zdolność zwykle wykonywanych, codziennych czynności, z pow. problemów zdrow. trwających min. 6 m.		21,7%	17,5%
Sposób korzystania z prywatnej i publicznej opieki zdrowotnej	Wyłącznie NFZ	38,0%	45,0%
	Głównie NFZ	22,2%	29,2%
	Prywatna opieka (na równi lub częściej niż NFZ)	39,7%	25,1%
	Nie wiem	0,1%	0,7%
Ocena możliwości finansowych w stosunku do wydatków na zdrowie	Bardzo dobre	1,5%	1,9%
	Dobre	12,0%	9,2%
	Przeciętne	46,4%	33,9%
	Ledwo wystarczające	22,2%	31,5%
	Niewystarczające	17,9%	23,6%

Tabela 12.6. Charakterystyka osób z wykształceniem zawodowym lub niższym, pod kątem stanu zdrowia i korzystania ze świadczeń, 437 mężczyzn i 343 kobiety (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

		Mężczyźni	Kobiety
N		437	343
Ocena stanu zdrowia	bardzo dobrze	18,5%	9,4%
	Dobrze	42,1%	43,4%
	tak sobie, ani dobrze, ani źle	27,3%	30,7%
	Źle	10,2%	12,9%
	bardzo źle	1,9%	3,6%
Długotrwałe problemy zdrowotne/ choroby przewlekłe, trwające 6 mies. lub dłużej		43,9%	55,8%
Poważnie ograniczona zdolność zwykle wykonywanych, codziennych czynności, z pow. problemów zdrow. trwających min. 6 m.		13,1%	16,9%

	Mężczyźni	Kobiety	
Sposób korzystania z prywatnej i publicznej opieki zdrowotnej	Wyłącznie NFZ	36,9%	51,7%
	Głównie NFZ	35,4%	30,2%
	Prywatna opieka (na równi lub częściej niż NFZ)	27,7%	17,6%
	Nie wiem	0,1%	0,5%
Ocena możliwości finansowych w stosunku do wydatków na zdrowie	Bardzo dobre	3,0%	4,0%
	Dobre	16,3%	13,4%
	Przeciętne	43,9%	41,7%
	Ledwo wystarczające	25,8%	26,8%
	Niewystarczające	11,0%	14,0%

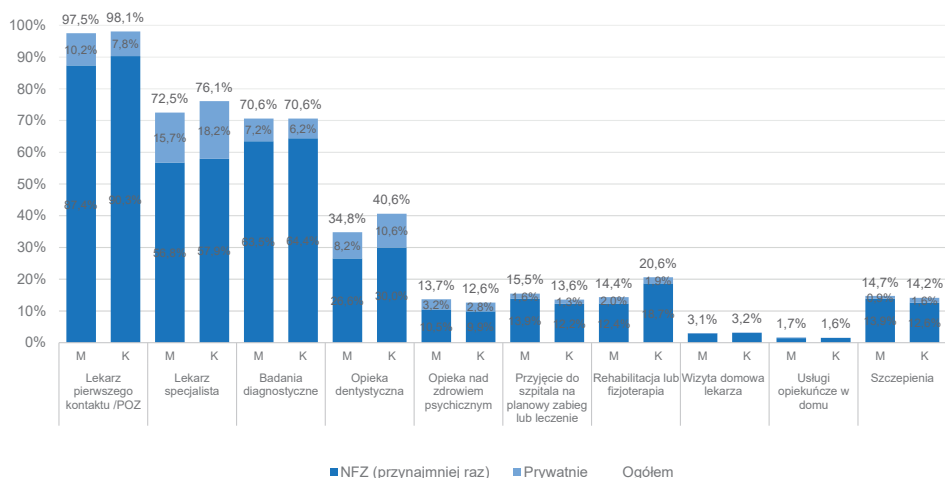
Względnie duży odsetek badanej populacji (15,7% mężczyzn i 18,2% kobiet) deklaruje korzystanie ze świadczeń lekarzy specjalistów wyłącznie w sektorze finansowanym niepublicznie.

Powyższa obserwacja może wskazywać na trudności w dostępie do świadczeń finansowanych przez NFZ i/lub rozpowszechnienie świadczeń specjalistycznych w postaci abonamentów lub ubezpieczeń dodatkowych. Można uznać, że osoby deklarujące korzystanie ze świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu poza NFZ (7,8% mężczyzn i 10,2% kobiet) to osoby objęte abonamentami lub dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Prawie wszyscy badani (97,5% mężczyzn i 98,1% kobiet) w okresie ostatnich 12 miesięcy skorzystali z opieki lekarza pierwszego kontaktu lub POZ. Ze świadczeń lekarzy specjalistów skorzystało 72,5% mężczyzn i 76,1% kobiet a z badań diagnostycznych -70,6% w obu grupach (ryc. 12.13).

Kobiety wyraźnie częściej niż mężczyźni korzystały z opieki dentystycznej a także z rehabilitacji/fizjoterapii – odpowiednio 40,6% i 20,6% (mężczyźni: 34,8% i 14,4%). Różnice nie wynikają z innej struktury wiekowej płci i utrzymują się po uwzględnieniu standaryzacji według wieku.

Usługi najczęściej finansowane wyłącznie prywatnie, to konsultacje lekarzy specjalistów: 15,7% mężczyzn i 18,2% kobiet konsultowało się z lekarzem specjalistą wyłącznie w ramach prywatnej służby zdrowia, w okresie ostatnich 12 miesięcy. Relatywnie wysoki odsetek osób korzystał poza NFZ ze świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu (10,2% mężczyzn i 7,8% kobiet) (ryc. 12.13).



Ryc. 12.13. Korzystanie z poszczególnych rodzajów świadczeń w ostatnich 12 miesiącach. Przynajmniej raz na NFZ vs prywatnie (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

Niezrealizowane potrzeby zdrowotne

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

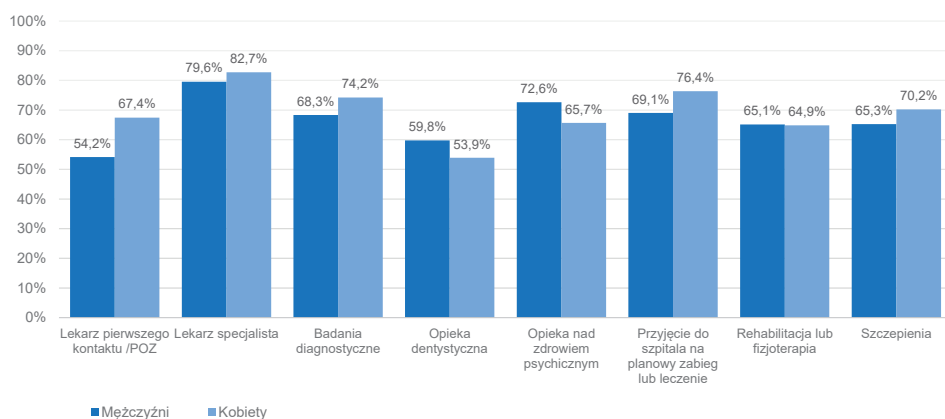
Opóźnienia w dostępie do świadczeń z powodu długiego czasu oczekiwania są bardzo powszechnym doświadczeniem wśród ludności Polski.

Osoby, które korzystały z różnego rodzaju świadczeń w ostatnich 12 miesiącach, zapytano, czy przynajmniej raz w tym czasie doświadczyły opóźnienia w dostępie do danej usługi realizowanej w ramach NFZ. Osobno zapytano o kwestię długiego oczekiwania na wizytę i opóźnienia z powodu odległości lub problemów z transportem.

Korzystanie z opieki medycznej finansowanej przez NFZ, dla dużego odsetka osób wiąże się z długim oczekiwaniem na wizytę. Najczęściej dotyczy to wizyt u lekarzy specjalistów (choć raz zdarzyło się to 79,6% mężczyzn i 82,7% kobiet korzystających z takiego świadczenia). Problem z oczekiwaniem zgłasza również bardzo duży odsetek osób, które skorzystały z opieki nad zdrowiem psychicznym (72,6% mężczyzn i 65,7% kobiet), miały planowy zabieg lub leczenie w szpitalu

(69,1% mężczyzn i 76,4% kobiet), wykonywały badania diagnostyczne (68,3% mężczyzn i 74,2% kobiet w tej grupie), lub szczepienia (65,3% mężczyzn i 70,2% kobiet) (ryc. 12.14).

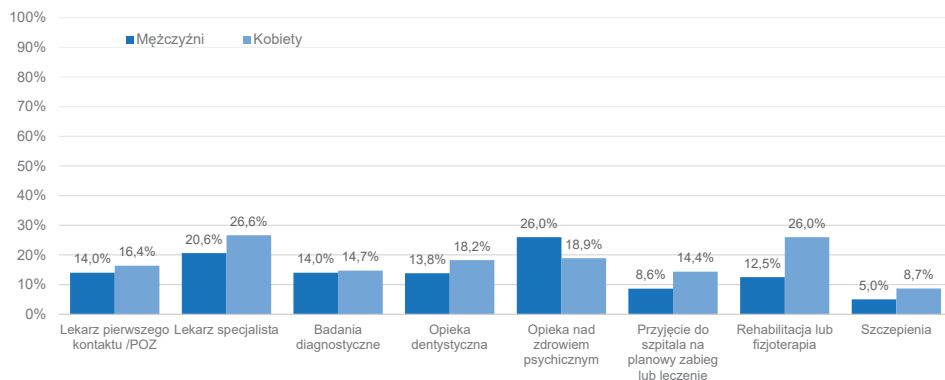
Opóźnienia związane z transportem lub odległością nie są już tak powszechnym zjawiskiem jak długie oczekiwanie. Warto zauważyć, że na problem ten częściej wskazują kobiety niż mężczyźni i dzieje się to wyraźnie w przypadku rehabilitacji lub fizjoterapii oraz wizyt u lekarzy specjalistów (26,0% - 26,6% kobiet korzystających z danego świadczenia). Z kolei mężczyźni częściej deklarują kłopoty z transportem /odległością, gdy chodzi o wizytę u psychologa lub psychiatry (26,0% mężczyzn vs. 18,9% kobiet). Różnice pozostają wyraźne po zastosowaniu standaryzacji danych ze względu na różną strukturę wiekową wśród kobiet i mężczyzn (ryc. 12.15).



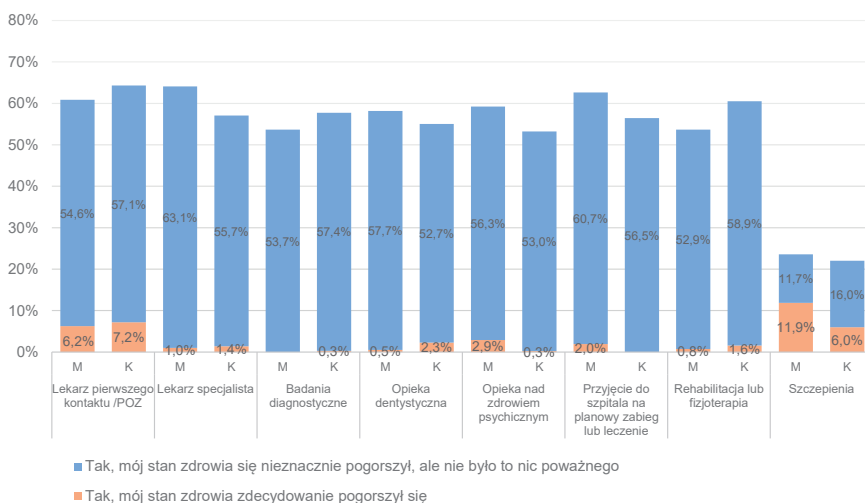
Ryc. 12.14. Opóźnienia w dostępie do poszczególnych rodzajów świadczeń realizowanych na NFZ, w ostatnich 12 miesiącach, z uwagi na DŁUGI CZAS OCZEKIWANIA. 100% - osoby korzystające z danej usługi (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

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

Pomimo, że największa liczba osób zgłasza opóźnienia w związku z wizytą u specjalistów, przyjęciem do szpitala i opieką nad zdrowiem psychicznym, niewielki ich odsetek wskazuje, iż opóźnienie spowodowało istotne pogorszenie ich stanu zdrowia. Konsekwencje zdrowotne częściej odczuwa grupa osób, która doświadczyła tego rodzaju problemów z dostępem do opieki lekarza POZ i, co zapewne trudniej wyłuszczyć, szczepień. 6,2% mężczyzn i 7,2% kobiet, które miały opóźnioną wizytę u lekarza POZ oraz 11,9% mężczyzn i 6,0% kobiet, które czekały długo na szczepienie, ocenia, że spowodowało to zdecydowane pogorszenie ich stanu zdrowia (ryc. 12.16).



Ryc. 12.15. Opóźnienia w dostępie do poszczególnych rodzajów świadczeń realizowanych na NFZ, w ostatnich 12 miesiącach, z uwagi na problemy z transportem lub odległość. 100% – osoby korzystające z danej usługi (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób



Ryc. 12.16. Doświadczane pogorszenie stanu zdrowia, z powodu opóźnienia w dostępie do danego świadczenia, z uwagi na oczekiwanie na wizytę lub problemy z transportem, odległość. 100% - osoby, które doświadczyły opóźnienia (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

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

Tabela 12.7. Powody rezygnacji z danego rodzaju opieki medycznej, 100% - osoby, które zrezygnowały ze świadczenia w ostatnich 12 miesiącach. Mężczyźni (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

	Mężczyźni				
	Lekarz 1. kontaktu/ POZ	Lekarz specjalista	Bad. Diagnostyczne	Opieka denty-styczna	Leki na receptę
Brak wolnych terminów/ Zbyt długa lista / kolejka oczekujących	24,4%	33,5%	18,7%	14,0%	22,3%
Trudności w dodzwonieniu się do rejestracji	20,7%	14,9%	21,5%	10,1%	16,0%
Nie było mnie na to stać (wizyta była zbyt droga lub nieobjęta ubezpieczeniem zdrowotnym)	16,7%	12,0%	10,6%	36,5%	19,7%
Nie miałem(-łam) czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami	15,9%	17,6%	9,8%	16,9%	8,8%
Zbyt duża odległość/brak środka transportu	8,1%	6,4%	9,8%	2,5%	10,9%
Nie znam żadnego dobrego lekarza	6,8%	5,9%	2,7%		1,8%
Lęk przed lekarzem/szpitałem/badaniem/leczeniem	4,2%	3,1%	15,4%	4,0%	8,8%
Chciałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy problem sam minie	3,3%	6,6%	11,5%	16,1%	11,6%

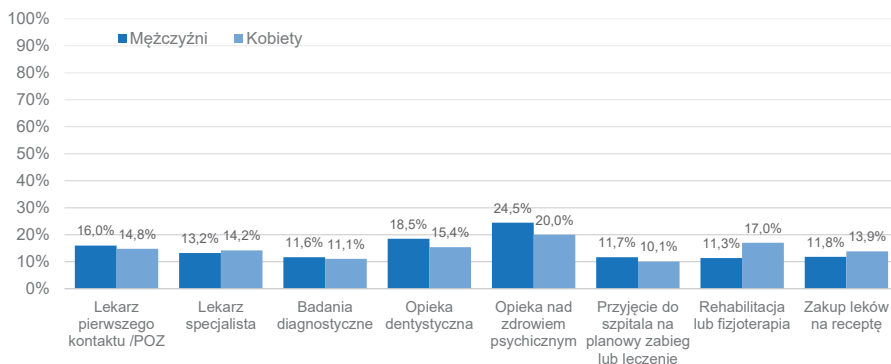
Tabela 12.8. Powody rezygnacji z danego rodzaju opieki medycznej, 100% - osoby, które zrezygnowały ze świadczenia w ostatnich 12 miesiącach. Kobiety (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

	Kobiety				
	Lekarz 1. kontaktu/ POZ	Lekarz specjalista	Bad. Diagnostyczne	Opieka denty-styczna	Leki na receptę
Brak wolnych terminów/ Zbyt długa lista / kolejka oczekujących	31,6%	28,8%	30,9%	32,7%	15,0%
Trudności w dodzwonieniu się do rejestracji	20,1%	15,7%	5,6%	4,1%	5,4%
Nie było mnie na to stać (wizyta była zbyt droga lub nieobjęta ubezpieczeniem zdrowotnym)	28,7%	35,1%	40,3%	36,7%	39,8%
Nie miałem(-łam) czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami	7,6%	6,9%	8,1%	11,7%	7,9%
Zbyt duża odległość/brak środka transportu	1,6%	3,8%	5,8%	6,3%	11,5%
Nie znam żadnego dobrego lekarza	4,0%	2,3%	1,9%		6,8%
Lęk przed lekarzem/szpitałem/badaniem/leczeniem	2,9%	4,7%	5,2%	5,9%	6,1%
Chciałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy problem sam minie	3,6%	2,7%	2,2%	2,6%	7,6%

Znaczące odsetki badanych deklarowały rezygnację z różnego rodzaju świadczeń medycznych. Najczęściej rezygnacje dotyczyły opieki nad zdrowiem psychicznym oraz świadczeń stomatologicznych.

Obserwacja ta wymaga pogłębionych badań. Dostęp do opieki nad zdrowiem psychicznym, nawet świadczeń finansowanych niepublicznie może być utrudniony ze względu na małą dostępność specjalistów, ale także inne czynniki, np. poczucie wstydu. Rezygnacja ze świadczeń stomatologicznych zapewne wynika z małej dostępności finansowania publicznego i wysokimi kosztami dla pacjenta lub z dostępności produktów leczniczych z zakresu samoleczenia.

Fakt rezygnacji z różnych rodzajów świadczeń medycznych jest deklarowany przez od 10% do 24% mężczyzn i kobiet, w grupie tych osób, które twierdzą, że potrzebowały danego świadczenia. Trzeba zwrócić uwagę, iż 24,5% mężczyzn i 20,0% kobiet deklaruje, że w ostatnich 12 miesiącach zrezygnowała z wizyty u psychologa lub psychiatry, pomimo że potrzebowała opieki nad zdrowiem psychicznym. Kobiety częściej niż mężczyźni rezygnowały z rehabilitacji/fizjoterapii (17,0% vs. 11,3%), natomiast mężczyźni – z opieki dentystycznej (18,5% vs. 15,4%) (ryc. 12.17).



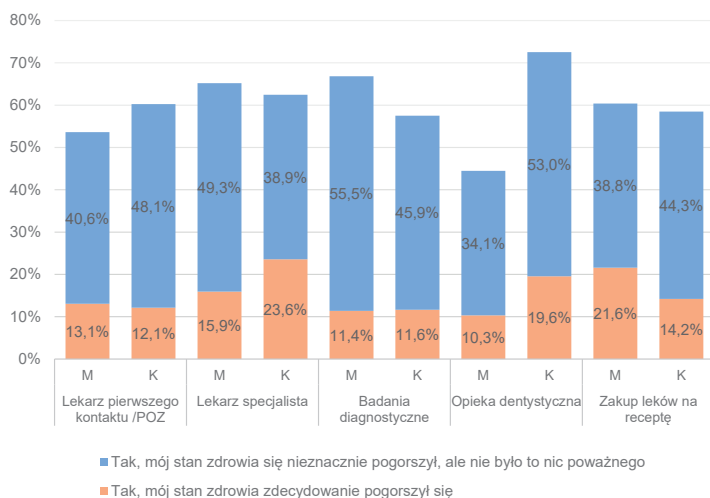
Ryc. 12.17. Rezygnacja (pomimo potrzeby) z poszczególnych rodzajów świadczeń, w ostatnich 12 miesiącach. 100% – osoby deklarujące, że potrzebowały danej usługi. (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez $n < 50$ osób

Względnie duże odsetki badanych rezygnowały z wizyt u specjalisty lub zakupu leków na receptę i część tych osób doświadczyła pogorszenia stanu zdrowia w wyniku braku diagnostyki lub leczenia. Obserwacja ta wskazuje na konieczność szczegółowych badań pozwalających na identyfikację tych populacji i świadczeń, które w największym stopniu doświadczają rezygnacji skutkującej pogorszeniem zdrowia. Świadczenia, z rezygnacją z których wiąże się często

konsekwencje dla zdrowia – to wizyta u specjalisty i wykup leków na receptę: 13,2-14,2% mężczyzn i kobiet zdecydowało się nie pójść do specjalisty, pomimo takiej potrzeby. Spośród nich, 15,9% mężczyzn i 23,6% kobiet odczuło w związku z tym zdecydowane pogorszenie stanu zdrowia (ryc. 12.18).

Podobnie, około 11,8-13,9% mężczyzn i kobiet zdarzyło się nie wykupić leków na receptę. W tej grupie, 21,6% mężczyzn i 14,2% kobiet ocenia, że w związku z tym ich stan zdrowia zdecydowanie uległ pogorszeniu.

Najczęściej podawane powody rezygnacji to kolejka, brak wolnych terminów lub trudności z dodzwonieniem się, a także kwestie finansowe – do których częściej przyznają się kobiety niż mężczyźni. Mężczyźni natomiast częściej tłumaczą rezygnację z wizyty u lekarza lub badań diagnostycznych brakiem czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami. [Tab. 12.7. i 12.8]



Ryc. 12.18. Doświadczane pogorszenie stanu zdrowia, z powodu rezygnacji z danego świadczenia, w ostatnich 12 miesiącach. 100% - osoby, które zrezygnowały z danego świadczenia. (badanie NIZP PZH – PIB, 2025).
Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

13. ROZPOWSZECHNIENIE BEHAVIORALNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA ZDROWOTNEGO

Anna Poznańska, Daniel Rabcenko, Bogdan Wojtyniak

Wiele elementów stylu życia ma istotne znaczenie dla zdrowia, a w konsekwencji jakości i długości życia. O znaczeniu diety i ćwiczeń fizycznych pisali już lekarze starożytni Herodikus (V w. p.n.e.), Hipokrates (V–IV w. p.n.e.), Galen (II w. n.e.). Znacznie później, bo dopiero w latach 50-tych XX wieku, udowodniono niekorzystny wpływ palenia tytoniu na długość życia, kiedy wyniki Badania Lekarzy Brytyjskich (ang.: *British Doctors' Study*) pokazały, że zwiększa ono ryzyko zgonu z powodu raka płuc i zakrzepicy naczyń wieńcowych¹. Warto też podkreślić znaczenie rozpoczętego w 1948 r. i stale kontynuowanego *Framingham Heart Study* w zidentyfikowaniu behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia².

Próby liczbowego oszacowania wpływu stylu życia na stan zdrowia populacji podejmowane są przynajmniej od czasu ogłoszenia koncepcji obszarów zdrowia Lalonde'a (1974)³. Przykładowo w latach 90-tych XX wieku jego udział w umiarkowości z ogółu przyczyn szacowano na 50%, podczas gdy czynnikom biologicznym oraz środowiskowym/społecznym przypisywano po 20%, a systemowi ochrony zdrowia – 10%⁴.

Najnowsze analizy Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (*GBD Study 2021*) przypisują behawioralnym czynnikom ryzyka (nie wlicza się tu nadwagi i otyłości) w 2021 r. 28,2% światowych zgonów z ogółu przyczyn (32,2% wśród

¹ Doll R, Hill AB (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits. *BMJ* 328 (7455): 1529-33; doi:10.1136/bmj.328.7455.1529

² Syed S Mahmood i wsp. (2014). The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet* 383 (9921):999-1008; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61752-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61752-3)

³ Lalonde M., A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document, National government publication, Ottawa 1974

⁴ Badura B. (1995). What is and What Determines Health. W: Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe. Eds.: Laaser U., de Leeuw E., Stock Ch., Juventa Verlag, Munchen

mężczyzn i 23,1% wśród kobiet)⁵. Odsetki dla Polski są zbliżone, odpowiednio wynoszą 28,3%, 33,3% i 22,9% – nieco większa różnica dotyczy mężczyzn. Należy jednak pokreślić, że dane te dotyczą okresu, gdy trwała jeszcze pandemia COVID-19 i znaczenie behawioralnych czynników ryzyka dla natężenia umieralności było niższe niż przeciętnie. Wartości powyższych wskaźników za 2021 r. były wyraźnie najniższe w całym analizowanym okresie (1990-2021).

Wyniki GBD za 2018 r. mówią o ich wpływie na 33,8% zgonów na świecie (39,1% wśród mężczyzn i 27,5% wśród kobiet). Dla Polski odsetki te były wyższe i wynosiły odpowiednio: 36,2%, 42,9% i 29,1%.

Jednocześnie behawioralne, a więc modyfikowalne, czynniki ryzyka odpowiadały w Polsce w 2021 r. za 25,6% ogółu DALY (ang. *Disability-adjusted life years*) – lat życia, które społeczeństwo traci na skutek przedwczesnej śmierci lub uszczerbku na zdrowiu jego członków. Odsetki te wynosiły 30,9% dla mężczyzn i 19,5% dla kobiet. Podobnie jak w przypadku zgonów, w związku z trwającą wówczas pandemią, wartości te są wyraźnie najniższe w analizowanym okresie (1990-2021).

W miarę powiększania się wiedzy na temat znaczenia behawioralnych czynników ryzyka władze poszczególnych krajów oraz organizacje międzynarodowe podejmowały rozmaite działania edukacyjne i profilaktyczne. Z inicjatywy WHO powstał też Globalny plan działania na rzecz zapobiegania i kontroli chorób niezakaźnych wskazujący palenie tytoniu, szkodliwe spożywanie alkoholu, niezdrową dietę oraz brak aktywności fizycznej jako czynniki, których ograniczenie ma zapobiec wielu zachorowaniom i większości przedwczesnych zgonów z tego powodu na świecie. W 2019 r. plan został przedłużony do 2030 r. Jednym z jego celów jest redukcja modyfikowalnych czynników ryzyka chorób niezakaźnych, a także leżących u ich podstaw czynników społecznych poprzez tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu⁶. Aktualny Ogólny Program Prac WHO na lata 2025-2028 zaleca podejmowanie działań kompleksowych – wielosektorowych i wielopodmiotowych⁷.

W Polsce ograniczenie rozpowszechnienia wielu czynników ryzyka związanych ze stylem życia wpisano do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, podstawowego dokumentu polityki zdrowia publicznego, wyznaczającego jej cele i najważniejsze zadania⁸. Dla realizacji celu strategicznego Programu, ja-

⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Results, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> dostęp: 7.04.2025

⁶ WHO (2022) Updated Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan 2013-2030

⁷ WHO (2025). A Global Health Strategy for 2025-2028 – advancing equity and resilience in a turbulent world: fourteenth General Programme of Work. Geneva

⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. 2021 r. poz. 642)

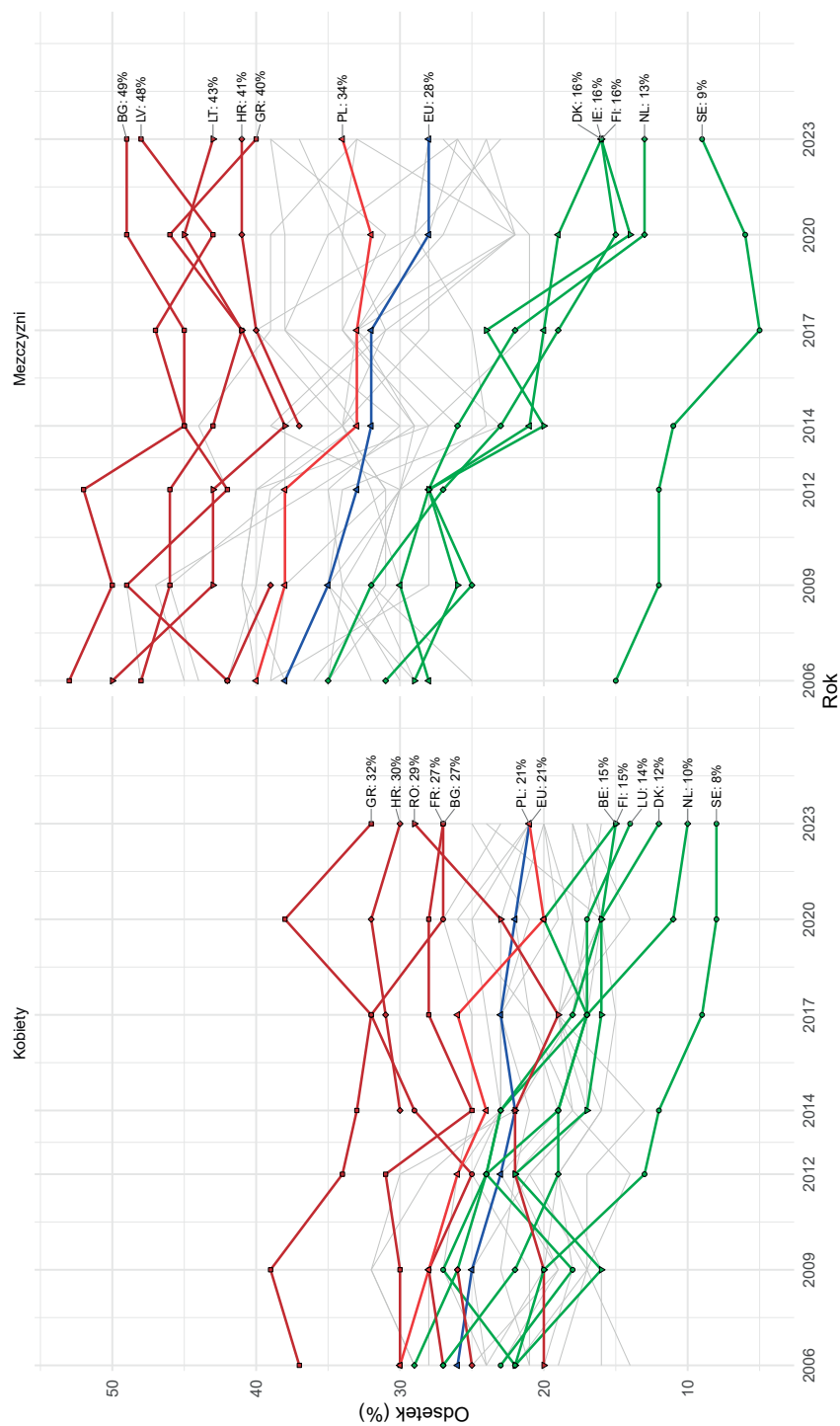
kim jest „zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu” określono dwa cele operacyjne bezpośrednio nawiązujące do poprawy zachowań zdrowotnych tj. profilaktykę nadwagi i otyłości oraz profilaktykę uzależnień. Pierwszy z nich obejmuje zadania związane z upowszechnieniem prawidłowego odżywiania i zwiększenia aktywności fizycznej społeczeństwa, drugi - z ograniczeniem palenia tytoniu i spożywania alkoholu.

Stosowanie tradycyjnych wyrobów tytoniowych oraz ich zamienników

Rycina 13.1 prezentuje trendy w odsetku stosujących tradycyjne wyroby tytoniowe codziennie w Polsce, Unii Europejskiej a także wybranych krajach UE, w których sytuacja jest najlepsza i najgorsza.

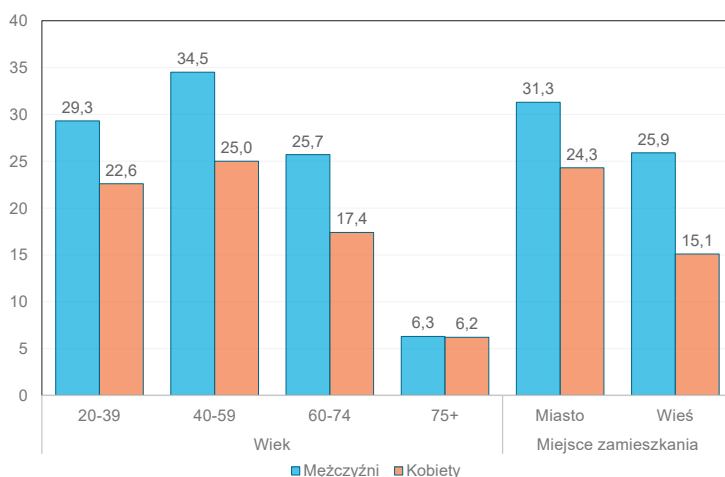
W Polsce od 2006 r. obserwowano systematyczny spadek odsetka stosujących codziennie tradycyjne wyroby tytoniowe (papierosy, fajka, cygara) zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet (ryc. 13.1). W ostatnich latach, szczególnie po 2020 r., trend ten uległ jednak zahamowaniu. W naszym badaniu, na początku 2025 r. codzienne palenie deklarowało 28,8% mężczyzn oraz 20,3% kobiet. W przypadku mężczyzn widoczny jest niewielki wzrost odsetka palących, co stanowi odwrócenie wcześniejszej tendencji. Wśród kobiet spadek również uległ spowolnieniu, a poziom utrzymuje się obecnie bez wyraźnej dalszej poprawy.

W Unii Europejskiej ogólny trend pozostaje malejący zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet. Polska odstaje od krajów o najniższych wskaźnikach palenia – wśród kobiet są to m.in. Szwecja (8%) i Holandia (13%), a wśród mężczyzn Holandia (10%) i Szwecja (9%). Jednocześnie zmiany (różnej wielkości i w różnym kierunku) odsetka palących codziennie obserwowane są w różnych krajach. Są to zmiany nie tylko związane z wystąpieniem pandemii COVID-19. Zwraca uwagę znaczny wzrost codziennie palących kobiet w Grecji (od 2012 r. do 2020 r.) i Rumunii (od 2017 r. do 2023 r.), a także długotrwałe pozytywne zmiany w Szwecji, Holandii i Danii. Ciekawe zmiany zachodzą we Francji, gdzie również widać stały, korzystny trend, jednak bezwzględny poziom odsetka codziennie palących kobiet pozostaje wysoki. W populacjach mężczyzn warto zwrócić na brak korzystnych zmian w krajach o bardzo wysokim wskaźniku palących codziennie (z wyłączeniem Grecji) oraz pewne zahamowanie, a nawet wzrost w 2023 r. korzystnych trendów w krajach o najniższym poziomie wskaźnika (Szwecja, Holandia, Finlandia, Irlandia). Aktualny poziom palenia w Polsce odpowiada wartościom obserwowanym w tych krajach około dwie dekady temu.



Ryc. 13.1.1. Odsetek palących codziennie w Polsce, Unii Europejskiej oraz wybranych krajach (dane: Eurostat)

Rycina 13.2 przedstawia odsetek osób palących codziennie w 2025 r. w zależności od płci, grupy wieku i miejsca zamieszkania. W grupie wieku 20–39 lat codzienne palenie deklaruje 29,3% mężczyzn i 22,6% kobiet. W przedziale 40–59 lat odsetek ten wynosi 34,5% u mężczyzn oraz 25,0% u kobiet. W grupie 60–74 lata palenie codzienne dotyczy 25,7% mężczyzn i 17,4% kobiet. W grupie wieku 75+ palenie codzienne deklaruje 6,3% mężczyzn i 6,2% kobiet. We wszystkich grupach wieku, z wyjątkiem 75+, odsetek codziennie palących mężczyzn przewyższa odsetek kobiet. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet odsetek palących jest wyraźnie wyższy w miastach niż na wsi (o 5,9 punktów procentowych dla mężczyzn i 9,2 punktów procentowych dla kobiet).



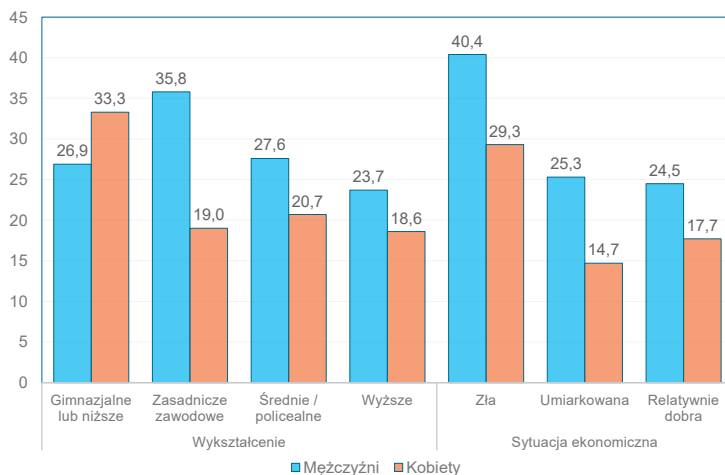
Ryc. 13.2. Odsetek palących codziennie w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania w Polsce w 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka, NIZP PZH – PIB 2025)

W 2025 r. w Polsce częstość codziennego palenia tytoniu wyraźnie różni się w zależności od płci, poziomu wykształcenia oraz subiektywnej oceny sytuacji ekonomicznej. Wśród kobiet jedynie osoby z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym wyróżniają się znacząco wyższym (33,3%) odsetkiem palących. W przypadku mężczyzn najwyższe wartości występują w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym, a najniższe wśród osób z wykształceniem wyższym.

Podobne zależności można zaobserwować w odniesieniu do oceny sytuacji ekonomicznej. W Badaniu Zdrowia i Czynniki Ryzyka przeprowadzonym przez NIZP PZH – PIB w 2025 r. zadano pytania dotyczące trudności finansowych gospodarstwa domowego respondenta związanych z zaspokajaniem podstawowych potrzeb, takich jak żywność, odzież oraz opłaty za mieszkanie i media. Na podstawie odpowiedzi

utworzono trzy kategorie sytuacji ekonomicznej stosowane w tym tekście. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, palenie najczęściej deklarują osoby oceniające swoją sytuację jako złą, a najrzadziej – osoby, które postrzegają ją jako umiarkowaną lub relatywnie dobrą.

We wszystkich analizowanych kategoriach – z wyjątkiem grupy z najniższym poziomem wykształcenia – częściej palą mężczyźni niż kobiety.

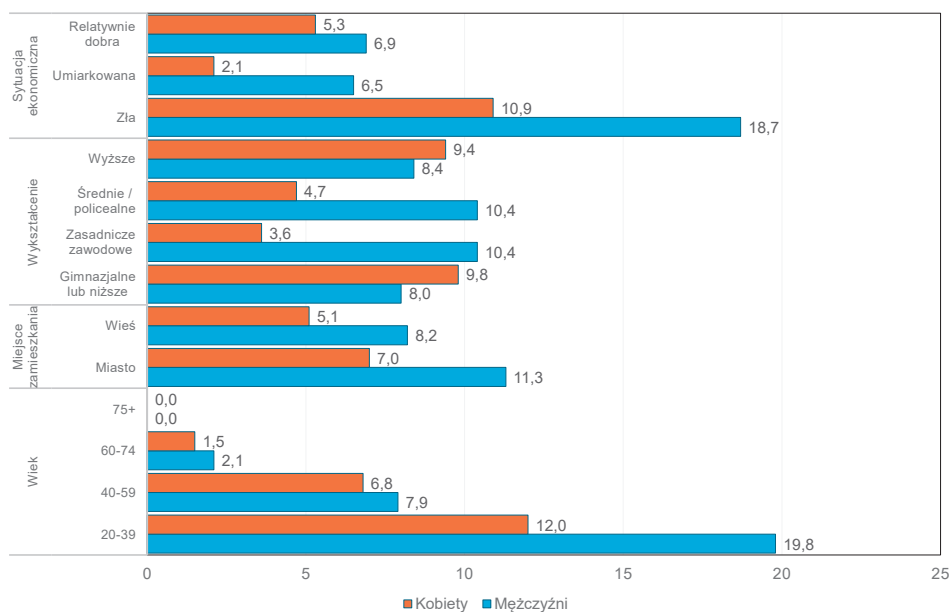


Ryc. 13.3. Odsetek palących codziennie w zależności od płci, wykształcenia i sytuacji ekonomicznej w Polsce w 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka NIZP PZH – PIB)

W badaniu 56,9% obecnie palących mężczyzn i 63,6% obecnie palących kobiet deklarowało podejmowane w przeszłości próby rzucenia palenia. Jednocześnie spośród osób obecnie niepalących 32,9% (39,1% mężczyzn i 28,2% kobiet) rzuciło palenie (deklarowało palenie codzienne lub okazjonalne w przeszłości). Wartości te pokazują pole możliwości związane z prowadzeniem działań mających na celu zmniejszenie rozpowszechnienia palenia. Spośród osób, które próbowały rzucić palenie profesjonalnej pomocy (lekarza, psychoterapeuty, uczestnictwa w programach rzucania palenia) poszukiwało tylko 18,4% (zarówno mężczyzn, jak i kobiet). Większość poszukujących, bo 77,7% mężczyzn i 84,6% kobiet taką pomoc uzyskało, odpowiednio 65,6% oraz 76,1% bezpłatnie.

Rycina 13.4 przedstawia odsetek kobiet i mężczyzn codziennie stosujących zamienniki wyrobów tytoniowych, takie jak e-papierosy, podgrzewacze tytoniu, szetki z nikotyną, tytoń do żucia, w podziale na wiek, wykształcenie oraz sytuację ekonomiczną. Najwyższy odsetek użytkowników odnotowano wśród osób w wieku 20–39 lat. Żaden z respondentów w wieku 75 lat i więcej nie zadeklarował stosowania elektronicznych wyrobów tytoniowych. Zarówno w przypadku mężczyzn

jak i kobiet o ponad jedną trzecią częściej zamienniki wyrobów tytoniowych stosują mieszkańcy miast. Większe zróżnicowanie w zależności od wykształcenia zaobserwowano w grupie kobiet – najwyższy odsetek w grupach z wykształceniem wyższym oraz gimnazjalnym i poniżej. Zwraca uwagę inny charakter związku wykształcenia z częstotliwością stosowania zamienników tytoniowych – względne zróżnicowanie w populacji mężczyzn jest mniejsze, przy czym najwyższy odsetek palących codziennie obserwuje się w grupach z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym, wśród kobiet – w grupach z wykształceniem wyższym oraz gimnazjalnym i poniżej. Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet najczęściej stosowanie zamienników wyrobów tytoniowych obserwuje się w grupie o najgorszej sytuacji finansowej.

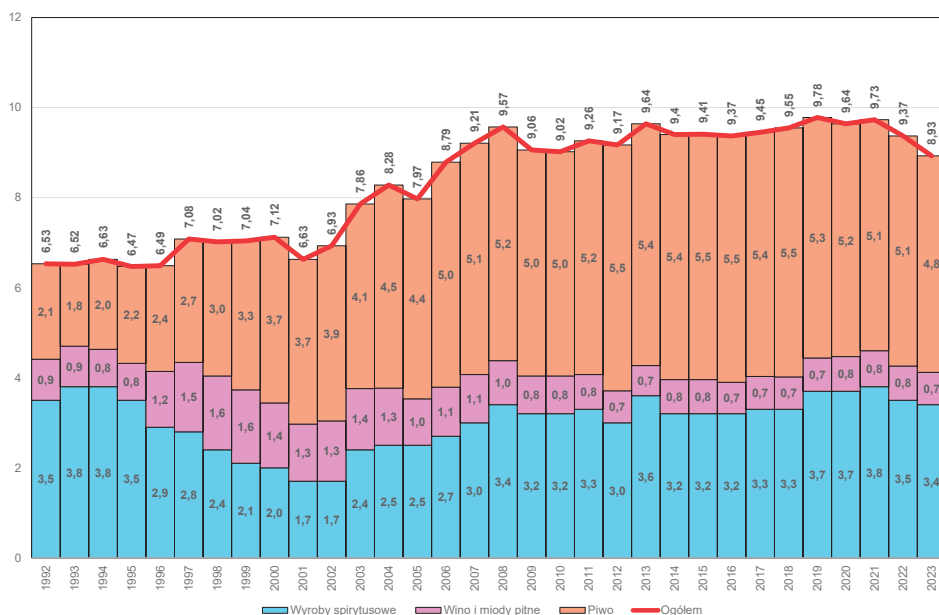


Ryc. 13.4. Odsetek osób codziennie stosujących zamienniki wyrobów tytoniowych (np. e-papieros, podgrzewacze tytoniu, saszetki, tytoń do żucia), w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz sytuacji ekonomicznej, w podziale na płeć (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Istotnym zagadnieniem jest jednoczesne stosowanie wyrobów tytoniowych oraz ich zamienników. Analiza wykazała, że wśród osób palących codziennie 23,0% używa również zamienników, w tym 16,4% sięga codziennie również po zamienniki wyrobów tytoniowych, a kolejne 6,6% używa ich rzadziej niż codziennie. W grupie osób palących rzadziej niż codziennie, odpowiednie odsetki wynoszą 17,3% i 13,7%. Oznacza to, że łącznie 31,0% tej grupy sięga po zamienniki mimo ograniczonego stosowania tradycyjnych wyrobów tytoniowych, co wskazuje na tendencję do uzupełniania konsumpcji tytoniu alternatywnymi produktami nikotynowymi.

Konsumpcja alkoholu

Przedstawienie poziomu konsumpcji alkoholu w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej jest zaskakująco trudnym zadaniem. Dane dostępne w bazach WHO, Eurostatu i OECD są niekompletne lub sprzed kilku lat, co w kontekście spadku spożycia w Polsce w ostatnich dwóch latach (ryc. 13.5) oraz wystąpienia epidemii COVID-19 czyni zadanie trudniejszym. Pewnym źródłem mogą być, przygotowane na podstawie danych o sprzedaży alkoholu oraz szacunków nierejestrowanego spożycia, prognozy Global Health Observatory⁹ umiejscawiające Polskę ponad średnią europejską.

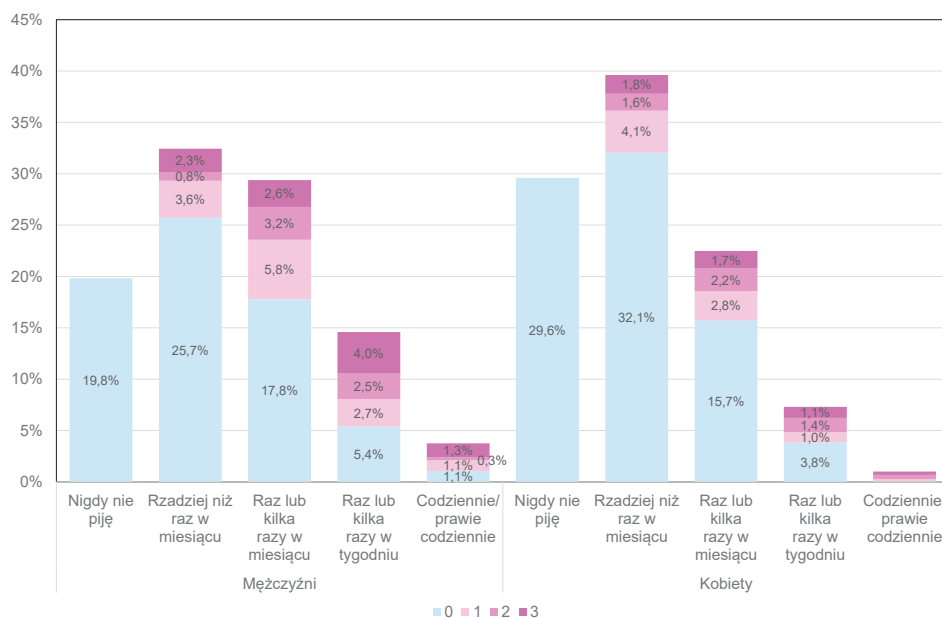


Ryc. 13.5. Zmiany spożycia alkoholu na 1 mieszkańca, z uwzględnieniem struktury rodzaju spożywanego alkoholu w Polsce w latach 1992-2013 (Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom¹⁰ na podstawie danych GUS¹¹)

⁹ „Alcohol, Total (Recorded + Unrecorded) per Capita (15+) Consumption with 95%CI, Projections”. Dostęp 12 kwiecień 2025. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-total-\(recorded-unrecorded\)-per-capita-\(15-\)-consumption-with-95-ci-projections](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-total-(recorded-unrecorded)-per-capita-(15-)-consumption-with-95-ci-projections)

¹⁰ „Spożycie napojów alkoholowych na jednego mieszkańca 2023.pdf”. Dostęp 12 kwiecień 2025. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/09/Spozycie-napojow-alkoholowych-na-jednego-mieszkanca2023.pdf>.

¹¹ GUS. „Dostawy na rynek krajowy oraz spożycie niektórych artykułów konsumpcyjnych na 1 mieszkańca w 2023 roku”. stat.gov.pl. Dostęp 12 kwiecień 2025. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/handel/dostawy-na-rynek-krajowy-oraz-spozycie-niektorych-artykułow-konsumpcyjnych-na-1-mieszkanca-w-2023-roku,9,14.html>.

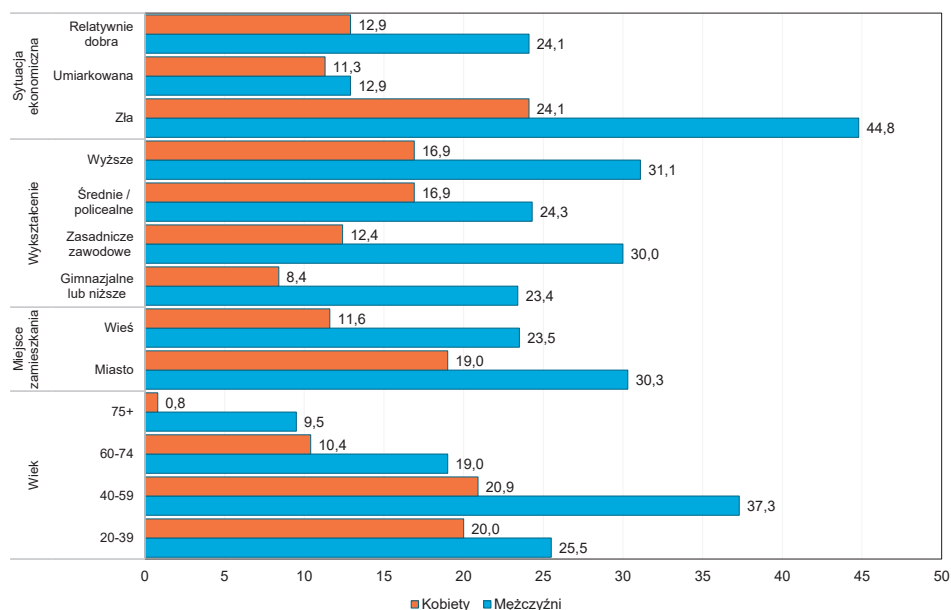


Ryc. 13.6. Deklarowana częstość spożywania alkoholu z uwzględnieniem liczby wskaźników ryzykownego picia (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Rycina 13.6 przedstawia deklarowaną częstość spożywania alkoholu z uwzględnieniem odpowiedzi ankietowanych mężczyzn i kobiet dotyczących występowania u nich wskaźników ryzykownego picia. Ryzykowne picie oceniano za pomocą trzech pytań dotyczących wystąpienia u respondenta myśli, że spożywa za dużo alkoholu, złego samopoczucia lub poczucia winy z powodu spożywania alkoholu, lub zgłoszenia przez respondenta w wywiadzie irytacji z powodu uwag otoczenia dotyczących jego picia alkoholu. Twierdząca odpowiedź na jedno z tych pytań kwalifikuje respondenta do grupy, u której występują wskaźniki ryzykownego picia.

Sumarycznie potencjalnie szkodliwą częstość konsumpcji alkoholu (raz lub częściej w tygodniu) zadeklarowało 18,4% mężczyzn i 8,3% kobiet. Co najmniej jeden wskaźnik ryzykownego picia (niezależnie od deklarowanej częstości spożycia) wystąpił u 29,6% mężczyzn oraz u 18,0% kobiet.

W dalszej części opracowania analizowana będzie kategoria osób, które albo zadeklarowały potencjalnie szkodliwą częstotliwość picia alkoholu albo znajdują się w grupie osób, u których występują 2 lub 3 wskaźniki ryzykownego picia. Odsetek osób ryzykownie pijących alkohol wg powyższej definicji różnił się w znacznym stopniu w zależności od płci i wynosił 27,2% mężczyzn oraz 15,7% kobiet.



Ryc. 13.7. Odsetek osób ryzykownie pijących alkohol, w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz sytuacji ekonomicznej, w podziale na płeć, 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Rycina 13.7 przedstawia odsetek osób, u których stwierdzono obecność wskaźników ryzykownego picia alkoholu, z uwzględnieniem wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia oraz sytuacji ekonomicznej, wśród kobiet i mężczyzn.

Wśród mężczyzn najwyższy odsetek ryzykownego picia odnotowano w wieku 40–59 lat (37,3%), w grupach z wykształceniem wyższym (31,1%) a także zasadniczym zawodowym (30,0%) oraz deklarujących złą sytuację ekonomiczną (44,8%). Mieszkańcy miast o około 1/3 częściej piją ryzykownie niż mieszkańcy wsi. Najwyższe odsetki odpowiedzi mogących świadczyć o ryzykownym picu w grupie kobiet zaobserwowano w grupach wiekowych 40–59 lat (20,9%) oraz 20-39 lat (20,0%), w grupach z wykształceniem wyższym oraz średnim/policealnym (po 16,9%) oraz w złej sytuacji ekonomicznej (24,1%). Mieszkancki miast o blisko 2/3 częściej piją ryzykownie niż kobiety mieszkające na wsi.

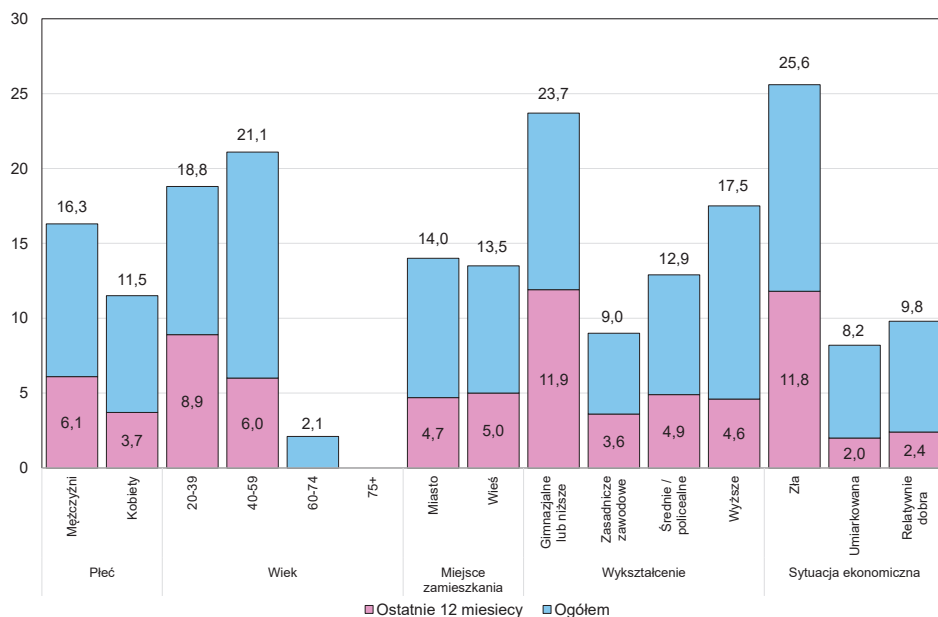
Stosowanie substancji psychoaktywnych

W obecnej edycji badania rozpowszechnienia czynników ryzyka po raz pierwszy zdecydowano się na zadanie pytań związanych ze stosowaniem substancji

psychoaktywnych. Zadano pytania dotyczące marihuany, substancji stymulujących (amfetamina, efedryna, dopalacze) oraz substancji o dużym potencjale uzależniającym, tak zwanych narkotyków twardych (heroina, LSD, kokaina).

Rycina 13.8 przedstawia częstość stosowania marihuany. Odsetek mężczyzn używających marihuany był wyższy niż kobiet zarówno ogółem (16,3% vs 11,5%), jak i w ostatnich 12 miesiącach (6,1% vs 3,7%). Do stosowania marihuany przyznawały się głównie osoby przed 60 r. ż. – w grupie 20–39 lat odsetek używających w okresie całego życia wynosił 18,8%, a w grupie 40–59 – 21,1%; w ostatnich 12 miesiącach odpowiednio 8,9% i 6,0%.

Najwyższy odsetek osób stosujących marihuanę w ciągu całego życia odnotowano wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (23,7%, 11,9% w ciągu ostatnich 12 miesięcy) oraz w złej sytuacji ekonomicznej (25,6%, 11,8% w ciągu ostatnich 12 miesięcy).



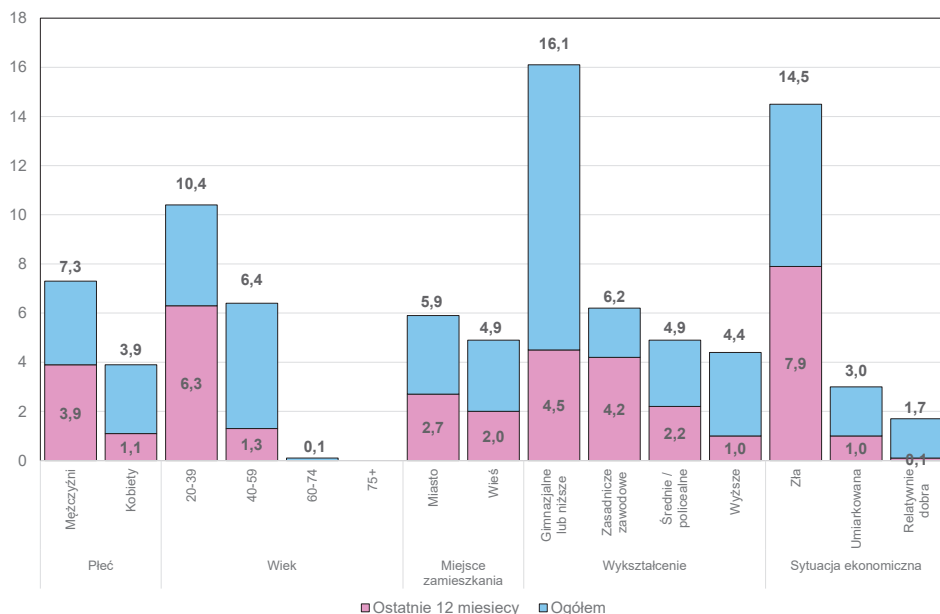
Ryc. 13.8. Stosowanie marihuany w ostatnich 12 miesiącach oraz kiedykolwiek w ciągu całego życia w 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Na rycinie 13.9 przedstawiono stosowanie substancji stymulujących, takich jak amfetamina, efedryna i tzw. dopalacze. Mężczyźni wykazywali wyższe wskaźniki użycia substancji stymulujących niż kobiety zarówno ogółem (7,3% vs 3,9%), jak i w ostatnich 12 miesiącach (3,9% vs 1,1%). W świetle wyników problem stosowania

substancji stymulujących dotyczył niemal wyłącznie osób przed 60 r. ż., w grupie 20-39 lat odsetek używających w okresie całego życia wynosił 10,4% a w grupie 40-59 lat – 6,4% oraz odpowiednio 6,3% i 1,3% w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Najwyższy odsetek osób stosujących substancje stymulujące w ciągu całego życia odnotowano wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (16,1%) oraz w złej sytuacji ekonomicznej (14,5%). W ostatnich 12 miesiącach najwyższe wskaźniki odnotowano w tych samych grupach: 4,5% i 7,9% odpowiednio. W grupie wieku 20–39 lat stosowanie ogółem wyniosło 10,4%, a w ostatnich 12 miesiącach – 6,3%.

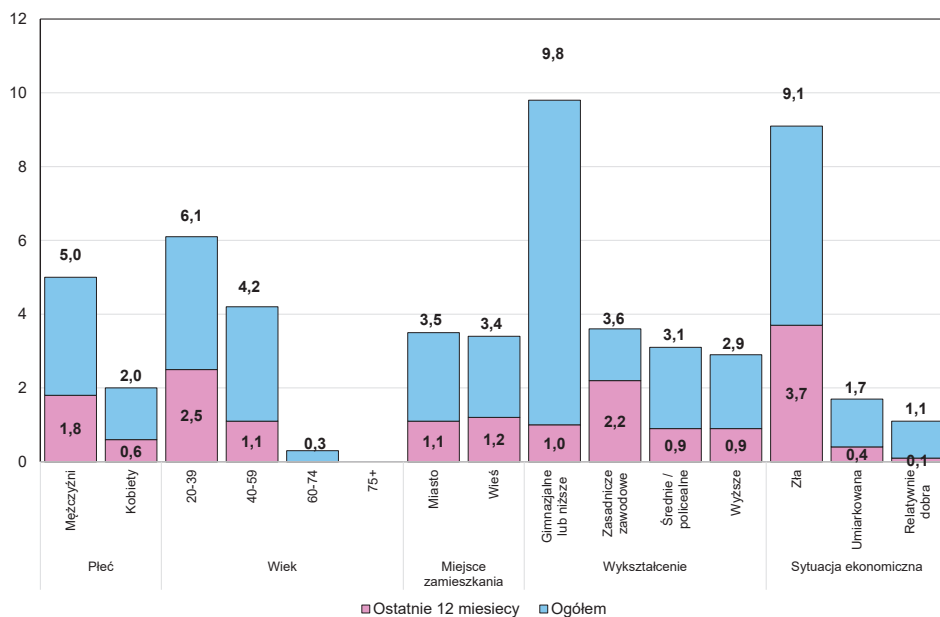
Zwraca uwagę częste stosowanie stymulantów wśród osób zgłaszających złą sytuację materialną.



Ryc. 13.9. Stosowanie substancji stymulujących w ostatnich 12 miesiącach oraz kiedykolwiek w ciągu całego życia, 2025 r. (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Rycina 13.10 prezentuje odsetki osób stosujących substancje psychoaktywne o dużym potencjale uzależniającym (LSD, kokaina, heroina i inne). Mężczyźni wykazywali wyższe wskaźniki użycia narkotyków twardych niż kobiety zarówno ogółem (5,0% vs 2,0%), jak i w ostatnich 12 miesiącach (1,8% vs 0,6%). Zjawisko stosowania tych substancji dotyczyło głównie osób przed 60. r. ż. W grupie wieku 20–39 lat odsetek używających w okresie całego życia wynosił 6,1%, a w grupie 40–59 lat – 4,2%; odpowiednio 2,5% i 1,1% w ostatnich 12 miesiącach.

Najwyższy odsetek osób używających narkotyków twardych kiedykolwiek w życiu odnotowano wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (9,8%) oraz deklarujących złą sytuację ekonomiczną (9,1%). W ostatnich 12 miesiącach najwyższe wartości dotyczyły tych samych grup: odpowiednio 1,0% i 3,7%. Warto podkreślić, że Badanie Zdrowia i Czynniki Ryzyka przeprowadzone przez NIZP-PZH – PIB miało charakter przekrojowy, co oznacza, że jednocześnie oceniano wykształcenie, status ekonomiczny oraz stosowanie substancji psychoaktywnych. Dlatego zaobserwowane związki nie wskazują na przyczynowo skutkowy kierunek zależności.



Ryc. 13.10. stosowanie substancji psychoaktywnych o dużym potencjale uzależniającym (opracowanie własne na podstawie badania czynników ryzyka)

Nadwaga i otyłość

Według wyników Globalnego Badania Obciążenia Chorobami (GBD 2021) zbyt wysoka masa ciała jest w Polsce piątym co do znaczenia czynnikiem ryzyka zdrowotnego, któremu przypisuje się 7,7% ogółu zgonów oraz 7,6% utraconych lat życia w zdrowiu⁵. Dla kobiet jest to drugi z najważniejszych czynników ryzyka

w odniesieniu do DALY (8,9%) i czwarty dla zgonów (9,3%), dla mężczyzn odpowiednio szósty (6,5%) i ósmy (6,2%).

Najnowsze dostępne oszacowania rozpowszechnienia nadwagi i otyłości w populacji ogólnopolskiej powstały na podstawie badań ankietowych obejmujących samoocenę masy ciała i wzrostu przez respondentów. Uzyskiwane wyniki są zróżnicowane, również ze względu na różnice metodyczne. I tak Europejski Sondaż Społeczny (ang.: *European Social Survey*), realizowany w ramach europejskiego konsorcjum infrastruktury badawczej (ang. *European Research Infrastructure Consortium*) w dziedzinie nauk społecznych i humanistycznych przeprowadzony na przełomie lat 2023/24 szacuje rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (indeks BMI ≥ 25) wśród ludności w wieku 15 lat lub więcej na 57,6% (69,0% wśród mężczyzn i 47,4% wśród kobiet), a otyłości (BMI ≥ 30) odpowiednio na 18,8% (22,1% i 16,5%)¹².

Zbliżone wyniki uzyskano w badaniu „Zdrowie osób dorosłych” zrealizowanym przez GUS w 2022 r. jako moduł Europejskiego Badania Warunków Życia (EU-SILC). Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała wśród ludności Polski w wieku 16 lat lub więcej oszacowano na 57,1% (65,7% wśród dla mężczyzn i 49,3% wśród kobiet), a otyłości na 18,0% (odpowiednio 19,5% i 16,7%)¹³

Oszacowanie skali problemu dokonywane przez WHO na podstawie wielu źródeł (z preferencją dla danych opartych na pomiarach) są tradycyjnie znacznie wyższe. Odsetek dorosłych (w wieku 18 lub więcej lat) Polaków o zbyt wysokiej masie ciała w 2022 r. oceniany jest na 68,5 % (mężczyzn na 77,8%, a kobiet – 55,9%), zaś osób z otyłością na 31,4% (mężczyzn – 33,8%, kobiet – 29,4%)¹⁴. Odsetek mężczyzn ważących zbyt dużo (taki sam jak w Rumunii) jest najwyższy wśród 27 krajów Unii Europejskiej, dla kobiet oznacza 10. pozycję, licząc od wartości najwyższych. Udział Polaków z otyłością plasuje ich odpowiednio na 6. i 9. miejscu w UE.

Wyniki Badania Zdrowia i Czynników Ryzyka przeprowadzonego przez NIZP PZH – PIB w lutym 2025 r. wskazują, że zbyt wysoką masą ciała ma 55,8% Polaków w wieku 20 lat lub więcej, zaś 13,9% cierpi na otyłość. Problem ten znacznie częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet (odsetki osób obu płci ze zbyt wysoką masą ciała wynosiły odpowiednio 64,1% i 48,3%, a z otyłością 15,3% i 12,6%). Uwzględnienie struktury wieku obu subpopulacji praktycznie nie zmienia tych

¹² Europejski Sondaż Społeczny (2025). Co Polacy mówią o sobie? Nowe dane Europejskiego Sondażu Społecznego (N=1442), <https://ess.ifispan.pl>, dostęp: 8.04.2025; przeglądarka danych: Przeglądarka danych ESS

¹³ GUS (2023). Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2022)

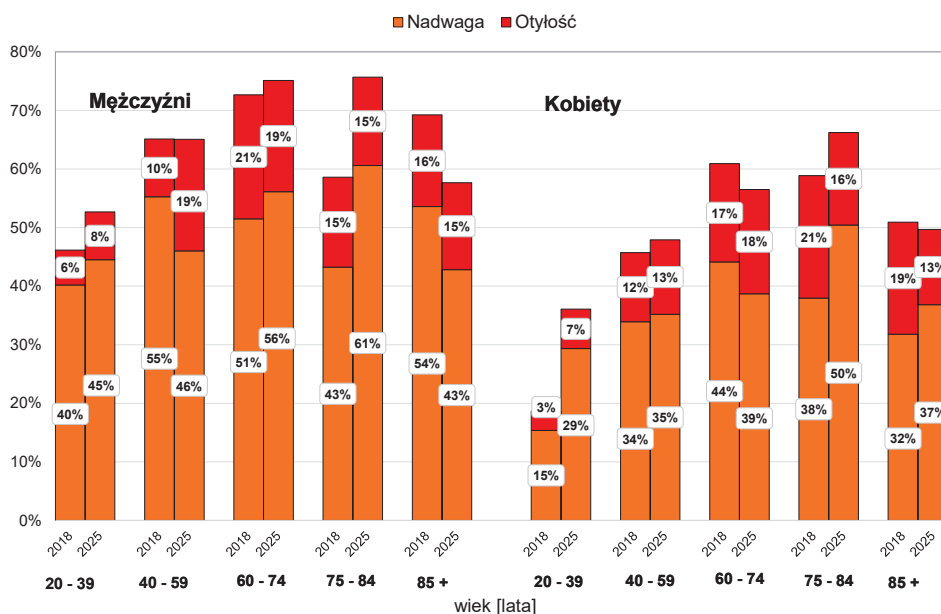
¹⁴ WHO The Global Health Observatory, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>, dostęp: 18.04.2025

proporcji, współczynniki standaryzowane względem wieku wynoszą 64,5% i 47,7% w przypadku zbyt wysokiej masy ciała oraz 15,3% vs 12,4% dla otyłości. Są to wartości niższe niż w przypadku wymienionych wyżej badań, zwłaszcza w przypadku otyłości. Pokazują jednak wzrost nasilenia problemu od jesieni 2018 r., kiedy przeprowadzono wcześniejszą edycję tego badania.

Porównanie wyników obu naszych badań wskazuje, że w stosunku do okresu przed pandemią COVID-19 sytuacja uległa pogorszeniu – rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała znacznie wzrosło (o 7,2 p.p. wśród kobiet i 5,3 p.p. wśród mężczyzn, a otyłości odpowiednio o 1,7 p.p. oraz 4,4 p.p.) i tylko w części jest to skutek starzenia się populacji. Po przeliczeniu specyficznych dla wieku współczynników rozpowszechnienia nadwagi i otyłości z 2018 r. na aktualną strukturę wieku ludności okazuje się, że zbyt wysoka masa ciała dotyczyłaby wówczas 60,5% mężczyzn i 43,0% kobiet, a otyłość po 11,5% Polaków obu płci.

Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała zwiększa się z wiekiem, osiągając maksimum dla kategorii 75-84 lata (ryc. 13.11). Trzeba jednak podkreślić, że już w wieku 20-39 lat ponad połowa mężczyzn waży zbyt dużo, a w starszych kategoriach (60-84 lata) ich udział przekracza $\frac{3}{4}$. We wszystkich analizowanych grupach wieku odsetek kobiet o zbyt wysokiej masie ciała jest znacznie niższy niż w przypadku mężczyzn, w wieku poniżej 74 lat różnice wynoszą 17-19 p.p., wśród osób starszych 8-9 p.p. Dla obu płci najniższy poziom otyłości cechuje najmłodszych dorosłych tj. osoby w wieku 20-39 lat (8,2% mężczyzn i 6,7% kobiet). Maksimum rozpowszechnienia tego problemu wśród mężczyzn przypada już w wieku 40-59 lat – w tej kategorii obserwuje się największą różnicę w rozpowszechnieniu otyłości między płciami (19,1% wśród mężczyzn i 12,7% wśród kobiet). W starszych grupach wieku różnice te są mniejsze i nie przekraczają 2 p.p. Kobiety otyłość dotyka najczęściej (17,8%) w wieku 60-74 lata.

W niemal wszystkich analizowanych grupach wieku częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała wzrosła w porównaniu z 2018 r. (ryc. 13.11). Zwraça uwagę niekorzystna sytuacja najmłodszych kobiet (20-39 lat) – w tej grupie zarówno rozpowszechnienie nadwagi, jak i otyłości zwiększyło się dwukrotnie w ciągu niecałych 7 lat. Z kolei wśród Polek w wieku powyżej 75 lat wzrósł odsetek osób z nadwagą w zakresie BMI poniżej 30, ale rozpowszechnienie otyłości wyraźnie się zmniejszyło (o 6,3 p.p. w wieku 85 lat lub więcej i o 5,2 p.p. w kategorii 75-84 lata). Wśród mężczyzn zwiększenie poziomu otyłości dotyczyło jedynie osób głównie wieku poniżej 60 lat (w kategorii 40-59 lat o 9,2 p.p., a w grupie 20-39 lat o 2,2 p.p.). Na tym tle zwraca uwagę znaczny spadek rozpowszechnienia zbyt wysokiej masy u najstarszych mężczyzn (aż o 11,6 p.p.), związane głównie z redukcją nadwagi w zakresie BMI < 30 o 10,8 p.p.

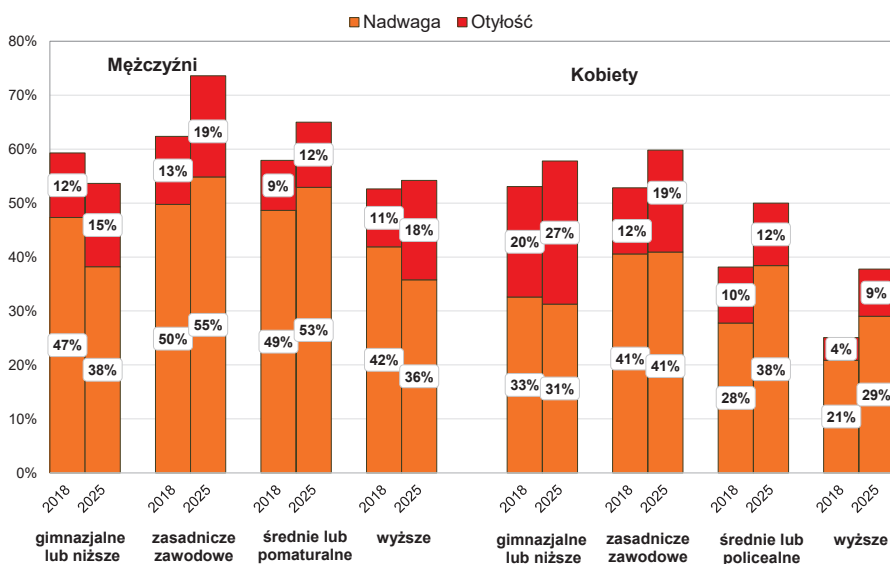


Ryc. 13.11. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2025 według płci i wieku (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%); (dane: NIZP PZH – PIB)

Wyniki badania dla kobiet potwierdzają wyraźny związek między zbyt wysoką masą ciała a poziomem wykształcenia (ryc. 13.12). Występuje tu obserwowana od wielu lat zależność – nadwaga najczęściej charakteryzuje osoby słabiej wykształcone. W 2025 r. były to Polki z wykształceniem zasadniczym zawodowym (u 59,8% z nich stwierdzono zbyt wysoką masę ciała, a u 18,9% otyłość) oraz gimnazjalnym lub niższym (odpowiednio 57,8% i 26,5%). Wśród kobiet z wykształceniem wyższym odsetki te były znacznie (w przypadku otyłości ponad dwukrotnie) niższe i wynosiły 37,8% oraz 8,8%. Po standaryzacji współczynników i wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku porównywanych kategorii korzystniejsza sytuacja lepiej wykształconych Polek nadal jest wyraźna (rozpowszechnienie nadwagi 39,3%, a otyłości – 8,6% wobec 56,3% i 28,2% przy wykształceniu gimnazjalnym lub niższym, a 57,4% i 16,5% przy zasadniczym zawodowym).

Nieco inaczej wygląda sytuacja wśród mężczyzn – co prawda zbyt wysoka masa ciała najczęściej charakteryzowała Polaków z wykształceniem zasadniczym zawodowym (73,6%), ale najrzadziej i niemal z równą częstością najslabiej i najlepiej wykształconych (odpowiednio 53,7% i 54,2%). Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku porównywanych kategorii nadal najcięższe są osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (współczynnik standaryzowany

73,5%), ale widoczna staje się wyraźna rozbieżność między grupą z wykształceniem wyższym (56,2%) a gimnazjalnym lub podstawowym (62,3%). Najwyższe odsetki osób otyłych cechują mężczyzn z wykształceniem zawodowym (18,7%) i wyższym (18,4%), a wyraźnie najniższy – ze średnim (12,1%). Jednak obraz ten wynika z różnic w strukturze wieku tych grup, po ich wyeliminowaniu największe zagrożenie otyłością dotyczy mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (współczynnik standaryzowany względem wieku 20,2%), a w dalszej kolejności z zasadniczym zawodowym (18,4%) i wyższym (18,1%), przy 12,1% w przypadku wykształcenia średniego lub policealnego.



Ryc. 13.12. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2025 według płci i poziomu wykształcenia (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%) (dane: NIZP PZH – PIB)

Przedstawione wyniki wskazują, że różnice w rozpowszechnieniu nadwagi, a zwłaszcza otyłości, wśród kobiet i mężczyzn również silnie zależą od poziomu wykształcenia. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku otyłość wśród Polaków z wykształceniem wyższym 2,1 razy częściej występuje u mężczyzn, podczas gdy wśród osób z wykształceniem podstawowym 1,4 razy częściej u kobiet. W pozostałych kategoriach wykształcenia rozpowszechnienie otyłości dla obu płci jest zbliżone z niewielkimi nadwyżkami (do 11% wartości współczynnika standaryzowanego) u mężczyzn. Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (po standaryzacji względem wieku) we wszystkich kategoriach wykształcenia jest wyższe

u mężczyzn niż u kobiet – nadwyżki współczynnika standaryzowanego rosną monotonicznie ze wzrostem wykształcenia i wynoszą 11% dla gimnazjalnego lub niższego, 28% dla zasadniczego zawodowego, 32% – średniego i 43% – wyższego.

W porównaniu z 2018 r. otyłość występuje częściej u Polaków obu płci na wszystkich poziomach wykształcenia, w przypadku zbyt wysokiej masy ciała jest jeden wyjątek (wśród najslabiej wykształconych mężczyzn ten odsetek zmniejszył się o 5,6 p.p.). Największa – niekorzystna zmiana dotyczy grupy kobiet z wyższym wykształceniem, w której udział osób z otyłością w ciągu niecałych 7 lat zwiększył się 2,1 razy, a z nadwagą w zakresie BMI < 30 – 1,4 razy. W efekcie odsetek osób ze zbyt wysoką masą ciała zwiększył się 1,5 razy (o 12,7 p.p.). Za wzrost rozpowszechnienia zbyt wysokiej masy ciała wśród Polek z wykształceniem średnim odpowiada w pierwszej kolejności zwiększenie częstości nadwagi w zakresie BMI < 30 (o 10,7 p.p.), zaś wśród słabiej wykształconych Polek wzrost odsetka osób otyłych (o 6,6 p.p. w przypadku wykształcenia zasadniczego zawodowego i o 6,0 p.p. dla gimnazjalnego lub niższego). Rozpowszechnienie otyłości wśród mężczyzn najsilniej zwiększyło się wśród osób z wykształceniem wyższym (o 7,7 p.p.) oraz zasadniczym zawodowym (o 6,1 p.p.). W tej ostatniej grupie mocno wzrósł również udział o osób z nadwagą w zakresie BMI poniżej 30 (o 5,1 p.p.), co wobec wysokiego odsetka zbyt wysokiej masy ciała już w 2018 r., poprowadziło jego wartość do rekordowego poziomu 73,6%.

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości łączy się również z zasobnością materialną. Szczególnie wyróżniają się pod tym względem członkowie gospodarstw domowych, w których w ciągu ostatniego roku stale lub często brakowało pieniędzy na żywność, ubranie czy opłaty mieszkaniowe. Polki z tej grupy w stosunku do pozostałych kobiet cechuje niemal dwukrotnie wyższe rozpowszechnienie otyłości (19,0% vs 10,8%) przy zbliżonym poziomie występowania zbyt wysokiej masy ciała (49,1% vs 48,1%). Różnice pogłębiają się po wyeliminowaniu wpływu struktury wieku obu subpopulacji, współczynniki standaryzowane względem wieku dla otyłości wynoszą odpowiednio 21,8% vs 9,7%, zaś dla zbyt wysokiej masy ciała 53,6% vs 46,2%. W przypadku mężczyzn schemat jest odwrotny – mających problemy finansowe cechuje niższe niż w przypadku lepiej sytuowanych rozpowszechnienie zarówno zbyt wysokiej masy ciała (52,2% vs 68,8%), jak i otyłości (11,4% vs 16,4%). Po standaryzacji względem wieku współczynniki dla zbyt wysokiej masy ciała wynoszą 55,7% vs 66,9%, a dla otyłości 11,9% vs 16,5% – w obu przypadkach różnice pozostają wyraźne. Warto podkreślić, że wśród osób z trudnościami materialnymi otyłość częściej cechuje kobiety, zaś wśród lepiej sytuowanych – mężczyzn.

W porównaniu z 2018 r. zwraca uwagę spadek rozpowszechnienia zbyt wysokiej masy ciała oraz otyłości u gorzej sytuowanych mężczyzn, odpowiednio

o 5,9 p.p. oraz 2,9 p.p. Po przeliczeniu specyficznych dla wieku współczynników rozpowszechnienia nadwagi i otyłości z 2018 r. na aktualną strukturę wieku ludności (obecnie populacja jest starsza) redukcja ta jest jeszcze większa i wynosi 6,8 p.p. oraz 4,3 p.p. W odniesieniu do zbyt wysokiej masy ciała wynik ten współgra ze wspomnianym wyżej dużym spadkiem jej rozpowszechnienia wśród mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym – w tej grupie trudną sytuację materialną ma aż 76% osób, dużo więcej niż w przypadku pozostałych kategorii wykształcenia (od 19% wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym do 31% z zasadniczym zawodowym). W grupie mężczyzn lepiej sytuowanych rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała oraz otyłości wzrosło odpowiednio o 9,6 p.p. oraz 6,3 p.p. Efekt ten tylko w niewielkim stopniu jest skutkiem starzenia się populacji – po jego wyeliminowania różnice są nieco mniejsze i wynoszą 7,9 p.p. oraz 5,9 p.p.

Częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała u kobiet zwiększyła się od 2018 r., wśród gorzej sytuowanych o 5,6 p.p., a u zamożniejszych o 7,7 p.p. (po przeliczeniu na aktualną strukturę wieku różnice te wynoszą 4,9 p.p. i 5,4 p.p.). Wzrost rozpowszechnienia otyłości dotyczył niemal wyłącznie kobiet mających częste trudności finansowe – wynosił 5,6 p.p. (5,5 p.p. po ujednoczeniu struktury wieku porównywanych grup), u zamożniejszych Polek wzrost ten był bardzo niewielki – o 0,5 p.p. (0,2 p.p.).

Odsetek Polaków o zbyt wysokiej masie ciała jest wyższy wśród mieszkańców wsi niż miast, zarówno dla mężczyzn (67,9% vs 60,6%), jak i kobiet (50,9% vs 46,4%). Fakt ten nie wynika z różnic w strukturze wieku porównywanych subpopulacji – współczynniki standaryzowane wynosiły odpowiednio 68,7% vs 60,8% i 51,3% vs 45,4%. Jednak rozpowszechnienie otyłości wśród mieszkańców wsi jest wyższe jedynie dla kobiet (13,4% vs 12,0%, a po standaryzacji współczynników ze względu na wiek: 13,8% vs 11,7%). Wśród mężczyzn otyłość częściej dotyka mieszkańców miast (16,1% vs 14,3%, a po standaryzacji 15,9% vs 14,5%).

W porównaniu z 2018 r. częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała wzrosła wśród mężczyzn zamieszkałych w miastach o 2,4 p.p. (o 1,0 p.p. po wyeliminowaniu wpływu starzenia się populacji). Zmiana rozpowszechnienia otyłości była większa i wynosiła 4,7 p.p. (3,8 p.p. po ujednoczeniu struktury wieku porównywanych grup), co oznacza spadek udziału osób z mniejszą nadwagą (o BMI poniżej 30) – można przypuszczać, że wiele z nich przekroczyło po 2018 r. granicę otyłości. Wśród mieszkańców wsi częstość występowania zbyt wysokiej masy ciała wzrosła o 8,1 p.p. (6,4 p.p. po wyrównaniu struktury wieku), wyraźnie podwyższając nadwyżkę w stosunku do mężczyzn zamieszkałych w miastach. Rozpowszechnienie otyłości wzrosło podobnie jak w miastach – o 4,1 p.p. (3,7 p.p.).

Wzrost częstości nadwagi wśród kobiet praktycznie nie zależał od miejsca zamieszkania i wynosił 7,0 p.p. (5,3 p.p.) w miastach i 6,9 p.p. (5,3 p.p.).

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród młodzieży szkolnej przedstawiono w rozdziale 20 niniejszego Raportu.

Aktywność fizyczna

Według wyników Globalnego Badania Obciążenia Chorobami (GBD 2021) w 2021 r. niska aktywność odpowiadała w Polsce za 1,3% ogółu zgonów (0,8% mężczyzn i 1,9% kobiet) oraz 0,9% utraconych lat **życia** w zdrowiu – DALY (1,3% przez kobiety i 0,6% przez mężczyzn)⁵. Ich **główną przyczyną** były choroby układu krążenia, a w drugiej kolejności nowotwory (w przypadku umieralności) oraz cukrzyca i choroby nerek (DALY).

Ogólnopolskie badania aktywności fizycznej stosują różną metodologię, w tym definicje wskaźników wynikowych. Jednak ich rezultaty zgodnie wskazują na spadek aktywności z wiekiem i jej związek z poziomem wykształcenia uczestników. Odnotowują też wysoki udział osób niepodjęających rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych.

Według wyników wspomnianego wyżej, realizowanego na przełomie lat 2023 i 2024, Europejskiego Sondażu Społecznego 34,7% Polaków w wieku 15 lat lub więcej (36,5% kobiet i 32,7% mężczyzn) zadeklarowało, że w ostatnim tygodniu przed badaniem nie poświęciło nawet 30 minut na uprawianie sportu ani inne formy aktywności fizycznej (z uwzględnieniem szybkiego chodzenia)¹⁷. Odsetek osób nieaktywnych zwiększał się z wiekiem; wśród najmłodszych (do 24 lat) nieaktywny był blisko co piąty Polak (19,6%), a wśród najstarszych (65 lat lub więcej) – blisko połowa (48,7%). Udział niećwiczących monotonicznie zależał od poziomu wykształcenia i w kategoriach: poniżej średniego, średnie i powyżej średniego wynosił odpowiednio 45,1%, 35,5% oraz 23,0%.

Badanie „Zdrowie osób dorosłych” zrealizowane przez GUS w 2022 r. jako moduł Europejskiego Badania Warunków Życia (EU-SILC) ocenia, że 23,6% Polaków w wieku 16 lat lub więcej (23,1% mężczyzn i 24,0% kobiet) nie podejmuje sportowej ani rekreacyjnej aktywności fizycznej niezwiązanej z pracą (trwającej co najmniej 10 minut i powodującej przynajmniej niewielkie przyspieszenie oddechu lub tętna)¹⁸. Ich udział w populacji monotonicznie maleje z poziomem wykształcenia i wynosi: 36,2% wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, 33,0% z zasadniczym zawodowym, 20,5% ze średnim i tylko 9,7% z wyższym.

WHO zaleca dorosłym dla zachowania zdrowia co najmniej 150 minut tygodniowo ćwiczeń o umiarkowanym natężeniu lub 75 minut o intensywnym

(względnie równoważną kombinację obu typów¹⁵). W Badania Zdrowia i Czynniki Ryzika przeprowadzonym przez NIZP PZH – PIB w lutym 2025 r. ustalano, ile czasu w przeciętnym tygodniu sezonu wiosennego lub jesiennego Polacy poświęcają rekomendowanym aktywnościom (gimnastyka, szybki marsz, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, zajęcia w siłowni, trening sportowy, itp.), podejmowanym w celach rekreacyjnych (bez pracy zawodowej i potrzeb lokomocyjnych). Ćwiczenia trwające przynajmniej 10 minut bez przerwy wykonuje 42,3% Polaków (43,2% mężczyzn i 41,6% kobiet). Przeciętnie poświęcają oni tym zajęciom 200 minut tygodniowo, czyli blisko pół godziny dziennie.

Wynik ten oznacza, że ponad połowa Polaków (57,7%, w tym 56,8% mężczyzn i 58,4% kobiet) w wieku 20 lat lub więcej nie podejmuje regularnie rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych w wymiarze co najmniej 10 minut w tygodniu. Wyższy odsetek nieaktywnych kobiet wynika z różnic w strukturze wieku ludności obu płci – kobiety w populacji są przeciętnie starsze od mężczyzn. Po standaryzacji względem wieku współczynniki stają się praktycznie równe i wynoszą 57,7% dla mężczyzn i 57,8% dla kobiet. Są to wyniki znacznie mniej korzystne niż uzyskane w przedstawionych wyżej badaniach, dotyczą jednak osób nieco starszych (w wieku 20 lat lub więcej).

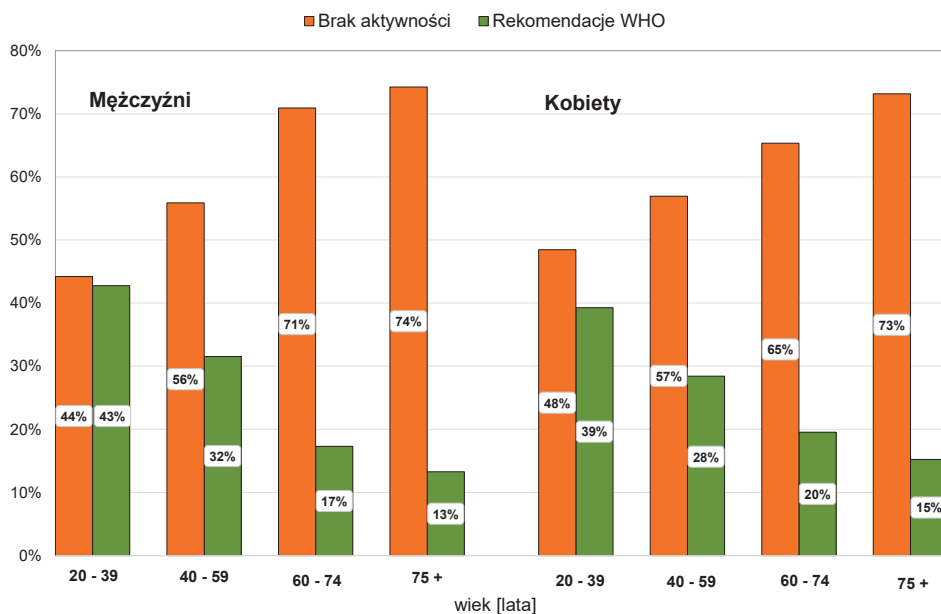
Odstąpienie od warunku przynajmniej umiarkowanego wysiłku i dołączenie do grupy ćwiczących również osób ograniczających aktywność do spacerów, zmniejsza odsetek osób nieaktywnych do 27,3% (28,5% wśród mężczyzn i 26,2% wśród kobiet, a po standaryzacji względem wieku 28,8% vs 26,2%).

Jednocześnie zalecenia WHO, uwzględniające obok natężenia wysiłku minimalny czas ćwiczeń w tygodniu, spełnia 30,6% mężczyzn i 27,9% kobiet (zaliczając do czasu aktywności obok ćwiczeń rekreacyjnych jazdę na rowerze w celach lokomocyjnych). Po standaryzacji współczynników pod względem wieku przewaga mężczyzn zmniejsza się do poziomu 29,9% vs 28,3%).

Częstość podejmowania ćwiczeń fizycznych o co najmniej umiarkowanym natężeniu systematycznie zmniejsza się z wiekiem (ryc. 13.13). Nieaktywnych pod tym względem jest 46,3% osób w wieku 20-39 lat i 73,8% w wieku 75 lat lub więcej. Wypełnianie rekomendacji WHO deklaruje 41,0% najmłodszych i 14,5% najstarszych Polaków. W wieku 20-39 lat mężczyźni ćwiczą częściej od kobiet – odsetki osób nieaktywnych wynoszą odpowiednio 44,2% vs 48,4%, a wypełniających rekomendacje WHO – 42,8% vs 39,3%). W wieku 40-59 lat udziały osób nieaktywnych są zbliżone (55,9% vs 56,9%), ale mężczyźni poświęcają na ćwiczenia więcej czasu, częściej spełniając rekomendacje WHO (31,5% vs 28,4%). Po

¹⁵ WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

ukończeniu 60 lat kobiety ćwiczą częściej i dłużej od swoich rówieśników, szczególnie wyraźna różnica dotyczy kategorii 60-74 lata, kiedy całkowicie nieaktywnych jest 70,9% mężczyzn, a 65,3% kobiet.

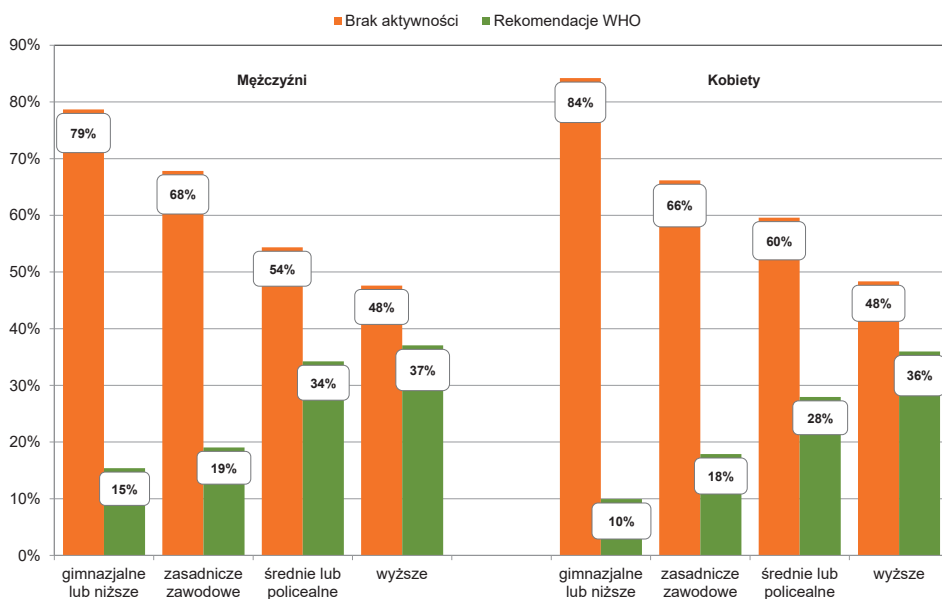


Ryc. 13.13. Aktywność fizyczna Polaków w wieku 20 lat lub więcej według płci i wieku w 2025 r. – odsetki niepodjęających rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych oraz wypełniających zalecenia WHO w zakresie czasu aktywności fizycznej (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%) (dane NIZP PZH – PIB)

Częstość podejmowania ćwiczeń rekreacyjnych przez osoby obu płci zwiększa się z poziomem wykształcenia (ryc. 13.14). Rozpiętość wartości porównywanych wskaźników jest bardzo znaczna. Odsetek Polaków z wykształceniem wyższym wypełniających zalecenia WHO w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym jest 2,4 razy wyższy dla mężczyzn (37,1% vs 15,4%) i nawet 3,6 razy dla kobiet (36,0% vs 9,9%). Ćwiczeń rekreacyjnych w ogóle nie podejmuje 78,7% mężczyzn z wykształceniem podstawowym, a 47,6% z wyższym. Dla kobiet odsetki te wynoszą odpowiednio 84,2% i 48,3%. Efekt ten tylko w niewielkim stopniu wynika z różnic w strukturze wieku porównywanych grup (osoby starsze są słabiej wykształcone – wg danych GUS na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2021 r. wśród Polaków w wieku 70 lat lub więcej 32,0% miało wykształcenie podstawowe, a 13,3% – wyższe, podczas gdy w wieku 25-39 lat odsetki te wynosiły odpowiednio 3,3% oraz 45,1%). Po standaryzacji współczynników względem wieku ich wartości dla poszczególnych poziomów wykształcenia

nadal znacznie się różnią. Odsetki nieaktywnych wynoszą w rosnącej kolejności wykształcenia (tj. gimnazjalne lub niższe, zasadnicze-zawodowe, średnie, wyższe): 77,2%, 67,2%, 55,3% i 49,1% dla mężczyzn oraz 85,2%, 63,79%, 60,1% i 51,0% dla kobiet. Analogicznie udziały wypełniających zalecenia WHO to: 14,8%, 19,6%, 33,1% i 36,5% dla mężczyzn oraz 11,6%, 20,1%, 27,5% i 34,6%.

Wśród osób z wykształceniem wyższym, a także zasadniczym zawodowym oba wskaźniki aktywności fizycznej mają zbliżone wartości dla mężczyzn i kobiet (ryc. 13.14). W pozostałych kategoriach wykształcenia mężczyźni są wyraźnie aktywniejsi. Wśród osób z wykształceniem średnim odsetek niećwiczących mężczyzn jest o 5,2 p.p. niższy, a spełniających zalecenia WHO o 6,2 p.p. wyższy niż w przypadku kobiet. Dla osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym różnice te wynoszą po 5,5 p.p. dla obu wskaźników.



Ryc. 13.14. Aktywność fizyczna Polaków w wieku 20 lat lub więcej według płci i poziomu wykształcenia w 2025 r. – odsetki niepodjęających rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych oraz wypełniających zalecenia WHO w zakresie czasu aktywności fizycznej (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%) (dane NIZP PZH – PIB)

Aktywność fizyczna Polaków wykazuje również związek z ich sytuacją materialną. Osoby z gospodarstw domowych, w których w ciągu ostatniego roku stałe lub często brakowało pieniędzy na żywność, ubranie czy opłaty mieszkaniowe znacznie częściej niż pozostałe nie podejmują aktywności rekreacyjnej (64,4% vs 55,1%). Rzadziej też wypełniają rekomendacje WHO (23,8 vs 31,2%), nawet biorąc pod uwagę

jedynie osoby ćwiczące (66,7% vs 69,5%). Różnice te są nieco większe po uwzględnieniu struktury wieku porównywanych grup – po standaryzacji odsetki niećwiczących wynoszą 67,6% vs 54,4%, a wypełniających rekomendację 21,8% vs 33,7%. Przedstawiciele obu płci w trudnej sytuacji finansowej równie często rezygnują z zajęć ruchowych – 64,3% mężczyzn i 64,4% kobiet (po standaryzacji odpowiednio 65,0% vs 63,9%) i spełniają zalecenia WHO – 24,1% vs 23,7% (po standaryzacji 23,7% vs 23,9%). Wśród osób lepiej sytuowanych mężczyźni są nieco aktywniejsi od kobiet (odsetki niećwiczących 56,0% vs 54,2%, a wypełniających rekomendacje 32,9% i 29,6%), ale po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku porównywanych subpopulacji efekt ten zanika w przypadku pierwszego wskaźnika (po standaryzacji: 55,3% vs 55,2%) i znacznie się zmniejsza dla drugiego (32,0% vs 30,2%).

Mieszkańcy wsi ćwiczą nieco rzadziej niż mieszkańcy miast (odsetki niepodejmujących rekreacji fizycznej – 58,9% vs 56,6%). Zjawisko w większym stopniu dotyczy kobiet – nieaktywnych jest 60,2% mieszkanki wsi i 57,0% miast, w przypadku mężczyzn różnice są mniejsze (57,5 vs 56,3%). Dla obu płci efekt pogłębia się po uwzględnieniu struktury wieku porównywanych grup (współczynniki standaryzowane względem wieku różnią się o 4,3 p.p. dla kobiet (60,6% vs 56,3%) i 2,8 p.p. (59,2% vs 56,4%) dla mężczyzn. Aktywność osób obu płci zamieszkałych w miastach jest więc bardzo zbliżona do siebie, na wsi kobiety ćwiczą rzadziej od mężczyzn, co jednak częściowo wynika ze struktury wieku tych grup. Odsetek wypełniających rekomendacje WHO mieszkańców wsi i miast jest zbliżony (dla ogółu ludności 29,7% vs 28,7%, różnice „miasto-wieś” współczynników specyficznych dla płci nie przekraczają 1,1 p.p.). Niezależnie od miejsca zamieszkania mężczyźni częściej niż kobiety spełniają zalecenia (30,3% vs 27,4% w mieście i 31,0% vs 28,5% na wsi).

Informacji o aktywności fizycznej polskich uczniów dostarczają realizowane co 4 lata Badania Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (HBSC – ang.: *Health Behaviour in School-aged Children*^{16,17,18,19,20}). Oceniają one odsetek

¹⁶ Instytut Matki i Dziecka (2007). Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC w Polsce w 2006 r. Red: Mazur J, Woynarowska B, Kołło H, Warszawa

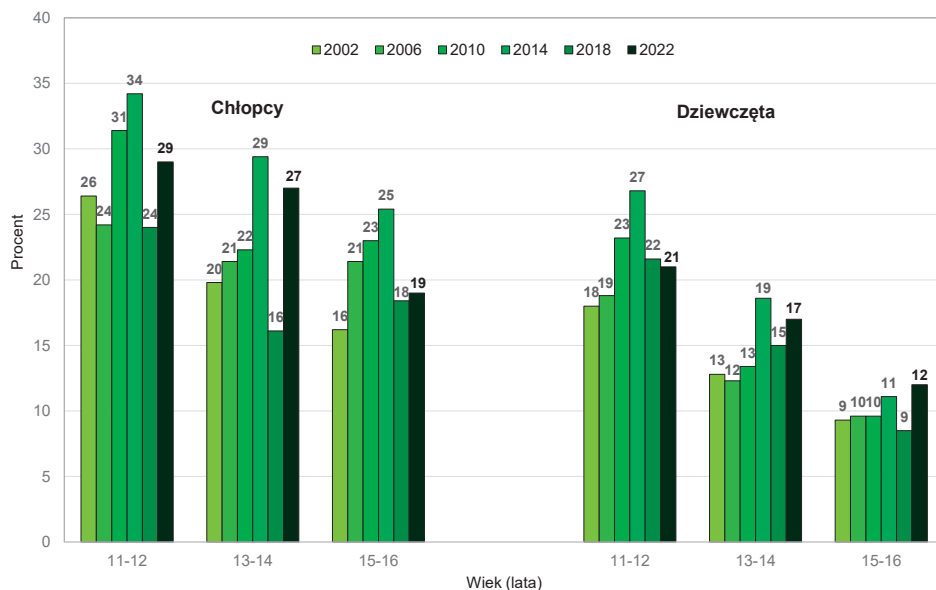
¹⁷ Instytut Matki i Dziecka (2011). Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Red.: Mazur J, Małkowska-Szkutnik A, Warszawa

¹⁸ Instytut Matki i Dziecka (2015). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Red: Mazur J, Warszawa

¹⁹ Instytut Matki i Dziecka (2018). Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC. Red.: Mazur J, Małkowska-Szkutnik A, Warszawa

²⁰ Rakić J G i wsp. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. WHO. Regional Office for Europe, Kopenhaga License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

uczniów w wieku 11-16 lat utrzymujących poziom aktywności zalecany przez WHO dla prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia (tj. codziennie 60 minut ćwiczeń o umiarkowanej lub wysokiej intensywności). W 2022 r. rekomendacje te spełniało zależnie od wieku 19%-29% chłopców i 12%-27% dziewcząt (ryc. 13.15).



Ryc. 13.15. Odsetek młodzieży szkolnej wypełniających dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006, 2010, 2014, 2018, 2022 według płci i wieku (źródło: badanie HBSC)

Długoletni trend wzrostowy tego wskaźnika uległ załamaniu w 2018 r. dla wszystkich kategorii wieku. W 2022 r. sytuacja poprawiła się w stosunku do poprzedniej edycji badania, z wyjątkiem grupy najmłodszych dziewcząt, w której utrzymała się tendencja spadkowa. Aktywność młodzieży nie przekroczyła jednak poziomu z 2014 r. – jedyny wyjątek stanowiła grupa najstarszych dziewcząt (15-16 lat) charakteryzująca się bardzo niskim poziomem aktywności i jego niewielkimi wahaniami (w XXI w. zmieniały się one w zakresie 9%-12%, osiągając maksimum w 2024 r.).

Nie uległy zmianie obserwowane od wielu lat zasadnicze tendencje: we wszystkich analizowanych kategoriach chłopcy są aktywniejsi od dziewcząt, a dla obu płci odsetek uczniów spełniających zalecenia WHO maleje z wiekiem. Poszczególne roczniki młodzieży z upływem czasu wykazują coraz mniejszą aktywność.

I tak na rekomendowanym poziomie ćwiczy 19% chłopców 15- i 16-letnich, podczas gdy w 2018 r. (jako 11- i 12-latków) było ich 24%. U dziewcząt efekt ten jest jeszcze silniejszy – w grupie obecnych 15- i 16- latek udział aktywnych fizycznie uczennic w ciągu czterech lat zmniejszył się z 22% (poziom zbliżony wówczas do chłopców) do 12%.

14. SPOSÓB ŻYWIENIA POLAKÓW

14A. SPOSÓB ŻYWIENIA I STAN ODŻYWIENIA NIEMOWLĄT, DZIECI I MŁODZIEŻY

Anna Dzielska, Anna Liber, Anna Fijałkowska
(Instytut Matki i Dziecka)

Prawidłowe żywienie ma fundamentalne znaczenie dla bieżącego stanu zdrowia dziecka oraz wpływa na ryzyko rozwoju chorób w późniejszych etapach życia. Sposób odżywiania i stan odżywienia dzieci są ściśle związane z procesami wzrastania i dojrzewania, a ich zaburzenia mogą prowadzić do długoterminowych konsekwencji zdrowotnych. Szczególnie istotne jest żywienie w pierwszych latach życia, kiedy następuje intensywny rozwój psychoruchowy dziecka oraz dojrzewanie układu odpornościowego. Okres od poczęcia do ukończenia 2. r. ż., określany mianem „pierwszych 1000 dni”, to czas szczególnej wrażliwości organizmu na działanie czynników środowiskowych, w tym żywieniowych. Okres ten stanowi tzw. „okno możliwości” dla programowania metabolicznego, a niewłaściwe postępowanie żywieniowe może prowadzić do wystąpienia zaburzeń metabolicznych oraz zwiększonego ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego w późniejszym wieku.¹ Pierwsze lata życia dziecka to również krytyczne okno dla rozwoju mikrobiomu jelitowego, który odgrywa istotną rolę w dojrzewaniu układu odpornościowego oraz wpływa na ogólny stan zdrowia dziecka. Mikrobiota jelitowa w tym okresie podlega dynamicznym zmianom, zależnym m.in. od sposobu żywienia. Zaburzenia jej równowagi we wczesnym okresie życia mogą prowadzić do długofalowych konsekwencji zdrowotnych, w tym rozwoju chorób autoimmunologicznych, alergii oraz zaburzeń neurorozwojowych².

¹ Williams TC, Drake AJ. What a general paediatrician needs to know about early life programming. Arch Dis Child. 2015 Nov;100(11):1058-63. doi: 10.1136/archdischild-2014-307958. Epub 2015 May 19. PMID: 25990501.

² Cukrowska B, Znaczenie programowania mikrobiotycznego w rozwoju przewlekłych chorób nieinfekcyjnych—Standardy Medyczne. (n.d.). Znaczenie programowania mikrobiotycznego w rozwoju przewlekłych chorób nieinfekcyjnych - Standardy medyczne. <https://www.standardy.pl/artykuly/id/1203>

Znaczenie prawidłowego żywienia nie maleje wraz z wiekiem dziecka, a kolejne etapy rozwoju, od wieku przedszkolnego, przez wczesnoszkolny, aż po okres dojrzewania, również wymagają adekwatnego pokrycia zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze. W tym kontekście stan odżywienia dzieci i młodzieży staje się istotnym wskaźnikiem zdrowia populacyjnego. Regularne pomiary antropometryczne, w tym obliczenia wskaźnika masy ciała (BMI) z uwzględnieniem siatek centylowych, pozwalają monitorować rozwój fizyczny, identyfikować niedożywienie, nadwagę i otyłość, a także oceniać ryzyko przyszłych zaburzeń metabolicznych³.

Wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży stanowi obecnie jedno z największych wyzwań zdrowia publicznego⁴. Otyłość dziecięca wiąże się z szeregiem poważnych konsekwencji metabolicznych, kardiologicznych, ortopedycznych, a także psychospołecznych. Dzieci z nadwagą są bardziej narażone na depresję, stygmatyzację, problemy z samooceną oraz zaburzenia odżywiania w późniejszym wieku. Co więcej, wysoki odsetek dzieci z otyłością utrzymuje nadmierną masę ciała także w dorosłości, co potwierdzają wyniki badań długofalowych⁵.

Zalecenia żywieniowe dla dzieci i młodzieży, zarówno krajowe, jak i międzynarodowe, jednoznacznie podkreślają konieczność stosowania zrównoważonej diety, przy jednoczesnym ograniczeniu spożycia cukrów prostych i tłuszczów trans⁶. Regularność posiłków, a zwłaszcza niepomijanie śniadań, ma istotne znaczenie w profilaktyce nadwagi i otyłości.

Celem niniejszego rozdziału jest kompleksowa analiza sposobu żywienia oraz stanu odżywienia dzieci i młodzieży w Polsce – od okresu niemowlęcego, przez małe dzieci i uczniów młodszych klas szkoły podstawowej, aż po młodzież

³ Świąder-Leśniak, A., Majcher, A., Pyrzak, B., Dziechciarz, P., & Department of Paediatrics, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland. (2020). Consensus on the principles of physical development monitoring in children, possible or not? *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 16(3), 268–274. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2020.0049>

⁴ Buoncristiano, M., Spinelli, A., Williams, J., Nardone, P., Rito, A. I., García-Solano, M., Grøholt, E. K., Gutiérrez-González, E., Klepp, K. I., Starc, G., Petrauskienė, A., Kunešová, M., Hassapidou, M., Pérez-Farínos, N., Pudule, I., Kelleher, C. C., Duleva, V., Rakovac, I., Chatterjee, S., & Breda, J. (2021). Childhood overweight and obesity in Europe: Changes from 2007 to 2017. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22 Suppl 6, e13226. <https://doi.org/10.1111/obr.13226>

⁵ Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolcott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>

⁶ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet?>

w starszym wieku szkolnym – na podstawie dostępnych danych populacyjnych, wyników badań naukowych oraz wytycznych krajowych i międzynarodowych. Szczególna uwaga poświęcona zostanie identyfikacji aktualnych problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem oraz możliwościom ich zapobiegania.

Dzieci w wieku 5-36 miesięcy

W 2016 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, pod kierownictwem prof. dr hab. Haliny Weker, przeprowadzono badanie PITNUTS 2016, którego celem była kompleksowa ocena sposobu żywienia oraz stanu odżywienia dzieci w wieku od 5 do 36 miesięcy⁷. Do badania włączono 450 niemowląt (5-12 miesięcy) i 600 małych dzieci (13-36 miesięcy). Dobór uczestników zapewnił reprezentatywność wyników dla populacji dzieci w Polsce. Do badania zakwalifikowano wyłącznie dzieci zdrowe, nie stosujące diet eliminacyjnych, a respondentami byli rodzice lub opiekunowie. Sposób żywienia oceniano za pomocą kwestionariusza częstości spożycia (FFQ) oraz 3-dniowego dzienniczka żywieniowego. Analizę dietetyczną prowadzono przy użyciu programu Dieta 5.0, wielkość porcji określając z wykorzystaniem Albumu Fotografii Produktów i Potraw. Wyniki porównano z normami żywienia dla dzieci⁸.

Stan odżywienia oceniano na podstawie masy ciała oraz długości lub wzrostu dziecka, wykorzystując wskaźnik weight-for-height z-score według norm WHO (2006). Klasyfikację stanu odżywienia oparto na przedziałach: znaczny niedobór masy ciała (<-3 SD), niedobór masy ciała (-3 do -2 SD), prawidłowa masa ciała (-2 do +1 SD), ryzyko nadwagi (+1 do +2 SD), nadwaga (>+2 SD), otyłość (>+3 SD).

Żywienie niemowląt

Karmienie piersią uznawane jest za złoty standard żywienia niemowląt w pierwszych sześciu miesiącach życia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka,

⁷ Weker H (red.). (2017). STUDY REPORT. COMPREHENSIVE EVALUATION OF FEEDING PRACTICES IN CHILDREN AGED 5 TO 36 MONTHS POLISH NATIONWIDE STUDY 2016. PITNUTS 2016, Fundacja Nutricia, Instytut Matki i Dziecka. QZPYyktD2kh7JJW6yjHm.pdf

⁸ Jarosz, M., & Jarosz, M. (2012). Normy żywienia dla populacji polskiej—Nowelizacja. Instytut Żywności i Żywienia.

a następnie jego kontynuację równolegle z wprowadzaniem pokarmów uzupełniających – tak długo, jak matka i dziecko tego potrzebują. Karmienie piersią niesie ze sobą liczne korzyści zarówno dla dziecka, jak i dla matki. Dla dziecka stanowi najlepsze źródło składników odżywczych, wspiera rozwój układu odpornościowego i zmniejsza ryzyko wielu chorób infekcyjnych wieku dziecięcego – szczególnie układu oddechowego i przewodu pokarmowego. U matek karmienie piersią przyczynia się do redukcji ryzyka krwawienia poporodowego oraz nowotworów piersi i jajnika, a ponadto wspiera powrót do prawidłowej masy ciała po porodzie⁹.

Z danych retrospektywnych, uzyskanych na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w badaniu PITNUTS 2016, wynika, że 54,1% dzieci było karmionych piersią przez co najmniej 6 miesięcy, przy czym jedynie 5,9% otrzymywało wyłącznie pokarm matki. Karmienie piersią przez okres krótszy niż 6 miesięcy zadeklarowano w przypadku 39,7% dzieci, natomiast 6,2% nigdy nie było karmionych piersią.

Powyższe dane podkreślają konieczność promowania karmienia piersią jako najkorzystniejszego sposobu żywienia niemowląt i małych dzieci, który przynosi korzyści zdrowotne nie tylko dzieciom, ale również matkom.

Wprowadzanie pokarmów uzupełniających to kolejny istotny element żywienia niemowląt. Niestety aż 61,1% dzieci otrzymywało te pokarmy zbyt wcześnie tzn. przed 5. miesiącem życia. Jedynie 30,2% niemowląt otrzymało pierwsze pokarmy w zalecany okresie, tzn. między 17 a 26 tygodniem życia. Około 30 % dzieci w wieku 4 m-cy otrzymywało przeciera owocowe lub warzywne, 24,8% kleiku i kaszki bezglutenowe, 21% soki owocowe, 11,4% kaszki z glutenem.

Zwraca uwagę obecność herbatników i biszkoptów w diecie najmłodszych dzieci. Otrzymywało je 6,7% dzieci w 4 miesiącu życia, 53,1% dzieci w 7-8 miesiącu życia i aż 86,7% dzieci w wieku 10-12m-cy. Takie postępowanie sprzyja kształtowaniu preferencji smaku słodkiego, co w późniejszym okresie może utrudniać akceptację pokarmów o mniej atrakcyjnym dla dziecka smaku, takich jak warzywa, mięso, ryby czy jaja.

Niepokojący jest również brak ryb w diecie niemowląt – wartościowego pokarmu, będącego źródłem pełnowartościowego, łatwo przyswajalnego białka, długołańcuchowych kwasów tłuszczowych omega-3 (EPA i DHA), jodu, selenu oraz witamin z grupy B (szczególnie B12) i witaminy D.

⁹ Szajewska H., Horvath A., Rybak A., Socha P.: Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Standardy Medyczne. *Pediatrics* 2016; 13: 9-24

Analiza realizacji norm spożycia w dietach niemowląt niekarmionych piersią wykazała zbyt niską podaż tłuszczu, która dotyczyła aż 95% dzieci w wieku 5–12 miesięcy. U 34% niemowląt nie zapewniono również odpowiedniego pokrycia zapotrzebowania energetycznego z diety. Takie niedobory mogą prowadzić do zaburzeń tempa wzrastania.

Diety tych dzieci wykazywały również niedobory jodu – niedostateczne spożycie tego pierwiastka stwierdzono u 82% niemowląt.

Niedobór witaminy D w diecie stwierdzono u 75% dzieci, jednak trudność w pokryciu zapotrzebowania na ten składnik wyłącznie z pożywienia jest dobrze znana, dlatego zaleca się rutynową suplementację witaminą D przez cały pierwszy r. ż.

Dieta do czwartego niemowlęcia niekarmionego piersią była niedoborowa w żelazo – pierwiastek kluczowy dla prawidłowego tworzenia krwinek czerwonych oraz funkcjonowania układu nerwowego. Niedobór żelaza może prowadzić do rozwoju niedokrwistości, a także niekorzystnie wpłynąć na tempo rozwoju dziecka.

Żywienie dzieci w wieku 13-36 miesięcy

Wśród dzieci objętych badaniem 10% było nadal karmionych piersią. W tej grupie odnotowano jednak niedostateczne spożycie podstawowych grup produktów: mleka i mlecznych napojów fermentowanych u 88% dzieci, warzyw u 87,9%, owoców u 74,3% oraz ryb u 77,5%, olejów roślinnych u 71,7%. Takie niedobory mogą wpływać na niepełne pokrycie zapotrzebowania na składniki odżywcze niezbędne do prawidłowego rozwoju.

Diety dzieci w wieku 13-36 m-cy, podobnie jak w przypadku niemowląt, charakteryzowały się niedoborem tłuszczu – stwierdzonym u 58,7% badanych, w tym w szczególności długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (LCPUFA), których niedobór odnotowano aż u 99% dzieci. Jednocześnie wykazano nadmierne spożycie białka – mediana dziennego spożycia wynosiła 40 g, co znacząco przekracza normy żywieniowe dla tej grupy wiekowej, wynoszące 12 g. Taka nadmierna podaż białka we wczesnym dzieciństwie może zwiększać ryzyko rozwoju nadwagi i otyłości w późniejszych latach życia.

Odnotowano niedobory wapnia u 42,3% dzieci, co wynikało głównie z niedostatecznego spożycia produktów mlecznych. Niedobór jodu stwierdzono u 27% dzieci, co wiązano z niskim spożyciem ryb. U 59% dzieci zaobserwowano zbyt niskie spożycie witaminy E, a u 20,8% – folianów, co było konsekwencją niewystarczającej ilości warzyw w diecie.

Aż 90% dzieci spożywało zbyt dużą ilość soli, a w diecie 80% z nich odnotowano nadmierne spożycie cukru. Taki sposób żywienia może sprzyjać kształtowaniu nieprawidłowych nawyków żywieniowych oraz zwiększać ryzyko zaburzeń metabolicznych oraz nadciśnienia tętniczego.

Ocena stanu odżywienia

Prawidłowy stan odżywienia stwierdzono u 67,6% niemowląt, natomiast w grupie dzieci w wieku 13–36 miesięcy odsetek ten wyniósł 67,8%. Wyniki te wskazują, że około 2/3 dzieci w wieku od 5 do 36 miesięcy charakteryzowało się prawidłowym stanem odżywienia. Wśród niemowląt niedobór masy ciała stwierdzono u 9,4% badanych, natomiast znaczny niedobór odnotowano u 5,1% tej grupy. Łącznie niedobór masy ciała występował u 14,5% dzieci w wieku 5–12 miesięcy. W grupie dzieci w wieku 13–36 miesięcy obniżoną masę ciała zaobserwowano u 2,3% uczestników, a znaczny niedobór u 1,8%. Łącznie niedobór masy ciała odnotowano u 4,1% dzieci w tej kategorii wiekowej. W grupie niemowląt nadwagę stwierdzono u 2,9% badanych, natomiast otyłość odnotowano u 1,3%. Możliwe ryzyko nadwagi zaobserwowano u 13,7% niemowląt, co łącznie oznacza, że 17,9% dzieci w wieku 5–12 miesięcy miało nadmierną masę ciała lub jej ryzyko. Wśród dzieci w wieku 13–36 miesięcy ryzyko nadwagi zaobserwowano u 18,4% uczestników. Nadwaga występowała u 6,9% dzieci, a otyłość – u 2,8%, co oznacza, że problem nadmiernej masy ciała lub jej ryzyka dotyczył łącznie 28,1% dzieci w tej grupie wiekowej. Problem niedostatecznych przyrostów masy ciała częściej występuje wśród niemowląt w wieku 5–12 miesięcy, natomiast nadmierny stan odżywienia jest bardziej powszechny u dzieci w wieku 2–3 lat.

Warto podkreślić, że nieprawidłowy stan odżywienia stwierdzono u jednej trzeciej dzieci uczestniczących w badaniu. Zarówno niedobór masy ciała, jak i jej nadmiar mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, takich jak obniżona odporność, zwiększona podatność na infekcje, pogorszenie funkcji poznawczych oraz opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Zaburzenia stanu odżywienia we wczesnym dzieciństwie mogą mieć długofalowe skutki zdrowotne, które ujawniają się w późniejszych etapach życia, w tym w wieku dorosłym. Wśród tych konsekwencji wymienia się m.in. zwiększone ryzyko wystąpienia otyłości, cukrzycy typu 2, chorób sercowo-naczyniowych oraz osteoporozy. Wyniki badania podkreślają potrzebę wczesnej profilaktyki żywieniowej, indywidualizacji zaleceń u dzieci z nieprawidłowym stanem odżywienia oraz systematycznego monitorowania stanu odżywienia, zwłaszcza w populacji najmłodszych dzieci.

Dzieci w wieku wczesnoszkolnym

Dane dotyczące dzieci w wieku 7–9 lat pochodzą z programu European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI WHO), realizowanego w roku szkolnym 2022/2023 w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025¹⁰. Badaniem objęto 6464 uczniów klas I–III z 127 losowo wybranych szkół podstawowych; analizie poddano dane 6383 dzieci z kompletem pomiarów antropometrycznych i danych niezbędnych do oceny stanu odżywienia.

Stan odżywienia oceniano na podstawie BMI (zgodnie z WHO 2007)^{11,12} oraz obwodu talii i bioder (normy OLAF)¹³. Nadwagę rozpoznawano przy BMI $\geq +1$ SD, otyłość przy $> +2$ SD, a niedobór masy ciała przy < -1 SD. Za wartość zwiększającą ryzyko chorób sercowo-naczyniowych uznano obwód talii ≥ 90 . centyla¹⁴.

Oceniano częstość spożywania wybranych produktów spożywczych (owoce, warzywa, nabiał, mięso, produkty przetworzone, napoje słodzone) oraz zachowania związane z konsumpcją śniadań, wspólnych posiłków i jedzenia przy urządzeniach ekranowych, na podstawie odpowiedzi rodziców.

Spożywanie owoców i warzyw

Analiza częstości spożycia owoców wskazuje, że dzieci w wieku 7–9 lat sięgają po nie z dość dużą regularnością, choć istnieją istotne różnice zależne od płci i wieku. Dziewczęta częściej niż chłopcy spożywają owoce codziennie lub częściej. Wśród 7-latek 49,1% deklaroowało codzienne spożycie owoców (łącznie

¹⁰ Fijałkowska, A., & Dzielska, A. (2024). ZDROWIE DZIECI WE WCZESNYM WIEKU SZKOLNYM. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

¹¹ Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), Protocol, October 2016, World Health Organization 2017. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), Protocol, October 2016, World Health Organization 2017, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/333900/COSI-protocol-en.pdf.

¹² Blössner M et al. WHO Anthro Plus for personal computers manual: software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva, World Health Organization 2009 (http://www.who.int/entity/growthref/tools/who_anthroplus_manual.pdf).

¹³ Świąder-Leśniak A, Kułaga Z, Grajda A, Gurzkowska B, Gózdź M, Wojtyło M, Rózdżyńska-Świątkowska A, Litwin M, Wartości referencyjne obwodu talii i bioder polskich dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat, Standardy Medyczne/Pediatrics 2015, T. 12: 137-150.

¹⁴ The IDF consensus definition of the Metabolic Syndrome in children and adolescents, International Diabetes Federation 2007.

odpowiedzi „1 raz dziennie” i „częściej niż 1 raz dziennie”), podczas gdy wśród chłopców w tym samym wieku było to 43,1%. W grupie 9-latków różnica ta również się utrzymuje – 45,8% dziewcząt vs 41,8% chłopców. Warto zwrócić uwagę na to, że wraz z wiekiem odsetek chłopców spożywających owoce codziennie zmniejsza się, natomiast u dziewcząt pozostaje na zbliżonym poziomie. Może to świadczyć o różnicach w kształtujących się nawykach żywieniowych oraz potencjalnym wpływie czynników środowiskowych, np. rodzinnych wzorców spożycia, które u dziewcząt są bardziej stabilne.

W przypadku warzyw obserwujemy podobny, choć nieco bardziej zróżnicowany obraz. Dziewczęta w każdym wieku częściej deklarują codzienne spożycie warzyw (łącznie 1 raz dziennie i częściej), a różnice między płciami są wyraźniejsze niż w przypadku owoców. Wśród 9-letnich dziewcząt codzienne spożycie warzyw zadeklarowało 38,3% badanych, podczas gdy wśród chłopców było to 35,9%. Spożycie warzyw na poziomie „większość dni w tygodniu” (4–6 dni) zwiększa się z wiekiem zarówno u chłopców, jak i dziewcząt, co może wskazywać na proces kształtowania się bardziej regularnych wzorców żywieniowych wraz z dorastaniem. Warto jednak zauważyć, że w każdej grupie wiekowej odsetek dzieci, które nie spożywają warzyw wcale lub bardzo rzadko (rzadziej niż raz w tygodniu), choć niski, nadal istnieje – wynosi od 6% do 9%, przy czym jest nieco wyższy u chłopców.

Tabela 14a.1. Częstość spożywania owoców i warzyw według płci i wieku

	Płeć	chłopcy						dziewczęta						
		Wiek	7 lat		8 lat		9 lat		7 lat		8 lat		9 lat	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Owoce	Nigdy	6	1.4	19	1.6	14	1.5	4	0.8	15	1.2	12	1.2	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	15	3.6	50	4.3	41	4.5	11	2.3	36	2.8	34	3.5	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	100	24.0	268	22.9	218	23.9	101	21.2	277	21.3	207	21.5	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	116	27.8	301	25.7	259	28.3	127	26.6	382	29.4	269	27.9	
	1 raz dziennie	89	21.3	284	24.2	227	24.8	113	23.7	299	23.0	253	26.2	
	Częściej niż 1 raz dziennie	91	21.8	250	21.3	155	17.0	121	25.4	291	22.4	189	19.6	
Warzywa	Nigdy	5	1.2	25	2.1	20	2.2	8	1.7	9	0.7	16	1.7	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	26	6.3	71	6.1	64	7.1	32	6.7	55	4.2	42	4.4	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	126	30.3	297	25.4	229	25.3	119	25.0	331	25.5	232	24.3	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	102	24.5	327	28.0	266	29.4	130	27.3	401	30.9	299	31.3	
	1 raz dziennie	92	22.1	276	23.7	199	22.0	106	22.3	298	23.0	213	22.3	
	Częściej niż 1 raz dziennie	65	15.6	171	14.7	126	13.9	81	17.0	204	15.7	153	16.0	

Produkty białkowe: mięso, ryby, jaja i rośliny strączkowe

Mięso jest najbardziej regularnie spożywaną grupą produktów białkowych we wszystkich analizowanych grupach. Ponad 75% dzieci, niezależnie od płci i wieku, deklaruje spożycie mięsa co najmniej kilka razy w tygodniu. U chłopców dominuje model częstego spożycia mięsa – aż 78% 7-latków spożywa mięso co najmniej 4 razy w tygodniu, a u 8- i 9-latków ten odsetek wynosi odpowiednio 75,8% i 74,8%. U dziewcząt wartości te są niższe, co może wskazywać na bardziej zróżnicowaną dietę lub mniejszą preferencję dla produktów mięsnych. Jednocześnie jednak niewielki odsetek dzieci deklaruje zupełny brak spożycia mięsa – wartości te nie przekraczają 1,3% w kolejnych grupach.

Ryby, w przeciwieństwie do mięsa, są produktem spożywanym znacznie rzadziej. Ponad połowa dzieci (około 55–60%) deklaruje ich spożycie rzadziej niż raz w tygodniu, co sugeruje niewielką obecność ryb w diecie dzieci w Polsce. Na jedzenie przez dzieci ryb „kilka dni w tygodniu” wskazuje około 26–29% rodziców. Codzienne spożycie ryb deklaruje mniej niż 3% badanych. Niewielkie różnice między chłopcami a dziewczętami potwierdzają, że niska konsumpcja ryb ma charakter ogólnopopulacyjny, a nie selektywny. Może to świadczyć o barierach takich jak smak, dostępność czy preferencje rodzinne.

Spożycie jaj również wykazuje stosunkowo korzystny rozkład – dominującym wzorcem jest konsumpcja kilka razy w tygodniu. Najwyższe odsetki obserwuje się wśród dziewcząt – aż 57,2% 7-latek i 53,9% 9-latek spożywa dania z jaj 1–3 razy w tygodniu. Codzienne spożycie jaj pozostaje jednak niskie (ok. 5%), co sugeruje, że choć obecność jaj w diecie jest powszechna, to nie są one produktem dominującym.

Spożycie roślin strączkowych jest znacząco niższe niż innych źródeł białka. Aż 70–80% dzieci spożywa je bardzo rzadko (rzadziej niż raz w tygodniu) lub wcale. Najwyższy odsetek całkowitego braku spożycia obserwuje się wśród chłopców, zwłaszcza w wieku 7 lat (41,3%). Wraz z wiekiem nie obserwuje się wyraźnych zmian w spożyciu tej grupy produktów, co może świadczyć o utrwalonym braku obecności roślin strączkowych w codziennej diecie dzieci.

Spożycie mleka i produktów mlecznych

Półtłuste lub chude mleko jest spożywane częściej niż mleko pełnotłuste, przy czym dziewczęta częściej niż chłopcy sięgają po tę formę mleka. W wieku 8 lat 51,8% dziewcząt deklarowało spożycie mleka półtłustego co najmniej kilka razy

Tabela 14a.2. Częstość spożywania produktów zwierzęcych i roślinnych będących źródłem białka według płci i wieku

	Płeć	chłopcy						dziewczęta						
		Wiek	7 lat		8 lat		9 lat		7 lat		8 lat		9 lat	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mięso	Nigdy	1	0.2	15	1.3	10	1.1	3	0.6	9	0.7	8	0.8	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	11	2.7	30	2.6	19	2.1	12	2.5	51	4.0	30	3.1	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	153	37.1	437	37.5	349	38.5	225	47.5	530	41.1	417	43.5	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	163	39.6	442	37.9	348	38.4	155	32.7	471	36.5	339	35.4	
	1 raz dziennie	74	18.0	168	14.4	130	14.3	55	11.6	169	13.1	131	13.7	
	Częściej niż 1 raz dziennie	10	2.4	74	6.3	51	5.6	24	5.1	59	4.6	33	3.4	
Ryby	Nigdy	57	14.1	135	11.8	110	12.3	45	9.8	152	11.9	116	12.3	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	217	53.6	646	56.4	492	55.0	278	60.3	743	58.4	527	56.1	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	104	25.7	319	27.9	258	28.8	123	26.7	325	25.6	254	27.0	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	13	3.2	24	2.1	14	1.6	6	1.3	26	2.0	20	2.1	
	1 raz dziennie	14	3.5	14	1.2	16	1.8	7	1.5	19	1.5	18	1.9	
	Częściej niż 1 raz dziennie	0	0.0	7	0.6	5	0.6	2	0.4	6	0.5	5	0.5	
Dania z jaj	Nigdy	20	4.9	77	6.7	57	6.4	14	3.0	54	4.3	26	2.8	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	104	25.3	249	21.7	192	21.5	102	22.0	304	24.1	238	25.4	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	205	49.9	614	53.6	473	52.9	265	57.2	657	52.0	505	53.9	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	63	15.3	158	13.8	119	13.3	63	13.6	177	14.0	123	13.1	
	1 raz dziennie	15	3.6	34	3.0	40	4.5	18	3.9	59	4.7	41	4.4	
	Częściej niż 1 raz dziennie	4	1.0	13	1.1	13	1.5	1	0.2	13	1.0	4	0.4	
Rośliny strączkowe (np. fasola, soczewica)	Nigdy	171	41.3	434	37.5	345	38.5	160	34.0	437	34.1	323	33.9	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	183	44.2	553	47.8	409	45.7	233	49.5	641	50.0	444	46.5	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	49	11.8	139	12.0	109	12.2	60	12.7	158	12.3	152	15.9	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	7	1.7	25	2.2	23	2.6	15	3.2	29	2.3	25	2.6	
	1 raz dziennie	3	0.7	3	0.3	4	0.4	3	0.6	9	0.7	5	0.5	
	Częściej niż 1 raz dziennie	1	0.2	3	0.3	5	0.6	0	0.0	9	0.7	5	0.5	

w tygodniu, a u chłopców odsetek ten wynosił 45%. Spożycie mleka pełnotłustego jest niższe i zmniejsza się wraz z wiekiem – u 9-letnich chłopców 34,9% nie spożywa go wcale. Podobny odsetek obserwuje się także u dziewcząt (32,4%). Można przypuszczać, że dzieci przechodzą z mleka pełnotłustego na półtłuste wraz z wiekiem, co może wynikać z zaleceń dietetycznych lub zmian w preferencjach smakowych.

Spożycie przetworów mlecznych takich jak ser utrzymuje się na stabilnym poziomie. Najczęściej konsumowany jest „kilka dni w tygodniu” – taką odpowiedź wskazało około 39–41% rodziców dzieci ze wszystkich grup. Codzienne spożycie serów nie przekracza 10%, a całkowity brak ich spożycia zadeklarowało 7–10% dzieci.

Znacznie rzadziej spożywane są mleczne desery, jogurty i inne produkty fermentowane – aż 65–72% dzieci deklaruje, że nie spożywa ich wcale. Choć mogą one stanowić cenne źródło wapnia i probiotyków, ich niski udział w diecie wskazuje na potrzebę edukacji żywieniowej zarówno dzieci, jak i ich opiekunów.

Tabela 14a.3. Częstość spożywania mleka i jego przetworów według płci i wieku.

	Płeć	chłopcy						dziewczęta						
		Wiek		7 lat		8 lat		9 lat		7 lat		8 lat		9 lat
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Półtłuste lub chude mleko	Nigdy	59	14.8	173	15.1	137	15.7	63	13.8	147	11.8	107	11.6	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	43	10.8	157	13.7	122	13.9	67	14.6	164	13.1	147	15.9	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	108	27.0	295	25.7	224	25.6	135	29.5	359	28.7	272	29.4	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	91	22.8	219	19.1	182	20.8	73	15.9	286	22.9	202	21.8	
	1 raz dziennie	72	18.0	221	19.3	159	18.2	95	20.7	215	17.2	152	16.4	
	Częściej niż 1 raz dziennie	27	6.8	82	7.1	51	5.8	25	5.5	78	6.2	45	4.9	
Pełnotłuste mleko	Nigdy	130	34.2	368	33.8	295	34.9	148	32.8	410	34.5	292	32.4	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	83	21.8	234	21.5	186	22.0	112	24.8	305	25.7	216	24.0	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	65	17.1	209	19.2	165	19.5	83	18.4	195	16.4	173	19.2	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	50	13.2	113	10.4	68	8.0	51	11.3	127	10.7	102	11.3	
	1 raz dziennie	34	8.9	108	9.9	90	10.6	48	10.6	108	9.1	92	10.2	
	Częściej niż 1 raz dziennie	18	4.7	57	5.2	42	5.0	9	2.0	43	3.6	25	2.8	

	Płeć	chłopcy						dziewczeta						
		Wiek		7 lat		8 lat		9 lat		7 lat		8 lat		9 lat
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ser	Nigdy	35	8.6	126	10.9	85	9.4	42	9.2	97	7.7	73	7.7	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	86	21.2	219	19.0	147	16.3	94	20.5	232	18.4	175	18.5	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	155	38.3	401	34.7	356	39.5	179	39.1	523	41.6	372	39.4	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	86	21.2	239	20.7	201	22.3	93	20.3	266	21.1	206	21.8	
	1 raz dziennie	31	7.7	118	10.2	74	8.2	35	7.6	99	7.9	85	9.0	
	Częściej niż 1 raz dziennie	12	3.0	51	4.4	39	4.3	15	3.3	41	3.3	33	3.5	
Mleko smakowe	Nigdy	12	2.9	60	5.2	45	5.0	13	2.8	34	2.7	26	2.7	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	46	11.2	147	12.7	126	14.0	51	10.9	137	10.8	132	13.8	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	142	34.5	410	35.3	337	37.3	178	38.0	535	42.0	372	39.0	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	118	28.7	310	26.7	224	24.8	124	26.5	343	26.9	240	25.1	
	1 raz dziennie	70	17.0	173	14.9	133	14.7	77	16.5	180	14.1	155	16.2	
	Częściej niż 1 raz dziennie	23	5.6	60	5.2	38	4.2	25	5.3	44	3.5	30	3.1	
Jogurt, pudding mleczny, serek kremowy, wiejski lub inny nabiał	Nigdy	255	65.1	750	67.3	600	68.7	327	71.9	846	68.6	629	67.9	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	90	23.0	250	22.4	176	20.2	95	20.9	262	21.2	210	22.7	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	30	7.7	73	6.5	52	6.0	20	4.4	76	6.2	49	5.3	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	7	1.8	20	1.8	19	2.2	7	1.5	27	2.2	22	2.4	
	1 raz dziennie	7	1.8	12	1.1	15	1.7	5	1.1	15	1.2	12	1.3	
	Częściej niż 1 raz dziennie	3	0.8	10	0.9	11	1.3	1	0.2	7	0.6	4	0.4	

Spożycie napojów innych niż woda

Spożycie słodzonych napojów jest zjawiskiem powszechnym wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Ponad 60% badanych dzieci sięga po nie co najmniej kilka razy w tygodniu, a ok. 10% – codziennie. Chłopcy częściej niż dziewczęta piją napoje zawierające cukier codziennie lub częściej. W wieku 9 lat 10,1% chłopców spożywa je więcej niż raz dziennie, wobec 7,5% dziewcząt. Rodzice dziewcząt częściej deklarują całkowitą rezygnację z tego typu napojów – np. w grupie 7-latek było to aż 10,9% vs 4,9% u chłopców.

Napoje „light” i dietetyczne są rzadko spożywane. Ponad 60% dzieci nie sięga po nie wcale, a jedynie 1–2% deklaruje spożycie codzienne. Jest to stosunkowo korzystna informacja z punktu widzenia żywienia dzieci, biorąc pod uwagę kontrowersje dotyczące bezpieczeństwa i wpływu produktów zastępujących cukier na zdrowie.

Z kolei soki 100% stanowią napój chętniej wybierany niż napoje słodzone czy dietetyczne. Około 35% dzieci sięga po nie kilka razy w tygodniu, a 15–20% codziennie. Dziewczęta wykazują większą regularność w ich spożyciu, szczególnie w grupie 9-latek, gdzie codzienne spożycie (1 raz dziennie lub więcej) wyniosło 17,4% (vs 15,6% u chłopców).

Tabela 14a.4. Częstość picia napojów innych niż woda według płci i wieku

	Płeć	chłopcy						dziewczęta						
		Wiek		7 lat		8 lat		9 lat		7 lat		8 lat		9 lat
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Napoje zawierające cukier	Nigdy	20	4.9	73	6.3	52	5.8	51	10.9	78	6.0	66	6.9	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	119	28.9	340	29.4	270	29.9	150	31.9	380	29.4	313	32.9	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	131	31.8	379	32.8	280	31.0	141	30.0	414	32.1	283	29.7	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	54	13.1	122	10.5	105	11.6	41	8.7	149	11.5	97	10.2	
	1 raz dziennie	51	12.4	135	11.7	104	11.5	55	11.7	154	11.9	122	12.8	
	Częściej niż 1 raz dziennie	37	9.0	108	9.3	91	10.1	32	6.8	116	9.0	71	7.5	
Napoje gazowane dietetyczne lub typu „light”	Nigdy	250	60.5	700	60.4	519	58.1	318	67.4	833	65.3	601	62.9	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	108	26.2	347	29.9	276	30.9	113	23.9	315	24.7	269	28.1	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	37	9.0	75	6.5	68	7.6	34	7.2	85	6.7	65	6.8	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	8	1.9	14	1.2	14	1.6	6	1.3	18	1.4	11	1.2	
	1 raz dziennie	6	1.5	17	1.5	10	1.1	1	0.2	16	1.3	5	0.5	
	Częściej niż 1 raz dziennie	4	1.0	6	0.5	6	0.7	0	0.0	8	0.6	5	0.5	
100% Sok owocowy	Nigdy	16	3.9	56	4.8	45	4.9	27	5.7	57	4.4	53	5.5	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	118	28.4	339	29.0	241	26.3	157	33.1	380	29.4	266	27.8	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	132	31.8	406	34.7	329	36.0	152	32.1	451	34.9	335	35.0	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	70	16.9	198	16.9	157	17.2	61	12.9	206	16.0	144	15.1	
	1 raz dziennie	43	10.4	108	9.2	89	9.7	46	9.7	120	9.3	109	11.4	
	Częściej niż 1 raz dziennie	36	8.7	63	5.4	54	5.9	31	6.5	77	6.0	49	5.1	

Spżycie przekąsek

W zakresie konsumpcji słonych przekąsek, takich jak chipsy, popcorn czy orzeszki, obserwuje się dość wysoki udział spożycia umiarkowanego – ponad połowa dzieci sięga po nie raz w tygodniu lub rzadziej. Codzienne spożycie (1 raz dziennie lub częściej) jest niskie – około 2–3%, bez istotnych różnic między płciami. Taki profil może świadczyć o istnieniu pewnych nawyków „nagradzających” (np. spożywanie przekąsek w weekendy), ale bez dominującego charakteru tych produktów w codziennej diecie.

Słodkie przekąski są obecne w diecie dzieci jeszcze częściej. Prawie połowa dzieci w każdej grupie wiekowej spożywa je kilka razy w tygodniu, a kolejne 15–20% – codziennie. Dziewczęta nieco częściej niż chłopcy deklarują codzienne spożycie (np. w wieku 9 lat: 10,6% dziewcząt vs 6,8% chłopców), co może świadczyć o większym przywiązaniu do słodkich smaków. Warto zauważyć, że mimo ogólnej popularności słodczy, zupełny brak ich spożycia deklaruje bardzo niewielki odsetek dzieci – zazwyczaj poniżej 3%.

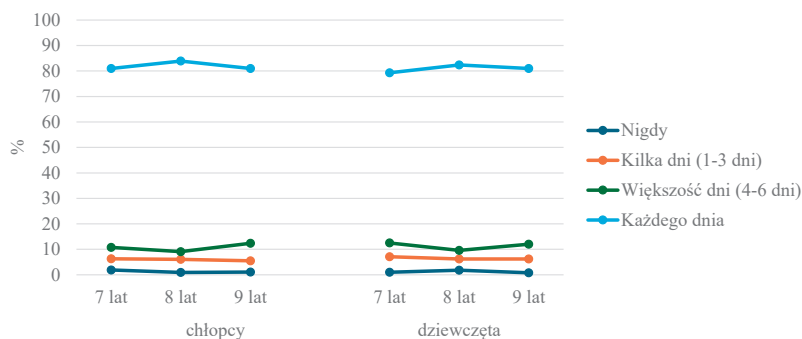
Tabela 14a.5. Częstość spożywania przekąsek według płci i wieku

	Płeć	chłopcy						dziewczęta						
		Wiek	7 lat		8 lat		9 lat		7 lat		8 lat		9 lat	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Słone przekąski (np. chipsy ziemniaczane, chipsy kukurydziane, popcorn, orzeszki ziemne)	Nigdy	27	6.5	65	5.6	54	6.0	31	6.5	74	5.8	62	6.5	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	237	57.4	683	59.0	521	58.0	279	58.9	771	60.2	586	61.4	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	116	28.1	334	28.8	264	29.4	138	29.1	357	27.9	249	26.1	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	16	3.9	43	3.7	40	4.5	17	3.6	45	3.5	34	3.6	
	1 raz dziennie	12	2.9	21	1.8	10	1.1	8	1.7	25	2.0	16	1.7	
	Częściej niż 1 raz dziennie	5	1.2	12	1.0	9	1.0	1	0.2	9	0.7	7	0.7	
Słodkie przekąski (np. ciasta, ciastka/herbatniki, słodkie desery)“	Nigdy	4	1.0	18	1.5	29	3.2	11	2.3	22	1.7	21	2.2	
	Rzadziej niż jeden raz w tygodniu	98	23.7	312	26.8	266	29.5	110	23.2	344	26.7	275	28.6	
	Kilka dni w tygodniu (1-3 dni)	190	45.9	533	45.8	391	43.3	216	45.6	608	47.3	430	44.7	
	Większość dni w tygodniu (4-6 dni)	65	15.7	165	14.2	127	14.1	73	15.4	167	13.0	134	13.9	
	1 raz dziennie	48	11.6	101	8.7	61	6.8	52	11.0	115	8.9	85	8.8	
	Częściej niż 1 raz dziennie	9	2.2	36	3.1	28	3.1	12	2.5	30	2.3	17	1.8	

Zwyczaje związane ze spożywaniem posiłków

Spożywanie śniadań

Regularne spożywanie śniadania, w tym posiłków jedzonych w szkole, jest uznawane za jeden z kluczowych czynników wspierających prawidłowy rozwój fizyczny i poznawczy dzieci. Dane zebrane wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym pokazują, że większość z nich spożywa śniadanie codziennie. Niemniej jednak, obserwowane są pewne różnice zarówno między grupami wiekowymi, jak i płcią dziecka. Wśród chłopców najwyższy odsetek codziennego spożywania śniadań odnotowano w grupie 8-latków – aż 83,9% z nich zadeklarowało, że je śniadanie każdego dnia. W pozostałych grupach wiekowych odsetek ten był nieco niższy, ale nadal bardzo wysoki – 81,0% wśród 7- i 9-latków. Należy zauważyć, że mimo ogólnej dominacji codziennego spożywania śniadań, około 18–19% chłopców w każdej grupie wiekowej deklaruowało mniej regularne wzorce jedzenia pierwszego posiłku. Szczególną uwagę zwraca fakt, że najwięcej chłopców rezygnujących ze śniadania w ogóle odnotowano w wieku 7 lat (1,9%), natomiast wśród 8-latków ten wskaźnik spada niemal o połowę (0,9%). W przypadku dziewcząt odsetek codziennego spożycia śniadań również utrzymuje się na wysokim poziomie – waha się od 79,3% wśród 7-latek do 82,4% w grupie 8-latek. Warto podkreślić, że dziewczęta 7-letnie najczęściej w porównaniu z pozostałymi grupami nie spożywają śniadania (1,0%), a także częściej niż ich rówieśnicy płci męskiej deklarują jedzenie śniadań jedynie w „kilka dni w tygodniu” (7,1%). Może to wskazywać na nieco większe zróżnicowanie wzorców żywieniowych wśród młodszych dziewcząt.

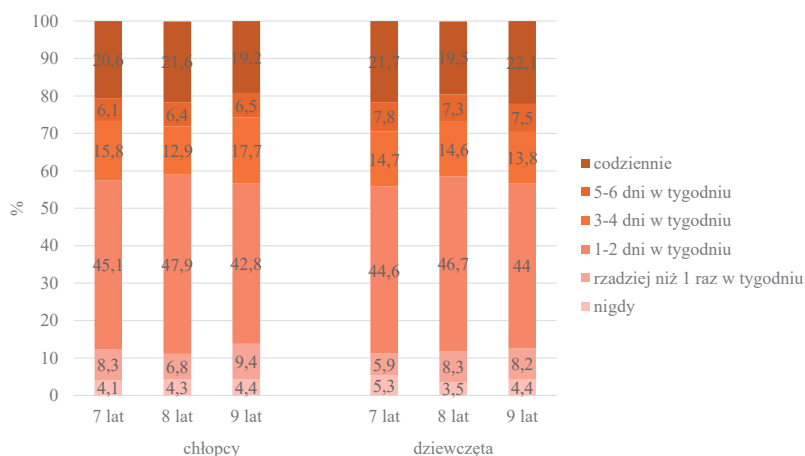


Ryc. 14a.1. Spożywanie śniadań przez dzieci w ciągu tygodnia według wieku i płci

Choć różnice związane z płcią nie są duże, dane sugerują, że chłopcy w wieku 8 lat najczęściej utrzymują nawyk codziennego spożywania śniadań, natomiast dziewczęta w wieku 7 lat nieco rzadziej niż ich rówieśnicy z innych grup wiekowych sięgają po ten posiłek regularnie. W obu populacjach zauważyć można stabilny poziom codziennego spożywania śniadań w wieku 9 lat (81,0%).

Wspólne spożywanie posiłków z rodziną

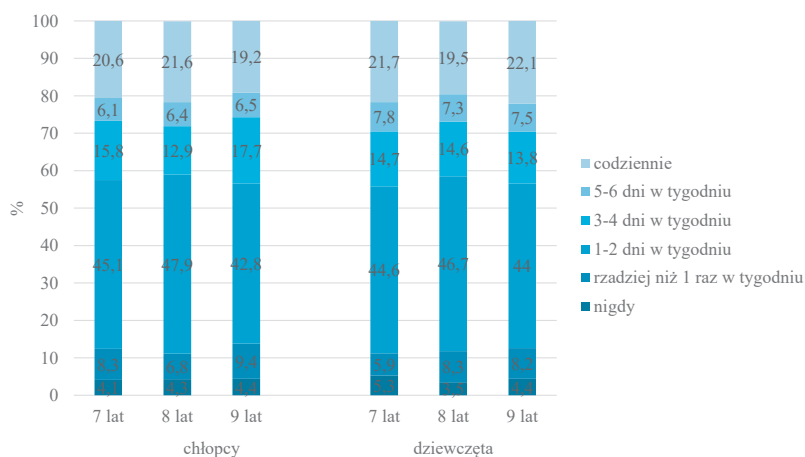
Spożywanie śniadań wspólnie z dzieckiem nie jest codzienną praktyką większości rodzin, choć nie należy też do rzadkości. Tylko około 20–22% rodziców zadeklarowało, że je śniadanie codziennie razem z dzieckiem. Wartości te są zbliżone we wszystkich grupach wiekowych i obu płciach – nieco wyższe odsetki obserwuje się wśród rodziców dziewczynek 7-letnich (21,7%) i chłopców 8-letnich (21,6%). Dominującym wzorcem są odpowiedzi „1–2 dni w tygodniu” – wskazuje na to 42–48% respondentów. Tak wysoki udział tej kategorii sugeruje, że śniadania rodzinne są najczęściej okazjonalnym rytuałem, powiązany np. z weekendem lub dniami wolnymi od pracy. Rzadkie (rzadziej niż raz w tygodniu) lub całkowite unikanie wspólnych śniadań deklarowało ok. 10–14% rodziców – najwięcej w grupie chłopców 9-letnich (13,8%). Może to świadczyć o ograniczeniach czasowych związanych z porannym rozkładem dnia oraz różnicach w organizacji życia rodzinnego.



Ryc. 14a.2. Spożywanie śniadań z rodziną według wieku i płci dzieci (%)

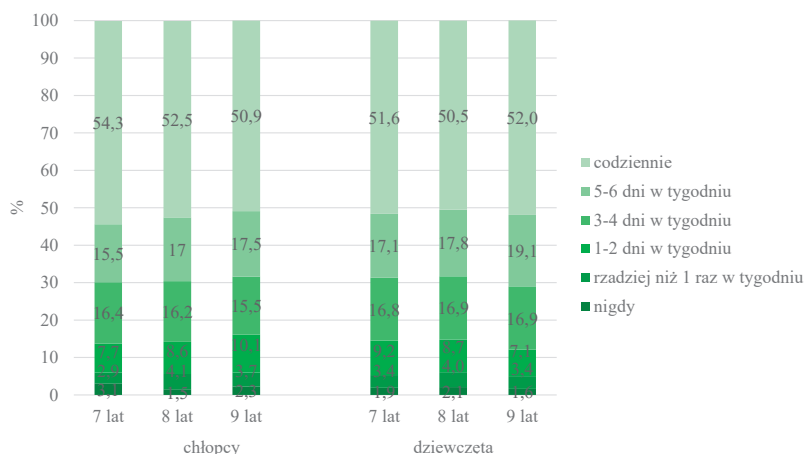
Obiady są najczęściej spożywanym wspólnie posiłkiem. Ponad 40% rodziców w każdej grupie według płci i wieku deklarowało codzienne jedzenie obiadu razem z dzieckiem. Najwyższy odsetek obserwowano wśród chłopców 7-letnich

(44,1%) i 8-letnich (43,9%). Dziewczęta w wieku 9 lat również często spożywają obiad z rodzicem – 41,2% odpowiedzi „codziennie”. Co istotne, kategorie „nigdy” i „rzadziej niż raz w tygodniu” występowały bardzo rzadko (poniżej 2% w każdej grupie), co potwierdza powszechność wspólnego spożywania obiadu w polskich rodzinach z dziećmi w młodszym wieku szkolnym. Spożycie obiadu „3–4 dni w tygodniu” oraz „1–2 dni w tygodniu” występowało równie często (16–22%), co może odzwierciedlać różnice w rytmie dnia rodziców, np. zmianowy system pracy, obecność w domu jedynie w określone dni tygodnia lub obowiązki zawodowe kolidujące z porą obiadową.



Ryc. 14a.3. Spożywanie obiadów z rodziną według wieku i płci dzieci (%)

Kolacje są drugim najczęściej wspólnie spożywanym posiłkiem po obiedzie. Około połowa rodziców (50–54%) deklaruwała codzienne kolacje z dzieckiem, a odsetki te są stosunkowo stabilne niezależnie od płci i wieku dziecka. Najwyższy poziom deklaracji odnotowano wśród chłopców 7-letnich (54,3%) oraz dziewcząt 9-letnich (52,0%). Jednocześnie zauważa się, że z wiekiem dziecka rośnie nieznacznie udział odpowiedzi „1–2 dni w tygodniu” – szczególnie u chłopców 9-letnich (10,1%), co może sugerować większą niezależność dzieci lub zmieniające się rytuały domowe w rodzinach starszych uczniów. Wysokie wartości kategorii „5–6 dni w tygodniu” (ok. 15–19%) mogą świadczyć o dużym znaczeniu kolacji jako wieczornego momentu spotkania rodzinnego, mimo że nie zawsze udaje się ją spożywać wspólnie każdego dnia. W przeciwieństwie do śniadań, kolacja może być łatwiejsza do zorganizowania wspólnie z dzieckiem ze względu na zakończenie dnia pracy i nauki.

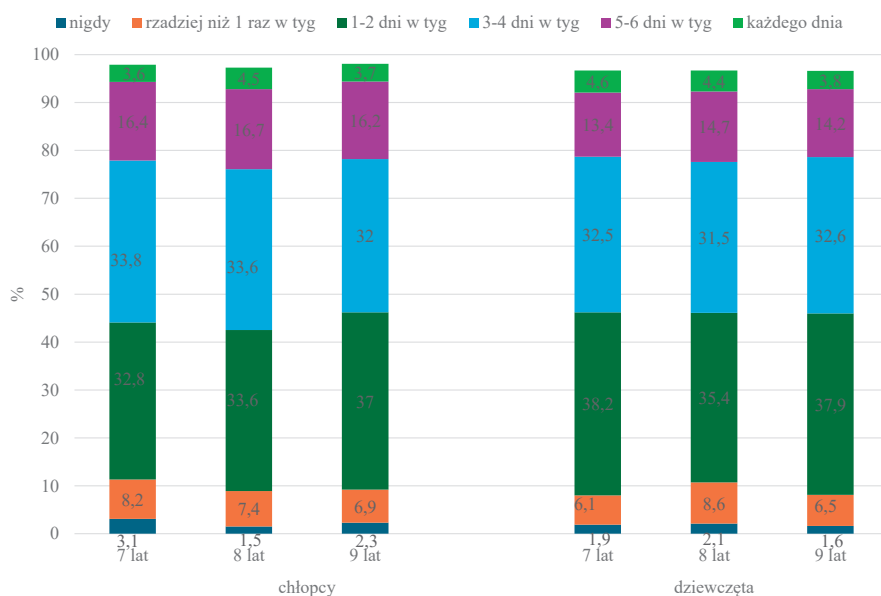


Ryc. 14a.4. Spożycie kolacji z rodziną według wieku i płci dzieci (%)

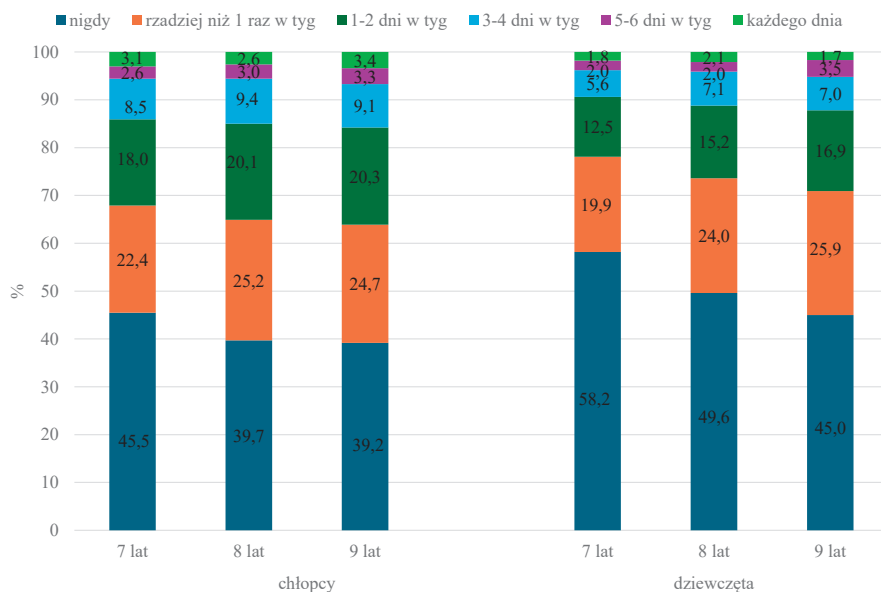
Zachowania żywieniowe dzieci w kontekście korzystania z mediów elektronicznych

Oglądanie telewizji wydaje się jedną z najczęstszych okazji do sięgania po przekąski. Aż około 70% dzieci, niezależnie od wieku i płci, spożywa przekąski podczas oglądania telewizji przynajmniej raz w tygodniu. Najczęściej wskazywane odpowiedzi to „rzadziej niż raz w tygodniu” oraz „1-2 dni w tygodniu”, które łącznie stanowią ponad 65% wskazań. Zachowanie to jest nieco częstsze u chłopców – rzadziej niż raz w tygodniu przekąski podczas oglądania telewizji spożywa 37,0% 9-letnich chłopców, wobec 37,9% dziewcząt w tym samym wieku. Różnice są jednak niewielkie. Co ciekawe, najmniej dzieci wskazuje, że robi to codziennie – odsetek odpowiedzi „każdego dnia” wynosi zaledwie 4–5% i nie różni się istotnie między grupami. Warto zauważyć, że liczba dzieci nigdy niesięgających po przekąski podczas oglądania telewizji spada z wiekiem wśród chłopców – z 8,2% (7 lat) do 6,9% (9 lat). Wśród dziewcząt wartości te są bardziej zróżnicowane, ale w wieku 9 lat wynoszą 6,5%, co potwierdza ogólny trend malejącego unikania takich praktyk wraz z wiekiem.

Spożycie przekąsek podczas korzystania z komputera jest znacznie rzadsze niż podczas oglądania telewizji, ale nie można go pomijać – szczególnie w przypadku chłopców. Aż 60,8% chłopców 9-letnich deklaruje, że zdarza im się spożywać przekąski przy komputerze (czyli wszystkie odpowiedzi oprócz „nigdy”). Dla porównania, wśród dziewcząt 9-letnich odsetek ten wynosi 55%. Najczęściej wybieraną odpowiedzią w tej kategorii jest „nigdy”, co może sugerować większą kontrolę rodziców nad korzystaniem z komputera lub niższą częstotliwość tej aktywności u młodszych dzieci.



Ryc. 14a.5. Spożywanie przekąsek przed telewizorem według wieku i płci dzieci (%)



Ryc. 14a.6. Spożywanie przekąsek podczas korzystania z komputera według wieku i płci dzieci (%)

Warto jednak zauważyć, że liczba dzieci spożywających przekąski codziennie podczas korzystania z komputera nie przekracza 3–4%, co pokazuje, że nawyk ten ma raczej charakter okazjonalny. U chłopców widać lekką tendencję wzrostową w częstości takich zachowań wraz z wiekiem. Przykładowo, odpowiedzi „1–2 dni w tygodniu” wzrastają z 18,0% (7 lat) do 20,3% (9 lat), podczas gdy u dziewcząt podobny wzrost (z 12,5% do 16,9%) wskazuje na powolne kształtowanie się nawyków jedzenia przy komputerze również w tej grupie.

Ostatnia analizowana sytuacja dotyczy **jedzenia posiłków podczas oglądania telewizji, bajek lub filmów**. Zjawisko to jest powszechne i występuje regularnie u znacznej części dzieci. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią jest „1–2 dni w tygodniu” (ok. 20–22%) oraz „3–4 dni w tygodniu” (ok. 19–23%), co może świadczyć o tym, że takie zachowania stają się elementem tygodniowego rytuału – np. kolacje przy bajkach lub weekendowe śniadania przy filmie. Odpowiedź „każdego dnia” wskazuje 13–18% dzieci – najwyżej wśród chłopców 8-letnich (17,9%) i dziewcząt 8-letnich (16,0%). Oznacza to, że nawet co piąte dziecko w tym wieku może codziennie łączyć spożycie posiłku z oglądaniem telewizji. Co ciekawe, z wiekiem wzrasta odsetek dzieci, które **nigdy** nie oglądają telewizji podczas posiłków – od 11,1% (7-letni chłopcy) do 15,2% (9-letni chłopcy) i 15,6% (9-letnie dziewczęta). Może to wskazywać na rosnącą świadomość zdrowotną rodziców lub zmieniające się zasady domowe u starszych dzieci.



Ryc. 14a.7. Jedzenie posiłków podczas oglądania telewizji, bajek, filmów według wieku i płci dzieci (%)

Stan odżywienia dzieci w wieku 7-9 lat w Polsce

Analiza stanu odżywienia dzieci w wieku 7–9 lat, przeprowadzona na podstawie klasyfikacji BMI wg WHO, ukazuje wyraźne różnice zarówno w zależności od wieku, jak i płci badanych dzieci. Zjawiskiem wartym szczególnego podkreślenia jest wzrost częstości otyłości wraz z wiekiem. O ile wśród 7-latków otyłość występowała u 10,3% dzieci, to już w grupie 9-latków odsetek ten wzrósł do 15,9%. Wśród chłopców dynamika tego wzrostu jest wyjątkowo silna: od 13,2% w wieku 7 lat do 19,3% w wieku 9 lat. Dla porównania, wśród dziewcząt otyłość w tym samym przedziale wiekowym zwiększyła się z 7,8% do 12,6%. To oznacza, że chłopcy nie tylko częściej mają nadmierną masę ciała, ale również są bardziej narażeni na pogłębianie się tego problemu z wiekiem. Nadwaga również utrzymuje się na wysokim poziomie i występuje u około 17–19% dzieci w każdej grupie wiekowej, jednak w przeciwieństwie do otyłości jej wzrost jest mniej dynamiczny. Interesujące jest też to, że udział dzieci z nadwagą jest niemal identyczny u chłopców i dziewcząt w wieku 9 lat (po 18,9%).

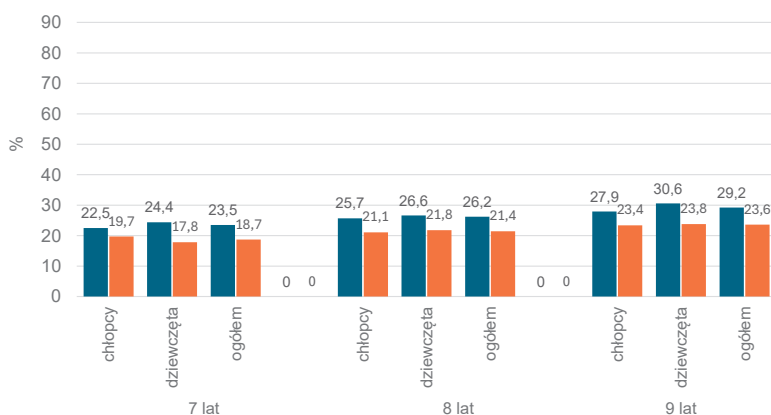
Niedobór masy ciała dotyczy niewielkiego odsetka dzieci we wszystkich analizowanych grupach – od 3,1% do 3,6%, a odsetki dzieci z niedoborem masy ciała są podobne u obu płci i w każdej grupie wiekowej, co może sugerować względnie stały charakter tego zjawiska w populacji dzieci wczesnoszkolnych.

Tabela 14a.6. Kategorie BMI wg klasyfikacji WHO wśród dzieci w wieku 7-9 lat w Polsce (%)

Wiek	Płeć	Kategoria BMI			
		Niedobór masy ciała	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość
7 lat	Chłopcy	2.6	67.6	16.6	13.2
	Dziewczęta	3.6	70.7	17.9	7.8
	Ogółem	3.1	69.3	17.3	10.3
8 lat	Chłopcy	3.2	60.4	18.2	18.3
	Dziewczęta	3.2	68.1	17.8	10.9
	Ogółem	3.2	64.4	18.0	14.5
9 lat	Chłopcy	3.1	58.7	18.9	19.3
	Dziewczęta	3.8	64.7	18.9	12.6
	Ogółem	3.5	61.7	18.9	15.9

Podwyższone wartości obwodów talii i bioder

Odsetek dzieci z obwodem talii przekraczającym 90. percentyl wzrasta systematycznie wraz z wiekiem, co podkreśla narastający problem nadmiernej masy ciała i otyłości brzusznej. W grupie 7-latków 23,5% dzieci przekraczało ten próg, wśród 8-latków było to już 26,2%, a wśród 9-latków – 29,2%. Choć chłopcy we wszystkich grupach wiekowych częściej mieli obwód talii >90. percentyla niż dziewczęta (np. w wieku 9 lat: 27,9% vs 30,6%), różnice te nie były istotne statystycznie. Podobny trend zaobserwowano w przypadku obwodu bioder. Odsetek dzieci z wynikiem powyżej 90. percentyla wzrósł z 18,7% w grupie 7-latków, do 21,4% wśród 8-latków, i 23,6% u dzieci 9-letnich. Również tutaj chłopcy i dziewczęta różnili się nieznacznie ale te różnice nie były istotne statystycznie.



Ryc. 14a.8. Odsetek dzieci o obwodach talii i bioder powyżej 90c. według wieku i płci dzieci (%)

Dzieci i młodzież w wieku 11-17 lat

W odniesieniu do uczniów w wieku 11, 13, 15 i 17 lat wykorzystano dane z badania Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2021/2022, realizowanego według międzynarodowego protokołu¹⁵. Analizie poddano dane 7111 uczniów.

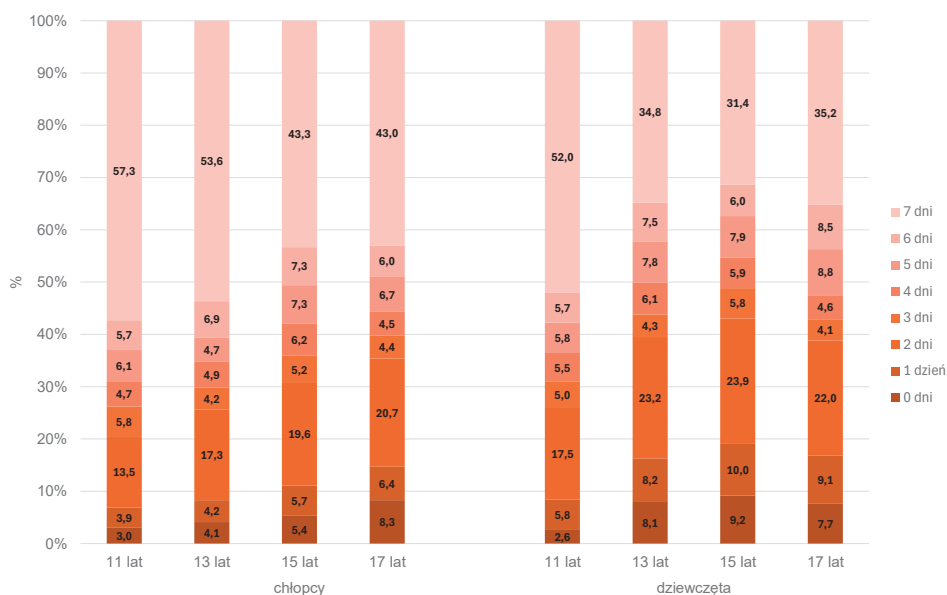
¹⁵ Gudelj Rakić, J., Hamrik, Z., Dzielska, A., Felder-Puig, R., Oja, L., Bakalár, P., Nardone, P., Ciardullo, S., Abdrakhmanova, S., Adayeva, A., Kelly, C., Fismen, A.-S., Wilson, M., Brown, J., Inchley, J., & Ng, K.). (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada, WHO Regional Office for Europe. <https://hbcs.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-physical-activity-eating-behaviours-weight-status-and-body-image-in-europe-central-asia-and-canada/>

Stan odżywienia określano na podstawie samoocenianych danych dotyczących masy i wysokości ciała, co pomimo potencjalnych błędów pozostaje zgodne z międzynarodowym standardem i pozwala na monitorowanie trendów w populacji, przy uwzględnieniu tendencji dziewcząt do zaniżania masy ciała, a chłopców do jej zawyżania oraz przeszacowywania wzrostu¹⁶. Przyjęto kryteria klasyfikacji zgodne ze standardami WHO z 2007 r., analogicznie jak w przypadku dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

W ocenie sposobu żywienia analizowano częstość spożycia owoców, warzyw, napojów słodzonych i typu „light” oraz regularność spożywania śniadań w tygodniu (wskaźnik sumaryczny spożywania śniadań w dni szkolne i w dni weekendu).

Spożywanie śniadań

Wraz z wiekiem spada częstość jedzenia śniadania w ciągu całego tygodnia. Analiza zróżnicowania według płci ukazuje mniej korzystne wzorce żywieniowe wśród dziewcząt, szczególnie w starszych grupach wiekowych.



Ryc. 14a.9. Częstość spożywania śniadania (liczba dni w tygodniu: 0–7) wśród dzieci i młodzieży w wieku 11–17 lat, według płci i wieku (%)

¹⁶ Kopcáková, J., Džúrová, D., & Klein, D. (2014). Self-reported height and weight and their validity: The case of Slovak adolescents. *Central European Journal of Public Health*, 22(4), 282–287.

W wieku 11 lat codzienne jedzenie śniadania deklaruje 52% dziewcząt, jednak od 13 r. ż. jest to już około 1/3 dziewcząt co utrzymuje się w wieku 15 lat (31,4%), a także w wieku 17 lat (35,2%). Co istotne, pomijanie śniadania całkowicie (0 dni) deklaruje 2,6% dziewcząt w wieku 11 lat i aż 9,2% w wieku 15 lat. W przypadku chłopców również obserwuje się spadek regularności wraz z wiekiem, ale jest on mniej gwałtowny. W grupie 11-letnich chłopców śniadanie codziennie je 57,3%, spożywa je również codziennie ponad połowa 13-latków. W wieku 15 i 17 lat – około 43%. Jednocześnie odsetek chłopców, którzy nie jedzą śniadania w ogóle, wzrasta z 3,0% (11 lat) do 8,3% (17 lat), co wskazuje na pogorszenie wzorca konsumpcji w starszym wieku. Wraz z wiekiem zwiększa się także grupa młodzieży, która je śniadanie nieregularnie, 1–2 razy w tygodniu. W wieku 13–15 lat odsetek ten wynosi 30% u dziewcząt i około 26% u chłopców. Może to świadczyć o braku czasu, trudnościach organizacyjnych lub celowym pomijaniu posiłku.

Spożywanie owoców i warzyw

Na podstawie danych z badań HBSC zauważalny jest wyraźny spadek częstości spożywania owoców wraz z wiekiem uczniów. W grupie 11-latków codzienne spożycie owoców więcej niż raz dziennie deklaruje niemal co czwarty badany (23,8%), jednak wśród 17-latków wartość ta spada niemal o połowę, do 11,5%. Najwyższy odsetek regularnych konsumentów owoców obserwujemy wśród 11-letnich dziewcząt (25,9%), a najniższy wśród 17-letnich chłopców (9,4%). Wraz z wiekiem wzrasta odsetek młodzieży, która sięga po owoce jedynie 1 raz w tygodniu lub rzadziej. Przykładowo, wśród 17-letnich chłopców 14,2% spożywa owoce tylko raz w tygodniu, a aż 9,7% rzadziej niż raz w tygodniu. W przypadku dziewcząt te wartości są niższe (odpowiednio 12,9% i 6,9%), co potwierdza, że dziewczęta mają korzystniejsze nawyki żywieniowe w tym zakresie.

Choć warzywa są spożywane nieco częściej niż owoce, także w ich przypadku obserwujemy niepokojącą tendencję spadkową z wiekiem, zwłaszcza u chłopców. Codzienne spożycie warzyw częściej niż raz dziennie deklaruje 18,8% 11-latków (20,4% dziewcząt i 17,3% chłopców), a wśród 17-latków – 16,9% (19,5% dziewcząt, 13,4% chłopców). Dodatkowo, liczba osób spożywających warzywa 2–4 razy w tygodniu rośnie z wiekiem – z 25,0% wśród 11-latków do 34,5% wśród 17-latków.

Spożywanie słodczy

W przeciwieństwie do warzyw i owoców, słodczy są spożywane często i regularnie w każdej grupie wiekowej. Największy odsetek uczniów – około 30–36% – sięga po nie 2–4 razy w tygodniu, bez wyraźnych różnic związanych z płcią czy wiekiem.

Na przykład, w grupie 15-latków 35,9% chłopców i 35,5% dziewcząt je słodczy 2–4 dni w tygodniu. Codzienne spożycie słodczy (raz lub częściej dziennie) również jest powszechne: wśród 15-letnich dziewcząt taki zwyczaj prezentuje 30,5% badanych (14,7% – raz dziennie, 15,8% – częściej niż raz), a wśród chłopców – 22,8%. Co istotne, tylko niewielki odsetek młodzieży deklaruje, że nigdy nie je słodczy – od 1,3% do 3,9%, co świadczy o ich niemal powszechnej obecności w diecie.

Napoje z dodatkiem cukru

Spożycie napojów z dodatkiem cukru jest nadal częste, chociaż nieco bardziej umiarkowane niż spożycie słodczy. Codziennie (raz lub częściej) sięga po nie około 10–13% chłopców i 7–10% dziewcząt. W wieku 15 lat niemal dwa razy więcej chłopców niż dziewcząt (8,8% vs 4,7%) pije słodzone napoje częściej niż raz dziennie. Z kolei ponad 20% nastolatków deklaruje spożycie tych napojów 2–4 razy w tygodniu – w tej grupie dominują chłopcy. Dziewczęta częściej niż chłopcy całkowicie unikają słodzonych napojów, aż 20,3% 17-letnich dziewcząt deklaruje, że nigdy ich nie pije, w porównaniu do 13,3% chłopców.

Napoje typu light

Napoje typu light są wybierane rzadziej niż ich klasyczne odpowiedniki. Większość uczniów (ok. 30–37%) deklaruje, że w ogóle ich nie spożywa. Codzienna konsumpcja (raz lub więcej razy dziennie) dotyczy około 6–8% uczniów, bez istotnych różnic związanych z płcią. Najwyższy odsetek codziennego spożycia napojów typu light (częściej niż raz dziennie) odnotowano wśród 11-letnich chłopców (7,3%), a najniższy wśród 17-letnich dziewcząt (5,0%).

Tabela 14a.7. Częstość spożywania wybranych produktów przez dzieci i młodzież szkolną w wieku 11-17 lat według płci i wieku (%)

	Płeć	chłopcy				dziewczęta				ogółem			
		Wiek	11 lat	13 lat	15 lat	17 lat	11 lat	13 lat	15 lat	17 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Owoce	Nigdy	2.5	2.8	3.8	3.5	1.2	1.8	1.7	1.3	1.9	2.3	2.7	2.3
	Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	4.6	6.3	6.1	9.7	4.1	4.9	5.8	6.9	4.3	5.6	5.9	8.1
	1 raz w tygodniu	6.0	7.9	10.1	14.2	7.5	8.7	10.8	12.9	6.7	8.3	10.5	13.4
	2-4 dni w tygodniu	32.1	34.9	40.7	40.6	26.8	31.7	39.2	38.1	29.4	33.4	39.9	39.2
	5-6 dni w tygodniu	16.9	14.0	13.0	11.3	17.6	17.5	14.1	14.5	17.2	15.7	13.6	13.2
	Codziennie, 1 raz	16.4	14.9	13.5	11.3	17.0	16.1	14.6	13.2	16.7	15.5	14.1	12.4
	Codziennie częściej niż 1 raz	21.6	19.2	12.7	9.4	25.9	19.3	13.9	13.1	23.8	19.2	13.4	11.5

	Płeć	chłopcy				dziewczęta				ogółem			
		Wiek	11 lat	13 lat	15 lat	17 lat	11 lat	13 lat	15 lat	17 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Warzywa	Nigdy	5.8	4.7	4.4	2.6	2.2	2.7	3.6	1.3	4.0	3.7	4.0	1.9
	Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	5.5	6.4	5.1	5.6	6.3	5.8	3.8	3.1	5.9	6.1	4.4	4.2
	1 raz w tygodniu	11.9	11.0	8.8	9.3	10.6	9.5	6.9	5.9	11.2	10.3	7.8	7.3
	2-4 dni w tygodniu	26.0	27.5	34.5	37.0	24.1	26.6	33.1	32.6	25.0	27.1	33.7	34.5
	5-6 dni w tygodniu	20.1	18.5	17.5	18.0	19.3	18.3	19.7	19.9	19.7	18.4	18.7	19.1
	Codziennie, 1 raz	13.4	16.6	15.2	14.2	17.2	18.3	16.2	17.7	15.3	17.5	15.8	16.2
	Codziennie częściej niż 1 raz	17.3	15.3	14.4	13.4	20.4	18.8	16.7	19.5	18.8	17.0	15.7	16.9
Słodycze	Nigdy	3.9	3.3	3.5	3.8	2.2	2.3	1.8	1.3	3.0	2.8	2.6	2.4
	Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	12.7	13.0	9.8	12.0	8.5	9.4	6.9	9.0	10.6	11.2	8.2	10.3
	1 raz w tygodniu	17.0	15.5	13.1	18.6	15.6	12.2	10.4	12.1	16.3	13.9	11.6	14.9
	2-4 dni w tygodniu	30.1	30.1	35.9	35.2	30.7	32.9	35.5	35.9	30.4	31.5	35.7	35.6
	5-6 dni w tygodniu	14.0	12.5	14.9	9.3	13.6	14.7	14.8	12.8	13.8	13.6	14.9	11.3
	Codziennie, 1 raz	10.3	12.7	11.4	8.6	14.1	12.9	14.7	15.7	12.2	12.8	13.2	12.7
	Codziennie częściej niż 1 raz	12.0	12.9	11.4	12.4	15.3	15.6	15.8	13.1	13.7	14.2	13.9	12.8
Napoje z dodatkiem cukru	Nigdy	15.2	11.9	9.5	13.3	17.7	16.2	15.8	20.3	16.4	14.0	13.0	17.3
	Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	28.9	25.9	24.1	25.3	33.4	33.2	30.3	31.1	31.2	29.5	27.5	28.6
	1 raz w tygodniu	20.2	19.3	16.2	17.9	20.9	17.1	18.2	15.0	20.6	18.2	17.3	16.2
	2-4 dni w tygodniu	17.9	22.3	26.5	24.7	14.6	17.2	21.8	20.4	16.2	19.8	23.9	22.2
	5-6 dni w tygodniu	6.1	8.8	9.2	7.7	6.4	5.3	5.6	4.8	6.2	7.1	7.2	6.0
	Codziennie, 1 raz	5.3	5.3	5.6	4.2	2.2	5.1	3.7	4.2	3.8	5.2	4.6	4.2
	Codziennie częściej niż 1 raz	6.3	6.6	8.8	7.0	4.9	5.8	4.7	4.2	5.6	6.2	6.5	5.4
Napoje typu light	Nigdy	32.8	30.4	35.0	37.9	33.1	29.5	32.2	34.9	33.0	29.9	33.5	36.2
	Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	24.1	24.0	21.8	24.6	25.5	30.2	25.6	26.0	24.8	27.1	23.9	25.4
	1 raz w tygodniu	15.4	12.0	10.9	9.8	13.6	11.1	11.8	12.4	14.5	11.5	11.4	11.3
	2-4 dni w tygodniu	9.8	14.8	16.3	13.5	11.0	11.3	15.8	13.1	10.4	13.1	16.0	13.3
	5-6 dni w tygodniu	6.7	8.4	5.8	4.9	6.7	6.4	5.2	4.7	6.7	7.5	5.5	4.8
	Codziennie, 1 raz	3.9	4.2	2.9	3.4	2.7	4.0	3.6	3.8	3.3	4.1	3.3	3.6
	Codziennie częściej niż 1 raz	7.3	6.3	7.4	5.9	7.2	7.5	5.8	5.0	7.3	6.9	6.5	5.4

Stan odżywienia dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat w Polsce

Ocena stanu odżywienia młodzieży w oparciu o wskaźnik masy ciała (BMI) dostarcza istotnych informacji o skali zarówno niedożywienia, jak i nadwagi czy otyłości w populacji szkolnej. W wieku 11 lat nadwaga i otyłość dotyczyły łącznie ponad 40% chłopców – odpowiednio 29,2% i 11,6% – co oznacza, że

niemal co drugi chłopiec w tym wieku miał masę ciała przekraczającą normy WHO. Dla porównania, w tej samej grupie wiekowej problem ten występował u niespełna 19% dziewcząt (15,2% z nadwagą, 3,7% z otyłością). U dziewcząt w młodszym wieku występuje także wyższy odsetek niedoboru masy ciała (7,3%) niż u chłopców (5,5%). W klasie siódmej (13 lat) proporcje nieco się zmieniają jednak otyłość nadal dotyczy aż 13% z nich – najwięcej spośród wszystkich grup wiekowych. Dziewczeta w tym wieku prezentują korzystniejszy obraz, tylko 2,8% spełnia kryteria otyłości. Zjawisko nadwagi dotyczy 22,7% chłopców i 14,9% dziewcząt, co oznacza utrzymującą się istotną przewagę problemu nadmiernej masy ciała wśród chłopców. W pierwszej klasie szkoły ponadpodstawowej (15 lat) widoczna jest dalsza poprawa wskaźników u dziewcząt. Notuje się najniższe wartości nadwagi (10,0%) i otyłości (3,0%). U chłopców wskaźniki także ulegają poprawie choć nadal u ponad jednej czwartej uczniów występuje nadwaga (19,2%) lub otyłość (8,1%). W najstarszej grupie wiekowej (17 lat) korzystny profil stanu odżywienia utrzymuje się u dziewcząt, a otyłość i nadwaga występują odpowiednio u 4,0% i 9,2%. U chłopców sytuacja pozostaje mniej korzystna. Odsetek chłopców z nadwagą (23,6%) jest ponownie wzrasta, a otyłość dotyczy 7,5% 17-letnich chłopców.

Na przestrzeni okresu dojrzewania zauważalna jest wyraźna i utrzymująca się przewaga korzystniejszych wskaźników stanu odżywienia u dziewcząt. W każdej grupie wiekowej notują one niższe odsetki nadwagi i otyłości w porównaniu do chłopców. Chłopcy częściej wykazują nadmierną masę ciała i w mniejszym stopniu poprawiają ten wskaźnik wraz z wiekiem.

Tabela 14a.8. Kategorie BMI wg klasyfikacji WHO wśród dzieci w wieku 11-19 lat w Polsce (%)

Wiek	Płeć	Kategoria BMI			
		Niedobór masy ciała	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość
11 lat	Chłopcy	5.5	53.6	29.2	11.6
	Dziewczęta	7.3	73.8	15.2	3.7
	Ogółem	6.4	64.0	22.0	7.6
13 lat	Chłopcy	3.5	60.7	22.7	13.0
	Dziewczęta	4.7	77.6	14.9	2.8
	Ogółem	4.1	69.0	18.9	8.0
15 lat	Chłopcy	3.0	69.8	19.2	8.1
	Dziewczęta	3.3	83.7	10.0	3.0
	Ogółem	3.2	77.3	14.2	5.4

Wiek	Płeć	Kategoria BMI			
		Niedobór masy ciała	Masa ciała w normie	Nadwaga	Otyłość
17 lat	Chłopcy	2.0	66.9	23.6	7.5
	Dziewczęta	2.3	84.5	9.2	4.0
	Ogółem	2.2	76.8	15.5	5.5

14. SPOSÓB ŻYWIENIA POLAKÓW

14B. SPOŻYCIE ŻYWNOSCI W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH ORAZ ZWYCZAJE ŻYWIENIOWE OSÓB DOROSŁYCH

Katarzyna Stoś, Agnieszka Woźniak, Ewa Rychlik, Maciej Ołtarzewski,
Katarzyna Wróbel, Jakub Stokwiszewski

Dla zachowania zdrowia niezbędne jest przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia, w tym prawidłowe odżywianie oraz aktywność fizyczna. Spożywanie zdrowej diety przez całe życie zmniejsza ryzyko zaburzeń stanu zdrowia, w tym niedożywienia, nadwagi i otyłości, a także innych przewlekłych chorób niezakaźnych m.in. cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych, niektórych nowotworów. Zwiększona produkcja przetworzonej żywności, szybka urbanizacja i zmieniający się styl życia doprowadziły do zmiany wzorców żywieniowych. W ostatnich latach obserwuje się spożycie żywności o wysokiej zawartości energii, tłuszczów, wolnych cukrów i soli/sodu, a wiele osób nie spożywa wystarczającej ilości warzyw, owoców, a także innych produktów bogatych w błonnik pokarmowy, takich jak pełnoziarniste produkty zbożowe¹.

Monitorowanie sposobu żywienia jest ważnym elementem oceny stanu zdrowia ludności, zwłaszcza gdy jest ono przeprowadzane w regularnych odstępach czasowych i obejmuje reprezentatywną dla kraju grupę osób. Przydatne do tego celu są dane z corocznie przeprowadzanych przez Główny Urząd Statystyczny badań budżetów gospodarstw domowych, obejmujące reprezentatywną grupę gospodarstw². Badania budżetów są źródłem informacji o spożyciu żywności w kraju. Służą także do analizowania trendów w spożyciu różnych grup produktów i ewentualnych zmian modelu żywienia ludności.

¹ WHO. Healthy diet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> (dostęp z dnia 10 04 2025)

² GUS. Budżety gospodarstw domowych 2023. Warszawa 2024, s. 116

Ocena sposobu żywienia na poziomie indywidualnym umożliwia bardziej dokładną analizę zwyczajów żywieniowych różnych grup ludności. Jedną z metod pozwalających na indywidualną ocenę jakości żywienia jest badanie częstotliwości spożycia wybranych grup produktów żywnościowych.

W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki analizy spożycia produktów żywnościowych oraz pobrania energii i składników odżywczych w latach 2019–2023 na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych w Polsce. Ponadto opisano wyniki badania dotyczącego częstotliwości spożycia wybranych grup produktów spożywczych, niektórych nawyków żywieniowych oraz innych parametrów związanych z żywieniem Polaków w 2025 r.

Analiza spożycia produktów żywnościowych oraz wartości energetycznej i odżywczej diety w Polsce w latach 2019–2023 na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych

Ocena spożycia produktów żywnościowych w Polsce, została dokonana na podstawie pozyskanych przez NIZP PZH – PIB danych GUS z badań budżetów gospodarstw domowych z lat 2019–2023. Badaniami tymi objęto w poszczególnych latach od 28089 (w 2023 r.) do 35923 (w 2019 r.) gospodarstw domowych, które zostały wylosowane przy zastosowaniu schematu losowania dwustopniowego, warstwowego z różnymi prawdopodobieństwami wyboru na I stopniu. Jednostkami losowania pierwszego stopnia były rejony statystyczne (do kilku obwodów spisowych) lub zespoły rejonów, a na drugim stopniu losowane były mieszkania². Liczba osób zamieszkujących wylosowane gospodarstwa wynosiła w 2019 r. – 93674 osób, a w 2023 r. spadła do 68329 osób.

Metoda badania budżetów gospodarstw domowych polega na rejestracji przez wylosowane gospodarstwo domowe ilości artykułów żywnościowych zakupionych w danym miesiącu za gotówkę, z użyciem karty płatniczej, na kredyt lub pozyskanych przez gospodarstwo domowe w inny sposób (z własnego gospodarstwa rolnego lub działki pracowniczej, ogródka przydomowego, własnego przedsiębiorstwa, otrzymanych w darze, itp.). Zaletą tych badań jest to, że są prowadzone corocznie na reprezentatywnej próbie gospodarstw domowych w Polsce. Natomiast wadą tych badań jest to, że dotyczą przeciętnej osoby w danym gospodarstwie domowym, a nie poszczególnych osób w tym gospodarstwie. Ponadto badania te nie uwzględniają żywności spożytej w placówkach żywienia zbiorowego oraz takich produktów jak: pizza i inne potrawy mączne oraz pozostałe

gotowe dania, mąka ziemniaczana, popcorn, kaszki, żywność dietetyczna, konserwy rybne, napoje mleczne (np. kefir i maślanka), sosy i przyprawy.

Wartość energetyczna diety i zawartość w niej składników odżywczych została obliczona na podstawie danych zawartych w „Tabelach składu i wartości odżywczej żywności”³. Przy powiązaniu danych o spożyciu produktów spożywczych z danymi z ww. tabel wykorzystano opracowane w NIZP PZH – PIB współczynniki przeliczeniowe, które w odpowiedni sposób przyporządkowywały poszczególne pozycje z tabel do grup asortymentowych z danych GUS.

Dane o spożyciu produktów żywnościowych wskazują, że spożycie produktów zbożowych charakteryzowało się wahaniami w latach 2019-2023 (tabela 14b.1). Spośród produktów z tej grupy najczęściej spożywano pieczywa, którego spożycie zmniejszyło się z blisko 3 kg/os/miesiąc w 2019 r. do 2,6 kg/os/miesiąc w 2023 r.

Podobnie jak w latach wcześniejszych odnotowano spadek spożycia ziemniaków i ich przetworów, które w latach 2019-2023 zmniejszyło się o 0,4 kg/os/miesiąc.

Spożycie warzyw i przetworów w niewielkim stopniu wzrosło w latach 2019-2020, jednak w kolejnych 3 latach nastąpił niekorzystny spadek. Szczególnie małe spożycie tych produktów odnotowano w 2023 r. Owoce i przetwory charakteryzowały się wahaniami spożycia. Najmniejsze było w 2022 r. i w kolejnym roku nie uległo większym zmianom. Należy zwrócić uwagę na niewystarczające spożycie warzyw i owoców w Polsce. W latach 2019–2023 mieściło się ono w przedziale: 298-325 g/os./dzień i było mniejsze od zaleceń WHO, zgodnie z którymi spożycie warzyw i owoców, bez ziemniaków i innych warzyw skrobiowych, powinno wynosić co najmniej 400 g dziennie⁴.

Spożycie produktów z grupy mięso, podroby i przetwory w latach 2022-2023 było nieco mniejsze niż w okresie 2019-2021. Spożycie mięsa na przestrzeni omawianego okresu utrzymywało się na zbliżonym poziomie z niewielkimi wahaniami. Zaobserwowano brak zmian w spożyciu mięsa wieprzowego oraz utrzymujący się niski udział mięsa wołowego i cielęcego, a także wahania w spożyciu mięsa drobiowego. W przypadku mięsa przetworzonego, zaobserwowano niewielki trend spadkowy przy waniach dotyczących spożycia wędlin z mięsa czerwonego.

Według zaleceń NIZP PZH – PIB, spożycie mięsa czerwonego oraz przetworów mięsnych nie powinno przekraczać 0,5 kg na tydzień⁵. Biorąc pod uwagę

³ Kunachowicz H., Nadolna I., Przygoda B., Iwanow K., Tabele składu i wartości odżywczej żywności, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2018.

⁴ WHO, A healthy diet sustainably produced: information sheet, 2018, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-18.12> (dostęp z dnia 09 04 2025)

⁵ NIZP PZH – PIB, Zalecenia zdrowego żywienia, 2020, <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia/> (dostęp z dnia 09 04 2025)

wyniki badań budżetów gospodarstw domowych, spożycie mięsa wieprzowego, wołowego i cielęcego oraz wszystkich produktów/przetworów mięsnych w latach 2019–2023 mieściło się w zakresie 773-817 g/os./tydzień, co znacząco przekraczało zalecenia ekspertów.

Podobnie jak w latach wcześniejszych odnotowano małe spożycia ryb i przetworów, przy niewielkich wahaniami.

W obrębie tłuszczów widocznych, zarówno pochodzenia zwierzęcego, jak i roślinnego, odnotowano spożycie na poziomie ok. 1 kg/os/miesiąc. W diecie Polaków tłuszczów pochodzenia roślinnego było o ponad połowę więcej niż zwierzęcego, wśród których dominowało masło.

Spożycie mleka w 2020 r. wzrosło w porównaniu z rokiem poprzednim, następnie odnotowano spadek. Wahało się spożycie pozostałych produktów mlecznych. Nie zaobserwowano zmian w przypadku ilości spożywanego jaj, które w okresie 2019-2023 utrzymywało się na poziomie ok. 11 sztuk/osobę/miesiąc.

W odniesieniu do spożycia cukru zaobserwowano niewielki trend spadkowy, przy jednoczesnych wahaniami w poszczególnych latach. Nie odnotowano wyraźnych zmian w spożyciu wyrobów cukierniczych.

Spożycie soli kuchennej wahało się w granicach 0,15-0,16 kg/os/miesiąc, tj. 5-5,3 g na dobę. Należy zaznaczyć, że jest to wyłącznie sól dodawana do produktów i potraw, do ilości tej nie wlicza się soli zawartej w spożywanym produktach. Dane te nie obejmują także spożycia w placówkach żywienia zbiorowego oraz kupowanych gotowych potraw.

W grupie napojów bezalkoholowych w analizowanym okresie odnotowano wahania spożycia wód mineralnych i źródlanych oraz spadek spożycia pozostałych napojów bezalkoholowych.

Na podstawie danych o spożyciu produktów żywnościowych obliczono wartość energetyczną i odżywczą diety w gospodarstwach domowych. Po niewielkim wzroście w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. (o 2,4%), wartość energetyczna diety Polaków w latach 2020-2023 zmniejszyła się o ponad 100 kcal (o 6,6%) (tabela 14b.2). W tym okresie odnotowano spadek zawartości wszystkich makroskładników w diecie. W największym stopniu spadło spożycie węglowodanów przyswajalnych (o 9%), mniejszy natomiast był spadek spożycia białka (o 4,3%) i tłuszczu (o 4,6%). W przypadku tłuszczu zmniejszyła się przede wszystkim zawartość tłuszczu roślinnego w diecie (o 6,6%), spadek zawartości tłuszczu zwierzęcego był mniej znaczący (o 2,9%). Zmniejszenie spożycia tłuszczu wynikało ze spadku spożycia wszystkich rodzajów kwasów tłuszczowych, jednak największy spadek odnotowano w przypadku kwasów tłuszczowych wielonienasyconych (o 7,4%).

Zmianom uległ również udział energii z poszczególnych makroskładników; wzrósł przede wszystkim udział energii z tłuszczu, w tym z kwasów tłuszczowych nasyconych, a zmniejszył się z węglowodanów przyswajalnych.

Zawartość błonnika w diecie w 2020 r. była zbliżona jak w roku poprzednim, jednak w latach 2020-2023 odnotowano wyraźny spadek (o 8,1%).

W 2020 r. zawartość większości analizowanych składników mineralnych i witamin w diecie była większa w porównaniu do 2019 r. Jednak w latach 2020-2023 zmniejszenie wartości energetycznej diety łączyło się ze spadkiem zawartości prawie wszystkich składników mineralnych i witamin. Nie odnotowano tylko zmian w spożyciu miedzi. Natomiast wyraźnie spadło spożycie manganu (o 7,1%), witaminy B₁ (o 9,8%), B₂ (o 7,8%), B₆ (o 9,7%), C (o 7,3%) i folianów (o 7,7%). Należy zauważyć, że zawartość większości składników mineralnych i witamin w diecie w 2023 r. była mniejsza również od odnotowanej w 2019 r. Dotyczyły to szczególnie witamin: E, D, B₁, B₂, B₆ i folianów.

Odnotowane zmiany wartości odżywczej diety Polaków nie były korzystne. Spadek spożycia tłuszczu w latach 2020-2023 wiązał się przede wszystkim ze spadkiem spożycia produktów roślinnych będących źródłem tego składnika. W latach 2019-2023 wzrastał odsetek energii z tłuszczu, który już wcześniej był stosunkowo wysoki. Wiązało się to w znacznym stopniu ze wzrostem ilości energii z kwasów tłuszczowych nasyconych, która powinna być tak niska, jak to jest możliwe.

Zawartość błonnika w diecie Polaków była zbyt mała w odniesieniu do norm żywienia⁶. W przypadku składników mineralnych i witamin odnotowano przede wszystkim małe spożycie wapnia i witaminy D. Tym bardziej niekorzystne było zmniejszenie ich zawartości w diecie w latach 2020-2023.

Korzystną zmianą było natomiast zmniejszenie zawartości sodu w diecie Polaków, która w 2023 r. była mniejsza również od ilości odnotowanej w 2019 r. Jednak mimo spadku znacznie przekraczała ona normy na ten składnik. Przeliczając zawartość sodu na spożycie soli stwierdzono, że w 2020 r. wynosiło ono 8,8 g/osobę/dobę, a w 2023 r. – 8,3 g. Wartości te wskazują na łączną ilość soli kuchennej i soli zawartej w spożywanych produktach. W analizowanym okresie znacznie przekraczały one maksymalną ilość 5 g zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia⁷.

⁶ Rychlik E., Stoś K., Woźniak A., Mojska H., Normy żywienia dla ludności Polski. NIZP PZH – PIB. Warszawa 2024

⁷ World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children, World Health Organization, 2012

Tabela 14b.1. Przeciętne miesięczne spożycie^{a/} żywności w gospodarstwach domowych ogółem w latach 2019-2023; na osobę

Wyszczególnienie	Jedn. miary	2019	2020	2021	2022	2023
Pieczywo	kg	2,98	2,75	2,67	2,58	2,61
Pozostałe wyroby piekarskie	kg	0,98	0,99	1,05	1,08	1,04
Mąka pszenna i pozostałe mąki	kg	0,59	0,70	0,63	0,61	0,58
Kasze i płatki, ryż	kg	0,42	0,45	0,41	0,42	0,38
Makarony i produkty makaronowe	kg	0,40	0,42	0,41	0,42	0,39
Ziemniaki i przetwory ^{b/}	kg	3,02	2,96	2,77	2,72	2,60
Warzywa i przetwory	kg	4,77	4,91	4,83	4,57	4,39
Owoce i przetwory	kg	4,75	4,92	5,05	4,62	4,68
Mięso, podroby, przetwory	kg	5,08	5,09	4,96	4,8	4,86
w tym: mięso	kg	2,87	2,90	2,82	2,67	2,79
w tym: wieprzowe	kg	1,22	1,24	1,26	1,22	1,20
wołowe i cielęce	kg	0,12	0,11	0,1	0,08	0,09
drób	kg	1,53	1,55	1,45	1,36	1,49
przetwory mięsne	kg	2,21	2,19	2,14	2,13	2,07
w tym: wędliny z wyjątkiem drobiowych ^{c/}	kg	1,44	1,42	1,38	1,38	1,40
Ryby i przetwory ^{d/}	kg	0,27	0,27	0,28	0,24	0,24
Tłuszcze: ogółem	kg	1,04	1,08	1,02	1,01	1,01
zwierzęce (bez masła)	kg	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06
roślinne	kg	0,69	0,69	0,63	0,66	0,63
masło	kg	0,28	0,32	0,32	0,28	0,32
Mleko płynne i napoje mleczne ^{e/}	l	3,38	3,61	3,47	3,41	3,36
Sery	kg	0,90	0,95	0,97	0,94	1,00
Śmietana	kg	0,35	0,36	0,35	0,34	0,35
Jaja	szt.	10,99	11,04	10,8	10,5	10,60
Cukier	kg	0,80	0,84	0,75	0,76	0,70
Wyroby cukiernicze	kg	0,49	0,52	0,54	0,54	0,52
Sól kuchenna	kg	0,15	0,16	0,16	0,16	0,15
Wody mineralne i źródlane	l	5,78	5,83	5,93	5,78	5,95
Inne napoje bezalkoholowe	l	3,86	3,89	3,43	3,54	3,13

a/ - bez spożycia w placówkach gastronomicznych; b/ - z chipsami ziemniaczanymi; c/ - wędliny wysokogatunkowe: polędwica, szynka, baleron i kiełbasy trwałe; pozostałe wędliny; d/ - bez konserw rybnych, śledzi solonych oraz pozostałych przetworów z ryb i owoców morza; e/ - bez deserów mlecznych oraz napojów mlecznych typu: kefir, maślanka, z jogurtem.

Tabela 14b.2. Przeciętne dzienne spożycie w gospodarstwach domowych ogółem w latach 2019-2023 w przeliczeniu na wartość energetyczną i odżywczą oraz wybrane składniki; na osobę

Energia i składniki	Jedn.	2019	2020	2021	2022	2023
Energia ogółem	kcal	1674	1715	1663	1637	1601
	kJ	7009	7180	6965	6856	6705
Energia z produktów zwierzęcych	kcal	526	546	540	518	530
Energia z produktów roślinnych	kcal	1148	1168	1123	1119	1071
Makroskładniki:						
Białko: ogółem	g	61,7	62,6	61,5	60,0	59,9
zwierzęce	g	41,1	41,8	41,2	40,1	40,7
roślinne	g	20,6	20,9	20,3	19,9	19,2
Tłuszcz: ogółem	g	69,0	71,4	69,7	68,7	68,1
zwierzęcy	g	36,2	38,0	37,6	35,7	36,9
roślinny	g	32,7	33,4	32,1	33,0	31,2
Węglowodany przyswajalne	g	195	199	191	189	181
Udział energii uzyskanej ze spożycia:						
Białka	%	15,0	14,8	15,0	14,9	15,2
Tłuszczu	%	36,5	36,8	37,0	37,1	37,6
Węglowodanów przyswajalnych	%	47,4	47,2	46,8	46,9	46,0
Kwasy tłuszczowe:						
Nasycone	g	25,1	26,2	25,9	25,1	25,4
Jednonienasycone	g	27,6	28,5	27,8	27,7	27,1
Wielonienasycone	g	12,0	12,2	11,6	11,7	11,3
Udział energii z nasyconych kwasów tłuszczowych	%	13,5	13,7	14,0	13,8	14,3
Stosunek kwasów wielonienasyconych do nasyconych (P:S)		0,5	0,5	0,4	0,5	0,4
Cholesterol	mg	228	234	230	222	227
Błonnik	g	13,4	13,5	13,2	12,7	12,4
Składniki mineralne:						
Sód	mg	3395	3516	3487	3463	3332
Potas	mg	2939	3015	2972	2902	2864
Wapń	mg	529	553	550	539	539
Fosfor	mg	957	978	962	939	936
Magnez	mg	288	296	293	287	282
Żelazo	mg	9,0	9,1	9,0	8,7	8,6
Cynk	mg	7,8	7,9	7,8	7,6	7,5
Miedź	mg	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Mangan	mg	2,7	2,8	2,7	2,6	2,6
Jod	µg	141	150	149	148	141

Energia i składniki	Jedn.	2019	2020	2021	2022	2023
Witaminy:						
Witamina A	µg	929	943	929	884	891
Beta-karoten	µg	2229	2320	2288	2138	2059
Witamina D	µg	2,86	2,85	2,8	2,7	2,7
Witamina E	mg	10,0	10,1	9,7	9,8	9,4
Witamina B1	mg	1,20	1,22	1,2	1,2	1,1
Witamina B2	mg	1,37	1,41	1,4	1,4	1,3
Niacyna	mg	18,0	18,3	18,0	17,6	17,6
Witamina B6	mg	1,52	1,55	1,5	1,5	1,4
Foliany	µg	189	194	190	183	179
Witamina B12	µg	3,06	3,10	3,1	3,0	3,0
Witamina C	mg	77,0	79,5	79,8	75,1	73,7

Badanie sposobu żywienia populacji osób dorosłych w Polsce przeprowadzone w latach 2017-2020 przez Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM) w ramach Narodowego Programu Zdrowia również wykazało wiele nieprawidłowości żywieniowych. Badanie to było reprezentatywne dla populacji Polski. Objęto nim dwie grupy wiekowe: 19-64 lata⁸ i ≥ 65 lat i więcej⁹.

Podobnie, jak w przypadku badań budżetów gospodarstw domowych, odnotowano wysoki odsetek energii z kwasów tłuszczowych nasyconych, który w diecie 78% osób w wieku 19-64 lata i 80% osób w wieku ≥ 65 lat przekraczał 10%. Z nadmiernych spożyciem kwasów nasyconych wiązało się duże spożycie cholesterolu.

Małe było spożycie błonnika. Tylko 14% osób w wieku 19-64 lata spożywało go w ilościach zgodnych z normami. W wieku ≥ 65 lat 23% osób spożywało odpowiednie ilości błonnika, należy jednak zaznaczyć, że norma dla osób starszych jest mniejsza.

⁸ Traczyk I. [red.], Projekt: Przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem osób dorosłych, wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu, Raport końcowy 2020

⁹ Szostak-Węgierek D. [red.], Projekt: Przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku podeszłym, wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu, Raport końcowy 2020

Analiza spożycia witamin wykazała, że największym problemem była niedostateczna podaż witaminy D. Odsetek osób, w których zawartość tej witaminy była mniejsza od zapotrzebowania na poziomie wystarczającego spożycia wynosił 98% w wieku 19-64 lata i 96% w wieku ≥ 65 lat. Zbyt mała w stosunku do norm była również podaż folianów u znacznej części badanych: u 79% osób z młodziej i 85% ze starszej grupy wiekowej. Diety Polaków często odznaczały się również zbyt małą zawartością witaminy C, którą stwierdzono u odpowiednio u 46% i 49% osób z obu grup wiekowych.

W przypadku składników mineralnych najczęściej odnotowywano niewystarczającą podaż wapnia: w dietach 80% osób w wieku 19-64 lata i 96% w wieku ≥ 65 lat. Znaczny odsetek dorosłych Polaków (65% osób z młodziej i 81% ze starszej grupy wiekowej) odznaczał się także zbyt niską zawartością potasu w diecie. Ponadto ich diety często (odpowiednio 53% i 70% osób z obu grup wiekowych) charakteryzowały się za małą w stosunku do norm zawartością magnezu.

Stwierdzono również, że badana populacja dorosłych Polaków charakteryzowała się nadmierną podażą sodu w diecie. Przekroczenie zalecanej przez WHO ilości odnotowano u 94% osób z obu grup wiekowych.

Zwyczaje żywieniowe Polaków

Badanie zwyczajów żywieniowych zostało przeprowadzone w 2025 r. u 3000 osób w wieku ≥ 20 lat z całej Polski. Sposób doboru próby, charakterystyka i opis badania zostały przedstawione w rozdziale 12. „Subiektywna ocena zdrowia i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych”.

Dane dotyczące zwyczajów żywieniowych Polaków zostały zebrane za pomocą „Kwestionariusza podstawowej ankiety dotyczącej zdrowia i czynników ryzyka dla osób dorosłych (20 lat i więcej)” – część „Dieta”. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące ilości porcji spożywanych warzyw i owoców, częstotliwości spożycia mięsa czerwonego, ryb morskich, produktów pełnoziarnistych, mleka i przetworów, nasion roślin strączkowych, produktów typu fast food, słodzonych napojów, słodczy oraz napojów energetyzujących. Pytania dotyczyły również wybranych nawyków żywieniowych, takich jak: rodzaj tłuszczu stosowanego do smarowania pieczywa oraz do smażenia, pieczenia i duszenia. Respondenci deklarowali także, czy stosują dietę, a jeśli tak, to jaką oraz jakie czynniki utrudniają im zdrowe odżywianie. Dane dotyczące zwyczajów żywieniowych analizowane były dla ogółu populacji oraz z uwzględnieniem płci, wieku (w 2 grupach wiekowych: 20–49 lat oraz 50 lat i więcej) i miejsca zamieszkania (miasto, wieś).

Występowanie różnic dotyczących ilości spożywanych porcji warzyw i owoców, częstotliwości spożycia poszczególnych grup produktów i rodzaju tłuszczu stosowanego do smarowania pieczywa oraz do smażenia, pieczenia i duszenia w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania oceniono przy użyciu testu *Chi*-kwadrat ($\alpha=0,05$).

Analiza zwyczajów żywieniowych populacji dorosłych Polaków wykazała wiele nieprawidłowości. Zwyczaje te często różniły się w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania.

Zgodnie z zaleceniami WHO4 w ciągu dnia powinno spożywać się przynajmniej 2-3 porcje warzyw oraz przynajmniej 2-3 porcje owoców. W populacji dorosłych Polaków zaobserwowano natomiast zbyt małe ich spożycie. Dwie lub więcej porcji warzyw (nie licząc ziemniaków) dziennie spożywało tylko 52% Polaków, a w przypadku owoców jeszcze mniej – 46,6%. Więcej kobiet niż mężczyzn jadło warzywa w ilości 2 lub więcej porcji dziennie. W przypadku owoców również nieco więcej kobiet niż mężczyzn spożywało je w ilości 2 lub więcej porcji dziennie, natomiast więcej mężczyzn niż kobiet nie jadło ich codziennie. Między grupami wiekowymi: 20-49 lat i ≥ 50 lat, jak i między mieszkańcami miast i wsi zaobserwowano niewielkie różnice w ilości spożywanych dziennie porcji warzyw, jak również owoców (tabela 14b.3).

Tabela 14b.3. Ilość porcji warzyw i owoców spożywanych w populacji polskiej

Ilość porcji/dzień	1	2	3	4	≥ 5	Nie jadam codziennie	
Warzywa							
Parametry	% osób						
	Ogółem	40,6	29,7	16,6	4,0	1,8	7,4
Płeć	Mężczyźni	43,4	28,1	16,1	3,2	1,4	7,8
	Kobiety	38,1	31,1	17,0	4,7	2,1	7,0
Wiek	20-49 lat	40,5	29,5	16,6	4,8	1,7	6,9
	≥ 50 lat	40,7	29,9	16,5	3,1	1,9	7,9
Miejsce zamieszkania	Miasto	42,1	29,4	17,5	3,6	1,9	5,6
	Wieś	39,4	30,0	15,8	4,3	1,6	8,9
Owoce							
Parametry	% osób						
	Ogółem	43,4	28,0	13,2	4,0	1,3	10,1
Płeć	Mężczyźni	43,3	27,0	14,0	3,4	1,0	11,3
	Kobiety	43,5	28,9	12,5	4,6	1,5	9,0

Ilość porcji/dzień		1	2	3	4	≥5	Nie jadąm codziennie
Wiek	20-49 lat	42,7	26,3	15,1	5,2	1,4	9,2
	≥50 lat	44,1	29,8	11,2	2,8	1,2	11,0
Miejsce zamieszkania	Miasto	46,5	26,8	12,4	3,6	1,4	9,4
	Wieś	40,8	29,0	13,9	4,4	1,2	10,7

Spośród produktów zbożowych powinno wybierać się głównie produkty pełnoziarniste⁴. Zaleca się aby znalazły się one w każdym posiłku⁵. Natomiast, jak zaobserwowano, jedynie 8,4% dorosłych Polaków spożywało produkty zbożowe pełnoziarniste, takie jak np. pieczywo razowe, graham, makaron razowy, grube kasze, ryż brązowy, płatki owsiane 3 razy dziennie lub częściej. Najwięcej osób (26,1%) jadło produkty tego typu 1-2 razy dziennie, a niewiele mniej 3-6 razy w tygodniu lub 1-2 razy w tygodniu. Częstotliwość spożycia produktów zbożowych pełnoziarnistych u mężczyzn i kobiet była podobna. Niewielkie różnice w spożyciu tego typu produktów zaobserwowano między osobami w wieku 20-49 lat a osobami w wieku ≥ 50 lat. Więcej osób w starszej grupie wiekowej w porównaniu do młodszych osób spożywało produkty zbożowe pełnoziarniste 1-2 razy dziennie, natomiast mniej 3 razy dziennie, 1-2 razy w tygodniu i rzadziej niż raz w tygodniu. Zaobserwowano również, że więcej dorosłych Polaków mieszkających na wsi niż mieszkających w mieście spożywało produkty zbożowe pełnoziarniste 3 razy dziennie lub częściej, natomiast mniej – 1-2 razy w tygodniu (tabela 14b.4).

Tabela 14b.4. Częstotliwość spożycia produktów zbożowych pełnoziarnistych w populacji polskiej

Częstotliwość spożycia		3 razy dziennie lub częściej	1-2 razy dziennie	3-6 razy w tygodniu	1-2 razy w tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu	Nie spożywam
Parametry		% osób					
Ogółem		8,4	26,1	22,1	20,0	13,5	10,0
Płeć	Mężczyźni	8,7	24,7	24,0	20,3	11,4	10,9
	Kobiety	8,0	27,3	20,4	19,7	15,4	9,3
Wiek	20-49 lat	9,4	24,3	22,1	20,7	14,6	8,9
	≥50 lat	7,2	28,0	22,1	19,2	12,3	11,2
Miejsce zamieszkania	Miasto	6,7	26,1	22,0	22,3	13,1	9,8
	Wieś	9,7	26,0	22,2	18,0	13,8	10,2

Zaleca się spożywanie 2 szklanek mleka dziennie. Mleko można zastąpić odpowiednią ilością przetworów mlecznych, takich jak np. jogurt, kefir, maślanka, ser twarogowy⁵. Częstotliwość spożycia tego typu produktów w polskiej populacji okazała się jednak niewystarczająca. Tylko 12,4% dorosłych Polaków spożywało produkty z grupy mleko i przetwory dwa razy dziennie lub częściej. Najwięcej osób (27,3%) deklarowało spożycie tych produktów 3-6 razy w tygodniu, a następnie raz dziennie (25,1%). Niewielkie różnice w częstotliwości spożycia produktów z grupy mleko i przetwory zaobserwowano między osobami w wieku 20-49 lat a osobami w wieku ≥ 50 lat, jak również między mieszkańcami miasta a mieszkańcami wsi. Nie zaobserwowano natomiast takich różnic między mężczyznami a kobietami (tabela 14b.5).

Tabela 14b.5. Częstotliwość spożycia mleka i przetworów mlecznych w populacji polskiej

Częstotliwość spożycia	Dwa razy dziennie lub częściej	Raz dziennie	3-6 razy w tygodniu	2 razy w tygodniu	1 raz tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu	Nie spożywam
Parametry	% osób						
Ogółem	12,4	25,1	27,3	17,8	7,5	6,0	3,9
Płeć	Mężczyźni	10,7	22,8	27,2	18,9	8,7	4,7
	Kobiety	13,8	27,2	27,5	16,8	6,4	3,2
Wiek	20-49 lat	12,4	23,8	25,4	19,2	8,6	4,5
	≥ 50 lat	12,3	26,6	29,4	16,2	6,3	3,3
Miejsce zamieszkania	Miasto	13,7	23,7	28,1	17,1	7,9	3,2
	Wieś	11,3	26,3	26,7	18,3	7,2	4,5

Ekspertki zalecają ograniczenie spożywania mięsa czerwonego i przetworów mięsnych. Nie powinno spożywać się więcej niż 500 g tego typu produktów tygodniowo^{4,5}. Najwięcej Polaków (29,5%) jadło mięso czerwone (wieprzowe, wołowe, baranie) i przetwory mięsne (wędliny, kiełbasy, konserwy, pasztety i inne produkty podrobowe itp.) 3-6 razy w tygodniu, ale podobna liczba osób (27,5%) spożywała takie produkty 2 razy w tygodniu. Nieco częściej mięso czerwone i przetwory mięsne były jądane przez mężczyzn, osoby w wieku ≥ 50 lat, osoby mieszkające w mieście w porównaniu odpowiednio z: kobietami, osobami w wieku 20-49 lat, osobami mieszkającymi na wsi (tabela 14b.6).

Tabela 14b.6. Częstotliwość spożycia mięsa czerwonego i przetworów mięsnych w populacji polskiej

Częstotliwość spożycia		Codziennie	3-6 razy w tygodniu	2 razy w tygodniu	1 raz w tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu	Nie jadam
Parametry		% osób					
Ogółem		10,9	29,5	27,5	15,7	10,8	5,7
Płeć	Mężczyźni	12,3	31,9	26,4	14,7	9,7	5,1
	Kobiety	9,7	27,4	28,4	16,6	11,8	6,2
Wiek	20-49 lat	10,9	26,8	27,6	16,4	12,4	5,9
	≥50 lat	11,0	32,2	27,3	14,9	9,2	5,4
Miejsce zamieszkania	Miasto	11,5	33,4	25,5	14,5	10,5	4,7
	Wieś	10,5	26,2	29,1	16,7	11,1	6,5

Dobłą alternatywą dla mięsa są potrawy z nasion roślin strączkowych, takich jak np. soja, fasola, groch, soczewica^{4,5}. Jedna czwarta Polaków jadała takie potrawy kilka razy w tygodniu, a podobna ilość osób raz w tygodniu. Najwięcej osób spożywało potrawy z nasion roślin strączkowych rzadziej niż raz w tygodniu. Zaobserwowano, że osoby w wieku 20-49 lat jadały je częściej niż osoby w wieku ≥ 50 lat, podobnie jak osoby mieszkające w mieście w porównaniu z osobami mieszkającymi na wsi. Natomiast nie zaobserwowano takich różnic między mężczyznami a kobietami (tabela 14b.7).

Tabela 14b.7. Częstotliwość spożycia potraw z nasion roślin strączkowych w populacji polskiej

Częstotliwość spożycia		Kilka razy w ciągu dnia	Raz dziennie	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu	Nie spożywam potraw z nasion roślin strączkowych
Parametry		% osób					
Ogółem		2,3	3,6	24,6	27,1	35,6	6,8
Płeć	Mężczyźni	2,8	3,9	26,1	27,7	32,2	7,3
	Kobiety	1,9	3,3	23,2	26,6	38,6	6,4
Wiek	20-49 lat	3,9	4,8	27,7	24,6	30,2	8,8
	≥50 lat	0,7	2,3	21,3	29,9	41,3	4,6
Miejsce zamieszkania	Miasto	2,0	4,3	24,1	32,2	32,0	5,4
	Wieś	2,6	3,0	25,0	23,0	38,5	7,9

Ryby, w szczególności morskie, zaleca się spożywać 2 razy w tygodniu^{4,5}. Natomiast wśród populacji polskiej ryby morskie, takie jak np. śledź, tuńczyk, makrela, łosoś, sardynki najczęściej spożywane były rzadziej niż raz w tygodniu (41,2% osób), a prawie jedna piąta dorosłych Polaków nie jadła ich w ogóle. Jedynie co dziesiąta osoba spożywa je zgodnie z zaleceniami. Nie zaobserwowano różnicy w częstotliwości spożycia ryb między mężczyznami a kobietami. Więcej osób w wieku 20-49 lat niż osób w wieku ≥ 50 lat jadło ryby morskie raz w tygodniu, natomiast mniej – rzadziej niż raz w tygodniu. Częstotliwość spożycia ryb morskich zależała również od miejsca zamieszkania. Była ona nieco większa u osób mieszkających na wsi w porównaniu do osób mieszkających w mieście (tabela 14b.8).

Tabela 14b.8. Częstotliwość spożycia ryb morskich w populacji polskiej

Częstotliwość spożycia		Co najmniej 2 razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu	Nie jadam
Parametry		% osób			
	Ogółem	9,8	30,8	41,2	18,2
Płeć	Mężczyźni	10,5	30,1	40,7	18,7
	Kobiety	9,1	31,3	41,7	17,8
Wiek	20-49 lat	9,3	32,5	39,2	18,9
	≥ 50 lat	10,3	28,9	43,4	17,5
Miejsce zamieszkania	Miasto	8,6	28,6	46,1	16,8
	Wieś	10,8	32,5	37,3	19,4

Niekorzystne dla zdrowia jest spożywanie produktów zawierających duże ilości tłuszczu, soli oraz cukru. Z tego względu powinno unikać się m.in. produktów typu fast food, słodzonych napojów, słodyczy^{4,5}. Produkty typu fast food (takie jak np. pizza, hamburgery, hot-dogi, frytki, zapiekanki, kebab) przez 39,4% Polaków spożywane były 1 raz w tygodniu lub częściej. Jedna trzecia osób jadła tego typu produkty rzadziej niż raz w tygodniu. Mężczyźni częściej niż kobiety spożywali tego typu produkty. Również osoby w wieku 20-49 lat, częściej sięgali po produkty typu fast food niż osoby w wieku ≥ 50 lat. Mieszkańcy miast nieco częściej spożywali te produkty w porównaniu z osobami mieszkającymi na wsi (tabela 14b.9). Co piąty Polak spożywał słodzone napoje niegazowane lub gazowane typu „Cola”, oranżada, lemoniada, nektary i napoje owocowe 3-6 razy w tygodniu lub nawet codziennie. Natomiast podobna ilość osób w ogóle nie piła tego typu napojów. Najwięcej osób (26,9%) spożywało je rzadziej niż raz w tygodniu. Nie zaobserwowano różnic w częstotliwości spożycia napojów słodzonych między mężczyznami a kobietami. Osoby w wieku 20-49

lat piły napoje tego typu częściej niż osoby w wieku ≥ 50 lat. Więcej osób mieszkających w miastach niż na wsi piło słodzone napoje 2 razy lub raz w tygodniu, natomiast więcej osób mieszkających na wsi niż w mieście spożywało takie produkty codziennie, jak również nie spożywało ich w ogóle (tabela 14b.9). Odnotowano, że 31,2% Polaków spożywało słodczyce (np. cukierki, czekoladę, batony, ciastka, wafelki, itp.) 3-6 razy w tygodniu, a nawet codziennie. Co czwarty Polak konsumował takie produkty 2 razy w tygodniu. Zauważono, że kobiety, osoby w wieku 20-49, osoby mieszkające na wsi sięgały po słodczyce częściej niż odpowiednio: mężczyźni, osoby w wieku ≥ 50 lat, osoby mieszkające w mieście (tabela 14b.9).

Tabela 14b.9. Częstotliwość spożycia produktów typu fast food, napojów słodzonych niegazowanych i gazowanych oraz słodczych w populacji polskiej

Częstotliwość spożycia		Codziennie	3-6 razy w tygodniu	2 razy w tygodniu	1 raz w tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu	Nie jadam/ nie piję
Produkty typu fast food							
Parametry		% osób					
	Ogółem	2,0	5,8	13,9	17,7	33,1	27,5
Płeć	Mężczyźni	1,8	8,4	17,0	20,4	28,8	23,5
	Kobiety	2,1	3,5	11,2	15,3	36,9	31,1
Wiek	20-49 lat	3,0	9,3	21,3	24,9	32,0	9,5
	≥ 50 lat	0,9	2,0	6,0	10,0	34,3	46,8
Miejsce zamieszkania	Miasto	1,1	6,4	15,6	18,3	31,2	27,4
	Wieś	2,7	5,3	12,5	17,2	34,7	27,6
Napoje słodzone niegazowane							
Parametry		% osób					
	Ogółem	8,5	12,2	18,6	14,1	26,9	19,7
Płeć	Mężczyźni	10,4	13,6	21,8	15,7	22,5	16,1
	Kobiety	6,8	11,0	15,7	12,8	30,8	22,9
Wiek	20-49 lat	10,7	16,1	23,3	17,9	19,7	12,3
	≥ 50 lat	6,1	8,1	13,5	10,1	34,5	27,6
Miejsce zamieszkania	Miasto	6,4	12,7	20,7	16,1	27,1	17,0
	Wieś	10,2	11,9	16,9	12,5	26,6	21,9
Słodczyce							
Parametry		% osób					
	Ogółem	12,1	19,1	23,8	20,6	19,3	5,1
Płeć	Mężczyźni	10,0	18,8	24,4	19,7	21,6	5,6
	Kobiety	14,0	19,3	23,3	21,5	17,3	4,7

Częstotliwość spożycia		Codziennie	3-6 razy w tygodniu	2 razy w tygodniu	1 raz w tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu	Nie jadam/ nie piję
Wiek	20-49 lat	12,6	20,1	24,0	21,0	17,1	5,3
	≥50 lat	11,6	18,1	23,6	20,2	21,7	4,8
Miejsce zamieszkania	Miasto	9,4	17,5	23,9	22,6	22,0	4,6
	Wieś	14,4	20,4	23,6	19,1	17,1	5,5

Napoje energetyzujące nie powinny być często spożywane. Większość Polaków nie piła ich nigdy, a wśród osób deklarujących ich spożycie najczęściej były spożywane 1-3 razy w miesiącu (tabela 14b.10). Niespożywanie napojów energetyzujących częściej deklarowały kobiety, chociaż odsetek osób pijących je raz lub kilka razy w ciągu dnia był zbliżony wśród kobiet i mężczyzn. Spożycie tych napojów różniło się w zależności od wieku. W wieku 20-29 lat ponad dwukrotnie więcej osób deklarowało ich spożycie niż w wieku ≥ 50 lat. Również odsetek osób pijących napoje energetyzujące przynajmniej raz dziennie był większy w młodszej grupie wiekowej. Natomiast różnice dotyczące częstotliwości spożycia tych napojów w zależności od miejsca zamieszkania były niewielkie.

Tabela 14b.10. Częstotliwość spożycia napojów energetyzujących w populacji polskiej

Częstotliwość spożycia		Kilka razy w ciągu dnia	Raz dziennie	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	1-3 razy w miesiącu	Nigdy
Parametry		% osób					
	Ogółem	3,9	3,3	9,1	12,2	16,8	54,8
Płeć	Mężczyźni	3,6	3,6	12,0	15,9	19,7	45,1
	Kobiety	4,1	3,0	6,5	9,0	14,2	63,3
Wiek	20-49 lat	3,9	5,2	15,0	19,0	22,4	34,5
	≥50 lat	3,9	1,3	2,6	4,9	10,8	76,5
Miejsce zamieszkania	Miasto	3,6	2,4	10,0	12,3	18,0	53,7
	Wieś	4,2	4,0	8,3	12,2	15,8	55,6

Zaleca się, ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych i zastępowanie ich tłuszczami roślinnymi, takimi jak np. olej rzepakowy, oliwa z oliwek^{4,5}. Zaobserwowano, że do smarowania pieczywa trzy czwarte Polaków używało masła.

Innymi stosowanymi tłuszczami do pieczywa były, odpowiednio: margaryna, tłuszcze mieszane (tzw. miks) oraz smalec. Natomiast 11,1% Polaków nie stosowała w ogóle tłuszczu do smarowania pieczywa. Więcej mężczyzn niż kobiet używało margarynę i smalec. Więcej osób w wieku ≥ 50 lat niż w młodszej grupie wiekowej smarowało pieczywo masłem, a także tłuszczami mieszanymi (tzw. miksem). Natomiast więcej osób w grupie wiekowej 20-49 lat niż w starszej nie smarowało w ogóle pieczywa. Nie zaobserwowano różnic w wyborze tłuszczu do smarowania pieczywa między osobami mieszkającymi w mieście a na wsi (tabela 14b.11).

Tabela 14b.11. Rodzaj tłuszczu do smarowania pieczywa stosowanego w populacji polskiej (możliwość wyboru 1 lub 2 odpowiedzi)

Rodzaj tłuszczu		Masło	Margaryna	Tłuszcze mieszane (tzw. miks)	Smalec	Inne	Nie używam
Parametry		% osób					
	Ogółem	75,1	27	14,8	6,1	0	11,1
Płeć	Mężczyźni	74,3	30	15,1	7,1	0	11,8
	Kobiety	75,8	24	14,6	5,1	0	10,4
Wiek	20-49 lat	73,2	27	13,6	6,1	0	13,9
	≥ 50 lat	77,2	27	16,2	6,0	0	8,0
Miejsce zamieszkania	Miasto	76,0	28	13,8	5,8	0	10,8
	Wieś	74,4	26	15,7	6,2	0	11,3

Do smażenia, pieczenia, duszenia najczęściej Polaków wybierało natomiast olej lub oliwę. W dalszej kolejności były: masło, smalec, margaryna lub tłuszcze mieszane (tzw. miks) oraz inne tłuszcze (np. tłuszcz kokosowy). Do smażenia, pieczenia, duszenia więcej mężczyzn niż kobiet używało masła, margaryny lub tłuszczu mieszanego (tzw. miks). Natomiast więcej kobiet niż mężczyzn stosowało w tym celu olej lub oliwę. Więcej Polaków w wieku ≥ 50 lat niż w młodszej grupie wiekowej stosowało smalec do smażenia, pieczenia, duszenia, natomiast więcej osób młodszych – masło i inne tłuszcze (np. kokosowy). W porównaniu do mieszkańców wsi, mniej osób mieszkających w mieście używało w tym celu oleju i oliwy natomiast więcej – margaryny lub tłuszczów mieszanego (tzw. miksu) oraz smalcu (tabela 14b.12).

Tabela 14b.12. Rodzaj tłuszczu do smażenia, pieczenia, duszenia stosowanego w populacji polskiej (możliwość wyboru 1 lub 2 odpowiedzi)

Rodzaj tłuszczu	Olej lub oliwa	Masło	Margaryna lub tłuszcze mieszane (tzw. miks)	Smalec	Inne	Nie używam	
Parametry	% osób						
Ogółem	70,6	26,5	13,8	18,6	2,2	3,6	
Płeć	Mężczyźni	64,9	28,6	16,7	20,4	2,6	3,9
	Kobiety	75,7	24,6	11,3	17,0	1,8	3,3
Wiek	20-49 lat	68,1	31,7	15,8	13,7	3,4	3,9
	≥50 lat	73,4	20,8	11,8	23,8	0,8	3,3
Miejsce zamieszkania	Miasto	68,5	24,0	15,8	23,8	2,1	3,4
	Wieś	72,4	28,5	12,2	14,3	2,2	3,8

Polacy pytani byli również o to, czy stosują specjalną dietę. Zdecydowana większość osób nie stosowała żadnej diety. Natomiast wśród najczęściej wskazywanych diet były, kolejno: niskotłuszczowa lub niskocholesterolowa (8,6 % osób), związana z alergiami pokarmowymi (np. uczulenie na orzechy, mleko, skorupiaki) (8%) oraz z niską zawartością soli (7,6%). Więcej osób w wieku ≥ 50 lat niż 20-49 lat stosowało specjalne diety, a w szczególności dietę niskotłuszczową lub niskocholesterolową, związaną z alergiami pokarmowymi (np. uczulenie na orzechy, mleko, skorupiaki), z niską zawartością soli oraz cukrzycową. Stosowanie specjalnych diet zależało również od płci. Stosowało je więcej kobiet niż mężczyzn, natomiast między mieszkańcami miast a wsi różnice były znikome (tabela 14b.13).

Tabela 14b.13. Rodzaje specjalnych diet stosowanych przez Polaków

Rodzaj diety	Ogółem	Płeć		Wiek		Miejsce zamieszkania	
		Mężczyźni	Kobiety	20-49 lat	≥50 lat	Miasto	Wieś
% osób							
Odchudzająca	4,1	3,0	5,2	5,3	2,9	3,6	4,6
Wegetariańska	2,2	2,6	1,8	3,4	0,8	2,1	2,2
Cukrzycowa	6,2	6,2	6,3	4,7	7,9	5,3	7,0
Niskotłuszczowa lub niskocholesterolowa	8,6	7,7	9,5	4,6	13,0	9,5	7,9
Bezglutenowa	4,7	5,3	4,1	4,8	4,5	5,8	3,8
Z niską zawartością soli	7,6	8,6	6,8	6,2	9,2	7,9	7,4

Rodzaj diety	Ogółem	Płeć		Wiek		Miejsce zamieszkania	
		Mężczyźni	Kobiety	20-49 lat	≥50 lat	Miasto	Wieś
% osób							
Związaną z alergiami pokarmowymi (np. uczulenie na orzechy, mleko, skorupiaki)	8,0	7,6	8,4	6,4	9,7	6,8	9,0
Wyłączająca laktozę (produkty mleczne)	3,4	2,9	3,9	2,1	4,8	3,0	3,8
Wegańska	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0
Inna od wymienionych	2,4	1,3	3,4	3,8	1,0	1,6	3,1
Nie stosując żadnej	67,0	70,0	64,3	73,4	60,1	67,2	66,9

Odnośnie czynników utrudniających zdrowe odżywianie najczęściej Polaków wskazało odpowiedź: wysokie ceny zdrowej żywności (29,3% osób). Znaczna liczba osób uznała, że przygotowanie zdrowego posiłku zajmuje zbyt dużo czasu (14,7%). Jednak prawie jedna piąta Polaków uznała, że nie ma potrzeby (chęci) się zdrowo odżywiać. Natomiast 25,6% uważało, że odżywia się zdrowo i nie widzi żadnych trudności. Więcej kobiet niż mężczyzn dostrzegło takie czynniki utrudniające zdrowe odżywianie, jak: wysokie ceny zdrowej żywności, zbyt długi czas przygotowania zdrowego posiłku oraz mały wybór zdrowej żywności w sklepie, w którym najczęściej robią zakupy. Natomiast więcej mężczyzn niż kobiet uznało, że nie ma potrzeby zdrowo się odżywiać. W porównaniu z młodszą grupą wiekową więcej osób w wieku ≥ 50 lat wskazało jako czynnik utrudniający zdrowe odżywianie wysokie ceny zdrowej żywności, jak również odpowiedziało, że nie ma potrzeby zdrowo się odżywiać. Natomiast więcej osób w wieku 20-49 lat wybrało odpowiedź: „nigdy nie uczono mnie, jak się zdrowo odżywiać”, a także: „brak informacji o zdrowych posiłkach w restauracjach/stołówkach”. Niewielkie różnice zaobserwowano również między mieszkańcami miast a mieszkańcami wsi. Więcej osób mieszkających w mieście uważała, że odżywia się zdrowo i nie widzi żadnych trudności. Natomiast więcej osób mieszkających na wsi wskazało jako czynniki utrudniające zdrowe odżywianie: wysokie ceny zdrowej żywności oraz mały wybór zdrowej żywności w sklepie, w którym najczęściej robią zakupy (tabela 14b.14).

Podobne wyniki dotyczące zwyczajów żywieniowych zaobserwowano w badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w latach 2017–2020 r. przez Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM) w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) (Traczyk, 2020; Szostak-Węgierek, 2020).

Tabela 14b.14. Czynniki utrudniające zdrowe odżywianie się wskazane przez Polaków (możliwość wskazania 1, 2 lub 3 odpowiedzi)

Czynniki	Ogółem	Płeć		Wiek		Miejsce zamieszkania	
		Mężczyźni	Kobiety	20-49 lat	≥50 lat	Miasto	Wieś
% osób							
Odżywiam się zdrowo, nie widzę trudności	25,8	26,5	25,2	25,5	26,1	28,2	23,8
Wysokie ceny zdrowej żywności	29,3	25,9	32,3	27,0	31,8	27,2	31,0
Mały wybór zdrowej żywności w sklepie, w którym najczęściej robię zakupy	9,2	7,7	10,5	9,5	8,9	7,4	10,7
Przygotowanie zdrowego posiłku zajmuje zbyt dużo czasu	14,7	13,1	16,1	15,7	13,6	14,3	15,0
Mały wybór zdrowej żywności w restauracjach, stołówkach, automatach z żywnością	6,4	6,6	6,3	8,2	4,6	6,6	6,3
Brak informacji o zdrowych posiłkach w restauracjach, stołówkach	5,7	6,2	5,2	7,0	4,2	5,2	6,0
Nie wiem, jak zdrowo gotować	7,8	8,0	7,7	8,5	7,1	7,3	8,3
Nigdy nie uczono mnie, jak się zdrowo odżywiać	9,2	9,7	8,7	11,1	7,1	9,0	9,3
Nie smakuje mi zdrowa żywność	10,7	10,5	10,8	11,5	9,8	10,9	10,5
Inni ludzie mnie zachęcają	3,0	3,4	2,7	4,1	1,9	2,9	3,2
Nie mam takiej potrzeby (nie mam chęci)	19,4	21,5	17,5	16,9	22,0	19,8	19,0
Inne powody	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0

U osób w wieku 19-64 lata w zakresie częstotliwości spożycia grup żywności w podziale na grupy o potencjalnie korzystnym i niekorzystnym wpływie na organizm stwierdzono wiele nieprawidłowości, w tym więcej błędów żywieniowych zaobserwowano u mężczyzn niż u kobiet. Zbyt rzadko spożywane były owoce i warzywa, mleko oraz napoje mleczne fermentowane, pieczywo razowe oraz ryby i nasiona roślin strączkowych, a zbyt często masło, jasne pieczywo i produkty zbożowe wysokoprzetworzone, jak ryż biały oraz słodczyce, mięso czerwone oraz konserwy, a także potrawy smażone (Traczyk, 2020). Osoby w wieku 65 lat i więcej również spożywały rzadziej niż jest to zalecane takie produkty jak: warzywa i owoce, pełnoziarniste pieczywo, produkty mleczne, nasiona roślin strączkowych i ryby, natomiast zbyt często masło, wędliny, jasne pieczywo, potrawy smażone, smalec i słodczyce (Szostak-Węgierek, 2020).

15. OCENA ZMIAN STĘŻEŃ PYŁU ZAWIESZONEGO PM_{2,5} ORAZ SKUTKÓW ZDROWOTNYCH WYNIKAJĄCYCH Z DŁUGOOKRESOWEJ EKSPOZYCJI NA TE STĘŻENIA W OKRESIE 2019-2023 W POLSCE W ŚWIETLE REWIZJI DYREKTYWY UE ORAZ WYTYCZNYCH WHO

Krzysztof Skotak, Katarzyna Osińska-Skotak
(Politechnika Warszawska)

Zanieczyszczenie powietrza jako mieszanina gazów, aerozoli oraz pyłu zawieszonego (fazy rozproszonej aerozolu), jest ważnym czynnikiem determinującym zdrowie. Liczne publikowane wyniki badań epidemiologicznych (podsumowane m.in. w ukazujących się cyklicznie Wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia^{1,2,3,4}) wykazały związek między ekspozycją na zanieczyszczenie powietrza a szerokim zakresem niekorzystnych skutków zdrowotnych w populacji generalnej. Zanieczyszczenia powietrza najczęściej uwzględniane w analizach zdrowotnych obejmują pył zawieszony oraz zawarte w nim metale ciężkie i wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, ozon (O₃), dwutlenek azotu (NO₂), dwutlenek siarki (SO₂) i tlenek węgla (CO). Wyniki publikowanych badań związanych z oceną ryzyka zdrowotnego wskazują, że najbardziej istotnym z punktu widzenia skutków zdrowotnych jest narażenie na pył zawieszony powietrzu

¹ Air quality guidelines for Europe. WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series, No. 23, Copenhagen, 1987

² Air quality guidelines for Europe, 2nd ed. WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series, No. 91, Copenhagen, 2000

³ Air Quality Guidelines. Global update 2005. Particulate Matter, Ozone, Nitrogen Dioxide and Sulfur Dioxide, WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series, No. 91. Copenhagen, 2006

⁴ WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: World Health Organization; 2021

atmosferycznym, a w szczególności jego najdrobniejsze frakcje PM_{2,5} (pył o średnicy ziaren poniżej 2,5 mikrometra)⁵. Szacuje się, że długookresowe narażenie na pył zawieszony PM_{2,5} przyczynia się na świecie do 4,2 mln przedwczesnych zgonów⁶, co stanowi 8% całkowitego obciążenia chorobami^{7,8}. Szacunki wykonywane w przypadku Polski wskazują na wartości od 50 tys. przedwczesnych zgonów rocznie w latach wcześniejszych do nieco ponad 30 tys. obecnie^{9,10}.

Różnego rodzaju pyły atmosferyczne mają charakter zarówno pierwotny (emisja bezpośrednia pyłu do atmosfery), jak i wtórny (pył tworzony w wyniku przemian chemicznych w atmosferze, napływ z terenów suchych oraz wtórny unos cząsteczek pyłu z powierzchni), przy czym w obu przypadkach źródła emisji samego pyłu oraz jego prekursorów mogą być pochodzenia naturalnego (np. emisja wulkanów, napływ aerozolu morskiego), jak i antropogenicznego (np. spalanie paliw kopalnych)¹¹. W ostatnich latach w Polsce podjęto szereg dodatkowych działań mających na celu szybsze ograniczenie emisji antropogenicznej pyłu zawieszony do atmosfery, zarówno prawnych (akty prawa miejscowego – tzw. uchwały antysmogowe, rozporządzenie o jakości paliw), jak i ekonomicznych (Czyste Powietrze, dofinansowania lokalne).

W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki analiz w zakresie trendów zmian stężeń średnich rocznych pyłu zawieszony PM_{2,5} oraz liczby przedwczesnych zgonów powodowanych ekspozycją populacji na to zanieczyszczenie w Polsce w okresie ostatnich 5 lat (2019-2023) z uwzględnieniem podziału administracyjnego kraju na powiaty. Podstawą oceny ekspozycji populacji były mapy rozkładów przestrzennych pyłu zawieszony PM_{2,5} (opracowane na podstawie wyników matematycznego modelowania przemian i transportu

⁵ WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: World Health Organization; 2021

⁶ [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health).

⁷ <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/air-pollution>

⁸ Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Brauer, Michael et al. *The Lancet*, Volume 403, Issue 10440, 2162 - 220

⁹ Soares, J., Plass, D., Kienzler, S., González Ortiz, A., Gsella, A., Horálek, J. (2023). Health Risk Assessment of Air Pollution: assessing the environmental burden of disease in Europe in 2021 (Eionet Report – ETC HE)

¹⁰ Jakość powietrza w Polsce w roku 2022 w świetle wyników pomiarów prowadzonych w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska (PMŚ). Skotak Krzysztof i in., GIOŚ, Warszawa, 2023

¹¹ Pyły drobne w atmosferze. Kompendium wiedzy o zanieczyszczeniu powietrza pyłem zawieszonym w Polsce. Biblioteka Monitoringu Środowiska, GIOŚ, Warszawa 2016

zanieczyszczeń wykonanego przez Instytut Ochrony Środowiska – Państwowy Instytut Badawczy, skorygowane metodami obiektywnego szacowania) udostępnione przez GIOŚ¹². Stężenia średnie roczne w powiatach obliczono na podstawie danych w oczkach siatki map jako średnią ważoną obszarowo. Szacowanie liczby przedwczesnych zgonów wykonano metodyką zgodną ze stosowaną przez Europejską Agencję Środowiska (z wykorzystaniem wartości ryzyka względnego zgonu na poziomie 8% przy wzroście stężenia o 10 µg/m³)¹³ i dodatkowym założeniu nie uwzględniania skutków zdrowotnych poniżej progu zalecanego przez Światowa Organizację Zdrowia w najnowszych wytycznych (tj. 5 µg/m³)¹⁴. Do oceny zmienności w okresie 2019-2023 zarówno stężeń średnich rocznych pyłu zawieszonego PM_{2,5}, jak i liczby przedwczesnych zgonów w poszczególnych powiatach, zastosowano wskaźnik średniookresowego tempa zmian. Sumaryczne podsumowanie uzyskanych wyników przedstawiono w tabeli 15.1.

Tabela 15.1 Stężenie średnie roczne pyłu zawieszonego PM_{2,5} oraz szacowana liczba przedwczesnych zgonów powodowanych długookresową ekspozycją i średniookresowe tempo zmian w Polsce w okresie 2019-2023

Wskaźnik	Wartość					Średniookresowe tempo zmian		
	2019	2020	2021	2022	2023	średnia	min	max
Populacja narażona (mln)	38,383	38,089	37,908	37,766	37,637	-0,9%	-2,8%	5,4%
Stężenie średnie roczne PM _{2,5} ze stacji PMS (µg/m ³) ¹⁵	18,9	16,9	19,2	16,6	14,5	-	-	-
Stężenie średnie roczne PM _{2,5} z modelu (µg/m ³)	15,4	10,5	13,2	12,9	10,7	-8,6%	-15,8%	0,6%
Szacowana liczba przedwczesnych zgonów (os.)	27647	19589	31170	23940	18064	-12,1%	-100,0%	5,4%

Analiza uzyskanych stężeń średnich rocznych pyłu zawieszonego PM_{2,5} w okresie 2019-2023 w poszczególnych powiatach pokazuje, że wśród 380 powiatów, tylko w przypadku miast Gdańsk i Gdynia można mówić o bardzo dobrej

¹² <https://powietrze.gios.gov.pl/pjp/maps/modeling>

¹³ Soares, J., Plass, D., Kienzler, S., González Ortiz, A., Gsella, A., Horálek, J. (2023). Health Risk Assessment of Air Pollution: assessing the environmental burden of disease in Europe in 2021 (Eionet Report – ETC HE)

¹⁴ WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: World Health Organization; 2021

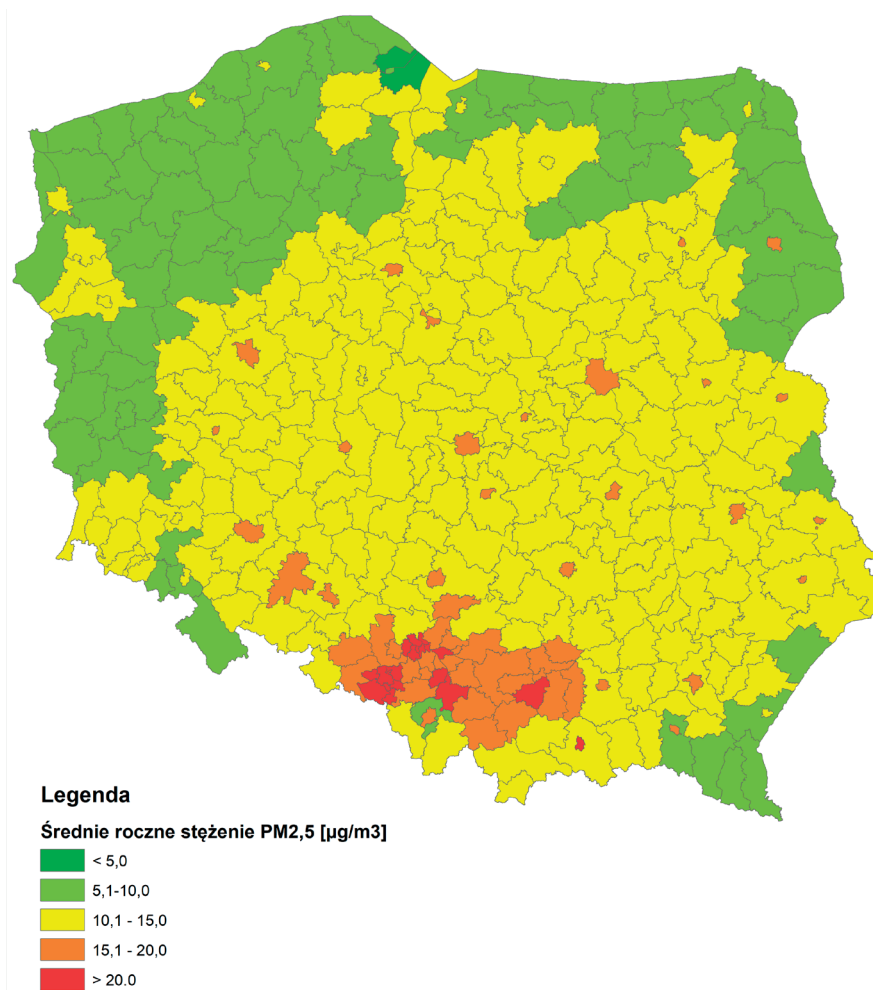
¹⁵ Jakość powietrza w Polsce w roku 2023 w świetle wyników pomiarów prowadzonych w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska. GIOŚ, Warszawa 2024

jakości powietrza. W tych powiatach stężenie średnie pyłu zawieszonego PM_{2,5} było poniżej 5 µg/m³ – w Gdyni w żadnym analizowanym roku nie przekroczyło wartości zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia w najnowszych Wytocznych, zaś w Gdańsku nieco wyższe stężenia od tej wartości notowano 2019 r. i 2021 r. (ryc. 15.1). Warto podkreślić, że obecnie obowiązujący prawnie w Polsce i w Unii Europejskiej średni roczny poziom dopuszczalny, ustanowiony w celu ochrony zdrowia dla rocznego stężenia pyłu zawieszonego PM_{2,5}, wynoszący 20 µg/m³ był przekroczony przez średnią z okresu 2019-2023 tylko dla 13 powiatów: miast na prawach powiatu Świętochłowice, Chorzów, Piekary Śląskie, Rybnik, Zabrze, Siemianowice Śląskie, Bytom, Jastrzębie-Zdrój, Żory, Ruda Śląska i Nowy Sącz oraz powiatu rybnickiego. Ostatnio opublikowana dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2024/2881 z dnia 23 października 2024 r. w sprawie jakości powietrza i czystsze powietrze dla Europy (Dz.U. L, 2024/2881, 20.11.2024) wprowadzana istotne zaostrożenie tej wartości do poziomu 10 µg/m³. Obecnie przekroczenie tej wartości dotyczy ponad połowy powiatów (299 z 380).

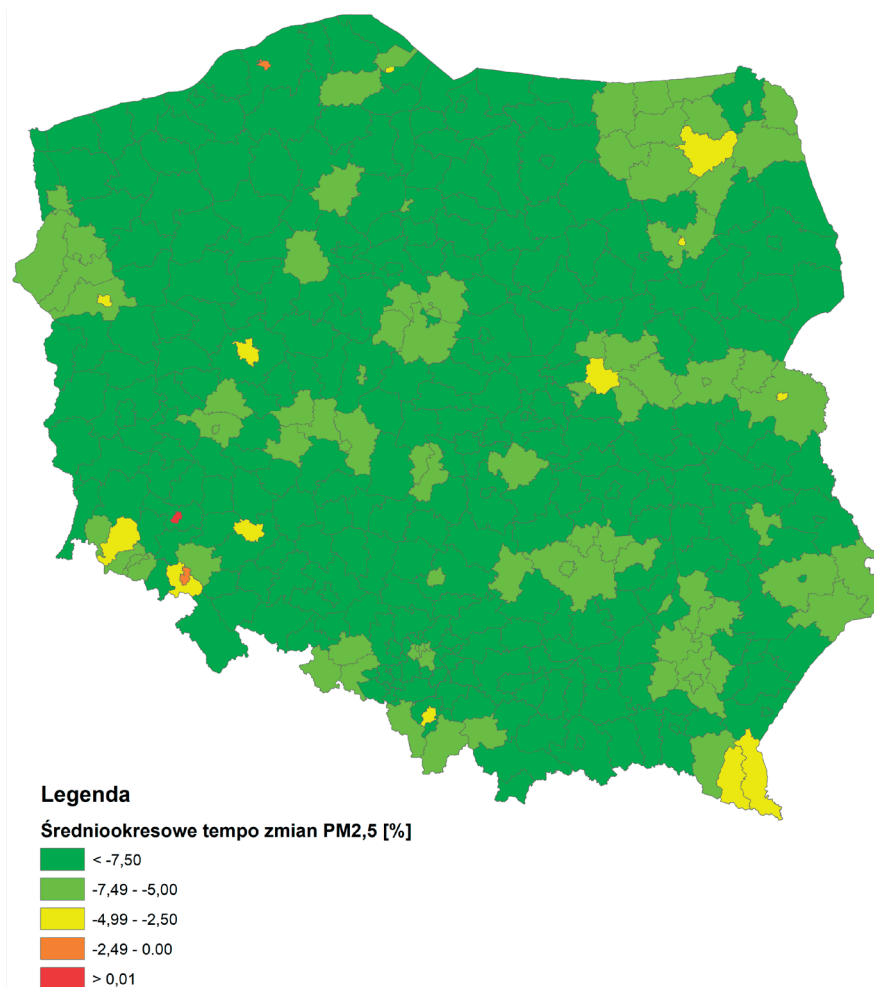
Przeprowadzona analiza obliczonych zmian stężeń średnich rocznych pyłu zawieszonego PM_{2,5} w okresie 2019-2023 w poszczególnych powiatach wskazuje na generalną poprawę jakości powietrza w rozważanym okresie, która może pomóc w spełnieniu w niedalekiej przyszłości nowych wymagań ustanowionych w UE oraz w dotrzymaniu wartości zalecanych przez WHO. Zależało to jednak będzie od intensywności podejmowanych działań na rzecz ograniczenia emisji zanieczyszczeń do powietrza oraz od tempa obserwowanych zmian stężeń w powietrzu w poszczególnych regionach Polski. Uzyskane wyniki wskaźnika średniokresowego tempa zmian stężeń średnich rocznych pyłu zawieszzonego PM_{2,5} w okresie 2019-2023 wskazują na znaczną poprawę jakości powietrza w Polsce. Spośród 380 analizowanych powiatów, dodatnie średniokresowe tempo zmian wynoszące 0,6% (świadczące o nieznacznym pogorszeniu jakości powietrza) dotyczy tylko jednego powiatu – miasta Legnica. Wysokie tempo pozytywnych zmian, przekraczające -10% rocznie dotyczy 93 powiatów, w tym przede wszystkim powiatu miasta Nowy Sącz (-15,8%) oraz powiatu nowosądeckiego (-15,0%) (ryc. 15.2).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że aż tak pozytywnego obrazu nie pokazuje wskaźnik przeciętnych zmian względnych liczonych z roku na rok. W przypadku 19 spośród 380 powiatów w Polsce, wskaźnik ten jest dodatni. Wynika to ze znacznych wahań stężeń w poszczególnych latach. Najwyższe uśrednione w okresie 2019-2023 dodatnie (negatywne) wartości względne zmian z roku na rok przekraczające 10% obserwuje się dla 5 powiatów: ząbkowickiego (14,4%),

miasta Wałbrzych (14,1%), nakielskiego (12,8%), wałbrzyskiego (12,7%) oraz dzierzoniowskiego (11,2%), przy pozytywnych (ujemnych) wartościach wskaźnika średniokresowego tempa zmian w granicach od -10% do -3%. Największy względny spadek średnich rocznych stężeń pyłu zawieszonego PM_{2,5} przekraczający 10% dotyczy powiatów: miasta Nowy Sącz (-14,6%), brzeskiego (-12,6%), oświęcimskiego (-11,7%), miasta Dąbrowa Górnicza (-11,5%), będzińskiego (11,3%), bieruńsko-łędzińskiego i pszczyńskiego (-10,9%), miast Koszalin i Jaworzno (10,8%) oraz chrzanowskiego (-10,5%), bocheńskiego (-10,4%) i nowosądeckiego (-10,1%).



Ryc. 15.1. Stężenie średnie roczne pyłu zawieszonego PM_{2,5} w powiatach w okresie 2019-2023



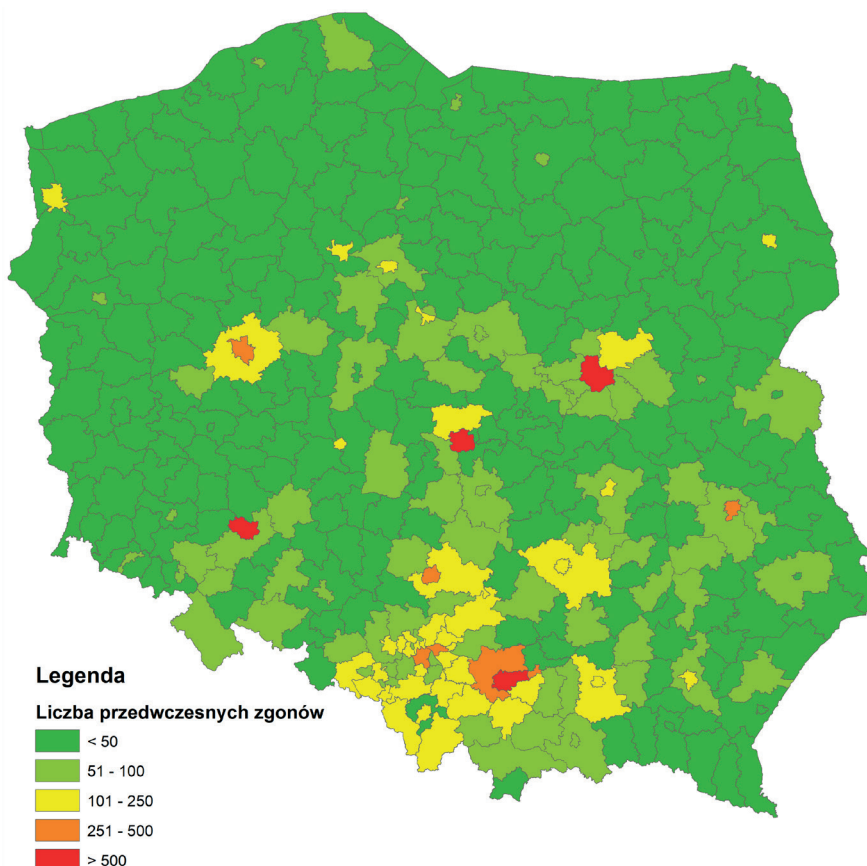
Ryc. 15.2. Średniookresowe tempo zmian stężeń pyłu zawieszonego PM_{2,5} w powiatach w okresie 2019-2023

Poprawa jakości powietrza wpływa wymiennie na redukcję skutków zdrowotnych wynikających z ekspozycji na dane zanieczyszczenie. Szacowana średnia roczna liczba przedwczesnych zgonów powodowanych przez długookresową ekspozycję na pył zawieszony PM_{2,5} przekraczającą 5 µg/m³ w okresie 2019-2023 wynosi ponad 24 tysiące. Skutki te nie są równomiernie rozłożone w czasie i przestrzeni, gdyż o ich wysokości decyduje zarówno poziom zanieczyszczenia, jak i wielkość narażonej populacji oraz podatność tej populacji definiowana wskaźnikiem liczby zgonów z powodów naturalnych. Ze względu na gęstość zaludnienia, najczęściej przedwczesnych zgonów obserwuje się

największych miastach funkcjonujących na prawach powiatu, tj. w M. St. Warszawie, Krakowie, Łodzi, Wrocławiu, Poznaniu i w Katowicach (przeciętnie w okresie 2019-2023 ponad 300 przypadków w każdym z nich). Warto zauważyć, że w wymienionych powyżej sześciu powiatach, liczba przedwczesnych zgonów stanowi ponad 18% wszystkich przedwczesnych zgonów w Polsce przy populacji stanowiącej 12% ludności w kraju. Wyjątek od tej reguły stanowią tu miasta Gdynia i Gdańsk, gdzie pomimo znacznej populacji, niskie stężenie pyłu zawieszzonego PM_{2,5} nie powoduje w praktyce żadnych przedwczesnych zgonów (w Gdyni 0 przypadków, w Gdańsku – 9). Pojedyncze przedwczesne zgony (nieprzekraczające 6 przypadków rocznie) dotyczą najmniej zaludnionych powiatów (z liczbą ludności nieprzekraczającej 25 tys. mieszkańców), tj. bieszczadzkiego, nowodworskiego, sejneńskiego, leskiego i gołdapskiego (ryc. 15.3).

Odmienny układu się obraz wskaźnika liczby przedwczesnych zgonów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, gdzie najwyższe wartości (przekraczające 140 przypadków na każde 100 tys. mieszkańców) obserwuje się na południu Polski w miastach Chorzów, Świętochłowice, Siemianowice Śląskie, Bytom, Piekary Śląskie oraz Sosnowiec i w powiecie wodzisławskim, zaś najniższe (nie przekraczające 18) w miastach Gdynia, Gdańsk i Świnoujście oraz powiatach: puckim, nowodworskim, polickim, bieszczadzkim i koszalińskim (ryc. 15.4)

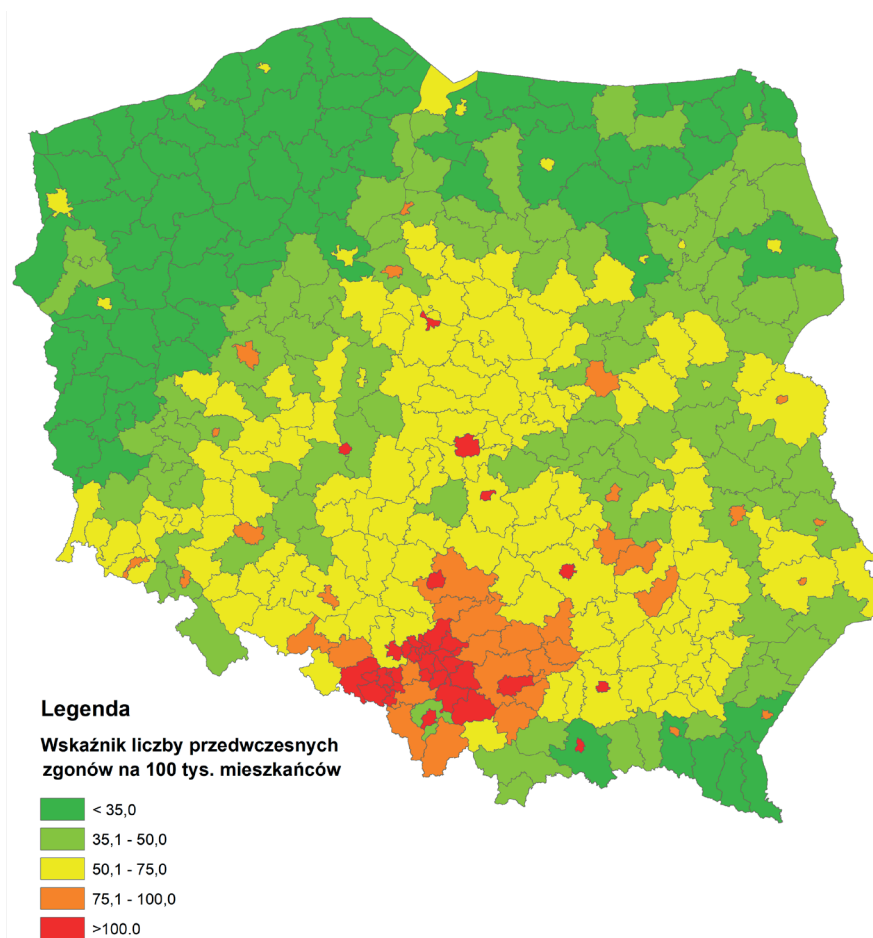
Analiza uzyskanych wyników w zakresie średniookresowego tempa zmian liczby przedwczesnych zgonów powodowanych długookresową ekspozycją mieszkańców poszczególnych powiatów na pył zawieszony PM_{2,5} w latach 2019-2023, wskazuje w wielu przypadkach na istotne i pozytywne zmiany. Największe pozytywne tempo zmian dotyczy Gdańska za sprawą spadku stężeń poniżej wartości oczekiwanej, gdzie liczba przedwczesnych zgonów przypisanych zanieczyszczeniu powietrza spadła obecnie do 0 oraz braku zmian w Gdyni ze względu na brak skutków zdrowotnych w całym analizowanym okresie. Wysokie ujemne wskaźniki średniookresowego tempa zmian liczby przedwczesnych zgonów, na poziomie przekraczającym -10% rocznie obserwuje się w przypadku 257 powiatów, najbardziej istotne dla powiatów nowodworskiego (-48%) oraz żarskiego, elbląskiego i żagańskiego (powyżej -23% rocznie). Niestety, najmniejsze tempo spadku liczby przedwczesnych zgonów spośród wszystkich powiatów w Polsce, dotyczy generalnie miast na prawach powiatu (wśród 25 powiatów z najniższym wskaźnikiem tempa zmian znajduje się aż 19 miast na prawach powiatu), przy obserwowanym wzroście w miastach Legnica (5,4%), Wałbrzych (1,7%) oraz i braku zmian we Wrocławiu i Łomży (wartość poniżej 0,1%) (ryc. 15.5).



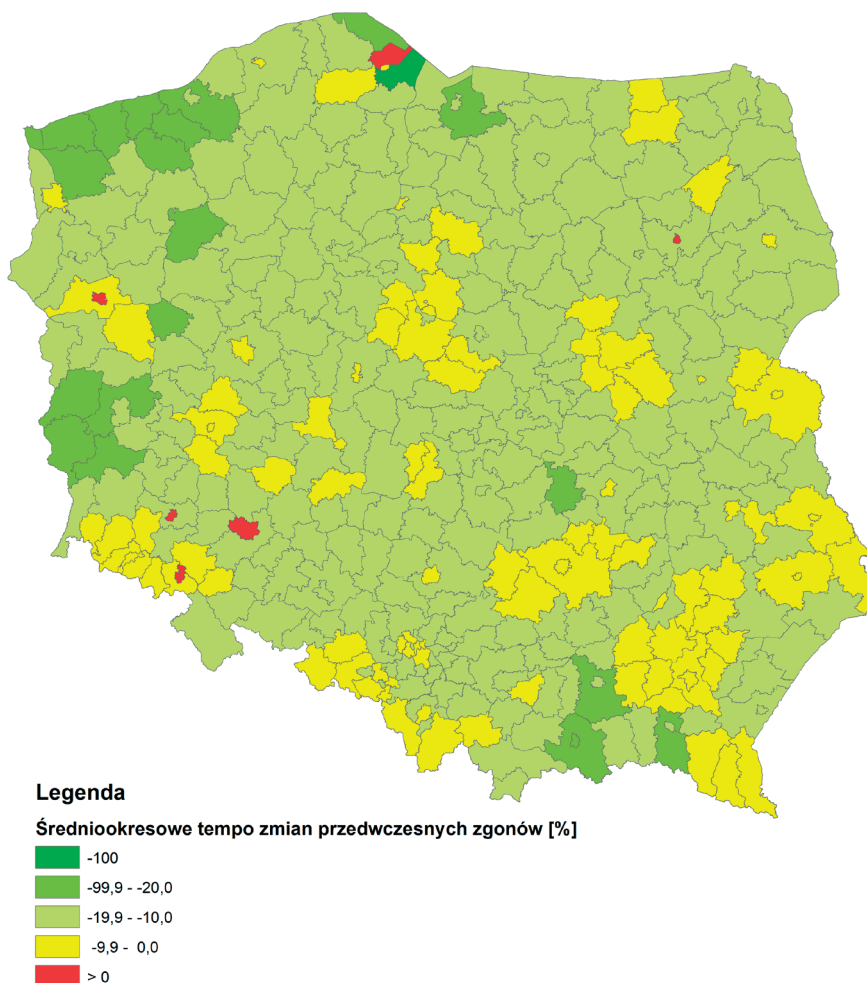
Ryc. 15.3. Średnia liczba przedwczesnych zgonów wynikających z długookresowej ekspozycji na stężenia pyłu zawieszzonego PM_{2,5} w powiatach w okresie 2019-2023

W ostatnim czasie w mediach oraz w prasie pojawia się wiele informacji na temat najbardziej zanieczyszczonych miast w Europie ze wskazaniem miast w Polsce. Rankingi te są wykonywane w oparciu o różnego rodzaju dane i szacunki. Wielokrotnie uwzględniają one jedynie informacje pochodzące ze stacji pomiarowych, a więc nie uwzględniają miast, na obszarze których monitoring nie jest prowadzony. Co więcej, obliczane stężenia ze stacji pomiarowych nie uwzględniają w wystarczający sposób zmian przestrzennych stężeń w miastach, co powadzić może do zaniżenia poziomu ryzyka, jeśli stacje zlokalizowane są na obszarach niskich stężeń lub przeszacowania tego ryzyka w przypadku pomiarów lokalizowanych w najgorszych miejscach, np. blisko ulic. Należy podkreślić, że stacje pomiarowe w Polsce w miastach, generalnie zlokalizowane są w obszarach gęsto zaludnionych w potencjalnie najwyższych stężeniach w mieście, by wykazać wystąpienie przekroczeń ustanowionych standardów

jakości powietrza i tym samym wskazać konieczność opracowania programów naprawczych (Programów Ochrony Powietrza). Na tę zależność wskazują m.in. wyniki podane w tabeli 15.1, gdzie średnie stężenie pyłu zawieszonego PM_{2,5} w kraju obliczona na podstawie wyników ze stacji pomiarowych są wyższe niż obliczone średnie ważone obszarowo z modelu korygowanego metodami obiektywnego szacowania (mapy wskazują w otoczeniu stacji oraz w obszarze ich reprezentatywności przestrzennej stężenia zgodne z pomiarami), co tylko potwierdza poprawność lokalizacji stacji Państwowego Monitoringu Środowiska (lokalizacja stacji w miejscach najwyższego ryzyka zdrowotnego przy uwzględnieniu dużej reprezentatywności ludnościowej każdego ze stanowisk pomiarowych).



Ryc. 15.4. Wskaźnik średniej liczba przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców wynikających z długookresowej ekspozycji na stężenia pyłu zawieszonego PM_{2,5} w powiatach w okresie 2019-2023



Ryc. 15.5. Średniookresowe tempo zmian liczby przedwczesnych wynikających z długookresowej ekspozycji na stężenia pyłu zawieszonego PM_{2,5} w powiatach w okresie 2019-2023

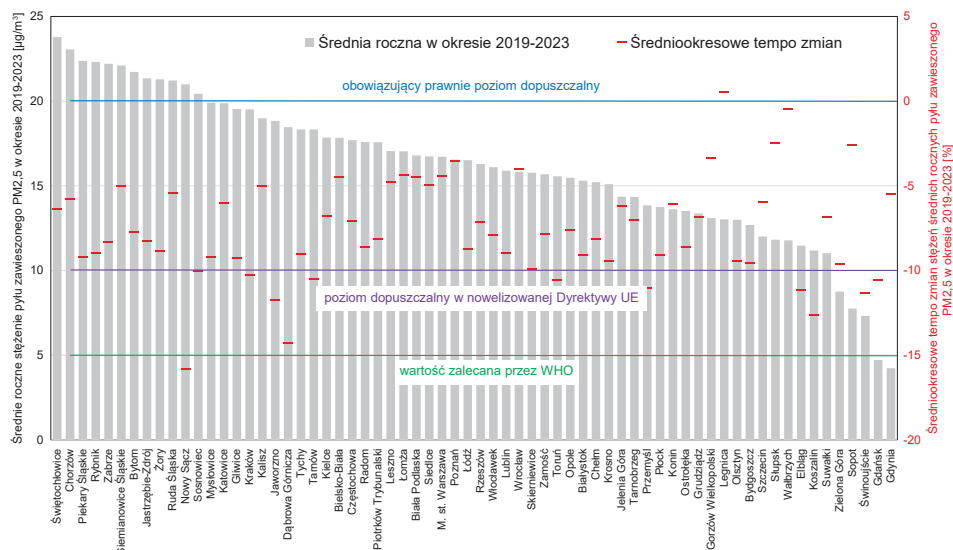
Poniżej przedstawiono podsumowanie wyników analiz dla 66 największych miast w Polsce (miast funkcjonujących na prawach powiatu) zamieszkiwanych przez blisko 1/3 populacji kraju (12,5 mln mieszkańców) z uwzględnieniem poziomu ekspozycji na pył zawieszony PM_{2,5}, powodowanych przez tę ekspozycję skutków zdrowotnych wraz z analizą tempa zmian w okresie 2019-2023.

Uzyskane wyniki w okresie 2019-2023 (by zniwelować wpływ zmienności stężeń z roku na rok, wyniki dla powiatów przedstawiono jako stężenie średnie roczne uśrednione w ostatnich 5 latach) wskazują, że wśród największych miast w Polsce,

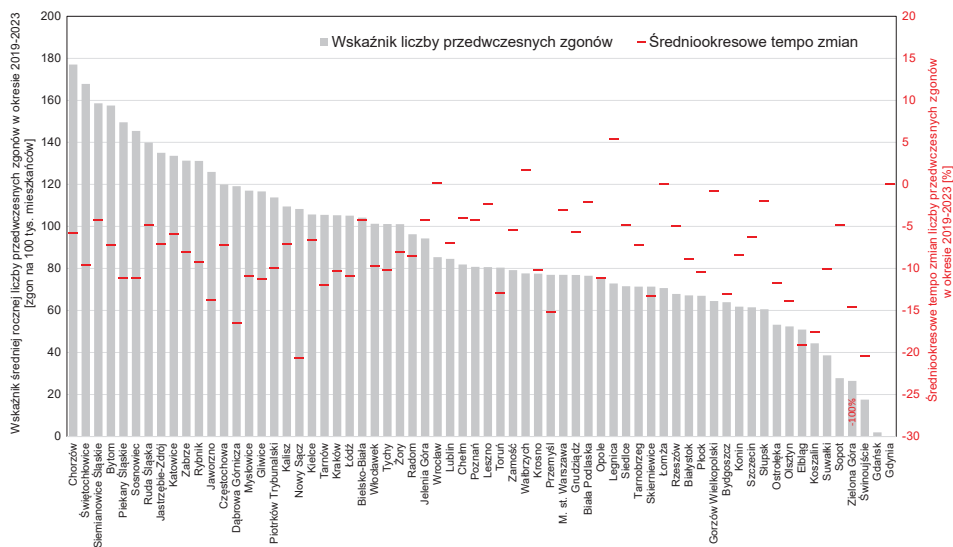
najbardziej zanieczyszczonymi miastami ze względu na pył zawieszonym PM_{2,5} są kolejno Świętochłowice, Chorzów, Piekary Śląskie, Rybnik, Zabrze, Siemianowice Śląskie, Bytom, Jastrzębie-Zdrój, Żory, Ruda Śląska oraz Nowy Sącz. W tych miastach nie jest dotrzymana obowiązująca wartość średniego rocznego poziomu dopuszczalnego określonego dla pyłu zawieszzonego PM_{2,5} wynosząca 20 µg/m³. Należy w tym miejscu podkreślić, że zaostżona wartość dopuszczalna w nowelizowanej dyrektywie 2024/2881 (10 µg/m³) dotrzymana jest tylko w 5 miastach: Gdyni, Gdańsku, Świnoujściu, Sopocie oraz Zielonej Górze, a wartość zalecana przez Światową Organizację Zdrowia jedynie w Gdyni i Gdańsku. Stężenia średnie roczne w tych 5 miastach wskazują na najlepszą jakość powietrza w ostatnich 5 latach (ryc. 15.6).

Pomimo problemów z jakością powietrza w przeważającej liczbie miast Polski (w świetle zaostżonych kryteriów dyrektywy 2024/2881), wymagających intensyfikacji działań na rzecz poprawy jakości powietrza, w wielu z nich obserwowane tempo zmian wskazuje na możliwość istotnej poprawy jakości powietrza w krótkim czasie. Pozytywne tempo zmian (spadek stężeń) obserwuje się dla wszystkich miast z wyjątkiem Legnicy (niewielki wzrost o 0,6% w okresie 2019-2023). Wśród miast z najgorszą jakością powietrza, największe tempo zmian stężeń średnich rocznych pyłu zawieszzonego PM_{2,5} dotyczy Nowego Sącza (blisko 16%), Piekar Śląskich i Rybnika (ponad 9%) oraz miast Żory, Zabrze i Jastrzębie-Zdrój (ponad 8%). Warto zaznaczyć, że istotne średniookresowe tempo zmian stężeń przekraczające 9% w okresie 2019-2023 dotyczy 23 miast na 66 poddanych ocenie, a wśród miast mających bardzo dużą szansę na dotrzymanie zaostżonego prawem UE poziomu dopuszczalnego ze względu na wysoki wskaźnik średniookresowego tempa zmian znajdują się Suwałki (-6,8% przy stężeniu średnim rocznym PM_{2,5} równym 11,0 µg/m³), Koszalin (-12,6% przy stężeniu średnim rocznym PM_{2,5} na poziomie 11,2 µg/m³) oraz Elbląg (-11,1% przy stężeniu średnim rocznym PM_{2,5} wynoszącym 11,5 µg/m³) (ryc. 15.6).

Na poziom ryzyka zdrowotnego w analizowanych miastach wskazują wartość średniego wskaźnika liczby przedwczesnych zgonów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Najwyższe wartości uśrednionego w okresie 2019-2023 wskaźnika przekraczające 150 zgonów na każde 100 tys. mieszkańców dotyczą miast z puli najbardziej zanieczyszczonych, tj. Chorzowa, Świętochłowic, Siemianowic Śląskich oraz Bytomia, gdzie średniookresowe tempo zmian liczby przedwczesnych zgonów jest niewystarczające (nie przekracza 10%). Najlepszymi wskaźnikami liczby przedwczesnych zgonów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców (poniżej 50 przypadków) charakteryzują się miasta o najniższych stężeniach średnich rocznych pyłu zawieszzonego PM_{2,5}, tj. kolejno Gdynia, Gdańsk, Świnoujście, Zielona Góra, Sopot, Suwałki oraz Koszalin, na obszarze których średniookresowe tempo zmian liczby przedwczesnych zgonów (poza Sopotem) przekracza 10% (ryc. 15.7).



Ryc. 15.6. Średnie roczne stężenie pyłu zawieszonego PM_{2,5} oraz średniokresowe tempo zmian stężeń w miastach na prawach powiatu w okresie 2019-2023 na tle poziomów dopuszczalnych oraz wartości zalecanej przez WHO



Ryc. 15.7. Wskaźnik średniej rocznej liczby przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców ze względu na ekspozycję na pył zawieszony PM_{2,5} oraz średniokresowe tempo zmian liczby przedwczesnych zgonów w miastach na prawach powiatu w okresie 2019-2023

Warto podkreślić, że wysokie tempo zmian (ponad 10%) liczby przedwczesnych zgonów powodowanych długookresową ekspozycją na pył zawieszony PM_{2,5} obserwuje się dla 40% miast funkcjonujących na prawach powiatu (27 na 66), w tym dla jednego z najbardziej zanieczyszczonych miast, jakim są Piekary Śląskie. Bardzo wysokimi i pozytywnymi wskaźnikami wskazującymi na istotne tempo redukcji skutków zdrowotnych ekspozycji na pył zawieszony PM_{2,5}, poza wymienionymi powyżej, charakteryzują się miasta Nowy Sącz (20,6%), Elbląg (19,1%) oraz Dąbrowa Górnicza (16,5%) i Przemyśl (15,2%). Negatywne tempo zmian liczby przedwczesnych zgonów (wzrost w okresie 2019-2023) dotyczy jedynie Legnicy (5,4%) i Wałbrzycha (1,7%), a w przypadku Wrocławia oraz Łomży obserwuje się brak zmian (zmiany na poziomie 0,1%).

16. DZIAŁANIA ZDROWIA PUBLICZNEGO ZREALIZOWANE W POLSCE W LATACH 2022-2023 SPRAWOZDANE W SYSTEMIE PROFIBAZA, W ODPOWIEDZI NA POTRZEBY ZDROWOTNE MIGRANTÓW I UCHODźCÓW WOJENNYCH Z UKRAINY

Katarzyna Lewtak, Małgorzata Gajewska, Maria Piotrowicz, Ewa Urban

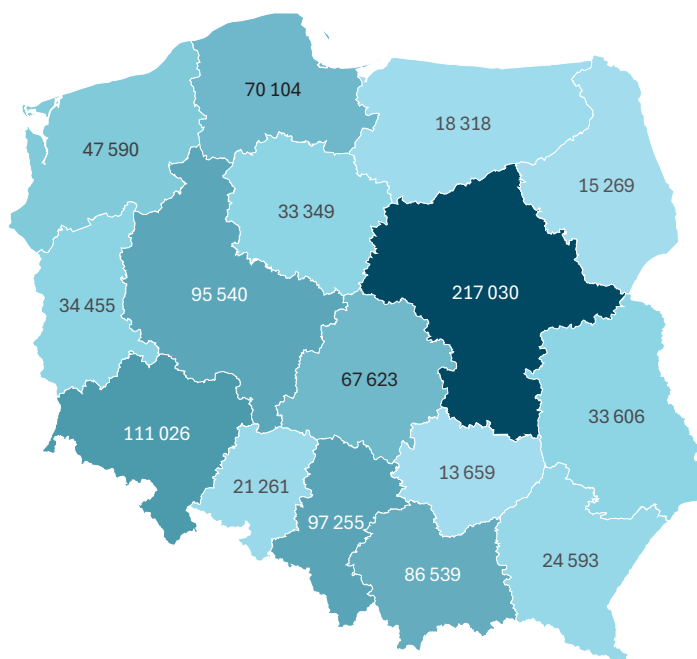
Wyzwania systemowe wobec nagłego napływu migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy do Polski

Przed wybuchem wojny w Ukrainie, według Narodowego Spisu Powszechnego 2021, w Polsce czasowo przebywało 1,4 mln imigrantów, głównie mężczyzn (62,4%). Największą grupę stanowili dorośli w wieku 20–40 lat (57,6%). Natomiast dzieci i młodzież (0–19 lat) stanowiły 4,3%, a osoby powyżej 60. r. ż. – 3,6% imigrantów¹. Po 24 lutego 2022 r. Polska stała się jednym z głównych kierunków migracji uchodźców wojennych z Ukrainy. Od początku konfliktu do końca 2023 r. do kraju przybyło 17,1 mln obywateli Ukrainy, z czego 15,3 mln wróciło do ojczyzny². Na koniec 2023 r. w Polsce pozostawało około miliona obywateli Ukrainy, najwięcej w województwach: mazowieckim (217 tys.), dolnośląskim (111 tys.), śląskim (97 tys.) i wielkopolskim (95 tys.)³ (ryc. 16.1).

¹ Główny Urząd Statystyczny. Migracje zagraniczne na pobyt czasowy – wyniki NSP (31.08.2023 r.), <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/migracje-zagraniczne-na-pobyt-czasowy-wyniki-nsp-2021,4,1.html>

² Selected activities of the Ministry of Health of the republic of Poland for the benefit of Ukraine and its citizens in connection with the armed conflict. Ministry of Health Republic of Poland, April 2024.

³ Główny Urząd Statystyczny. Refugee Health in Poland, <https://healthofrefugees.stat.gov.pl/>



Ryc. 16.1. Liczba migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy w czwartym kwartale 2023 r. (opracowanie własne na podstawie danych GUS <https://healthofrefugees.stat.gov.pl/>)

Wojna wpłynęła również na strukturę demograficzną imigrantów przebywających w Polsce. Według badań Narodowego Banku Polskiego z 2023 r., wśród dorosłych migrantów z Ukrainy 68% stanowiły kobiety, a połowa była w wieku 27-44 lata. Ponad 40% uchodźców mieszkało z dziećmi⁴.

Gwałtowny wzrost liczby obywateli Ukrainy w Polsce wymusił opracowanie długofalowych rozwiązań systemowych. W dniu 12 marca 2022 r. Sejm RP uchwalił ustawę (Dz. U. 2022, poz. 583) regulującą legalizację pobytu obywateli Ukrainy oraz publiczne formy wsparcia. Administracja publiczna, we współpracy z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami, rozpoczęła wdrażanie tych rozwiązań we wszystkich przewidzianych obszarach. Jedną z inicjatyw był Samorządowy Okrągły Stół (8-9 maja 2022 r.), który zgromadził przedstawicieli samorządów, rządu, organizacji pozarządowych, naukowców, pracodawców, związkowców i środowisk ukraińskich. Efektem tych prac była „Biała Księga”,

⁴ Sytuacja życiowa i ekonomiczna migrantów z Ukrainy w Polsce w 2023 roku. Raport z badania ankietowego. NBP. Departament Statystyki. Warszawa 2023 r., https://nbp.pl/wp-content/uploads/2024/01/raport_migranci_z-Ukrainy_2023.pdf

dokument poruszający kluczowe kwestie, takie jak integracja społeczna, rynek pracy, mieszkalnictwo, bezpieczeństwo, edukacja, pomoc społeczna i opieka zdrowotna, w tym działania profilaktyczne. W dokumencie zwrócono uwagę na konieczność podjęcia działań promujących szczepienia ochronne, w tym możliwość zaszczepienia się obywateli Ukrainy podczas załatwiania formalności związanych z pobytem, pracą i usługami zdrowotnymi. Wskazano także na konieczność prowadzenia efektywnej polityki komunikacji oraz ułatwiania dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Napływ uchodźców zmobilizował zarówno instytucje publiczne (rządowe i samorządowe), jak i sektor prywatny oraz organizacje pozarządowe do szeroko zakrojonych działań pomocowych – humanitarnych, społecznych i finansowych – zarówno w Polsce, jak i na terenie Ukrainy⁵.

Potrzeby zdrowotne migrantów i uchodźców wojennych

Wojna, konieczność ucieczki z miejsca zamieszkania i towarzyszący im stres spowodowały liczne problemy zdrowotne wśród migrantów, zwiększając zapotrzebowanie na opiekę medyczną i obciążając polski system zdrowia, w tym budżety NFZ i samorządów. Według danych Ministerstwa Zdrowia od 24 lutego 2022 r. do 31 października 2023 r. świadczenia publicznej opieki zdrowotnej otrzymało ponad 1,1 mln obywateli Ukrainy, w tym 0,9 mln pacjentów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ponad 385 tys. skorzystało z opieki ambulatoryjnej, a ponad 330 tys. imigrantów uzyskało pomoc w szpitalach. Opieką psychiatryczną (stacjonarną i ambulatoryjną) objęto niemal 14,5 tys. osób z Ukrainy⁶.

Osoby które przyjechały do Polski najczęściej potrzebowały pomocy w zakresie objawów wymagających pilnej pomocy medycznej takich jak gorączka, biegunka, kaszel, choroby przewlekłych, stomatologicznych oraz wsparcia psychologów i psychiatrów. Uchodźcy cierpiący na choroby przewlekłe, najczęściej wymagali leczenia chorób układu krążenia, cukrzycy, chorób nowotworowych i chorób płuc. Większość osób wymagających opieki zdrowotnej to osoby

⁵ Biała Księga: Wyzwania systemowego wsparcia uchodźców na poziomie lokalnym i krajowym. Samorządowy Okrągły Stół. Wrocław, 9.05.2022 r., https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2022/06/Okragly_stol_Biala-ksiega_www_S.pdf

⁶ Selected activities of the Ministry of Health of the republic of Poland for the benefit of Ukraine and its citizens in connection with the armed conflict. Ministry of Health Republic of Poland, April 2024.

w wieku ≥ 65 lat (ponad 70% osób w tej grupie wieku), osoby w wieku 55-64 lata (56%) i dzieci do 5 lat (52%)⁷.

Działania różnych instytucji podejmowane w obszarze zdrowia publicznego

Masowy napływ uchodźców wojennych do Polski wiązał się ze znaczącym wzrostem ryzyka wybuchu ognisk epidemicznych. Wśród instytucji działających w obszarze zdrowia publicznego istotne znaczenie miały działania podejmowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną (PIS), samorządy lokalne (JST) oraz instytucje centralne (IC).

Działania PIS, poprzez monitorowanie i ocenę zagrożeń, koncentrowały się przede wszystkim na zapewnieniu bezpieczeństwa epidemiologicznego. We współpracy z JST nadzorowano punkty recepcyjne, ośrodki dla uchodźców, placówki czasowego pobytu oraz inne miejsca, które były szczególnie istotne dla utrzymania bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego kraju. Równocześnie służby sanitarne, JST i instytucje centralne prowadziły liczne interwencje zdrowia publicznego, w tym kampanie profilaktyczne i edukacyjne, przygotowując materiały w języku polskim i ukraińskim dotyczące zapobiegania chorobom zakaźnym i szczepień ochronnych.

Znacząca liczba uchodźców wojennych z Ukrainy, w tym przede wszystkim kobiet i dzieci, spowodowała, że niezwykle istotną kwestią stały się szczepienia ochronne. Zgodnie z aktualnymi przepisami wszystkie dzieci poniżej 18. r. ż. przebywające na terytorium Polski dłużej niż 3 miesiące, podlegają obowiązkowym szczepieniom zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych. Z informacji podanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że od 2022 r. zaszczepiono ponad 29,4 tys. dzieci, co spowodowało, że poziom zaszczepienia dzieci ukraińskich przebywających w Polsce przeciwko chorobom zakaźnym jest obecnie zbliżony do poziomu zaszczepienia dzieci polskich^{8,9}.

⁷ Health of refugees from Ukraine in Poland 2022. Household survey and behavioural insights research. Statistics Poland, World Health Organization 2023. <https://stat.gov.pl/wydarzenia/wydarzenia-miedzynarodowe/health-of-refugees-from-ukraine-in-poland-2022-survey-findings,7,1.html>

⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570, z późn. zm.).

⁹ Selected activities of the Ministry of Health of the republic of Poland for the benefit of Ukraine and its citizens in connection with the armed conflict. Ministry of Health Republic of Poland, April 2024.

System ProfiBaza jako miejsce gromadzenia informacji na temat realizowanych w Polsce działań z zakresu zdrowia publicznego na rzecz migrantów i uchodźców wojennych

System ProfiBaza został uruchomiony w NIZP PZH-PIB w 2021 r. na stronie <https://profibaza.pzh.gov.pl/>. Jego głównym celem jest gromadzenie informacji na temat planowanych i realizowanych w Polsce interwencji zdrowia publicznego, w tym m.in. działań skierowanych do migrantów i uchodźców wojennych. Ponadto zadaniem systemu jest poprawa jakości zbieranych danych, promocja wielosektorowej współpracy oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

System składa się z dwóch części. Pierwsza przeznaczona jest dla instytucji raportujących dane na temat zadań z obszaru zdrowia publicznego (tzw. Rejestr Interwencji Zdrowia Publicznego, RIZP). Druga część stanowi repozytorium wiedzy z zakresu promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób i skierowana jest do szerokiego grona odbiorców.

Przekazywanie informacji rocznej w formie elektronicznej za pośrednictwem systemu ProfiBaza rozpoczęło się w 2022 r. Wśród podmiotów zobligowanych do przekazywania swoich danych są instytucje centralne (w tym m.in. ministerstwa, Państwowa Inspekcja Sanitarna, instytuty naukowo-badawcze, jednostki organizacyjne służb mundurowych) oraz jednostki samorządu terytorialnego (w tym m.in.: Urzędy Marszałkowskie, starostwa powiatowe, miasta na prawach powiatu, urzędy gminy). W RIZP gromadzone są informacje na temat planowanych i realizowanych interwencji obejmujących: działania prozdrowotne, monitoring i ocenę stanu zdrowia ludności, nadzór sanitarno-epidemiologiczny, badania naukowe i legislację.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego (EPHFs; Essential Public Health Functions)

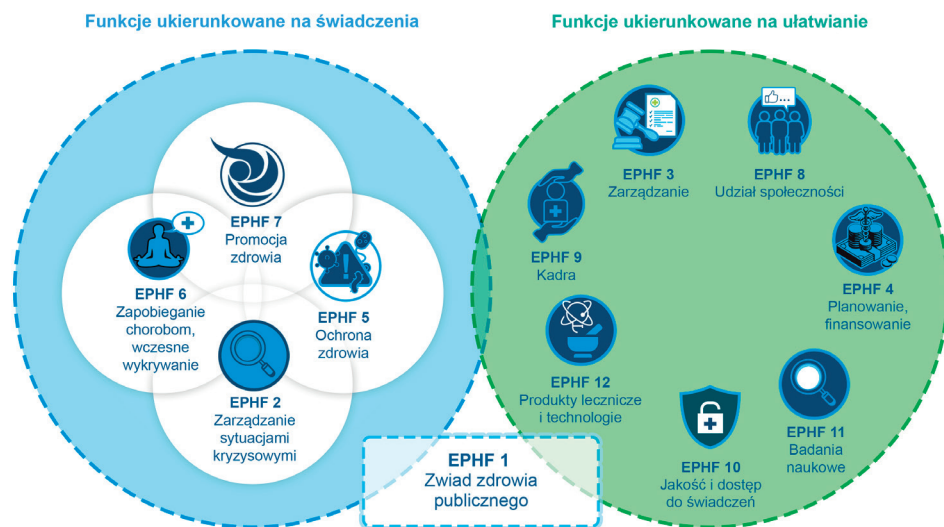
Podstawowe Funkcje Zdrowia Publicznego (EPHFs, Essential Public Health Functions) są uważane za podstawowy i niezbędny zestaw zbiorowych działań, za które odpowiedzialne jest państwo. Są one niezbędne do osiągnięcia celów w systemie zdrowotnym, w tym osiągnięcia i utrzymania najwyższego możliwego poziomu zdrowia populacji w ramach dostępnych zasobów.

W odpowiedzi na aktualne wyzwania dla zdrowia, a w szczególności na ujawnione przez pandemię COVID-19 luki w systemach zdrowia i fragmentację systemów,

w lutym 2022 r. WHO przedstawiła propozycję odnowionej listy podstawowych funkcji zdrowia publicznego. Wśród przedstawionych 12 EPHFs znalazły się odpowiedniki lub rozszerzenia obowiązujących dotychczas europejskich funkcji (Essential Public Health Operations, EPHOs)¹⁰.

Ponadto dodano dwie funkcje dotyczące zapewnienia jakości i dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do leków i technologii medycznych^{11,12}.

W EPHFs zaproponowano podział funkcji na dwie grupy, tj. funkcje ukierunkowane na świadczenia oraz ukierunkowane na ułatwienie (ryc. 16.2). Funkcje ukierunkowane na świadczenia powinny być zintegrowane ze świadczeniami na wszystkich poziomach opieki, a zwłaszcza z podstawową opieką zdrowotną (POZ). W tej grupie znalazło się m.in. zarządzanie sytuacjami kryzysowymi. Natomiast funkcje wspomagające obejmują działania osadzone w systemie zdrowotnym, w innych systemach/sektorach oraz w społecznościach. Zwiad zdrowia publicznego jest działalnością przekrojową, która jest zorientowana na świadczenia i pełni rolę wspomagającą.



Ryc. 16.2. Podstawowe funkcje zdrowia publicznego (Essential Public Health Functions, EPHFs) przedstawione przez WHO w 2022 r.

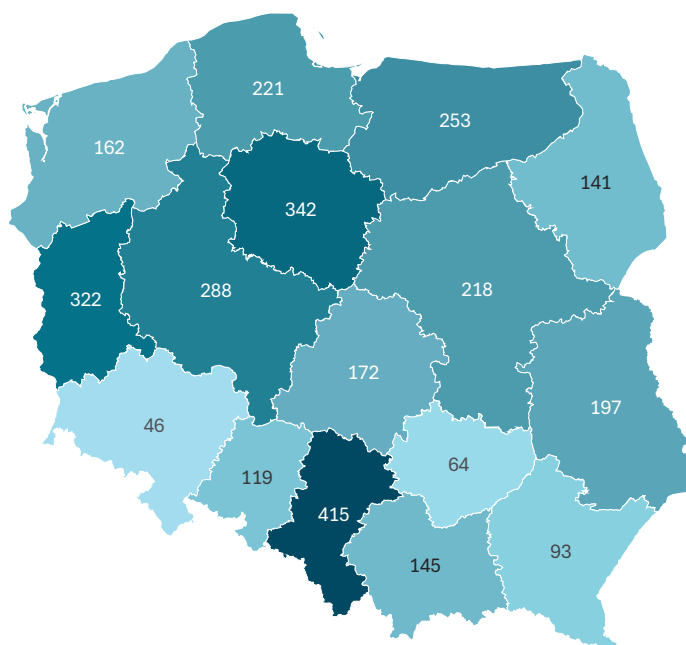
¹⁰ WHO: Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2011.

¹¹ Cianciara D. Odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego powinny być mapą drogową do budowy potencjału zdrowia publicznego i odpornego systemu zdrowia w Polsce. *Med Og Nauk Zdr.* 2023; 29(2): 63–72. doi: 10.26444/monz/167457

¹² Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Działania zdrowia publicznego na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy wg EPHFs

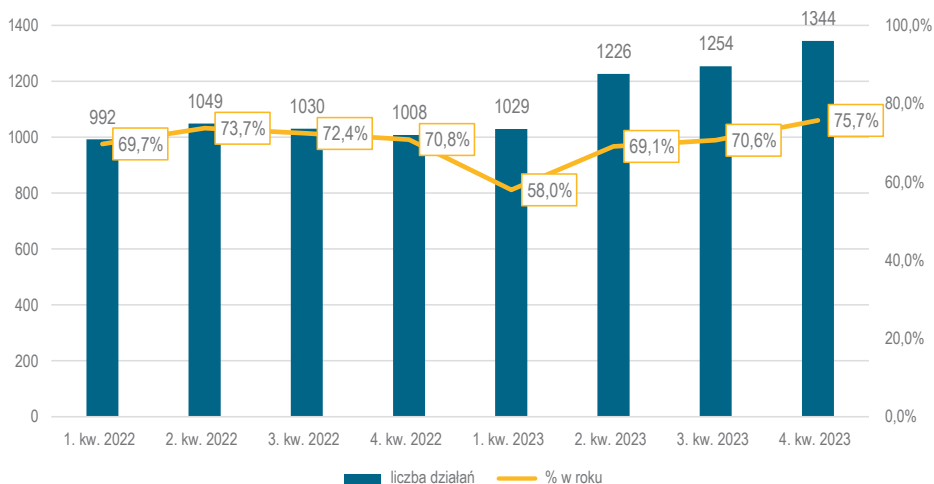
W latach 2022-2023, wg danych systemu ProfiBaza, zrealizowano w Polsce 3198 działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy, z czego 1423 działania (44,5%) w 2022 r., tj. w pierwszym roku po wybuchu wojny z Rosją. Najwięcej działań zrealizowano w województwach: śląskim (415 działań), kujawsko-pomorskie (342) oraz lubuskim (322) (ryc. 16.3).



Ryc. 16.3. Liczba działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych zrealizowanych w latach 2022-2023 wg województw (opracowanie własne na podst. danych z systemu ProfiBaza)

W obliczu nagłego napływu ludności z objętej wojną Ukrainy do Polski, a następnie konieczności wsparcia tej grupy w kraju przyjmującym, jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły 1800 działań (56,3% wszystkich sprawozdanych działań), jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli – 1353 działania (42,3%), a instytucje centralne – 45 działań (1,4%).

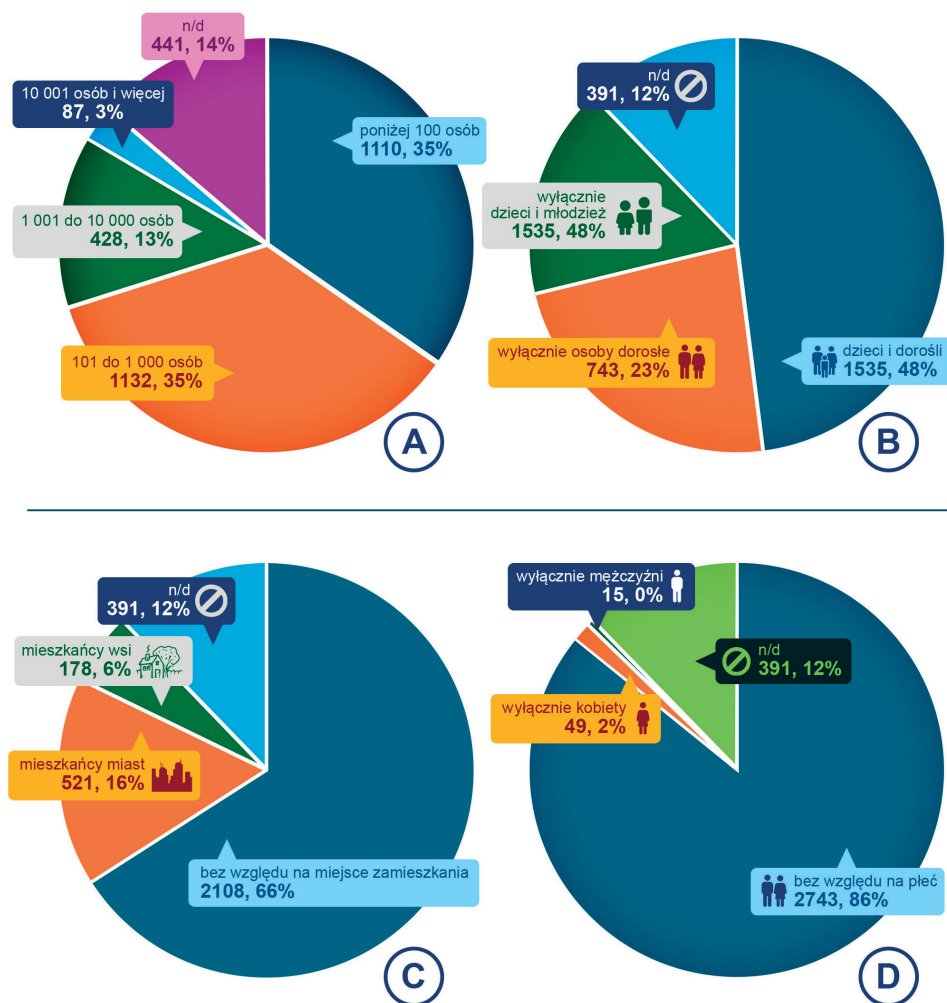
Liczba działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych wahała się w poszczególnych kwartałach od 992 w 1. kw. 2022 r. do 1344 w 4. kw. 2023 r. Najwięcej działań w 2022 r. zrealizowano w 2. i 3. kw, a w 2023 r. - w 4. kw. (ryc. 16.4). Średnia liczba dni trwania danego działania wynosiła 215,5 dnia (SD=155,0), a mediana wynosiła 290 dni. Co trzecie działanie realizowano przez cały rok kalendarzowy (1120 działań; 35,0%), a 13,5% (433 działania) trwało jeden dzień.



Ryc. 16.4. Liczba działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych zrealizowanych w danym kwartale oraz w danym roku (opracowanie własne na podst. danych z systemu ProfiBaza)

Największą liczbę działań skierowano do grup liczących: poniżej 100 osób (1 110 działań, 35%) oraz od 101 do 1 000 osób (1131, 35%). Adresatami działań byli najczęściej zarówno dorośli, jak i dzieci (1 535, 48%), osoby bez względu na płeć (2 743 działania, 86%) czy miejsce zamieszkania (2 108 działania, 66%) (ryc. 16.5).

Wszystkie działania skierowane do migrantów i uchodźców wojennych, sprawozdane w systemie ProfiBaza, przyporządkowano do poszczególnych funkcji zdrowia publicznego (ang. Essential Public Health Functions - EPHFs). Były to działania skierowane wyłącznie do populacji migrantów, uchodźców wojennych, obywateli Ukrainy lub grupa ta stanowiła część populacji adresatów (np. działania skierowane do wszystkich mieszkańców gminy, w tym migrantów i uchodźców). Najwięcej działań zrealizowano w ramach funkcji: EPHF5 (1701 działań), EPHF6 (2654 działania), EPHF7 (2151 działań) (ryc. 16.6).

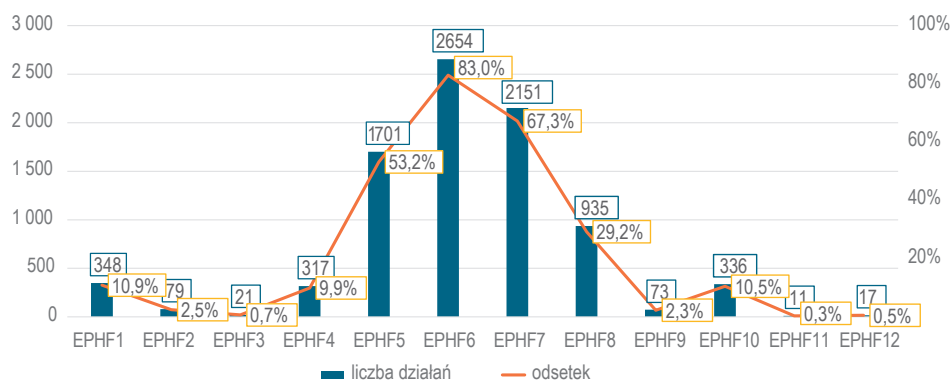


Ryc. 16.5. Liczba działań według grup odbiorców działania tj. A - liczby adresatów, B - grup wieku, C - miejsca zamieszkania i D - płci (opracowanie własne na podst. danych z systemu ProfiBaza)

EPHF1. Monitorowanie i ocena (ewaluacja) stanu zdrowia ludności, wykorzystania świadczeń zdrowotnych oraz nadzór nad czynnikami ryzyka i zagrożeniami dla zdrowia

W ramach pierwszej funkcji zdrowia publicznego realizowano 348 działań (10,9% wszystkich działań skierowanych do migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy) obejmujących m.in. gromadzenie i analizę danych odnoszących się do sytuacji epidemiologicznej, stanu zdrowia populacji i jej determinantów (329

działań; 94,5%), głównie w kontekście zdrowia środowiskowego (111 działań; 31,9%), chorób zakaźnych (100 działań; 28,7%) oraz behawioralnych czynników ryzyka (24; 6,9%). Monitorowanie stanu zdrowia populacji miało na celu określenie rozmiaru problemów zdrowotnych, zarówno tych występujących w populacji migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy, jak i dotyczących populacji rodziwej, ich tendencji i stopnia zróżnicowania regionalnego. Dzięki temu możliwa była identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego oraz istniejących nierówności w zdrowiu. Wiedza ta jest wykorzystywana na wielu polach, m.in. przy planowaniu świadczeń zdrowotnych czy ocenie oddziaływania na zdrowie (ang. Health Impact Assessment, HIA).



Ryc. 16.6. Liczba działań na rzecz zdrowia migrantów i uchodźców wojennych zrealizowanych w latach 2022-2023 wg funkcji zdrowia publicznego (ang. Essential Public Health Functions, EPHFs) (opracowanie własne na podst. danych z systemu ProfiBaza)

Ponadto w ramach tej funkcji podejmowano działania służące wspieraniu procesów planowania, implementacji, monitorowania i oceny realizowanych działań prozdrowotnych oraz korzystania przez migrantów i uchodźców wojennych ze świadczeń medycznych (14 działań; 4,0%). Gromadzeniem danych nt. sytuacji zdrowotnej populacji i jej determinantów oraz potencjalnych zagrożeń dla zdrowia (w tym m.in. rozpowszechnienia chorób i problemów zdrowotnych) zajmowały się przede wszystkim jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej (340 działań, 97,7%), działające na poziomie powiatowym. W NIZP PZH-PIB w 2023 r. dokonano aktualizacji prognoz nowych zakażeń HIV w Polsce, z uwzględnieniem migracji z Ukrainy oraz oceny trendów w udzielaniu świadczeń w tym obszarze. Wykorzystano w tym celu dane zbierane m.in. przez NIZP PZH -PIB w ramach nadzoru epidemiologicznego prowadzonego w systemie EpiBaza, a także te udostępnione

przez Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, w kontekście diagnostyki i korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez osoby zakażone wirusem HIV.

EPHF2. Zarządzanie sytuacjami zagrożenia zdrowia publicznego

Zagrożenie dla zdrowia publicznego oznacza prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, które może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie ludzi, z naciskiem na taki przypadek, który może spowodować rozprzestrzenianie się na skalę międzynarodową lub stanowić poważne zagrożenie bezpośrednie¹³. Z kolei sytuacja kryzysowa to wydarzenie wpływające negatywnie na poziom bezpieczeństwa ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska, wywołująca znaczne ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków¹⁴.

W zakresie drugiej funkcji zdrowia publicznego 79 działań (2,5%) obejmowało zarządzanie i koordynację sytuacji zagrożeń zdrowia publicznego. Skupiały się one na kompleksowym zarządzaniu kryzysowym, które obejmuje m.in. przewidywanie ryzyk i działania wyprzedzające, prognozowanie, planowanie i gotowość, prewencję, kontrolę i łagodzenie skutków, wczesne rozpoznanie, powiadomianie, raportowanie, reagowanie, utrzymanie i przywracanie podstawowych usług zdrowotnych oraz odbudowę po ustąpieniu zagrożenia zdrowia publicznego. Działania te były prowadzone całorocznie przez NIZP PZH-PIB oraz jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W ramach tej funkcji zdrowia publicznego NIZP PZH-PIB realizował działania w zakresie prowadzenia nadzoru epidemiologicznego dotyczącego chorób zakaźnych, w tym zapewnienia całodobowego funkcjonowania Krajowego Punktu Centralnego ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (KPC ds. MPZ) oraz Krajowego Punktu Kontaktowego Wspólnotowego Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (KPK EWRS).

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ; ang. International Health Regulations; IHR) stanowią międzynarodowy instrument prawny wiążący wszystkie państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie stworzenia międzynarodowego systemu wczesnego ostrzegania przed każdym, także dotychczas nieznanym, zagrożeniem dla zdrowia. Ich celem jest wsparcie właściwego

¹³ WHO. International Health Regulations (2005). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>

¹⁴ Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. 2007 Nr 89 poz. 590, z późn. zm.).

i szybkiego działania, opartego na krajowych zasobach ludzkich, infrastrukturze oraz międzynarodowej współpracy, w przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia. Tworzą one unikatowy wzór zapobiegania, wykrywania, oceniania, zwalczania rozprzestrzeniania się chorób i skoordynowanej reakcji na wydarzenia mogące stworzyć zagrożenie dla zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym, proporcjonalnie do zagrożeń, bez niepotrzebnych zakłóceń ruchu i handlu.

Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (KPC ds. MPZ) jest ośrodkiem powołanym przez każde państwo członkowskie WHO. W Polsce został powołany przez Ministra Zdrowia i uruchomiony w 2007 r. w Zakładzie Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH. KPC ds. MPZ funkcjonuje w ramach systemu wczesnego ostrzegania, zgodnie z MPZ. Pod koniec 2020 r. działalność Punktu została poszerzona o zadania Krajowego Punktu Kontaktowego Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (KPK EWRS) i związaną z tym obsługą systemu wczesnego ostrzegania i powiadamiania (EWRS).

EPHF3. Zapewnienie skutecznego zarządzania zdrowiem publicznym, a także regulacji i ustawodawstwa

Zarządzanie zdrowiem obejmuje działania rządu i innych podmiotów polegające na kierowaniu społecznościami, krajami czy grupami krajów w celu osiągnięcia zdrowia i dobrostanu poprzez podejścia: cały rząd i całe społeczeństwo (whole-of-government and whole-of-society) dla zdrowia. Koncepcja zarządzania zdrowiem promuje wspólne działania sektora zdrowia oraz innych sektorów, przedstawicieli sektora publicznego, prywatnego oraz obywateli podejmowane w imię wspólnych interesów¹⁵.

W obszarze trzeciej funkcji zdrowia publicznego podjęto 21 działań (0,7%). Dotyczyły one m.in. zwiększania bezpieczeństwa epidemicznego kraju poprzez prowadzenie nadzoru nad chorobami zakaźnymi i innymi zagrożeniami dla zdrowia. Działania te realizowano w ramach systemu wczesnego powiadamiania na poziomie UE o poważnych transgranicznych zagrożeniach zdrowia (The Early Warning and Response System, EWRS). Ponadto przedstawiciele MSWiA, w ramach współpracy międzynarodowej, brali udział w spotkaniach Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA), forum Rady Bezpieczeństwa ONZ i Zgromadzenia Ogólnego ONZ przekazując informacje na temat skutków zdrowotnych agresji rosyjskiej na Ukrainę oraz o pomocy udzielanej przez Polskę ukraińskim

¹⁵ Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012.

migrantom i uchodźcom wojennym, w szczególności w zakresie ich dostępu do opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym. W ramach Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych do spraw HIV/AIDS (UNAIDS) wsparto finansowo działania realizowane w Ukrainie. Natomiast Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom uczestniczyło w pracach legislacyjnych Międzyrządowej Grupy ds. Współpracy na rzecz Zwalczenia Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami.

EPHF4. Wspieranie wydajnych i skutecznych systemów zdrowotnych oraz wielosektorowego planowania, finansowania i zarządzania zdrowiem populacji

Funkcja ta ma na celu zapewnienie, że usługi zdrowia publicznego są regulowane i koordynowane za pośrednictwem skutecznych mechanizmów i procesów przez odpowiednie instytucje szeroko pojętego systemu zdrowotnego.

W ramach czwartej funkcji zdrowia publicznego zrealizowano 317 działań (9,9%), które koncentrowały na włączaniu orientacji na zdrowie publiczne w aktywnościach systemu zdrowotnego oraz wielosektorowym planowaniu i finansowaniu zadań na rzecz zdrowia migrantów, uchodźców wojennych oraz społeczności rodzimej. Działania te obejmowały dostosowanie planowania w sektorze zdrowotnym, zrównoważonego finansowania i zarządzania programami zdrowotnymi z uwzględnieniem potrzeb i priorytetów zdrowotnych, zarówno migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy, jak i społeczności kraju przyjmującego, w sposób zintegrowany i zorientowany na zdrowie publiczne.

W analizowanym okresie realizatorem ponad 2/3 działań (204 działania, 64,4%) w tym obszarze były instytucje centralne (odpowiednio: PIS - 129 działań, 40,7%; pozostałe IC - 75 działań, 23,7%). Natomiast jednostki samorządu terytorialnego zrealizowały 113 działań (35,6%). Podejmowane w ramach tej funkcji aktywności dotyczyły m.in. dostosowania zakresu działania i struktur różnych organizacji, odpowiedzialnych za zarządzanie i ochronę zdrowia do sytuacji kryzysowej wywołanej wojną w Ukrainie. Przykładem takiego działania był realizowany przez PIS Projekt „POWER Ukraine”, który miał na celu m.in. zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, w tym migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy, poprzez wzmocnienie systemu nadzoru sanitarno-epidemiologicznego w Polsce oraz wdrożenie działań ułatwiających dostęp do usług zdrowotnych. Projekt obejmował także rozwój Systemu Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS) oraz zakup sprzętu informatycznego i oprogramowania. Ponadto w ramach współpracy międzysektorowej różne instytucje wspierające migrantów (m.in. z sektora edukacji, ochrony zdrowia, opieki społecznej,

NGOs) brały udział w realizacji zadań oraz organizowały spotkania i narady w celu wypracowania wspólnych metod reagowania na bieżące potrzeby tej grupy, a także finansowania zaplanowanych działań. W aktywności te włączano także przedstawiciele społeczności ukraińskiej. Inne realizowane zadania dotyczyły m.in. poprawy infrastruktury poprzez adaptację pomieszczeń do nowych potrzeb czy modernizację placówek medycznych.

EPHF5. Ochrona ludności przed zagrożeniami zdrowia, w tym środowiskowymi i zawodowymi, chorobami zakaźnymi, ryzykiem chemicznym i radiacyjnym; bezpieczeństwo żywności

Piąta funkcja zdrowia publicznego związana jest z dostarczaniem świadczeń zdrowotnych w kontekście m.in. zdrowia środowiskowego (w tym zmiany klimatu i zrównoważonego rozwoju), zdrowia pracujących, bezpieczeństwa żywności i produktów konsumenckich, bezpieczeństwa drogowego oraz bezpieczeństwa pacjenta (m.in. nadzór nad bezpieczeństwem stosowania leków, monitorowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych, kontrola chorób zakaźnych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych).

Ponad połowa wszystkich analizowanych działań zrealizowana została w ramach tej funkcji zdrowia publicznego (1701 działań, 53,2%). Celem tych inicjatyw była ochrona zdrowia populacji, w tym zdrowia migrantów i uchodźców wojennych, przed zagrożeniami płynącymi zarówno ze strony środowiska naturalnego, jak i tymi spowodowanymi przez człowieka. Większość działań w tym obszarze realizowana była przez stacje sanitarno-epidemiologiczne (971 działań, 57,1%), rzadziej natomiast przez pozostałe instytucje centralne (438 działań, 25,8%) lub jednostki samorządu terytorialnego (292 działania, 17,1%).

Realizowane programy najczęściej dotyczyły zdrowia środowiskowego (642 działania, 37,7%), 17,3% działań odnosiło się do ochrony zdrowia w miejscu nauki i pracy (294 działania). Działania te polegały przede wszystkim na prowadzeniu kontroli w podległych placówkach oraz dystrybucji materiałów edukacyjnych. Co dziesiąte działanie realizowane w tym obszarze dotyczyło bezpieczeństwa żywności (171 działań, 10,1%). Przykładem była realizacja zadań w ramach kampanii Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) „Wybieraj bezpieczną żywność”, której celem było zachęcanie konsumentów do dokonywania świadomych wyborów związanych z żywnością i jej bezpieczeństwem.

Działania dotyczące bezpieczeństwa pacjenta stanowiły 1,8% wszystkich aktywności realizowanych w tym obszarze (31 działań) i koncentrowały się głównie na przeciwdziałaniu antybiotykooporności i zakażeniom szpitalnym. Kilka

programów realizowanych przez PIS obejmowało problematykę niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). Podejmowana była także tematyka bezpieczeństwa drogowego (15 działań, 0,9%), w ramach tych działań zajmowano się m.in. bezpieczeństwem uczniów w drodze do szkoły.

EPHF6. Promowanie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób zakaźnych i niezakaźnych

Profilaktyka chorób to wszelkie działania ukierunkowane na zapobieganie występowaniu choroby, a także na minimalizowanie wpływu choroby i niepełnosprawności. Profilaktyka chorób w kontekście funkcji zdrowia publicznego dotyczy wszystkich etapów prewencji choć największy nacisk położony jest na profilaktykę pierwotną oraz wtórną (wczesne wykrywanie chorób).

W realizowane 2654 działania (83,0%) zaangażowane były przede wszystkim jednostki PIS (1493 zadania; 56,3%) oraz JST (1137 działań; 42,8%). Co drugie działanie skierowane było zarówno do dzieci jak i osób dorosłych (1328; 50,0%), a co piąte – wyłącznie do dzieci i młodzieży (503; 19,0%).

W obszarze szóstej funkcji zdrowia publicznego zadania koncentrowały się przede wszystkim na zasobach, procesach i aktywnościach wspierających zapobieganie oraz wczesne wykrywanie chorób zakaźnych i niezakaźnych (w tym zaburzeń zdrowia psychicznego) w populacji migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy. Dominowała tematyka odnosząca się do stylu życia i wspólnych dla wielu chorób behawioralnych czynnikach ryzyka (1411 aktywności; 53,2%). Zadania w obszarze profilaktyki nadwagi i otyłości stanowiły 14,7% wszystkich aktywności w tym obszarze (390 zadań). 1094 działania (41,2%) dotyczyły profilaktyki chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i zachorowań na AIDS (196 działań; 7,4%) oraz COVID-19 (147; 5,5%). Zdrowie psychiczne było tematem 768 działań (28,9%), a uzależnienia – 595 działań (22,4%).

Działania w obszarze profilaktyki chorób są dla migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy dostępne na tych samych zasadach, jak dla obywateli społeczności przyjmującej, a liczne kampanie informacyjno-edukacyjne dedykowane były upowszechnianiu wiedzy i ułatwiania dostępu do świadczeń i programów.

Aktywności w obszarze profilaktyki pierwotnej, sprawozdane w systemie ProfiBaza, dotyczyły przede wszystkim edukacji zdrowotnej (2312 działań; 87,1%), w mniejszym stopniu szczepień (682 działania; 25,7%, w tym wykonawstwo szczepień jedynie w 6 programach) i ukierunkowane były na jednostki oraz środowisko bytowania ludzi by ograniczać prawdopodobieństwo wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia. Służyły one przede wszystkim podnoszeniu poziomu kompetencji

zdrowotnych oraz budowania zaufania do szczepień wśród populacji migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy. Społeczność migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy zachęcana była do udziału w szczepieniach ochronnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na dany rok oraz do udziału w szczepieniach uzupełniających luki w immunizacji. Zadania te bardzo często miały charakter wielosektorowy i zaangażowane w ich realizację były zarówno instytucje sektora opieki zdrowotnej, opieki społecznej, jak i sektora edukacji, jednostki PIS, JST oraz NGOs. Niejednokrotnie wpisywały się one w obchody: m.in. Europejskiego Tygodnia Szczepień, Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach, Światowego Dnia Zdrowia i/lub realizowanych programów z obszaru promocji zdrowia, np. „Trzymaj Formę!”, „Znamię – znam je”, „Czyste powietrze wokół nas” czy cyklicznie odbywających się wydarzeń edukacyjnych nt. bezpieczeństwa podczas wakacji lub propagowania zasad higieny osobistej „Szkola mycia rąk”.

Profilaktyka wtórna (158 zadań; 6,0%) obejmowała wczesne wykrywanie chorób i podejmowanie szybkich działań naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby. Badania przesiewowe dotyczyły m.in. wczesnego wykrywania nowotworów, wad słuchu i wzroku, chorób metabolicznych (m.in. cukrzyca) czy chorób zakaźnych (np. WZW, COVID-19). Znalazły się tutaj akcje profilaktyczne w zakresie podstawowych badań skierowane m.in. do ukraińskich kobiet czy diagnostyka w kierunku depresji. W obszarze profilaktyki II rzędowej podejmowano także wysiłki mające na celu zwiększenie udziału obywateli Ukrainy, jak i społeczności rodzimej w programie Profilaktyka 40 Plus.

Profilaktyka III fazy koncentrowała się na działaniach leczniczych i rehabilitacyjnych (64 zadania; 2,4%), które miały na celu ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów, głównie w obszarze rehabilitacji leczniczej i zapobiegania niepełnosprawności. Cztery programy dotyczyły medycyny paliatywnej.

EPHF7. Promowanie zdrowia i dobrostanu oraz podejmowanie działań mających na celu uwzględnienie szerszych uwarunkowań zdrowia i niesprawiedliwości

Według Karty Ottawskiej, czyli międzynarodowego porozumienia zawartego pod egidą WHO w 1986 r. w Ottawie, promocja zdrowia jest procesem, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem, panowania nad nim, oraz poprawę zdrowia. Proces ten polega na działaniach w pięciu priorytetowych obszarach, takich jak: (1) tworzenie prozdrowotnej polityki publicznej, (2) tworzenie środowisk, które wspierają zdrowie, (3) wzmocnienie działań społeczności, upodmiotowanie ich, (4) kształtowanie umiejętności osobistych

oraz (5) reorientacja świadczeń zdrowotnych, aby ich zakres nie ograniczał się do leczenia chorób¹⁶.

W centrum zainteresowania promocji zdrowia są ludzie i warunki, w których żyją. Problemy zdrowotne powstają bowiem w sąsiedztwie – w ściśle określonym kontekście życiowym – tam gdzie ludzie żyją, pracują czy odpoczywają, gdzie tworzą się normy i systemy wartości, zwyczaje, powstają więzi społeczne i system komunikowania się. Promocja zdrowia traktuje zdrowie jako skutek różnorodnych uwarunkowań. Wykazuje przy tym szczególną troskę o społeczne determinanty zdrowia i nierówności w zdrowiu, wspiera sprawiedliwość społeczną, solidarność i równość w zdrowiu.

Wysiłki podejmowane w ramach realizacji siódmej funkcji zdrowia publicznego obejmowały 2151 aktywności (67,3%) promocji zdrowia skierowanych do społeczności, w tym migrantów i uchodźców wojennych. Koncentrowały się one na interwencjach prowadzących do zmian w zachowaniach ludzi, ich stylu życia oraz do zmian w środowisku ich życia (np. czynników środowiskowych, psychospołecznych). Tego rodzaju aktywności ukierunkowane są na ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu oraz upodmiotowienie (ang. empowerment) jednostek i społeczności w celu zwiększenia kontroli nad swoim zdrowiem i jego determinantami.

Podejmowane działania miały najczęściej charakter edukacyjny (1653 działania, 76,8%), a co dziesiąte działanie dotyczyło budowania środowiska sprzyjającego zdrowiu, zmiany otoczenia (247 działań, 11,5%) m.in. rozwoju infrastruktury sportowej w szkołach, zapewnienia mieszkańcom dostępu do usług sportowych i rekreacyjnych czy remontu i doposażenia placówek.

Dominowały aktywności promujące zdrowy styl życia i zachowania zdrowotne (1476 działań, 68,6%). Co trzecie działanie promocji zdrowia adresowało zagadnienia zdrowia psychicznego i społecznego (789 działań, 36,7%). Najczęściej podejmowaną tematyką działań w obszarze promocji zdrowia były choroby zakaźne np. HIV/AIDS czy te zwalczane drogą szczepień (533 działania, 24,8%) oraz kwestie związane ze stylem życia tj. aktywność fizyczna (298 działań, 13,8%), alkohol (286 działań, 13,3%), odżywianie/ dieta (167 działań, 7,8%), palenie tytoniu (134 działania, 6,2%).

Działania realizowano w różnych miejscach uczęszczanych przez migrantów i uchodźców wojennych, co odzwierciedla tzw. siedliskowe podejście w promocji zdrowia. Najwięcej działań prowadzono w placówkach oświatowych (766 działań, 35,6%), miejscach rekreacji/sportu/wypoczynku (230 działań, 10,7%), instytucjach

¹⁶ Cianciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2010.

użyteczności publicznej np. biblioteki (224 działań, 10,4%) oraz mediach/prze-strzeni wirtualnej (189 działań, 8,8%).

Odbiorcami aktywności z obszaru promocji zdrowia byli najczęściej zarówno dorośli jak i dzieci (1157 działań, 53,8%), natomiast mniej programów kierowano wyłącznie do dzieci (474 działań, 22,0%) lub wyłącznie do osób dorosłych (481 działań, 22,4%).

Obywatele Ukrainy – migranci i uchodźcy wojenni byli głównymi adresatami działań lub stanowili część populacji adresatów. Wśród działań dedykowanych grupie migrantów z Ukrainy znalazły się programy takie jak m.in. „Promocja zdrowia wśród osób przybywających z Ukrainy” (187 działań, 8,7%) czy „Projekt POWER Ukraine” (54 działania, 2,5%) oraz szereg innych aktywności (np. wsparcie psychologiczne dla uchodźców z Ukrainy, umiejętność radzenia sobie w polskiej szkole uczniów z Ukrainy, szkoła rodzenia dla ukraińskich kobiet). Natomiast wśród aktywności skierowanych do szerszej populacji, w tym migrantów i uchodźców znalazły się m.in. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii, działania promujące bezpieczny wypoczynek wśród młodzieży oraz zdrowy styl życia, aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie (m.in. realizowany w szkołach program „Trzymaj Formę!”).

EPHF8. Zapewnienie zaangażowania/włączenia społeczności, uczestnictwa i mobilizacji społecznej na rzecz zdrowia i dobrostanu

Komunikacja w kontekście zdrowia to sztuka i technika informowania, wpływania oraz motywowania zarówno indywidualnych, jak i instytucjonalnych oraz publicznych odbiorców na tematy związane ze zdrowiem. Jej zakres obejmuje profilaktykę chorób, promocję zdrowia, politykę prozdrowotną, jak również jakość życia oraz sytuację zdrowotną ludności. Rzecznictwo zdrowotne stanowi jedną z trzech głównych strategii promocji zdrowia i wykorzystuje różne metody działania, np. media, mobilizację społeczności poprzez budowanie koalicji, udział w konsultacjach społecznych czy prowadzenie debaty publicznej.

W zakresie 935 działań (29,2%) w ramach ósmej funkcji zdrowia publicznego uwzględniono komunikację i włączenie społeczności w celu informowania, motywowania i angażowania jej w kwestie zdrowotne. Były to przede wszystkim aktywności podjęte na rzecz budowania środowiska sprzyjającego zdrowiu, w którym dobrze poinformowani członkowie społeczności są w stanie podejmować decyzje i współdzielić odpowiedzialność za własne zdrowie i dotyczyły głównie warunków pracy i nauki (447; 47,8%) oraz warunków życia i wypoczynku (404; 43,2%).

Miały one na celu m.in. budowanie kompetencji zdrowotnych (ang. health literacy) i przeciwdziałanie zjawisku infodemii, by promować uczestnictwo społeczności w projektowaniu i planowaniu usług zdrowotnych oraz wzmacniania zdolności do poszukiwania wiarygodnych źródeł informacji, ich zrozumienia i wykorzystania dla redukcji ryzyk zdrowotnych, zapobiegania chorobom, promowania zdrowia, korzystania z usług zdrowotnych oraz rzecznictwa zdrowotnego. Wykorzystywane różne metody komunikacyjne, w tym metody tradycyjne, m.in. z wykorzystaniem materiałów drukowanych dostępnych w języku ukraińskim (303 działania), media społecznościowe (214 zadań) czy imprezy masowe (np. pikniki dla zdrowia).

Większość działań w zakresie tej funkcji zdrowia publicznego realizowanych było przez jednostki PIS (496 działań, 53,0%), jednostki samorządu terytorialnego prowadziły 175 działań (18,7%). Działania te były skierowane zarówno do dzieci jak i osób dorosłych (581; 62,1%), a jedynie 88 działań (9,4%) skierowano wyłącznie do najmłodszych migrantów i uchodźców wojennych.

Niektóre z realizowanych działań służyły integracji ze społecznością lokalną, np. program „Projekt Ukraina”, w którym organizowano spotkania rodziców dzieci ukraińskich, które dołączyły do uczniów lokalnych szkół podstawowych. Wykorzystywano przestrzeń wirtualną, w tym media społecznościowe w celach edukacyjno-informacyjnych.

EBPH9. Zapewnienie odpowiedniej liczby odpowiednio wykwalifikowanych pracowników zdrowia publicznego

Funkcja ta obejmuje zasoby, procesy i aktywności w odniesieniu do kadry zdrowia publicznego. Dotyczy rozwijania odpowiednich umiejętności i kompetencji dla wspierania świadczeń oraz realizacji zadań zdrowia publicznego zgodnie z rozpoznanymi potrzebami zdrowotnymi populacji. Podstawowe znaczenie dla budowania potencjału zdrowia publicznego ma kompetentna kadra – zespół ludzi z odpowiednią wiedzą oraz umiejętnościami przekładania teorii oraz wyników badań naukowych na działania praktyczne w celu poprawy sytuacji zdrowotnej migrantów i uchodźców wojennych w kraju przyjmującym oraz społeczności rodzimej, a także podejmowania wysiłków na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

W obszarze tym zidentyfikowano 73 działania (2,3%). Najwięcej aktywności dotyczyło realizacji przez jednostki PIS projektu „POWER Ukraine” (22 działania, 30,1%), w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020: Działanie 7.1 „Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia”. Cele Projektu objęły m.in. wzmocnienie potencjału kadrowego jednostek PIS,

w tym rozwinięcie i doskonalenie kompetencji miękkich pracowników jednostek, zatrudnienie w organach inspekcji na terenie całego kraju osób uciekających z Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie.

Instytucje centralne oraz JST realizowały szkolenia dla różnych grup pracowników zaangażowanych w pomoc migrantom i uchodźcom wojennym w odpowiedzi na potrzeby społeczności lokalnej, m.in. w programie „Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego”, „Rozwój kompetencji pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Dzielnicy Żoliborz” lub „Szkolenia z programów profilaktycznych dla kadry nauczycielskiej, pedagogów, uczniów i rodziców”.

EBPH10. Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości

W ramach dziesiątej funkcji zdrowia publicznego odnotowano 336 aktywności (10,5%) obejmujące wsparcie i zapewnienie równego dostępu do kompleksowych, wysokiej jakości i zintegrowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiadających na zidentyfikowane potrzeby zdrowotne migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy.

Działania w tym zakresie realizowane były głównie przez JST (252; 75%). Przykładem takich działań był program „Świadczenie usług psychologicznych dla obywateli Ukrainy”, czy projekt „Bezpieczna Przystań” - pomoc psychologiczna dla dzieci i rodzin z doświadczeniem uchodźczym.

Organizowano także „białe niedziele”, „dzień dla zdrowia” i inne wydarzenia, podczas których dostępne były dla migrantów i uchodźców wojennych z Ukrainy a także dla przedstawicieli społeczności przyjmującej zajęcia edukacji zdrowotnej, konsultacje psychologiczne, pielęgniarskie czy lekarskie oraz możliwość wykonania podstawowych badań (m.in. pomiar ciśnienia tętniczego, badania laboratoryjne, w tym dot. zakażeń HIV), fluoryzacji zębów dla dzieci czy szczepień ochronnych. Placówki pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia doposażano m.in. w elektroniczne translatory umożliwiające przełamanie bariery językowej i skuteczniejszą komunikację z migrantami i uchodźcami nie posługujących się językiem polskim.

Inne aktywności dotyczyły m.in. prowadzenia przez wykwalifikowaną kadrę medyczną, rekrutującą się spośród ukraińskich uchodźców, Punktu Informacji Medycznej dla osób, które przybyły z Ukrainy po 23 lutego 2022 r. Dyżur pełnili ukraińscy lekarze oraz oligofrenopedagog i logopeda. W ramach działalności tego punktu organizowano również spotkania edukacyjne dla rodziców oraz uruchomiono całodobowy telefon pierwszego kontaktu, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 12.03.2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

EBPH11. Postęp badań w zakresie zdrowia publicznego

Badania w dziedzinie zdrowia publicznego służą rozpoznaniu czynników, które mają wpływ na zdrowie populacji i/lub określeniu efektywnych interwencji zmierzających do poprawy zdrowia, jakości życia, wydłużenia życia w zdrowiu i ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. W ostatnich latach coraz silniejszy akcent kładzie się na wykorzystanie wiedzy/badań/dowodów do tworzenia polityki zdrowotnej, strategii, planów i programów. Żądania, aby działania praktyczne powiązać z wynikami badań formułowane są w różnych obszarach systemu zdrowotnego, w tym również w zdrowiu publicznym.

Działania w obszarze jedenastej funkcji zdrowia publicznego dotyczyły rozwijania badań naukowych w zdrowiu publicznym, a w obszarze zdrowia migrantów i uchodźców wojennych obejmowały 11 zadań (0,3%) i dotyczyły pięciu projektów badawczych.

Projekt „Increased Access to Vaccination for Newly Arrived Migrants” (akronim: AcToVax4NAM) realizowany w latach 2021-2024 przez konsorcjum krajów europejskich był odpowiedzią na strategię Komisji Europejskiej mającą na celu poprawę poziomu zaszczepienia w UE przy jednoczesnym zmniejszeniu nierówności w dostępie do szczepień. Ukierunkowany był na poprawę dostępu do szczepień dla grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, odizolowanych i trudno dostępnych. Beneficjentami projektu byli nowo przybyli migranci do krajów tranzytowych i docelowych UE/EOG. Udział Polski w tym projekcie nabrał szczególnego znaczenia w obliczu napływu uchodźców z Ukrainy. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB, który ze strony Polski realizował projekt AcToVax4NAM, prowadził także inne aktywności badawcze dotyczące zdrowia migrantów i uchodźców z Ukrainy m.in. w zakresie: nierówności w zdrowiu w kontekście polityki migracyjnej, POZ wobec kryzysu migracyjnego czy monitorowania epidemii zakażeń HIV w Europie. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom zrealizowało projekt badawczy „Jakość życia i jej wyznaczniki w obliczu doświadczeń wojennych – badania matek i dzieci ukraińskich”.

EBPH12. Zapewnienie równego dostępu do podstawowych leków i innych technologii medycznych oraz racjonalnego ich wykorzystania

W zakresie dwunastej funkcji zdrowia publicznego podjęto 17 działań (0,5%) na rzecz równego dostępu dla migrantów i uchodźców wojennych do niezbędnych leków i innych produktów medycznych i technologii (np. szczepionek, leków, metod diagnostyki, sprzętu medycznego, technologii informacyjno-komunikacyjnych

dla zdrowia) oraz racjonalnego ich wykorzystania w systemie zdrowotnym kraju przyjmującego.

Na mocy Ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (tzw. „specustawa”) przyjęto specjalne rozwiązania prawne, które umożliwiły zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych dla obywateli Ukrainy przybyłych do Polski w związku z agresją militarną Rosji po 24.02.2022 r. na analogicznych zasadach i w analogicznym zakresie jak osoby ubezpieczone w Polsce.

Wytyczne m.in. WHO oraz ECDC wydane w związku z wojną na Ukrainie i masową migracją uchodźców wskazywały, że szczepienia zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych zarówno w kraju tranzytowym jak i docelowym należy rozpocząć w populacji migrantów i uchodźców wojennych jak najszybciej. Jako priorytetowe szczepienia do realizacji u dzieci z Ukrainy w komunikacie Ministra Zdrowia z 8 i 10 marca 2022 r. wskazano: MMR u dzieci w 2. r. ż., DTP i przeciwko poliomyelitis należnie dla wieku, WZW typu B należnie dla wieku oraz przeciwko COVID-19 (nieuwzględnione w PSO).

W obszarze tej funkcji zdrowia publicznego prowadzono badania służące rozpoznaniu potrzeb migrantów i uchodźców wojennych w zakresie m.in. dostępu do szczepień ochronnych (np. europejski projekt Increased Access To Vaccination for Newly Arrived Migrants; AcToVax4NAM) oraz nt. nierówności w zdrowiu w kontekście polityki migracyjnej – dostęp do opieki zdrowotnej cudzoziemców w Polsce. Wypracowane w ramach tych projektów narzędzia i rozwiązania, m.in. słownik terminów związanych ze szczepieniami w różnych językach czy Schemat skutecznego szczepienia migrantów - NAM (Newly Arrived Migrants) zorientowany na działania specyficzne dla danego kraju lub standardowe procedury operacyjne mające na celu pokonanie barier systemowych utrudniających skuteczne zaszczepienie NAM. Grupą docelową tego narzędzia są profesjonaliści z obszaru zdrowia, specjaliści współpracujący z NAM i organizacjami systemu opieki zdrowotnej.

Jednostki samorządu terytorialnego realizowały działania z wykorzystaniem mobilnego ambulansu medycznego, w którym obywatele Ukrainy mogli otrzymać pomoc lekarską i pielęgniarską, dostępną w języku ukraińskim, a także zapewnienie dostępu do środków menstruacyjnych w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych dla uczennic z Ukrainy czy zakup testów na obecność zakażenia SARS-CoV-2.

17. IDENTYFIKACJA NAJWAŻNIEJSZYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH POPULACJI POLSKI I WOJEWÓDZTW NA PODSTAWIE AKTUALNYCH WYNIKÓW BADANIA GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD)

Roman Topór-Mądry¹, Anna Weszka², Bogdan Wojtyniak³, Kamila Malinowska¹,
Agnieszka Doryńska⁴, Maja Więckiewicz¹, Sarah Dillard⁵, Johann Manson⁵,
Mohsen Naghavi⁵, Christopher J. L. Murray⁵

(¹Interdyscyplinarne Centrum Danych o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska; ²Medicover, Polska; ³Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytut Badawczy, Warszawa, Polska; ⁴Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska; ⁵The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) University of Washington, Seattle, USA)

Wyzwania ochrony zdrowia stawiają osobom decydującym o warunkach systemu oraz o alokacji środków wysokie i coraz wyższe oczekiwania. Obserwuje się rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną, postęp technologiczny, który stymuluje wdrażanie nowych technologii, relatywny deficyt zasobów i wzrastające koszty usług medycznych.

Osoby decydujące o skuteczności polityki zdrowotnej na szczeblu centralnym i lokalnym nieustannie działają pod presją zmieniających się warunków otoczenia ochrony zdrowia. Jednocześnie są zobowiązane do kreowania polityki zdrowotnej i wyznaczania jej priorytetów w taki sposób, by sprzyjały budowaniu potencjału zdrowotnego, czyli odwracaniu trendu utraty zdrowia i generowaniu populacyjnego wzrostu lat życia przeżytych w zdrowiu. Dzięki wiedzy o chorobach stanowiących największe zagrożenie dla życia, zdrowia ludności, decydenci mogą zaplanować działania prowadzące do skuteczniejszej profilaktyki, adekwatnej do sytuacji zdrowotnej, działania zapewniające kontrolę zagrożeń epidemiologicznych, ukierunkowane na redukcję czynników ryzyka, poprawę wykrywalności i leczenia chorób przewlekłych oraz – w szerszym kontekście – do

zmniejszania nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej całej populacji, niezależnie od sytuacji socjoekonomicznej poszczególnych grup społecznych.

Principium każdej z tych decyzji stanowią problemy zdrowotne, które dotyczą Polki i Polaków. Natomiast intencją wdrażania każdej ze zmian jest poprawa efektywności, w tym jakości opieki zdrowotnej w celu budowania potencjału zdrowotnego. Nie ma zatem wątpliwości, że informacje o chorobach stanowiących największe zagrożenie dla życia, zdrowia i dobrego samopoczucia ludności, stanowią rudymენტarną wartość leżącą u podstaw decyzji w sprawie organizacji, struktury i alokacji zasobów dostępnych, acz ograniczonych, w ochronie zdrowia.

Niniejszy rozdział poświęcony jest szerokiemu opisowi najbardziej aktualnych oszacowań dotyczących stanu zdrowia ludności Polski z uwzględnieniem identyfikacji głównych problemów i czynników ryzyka na poziomie wojewódzkim. Zamieszczone w tym rozdziale dane i analizy obrazują przede wszystkim skalę i przyczyny utraty zdrowia według wieku, płci i 16 regionów Polski. Ponadto analiza i prezentacja danych pozwalają określić charakterystykę utraty zdrowia poprzez udział zgonów i lat przeżytych w niesprawności oraz w relacji pomiędzy narażeniem na czynniki ryzyka a utratą zdrowia.

Przedstawione dane w odniesieniu do różnych okresów (np. 30-letniego, 10-letniego), umożliwią przeanalizowanie trendów zdrowotnych, identyfikację obszarów, które uległy poprawie oraz takich, które wymagają zintensyfikowanych działań ukierunkowanych na poprawę zdrowia ludności. Warto podkreślić, że lata 2020-2021 charakteryzowały się bezprecedensowym wpływem pandemii COVID-19 na zdrowie na całym świecie, w tym również w Polsce. Pandemia ta w istotny sposób zakłóciła dotychczasowe trendy epidemiologiczne, powodując znaczący wzrost umieralności oraz obciążenia chorobowego, co znajduje odzwierciedlenie w prezentowanych obecnie danych. Co więcej, zaobserwować można zróżnicowany regionalnie wpływ COVID-19, szczególnie widoczny w znaczących różnicach wskaźników zachorowań i zgonów między województwami. Obserwacje te wprowadzają nowy kontekst do analizy nierówności zdrowotnych w Polsce, wymagający uwzględnienia przy interpretacji długoterminowych trendów zdrowotnych. Dodatkową wartość wnosi analiza kompleksowego i obiektywnego wskaźnika DALY (*ang. Disability-Adjusted Life Years*), ponieważ umożliwia dokonanie porównań między województwami w Polsce i rozszerza zakres porównań w ujęciu międzynarodowym (porównanie nie tylko kraju do kraju, ale też regionu do kraju). Nie ma zatem wątpliwości, że badanie GBD daje unikatową możliwość porównania efektywności polityk zdrowotnych i stworzenia optymalnego modelu finansowo-inwestycyjnego w ochronie zdrowia.

Kompleksowe i wyczerpujące sprawozdanie dotyczące obciążenia chorobowego musi opierać się na rzetelnym oszacowaniu istotnych z punktu widzenia

epidemiologii populacyjnej miar zdrowia (tj. chorobowości, umieralności). Spójne, porównywalne i wystandaryzowane narzędzie opisujące stan zdrowia populacji w kluczowy sposób przyczynia się do usprawnienia procesów decyzyjnych i operacyjnych w obszarze ochrony zdrowia. Takim właśnie wewnątrznie jednorodnym, łączącym w sobie informacje o chorobowości i umieralności oraz dającym podstawę do porównań, źródłem informacji na temat światowego obciążenia chorobowego jest cyklicznie opracowywane przez Instytut Miar Zdrowia i Ewaluacji (*ang. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME*) badanie *Global Burden of Disease and Risk Factors Study (GBD)*.

Do momentu opracowania niniejszego raportu najbardziej aktualną wersją tego badania jest wydana w 2023 r. edycja GBD 2021, w której przeanalizowano kondycję zdrowotną ludności świata w latach 1990-2021.

Badanie GBD w kontekście międzynarodowym prezentuje bardzo szeroki zakres analityczny i porównawczy. Aktualnie uwzględnia ono dane o 459 chorobach i czynnikach ryzyka z 204 krajów i terytoriów świata, co umożliwiło zgromadzenie w bazie >607 mld wartości i wystandaryzowanych pomiarów. Na tej podstawie IHME przeprowadza analizy dotyczące aktualnej sytuacji zdrowotnej i bada trendy zdrowotne na przyszłość. Analiza danych przedstawiona w cyklu publikacji z 2024 r.^{1,2,3,4,5}

¹ Murray CJL; GBD 2021 Collaborators. Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024 May 18;403(10440):2259-2262. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00769-4. PMID: 38762327.

² GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024 May 18;403(10440):2100-2132. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00367-2. Epub 2024 Apr 3. Erratum in: *Lancet*. 2024 May 18;403(10440):1988. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00824-9. PMID: 38582094; PMCID: PMC11126520.

³ GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024 May 18;403(10440):2133-2161. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8. Epub 2024 Apr 17. PMID: 38642570; PMCID: PMC11122111.

⁴ GBD 2021 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024 May 18;403(10440):1989-2056. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00476-8. Epub 2024 Mar 11. PMID: 38484753; PMCID: PMC11126395.

⁵ GBD 2021 Risk Factors Collaborators. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024 May 18;403(10440):2162-2203. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00933-4. Erratum in: *Lancet*. 2024 Jul 20;404(10449):244. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01458-2. PMID: 38762324; PMCID: PMC11120204.

wskazała, że w latach 1950-2021 średnia długość życia na świecie wzrosła o prawie 23 lata, z 49 do 71,7 lat. Jednak w latach 2019-2021 spadła o 1,6 roku. Wartość oczekiwanej długości życia obniżyła się w przypadku >84% badanych krajów, w tym w Polsce. Równocześnie badanie GBD w długoterminowej (do 2050 r. lub do 2100 r.) analizie trendów zdrowotnych wskazują m.in., że do 2050 r. 60% dorosłych i 31% dzieci będzie miało nadwagę lub otyłość, potroi się liczba osób z demencją na świecie, a do 2100 r. choroba niedokrwienna serca nadal będzie stanowić najważniejszą przyczynę utraty zdrowia populacji.

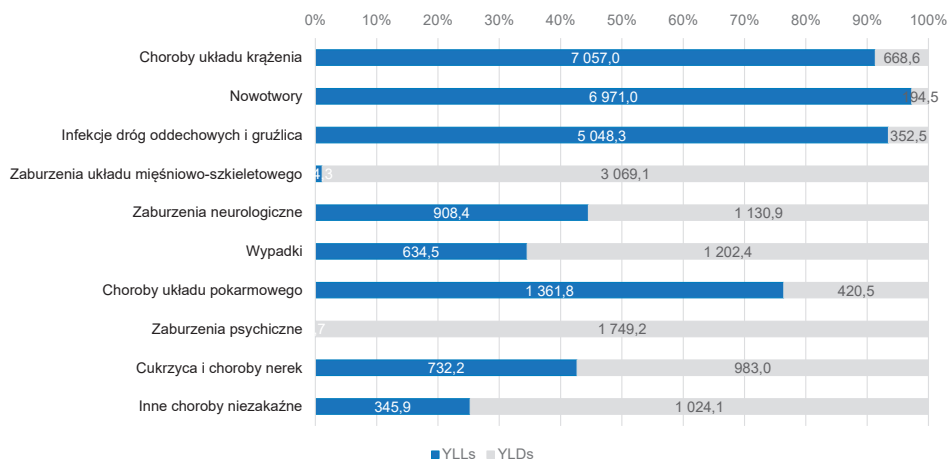
Badanie GBD dostarcza informacji, które mogą wspierać decydentów w podejmowaniu decyzji i tworzeniu polityki zdrowotnej opartej na wiarygodnych danych, monitorować efektywność podejmowanych działań i czerpać z doświadczeń krajów, których rozwiązania przynoszą najlepsze efekty w postaci zyskanych lat zdrowia i ograniczenia utraty zdrowia wskutek chorób.

Miary obciążenia chorobowego – znaczenia wskaźnika DALY i jego komponentów

Definicja wskaźnika DALY (*ang. Disability Adjusted Life Years*, utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność) określa miarę utraty zdrowia, wynikającą ze skróconej oczekiwanej długości życia osoby oraz z obniżonej jakości życia spowodowanej przez chorobę lub uraz. Interwencje realizowane przez system ochrony zdrowia mają na celu zmniejszenie wskaźnika DALY, a tym samym wydłużenie okresu, jaki dana osoba, oraz cała populacja, przeżywa w dobrym zdrowiu. Wskaźnik ten często określan jest jako „obciążenie chorobowe”, gdyż obejmuje dwie części składowe: YLL (*ang. Years of Life Lost* – utracone lata życia wskutek przedwczesnych zgonów) oraz YLD (*ang. Years Lived with Disability* – lata przeżyte w niesprawności). Dzięki temu możliwe jest dokładne określenie, w jakim stopniu dany problem zdrowotny wpływa negatywnie na zdrowie populacji.

Analiza głównych kategorii przyczyn utraty zdrowia wśród obu płci w Polsce w 2021 r. wskazuje na istotne różnice w udziale poszczególnych komponentów DALY. W przypadku najważniejszych problemów zdrowotnych, jak choroby układu krążenia (ChUK) oraz nowotwory, dominują przedwczesne zgony (ChUK: 7 057,0 YLL/100 tys. ludności; nowotwory: 6 971,0 YLL/100 tys. ludności) nad utratą zdrowia wynikającą z ograniczonej sprawności (ChUK: 668,6 YLD/100 tys.

ludności; nowotwory: 194,5 YLD/100 tys. ludności). Sugeruje to, że choroby te cechują się wysoką śmiertelnością, ostrym lub gwałtownym przebiegiem albo są diagnozowane w późnych, często nieuleczalnych stadiach, a także brak lub nie zastosowanie skutecznych interwencji. Podobną sytuację zaobserwowano również dla chorób układu pokarmowego w 2021 r., gdzie udział przedwczesnych zgonów przekraczał 75% (1 361,8 YLL/100 tys. ludności i 420,5 YLD/100 tys. ludności). Dla innych grup problemów zdrowotnych, takich jak zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, wypadki, cukrzyca i choroby nerek, zaburzenia psychiczne, inne choroby niezakaźne oraz choroby narządów zmysłów, obciążenie zdrowotne populacji wynika głównie ze zmniejszenia sprawności i obniżenia jakości życia (wysoki udział YLD). Szczegółowe dane o poziomie wskaźnika DALY dla poszczególnych przyczyn przedstawiono na rycinie 17.1.



Ryc. 17.1. Rzeczywiste wskaźniki utraconych lat życia z powodu przedwczesnych zgonów (YLLs) i liczby lat przeżytych z niesprawnością (YLDs) oraz udział YLLs i YLDs wyrażony jako wartość procentowa DALY dla 10 głównych problemów zdrowotnych w Polsce, u obu płci w 2021 r.

Informacja dotycząca dominującego komponentu utraconych lat życia w zdrowiu stanowi kluczowy element umożliwiający identyfikację niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W przypadku chorób o wysokiej śmiertelności działania sektora ochrony zdrowia powinny koncentrować się na intensyfikacji profilaktyki zdrowotnej, eliminacji negatywnych nawyków zdrowotnych, poprawie jakości i dostępności diagnostyki oraz rozszerzeniu dostępu do zaawansowanych skutecznych metod leczenia. Natomiast dla schorzeń, których obciążenie

wynika głównie z niesprawności, oprócz interwencji z zakresu zdrowia publicznego nastawionych na obniżenie zapadalności kluczowe są działania systemowe skoncentrowane na rozwoju ośrodków referencyjnych oraz mechanizmów społeczno-opiekuńczych, łagodzących długoterminowe skutki tych problemów zdrowotnych (np. koordynowana opieka podstawowa POZ, ambulatoryjna opieka specjalistyczna AOS, medycyna leczenia bólu i inne).

Główne przyczyny utraty zdrowia (DALY) wśród kobiet i mężczyzn w Polsce i 16 województwach

Wskaźnik utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność z powodu wszystkich przyczyn w populacji mężczyzn w Polsce osiągnął w 2021 r. wartość 45 307,2 DALY/100 tys. mężczyzn. Województwo łódzkie charakteryzowało się najwyższym regionalnym poziomem całościowego obciążenia chorobowego wynoszącym 51 515,7 DALY/100 tys., podczas gdy w województwie małopolskim odnotowano najniższy poziom tego wskaźnika – 39 820,3 DALY/100 tys. Choroby układu krążenia stanowiły główną przyczynę obciążenia chorobowego populacji męskiej w 10 województwach, przy czym najwyższą wartość wskaźnika zarejestrowano w województwie świętokrzyskim (11 350 DALY/100 tys., co odpowiadało 23,7% całkowitego obciążenia tego regionu). Z kolei najniższy poziom tego wskaźnika wystąpił w województwie wielkopolskim i wynosił 7 713,3 DALY/100 tys., stanowiąc 18,3% całkowitego obciążenia chorobowego mieszkańców tego regionu. Średni wskaźnik ogólnopolski dla chorób układu krążenia kształtował się na poziomie 8 820,07 DALY/100 tys. (19,5% całkowitego obciążenia chorobowego). Analizując wyłącznie procentowy udział chorób układu krążenia w całkowitym obciążeniu chorobowym poszczególnych województw, szczególną uwagę zwraca województwo małopolskie oraz świętokrzyskie, gdzie schorzenia te odpowiadały odpowiednio za 22,6% i 23,7% wszystkich utraconych lat życia w pełnym zdrowiu, podczas gdy w województwach mazowieckim i warmińsko-mazurskim odsetek ten był niższy i oscylował w granicach 17-18%.

W czterech województwach – kujawsko-pomorskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim choroby nowotworowe zajmowały pierwsze miejsce wśród przyczyn przedwczesnych zgonów i obniżonej jakości życia mężczyzn. Średnia ogólnopolska dla nowotworów wynosiła 8 346,65 DALY/100 tys. (18,4%

całkowitego obciążenia). Najwyższy wskaźnik DALY związany z nowotworami zanotowano w województwie zachodniopomorskim – 9 533,94 DALY/100 tys. (20,0% obciążenia chorobowego w regionie), a najniższy w województwie małopolskim – 6 849,86 DALY/100 tys. (17,2% obciążenia chorobowego). Natomiast w woj. kujawsko-pomorskim choroby nowotworowe miały największy udział w obciążeniu chorobowym mieszkańców regionu – 20,6% (9 352,28 DALY/100 tys.)

W 2021 r. obciążenie skategoryzowane w grupie zakażenia dróg oddechowych i gruźlica (w tym COVID-19) było trzecią największą przyczyną utraty lat życia w zdrowiu, osiągając wartość 6 528,99 DALY/100 tys. (14,4% całkowitego obciążenia) u mężczyzn – w tym COVID 5477,96 DALY/100 tys. Najwyższe wartości tego wskaźnika wśród mężczyzn odnotowano w województwie łódzkim (7 594,36 DALY/100 tys., 14,7% regionalnego obciążenia) oraz w województwie podlaskim (7 581,75 DALY/100 tys., 16,4% regionalnego obciążenia), a najniższe w województwie małopolskim (5 013,54 DALY/100 tys., 12,6% regionalnego obciążenia). Znaczny udział w tych wartościach miały przypadki związane z pandemią COVID-19, co dodatkowo uwydatnia regionalny wpływ kryzysu zdrowotnego z lat 2020-2021.

W 2021 r. urazy niezamierzone (wypadki) znajdowały się na czwartym miejscu wśród głównych przyczyn utraty zdrowia mężczyzn w Polsce i jej regionach. Najmniejsze obciążenie z tego powodu wystąpiło w województwie wielkopolskim (2 281,72 DALY/100 tys., co odpowiadało 5,4% lokalnego obciążenia chorobowego). Najbardziej dotkliwy problem stanowiły wypadki w województwie podlaskim (2 974,89 DALY/100 tys., czyli 6,4% całkowitego obciążenia chorobowego) oraz w województwie śląskim (2 928,46 DALY/100 tys., co stanowiło 6,2% obciążenia chorobowego). Ogólnopolski średni wskaźnik dla tej grupy przyczyn wynosił 2 568,20 DALY/100 tys., reprezentując 5,7% wszystkich utraconych lat życia w zdrowiu polskich mężczyzn. Znaczący udział wypadków w utracie zdrowia mężczyzn zaobserwowano również w województwach: pomorskim (6,0%), małopolskim (6,1%) i opolskim (6,0%).

Istotny wpływ na utratę zdrowia wśród mężczyzn w Polsce miały również zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, choroby układu pokarmowego, cukrzyca i choroby nerek oraz zaburzenia neurologiczne. Szczegółowy wykaz tych i innych problemów zdrowotnych, które w największym stopniu przyczyniały się do utraty zdrowia u mężczyzn w Polsce i jej województwach w 2021 r. został przedstawiony w tabeli 17.1.

Tabela 17.1. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u mężczyzn w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone rzeczywistym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu chorobowym. (Ranking przyczyn 1-15)

	Przyczyna																
	Polska	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie
Ogółem	45 307,2 (100%)	47 137,7 (100%)	45 304,0 (100%)	47 305,6 (100%)	46 724,1 (100%)	51 515,7 (100%)	39 820,3 (100%)	46 052,9 (100%)	44 297,9 (100%)	41 569,2 (100%)	46 221,1 (100%)	41 596,0 (100%)	47 470,3 (100%)	47 831,7 (100%)	45 344,4 (100%)	42 102,9 (100%)	47 783,6 (100%)
W tym:																	
Choroby układu krążenia	8820,07 (19,5%)	10028,80 (21,3%)	7983,22 (17,6%)	9880,11 (20,9%)	9764,53 (20,9%)	9109,63 (17,7%)	9014,50 (22,6%)	7770,72 (16,9%)	9591,06 (21,7%)	7904,57 (19,0%)	7994,54 (17,3%)	7961,21 (19,1%)	9565,50 (20,2%)	11350,45 (23,7%)	8148,40 (18,0%)	7713,26 (18,3%)	9984,63 (20,9%)
Nowotwory	8346,65 (18,4%)	8751,61 (18,6%)	9352,28 (20,6%)	8463,57 (17,9%)	8910,58 (19,1%)	9476,25 (18,4%)	6849,86 (17,2%)	8183,97 (17,8%)	8026,59 (18,1%)	7242,94 (17,4%)	7668,92 (16,6%)	7314,54 (17,6%)	8960,00 (18,9%)	8980,24 (18,8%)	8507,21 (18,8%)	8173,10 (19,4%)	9533,94 (20,0%)
Zakażenia dróg oddechowych i gruźlica (w tym COVID-19)	6528,99 (14,4%)	5859,32 (12,4%)	7181,57 (15,9%)	7429,71 (15,7%)	6211,89 (13,3%)	7594,36 (14,7%)	5013,54 (12,6%)	7566,04 (16,4%)	5985,46 (13,5%)	6336,96 (15,2%)	7581,75 (16,4%)	5714,04 (13,7%)	6538,68 (13,8%)	6430,98 (13,4%)	6574,63 (14,5%)	5984,38 (14,2%)	6309,23 (13,2%)
Urazy niezamierzone	2568,20 (5,7%)	2720,78 (5,8%)	2301,79 (5,1%)	2738,92 (5,8%)	2587,91 (5,5%)	2654,72 (5,2%)	2420,05 (6,1%)	2474,69 (5,4%)	2660,61 (6,0%)	2441,83 (5,9%)	2974,89 (6,4%)	2481,32 (6,0%)	2928,46 (6,2%)	2499,84 (5,2%)	2502,76 (5,5%)	2281,72 (5,4%)	2581,39 (5,4%)
Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe	2419,83 (5,3%)	2450,49 (5,2%)	2422,23 (5,3%)	2419,56 (5,1%)	2413,09 (5,2%)	2582,41 (5,0%)	2380,21 (6,0%)	2392,89 (5,2%)	2536,04 (5,7%)	2399,95 (5,8%)	2390,87 (5,2%)	2359,48 (5,7%)	2431,76 (5,1%)	2484,24 (5,2%)	2369,39 (5,2%)	2351,35 (5,6%)	2473,58 (5,2%)
Choroby układu pokarmowego	2245,18 (5,0%)	2404,17 (5,1%)	2183,91 (4,8%)	1966,68 (4,2%)	2443,18 (5,2%)	3058,09 (5,9%)	1779,78 (4,5%)	2274,80 (4,9%)	2315,74 (5,2%)	1872,06 (4,5%)	2165,60 (4,7%)	2000,06 (4,8%)	2791,74 (5,9%)	1943,72 (4,1%)	2353,75 (5,2%)	1883,36 (4,5%)	2245,34 (4,7%)

Tabela 17.2. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u kobiet w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone rzeczywistym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu chorobowym. (Ranking przyczyn 1-15)

Problem zdrowotny	Polska																
	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-Mazurskie	Świętokrzyskie	Śląskie	Pomorskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Małopolskie	łódzkie	Lubuskie	Lubelskie	Kujawsko-pomorskie	Dolnośląskie	
Ogółem	36 176,4 (100%)	37 223,3 (100%)	36 126,2 (100%)	37 008,5 (100%)	36 985,5 (100%)	41 089,1 (100%)	32 354,0 (100%)	37 014,5 (100%)	36 072,8 (100%)	32 636,2 (100%)	36 143,1 (100%)	33 686,5 (100%)	38 513,4 (100%)	36 627,6 (100%)	35 231,6 (100%)	34 224,4 (100%)	36 921,5 (100%)
W tym:																	
Choroby układu krążenia	6699,05 (18,5%)	7102,01 (19,1%)	6201,93 (17,2%)	8102,59 (21,9%)	6844,10 (18,5%)	7487,02 (18,2%)	6591,00 (20,4%)	6108,02 (16,5%)	7066,70 (19,6%)	5982,38 (18,3%)	6686,28 (18,5%)	5912,23 (17,6%)	7408,56 (19,2%)	8476,33 (23,1%)	5900,83 (16,7%)	5761,08 (16,8%)	6962,64 (18,9%)
Nowotwory	6057,72 (16,7%)	6591,75 (17,7%)	6862,61 (19,0%)	5519,11 (14,9%)	6931,95 (18,7%)	6887,74 (16,8%)	4917,21 (15,2%)	6214,27 (16,8%)	5728,63 (15,9%)	4457,39 (13,7%)	5063,06 (14,0%)	5627,25 (16,7%)	6717,17 (17,4%)	5579,12 (15,2%)	6163,45 (17,5%)	6102,88 (17,8%)	6760,48 (18,3%)
Infekcje dróg oddechowych i gruźlica (w tym COVID-19)	4342,59 (12,0%)	3946,91 (10,6%)	4731,59 (13,1%)	5023,53 (13,6%)	4149,58 (11,2%)	5207,24 (12,7%)	3331,52 (10,3%)	5060,95 (13,7%)	3934,56 (10,9%)	4206,05 (12,9%)	5130,63 (14,2%)	3734,24 (11,1%)	4206,46 (10,9%)	4259,96 (11,6%)	4397,29 (12,5%)	3978,77 (11,6%)	4089,70 (11,1%)
Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	3744,49 (10,4%)	3773,23 (10,1%)	3684,66 (10,2%)	3744,22 (10,1%)	3627,74 (9,8%)	4160,39 (10,1%)	3735,40 (11,5%)	3754,79 (10,1%)	3951,72 (11,0%)	3741,90 (11,5%)	3776,54 (10,4%)	3636,44 (10,8%)	3692,68 (9,6%)	3812,40 (10,4%)	3620,55 (10,3%)	3592,52 (10,5%)	3730,17 (10,1%)
Zaburzenia neurologiczne	2437,64 (6,7%)	2480,20 (6,7%)	2396,46 (6,6%)	2523,71 (6,8%)	2373,11 (6,4%)	2630,68 (6,4%)	2370,98 (7,3%)	2497,55 (6,7%)	2485,30 (6,9%)	2409,49 (7,4%)	2549,07 (7,1%)	2285,45 (6,8%)	2457,57 (6,4%)	2561,25 (7,0%)	2372,34 (6,7%)	2270,62 (6,6%)	2400,90 (6,5%)
Zaburzenia psychiczne	1880,10 (5,2%)	1885,92 (5,1%)	1896,41 (5,2%)	1886,39 (5,1%)	1898,89 (5,1%)	1879,90 (4,6%)	1871,92 (5,8%)	1868,92 (5,0%)	1898,39 (5,3%)	1880,88 (5,8%)	1877,83 (5,2%)	1864,17 (5,5%)	1883,89 (4,9%)	1890,64 (5,2%)	1884,75 (5,3%)	1868,03 (5,5%)	1899,51 (5,1%)
Cukrzyca i choroby nerek	1660,19 (4,6%)	1645,43 (4,4%)	1629,23 (4,5%)	1545,49 (4,2%)	1925,37 (5,2%)	1785,92 (4,3%)	1280,69 (4,0%)	1537,94 (4,2%)	1911,07 (5,3%)	1360,16 (4,2%)	1650,32 (4,6%)	1688,54 (5,0%)	2087,17 (5,4%)	1501,66 (4,1%)	1936,10 (5,5%)	1688,30 (4,9%)	1571,32 (4,3%)

Problem zdrowotny	Zachodniopomorskie	Wielkopolskie	Warmińsko-Mazurskie	Świętokrzyskie	Śląskie	Pomorskie	Podlaskie	Podkarpackie	Opolskie	Mazowieckie	Małopolskie	Łódzkie	Lubuskie	Lubelskie	Kujawsko-pomorskie	Dolnośląskie	Polska
Inne choroby niezakaźne	1605,09 (4,3%)	1804,40 (5,3%)	1597,37 (4,5%)	1575,64 (4,3%)	1570,16 (4,1%)	1644,38 (4,9%)	1596,77 (4,4%)	1605,92 (4,9%)	1658,81 (4,6%)	1642,72 (4,4%)	1536,94 (4,8%)	1747,97 (4,3%)	1688,02 (4,6%)	1614,34 (4,4%)	1604,31 (4,4%)	1725,84 (4,6%)	1641,77 (4,5%)
Choroby układu pokarmowego	1369,39 (3,9%)	1155,27 (3,4%)	1369,39 (3,9%)	995,61 (2,7%)	1747,52 (4,5%)	1289,36 (3,8%)	1187,32 (3,3%)	1100,78 (3,4%)	1334,91 (3,7%)	1375,86 (3,7%)	1143,37 (3,5%)	1820,48 (4,4%)	1344,68 (3,6%)	1001,20 (2,7%)	1322,28 (3,7%)	1443,91 (3,9%)	1348,18 (3,7%)
Choroby narządów zmysłu	1147,06 (3,3%)	1123,55 (3,3%)	1147,06 (3,3%)	1284,07 (3,5%)	1235,94 (3,2%)	1123,39 (3,3%)	1223,92 (3,4%)	1163,95 (3,6%)	1254,22 (3,5%)	1187,46 (3,2%)	1155,56 (3,6%)	1297,41 (3,2%)	1168,41 (3,2%)	1237,90 (3,3%)	1186,29 (3,3%)	1237,40 (3,3%)	1197,70 (3,3%)
Urazy niezamierzone	967,91 (2,7%)	1195,89 (3,5%)	967,91 (2,7%)	984,74 (2,7%)	1426,77 (3,7%)	1127,90 (3,3%)	1127,44 (3,1%)	964,68 (3,0%)	1192,75 (3,3%)	1154,56 (3,1%)	1052,70 (3,3%)	1245,26 (3,0%)	1134,04 (3,1%)	1042,55 (2,8%)	993,00 (2,7%)	1211,72 (3,3%)	1151,01 (3,2%)
Przewlekłe choroby układu oddechowego	967,43 (2,7%)	934,46 (2,7%)	967,43 (2,7%)	834,66 (2,3%)	1043,10 (2,7%)	918,01 (2,7%)	853,62 (2,4%)	904,15 (2,8%)	929,20 (2,6%)	1024,12 (2,8%)	877,77 (2,7%)	1073,29 (2,6%)	922,98 (2,5%)	761,43 (2,1%)	915,58 (2,5%)	1058,50 (2,8%)	956,79 (2,6%)
Inne skutki związane z pandemią COVID-19	684,99 (1,9%)	766,52 (2,2%)	684,99 (1,9%)	921,81 (2,5%)	872,46 (2,3%)	669,18 (2,0%)	1303,52 (3,6%)	903,98 (2,8%)	670,88 (1,9%)	1417,95 (3,8%)	537,87 (1,7%)	1372,88 (3,3%)	833,33 (2,3%)	1025,48 (2,8%)	598,12 (1,7%)	977,98 (2,6%)	942,89 (2,6%)
Choroby skóry i podskórne	448,12 (1,3%)	465,63 (1,4%)	448,12 (1,3%)	457,32 (1,2%)	472,57 (1,2%)	502,92 (1,5%)	488,30 (1,4%)	511,03 (1,6%)	507,50 (1,4%)	534,07 (1,4%)	515,82 (1,6%)	570,30 (1,4%)	454,43 (1,2%)	464,59 (1,3%)	466,65 (1,3%)	473,57 (1,3%)	492,74 (1,4%)
Zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych	554,69 (1,6%)	437,67 (1,3%)	554,69 (1,6%)	380,07 (1,0%)	536,44 (1,4%)	527,80 (1,6%)	482,50 (1,3%)	365,33 (1,1%)	397,40 (1,1%)	435,53 (1,2%)	386,27 (1,2%)	568,08 (1,4%)	497,57 (1,3%)	393,27 (1,1%)	460,67 (1,3%)	516,31 (1,4%)	467,62 (1,3%)

Całkowite obciążenie chorobowe u kobiet w Polsce w 2021 r. wyniosło 36 176,4 DALY/100 tys. kobiet, przy czym zaobserwowano istotne różnice między poszczególnymi województwami. Najmniejsze wartości wskaźnika DALY/100 tys. dla ogółu przyczyn występowały w województwach małopolskim (32 354,0 DALY/100 tys.) oraz podkarpackim (32 636,2 DALY/100 tys.). Z kolei najwyższe obciążenie chorobowe wystąpiło w województwie łódzkim, gdzie wskaźnik osiągnął poziom 41 089,1 DALY/100 tys.

Analogicznie jak w populacji mężczyzn, dominującym powodem utraty zdrowia wśród kobiet były choroby układu krążenia, dla których wskaźnik ogólnopolski wynosił 6 699,05 DALY/100 tys. (stanowiąc 18,5% całkowitego obciążenia chorobowego). Schorzenia te zajmowały pierwsze miejsce jako przyczyna przedwczesnych zgonów lub niesprawności w 11 województwach. Najwyższe wartości wskaźnika DALY w tej kategorii odnotowano w województwie świętokrzyskim (8 476,33 DALY/100 tys.) oraz lubelskim (8 102,59 DALY/100 tys.), gdzie choroby układu krążenia stanowiły odpowiednio 23,1% i 21,9% regionalnego obciążenia chorobowego wśród kobiet. Zróżnicowanie regionalne w wartościach wskaźnika DALY/100 tys. było znaczne 16,5-23,1%, i w województwie świętokrzyskim choroby kardiologiczne były odpowiedzialne za niemal jedną czwartą utraty zdrowia kobiet.

W pozostałych pięciu województwach (kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim) główną przyczyną obciążenia chorobowego kobiet były nowotwory. Najwyższy wskaźnik DALY odnotowano w województwie lubuskim – 6 931,95 DALY/100 tys. (18,7% regionalnego obciążenia chorobowego). Należy zwrócić uwagę, że choć w województwie łódzkim nowotwory nie stanowiły głównej przyczyny utraty zdrowia, to zarejestrowano tam jedną z najwyższych w Polsce wartości wskaźnika dla tej grupy chorób – 6 887,74 DALY/100 tys. (16,8% obciążenia chorobowego tego regionu). Najmniej lat życia w zdrowiu utraconych z powodu nowotworów zaobserwowano w województwie podkarpackim – 4 457,39 DALY/100 tys. (13,7% obciążenia chorobowego regionu). Dla porównania, średni wskaźnik obciążenia chorobowego z powodu nowotworów dla kobiet w całej Polsce wynosił 6 057,72 DALY/100 tys. (stanowiąc 16,7% całkowitego obciążenia chorobowego Polek).

Trzecią istotną przyczyną utraty lat życia w pełnym zdrowiu u kobiet w Polsce były infekcje dróg oddechowych i gruźlica (w tej kategorii znajduje się też COVID-19). Ten problem zdrowotny przyczynił się do obciążenia chorobowego na poziomie 4 342,59 DALY/100 tys. (12,0% całkowitego obciążenia chorobowego Polek) z czego COVID-19 odpowiadał za 3 755,2 DALY/100 tys. Analizując różnice międzyregionalne, najwyższy wskaźnik w kategorii infekcji dróg

oddechowych i gruźlicy zarejestrowano w województwie łódzkim – 5 207,24 DALY/100 tys. (12,7% obciążenia chorobowego w regionie) oraz w województwie podlaskim (5 130,63 DALY/100 tys., 14,2% obciążenia chorobowego), najniższy zaś w województwie małopolskim – 3 331,52 DALY/100 tys. (10,3% obciążenia chorobowego).

Na czwartym miejscu wśród przyczyn obciążenia chorobowego kobiet w Polsce znalazły się zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, które w skali kraju przyczyniły się do utraty zdrowia na poziomie 3 744,49 DALY/100 tys. (10,4% całkowitego obciążenia chorobowego). Porównując województwa pod względem tego wskaźnika, największą wartość odnotowano w województwie łódzkim – 4 160,39 DALY/100 tys. (10,1% obciążenia chorobowego), a najmniejszą w województwie wielkopolskim – 3 592,52 DALY/100 tys. (10,5% obciążenia chorobowego). Analizując względny udział zaburzeń mięśniowo-szkieletowych w obciążeniu chorobowym w poszczególnych regionach Polski, najwyższy odsetek stwierdzono w województwach podkarpackim i małopolskim (po 11,5%), najniższy natomiast w województwie śląskim (9,6%).

Dalsze miejsca w zestawieniu kluczowych problemów zdrowotnych kobiet w Polsce zajmowały: zaburzenia neurologiczne, zaburzenia psychiczne, cukrzyca i choroby nerek, inne choroby niezakaźne oraz choroby układu pokarmowego. Szczegółowe dane dotyczące wartości wskaźnika DALY/100 tys. u kobiet oraz jego procentowego udziału w całkowitym obciążeniu chorobowym poszczególnych województw przedstawiono w tabeli 17.2.

Czynniki ryzyka związane z utratą zdrowia ludności w Polsce – analiza obciążenia według płci i województw

Obciążenie chorobowe związane ze wszystkimi przyczynami, przypisywane wszystkim czynnikom ryzyka wśród mężczyzn w Polsce, osiągnęło poziom 13 377,6 DALY/100 tys. ludności i stanowiło łącznie 41,2% całego DALY (odpowiednie wartości niestandardyzowane wynosiły 19745,8 i 43,6%). W skali kraju używanie tytoniu stanowiło dominujący czynnik ryzyka, odpowiadający za 11,7% (niestandardyzowane 13,5%) całkowitego obciążenia chorobowego (3 803,0 DALY/100 tys.). Zaraz za nim znajdowały się używanie alkoholu 8,9% (również niestandardyzowane), czyli 2 902,2 DALY/100 tys. oraz wysokie skurczowe ciśnienie krwi 8,4% (niestandardyzowane 9,6%), czyli 2 740,9 DALY/100 tys.

Analizując rozkład regionalny, można zauważyć istotne zróżnicowanie wpływu poszczególnych czynników ryzyka. Używanie tytoniu wykazywało największy udział w województwach kujawsko-pomorskim (13,3%), dolnośląskim (12,9%) i zachodniopomorskim (12,6%), natomiast najmniejszy w podlaskim (9,9%), łódzkim (10,5%) i pomorskim (10,9%). Używaniem alkoholu odpowiadało w największym stopniu za obciążenie zdrowotne w województwach: łódzkim (13,3%), śląskim (9,8%) i warmińsko-mazurskim (9,7%), podczas gdy relatywnie najmniejszy wpływ tego czynnika zaobserwowano w województwach: małopolskim (7,5%) i opolskim (7,7%) oraz podkarpackim (7,9%). Wysokie skurczowe ciśnienie krwi najbardziej oddziaływało w województwach: świętokrzyskim (10,4%) i małopolskim (9,7%), a najmniej w śląskim i podlaskim (oba 7,2%). Kompletnie dane dotyczące pozostałych istotnych czynników ryzyka wpływających na całkowite obciążenie chorobowe mężczyzn przedstawia tabela 17.3.

Obciążenie chorobowe wynikające ze wszystkich przyczyn przypisane wszystkim czynnikom ryzyka u kobiet kształtowało się na poziomie 7 115,00 DALY/100 tys. ludności, co stanowiło 32,3% całego DALY (odpowiednie wartości niestandardyzowane wynosiły 13267,8 i 36,7%). Wśród głównych czynników wpływających na utratę zdrowia dominował wysoki wskaźnik BMI z udziałem 7,2% (niestandardyzowany 8,9%) całkowitego obciążenia (1593,7 DALY/100 tys.). Tuż za nim znajdowały się: wysokie ciśnienie skurczowe krwi 6,2% (niestandardyzowany 9,2%), tj. 1360,9 DALY/100 tys. oraz czynniki dietetyczne 6,1% (niestandardyzowany 8,5%), odpowiadające 1349,7 DALY/100 tys.

Występują istotne różnice regionalne w zakresie wpływu poszczególnych czynników ryzyka. Zbyt wysoki poziom BMI najbardziej przyczyniał się do utraty zdrowia kobiet w województwach: podlaskim (127,1%), podkarpackim (26,2%) a najmniej w województwach: łódzkim i zachodniopomorskim (odpowiednio 21,2% oraz 21,1%).

Wysokie ciśnienie krwi w największym stopniu oddziaływało na zdrowie kobiet w województwach: lubelskim i podkarpackim (po 7,7%) oraz świętokrzyskim (7,6%), natomiast najmniejszy wpływ odnotowano w województwach: podlaskim (5,3%) i opolskim (5,5%). Kompleksowe dane dotyczące wszystkich istotnych czynników ryzyka wpływających na całkowite obciążenie chorobowe u kobiet zostały szczegółowo zaprezentowane w tabeli (Tabela 17.4).

Tabela 17.3. Obciążenie chorobowe spowodowane głównymi czynnikami ryzyka wśród mężczyzn w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone w standaryzowanym do wieku wskaźniku DALY/100 tys. ludności, w odniesieniu do wszystkich chorób/zdarzeń zdrowotnych

Czynnik ryzyka	Polska	Dołnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Łódzkie	Śląskie	Świętokrzyskie	Lubelskie	Lubuskie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Warmińsko-mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie
Ogółem:	13377,6 (41,2%)	14279,2 (43,2%)	13527,5 (41,3%)	14534,3 (40,5%)	13928,4 (43,0%)	13589,1 (41,7%)	13717,7 (40,5%)	14227,5 (42,1%)	12608,6 (42,7%)	12916 (38,6%)	12743,2 (42,1%)	12081,6 (39,4%)	12731,3 (38,4%)	12929,8 (41,8%)	13989,2 (41,5%)	12860,8 (40,8%)	14061,4 (42,1%)
Używanie tytoniu	3803 (11,7%)	4274,4 (12,9%)	4369,8 (13,3%)	4156,4 (10,5%)	3747,9 (11,1%)	3772,9 (11,2%)	3703,1 (12,3%)	3904,1 (11,1%)	3506,5 (12,5%)	3367,5 (11,7%)	3287,2 (11,6%)	3367 (11,0%)	3611,1 (9,9%)	3662,9 (10,9%)	3927,8 (11,7%)	3705,2 (11,8%)	4223,4 (12,6%)
Używanie alkoholu	2902,2 (8,9%)	3135,4 (9,5%)	2795,7 (8,5%)	2761 (10,7%)	3037,8 (9,8%)	3844,6 (8,1%)	2211,3 (8,1%)	3017,5 (9,0%)	2329,9 (7,5%)	2421,1 (9,0%)	3122,9 (7,7%)	2759,9 (7,9%)	3169,4 (9,4%)	2625,4 (8,9%)	3283,8 (9,7%)	2757,5 (8,7%)	2861,4 (8,6%)
Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	2740,9 (8,4%)	2915,7 (8,8%)	2551,2 (7,8%)	3030,7 (7,2%)	3130,7 (8,9%)	2577,8 (10,4%)	2856,3 (9,0%)	2433,1 (9,3%)	2870,9 (9,7%)	2587,8 (7,3%)	2370,3 (9,5%)	2628,5 (8,4%)	2895,5 (7,2%)	3376,6 (8,5%)	2658,4 (7,9%)	2577,9 (8,2%)	3040,4 (9,1%)
Czynniki dietetyczne	2723,1 (8,4%)	2970,9 (9,0%)	2564,9 (7,8%)	3008,1 (7,1%)	3098,5 (8,8%)	2545,5 (9,6%)	2923,4 (8,9%)	2304,2 (9,2%)	2917 (9,9%)	2593 (6,9%)	2463,1 (9,6%)	2731 (8,5%)	2852,1 (7,4%)	3125,2 (8,8%)	2741,6 (8,1%)	2535,8 (8,0%)	2996,7 (9,0%)
Wysokie stężenie glukozy na czczo	2068,6 (6,4%)	2140,9 (6,5%)	1971,2 (6,0%)	2059,1 (6,1%)	2284 (7,1%)	2180,8 (6,0%)	1912 (6,1%)	1936,4 (6,8%)	2122,5 (6,5%)	1724,2 (5,8%)	1937,8 (7,0%)	2178,8 (5,6%)	2301,9 (5,8%)	1942 (7,0%)	2322,8 (6,9%)	2062,9 (6,5%)	2097,6 (6,3%)
Wysoki wskaźnik BMI	1896,8 (5,8%)	1997,1 (6,0%)	1802,5 (5,5%)	2018,2 (5,1%)	2093,5 (6,2%)	1815,1 (6,4%)	1822,6 (5,9%)	1797,6 (6,2%)	1997,2 (6,2%)	1753,9 (5,4%)	1690,3 (6,6%)	1923,2 (5,7%)	2010,7 (5,1%)	2085,8 (6,2%)	1840,9 (5,5%)	1894,7 (6,0%)	1962,4 (5,9%)
Wysoki poziom cholesterolu LDL	1365,5 (4,2%)	1542,7 (4,7%)	1220,7 (3,7%)	1431,1 (3,7%)	1582 (4,3%)	1309,2 (5,0%)	1605,9 (4,2%)	1150,1 (4,7%)	1468,8 (5,4%)	1230,7 (3,4%)	1112,5 (4,9%)	1385,6 (4,0%)	1398,1 (3,4%)	1614,5 (4,5%)	1327,4 (3,9%)	1220,5 (3,9%)	1599,4 (4,8%)
Zanieczyszczenia powietrza	1362,1 (4,2%)	1372,4 (4,2%)	1159 (3,5%)	1341,9 (4,4%)	1169,9 (5,5%)	1585,1 (4,6%)	1776,9 (4,0%)	1241,2 (3,5%)	1409,5 (6,0%)	1273,4 (3,7%)	1034,2 (4,7%)	934,5 (4,1%)	1783,7 (3,1%)	1509 (3,0%)	1115 (3,3%)	1262,7 (4,0%)	957 (2,9%)
Ryzyka zawodowe	1017,6 (3,1%)	912,8 (2,8%)	1109,2 (3,4%)	973,3 (2,7%)	981,1 (3,3%)	974,9 (3,3%)	1096,2 (2,9%)	960,6 (2,9%)	947 (3,7%)	984,6 (2,9%)	906,5 (3,1%)	1164,9 (3,2%)	1065,9 (2,7%)	1078,2 (3,8%)	979,7 (2,9%)	1004,5 (3,2%)	1074,9 (3,2%)
Upośledzona czynność nerek	688,3 (2,1%)	718,1 (2,2%)	692,5 (2,1%)	736,4 (1,9%)	754,7 (2,3%)	668,9 (2,4%)	667,7 (2,2%)	586,8 (2,2%)	736,1 (2,3%)	700 (1,8%)	641 (2,4%)	710,9 (2,3%)	740,2 (1,9%)	785,6 (2,3%)	700,3 (2,1%)	633,2 (2,0%)	766,6 (2,3%)

Tabela 17.4. Obciążenie chorobowe spowodowane głównymi czynnikami ryzyka wśród kobiet w Polsce i województwach w 2021 r. wyrażone w standaryzowanym do wieku wskaźniku DALY/100 tys. ludności, w odniesieniu do wszystkich chorób/zdarzeń zdrowotnych

Czynnik ryzyka	Polska	Dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	Łódzkie	Śląskie	Świętokrzyskie	Lubelskie	Lubuskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Warmińsko-mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie
Ogółem:	7115 (32,3%)	7382,8 (33,4%)	7278,2 (32,7%)	7444,3 (31,5%)	7829,5 (34,4%)	6838,1 (32,5%)	6894 (31,4%)	7565,1 (33,1%)	6657,7 (32,5%)	6967,7 (32,6%)	6148,1 (29,7%)	6387,9 (29,5%)	7201 (33,1%)	7287,6 (32,8%)	7091,3 (32,4%)	7434 (33,2%)
Wysoki wskaźnik BMI	1593,7 (7,2%)	1597,9 (7,2%)	1544,1 (6,9%)	1628,8 (6,6%)	1727,3 (7,6%)	1563,2 (7,7%)	1513,5 (7,4%)	1552,2 (7,6%)	1647,9 (7,4%)	1501,1 (7,7%)	1609 (7,0%)	1733,4 (6,9%)	1619,5 (7,4%)	1592,8 (7,2%)	1625,7 (7,4%)	1566,5 (7,0%)
Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	1360,9 (6,2%)	1342,8 (6,1%)	1293,6 (5,8%)	1520,8 (5,7%)	1499,4 (6,8%)	1340,1 (7,3%)	1364,5 (7,0%)	1245,2 (6,6%)	1426,7 (6,7%)	1146 (6,7%)	1325,9 (6,0%)	1536 (5,3%)	1540 (6,1%)	1252,7 (5,7%)	1314,4 (6,0%)	1436,6 (6,4%)
Ryzyka żywieniowe	1349,7 (6,1%)	1394,9 (6,3%)	1322,6 (5,9%)	1442,7 (5,5%)	1507,3 (6,7%)	1304,8 (6,8%)	1348,7 (6,6%)	1172,2 (6,6%)	1445,2 (6,6%)	1198 (5,2%)	1409,2 (5,8%)	1521,6 (5,6%)	1435,1 (6,5%)	1337,1 (6,0%)	1317,6 (6,0%)	1408,8 (6,3%)
Stężenie glukozy w osoczu na czczo	1318,7 (6,0%)	1299,2 (5,9%)	1286,6 (5,8%)	1236,7 (5,6%)	1493,4 (6,8%)	1333,7 (5,7%)	1179,9 (5,6%)	1252,7 (6,5%)	1378 (5,8%)	1228,3 (6,4%)	1415,3 (5,1%)	1549,7 (5,7%)	1197,6 (6,5%)	1494,9 (6,7%)	1376,2 (6,3%)	1269,3 (5,7%)
Używanie tytoniu	1298,9 (5,9%)	1509,2 (6,8%)	1528,8 (6,9%)	1077,7 (5,4%)	1269,7 (5,6%)	1282,8 (5,0%)	1148,2 (4,9%)	1411 (5,6%)	1024 (5,6%)	989,8 (4,8%)	1381,2 (4,5%)	1264,3 (4,6%)	1053 (6,3%)	1404,2 (6,3%)	1416,1 (6,5%)	1574,5 (7,0%)
Zanieczyszczenie powietrza	686,3 (3,1%)	668,5 (3,0%)	604,5 (2,7%)	643,8 (3,4%)	593 (4,3%)	794,3 (3,3%)	833,8 (2,9%)	622 (2,6%)	720,9 (4,1%)	506,3 (3,4%)	505,1 (2,9%)	974 (2,3%)	685 (2,3%)	571,6 (2,6%)	653,4 (3,0%)	476 (2,1%)
Niedożywienie matek i dzieci	636,5 (2,9%)	616,8 (2,8%)	720 (3,2%)	663,9 (3,0%)	615,8 (2,9%)	710,1 (3,2%)	593,6 (3,0%)	579,5 (2,7%)	696,5 (2,9%)	683,8 (3,3%)	647,7 (3,2%)	658,7 (3,2%)	678,7 (3,0%)	683,2 (3,1%)	570,6 (2,6%)	657,8 (2,9%)
Używanie alkoholu	589,7 (2,7%)	657,1 (2,8%)	568,7 (2,5%)	483,9 (2,6%)	620 (2,9%)	721,5 (3,0%)	458,8 (2,8%)	607,4 (2,8%)	491,3 (3,2%)	522,2 (2,9%)	587,8 (2,4%)	737,6 (2,1%)	468,2 (2,9%)	636,5 (2,5%)	565,4 (2,5%)	631,9 (2,8%)
Wysoki poziom cholesterolu LDL	588,1 (2,7%)	620,4 (3,0%)	564,1 (2,5%)	601,8 (3,1%)	637,1 (3,2%)	613 (2,2%)	661,9 (2,2%)	486,3 (2,7%)	627,6 (2,2%)	463,3 (2,3%)	635,1 (2,1%)	663,4 (2,4%)	623,2 (2,7%)	557,9 (2,9%)	548,3 (2,6%)	630,6 (2,8%)
Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	490 (2,2%)	462,4 (2,1%)	504,4 (2,3%)	506 (2,1%)	510,1 (2,0%)	486,8 (2,5%)	514,1 (2,3%)	478,6 (2,2%)	474,2 (2,5%)	500,9 (2,2%)	507,4 (2,4%)	466,1 (2,3%)	524 (2,3%)	490,1 (2,2%)	484,6 (2,2%)	498,6 (2,2%)

Obciążenie chorobowe w latach 2020-2021 związana z pandemią COVID-19 w Polsce i wybranych krajach europejskich

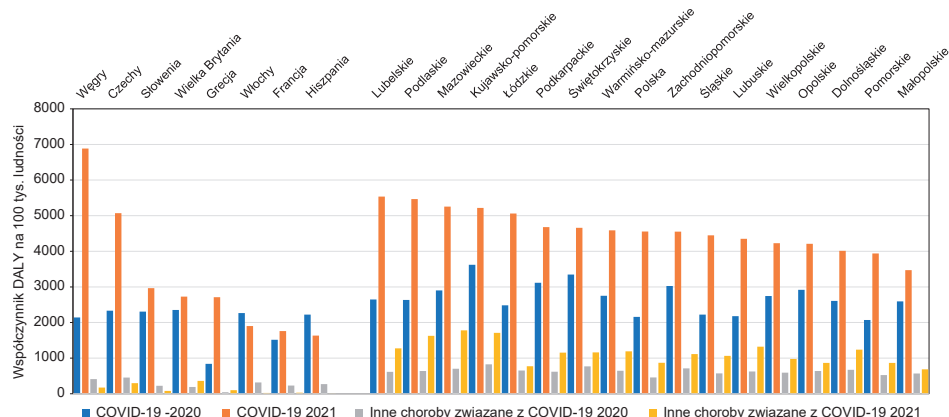
Analiza dotycząca wskaźników obciążenia chorobowego COVID-19 wykazuje istotne różnicowanie skutków zdrowotnych wśród państw europejskich, jak i województw Polski w latach 2020-2021. W 2020 r. wśród analizowanych krajów najwyższy wskaźnik konsekwencji zdrowotnych wynikających z COVID-19 odnotowano w Wielkiej Brytanii (2353,13 DALY/100 tys.), natomiast najniższy w Grecji (839,25 DALY/100 tys.). Sytuacja uległa znaczącej zmianie w 2021 r., kiedy to na czele znalazły się Węgry z wartością 6886,6 DALY/100 tys., a najniższy wskaźnik wystąpił w Hiszpanii (1633,8 DALY/100 tys.).

Porównując dane dla województw Polski ze średnią krajową wynoszącą 2751,73 DALY/100 tys. w 2020 r., można zaobserwować, że najwyższe wskaźniki odnotowano w województwach: łódzkim (3620,62 DALY/100 tys.), świętokrzyskim (3346,33 DALY/100 tys.), podkarpackim (3115,43 DALY/100 tys.), śląskim (3026,62 DALY/100 tys.), mazowieckim (2901,64 DALY/100 tys.) oraz opolskim (2918,47 DALY/100 tys.). W 2021 r., przy średniej krajowej wynoszącej 4589,0 DALY/100 tys., najbardziej obciążone były województwa: lubelskie (5537,3 DALY/100 tys.), podlaskie (5466,1 DALY/100 tys.), mazowieckie (5253,4 DALY/100 tys.), łódzkie (5216,7 DALY/100 tys.), kujawsko-pomorskie (5062,0 DALY/100 tys.), a także podkarpackie (4678,1 DALY/100 tys.) i świętokrzyskie (4658,1 DALY/100 tys.). Warto zauważyć, że w 2021 r. obserwowano generalny wzrost wskaźników DALY dla COVID-19 w większości analizowanych krajów europejskich, w tym w Polsce, ze szczególnie wyraźnym wzrostem w krajach Europy Środkowej, zwłaszcza na Węgrzech, a w Polsce - w województwie lubelskim. Na rycinie 17.2 pokazano dane o utraconych latach życia w zdrowiu związanymi z COVID-19 oraz innymi chorobami powiązanymi z COVID-19 dla wybranych państw europejskich i województw Polski wraz ze średnią krajową.

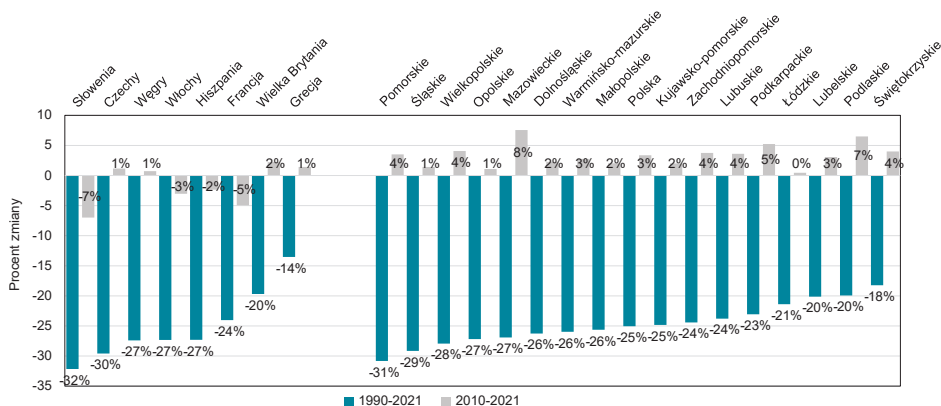
Dynamika zmian obciążenia chorobowego w latach 1990-2021 i 2010-2021

Analiza zmian w okresie 1990-2021 wykazała znaczący spadek standaryzowanego względem wieku wskaźnika DALY we wszystkich rozpatrywanych populacjach. Wśród analizowanych krajów, Słowenia osiągnęła najlepszy wynik z redukcją na poziomie -32%, podczas gdy Grecja odnotowała najmniejszy spadek wynoszący jedynie -14%. Polska, z redukcją wskaźnika o 25%, znajdowała się

wysoko wśród krajów skutecznie zmniejszających krajowe obciążenie chorobowe (ryc. 17.3). Co istotne, niektóre polskie województwa osiągnęły lepsze rezultaty niż przeciętne dla wielu krajów, jak na przykład województwo pomorskie (-31%), wielkopolskie (-28%) czy mazowieckie (-27%). Na przeciwnym biegunie znalazło się województwo świętokrzyskie, gdzie odnotowano spadek zaledwie o 18%, co pozycjonuje je na poziomie zbliżonym do wyniku Grecji.



Ryc. 17.2. Wskaźnik DALY z powodu COVID-19 i innych skutków związanych z COVID-19 w Polsce i 16 województwach oraz w wybranych krajach europejskich w latach 2020–2021 (mężczyźni i kobiety razem)



Ryc. 17.3. Zmiany standaryzowanego względem wieku wskaźnika DALY z powodu ogółu przyczyn w Polsce i 16 województwach oraz w wybranych krajach europejskich w okresie ostatnich 30 i 10 lat (mężczyźni i kobiety razem)

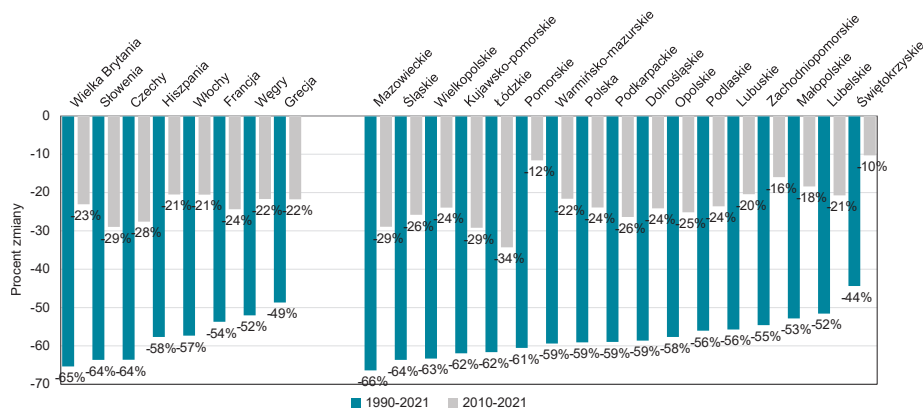
Biorąc pod uwagę krótszy, 10-letni okres porównawczy (2010–2021), sytuacja przedstawia się odmiennie. Najkorzystniejszą zmianę w zakresie redukcji obciążenia

chorobowego poza Słowenią (-7%) zaobserwowano we Francji (-5%), natomiast w Grecji, w Czechach i na Węgrzech odnotowano niewielki wzrost (wszystkie po +1%), a w Wielkiej Brytanii – wzrost +2%. W tym samym okresie Polskę charakteryzował niekorzystny trend wzrostowy obciążenia chorobowego na poziomie +3%. Szczególnie niepokojąca sytuacja wystąpiła w województwach: mazowieckim, podlaskim i podkarpackim, w których wskaźnik DALY wzrósł najbardziej, osiągając odpowiednio wartości +8%, +7% i +5% (ryc. 17.3). Wysokie wartości DALY w latach 2020-2021 były związane z występowaniem pandemii COVID-19, co spowodowało niższe redukcje niż wynikało to z trwającego wcześniej trendu.

W Polsce w okresie ostatnich trzech dekad zaobserwowano znaczącą redukcję obciążenia chorobowego związanego z chorobami układu krążenia, sięgającą -59%. Największe osiągnięcia w tym zakresie odnotowano w województwie mazowieckim, gdzie spadek wyniósł aż 66%. W pozostałych województwach spadek wyniósł od 52% do 64%. Tylko województwo świętokrzyskie, które wykazało najmniejszą poprawę (-44%), osiągnęło wynik niższy niż odnotowano dla Grecji, gdzie redukcja wyniosła -49%. Warto podkreślić, że zarówno Słowenia, jak i Czechy zanotowały zbliżoną do województwa mazowieckiego poprawę wskaźników zdrowotnych, osiągając 64% spadku obciążenia chorobowego. Natomiast w Wielkiej Brytanii spadek wyniósł aż 65%.

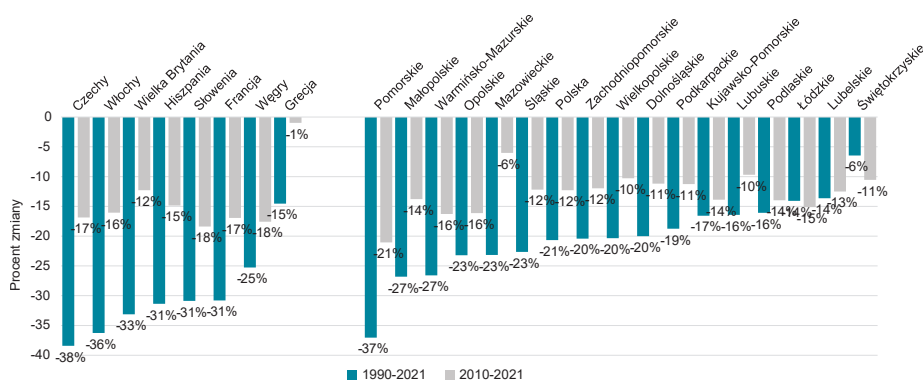
Analizując krótszy przedział czasowy 2010-2021, można zauważyć, że najwyższą redukcję wskaźnika DALY wśród wszystkich badanych regionów uzyskało województwo łódzkie (-34%), a tuż za nim znalazły się województwa mazowieckie i kujawsko-pomorskie (oba po -29%). Te wyniki przyczyniły się do osiągnięcia przez Polskę wysokiej średniej krajowej (-24%), co pozwoliło naszemu krajowi osiągnąć podobny do Francji (-24%) i nieco niższy niż w Słowenii (29%) postęp zdrowotny na tle państw europejskich o porównywalnym poziomie socjoekonomicznym (ryc. 17.4).

W porównaniu z chorobami układu krążenia, trzydziestoletnia dynamika zmian wskaźnika DALY z powodu nowotworów wykazuje wyraźnie mniejszy spadek, przez co choroby onkologiczne nadal stanowią kluczowy problem zdrowia publicznego i główną przyczynę utraty zdrowia w analizowanych populacjach. Czechy odnotowały największą poprawę wskaźnika DALY (-38%), podczas gdy Grecja zanotowała najmniejszy postęp (-15%). W przeciwieństwie do wcześniejszych analiz, Polska znajduje się na dalszej pozycji w międzynarodowym rankingu ze spadkiem rzędu (-21%) w stosunku do 1990 r. Wśród polskich regionów, województwo pomorskie osiągnęło najlepsze rezultaty w ograniczeniu obciążenia chorobowego nowotworami – w latach 1990-2021 wskaźnik DALY/100 tys. zmniejszył się w tym regionie o 37%.



Ryc. 17.4. Zmiany standaryzowanego względem wieku wskaźnika DALY z powodu ogółu chorób układu krążenia w Polsce i 16 województwach oraz w wybranych krajach europejskich w okresie ostatnich 30 i 10 lat (mężczyźni i kobiety razem)

Znaczące pozytywne zmiany widoczne były również w województwach małopolskim i warmińsko-mazurskim (oba po -27%). Najmniejsze efekty zaobserwowano w województwie świętokrzyskim, gdzie w badanym okresie wskaźnik DALY obniżył się zaledwie o 6%, co stawia ten region wśród obszarów o najniższej poprawie zdrowotnej w analizowanej grupie. Analizując krótszy przedział czasu (2010-2021), najmniejszą poprawę w zakresie redukcji obciążenia chorobowego z powodu nowotworów wykazała Grecja (-1%), a w dalszej kolejności województwo mazowieckie (-6%) oraz Wielka Brytania (-12%). Najlepsze wyniki osiągnęły Słowenia i Węgry (po -18%) oraz Francja i Czechy (oba po -17%). Spośród polskich województw na pierwszym miejscu ponownie znalazło się pomorskie (-21%), a dalej warmińsko-mazurskie i opolskie (oba po -16%). Warto odnotować, że średnia ogólnopolska w 10-letnim okresie wyniosła -12% (ryc. 17.5).



Ryc. 17.5. Zmiany standaryzowanego względem wieku wskaźnika DALY z powodu ogółu chorób nowotworowych w Polsce i 16 województwach oraz w wybranych krajach europejskich w okresie ostatnich 30 i 10 lat (mężczyźni i kobiety razem)

18. FINANSOWANIE I ZASOBY INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA

Katarzyna Kwiatkowska, Olga Partyka, Monika Pajewska, Aleksandra Czerw

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i innych krajach UE

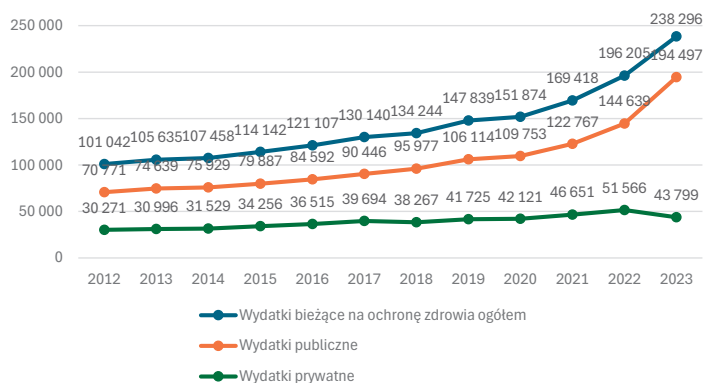
System ochrony zdrowia w Polsce od lat zmagają się z wyzwaniem niewystarczającego finansowania opieki zdrowotnej, czego wynikiem są m. in. trudności z dostępem do usług medycznych czy niedobory personelu medycznego. Pomimo iż poziom finansowania ze środków publicznych jest znaczący i wynosi 74% (2022 r.), wysokość dopłat pacjentów również jest istotna i stanowi niemal 1/5 wydatków prywatnych na zdrowie (19%, 2022 r.)¹. W niniejszej części opracowania przedstawiono dane dotyczące wydatków publicznych i prywatnych na opiekę zdrowotną oraz ich zmianę na przestrzeni ostatnich kilku lat. Za podstawowe źródło danych posłużyły Narodowe Rachunki Zdrowia, publikowane corocznie przez Główny Urząd Statystyczny i zawierające podstawowe informacje o wydatkach na opiekę zdrowotną w kilku zunifikowanych kategoriach. W dalszej części przedstawiono również dane dotyczące wydatków na tle krajów UE i OECD, celem zobrazowania sytuacji międzynarodowej i odniesienia sytuacji w Polsce do innych państw. W tych zestawieniach wykorzystano przede wszystkim dane OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development).

Wydatki publiczne i prywatne

Jak pokazuje rycina 18.1 wydatki bieżące na ochronę zdrowia z roku na rok sukcesywnie zwiększają się i to zarówno publiczne, jak i prywatne. Wzrost wydatków publicznych jest jednak bardziej dynamiczny – w okresie 5 letnim, czyli

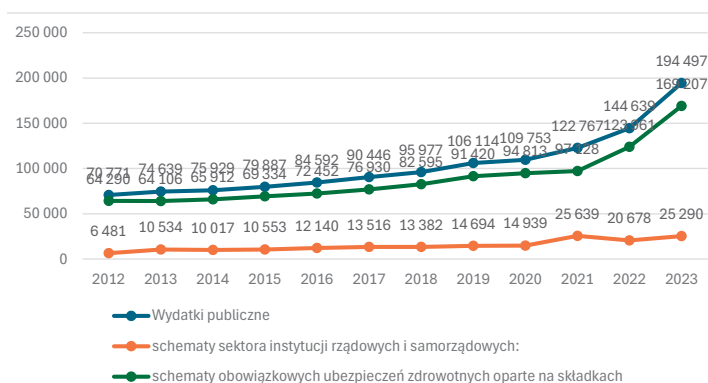
¹ Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2022 rok [22.01.2025] <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2022-rok,283,11.html>

pomiędzy 2018 r. a 2023 r. wydatki publiczne wzrosły o 103%, podczas gdy prywatne jedynie o 14%, co jest związane ze stałym zwiększaniem nakładów publicznych na zdrowie. Wydatki bieżące w 2023 r. wyniosły 238 296 mln PLN, z czego 82% stanowiły wydatki publiczne, a 18% prywatne.



Ryc. 18.1. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w latach 2012-2023 w mln PLN (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2013-2023])

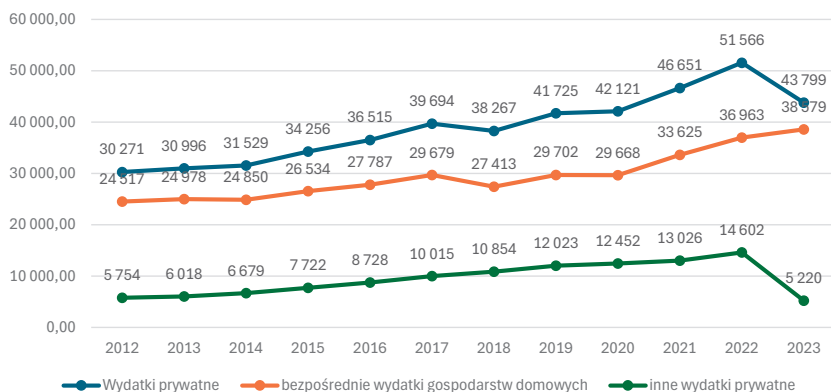
Zdecydowana większość wydatków publicznych pochodzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, w 2023 r. było to 87%, w poprzednich latach odsetek ten oscylował wokół 80% (ryc. 18.2).



Ryc. 18.2. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w latach 2012-2023 w mln PLN (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2012-2023])

Analizując wydatki prywatne widzimy, że główną ich część stanowią niezmienne bezpośrednio wydatki gospodarstw domowych. Poziom wydatków

bezpośrednich nieznacznie wzrastał na przestrzeni lat, natomiast w 2018 r. zanotowano spadek. Ponowny wzrost zauważyć można w 2019 r. (ryc. 18.3). Największy udział wydatków bezpośrednich stanowią wydatki na leki (ok. 60%), na drugim miejscu plasuje się opieka stomatologiczna, a następnie opieka ambulatoryjna. Najmniej z kieszeni pacjentów wydatkowane jest na produkty medyczne, opiekę szpitalną i badania diagnostyczne².



Ryc. 18.3. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w latach 2012-2023 w mln PLN (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2013-2023])

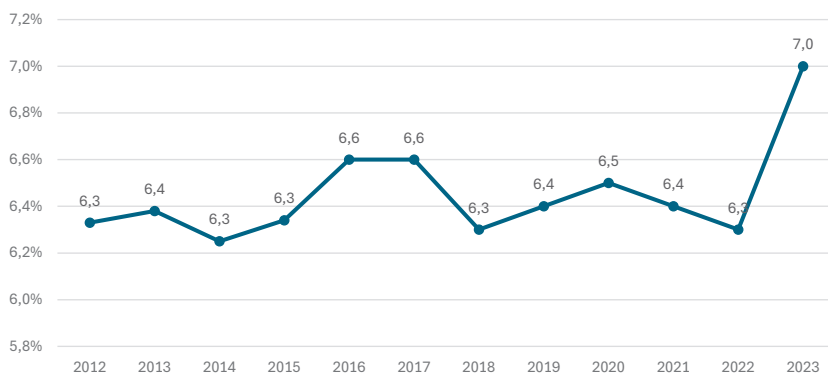
Jednym z głównych elementów porównania systemów opieki zdrowotnej jest odsetek PKB przeznaczanego na opiekę zdrowotną. W Polsce pozostaje on wciąż na niewielkim poziomie i od 2012 r. oscyluje wokół 6%, przy czym na przestrzeni lat odnotowano niewielkie fluktuacje. W 2023 r. odsetek PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia wyniósł 7%, co wciąż jest niższym odsetkiem niż średnia UE, wynosząca 9,9%³ (ryc. 18.4). W tym miejscu warto zaznaczyć zmianę w metodologii obliczania odsetka PKB przeznaczanego na zdrowie. Do 2017 r. udział wydatków na zdrowie liczono w relacji do wartości PKB z roku bieżącego. W nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 24 listopada 2017 r.⁴ wartość produktu krajowego brutto zaczęła

² Tambor M, Pavlova M. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020

³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela

⁴ Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2017 poz. 2434

być ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu prezesa Głównego Urzędu Statystycznego według stanu na dzień 31 sierpnia. Ostateczna wartość wskaźnika PKB podawana jest przez GUS z 2-letnim opóźnieniem, zatem realnie udział wydatków liczony jest w odniesieniu do wartości PKB sprzed 2 lat, a nie bieżącego, jak to miało miejsce przed 2017 r. Zmiany te należy mieć na uwadze analizując dane dotyczące wydatków na zdrowie na przestrzeni ostatnich kilku lat.



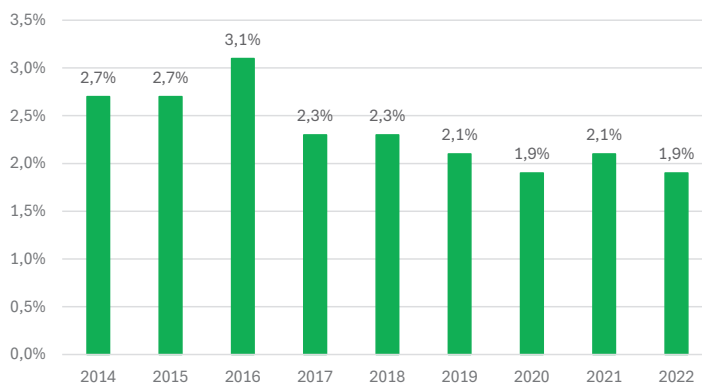
Ryc. 18.4. Wydatki na ochronę zdrowia ogółem jako % PKB – lata 2012-2023 (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2013-2023])

Zdecydowana większość wydatków na ochronę zdrowia przeznaczana jest na usługi lecznicze, w latach 2013-2022 było to niezmiennie ponad 50%. Kolejnym istotnym elementem są artykuły medyczne, których odsetek wynosił ok. 20% w analizowanych latach. Struktura wydatków nie ulega znaczącym zmianom na przestrzeni lat, na uwagę zasługuje natomiast wzrost wydatków na opiekę długoterminową o 2 punkty procentowe na przestrzeni ostatnich 5 lat (z 6 do 8%) (ryc. 18.5).

Wśród wydatków na ochronę zdrowia warto wyodrębnić wydatki na profilaktykę i ochronę zdrowia – w Narodowym Rachunku Zdrowia corocznie publikowanym przez GUS ten rodzaj wydatków umieszczony został w klasyfikacji funkcjonalnej pod nazwą „Profilaktyka i zdrowie publiczne”. Rycina 18.6 przedstawia udział tj. grupy wydatków w całkowitych wydatkach na zdrowie na przestrzeni lat 2014-2022. Od 2014 r. udział tych wydatków oscyluje wokół 2-3%, przy czym w ostatnich latach dominuje tendencja spadkowa. Najwyższy udział wydatków na zdrowie publiczne i profilaktykę na przestrzeni ostatnich lat występował w 2016 r. (3,1%), natomiast już w 2022 r. wyniósł jedynie 1,9%.

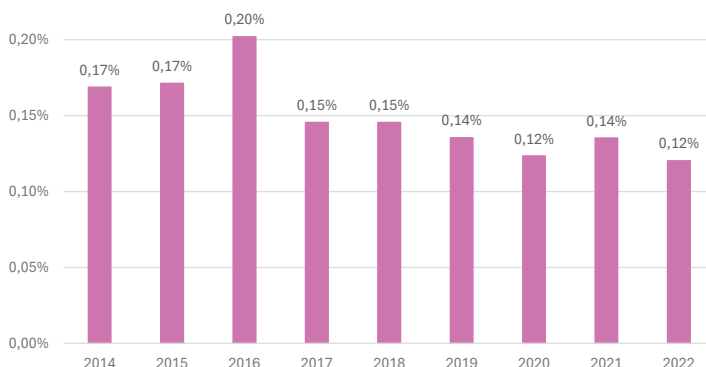


Ryc. 18.5. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w latach 2013-2022 ze względu na funkcję (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2013-2023])



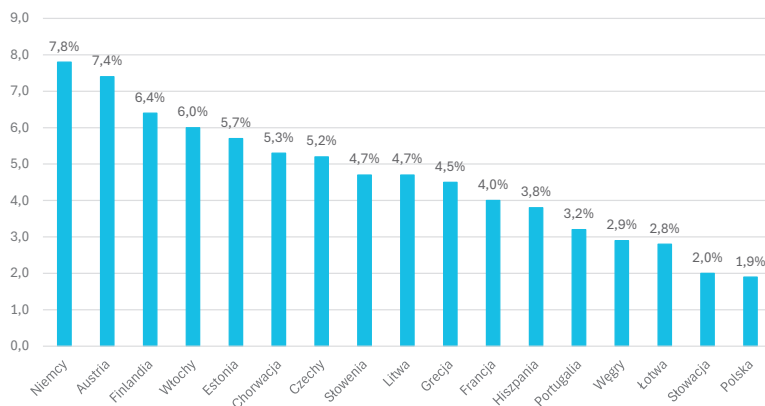
Ryc. 18.6 Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne jako % całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w latach 2014-2022 (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2015-2023])

Na rycinie 18.7 przedstawiono udział wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne jako % PKB na przestrzeni lat 2014-2022. W analizowanych latach udział procentowy tych wydatków nie przekracza 0,20%, najwyższy odnotowano w 2016 r. (0,20%), natomiast najniższy w 2020 r. i 2022 r. (0,12%),



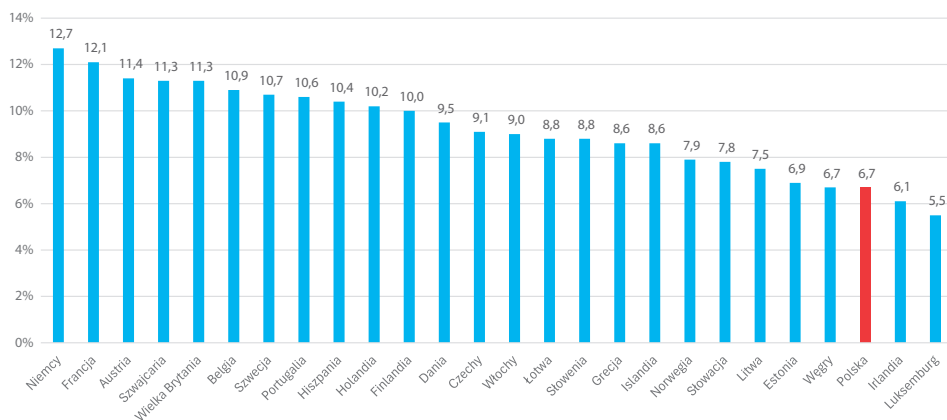
Ryc. 18.7. Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne jako % PKB w latach 2014-2022 (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2015-2023])

W krajach Unii Europejskiej udział wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne w całkowitych wydatkach na zdrowie wahał się od niemal 8% (Niemcy 7,8%, Austria 7,4%) do okolic 2 % (Polska 1,9%, Słowacja 2%) (ryc. 18.8). Zarówno na podstawie danych krajowych w odniesieniu do innych rodzajów wydatków jak i w porównaniu z innymi krajami, wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne w Polsce od wielu lat utrzymują się na niskim poziomie.



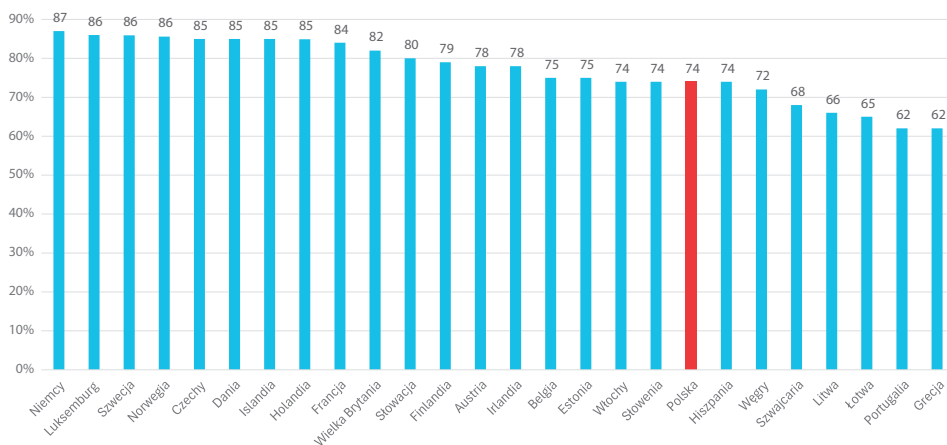
Ryc. 18.8. Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne jako % całkowitych wydatków na zdrowie w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

W kwestii wydatkowania PKB w czołówce znalazły się Niemcy z wartością 12,7% w 2022 r. Niższą wartość od Polski zanotowały jedynie Irlandia (6,1%) i Luksemburg (5,5%), (ryc. 18.9).



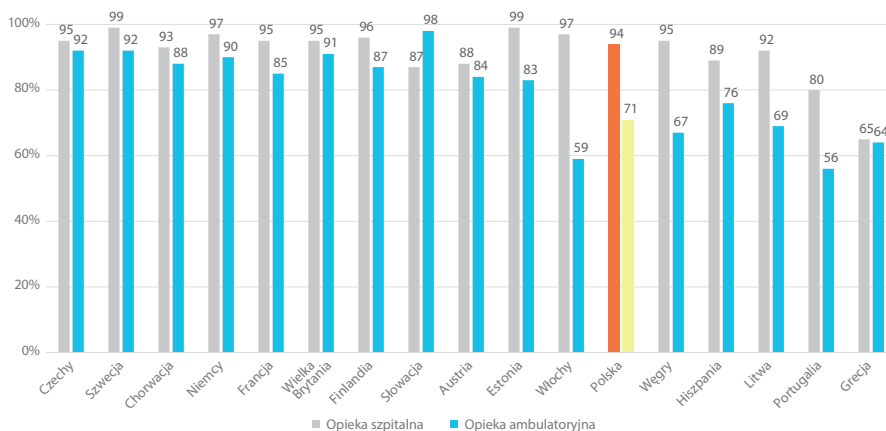
Ryc. 18.9. Wydatki na ochronę zdrowia ogółem jako % PKB w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Rycina 18.10 obrazuje, w jakim stopniu realizowane w danym kraju usługi medyczne pokrywane są ze środków publicznych. W tym zestawieniu Polska wypada stosunkowo dobrze z wartością 74% w 2022 r. Taką samą wartość odnotowała także Hiszpania, Słowenia i Włochy, nieco wyższą Estonia (75%) czy Belgia (75%). Najlepiej wypadły natomiast Niemcy z wartością 87%.



Ryc. 18.10. Pokrycie wszystkich usług medycznych ze źródeł rządowych oraz powszechnego ubezpieczenia w 2022 r. w % (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Jako uzupełnienie do powyższego zestawienia przedstawiono pokrycie ze środków publicznych usług opieki szpitalnej i ambulatoryjnej, czyli dwóch najbardziej kosztochłonnych elementów opieki medycznej (ryc. 18.11). Polska, podobnie jak powyżej, uplasowała się mniej więcej pośrodku z wartościami 71% dla opieki ambulatoryjnej i 94% dla opieki szpitalnej. W większości krajów przeważającą część wydatków publicznych pochłania opieka szpitalna, wyjątek stanowi Słowacja. W niektórych krajach wartości te są na bardzo podobnym poziomie, np. Grecja, Czechy.

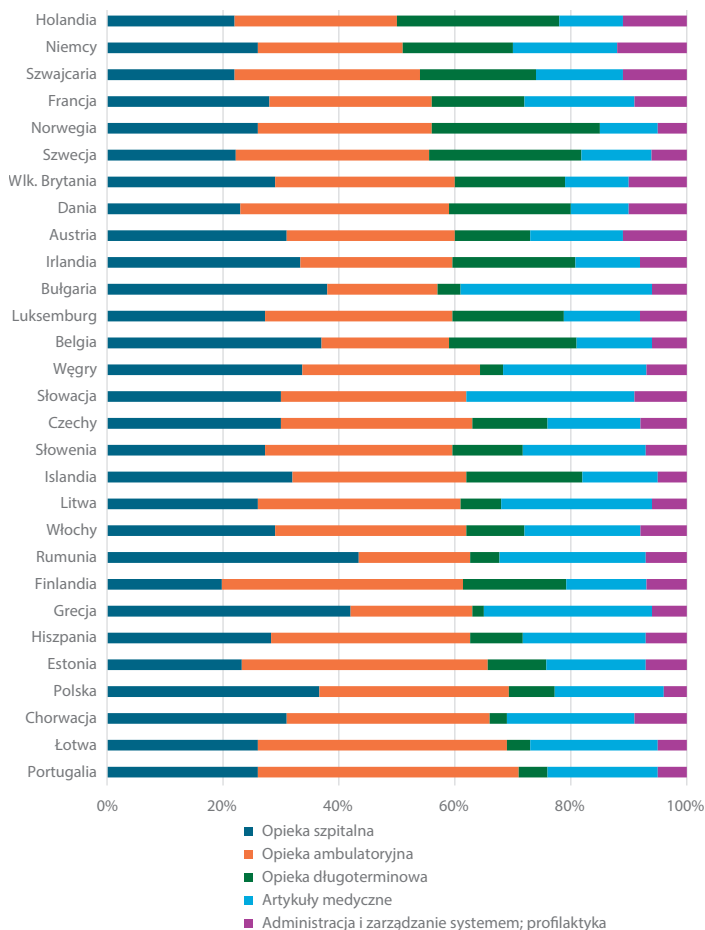


Ryc. 18.11. Pokrycie kosztów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz opieki szpitalnej ze źródeł rządowych oraz powszechnego ubezpieczenia w 2022 r. w % (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Struktura wydatków na opiekę zdrowotną w krajach OECD wykazuje dużą różnorodność. Opieka szpitalna w większości krajów pochłania największą część kosztów opieki medycznej, niekiedy jednak ustępuje miejsca opiece ambulatoryjnej (m. in. Finlandia, Łotwa, Portugalia, Estonia). W Polsce wartości te są dość zbliżone (37% opieka szpitalna i 33% opieka ambulatoryjna). Na uwagę zasługuje także większy udział opieki długoterminowej w strukturze wydatków, który zaobserwować możemy m. in. w Norwegii, Holandii, Szwecji, czy Belgii (wartość powyżej 20%). W Polsce wartość ta wynosi 8%, podobnie jak w Hiszpanii (9%), Estonii (10%) czy Litwie (7%) (ryc. 18.12).

Zasoby ochrony zdrowia

Na zasoby w ochronie zdrowia składają się zarówno zasoby ludzkie, jak również infrastruktura (placówki medyczne, liczba łóżek, sprzęt medyczny itp.). Od jakości zasobów w ochronie zdrowia w dużej mierze zależą możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli.



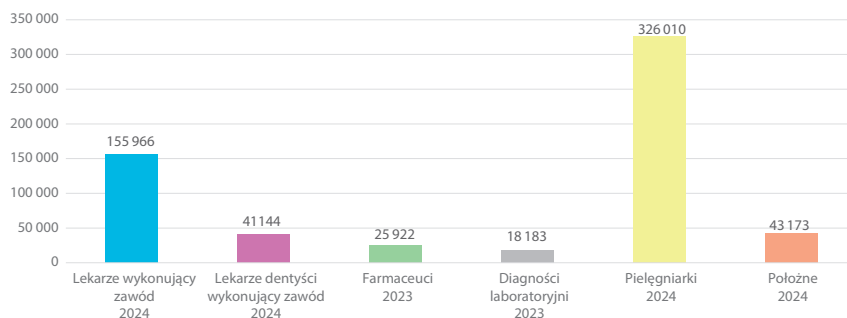
Ryc. 18.12. Struktura wydatków na opiekę zdrowotną w krajach OECD w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Jak wskazuje WHO, wysoką jakość usług medycznych można zapewnić przez połączenie różnych rodzajów zasobów, tj. finansowych, ludzkich i materialno-technicznych.⁵ Poniższe zestawienia oparto na danych Naczelnej Izby Lekarskiej, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Głównego Urzędu Statystycznego oraz Ministerstwa Zdrowia.

⁵ Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach, (red. A. Zybala), Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa 2009

Personel medyczny w systemie ochrony zdrowia

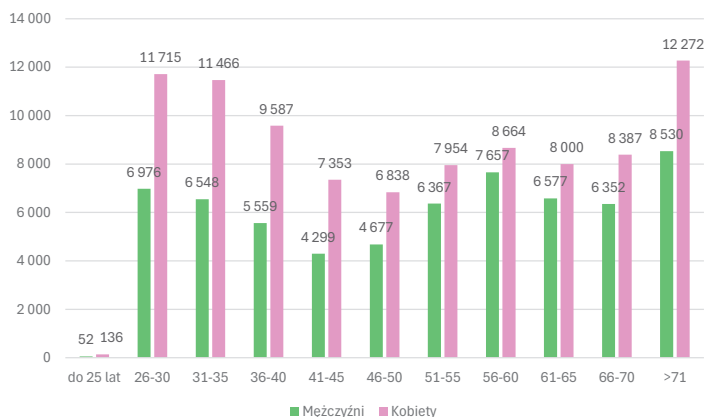
Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w 2024 r. w systemie funkcjonowało niemal 156 tys. lekarzy i 41 tys. lekarzy dentyistów wykonujących zawód Dane dotyczące farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych dostępne były za 2023 r. (ryc. 18.13).



Ryc. 18.13. Liczba personelu medycznego w Polsce (NIL, KIDL, GUS, NIPiP)

Analizując dane dotyczące płci widać wyraźną feminizację zawodu lekarza. Wśród mężczyzn największą grupę wiekową stanowiła grupa powyżej 71 lat (8 530, 13%), liczna była też grupa 56-60 lat (7 657, 12%) oraz 26-30 lat (6 976, 11%). Wśród kobiet najliczniejszą grupą była grupa powyżej 71 lat (12 272, 13%), jak również 26-30 lat (11 715, 13%) i 31-35 lat (11 466, 12%) (ryc. 18.14). Na podstawie przedstawionych danych średnia wieku dla mężczyzn wyniosła 51 lat, a dla kobiet 50 lat, jest ona wyższa z powodu liczby lekarzy aktywnych zawodowo po osiągnięciu wieku emerytalnego (ok. ¼). Analizując dane dotyczące struktury wieku wydaje się, że liczba lekarzy z młodszych grup wiekowych jest wystarczająca do zapewnienia zastępowalności pokoleń. Potwierdzają to ostatnie analizy Naczelnej Izby Lekarskiej, według których utrzymanie obecnego poziomu limitów kształcenia może doprowadzić nawet do nadwyżki lekarzy o 20% w 2048 r. Aktualne zapotrzebowanie to ok. 4,1 lekarza na 1000 mieszkańców, natomiast poziom ten wynosi między 3,4-3,6, tworząc ok. 15% lukę. Jak wynika z analiz NIL, do wypełnienia tej luki wystarczy, by studia ukończyli obecnie studiujący lekarze. Według modelu opracowanego przez NIL w najbliższych latach Ministerstwo Zdrowia powinno stopniowo zmniejszać liczbę miejsc na kierunku lekarskim, co pozwoli na zbilansowanie popytu i podaży lekarzy w systemie ochrony zdrowia⁶.

⁶ Naczelna Izba Lekarska, Aktualności, Polska na drodze do marnowania miliarda złotych rocznie na kształcenie nadmiarowych lekarzy [05.02.2025] <https://nil.org.pl/aktualnosci/8502-polska-na-drozdze-do-marnowania-miliarda-zlotych-rocznie-na-ksztalcenie-nadmiarowych-lekarzy>



Ryc. 18.14. Podział lekarzy wykonujących zawód w 2024 r. ze względu na płeć i wiek (NIL, Informacje Statystyczne [<https://nil.org.pl/rejstry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne/>])

Według danych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) w 2024 r. w Polsce zarejestrowanych było 326 010 pielęgniarek i 43 173 położnych⁷ (ryc. 18.13). W oparciu o Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce⁸, najliczniejszą grupę zarówno wśród pielęgniarek, jak i położnych stanowiły osoby w wieku 51-60 lat (odpowiednio 29,4% dla położnych i 31,5% dla pielęgniarek). Oznacza to, że średnio co trzecia pielęgniarka i położna w Polsce jest w wieku przedemerytalnym. Jak wskazują prognozy NIPiP z kwietnia 2022, do 2030 r. aż 65% obecnie zatrudnionych pielęgniarek i 60% położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych⁹. Sytuacja w tej grupie wiekowej wygląda znacznie gorzej niż w przypadku lekarzy, i jak wynika z Raportu NIPiP z 2022 r. oraz danych CRPiP, aktualne dane wskazują na brak zastępowalności pokoleń w tej grupie zawodowej (ryc. 18.15)¹⁰.

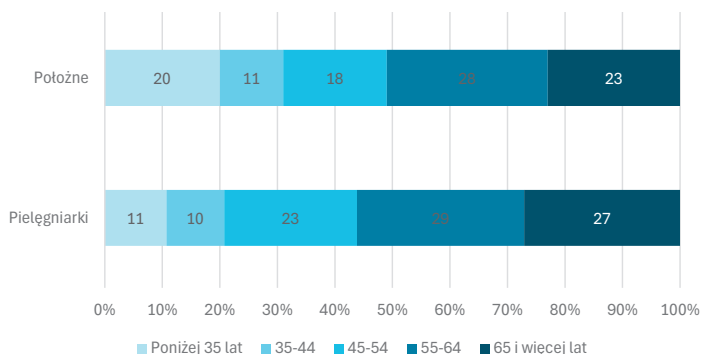
Oprócz liczby zarejestrowanych pielęgniarek i położnych istotnym jest wskaźnik zatrudnienia, który pokazuje, jaki odsetek pielęgniarek i położnych jest aktywna w swoim zawodzie. Dane pokazują, że najwyższy jest on w grupie wiekowej 41-60 lat, oscylując wokół 80% zarówno dla pielęgniarek jak i położnych.

⁷ Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych, 2024

⁸ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2023

⁹ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2023

¹⁰ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Pielęgniarka, Położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia, Warszawa, kwiecień 2022



Ryc. 18.15. Struktura wieku pielęgniarek i położnych w 2023 r. (NIPiP, Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych)

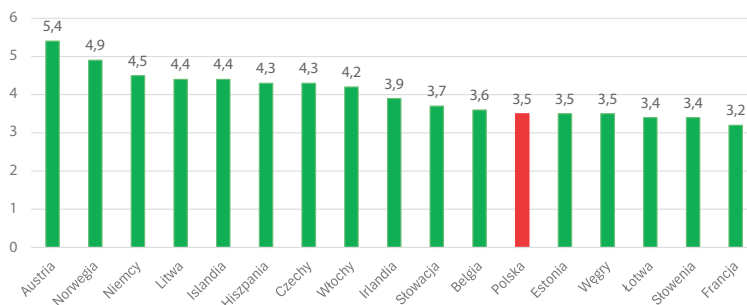
Relatywnie niski natomiast jest on w najmłodszej grupie wiekowej, tj. 21-30 lat (56,5% dla pielęgniarek i 55,3% dla położnych). Jak wynika z badań ankietowych, najczęściej powodami rezygnacji z pracy w zawodzie jest zbyt niski poziom wynagrodzenia lub poszukiwanie nowego zatrudnienia, a w grupie innych przyczyn znalazła się też czasowa bierność zawodowa wynikająca z ciąży, urlopu macierzyńskiego czy wychowawczego¹¹.

Pod kątem liczby lekarzy przypadających na 1 000 mieszkańców Polska z wartością 3,5 plasuje się w środku drugiej części zestawienia. Najlepiej pod tym kątem wypadła Austria z wartością 5,4, na drugim miejscu Norwegia (4,9). Najmniej lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców odnotowano na Łotwie (3,4), Słowenii (3,4) czy we Francji (3,2) (ryc. 18.16). Nieco inne dane wskazuje Eurostat, podając wartość 2,4 lekarzy na 1000 mieszkańców w 2021 r., co stawia Polskę w dużo gorszym świetle – uzasadnieniem jest inna metodologia liczenia danych przyjęta przez Eurostat, jak również niekompletne lub zawyżone dane dla poszczególnych krajów¹².

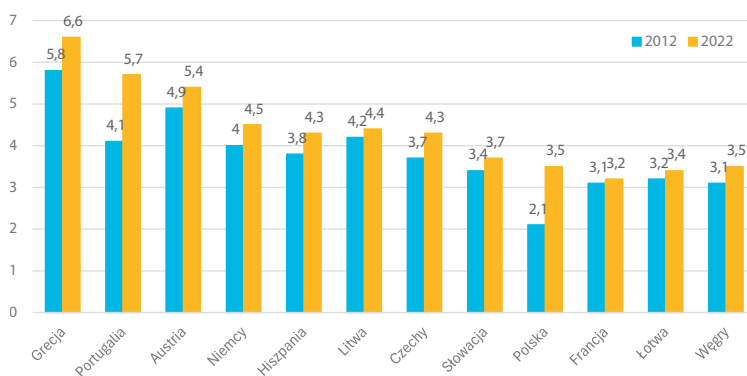
Rycina 18.17 przedstawia liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców w krajach OECD w latach 2012 i 2022. We wszystkich analizowanych krajach nastąpił wzrost liczby lekarzy, w tym w Polsce dość znaczący na tle innych państw. Najwyższy wskaźnik w 2022 r. odnotowano w Grecji (6,6), Portugalii (5,7) i Austrii (5,4). W Polsce w 2022 r. wartość wskaźnika wyniosła 3,5.

¹¹ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2023

¹² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela

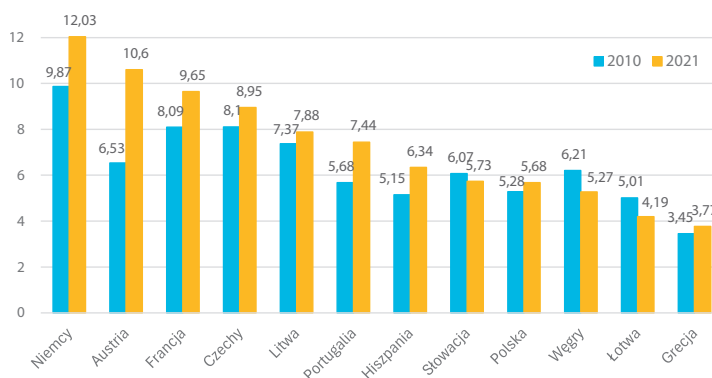


Ryc. 18.16. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)



Ryc. 18.17. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w latach 2012 i 2022 (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

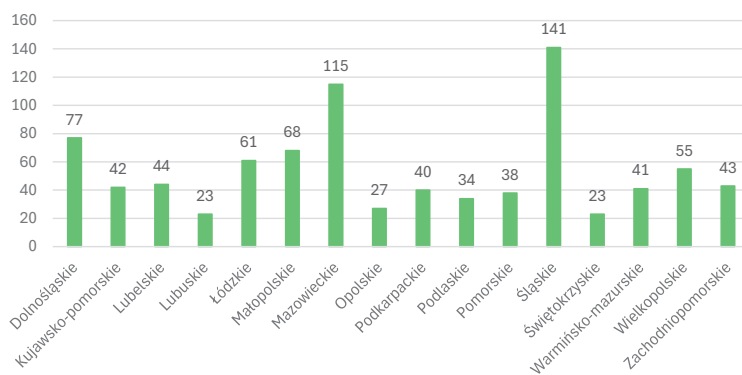
W przypadku pielęgniarek wskaźnik na 1000 mieszkańców wzrósł nieznacznie (Polska, Grecja), a w niektórych krajach zmalał (Słowacja, Węgry, Łotwa) (ryc. 18.18).



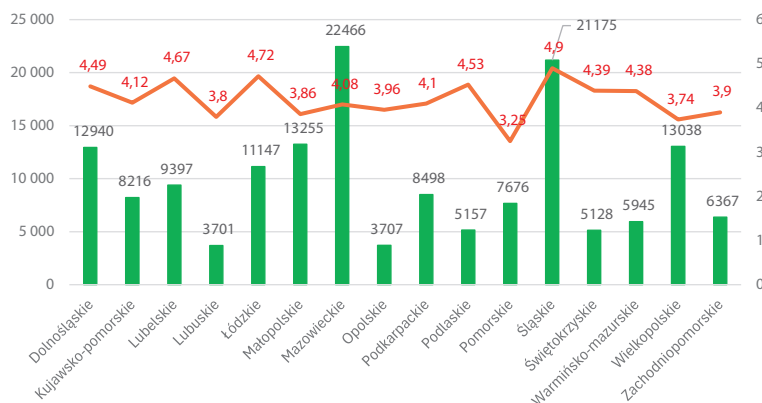
Ryc. 18.18 Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w latach 2010 i 2021 (OECD, Health at a Glance 2023)

Całodobowa opieka stacjonarna

W 2023 r. w Polsce funkcjonowały 872 szpitale, najwięcej w województwie śląskim (141), mazowieckim (115) i dolnośląskim (77) (ryc. 18.19). Podobnie wygląda liczba łóżek, których w 2022 r. odnotowano 157 813 w skali kraju. Najwięcej łóżek odnotowano w województwie mazowieckim (22 466), śląskim (21 175) i małopolskim (13 255). Jeżeli zaś chodzi o wskaźnik na 1 000 ludności, najwyższy odnotowano w województwie śląskim (4,9), łódzkim (4,72) i lubelskim (4,67) (ryc. 18.20)¹³.



Ryc. 18.19. Liczba szpitali w podziale na województwa w 2023 r. (MZ, Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2024)



Ryc. 18.20 Liczba łóżek w podziale na województwa oraz wskaźnik na 1000 ludności w 2023 r. (MZ, Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2024)

¹³ Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2023, Centrum e-Zdrowia, Warszawa 2023

Pomimo iż liczba łóżek wydaje się dość wysoka, ich dostępność w całym kraju jest nierównomierna, co bezpośrednio przekłada się na dostęp do świadczeń medycznych¹⁴. Dodatkowym problemem jest niski stopień wykorzystania łóżek, co przekłada się na nieuzasadnione i nadmierne koszty dla podmiotów leczniczych, a w skali kraju generuje większe koszty dla systemu ochrony zdrowia. Jak wskazuje raport NIK dotyczący funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, najniższy stopień wykorzystania łóżek odnotowano na oddziałach ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych, pediatrycznych oraz okulistycznych¹⁵.

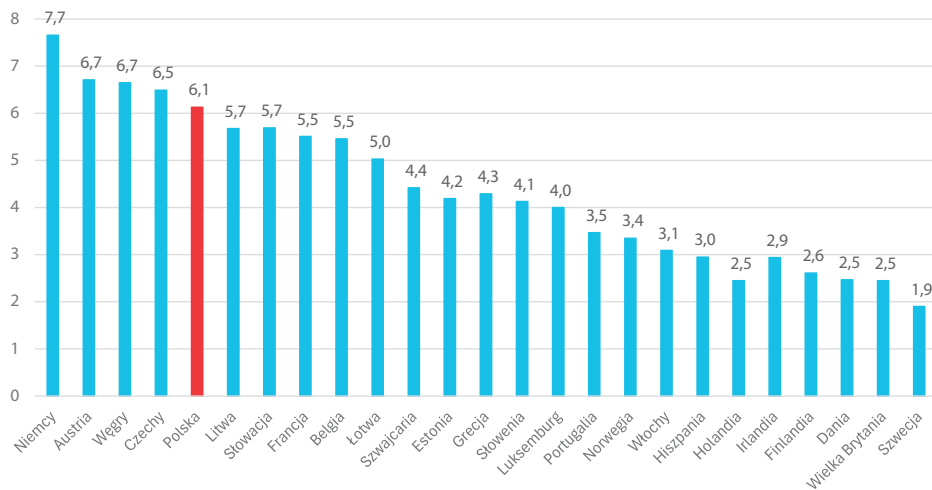
Dane międzynarodowe dotyczące liczby łóżek nieco odbiegają od danych krajowych, według OECD wskaźnik dla Polski wynosi bowiem 6,13 na 1000 mieszkańców. Jak wskazano w raporcie OECD „Health at a Glance: Europe 2024”, dane przedstawione w raporcie pochodzą głównie z oficjalnych statystyk krajowych i zostały zgromadzone za pośrednictwem wspólnych kwestionariuszy OECD i Eurostatu. Należy mieć na uwadze, że dane do instytucji międzynarodowych przekazywane są w określonych odstępach czasowych, natomiast na poziomie krajowym są one na bieżąco weryfikowane i aktualizowane, stąd możliwe rozbieżności w danych publikowanych przez instytucje krajowe i międzynarodowe. W świetle Raportu OECD na tle innych państw Polska uplasowała się na stosunkowo dobrej pozycji, tuż za Austrią, Węgrami i Czechami, które osiągnęły podobną wartość. Najwyższą wartość osiągnęły Niemcy (7,7), natomiast najniższą Dania (2,5), Wielka Brytania (2,5) oraz Szwecja (1,9) (ryc. 18.21).

Na rycinie 18.22 przedstawiono wskaźnik liczby ogółu konsultacji lekarskich w przeliczeniu na mieszkańca w krajach OECD. Przedstawione dane dotyczą wszystkich konsultacji lekarskich (POZ i specjaliści) na wszystkich poziomach opieki (ambulatoryjna, szpitalna itp.). W Polsce w 2022 r. odnotowano 7,1 wizyt na jednego mieszkańca. Najwyższy wskaźnik zanotowano we Włoszech (9,7), natomiast najniższy w Szwecji (2,3).

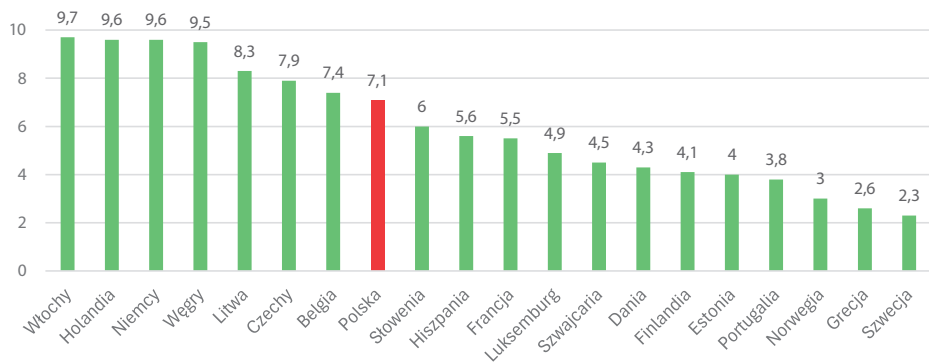
Analiza struktury porad ambulatoryjnych w Polsce pokazuje, że główną rolę odgrywa podstawowa opieka zdrowotna, obejmując 53,3% porad, natomiast na drugim miejscu uplasowały się porady u specjalistów z odsetkiem 36,7%. Najmniejszy udział miały porady stomatologiczne (ryc. 18.23).

¹⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela

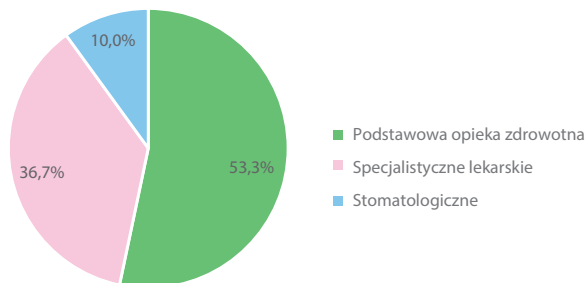
¹⁵ Najwyższa Izba Kontroli, Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [22.01.2025] <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/18/059/KZD/>



Ryc. 18.21. Liczba łóżek na 1000 mieszkańców w 2022 (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

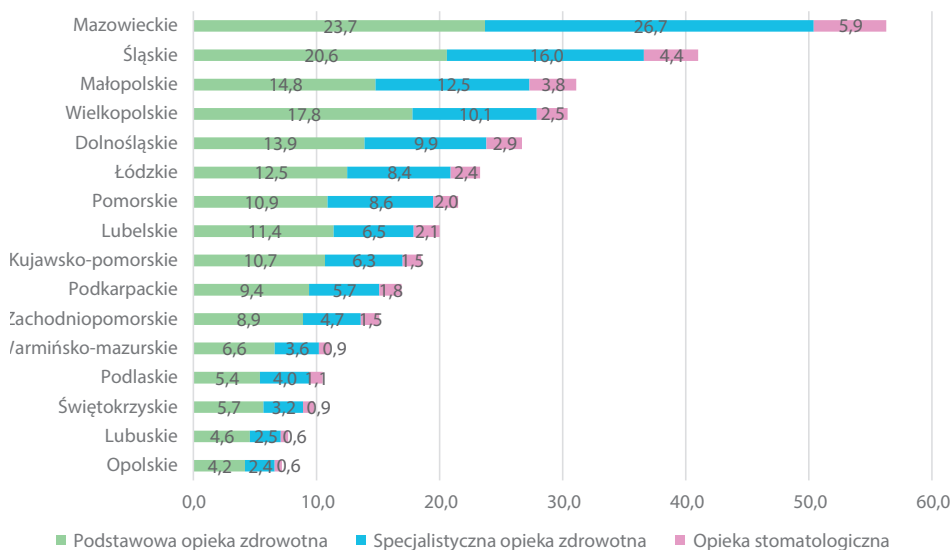


Ryc. 18.22. Wskaźnik liczby wszystkich konsultacji lekarskich na osobę w 2022 (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)



Ryc. 18.23. Struktura porad ambulatoryjnych w 2022 (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.)

Na rycinie 18.24 przedstawiono zróżnicowanie regionalne w liczbie udzielanych porad. Niezmiennie we wszystkich województwach najczęściej udzielanych jest porad z zakresu opieki podstawowej. Najwięcej porad ogółem udzielanych było w województwach mazowieckim, śląskim i małopolskim, natomiast najmniej w opolskim, lubuskim i świętokrzyskim.



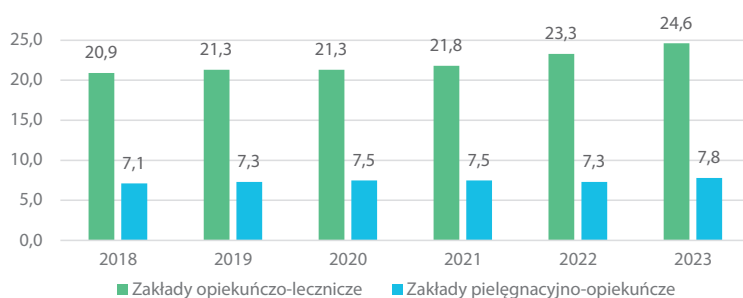
Ryc. 18.24. Struktura porad w podziale na województwa w 2023 r. (dane w mln) (GUS, Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2023 r.)

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej wśród osób starszych oraz opieka geriatryczna

Proces starzenia się ludności w Polsce postępuje z roku na rok. Według danych GUS pod koniec 2022 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła już 9,8 mln, co oznaczało wzrost o 0,7% w stosunku do roku poprzedniego. Współczynnik obciążenia demograficznego, czyli liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku od 15 do 64 lat, wyniósł w 2022 r. 29,9%.¹⁶ Obecna sytuacja demograficzna nie pozostaje bez wpływu na system ochrony zdrowia, co odczuwalne jest już dziś. Prognozy demograficzne nie pozostawiają złudzeń, dlatego tak istotne jest właściwe zaplanowanie zasobów w ochronie zdrowia, by zapewnić opiekę stale zwiększającej się grupie seniorów.

¹⁶ Główny Urząd Statystyczny, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r., Warszawa, Białystok 2023

Jednym ze wskaźników istotnych w opiece nad osobami starszymi jest liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Na przełomie lat 2018-2023 liczba obydwu rodzajów zakładów zwiększyła się, przy czym wyraźniejszy wzrost widać w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych (ryc. 18.25). Należy jednak pamiętać, że udzielanie świadczeń przez zakłady opiekuńczo-lecznicze nie może być utożsamiane z kompleksowym zapewnieniem opieki medycznej dla osób starszych z wielochorobowością. Wysoka jakość opieki nad tymi pacjentami może być zapewniona jedynie przez wyspecjalizowane oddziały i przychodnie geriatryczne¹⁷.

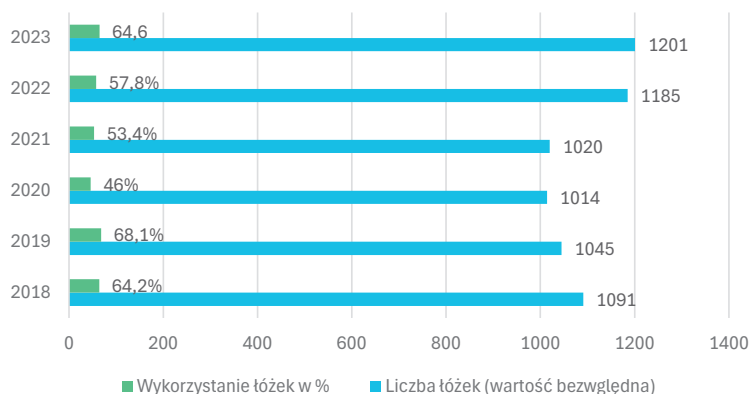


Ryc. 18.25. Liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu ogólnego (bez łóżek psychiatrycznych) w 2023 r. w tys. (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.)

Analizując liczbę i wykorzystanie łóżek na oddziałach geriatrycznych na przestrzeni ostatnich kilku lat widzimy, że o ile liczba tych łóżek wzrosła, o tyle ich wykorzystanie na przestrzeni prezentowanych lat ulegało wahaniom w stronę poprawy wskaźnika (2019) bądź pogorszenia (2020, 2021, 2022) w stosunku do roku 2018. W 2023 roku wartość wskaźnika jest zbliżona do tej z 2018 i wyniosła 64,6%. (ryc. 18.26). Jak wskazuje raport NIK dotyczący funkcjonowania opieki geriatrycznej z 2021 r., najważniejszym problemem jest zbyt mała liczba personelu medycznego mającego kwalifikację w tej dziedzinie, kwestia ta dotyczy zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Obok niewystarczającej liczby specjalistów z zakresu geriatry występuje dodatkowo problem ich nierównomiernego rozmieszczenia w skali kraju co powoduje, że są województwa (np. warmińsko-mazurskie), w których nie ma żadnego specjalisty w tej dziedzinie¹⁸.

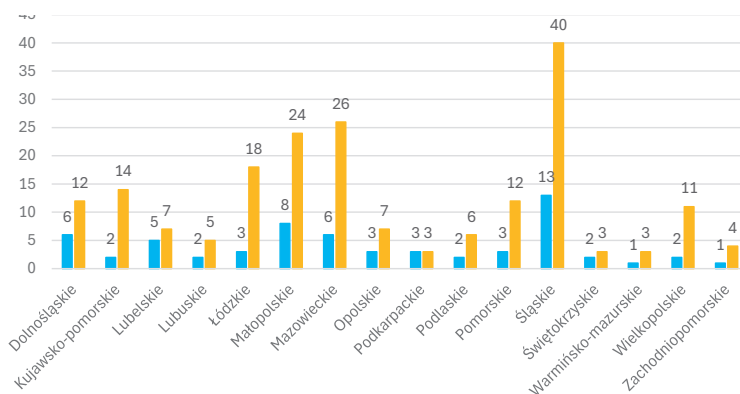
¹⁷ Najwyższa Izba Kontroli, Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej [22.01.2025] <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/21/072/LKI/>

¹⁸ Najwyższa Izba Kontroli, Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej [22.01.2025] <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/21/072/LKI/>



Ryc. 18.26. Liczba łóżek i wykorzystanie łóżek na oddziałach geriatrycznych w latach 2018-2022 (MZ, Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia [2019-2024])

W 2023 r. w Polsce funkcjonowały 62 oddziały geriatryczne i 195 poradni geriatrycznych. Jak już wspomniano, występuje dość duże zróżnicowanie regionalne w tym zakresie i tak np. w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim funkcjonował zaledwie jeden oddział geriatryczny, natomiast najwięcej odnotowano w województwach śląskim (13) i małopolskim (8). Najmniej poradni geriatrycznych występuje w województwach: podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (po 3 w każdym województwie). Najwięcej poradni geriatrycznych, podobnie, jak w przypadku oddziałów, odnotowano w województwie śląskim (40), a także w mazowieckim (26) i małopolskim (24) (ryc. 18.27).



Ryc. 18.27. Liczba poradni i oddziałów geriatrycznych w 2023 r. (GUS, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.)

