

SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKIEJ I JEJ UWARUNKOWANIA 2022

Pod redakcją:
Bogdana Wojtyniaka
i Pawła Goryńskiego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowy Instytut Badawczy

Warszawa 2022



SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI I JEJ UWARUNKOWANIA 2022

Pod redakcją
Bogdana Wojtyniaka
i Pawła Goryńskiego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowy Instytut Badawczy

Warszawa 2022

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)

eISBN 978-83-65870-54-4

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: bwojtyniak@pzh.gov.pl

www.pzh.gov.pl

Przygotowanie publikacji do druku:

Kamil Potęga, Studio Grafpa

SPIS TREŚCI

OD REDAKTORÓW	7
SŁOWNIK SKRÓTÓW	11
1. NAJWAŻNIEJSZE FAKTY	15
2. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ ...	43
<i>Bożena Moskalewicz, Paweł Goryński, Jakub Stokwiszewski, Aneta Trochonowicz, Bogdan Wojtyniak</i>	
3. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI	67
<i>Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Daniel Rabczenko, Tomasz Madej, Paweł Goryński, Aneta Trochonowicz, Tomasz Zdrojewski</i>	
4. CHOROBY HOSPITALIZOWANE W POLSCE – ZMIANY TRENDÓW W OKRESIE PANDEMII COVID-19	197
<i>Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Wojciech Seroka, Bożena Moskalewicz</i>	
5. CHOROBY KARDIOLOGICZNE W OKRESIE PANDEMII COVID-19 W POLSCE	233
<i>Piotr Feusette, Marek Gierlotka, Mariusz Gąsior, Daniel Rabczenko, Jakub Stokwiszewski, Bogdan Wojtyniak</i>	
6. WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA PROFILAKTYKĘ WTÓRNĄ NOWOTWORÓW W POLSCE	269
<i>Paweł Koczkodaj, Urszula Sulkowska, Urszula Wojciechowska, Magdalena Rosińska, Hubert Pawlik, Jan Poleszczuk, Piotr Rutkowski, Joanna Didkowska</i>	
7. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA Z UWZGLĘDNIENIEM WPŁYWU PANDEMII COVID-19 NA ZDROWIE PSYCHICZNE	289
<i>Daria Biechowska, Marta Welbel, Krzysztof Ostaszewski</i>	
8. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA WYBRANYCH CHOROÓB ZAKAŹNYCH W POLSCE	315
<i>Małgorzata Sadkowska-Todys, Iwona Paradowska-Stankiewicz, Magdalena Rosińska, Małgorzata Stępień, Mirosław P. Czarkowski</i>	

9. ROZWÓJ PANDEMII COVID-19 W POLSCE	375
<i>Magdalena Rosińska, Małgorzata Sadkowska-Todys, Małgorzata Stępień</i>	
10. CZĘSTOŚĆ WYPADKÓW I ICH SKUTKI ZDROWOTNE – POTENCJALNY WPŁYW ZMIAN STYLU ŻYCIA MIESZKAŃCÓW POLSKI W OKRESIE PANDEMII.....	393
<i>Rafał Halik, Wojciech Seroka</i>	
11. WIELOASPEKTOWA ANALIZA ABSENCJI CHOROBEJ	415
<i>Ewa Karczewicz, Agnieszka Sikora</i>	
12. SUBIEKTYWNA OCENA STANU ZDROWIA I POZIOMU ZASPOKOJENIA POTRZEB ZDROWOTNYCH PRZED I W TRAKCIE PANDEMII COVID-19.....	441
<i>Anna Smaga, Stefan Bogusławski, Katarzyna Wróbel, Bogdan Wojtyniak</i>	
13. ROZPOWSZECHNIENIE BEHAWIORALNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA ZDROWOTNEGO I JEGO ZMIANY W OKRESIE PANDEMII COVID-19 ...	497
<i>Anna Poznańska, Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak</i>	
14. WYBRANE ASPEKTY SPOSOBU ŻYWIENIA POLAKÓW, Z UWZGLĘDNIENIEM OKRESU PANDEMII COVID-19.....	515
<i>Katarzyna Stoś, Ewa Rychlik, Agnieszka Woźniak, Maciej Ołtarzewski, Jakub Stokwiszewski Bogdan Wojtyniak</i>	
15. IDENTYFIKACJA NAJWAŻNIEJSZYCH PROBLEMÓW I POTRZEB ZDROWOTNYCH POPULACJI POLSKI I JEJ WOJEWÓDZTW NA PODSTAWIE AKTUALNYCH WYNIKÓW BADANIA GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD).....	557
<i>Roman Topór-Mądry, Anna Weszka, Agnieszka Doryńska, Bogdan Wojtyniak, Maja Pašović, Mohsen Naghavi, Christopher J. L. Murray</i>	
16. WPŁYW COVID-19 NA EFEKT ZMIANY SPOSOBU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OKULISTYCZNYCH	589
<i>Barbara Więckowska, Tomasz Stachurski, Marek Rękas</i>	
17. WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA MECHANIZMY FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KONTEKŚCIE ZMIAN STRUKTURY POTRZEB ZDROWOTNYCH	605
<i>Dorota Dudek-Godeau, Olga Partyka, Monika Pajewska, Aleksandra Czerw</i>	

OD REDAKTORÓW

Cyklicznie prezentowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy raport o Sytuacji Zdrowotnej Ludności Polski ukazuje się w okresie niewielkiego oddechu po trwającej w latach 2020-2021 pandemii COVID-19. Wydaje się jednak, że będziemy musieli się powoli przyzwyczajać do stałej obecności wirusa SARS-CoV-2 w populacji naszego kraju i świata, podobnie jak przyzwyczailiśmy się do obecności wirusa grypy (Influenzavirus).

Niemniej szkody, jakie wyrządził COVID-19 w stanie zdrowia ludności świata będą odrabiane przez szereg kolejnych lat. Trzeba zauważyć, że już na początku 2020 roku zasygnalizowano ten problem w polskim Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) 2021-2025 stwierdzając, że „Przy realizacji NPZ niezbędne jest uwzględnienie wpływu skutków zdrowotnych wywołanych przez epidemię COVID-19 na zdrowie populacji. Choroba ta przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu II wojny światowej”. Zaznaczono również, że w związku ze starzeniem się populacji „Epidemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje efekt negatywnej synergii”.

Redaktorzy prezentowanego opracowania wzięli pod uwagę te wszystkie bieżące uwarunkowania i prosili autorów poszczególnych rozdziałów o możliwie pogłębioną ocenę skutków pandemii w ich obszarze tematycznym problemów zdrowotnych. Okazało się to niemożliwe tylko w rozdziale poświęconym Globalnemu Obciążeniu Chorobami ze względu na przesunięcie terminy opublikowania najnowszych danych z badania Global Burden of Disease.

Tak jak w przypadku wcześniejszych raportów przedstawiony obecnie obraz stanu zdrowia ludności opiera się na dostępnych w momencie tworzenia raportu danych

odnoszących się do okresu pandemii, pochodzących przede wszystkim z rutynowych systemów informacyjnych. Większość z tych systemów funkcjonuje w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej zatwierdzonego, co roku przez Prezesa Rady Ministrów. Źródłem ważnych danych jest też system informacyjny ZUS, który od szeregu lat pozwala na przygotowanie rozdziału o absencji chorobowej. Ponadto w raporcie wykorzystano dane zawarte w uznanych międzynarodowych bazach danych, w tym w szczególności w bazie danych Eurostatu oraz OECD i WHO.

W obecnym raporcie tak jak w poprzednim wykorzystano też istotne dane pochodzące z innych źródeł. Należą do nich m.in. ankietowe badania reprezentatywnej próby losowej dorosłych mieszkańców Polski, przeprowadzone przez NIZP PZH – PIB zarówno w 2022 r., jak również w 2018 r., których wyniki przedstawiono w rozdziale poświęconym subiektywnej ocenie zdrowia i zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych przed i w trakcie pandemii COVID-19. Samej pandemii COVID-19 został poświęcony osobny rozdział omawiający jej przebieg na podstawie danych z dedykowanych systemów informacyjnych i specjalnych badań epidemiologicznych.

W ramach prezentowania wybranych problemów związanych ze zdrowiem polskiego społeczeństwa, w sposób pogłębiony w obecnym Raporcie omówione zostały już po raz trzeci problemy związane ze sposobem żywienia i stanem odżywienia Polaków z wykorzystaniem badań własnych jak również danych GUS.

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 2019.

Niezwykle cenne są opracowane przez zespoły specjalistów, oceny wpływu pandemii COVID-19 na opiekę onkologiczną i leczenie schorzeń kardiologicznych w Polsce. To właśnie problemy omówione w tych rozdziałach mogą nabierać coraz większego znaczenia w kontekście tzw. długu zdrowotnego.

Tradycyjne już rozdziały również zawierają nowe podejście i nowe treści. I tak na przykład w rozdziale poświęconym trwaniu życia i umieralności przedstawiono wyniki analiz zmian dotychczasowych trendów umieralności i długości życia w różnych podpopulacjach ludności Polski. W rozdziale o chorobowości hospitalizowanej szczególną uwagę poświęcono

zmianom struktur chorobowości hospitalizowanej pod kątem wpływu pandemii oraz hospitalizacji chorych na COVID-19.

Patrząc na całość raportu trzeba zauważyć, że z punktu widzenia oceny efektów działań prowadzonych w ramach obecnie realizowanego Narodowego Programu Zdrowia, którego celem strategicznym jest „wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu” a także jego przyszłych wersji, aktualne systemy informacyjne dotyczące zdrowia zawierają mało informacji o statusie społeczno-ekonomicznym osób a łączenie danych z różnych systemów zwłaszcza spoza sektora zdrowia jest w chwili obecnej praktycznie niemożliwe. Dodatkowym problemem związanym z realizacją celu strategicznego, a więc postulatem zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu jest znaczne skrócenie przeciętnego trwania życia. W tym kontekście kluczowym staje się pytanie jak szybko uda się przetrwać kryzys zdrowotny spowodowany pandemią, ale przecież nie tylko nią, bo zahamowanie poprawy stanu zdrowia ludności Polski zaznaczało się już wcześniej.

Prezentowane opracowanie jest już dwudziestym w serii zapoczątkowanej przez PZH w 1977 r. Autorzy i redaktorzy mają świadomość, że nie wyczerpuje ono niezwykle rozległego tematu, jakim jest zdrowie społeczeństwa, a problematyka każdego rozdziału zasługuje na osobny raport (szczegółowe opracowania dotyczące problemów chorób zakaźnych, psychicznych, nowotworów, chorób zawodowych są przygotowywane przez odpowiednie instytuty resortu zdrowia). Sądzymy jednak, że to właśnie prosta, syntetyczna analiza pokazująca dynamikę problemów zdrowotnych w kraju oraz ich kontekst międzynarodowy jest potrzebna dla prowadzenia racjonalnej polityki zdrowotnej. Mamy nadzieję, że prezentowane opracowanie będzie dobrze służyło wszystkim osobom i organizacjom działającym na polu zdrowia publicznego a także wszystkim tym, którzy dążą do poprawy stanu zdrowia polskiego społeczeństwa.

Na zakończenie redaktorzy zapraszają czytelników na stronę internetową NIZP PZH – PIB celem pobrania wersji elektronicznej (pdf) tego opracowania jak również jego wersji angielskiej, a także wcześniejszych wersji oraz innych interesujących opracowań dotyczących zdrowia ludności Polski. Szczególnie polecamy odwiedzenie Bazy Wiedzy (<http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>) na temat nierówności w zdrowiu, oraz uaktualnionej interaktywnej mapy dotyczącej zdrowia ludności Polski prezentowanej do poziomu powiatów z możliwością wydruku krótkich raportów dla tych jednostek terytorialnych.

SŁOWNIK SKRÓTÓW

AIDS	zespół nabytego niedoboru odporności (ang. Acquired Immuno-deficiency Syndrome)
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
APC	roczna procentowa zmiana (ang. Annual Percent Change)
BAEL	Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności
CAPI	wywiad bezpośredni przy użyciu komputera (ang. Computer Assisted Personal Interviews)
BMI	wskaźnik masy ciała (ang. Body Mass Index)
CABG	pomostowanie tętnic wieńcowych (ang. coronary artery bypass graft)
ChUK	choroby układu krążenia
ChSN	choroby serca i naczyń synonim ChUK
COVID-19	(ang. Corona-Virus-Disease-2019)
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, obecnie Centrum e-Zdrowie
DAA	bezpośrednie działanie przeciwwirusowe (ang. Direct-acting antivirals)
DALY	utracone lata życia w zdrowiu (ang. Disability Adjusted Life Years)
DiLO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
DVG	ustawa o cyfrowej opiece zdrowotnej (niem. Digitale-Versorgung-Gesetz)

ECDC	Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ang. European Centre for Disease Prevention and Control)
EEA	Europejska Agencja Środowiska (ang. European Environment Agency)
EHIS	Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (ang. European Health Interview Survey)
EOG	Europejski Obszar Gospodarczy
ESP2013	europajska populacja standardowa Eurostatu (2013 r.) (ang. European Standard Population)
EU-SILC	Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (ang. European Union Statistics on Income and Living Conditions)
GBD	Globalne Obciążenie Chorobami (ang. Global Burden of Disease)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HAV	wirus zapalenia wątroby typu A (ang. Hepatitis A Virus)
HBV	wirus zapalenia wątroby typu B (ang. Hepatitis B Virus)
HCV	wirus zapalenia wątroby typu C (ang. Hepatitis C Virus)
HDI	wskaźnik rozwoju społecznego (ang. Human Development Index)
HIV	ludzki wirus niedoboru odporności, ludzki wirus upośledzenia odporności (ang. Human Immunodeficiency Virus)
HLY	długość trwania życia w zdrowiu (ang. Healthy Life Years)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, dziesiąta rewizja (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
IHME	Instytut Miar Zdrowia i Ewaluacji (ang. Institute for Health Metrics and Evaluation)–jgp – system jednorodnych grup pacjentów
Karta DiLO	karta diagnostyki i leczenia onkologicznego
KGP	Komenda Główna Policji
KOS	zawał – program skoordynowanej opieki po zawale serca (ang. Managed care for acute myocardial infarction survivors – MACAMIS)

KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
LDL	lipoproteina o małej gęstości (ang. low-density lipoprotein)
MDR-TB	gruźlica lekooporna (ang. multi-drug-resistant tuberculosis)
MSM	mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (ang. men who have sex with men)
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP PZH – PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (dawniej NIZP – PZH)
NOP	niepożądany odczyn poszczepienny (ang. adverse event following immunization – AEFI)
NSTEMI	zawał serca bez uniesienia odcinka ST (ang. nonST-elevation myocardial infarction)
OBChSO	Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej
OBSER-CO	Ogólnopolskie Badanie Seroepidemiologiczne COVID-19
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organisation for Economic Cooperation and Development)
OOP	wydatki z własnej kieszeni (ang. out of pocket)
PAN	Polska Akademia Nauk
PCI	przezskórne interwencje wieńcowe (ang. percutaneous coronary interventions)
PKB	produkt krajowy brutto
POChP	przewlekła obturacyjna choroba płuc
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PPS	standard siły nabywczej (ang. purchasing power standard)
PSSE	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
PSO	program szczepień ochronnych
p.p.	punkt procentowy
PTO	Polskie Towarzystwo Okulistyczne
PTUA	poradnia terapii uzależnień od alkoholu
PTUSP	poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych
PWID	osoby używające narkotyków we wstrzyknięciach (ang. people who inject drugs)

PYLL	utraczone potencjalne lata życia (ang. Potential Years of Life Lost)
PYLL75	utraczone potencjalne lata życia dla wieku odniesienia 75 lat
PZP	poradnia zdrowia psychicznego
SDI	indeks społeczno-demograficzny (ang. Social Development Index)
SCOP	Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich
SILICARD	Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej
UE	Unia Europejska
UE28	28 krajów członkowskich Unii Europejskiej
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization)
WHO HFA DB	Europejska Baza Danych Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich” (ang. WHO European Health for All Database)
WSM	osoby heteroseksualne (ang. men who have sex with women and women who have sex with men)
WZW	wirusowe zapalenie wątroby
YLD	liczby lat przeżytych z niesprawnością (ang. Years of Life with Disability)
YLL	liczby utraconych lat życia (ang. Years of Life Lost)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

1. NAJWAŻNIEJSZE FAKTY

1.1. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

Sytuację demograficzno-społeczną w Polsce można wciąż jeszcze uznać za stosunkowo korzystną z punktu widzenia zdrowia publicznego. Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE27), jednak jak pokazują 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 krajów UE.

Bardzo poprawia się poziom wykształcenia ludności. Odsetek kobiet z wyższym wykształceniem jest w Polsce obecnie wyższy od przeciętnego dla krajów UE. Jednak w przypadku mężczyzn mimo korzystnych zmian jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE.

Za korzystny proces należy uznać zmniejszanie się zróżnicowania dochodów, które w ostatnich latach jest w Polsce na poziomie niższym od przeciętnego dla krajów UE. Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w naszym kraju jest obecnie na poziomie niższym od przeciętnego dla UE. Największą poprawę obserwuje się w przypadku dzieci i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast brak jest poprawy w przypadku osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej, ale również w najstarszej grupie odsetek osób zagrożonych jest niższy od przeciętnego dla krajów UE.

Poziom bezrobocia ogółem jak również długotrwałego w Polsce zalicza się do jednego z najniższych w UE. Województwami, gdzie sytuacja w zakresie bezrobocia jest 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 UE, a szczególnie wyraźnie występuje to w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań. Natomiast Polacy rzadziej niż ogół mieszkańców UE mieszkają w mieszkaniach złej jakości.

Ostatni, z 2022 r., Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI) wynoszący 0,880 plasuje Polskę wśród krajów o najwyższych jego wartościach, w UE jesteśmy na 20 miejscu a w świecie na 36 miejscu. Oceniając sytuację w porównaniu do 2019 r. nasz kraj utrzymuje swoją pozycję w UE natomiast w skali światowej przesunął się w dół o 4 pozycje.

Ostatni, z 2022 r, Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index HDI) wynoszący 0,880 plasuje Polskę wśród krajów o najwyższych jego wartościach w UE na 20 miejscu i na 32 miejscu w świecie.

1.2. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI

Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski w 2020 i 2021 r. wskazuje, że w latach pandemii COVID-19 nastąpiło zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia Polaków, szczególnie osób starszych.

W 2021 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71,75 lat i była krótsza o 2,3 lat niż w poprzedzającym pandemię 2019 r. a w przypadku mężczyzn w wieku 65 lat była krótsza o 1,9 roku. Długość życia kobiet wynosiła 79,68 lat i była krótsza o 2,1 lat niż w 2019 r. (w wieku 65 lat uległa skróceniu o 1,7 roku). Mężczyźni bardziej ucierpieli w pierwszym roku pandemii (długość życia uległa skróceniu o 1,46 roku) niż w drugim (dalsze skrócenie o 0,86 roku) natomiast kobiety w obu latach ucierpiały w podobnym stopniu (długość życia uległa skróceniu odpowiednio o 1,04 i 1,03 roku).

Wpływ pandemii na skrócenie długości życia mieszkańców miast i wsi wśród mężczyzn w obu latach był większy w miastach, natomiast u kobiet w 2020 r. był większy wśród mieszkanek wsi, a w 2021 r. był podobny w obu populacjach. Skrócenie długości życia mieszkańców miast w 2020 r. było wyraźnie związane z wielkością

miasta – im większe miasto tym było ono mniejsze. Skrócenie długości życia spowodowane pandemią miało znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie i międzypowiatowe.

Długość życia polskich mężczyzn i kobiet zmieniła w okresie pandemii swoją wartość bardziej niż w większości krajów UE. Skrócenie było większe od średniego dla krajów UE o 1,1 roku dla ogółu mężczyzn i o 1 rok dla mężczyzn w wieku 65 lat, natomiast w przypadku kobiet odpowiednio o 1 rok i 1,1 roku. Większe skrócenie długości życia w wyniku pandemii COVID-19 wśród mieszkańców Polski niż ogółu mieszkańców UE spowodowało dalsze powiększenie niekorzystnego dla Polski deficytu w zakresie tego podstawowego wskaźnika zdrowia populacji w stosunku do ogółu krajów UE.

Przeciętna długość życia kobiet w powiatach w niewielkim stopniu zależała od wartości wskaźnika deprivacji, ale skrócenie długości życia kobiet w okresie pandemii było największe w powiatach o największym poziomie deprivacji, a najmniejsze w powiatach, gdzie indeks deprivacji był najniższy. Natomiast w przypadku mężczyzn różnica w zakresie 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.

Stała, chociaż już znacznie mniejsza niż w latach 2020–2021, nadwyżka zgonów występuje w Polsce i w innych krajach UE do chwili obecnej (sierpień 2022 r.). W Polsce nadwyżka ta mniej więcej od połowy kwietnia 2022 r. jest w małym stopniu spowodowana zgonami z powodu COVID-19, co jest niewątpliwym argumentem za występowaniem tzw. „długu zdrowotnego”. Nadwyżka zgonów w Polsce od drugiej połowy lutego 2022 r. występuje tylko wśród osób starszych w wieku 65 lat i więcej, co wskazuje, że w tej populacji dług zdrowotny zaznacza się najsilniej, bo poprzez zwiększoną umieralność.

W 2021 r. mieszkańcy Polski ogółem oraz osoby w wieku powyżej 75 lat najczęściej umierali z powodu choroby serca. Drugą w kolejności chorobą odpowiedzialną za zgony Polaków w 2021 r. był COVID-19, który wśród osób w wieku 25–74 lata był najczęstszą przyczyną zgonu, a wśród osób najstarszych w wieku 75 lat i więcej znalazł się na drugim miejscu. Trzecią przyczyną były choroby naczyń mózgowych, czwartą miażdżycę a piątą rak tchawicy, oskrzela i płuca.

COVID-19 był wyjściową przyczyną zgonu u 41 451 osób (108,1 na 100 tys.) w 2020 r. i 92 780 osób (243,1 na 100 tys.) w 2021 r. Umieralność z powodu COVID-19 bardzo zwiększała się wraz z wiekiem i była wyższa wśród mężczyzn niż kobiet. Połowa zmarłych

z powodu COVID-19 była w wieku starszym niż 80 lat w przypadku kobiet i starszym niż 74 (2020 r.) i 72 lata (2021 r.) w przypadku mężczyzn. Zagrożenie życia z powodu COVID-19 wśród mieszkańców miast i wsi było na zbliżonym poziomie. Natomiast zgony z powodu COVID-19 odgrywały prawie dwukrotnie większą rolę w umieralności mężczyzn z wyższym wykształceniem niż podstawowym. Takiej sytuacji nie zaobserwowano wśród kobiet.

W okresie pandemii wystąpiła znaczna nadwyżka umieralności z powodu cukrzycy, chorób układu nerwowego, chorób serca, przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu. Jak pokazują prezentowane w raporcie dane mogło to być spowodowane obiektywnym i subiektywnym utrudnieniem w dostępie do leczenia. Niewątpliwie te problemy zdrowotne będą wymagały zwrócenia większej uwagi na nie w 2023 r. Mniejsza od oczekiwanej umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest niewątpliwie myląca, ponieważ jest raczej skutkiem wskazywania, zgodnie z zaleceniami WHO, COVID-19 jako przyczyny zgonów osób chorujących równocześnie na nowotwór i COVID-19.

Ogólnopolski standaryzowany współczynnik zgonów z powodu samobójstw w latach 2019–2021 utrzymywał się na stałym poziomie, co w kontekście pandemii należy uznać za rzecz bardzo pozytywną.

Występuje dosyć duże zróżnicowanie międzywojewódzkie w zmianach umieralności w okresie pandemii dla większości przyczyn zgonów.

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 ogółu przyczyn możliwych do uniknięcia było w latach 2020–2021 większe niż można było oczekiwać z wcześniejszego trendu współczynnika zgonów z powodu tych przyczyn. Bardziej zaznaczyło się to w przypadku przyczyn, które można skutecznie leczyć niż tych, którym można zapobiegać.

1.3. CHOROBOWOŚĆ HOSPITALIZOWANA W POLSCE – ZMIANY TRENDÓW W OKRESIE PANDEMII COVID-19

W pierwszym roku pandemii COVID-19 (2020 r.) nastąpiło niespotykane dotychczas obniżenie częstości hospitalizacji mieszkańców Polski, w drugim roku pandemii

(2021 r.) nadrabianie niedoborów hospitalizacji, jednego z elementów tzw. „długu zdrowotnego”, było zróżnicowane co do wielkości tak, że dla nie niektórych rozpoznaw wartości współczynników hospitalizacji przekroczyły te z 2019 r.

W 2019 r., hospitalizowano w szpitalach ogólnych w Polsce 8 478 tys. osób, natomiast w 2020 r. – 6 482 tys. osób, czyli o 31% mniej w porównaniu z rokiem wcześniejszym, co związane było z pandemią COVID-19 i przeorganizowaniem działania szpitali m.in. na skutek przekształceń części z nich na tzw. „szpitale jednoimienne”. W 2021 r. hospitalizowano również mniej pacjentów niż w 2019 r. – 7 872 tys., czyli o 7% mniej, ale wyraźnie więcej (o 21%) niż w 2020 r. Nie wyrównało to powstałego w wyniku pandemii COVID-19 tzw. „długu zdrowotnego”, którego przyczyną było także świadome zaniechanie leczenia szpitalnego przez pacjentów mających zaplanowane hospitalizacje.

Jeśli uwzględnić liczby bezwzględne kobiety były hospitalizowane częściej niż mężczyźni, ale – jak wynika z analizy większości przyczyn chorobowych po standaryzacji współczynników względem wieku – mężczyźni są bardziej narażeni na hospitalizację z powodu większości głównych zdarzeń zdrowotnych. Z 28 analizowanych przyczyn hospitalizacji tylko w przypadku 6 współczynników dla kobiet były wyższe niż dla mężczyzn. Dotyczy to chorób w grupie zaburzeń wydzielania wewnętrznego i chorób układu moczowo-płciowego.

W 2020 r. hospitalizowano mniej osób niż w 2019 r. we wszystkich analizowanych grupach rozpoznaw. Największe względne spadki współczynników zaobserwowano dla chorób zakaźnych (z pominięciem COVID-19), przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych, choroby nadciśnieniowej, chorób układu nerwowego i ogółu chorób układu krążenia. Natomiast najmniejsze spadki współczynników stwierdzono dla zawału serca i chorób naczyń mózgowych, pobytów w szpitalu związanych z ciążą i porodem, a także dla nowotworów ogółem.

Prawie dla wszystkich analizowanych rozpoznaw zmniejszenie częstości hospitalizacji w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. było większe u mieszkańców wsi niż mieszkańców miast.

Tylko w 5 z 27 krajów UE przeciętna długość hospitalizacji jest dłuższa niż w Polsce (dane z 2019 r.). W Polsce w latach pandemii 2020–2021 dla większości przyczyn hospitalizacji utrzymywała się tendencja skracania długości pobytu w szpitalu.

Śmiertelność szpitalna w Polsce w latach pandemii 2020–2021 była wyższa niż w 2019 r., a w 2020 r. zwiększyła się bardziej niż rok później. Wzrost śmiertelności szpitalnej w pierwszym roku pandemii obserwuje się dla prawie wszystkich grup chorób. Przy mniejszej liczbie hospitalizowanych może to wynikać z większego udziału cięższych przypadków. W drugim roku pandemii (2021 r.) śmiertelność szpitalna dla wielu grup jednostek chorobowych była już niższa niż w 2020 r. Śmiertelność szpitalna ogółem była w okresie 2019–2021 wyższa w każdym roku wśród mężczyzn niż wśród kobiet, różnica ta była nieco mniejsza w okresie przedpandemicznym. Największa śmiertelność występowała wśród pacjentów leczonych na choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego i choroby zakaźne.

Według danych OBChSO w okresie pandemii COVID-19 (2020–2021) w szpitalach w Polsce hospitalizowano z powodu COVID-19 (rozpoznanie zasadnicze) łącznie 91 589, a w 2021 r. – 289 178 osób. Ponadto w 2021 r. hospitalizowano 40 tys. osób, które miały wpisane rozpoznanie U07.1 (wirus SARS-CoV-2 jest zidentyfikowany na podstawie badania laboratoryjnego) lub U07.2 (wirus niezidentyfikowany laboratoryjnie) jako rozpoznanie współistniejące.

Najwięcej osób leczonych z powodu COVID-19 to osoby starsze, 80% stanowiły osoby powyżej 50. roku życia, a średni wiek leczonych w 2020 r. wynosił 63 lata u mężczyzn i 66 lat u kobiet, a w 2021 r. wiek kobiet i mężczyzn wynosił odpowiednio 63 i 66 lat.

Śmiertelność szpitalna leczonych w szpitalach z powodu COVID-19 była niższa niż 10% do 50. roku życia, ale u osób starszych zarówno w 2020 r., jak i 2021 r., wzrastała bardzo szybko osiągając 50% u mężczyzn w wieku 85 lat i więcej. Od 50. roku życia śmiertelność szpitalna z powodu COVID-19 była wyraźnie wyższa u mężczyzn niż u kobiet. Średnio nieznacznie zmalała u mężczyzn z 23% na 21% i u kobiet 19,1% na 18,9%.

Współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast i wsi z powodu COVID-19 w latach 2020–2021 kształtowały się dosyć podobnie, jednak zarówno w pierwszym, jak i drugim roku pandemii, przed 70. rokiem życia częściej hospitalizowani byli mieszkańcy miast, a w wieku 70 lat i starszym – mieszkańcy wsi. Długość hospitalizacji mieszkańców miast i wsi była podobna i wynosiła 10 dni, podobnie śmiertelność szpitalna – 22%.

Mimo ogólnego utrzymującego zmniejszenia częstości hospitalizacji także w drugim roku pandemii COVID-19, dla niektórych rozpoznań Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (np. jaskra czy upośledzenie widzenia) obserwuje się zwiększenie hospitalizacji w porównaniu z przedpandemicznym 2019 r.

1.4. CHOROBY KARDIOLOGICZNE W OKRESIE PANDEMII COVID-19 W POLSCE

Pierwszy rok pandemii COVID-19 (2020 r.) charakteryzował się znaczącym pogorszeniem opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia (ChUK). Pogorszenie opieki nad pacjentem z tego rodzaju chorobami dotyczyło zarówno opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej.

- W pierwszym roku pandemii COVID-19 zanotowano istotne zmniejszenie liczby:
- hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia;
- porad ambulatoryjnych, a w krytycznych miesiącach pandemii dominowały teleporady;
- wykonywanych zabiegów w zakresie kardiologii inwazyjnej, elektrofizjologii i kardiochirurgii.

Spadek liczby hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia był różny w zależności od stopnia natężenia zachorowań na COVID-19, jak i wykazywał pewne różnice regionalne.

- Choroba wieńcowa:
- zanotowano zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu zawału serca;
- zmniejszeniu uległa liczba wykonywanych koronarografii i angioplastyk w zawale serca, a spadek szczególnie dotyczył NSTEMI;
- istotnie zwiększyła się śmiertelność wewnątrzszpitalna u chorych z zawałem serca.

Niewydolność serca:

- zmniejszeniu uległa liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca i hospitalizacji chorych z już rozpoznaną niewydolnością serca;
- wzrosła śmiertelność wśród chorych z rozpoznaną niewydolnością serca.

Inne choroby układu krążenia:

- zanotowano spadek liczby hospitalizacji z powodu: migotania przedsionków, stenozy aortalnej, zatorowości płucnej i udaru mózgu.

Znaczące pogorszenie opieki nad chorymi z chorobami układu krążenia obserwowane w pierwszym roku pandemii COVID-19 doprowadziło z jednej strony do nadmiarowych zgonów zarówno w 2020 r., jaki i w 2021 r, co mogło już wynikać z „długu zdrowotnego”, który będzie musiał być „spłacony” również w kolejnych latach po

zakończeniu pandemii. Problem ten może w różnym stopniu występować w poszczególnych regionach kraju.

W pierwszym roku pandemii poziom umieralności z powodu ChUK w skali całego kraju zwiększył się w stosunku do oczekiwanego o 8,8%, a w kolejnym o 12,6%. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie regionalne nadwyżki zgonów, szczególnie w drugim roku pandemii, kiedy to odsetek zgonów nadmiarowych w woj. lubuskim i dolnośląskim wynosił odpowiednio 82,5% oraz 53,7%, podczas gdy w woj. świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim poziom umieralności był nawet niższy od oczekiwanego.

1.5. WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA PROFILAKTYKĘ WTÓRNĄ NOWOTWORÓW W POLSCE

W trakcie pandemii COVID-19 obserwuje się znaczny spadek wskaźników związanych z rozpoznawalnością nowotworów złośliwych w Polsce (liczba konsyliów w systemie DiLO, liczba pierwszorazowych hospitalizacji, liczba pierwszorazowych kontaktów). Opóźnione rozpoznania generują dług zdrowotny, który może prowadzić, do większego udziału rozpoznań w zaawansowanym stadium nowotworu w przyszłości.

Liczba zgonów z przyczyn nowotworowych uległa zmniejszeniu w latach pandemicznych. Jednocześnie odnotowano istotny wzrost umieralności wśród pacjentów nowotworowych, głównie związanej z COVID-19. Istotna umieralność nadmiarowa w populacji w wieku 50 lat i więcej w 2021 r. w Polsce może paradoksalnie zmniejszyć liczbę pacjentów onkologicznych w nadchodzących latach.

Powrót do stanu sprzed pandemii COVID-19 w Polsce w kontekście uczestnictwa w badaniach przesiewowych nie będzie możliwy bez podjęcia realnych działań dostosowanych do poszczególnych grup odbiorców, m.in. przywrócenia zaproszeń w zmienionej formie. Istnieją również badania potwierdzające, że najskuteczniejszą formą zachęcania do udziału w badaniach przesiewowych jest bezpośredni kontakt z lekarzem lub innym pracownikiem opieki zdrowotnej¹.

¹ Koczkodaj P, Camacho F, Batten GP, Anderson RT. Are Wellness Visits a Possible and Effective Cure for the Increasing Cancer Burden in Poland? Example of Women's Preventive Services in the U.S. *Cancers* (Basel). 2022 Sep 1;14(17):4296. doi: 10.3390/cancers14174296. PMID: 36077829; PMCID: PMC9454863.

Pandemia COVID-19 potwierdziła, że problem niskiego uczestnictwa w badaniach przesiewowych w Polsce w dużej mierze związany jest raczej z postawami i przekonaniami na temat badań, poziomem wiedzy na ich temat, a nie wydolnością systemu, czy brakiem dostępu do badań przesiewowych (dane dot. skriningów vs. liczby wydanych kart DiLO w 2020 r.).

Dług zdrowotny, w przypadku niewykonywania bądź opóźniania wykonywania profilaktycznej kolonoskopii w czasie pandemii, jest obecnie dodatkowo pogłębiany poprzez zatrzymanie programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Jego ponowne uruchomienie wydaje się być obecnie jedną z najpilniejszych potrzeb w zakresie prewencji wtórnej nowotworów złośliwych.

1.6. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA Z UWZGLĘDNIENIEM WPŁYWU PANDEMII COVID-19 NA ZDROWIE PSYCHICZNE

Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wynosi ponad 1,6 mln osób. Liczba leczonych w okresie 2017–2020 charakteryzowała się wielkimi zmianami, choć daje się zaobserwować pewien wzrost, w tym wśród pacjentów leczonych po raz pierwszy.

Od wielu lat utrzymują się tendencje polegające na tym, że kobiety leczą się o ponad jedną piątą częściej niż mężczyźni, a w samych poradniach zdrowia psychicznego aż o 50% częściej oraz że mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi. W psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej w 2020 r. nadwyżka ta wynosiła aż 128% i ta różnica wskazuje na niejednakowe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji miast i wsi.

Najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród osób leczonych w ramach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej są niezmiennie od kilku lat zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne oraz zaburzenia nastroju (afektywne).

W latach 2011–2020 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej wzrasta, wyjątkiem jest tu 2020 r., w którym z powodu pandemii ograniczono przyjęcia. W 2020 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 142 tys.

osób, mężczyźni byli aż o 103% częściej leczeni niż kobiety (odpowiednio 502,9/100 tys. i 247,8/100 tys.), a mieszkańcy miast byli leczeni częściej niż mieszkańcy wsi o 28% (odpowiednio 412,9/100 tys. i 298,79/100 tys.). Różnica ta była znacznie mniejsza niż w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jednak powiększyła się w ostatnich 10 latach blisko dwukrotnie.

Zdecydowanie najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2020 r. 177,2/100 tys. mieszkańców, leczonych po raz pierwszy 96,8/100 tys. mieszkańców. Liczba leczonych w pierwszym roku pandemii była niższa o ok. jedną trzecią niż rok wcześniej. Szczególnie dużo mieszkańców, podobnie jak przed trzema laty, jest leczonych w woj. podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

Na podstawie danych KGP można określić, że liczba samobójstw w ostatnich czterech latach w Polsce była stabilna i oscylowała wokół liczby 5,2 tys. rocznie. Największe liczby samobójstw (po ok. 900 samobójstw rocznie) odnotowano w czterech grupach wiekowych: wśród 30-latków, 40-latków, 50-latków i 60-latków, czyli w szerokim spektrum osób dorosłych potencjalnie czynnych zawodowo. Liczba samobójstw ze względu na płeć również nie uległa istotnym zmianom. Stosunek mężczyzn do kobiet popełniających samobójstwo w latach 2017–2020 wahał się pomiędzy 6,2 do 1 a 5,5 do 1. Liczba zamachów samobójczych niezakończonych śmiercią (prób samobójczych) rejestrowanych przez policję nieco wzrosła w ostatnich 4 latach. Nie jest pewne, czy jest to efekt zmian w zachowaniach mieszkańców Polski, czy może decydujące znaczenie ma lepsza wykrywalność przez policję lub większa „zgłaszalność” prób samobójczych przez obywateli. Nasze analizy wskazują, że okres pandemii nie miał większego wpływu na statystyki samobójstw oraz prób samobójczych w Polsce.

1.7. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA WYBRANYCH CHOROÓB ZAKAŻNYCH W POLSCE

Przy interpretacji danych o zachorowaniach na choroby zakaźne w Polsce w latach 2020–2021 zebranych przez nadzór epidemiologiczny należy brać pod uwagę niedoszacowanie liczby zachorowań. Stopień tego niedoszacowania może być różny dla różnych chorób, w zależności od ich przebiegu i zagrożenia, które stanowiły.

Utrzymuje się tendencja spadkowa stanu zaszczepienia dzieci i młodzieży obserwowana od kilku lat, jednak nadal odsetek osób zaszczepionych jest korzystny i zapobiega epidemicznym wzrostom zachorowań na choroby, które zwalczamy za pomocą szczepień.

Decyzja o miesięcznym odroczeniu realizacji szczepień w ramach Kalendarza Szczepień w początkowym okresie pandemii, w perspektywie oceny sytuacji zaszczepienia w 2020 r., nie wpłynęła istotnie na stan zaszczepienia dzieci i młodzieży.

Pomimo nadal utrzymującego się wzrostu liczby osób uchylających się od szczepień, zaobserwowano korzystny trend zahamowania dynamiki wzrostu liczby osób nie podających się szczepieniom.

Istnieje stała potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie korzyści wynikających z realizacji szczepień tzw. „obowiązkowych” i zalecanych, kierowanych do różnych grup odbiorców.

Pandemia wpłynęła niekorzystnie na możliwość realizacji celów zwalczania przewlekłych chorób zakaźnych, szczególnie zakażeń HIV, HCV i HBV. Zgodnie z międzynarodowym konsensusem jednym z filarów zwalczania tych chorób jest wczesne wykrywanie i leczenie osób zakażonych. W okresie pandemii, zwłaszcza w 2020 r., testowanie w kierunku w/w zakażeń zostało znacznie ograniczone, co skutkowało 50% spadkiem liczby rozpoznań zakażeń HIV, 3-krotnym spadkiem rozpoznań przewlekłych zakażeń HBV i 3,5-krotnym spadkiem rozpoznań HCV. Jest to sytuacja szczególnie niepokojąca biorąc pod uwagę, że już przed pandemią wymagała ona poprawy. Obecnie tym bardziej, szerszy dostęp do badań, propagowanie testowania w kierunku HIV, HCV, a także integracja testowania (oferowanie pakietu testów) w kierunku tych chorób oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową, pozostaje zagadnieniem priorytetowym.

W zakresie diagnostyki i leczenia HCV, HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową istotne jest, by podejmować działania włączające w system opieki medycznej populacje zmarginalizowane, takie jak osoby przyjmujące substancje odurzające we wstrzyknięciach, osoby bezdomne czy nielegalni imigranci. W tym celu zwłaszcza proces diagnostyczny musi zostać uproszczony, z wykorzystaniem szybkich testów oraz testowania poza placówkami ochrony zdrowia, przez przeszkolone osoby nie będące pracownikami ochrony zdrowia.

Duże spadki w zakresie wskaźników występowania chorób przenoszonych drogą pokarmową obserwowane w pierwszym roku pandemii już w kolejnym roku zaczęły powracać do wartości rejestrowanych w latach przed pandemią.

Znaczne różnice w rejestrowanych wskaźnikach zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową wskazują na luki w systemie diagnozowania i/lub zgłaszalności tych chorób w większości województw. Niezbędne będzie podjęcie działań związanych z poprawą dostępu do diagnostyki, a także opracowanie akceptowalnych sposobów monitorowania zakażeń przenoszonych drogą płciową na terenie Polski.

Dokładne rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej grypy, a tym samym planowanie i prowadzenie racjonalnej polityki w zakresie profilaktyki tej choroby w skali kraju, wymaga zmodyfikowania dotychczasowego systemu nadzoru nad grypą w celu zapewnienia rozróżniania w ogólnym nadzorze zachorowań wywołanych przez wirusy grypy i SARS-CoV-2 oraz ujednoczenia sposobu prowadzenia nadzoru na terenie poszczególnych województw.

Zważywszy na ponoszone rokrocznie olbrzymie koszty ekonomiczne i społeczne grypy, należy zintensyfikować działania na rzecz wydatnego zwiększenia odsetka osób szczepionych w Polsce przeciw tej chorobie.

1.8. ROZWÓJ PANDEMII COVID-19 W POLSCE

Dostępne dane potwierdzają wysoką zapadalność na COVID-19 w Polsce. Po przejściu fali wywołanej wariantem Omicron ponad 90% osób miała kontakt z wirusem SARS-CoV-2 lub była szczepiona przeciw COVID-19. Pomimo, że szczepienia nie chronią całkowicie przed zakażeniem, to jednak markery serologiczne przebytego zakażenia w IV turze Badania Seroepidemiologicznego COVID-19 (badanie OBSER-CO) były zdecydowanie częstsze u osób nieszczepionych (87,6% vs. 49,5%).

Wysoka zapadalność w Polsce potwierdzona badaniami seroprewalencji odpowiada wysokiej umieralności, która w Polsce znacząco przekraczała medianę w krajach UE/EOG. W szczycie fali wywołanej wariantem Alfa na początku 2021 r. umieralność była 2,4-krotnie wyższa od mediany UE/EOG, a w szczycie fali wywołanej wirusem delta – 3,4-krotnie wyższa.

Poziom testowania w Polsce w przeliczeniu na liczbę mieszkańców pozostawał na dużo niższym poziomie niż mediana w krajach UE/EOG. Dodatkowo znacznie wyższy odsetek wyników dodatnich wskazuje, że poziom testowania wynikał bardziej z przyjętych

zasad i dostępności niż z mniejszej liczby przypadków. W związku z tym porównania pomiędzy krajami bazujące jedynie na zapadalności rejestrowanej należy traktować z dużą ostrożnością.

Z uwagi na niejednorodność systemu testowania, dane o zarejestrowanych przypadkach nie dostarczają wiarygodnych informacji dotyczących zróżnicowania geograficznego sytuacji epidemiologicznej. Bieżące monitorowanie sytuacji wymaga prowadzenia systematycznych badań typu sentinel, badań seroprewalencji oraz nadzoru środowiskowego (np. badanie ścieków).

1.9. CZĘSTOŚĆ WYPADKÓW I ICH SKUTKI ZDROWOTNE – POTENCJALNY WPŁYW ZMIAN STYLU ŻYCIA MIESZKAŃCÓW POLSKI W OKRESIE PANDEMII

W 2020 r. współczynnik umieralności z powodu wypadków był na poziomie średniej 5-letniej sprzed epidemii. W 2021 r. doszło jednak do wzrostu częstości umieralności. Wzrost ten wynikał głównie z wyraźnego zwiększenia się umieralności wśród osób powyżej 65. roku życia. Poziom umieralności osób w średniej grupie wiekowej, w wieku 25–64 lata, nie uległ większej zmianie, natomiast zmniejszyła się umieralność osób najmłodszych w wieku 0-25 lat.

Współczynnik umieralności z powodu wypadków drogowych na 100 tys. ludności zmniejszył się w trakcie dwóch lat pandemii z 7,7 w 2019 r. do 5,9 w 2021 r., tymczasem w UE współczynnik ten zmniejszył się przeciętnie z 5,1 do 4,4.

W latach 2020–2021 doszło do niewielkich modyfikacji zachowań na drogach względem lat poprzednich. Jako pozytywne zjawisko można wymienić zmniejszenie liczby przypadków najechania na pieszych, natomiast niepokojący był nieznaczny wzrost wypadków spowodowanych niedostosowaniem prędkości do warunków na jezdni oraz wzrost udziału wypadków z nietrzeźwymi uczestnikami ruchu drogowego. Kolejnym negatywnym zjawiskiem w latach 202–2021 w stosunku do lat sprzed pandemii był wzrost ciężkości wypadków.

W latach 2020–2021 obserwowano kontynuację pozytywnej tendencji spadkowej umieralności z powodu utonięć. Poprawa była bardzo wyraźna w młodszych grupach

wiekowych. Nie zaobserwowano szczególnych zmian w zachowaniach związanych z bezpieczeństwem nad wodą, które można by było wiązać ze zmianami stylu życia podczas pandemii. Pewien wyjątek stanowi w tym przypadku nieznaczny wzrost odsetka tonących nietrzeźwych w 2020 r. względem lat poprzednich.

1.10. WYBRANE ASPEKTY ABSENCJI CHOROBOWEJ

Od wielu lat utrzymuje się przewaga zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej wystawianych kobietom ubezpieczonym w ZUS – ich odsetek oscyluje wokół 55% ogółu wystawianych zaświadczeń. Oznacza to także większą skalę absencji chorobowej kobiet niż mężczyzn. W 2021 r. absencja kobiet poświadczona zaświadczeniem lekarskim wyniosła 137,1 mln dni, co stanowiło 57,1% ogółu liczby dni absencji. Przekłada się to także na wysokość skumulowanej absencji chorobowej w roku. Miernik ten w 2021 r. w przypadku kobiet był wyższy o ponad 6 dni od przeciętnej skumulowanej absencji mężczyzn i wyniósł 39,47 dnia (dla mężczyzn było to 33,49 dnia).

W analizie absencji chorobowej istotnym elementem jest absencja kobiet, których niezdolność do pracy często przypada na okres ciąży, która ma znaczący wpływ zarówno na ogólną absencję, jak i na absencję populacji kobiet. Udział absencji chorobowej kobiet w ciąży w absencji ogółem wyniósł w 2021 r. 17,4%, natomiast udział absencji chorobowej kobiet w ciąży w absencji chorobowej tej płci wyniósł 30,5%. Co 10-te zaświadczenie wystawiono w związku z niezdolnością przypadającą w okresie ciąży.

Najczęściej absencja chorobowa dotyczy ubezpieczonych z grupy wiekowej od 30 do 34 lat. W 2021 r. odsetek ten wyniósł 14,6% liczby dni absencji. W przypadku absencji mężczyzn 13,5% liczby dni dotyczyło ubezpieczonych legitymujących się wiekiem między 60 a 64 lata oraz między 35. a 39. rokiem życia – 12,0%. W przypadku kobiet 17,9% absencji dotyczyło ubezpieczonych w wieku od 30 do 34 lat.

Najdłuższą absencją chorobową u mężczyzn powodowały następujące jednostki chorobowe:

- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 6,3% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn;

- bóle grzbietu (M54) – 4,2%;
- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 4,4%.
- W populacji kobiet, od lat, najdłuższą absencją chorobową powoduje opieka położnicza z powodu stanów związanych z ciążą (O26) – 24,7% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet. W dalszej kolejności są to:
 - reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 4,1%;
 - ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 4,0%.

2021 r. to kolejny rok występowania zakaźnej choroby COVID-19. Dane o absencji chorobowej odzwierciedlają kolejne etapy (fale) rozwoju epidemii COVID-19. W 2021 r. zarejestrowano 528,3 tys. zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu COVID-19 na łączną liczbę 4 244,8 tys. dni absencji chorobowej. W porównaniu z 2020 r. (okres III-XII 2020 r.) odnotowano spadek zarówno liczby zaświadczeń lekarskich – o 17,8%, jak i liczby dni absencji chorobowej – o 16,3%.

Najwięcej zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej COVID-19 wystawiono w marcu 2021 r. Ich liczba wyniosła 123,4 tys. zaświadczeń, co stanowiło 23,4% wszystkich zaświadczeń wystawionych w 2021 r. z tytułu COVID-19 i była blisko 3-krotnie większa w porównaniu do poprzedniego miesiąca. Kolejną falę wzrostu absencji chorobowej odnotowano w listopadzie i grudniu 2021 r. – łącznie 28,0% zaświadczeń lekarskich oraz 25,2% dni absencji.

W porównaniu z 2020 r. w 2021 r. odnotowano znaczący wzrost szpitalnej absencji chorobowej. Wynika to z faktu ponad dwukrotnego wzrostu absencji w związku z zachorowaniami na COVID-19. Niezdolność spowodowana COVID-19 w 2021 r. stanowiła przyczynę 7,1% liczby dni pobytu w szpitalu (w 2020 r. było to 3,9%). Należy również zaznaczyć, że w zakresie absencji z tytułu COVID-19, pobyt w szpitalu stanowił blisko 10% ogółu liczby dnia absencji szpitalnej (w 2020 r. było to 3,7%).

Absencja chorobowa to znaczące wyzwanie finansowe. W 2021 r. wydatki na absencję chorobową finansowaną z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) i z funduszu zakładów pracy wyniosły 24,5 mld zł i w porównaniu z rokiem poprzednim ich kwota była wyższa o 7,0%.

1.11. SUBIEKTYWNA OCENA ZDROWIA I POZIOMU ZASPOKOJENIA POTRZEB ZDROWOTNYCH PRZED I W TRAKCIE PANDEMII COVID-19

W 2022 r. przeważający odsetek dorosłych osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, dobrze ocenia swoje zdrowie. Udział dobrych/bardzo dobrych ocen utrzymuje się na podobnym poziomie (a nawet wzrasta w przypadku kobiet) w porównaniu z wynikami badania zrealizowanego przed pandemią COVID-19. Jest to trend zgodny z wynikami europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC.

Pomimo przeważającej w populacji dobrej oceny zdrowia, w pewnych subpopulacjach stwierdzono wzrost odsetka odpowiedzi sugerujących subiektywne pogorszenie stanu zdrowia (m.in. kobiety po 75. roku życia), a przypadku mężczyzn widoczne jest przesunięcie z ocen najwyższych (bardzo dobrych) do nieco niższych (dobrych).

W analizie porównawczej stanu zdrowia przed pandemią i obecnie, zwraca uwagę grupa osób w średnim wieku oraz starszych, która wydaje się aktualnie być nawet mniej obciążona problemami zdrowotnymi.

Po zapytaniu o odczuwaną zmianę w porównaniu z czasem przed pandemią, 14,4% mężczyzn i 15,1% kobiet (po standaryzacji danych pod względem wieku) deklaruje, że ich zdrowie się pogorszyło od tego czasu. Co szczególnie istotne, wśród tych osób, ok. 40% mężczyzn i 35% kobiet wiąże pogorszenie pośrednio lub bezpośrednio z efektem pandemii COVID-19 – tzn. ze względu na zakażenie wirusem lub ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych lub zmianę trybu życia w czasie pandemii – co przekłada się łącznie na ok. 1,7 mln dorosłych osób w Polsce.

Pogorszenie stanu zdrowia z powodu pandemii częściej deklarują kobiety z mniejszych miast i wsi, a wśród mężczyzn takie wskazania są wyższe w dużych miastach i u osób z podstawowym i wyższym wykształceniem.

Osoby obu płci wskazujące popandemiczne pogorszenie stanu zdrowia są, według deklaracji, znacząco częściej niż średnia w populacji, obciążone chorobami przewlekłymi (76,7% mężczyzn i 85,0% kobiet w populacji osób deklarujących pogorszenie zdrowia vs. ok. 25% u obu płci w pozostałej części populacji). Osoby te mają wyższe BMI, a także znacznie częściej deklarują objawy depresji.

Ok. $\frac{3}{4}$ respondentów obu płci przebywało długotrwale w domu w wyniku wprowadzonych restrykcji oraz obaw o własne zdrowie. Spośród nich duża grupa deklaruje, że odczuła wynikające z tego pogorszenia zdrowia – 16,0% kobiet w porównaniu do 10,3% mężczyzn zauważyło pogorszenie zdrowia fizycznego oraz 23,2% kobiet w porównaniu do 17,0% mężczyzn – pogorszenie stanu psychicznego.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na poprawę w dostępie do opieki zdrowotnej, polegającą na zmniejszeniu się odsetka osób, których nie stać było na poszczególne rodzaje opieki. Poprawa występuje zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, w większości podpopulacji wyróżnionych pod kątem cech społeczno-demograficznych, ze szczególnym wzrostem wśród grupy osób najstarszych.

Osoby w wieku 75 lat i więcej zdecydowanie rzadziej (niż w badaniu z 2018 r.) miały w ostatnich 12 miesiącach problemy z dostępem do opieki zdrowotnej z powodu długiego czasu oczekiwania (-7,9 p.p. wśród mężczyzn i -11,4 p.p. u kobiet, czyli obecnie odpowiednio 28,6% i 29,7%) lub z powodu odległości/problemów z transportem (-6,2 p.p. dla mężczyzn i -10,7 p.p. wśród kobiet, do poziomu 11% i 10,4%, różnica istotna statystycznie). Trend utrzymuje się po standaryzacji struktury demograficznej danych z 2018 r.

Wyraźnie obciążona problemami z dostępem do opieki zdrowotnej jest grupa osób, które deklarują pogorszenie swojego zdrowia na przestrzeni ostatnich 3 lat i które wiążą to pogorszenie z efektem pandemii COVID-19 (pośrednio lub bezpośrednio). W porównaniu do pozostałej populacji osób dorosłych, osoby te (niezależnie od płci) istotnie częściej mówią o problemach wynikających z długiego oczekiwania na wizytę – o 37,4 p.p. częściej wśród mężczyzn i o 32,9 p.p. wśród kobiet. Dodatkowo, kobiety istotnie częściej doświadczyły opóźnień związanych z odległością lub problemami z transportem (+19,3 p.p. w porównaniu z kobietami z pozostałej populacji).

W populacji wiążącej pogorszenie z pandemią COVID-19, zdecydowanie częściej badani deklarują, że zdarzało się, że nie stać ich było w ostatnich 12 miesiącach na niektóre rodzaje opieki zdrowotnej. W przypadku mężczyzn, istotne statystycznie różnice odnotowano dla opieki lekarskiej, badań diagnostycznych (w obu przypadkach więcej o 11 p.p.) i możliwości wykupienia leków na receptę (więcej o 13,6 p.p.). W grupie kobiet, różnice istotne statystycznie dotyczą badań diagnostycznych (różnica

13 p.p.), opieki dentystrycznej (różnica 21,5 p.p.) i możliwości wykupienia leków na receptę (różnica 10,6 p.p.).

Rezygnowanie, ograniczanie lub przerwanie procesu leczenia lub rehabilitacji w wyniku pandemii COVID-19, dotyczyło 10% mężczyzn i kobiet, którzy potrzebowali tego typu opieki. 15,5% mężczyzn i 21,1% kobiet (istotnie więcej niż mężczyzn), spośród tych, którzy tego potrzebowali, zwlekało z udaniem się do lekarza, szpitala lub na badania, czekając aż będzie bezpiecznie. Szczególnie dotknięte tym zjawiskiem były osoby starsze, wyraźniej w subpopulacji mężczyzn niż kobiet.

Odsetek osób rezygnujących lub przerywających proces leczenia/rehabilitacji, jak i zwlekających z udaniem się do placówek medycznych, rośnie wśród mężczyzn w miarę obniżania się stopnia wykształcenia (efekt maleje po standaryzacji danych względem wieku) oraz warunków ekonomicznych. Z kolei, odsetek kobiet deklarujących odwołanie wizyt rośnie razem z wielkością miejsca zamieszkania.

Pomimo deklarowanych częstszych potrzeb, w grupie wiążącej pogorszenie zdrowia z pandemią COVID-19, zdecydowanie częściej rezygnowano, ograniczono lub przerywano proces leczenia/rehabilitacji (wśród korzystających z danej opieki było to 35,4% mężczyzn i 41,2% kobiet vs. ok. 8% dla obu płci w pozostałej populacji). Istotnie częściej osoby te zwlekały również z udaniem się na wizytę, do szpitala bądź na badania (45,2% mężczyzn i 60,2% kobiet vs. 13–18% w pozostałej populacji).

Porównanie wyników dwóch edycji badania wykazało wzrost częstości deklaracji przyjmowania szczepień (innych, niż na COVID-19) przez osoby starsze. Z drugiej strony, odnotowano spadek liczby osób starszych, które zdecydowały się na wykonanie profilaktycznych badań laboratoryjnych w ostatnich 3 latach. Co ciekawe, głównym wskazywanym powodem niewykonania takich badań jest subiektywne poczucie, że jest się zdrowym.

W dużych miastach (od 100 do 500 tys. mieszkańców), nastąpił istotny spadek odsetka osób, które poddały się kolonoskopii, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet (spadek o ok. 76% do poziomu 1,9% u mężczyzn i 2,8% kobiet w tej subpopulacji). Dodatkowo, choć nie jest to różnica statystycznie istotna, zmalała liczba (o ok. 4 p.p.) kobiet, które wykonały cytologię lub mammografię (odpowiednio 51% i 31,2%).

W porównaniu z poprzednią edycją badania, przeprowadzoną przed pandemią COVID-19, odnotowano wzrost liczby osób, które nie korzystają z prywatnych

świadczeń zdrowotnych. Jest to głównie związane z mniejszą liczbą osób opłacających pojedyncze usługi z własnej kieszeni.

Zwraca uwagę, iż deklarowany czas oczekiwania na świadczenia w ramach POZ (oczekiwanie na wizyty/teleporady/wypisanie recepty) był dobrze oceniany. W populacji ogólnej osoby badane najczęściej uważały, że czas oczekiwania na bezpośrednią wizytę u lekarza POZ w okresie sprzed i w trakcie pandemii się nie zmienił (46–45% mężczyzn i kobiet), jest jednak relatywnie duża grupa, 25% mężczyzn i 27% kobiet, która twierdzi, że czas ten się wydłużył (trochę lub znacznie).

Spadek częstości korzystania z pojedynczych prywatnych świadczeń, na rzecz wzrostu odsetka osób niekorzystających w ogóle z prywatnej opieki, zachodzi istotnie częściej wśród osób z podstawowym i średnim wykształceniem i wśród mieszkańców wsi niż wśród pozostałych osób. Korzystanie z prywatnych świadczeń wzrosło z kolei w dużych miastach, od 100 do 500 tys. Szczególnie często korzystają zarówno z abonamentów, jak i pojedynczych prywatnych świadczeń osoby, u których zdrowie pogorszyło się na skutek pandemii COVID-19.

Dane zebrane w dwóch edycjach badania wskazują, że krótszy czas oczekiwania na świadczenie przestaje być przewagą prywatnych form opieki zdrowotnej. Mimo, że podobnie jak w 2018 r., jest to argument wymieniany najczęściej, to jednak przez istotnie mniejszą liczbę badanych – obecnie przez 46% mężczyzn i 47,6% kobiet (spadek odpowiednio o 8,4 i 9,2 p.p.). Co ciekawe, zjawisko to nie dotyczy respondentów z największych miast.

Ok. 1/3 osób po 60. roku życia, deklarujących pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatnich 3 lat, upatruje przyczyn tej zmiany pośrednio lub bezpośrednio w pandemii COVID-19. W szczególności, są to: zakażenie wirusem COVID-19 (wg 15,2% mężczyzn i 16,7% kobiet), ograniczony dostęp do świadczeń medycznych w czasie pandemii (21,4% mężczyzn i 14,2% kobiet) lub zmiana trybu życia, zaprzestania aktywności fizycznych w czasie pandemii (10% mężczyzn i 11,2% kobiet).

Zmiana poziomu samooceny stanu zdrowia po pandemii w większości badanych subpopulacji jest nieoczywista i nieintuicyjna. Hipotezy jakie można rozważyć, są następujące:

- nadmiarowe zgony w trakcie pandemii dotyczyły w większości osób starszych lub obciążonych chorobami. Zmniejszenie liczby takich osób wpłynęło na relatywny wzrost udziału osób „zdrowszych” w populacji;

- fakt ustąpienia poczucia zagrożenia pandemią i praktyczne zniesienie restrykcji przeciwepidemicznych spowodowały zmniejszenie stresu społecznego i poprawę stanu emocjonalnego wielu osób, co podniosło poziom ich samooceny zdrowia.

Duża subpopulacja osób, które wskazują na pogorszenie stanu zdrowia w wyniku pandemii, znacząco gorzej (od pozostałej części populacji) ocenia działanie systemu ochrony zdrowia, w tym dostępność świadczeń i konieczność dopłat. Grupa ta, częściej niż osoby, które nie stwierdziły pogorszenia stanu zdrowia po pandemii, wskazywała na trudności w dostępie do świadczeń w trakcie pandemii – zarówno z przyczyn organizacyjnych, jak i związanych z obawami o zakażenie.

Istnieje duża subpopulacja osób, które wskazują na pogorszenie stanu zdrowia w wyniku pandemii. Wydaje się, że osoby te wymagają dedykowanych programów wsparcia przez publiczny system ochrony zdrowia.

Spadek zainteresowania lub dostępności do profilaktyki zdrowia jest złym sygnałem dla zdrowia publicznego i wymaga szybkich działań naprawczych.

Należy rozważyć coroczne prowadzenie tego typu badań na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski w celu identyfikacji zmian w postawach wobec własnego zdrowia i systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii podejmowanych działań profilaktycznych.

1.12. ROZPOWSZECHNIENIE BEHAWIORALNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA ZDROWOTNEGO I JEGO ZMIANY W OKRESIE PANDEMII COVID-19

W 2022 r. odsetek palących regularnie wyroby tytoniowe lub papierosy elektroniczne wynosił odpowiednio 29,8% mężczyzn oraz 17,6% kobiet – wartości te były niższe niż w 2018 r. o 6 p.p. i 2,9 p.p. Trudno wskazać na trendy zniżkowe związane z wiekiem, natomiast na uwagę zasługuje pozytywna zmiana wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym – tradycyjnie prezentujących gorsze postawy zdrowotne.

Konsumpcja alkoholu w 2021 r. pozostała na niemal niezmiennym poziomie w stosunku do 2018 r. i wynosiła 9,7 l czystego alkoholu na osobę. W latach 2018–2021 w ogólnej konsumpcji wzrósł udział alkoholi mocnych (z 34,6% w 2018 r. do 39,2%

w 2021 r.), a spadł udział piwa (z 57,9% w 2018 r. do 52,5% w 2021 r.). W wynikach badań ankietowych zaznaczył się pozytywny trend polegający na spadku odsetka osób, których odpowiedzi wskazywałyby na ryzykowne picie alkoholu (z 21,3% w 2018 r. do 16,7% w 2022 r. dla mężczyzn i z 6,0% w 2018 r. do 4,3% w 2021 r. dla kobiet).

W 2022 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała ($BMI \geq 25$) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło 62% dla mężczyzn i 43% dla kobiet, zaś otyłości odpowiednio 16% i 12%. Dla obu płci rozpowszechnienie nadwagi oraz otyłości rośnie z wiekiem, osiągając maksimum w przedziale 75–84 lata. Problemy te znacznie częściej dotyczą mężczyzn, wyjątek stanowi wiek 75–84 lata, kiedy otyłość dotyka ponad ¼ Polek, co wyraźnie przewyższa odsetek obserwowany wśród mężczyzn (19%). Wśród kobiet zagrożenie nadwagą, a także otyłością silnie zależy od poziomu wykształcenia – dla osób z wykształceniem wyższym jest ono ok. 2-krotnie niższe niż w przypadku zasadniczego zawodowego lub niższego. Wśród mężczyzn prawidłowości te nie występują. W efekcie największe różnice w rozpowszechnieniu tych problemów między osobami obu płci dotyczą Polaków z wykształceniem wyższym – wśród nich nadwaga u mężczyzn występuje 2-krotnie częściej niż u kobiet (62% vs. 31%), a otyłość niemal trzykrotnie częściej (19% vs. 7%). Problem zbyt wysokiej masy ciała częściej dotyczy osób o niższym statusie ekonomicznym, mających przynajmniej okresowo trudności w płaceniu codziennych rachunków. Prawidłowej masy ciała częściej nie utrzymują kobiety mieszkające na wsi, a mężczyźni w miastach.

W stosunku do okresu przed pandemią COVID-19 odsetek mężczyzn ze zbyt wysoką masą ciała (po korekcie na zmianę struktury wieku) zwiększył się o prawie 3 p.p., podczas gdy kobiet jedynie o 0,5 p.p. Dla obu płci wzrost ten był najsilniejszy w najstarszych grupach wieku tj. 75–84 lata (o 19 p.p. wśród mężczyzn i 9 p.p. wśród kobiet) oraz 85+ (po 8 p.p.). Największy wzrost rozpowszechnienia nadwagi obserwowano mężczyzn z wykształceniem wyższym (o 7 p.p.) i kobiet z gimnazjalnym lub niższym (o 3 p.p.), czyli w kategoriach o największej redukcji aktywności fizycznej. Rozpowszechnienie otyłości wśród mężczyzn wzrosło o 3 p.p. (najsilniej u osób z wykształceniem wyższym – o 7 p.p. oraz u mieszkańców miast – o 6 p.p.), a wśród ogółu kobiet praktycznie nie uległo zmianie. Spadek rozpowszechnienia otyłości obserwowano głównie wśród najsłabszych grup ludności – osób w wieku powyżej 85 lat (o 4 p.p.), kobiet z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (o 5 p.p.) oraz mających trudności finansowe (o 1 p.p.), co może łączyć się ze zwiększonym ryzykiem zgonu osób otyłych w tych kategoriach ludności.

W porównaniu z mieszkańcami większości krajów UE Polacy są mało aktywni fizycznie. Aż 64% Polaków (62% mężczyzn i 65% kobiet) w wieku 20 lat lub więcej nie podejmuje w żadnej formie rekreacyjnej aktywności fizycznej. Ogół kobiet angażuje się w takie zajęcia rzadziej od mężczyzn, jednak w wieku 40–59 lat Polki są wyraźnie aktywniejsze (odsetki niepraktykujących rekreacji wynoszą odpowiednio 58% vs. 66%). Częstość podejmowania aktywności fizycznej systematycznie zmniejsza się z wiekiem. Znacznie częściej ćwiczą Polacy dobrze wykształceni i lepiej sytuowani, a w przypadku mężczyzn również mieszkańcy miast.

W stosunku do 2018 r. odsetek Polaków niepodejmujących rekreacyjnej aktywności fizycznej, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, zwiększył się o blisko 4 p.p. Wzrost ten obserwowano dla niemal wszystkich analizowanych kategorii wieku oraz poziomów wykształcenia. Wyjątek stanowi spadek odsetka niećwiczących kobiet w wieku 40–59 lat o blisko 2 p.p. (tej grupie zmniejszyło się również rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała oraz otyłości). Największą obniżkę aktywności obserwowano u Polek z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (udział niepodejmujących rekreacji wzrósł o 14 p.p.) oraz osób obu płci z wykształceniem wyższym (wzrost odsetka niećwiczących mężczyzn o 11 p.p., zaś kobiet o 8 p.p.). Udział osób nieaktywnych bardziej zwiększył się wśród mieszkańców miast niż wsi. Spadek aktywności fizycznej Polaków mających trudności finansowe był znacznie większy niż w przypadku lepiej sytuowanych (o 7 p.p. vs. 3 p.p.).

1.13. WYBRANE ASPEKTY SPOSOBU ŻYWIENIA POLAKÓW, Z UWZGLĘDNIENIEM OKRESU PANDEMII COVID-19

Z badań budżetów gospodarstw domowych wynika, że w czasie pandemii nastąpiły niewielkie zmiany w spożyciu artykułów żywnościowych. Wzrosło spożycie tłuszczów, przede wszystkim masła, a ponadto cukru i wyrobów cukierniczych. Korzystną zmianą był wzrost, chociaż niewielki, spożycia warzyw i owoców, a także mleka i serów. Zmiany te wpłynęły na wartość energetyczną diety, która w niewielkim stopniu wzrosła, co wynikało przede wszystkim z większego spożycia tłuszczu.

W gospodarstwach emerytów wzrosło spożycie tłuszczów, głównie masła, podobnie cukru i wyrobów cukierniczych oraz mleka i serów. Nie odnotowano wzrostu spożycia warzyw i owoców.

Badania literaturowe wskazują na zmiany zachowań żywieniowych w trakcie pandemii. Część nawyków żywieniowych w czasie pandemii mogła być niekorzystna dla zdrowia Polaków. Wiele osób zwiększyło spożycie niektórych produktów spożywczych, w tym m.in. słodczy, alkoholu, efektem czego był wzrost masy ciała. Członkowie Komitetu Żywności PAN wskazali, że może to stanowić duże zagrożenie dla zdrowia publicznego w Polsce. Jednak część zmian oceniano pozytywnie, m.in. większe spożycie warzyw i owoców, produktów mlecznych i pełnoziarnistych produktów zbożowych.

Porównanie wybranych aspektów zachowań żywieniowych Polaków przed pandemią (2018 r.) i w 2022 r. wskazuje, że częstotliwość spożycia warzyw i owoców wzrosła, a zmniejszyła się częstotliwość spożycia napojów słodzonych. Wzrósł odsetek osób spożywających pieczywo razowe i żytnie jasne. Jednocześnie jednak częściej spożywano produkty typu fast food oraz słodczy.

Biorąc pod uwagę fakt, że wiele niekorzystnych aspektów żywienia Polaków, m.in. zbyt małe spożycie warzyw i owoców, ryb, a duży udział tłuszczów zwierzęcych, mięsa czerwonego i przetworzonego oraz słodczy w diecie, obserwowano zarówno przed pandemią, jak i w następnych latach, niezwykle ważne jest podjęcie kompleksowych działań w celu zmiany tej sytuacji. Powinny być one ukierunkowane przede wszystkim na zmianę postaw żywieniowych Polaków, gdyż znaczna część z nich nie korzysta z żadnych źródeł wiedzy o racjonalnym żywieniu, nie stosuje tej wiedzy w praktyce, a nawet nie widzi potrzeby, żeby zdrowo się odżywiać.

1.14. IDENTYFIKACJA NAJWAŻNIEJSZYCH PROBLEMÓW I POTRZEB ZDROWOTNYCH POPULACJI POLSKI I JEJ WOJEWÓDZTW NA PODSTAWIE AKTUALNYCH WYNIKÓW BADANIA GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD)

Wiodącymi zagrożeniami zdrowia publicznego Polaków są choroby układu krążenia i nowotwory, które w ponad 90% są odpowiedzialne za utratę zdrowia w postaci przedwczesnych zgonów ludności (YLL). Ponad połowa obciążenia chorobowego spowodowanego wypadkami, zaburzeniami neurologicznymi oraz cukrzycą i chorobami nerek przyczynia się do życia z obniżoną sprawnością (YLD).

Poziom utraty zdrowia w Polsce różnił się w zależności od płci i województwa zamieszkania. W 2019 r. wartość utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność (DALY) z powodu wszystkich przyczyn w Polsce u mężczyzn wynosiła 37 114,2 DALY/100 tys. mężczyzn. Największy regionalny poziom całościowego obciążenia chorobowego odnotowano w województwie łódzkim 43 368,7 DALY/100 tys., natomiast najniższy, niższy o 24%, w województwie podkarpackim 33 124,6 DALY/100 tys. U kobiet łączne obciążenie było o 22% niższe niż u mężczyzn i wynosiło 29 002,5 DALY/100 tys. Zróżnicowanie regionalne było podobne i najniższy wskaźnik w województwach podkarpackim (26 361,1) i małopolskim (26 516,8) był o ok. 22% niższy niż w województwie łódzkim (33 623,1 DALY/100 tys.).

Analiza sytuacji zdrowotnej obciążenia chorobowego z uwzględnieniem indeksu społeczno-demograficznego SDI może być pomocna w ocenie różnic zdrowotnych pomiędzy regionami i śledzenia ich postępu w poprawie zdrowia ludności. Indeks SDI dla Polski skalkulowano na poziomie 0,80; z lokalnie najwyższą wartością dla województwa mazowieckiego (SDI=0,84), a najniższą dla województwa warmińsko-mazurskiego (SDI=0,77). Analiza dynamiki spadków obciążenia (30-lenia i 10 letnia) z powodu wszystkich przyczyn oraz z powodu ChUK plasowała Polskę w czołówce krajów o największej redukcji wskaźnika DALY. Sytuacja ta nie była jednak tak pozytywna w przypadku zmian obciążenia wynikającego z nowotworów – Polska znalazła się na końcu zestawienia krajów, a w przypadku województwa świętokrzyskiego odnotowano nawet 0,1% wzrost wskaźnika DALY/100 tys. w latach 1990–2019.

Najważniejszymi problemami zdrowotnymi u mężczyzn ogółem były kolejno: choroba niedokrwienna serca, następnie rak tchawicy, oskrzeli i płuc oraz ból dolnej części pleców. U kobiet były to kolejno: choroba niedokrwienna serca, ból dolnej części pleców oraz udar niedokrwienny. W grupie wieku poniżej 5 lat u obu płci największe obciążenie zdrowotne było spowodowane przez skutki przedwczesnego porodu, wady wrodzone serca oraz inne wady wrodzone. Utrata zdrowia u chłopców w wieku 5–14 lat wynikała przede wszystkim z konsekwencji zaburzeń zachowania, astmy i niedoboru żelaza w diecie, a u dziewcząt w wieku 5–14 lat – bólu dolnej części pleców, migreny oraz zaburzeń zachowania. W grupie wieku 15–49 lat największe obciążenie zdrowotne było spowodowane samookaleczeniem innymi środkami, zaburzeniami związanymi

ze spożyciem alkoholu i bólem dolnej części pleców (u mężczyzn) oraz ból dolnej części pleców, migrena i zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu (u kobiet). Najważniejszymi problemami zdrowotnymi u mężczyzn w wieku 50–69 lat były: choroba niedokrwienna serca, rak tchawicy, oskrzeli i płuc oraz cukrzyca typu 2, a u kobiet – rak tchawicy, oskrzeli i płuc, choroba niedokrwienna serca i ból dolnej części pleców. W najstarszej grupie wieku (70 lat i więcej) utrata zdrowia mężczyzn wynikała przede wszystkim z obciążenia chorobą niedokrwienną serca, rakiem tchawicy, oskrzeli i płuc oraz udarem niedokrwiennym, u kobiet zaś z obciążenia chorobą niedokrwienną serca, udarem niedokrwiennym oraz chorobą Alzheimera i innymi demencjami. Obciążenie najważniejszymi problemami zdrowotnymi wykazywało zróżnicowanie wojewódzkie we wszystkich uwzględnionych grupach wieku, z wyjątkiem dzieci i młodzieży obu płci w wieku 5–14 lat oraz kobiet w wieku 15–49 lat.

U mężczyzn w Polsce głównym czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za obciążenie chorobowe było palenie tytoniu (udział w całkowitym obciążeniu wynosił 6,03%), używanie alkoholu (4,53%) i wysokie skurczowe ciśnienie krwi (4,11%). U kobiet głównymi czynnikami ryzyka były wysoki wskaźnik BMI (udział w całkowitym obciążeniu 4,99%), palenie tytoniu (4,90%) oraz wysokie skurczowe ciśnienie krwi (4,17%). Dla obu płci udział czynników ryzyka w poszczególnych województwach wykazywał zróżnicowanie.

U mężczyzn w wieku poniżej 40 lat do najważniejszych czynników ryzyka odpowiedzialnych za całkowite obciążenie chorobowe zaliczały się używanie alkoholu, wysoki wskaźnik BMI oraz niska masa urodzeniowa. W grupie wieku 40–64 lata były to głównie palenie tytoniu, używanie alkoholu oraz wysoki wskaźnik BMI, natomiast w grupie wieku 65 lat i więcej głównymi czynnikami ryzyka były palenie tytoniu, wysokie skurczowe ciśnienie krwi oraz stężenie glukozy na czczo. U kobiet w wieku poniżej 40 lat do najważniejszych czynników ryzyka odpowiedzialnych za całkowite obciążenie chorobowe zaliczały się używanie alkoholu, niska masa urodzeniowa oraz krótki wiek ciążowy dla masy urodzeniowej. W grupie wieku 40–64 lata były to głównie palenie tytoniu, wysoki wskaźnik BMI oraz wysokie stężenie glukozy na czczo, natomiast w grupie wieku 65 lat i więcej do najważniejszych czynników ryzyka zaliczały się wysokie skurczowe ciśnienie krwi, wysokie stężenie glukozy na czczo oraz wysoki wskaźnik BMI.

1.15. WPŁYW COVID-19 NA EFEKT ZMIANY SPOSOBU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OKULISTYCZNYCH

Wykorzystanie systemu jgp do stymulowania zmian w strukturze świadczeń okulistyki dorosłych w Polsce przyniosło spodziewane efekty, choć nadal nie od razu w takim stopniu, jak zakładano. Prawdopodobnie jedną z przyczyn mogły być ograniczenia w dostępie do placówek opieki zdrowotnej oraz odroczenie realizacji planowych zabiegów także przez samych pacjentów, co było związane z trwającą pandemią COVID-19, choć miało znaczenie głównie dla wolumenu udzielanych świadczeń. Ten problem nie dotyczył zresztą wyłącznie okulistyki, ale także innych świadczeń planowych, szczególnie udzielanych w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizacji jednego dnia. Nie dostrzeżono znaczącego, w porównaniu do wywołanego zmianami w organizacji udzielania świadczeń, wpływu pandemii na zmiany w strukturze udzielanych świadczeń, czy trybie ich udzielania. Nie zmieniła się także liczba podmiotów wykonujących zabiegi okulistyczne na podstawie umowy z NFZ. Należy mieć nadzieję, że okresowe, „pandemiczne” zmniejszenia liczby wykonywanych zabiegów zostaną szybko odbudowane w kolejnych kwartałach, co będzie skutkowało nie tylko poprawą dostępności, ale także jakości udzielanych świadczeń.

Płatnik publiczny regularnie monitoruje zmiany w strukturze udzielanych świadczeń w skali Polski oraz publikuje regularne raporty informujące o sytuacji w sekcji B (patrz: projekt „Aktywne monitorowanie” na stronie internetowej NFZ oraz platforma „Zdrowe dane”). Dzięki temu świadczeniodawcy mogą ocenić swoją „pozycję rynkową” względem innych podmiotów funkcjonujących na danym terenie (obecnie w cyklach półrocznych), co może przyczynić się do zmiany ich zachowań. Równocześnie pacjenci będą mogli ocenić świadczeniodawcę nie tylko na bazie tzw. „poczty pantoflowej” lecz również na podstawie danych gromadzonych w systemie.

W ocenie autorów konieczna jest dalsza ścisła współpraca NFZ ze środowiskiem okulistów, szczególnie specjalistą krajowym, co pozwoli na ewaluację wprowadzonych zmian oraz skuteczną implementację kolejnych rozwiązań organizacyjnych i finansowych, umożliwiających poprawę dostępności i jakości diagnostyki i terapii chorób oczu.

1.16. WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA MECHANIZMY FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KONTEKŚCIE ZMIAN STRUKTURY POTRZEB ZDROWOTNYCH

- Pandemia COVID-19 przyczyniła się do zmiany struktury finansowania ochrony zdrowia. Spowodowała także zmiany w strukturze udzielania świadczeń – ograniczenie planowanych hospitalizacji i porad ambulatoryjnych na rzecz tworzenia szpitali tymczasowych dedykowanych leczeniu pacjentów z COVID-19.

Struktura finansowania opieki zdrowotnej z budżetu NFZ uległa wyraźnej zmianie. W latach 2021–2022 budżet na opiekę szpitalną zmniejszył się o ok. 10%.

Szczególnie spadek finansowania widać w obszarze opieki geriatrycznej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki długoterminowej. Świadczenia z zakresu opieki geriatrycznej stanowiły 0,14% kosztów wszystkich świadczeń w 2020 r., a największy spadek odnotowano w leczeniu szpitalnym – podczas pandemii opieka geriatryczna stanowiła 0,27% sumarycznych kosztów leczenia szpitalnego.

Największą grupę pacjentów w opiece długoterminowej stanowią osoby starsze. System opieki zdrowotnej musi się przygotować na zwiększone zapotrzebowanie na opiekę, które uwzględnia strukturę wiekową populacji i profil chorób przewlekłych.

Szacunkowy wzrost bieżących wydatków na ochronę zdrowia w 2020 r. względem 2019 r. wyniósł 12%. W 2020 r. budżet na leczenie szpitalne wyniósł 5,5 mld, a w 2021 r. zmniejszył się do 3,7 mld.

Bieżące wydatki prywatne na ochronę zdrowia również wzrosły w 2020 r. i wyniosły 44,2 mld zł.

W 2020 r. nastąpił spadek rozpoznań chorób nowotworowych o ok. 20%. Redukcja liczby nowych rozpoznań raka jelita grubego w 2021 r. wyniosła 13,5%. W przypadku raka płuca nastąpił spadek liczby rozpoznań o 14%, a w przypadku raka piersi – o 11%.

W wyniku pandemii w 2020 r. (w porównaniu do 2019 r.) nastąpił wzrost absencji chorobowej w liczbie dni związanej z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania o ok. 37%.

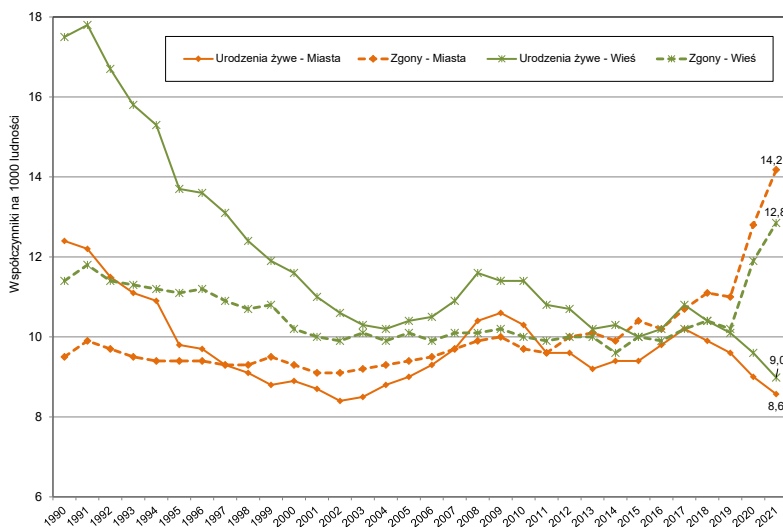
Należy podejmować działania, by zapobiegać negatywnym długofalowym skutkom pandemii przede wszystkim w aspekcie dostępności badań przesiewowych oraz innych świadczeń profilaktycznych.

2. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

Bożena Moskalewicz, Paweł Goryński, Jakub Stokwiszewski,
Aneta Trochonowicz, Bogdan Wojtyniak

Liczba ludności Polski po 2011 r. zmniejszała się, a w 2021 r. wynosiła 38 036 100 osób. W porównaniu z wynikami Narodowego Spisu Ludności i Mieszkań z 2011 r., liczba ludności zmniejszyła się w 2021 r. o ok. 476 tys., tj. o 1,2%. Saldo migracji zagranicznych było do 2014 r. ujemne, w 2016 r. osiągnęło rekordową dodatnią wartość 6,1 i w pierwszym półroczu 2021 r. miało wartość dodatnią 1,9 tys. Również przyrost naturalny (różnica między liczbą urodzeń i liczbą zgonów) od 2011 r. był ujemny w miastach, a w 2015 r. i w 2020 r. był ujemny również na wsi (ryc. 2.1). Na obszarze całego kraju ujemny przyrost naturalny występował od 2013 r. do 2021 r. włącznie. Spośród 27 krajów UE w 2021 r. 16 miało ujemny przyrost naturalny oraz UE ogółem, a w 9 krajach liczba ludności uległa zmniejszeniu¹. Według danych Eurostatu mieszkańcy Polski stanowią obecnie 8,5% ogółu ludności UE, co plasuje nasz kraj na piątej pozycji pod względem wielkości populacji.

1 <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>



Ryc. 2.1. Ruch naturalny ludności w Polsce w miastach i na wsi w latach 1990-2021 (dane GUS)

Z porównania Spisów z lat 2011 i 2021 wynika, że liczba kobiet uległa zmniejszeniu o 220,8 tys. (tj.1,1%), a mężczyzn – o 255 tys. (tj.1,4%). W okresie międzyspisywym nie uległy zasadniczej zmianie proporcje według płci. Kobiety stanowią ponad połowę ludności (51,6%) i na każdych 100 mężczyzn przypada 107 kobiet (tabela 2.1). Ta nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami pojawia się dopiero w wieku 50-54, a w coraz starszych grupach wieku zwiększa się bardzo szybko. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypadają już 154 kobiety, zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 260 kobiet (stanowią one 72,3% ogółu ludności Polski w tym wieku). W wieku poniżej 48 lat obserwuje się stałą przewagę liczebną mężczyzn nad kobietami (wśród noworodków chłopcy stanowią większość w 2021 r. 51,4%), która zmniejsza się stopniowo przede wszystkim w wyniku wyższej przedwczesnej umieralności mężczyzn w porównaniu z kobietami.

Tabela 2.1. Ludność Polski wg płci, charakteru miejsca zamieszkania i wybranych grup wieku w latach 2011-2021 (wg stanu na 31 grudnia)

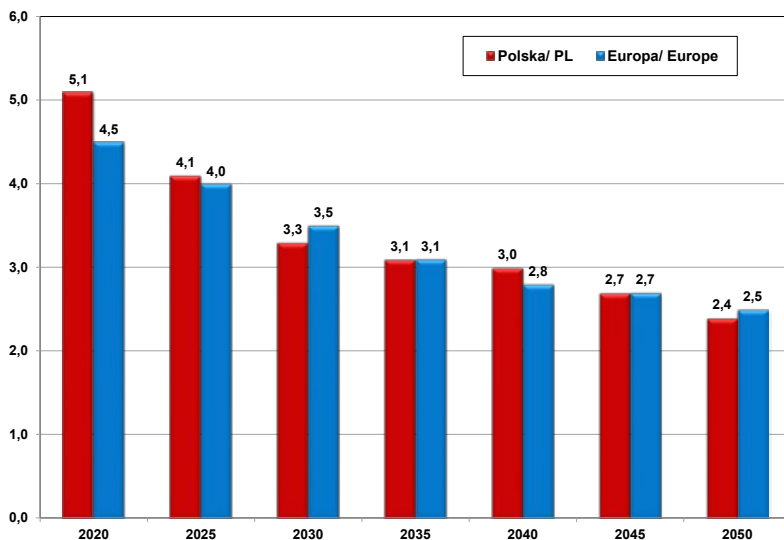
Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś	Liczba kobiet na 100 mężczyzn	Ludność (%)		
	liczby w tysiącach						poniżej 20 lat	65 lat i więcej	w miastach
2011	38538	18655	19884	23386	15153	107	21,1	13,8	60,7
2012	38533	18649	19884	23336	15197	107	20,8	14,2	60,6
2013	38496	18630	19866	23258	15238	107	20,5	14,7	60,4
2014	38479	18620	19859	23216	15262	107	20,3	15,3	60,3
2015	38437	18598	19839	23166	15271	107	20,1	15,8	60,3
2016	38433	18593	19840	23129	15304	107	20,0	16,4	60,2
2017	38434	18593	19840	23109	15324	107	20,0	17,0	60,1
2018	38411	18582	19829	23067	15344	107	20,0	17,5	60,1
2019	38383	18567	19816	23033	15350	107	20,0	18,1	60,0
2020	38265	18551	19801	22905	15359	107	20,1	18,6	59,9
2021	38080	18406	19674	22758	15323	107	20,0	19,0	59,7

Źródło: dane GUS

Udział procentowy dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat powoli, ale systematycznie zmniejsza się od drugiej połowy lat 80. i w 2021 r. grupa ta stanowiła 20,0% ogółu ludności, a dzieci w wieku 0-14 lat 15,3%. W tym samym czasie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej, w 2021 r. stanowiły one 19,0% ogółu ludności Polski (tabela 2.1). Udział osób starszych, w wieku 65 lat i więcej, jest wyższy wśród mieszkańców miast niż wsi: w 2021 r. odpowiednie odsetki wynosiły 21,0% i 16,5%.

Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż większości krajów UE27. Według danych urzędu statystycznego UE Eurostatu na dzień 01.01.2020 r. mediana wieku mieszkańców całej UE wynosiła 43,9 lat, a Polski – 41,3 lat, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił odpowiednio 20,6% i 19,9% (tylko ludność Cypru, Irlandii, Luksemburga i Słowacji jest według tych wskaźników młodsza od ludności Polski a według mediany wieku również nieznacznie w Szwecji i Wielkiej Brytanii). Jak wynika z prognoz opracowanych przez Eurostat ta korzystna dla Polski różnica będzie się stopniowo zmniejszać i w połowie obecnego wieku zarówno mediana wieku, jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej, będą w Polsce wyższe od przeciętnych dla krajów UE27

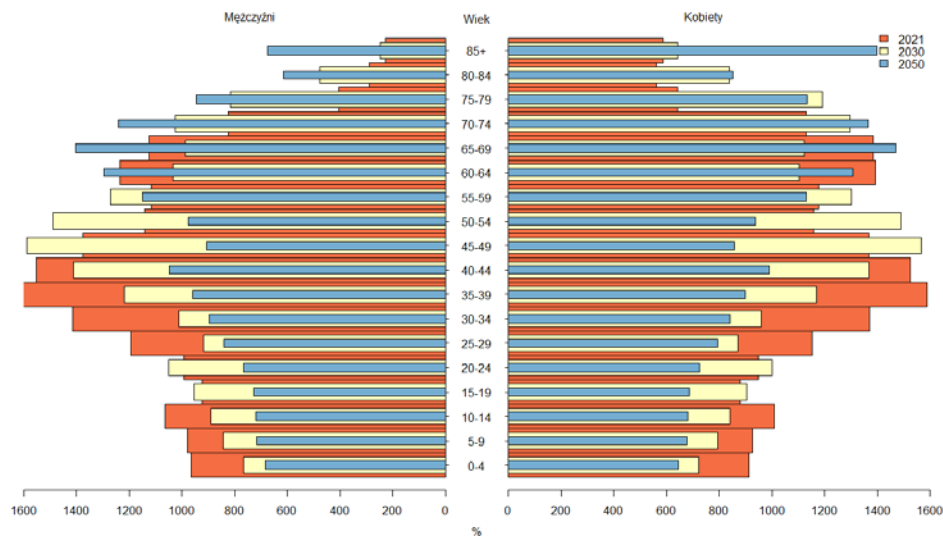
(tabela. 2.2). Warto zwrócić uwagę, że w Polsce odsetek osób najstarszych, tj. w wieku 80 lat i starszym, najszybciej będzie wzrastał w latach 2030-2040 natomiast całej grupy 65 lat i więcej najbardziej wzrośnie już do 2030 r., co oznacza, że ten najbliższy znaczny wzrost odsetka osób starszych będzie dotyczył przede wszystkim osób w wieku poniżej 80 lat. Zachodzące zmiany w strukturze wieku ludności i problem starzenia się populacji znajdują swoje odbicie w ważnych wskaźnikach demograficzno-społecznych. Jednym z nich jest tzw. wskaźnik potencjalnego wsparcia pokazujący, ile osób w wieku aktywnym przypada na osobę w wieku starszym. Jak pokazuje rycina 2.2 w kolejnych dekadach będziemy obserwować dramatyczne zmniejszanie się wielkości tego wskaźnika zarówno w Polsce, jak i w całej Europie, ale w Polsce ta zmiana będzie intensywniejsza i zapewne bardziej odczuwalna. Proces zachodzących zmian struktury wieku i starzenia się ludności Polski dobrze ilustrują zmiany widoczne w piramidzie wieku polskiej populacji i zasadniczy wzrost liczby ludności w najstarszych grupach wieku (ryc. 2.3).



Ryc. 2.2. Wskaźnik potencjalnego wsparcia (liczba osób w wieku 25-69 lat / liczba osób w wieku 70 lat i więcej) w Polsce i przeciętny w Europie w 2020 r. oraz prognozowany na lata 2020-2050 (UN, World Population Prospects: The 2019 Revision)

Tabela 2.2. Prognozowana mediana wieku oraz odsetek osób w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w Polsce i wybranych krajach w latach 2020-2050 (dane Eurostat, EUROPOP2019)

Kraj	2020	2030	2040	2050
Mediana wieku ludności				
UE27	43,9	46,1	47,7	48,2
Austria	43,4	44,9	46,6	47,4
Czechy	42,9	45,6	47,4	46,6
Irlandia	38	40,5	42,2	43,7
Niemcy	45,9	46,1	47,2	47,2
Polska	41,3	45,5	49,1	50,9
Węgry	43,3	45,6	47	47,8
Odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej				
UE27	20,6	24,2	27,6	29,5
Austria	19	23	26,4	27,7
Czechy	19,9	22	24,8	28,2
Irlandia	14,4	17,6	21	24,7
Niemcy	21,8	25,4	27,9	28
Polska	19,9	21,6	24,3	27,7
Węgry	18,2	22,7	25,3	30,1
Odsetek ludności w wieku 80 lat i więcej				
UE27	5,9	7,2	9,2	11,3
Austria	5,3	6,7	8,2	11,1
Czechy	4,1	6,4	8	8,6
Irlandia	3,4	4,8	6,4	8
Niemcy	6,8	7,3	9,1	11,9
Polska	4,5	5,8	7,8	8,5
Węgry	4,4	5,7	9,2	9,7



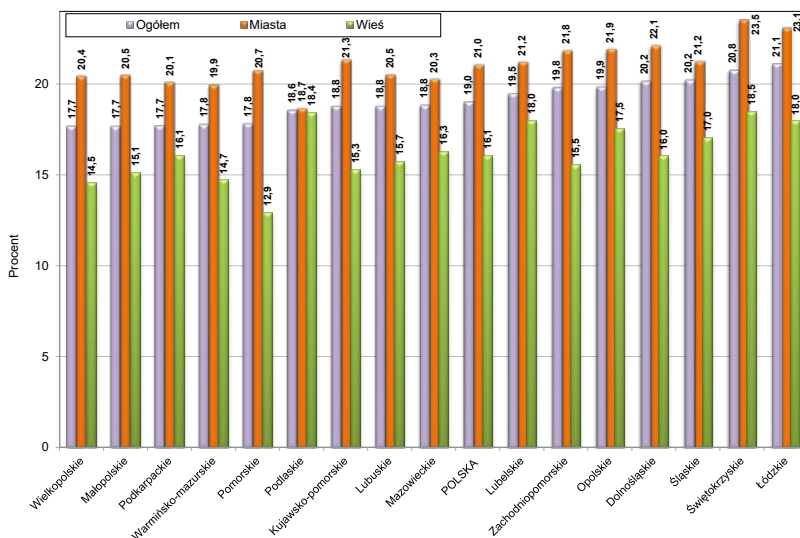
Ryc. 2.3. Ludność Polski wg płci i wieku w 2021 r. oraz prognozowana na lata 2030 i 2050 (dane Eurostat EUROPOP2019)

W perspektywie wojewódzkiej najwyższym odsetkiem osób w wieku 65 lat i więcej mieszkających w miastach charakteryzuje się woj. łódzkie i świętokrzyskie, natomiast najniższym – woj. warmińsko-mazurskie. Tendencja obserwowana przez lata wśród mieszkańców miast nie dotyczy mieszkańców wsi: stosunkowo najwięcej osób w starszym wieku mieszka w woj. świętokrzyskim (18,5%), a najmniej – w woj. pomorskim (12,9%) (ryc. 2.4).

Przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności Polski. Wskazują na to zmiany udziału ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety – 60 lat i więcej, mężczyźni – 65 i więcej). W latach 2000-2021 liczebność tej zbiorowości zwiększyła się o prawie 2,9 mln do wielkości 8,5 mln, a jej odsetek wzrósł w tym okresie z niespełna 15% do ponad 22%.

W 2021 r. w miastach odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększył się do prawie 25%, a na terenach wiejskich – do ponad 19%. W przypadku tej grupy wieku różnica udziału w ogólnych populacjach miast i wsi wynosi aż 5,1 p.p. Nieznacznie mniejsze jest zróżnicowanie regionalne – „najstarsze” w 2021 r. było woj. łódzkie z ponad 25% udziałem osób w wieku poprodukcyjnym, a najmniejszy odsetek osób

w wieku poprodukcyjnym (20,7-21%) odnotowano w woj. małopolskim, pomorskim i wielkopolskim.²



Ryc. 2.4. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w miastach i na wsi wg województw w 2021 r. (dane GUS)

Odsetek osób mieszkających w miastach ma po 2000 r. tendencję spadkową i w 2021 r. wynosił 59,7%. Według prognozy GUS odsetek ten będzie powoli, ale systematycznie, zmniejszał się. Obecnie najbardziej zurbanizowanym województwem jest woj. śląskie, gdzie w 2021 r. 77,6% ludności mieszkało w miastach, natomiast prawie o połowę mniejszy odsetek ludności miejskiej był w woj. podkarpackim – 41,4%.

Liczba urodzeń żywych po 2018 r. zmniejszała się zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i w odniesieniu do liczby ludności (tabela 2.3). Zmniejszanie się liczby urodzeń obserwuje się głównie w miastach. Wszystkie dane zawarte w tabeli 1.3 są oparte na obowiązujących w Polsce od 1 lipca 1994 r. definicjach żywego urodzenia oraz zgonu

2 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2021-r-stan-w-dniu-31-grudnia,6,31.html#>

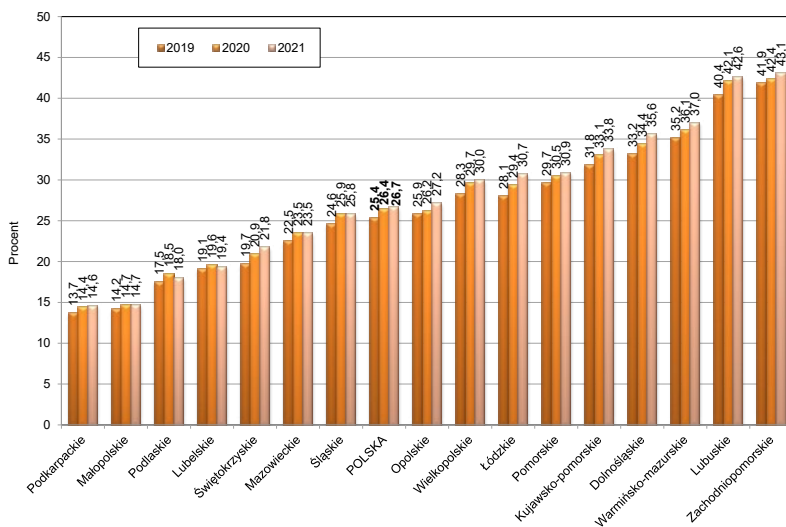
płodu, które są zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO). Według tych definicji tzw. urodzenia noworodków niezdolnych do życia z oznakami życia powinny być klasyfikowane jako urodzenia żywe, zaś tzw. urodzenia noworodków niezdolnych do życia bez oznak życia – jako zgony płodu, tj. urodzenia martwe.

Tabela 2.3. Urodzenia w Polsce w wybranych latach 2009-2021 (dane GUS)

Rok	Urodzenia żywe			Urodzenia martwe	
	liczba (w tysiącach)	na 1000 ludności	Pozamałżeńskie jako % urodzeń żywych	Liczba	% ogółu urodzeń
2009	417,6	11,0	20,2	1748	0,42
2010	413,3	10,7	20,6	1730	0,42
2011	388,4	10,1	21,2	1653	0,42
2012	386,3	10,0	22,3	1601	0,41
2013	369,6	9,6	23,4	1386	0,37
2014	375,2	9,7	24,2	1341	0,36
2015	369,3	9,6	24,6	1075	0,29
2016	382,3	9,9	25,0	1147	0,30
2017	402,0	10,5	24,1	1101	0,27
2018	388,2	10,1	26,4	1277	0,33
2019	375,0	9,8	25,4	1238	0,33
2020	355,4	9,6	26,4	1270	0,27
2021	332,7	8,7	24,0	1220	0,37

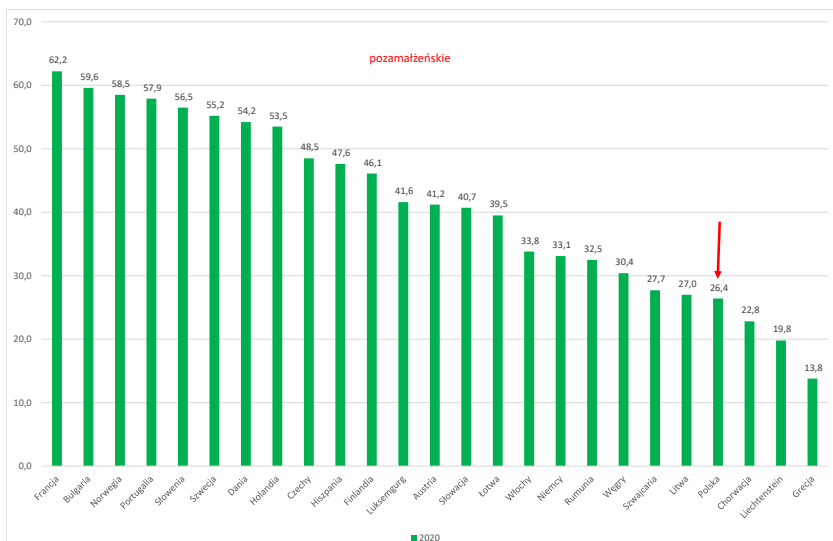
Źródło: dane GUS

Co czwarte rodzące się w Polsce dziecko jest urodzone poza formalnym związkiem małżeńskim. Warto odnotować, że odsetek takich urodzeń w 2021 r. był mniejszy niż rok wcześniej. (tabela 2.3). Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie wielkości tego odsetka, jak i jego zmian w czasie. W latach 2019–2021 odsetek urodzeń pozamałżeńskich był zdecydowanie najwyższy w woj. zachodniopomorskim i lubuskim. Z drugiej strony trzykrotnie niższa częstość urodzeń pozamałżeńskich występuje w woj. podkarpackim i małopolskim (ryc. 2.5a). Jak zwracaliśmy już uwagę w poprzednich Raportach odsetek urodzeń pozamałżeńskich jest na ogół – z wyjątkiem województw podkarpackiego i świętokrzyskiego – wyższy w miastach niż na wsi.



Ryc. 2.5a. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wśród urodzeń żywych wg województw w latach, 2019, 2020 i 2021 (dane GUS)

Jak wynika z danych Eurostatu odsetek urodzeń pozamałżeńskich w Polsce należy do niskich na tle UE27, gdyż częstość tych urodzeń jest niższa niż w naszym kraju tylko w Grecji, Chorwacji, Liechtensteinie (ryc. 2.5b). W ośmiu krajach takie urodzenia stanowią ponad połowę wszystkich urodzeń. Łącznie we wszystkich krajach UE średnio 42% urodzonych dzieci stanowią dzieci pozamałżeńskie.



Ryc. 2.5b. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wśród urodzeń żywych w krajach Unii Europejskiej w 2020 r. (dane Eurostat)

W 2021 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). Po 2014 r. obserwuje się niewielką tendencję spadkową częstości tych urodzeń. Dzieci o niskiej masie urodzeniowej w Polsce rodzą się rzadziej niż przeciętnie w krajach UE (wg szacunków WHO w 2018 r. odsetek ten dla UE28 wynosił 6,1%, WHO HFA DB).

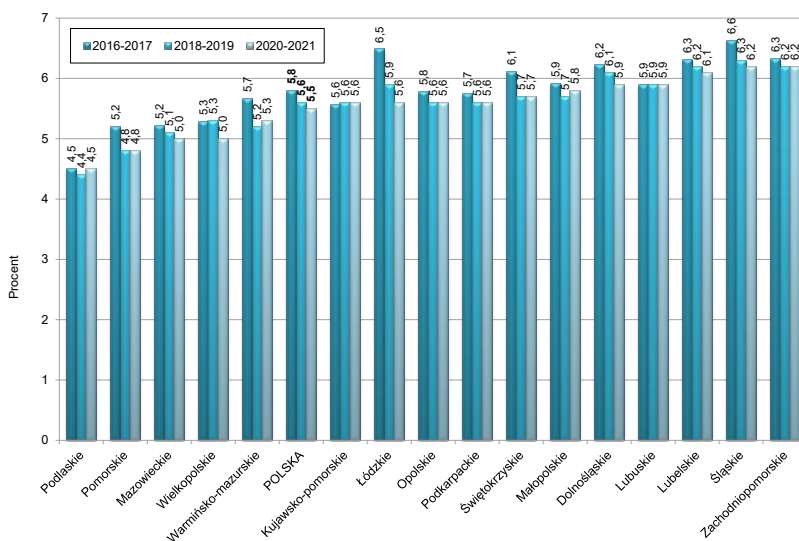
Tabela 2.4. Urodzenia żywe według wagi noworodka przy urodzeniu w wybranych latach 2011-2021 (dane GUS)

Rok	Urodzenia żywe				
	ogółem	poniżej 2500g		2500g i więcej	
		liczba	procent ¹	liczba	procent ¹
2011	388416	21793	5,6	366617	94,4
2012	386257	21835	5,7	364419	94,3
2013	369576	22019	6,0	347553	94,0
2014	375160	22211	5,9	352940	94,1
2015	369308	21351	5,8	346611	94,2
2016	382257	22314	5,8	359929	94,2
2017	401982	23062	5,7	378877	94,3
2018	388178	21451	5,5	366686	94,5
2019	374954	21174	5,6	353724	94,4
2020	355309	374898	5,4	336120	94,6
2021	331511	18761	5,7	312631	94,3

1 Uwzględniono tylko urodzenia żywe o ustalonej wadze noworodka przy urodzeniu

Źródło: dane GUS

Zróznicowanie międzywojewódzkie odsetka noworodków o niskiej masie urodzeniowej w ostatnich latach nieznacznie się zwiększa. W latach 2016-2021 najmniej korzystna pod tym względem sytuacja występowała w woj. śląskim i zachodniopomorskim, a najbardziej korzystna – w woj. podlaskim, w którym poprawia się ona systematycznie (ryc. 2.6). W większości województw obniża się odsetek urodzeń o niskiej masie, a nieznaczny wzrost tego odsetka w okresie 2020-2021 wystąpił w trzech województwach: małopolskim, warmińsko-mazurskim i podlaskim.

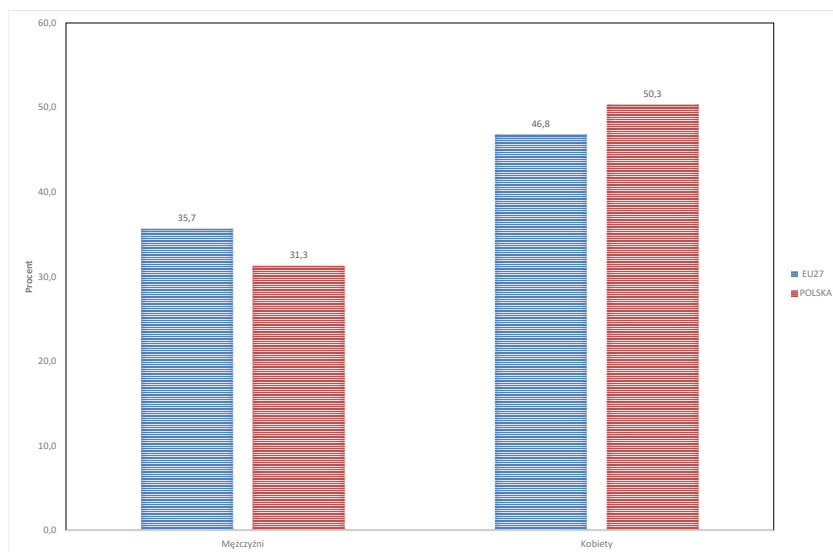


Ryc. 2.6. Odsetek żywo urodzonych noworodków o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2500g) wg województw, 2016-2017, 2018-2019 i 2020-2021 (dane GUS)

Status społeczno-ekonomiczny ma uznany, niezwykle istotny wpływ na stan zdrowia. Struktura społeczno-ekonomiczna ludności Polski na tle pozostałych krajów UE jest mniej korzystna, aczkolwiek z pewnymi wyjątkami. Do najważniejszych wyznaczników statusu społecznego należy poziom wykształcenia.

Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym bardzo wzrósł w Polsce w ostatnich latach, to jednak wśród mężczyzn jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE, natomiast odsetek kobiet jest wyższy od przeciętnego dla UE27 (ryc. 2.7). Dane Eurostatu pokazują również, że odsetek osób w wieku 18-24 lata, które mają wykształcenie co najwyżej gimnazjalne i nie kontynuują nauki, w stosunku do ogółu osób w tym wieku, jest w Polsce jednym z najniższych wśród krajów UE i w 2019 r. wynosił 5,5%, podczas gdy średnia dla krajów UE27 wynosiła 11,0%³.

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



Ryc. 2.7. Odsetek mężczyzn i kobiet w wieku 25-64 lata wg ukończonego wykształcenia wyższego w Polsce i w krajach UE, 2021 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 UE (w 2021 r. 6,8% vs. 5,4%) oraz znacznej większości krajów UE, to jednak wartość PKB w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w PPS) jest wciąż jedną z najniższych w UE – w 2021 r. była ona o 26,7% niższa od średniej dla całej UE⁴. Gorsza sytuacja niż w Polsce jest natomiast w Bułgarii, Grecji, Chorwacji, Portugalii, na Węgrzech, w Rumunii i na Łotwie.

Za korzystne należy uznać zjawisko zmniejszania się zróżnicowania dochodów w naszym kraju, które obrazuje wskaźnik zróżnicowania kwintylowego – o ile dochody jakie ma 20% osób o najwyższym ich poziomie były w 2014 r. 4,91 razy wyższe niż te jakie ma 20% osób o najniższych dochodach, przy średniej dla UE27 równej 5,22, w 2019 r. odpowiednie wartości wynosiły 4,37 i 5,05, a w 2021 r. wskaźnik dla Polski obniżył się do 4,02, natomiast przeciętny dla krajów UE wynosił 4,97 (dane Eurostatu⁵). Podobne zmiany zróżnicowania dochodów ludności Polski w porównaniu z innymi krajami UE

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

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

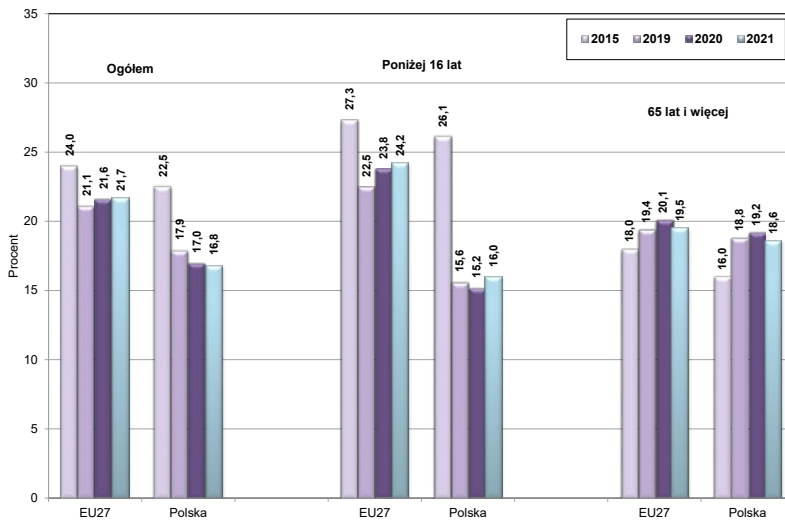
pokazuje również wskaźnik Giniego. W analogicznych latach współczynnik dla Polski wynosił 30,8, 28,5 i 26,8, natomiast średni współczynnik dla krajów UE odpowiednio – 30,9, 30,2, 30,1⁶. Kwestia wielkości zróżnicowania dochodów jest ważna, gdyż może ono negatywnie wpływać na stan zdrowia społeczeństwa, zwłaszcza mniej zamożnego⁷.

Za niezwykle istotny z punktu widzenia zdrowia publicznego należy uznać postępujący w naszym kraju spadek zasięgu ubóstwa ekonomicznego szacowanego w oparciu o dochody i wydatki gospodarstw domowych do 2021 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 deprivacji (brak możliwości zaspokojenia ze względów finansowych co najmniej 4 z 9 uznanych potrzeb) lub osoby w gospodarstwach domowych o bardzo niskiej intensywności pracy. Dane Eurostatu pokazują, że w Polsce wskaźnik ten jest obecnie niższy od przeciętnego dla krajów UE27 (ryc. 2.8a), oraz że w 17 krajach UE zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest bardziej powszechne niż w Polsce. Pozytywną różnicę w porównaniu z pozostałymi krajami UE obserwuje się wśród dzieci i młodzieży poniżej 16 lat (gorsza sytuacja niż w Polsce jest w 21 krajach), natomiast brak jest poprawy wśród osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej. Jednak również w tej grupie odsetek osób zagrożonych jest poniżej przeciętnego dla krajów UE.

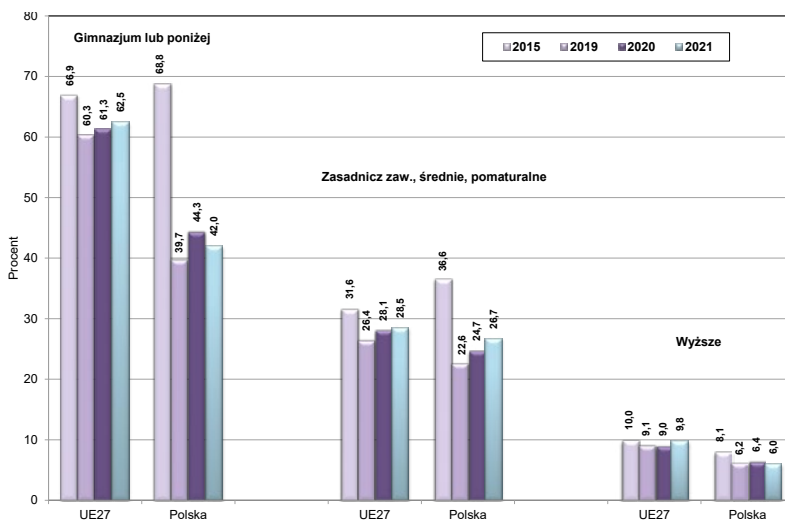
Zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym dzieci jest bardzo silnie związane z poziomem wykształcenia rodziców zarówno w Polsce, jak i UE ogółem. Po 2015 r. (a w zasadzie po 2016 r.) nastąpiła w Polsce duża poprawa pod tym względem, ale zróżnicowanie jest wciąż duże (ryc. 2.8b). Warto jednak zwrócić uwagę, że o ile jeszcze w 2015 r. w Polsce dzieci rodziców o wykształceniu poniżej wyższego były bardziej zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym niż przeciętnie w krajach UE to w następnych latach już nie.

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

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

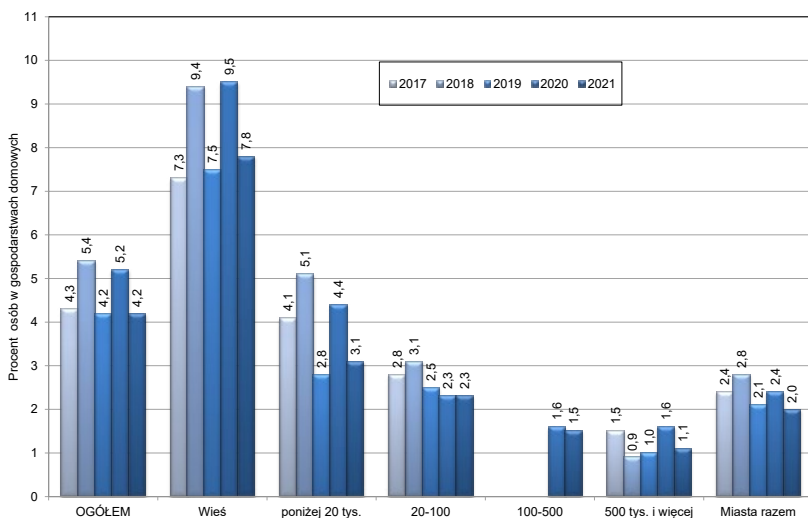


Ryc. 2.8a. Odsetek ludności zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ogółem oraz w grupie wieku 16 lat i mniej i 65 lat i więcej w Polsce oraz w średni krajach UE27 w latach 2015, 2019, 2020 i 2021 (dane Eurostat, badanie EU-SILC)



Ryc. 2.8b. Odsetek dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wg poziomu wykształcenia rodziców w Polsce i średni w UE27 w latach 2015, 2019, 2020 i 2021 (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Na rycinach 2.9a i 2.9b 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 człowieka⁸.



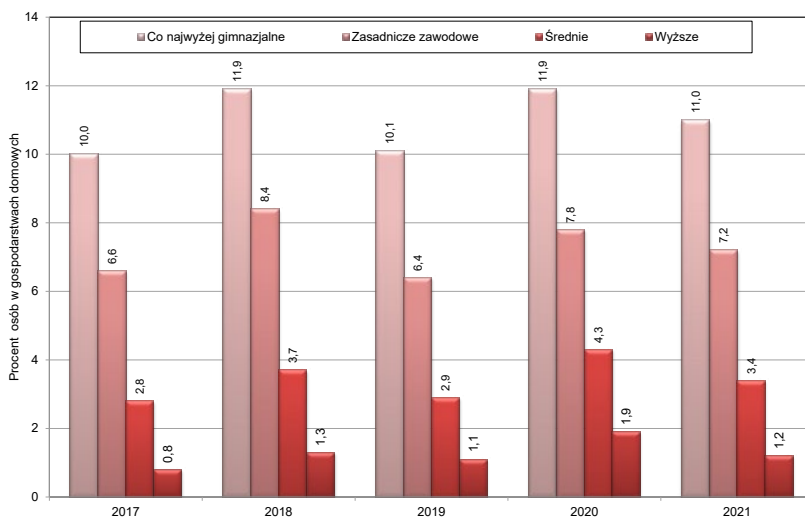
Ryc. 2.9a Wskaźniki zasięgu ubóstwa skrajnego według klasy miejscowości zamieszkania w latach 2017-2021 (dane GUS, dla klasy 100-500 brak opublikowanych danych dla lat 2017-2019)

Ogólnopolski rozmiar ubóstwa skrajnego obserwowany w latach 2017-2021 ma tendencję do wahań od 4,2% do 5,4%. Wśród mieszkańców wsi występuje wyraźna nadwyżka ubóstwa skrajnego w porównaniu do mieszkańców miast, nawet tych małych. Mieszkańcy miast mają znacznie większe szanse na ochronę podstawowych potrzeb

8 GUS Aneks do opracowania sygnałnego „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2021 r.”

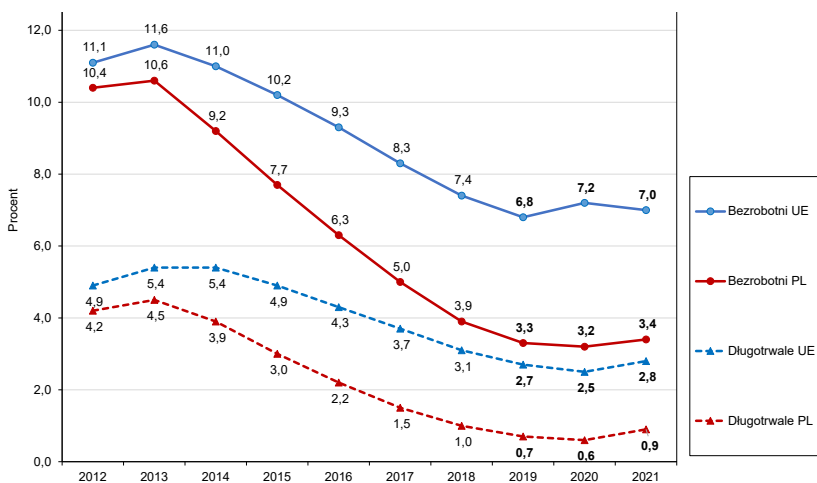
egzystencjalnych w porównaniu z ogółem mieszkańców wsi. Środowiskiem najbardziej bezpiecznym dla potrzeb życiowych są duże miasta 200-500 tys., bowiem zjawisko ubóstwa skrajnego ma tam charakter raczej sporadyczny.

Występuje wyraźny związek między wykształceniem głowy gospodarstwa domowego i zagrożeniem gospodarstwa występowaniem skrajnego ubóstwa (ryc.2.9b). Odsetek osób w gospodarstwach domowych zagrożonych skrajnym ubóstwem radykalnie zmniejsza się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. To zróżnicowanie ma charakter trwały. W 2020 r. poziom zwiększył się w stosunku do 2019 r., ale była to zmiana jednoroczna. Interpretacja zmian występujących w latach pandemii powinna być ostrożna ze względu na fakt, że – jak informuje GUS⁹ – zarówno w 2020 r., jak i w 2021 r., w związku z pandemią i wprowadzeniem różnego typu obostrzeń mających na celu redukcję transmisji koronawirusa poprzez ograniczenie kontaktów międzyludzkich, w badaniu budżetów gospodarstw domowych nastąpiła zmiana dotychczasowego sposobu zbierania informacji od respondentów z wywiadu bezpośredniego na wywiad telefoniczny.



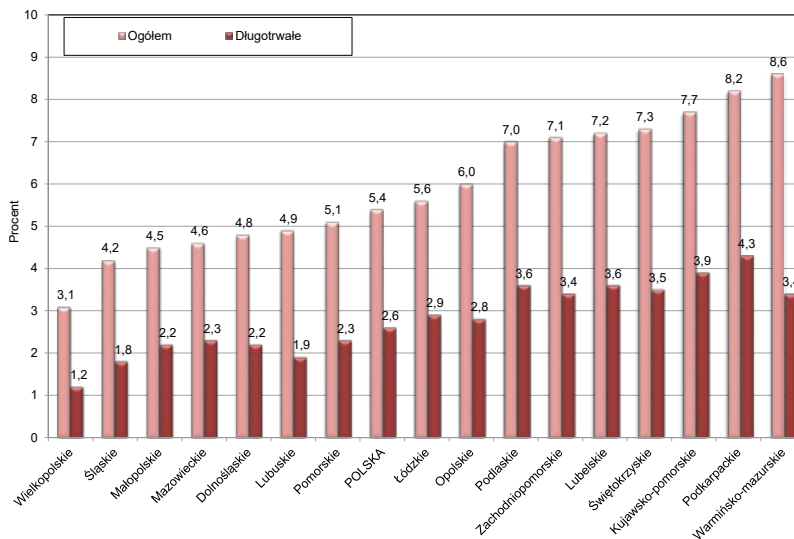
Ryc. 2.9b Wskaźniki zasięgu ubóstwa skrajnego według wykształcenia głowy gospodarstwa domowego w latach 2017-2021 (dane GUS)

Jak wynika z prowadzonego w krajach UE Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL (ang. *Labour Force Survey*) stopy bezrobocia oraz bezrobocia długotrwałego (powyżej 12 miesięcy) w populacji w wieku 15-74 w krajach UE, w tym w Polsce, przestały się obniżać w 2019 r., z tym, że w Polsce są one na poziomie znacznie niższym od średniego dla krajów UE (ryc. 2.10). W 2021 r. poziom bezrobocia w Polsce nieznacznie zwiększył się.



Ryc. 2.10. Stopa bezrobocia ogółem oraz bezrobocia długotrwałego wśród osób w wieku 15-74 lata w Polsce oraz w krajach UE w latach 2012-2021 (dane Eurostat, badanie LFS)

Zagrożenie bezrobociem ogółem oraz bezrobociem długotrwałym znacznie różni się w poszczególnych województwach. Ze względu na małą wiarygodność oszacowań poziomu bezrobocia długotrwałego w województwach porównanie przeprowadzono z wykorzystaniem wskaźnika bezrobocia rejestrowanego. W 2021 r. najlepsza sytuacja pod względem poziomu bezrobocia ogółem oraz długotrwałego była w woj. wielkopolskim, natomiast najwyższy wskaźnik zagrożenia bezrobociem ogółem obserwuje się w woj. warmińsko-mazurskim, a bezrobocia długotrwałego – w woj. podkarpackim (ryc. 2.11).



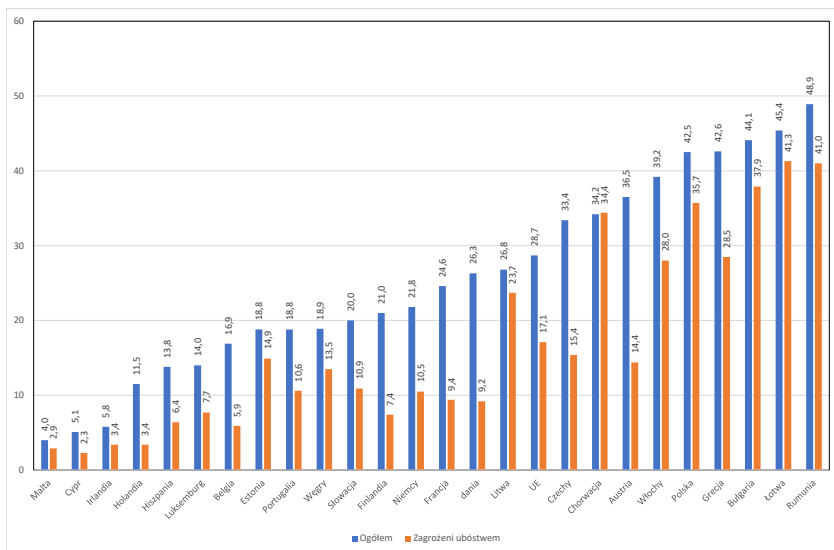
Ryc. 2.11. Stopa bezrobocia rejestrowanego ogółem oraz długotrwałego wg województw w 2021 r. (dane GUS)

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 2021 r. w Polsce odsetek tak zatrudnionych mężczyzn w stosunku do ogółu zatrudnionych w wieku 20-64 lata wynosił 3,1%, a w UE27 – 7,6%, natomiast w przypadku kobiet analogiczne odsetki wynosiły odpowiednio 7,4% i 28,3%¹⁰. Sytuację tą należy uznać za niekorzystną, zwłaszcza jeśli przyjąć, że nie wynika ona z dobrowolnych wyborów.

Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach UE. Szczególnie wyraźnie występuje to w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań. Zgodnie z definicją Eurostatu przyjmuje się, że osoba żyje w mieszkaniu o zwiększonym zagęszczeniu (ang. *overcrowded*), jeżeli mieszkanie nie spełnia któregoś z następujących

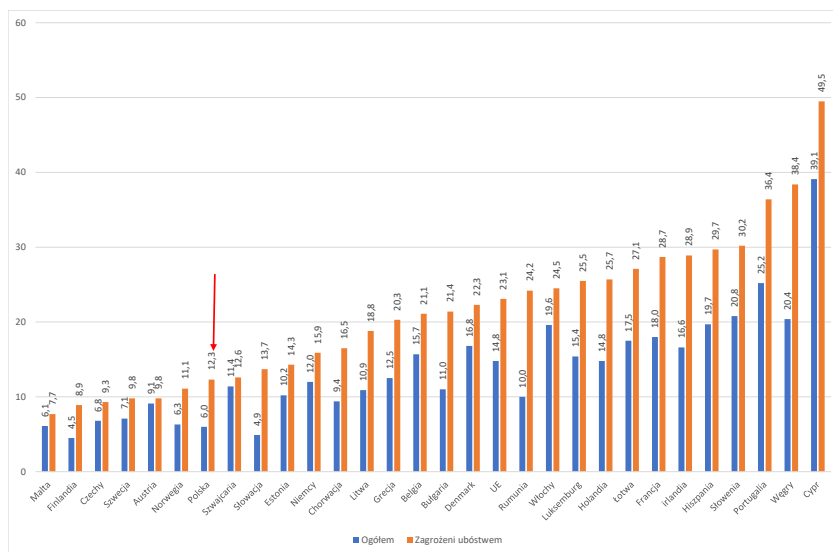
10 <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

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 1.13 przy takiej definicji 39,2% ludności Polski mieszka w zagęszczonych mieszkaniach, podczas gdy w całej UE przeciętnie tylko 15,5%. Obecnie gorsza sytuacja niż w Polsce jest zaledwie w czterech krajach UE. 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. Należy zauważyć, że ta niekorzystna różnica jest w Polsce i krajach Europy Środkowo-Wschodniej mniejsza od przeciętnej dla krajów UE (ryc. 2.12).



Ryc. 2.12. Odsetek ludności mieszkającej w Polsce i w krajach UE w mieszkaniach o zwiększonym zagęszczeniu wśród ogółu ludności oraz ludności zagrożonej ubóstwem, 2021 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 UE27 (ryc. 2.13). Osoby zagrożone ubóstwem częściej mieszkają w złych warunkach niż ogół społeczeństwa, ale również w tej grupie sytuacja w Polsce jest obecnie lepsza niż przeciętna w UE27, a ponadto ta niekorzystna dla osób zagrożonych ubóstwem różnica jest w Polsce mniejsza niż przeciętna w krajach UE.



Ryc. 2.13. Odsetek ludności ogółem oraz ludności zagrożonej ubóstwem mieszkających w mieszkaniach złej jakości w krajach UE27 w 2021 r. (dane Eurostat, badanie EU-SILC)

Należy podkreślić, że poza zdecydowanie większym niż w UE problemem zagęszczenia mieszkań, sytuacja w pozostałych analizowanych obszarach jest w Polsce lepsza od przeciętnej dla krajów UE.

Jedną z sumarycznych miar ogólnej sytuacji społecznej krajów jest syntetyczny Wskaźnik Rozwoju Społecznego (ang. *Human Development Index*, HDI), który został zaproponowany przez ONZ dla celów porównań międzynarodowych. Jest on miarą opartą na średniej wskaźników obejmujących trzy podstawowe sfery życia. Są to sfery: 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) oraz zamożności, tzn. dochodu (a konkretnie jego logarytmu) przypadającego na głowę mieszkańca z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej (PPP) (Dochód Krajowy Brutto, ang. *Gross National Income*). Konstrukcja wskaźnika określa docelowe wartości w każdej z wymienionych sfer. Według ostatnich danych ONZ dla 2022 r.¹¹ Polska plasuje się wśród krajów o najwyższym indeksie HDI: na 20 miejscu w UE i na 36 miejscu w świecie.

Przedstawiona powyżej charakterystyka sytuacji społeczno-ekonomicznej społeczeństwa naszego kraju pozwala na stwierdzenie, że działania zmierzające do jej poprawy i zmniejszenia dystansu, jaki w niektórych obszarach dzieli społeczeństwo polskie od społeczeństw bardziej rozwiniętych krajów UE, powinny również przyczynić się do korzystnych długofalowych zmian stanu zdrowia ludności Polski, co jest zgodne z koncepcją nowego zdrowia publicznego.

PODSUMOWANIE

1. Liczba ludności Polski zmniejszała się od 2009 r., a w końcu 2021 r. wynosiła 38 036 100 osób, co stanowi 8,5% ogółu ludności UE27 i plasuje nasz kraj na siódmym miejscu wśród krajów UE. W 2021 r. przyrost naturalny w Polsce miał ujemną wartość zarówno w miastach, jak i na wsi.
2. Kobiety stanowią ponad połowę ogółu ludności Polski (51,8%). Nadwyżka liczebna kobiet w porównaniu z mężczyznami pojawia się jednak dopiero w grupie wieku 50-54 lata, a w coraz starszych grupach wieku zwiększa się bardzo szybko. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypadają już 154 kobiety, zaś w wieku podeszłym, tj. 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 260 kobiet.

11 <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/hdi-by-country>

3. Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów UE (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 krajów UE.
4. Odsetek dzieci rodzących się poza formalnym związkiem małżeńskim zwiększa się i obecnie co czwarte rodzące się dziecko jest urodzone poza związkiem małżeńskim. W woj. zachodniopomorskim i lubuskim odsetek ten jest wyższy niż 40%. W porównaniu z innymi krajami europejskimi udział urodzeń pozamałżeńskich w Polsce jest stosunkowo niewielki, tylko w pięciu krajach UE odsetek tej grupy noworodków jest niższy niż w naszym kraju.
5. W Polsce obserwuje się niewielką tendencję spadkową częstości urodzeń o niskiej masie urodzeniowej, a urodzenia poniżej 2500 g występują rzadziej niż przeciętnie w krajach UE.
6. Pomimo tego, że odsetek osób z wykształceniem wyższym wyraźnie wzrasta w Polsce od szeregu lat, to jednak wśród mężczyzn w wieku 25-64 lata jest on wciąż niższy niż w większości krajów UE27, natomiast wśród kobiet odsetek osób z wykształceniem wyższym jest wyższy od przeciętnego dla UE27.
7. Za korzystny proces należy uznać zmniejszanie się zróżnicowania dochodów, które w ostatnich latach jest w Polsce na poziomie niższym od przeciętnego dla krajów UE. Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w naszym kraju jest obecnie na poziomie niższym od przeciętnego dla UE. Największą poprawę obserwuje się w przypadku dzieci i młodzieży poniżej 18 lat. Natomiast brak jest poprawy w przypadku osób najstarszych w wieku 65 lat i więcej, ale również w tej grupie odsetek osób zagrożonych jest niższy od przeciętnego dla krajów UE.
8. Poziom bezrobocia ogółem, jak również bezrobocia długotrwałego w Polsce zalicza się do jednego z najniższych w UE. Województwami, w których sytuacja w zakresie bezrobocia jest najgorsza są woj. 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.

9. Warunki mieszkaniowe Polaków są pod niektórymi względami gorsze od przeciętnych w krajach UE, a szczególnie wyraźnie w odniesieniu do zagęszczenia mieszkań. Natomiast Polacy rzadziej niż ogół mieszkańców UE mieszkają w mieszkaniach złej jakości.
10. Ostatni Wskaźnik Rozwoju Społecznego (ang. *Human Development Index*, HDI) z 2022 r. wynoszący 0,880 plasuje Polskę wśród krajów o najwyższych jego wartościach – na 20 miejscu w EU i na 36 miejscu w świecie.

3. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI

Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski,
Daniel Rabczenko, Tomasz Madej, Paweł Goryński,
Aneta Trochonowicz, Tomasz Zdrojewski

Pandemia wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 spowodowała ogromne straty w zdrowiu ludności i przyczyniła się bezpośrednio i pośrednio do dużego wzrostu umieralności i w konsekwencji skrócenia długości życia ludności Polski. Większa liczba zgonów związana była zarówno z zachorowaniami na COVID-19, jak również z przeciążeniem systemu ochrony zdrowia, zaburzeniami w jego działaniu, ale także unikaniu korzystania z niego przez pacjentów. Przyczyniał się do niej również wzrost niektórych niekorzystnych zachowań zdrowotnych ludności.

Przedstawiona poniżej analiza umieralności mieszkańców Polski jest oparta w dużym stopniu na indywidualnych danych z rejestru zgonów mieszkańców Polski prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Rejestr ten z pewnymi niezbędnymi ograniczeniami jest udostępniany Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego PZH – Państwowemu Instytutowi Badawczemu (NIZP PZH – PIB) 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 WHO¹, wykorzystano również wskaźniki publikowane przez GUS oraz dostępne w międzynarodowych bazach danych przede wszystkim Eurostatu², co zawsze zostało zaznaczone w treści.

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

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

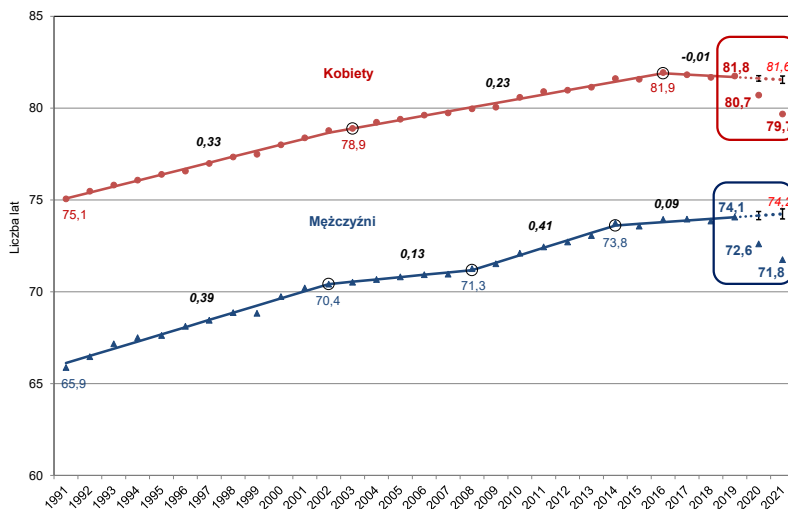
W przypadku własnych obliczeń oczekiwanej długości życia stosowano klasyczną metodę Chianga³ a dekompozycję długości życia wg przyczyn zgonów oraz wieku przeprowadzano wg metody Ariagi⁴. Analizę trendów czasowych współczynników zgonów i długości życia w Polsce i dla krajów UE przeprowadzono za pomocą modeli *jointpoint* (model liniowy) i programu *Joinpoint Regression Program*, (*Version 4.8.0.1 April 22, 2020; 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).

3.1. Zmiany w czasie i zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców Polski

Według ostatnich danych GUS w 2021 r. przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 71,75 lat a kobiet była o 7,93 roku dłuższa i wynosiła 79,68 lat. Analiza długookresowych trendów pokazuje niepokojącą sytuację już w ostatnich latach przed pandemią (ryc. 3.1).

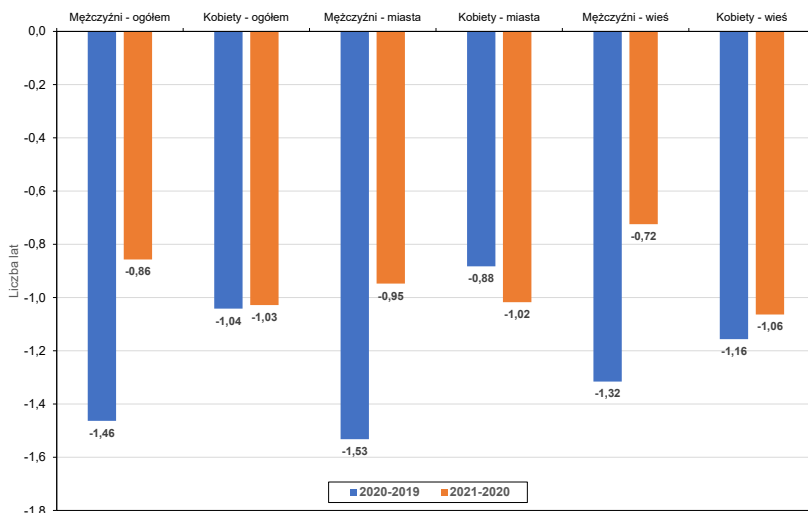
3 Chiang C. L. „The Life Table and its Applications”, Robert E. Krieger Publishing Company, Inc., Malabar, Florida, 1984

4 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 1991–2021 oraz jego trendy i średnioroczne tempo zmian w latach 1991–2019; dla lat 2020 i 2021 wartości rzeczywiste oraz oczekiwane na podstawie wcześniejszego trendu (*dane GUS i obliczenia własne*)

W latach 2014–2019 nastąpiło ponowne, zasadnicze spowolnienie wzrostu długości życia mężczyzn (wcześniejsze było w latach 2002–2008) natomiast w przypadku kobiet w latach 2016–2019 długość życia miała niewielki trend spadkowy. Pandemia COVID-19 spowodowała w latach 2020–2021 niespotykane w okresie powojennym skrócenie długości życia ludności Polski. W porównaniu z wartością bezpośrednio przed pandemią tzn. w 2019 r. długość życia w 2021 r. była krótsza o 2,3 lat u mężczyzn (1,9 w wieku 65 lat) i 2,1 lat u kobiet (1,7 w wieku 65 lat). Gdyby w przypadku ogółu mężczyzn uwzględnić fakt, że w poprzedzających latach długość życia miała trend rosnący to różnica obserwowanej długości życia w 2022 r. w stosunku do wartości oczekiwanej na podstawie dotychczasowego trendu zwiększyłaby się do 2,5 lat.

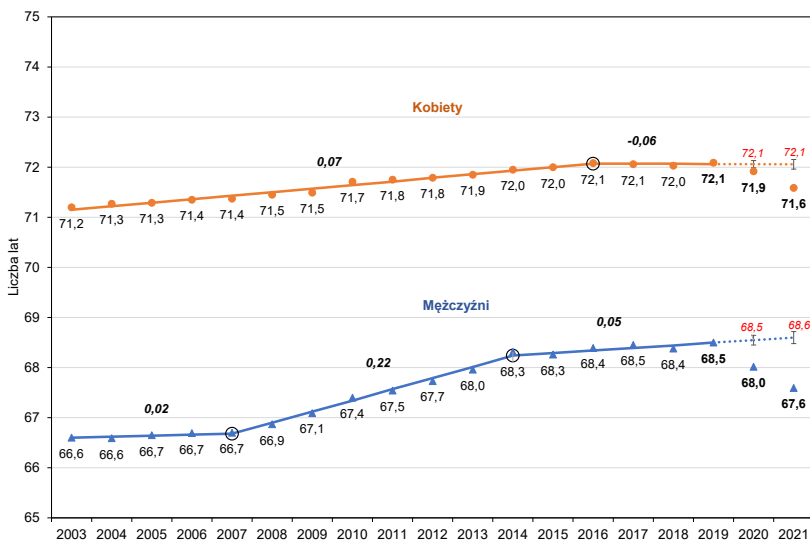


Ryc. 3.2. Zmiana przeciętnej długości życia w wieku 0 lat w latach 2019-2020 oraz 2020-2021 wg płci i miejsca zamieszkania miasto/wieś (na podstawie danych GUS)

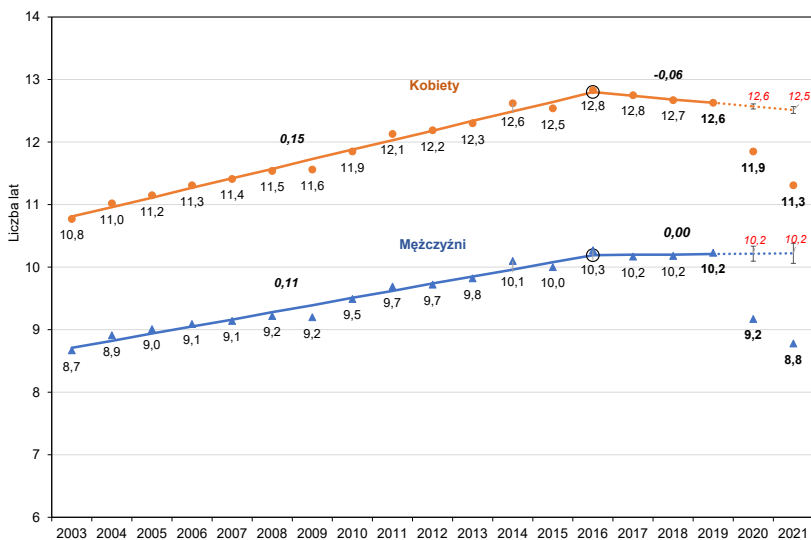
Wpływ pandemii na skrócenie długości życia mężczyzn i kobiet nie był jednakowy. Mężczyźni bardziej ucierpieli w pierwszym roku pandemii (długość życia uległa skróceniu o 1,46 roku) niż w drugim (dalsze skrócenie o 0,86 roku) natomiast kobiety w obu latach ucierpiały w podobnym stopniu (długość życia uległa skróceniu odpowiednio o 1,04 i 1,03 roku). Tak więc pierwszy rok pandemii bardziej odbił się na zdrowiu mężczyzn a drugi na zdrowiu kobiet (przynajmniej pod względem tak istotnego wskaźnika zdrowia jakim jest długość życia). Natomiast wpływu pandemii na skrócenie długości życia mieszkańców miast i wsi u mężczyzn w obu latach był większy wśród mieszkańców miast natomiast u kobiet w 2020 r. był większy wśród mieszkanek wsi a w 2021 r. był podobny w obu populacjach (ryc. 3.2).

Wpływ pandemii na skrócenie długości życia występuje najsilniej u osób w starszym wieku, ale jest również znaczny w młodszej populacji. Żeby oszacować oczekiwaną długość życia w młodszej grupie wieku obliczyliśmy częściową długość życia (*temporary/partial life expectancy*) mężczyzn i kobiet w przedziale wieku 0-75 lat (e_{0-75}). Obliczona wartość pokazuje, ile przeciętnie lat życia może oczekiwać rodzące się niemowlę w okresie życia do 75 lat przy zachowaniu natężenia umieralności takiego jak w roku badania. Teoretycznie, gdyby nie było zgonów przedwczesnych tzn. w wieku poniżej 75 lat

oczekiwana częściowa długość życia wynosiłaby 75 lat. Dla osób w wieku 75 lat wykorzystano szacowaną przez GUS oczekiwaną dalszą długość życia osób w tym wieku (e_{75}). Na rycinie 3.3a i 3.3b przedstawiono wartości obu parametrów dla mężczyzn i kobiet w latach 2003–2021. Oczekiwana długość życia w przedziale wieku 0–75 lat w 2021 r. była krótsza niż w 2019 r. o 0,9 roku dla mężczyzn i o 0,5 roku dla kobiet. Natomiast dalsza długość życia osób w wieku 75 lat uległa skróceniu w tym samym dwuletnim okresie o 1,5 roku oraz 1,3 roku odpowiednio dla mężczyzn i kobiet. Warto zauważyć, że przy powrocie do wcześniejszego korzystnego trendu zmian oczekiwanej długości życia w wieku 0–75 lat (2007–2014 mężczyźni, do 2016 r. kobiety) mężczyźni wróciliby do poziomu z 2019 r. już w 2025 r. a kobiety w 2028 r. U osób starszych nadrobienie powstałej straty, przy założeniu stosunkowo korzystnej sytuacji z lat wcześniejszych, a więc przed 2016 r., zajęłoby więcej czasu, do ok. 2033 r. u mężczyzn i 2030 u kobiet.

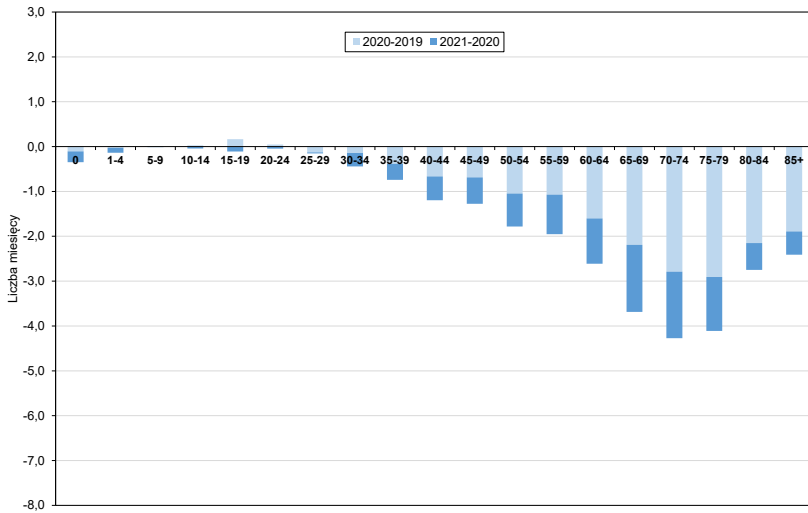


Ryc. 3.3a. Przeciętne trwanie życia rodzących się mężczyzn i kobiet w przedziale wieku 0–75 lat w latach 2003–2021 oraz jego trendy i średnioroczne tempo zmian w latach 2003–2019; dla lat 2020 i 2021 wartości rzeczywiste oraz oczekiwane na podstawie wcześniejszego trendu (*obliczenia własne*)

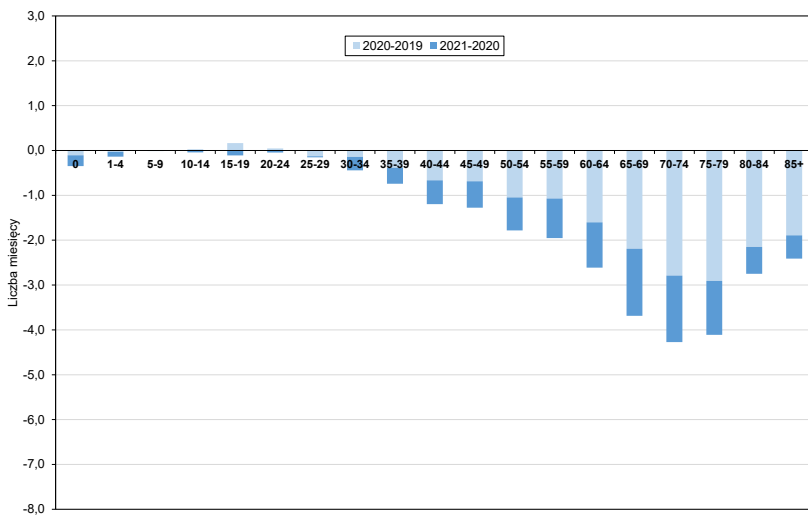


Ryc. 3.3b. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 75 lat w latach 2003–2021 oraz jego trendy i średnioroczne tempo zmian w latach 2003–2019; dla lat 2020 i 2021 wartości rzeczywiste oraz oczekiwane na podstawie wcześniejszego trendu (*dane GUS i obliczenia własne*)

Znaczenie wzrostu umieralności w poszczególnych 5-letnich grupach wieku dla spadku oczekiwanego trwania życia mężczyzn i kobiet w Polsce w 2020 r. w stosunku do 2019 r. oraz w 2021 r. w stosunku do 2020 r. (w miesiącach) przedstawiono na ryc. 3.4a i 3.4b. Zwraca uwagę, że u mężczyzn w większym stopniu niż u kobiet do skrócenia długości życia przyczyniał się wzrost umieralności w grupach wieku od 40 do 74 lat natomiast u kobiet większą rolę niż u mężczyzn odgrywał wzrost umieralności w najstarszych grupach wieku 75 lat i więcej.

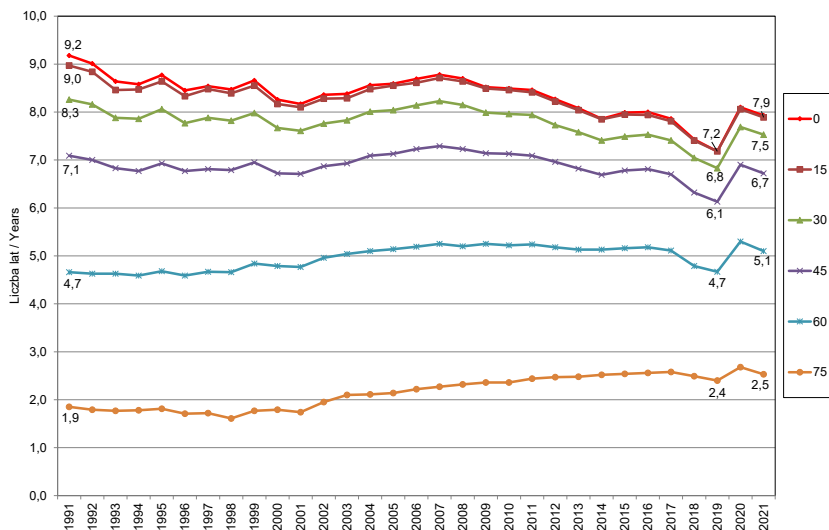


Ryc. 3.4a. Liczba miesięcy krótszej długości życia mężczyzn w Polsce w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. i w 2021 r. w porównaniu z 2020 r. wynikająca z wyższej umieralności w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)



Ryc. 3.4b. Liczba miesięcy krótszej długości życia kobiet w Polsce w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. i w 2021 r. w porównaniu z 2020 r. wynikająca z wyższej umieralności w poszczególnych grupach wieku (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

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. Niestety pierwszy rok pandemii spowodował dalsze pogorszenie tej sytuacji ze względu na większe skrócenie długości życia mężczyzn niż kobiet (ryc. 3.5).



Ryc. 3.5. Różnice przeciętnego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn wg wieku w latach 1991–2021 (na podstawie danych GUS)

Szacujemy, że o ile w 2019 r., ostatnim przed pandemią, 68,3% różnicy długości życia mężczyzn i kobiet wynikało z wyższej umieralności mężczyzn w wieku 40-74 lata, to w 2021 r. odsetek ten zwiększył się do 70,4%.

Długości trwania życia mieszkańców Polski różni się w zależności od zamieszkania na wsi albo w małych czy dużych miastach a zróżnicowanie, aczkolwiek niezbyt duże, ma charakter dosyć trwały. W najmniej korzystnej sytuacji zdrowotnej są mieszkańcy najmniejszych miasteczek poniżej 5 tys. ludności, których przeciętna długość życia jest najkrótsza, natomiast najdłużej żyją mieszkańcy największych miast powyżej 500 tys. mieszkańców. Zróżnicowanie długości życia związane z tak określonym miejscem zamieszkania jest większe w przypadku mężczyzn niż kobiet (tab.3.1). Długość życia mężczyzn w miastach ogółem i na wsi w latach 2014-2019 zwiększała się powoli

i w takim samym tempie 0,06 roku życia/rok. Natomiast skrócenie jego długości spowodowane pandemią w stosunku do wartości oczekiwanej na podstawie trendów w poprzedzających latach było większe w miastach w wyniku czego zmniejszyła się nadwyżka długości życia mieszkańców miast w stosunku do mieszkańców wsi. Warto zauważyć, że o ile w 2020 r. skrócenie długości życia było wyraźnie związane z wielkością miasta (największe w najmniejszych miastach a najmniejsze w największych) to w 2021 r. taka zależność już praktycznie nie występowała. Tym nie mniej obecnie (2021 r.) mężczyźni w najmniejszych miastach żyją przeciętnie o ok. 2,6 lat krócej niż ci, którzy mieszkają w największych miastach.

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 2018—2019, jego roczne tempo zmian w ostatnim okresie (lata/rok), wartość obserwowana (Lex obs) w latach 2020 i 2021, wartość oczekiwana na podstawie wcześniejszego trendu (Lex ocz), skrócenie długości życia (lata) w stosunku do wartości oczekiwanej (obliczenia własne i dane GUS)

Miejsce zamieszkania	Lex 2018-2019 (liczba lat)	Przeciętna roczna zmiana (ostatni okres do 2019)	2020		2021			
			Lex obs (1)	Lex ocz (2)	(1)-(2)	Lex obs (3)	Lex ocz (4)	(3)-(4)
Mężczyźni								
Wieś	73,3	0,06 (2014)	72,1	73,4	-1,36	71,4	73,5	-2,14
Miasta ogółem	74,4	0,06 (2014)	72,9	74,5	-1,57	72,0	74,6	-2,57
Miasta < 5 000	72,9	0,13 (2011)	71,1	73,2	-2,12	70,6	73,4	-2,77
5-20 000	73,8	0,07 (2013)	72,1	73,9	-1,83	71,4	73,9	-2,51
20-100 000	74,2	0,07 (2014)	72,6	74,3	-1,71	71,6	74,4	-2,77
100-500 000	74,6	0,03 (2015)	73,2	74,7	-1,45	72,1	74,7	-2,61
Miasta > 500 000	75,7	0,04 (2015)	74,4	75,7	-1,30	73,2	75,8	-2,58
Kobiety								
Wieś	81,7	-0,03 (2015)	80,6	81,7*	-1,09	79,6	81,7*	-2,15
Miasta ogółem	81,7	-0,04 (2015)	80,8	81,7*	-0,88	79,8	81,7*	-1,90
Miasta < 5 000	81,1	-0,04 (2013)	79,7	81,1*	-1,41	78,8	81,1*	-2,26
5-20 000	81,6	0,05 (2011)	80,5	81,7	-1,29	79,4	81,8	-2,38
20-100 000	81,7	-0,06 (2016)	80,6	81,7*	-1,08	79,4	81,7*	-2,29
100-500 000	81,9	-0,08 (2015)	81,0	81,9*	-0,84	79,8	81,9*	-2,07
Miasta > 500 000	82,7	0,09 (2015)	81,7	82,9	-1,21	80,7	83,0	-2,22

Oczekiwana długość życia kobiet w miastach ogółem i na wsi w latach 2015-2019 zmniejszała się w podobnym, wolnym tempie (0,03 i 0,04 roku życia/rok), natomiast jej skokowe zmniejszenie się w okresie pandemii w stosunku do lat 2018-2019 było trochę większe na wsi niż w miastach ogółem. Podobnie jak w przypadku mężczyzn skrócenie długości życia mieszkanek miast tylko w 2020 r. było wyraźnie związane z wielkością miasta zamieszkania. Zahamowanie wzrostu długości życia kobiet w ostatnich latach przed pandemią nie dotknęło mieszkanek największych miast powyżej 500 tys. ludności oraz miast 5-20 tys. mieszkańców. Obecnie (2021 r.) kobiety w najmniejszych miastach żyją przeciętnie o ok. 1,9 roku krócej niż te, które mieszkają w największych miastach.

W latach poprzedzających pandemię COVID-19 w przeważającej liczbie województw oczekiwana długość życia mężczyzn miała powolny trend rosnący (tab. 3.2a). Skrócenie tej wartości w stosunku do wielkości oczekiwanej na podstawie wcześniejszego trendu w 2020 r. było zdecydowanie największe w woj. świętokrzyskim – o 2,3 lat, a najmniejsze w woj. lubuskim – o 1,2 roku. Natomiast po dwóch latach pandemii w 2021 r. długość życia mężczyzn uległa największemu skróceniu w stosunku do wartości oczekiwanej w woj. podlaskim – o 3,6 lat a najmniejszemu w woj. małopolskim – o 2,0 lata. Tak więc ubytek długości życia spowodowany pandemią wykazywał duże zróżnicowanie między wojewódzkimi, przy czym nie był on wyraźnie związany ze stanem zdrowia mieszkańców województwa, mierzonym długością życia w 2019 r. (słaba korelacja dodatnia $r=0,15$) i również wielkość ubytku w pierwszym roku pandemii nie miała dużego wpływu sytuację w 2021 r. (słaba korelacja ujemna $r=-0,26$).

Tabela 3.2a. Przeciętne trwanie życia mężczyzn w wieku 0 lat (Lex) wg województwa zamieszkania w 2019 r, jego roczne tempo zmian w ostatnim okresie (lata/rok), wartość obserwowana (Lex obs) w latach 2020 i 2021, wartość oczekiwana na podstawie wcześniejszego trendu (Lex ocz), skrócenie długości życia (lata) w stosunku do wartości oczekiwanej (dane GUS i obliczenia własne)

Województwo	Lex 2019 (liczba lat)	Przeciętna roczna zmiana (ostatni okres do 2019)	2020		2021		
			Lex obs (1)	Lex ocz (2)	Lex obs (3)	Lex ocz (4)	
Dolnośląskie	73,5	-0,04 (2016)	72,1	73,5*	71,4	73,5*	-2,08
Kujawsko-pomorskie	73,7	-0,00 (2015)	72,4	73,7*	71,3	73,7*	-2,42
Lubelskie	73,9	0,12 (2014)	72,3	73,9	71,3	74,0	-2,73
Lubuskie	72,9	0,01 (2014)	71,8	73,1	70,5	73,1	-2,56
Łódzkie	72,5	0,32 (2006)	71,1	73,0	70,6	73,3	-2,72
Małopolskie	75,3	0,05 (2014)	73,8	75,4	73,5	75,5	-2,01
Mazowieckie	74,3	0,07 (2014)	72,8	74,3	71,6	74,3	-2,70
Opolskie	74,5	0,22 (1999)	73,0	75,0	72,4	75,3	-2,89
Podkarpackie	75,4	-0,11 (2017)	73,7	75,4*	72,7	75,4*	-2,63
Podlaskie	74,3	0,24 (1999)	73,1	74,9	71,5	75,1	-3,61
Pomorskie	74,8	0,10 (2014)	73,3	74,9	72,7	75,0	-2,32
Śląskie	73,8	0,15 (2014)	72,3	73,9	71,3	74,1	-2,80
Świętokrzyskie	73,8	0,22 (1999)	72,0	74,3	71,6	74,5	-2,86
Warmińsko-mazurskie	73,0	0,23 (1999)	72,0	73,5	70,8	73,7	-2,98
Wielkopolskie	74,3	0,06 (2014)	72,8	74,3	72,1	74,3	-2,24
Zachodniopomorskie	73,6	0,04 (2014)	72,1	73,7	71,5	73,7	-2,18

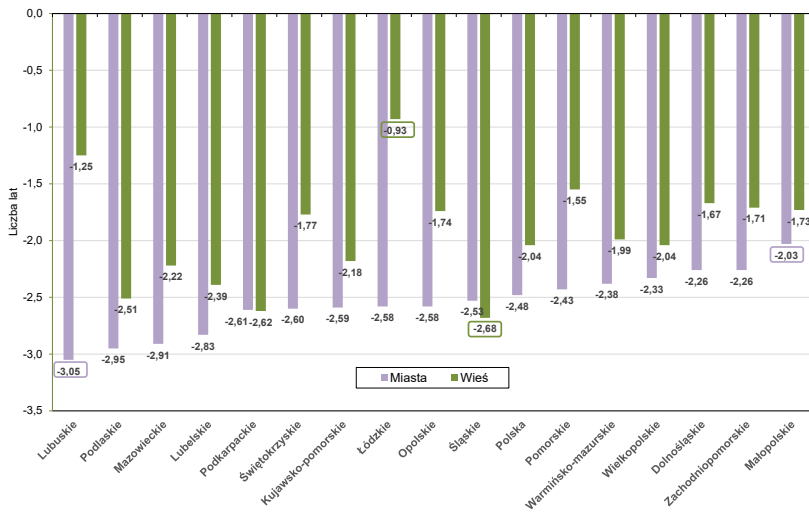
Tabela 3.2b. Przeciętne trwanie życia kobiet w wieku 0 lat (Lex) wg województwa zamieszkania w 2019 r, jego roczne tempo zmian w ostatnim okresie (lata/rok), wartość obserwowana (Lex obs) w latach 2020 i 2021, wartość oczekiwana na podstawie wcześniejszego trendu (Lex ocz), skrócenie długości życia (lata) w stosunku do wartości oczekiwanej (dane GUS i obliczenia własne)

Województwo	Lex 2019	Przeciętna roczna zmiana (ostatni okres do 2019)	2020		2021		
			Lex obs (1)	Lex ocz (2)	Lex obs (3)	Lex ocz (4)	
Doiñośląskie	81,3	0,06 (2013)	80,6	81,4	-0,80	81,5	-1,93
Kujawsko-pomorskie	81,0	-0,08 (2015)	80,4	81,0*	-0,67	81,0*	-2,15
Lubelskie	82,4	-0,07 (2016)	81,1	82,4*	-1,27	82,4*	-2,92
Lubuskie	81,0	-0,10 (2016)	80,0	81,0*	-0,95	81,0*	-1,97
Łódzkie	81,0	0,19 (2002)	79,6	81,4	-1,73	81,6	-2,52
Małopolskie	82,7	-0,01 (2016)	81,6	82,7*	-1,12	81,0	-1,72
Mazowieckie	82,1	-0,07 (2016)	80,9	82,1*	-1,23	80,0	-2,08
Opolskie	82,0	0,18 (2002)	81,0	82,3	-1,29	80,4	-2,08
Podkarpackie	83,2	0,12 (2014)	81,8	83,4	-1,60	80,6	-2,86
Podlaskie	83,1	0,05 (2014)	81,9	83,0	-1,12	80,5	-2,61
Pomorskie	81,8	0,12 (2011)	81,2	82,1	-0,87	80,1	-2,08
Śląskie	80,8	0,19 (2002)	80,0	81,3	-1,40	81,5	-2,68
Świętokrzyskie	82,2	0,03 (2015)	80,9	82,2	-1,36	80,0	-2,26
Warmińsko-mazurskie	81,2	0,05 (2014)	80,6	81,4	-0,87	79,4	-2,08
Wielkopolskie	81,5	0,11 (2011)	80,5	81,7	-1,22	79,6	-2,22
Zachodniopomorskie	81,2	-0,09 (2016)	80,6	81,2*	-0,55	79,2	-2,02

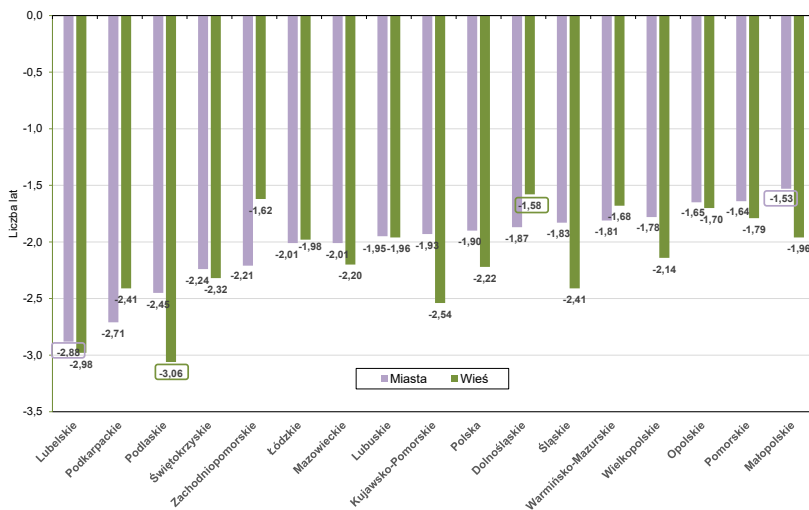
Natomiast w przypadku kobiet skrócenie długości życia w stosunku do wartości oczekiwanej na podstawie wcześniejszego trendu w 2020 r. było największe w woj. łódzkim – o 1,7 roku, a najmniejsze w woj. zachodniopomorskim – o 0,6 roku (tab. 3.2b). Po dwóch latach pandemii w 2021 r. długość życia kobiet uległa największemu skróceniu w stosunku do wartości oczekiwanej w woj. lubelskim i podkarpackim – o 2,9 lat a najmniejszemu, podobnie jak u mężczyzn, w woj. małopolskim – o 1,7 lat. Podobnie jak u mężczyzn skrócenie długości życia kobiet spowodowane pandemią wykazywało znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie, przy czym nie było ono wyraźnie związane ze stanem zdrowia mieszkanek województwa, mierzonym długością życia w 2019 r. (słaba korelacja ujemna $r=-0,30$) i również wielkość ubytku w pierwszym roku pandemii miała ujemny, ale niezbyt silny wpływ na sytuację w 2021 r. ($r=-0,38$).

Wpływ pandemii na skrócenia długości życia mężczyzn i kobiet w poszczególnych województwach nie był jednakowy. Z jednej strony najmniej ucierpieli zarówno mężczyźni, jak i kobiety, w woj. małopolskim a z drugiej strony najbardziej ucierpiały kobiety w woj. lubelskim i podkarpackim podczas gdy mężczyźni w tych województwach ucierpieli raczej przeciętnie i mniej niż kobiety.

Skrócenie długości życia mężczyzn w miastach było większe niż mieszkających na wsi we wszystkich województwach oprócz śląskiego i podkarpackiego (ryc. 3.6a). W województwach lubuskim i łódzkim długość życia mężczyzn w miastach uległa aż o ponad półtora roku więcej (1,8 i 1,65) niż mieszkających na wsi. Skrócenie długości życia kobiet było większe u mieszkanek wsi niż miast w skali całego kraju i w 11 województwach (największa różnica w woj. kujawsko-pomorskim i podlaskim 0,61 roku) natomiast w woj. zachodniopomorskim i w trochę mniejszym stopniu w podkarpackim i dolnośląskim mieszkanki wsi były w wyraźnie lepszej sytuacji niż mieszkanki miast (ryc. 3.6b).

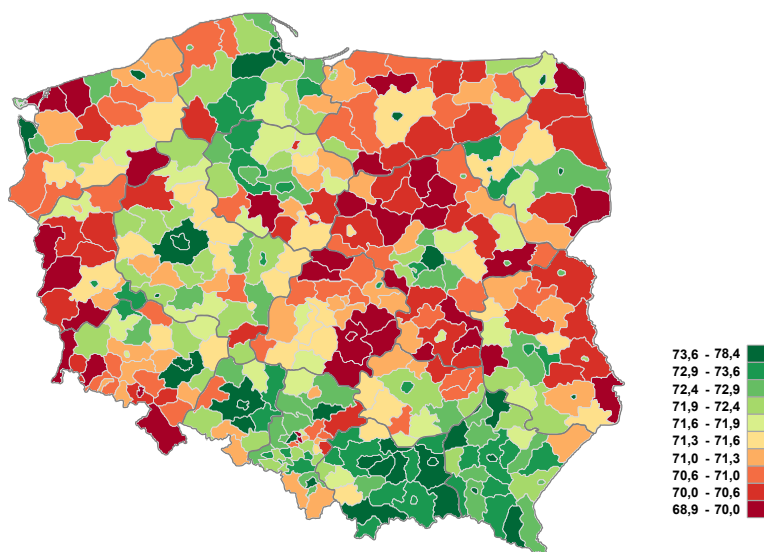


Ryc. 3.6a. Skrócenie przeciętnego trwania życia mężczyzn w wieku 0 lat w miastach i na wsi latach 2019-2021 wg województw (na podstawie danych GUS)

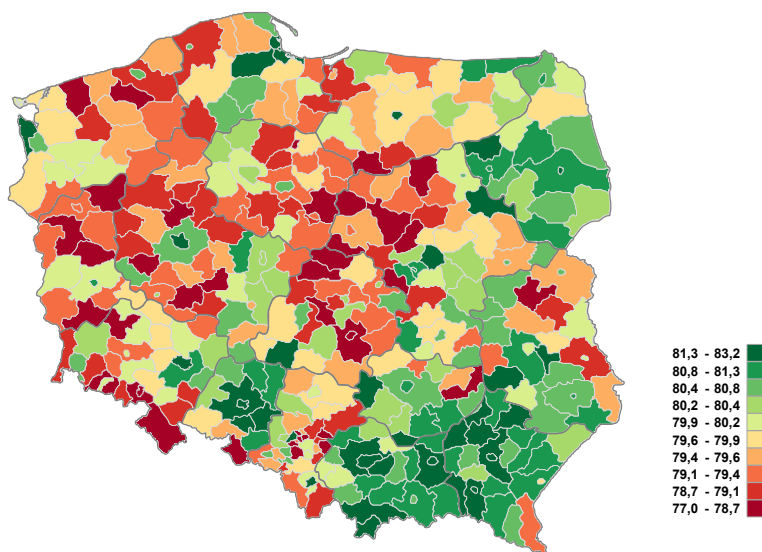


Ryc. 3.6b. Skrócenie przeciętnego trwania życia kobiet w wieku 0 lat w miastach i na wsi latach 2019-2021 wg województw (na podstawie danych GUS)

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 południowej oraz wschodniej części kraju z wyjątkiem powiatów w północno-wschodniej części woj. lubelskiego (ryc. 3.7a i 3.7b).



Ryc. 3.7a. Oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2020-2021 wg powiatu zamieszkania
(obliczenia własne)



Ryc. 3.7b. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2020-2021 wg powiatu zamieszkania (*obliczenia własne*)

W dwuletnim okresie pandemii 2020-2021 wśród mężczyzn najdłuższego życia mogli oczekiwać mieszkańcy miasta Sopot – 78,4 lat, natomiast najkrótszego mieszkańcy powiatu makowskiego (woj. mazowieckie), 68,9 lat, a więc różnica między tymi skrajnymi powiatami wynosi ok. 9,5 lat (tabela 3.3a). Oznacza to wzrost zróżnicowania w porównaniu z okresem przed pandemią 2017-2019, kiedy długość życia mężczyzn w Sopocie była dłuższa niż w powiecie kutnowskim o 7,6 lat⁵. W okresie pandemii długość życia mężczyzn w Sopocie praktycznie nie uległa zmianie natomiast mężczyzn w powiecie makowskim uległa skróceniu w porównaniu z latami 2017-2019 o 3,1 lat.

W przypadku kobiet zróżnicowanie jest trochę mniejsze niż u mężczyzn, gdyż przeciętnie najdłużej żyją również mieszkanki miasta Sopot – 83,2 lat, natomiast najkrócej miasta Chorzów – 77,0 lat, a więc różnica wynosi ok. 6,4 lat (tabela 3.3b). Warto zwrócić uwagę, że skrócenie długości życia w okresie pandemii kobiet w obu tych miastach było bardzo podobne – odpowiednio 1,45 i 1,60 roku. Powyższe różnice długości życia dotyczą powiatów skrajnych natomiast różnica między pierwszym i dziesiątym

5 B. Wojtyniak, J. Stokwiszewski, P. Goryński i wsp. „Długość życia i umieralność ludności Polski, w B. Wojtyniak, P. Goryński red. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, 2020, NIZP-PZH 2020

decylem, a więc granicą dla 10% powiatów o najkrótszej długości życia i 10% powiatów o najdłuższym trwaniu życia wynosi 3,54 lat (70,04 vs. 73,58) dla mężczyzn i 2,65 lat (78,68 vs. 81,33) dla kobiet. Można uznać, że te różnice nie są bardzo duże i są nawet trochę mniejsze niż w okresie 2017-2019, kiedy wynosiły odpowiednio 3,70 i 2,88 lat⁶.

Tabela 3.3a. Dwadzieścia pięć powiatów o najdłuższym oraz o najkrótszym trwaniu życia mężczyzn w latach 2020-2021 (*obliczenia własne*)

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	78,4	0,09	1411	makowski	68,9	-3,14
3211	policki	75,7	0,18	1062	m. Piotrków Trybunalski	69,0	-2,07
2262	m. Gdynia	75,3	-1,65	0612	opolski	69,2	-2,52
1261	m. Kraków	75,1	-1,68	0225	zgorzelecki	69,3	-2,29
1661	m. Opole	75,0	-2,42	0212	lwówecki	69,3	-1,90
1863	m. Rzeszów	74,6	-3,39	2009	sejneński	69,3	-4,01
1811	mielecki	74,5	-1,30	1438	żyrdowski	69,3	-2,13
1821	leski	74,4	-1,72	1004	łęczycki	69,4	-2,28
1864	m. Tarnobrzeg	74,4	-1,36	3205	gryficki	69,4	-2,56
1263	m. Tarnów	74,4	-2,74	1007	opoczyński	69,5	-2,29
1465	m. st. Warszawa	74,3	-2,20	2462	m. Bytom	69,5	-2,74
1861	m. Krosno	74,2	-2,82	1424	pułtowski	69,5	-2,31
2461	m. Bielsko-Biała	74,2	-1,49	2463	m. Chorzów	69,5	-1,65
3064	m. Poznań	74,1	-2,02	1426	siedlecki	69,5	-3,05
2862	m. Olsztyn	74,0	-1,73	2803	działdowski	69,5	-2,03
1214	proszowicki	74,0	0,79	1407	koziński	69,6	-2,81
2261	m. Gdańsk	74,0	-1,47	2809	lidzbarski	69,6	-3,14
1605	krapkowicki	74,0	-1,80	1010	piotrkowski	69,7	-2,05
1211	nowotarski	74,0	-1,46	0810	żagański	69,7	-1,80
1609	opolski	74,0	-2,14	1436	zwoleniński	69,7	-1,87
1219	wielicki	74,0	-1,41	1002	kutnowski	69,7	-0,98
2061	m. Białystok	73,9	-2,68	1422	przasnyski	69,7	-2,93
1216	tarnowski	73,9	-1,66	3207	kamiński	69,8	-4,27
3261	m. Koszalin	73,9	-2,43	1427	sierpecki	69,8	-2,01
1201	bocheński	73,8	-2,61	0805	ślubicki	69,8	-2,38

Tabela 3.3b. Dwadzieścia pięć powiatów o najdłuższym oraz o najkrótszym trwaniu życia kobiet w latach 2020-2021 (obliczenia własne)

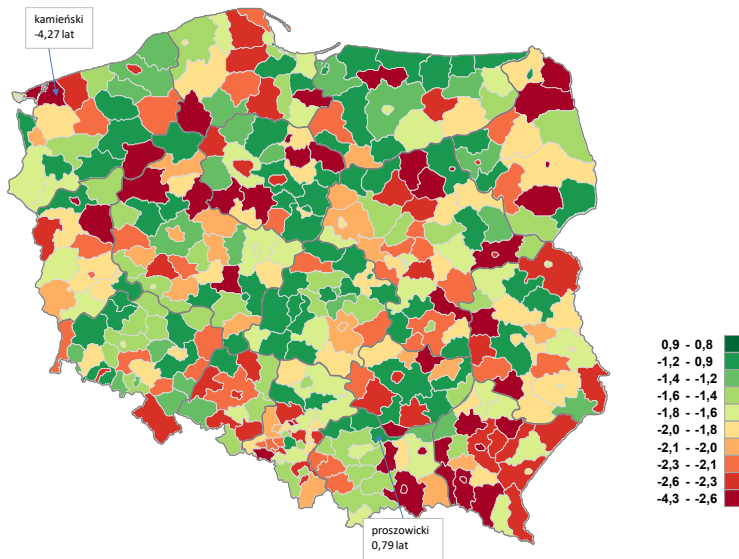
TERYT	Powiaty o najdłuższym trwaniu życia	Długość życia	Zmiana długości życia	TERYT	Powiaty o najkrótszym trwaniu życia	Długość życia	Zmiana długości życia
2264	m. Sopot	83,2	-1,45	2463	m. Chorzów	77,0	-1,60
2262	m. Gdynia	82,9	-0,47	1427	sierpecki	77,5	-2,67
2862	m. Olsztyn	82,3	-1,46	1002	kutnowski	77,6	-2,11
1863	m. Rzeszów	82,2	-2,11	2472	m. Ruda Śląska	77,7	-1,80
2061	m. Białystok	82,2	-1,89	0408	lipnowski	77,7	-1,85
1661	m. Opole	82,0	-1,24	1438	żyrardowski	77,8	-1,93
1217	tatrzański	82,0	-1,30	2462	m. Bytom	77,8	-2,43
2603	kazimierski	82,0	-1,18	3201	białogardzki	77,9	-2,99
1261	m. Kraków	82,0	-1,34	2803	działdowski	77,9	-1,74
1605	krapkowicki	82,0	0,03	0615	radzyński	78,0	-3,02
3211	policki	81,9	-0,64	1602	głubczycki	78,0	-2,49
2204	gdański	81,9	-0,89	3205	gryficki	78,0	-2,48
1806	kolbuszowski	81,8	-2,03	0216	polkowicki	78,0	-2,62
0264	m. Wrocław	81,8	-1,12	2474	m. Siemianowice Śląskie	78,1	-2,24
1811	mielecki	81,7	-2,41	1062	m. Piotrków Trybunalski	78,1	-1,83
1609	opolski	81,7	-1,79	0265	m. Wałbrzych	78,1	-1,68
1861	m. Krosno	81,7	-2,15	0221	wałbrzyski	78,1	-1,83
1816	rzeszowski	81,7	-1,67	0810	żagański	78,2	-1,54
1416	ostrowski	81,6	-1,69	2606	opatowski	78,3	-2,60
1211	nowotarski	81,6	-2,04	3005	grodziski	78,4	-1,95
1206	krakowski	81,6	-0,89	0807	sulęciński	78,4	-2,36
3064	m. Poznań	81,6	-1,28	1420	pioński	78,4	-2,45
1465	m. st. Warszawa	81,5	-1,67	0808	świebodziński	78,4	-1,89
2006	kolneński	81,5	-0,62	0208	kłodzki	78,5	-1,78
0607	kraśnicki	81,5	-1,60	2465	m. Dąbrowa Górnicza	78,5	-1,84

Zmiana długości życia mężczyzn w okresie pandemii w porównaniu z latami 2017-2019 w poszczególnych powiatach wahała się od jego skrócenia o 4,27 lat w powiecie kamieńskim (zachodniopomorskie) do wzrostu o 0,79 roku w powiecie proszowickim (małopolskie) (ryc. 3.8a i ryc. 3.9a). Zróżnicowanie wielkości zmiany długości życia mężczyzn w powiatach występowało w każdym województwie. Jednak widoczne jest pewne

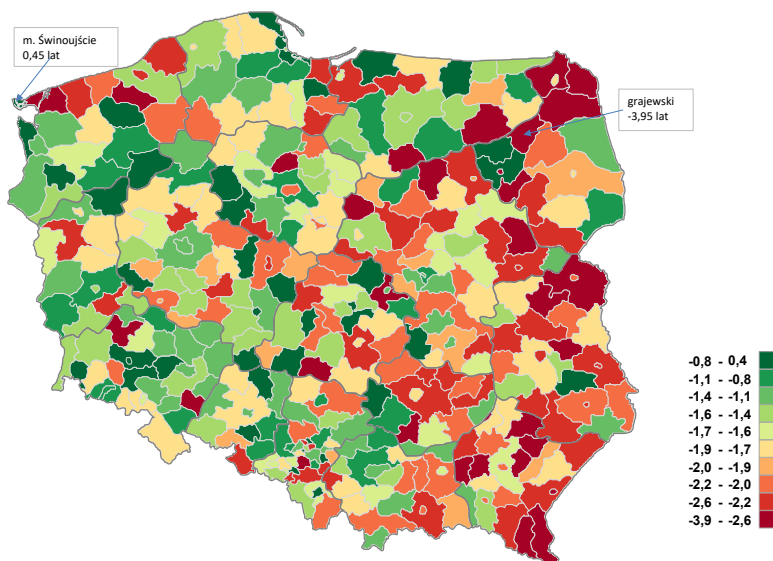
skupienie powiatów o większym skróceniu trwania życia w południowo wschodniej części Polski. W woj. podkarpackim aż 8 powiatów należało do 10% powiatów w całym kraju, gdzie to skrócenie było największe. W sumie długość życia mężczyzn nie uległa skróceniu w 9 powiatach w 9 województwach.

Zmiana długości życia kobiet w okresie pandemii w poszczególnych powiatach wahała się od jego skrócenia o 3,95 lat w powiecie grajewskim (podlaskie) do wzrostu o 0,45 roku w Świnoujściu (zachodniopomorskie) (ryc. 3.8b i ryc. 3.9b). Zróżnicowanie wielkości zmiany długości życia kobiet w powiatach występowało w każdym województwie. Jednak podobnie jak w przypadku mężczyzn widoczne jest pewne skupienie powiatów o większym skróceniu trwania życia w południowo wschodniej i wschodniej części Polski. W woj. podkarpackim aż 10 powiatów a w lubelskim 5 należało do 10% powiatów w całym kraju, gdzie to skrócenie było największe. W sumie długość życia kobiet nie uległa skróceniu w 9 powiatach w 6 województwach.

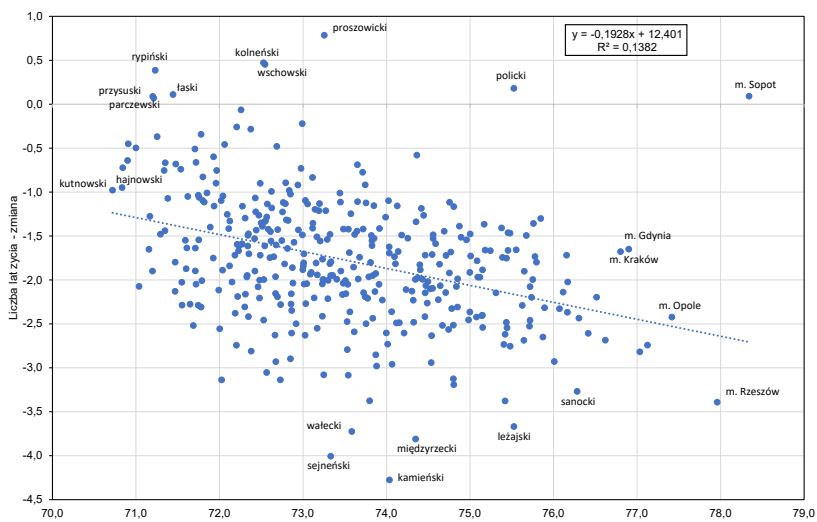
Jak pokazują ryc. 3.9a i 3.9b zmiany długości życia mieszkańców powiatów, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, spowodowane pandemią były niezbyt mocno skorelowane z długością życia mieszkańców przed pandemią i zwraca uwagę ujemny charakter tego związku. W powiatach, gdzie mieszkańcy żyli dłużej, co można uznać za ich lepszy ogólny stan zdrowia, większe było przeciętnie skrócenie długości życia.



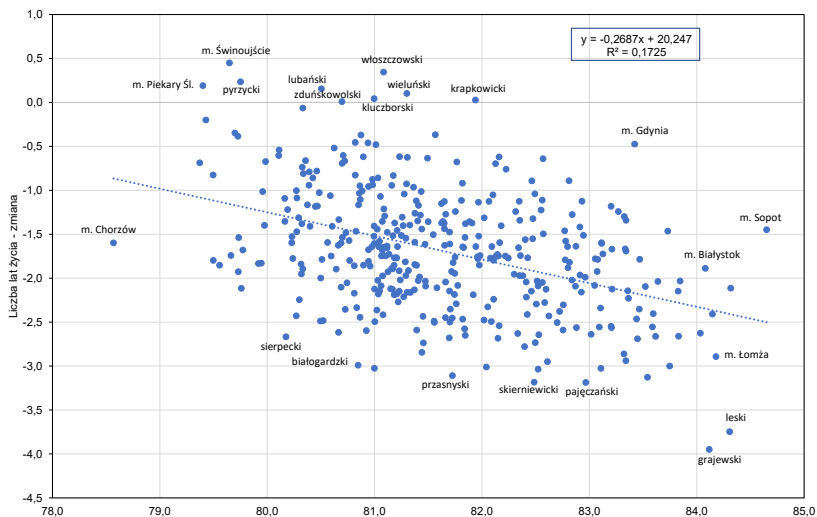
Ryc. 3.8a. Różnica oczekiwanej długości życia mężczyzn w latach 2020-2021 w porównaniu z latami 2017-2019 wg powiatu zamieszkania (*obliczenia własne*)



Ryc. 3.8b. Różnica oczekiwanej długości życia kobiet w latach 2020-2021 w porównaniu z latami 2017-2019 wg powiatu zamieszkania (*obliczenia własne*)

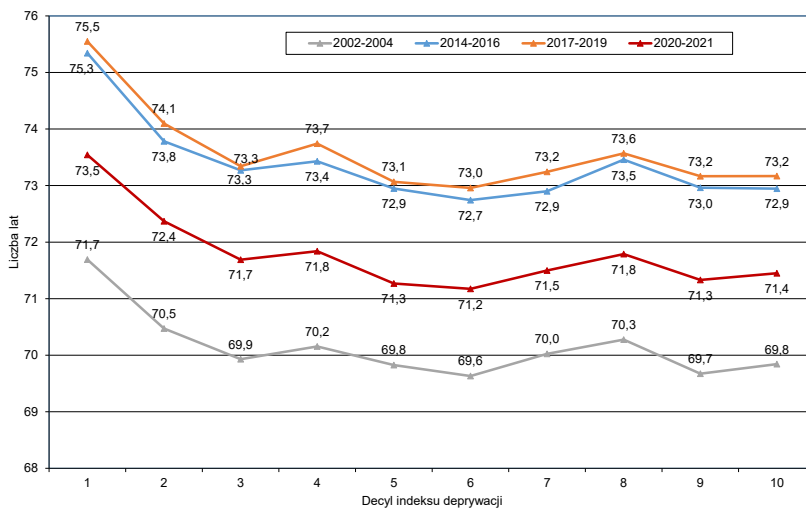


Ryc. 3.9a. Zmiana oczekiwanej długości życia mężczyzn w latach 2017-2019 – 2020-2021 w zależności od oczekiwanej długości życia w latach 2017-2019 wg powiatu zamieszkania (*obliczenia własne*)



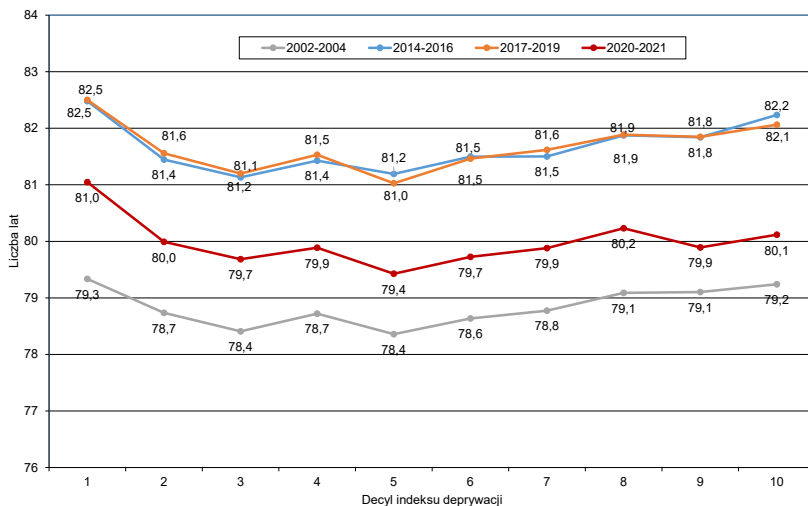
Ryc. 3.9b. Zmiana oczekiwanej długości życia kobiet w latach 2017-2019 – 2020-2021 w zależności od oczekiwanej długości życia w latach 2017-2019 wg powiatu zamieszkania (*obliczenia własne*)

Z punktu widzenia oceny społecznych nierówności w zdrowiu mieszkańców Polski istotnym pytaniem jest czy i w jakim stopniu zróżnicowanie stanu zdrowia mieszkańców powiatów może wynikać z różnic w ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Związek długości trwania życia ludności i jego zmian w ostatnich latach, w tym w okresie pandemii, z poziomem deprivacji w powiatach pokazują ryciny 3.10a i 3.10b. 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 największym poziomie deprivacji (decyl 9 i 10) a najmniejsze w powiatach, gdzie indeks deprivacji był najmniejszy (decyle 1-3)⁷. 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.



Ryc. 3.10a Długość trwania życia mężczyzn w latach 2002-2004, 2014-2016 2017-2019 oraz 2020-2021 w zależności od decyla wskaźnika deprivacji (2013) w powiecie (obliczenia własne autorów)

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



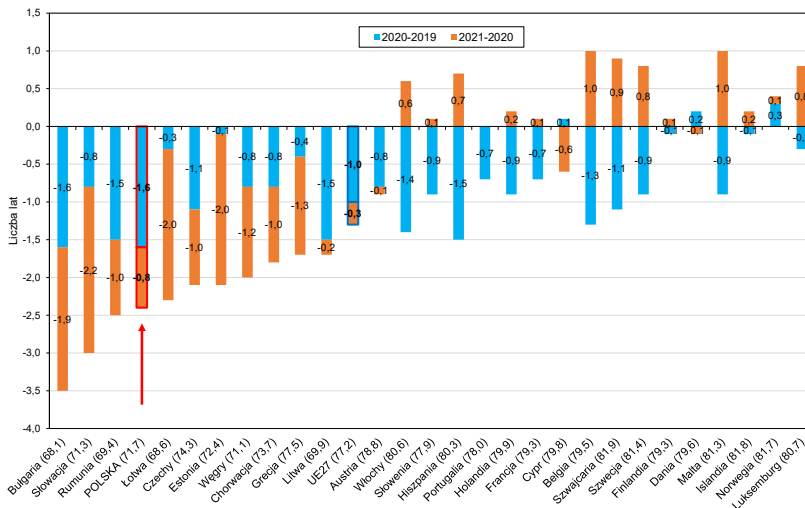
Ryc. 3.10b Długość trwania życia kobiet w latach 2002-2004, 2014-2016 2017-2019 oraz 2020-2021 w zależności od decyla wskaźnika deprivacji (2013) w powiecie (obliczenia własne autorów)

3.2. Długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w innych krajach Unii Europejskiej⁸

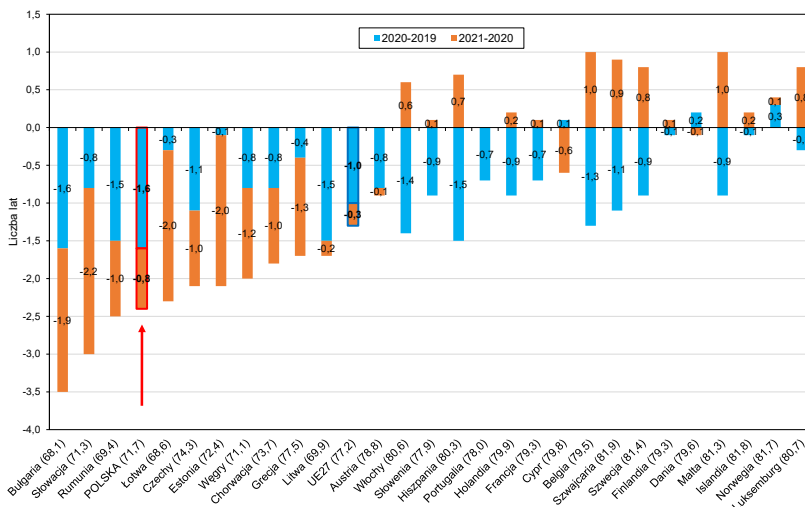
Według wstępnych szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce żyją obecnie (2021 r.) o ok. 5,5 lat krócej niż wynosi średnia długość życia mieszkańców UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w Europie mieszkańców Szwajcarii wynosi 10,2 lat a do najdłużej w UE żyjących mieszkańców Szwecji wynosi 9,7 lat (ryc. 3.11a). Przeciętnie najkrócej w krajach UE żyją mieszkańcy Bułgarii (68,1) i Łotwy (68,6 lat). Mężczyźni w wieku 65 lat żyją obecnie o ok. 3,2 lat krócej niż przeciętnie żyją mieszkańcy UE w tym wieku, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w Europie mieszkańców Islandii wynosi 6,4 lat a do najdłużej w UE żyjących mieszkańców Malty wynosi 5,6 lat (ryc. 3.11b). Skrócenie długości życia w okresie pandemii mężczyzn ogółem jak również

8 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.

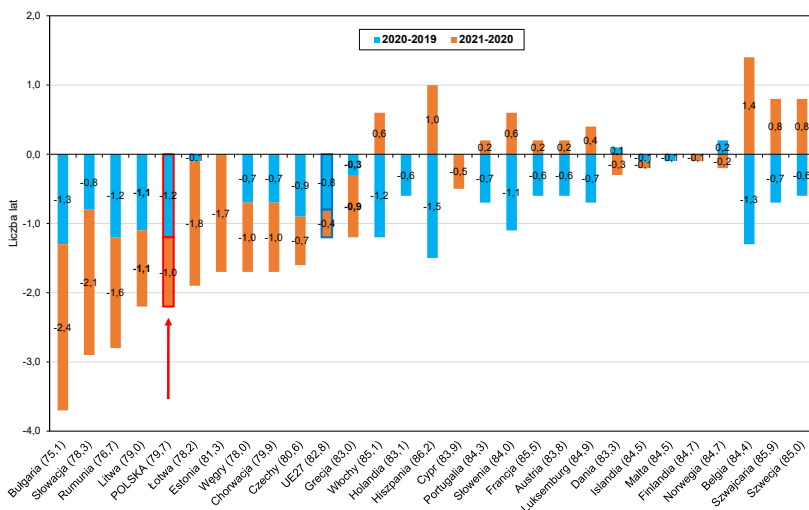
w wieku 65 lat było większe niż w większości krajów UE a od średniego dla krajów UE było większe odpowiednio o 1,1 roku i o 1 rok.



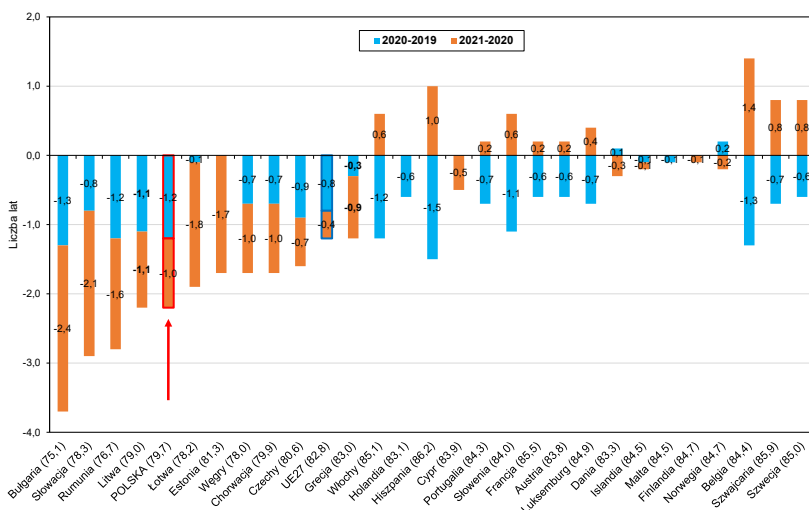
Ryc. 3.11a. Przeciętne trwanie życia MĘŻCZYZN w Polsce i w wybranych krajach Europy w 2021 r. oraz zmiana w latach 2019-2020 i 2020-2021, (dane Eurostat database, dane wstępne)



Ryc. 3.11b. Przeciętne trwanie życia MĘŻCZYZN w wieku 65 lat w Polsce i w wybranych krajach Europy w 2021 r. oraz jego zmiana w latach 2019-2020 i 2020-2021, (dane Eurostat database, dane wstępne)



Ryc. 3.12a. Przeciętne trwanie życia KOBIEC w Polsce i w wybranych krajach Europy w 2021 r. oraz jego zmiana w latach 2019-2020 i 2020-2021, (dane Eurostat database, dane wstępne)



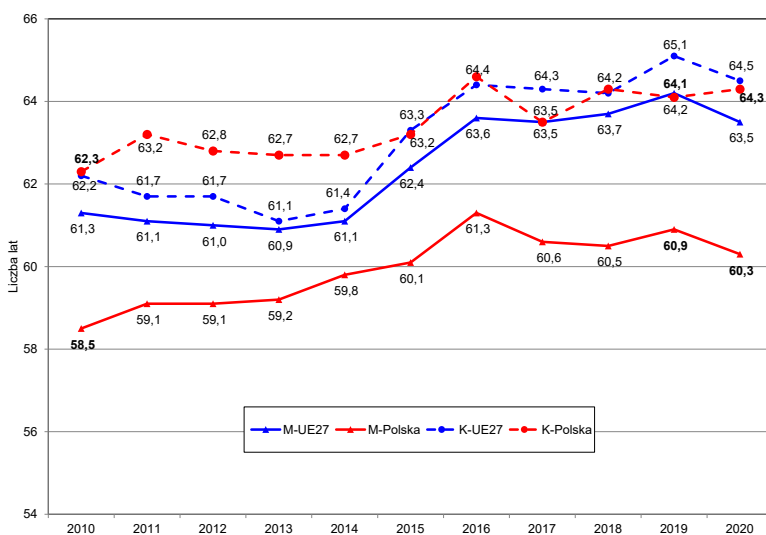
Ryc. 3.12b. Przeciętne trwanie życia KOBIEC w wieku 65 lat w Polsce i w wybranych krajach Europy w 2021 r. oraz jego zmiana w latach 2019-2020 i 2020-2021, (dane Eurostat database, dane wstępne)

W przypadku kobiet różnice są mniejsze i Polki żyją obecnie (2021 r.) przeciętnie o ok. 3,1 roku krócej niż wynosi średnia długość życia dla ogółu mieszkanki UE a o ok. 6,5 lat krócej niż kobiety w Hiszpanii, które żyją najdłużej (ryc. 3.12a). Przeciętnie najkrócej w krajach UE żyją mieszkanki Bułgarii (75,1 lat) i Rumunii (76,7 lat). Kobiety w wieku 65 lat żyją obecnie o ok. 2,5 lat krócej niż mieszkanki UE w tym wieku, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w Europie mieszkanki Hiszpanii wynosi 5,1 lat (ryc. 3.12b). Skrócenie długości życia w okresie pandemii kobiet ogółem jak również w wieku 65 lat było większe niż w większości krajów UE a od średniego dla krajów UE było większe odpowiednio o 1,0 rok i o 1,1 roku.

Obserwowane większe skrócenie w wyniku pandemii COVID-19 długości życia mieszkańców Polski niż ogółu mieszkańców UE spowodowało dalsze powiększenie niekorzystnej dla nas różnicy w tym podstawowym wskaźniku zdrowia populacji w stosunku do ogółu krajów UE.

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 uniemożliwia ocenę zmiany wskaźnika w ciągu tych wszystkich lat. Począwszy od 2009 r. pytanie brzmi: „Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?”. Można zatem ocenić, jak zmienia się długość życia w zdrowiu Polaków na tle przeciętnej sytuacji w krajach UE w latach 2010-2020.

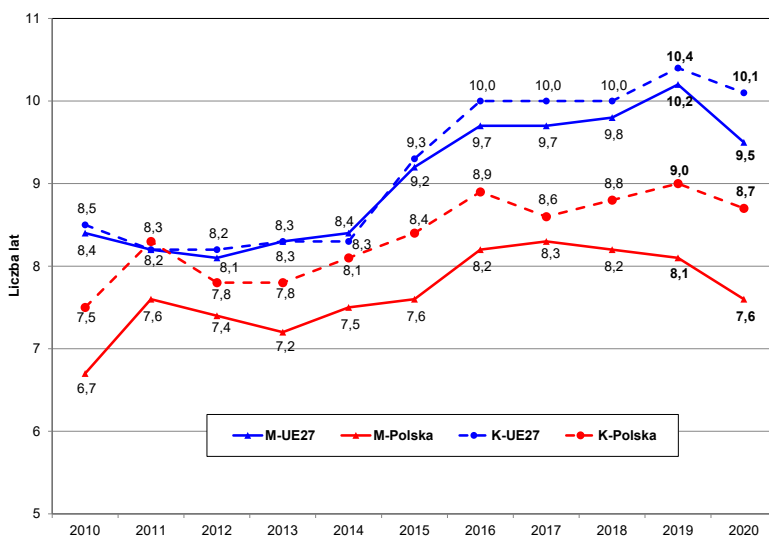
Ogólna sytuacja zdrowotna ludności Polski przedstawia się trochę mniej niekorzystnie w porównaniu z ogółem mieszkańców Unii Europejskiej, jeżeli przy obliczaniu długości życia uwzględni się równocześnie fakt, że tylko jego część przeżywana jest w zdrowiu. Według ostatnich szacunków Eurostatu długość życia w zdrowiu (HLY) Polek w 2020 r., 64,3 lat (79,6% oczekiwanej całkowitej długości życia), nie uległa skróceniu w stosunku do 2019 r.⁹, jest tylko o 0,2 roku krótsza od średniej dla krajów UE (ryc. 3.13a)., Natomiast Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 60,3 lat (83,3% oczekiwanej całkowitej długości życia) a więc o 3,2 lat krócej niż wynosi średnia wartość dla krajów UE. i w przeciwieństwie do kobiet HLY mężczyzn w 2020 r. uległo skróceniu w porównaniu do 2019 r. o 0,6 roku. Różnica w długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce, 4,0 lat, należy do największych w krajach UE (w Bułgarii 4,2 lat, w Estonii 4,1 lat).



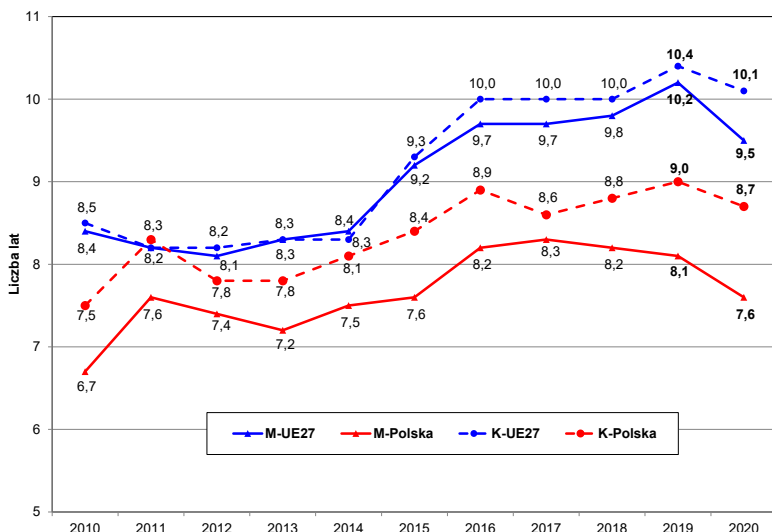
Ryc. 3.13a. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 0 lat w Polsce i średnia dla krajów UE w latach 2010-2020 (dane Eurostat)

9 Badanie EU-SILC zostało przeprowadzone na terenie całego kraju w dniach 18 września – 4 grudnia 2020 roku (Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2020, GUS Warszawa 2022).

Długość życia w zdrowiu osób starszych – w wieku 65 lat (HLY65), mężczyzn i kobiet wyrażona zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i w odsetku całkowitej długości życia, jest w Polsce krótsza niż przeciętna dla mieszkańców UE (ryc. 3.13b i 3.13c). Zarówno w Polsce, jak i w krajach UE ogółem, wartość bezwzględna HLY65 w 2020 r. była mniejsza niż w 2019 r. Niewątpliwie okres pandemii bardziej odbił się na zdrowiu osób starszych niż populacji ogółem.



Ryc. 3.13b. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 65 lat w Polsce i średnia dla krajów UE w latach 2010-2020 (dane Eurostat)



Ryc. 3.13c. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 65 lat jako odsetek całkowitej dalszej długości życia w Polsce i średnia dla krajów UE w latach 2010-2020 (dane Eurostat)

3.3. Umieralność z powodu ogółu przyczyn

Aby rzetelnie oszacować wpływ pandemii COVID-19 na nadmiarową liczbę zgonów ludności trzeba analizować zgony z powodu ogółu przyczyn^{10, 11, 12}. Trafne przypisywanie zgonu zakażeniu SARS-CoV-2 okazywało się trudne, zwłaszcza w początkowych miesiącach, i w poszczególnych przypadkach mogło nie być możliwe ustalenie czy zakażenie tym wirusem było bezpośrednią przyczyną zgonu, istotnie przyczyniło się do zgonu czy zbiegło się z inną przyczyną zgonu. Niejednokrotnie fakt zakażenia mógł być

10 Islam N., „Excess deaths” is the best metric for tracking the pandemic. *BMJ* 2022;376:o285 | doi: 10.1136/bmj.o285

11 Beaney T, Clarke JM, Jain V, et al. Excess mortality: the gold standard in measuring the impact of COVID-19 worldwide? *J R Soc Med* 2020;113:329-34. doi: 10.1177/0141076820956802. pmid: 32910871

12 World Health Organization, United Nations Department of Economic and Social Affairs. Technical advisory group on covid-19 mortality assessment. 2021. <https://www.who.int/data/technical-advisory-group/covid-19--mortality-assessment>

nieznany ze względu na niewykonanie testu bądź jego fałszywie ujemny wynik. Mogło to prowadzić do niedoszacowywania albo przeszacowywania liczby zgonów z powodu COVID-19^{13, 14, 15}. Zwyczaje i nawyki związane z orzekaniem o przyczynach zgonu różnią się nie tylko między krajami, ale różnice takie obserwujemy również między regionami w Polsce¹⁶.

Oczywiście wielkość oszacowanej nadwyżki zależy od przyjętej metody określania poziomu bazowego, a więc „oczekiwanej” liczby zgonów czy współczynnika umieralności¹⁷. W naszych analizach spośród wielu dostępnych metod analizowania i prognozowania szeregów czasowych wykorzystaliśmy przede wszystkim modele TBATS (*Exponential smoothing state space model with Box-Cox transformation, ARMA errors, Trigonometric Trend and Seasonal components*)^{18,19}. Analizę przeprowadzono przy użyciu programu statystycznego R²⁰, z wykorzystaniem pakietów forecast^{21,22}, rmeta²³ i mgcv²⁴. Przedmiotem analizy były szeregi czasowe miesięcznych standaryzowanych względem

-
- 13 Rao C. Medical certification of cause of death for COVID-19. Bull World Health Organ 2020 May 1;98(5):298. 298A.
 - 14 Ioannidis JPA. Over- and under-estimation of COVID-19 deaths. Eur J Epid. (2021) 36:581–588. /doi.org/10.1007/s10654-021-00787-9.
 - 15 Lampl BMJ, Lang M, Jochem C, Leitzmann MF, Salzberger B. COVID or not COVID: attributing and reporting cause of death in a community cohort. Public Health 205 (2022) 157-163, doi.org/10.1016/j.puhe.2022.02.008
 - 16 Wojtyniak B., Stokiszewski J., Goryński P. i wsp.: Długość życia i umieralność ludności Polski. W: Wojtyniak B., Goryński P. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, NIZP–PZH, Warszawa 2020.
 - 17 Nepomuceno, M.R., Klimkin, I., Jdanov, D.A., Alutziza-Galarza, A., Shkolnikov, V.M., 2022. Sensitivity analysis of excess mortality due to the COVID-19 pandemic. Popul. Dev. Rev. <https://doi.org/10.1111/padr.12475> first published: 03 March 2022.
 - 18 Hyndman, R. J. & Khandakar, Y. Automatic Time Series Forecasting: The forecast Package for R. *J. Stat. Softw.* 27, (2008)
 - 19 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)
 - 20 R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. (R Foundation for Statistical Computing, 2021)
 - 21 Hyndman, R. J. & Khandakar, Y. Automatic time series forecasting: the forecast package for R. *J. Stat. Softw.* 26, 1–22 (2008)
 - 22 Hyndman, R. *et al.* *forecast: Forecasting functions for time series and linear models*. (2021)
 - 23 Lumley, T. *rmeta: Meta-Analysis*. (2018)
 - 24 Wood, S.N. (2011) Fast stable restricted maximum likelihood and marginal likelihood estimation of semiparametric generalized linear models. *Journal of the Royal Statistical Society (B)* 73(1):3-36

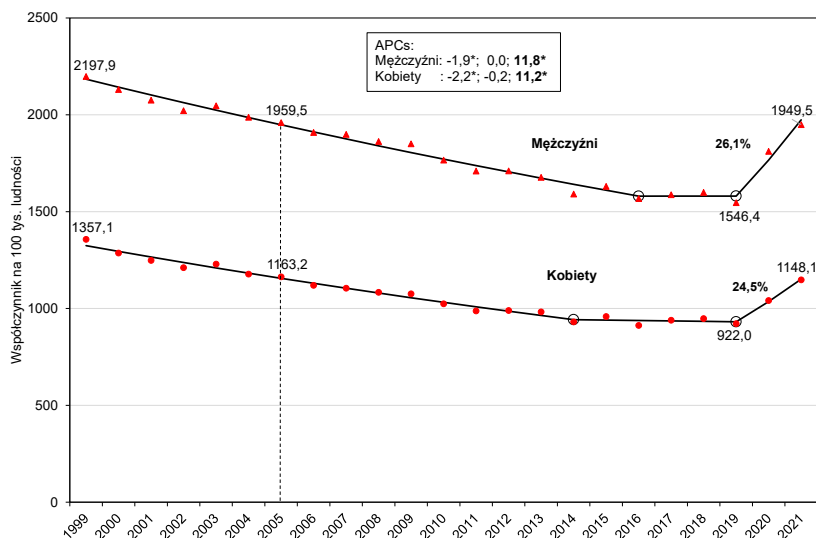
wieku współczynników zgonów z powodu ogółu oraz wybranych przyczyn w latach 2010-2019, których przebieg analizowano za pomocą modelu TBATS i szacowano ich oczekiwane wartości w kolejnych miesiącach lat 2020-2021. Obserwowane standaryzowane miesięczne współczynniki zgonów odnoszono do współczynników oczekiwanych szacując nadwyżkę umieralności w każdym miesiącu.

Do standaryzacji współczynników zgonów względem wieku stosowano metodę bezpośrednią. Jako standardową strukturę wieku przyjęto nową strukturę europejską, jednakową dla mężczyzn i kobiet, opracowaną i stosowaną przez Eurostat²⁵.

Jak wspomniano wcześniej analiza umieralności w Polsce była prowadzona z wykorzystaniem bazy GUS indywidualnych danych o zgonach w Polsce, która obejmuje okres do 2021 r., natomiast w analizie umieralności w wybranych krajach UE korzystano z bazy danych WHO (*WHO Mortality Database*), która obejmuje okres co najwyżej do 2020 r. Tak więc porównanie zmiany trendów umieralności z powodu analizowanych chorób spowodowanej pandemią COVID-19 w Polsce i innych krajach UE można było przeprowadzić tylko dla wybranych krajów i 2020 r.

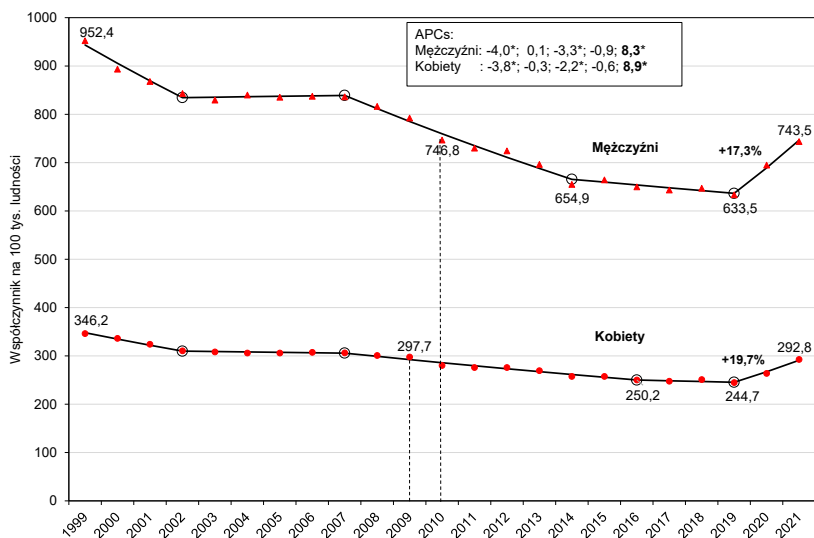
Obniżanie się ogólnego poziomu umieralności w Polsce w latach 2014-2019 uległo wyraźnemu spowolnieniu, a lata pandemii 2020-2021 spowodowały jego gwałtowny wzrost u mężczyzn i kobiet o ok. jedną czwartą (ryc. 3.14a). Standaryzowany współczynnik zgonów w 2021 r. był na poziomie zbliżonym do tego z 2005 r.

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



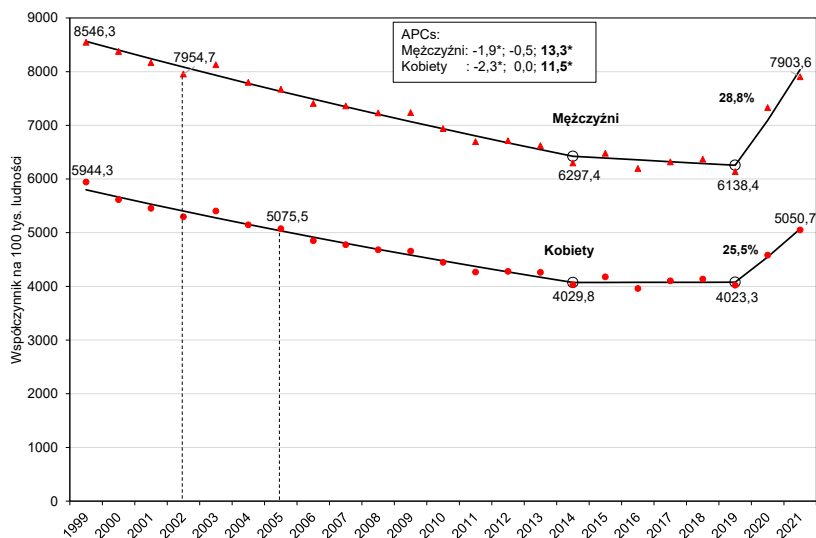
Ryc. 3.14a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne (%) tempo zmian (APC) (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

Obniżanie się umieralność osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata dwukrotnie ulegało wyraźnemu spowolnieniu po 1999 r. a jeszcze przed pandemią COVID-19. Pierwszy raz w latach 2002–2007 a następnie w latach poprzedzających pandemię 2014–2019 w przypadku mężczyzn i 2016–2019 w przypadku kobiet (ryc. 3.14b). W okresie pandemii również w tej grupie wieku umieralność wzrosła bardzo wyraźnie – o 17,3% wśród mężczyzn i o 19,7% wśród kobiet. Standaryzowany współczynnik zgonów w 2021 r. był na poziomie zbliżonym do obserwowanego 11–12 lat wcześniej.



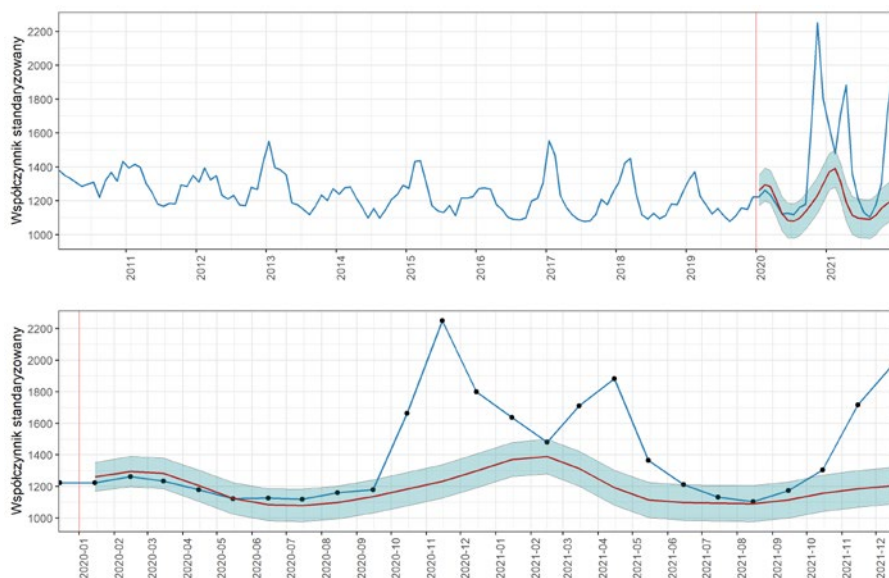
Ryc. 3.14b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn i kobiet w wieku 25-64 lata w Polsce w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne (%) tempo zmian (APC) (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

Najbardziej w okresie pandemii wzrosła umieralność osób starszych – standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w wieku 65 lat i więcej w 2021 r. był wyższy niż w 2019 r. o 28,8% a kobiet w tym samym wieku zwiększył się o 25,5% (ryc. 3.14c). Trzeba podkreślić, że również w przypadku tej podpopulacji w latach poprzedzających pandemię 2014-2019 występowało całkowite zahamowanie obniżania się poziomu umieralności.



Ryc. 3.14c. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w Polsce w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne (%) tempo zmian (APC) (obliczenia własne na podstawie baz danych GUS)

Nadwyżka umieralności spowodowana pandemią w latach 2020-2021 charakteryzowała się dużą zmiennością pomiędzy miesiącami. Na ryc. 3.15 pokazane są oszacowane przez nas trendy obserwowanych miesięcznych wartości standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem w latach 2010-2021, przy czym dla lat 2020-2021 pokazane są również zmiany miesięcznych wartości współczynników oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Natomiast w tabeli 3.3 przedstawiono procentowe wartości oszacowanych miesięcznych nadwyżek ogółem oraz w grupach wieku. Oszacowana nadwyżka umieralności ogółem w 2020 r. (14,6%) była znacznie mniejsza niż w 2021 r. (23,9%) przy czym w wieku 25-44 lata zwiększyła się z 11,3% do 23,3% a w wieku 65-79 lat, w którym osoby ucierpiały najbardziej, z 18,2% do 30,2%. Najwyższy poziom nadumieralności w 2020 r. wystąpił w listopadzie (90,3%) a w 2021 r. w grudniu (57,0%).



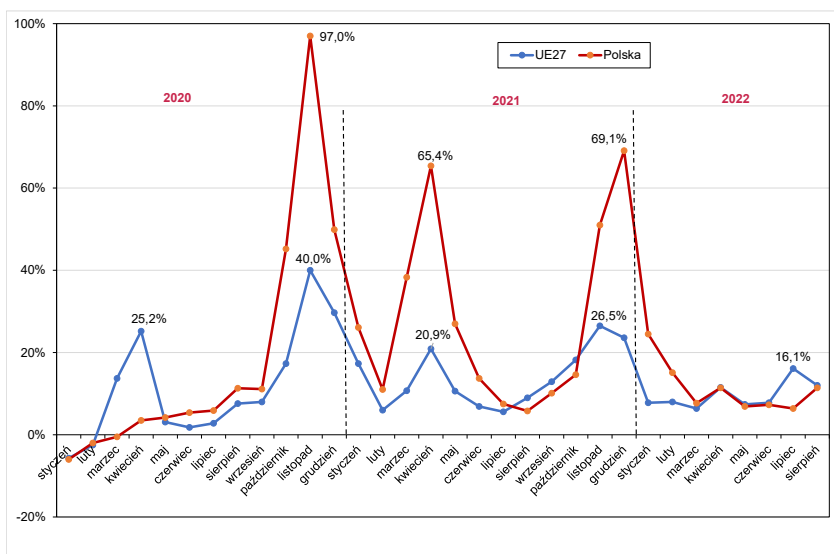
Ryc. 3.15. Miesięczne współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn w latach 2010–2021 oraz ich wartości oczekiwane w latach 2020–2021 oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (współczynniki na 100 tys. ludności) (*obliczenia własne*)

Tabela 3.3. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych miesięcznych współczynników zgonów z powodu ogółu przyczyn w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów w grupach wieku w 2020 i 2021 r. (*obliczenia własne*)

Miesiąc	Ogółem	25-44	45-64	65-79	80+ lat
2020					
styczeń	-5,7	-2,2	-3,9	-5,0	-8,4
luty	-4,2	-1,4	-2,4	-4,9	-4,2
marzec	-4,1	0,0	0,7	-3,1	-5,2
kwiecień	-2,2	2,2	3,2	0,5	-5,7
maj	-0,8	6,2	7,4	0,9	-2,4
czerwiec	3,0	4,4	2,8	3,9	0,6
lipiec	1,1	11,9	3,7	4,3	-1,6
sierpień	8,0	12,9	6,5	10,2	7,2
wrzesień	6,3	6,5	3,2	8,7	5,8
październik	40,6	23,4	28,7	48,9	44,3
listopad	90,3	42,8	63,1	100,7	95,6
grudzień	43,7	28,1	33,0	54,9	44,1
Razem	14,6	11,3	12,2	18,2	14,1
2021					
styczeń	24,8	18,5	18,5	29,6	24,3
luty	11,9	15,4	11,1	17,1	9,8
marzec	32,5	34,2	32,2	48,3	24,3
kwiecień	56,0	48,4	58,9	79,2	40,8
maj	20,4	21,3	25,9	28,5	16,7
czerwiec	10,8	22,6	11,1	10,4	8,7
lipiec	2,3	11,3	1,8	4,0	2,3
sierpień	2,6	5,0	-0,8	3,1	4,0
wrzesień	5,8	7,4	-0,1	7,1	7,3
październik	10,3	13,7	7,3	13,1	12,1
listopad	45,1	40,0	30,8	48,7	47,6
grudzień	57,0	42,8	43,4	65,0	61,2
Razem	23,9	23,3	20,3	30,2	22,3

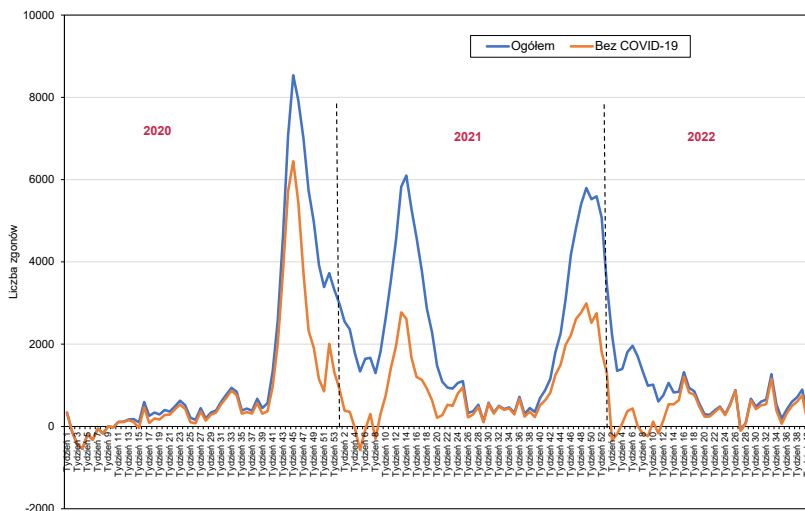
Miesięczne nadwyżki umieralności w okresie pandemii październik 2020-luty 2022 w Polsce były większe niż w większości krajów UE i znacznie odbiegały od przeciętnych dla tych krajów (ryc. 3.16a). Największa różnica, o 57 p.p. była w listopadzie 2020 r.

Trzeba zwrócić uwagę, że jak pokazuje rycina stosunkowo niewielka, ale stała nadwyżka umieralności występuje w Polsce i w innych krajach UE do chwili obecnej (sierpień 2022).

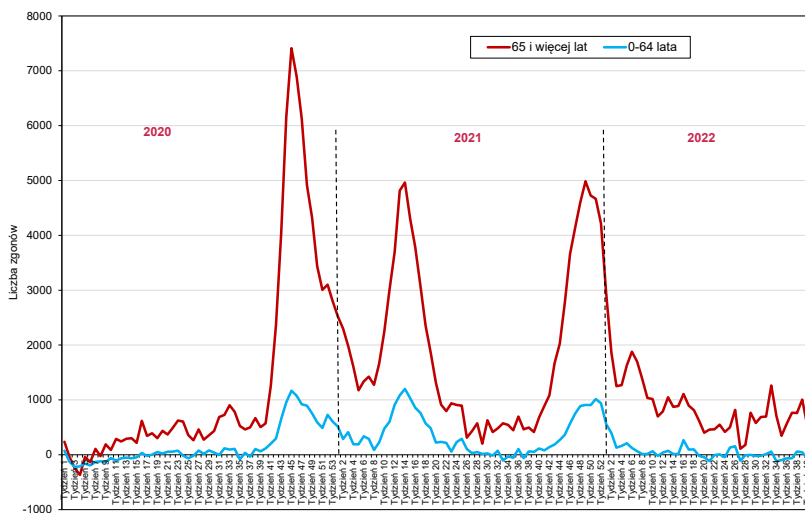


Ryc. 3.16a. Procent dodatkowych miesięcznych zgonów w okresie od stycznia.2020 r. do sierpnia 2022 r. w porównaniu do średniej miesięcznej liczby zgonów w latach 2016–2019 w Polsce i w krajach UE 27 ogółem (dane Eurostat)

Przeprowadzona przez nas analiza nadwyżek umieralności w Polsce w poszczególnych tygodniach od stycznia 2020 do 15 października 2022 r. (41 tydzień 2022) pokazuje, że niezależnie od tego, że pewna nadwyżka liczby zgonów podlegając wahaniom jednak utrzymuje się cały czas, to nie jest ona bezpośrednio spowodowana umieralnością z powodu COVID-19 (ryc. 3.16b). Jest to niewątpliwym argumentem za występowaniem tak zwanego długu zdrowotnego, a więc długookresowego wpływu pandemii na zdrowie ludności. Trzeba dodać, że jak pokazują nasze dodatkowe analizy nadwyżka zgonów w ostatnich miesiącach (od marca do połowy października 2022 r. występuje w zasadzie tylko wśród osób w wieku 65 lat i więcej (ryc. 3.16c). W tej populacji, a więc u osób w starszym wieku, dług zdrowotny zaznacza się najsilniej, bo poprzez dodatkowe zgony.



Ryc. 3.16b. Bezwzględna nadwyżka obserwowanej liczby zgonów tygodniowych ogółem oraz bez zgonów na COVID-19 w porównaniu z liczbą oczekiwaną zgonów na podstawie modelu 10-letniego przebiegu dotychczasowej tygodniowej liczby zgonów (obliczenia własne na podstawie danych GUS i Johns Hopkins University)



Ryc. 3.16c. Bezwzględna nadwyżka obserwowanej liczby zgonów tygodniowych ogółem w porównaniu z liczbą oczekiwaną zgonów na podstawie modelu 10-letniego przebiegu dotychczasowej tygodniowej liczby zgonów u osób w wieku poniżej 65 lat oraz w wieku 65 lat i więcej (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

3.4. 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. Według wytycznych WHO²⁶ „Zgon z powodu COVID-19 definiuje się do celów nadzoru jako zgon wynikający z klinicznie zgodnej choroby, w prawdopodobnym lub potwierdzonym przypadku COVID-19, chyba że istnieje wyraźna alternatywna przyczyna zgonu, która nie może być związana z chorobą COVID (np. uraz). Pomiędzy chorobą a śmiercią nie powinno być okresu całkowitego wyzdrowienia z COVID-19.

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

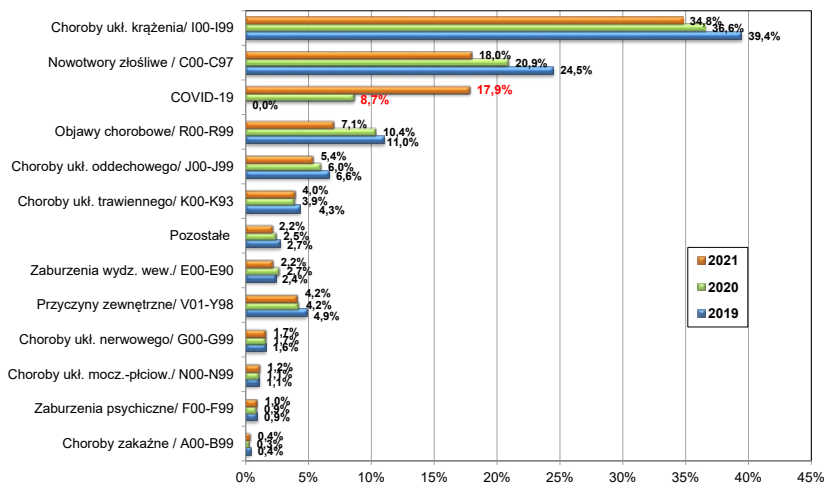
Uwaga: osoby z COVID-19 mogą umrzeć z powodu innych chorób, takich jak zawał mięśnia sercowego. Takie przypadki nie są zgonami z powodu COVID-19 i nie powinny być potwierdzane jako takie.

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.

Najczęstszą przyczyną zgonów mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia ogółem (ChUK), w nomenklaturze klinicznej częścię określane jako choroby serca i naczyń (ChSN) i te dwie nazwy będą używane zamiennie (ryc. 3.17).

26 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)

W 2019 r. były one odpowiedzialne za 39,4% wszystkich zgonów, ale w związku z pandemią COVID-19 ich udział w 2021 r. zmniejszył się do 34,8%. Zwraca uwagę fakt, że w 2021 r. udział zgonów z powodu nowotworów złośliwych i z powodu COVID-19 był praktycznie jednakowy (18,0% vs. 17,9%). Za pozytywną zmianę należy uznać wyraźne zmniejszenie się częstości zgonów przypisywanych objawom chorobowym i przyczynom nieznanym (R00-R99) z 11,0% do 7,1%.



Ryc. 3.17. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w 2019, 2020 i 2021 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, Australii²⁷. W liście poczyniliśmy 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

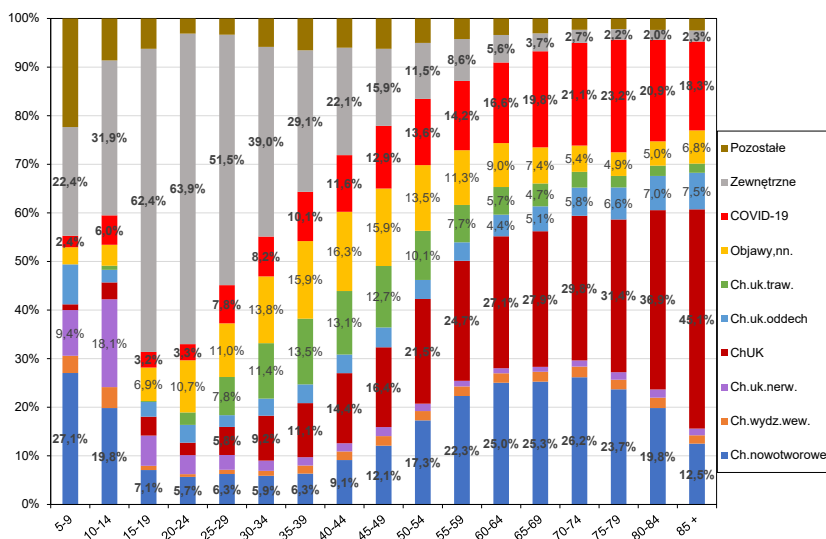
27 Becker R, Silvi J, Ma Fat D, L'Hours A & Laurenti R 2006. A method for deriving leading causes of death. Bulletin of the World Health Organization 84:297–304

choroba serca była w 2021 r. najczęstszą przyczyną zgonu ludności Polski ogółem oraz osób w wieku powyżej 75 lat (Tab. 3.4). Drugą w kolejności chorobą odpowiedzialną za zgony Polaków w 2021 r. był COVID-19, który wśród osób w wieku 25-74 lata był najczęstszą przyczyną a wśród osób najstarszych 75 lat i więcej był na miejscu drugim. Bardzo smutnym faktem jest to, że najczęstszą przyczyną zgonu młodych Polaków w wieku 15-24 lata a drugą co do częstości osób w wieku 25-44 lata są samobójstwa. Wciąż bardzo wysoką pozycję – trzecią 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.

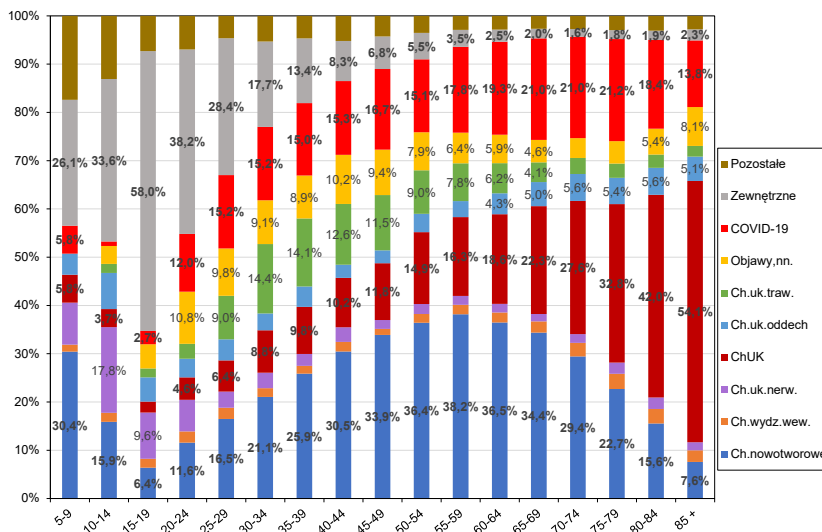
Tabela 3.4. Dziesięć najważniejszych przyczyn zgonów ludności Polski wg wieku w 2021 r. (opracowanie własne na podstawie danych GUS)

Ranga	Razem	1-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 lat
1	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=117972 (23%)	Wady rozwojowe wrodzone i aberracje chromosomowe (Q00-Q99) N=110 (17%)	Zamierzone samouszkodzenie [samobójstwo] (X60-X84) N=386 (21%)	COVID-19 (U07, U10) N=1982 (11%)	COVID-19 (U07, U10) N=14369 (16%)	COVID-19 (U07, U10) N=27216 (21%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=78355 (28%)
2	COVID-19 (U07, U10) N=92780 (18%)	Nowotwór złośliwy mózgu (C71) N=55 (9%)	Wypadki w komunikacji lądowej (V01-V89) N=313 (17%)	Zamierzone samouszkodzenie [samobójstwo] (X60-X84) N=1581 (9%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=14220 (16%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=24115 (18%)	COVID-19 (U07, U10) N=49099 (18%)
3	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=31521 (6%)	Wypadki w komunikacji lądowej (V01-V89) N=47 (7%)	Zdarzenie o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34) N=85 (5%)	Marskość i inne choroby wątroby (K70-K76) N=1564 (9%)	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=5410 (6%)	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=9543 (7%)	Miażdżycza (I70) N=20504 (7%)
4	Miażdżycza (I70) N=24802 (5%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=46 (7%)	COVID-19 (U07, U10) N=82 (4%)	Choroba serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51) N=1244 (7%)	Marskości i inne choroby wątroby (K70-K76) N=4696 (5%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=7051 (5%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=20192 (7%)
5	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=20866 (4%)	Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej i krwiotwórczej (C81-C96) N=35 (5%)	Wypadkowe zatrucie (X40-X49) N=76 (4%)	Wypadki w komunikacji lądowej (V01-V89) N=736 (4%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=3684 (4%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=4047 (3%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=11425 (4%)
6	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=18340 (4%)	COVID-19 (U07, U10) N=24 (4%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=50 (3%)	Wypadkowe zatrucie (X40-X49) N=572 (3%)	Nowotwór złośliwy jelita grubego, esicy, odbytnicy i odbytu (C18-C21) N=2266 (3%)	Nowotwór złośliwy jelita grubego, esicy, odbytnicy i odbytu (C18-C21) N=3939 (3%)	Cukrzyca (E10-E14) N=6273 (2%)
7	Nowotwór złośliwy jelita grubego, esicy, odbytnicy i odbytu (C18-C21) N=11592 (2%)	Zamierzone samouszkodzenie [samobójstwo] (X60-X84) N=20 (3%)	Wady rozwojowe wrodzone i aberracje chromosomowe (Q00-Q99) N=48 (3%)	Choroby naczyń mózgowych (I60-I69) N=557 (3%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=2254 (3%)	Miażdżycza (I70) N=3394 (3%)	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (C33, C34) N=5807 (2%)
8	Cukrzyca (E10-E14) N=10834 (2%)	Padaczka i stan padaczkowy (G40, G41) N=17 (3%)	Upadki (W00-W19) N=43 (2%)	Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi (F10-F19) N=521 (3%)	Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi (F10-F19) N=1768 (2%)	Cukrzyca (E10-E14) N=2833 (2%)	Nowotwór złośliwy jelita grubego, esicy, odbytnicy i odbytu (C18-C21) N=5188 (2%)
9	Marskość i inne choroby wątroby (K70-K76) N=9230 (2%)	Zdarzenie o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34) N=12 (2%)	Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej i krwiotwórczej (C81-C96) N=35 (2%)	Grypa i zapalenie płuc (J10-J18) N=479 (3%)	Nowotwór złośliwy piersi kobiet (C50) N=1721 (2%)	Nowotwory in situ, niezłośliwe i o nieznanym charakterze (D00-D48) N=2562 (2%)	Nowotwory in situ, niezłośliwe i o nieznanym charakterze (D00-D48) N=4331 (2%)
10	Nowotwory in situ, niezłośliwe i o nieznanym charakterze (D00-D48) N=8202 (2%)	Wypadkowe zatrucie (X40-X49) N=11 (2%)	Wypadkowe zanurzenie i utonięcie (W65-W74) N=31 (2%)	Zdarzenie o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34) N=382 (2%)	Zamierzone samouszkodzenie [samobójstwo] (X60-X84) N=1640 (2%)	Marskość i inne choroby wątroby (K70-K76) N=2247 (2%)	Demencja i choroba Alzheimera (F01, F03, G30) N=4182 (2%)
Objawy, cechy chorobowe i nieznaną przyczyną (R00-R99)	N=36710 (7%)	N=22 (3%)	N=167 (9%)	N=2413 (14%)	N=8842 (10%)	N=7390 (6%)	N=17838 (6%)

Znaczenie poszczególnych szerokich grup chorób jako przyczyny zgonów w poszczególnych grupach wieku w 2021 r. przedstawiają ryciny 3.18a i 3.18b. Życie młodszych osób, mężczyzn w wieku 5-44 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 najbardziej zagrażały choroby układu krążenia i w trochę mniejszym stopniu choroby nowotworowe, a w wieku powyżej 80 lat COVID-19. Natomiast życiu kobiet w wieku 30-74 lata najbardziej w 2021 r. zagrażały nowotwory złośliwe ogółem, które dopiero w najstarszym wieku ustępują chorobom układu krążenia. COVID-19 był drugą, po nowotworach, co do częstości przyczyną zgonu kobiet w wieku 35-64 lata.



Ryc. 3.18a. Udział głównych grup przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w 2021 r. (na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.18b. Udział głównych grup przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w 2021 r. (na podstawie danych GUS)

Jeżeli przyjąć, że zgon przed dożyciem wieku 75 lat jest przedwczesny²⁸ to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia (PYLL – Potential Years of Life Lost) jaka wynika z różnicy między wiekiem zgonu i 75 latami. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie niż w wieku starszym. Uwzględniając ten fakt można obliczyć w jakim stopniu poszczególne przyczyny zgonów przyczyniają się do utraty potencjalnych lat życia przez mieszkańców Polski. Wskaźnik PYLL jest zaliczany do podstawowych mierników obciążenia przedwczesną umieralnością. Jak pokazują dane OECD Polska należy do tej grupy krajów rozwiniętych, które mają wyraźny problem z przedwczesną umieralnością ludności²⁹.

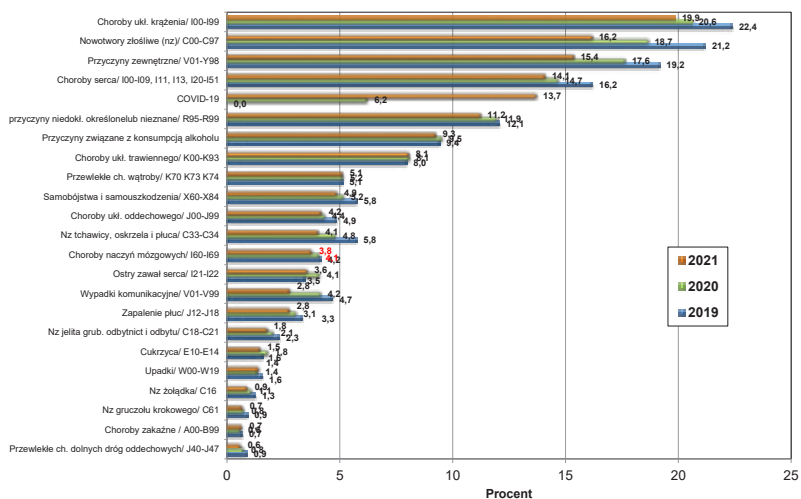
W 2021 r. w wyniku zgonów przed ukończeniem 75 lat polscy mężczyźni utracili 2 133 896 (11 567,7 na 100 tys.) potencjalnych lat życia a kobiety 939 421 (4 764,9 na 100 tys.). Na ryc. 3.19a i 3.19b przedstawiono procentowy udział zgonów

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

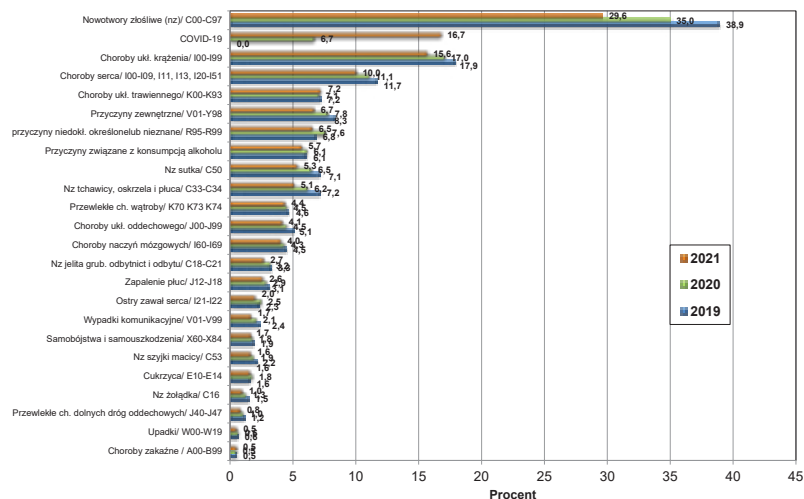
29 <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm>; OECD (2022), Potential years of life lost (indicator). doi: 10.1787/193a2829-en (Accessed on 21 September 2022)

spowodowanych poszczególnymi chorobami bądź ich grupami oraz przyczynami zewnętrznymi w ogólnej puli utraconych potencjalnych lat życia w latach 2019, 2020 i 2021 dla mężczyzn oraz kobiet. W przypadku kobiet dominującą przyczyną utraconych przedwcześnie lat życia są nowotwory złośliwe, które w 2021 r. odpowiadały za ok. 30% PYLL75, a więc o ok. 10 p.p. mniej niż w 2019 r. co było spowodowane pojawieniem się pandemii COVID-19. Właśnie ta choroba była drugą przyczyną PYLL75 (16,7%) wyprzedzając nie tylko choroby serca, ale nawet choroby układu krążenia ogółem. Wśród nowotworów do przedwczesnej umieralności kobiet w największym stopniu w 2021 r. przyczyniał się rak piersi i w niewiele mniejszym stopniu tchawicy, oskrzela i płuca. Warto zauważyć, że marskość i przewlekłe choroby wątroby odpowiadają już za więcej utraconych potencjalnych lat życia niż choroby naczyń mózgowych a nowotwory jelita grubego, odbyticy i odbytu powodują większą utratę potencjalnych lat życia kobiet niż rak szyjki macicy.

W przypadku mężczyzn choroby układu krążenia odpowiadają za większe obciążenie przedwczesną utratą życia (19,9%) niż nowotwory złośliwe (16,2%), którym z kolei ustępują przyczyny zewnętrzne (15,4%). Zgony spowodowane przez COVID-19 w 2021 r. w mniejszym stopniu odpowiadały za obciążenie przedwczesnymi zgonami niż te trzy główne grupy a nawet niż choroby serca. Bardzo zmniejszyły swoje znaczenie wypadki komunikacyjne i rak płuca. Samobójstwa są odpowiedzialne za więcej utraconych potencjalnych lat życia niż rak płuca, choroby naczyń mózgowych czy zawał serca.



Ryc. 3.19a. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn w latach 2019, 2020 i 2021 (obliczenia własne)



Ryc. 3.19b. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia kobiet w latach 2019, 2020 i 2021 (obliczenia własne)

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 dwupółkrotnie większe niż kobiet (tabela 3.5). Ogólny współczynnik PYLL obciążenia przedwczesnymi zgonami mężczyzn i kobiet miał tendencję wzrostową w latach 2019-2021.

Oceniając zmiany współczynników utraconych lat życia z powodu konkretnych przyczyn zgonów w latach 2019-2021 należy zwrócić uwagę na stały, wyraźny ich wzrost dla chorób układu trawiennego, w tym przewlekłych chorób wątroby, oraz ogółu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu³⁰. Współczynnik utraconych lat życia z powodu COVID-19 w 2021 r. był 2,5 razy większy niż w 2020 r., natomiast 2020 r. przyniósł wzrost o 30% PYLL z powodu zawału serca u mężczyzn. Trzeba zwrócić uwagę na powolny wzrost w latach pandemii utraconych lat życia mężczyzn z powodu chorób, które można skutecznie leczyć.

30 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 3.5. Standaryzowane współczynniki utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn i kobiet według głównych przyczyn zgonów w latach 2019-2021 (na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Przyczyna zgonu (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Razem	9440,3	10349,0	11100,6	3830,2	4091,5	4563,1
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	63,2	64,2	75,1	19,3	20,2	23,5
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	2028,2	1952,5	1817,9	1466,1	1411,5	1331,4
nowotwór zł. żołądka (C16)	120,2	116,7	105,4	57,0	51,8	43,4
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	224,6	218,0	204,2	121,4	129,6	119,7
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	551,6	506,1	457,4	260,7	240,4	219,4
nowotwór zł. sutka (C50)	-	-	-	275,0	265,9	244,6
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	-	-	-	83,3	78,2	75,3
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	88,9	82,0	79,9	-	-	-
Cukrzyca (E10-E14)	152,0	191,0	166,5	58,3	69,7	68,0
Choroby układu krążenia (I00-I99)	2147,5	2153,9	2219,6	662,1	668,0	684,1
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	1555,3	1534,5	1581,5	430,4	433,2	436,4
ostry zawał serca (I21-I22)	331,2	430,6	397,6	86,9	100,1	87,4
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	397,2	429,3	418,7	166,9	170,5	179,7
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	461,1	451,7	466,3	192,9	181,5	186,4
zapalenie płuc (J12-J18)	316,5	319,1	309,1	122,0	118,0	119,2
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	85,0	80,3	69,9	41,8	40,2	34,6
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	744,1	823,6	877,9	275,8	291,3	328,8
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	479,2	524,3	558,4	177,7	186,7	201,5
Objawy oraz przyczyny niedokładnie określone (R00-R99)	1138,0	1236,5	1238,8	262,6	314,1	302,8
COVID-19	-	651,0	1521,1	-	267,5	740,4
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	1754,3	1784,4	1677,7	337,4	340,2	328,2
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	431,9	426,9	310,9	98,2	95,1	85,1
upadki (W00-W19)	145,6	143,4	156,8	24,3	26,8	24,0
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	521,8	521,2	531,4	77,1	77,0	82,5
Przyczyny związane z alkoholem	877,7	969,9	1006,9	234,3	252,8	264,0
Przyczyny możliwe do uniknięcia	6380,8	6684,4	6568,3	2548,7	2536,9	2499,2
Przyczyny, którym można zapobiegać	4426,2	4579,4	4431,0	1334,0	1329,5	1298,0
Przyczyny, które można leczyć	1954,6	2104,9	2137,3	1214,7	1207,4	1201,3

Poniżej omówiono bardziej dokładnie umieralność spowodowaną najważniejszymi przyczynami zgonów w Polsce w latach pandemii 2020-2021, pokazano zróżnicowanie pomiędzy mężczyznami i kobietami, mieszkańcami miast i wsi oraz pomiędzy województwami. Przedstawiono również różnice jakie spowodowała pandemia w 2020 r. (niestety brak jest jeszcze danych międzynarodowych dla 2021 r.) w umieralności z powodu wybranych chorób wśród mieszkańców Polski w porównaniu z mieszkańcami niektórych krajów Unii Europejskiej. Dla umożliwienia lepszego porównania natężenia zgonów w różnych latach a także w różnych populacjach np. mężczyzn i kobiet, mieszkańców miast i wsi, mieszkańców różnych województw oraz różnych krajów, przeprowadzono standaryzację współczynników względem wieku. Przedstawione zostały także rzeczywiste współczynniki zgonów w Polsce w latach 2019-2021, gdyż to one pokazują jaki w danym roku był faktyczny rozmiar umieralności mieszkańców związany z daną grupą chorób.

3.5. Umieralność z powodu COVID-19

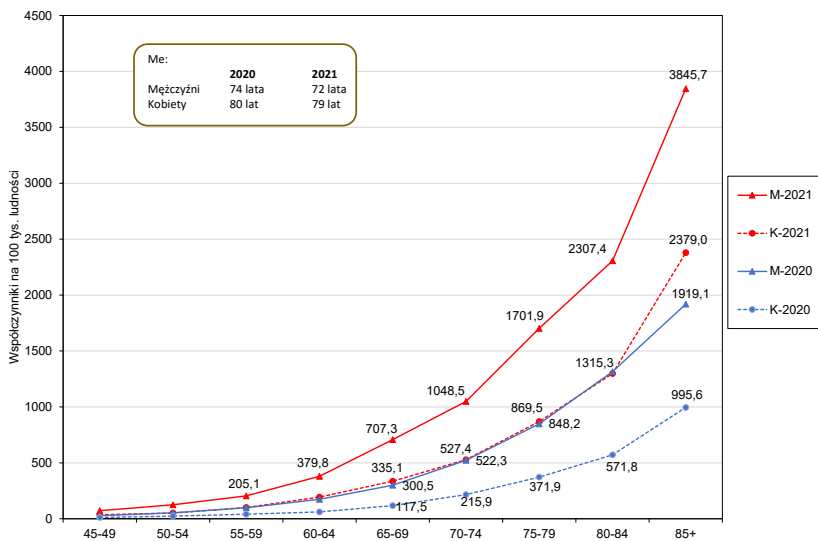
COVID-19 jako przyczyna występował w przypadku zgonu 41451 osób (108,1 na 100 tys.) w 2020 r. i 92780 osób (243,1 na 100 tys.) w 2021 r. Umieralność z powodu COVID-19 bardzo zwiększała się wraz z wiekiem i była wyższa wśród mężczyzn niż kobiet (Tabela 3.6, ryc. 3.20). Jak pokazuje wartość Mediany wieku (Me) połowa zmarłych była w wieku starszym niż ok. 80 lat w przypadku kobiet i 74 (2020 r.) i 72 (2021 r.) w przypadku mężczyzn. Współczynniki zgonów mieszkańców miast i wsi były na zbliżonym poziomie (ryc. 3.21a) a standaryzowany współczynnik zgonów był w obu populacjach taki sam 265 na 100 tys. ludności (tabela 3.10a i 3.10b).

Do chwili obecnej nie są jeszcze udostępnione przez GUS dane z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 o strukturze wykształcenia ludności równocześnie wg płci i wieku co nie pozwala na obliczenie standaryzowanych względem wieku współczynników umieralności wg poziomu wykształcenia. Obliczyliśmy zatem dla osób w wieku 25 lat i starszym standaryzowane względem wieku wskaźniki umieralności proporcjonalnej, które pokazują jaki był udział zgonów z powodu COVID-19 wśród ogółu zgonów osób o danym poziomie wykształcenia po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku między grupami osób o różnym wykształceniu (ryc. 3.21b). Należy

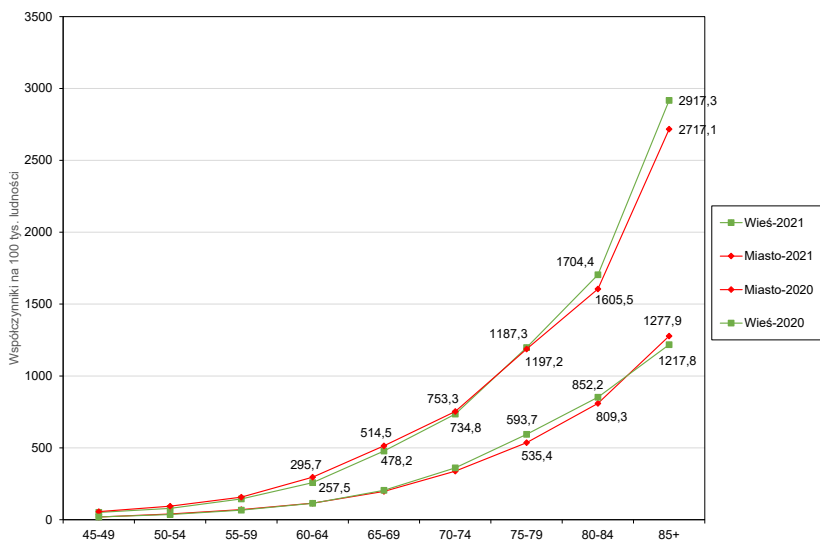
pamiętać, że różnice między wartościami tego wskaźnika nie mówią o tym jaka była różnica w bezwzględnym zagrożeniu umieralnością z powodu COVID-19 porównywanych podpopulacji, ale pokazują, w których podpopulacjach zgony te odgrywały większą lub mniejszą rolę w ogólnym zagrożeniu życia należących do nich osób. Obserwuje się występowanie bardzo silnego wzrostu udziału zgonów z powodu COVID-19 u mężczyzn wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Możemy więc stwierdzić, że zgony z powodu COVID-19 odgrywały prawie dwukrotnie większą rolę w umieralności mężczyzn z wyższym wykształceniem niż podstawowym. Co ciekawe taka sytuacja praktycznie nie występuje wśród kobiet.

Tabela 3.6. Liczba i współczynnik zgonów z powodu COVID-19 w grupach wieku w latach 2020–2021 w Polsce (na podstawie danych GUS)

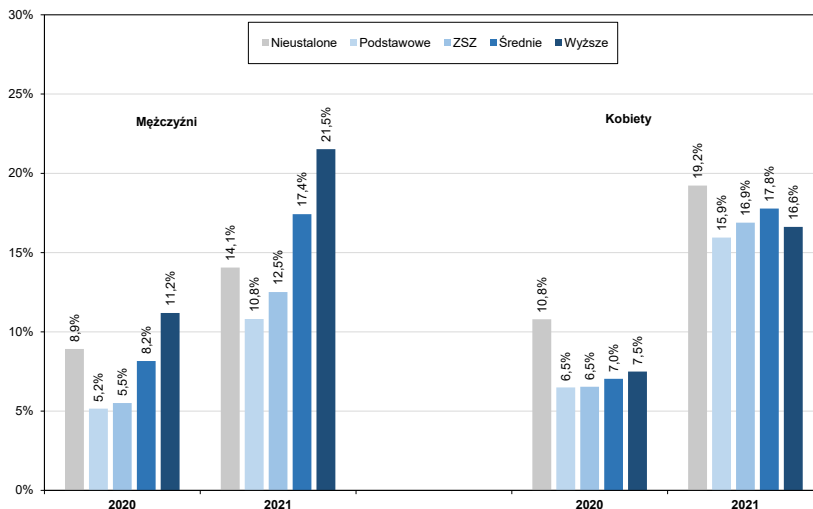
Wiek	2020		2021	
	liczba zgonów	współczynnik	liczba zgonów	współczynnik
0-4	4	0,2	18	1,0
5-14	3	0,1	14	0,4
15-19	9	0,5	21	1,2
20-24	24	1,2	61	3,1
25-29	51	2,1	169	7,2
30-34	94	3,3	300	10,8
35-39	217	6,7	576	17,9
40-44	315	10,3	937	30,4
45-49	503	19,0	1484	54,1
50-54	867	38,1	2017	87,7
55-59	1627	68,8	3477	151,6
60-64	3116	114,6	7391	281,2
65-69	4962	199,5	12596	502,0
70-74	6361	345,5	14620	747,2
75-79	5714	555,2	12442	1190,6
80-84	7233	824,4	13926	1640,0
85+	10351	1256,1	22731	2788,0



Ryc. 3.20. Zgony z powodu COVID-19 w wieku 45 lat i starszym w pięcioletnich grupach wieku wg płci w 2020 i 2021 r. (na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.21a. Zgony z powodu COVID-19 w wieku 45 lat i starszym w pięcioletnich grupach wieku mieszkańców miast i wsi w 2020 i 2021 r. (na podstawie danych GUS)



Ryc. 3.21b. Standaryzowany względem wieku udział zgonów z powodu COVID-19 w ogólnej liczbie zgonów mężczyzn i kobiet w wieku 25 lat i starszym wg poziomu wykształcenia w latach 2020 i 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabelach 3.7a-3.7d przedstawiono wartości wojewódzkie liczby zgonów z powodu COVID-19 i współczynników zgonów rzeczywistych oraz standaryzowanych dla mężczyzn i kobiet ogółem oraz w wieku 65 lat i starszym. Zróżnicowanie międzywojewódzkie zagrożenia życia z powodu tej choroby było większe w 2020 r. niż w 2021 r. a w 2020 r. u mężczyzn było większe niż kobiet. Wojewódzki poziom umieralności mężczyzn ogółem oraz w wieku 65 lat i więcej w 2020 r. nie był skorelowany z umieralnością w 2021 r. (współczynniki korelacji rang Spearmana -0,074 i -0,068, a poziom umieralności kobiet był skorelowany dodatnio, ale słabo 0,309 i 0,294). Natomiast w obu latach występowała wyraźna korelacja wojewódzkich standaryzowanych współczynników umieralności mężczyzn i kobiet (współczynniki w zakresie 0,87-0,92).

Tabela 3.7a. Zgony mężczyzn z powodu COVID-19 wg województw w 2020 i 2021 r. – liczby bezwzględne, współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Województwo	2020			2021		
	liczba zgonów	wsp. rzecz	wsp. stnd	liczba zgonów	wsp. rzecz	wsp. stnd
Dolnośląskie	1752	125,7	176,5	3574	258,0	340,2
Kujawsko-pomorskie	1275	127,2	188,3	2819	283,3	405,2
Lubelskie	1485	145,7	199,4	2954	292,3	404,1
Lubuskie	641	130,4	198,8	1341	275,0	398,2
Łódzkie	1856	159,1	210,8	3197	276,6	357,4
Małopolskie	2021	122,0	177,2	3615	218,6	313,3
Mazowieckie	2770	106,6	146,4	7169	276,5	372,8
Opolskie	829	174,8	227,8	1226	260,7	322,4
Podkarpackie	1413	135,7	201,0	2830	273,3	393,9
Podlaskie	697	121,6	163,6	1783	313,1	429,1
Pomorskie	1221	106,9	165,7	2610	228,7	335,8
Śląskie	3113	143,3	182,2	6967	323,6	401,3
Świętokrzyskie	900	150,1	194,3	1670	281,5	361,3
Warmińsko-mazurskie	816	117,4	188,2	1844	267,5	421,1
Wielkopolskie	2240	131,5	204,7	4064	239,4	357,8
Zachodniopomorskie	937	113,9	165,2	1998	244,7	341,6
Polska	23966	129,2	182,1	49661	269,2	369,6

Tabela 3.7b. Zgony kobiet z powodu COVID-19 wg województw w 2020 i 2021 r. – liczby bezwzględne, współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Województwo	2020			2021		
	liczba zgonów	wsp. rzecz	wsp. stnd	liczba zgonów	wsp. rzecz	wsp. stnd
Dolnośląskie	1169	77,7	69,2	3060	204,2	177,5
Kujawsko-pomorskie	942	88,3	84,4	2369	223,7	211,2
Lubelskie	1157	106,7	92,8	2915	271,0	231,8
Lubuskie	457	88,1	86,3	1109	215,1	206,2
Łódzkie	1527	119,1	98,1	3170	249,4	204,5
Małopolskie	1488	84,7	80,7	3193	182,0	172,1
Mazowieckie	2230	78,8	70,9	6229	220,3	198,5
Opolskie	557	110,0	94,1	1063	211,3	179,0
Podkarpackie	949	87,5	83,4	2485	230,1	216,3
Podlaskie	504	83,5	72,5	1593	265,5	225,5
Pomorskie	815	67,7	68,5	2148	178,2	178,8
Śląskie	2075	88,8	79,5	5545	239,0	209,7
Świętokrzyskie	649	102,9	84,8	1588	254,1	208,8
Warmińsko-mazurskie	658	90,7	90,2	1610	223,2	217,5
Wielkopolskie	1608	89,5	91,8	3351	186,8	189,6
Zachodniopomorskie	700	80,4	75,3	1691	195,4	178,7
Polska	17485	88,3	81,1	43119	218,7	199,0

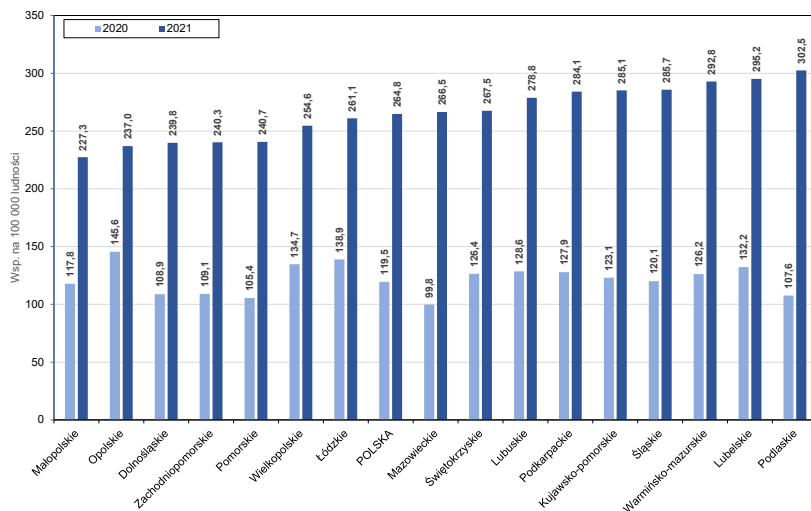
Tabela 3.7c. Zgony mężczyzn w wieku 65 lat i więcej z powodu COVID-19 wg województw w 2020 i 2021 r. – liczby bezwzględne, współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Województwo	2020			2021		
	liczba zgonów	wsp. rzecz	wsp. stnd	liczba zgonów	wsp. rzecz	wsp. stnd
Dolnośląskie	1391	625,2	780,6	2747	1209,0	1455,1
Kujawsko-pomorskie	1033	688,9	850,4	2253	1475,3	1804,6
Lubelskie	1167	753,2	871,0	2302	1463,1	1755,1
Lubuskie	492	672,3	873,9	1017	1360,0	1722,3
Łódzkie	1463	762,2	920,5	2524	1297,7	1550,8
Małopolskie	1635	687,1	789,7	2896	1197,8	1383,6
Mazowieckie	2200	560,3	639,3	5539	1391,0	1586,3
Opolskie	674	891,6	1019,2	927	1206,9	1367,5
Podkarpackie	1152	775,2	905,4	2269	1505,9	1752,2
Podlaskie	535	637,5	705,6	1372	1610,1	1856,9
Pomorskie	1022	614,9	761,4	2073	1220,1	1479,1
Śląskie	2470	695,1	795,0	5448	1515,2	1724,6
Świętokrzyskie	730	734,1	865,2	1325	1315,4	1575,0
Warmińsko-mazurskie	648	672,7	851,0	1422	1438,4	1869,0
Wielkopolskie	1791	741,2	916,1	3158	1283,0	1562,2
Zachodniopomorskie	758	582,6	744,9	1573	1176,0	1502,0
Polska	19161	679,4	807,3	38845	1354,3	1606,3

Tabela 3.7d. Zgony kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu COVID-19 wg województw w 2020 i 2021 r. – liczby bezwzględne, współczynniki rzeczywiste oraz standaryzowane względem wieku (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Województwo	2020			2021		
	liczba zgonów	wsp. rzecz	wsp. stnd	liczba zgonów	wsp. rzecz	wsp. stnd
Dolnośląskie	1043	307,3	313,5	2626	758,2	770,3
Kujawsko-pomorskie	835	373,1	383,8	2070	909,5	947,5
Lubelskie	995	410,4	401,9	2564	1045,6	1027,4
Lubuskie	411	379,2	398,0	950	859,6	908,6
Łódzkie	1332	431,2	430,2	2757	883,2	893,7
Małopolskie	1321	376,4	364,7	2813	790,7	770,3
Mazowieckie	1980	326,9	317,5	5416	881,3	868,9
Opolskie	487	433,3	417,7	935	820,7	799,4
Podkarpackie	852	392,4	382,1	2145	974,5	951,5
Podlaskie	449	349,5	328,0	1414	1087,6	1014,3
Pomorskie	732	307,9	316,5	1878	772,1	801,4
Śląskie	1820	346,5	356,5	4733	887,0	910,6
Świętokrzyskie	573	389,3	377,3	1419	953,7	942,3
Warmińsko-mazurskie	584	403,8	415,0	1414	956,7	987,2
Wielkopolskie	1408	395,0	414,5	2894	796,2	844,5
Zachodniopomorskie	638	337,1	354,2	1442	743,5	780,6
Polska	15460	364,8	365,7	37470	870,0	879,6

Na ryc. 3.22 przedstawiono standaryzowane współczynniki zgonów z powodu COVID-19 wg województw dla mężczyzn i kobiet łącznie. Największy wzrost umieralności w 2021 r. w stosunku do 2020 r. miał miejsce w woj. podlaskim i był blisko trzykrotny, o 180%. Najmniej zmieniła się umieralność w woj. wielkopolskim (wzrost o 56%) i opolskim (o 62%).



Ryc. 3.22. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu COVID-19 ogółu ludności wg województw w latach 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

3.6. 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 (tabela 3.8a i 3.8b). Cały czas choroby te są największym zagrożeniem życia Polaków. W 2021 r. zmarło w Polsce z ich powodu 180760 osób, tzn. 473,7 na każde 100 tys. ludności. Okres pandemii przyniósł nadwyżkę umieralności z powodu ChUK w stosunku do poziomu oczekiwanego na podstawie wcześniejszego 10-letniego trendu o 8,7% w 2020 r. i o 12,8% w 2021 r. (tabela 3.9c).

Tabela 3.8a. Umieralność MĘŻCZYZN według głównych przyczyn w latach 2012-2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Przyczyna zgonu (ICD-10)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. mężczyzn										
Nowotwory zł. (C00-C97)	422,8	410,2	405,1	426,5	414,3	400,6	398,8	382,6	377,7	350,3
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	780,7	756,1	703,1	723,9	656,3	636,4	624,1	593,7	633,1	648,1
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	113,2	122,5	106,4	119,9	111,6	122,1	125,3	120,4	127,0	119,4
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	67,9	66,2	60,6	57,3	61,6	62,4	64,2	64,1	68,2	74,3
Objawy chorob. (R00-R99)	101,1	106,4	118,2	105,1	117,8	150,4	163,2	165,1	179,8	140,1
COVID (U07, U10)	-	-	-	-	-	-	-	-	182,1	369,6
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	107,3	101,3	96,2	87,5	84,6	83,9	87,6	85,3	86,4	91,4
Procentowy udział w zgonach mężczyzn ogółem										
Nowotwory zł. (C00-C97)	26,1	25,9	26,9	27,3	27,3	26,3	25,9	25,7	21,8	18,8
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	41,2	40,9	40,3	40,8	38,2	36,5	35,9	35,7	32,6	30,8
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	5,8	6,5	5,9	6,6	6,4	6,9	7,1	7,1	6,5	5,7
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	4,7	4,6	4,5	4,2	4,6	4,6	4,7	4,9	4,5	4,5
Objawy chorob. (R00-R99)	6,2	6,6	7,6	7,0	8,2	10,1	10,5	10,6	10,1	7,7
COVID (U07, U10)	-	-	-	-	-	-	-	-	9,6	18,5
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	8,9	8,4	8,3	7,2	7,1	6,9	7,0	7,0	6,0	5,7

Tabela 3.8b. Umieralność KOBIET według głównych przyczyn w latach 2012-2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Przyczyna zgonu (ICD-10)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. kobiet										
Nowotwory zł. (C00-C97)	223,6	219,1	220,9	227,5	223,1	221,3	222,5	219,3	213,9	201,5
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	516,4	505,6	468,9	487,3	441,6	434,1	425,9	395,6	418,3	440,1
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	45,9	52,4	45,2	54,9	49,0	57,6	58,4	56,5	57,3	58,2
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	37,5	37,9	34,1	31,2	33,0	34,4	34,3	34,2	35,6	40,2
Objawy chorob. (R00-R99)	56,4	60,8	67,0	58,1	62,7	80,6	93,8	103,1	108,9	72,5
COVID (U07, U10)									81,1	199,0
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	29,2	28,1	26,4	25,0	24,1	24,1	24,6	24,5	24,9	29,6
Procentowy udział w zgonach kobiet ogółem										
Nowotwory zł. (C00-C97)	23,0	22,6	23,7	23,6	24,1	23,1	23,0	23,2	20,0	17,2
Ch. ukł. krążenia (I00-I99)	51,7	51,1	50,3	51,0	48,8	46,7	45,5	43,4	40,9	39,1
Ch. ukł. oddech. (J00-J99)	4,6	5,3	4,8	5,7	5,4	6,1	6,2	6,1	5,5	5,1
Ch. ukł. trawien. (K00-K93)	3,9	3,9	3,7	3,3	3,6	3,6	3,6	3,7	3,4	3,4
Objawy chorob. (R00-R99)	5,6	6,1	7,2	6,1	7,0	8,7	10,1	11,6	10,7	6,4
COVID (U07, U10)							0,0	0,0	7,7	17,2
Zewnętrzne prz. (V01-Y98)	3,1	2,9	2,9	2,6	2,6	2,5	2,5	2,6	2,3	2,5

Wprawdzie częściej z powodu ChUK umierają kobiety niż mężczyźni (w 2021 r. współczynniki rzeczywiste dla obu grup wynosiły odpowiednio 497 i 449 na 100 tys.) ale wynika to ze starszego przeciętnie wieku kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku obu grup płci okazuje się, że choroby te są znacznie większym zagrożeniem życia mężczyzn, gdyż standaryzowany współczynnik zgonów w 2021 r. dla mężczyzn był o 47,3% wyższy niż dla kobiet (tabela 3.9a i 3.9b).

Tabela 3.9a. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2019, 2020 i 2021 (na 100 tysięcy ludności)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Razem	1138,5	1346,2	1456,4	1000,6	1149,4	1272,4
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	5,0	5,0	6,3	3,8	3,6	5,2
gruźlica (A15-A19)	1,9	2,0	1,9	0,5	0,5	0,5
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	292,8	293,1	274,2	231,9	229,8	218,5
nowotwór zł. żołądka (C16)	16,8	16,8	15,3	8,7	8,4	7,8
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	37,9	38,7	35,6	27,0	26,9	25,5
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	80,4	76,7	70,8	41,5	40,4	39,6
nowotwór zł. sutka (C50)	0,4	0,4	0,3	35,1	35,1	32,5
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	-	-	-	7,9	7,6	6,9
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	30,3	31,0	29,6	-	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	16,9	17,3	16,1	5,1	4,6	4,5
Cukrzyca (E10-E14)	22,6	30,0	26,3	25,7	33,3	30,3
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	16,2	18,9	18,6	4,1	4,5	8,2
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	16,1	18,8	20,4	18,2	22,2	24,6
Choroby układu krążenia (I00-I99)	406,4	439,3	448,7	434,6	469,9	497,0
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	265,7	282,0	302,7	247,7	262,9	315,1
ostry zawał serca (I21-I22)	40,7	49,5	43,7	25,5	28,1	24,0
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	69,9	79,5	76,5	80,2	89,9	88,3
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	81,1	87,4	83,5	61,3	63,2	64,6
zapalenie płuc (J12-J18)	52,8	58,5	53,3	42,6	45,0	43,1
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	21,0	22,0	18,3	13,5	13,4	12,1
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	55,6	60,2	65,5	36,7	38,6	43,7
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	28,6	31,2	32,6	11,8	12,5	12,8
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	10,5	13,3	14,7	13,0	14,9	17,3
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	120,1	135,4	112,2	115,6	123,5	81,2
COVID (U07, U10)	-	129,2	269,2	0,0	88,3	218,7
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	79,6	80,7	83,3	26,0	26,8	32,0
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	15,8	15,4	11,2	4,3	3,9	3,2
upadki (W00-W19)	13,5	13,6	15,3	11,0	12,0	13,9
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	21,3	21,3	21,3	3,1	3,0	3,3
Przyczyny bezpośrednio związane z alkoholem	50,3	56,7	57,6	14,5	16,0	16,1
Przyczyny możliwe do uniknięcia*	472,6	507,9	512,7	228,8	241,7	247,1
Przyczyny, którym można zapobiegać**	315,4	330,5	328,9	121,2	126,3	128,6
Przyczyny, które można leczyć**	157,2	177,4	183,8	107,6	115,4	118,4

*Dotyczy ludności w wieku 0-74 lata

Tabela 3.9b. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2019, 2020 i 2021 (na 100 tysięcy ludności) (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Mężczyźni			Kobiety		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Razem	1546,4	1811,3	1949,5	922,0	1040,9	1148,1
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	6,1	6,1	7,8	3,5	3,4	4,8
gruźlica (A15-A19)	2,1	2,2	2,0	0,5	0,5	0,4
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	382,6	377,7	350,3	219,3	213,9	201,5
nowotwór zł. żołądka (C16)	21,7	21,6	19,4	8,2	7,8	7,2
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	51,9	51,8	47,0	25,5	24,9	23,5
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	99,7	93,5	85,8	38,9	37,3	36,2
nowotwór zł. sutka (C50)	0,7	0,6	0,4	33,3	32,9	30,2
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	-	-	-	7,5	7,2	6,4
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	46,4	46,7	44,3	-	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	24,2	24,4	22,7	4,8	4,3	4,1
Cukrzyca (E10-E14)	30,9	40,8	35,3	23,8	30,4	27,5
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	16,6	19,3	20,0	3,8	4,2	7,4
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	21,9	25,7	27,9	17,1	20,5	22,6
Choroby układu krążenia (I00-I99)	593,7	633,1	648,1	395,6	418,3	440,1
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	378,6	396,6	433,1	226,4	235,1	278,8
ostry zawał serca (I21-I22)	52,7	62,0	53,2	23,7	25,7	21,7
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	99,8	111,5	107,5	73,8	80,9	79,1
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	120,4	127,0	119,4	56,5	57,3	58,2
zapalenie płuc (J12-J18)	79,6	85,9	77,1	38,9	40,6	38,8
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	30,7	31,9	26,4	12,7	12,3	11,0
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	64,1	68,2	74,3	34,2	35,6	40,2
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	29,2	31,7	32,6	11,2	11,8	12,1
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	16,1	20,1	21,8	11,9	13,4	15,5
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	165,1	179,8	140,1	103,1	108,9	72,5
COVID (U07, U10)	-	182,1	369,6	0,0	81,1	199,0
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	85,3	86,4	91,4	24,5	24,9	29,6
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	16,1	15,7	11,5	4,2	3,9	3,2
upadki (W00-W19)	18,1	18,2	20,4	9,9	10,5	12,3
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	21,6	21,4	21,6	3,0	2,9	3,2
Przyczyny związane z alkoholem	50,5	56,9	57,1	13,8	15,1	15,3
Przyczyny możliwe do uniknięcia*	502,8	529,1	527,7	213,9	219,8	219,9
Przyczyny, którym można zapobiegać*	332,9	342,2	337,1	112,9	114,6	114,4
Przyczyny, które można leczyć*	169,9	186,9	190,5	101,0	105,2	105,5

*Dotyczy ludności w wieku 0-74 lata

Tabela 3.9c. Standaryzowane współczynniki zgonów ogółu ludności Polski wg przyczyny zgonu, ich wartości obserwowane (wart.obs), wartości oczekiwane wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (wart.ocz) oraz ich względną (%) różnicą w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	2020			2021		
	wart.obs	wart.ocz	%	wart.obs	wart.ocz	%
Razem	1358,5	1186,8	14,5	1478,8	1189,1	24,4
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	4,6	5,5	-15,7	6,1	5,5	11,4
gruźlica (A15-A19)	1,3	1,4	-7,1	1,1	1,4	-16,9
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	276,8	277,6	-0,3	258,3	277,6	-7,0
nowotwór zł. żołądka (C16)	13,3	14,6	-8,9	12,0	14,6	-17,6
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	35,3	35,6	-0,9	32,6	35,6	-8,4
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	60,0	62,4	-3,9	56,1	62,4	-10,1
nowotwór zł. sutka (C50)	32,9	33,2	-1,0	30,2	33,4	-9,6
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	7,2	7,5	-4,2	6,4	7,4	-13,3
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	46,7	46,3	0,9	44,3	46,3	-4,3
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	11,7	12,3	-4,53	10,9	12,5	-12,4
Cukrzyca (E10-E14)	35,2	25,9	35,8	31,1	25,6	21,4
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	11,3	10,8	4,5	13,4	10,8	24,6
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	22,9	19,0	20,9	24,9	18,8	32,8
Choroby układu krążenia (I00-I99)	508,3	467,6	8,7	528,5	468,3	12,8
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	301,8	266,1	13,4	343,7	266,1	29,2
ostry zawał serca (I21-I22)	41,1	37,7	9,1	35,3	37,7	-6,5
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	94,5	85,5	10,6	91,7	85,5	7,3
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	83,1	78,4	6,0	81,1	78,8	3,0
zapalenie płuc (J12-J18)	57,5	52,6	9,2	53,2	52,6	1,1
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	19,3	18,8	2,6	16,5	19,0	-13,3
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	50,7	47,8	6,0	56,0	47,8	17,1
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	21,1	19,5	8,2	21,7	19,4	12,1
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	140,9	142,1	-0,8	103,0	142,1	-27,5
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	53,9	51,9	3,9	58,5	51,9	12,7
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	9,6	9,5	0,8	7,2	9,5	-24,6
upadki (W00-W19)	14,0	13,5	4,0	16,1	13,5	19,0
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	11,6	11,8	-1,4	11,9	11,8	0,4
Przyczyny związane z alkoholem (Alcohol related)	34,7	29,9	16,1	35,0	29,9	17,0

Tabela 3.10a. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2021 r. (na 100 tysięcy ludności)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Razem	1412,8	1284,7	1518,1	1369,0	1318,1	1200,9
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	6,5	4,5	7,3	4,9	5,8	4,2
gruźlica (A15-A19)	1,2	1,0	2,1	1,6	0,5	0,4
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	264,5	216,9	289,8	252,2	241,8	181,9
nowotwór zł. żołądka (C16)	11,9	10,7	16,0	14,2	8,2	7,2
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	32,5	27,2	37,7	32,7	27,8	21,8
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	59,6	47,4	73,4	67,1	47,1	27,8
nowotwór zł. sutka (C50)	19,2	13,6	0,4	0,2	36,1	26,9
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	4,0	2,9	-	-	7,6	5,7
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	15,0	13,3	31,7	26,6	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	11,0	8,8	17,6	14,1	5,2	3,5
Cukrzyca (E10-E14)	28,4	28,3	27,4	24,7	29,4	31,9
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	12,6	14,1	17,3	20,5	8,4	7,8
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	24,8	19,2	22,3	17,7	27,1	20,7
Choroby układu krążenia (I00-I99)	477,5	467,9	458,7	434,4	494,4	501,2
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	313,2	303,1	311,1	290,9	315,0	315,2
ostry zawał serca (I21-I22)	36,4	29,2	47,7	38,0	26,3	20,4
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	85,3	78,5	78,7	73,4	91,3	83,5
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	77,7	67,9	87,4	78,0	68,9	57,9
zapalenie płuc (J12-J18)	52,0	42,1	58,8	45,5	45,9	38,8
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	14,6	15,9	15,9	21,7	13,3	10,1
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	59,1	46,9	70,6	58,1	48,8	35,7
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	24,5	19,2	34,9	29,3	15,1	9,2
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	17,1	14,5	15,7	13,4	18,3	15,6
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	94,1	99,3	111,2	113,6	78,8	85,0
COVID (U07, U10)	263,6	212,6	300,2	225,4	230,8	199,8
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	53,8	61,3	76,4	93,0	33,4	29,8
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	5,8	9,1	8,9	14,6	3,0	3,7
upadki (W00-W19)	15,5	13,2	16,1	14,1	15,0	12,3
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	10,3	14,5	18,0	25,9	3,4	3,2
Przyczyny związane z alkoholem	37,7	33,9	58,6	56,2	18,8	11,8
Przyczyny możliwe do uniknięcia*	392,2	358,3	519,6	503,0	272,3	208,3
Przyczyny, którym można zapobiegać*	233,4	219,3	328,3	329,9	144,3	104,7
Przyczyny, które można leczyć*	158,8	139,0	191,4	173,1	128,1	103,6

*Dotyczy ludności w wieku 0-74 lata

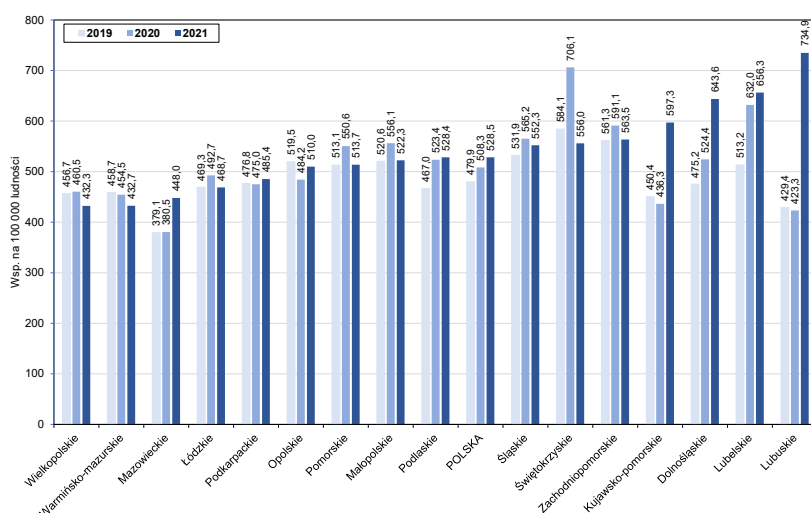
Tabela 3.10b. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci, miejsca zamieszkania oraz wybranych przyczyn w 2021 r. (na 100 tysięcy ludności)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Razem	1424,4	1580,3	1876,1	2089,0	1115,8	1208,5
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	6,5	5,5	8,4	6,7	5,0	4,3
gruźlica (A15-A19)	1,2	1,1	2,1	1,8	0,4	0,4
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	258,9	256,8	344,8	359,3	207,5	189,9
nowotwór zł. żołądka (C16)	11,7	12,7	19,1	19,7	7,0	7,6
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	32,4	33,1	46,1	48,6	23,9	22,9
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34)	56,7	54,8	83,1	90,2	39,7	29,1
nowotwór zł. sutka (C50)	19,0	16,1	0,5	0,4	31,4	27,9
nowotwór zł. szyjki macicy (C53)	3,9	3,2	-	-	6,7	5,9
nowotwór zł. gruczołu krokowego (C61)	15,2	17,1	42,9	46,9	-	-
nowotwór zł. pęcherza moczowego (C67)	11,0	10,8	22,5	23,0	4,3	3,6
Cukrzyca (E10-E14)	28,8	35,7	33,8	38,1	24,8	32,8
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	12,3	15,6	17,9	23,3	7,2	7,8
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	25,6	23,7	28,7	26,4	23,2	21,5
Choroby układu krążenia (I00-I99)	491,5	597,7	602,6	735,4	411,5	493,0
choroby serca (I00-I09, I11, I13, I20-I51)	321,5	385,2	405,6	486,0	262,0	309,8
ostry zawał serca (I21-I22)	35,8	34,5	54,4	51,5	22,2	20,8
choroby naczyń mózgowych (I60-I69)	87,5	99,6	101,3	119,2	76,7	83,7
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	79,0	85,3	114,2	129,7	58,1	58,4
zapalenie płuc (J12-J18)	53,3	53,1	77,8	76,2	38,8	38,9
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47)	14,6	20,1	20,7	37,2	11,2	10,5
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	57,8	53,0	76,4	71,1	42,5	36,2
przewlekłe choroby wątroby (K70, K73, K74)	23,1	19,7	34,2	30,1	13,7	9,5
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	17,5	18,6	21,1	23,2	15,4	15,9
Objawy oraz przyczyny niedokł. określone (R00-R99)	94,4	119,1	129,0	161,0	66,8	83,0
COVID (U07, U10)	264,8	265,3	376,0	360,5	195,6	205,3
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	53,7	66,4	82,0	106,1	29,6	29,7
wypadki komunikacyjne (V01-V99)	5,8	9,1	9,1	14,8	2,9	3,7
upadki (W00-W19)	16,0	16,2	20,1	21,2	12,5	11,9
samobójstwa i samouszkodzenia (X60-X84)	10,1	14,6	18,0	27,1	3,3	3,2
Przyczyny związane z alkoholem	35,4	34,5	57,1	57,2	17,1	12,1
Przyczyny możliwe do uniknięcia*	352,6	380,9	510,4	555,5	223,9	213,6
Przyczyny, którym można zapobiegać*	210,8	231,4	322,4	360,4	118,7	107,0
Przyczyny, które można leczyć*	141,8	149,5	188,1	195,1	105,1	106,6

*Dotyczy ludności w wieku 0-74 lata

Lata 2020 i 2021 przyniosły w niektórych województwach znaczne zmiany poziomu umieralności z powodu ChUK. Szczególnie wyróżnia się wzrost umieralności w 2020 r. w woj. świętokrzyskim a w 2021 r. w woj. dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim (ryc. 3.23). Natomiast w woj. lubelskim wzrost umieralności występował w obu latach pandemii. 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 nieznanych (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.).

W tabelach 3.11a i 3.11b przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu ChUK mężczyzn i kobiet ogółem oraz w wieku 65 lat i więcej w latach 2020 i 2021 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Warto zwrócić uwagę, że w woj. warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim poziom umieralności z powodu ChUK praktycznie nie uległ większym zmianom w związku z pandemią.



Ryc. 3.23 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółu ludności wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Tabela 3.11a. 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 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	16,6	38,4	42,6	70,7
Kujawsko-pomorskie	3,9	-4,3	40,8	31,1
Lubelskie	25,2	26,3	28,2	32,0
Lubuskie	2,1	8,1	73,5	90,6
Łódzkie	9,9	3,9	4,1	-1,5
Małopolskie	8,6	8,2	0,2	2,7
Mazowieckie	6,5	7,7	23,8	29,0
Opolskie	-3,8	-0,7	-6,1	11,6
Podkarpackie	5,4	3,1	7,2	6,3
Podlaskie	11,9	10,6	7,5	14,8
Pomorskie	10,6	6,3	2,6	0,4
Śląskie	8,8	7,8	6,1	5,2
Świętokrzyskie	30,5	20,8	0,1	-2,0
Warmińsko-mazurskie	1,9	2,6	-7,2	1,3
Wielkopolskie	0,9	2,9	-5,4	-3,0
Zachodniopomorskie	8,4	2,7	-1,5	1,4
Polska	10,8	8,6	13,5	14,1

Analizując umieralność ludności Polski z powodu chorób układu krążenia trzeba nie-estety pamiętać o dużym ograniczeniu możliwości porównawczych analiz umieralności mieszkańców naszego kraju z powodu bardziej szczegółowych podgrup ChUK, zarówno w wymiarze regionalnym, jak i międzynarodowym. Z jednej strony dla wielu szczegółowych chorób 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)^{31, 32}. Warto jednak zwrócić uwagę, że okres pandemii przyniósł wyraźną poprawę w tym zakresie. O ile w 2018 r. aż 41,4% zgonów z powodu ChUK miała kody znajdujące się na tej liście to w 2020 r. 30,0% a w 2021 r. 22,9%. Różnice międzywojewódzkie są niestety cały czas dramatyczne, gdyż odsetek tych zgonów wahał się w 2021 r. od 0,6% w woj. pomorskim do 58% w woj. świętokrzyskim. 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).

Zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są **choroby serca** (w 2021 r. 118,0 tys. zgonów, w tym zawał serca 12,8 tys., a więc odpowiednio 65,3% i 7,1% zgonów z powodu ogółu chorób serca i naczyń), drugą grupę stanowią **choroby naczyń mózgowych** (ChNM) (31,5 tys. zgonów, 17,4% całej grupy). Tylko w przypadku chorób serca standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów zwiększały się w obu latach pandemii, natomiast w przypadku zawału serca i ChNM wyraźny wzrost umieralności wystąpił w 2020 r. (tabela 3.9b).

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.

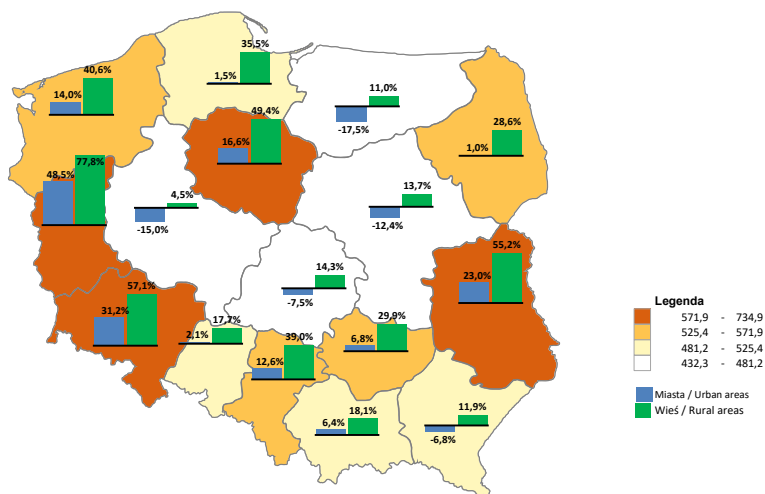
31 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczynn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,2.html>

32 *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>

Choroby układu krążenia bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast we wszystkich województwach. Na ryc. 3.24 pokazane są nadwyżki umieralności tych podpopulacji w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2021 r. Największa nadwyżka umieralności w stosunku do poziomu przeciętnego dla całego kraju zarówno mieszkańców miast, jak i wsi, była w woj. lubuskim. Najmniejsza różnica wielkości nadumieralności mieszkańców wsi i miast występowała w woj. małopolskim a największa w woj. pomorskim, kujawsko-pomorskim oraz lubelskim.

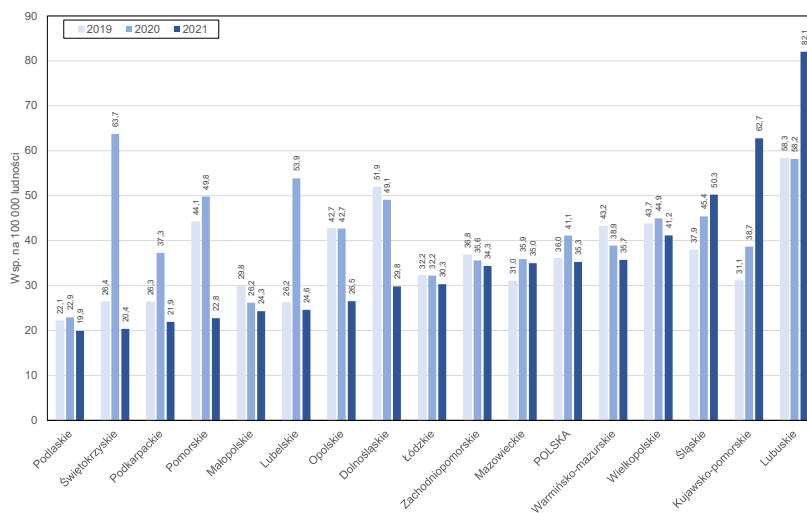
Tabela 3.11b. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	24,9	42,5	50,3	76,3
Kujawsko-pomorskie	1,2	-4,8	33,4	28,8
Lubelskie	30,0	28,7	32,4	34,2
Lubuskie	2,8	9,5	71,0	96,3
Łódzkie	9,3	4,7	2,0	-0,8
Małopolskie	9,7	8,4	2,0	4,0
Mazowieckie	5,3	7,1	25,2	29,3
Opolskie	-5,0	-3,3	-7,6	9,6
Podkarpackie	5,3	1,3	8,8	6,0
Podlaskie	10,9	12,1	3,0	14,0
Pomorskie	10,1	6,8	4,8	1,2
Śląskie	8,7	5,2	4,6	2,0
Świętokrzyskie	37,6	23,9	7,2	0,8
Warmińsko-mazurskie	0,8	3,8	-8,3	3,7
Wielkopolskie	0,4	2,7	-4,3	-1,9
Zachodniopomorskie	7,9	3,0	-1,8	0,4
Polska	12,3	11,0	14,7	17,0



Ryc. 3.24. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem (I00-I99) mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2021 r.

Lata 2020 i 2021 przyniosły w niektórych województwach znaczne zmiany poziomu umieralności z powodu zawału serca. Szczególnie wyróżnia się wzrost umieralności w 2020 r. w woj. świętokrzyskim i lubelskim a w 2021 r. w woj. kujawsko-pomorskim i lubuskim (ryc. 3.25). Natomiast w woj. lubelskim wzrost umieralności występował w obu latach pandemii.



Ryc. 3.25 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zawału serca ogółu ludności województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabelach 2.12a i 2.12b przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu zawału serca mężczyzn i kobiet ogółem oraz w wieku 65 lat i więcej w latach 2020 i 2021 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Nadwyżka umieralności w większości województw wystąpiła tylko w 2020 r. przy czym w woj. świętokrzyskim była ponad dwukrotna a w woj. lubelskim dwukrotna. W obu tych województwach w 2021 r. zgonów było mniej niż można było oczekiwać. W woj. dolnośląskim zarówno w 2020 r., jak i 2021 r., współczynnik zgonów z powodu zawału serca był niższy od oczekiwanego natomiast w woj. śląskim w obu latach był wyższy. W 2021 r. największa nadumieralność z powodu zawału serca wystąpiła w woj. kujawsko-pomorskim.

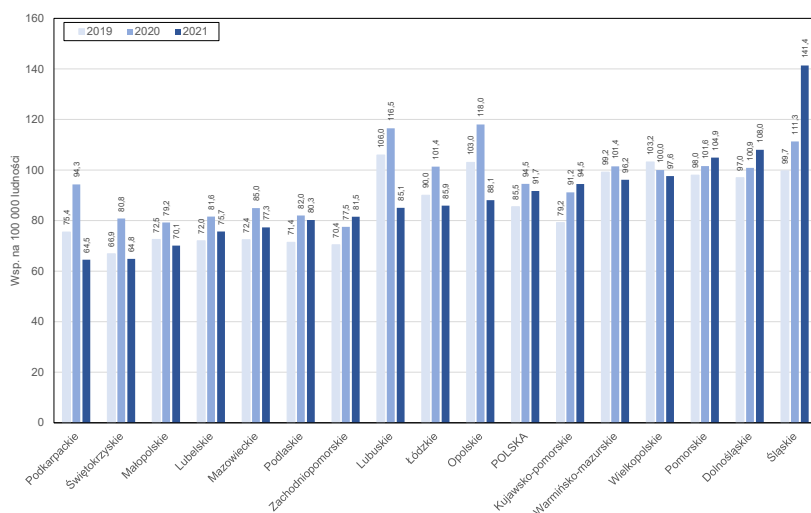
Tabela 3.12a. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu zawału serca mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	-22,5	-18,1	-54,9	-48,1
Kujawsko-pomorskie	38,2	13,7	128,9	68,7
Lubelskie	102,7	90,5	-10,1	0,5
Lubuskie	-7,9	-5,0	30,8	7,3
Łódzkie	8,8	-10,6	3,9	-17,4
Małopolskie	6,2	-10,5	22,7	-22,0
Mazowieckie	20,8	23,5	24,7	8,6
Opolskie	8,3	4,5	-44,1	-14,5
Podkarpackie	59,1	14,6	-7,0	-29,4
Podlaskie	12,1	-4,4	-8,0	-12,4
Pomorskie	11,0	11,9	-49,1	-48,1
Śląskie	36,8	26,3	72,2	48,1
Świętokrzyskie	160,6	99,5	-14,7	-31,5
Warmińsko-mazurskie	-6,2	5,0	-14,4	-7,8
Wielkopolskie	9,0	-9,0	-0,9	-14,8
Zachodniopomorskie	7,1	-9,1	11,1	-14,1
Polska	14,3	3,7	-1,9	-12,4

Tabela 3.12b. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu zawału serca mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	-0,4	-17,4	-38,9	-43,4
Kujawsko-pomorskie	23,2	4,5	79,3	44,2
Lubelskie	68,1	63,7	-11,1	-3,5
Lubuskie	-6,0	-6,6	-35,7	-31,6
Łódzkie	6,5	-10,8	-2,1	-15,5
Małopolskie	-5,3	-11,1	-15,7	-14,0
Mazowieckie	25,0	27,7	15,3	2,7
Opolskie	11,3	-6,8	-50,8	-24,1
Podkarpackie	45,6	-9,0	-9,1	-50,3
Podlaskie	17,5	1,1	-10,6	-18,6
Pomorskie	14,2	12,7	-36,1	-38,1
Śląskie	25,1	24,6	29,9	48,3
Świętokrzyskie	137,8	82,1	2,9	-30,1
Warmińsko-mazurskie	-4,1	3,6	-16,4	-12,8
Wielkopolskie	2,0	-11,3	-8,9	-17,1
Zachodniopomorskie	-11,5	-7,1	-1,4	-15,3
Polska	13,3	1,6	-7,0	-14,5

Zmiany umieralności z powodu chorób naczyń mózgowych w województwach w latach 2020 i 2021 są mniejsze niż w przypadku zawału serca. Zwraca uwagę znaczny wzrost umieralności w 2021 r. w woj. śląskim i wyraźne jej obniżenie się w tym roku w woj. podkarpackim, lubuskim i opolskim (ryc. 3.26).



Ryc. 3.26 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych ogółu ludności wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabelach 3.13a i 3.13b przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych mężczyzn i kobiet ogółem oraz w wieku 65 lat i więcej w latach 2020 i 2021 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Warto zwrócić uwagę, że nadwyżka umieralności w 2020 r. w woj. lubelskim wystąpiła tylko u mężczyzn a w woj. świętokrzyskim była znacznie większa u mężczyzn niż kobiet. Największa nadwyżka umieralności z powodu tych chorób w 2021 r. jaka wystąpiła w woj. śląskim dotknęła zarówno mężczyzn, jak i kobiety.

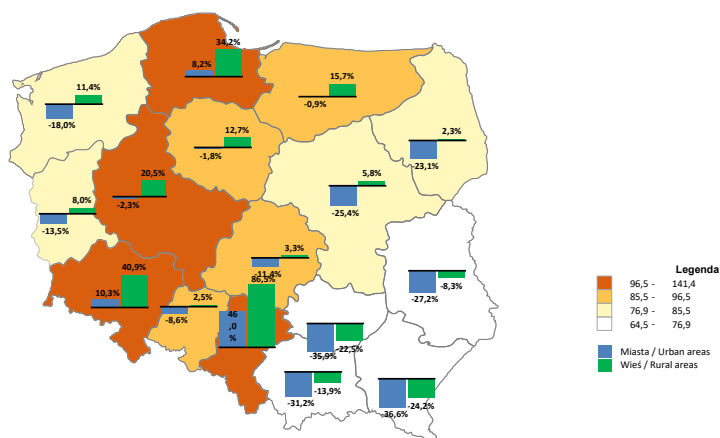
Tabela 3.13a. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	-2,3	12,3	4,8	21,6
Kujawsko-pomorskie	22,9	17,0	21,8	23,7
Lubelskie	29,8	-2,5	7,6	-0,4
Lubuskie	6,1	10,6	-22,6	-20,0
Łódzkie	19,7	17,5	9,3	-3,7
Małopolskie	10,2	12,4	-2,0	-0,9
Mazowieckie	18,4	14,8	4,8	6,8
Opolskie	-2,5	12,6	-16,9	-23,3
Podkarpackie	28,5	22,0	-6,0	-21,0
Podlaskie	14,4	7,3	11,1	5,3
Pomorskie	8,1	-1,1	12,6	2,2
Śląskie	14,2	10,1	40,6	43,8
Świętokrzyskie	30,2	12,7	5,9	-8,9
Warmińsko-mazurskie	-2,0	1,9	-6,3	-2,8
Wielkopolskie	-6,8	3,7	-4,4	-2,0
Zachodniopomorskie	-7,5	8,5	-7,3	19,0
Polska	10,3	10,4	6,3	7,9

Tabela 3.13b. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	-0,3	14,8	6,8	24,4
Kujawsko-pomorskie	21,1	16,8	18,3	21,1
Lubelskie	29,3	0,7	7,8	0,3
Lubuskie	9,7	10,7	-22,3	-22,2
Łódzkie	17,4	19,7	5,2	-1,0
Małopolskie	9,2	14,8	-8,5	1,8
Mazowieckie	19,6	14,1	7,8	5,9
Opolskie	1,3	14,1	-17,0	-24,9
Podkarpackie	31,8	20,4	-3,6	-21,5
Podlaskie	17,4	13,9	11,8	7,7
Pomorskie	10,3	0,2	17,0	2,2
Śląskie	15,8	10,6	45,5	46,1
Świętokrzyskie	34,4	16,5	6,4	-6,1
Warmińsko-mazurskie	-5,6	3,4	-6,8	0,2
Wielkopolskie	-6,1	3,4	-3,4	-2,2
Zachodniopomorskie	-3,5	16,0	-1,3	22,9
Polska	11,6	11,7	7,7	8,7

Choroby naczyń mózgowych bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast we wszystkich województwach. Na ryc. 3.27 pokazane są nadwyżki umieralności tych podpopulacji w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2021 r. Największe różnice wielkości nadumieralności mieszkańców wsi i miast (na niekorzyść mieszkańców wsi) występowały w woj. śląskim, mazowieckim, dolnośląskim i zachodniopomorskim. W województwie śląskim jest największa nadumieralność zarówno mieszkańców miast, jak i wsi.



Ryc. 3.27. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych (I60-I69) mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2021 r.

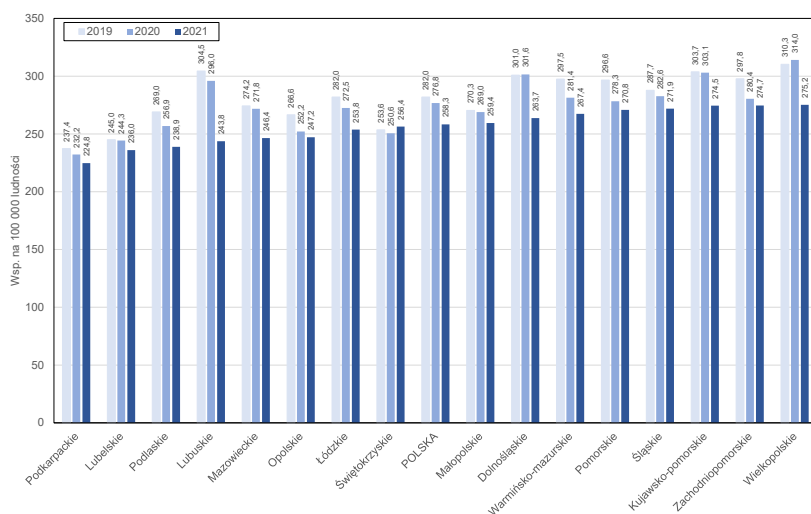
3.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości grupą przyczyn zgonów ludności Polski, przy czym w latach 2020-2021 zarówno standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności jak również ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów mężczyzn i kobiet zmniejszyły się (tabela 3.8a i 3.8b). W 2021 r. zmarły w Polsce z ich powodu 93 652 osoby (50 581 mężczyzn i 43 071 kobiet), tzn. 245,4 na każde 100 tys. mieszkańców. Warto zauważyć, że liczba mężczyzn, którzy zmarli w 2021 r. z powodu nowotworów złośliwych była tylko o 920 osób większa niż liczba zmarłych z powodu COVID-19 natomiast liczba zmarłych kobiet była o 48 mniejsza. Trzeba jednak pamiętać o uwagach poczynionych przez nas na początku rozdziału wytycznych w sprawie ustalania przyczyny zgonu.

Nowotwory złośliwe są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i w 2021 r. standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był o 73,8% wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 3.9a i 3.9b). Tak więc nadwyżka umieralności

mężczyzn w stosunku do kobiet jest znacznie większa w przypadku nowotworów złośliwych niż w przypadku chorób serca i naczyń.

W całym okresie 2019-2021 największe zagrożenie życia z powodu nowotworów złośliwych występowało w woj. wielkopolskim natomiast najmniejsze w woj. podkarpackim (ryc. 3.28). Lata pandemii a zwłaszcza 2021 r. przyniosły spadek współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych we wszystkich województwach oprócz świętokrzyskiego.



Ryc. 3.28. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem (C00-C97) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabelach 3.14a i 3.14b przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu nowotworów złośliwych mężczyzn i kobiet ogółem oraz w wieku 65 lat i więcej w latach 2020 i 2021 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Ogólnie można stwierdzić, że obserwowane współczynniki umieralności zarówno mężczyzn, jak i kobiet były niższe od oczekiwanych (z wyjątkiem woj. świętokrzyskiego) a największa różnica wystąpiła w woj. lubuskim.

Tabela 3.14a. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	3,1	-1,5	-11,7	-11,9
Kujawsko-pomorskie	-1,3	-2,5	-11,2	-9,7
Lubelskie	0,2	-2,8	-5,8	-2,9
Lubuskie	-9,6	-1,2	-25,0	-18,1
Łódzkie	-4,7	-2,3	-8,7	-11,9
Małopolskie	0,1	-2,7	-4,6	-4,1
Mazowieckie	-2,0	-0,8	-9,9	-11,4
Opolskie	2,6	-11,8	-5,9	-6,8
Podkarpackie	-5,0	-0,4	-8,2	-1,9
Podlaskie	-7,9	-0,6	-12,0	-9,2
Pomorskie	-1,8	-12,2	-6,7	-12,5
Śląskie	-2,2	-1,4	-5,7	-5,1
Świętokrzyskie	-2,5	3,0	2,0	2,9
Warmińsko-mazurskie	0,3	-6,3	-2,1	-12,6
Wielkopolskie	-0,3	0,5	-14,6	-9,5
Zachodniopomorskie	-2,2	-10,7	-9,4	-6,6
Polska	0,1	-4,0	-7,2	-9,6

Tabela 3.14b. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów w województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

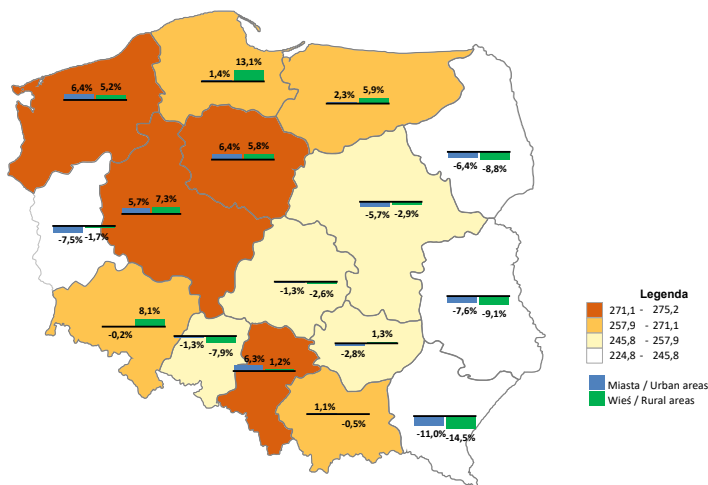
Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	6,1	0,3	-9,4	-11,0
Kujawsko-pomorskie	-1,9	2,4	-14,9	-5,6
Lubelskie	2,2	1,8	-4,9	-0,5
Lubuskie	-5,7	7,9	-23,6	-10,9
Łódzkie	-4,1	-0,3	-8,6	-8,6
Małopolskie	-0,4	-1,4	-3,3	-3,2
Mazowieckie	-2,0	0,8	-10,6	-9,8
Opolskie	2,7	-13,5	-5,5	-4,6
Podkarpackie	-7,8	0,0	-9,8	-2,1
Podlaskie	-9,1	0,8	-11,8	-11,3
Pomorskie	-3,0	-11,8	-8,0	-10,5
Śląskie	-3,8	-0,8	-7,1	-2,8
Świętokrzyskie	-2,3	2,6	3,8	6,9
Warmińsko-mazurskie	-7,5	-4,5	-11,5	-8,7
Wielkopolskie	0,5	2,4	-15,5	-10,4
Zachodniopomorskie	-5,0	-12,3	-11,1	-6,2
Polska	0,4	-1,1	-7,0	-6,6

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 2021 r. zmarły 20866 osób (22,3% ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych). Nowotwory o innych umiejscowieniach są wyraźnie rzadsze i tak w 2021 r. z powodu raka jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu (ICD10 C18-C21) zmarły 11592 osoby (12,4% zgonów nowotworowych), z powodu raka żołądka (C16) 4359 osób (4,7%), z powodu raka piersi (C50) zmarło 6406 kobiet (a także 63 mężczyzn) (6,8% ogółu zgonów nowotworowych i 14,9% zgonów kobiet z powodu nowotworów), raka szyjki macicy (C53) 1361 kobiet (1,5% ogółu zgonów nowotworowych i 3,2% zgonów kobiet z powodu nowotworów), zaś z powodu raka gruczołu

krokowego (prostaty) zmarło 5458 mężczyzn (5,8% ogółu zgonów nowotworowych i 10,8% zgonów mężczyzn z powodu nowotworów). W latach pandemii, a szczególnie w 2021 r., standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wszystkich analizowanych grup nowotworów zmniejszyły swoją wartość (tabela 3.9b).

Nowotwory złośliwe ogółem stanowią trochę większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi i 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 2021 r. występowała dla wszystkich analizowanych umiejscowień nowotworów. (tabela 3.10a i 3.10b). W przypadku kobiet poziom umieralności na wsi jest niższy niż w miastach zarówno dla nowotworów złośliwych ogółem, jak i wyróżnionych umiejscowień, z wyjątkiem raka żołądka.

Na ryc. 3.29 pokazane są nadwyżki/"niedobory" umieralności tych podpopulacji w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2021 r. Różnice między wskaźnikami dla mieszkańców miast i wsi w poszczególnych województwach nie są zbyt duże. Największa różnica występuje w woj. pomorskim, gdzie obserwowany współczynnik zgonów w miastach był wyższy od oczekiwanego dla Polski tylko o 1,4% natomiast współczynnik zgonów mieszkańców wsi był wyższy o 13,1% i jest to największa nadwyżka umieralności mieszkańców wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego.



Ryc. 3.29. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2021 r.

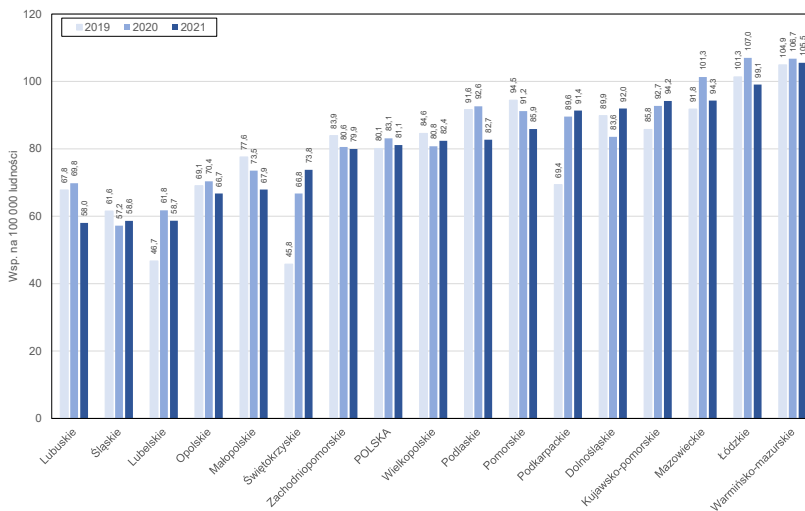
3.8. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego

Poziom umieralności z powodu chorób układu oddechowego w latach 2017-2021 utrzymuje się na zbliżonym poziomie (tabela 3.8a i 3.8b). W 2021 r. choroby te były przyczyną 28141 zgonów (15 407 mężczyzn i 12 734 kobiet), tzn. na każde 100 tys. ludności zmarły z ich powodu 74 osoby (84 w przypadku mężczyzn i 65 w przypadku kobiet, tabela 3.9a).

Choroby układu oddechowego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu w 2021 r. wśród mężczyzn było 2,1 razy wyższe niż wśród kobiet (tabela 3.9b).

W całym okresie 2019-2021 największe zagrożenie życia z powodu chorób układu oddechowego występowało w woj. warmińsko-mazurskim i łódzkim, natomiast najmniejsze w woj. lubelskim i śląskim (ryc. 3.30). Lata 2020-2021 przyniosły w niektórych województwach znaczne zmiany poziomu umieralności z powodu tych chorób.

Szczególnie wyróżnia się wzrost umieralności w 2020 r. w woj. świętokrzyskim, podkarpackim i lubelskim, której poziom utrzymał się również w 2021 r. Natomiast w woj. lubuskim i podlaskim umieralność w drugim roku pandemii obniżyła się dosyć wyraźnie.



Ryc. 3.30. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego ogółu ludności wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabelach 3.13a i 3.13b przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu chorób układu oddechowego mężczyzn i kobiet ogółem oraz w wieku 65 lat i więcej w latach 2020 i 2021 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Zwraca uwagę bardzo duża nadwyżka umieralności w obu latach w woj. świętokrzyskim zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, oraz mniejsza, ale również znacząca nadwyżka w woj. lubelskim. Natomiast tylko w 2021 r. wystąpiła znaczna nadwyżka umieralności w woj. opolskim. W woj. pomorskim i zachodniopomorskim umieralność była niższa od oczekiwanej a w woj. śląskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim poziom umieralności z powodu chorób układu oddechowego praktycznie nie uległ większym zmianom w związku z pandemią.

Tabela 3.15a. 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 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	-1,4	-14,1	5,2	-2,4
Kujawsko-pomorskie	10,5	5,1	4,8	15,3
Lubelskie	31,7	36,6	15,6	39,9
Lubuskie	8,3	-0,3	-2,4	-26,1
Łódzkie	12,8	2,4	0,0	-1,9
Małopolskie	-5,8	0,4	-14,2	-5,4
Mazowieckie	9,6	15,2	-0,8	9,9
Opolskie	3,4	39,5	-0,9	34,9
Podkarpackie	39,5	11,6	19,9	40,1
Podlaskie	10,3	4,4	-2,4	-5,8
Pomorskie	1,6	-10,3	-10,3	-9,5
Śląskie	-1,3	0,4	-0,1	4,6
Świętokrzyskie	78,2	51,4	89,8	76,8
Warmińsko-mazurskie	2,4	4,3	0,5	3,1
Wielkopolskie	-2,7	-1,3	-3,0	1,8
Zachodniopomorskie	1,5	-12,7	-5,3	-8,9
Polska	10,7	3,2	3,2	4,9

Tabela 3.15b. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu chorób układu oddechowego mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów w województwach w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

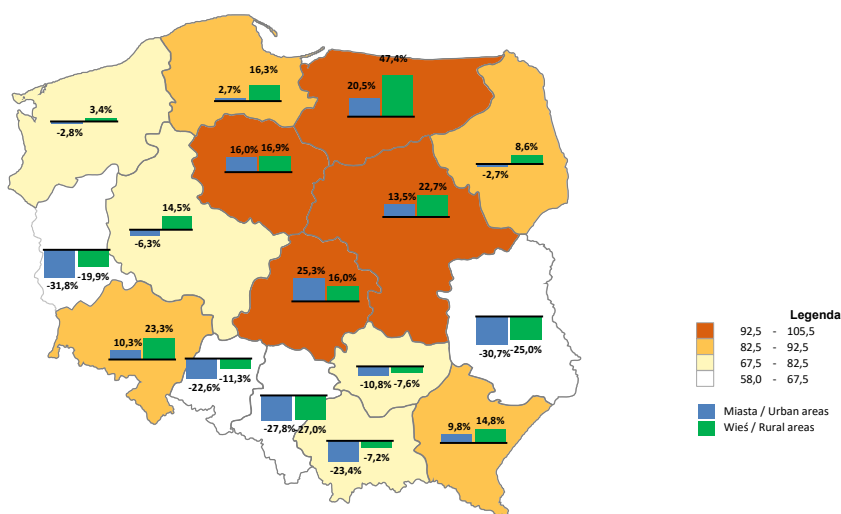
Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	-2,0	-10,7	1,6	-1,6
Kujawsko-pomorskie	8,2	4,2	2,6	16,0
Lubelskie	48,3	32,8	28,0	37,3
Lubuskie	10,2	26,1	-5,6	-14,7
Łódzkie	9,0	2,6	-4,8	0,2
Małopolskie	-3,1	-0,8	-12,3	-4,8
Mazowieckie	8,8	9,8	-1,9	4,2
Opolskie	4,2	36,8	0,6	36,1
Podkarpackie	40,3	12,4	20,8	44,3
Podlaskie	8,5	5,8	-8,2	-6,3
Pomorskie	1,4	-10,2	-11,2	-9,9
Śląskie	-3,7	-0,6	-1,1	6,4
Świętokrzyskie	74,1	56,7	82,9	79,1
Warmińsko-mazurskie	1,4	5,5	-2,0	-0,3
Wielkopolskie	-2,5	-4,6	-3,9	1,7
Zachodniopomorskie	2,0	-12,5	-7,4	-7,1
Polska	10,1	5,4	1,7	8,8

Wśród chorób układu oddechowego najważniejszymi przyczynami zgonów są zapalenia płuc, z powodu których w 2021 r. zmarło 18330 osób (9829 mężczyzn i 8501 kobiet) oraz przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, z powodu których zmarło 5758 osób (3380 mężczyzn i 2378 kobiet).

Choroby układu oddechowego ogółem są większym zagrożeniem życia, po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku, mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (w 2021 r. o 13,6%), podczas gdy poziom umieralności mieszkanek wsi i miast jest jednakowy (tabela 3.10a i 3.10b). Umieralność z powodu zapalenia płuc jest na zbliżonym poziomie wśród mieszkańców miast i 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 80%. Wśród kobiet poziom umieralności w miastach jest obecnie o 6% wyższy niż na wsi.

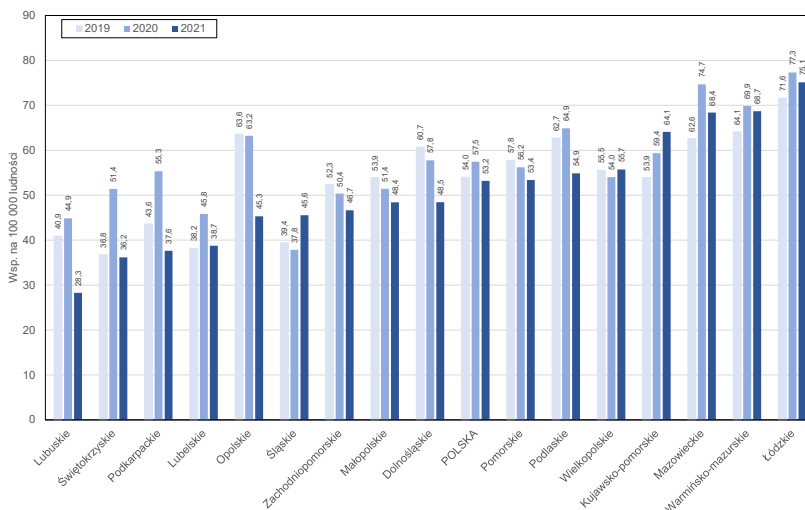
Na ryc. 3.31 pokazane są nadwyżki umieralność z powodu chorób układu oddechowego mieszkańców miast i wsi w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2021 r. Najbardziej niekorzystna dla mieszkańców wsi różnica występowała w woj. warmińsko-mazurskim, gdzie nadumieralność mieszkańców wsi jest najwyższa w kraju, oraz wielkopolskim. Natomiast w woj. łódzkim jako jedynym, nadwyżka umieralności w miastach była większa niż na wsi (nadumieralność w miastach jest największa w kraju).



Ryc. 3.31. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu oddechowego ogółem mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2021 r.

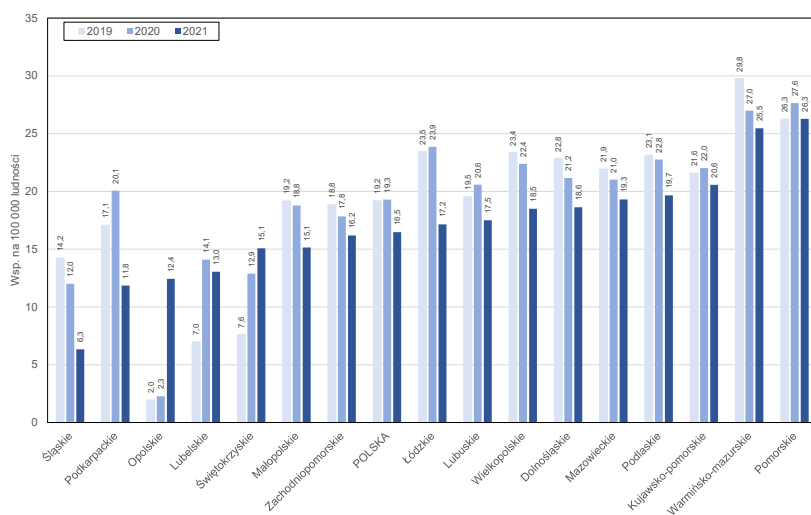
Międzywojewódzkie zróżnicowanie natężenia umieralności spowodowanej **zapaleniem płuc** jest duże i również duże zróżnicowanie wykazywały zmiany w poziomie umieralności w ciągu ostatnich 3 lat w poszczególnych województwach (ryc. 3.32). Zwraca uwagę wyraźny wzrost umieralności w 2020 r. a następnie jej obniżenie się w 2021 r.

w woj. świętokrzyskim i podkarpackim. Duże obniżenie umieralności w 2021 r. miało również miejsce w woj. opolskim, dolnośląskim i podlaskim. Rodzi się pytanie w jakim stopniu te zmiany przedstawiają stan faktyczny a w jakim wynikały ze zmian w przypisywaniu przyczyny zgonu w okresie pandemii.



Ryc. 3.32. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc (J12-J18) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 i 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Zagrożenie życia ogółu ludności Polski spowodowane **przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych** podobnie jak w przypadku zapalenia płuc charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem międzywojewódzkim i zróżnicowanie zmian jakie zachodziły w okresie pandemii (ryc. 3.33). Poziom umieralności w 2020 r. był w większości województw dosyć zbliżony do tego w 2019 r. i tylko w woj. lubelskim i świętokrzyskim współczynniki zgonów wyraźnie zwiększyły się (odpowiednio o 102% i 69%). Natomiast w 2021 r. we wszystkich województwach poza opolskim i świętokrzyskim współczynniki zgonów obniżyły się. Taki zasadniczy wzrost współczynnika zgonów w 2021 r. w woj. opolskim może być wyrównaniem pewnej nienormalności jaka była w latach 2019 i 2020, kiedy współczynniki były wyraźnie niższe niż we wcześniejszych latach i zasadniczo odbiegały swoimi wartościami od współczynników w pozostałych województwach.



Ryc. 3.33. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych (J40-J47) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

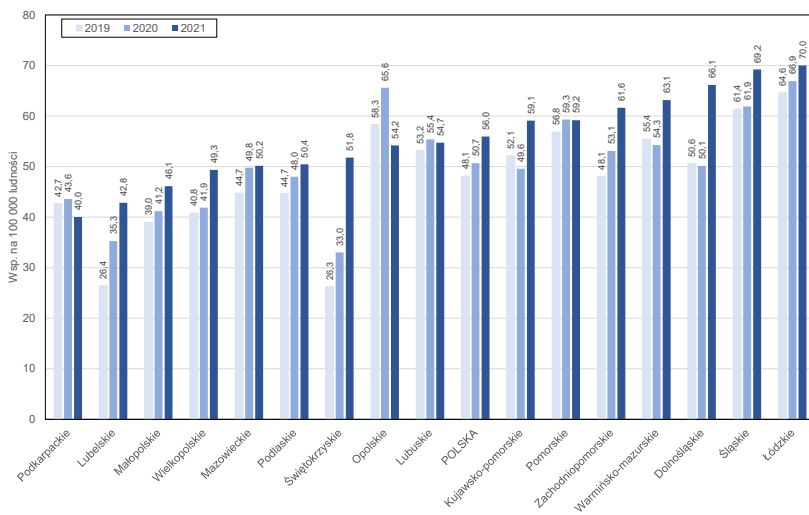
3.9. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego

Umieralność ogółu ludności Polski z powodu chorób układu trawiennego zwiększała się w latach 2015-2018, a lata pandemii 2020-2021 przyniosły dalszy wzrost współczynnika zgonów, ale udział zgonów z powodu tych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów zmniejszył się (tab. 3.8a i 3.8b). W 2021 r. choroby układu trawiennego były przyczyną 20 693 zgonów (12 076 mężczyzn i 8 617 kobiet) tzn. na każde 100 tys. osób zmarły z ich powodu 54 osoby (65 w przypadku mężczyzn i 44 w przypadku kobiet, tabela 3.9a). Wprawdzie ogólny poziom umieralności z powodu tych chorób jest niższy niż z powodu chorób układu oddechowego, ale w wieku 25-64 lat to choroby układu trawiennego są częstszą przyczyną zgonów Polaków (ryc. 3.18a i 3.18b).

Choroby układu trawiennego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest o 85% wyższe niż wśród kobiet (tabela 3.9b).

Wśród chorób układu trawiennego najważniejszą podgrupą w przyczynach zgonów są przewlekłe choroby wątroby (K70, K73 i K74) (praktycznie jest to marskość i alkoholowa choroba wątroby), z powodu których w 2021 r. zmarło 8541 osób (6015 mężczyzn i 2526 kobiet) (43% ogółu zgonów z powodu chorób układu trawiennego).

Zagrożenie życia **chorobami układu trawiennego ogółem** ogółu ludności w latach 2019-2021, podobnie jak we wcześniejszych, było najwyższe w woj. łódzkim i śląskim (ryc. 3.34). Lata 2020 i 2021 przyniosły w niektórych województwach znaczne zwiększenie poziomu umieralności z powodu tych chorób. Szczególnie wyróżnia się wzrost współczynnika zgonów w woj. świętokrzyskim (zwłaszcza w 2021 r.), lubelskim i zachodniopomorskim, a tylko w 2021 r. w dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim. Natomiast woj. opolskie było jedynym, gdzie umieralność w drugim roku pandemii obniżyła się dosyć wyraźnie.



Ryc. 3.34. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego ogółem (K00-K93) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

W tabelach 3.16a i 3.16b przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu

chorób układu trawiennego mężczyzn i kobiet ogółem oraz w wieku 65 lat i więcej w latach 2020 i 2021 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 w u kobiet w 2021 r. zwłaszcza w wieku 65 lat i więcej. 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 3.16a. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu chorób układu trawiennego mężczyzn i kobiet w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

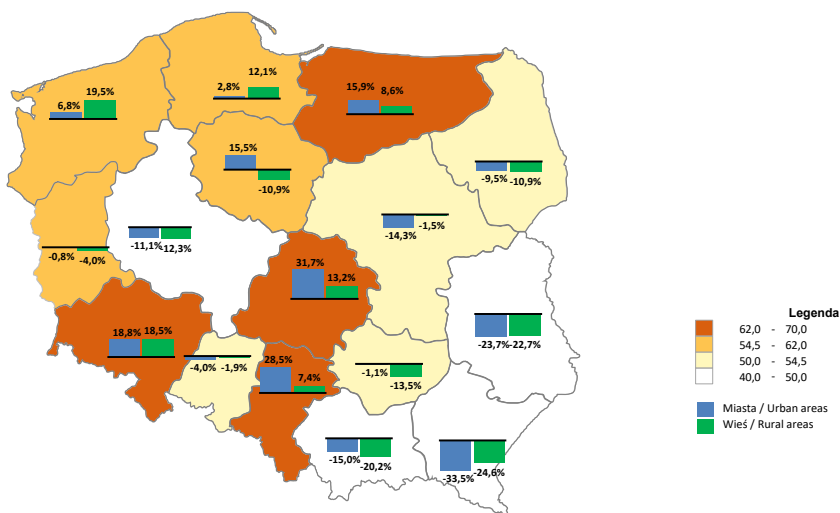
Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	4,0	-3,7	33,5	36,5
Kujawsko-pomorskie	-7,5	-1,4	8,6	18,0
Lubelskie	20,4	49,2	37,6	107,1
Lubuskie	9,2	10,8	5,2	23,7
Łódzkie	4,4	12,7	6,9	20,4
Małopolskie	11,0	-2,8	18,3	16,0
Mazowieckie	10,6	12,2	9,1	15,9
Opolskie	-3,3	48,7	-14,8	18,0
Podkarpackie	4,4	5,5	-7,1	3,2
Podlaskie	-0,2	3,6	18,7	-6,4
Pomorskie	11,1	4,7	13,6	5,9
Śląskie	2,2	-0,6	17,4	7,9
Świętokrzyskie	27,7	26,4	79,9	152,0
Warmińsko-mazurskie	1,8	-5,1	13,9	13,0
Wielkopolskie	4,8	-1,9	23,5	16,1
Zachodniopomorskie	13,5	-1,6	20,9	28,5
Polska	5,2	6,5	14,6	20,3

Tabela 3.16b. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu chorób układu trawiennego mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów w województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	13,6	-2,3	38,4	34,5
Kujawsko-pomorskie	-0,7	-1,5	3,7	13,4
Lubelskie	3,6	147,2	46,7	544,4
Lubuskie	14,4	6,8	2,0	14,7
Łódzkie	1,2	9,7	8,2	16,8
Małopolskie	4,5	-1,7	15,2	15,8
Mazowieckie	16,0	9,0	10,5	8,0
Opolskie	8,8	44,3	-2,2	19,9
Podkarpackie	-0,4	4,0	-16,5	-9,7
Podlaskie	-2,0	-3,1	27,7	-15,8
Pomorskie	1,4	4,9	11,0	-3,1
Śląskie	0,8	-0,5	23,8	14,2
Świętokrzyskie	48,4	83,3	178,8	617,9
Warmińsko-mazurskie	-0,5	-10,2	7,6	13,5
Wielkopolskie	-7,7	-1,3	15,6	23,9
Zachodniopomorskie	6,1	-3,2	10,3	24,9
Polska	1,9	6,2	13,0	20,2

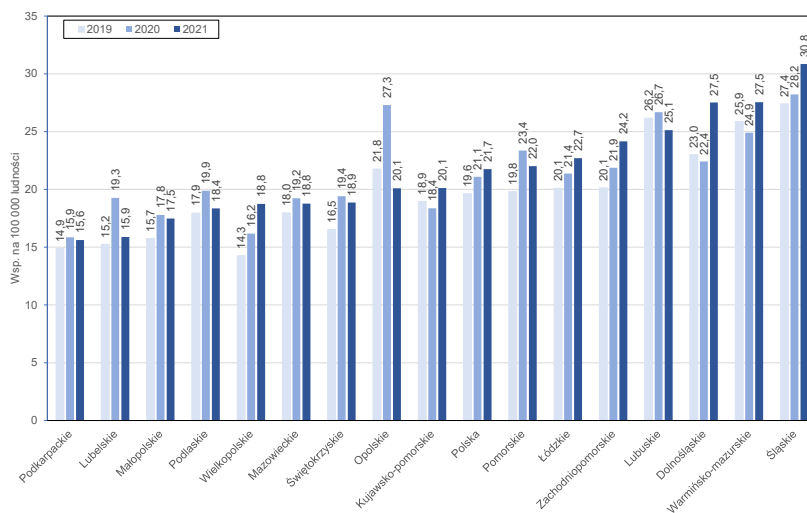
Choroby układu trawiennego ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi i to zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet (tabela 3.10a i 3.10b). Jeszcze większa różnica na niekorzyść mieszkańców miast występuje w przypadku przewlekłych chorób wątroby, szczególnie kobiet. Umieralność z ich powodu kobiet w miastach jest wyższa niż na wsi o 44%.

Na ryc. 3.35 pokazane są nadwyżki umieralności z powodu chorób układu trawiennego mieszkańców miast i wsi w każdym województwie w stosunku do obserwowanej umieralności dla całego kraju w 2021 r. Najbardziej niekorzystna dla mieszkańców wsi różnica występowała w woj. warmińsko-mazurskim oraz wielkopolskim. Natomiast w woj. łódzkim jako jedynym, nadwyżka umieralności w miastach była większa niż na wsi.



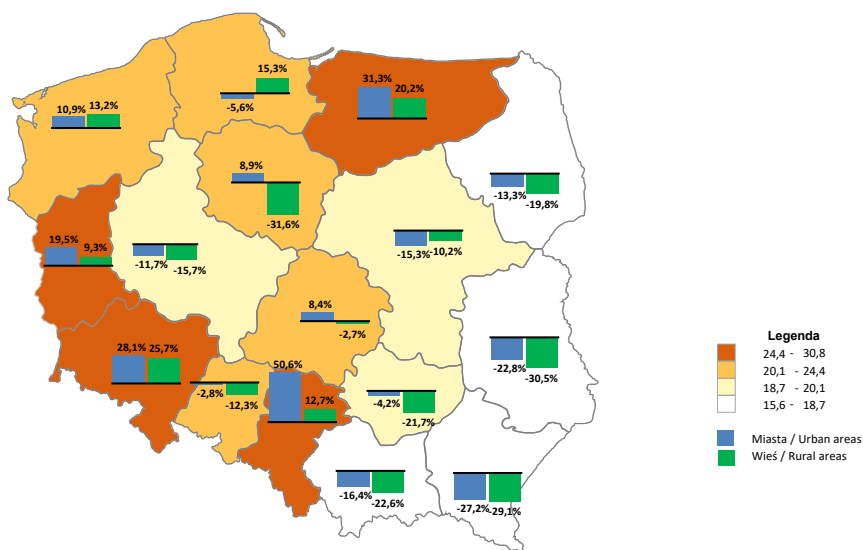
Ryc. 3.35. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu trawiennego ogółem mieszkańców miast i wsi w stosunku do obserwowanego poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2021 r.

Występuje duże zróżnicowanie międzywojewódzkie natężenia zgonów z powodu **przewlekłych chorób wątroby**. Są one największym zagrożeniem życia dla mieszkańców woj. śląskiego – o ok. 40% większym od przeciętnego dla całego kraju. Lata 2020 i 2021 przyniosły w niektórych województwach wzrost poziomu umieralności z powodu tych chorób. W 2020 r. szczególnie wyróżnia się wzrost współczynnika zgonów w woj. opolskim i lubelskim, a w 2021 r. w woj. dolnośląskim.



Ryc. 3.36. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości (K70, K73-K74) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (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, zachodniopomorskiego i mazowieckiego. Największa względna różnica poziomów umieralności w miastach i na wsi jest w woj. kujawsko-pomorskim (najniższa w kraju umieralność na wsi) i śląskim (największa w kraju umieralność w miastach (ryc. 3.37).



Ryc. 3.37. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu przewlekłej choroby wątroby i marskości (K70, K73-K74) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2021 r.

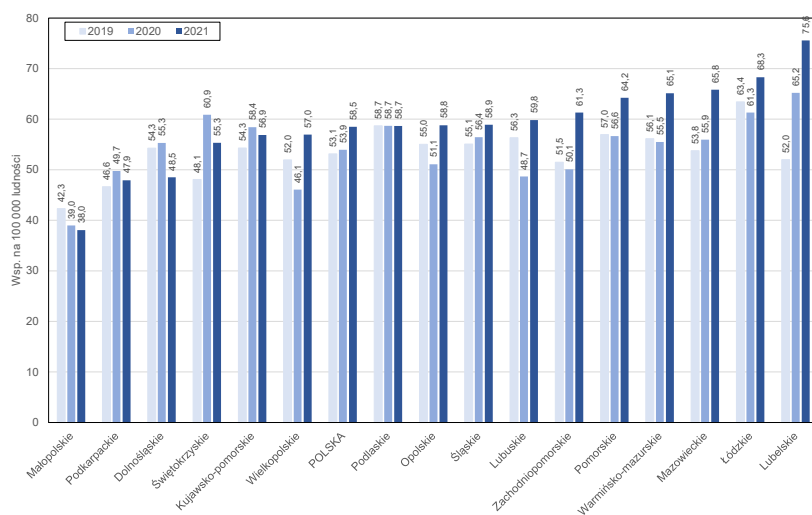
3.10. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów

Znaczenie tej grupy jako przyczyny zgonów mężczyzn i kobiet zmniejszało się do 2017 r., ale w kolejnych latach współczynniki zgonów zwiększyły się, szczególnie w 2021 r. (tabela 3.8a i 3.8b). Zewnętrzne przyczyny zgonów są największym zagrożeniem życia osób w wieku 10-44 lata (ryc. 3.18a i 3.18b). W 2021 r. straciło życie z ich powodu 21 670 osób (15 358 mężczyzn i 6 312 kobiety), tzn. 56,8 na każde 100 tys. ludności (83,3 w przypadku mężczyzn i 32,0 w przypadku kobiet, tabela 3.9a).

Zewnętrzne przyczyny zgonów są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet, w 2021 r. standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 3,1 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 3.9b). Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (o 29%) natomiast zagrożenie życia mieszkanki wsi i miast jest obecnie jednakowe (tabela 3.10b).

Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów najczęstszą przyczyną utraty życia mieszkańców Polski ogółem oraz kobiet w 2021 r. były **upadki** odpowiedzialne za śmierć 4549 osób, 23% zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych (2465 mężczyzn i 2084 kobiet). Warto zauważyć, że wśród kobiet tylko 6% zgonów z tej przyczyny dotyczy będących w wieku poniżej 65 lat natomiast w przypadku mężczyzn aż 39%. 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 2021 r. straciły życie 4582 osoby (aż 3928 mężczyzn i 654 kobiety). Są one znacznie większym (o 51% w 2021 r.) zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach, a w ostatnim roku były nieznacznie większym (o 3%) zagrożeniem życia mieszkanki miast niż wsi. Dopiero trzecią co do częstości zewnętrzną przyczyną zgonów Polaków są **wypadki komunikacyjne**, z powodu których w 2021 r. zmarło 2710 osób (2074 mężczyzn i 636 kobiet). Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia osób mieszkających na wsi niż w miastach – w 2021 r. mężczyzn o 63% a kobiet o 28% (tabela 2.9).

Zróznicowanie międzywojewódzkie poziomu umieralności z powodu **zewnętrznych przyczyn zgonów** jest znaczne a okres pandemii przyczynił się do jego zwiększenia (ryc. 3.38). Zwraca uwagę wzrost umieralności w 2020 r. w woj. świętokrzyskim i lubelskim spowodowany przede wszystkim wzrostem umieralności z powodu wypadków komunikacyjnych a w 2021 r. w woj. mazowieckim, warmińsko-mazurskim a także lubelskim spowodowany większą liczbą zgonów z powodu upadków oraz w woj. zachodniopomorskim.



Ryc. 3.38. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (V00-Y98) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021

W tabelach 3.17a i 3.17b przedstawiono dla poszczególnych województw procentowe różnice obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych mężczyzn i kobiet ogółem oraz w wieku 65 lat i więcej w latach 2020 i 2021 w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów. Zwraca uwagę wyraźnie większa nadwyżka umieralności w 2021 r. u kobiet niż mężczyzn, ale nie wśród osób starszych. Duża nadwyżka umieralności w obu latach występowała w woj. lubelskim i świętokrzyskim, szczególnie duża w 2021 r. u kobiet w wieku 65 lat i więcej. Tak duża wartość nadwyżek w tych województwach była spowodowana z jednej strony dużym wzrostem umieralności z powodu upadków w 2021 r. a z drugiej strony silnym trendem spadkowym współczynników zgonów w poprzedzających latach, który jest uwzględniany przy szacowaniu oczekiwanego współczynnika zgonów. Do nadwyżki umieralności w 2020 r. w woj. lubelskim przyczyniła się większa liczba zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych.

Tabela 3.17a. 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 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

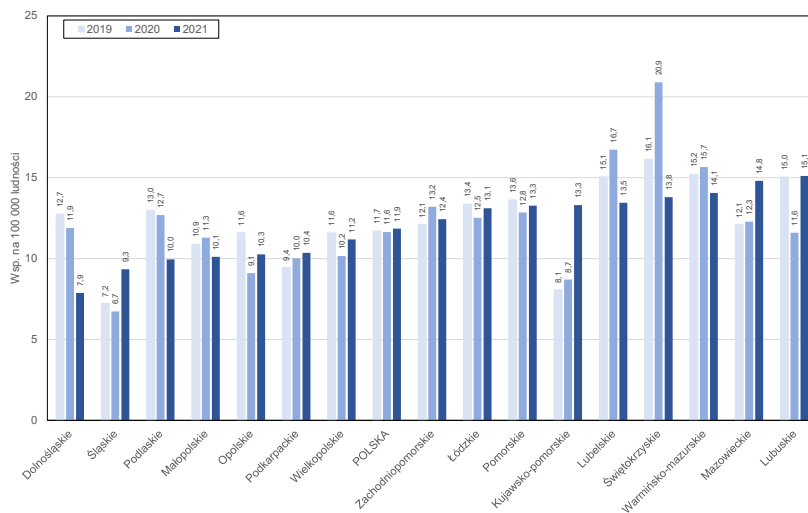
Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	0,3	4,7	-13,2	-3,9
Kujawsko-pomorskie	6,1	22,9	-0,4	48,0
Lubelskie	21,6	41,7	29,3	139,4
Lubuskie	-14,4	-5,8	5,9	21,0
Łódzkie	-6,4	1,7	1,5	27,7
Małopolskie	-3,0	-9,5	-3,3	-14,4
Mazowieckie	8,4	9,7	22,7	49,5
Opolskie	-11,3	9,4	5,3	23,8
Podkarpackie	4,6	11,1	-2,1	17,1
Podlaskie	-5,2	10,9	-4,7	12,0
Pomorskie	-3,2	-9,5	6,7	10,0
Śląskie	1,8	3,4	7,6	5,2
Świętokrzyskie	24,2	44,9	12,9	62,5
Warmińsko-mazurskie	-1,1	-6,1	2,3	56,5
Wielkopolskie	-6,3	-17,1	15,4	1,3
Zachodniopomorskie	0,5	-1,6	24,1	23,4
Polska	3,2	2,9	9,2	22,3

Tabela 3.17b. Względna (%) różnica obserwowanych standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ich wartości oczekiwanych na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów wg województw w 2020 i 2021 r. (obliczenia własne)

Województwo	2020		2021	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	8,9	5,1	0,3	-5,6
Kujawsko-pomorskie	-6,2	34,8	47,9	95,6
Lubelskie	12,2	23,8	99,9	219,3
Lubuskie	-14,4	-9,4	38,9	48,2
Łódzkie	-7,4	-6,5	17,7	31,0
Małopolskie	7,4	-6,1	8,0	-14,9
Mazowieckie	9,2	-3,4	76,2	78,2
Opolskie	-9,9	9,1	16,1	32,6
Podkarpackie	10,1	18,4	20,5	50,2
Podlaskie	-9,9	7,0	-3,7	22,0
Pomorskie	-7,5	17,0	14,3	40,2
Śląskie	-1,3	4,1	3,8	3,0
Świętokrzyskie	38,4	73,0	56,1	105,5
Warmińsko-mazurskie	-4,9	-13,3	11,9	86,0
Wielkopolskie	-19,2	-19,4	-8,6	1,9
Zachodniopomorskie	-1,1	-0,9	40,1	27,1
Polska	7,1	1,3	41,0	33,9

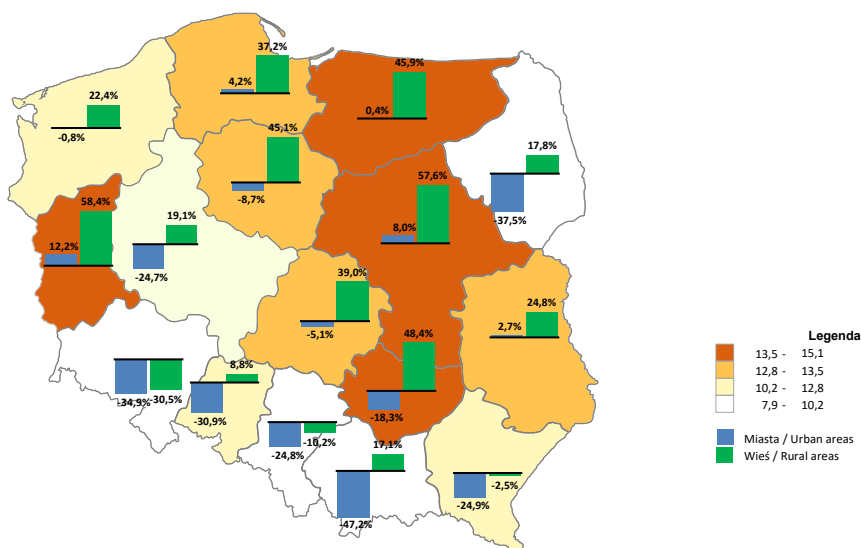
Ogólnopolski standaryzowany współczynnik zgonów z powodu **samobójstw** utrzymywał się na stałym poziomie w latach 2019, 2020 i 2021. Natomiast w szeregu województw zachodziły wyraźne zmiany jego wartości (ryc. 3.39). Na problemy związane z analizą porównawczą współczynników zgonów z powodu samobójstw zwróciliśmy uwagę w poprzednim Raporcie 2020. Obecnie można zauważyć, że wzrost umiæralności z powodu samobójstw w woj. kujawsko-pomorskim w 2021 r. (liczba zgonów wzrosła ze 183 w 2020 r. do 277) może częściowo być pochodną dużego zmniejszenia się

liczby zgonów z powodu zdarzeń o nieokreślonym zamiarze (ICD-10 Y10-Y34) (z 316 w 2020 r. do 80), co może wskazywać na zmiany w orzecznictwie. Ale takimi zmianami nie można już wytłumaczyć zmian umieralności w 2020 i 2021 r. w woj. świętokrzyskim.



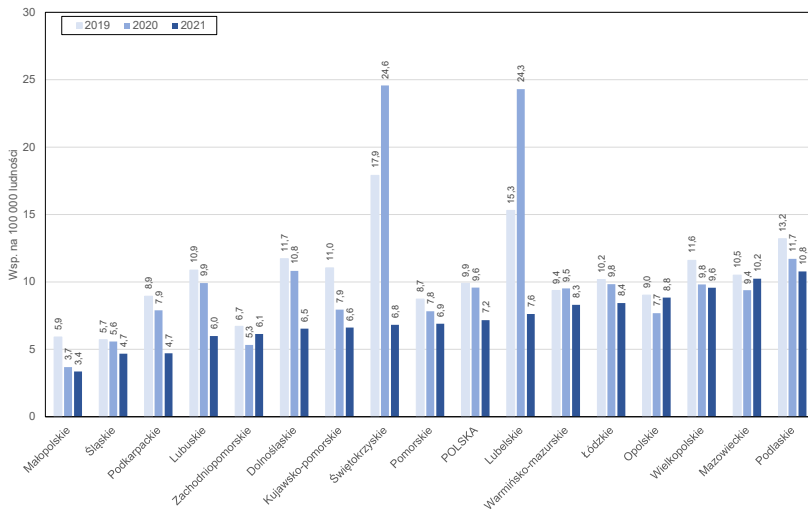
Ryc. 3.39. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi jest znacznie wyższy niż mieszkańców miast. Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach jest w woj. świętokrzyskim i małopolskim (ryc. 3.40). Największe zagrożenie życia z powodu samobójstw zarówno wśród mieszkańców wsi, jak i miast, występuje obecnie w woj. lubuskim i mazowieckim.



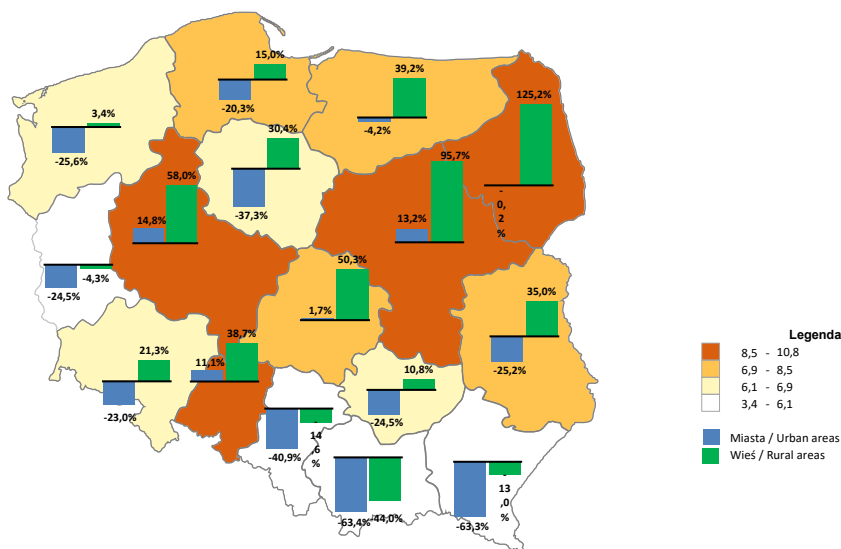
Ryc. 3.40. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2021 r.

Zagrożenie życia z powodu **wypadków komunikacyjnych** w Polsce uległo pewnemu zmniejszeniu w okresie pandemii, zwłaszcza w 2021 r. zarówno w skali całego kraju, jak i większości województw. Zwracają jednak uwagę województwa świętokrzyskie i lubelskie, gdzie poziom umieralności w 2019 a zwłaszcza w 2020 r. zasadniczo przewyższał obserwowany w pozostałych województwach (ryc. 3.41). Nie licząc tych dwóch województw poziom umieralności w 2021 r. najbardziej obniżył się w stosunku do 2020 r. w woj. dolnośląskim, lubuskim i podkarpackim – o 40%. Sytuacja w ostatnich trzech latach pozwala wskazać woj. małopolskie, śląskie i zachodniopomorskie jako te, gdzie życie mieszkańców jest najmniej zagrożone wypadkami komunikacyjnymi a woj. podlaskie, mazowieckie i wielkopolskie jako te o największym zagrożeniu.



Ryc. 3.41. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych (V00-V99) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu wypadków komunikacyjnych mieszkańców wsi jest znacznie wyższy niż mieszkańców miast (ryc. 3.42). Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach jest w woj. podlaskim a następnie mazowieckim, gdzie zagrożenie życia mieszkańców wsi jest obecnie najwyższe w kraju. W tym drugim województwie poziom umieralności w miastach ustępuje tylko temu w woj. wielkopolskim.



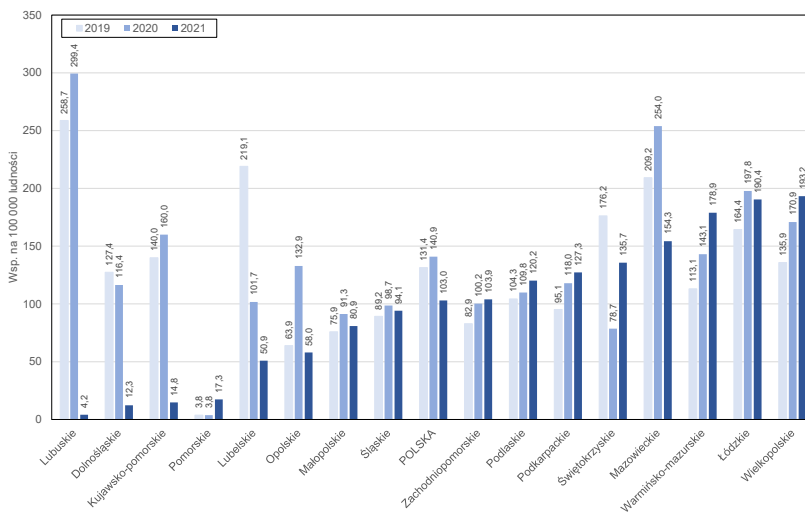
Ryc. 3.42. Względna różnica (%) standaryzowanych współczynników zgonów z powodu z powodu wypadków komunikacyjnych (V00-V99) mieszkańców miast i wsi w stosunku do poziomu ogólnopolskiego wg województw w 2021 r.

3.11. Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych

Omawiając umieralność spowodowaną poszczególnymi przyczynami zgonów trzeba zwrócić uwagę na grupę przyczyn niedokładnie określonych, a więc takich, gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, była niedokładnie określona lub wręcz nieznaną (ICD-10 R00-R99). W 2021 r. tak niedokładnie określoną przyczynę podano w przypadku zgonu 36710 osób (20699 mężczyzn i 16011 kobiet) (96 na 100 tys. ludności). Przyczyny te występują nie tylko wśród osób najstarszych, ale we wszystkich grupach wieku (tabela 3.4, ryc. 3.18a i 3.18b), znacznie częściej występują w przypadku zgonów mężczyzn niż kobiet i częściej w przypadku zgonów mieszkańców wsi niż miast (tabele 3.9a, 3.9b, 3.10a, 3.10b).

Od lat zwracamy uwagę na nie dobrą sytuację jaka ma miejsce przypadku wojewódzkiego zróżnicowania zgonów, których przyczyny są niedokładnie określone bądź nieznane. Zarówno poziom umieralności, jak i jego zmiany w czasie pandemii, wykazują ogromne zróżnicowanie międzywojewódzkie (ryc. 3.43). Po pierwsze różnice wielkości współczynników w skrajnych województwach są kilkudziesięciokrotne. Po drugie

zmiany współczynników w czasie wykazywały bardzo duże, trudne do zrozumienia zmiany. 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. Godną pochwały jest tylko sytuacja w woj. pomorskim.



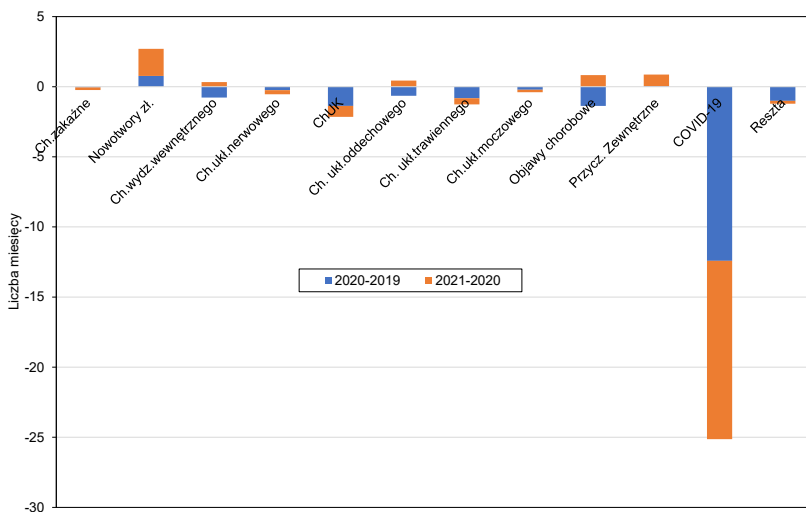
Ryc. 3.43. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (R00-R99) ogółu osób wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2022 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

3.12. Zmiany umieralności wg przyczyn zgonów a zmiana długości trwania życia

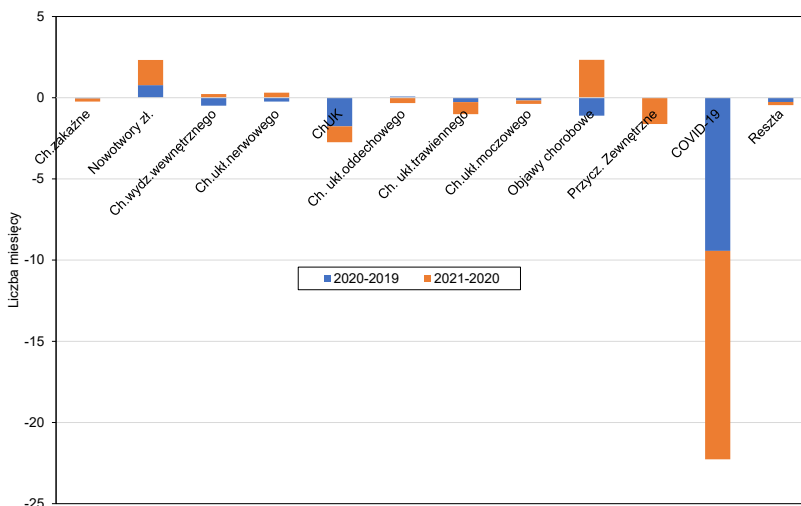
Kończąc omawianie zmian umieralności mieszkańców Polski z powodu poszczególnych przyczyn zgonów w okresie pandemii chcielibyśmy pokazać jaki wpływ miały te zmiany na skrócenie długości życia Polaków. Na ryc. 3.44a i 3.44b przedstawiono wyniki dekompozycji zmiany długości życia na składowe związane ze zmianami umieralności wg przyczyn zgonu stosując wspomnianą na początku metodę Ariagi³³.

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

Do skrócenia długości życia Polaków przyczyniły się przede wszystkim zgony z powodu nowej choroby COVID-19. W okresie pandemii, a więc dwóch lat 2020-2021 „zabrała” ona mężczyznom 25,5 miesiąca życia (81,8% całej straty) a kobietom 22,8 miesiąca (76,7%). Choroby układu krążenia skróciły życie mężczyzn a 2 miesiące a kobiet o 3 miesiące.



Ryc. 3.44a. Liczba miesięcy krótszej długości życia mężczyzn w Polsce w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. i w 2021 r. w porównaniu z 2020 r. wynikająca z wyższej umieralności w poszczególnych grupach przyczyn zgonu (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)



Ryc. 3.44b. Liczba miesięcy krótszej długości życia kobiet w Polsce w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. i w 2021 r. w porównaniu z 2020 r. wynikająca z wyższej umieralności w poszczególnych grupach przyczyn zgonu (obliczenia własne autorów z wykorzystaniem danych WHO Mortality Data Base)

3.13. 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. 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 omówimy problem umieralności ludności Polski właśnie z powodu tych dwóch grup przyczyn. Wprawdzie wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia nie stanowią precyzyjnej, jednoznacznej miary oceny działalności systemu ochrony

zdrowia to uważa się, że są one tymi wskaźnikami zdrowia ludności, które stanowią dobry punkt wyjścia do oceny działalności tego systemu i porównań w zakresie funkcjonowania zdrowia publicznego i działalności leczniczej, które powinny prowadzić do ograniczania przedwczesnych zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać albo skutecznie leczyć.

Przyczynie zgonu można zapobiec, jeśli w świetle rozumienia determinant zdrowia w okresie, gdy nastąpił zgon, wszystkie lub większość z tej przyczyny (z zastrzeżeniem ograniczeń wiekowych w stosownych przypadkach) mogłaby być uniknięta dzięki interwencjom w zakresie zdrowia publicznego w najszerszym tego słowa znaczeniu. Natomiast **przyczyna zgonu jest podatna na medyczną interwencję**, jeżeli w świetle wiedzy medycznej i dostępnej technologii w okresie, gdy nastąpił zgon, wszystkich lub większości zgonów z jej powodu można by uniknąć dzięki opiece zdrowotnej dobrej jakości. Wyróżnione grupy chorób zostały utworzone zgodnie ze wspomnianą już wcześniej ostatnio uzgodnioną przez Eurostat i OECD i opublikowaną w listopadzie 2019 r. listą³⁴ Inaczej niż we wcześniejszych wersjach, w aktualnej wersji listy 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

34 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>

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.

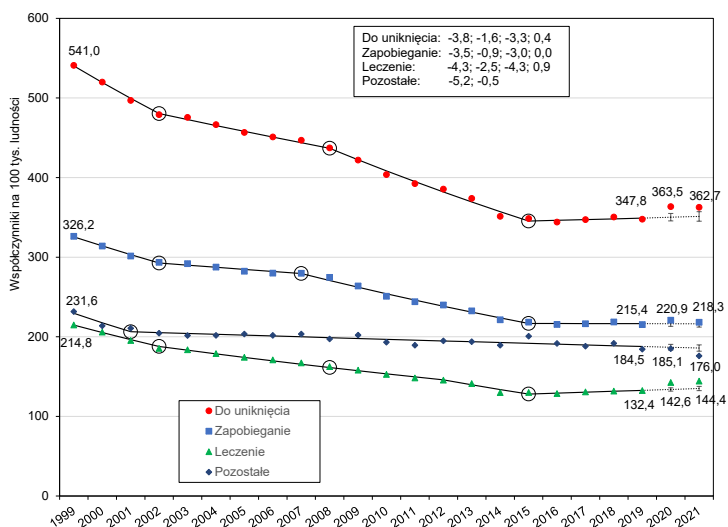
Jak podkreślają autorzy, zarówno listy przyczyn zgonów, jak i ograniczenia wiekowe, odzwierciedlają obecne oczekiwania zdrowotne, technologię i wiedzę medyczną oraz rozwój polityki zdrowotnej, a zatem mogą podlegać przyszłym zmianom. Niewątpliwie będzie musiało być wzięte pod uwagę pojawienie się COVID-19 i możliwość zapobiegania zgonom z jej powodu poprzez szczepienia. Ponieważ do chwili obecnej nie ma jeszcze decyzji w tym zakresie zgony z powodu COVID-19 nie są brane pod uwagę.

Do najważniejszych specyficznych kategorii **zgonów, którym można zapobiec (*preventable*)** zalicza się m.in. te spowodowane chorobami przeciwko którym są szczepienia, HIV/AIDS, nowotworem złośliwym płuca, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, chorobami związanymi ze spożywaniem alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych, a także urazami wypadkowymi i samobójstwami.

W 2021 r. z powodu przyczyn, którym można zapobiegać zmarło 80719 osób (57661 mężczyzn i 23058 kobiet) (228 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 2,9 razy wyższe niż wśród kobiet (tabela 3.9b). Zgony należące do tej grupy stanowią 15,5% ogółu zgonów, 21,5% mężczyzn i 9,2% zgonów kobiet, natomiast w zgonach osób poniżej 75 lat stanowią odpowiednio 33%, 36% i 28%.

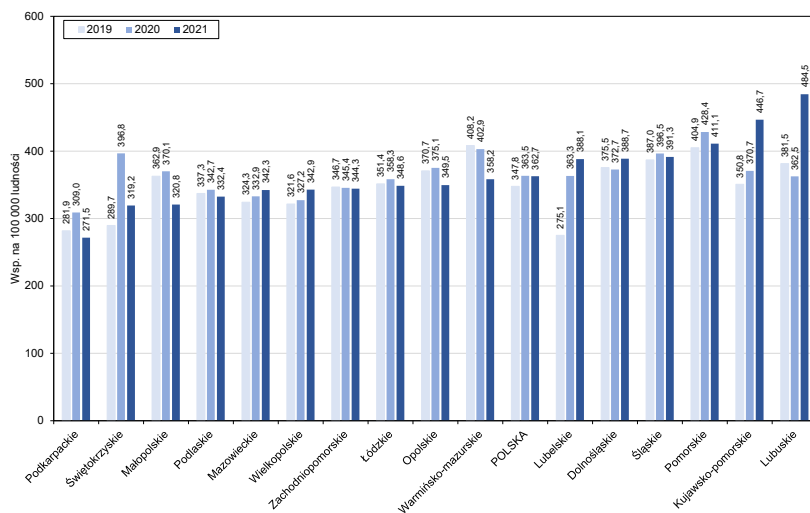
Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać w przypadku mężczyzn są o 11,8% wyższe dla mieszkających na wsi niż w miastach a w przypadku kobiet są o 9,9% wyższe dla mieszkanek miast (tabela 3.10b).

Zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu ogółu przyczyn możliwych do uniknięcia było w latach 2020 i 2021 większe niż można było oczekiwać z wcześniejszego trendu współczynnika zgonów z powodu tych przyczyn (ryc. 3.45). Bardziej zaznaczyło się to w przypadku przyczyn, które można skutecznie leczyć niż tych, którym można zapobiegać.



Ryc. 3.45. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz które można skutecznie leczyć oraz wszystkich pozostałych przyczyn w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne (%) tempo spadku (obliczenia własne)

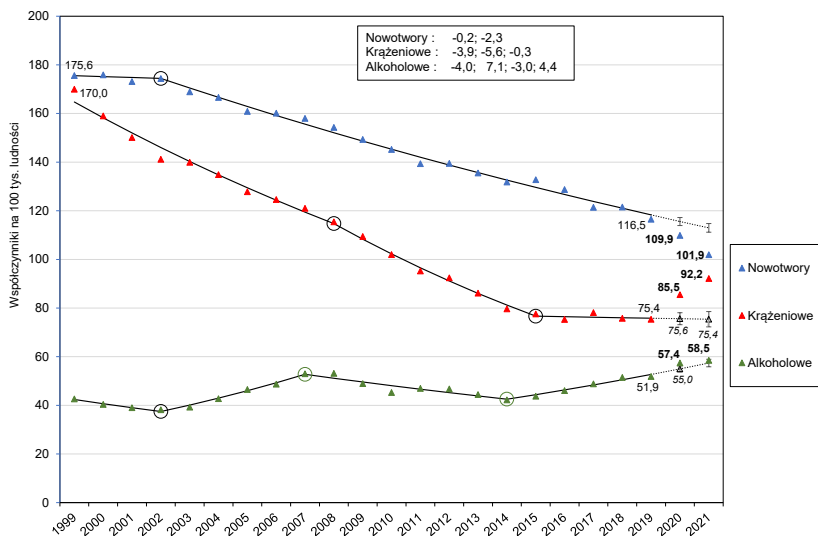
Lata 2020 i 2021 przyniosły w niektórych województwach znaczne zmiany poziomu umieralności z powodu chorób możliwych do uniknięcia. Szczególnie wyróżnia się wzrost umieralności w 2020 r. w woj. świętokrzyskim a w 2021 r. w woj. kujawsko-pomorskim i lubuskim (ryc. 3.46). Natomiast w woj. lubelskim wzrost umieralności występował w obu latach pandemii.



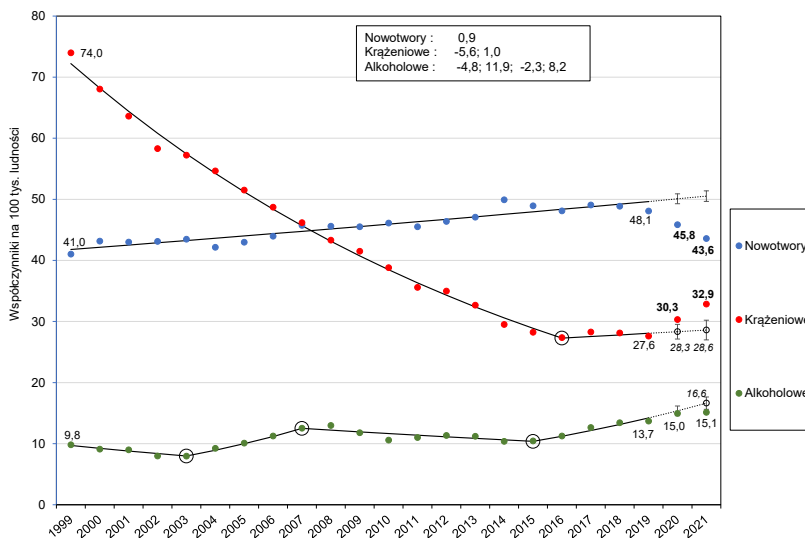
Ryc. 3.46 Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać ogółu ludności w wieku poniżej 75 lat wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Bardzo interesujący obraz przedstawiają ryciny 3.47a i 3.47b, 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 1999–2021. Przedstawiono ich trendy do 2019 r. a dla lat 2020 i 2021 wartości obserwowane oraz oczekiwane z ekstrapolacji trendów, przeciętne względne roczne tempo spadku (%) w segmentach czasu wyznaczonych przez istotną zmianę tego tempa. Warto zwrócić uwagę na następujące fakty. Umieralność możliwa do zapobieżenia z powodu nowotworów była w okresie pandemii wyraźnie niższa od oczekiwanej na podstawie ekstrapolacji wcześniejszego trendu zmian co mogło być spowodowane współwystępowaniem COVID-19 i związanym z tym orzekaniem o przyczynie zgonu, na co zwrócono już uwagę na początku rozdziału. Równocześnie umieralność z powodu ChUK była wyraźnie wyższa od oczekiwanej – w 2021 r. o 22% u mężczyzn i kobiet. W przypadku umieralności z powodu przyczyn związanych bezpośrednio z konsumpcją alkoholu rosnący trend współczynników

zgonów mężczyzn utrzymał się w okresie pandemii natomiast kobiet uległ pewnemu zahamowaniu.



Ryc. 3.47a. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn (M) poniżej 75 lat z powodu ChUK, nowotworów oraz przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, którym można zapobiegać, w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne tempo spadku (obliczenia własne)



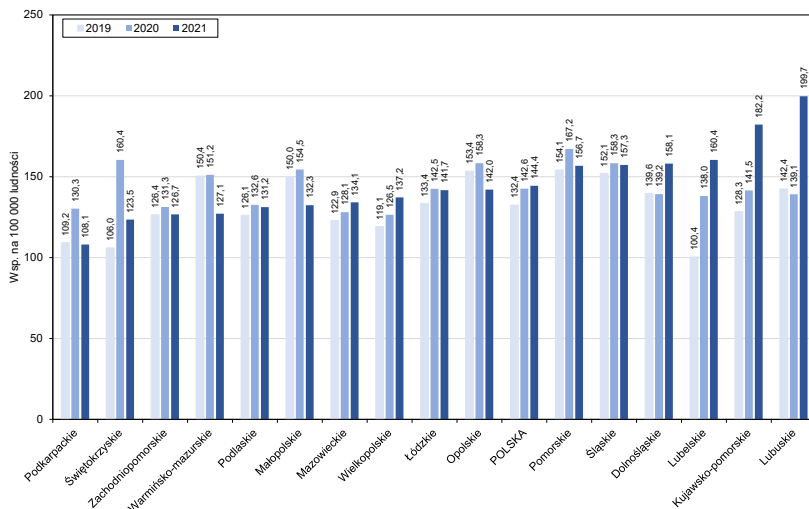
Ryc. 3.47b. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet (K) poniżej 75 lat z powodu ChUK, nowotworów oraz przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, którym można zapobiegać, w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne tempo spadku (obliczenia własne)

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

W 2021 r. z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć zmarło 53437 osób (32212 mężczyzn i 21225 kobiet) (151 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 80,6% wyższa niż wśród kobiet (tabela 3.9b). Zgony należące do tej grupy stanowią 10,3% ogółu zgonów, 12,0% ogółu zgonów mężczyzn i 8,5% ogółu zgonów kobiet, natomiast w zgonach osób poniżej 75 lat stanowią odpowiednio 22%, 20% i 25%.

Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć mają zbliżone wartości w przypadku mieszkańców miast i wsi (tabela 3.10b).

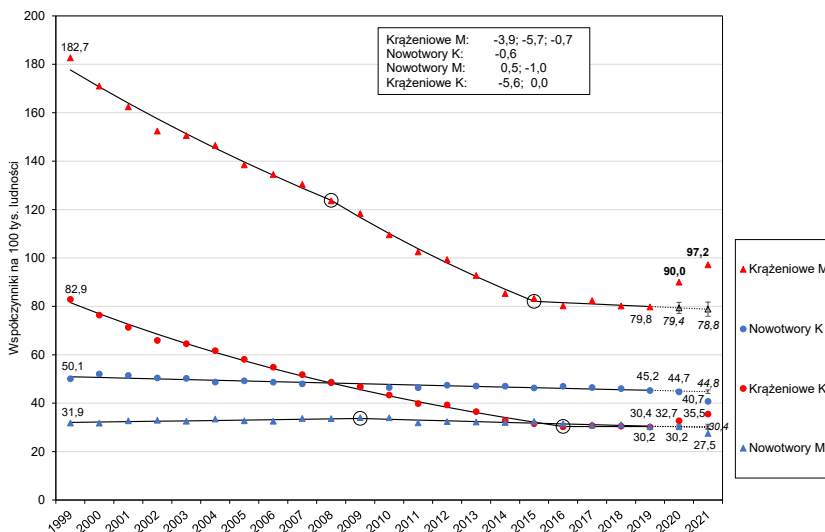
Lata 2020 i 2021 przyniosły w niektórych województwach znaczne zmiany poziomu umieralności z powodu chorób, które można skutecznie leczyć (ryc. 3.48). Szczególnie wyróżnia się wzrost umieralności w 2020 r. w woj. świętokrzyskim i podkarpackim, a w 2021 r. w woj. kujawsko-pomorskim i lubuskim. Natomiast w woj. lubelskim wzrost umieralności występował w obu latach pandemii.



Ryc. 3.48. Standaryzowane roczne współczynniki zgonów z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć ogółu osób poniżej 75 lat wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (obliczenia własne)

Na rycinie 3.49 pokazane są zmiany standaryzowanych współczynników umieralności z powodu chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych, które można skutecznie leczyć w latach 1999-2021. Przedstawiono ich trendy do 2019 r. a dla lat 2020 i 2021 wartości obserwowane oraz oczekiwane z ekstrapolacji trendów, przeciętne względne roczne tempo spadku (%) w segmentach czasu wyznaczonych przez istotną zmianę tego tempa. Spostrzeżenia są podobne jak w przypadku chorób, którym można zapobiegać. Umieralność z powodu nowotworów które można skutecznie leczyć była w okresie pandemii trochę niższa od oczekiwanej na podstawie ekstrapolacji wcześniejszego trendu zmian co mogło być spowodowane współwystępowaniem COVID-19 i związanym z tym orzekaniem o przyczynie zgonu. Równocześnie umieralność z powodu ChUK

była wyraźnie wyższa od oczekiwanej – w 2021 r. o 23% u mężczyzn i 17% u kobiet. Możliwe przyczyny takiej sytuacji zostały omówione w rozdziale 5 poświęconym chorobom układu krążenia.



Ryc. 3.49. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn (M) oraz kobiet (K) poniżej 75 lat z powodu ChUK oraz nowotworów, które można skutecznie leczyć, w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne tempo spadku (obliczenia własne)

3.14. Umieralność niemowląt

Umieralność niemowląt tzn. dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, w Polsce od wielu lat trend malejący. Okres pandemii to z jednej strony dalsze obniżenie się umieralności w 2020 r. a z drugiej pewien jej wzrost w 2021. W 2021 r. zmarło w Polsce 1306 dzieci poniżej pierwszego roku życia (3,9 na 1000 żywych urodzeń) a więc na każde 10 tys. urodzeń zmarły 23 niemowlęta więcej niż w 2020 r. (tabela 3.18). Ten wzrost umieralności dotyczył noworodków, a więc dzieci w pierwszym tygodniu życia, które urodziły się z niską masą urodzeniową, tzn. ważyły poniżej 2500 g i które w 2021 r. rodziły się trochę częściej niż w 2020 r. (tab. 3.19). Niska masa urodzeniowa jest jednym

z głównych czynników ryzyka umieralności niemowląt Współczynnik umieralności niemowląt ważących przy urodzeniu poniżej 2500 g był 36-krotnie większy niż współczynnik umieralności niemowląt, które ważyły więcej.

Tabela 3.18. Zgony niemowląt według wieku w latach 2011-2021

Lata	Ogółem	Wiek w ukończonych dniach				
		razem	0-27			28-365
			0-6		7-27	
			razem	0		
liczba	Procent					
2011	1836	68,5	51,4	31,0	17,2	31,5
2012	1791	71,2	51,3	33,4	20,0	28,8
2013	1684	69,1	50,2	30,8	18,9	30,9
2014	1583	68,5	49,3	29,9	19,1	31,5
2015	1476	72,3	51,6	29,1	20,7	27,7
2016	1522	71,9	52,2	28,3	19,7	28,1
2017	1604	70,8	53,4	31,0	17,5	29,2
2018	1494	71,5	53,7	32,7	17,8	28,5
2019	1412	72,5	53,4	31,6	19,1	27,6
2020	1270	71,6	52,4	30,3	19,2	28,4
2021	1306	73,9	52,6	32,7	21,3	26,1
na 1000 żywych urodzeń						
2011	4,7	3,2	2,4	1,5	0,8	1,5
2012	4,6	3,3	2,4	1,5	0,9	1,3
2013	4,6	3,1	2,3	1,4	0,9	1,4
2014	4,2	2,9	2,1	1,3	0,8	1,3
2015	4,0	2,9	2,1	1,2	0,8	1,1
2016	4,0	2,9	2,1	1,1	0,8	1,1
2017	4,0	2,8	2,1	1,2	0,7	1,2
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

Tabela 3.19 Zgony niemowląt według wagi przy urodzeniu w latach 2011-2021

Lata	Poniżej 2500 g		2500 g i więcej	
	procent zgonów ¹	zgony na 1000 urodzeń żywych	procent zgonów ¹	zgony na 1000 urodzeń żywych
2011	67,6	56,9	32,2	1,6
2012	66,1	54,2	33,9	1,7
2013	66,4	50,8	33,4	1,6
2014	66,7	47,5	33,2	1,5
2015	68,8	47,6	31,2	1,3
2016	68,4	46,6	31,6	1,3
2017	67,0	46,6	33,0	1,4
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

¹ Procenty mogą nie sumować się do 100 ze względu na brak danych

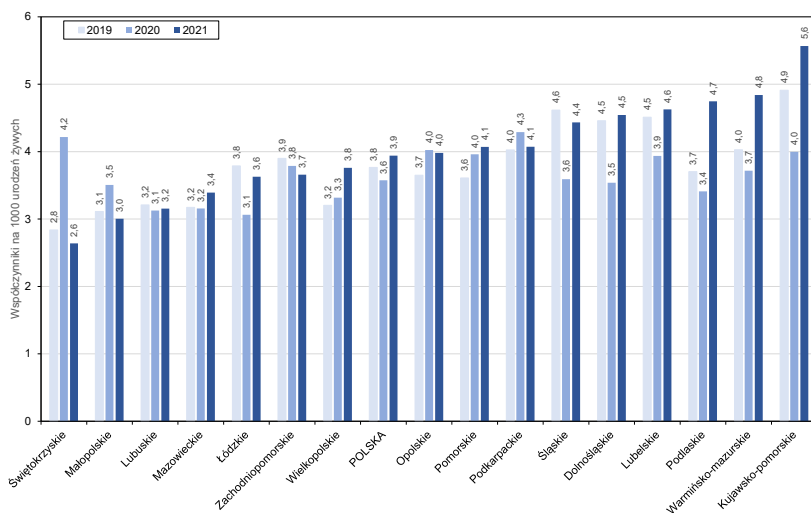
Połowa (49,8%) zgonów niemowląt, w 2021 r. była spowodowana stanami chorobowymi noworodków rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, a więc przede wszystkim zaburzeniami związanymi ze skróconym trwaniem ciąży i niską urodzeniową masą ciała, które są odpowiedzialne za ok. 51% zgonów w tej grupie przyczyn (tabela 3.20). W porównaniu z rokiem 2019 i 2020 w 2021 r. wzrosła liczba i odsetek zgonów niemowląt z powodu zaburzeń oddechowych i sercowo-naczyniowych oraz posocznicy bakteryjnej noworodka. W drugiej najczęstszej grupie przyczyn zgonów, wad rozwojowych wrodzonych, odpowiedzialnych za 38,9% ogółu zgonów niemowląt, zmniejszyła się liczba i udział zgonów z powodu wad układu krążenia. Niestety w 2021 r. wystąpił wzrost umieralności niemowląt z powodu zespołu nagłej śmierci dziecka.

Tabela 3.20. Zgony niemowląt z powodu wybranych przyczyn w 2019, 2020 i 2021 r. (dane GUS)

Przyczyny zgonu (ICD-10)	2019			2020			2021		
	liczba	procent	na 1000 żywych urodzeń	liczba	procent	na 1000 żywych urodzeń	liczba	procent	na 1000 żywych urodzeń
Ogółem / Total	1412	100,0	3,8	1270	100,0	3,6	1306	100,0	3,9
<i>w tym:</i>									
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)									
posocznice (A40-A41)	4	0,3	0,0	1	0,1	0,0	4	0,3	0,0
Zapalenie płuc (J12-J18)	43	3,0	0,1	26	2,0	0,1	39	3,0	0,1
Stany okresu okołoporodowego (P00-P96)									
wczesniactwo i niska urodzeniowa masa ciała (P07)	749	53,0	2,0	639	50,3	1,8	650	49,8	2,0
uraz porodowy (P10-P15)	474	33,6	1,3	341	26,9	1,0	334	25,6	1,0
zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe (P20-P29)	6	0,4	0,0	1	0,1	0,0	4	0,3	0,0
posocznica bakteryjna noworodka (P36)	60	4,2	0,2	60	4,7	0,2	87	6,7	0,3
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)									
wady układu nerwowego (Q00-Q07)	21	1,5	0,1	12	0,9	0,0	40	3,1	0,1
wady układu krążenia (Q20-Q28)	511	36,2	1,4	507	39,9	1,4	508	38,9	1,5
Zespół nagłej śmierci dziecka (R95)	37	2,6	0,1	44	3,5	0,1	39	3,0	0,1
Przyczyny niedokładnie określone i nieznanne (R96-R99)	227	16,1	0,6	223	17,6	0,6	158	12,1	0,5
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	22	1,6	0,1	15	1,2	0,0	19	1,5	0,1
Przyczyny niedokładnie określone i nieznanne (R96-R99)	7	0,5	0,0	9	0,7	0,0	19	1,5	0,1
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	40	2,8	0,1	29	2,3	0,1	23	1,8	0,1

Poziom umieralności niemowląt znacznie różni się w poszczególnych województwach i wykazywał duże zmiany w okresie pandemii. W 2021 r. współczynnik umieralności niemowląt przyjmował wartość od 26 zgonów na 10000 urodzeń żywych w woj. świętokrzyskim do 56 w woj. kujawsko-pomorskim (ryc. 3.50). Zwraca uwagę duży wzrost umieralności niemowląt w 2020 r. w woj. świętokrzyskim, a w 2021 r. w woj. kujawsko-pomorskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim. Tylko w woj. mazowieckim

i małopolskim były one w całym czteroletnim okresie poniżej poziomu ogólnopolskiego. Natomiast w woj. kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim lubelskim i podkarpackim poziom umieralności niemowląt w latach 2019-2021 cały czas był wyższy od ogólnopolskiego.



Ryc. 3.50. Współczynniki zgonów niemowląt wg województw w latach 2019, 2020 oraz 2021 (dane GUS)

3.15. Umieralność w Polsce na tle sytuacji w krajach Unii Europejskiej

Porównania między krajami zmian poziomu umieralności z powodu konkretnych przyczyn zgonów w okresie pandemii jest utrudnione z dwóch powodów. Przede wszystkim z powodu różnic w przypisywaniu przyczyny zgonu w przypadkach niepewności/braku wiedzy co do zakażenia wirusem SARS-CoV-2. A ponadto ze względu na opóźniającą się aktualizację bazy zgonów WHO³⁵, w której obecnie dostępne są co najwyżej dane dla 2020 r. w niektórych krajach. Z tego względu w analizach porównawczych umieralności w Polsce prezentujemy tylko oszacowania nadwyżek umieralności

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

w pierwszym roku pandemii tzn. 2020 r. dla Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec. Szersza analiza była zaprezentowana w naszym poprzednim raporcie³⁶. Dla porównywanych krajów policzyliśmy standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów z powodu głównych przyczyn i przeprowadziliśmy analizę ich trendów czasowych za pomocą wspomnianych wcześniej modeli *jointpoint*. Ekstrapolacja ostatniego segmentu trendu kończącego się na 2019 r. pozwoliła na oszacowanie oczekiwanej wartości współczynnika zgonów w 2020 r. i porównanie jego wartości z wartością obserwowaną i policzenie procentowej nadwyżki albo „niedoboru” współczynnika zgonów w 2020 r. w wyniku odchylenia natężenia umieralności w tym roku od dotychczasowego trendu.

Zagrożenie życia ludności Polski spowodowane **chorobami układu krążenia** (ChUK) ogółem jest w Polsce większe niż Austrii Holandii i Niemczech, trochę niższe niż w Czechach i znacznie niższe niż na Litwie. We wszystkich tych krajach współczynniki umieralności z powodu ChUK obniżają się. Natomiast w 2020 r. wystąpiła nadwyżka zgonów w stosunku do wartości oczekiwanych zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, poza Niemcami a u kobiet również poza Austrią (tabela 3.21a). Wielkość tych nadwyżek w poszczególnych krajach była dosyć podobna. We wszystkich tych krajach wystąpiła pewna nadwyżka umieralności z powodu zawału serca, poza kobietami na Litwie i w Czechach, przy czym w Polsce była ona zdecydowanie największa (tabela 3.21b). Obserwuje się również nadwyżkę umieralności z powodu chorób naczyń mózgowych (poza mężczyznami na Litwie), która wśród mężczyzn była zbliżona w Polsce i Austrii, natomiast wśród kobiet była w Polsce największa (tabela 3.21c).

36 B. Wojtyniak, J. Stokwiszewski, P. Goryński i wsp. „Długość życia i umieralność ludności Polski, w B. Wojtyniak, P. Goryński red. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, 2020, NIZP-PZH 2020

Tabela 3.21a. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ChUK dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r., względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	593,7	-3,8 (2013)	633,1	573,3	10,4%	395,6	-3 (1999)	418,3	398,1	5,1%
Austria	407,9	-2,4 (2005)	407,7	402,0	1,4%	311,0	-2 (2007)	308,6	312,7	-1,3%
Czechy	604,7	-3,2 (2006)	639,3	587,8	8,8%	429,3	-3,8 (2003)	449,6	408,6	10,0%
Holandia	239,0	-8,7 (2017)	237,7	218,2	8,9%	173,7	-10 (2017)	176,0	156,7	12,3%
Litwa	906,4	-2,5 (2006)	999,9	909,5	9,9%	573,1	-2,6 (2005)	618,7	579,0	6,8%
Niemcy	394,7	-1,8 (2010)	395,1	399,5	-1,1%	292,8	-2,6 (2007)	288,5	290,3	-0,6%

Tabela 3.21b. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zawału serc dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r., względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	52,7	-2,2 (2016)	62,0	50,7	22,2%	23,7	-3,6 (2014)	25,7	22,1	16,4%
Austria	68,0	-3,7 (2008)	71,1	66,3	7,2%	32,0	-3,4 (2011)	32,7	32,0	2,2%
Czechy	54,4	-9,4 (2012)	53,2	48,4	10,0%	26,1	-10,1 (2012)	23,0	23,6	-2,7%
Holandia	36,9	-5 (2014)	36,1	35,6	1,5%	19,7	-6,1 (2011)	19,2	18,9	1,6%
Litwa	59,5	-1,9 (1999)	62,4	57,7	8,1%	25,9	-1,8 (1999)	24,2	26,8	-9,7%
Niemcy	64,1	-4,6 (1999)	63,7	61,0	4,5%	31,1	-4,9 (2005)	30,2	29,9	1,2%

Tabela 3.21c. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r., względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	99,8	-2,8 (2014)	111,5	98,7	13,0%	73,8	-5,1 (2003)	80,9	68,6	18,0%
Austria	56,0	-4,1 (2004)	56,8	49,5	14,8%	49,1	-3,3 (2005)	47,0	46,4	1,4%
Czechy	88,4	-6,2 (2007)	90,1	85,6	5,2%	71,9	-7,2 (2002)	70,9	67,9	4,3%
Holandia	54,9	-5,6 (2015)	52,4	50,8	3,0%	49,5	-5,9 (2015)	49,6	47,3	4,9%
Litwa	190,8	-2,2 (2008)	193,4	196,6	-1,6%	147,4	-3 (2009)	158,4	150,8	5,0%
Niemcy	58,5	-2,6 (2009)	57,9	58,1	-0,4%	50,0	-3,6 (2007)	48,7	48,3	0,7%

Poziom umieralności mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych ogółem jest bardzo zróżnicowany w porównywanych krajach, w Polsce znacznie wyższy niż w Austrii, Holandii i Niemczech, ale odchylenia wartości obserwowanych współczynników zgonów od ich wartości oczekiwanych w 2020 r. były w porównywanych krajach niewielkie zarówno na plus, jak i minus (tabela 3.21d). U kobiet zróżnicowanie poziomu umieralności jest znacznie mniejsze niż u mężczyzn i różnice między obserwowanymi i oczekiwanyymi współczynnikami zgonów są również niewielkie.

Tabela 3.21d. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r., względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	382,6	-1,3 (2002)	377,7	384,3	-1,7%	219,3	0 (2011)	213,9	222,0	-3,6%
Austria	288,7	-1,7 (2002)	290,8	285,4	1,9%	186,8	-1,0 (2002)	184,9	184,9	0,0%
Czechy	361,5	-0,9 (2015)	353,8	355,6	-0,5%	211,7	0,7 (2017)	207,3	213,9	-3,1%
Holandia	306,5	-6,1 (2017)	304,3	285,0	6,8%	213,9	-3,1 (2016)	215,3	206,1	4,4%
Litwa	424,0	-0,3 (1999)	430,7	431,2	-0,1%	193,8	-0,5 (1999)	196,8	190,9	3,1%
Niemcy	304,3	-1,0 (2007)	300,7	304,4	-1,2%	198,3	-0,4 (2007)	194,5	197,7	-1,6%

Umieralność z powodu cukrzycy w Polsce była na przeciętnym poziomie w porównywanych krajach, ale nadwyżka obserwowanego współczynnika zgonów 2020 r. w stosunku do oczekiwanego była największa zarówno u mężczyzn, jak i kobiet (tabela 3.21e). Może to częściowo wynikać ze wspomnianych już wcześniej różnic w diagnozowaniu zakażeń SARS-CoV-2 jak również różnic w orzekaniu przyczyny zgonu.

Tabela 3.21e. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu cukrzycy dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r., względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	30,9	2,1 (1999)	40,8	31,1	31,1%	23,8	0,5 (1999)	30,4	23,2	30,8%
Austria	35,7	-6,1 (2015)	38,0	34,6	10,0%	24,6	-12,9 (2017)	25,4	21,8	16,4%
Czechy	52,5	6,2 (1999)	59,7	58,9	1,3%	38,5	5,1 (1999)	44,9	42,9	4,6%
Holandia	17,7	-4,3 (2001)	19,0	16,6	14,4%	13,2	-8,1 (2016)	13,4	11,8	13,5%
Litwa	24,6	22,3 (2016)	28,8	30,8	-6,2%	17,3	25,3 (2016)	20,5	23,2	-11,4%
Niemcy	28,7	-0,1 (2007)	30,0	29,4	2,1%	20,8	-1,9 (2007)	22,1	21,0	5,3%

Obserwowane w 2020 r. współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego, w tym zapalenia puc i przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych były przeważnie mniejsze od współczynników oczekiwanych, natomiast w Polsce u mężczyzn były większe a u kobiet odchylenie in minus było mniejsze niż w pozostałych krajach (tabele 3.21f-3.21h). Może to wskazywać na częstsze w tych krajach rozpoznawanie zakażeń SARS-CoV-2 i niedoszacowanie w Polsce COVID-19 jako przyczyny zgonu w pierwszym roku pandemii.

Tabela 3.21f. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r. względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	120,4	-0,5 (1999)	127,0	115,4	10,1%	56,5	3,1 (2011)	57,3	60,0	-4,6%
Austria	76,3	3,9 (2014)	69,9	84,5	-17,3%	47,5	8,6 (2014)	41,6	56,5	-26,2%
Czechy	116,5	0,5 (1999)	119,9	116,8	2,7%	63,3	0,4 (1999)	60,4	59,8	1,1%
Holandia	85,9	-4,4 (1999)	74,4	88,0	-15,5%	61,2	-2,3 (1999)	50,9	62,6	-18,7%
Litwa	76,9	-1,9 (2010)	78,7	81,6	-3,5%	22,2	2,1 (2011)	20,4	24,6	-17,4%
Niemcy	91,6	-1,3 (1999)	83,6	91,7	-8,9%	53,9	-0,1 (1999)	47,2	54,8	-13,9%

Tabela 3.21g. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r., względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	79,6	4,5 (2010)	85,9	82,8	3,8%	38,9	4,5 (2010)	40,6	41,1	-1,3%
Austria	16,1	6,5 (2013)	12,3	18,7	-34,4%	10,3	10,6 (2014)	8,2	14,0	-41,2%
Czechy	50,6	6,3 (2013)	56,8	55,5	2,3%	28,5	7,1 (2013)	29,1	32,6	-10,8%
Holandia	22,8	-3,4 (2014)	19,6	23,5	-16,3%	16,3	-0,3 (2014)	13,5	18,3	-26,2%
Litwa	31,1	4,6 (2011)	36,0	39,0	-7,7%	11,0	6,5 (2011)	11,0	13,8	-19,8%
Niemcy	25,1	-3,3 (2005)	21,8	24,2	-9,8%	14,7	-3,5 (2003)	11,7	14,0	-16,8%

Tabela 3.21h. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w roku 2020, względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	30,7	-5,6 (2007)	31,9	29,7	7,4%	12,7	-1,2 (1999)	12,3	12,6	-2,6%
Austria	47,0	-0,9 (2011)	46,7	46,8	-0,3%	29,5	3,8 (2012)	27,1	30,3	-10,6%
Czechy	49,1	1,6 (1999)	47,3	56,0	-15,6%	25,0	3,0 (1999)	23,2	27,1	-14,5%
Holandia	46,6	-4,1 (1999)	39,4	46,8	-15,9%	34,6	0,1 (1999)	28,7	36,2	-20,8%
Litwa	37,2	-5,8 (2007)	37,4	37,8	-1,2%	7,5	-5,4 (1999)	7,2	7,4	-1,8%
Niemcy	47,5	-0,2 (2007)	43,8	49,7	-11,9%	29,9	2,7 (2007)	27,3	32,1	-15,0%

Odchylenie obserwowanego w Polsce w 2020 r. współczynnika zgonów z powodu chorób układu trawiennego od jego wartości oczekiwanej nie odbiegało zasadniczo od obserwowanego w innych analizowanych krajach (tab. 3.21i).

Tabela 3.21i. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r., względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	64,1	2,3 (2015)	68,2	66,4	2,7%	34,2	0,8 (2015)	35,6	34,7	2,4%
Austria	43,0	-3,1 (2002)	43,2	37,9	14,0%	25,2	0,7 (2015)	27,2	24,8	9,3%
Czechy	62,0	1 (2014)	63,1	62,5	1,0%	36,6	1,2 (2016)	35,9	37,1	-3,3%
Holandia	29,1	-4,1 (2003)	31,5	27,7	13,6%	23,5	-4,2 (2003)	24,5	22,2	10,3%
Litwa	89,1	-2,1 (2007)	98,7	88,5	11,5%	47,7	-1,1 (2010)	52,9	48,2	9,8%
Niemcy	53,5	-0,4 (2012)	54,2	53,6	1,1%	34,5	-0,6 (2014)	34,8	34,3	1,4%

We wszystkich krajach, poza Litwą w przypadku kobiet, umieralność z powodu wypadków komunikacyjnych była niższa od oczekiwanej a różnica współczynników w Polsce nie różniła się zasadniczo od obserwowanej dla analizowanych krajów (tabela 3.21j).

Tabela 3.21j. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych dla Polski, Austrii, Czech, Holandii, Litwy i Niemiec w 2019 r, ich przeciętne roczne tempo zmian w ostatnim okresie (%), wartość obserwowana (wsp. obs.) i wartość oczekiwana (wsp. ocz.) w 2020 r., względna różnica wartości obserwowanej w stosunku do oczekiwanej (%) wg płci (obliczenia własne na podstawie danych WHO)

Kraj	Mężczyźni					Kobiety				
	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (1)	wsp. ocz. 2020 (2)	(1)/(2)-100%	wsp. 2019	przeciętna roczna zmiana (%) (ostatni okres do 2019)	wsp. obs. 2020 (3)	wsp. ocz. 2020 (4)	(3)/(4)-100%
Polska	16,1	6,2 (2017)	15,7	17,3	-8,9%	4,2	-0,4 (2013)	3,9	4,2	-8,3%
Austria	7,6	3,6 (2017)	6,3	7,8	-18,7%	2,1	-6,2 (2002)	1,8	1,8	-1,4%
Czechy	10,9	-2 (2013)	9,9	10,4	-4,2%	3,1	-2 (2013)	2,9	3,1	-5,8%
Holandia	5,7	-0,2 (2013)	5,5	6,0	-7,6%	2,2	4 (2015)	1,8	2,3	-20,2%
Litwa	12,5	-5,3 (2010)	11,7	12,0	-2,2%	3,2	-5,5 (2009)	4,2	3,4	25,6%
Niemcy	6,0	-2,6 (2010)	5,5	5,9	-6,2%	1,7	-3,7 (2010)	1,5	1,7	-10,6%

PODSUMOWANIE:

1. Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski w 2020 i 2021 r. wskazuje, że w latach pandemii COVID-19 nastąpiło zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia Polaków, szczególnie osób starszych.
2. W 2021 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71,75 lat i była krótsza o 2,3 lat niż w poprzedzającym pandemię 2019 r. a w przypadku mężczyzn w wieku 65 lat była krótsza o 1,9 roku. Długość życia kobiet wynosiła 79,68 lat i była krótsza o 2,1 lat niż w 2019 r. (w wieku 65 lat uległa skróceniu o 1,7 roku). Mężczyźni bardziej ucierpieli w pierwszym roku pandemii (długość życia uległa skróceniu o 1,46 roku) niż w drugim (dalsze skrócenie o 0,86 roku) natomiast kobiety w obu latach ucierpiały w podobnym stopniu (długość życia uległa skróceniu odpowiednio o 1,04 i 1,03 roku).

3. Wpływu pandemii na skrócenie długości życia mieszkańców miast i wsi u mężczyzn w obu latach był większy w miastach natomiast u kobiet w 2020 r. był większy wśród mieszkanek wsi a w 2021 r. był podobny w obu populacjach. Skrócenie długości życia mieszkańców miast w 2020 r. było wyraźnie związane z wielkością miasta – im większe miasto tym było ono mniejsze. Skrócenie długości życia spowodowane pandemią miało duże zróżnicowanie międzywojewódzkie.
4. Długość życia polskich mężczyzn i kobiet zmieniła w okresie pandemii swoją wartość bardziej niż w większości krajów UE. Skrócenie było większe od średniego dla krajów UE odpowiednio o 1,1 roku dla ogółu mężczyzn i o 1 rok dla tych w wieku 65 lat, natomiast w przypadku kobiet odpowiednio o 1 rok i 1,1 roku. Większe skrócenie w wyniku pandemii COVID-19 długości życia mieszkańców Polski niż ogółu mieszkańców UE spowodowało dalsze powiększenie niekorzystnej dla nas deficytu w tym podstawowym wskaźniku zdrowia populacji w stosunku do ogółu krajów UE.
5. 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 największym poziomie deprivacji (decyl 9 i 10), a najmniejsze w powiatach gdzie indeks deprivacji był najmniejszy (decyle 1-3). 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.
6. Nadwyżka umieralności spowodowana pandemią w latach 2020-2021 charakteryzowała się dużą zmiennością pomiędzy miesiącami. Najwyższy poziom nadumieralności w 2020 r. wystąpił w listopadzie (90,3%) a w 2021 r. w grudniu (57,0%). Miesięczne nadwyżki umieralności w okresie pandemii październik 2020-luty 2022 w Polsce były większe niż w większości krajów UE i znacznie odbiegały od przeciętnych dla tych krajów Stała, chociaż już niezbyt wielka nadwyżka umieralności występuje w Polsce i w innych krajach UE do chwili obecnej (sierpień 2022, w Polsce do połowy października), co wskazuje na obecność wydłużonego wpływu pandemii na zdrowie ludności, tzw. „długu zdrowotnego”.

7. W 2021 r. mieszkańcy Polski ogółem oraz osoby w wieku powyżej 75 lat najczęściej umierali z powodu choroby serca. Drugą w kolejności chorobą odpowiedzialną za zgony Polaków w 2021 r. był COVID-19, który wśród osób w wieku 25-74 lata był najczęstszą przyczyną a wśród osób najstarszych 75 lat i więcej był na miejscu drugim. Trzecią przyczyną były choroby naczyń mózgowych, czwartą miażdżyca a piątą rak tchawicy, oskrzela i płuca.
8. COVID-19 jako przyczyna występował w przypadku zgonu 41451 osób (108,1 na 100 tys.) w 2020 r. i 92780 osób (243,1 na 100 tys.) w 2021 r. Umieralność z powodu COVID-19 bardzo zwiększała się wraz z wiekiem i była wyższa wśród mężczyzn niż kobiet. Połowa zmarłych była w wieku starszym niż 80 lat w przypadku kobiet i 74 (2020 r.) i 72 (2021 r.) w przypadku mężczyzn. Współczynniki zgonów mieszkańców miast i wsi były na zbliżonym poziomie. Natomiast zgony z powodu COVID-19 odgrywały prawie dwukrotnie większą rolę w umieralności mężczyzn z wyższym wykształceniem niż podstawowym. Taka sytuacja praktycznie nie występuje wśród kobiet.
9. W okresie pandemii wystąpiła znaczna nadwyżka umieralności z powodu cukrzycy, chorób układu nerwowego, chorób serca, przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu. Niewątpliwie te problemy zdrowotne będą wymagały zwrócenia większej uwagi na nie w kolejnych miesiącach. Mniejsza od oczekiwanej umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest niewątpliwie myląca będąc raczej skutkiem orzekania o COVID-19 jako przyczynie zgony osób chorujących równocześnie na nowotwór i COVID-19.
10. Nadwyżki umieralności z powodu konkretnych przyczyn zgonu cechowały się znacznym zróżnicowaniem regionalnym. W przypadku chorób układu krążenia, najważniejszego problemu zdrowotnego, najbardziej w obu latach wzrosła umieralność w woj. dolnośląskim i lubelskim natomiast w woj. warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim poziom umieralności z powodu ChUK praktycznie nie uległ większym zmianom w okresie pandemii. Nadwyżka umieralności z powodu zawału serca w większości województw wystąpiła tylko w pierwszym roku pandemii. Zmiany umieralności z powodu chorób naczyń mózgowych w latach 2020–2021 były mniejsze niż w przypadku zawału serca.

11. Lata pandemii a zwłaszcza 2021 r. przyniosły obniżenie współczynników zgonów z powodu nowotworów złośliwych we wszystkich województwach oprócz świętokrzyskiego. Ten charakter zmiany mógł być związany z wytycznymi do orzekania o przyczynach zgonu w okresie pandemii.
12. Ogólnopolski standaryzowany współczynnik zgonów z powodu samobójstw utrzymywał się na stałym poziomie w latach 2019–2021.
13. Występuje duże zróżnicowanie międzywojewódzkie w zmianach umieralności w okresie pandemii dla większości przyczyn zgonów.
14. 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 ogółu przyczyn możliwych do uniknięcia było w latach 2020–2021 większe niż można było oczekiwać z wcześniejszego trendu współczynnika zgonów z powodu tych przyczyn. Bardziej zaznaczyło się to w przypadku przyczyn, które można skutecznie leczyć niż tych, którym można zapobiegać.

4. CHOROBOWOŚĆ HOSPITALIZOWANA W POLSCE – ZMIANY TRENDÓW W OKRESIE PANDEMII COVID-19

Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak,
Wojciech Seroka, Bożena Moskalewicz

Informacje o przyczynach i częstości hospitalizacji są, niezależnie od swojego znaczenia dla potrzeb administracyjnych, jednym z ważniejszych elementów w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. Oczywiście są pewne ograniczenia tych danych, gdyż hospitalizacja jest uwarunkowana ciężkością przebiegu choroby, możliwością ustalenia rozpoznania oraz zapewnienia właściwego leczenia poza szpitalem, selekcją przyjęć związaną z dostępnością łóżek szpitalnych czy też czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Natomiast niewątpliwą zaletą informacji o hospitalizacji jest dokładność i trafność diagnozy szpitalnej przewyższająca poprawność diagnostyczną w innych rutynowych systemach oceny stanu zdrowia ludności.

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

2021 r. jest drugim nietypowym okresem pod względem liczby i struktury hospitalizowanych po wybuchu pandemii COVID-19 w Polsce w marcu 2020 r.

W 2020 r. w związku z pandemią COVID-19 liczba hospitalizacji zmalała znacznie w porównaniu z poprzednimi latami do 6 482 33, czyli o 31% w porównaniu z rokiem 2019 (8 478 953 hospitalizowanych). Obserwowane zmiany związane były z reorganizacją szpitali w Polsce, powstały tzw. „szpitale jednoimienne” leczące pacjentów z COVID-19, równocześnie nastąpiła zmiana priorytetów leczenia pacjentów. Pacjenci z zaplanowanymi już hospitalizacjami dotyczącymi jednostek chorobowych niewymagających szybkiego działania byli przesuwani na terminy późniejsze często nawet na terminy dalekie po ostrej fazie pandemii. Równocześnie część pacjentów rezygnowało ze starań o przyjęcie do szpitala obawiając się infekcji wewnątrz szpitalnych. Wszystko to przyczyniło się do narastania tzw. „długu zdrowotnego” w populacji ludności Polski a jego odrobienie może potrwać nawet kilka lat.

W 2021 r. hospitalizowano również o 7% mniej pacjentów niż w 2019 r. – 7 872 687, ale nieco więcej (o 21%) niż w 2020 r.

W poniższym rozdziale przedstawiono zmiany w podstawowych wskaźnikach leczenia szpitalnego w Polsce, jakie miały w wyniku pandemii COVID-19.

4.1. Hospitalizacja wg przyczyn

Ogółem jak już zaznaczono powyżej według danych z badania OBChSO w 2019 r. hospitalizowano w Polsce 8 478 953 osób w 2020 r. – 6 482 433 a w 2021 r. 7 872 687, część osób hospitalizowana była kilkakrotnie (ok. 5%). Standaryzowane współczynniki hospitalizacji ogółem wynosiły w kolejnych latach 19013,7, 14213,5 i 17728,6 na 100 tys. ludności.

Wśród ogółu pacjentów (liczby bezwzględne), w kolejnych latach począwszy od 2019 r. przeważały kobiety, w 2019 r. hospitalizowano o 24% więcej kobiet niż mężczyzn, a w 2020 r. i 2021 r. – o 22% więcej.

Pięć najczęstszych przyczyn hospitalizacji w ubiegłych 10 latach to choroby układu krążenia, urazy i zatrucia, nowotwory, choroby układu moczowo płciowego oraz choroby układu trawiennego. Stanowią one razem prawie 60% wszystkich przyczyn hospitalizacji.

Należy stwierdzić, że struktura procentowa przyczyn hospitalizacji do 2019 r. ulegała bardzo niedużym zmianom. W 2020 r. nowotwory zwiększyły nieco swój udział w strukturze hospitalizacji osiągając 12,5% w porównaniu z chorobami układu krążenia 12%, które w latach ubiegłych zawsze stanowiły najczęstszą przyczynę pobytu w szpitalach w Polsce.

Porównanie standaryzowanych współczynników hospitalizacji mężczyzn i kobiet wskazuje, że ogółem kobiety w 2020 r. i w 2021 r. hospitalizowane były 5,0% częściej niż mężczyźni¹ a w 2019 r. 6% częściej. Jak zaznaczono powyżej porównanie bezwzględnej liczby przebywających w szpitalach mężczyzn i kobiet wskazuje, że w szpitalach ogólnych w całym kraju przebywało ponad 20% więcej kobiet niż mężczyzn, ale wynika to przede wszystkim z hospitalizacji z powodu ciąży, porodu i połogu.

Szczegółowe porównania częstości hospitalizacji mężczyzn i kobiet przedstawiano w poprzednich raportach, z których wynikało, że mimo wyższego współczynnika hospitalizacji kobiet ogółem, mężczyźni byli częściej leczeni w szpitalu z powodu wielu szczególnych przyczyn². Największa różnica, ponad dwukrotna, dotyczy zawału serca, choroby niedokrwiennej serca i miażdżycy. Ponad półtorakrotna różnica dotyczy oparzeń i odmrożeń, chorób wątroby, niewydolności nerek, a także urazów oraz całej grupy chorób układu krążenia. Rzadziej niż kobiety mężczyźni byli hospitalizowani z powodu chorób układu nerwowego choroby nadciśnieniowej, nowotworów, zaburzeń wydzielania wewnętrznego i chorób układu moczowo-płciowego.

W obecnym opracowaniu położono większy nacisk na zmiany współczynników i struktur hospitalizacji w ostatnich latach, przyjmując, że 2019 r. reprezentuje stan charakterystyk hospitalizacji dla lat poprzednich przed pandemią, który ulegał wtedy minimalnym rocznym zmianom.

W tabelach 4.1–4.3 przedstawiono współczynniki rzeczywiste i standaryzowane wybranych grup rozpoznań w latach 2019–2021. Wyliczone współczynniki hospitalizacji zostały wykorzystane do zaprezentowanych analiz nakierowanych głównie weryfikacji hipotezy o szerokim wpływie bieżącym i długofalowym pandemii COVID-19 na zdrowie ludności Polski. Dane zawarte w tabelach mogą być też materiałem do bardziej pogłębionych analiz dotyczących porównań współczynników hospitalizacji wg przyczyn pobytu w szpitalu z uwzględnieniem płci i miejsca zamieszkania pacjentów.

Wybrany zestaw jednostek chorobowych opierał się przede wszystkim na wymaganiach Eurostatu, do którego NIZP PZH – PIB przesyła corocznie dane dotyczące hospitalizacji ludności Polski.

¹ Współczynniki standaryzowane

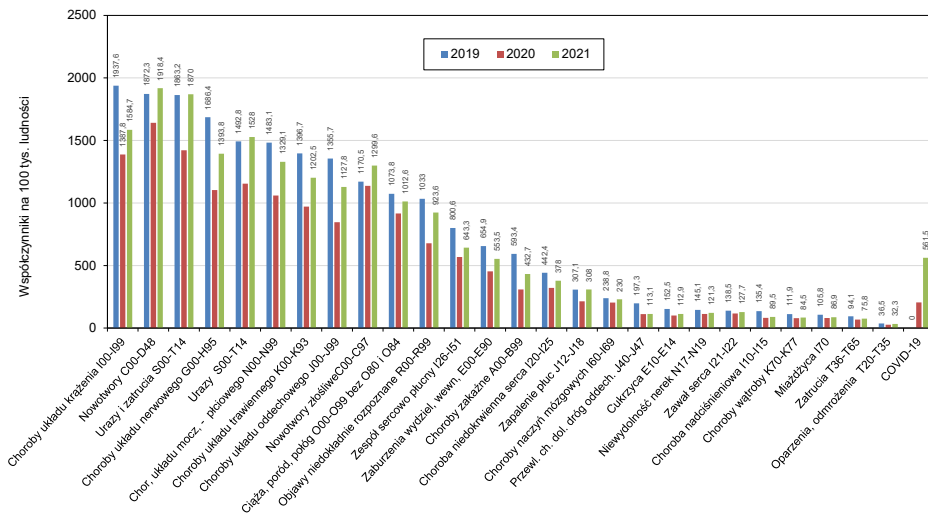
² Przy porównywalnej strukturze wieku (współczynniki standaryzowane)

Tabela 4.1. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji ogółem wg przyczyn w Polsce w latach 2019, 2020, 2021 (na 100 tys. ludności, dane NIZP PZH – PIB)

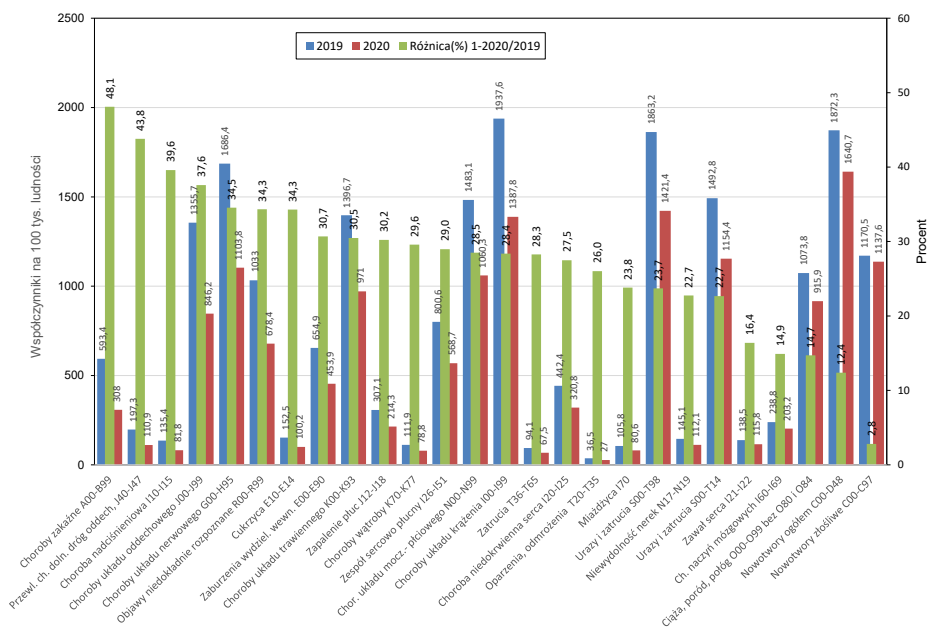
Rozpoznanie ICD-10	Współczynniki rzeczywiste			Współczynniki standaryzowane		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Wszystkie rozpoznania A00-Z99	21041,9	15966,5	19719,4	19013,7	14213,5	17728,6
Choroby zakaźne A00-B99	488,1	268,5	349,3	593,4	308,0	432,7
Nowotwory C00-D48	2364,9	2105,4	2472,3	1872,3	1640,7	1918,4
Nowotwory złośliwe proszę wstawić spację C00-C97	151,	485,6	1712,6	1170,5	1137,6	1299,6
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, E00-E90	670,5	463,0	556	654,9	453,9	553,5
Cukrzyca E10-E14	182,2	119,5	133,6	152,5	100,2	112,9
Choroby układu nerwowego G00-H95	2014,7	1332,6	1691,8	1686,4	1103,8	1393,8
Choroby układu krążenia I00-I99	2757,5	2014,4	2298,5	1937,6	1387,8	1584,7
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	170,6	104,2	113,4	135,4	81,8	89,5
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	624,1	459,0	545,6	442,4	320,8	378
Zawał serca I21-I22	196,1	165,5	183,5	138,5	115,8	127,7
Zespół sercowo-płucny I26-I51	1184,2	856,2	962,8	800,6	568,7	643,3
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	352,1	304,6	346,5	238,8	203,2	230
Miażdżycy I70	163,2	125,7	135,9	105,8	80,6	86,9
Choroby układu oddechowego J00-J99	1287,6	839,4	1036,7	1355,7	846,2	1127,8
Zapalenie płuc J12-J18	282,9	218,1	278	307,1	214,3	308
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddech, J40-J47	231,6	130,0	124,1	197,3	110,9	113,1
Choroby układu trawiennego K00-K93	1564,2	1103,5	1348,6	1396,7	971,0	1202,5
Choroby wątroby K70-K77	130,7	92,6	97,6	111,	88	84,5
Choroby układu moczowo – pęcherzowego N00-N99	1655,9	1186,3	1484,7	1483,1	1060,3	1329,1
Niewydolność nerek N17-N19	201,3	156,7	168	145,1	112,1	121,3
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1076,9	902,2	977,3	1073,8	915,9	1012,6
Objawy niedokładnie rozpoznane R00-R99	1068,7	723,9	945,2	1033,0	678,4	923,6
Urazy i zatrucia S00-T14	1849,4	1426,3	1851,4	1863,2	1421,4	1870
Urazy S00-T14	1487,2	1167,0	1522,2	1492,8	1154,4	1528
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	30,8	22,6	27,4	36,5	27,0	32,3
Zatrucia T36-T65	83,6	59,5	64,5	94,1	67,5	75,8
COVID-19	0,0	267,0	764,2	0,0	205,3	561,5

Dane: Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB)

Na rycinie 4.1 przedstawiono wartości współczynników standaryzowanych hospitalizacji ogółem według analizowanych przyczyn pobytu w szpitalu, z których widać, że w 2020 r. hospitalizowano mniej osób niż w 2019 r. i dotyczy to wszystkich analizowanych grup rozpoznaw, w 2021 r. nastąpił wzrost współczynników jednak do poziomu niższego niż przed pandemią.



Ryc. 4.1. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji ogółem wybranych grup rozpoznaw w latach 2019–2021 w Polsce (Dane NIZP PZH – PIB)



Ryc. 4.2. Współczynniki standaryzowane hospitalizacji ogółem w latach 2019 i 2020 wg przyczyn w Polsce i względna (%) różnica współczynnika w 2020 i 2019 r. (dane sortowane wg różnicy współczynników) (Dane NIZP PZH – PIB)

Jak widać z ryciny wielkości różnic współczynników, między rokiem 2019 a 2020 nie były jednakowe dla wszystkich rozpoznaw. Zmiany/spadki standaryzowanych współczynników hospitalizacji między 2019 r. i 2020 r. w zależności od rozpoznania wahały się od 2% do prawie 50% (ryc. 4.2). Największe spadki współczynników zaobserwowano dla chorób zakaźnych (bez COVID-19), przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych, choroby nadciśnieniowej, chorób układu nerwowego i ogółu chorób układu krążenia. Natomiast najmniejsze spadki współczynników stwierdzono dla zawału serca i chorób naczyń mózgowych, pobytów w szpitalu związanych z ciążą i porodem a także dla nowotworów ogółem.

Przedstawiony układ zmniejszenia współczynników hospitalizacji w latach 2019–2020 świadczyć może o zmniejszeniu zachorowalności na choroby zakaźne wymagające hospitalizacji (z wyjątkiem COVID-19) i zmniejszeniu leczenia szpitalnego tych jednostek chorobowych, które nie wymagają bezwzględnej szybkiej hospitalizacji jak choroba

nadciśnieniowa czy ogół chorób układu nerwowego (G00-H95). Natomiast choroby wymagające nagłej interwencji jak zawał serca, choroby naczyń mózgowych, w tym udar i krwotok mózgowy czy też nowotwory złośliwe były w 2020 r. leczone w szpitalach z niewiele mniejszą częstością niż rok wcześniej (ryc. 4.2).

Jak już zaznaczono powyżej w 2021 r. różnice w częstościach hospitalizacji w porównaniu z 2019 r. zaczynają się zmniejszać a dla niektórych jednostek chorobowych standaryzowane współczynniki przekraczają wartości z 2019 t. – dotyczy to nowotworów (C00-C97), urazów i zapaleń płuc, niewielka różnica dotyczy też udarów mózgu. Natomiast duże różnice utrzymują się dla hospitalizacji nadciśnienia tętniczego przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych, chorób zakaźnych, cukrzycy oraz chorób wątroby.

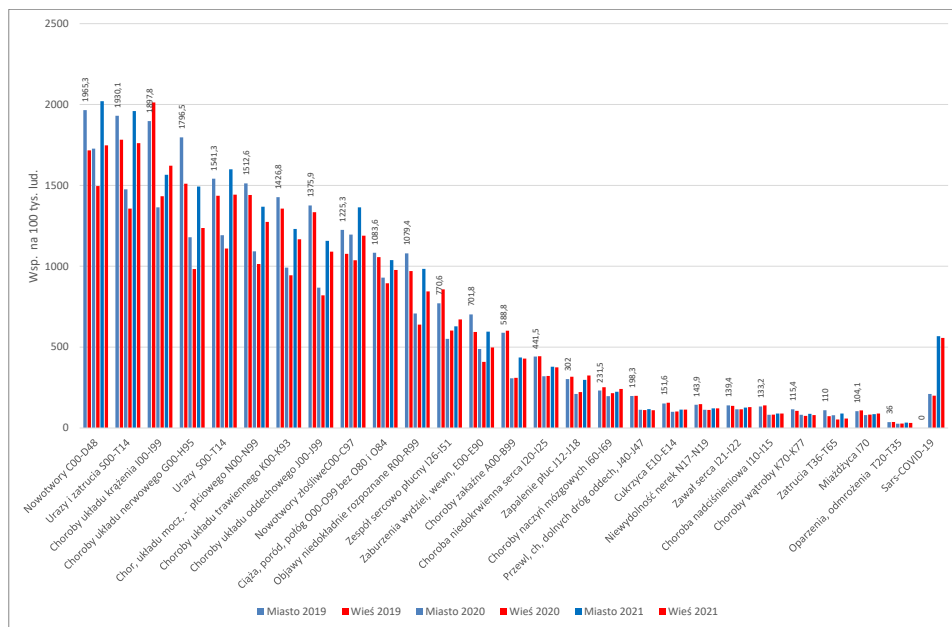
Jak widać z przedstawionych analiz różnice w częstości hospitalizacji między rokiem 2019 i latami pandemii COVID-19 sprowadzają się przede wszystkim do zmniejszenia liczby osób hospitalizowanych do wartości „optymalnych” wymuszonych przez sytuację pandemiczną przy utrzymaniu na wyższym poziomie hospitalizacji w tych dziedzinach, gdzie występuje większe zagrożenie zdrowia i życia. Tendencja ta utrzymuje się w drugim roku pandemii, z tym, że obserwowane w 2020 r. spadki hospitalizacji ulegają wyrównaniu a nawet następują przekroczenia współczynników obserwowanych w 2019, być może tam, gdzie potencjalny „dług zdrowotny” jest największy.

W tabelach 4.4 i 4.5 przedstawiono standaryzowane i rzeczywiste współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast i wsi. Natomiast na rycinie 4.4. zobrazowano szczegółowo porównanie współczynników hospitalizacji mieszkańców miast i wsi w latach 2019–2021 w rozbiciu na poszczególne grupy rozpoznania.

Na rycinie 4.3 przedstawiono współczynniki hospitalizacji wybranych przyczyn pobytu w szpitalu mieszkańców miast i wsi w Polsce w latach 2019–2021.

Jak widać z ryciny zarówno w 2019 r., jak i w 2020 r., współczynniki standaryzowane hospitalizacji były większe dla mieszkańców miast. Wyjątek stanowiły choroby zakaźne w latach 2019–2020, a w 2021 r. różnica ta była minimalna. Podobna sytuacja dotyczyła przyczyn hospitalizacji związanych z oparzeniami (T20-T25), z powodu, których przebywało w szpitalu więcej mieszkańców wsi.

Zestawienie zmian (w odsetkach) częstości hospitalizacji w okresie pandemii w latach 2020–2021 w porównaniu z 2019 r. przedstawiono na rycinie 4.5.

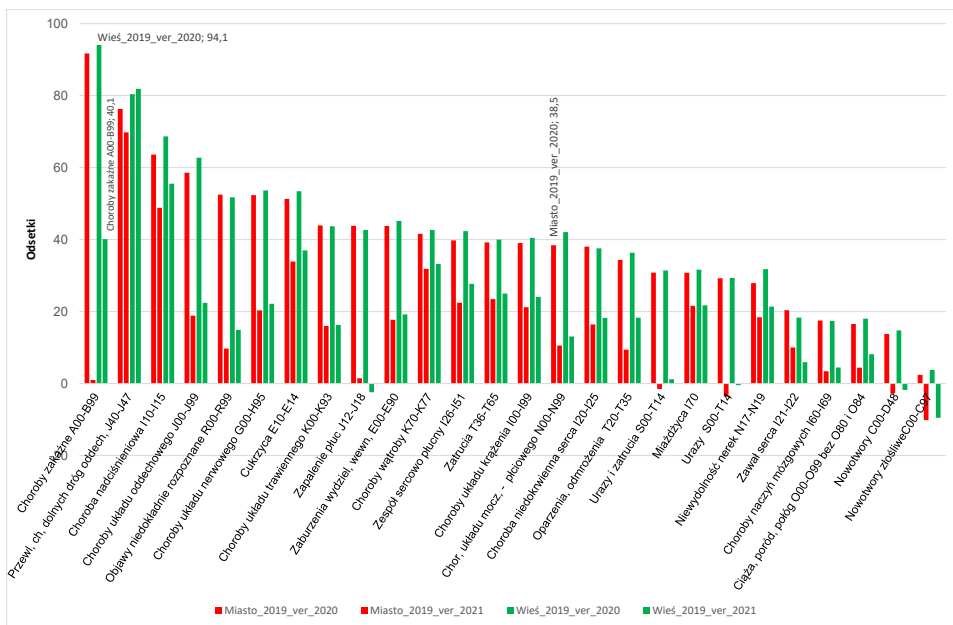


Ryc. 4.3. Współczynniki standaryzowane wybranych przyczyn hospitalizacji w latach 2019–2021 w Polsce w mieście i na wsi, na 100 tysięcy mieszkańców (Dane NIZP PZH – PIB)

Z ryciny widać wyraźnie, co stwierdzono już powyżej, że prawie dla wszystkich analizowanych rozpoznań spadki w zakresie częstości hospitalizacji w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. były wyższe u mieszkańców wsi niż mieszkańców miast.

Świadczyć to może o większym wpływie pandemii COVID-19 na częstość leczenia szpitalnego mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miast, co powiększa tzw. dług zdrowotny z powodu odłożenia lub zaniechania leczenia chorób nie wymagających szybkiej interwencji, ale w dalszej perspektywie mogących mieć wpływ na zdrowie osób, które odłożyły hospitalizację z przyczyn organizacyjnych lub własnych obaw.

W 2020 r. największe spadki częstości hospitalizacji zaobserwowano zarówno w mieście, jak i na wsi, dla chorób zakaźnych, przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych i choroby naczyniowej i chorób układu nerwowego. Najmniejsze spadki dla nowotworów, zawału serca, chorób naczyń mózgowych i przyczyn pobytu w szpitalu związanych z porodem (bez porodów).



Ryc. 4.4. Zmiany współczynników standaryzowanych hospitalizacji u mieszkańców miast i wsi w Polsce w latach 2019–2020 i 2019–2021 – w procentach $[(2019/2020 \cdot 100) - 100]$ (Dane NIZP PZH – PIB)

Słupki obrazujące niedobory hospitalizacji w 2021 r. w porównaniu z 2019 r. są dla wszystkich analizowanych rozpoznaw zarówno dla mieszkańców miast, jak i wsi, niższe od obserwowanych dla 2020 r., co świadczyć może o pewnym zmniejszaniu się „długu zdrowotnego”. Dla niektórych rozpoznaw np. dla nowotworów częstość hospitalizacji zarówno w mieście, jak i na wsi, była wyższa niż w 2019 r. Stałe utrzymuje się natomiast obniżona częstość hospitalizacji z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych i nadciśnienia tętniczego.

Podsumowując powyższe analizy można stwierdzić, że pandemia pro COVID-19 w latach 2020–2021 spowodowała szok w systemie ochrony zdrowia przejawiający się m.in. w znacznym zmniejszeniu obserwowanej corocznie częstości leczenia szpitalnego (dług zdrowotny), co może się odbić na obciążeniu chorobami populacji ludności Polski w najbliższych latach. Można tu na koniec zacytować tekst Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 gdzie stwierdza się, że: „Epidemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje efekt negatywnej synergii”.

Trzeba jednak podkreślić, że dane z 2021 r. pozwalają sądzić, że niedobory leczenia szpitalnego z 2020 r. są stopniowo odrabiane.

Tabela 4.2. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji mężczyzn wg, przyczyn w Polsce w latach 2019, 2020, 2021 (na 100 tys. ludności, dane NIZP PZH – PIB)

Rozpoznania / ICD-10	Współczynniki rzeczywiste			Współczynniki standaryzowane		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Wszystkie rozpoznania A00-Z99	19700	15101,8	18654,6	18653,7	14012,8	17471,3
Choroby zakaźne A00-B99	525,7	296,7	383,2	631,0	337,9	468,0
Nowotwory C00-D48	2207,7	1967,9	2254,7	1827,2	1599,5	1818,4
Nowotwory złośliwe C00-C97	1482,4	1429,5	1615,0	1216,0	1154,9	1291,3
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego E00-E90	559,4	400,6	472,5	568,2	405,4	483,4
Cukrzyca E10-E14	200	136,5	153,1	180,2	122,1	137,6
Choroby układu nerwowego G00-H95	1803,3	1222,6	1549,1	1651,7	1101,2	1393,2
Choroby układu krążenia I00-I99	3045,0	2286,8	2637	2483,8	1826,7	2098
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	143,9	90,0	98,6	129,1	79,5	87,5
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	799,3	600,0	720,5	642,1	473,8	564
Zawał serca I21-I22	259,2	222,3	247,6	210,1	177,7	196,6
Zespół sercowo-płucny I26-I51	1277,3	946,9	1071,3	1040,3	755,3	853,7
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	359,7	317,5	362,4	288,3	249,8	282,9
Miażdżyca I70	196,0	156,4	173,8	152,8	119,2	131,1
Choroby układu oddechowego J00-J99	1491,1	983,7	1217,5	1595,7	1013,9	1332,5
Zapalenie płuc J12-J18	329,8	257,8	324,5	368,3	265,6	366,2
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddech, J40-J47	242,9	139,5	133,5	223,8	127,5	128,7
Choroby układu trawiennego K00-K93	1677,6	1214,5	1463,7	1557,6	1112	1351,3
Choroby wątroby K70-K77	163,2	118,8	124,0	144,2	104,2	109,7
Choroby układu moczowo – płciowego N00-N99	1123,3	820,3	971,2	1037,4	751,7	892
Niewydolność nerek N17-N19	224,5	177,7	189,9	189,5	147,8	158,1
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	-	-	-	-	-	-
Objawy niedokładnie rozpoznane R00-R99	1009,1	704,9	909,7	999,0	676,8	904,3
Urazy i zatrucia S00-T14	2206	1698,8	2185,5	2262,4	1729,8	2248,6
Urazy S00-T14	1776	1393,1	1795,9	1826,1	1417,3	1848,8
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	40,7	30,0	37,0	46,2	34,3	41,6
Zatrucia T36-T65	98,2	68,0	70,1	104,3	72,6	76,8
COVID-19	-	290,8	815,3	-	243,5	672,1

Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB)

Tabela 4.3. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji kobiet wg przyczyn w Polsce w latach 2019, 2020, 2021 (na 100 tys. ludności, dane NIZP PZH – PIB)

Rozpoznanie / ICD-10	Współczynniki rzeczywiste			Współczynniki standaryzowane		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Wszystkie rozpoznania/„A00-Z99”	22299,3	16776,5	20715,8	19675,8	14677,7	18283
Choroby zakaźne A00-B99	452,9	242,1	317,6	558,4	281,1	399,6
Nowotwory C00-D48	2512,3	2234,3	2675,9	1994	1744,9	2088,2
Nowotwory złośliwe C00-C97	1546	1538,2	1803,8	1174,5	1163,1	1355,1
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego E00-E90	774,7	521,3	634,1	741,1	502,7	624,1
Cukrzyca E10-E14	165,4	103,5	115,3	127,2	80,4	90,6
Choroby układu nerwowego G00-H95	2212,8	1435,6	1825,3	1720,1	1110,2	1400
Choroby układu krążenia I00-I99	2488,1	1759,2	1981,7	1503,3	1037,3	1174,1
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	195,5	117,6	127,2	136,3	81,3	88,8
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	459,9	326,9	381,9	280,6	196,3	227,1
Zawał serca I21-I22	137,1	112,3	123,4	79,9	64,8	70,9
Zespół sercowo-płucny I26-I51	1096,9	771,2	861,3	614,7	423,5	478,3
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	345,0	292,5	331,6	199,1	165,1	187,2
Miażdżyca I70	132,5	97,0	100,4	69,1	50,7	52,4
Choroby układu oddechowego J00-J99	1096,9	704,2	867,6	1145,1	701,4	943,2
Zapalenie płuc J12-J18	239,0	180,9	234,4	257,0	173,0	258,6
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddech, J40-J47	221,1	121,2	115,3	178,5	98,7	100,6
Choroby układu trawiennego K00-K93	1457,9	999,6	1240,9	1258,7	847,4	1074,1
Choroby wątroby K70-K77	100,3	68,1	72,9	81,8	55,1	61,1
Choroby układu moczowo – płciowego N00-N99	2155	1529,2	1965,2	1948,1	1384,5	1780,5
Niewydolność nerek N17-N19	179,6	137,1	147,4	111,3	84,8	92,5
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	2086,0	1747,5	1891,3	2183,3	1862	2058,2
Objawy niedokładnie rozpoznane R00-R99	1124,5	741,7	978,3	1085,5	694,4	959,2
Urazy i zatrucia S00-T14	1515,3	1171,1	1538,8	1442,8	1096,6	1470,3
Urazy S00-T14	1216,6	955,1	1266,1	1140,3	876,1	1187,2
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	21,4	15,7	18,4	26,8	19,8	23,0
Zatrucia T36-T65	69,9	51,6	59,2	84,5	62,9	75,5
COVID-19	-	244,8	716,4	-	178,5	475,1

Dane: Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB)

Tabela 4.4. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji mieszkańców miast wg przyczyn w Polsce w latach 2019, 2020, 2021 (na 100 tys. ludności, dane NIZP PZH – PIB)

Rozpoznania / ICD-10	Współczynniki rzeczywiste			Współczynniki standaryzowane		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Wszystkie rozpoznania A00-Z99	22154,4	16907,3	20930,8	19559,9	14687,0	18392,7
Choroby zakaźne A00-B99	484,5	270,3	352,3	588,8	307,1	435,9
Nowotwory C00-D48	2616,0	2339,1	2747,4	1965,3	1727,4	2021,0
Nowotwory złośliwe C00-C97	1682,5	1656,4	1907,6	1225,3	1196,1	1363,9
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego E00-E90	713,2	494,0	594,0	701,8	488,1	596,1
Cukrzyca E10-E14	184,6	121,4	136,3	151,6	100,2	113,2
Choroby układu nerwowego G00-H95	2235,5	1486,5	1895,2	1796,5	1179,3	1492,6
Choroby układu krążenia I00-I99	2865,6	2107,6	2423,9	1897,8	1364,7	1565,9
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	175,3	108,6	118,9	133,2	81,4	89,5
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	669,0	491,4	589,5	441,5	319,8	379,2
Zawał serca I21-I22	210,1	176,3	194,2	139,4	115,8	126,7
Zespół sercowo-płucny I26-I51	1208,6	884,1	1005,9	770,6	551,3	629,1
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	363,0	314,6	361,2	231,5	197,0	223,8
Miażdżyca I70	172,6	133,4	144,5	104,1	79,6	85,6
Choroby układu oddechowego J00-J99	1312,7	868,3	1072,2	1375,9	867,7	1157,6
Zapalenie płuc J12-J18	280,0	218,8	273,6	302,0	210,0	297,6
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddech, J40-J47	237,3	133,9	129,3	198,3	112,5	116,8
Choroby układu trawiennego K00-K93	1631,1	1151,0	1405,9	1426,8	991,3	1230,3
Choroby wątroby K70-K77	139,3	98,9	103,8	115,4	81,5	87,5
Choroby układu moczowo – płciowego N00-N99	1724,9	1247,5	1558,5	1512,6	1092,5	1368,0
Niewydolność nerek N17-N19	210,5	165,6	177,5	143,9	112,5	121,5
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1059,8	888,7	965,6	1083,6	929,8	1037,7
Objawy niedokładnie rozpoznane R00-R99	1120,3	761,4	1004,5	1079,4	707,8	983,6
Urazy i zatrucia S00-T14	1884,8	1459,0	1905,3	1930,1	1475,1	1959,4
Urazy S00-T14	1508,6	1187,6	1563,5	1541,3	1192,4	1599,1
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	29,5	21,7	26,9	36,0	26,8	32,9
Zatrucia T36-T65	94,8	67,7	73,2	110,0	79,0	89,1
COVID-19	-	280,7	806,7	-	210,8	568

Dane: Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB)

Tabela 4.5. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji mieszkańców wsi w przyczyn w Polsce w latach 2019, 2020, 2021 (na 100 tys. ludności, dane NIZP PZH – PIB).

Rozpoznania / ICD-10	Współczynniki rzeczywiste			Współczynniki standaryzowane		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Wszystkie rozpoznania A00-Z99	19369,0	14557,1	17914,9	18233,9	13535,9	16791,6
Choroby zakaźne A00-B99	493,5	265,9	344,9	601,4	309,9	429,2
Nowotwory C00-D48	1987,4	1755,4	2062,5	1716,5	1495,5	1747,4
Nowotwory złośliwe C00-C97	1263,7	1229,8	1422,0	1076,4	1037,4	1189,1
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego E00-E90	606,3	416,5	499,4	593,6	408,9	498,0
Cukrzyca E10-E14	178,5	116,6	129,5	156,2	101,8	114,0
Choroby układu nerwowego G00-H95	1682,7	1102,0	1388,7	1510,5	983,1	1236,2
Choroby układu krążenia I00-I99	2595,0	1874,8	2111,7	2012,5	1432,6	1621,7
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	163,3	97,8	105,1	139,5	82,7	89,7
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	556,5	410,5	480,2	443,3	322,2	374,8
Zawał serca I21-I22	175,2	149,3	167,4	137,3	116,0	129,6
Zespół sercowo-płucny I26-I51	1147,4	814,4	898,7	857,5	602,3	671,6
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	335,7	289,6	324,6	252,3	214,9	241,5
Miażdżycy I70	149,2	114,2	123,1	108,6	82,5	89,2
Choroby układu oddechowego J00-J99	1249,9	796,1	983,9	1334,4	820,0	1090,1
Zapalenie płuc J12-J18	287,2	217,0	284,4	316,6	221,9	324,4
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddech, J40-J47	223,1	124,2	116,3	199,0	110,3	109,4
Choroby układu trawiennego K00-K93	1463,5	1032,4	1263,2	1356,5	944,1	1166,6
Choroby wątroby K70-K77	117,9	83,2	88,3	106,3	74,5	79,8
Choroby układu moczowo – płciowego N00-N99	1552,1	1094,5	1374,9	1441,2	1014,2	1274,5
Niewydolność nerek N17-N19	187,6	143,5	153,7	147,6	112,0	121,6
Ciąża, poród, połóg O00-O99 bez O80 i O84	1102,5	922,4	994,8	1056,6	895,0	976,9
Objawy niedokładnie rozpoznane R00-R99	991,0	667,7	856,9	970,5	639,6	844,5
Urazy i zatrucia S00-T14	1796,3	1377,3	1771,2	1782,3	1356,2	1760,8
Urazy S00-T14	1455,0	1136,0	1460,8	1435,7	1109,8	1442,4
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	32,7	24,0	28,1	37,5	27,5	31,7
Zatrucia T36-T65	66,8	47,3	51,4	73,5	52,5	58,8
COVID-19	-	246,6	700,8	-	200,1	556,8

Dane: Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB)

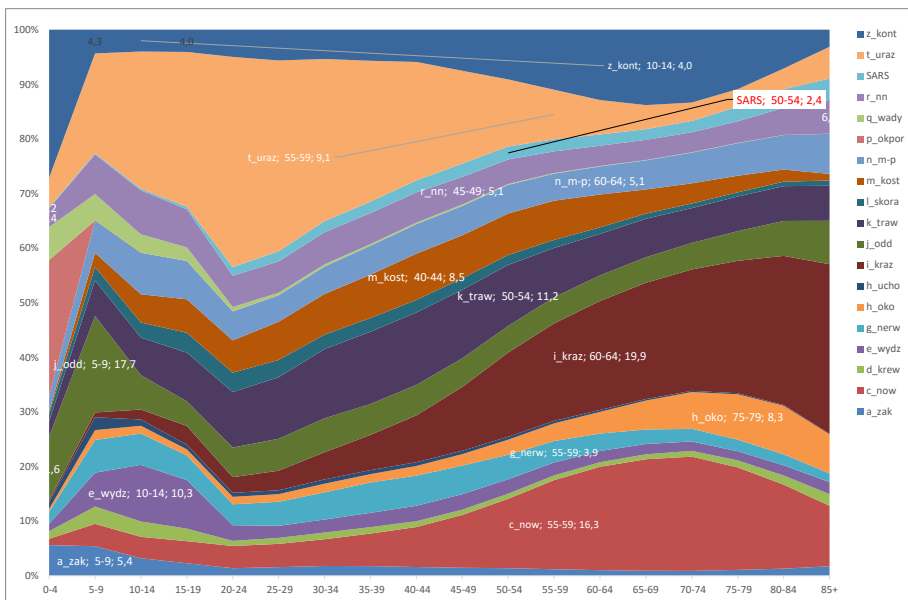
4.2. Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku w Polsce

W celu pogłębienia informacji dotyczących struktury hospitalizacji przeprowadzono analizę przyczyn pobytu w szpitalu w 2020 r. w 5 letnich grupach wieku – osobno dla mężczyzn i kobiet. Jak widać z ryciny 4.5 chłopcy w wieku poniżej 10 lat hospitalizowani są najczęściej z powodu chorób układu oddechowego i urazów. Dość dużą grupę wśród przyczyn hospitalizacji w tej grupie wieku stanowią również choroby zakaźne.

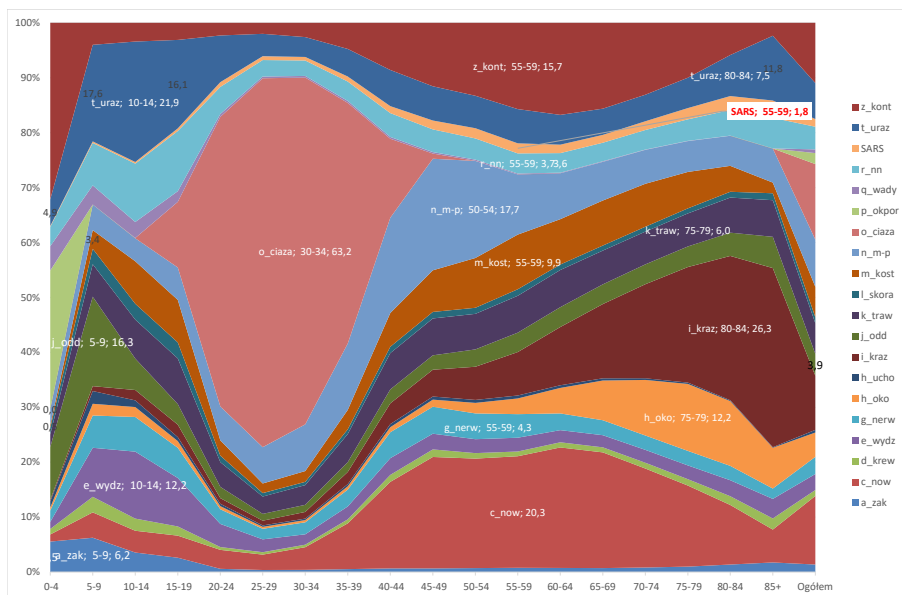
Należy zaznaczyć, że o znacznej częstości hospitalizacji dzieci poniżej 5 lat z powodu czynników wpływających na kontakt z ochroną zdrowia decydują kodowane w tej kategorii przyczyn urodzenia prawidłowe (ICD-10: Z38). trzeba również dodać, że w żadnej starszej grupie wieku choroby zakaźne nie stanowią ilościowo takiego problemu jak w grupie najmłodszych. Wśród hospitalizowanych chłopców w wieku powyżej 10 lat zaczynają dominować urazy i zatrucia, a obok nich choroby układu trawiennego. Sytuacja ta utrzymuje się wśród mężczyzn do 45 roku życia, kiedy wśród przyczyn hospitalizacji przeważają choroby układu krążenia. Od 50 roku życia oprócz chorób układu krążenia pojawiają się nowotwory, które swe maksimum wśród przyczyn hospitalizacji osiągają w grupie wieku 65–69 lat. Nie przekraczają jednak częstości hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia, które aż do najstarszej grupy wieku mężczyzn zwiększają swoje znaczenie wśród przyczyn hospitalizacji. W starszych grupach wieku zwiększa się też częstość chorób układu oddechowego jako przyczyny pobytu mężczyzn w szpitalu.

Warto zwrócić uwagę na zmniejszanie się po 70 roku życia hospitalizacji z powodu nowotworów. Stosunkowo duży udział chorób oka po 70 roku życia wiąże się z przeprowadzaniem zabiegów wszczepiania soczewki z powodu zaćmy starczej.

Nieco inaczej przedstawia się struktura hospitalizacji kobiet (Ryc. 4.6). Choroby układu oddechowego i choroby zakaźne, jako główna chorobowa przyczyna hospitalizacji, dominują wśród dziewczynek do 10 roku życia, podobnie jak wśród chłopców. Urazy i zatrucia, inaczej niż u chłopców, są najczęstszą przyczyną hospitalizacji wśród dziewcząt tylko do grupy wieku 10–14 lat. Poczynając od grupy wieku 15–19 lat aż do 39 lat przeważają zdarzenia związane z ciążą, porodem i położeniem, przy równoczesnym wzroście częstości chorób układu moczowo – płciowego w stopniu znacznie większym niż u mężczyzn. Od 60 roku życia aż do najstarszych grup wieku wśród przyczyn hospitalizacji kobiet zaczynają dominować choroby układu krążenia. Stopniowo, ale bardziej niż u mężczyzn, maleje udział



Ryc. 4.5. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2018 r. wg wieku leczonych – mężczyźni (Dane NIZP PZH – PIB)



Ryc. 4.6. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2018 r. wg wieku leczonych – kobiety (Dane NIZP PZH – PIB)

nowotworów, których wzrost częstości zaznacza się we wcześniejszych niż u mężczyzn grupach wieku. Choroby zakaźne są znaczącą przyczyną hospitalizacji obu płci tylko w najmłodszych grupach wieku, natomiast w starszych grupach wieku ich udział wśród przyczyn hospitalizacji jest większy wśród mężczyzn. Warto zaznaczyć, że znaczna różnica występuje między mężczyznami a kobietami w udziale urazów i zatruc w hospitalizacjach mężczyzn zwłaszcza w młodszych grupach wieku, która wynika z ryzykownych zachowań mężczyzn zwłaszcza w wieku poniżej 40 lat. Zarówno u mężczyzn, jak i wśród kobiet, obserwuje się znaczny odsetek przyczyn niedokładnie rozpoznanych (R00-R99) zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

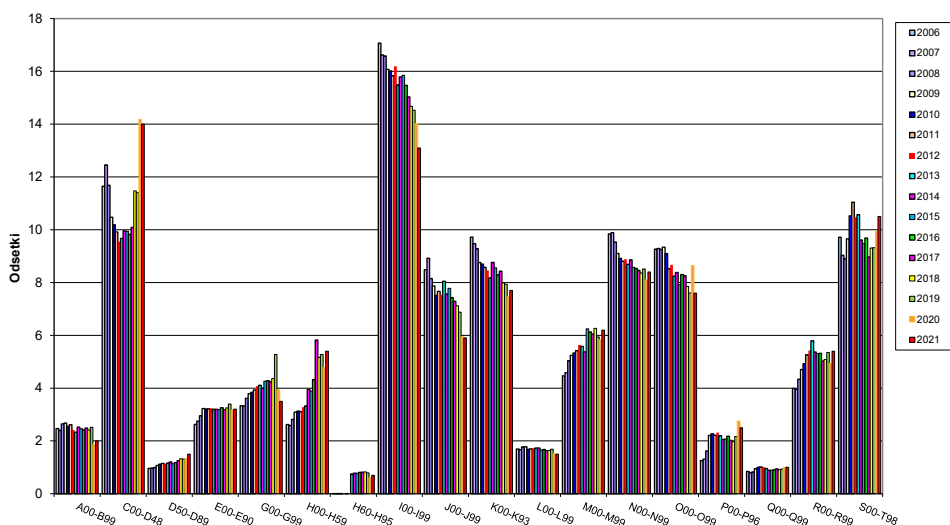
4.3. Zmiany struktury przyczyn hospitalizacji w latach 2006–2021

W uzupełnieniu do przedstawionych szczegółowych analiz obejmujących wybrane współczynniki hospitalizacji dla wybranych rozpoznań zwizualizowano zmiany całych grupy rozpoznań ICD-10 od 2006 r. do 2021 r. (ryc. 4.7). Jak widać z ryciny 4.7 wśród wszystkich przyczyn hospitalizacji, biorąc pod uwagę udział w puli wszystkich pobyków w szpitalach we wszystkich prezentowanych latach dominowały choroby układu krążenia (I00-I99), nowotwory (C00-D48), urazy i zatrucia (S00-T98), choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99) oraz pobyty związane z ciążą i porodem (O00-O99).

Obserwując zmiany procentowego udziału poszczególnych przyczyn można stwierdzić, że w latach 2003–2021 malał stale udział chorób układu krążenia (z 18% do 14%), chorób układu moczowo-płciowego i trawiennego (z 10% do 8%), oraz przyczyn związanych z porodem (z 9% do 8%). W ostatnich latach po początkowym okresie spadkowym wzrasta, szczególnie w 2018 r. udział nowotworów wśród przyczyn hospitalizacji. Niewątpliwym wzrost udziału dotyczy też chorób układu kostno-mięśniowego i chorób układu nerwowego. Niestety wzrasta udział przyczyn niedokładnie rozpoznanych wśród przyczyn pobytu w szpitalu, ograniczając naszą wiedzę o przyczynach hospitalizacji, choć w ostatnich czterech latach nastąpiła poprawa. Zmienna sytuacja obserwowana jest w zakresie urazów i zatruc – choć w ostatnim okresie nastąpił spadek częstości hospitalizacji. Natomiast sytuacja stabilna ma miejsce w zakresie chorób zakaźnych, chorób skóry i wad rozwojowych.

Należy zwrócić uwagę, że udziały procentowe przyczyn hospitalizacji nie ulegają zmianom w krótkich przedziałach czasowych i można stwierdzić, że pandemia COVID-19 odcisnęła się najbardziej w we wzroście udziału wśród leczonych w szpitalach chorych na nowotwory, urazy i zatrucia (S00-T98) przyczyny okołoporodowe (P00-P96).

Przedstawione tu tendencje temporalnych zmian struktury przyczyn hospitalizacji mogą być podstawą planowania decyzji o przekształceniach systemu w zakresie optymalizacji leczenia szpitalnego w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności jak również określenia zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

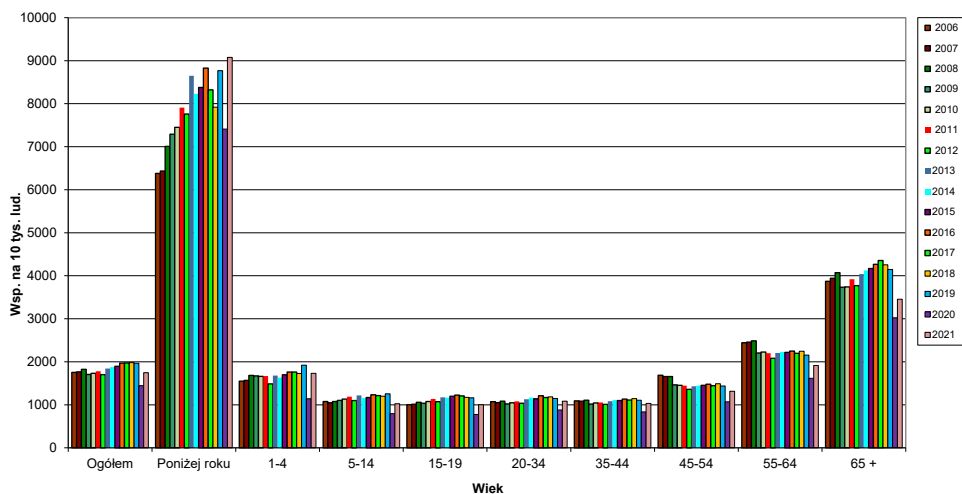


Ryc. 4.7 Struktura procentowa przyczyn hospitalizacji w Polsce w latach 2006–2018 (Dane NIZP PZH – PIB)

4.4. Zmiany hospitalizacji w czasie według wieku leczonych w latach 2006–2021

Zmiany struktur współczynników hospitalizacji³ wg wieku w latach 2006–2021 ogółem i wg wieku przedstawiono na ryc. 4.6. Jak widać z ryciny najczęściej hospitalizowane są dzieci poniżej roku i osoby powyżej 65. roku życia.

Ogółem w latach 2006–2019 współczynniki hospitalizacji wzrosły, o 12%, chociaż i ogólna rosnąca tendencja wielkości współczynników hospitalizacji widoczna jest we wszystkich prawie grupach wieku, z wyjątkiem dwóch podgrup 45–54 lat i 55–64, choć i tu zaznacza się pewien wzrost w ostatnich latach. Wyraźny spadek częstości leczenia szpitalnego ogółem w Polsce nastąpił w 2020 r. i wyniósł on ponad 30% wartości z 2019 r., widoczny jest on we wszystkich grupach wieku osób hospitalizowanych.



Ryc. 4.8. Hospitalizacja w Polsce w latach 2006–2020 ogółem wg wieku współczynniki na 10 tys. ludności (Dane NIZP PZH – PIB)

³ Należy zwrócić uwagę, że w poprzednim podrozdziale przedstawiono odsetki hospitalizowanych wg przyczyn, liczone w stosunku do ogółu leczonych w szpitalach w Polsce. W tym podrozdziale omawiane są współczynniki hospitalizacji wg grup wieku hospitalizowanych (mianownikami są liczby ludności w poszczególnych grupach wieku).

Po pierwszym roku pandemii COVID-19 następuje wzrost częstości hospitalizacji ogółem o 21% w stosunku do wartości obserwowanej w 2020 r., ale współczynnik hospitalizacji jest w dalszym ciągu niższy niż w 2019 r.

Warto zaznaczyć, że największe odrabianie obniżenia częstości hospitalizacji miało miejsce w grupach najmłodszych hospitalizowanych – „poniżej 1 roku” i „1–4 lat”.

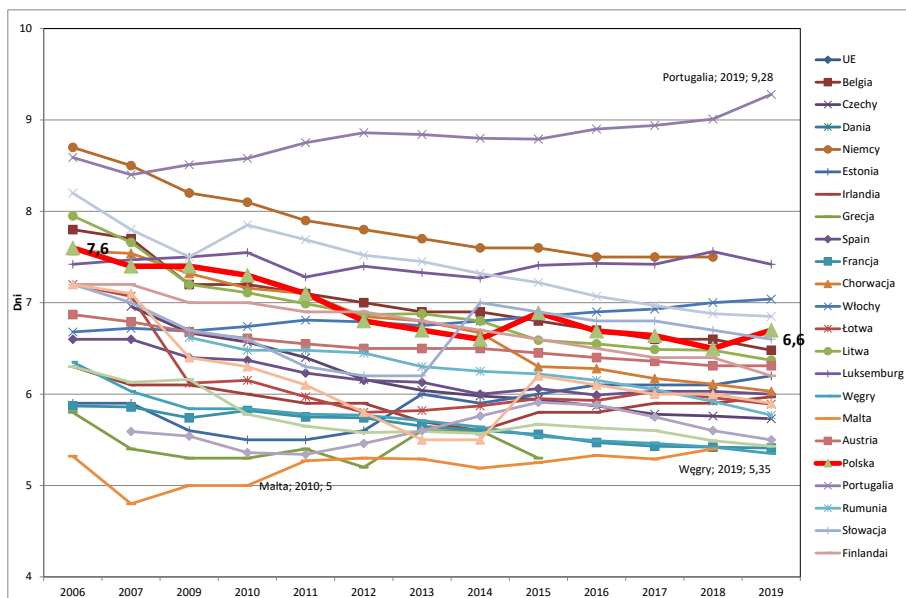
4.5. Długość hospitalizacji

Leczenie szpitalne zależnie od kraju generuje od 40–50% kosztów opieki zdrowotnej, znaczną część tych kosztów stanowi sam pobyt w szpitalu, czyli tzw. „koszty hotelowe”. Dlatego organizatorzy ochrony zdrowia dążą do ich zmniejszenia, a więc skrócenia pobytu w szpitalu. Dodatkowym argumentem przemawiającym za skróceniem pobytu w szpitalu jest narażenie na zakażenia wewnątrzszpitalne, których prawdopodobieństwo wzrasta z wydłużeniem pobytu w szpitalu.

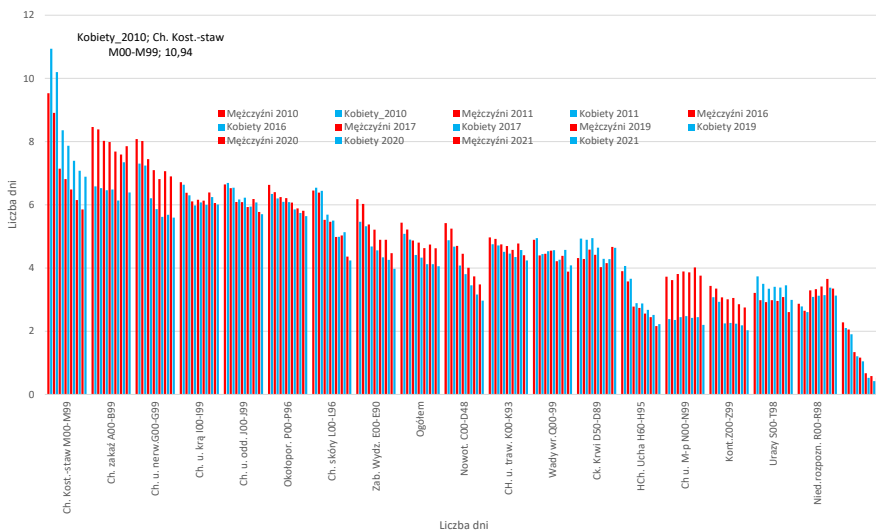
W związku z coraz częstszym stosowaniem dla niektórych rozpoznań procedur jednodniowych wykonywanych w szpitalach lub ambulatoriach specjalistycznych średnia długość pobytu w szpitalach skraca się⁴. Jak widać z ryciny 4.9 w Polsce długość pobytu w szpitalu w latach 2006–2018 skróciła się o 1 dzień (15%) i obecnie Polska zalicza się do krajów o stosunkowo krótkim pobycie w szpitalu (6 dni) z powodu ogółu przyczyn, jednak jest to długość pobytu wyższa o 1 dzień niż w na Węgrzech, na Malcie i Islandii. Z drugiej strony w Polsce hospitalizuje się krócej niż w Portugalii o 3 dni.

W tej części opracowania ukazane zostały długości pobytu w szpitalach w Polsce w zależności od jednostki chorobowej będącej przyczyną pobytu w szpitalu (główne grupy chorób (ICD-10) z uwzględnieniem okresu przed i w trakcie Pandemii COVID-19.

⁴ Eurostat stosuje własny podział szpitali wyróżniając szpitale krótkiego pobytu (acute hospitals) spośród ogółu szpitali. W tym rozdziale analizowana jest długość pobytu dla ogółu szpitali



Ryc. 4.9. Długość pobytu w szpitalu wszystkie przyczyny w Polsce i innych krajach UE (dane Eurostat OECD)



Ryc. 4.10. Długość pobytu w szpitalu w latach 2010, 2011, 2016, 2019, 2020 i 2021, (dane NIZP PZH – PIB)

Zgodnie z zaleceniami ekspertów OECD od organizacji ochrony zdrowia długość hospitalizacji powinna ulegać skróceniu i tak to się dzieje we wszystkich prawie krajach UE, z wyjątkiem tych, w których jest ona już teraz bardzo krótka. Wynika to z nowych technologii pozwalających wykonać szereg procedur w trybie jednego dnia i unikania zdarzających się jednak zakażeń szpitalnych. Rycina 4.9 Dokumentuje te tendencje widoczne także dla naszego kraju.

Na rycinie 4.10 przedstawiono długość hospitalizacji w Polsce w 6 wybranych latach począwszy od 2010 r. według grup rozpoznań międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. W podziale na płeć. Z ryciny widać, że najdłużej hospitalizowane są i były dawniej choroby układu kostno-stawowego, choroby zakaźne i choroby układu nerwowego, tuż za nimi są choroby układu krążenia i choroby układu oddechowego. Najkrócej przebywają w szpitalu osoby leczone z powodu chorób oka, przyczyn niedokładnie rozpoznanych oraz urazów.

Warto zaznaczyć, co widać wyraźnie z ryciny, że dla wszystkich prawie rozpoznań widoczna jest tendencja do skracania się długości pobytu w szpitalu. Widoczne jest to najbardziej dla chorób układu kostno-mięśniowego i co jest zrozumiałe ze względu na szerokie wprowadzenie procedur jednodniowych – chorób oka. Na niezmiennym poziomie utrzymuje się długość pobytu w szpitalu osób leczonych z powodu chorób układu moczowo-płciowego i przyczyn niedokładnie rozpoznanych, powoli maleje długość pobytu w szpitalu osób leczonych z powodu chorób układu krążenia i chorób układu oddechowego. Warto podkreślić, że dla niektórych rozpoznań zaznaczają się wyraźnie różnice w długości pobytu w szpitalu mężczyzn i kobiet. Mężczyźni wyraźnie dłużej niż kobiety leczeni są w szpitalu z powodu chorób zakaźnych i chorób układu moczowo-płciowego i przyczyn niedokładnie rozpoznanych. Kobiety przebywają w szpitalu dłużej niż mężczyźni z powodu chorób układu kostno-stawowego, i urazów. Ogółem jednak biorąc pod uwagę wszystkie rozpoznania mężczyźni przebywali w związku z leczeniem w szpitalu dłużej niż kobiety.

Warto zaznaczyć, że w latach pandemii 2020–2021 dla większości przyczyn hospitalizacji utrzymywała się tendencja skracania długości pobytu w szpitalu.

4.6. Śmiertelność szpitalna

Całkowita dla wszystkich przyczyn hospitalizacji śmiertelność związana z leczeniem w szpitalach ogólnych w Polsce ulegała nieznacznemu zmniejszeniu w latach 2003–2006 z 2,3% do 2,1%, w 2015 r. wynosiła 2,0%, w 2016 1,9% – dla wszystkich przyczyn hospitalizacji razem. W ostatnich dwóch latach przed (lata 2017–2018) pandemią COVID-19 śmiertelność szpitalna wynosiła 1,95% i 2,0%.

Celem prezentowanej poniżej analizy jest ukazanie śmiertelności szpitalnej w roku poprzedzającym pandemię COVID-19 i w latach pandemii w porównaniu z 2019 r.

Z tabeli 4.6 i ryciny 4.8 widać, że ogólnie śmiertelność szpitalna w latach pandemii 2020 i 2021 była wyższa niż w 2019 r. a w roku 2020 zwiększyła się bardziej niż rok później. Przy czym należy zaznaczyć, że w 2019 r. śmiertelność ta była równa obserwowanej w 2018 r., która wynosiła 2% ogółem⁵.

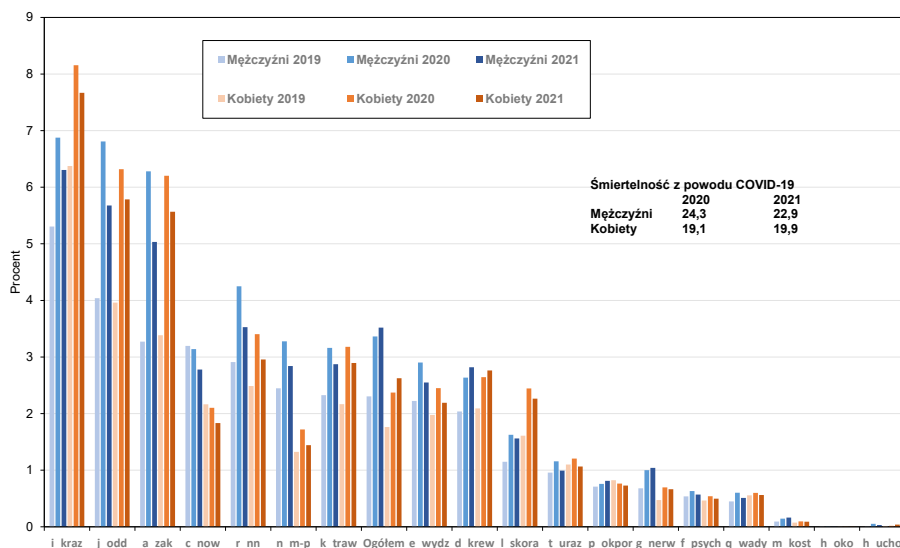
Śmiertelność szpitalna ogółem była w latach 2019–2021 wyższa w każdym roku wśród mężczyzn niż wśród kobiet, różnica ta była nieco mniejsza w okresie przed pandemicznym. Niezależnie od zmian śmiertelności szpitalnej w kolejnych latach największa śmiertelność występowała wśród leczonych na choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby zakaźne. Wyraźnie zaznaczają się grupy chorób, dla których śmiertelność wśród kobiet jest wyższa niż wśród mężczyzn. Dotyczy to chorób układu krążenia, nowotworów i chorób układu nerwowego. Dla prawie wszystkich grup chorób obserwuje się wzrost śmiertelności szpitalnej w pierwszym roku pandemii. Przy mniejszej liczbie hospitalizowanych może to wynikać z większego udziału cięższych przypadków. W drugim roku pandemii (2021) śmiertelność szpitalna dla wielu grup jednostek chorobowych była już niższa niż w 2020 r.

⁵ Bez podziału na płeć.

Tab. 4.6. Śmiertelność szpitalna w Polsce w latach 2019, 2020 i 2021 według przyczyn hospitalizacji płci (dane NIZP PZH – PIB)

Rozpoznanie ICD-10	Mężczyźni 2019	Kobiety 2019	Mężczyźni 2020	Kobiety 2020	Mężczyźni 2021	Kobiety 2021
Choroby zakaźne A00-B99	3,3	3,4	6,3	6,2	5,0	5,6
Nowotwory złośliwe C00-C97	3,2	2,2	3,1	2,1	2,8	1,8
Choroby krwi D50 – D89	2,0	2,1	2,6	2,6	2,8	2,8
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego E00-E90	2,2	2,0	2,9	2,5	2,5	2,2
Choroby układu nerwowego G00-G99	0,7	0,5	1,0	0,7	1,0	0,7
Choroby oka H00-H59	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Choroby ucha H60-H95	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Choroby układu krążenia I00-I99	5,3	6,4	6,9	8,2	6,3	7,7
Choroby układu oddechowego J00-J99	4,0	4,0	6,8	6,3	5,7	5,8
Choroby układu trawiennego K00-K93	2,3	2,2	3,2	3,2	2,9	2,9
Choroby skóry L00-L99	1,2	1,6	1,6	2,5	1,6	2,3
Ch. układu kostnego M00-M99	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Ch. układu moczowo-płciowego N00-N99	2,5	1,3	3,3	1,7	2,8	1,4
Stany ok. porodowe P00-P96	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
Wady rozwojowe Q00-Q96	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
Niedokładnie określi R00-R99	2,9	2,5	4,3	3,4	3,5	3,0
COVID-19			24,3	19,1	22,9	19,9
Urazy i zatrucia S00-T14	1,0	1,1	1,2	1,2	1,0	1,1
Ogółem	2,3	1,8	3,4	2,4	3,5	2,6

Na tle prezentowanej śmiertelności szpitalnej według głównych przyczyn ICD-10 wyróżnia się umieralność z powodu COVID-19. Wynosiła ona nieco ponad 24% u mężczyzn w 2020 r. i prawie 23% w 2021 r. Śmiertelność kobiet była trochę niższa niż mężczyzn i minimalnie wzrosła w okresie pandemii z 19,1% do 19,9%.



Ryc. 4.11. Śmiertelność szpitalna w Polsce w latach 2019, 2020 i 2021 według przyczyn hospitalizacji i płci (dane NIZP PZH – PIB)

4.7. Hospitalizacja z powodu COVID-19 w szpitalach w Polsce

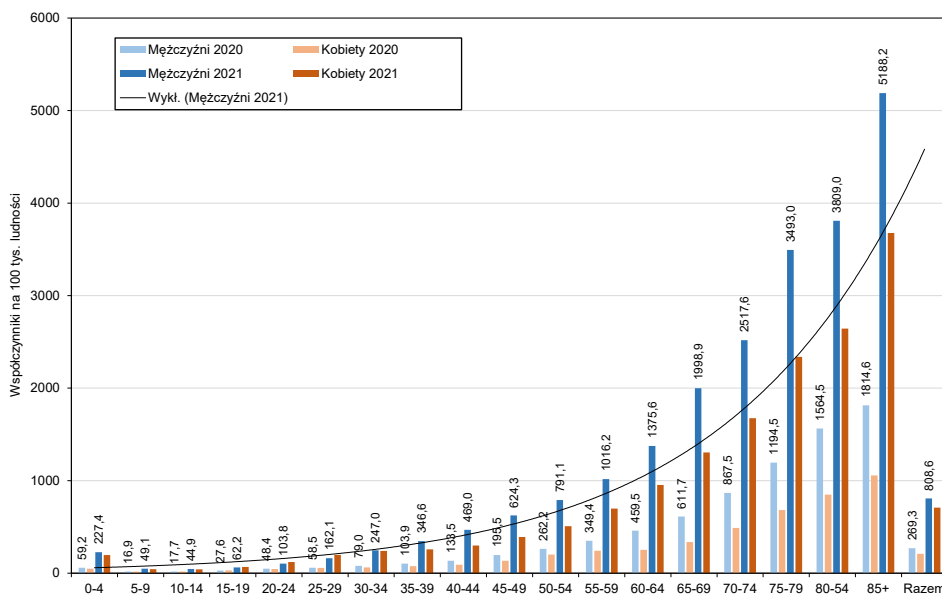
Dane przedstawione poniżej pochodzą z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (OBChSO), które prowadzone jest zgodnie z obowiązującym Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

Zgodnie z ustaleniami wprowadzonymi przez Światową Organizację zdrowia w związku z Pandemią COVID-19 do międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10) wprowadzono dwa nowe kody chorób:

1. U07.1 COVID-19 – gdy wirus SARS-CoV-2 jest zidentyfikowany na podstawie badania laboratoryjnego (badanie molekularne metodą RT-PCR), przypadki potwierdzone zgodnie z definicją przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego,
2. U07.2 COVID-19 – gdy wirus jest niezidentyfikowany, a COVID-19 został rozpoznany na podstawie objawów klinicznych lub kryteriów epidemiologicznych, natomiast wynik badania laboratoryjnego jest niejednoznaczny lub niedostępny.

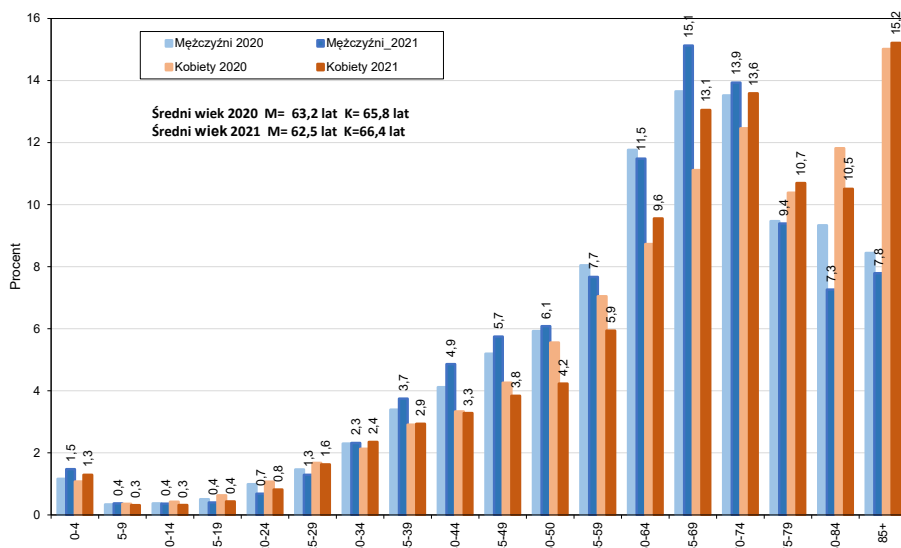
Ze zbioru danych gromadzonych w NIZP – PZH w ramach ww. badania (OBChSO) w 2020 r. i 2021 r. wybrano dwa podzbiory danych osób, które przebywały w szpitalu i przy wypisie ze szpitala w latach 2020–2021, jako główną przyczynę hospitalizacji miały wpisany jeden z dwóch wymienionych powyżej kodów. Ogólna liczba uwzględnionych w analizie pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 w 2020 r. wynosiła 91 589, a w 2021 r. – 28 9178 osób. Należy dodać, że wiele osób hospitalizowanych z innych przyczyn w latach 2020–2021 miało wpisany kod choroby współistniejącej ICD-10 U07.1 lub U07.2 jako przyczynę współistniejącą hospitalizacji. W 2020 r. było to 40 000 osób, a w 2021 r. – 53 000. W analizie prezentowanej w tym opracowaniu uwzględniono tylko te osoby, które w karcie statystycznej szpitalnej ogólnej (Mz/Szp-11) jako przyczynę zasadniczą hospitalizacji miały wpisany jeden z dwóch ww. kodów ICD-10.

Poniżej przedstawiono podstawowe charakterystyki osób hospitalizowanych w Polsce z powodu COVID-19 i dokonano analizy porównawczej tych charakterystyk w obu latach pandemii.



Ryc. 4.12. Współczynniki hospitalizacji z powodu COVID-19 w Polsce wg grup wieku i płci (dane NIZP PZH – PIB)

Na rycinie 4.12 przedstawiono współczynniki hospitalizacji leczonych w szpitalach z powodu COVID-19 w 5-letnich grupach wieku w latach 2020–2021. Wzrost częstości hospitalizacji z wiekiem miał charakter zbliżony do wykładniczego z szybszym zwiększaniem się współczynników po 50 roku życia. Trzeba podkreślić, że w każdej grupie wieku hospitalizowano więcej mężczyzn niż kobiet zarówno w 2020 r., jak i 2021 r. Z ryciny widać wyraźnie, że epidemia w 2021 r. objęła znacząco większą część populacji osób starszych. Zwraca uwagę stosunkowo duży wzrost częstości hospitalizacji z powodu COVID-19 w 2021 r. w porównaniu z rokiem 2020 dzieci w wieku 0–4 lata.



Ryc. 4.13. Struktura wieku mężczyzn i kobiet leczonych z powodu COVID-19 w szpitalach w Polsce w latach 2020–2021 (Dane NIZP PZH – PIB)

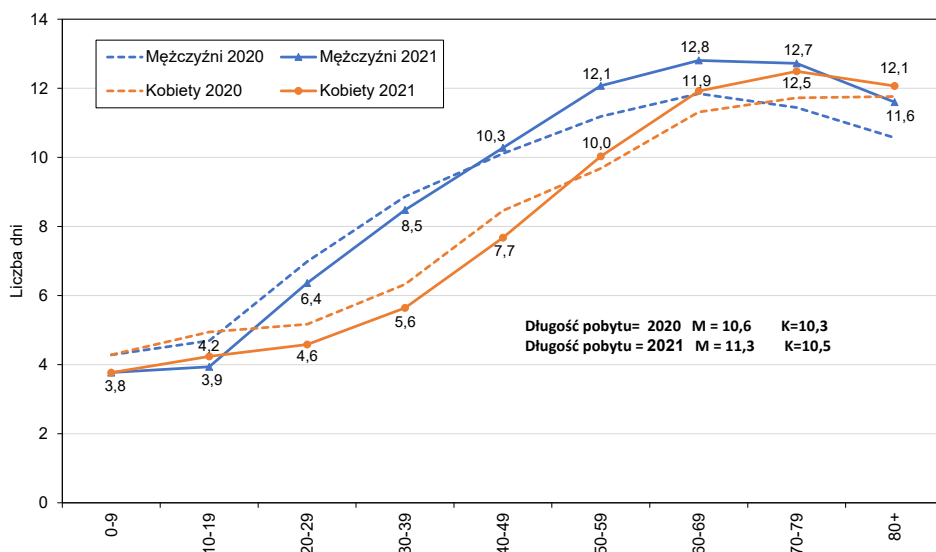
Średni wiek pacjentów leczonych w szpitalach z powodu COVID-19 w 2020 r. wynosił 63,2 lat u mężczyzn i 65,8 lat u kobiet. Mężczyźni leczeni w 2021 r. byli nieco młodszy (62,5 lat) a kobiety starsze (66,4 lat).

Pacjenci leczeni z powodu COVID-19 w wieku poniżej 30 lat stanowili niewielką grupę hospitalizowanych, ok. 5%. Wśród leczonych z powodu COVID-19 w grupach wieku poniżej 30 lat obserwuje się jednakowe prawie odsetki hospitalizowanych w obu

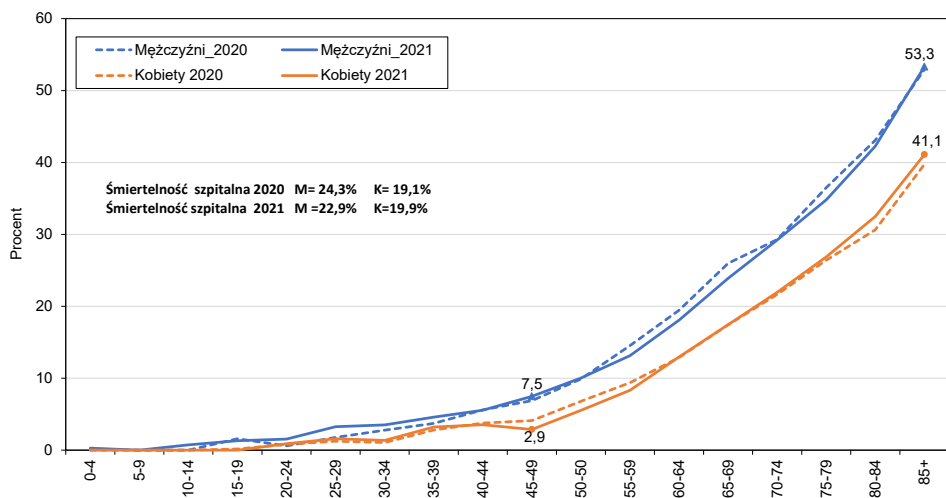
latach pandemii i dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Większy udział osób starszych wśród hospitalizowanych kobiet niż wśród mężczyzn wynikał ze starszej struktury wieku kobiet w populacji generalnej, gdyż jak pokazują współczynniki hospitalizacji (ryc. 4.12) mężczyźni byli częściej niż kobiety hospitalizowani niezależnie od wieku, również w starszych grupach.

Ogólnie można stwierdzić, że ponad 80% pacjentów leczonych w szpitalach w Polsce z powodu COVID-19 stanowiły osoby powyżej 50 roku życia.

Średnia długość pobytu pacjentów leczonych z powodu COVID-19 w Polsce była zbliżona dla mężczyzn i kobiet w obu latach pandemii i wahała się od 10,3 dni do 10,6 dni. Jednak w zależności od wieku występowały duże różnice długości pobytu – od 4 dni u najmłodszych (0–4) lat do prawie 13 dni w grupie wieku 70–79 lat (ryc. 4.14). Również różnice w długości hospitalizacji mężczyzn i kobiet bardzo zależały od wieku. Mężczyźni w wieku od 20–69 lat przebywali w szpitalu przeciętnie znacznie dłużej niż kobiety, natomiast wśród osób najmłodszych i najstarszych długość hospitalizacji nie różniła się w grupach płci.



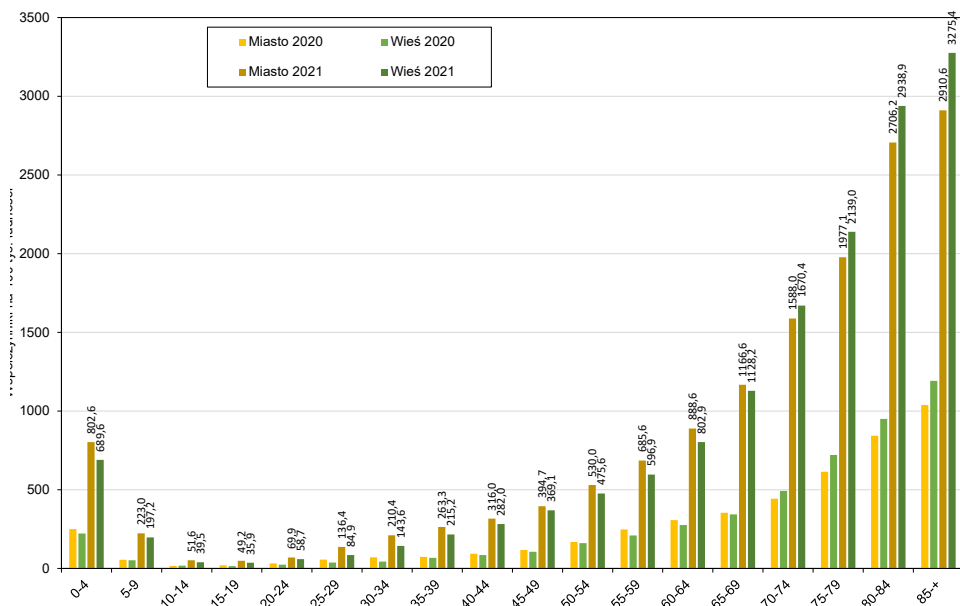
Ryc. 4.14. Średnia długość pobytu w szpitalu wg płci i wieku pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 w Polsce w latach 2020 i 2021 (Dane NIZP PZH – PIB)



Ryc. 4.15. Śmiertelność szpitalna z powodu COVID-19 w Polsce w latach 2020 i 2021 wg płci i wieku pacjentów hospitalizowanych (Dane NIZP PZH – PIB)

Śmiertelność szpitalna w zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, wzrastała z wiekiem bardzo podobnie w obu latach pandemii COVID-19. Do wieku 20 lat była ona bliska zeru, ale od 30. roku życia widać wzrost śmiertelności szybszy u mężczyzn niż u kobiet tak, że w wieku 85 lat i więcej śmiertelność wśród mężczyzn wynosiła ponad 50% leczonych w szpitalu z powodu COVID-19 i była o 10 p.p. wyższa od śmiertelności wśród kobiet. Ogółem w czasie pandemii w 2020 r. spośród leczonych w szpitalu mężczyzn zmarło 24% hospitalizowanych a w 2021 r. 22,9%. Zagrożenie zgonem wśród hospitalizowanych kobiet było mniejsze niż mężczyzn, w 2020 r. zmarło 19% kobiet leczonych z powodu COVID-19, a w 2021 r. śmiertelność szpitalna nieznacznie wzrosła do 19,9%.

Współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast i wsi z powodu COVID-19 w latach 2020 i 2021 kształtowały się dosyć podobnie, jednak zarówno w pierwszym, jak i drugim roku pandemii, przed 70. rokiem życia częściej hospitalizowani byli mieszkańcy miast a w wieku 70 lat i starszym mieszkańcy wsi (ryc. 4.16). Wiek hospitalizowanych z powodu COVID-19 mieszkańców miast i wsi był zbliżony, średni wiek wynosił odpowiednio 64,4 i 64,3 lat, długość pobytu w szpitalu była podobna 10,4 dnia a śmiertelność szpitalna 22,3%.

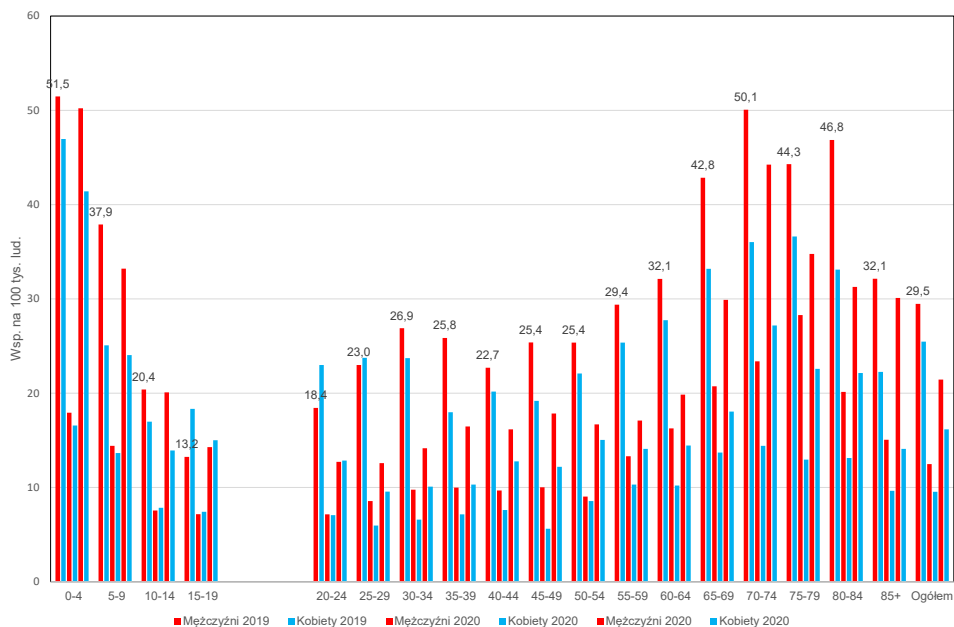


Ryc. 4.16. Współczynniki hospitalizacji z powodu COVID-19 mieszkańców miast i wsi według wieku i miejsca zamieszkania (miasto-wieś) w 2020 i 2021 r. (Dane NIZP PZH – PIB)

4.8. Hospitalizacja młodzieży i osób starszych z powodu chorób oczu w latach 2019–2021

WHO szacuje, że upośledzenie wzroku dotyczy 285,4 mln ludzi w skali globalnej, z czego 13,8% to niewidomi. Do najczęstszych przyczyn chorób oczu na świecie należą: wady refrakcji przekładające się na ostrość widzenia (42%), zaćma (33%) oraz jaskra (2%). Dominującą przyczyną ślepoty jest zaćma (51%), w dalszej kolejności jaskra (8%) i zwyrodnienie plamki żółtej (AMD).

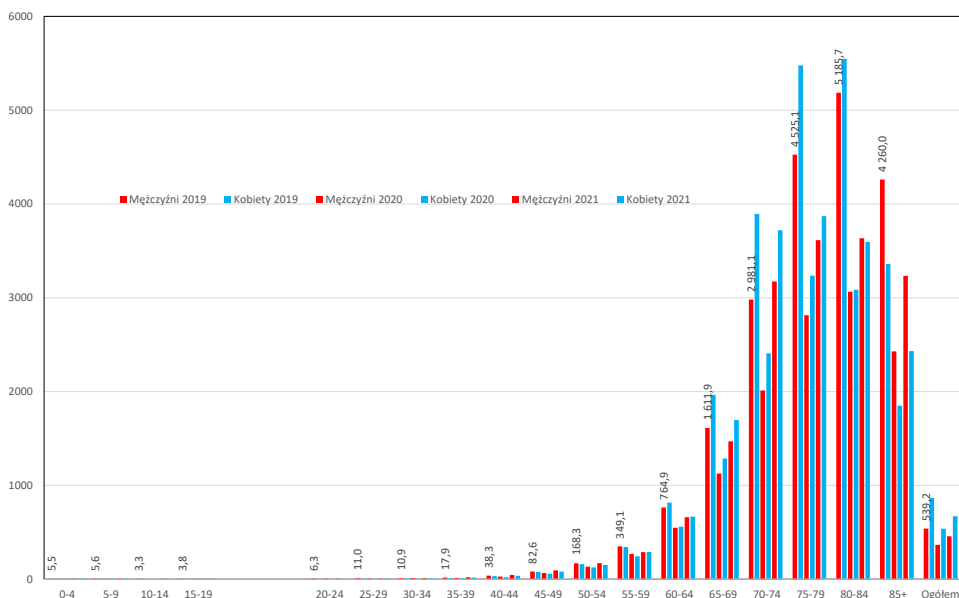
W poniższym podrozdziale przedstawiono wybrane ww. choroby oczu hospitalizowane w Polsce w latach 2019–2020 celem zbadania czy okres Pandemii COVID-19 wpłynął na częstość leczenia tych ważnych społecznie problemów zdrowotnych zwłaszcza w populacji dzieci i młodzieży i w grupie starszych osób.



Ryc. 4.17. Hospitalizacja z powodu zaburzenia spojówek (H10–H13) w latach 2019–2021 współczynniki wg płci i wieku na 100 tys. ludności (Dane NIZP PZH – PIB)

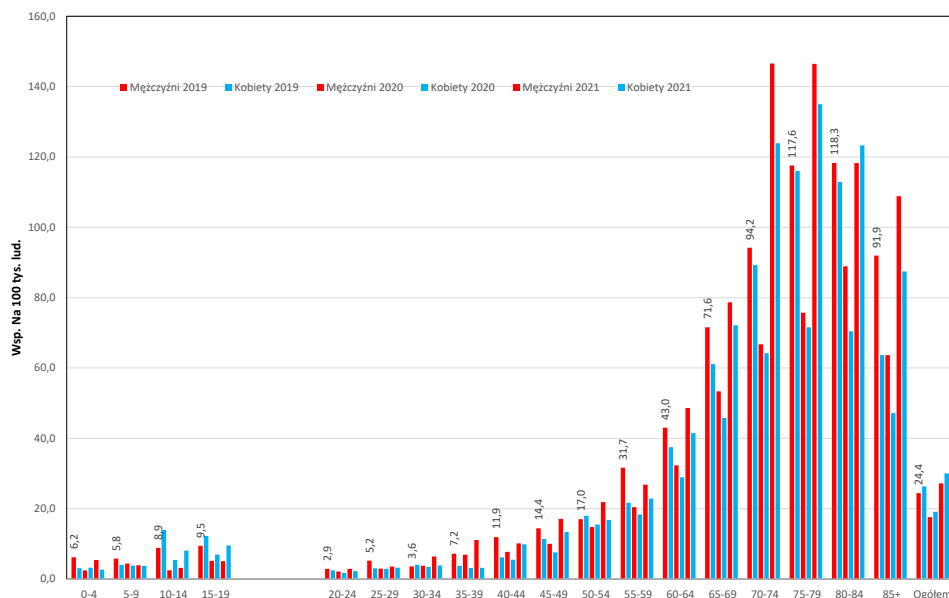
Na rycinie 14.17 przedstawiono hospitalizację młodzieży do 19 roku życia i osób starszych z powodu zaburzeń spojówek, ta grupa rozpoznań obejmuje przede wszystkim zapalenia spojówek. Jak widać z ryciny we wszystkich analizowanych latach choroby te dominują w najmłodszych grupach wieku i hospitalizacja z ich powodu zmniejsza się systematycznie do 19 roku życia. U osób starszych leczenie szpitalne zaburzeń spojówek nasila się systematycznie zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, osiągając maksimum w wieku 70 lat a u osób najstarszych maleje do poziomu obserwowanego u osób w wieku 20 lat. W każdej grupie wieku zarówno u najmłodszych, jak i najstarszych mężczyźni, byli częściej hospitalizowani niż kobiety.

W 2020 r. współczynnik hospitalizacji zmniejszył się u mężczyzn z 29 na 12, a więc ponad dwukrotnie, a u kobiet – z 25 na 10. W 2021 r. nastąpiło zwiększenie częstości leczenia szpitalnego z powodu zaburzeń spojówek, ale wartość współczynników hospitalizacji nie osiągnęła obserwowanej w 2019 r.



Ryc. 4.18. Hospitalizacja z zaburzenia soczewki (H25–H28) w latach 2019–2021 współczynniki wg płci i wieku na 100 tys. ludności (Dane NIZP PZH – PIB)

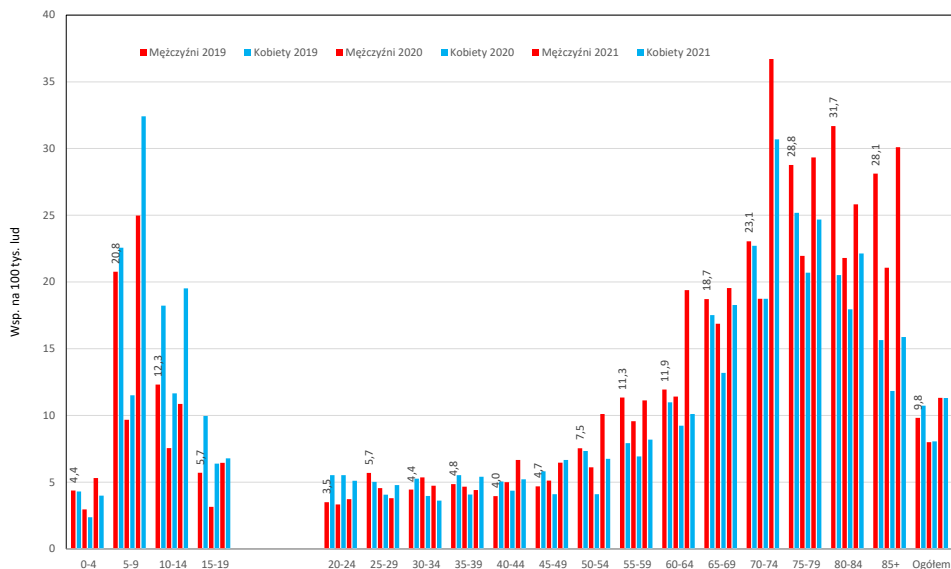
Zaburzenia soczewki, głównie zaćma (Ryc. 4.18) występuje przede wszystkim u osób starszych, jako zaćma starcza, ale jak widać z ryciny hospitalizacje z powodu zaćmy bywają także u osób najmłodszych i u młodzieży do 19 roku życia. Większość jednak przypadków hospitalizacji z powodu zaćmy ma miejsce u osób powyżej 60 roku życia. Generalnie kobiety hospitalizowane są częściej niż mężczyźni z powodu zaćmy i dotyczy to prawie wszystkich grup wieku w analizowanych latach. Tak jak w przypadku zapalenia spojówek obserwowano obniżenie częstości leczenia szpitalnego z powodu zaćmy w 2020 r., ale 2021 r. charakteryzuje się zwiększeniem częstości leczenia szpitalnego z powodu zaćmy, a więc redukowaniem powstałego tzw. „długu zdrowotnego”. Należy zaznaczyć, że leczenie zaćmy to głównie usuwanie zmętniałej soczewki (zaćma starcza) i zabiegi tego rodzaju coraz częściej odbywają się poza szpitalem w trybie ambulatoryjnym.



Ryc. 4.19. Hospitalizacja z powodu jaskry (H40-H42) w latach 2019–2021 współczynniki wg płci i wieku na 100 tys. ludności (Dane NIZP PZH – PIB)

Jaskra, (Ryc. 4.19) to zaburzenie podobnie jak zaćma rozwijające się w wieku starszym, ale jak widać z ryciny do 19 roku życia pojawiają się przypadki hospitalizacji i to nieco częściej w starszych rocznikach 15–19 lat. Jednak najwięcej osób leczonych jest w szpitalu z powodu zaćmy w wieku 70–80 lat, choć systematyczny wzrost częstości zaćmy obserwuje się już od 40 roku życia. Do 19 roku życia zaćma była nieco częściej leczona u kobiet a po 40. roku życia częściej z powodu jaskry leczeni są mężczyźni. Charakterystycznym jest widoczne po 60. roku życia zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, i widoczne również ogółem dla wszystkich grup wieku nadrobienie niedoborów leczenia jaskry w 2020 r.

Zaćma i jaskra mogą prowadzić do upośledzenia widzenia, które leczone jest w szpitalu z rozpoznaniem ICD-10: H53-H54 (Ryc. 4.20). Jak widać z ryciny bardzo dużo dzieci młodzieży poniżej 19 roku życia, szczególnie w wieku 5–9 lat, przebywa w szpitalu z tej przyczyny i to więcej dziewcząt niż chłopców. U osób starszych po 60 roku życia wśród hospitalizowanych przeważają kobiety. Ogólnie tak jak w przypadku leczenia szpitalnego jaskry widoczna jest tendencja do nadrobienia niedoborów hospitalizacji z powodu niedowidzenia w roku pandemii przez wzrost hospitalizacji w 2021 r.



Ryc. 4.20. Hospitalizacja z powodu upośledzenia widzenia i ślepoty (H53–H54) w latach 2019–2021 współczynniki wg płci i wieku na 100 tys. ludności (Dane NIZP PZH – PIB)

PODSUMOWANIE

W pierwszym roku pandemii COVID-19 (2020 r.) nastąpiło niespotykane dotychczas obniżenie częstości hospitalizacji w Polsce, w drugim roku pandemii (2022 r.) nadrobienie niedoborów hospitalizacji (tzw. „Długu zdrowotnego”) było zróżnicowane co do wielkości, tak, że dla nie niektórych rozpoznań wartości współczynników hospitalizacji przekroczyły te z roku 2019.

1. W 2019 r., hospitalizowano w szpitalach ogólnych w Polsce: 8 478 tysięcy osób a w 2020 r. 6 482 tysiące osób, czyli o 31% mniej, co związane było z pandemią COVID-19 i przeorganizowaniem działania szpitali m.in. poprzez przekształcenie części z nich na tzw. „szpitale jednoimienne”. W 2021 r. hospitalizowano również o 7% mniej pacjentów niż w 2019 r. – 7 872 tysiące, ale nieco więcej (o 21%) niż w 2020 r. Nie wyrównało to powstałego przez w wyniku pandemii COVID-19 tzw. „długu zdrowotnego”, którego przyczyną było

także zaniechanie leczenia szpitalnego przez pacjentów mających zaplanowane hospitalizacje.

2. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji ogółem wynosiły w kolejnych analizowanych latach (2019–2021) odpowiednio 1 9013,7, 14 213,5 i 17 728,6 na 100 tys. ludności. Różnice współczynników między 2019 r. a rokiem pandemii wynosiła 33,8% a wzrost w 2021 r. wyniósł 7,2%, nadal jednak jest to mniej o ponad 24% w porównaniu ze współczynnikiem hospitalizacji sprzed pandemii COVID-19.
3. Jeśli uwzględnić liczby bezwzględne kobiety były hospitalizowane częściej niż mężczyźni, ale jak wynika z analizy większości przyczyn chorobowych po standaryzacji współczynników hospitalizacji mężczyźni są bardziej narażeni na hospitalizację z powodu większości głównych przyczyn pobytu w szpitalu. Z 28 analizowanych przyczyn hospitalizacji tylko 6 standaryzowanych współczynników było wyższych u kobiet i dotyczy to w zasadzie trzech analizowanych lat (2019–2021). Niektóre różnice współczynników na niekorzyść mężczyzn zwłaszcza dotyczące chorób układu krążenia (zawał, miażdżyca) przekraczały 100%. Wyższe współczynniki hospitalizacji kobiet stwierdza się dla zaburzeń wydzielania wewnętrznego i chorób układu moczowo-płciowego.
4. W roku 2020 r. hospitalizowano mniej osób niż w 2019 r. i dotyczy to wszystkich analizowanych grup rozpoznań, w 2021 r. nastąpił wzrost współczynników jednak do poziomu niższego niż przed pandemią. Największe spadki współczynników zaobserwowano dla chorób zakaźnych (bez COVID-19), przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych, choroby nadciśnieniowej, chorób układu nerwowego i ogółu chorób układu krążenia. Natomiast najmniejsze spadki współczynników stwierdzono dla zawału serca i chorób naczyń mózgowych, pobytów w szpitalu związanych z ciążą i porodem a także dla nowotworów ogółem.
5. Prawie dla wszystkich analizowanych rozpoznań spadki w zakresie częstości hospitalizacji w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. były wyższe u mieszkańców wsi niż mieszkańców miast. W 2020 r. największe spadki częstości hospitalizacji zaobserwowano zarówno w mieście, jak i na wsi, dla chorób zakaźnych, przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych i choroby nadciśnieniowej i chorób układu nerwowego. Najmniejsze spadki dla nowotworów, zawału serca, chorób naczyń mózgowych i przyczyn pobytu w szpitalu związanych z porodem (bez porodów).

W 2021 r. obserwuje się wyrównywanie niedoborów hospitalizacji, a więc do zmniejszenia tzw. „długu zdrowotnego”, który jak stwierdzono powyżej jest większy dla mieszkańców wsi niż miast.

6. Tylko 5 z 27 krajów UE hospitalizuje swoich obywateli dłużej niż Polska (dane z 2019 r.), jednak od 2006 r. zgodnie z zaleceniami ekspertów OECD długość hospitalizacji w Polsce ogółem dla wszystkich przyczyn zmalała o 1 dzień. Najdłużej hospitalizowane są i były dawniej choroby układu kostno-stawowego, choroby zakaźne i choroby układu nerwowego, tuż za nimi są choroby układu krążenia i choroby układu oddechowego. Najkrócej przebywają w szpitalach w Polsce osoby leczone z powodu chorób oka, przyczyn niedokładnie rozpoznanych oraz urazów.
7. Śmiertelność szpitalna w Polsce ogółem dla wszystkich przyczyn utrzymuje się od wielu lat z niewielkimi wahaniami na poziomie 2–3%, a w pierwszym roku pandemii wzrosła do 3,5%. Śmiertelność szpitalna ogółem była w latach 2019–2021 wyższa w każdym roku wśród mężczyzn niż wśród kobiet, różnica ta była nieco mniejsza w okresie przed pandemicznym. Największą śmiertelność można stwierdzić wśród leczonych na choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby zakaźne.
8. Według danych OBChSO w okresie pandemii COVID-19 w szpitalach w Polsce hospitalizowano z powodu SARS-CoV-2 (rozpoznanie zasadnicze) 91589 a w 2021 r. – 28 9178 osób. Ponadto w 2021 r. hospitalizowano 40 tys. osób, które miały wpisane rozpoznanie U07.1 lub U07.2 jako rozpoznanie współistniejące.
9. Najwięcej osób leczonych z powodu COVID-19 to osoby starsze, 80% stanowiły osoby powyżej 50. roku życia, a średni wiek leczonych w 2020 r. wynosił 63 lata u mężczyzn i 66 lat u kobiet, a w 2021 r. wiek kobiet i mężczyzn wynosił odpowiednio 63 i 66 lat.
10. Śmiertelność szpitalna leczonych w szpitalach z powodu COVID-19 była niższa niż 10% do 50. roku życia, ale u osób starszych zarówno w 2020 r., jak i 2021 r., wzrastała bardzo szybko osiągając 50% u mężczyzn w wieku 85 lat i więcej. Od 50. roku życia śmiertelność szpitalna z powodu COVID-19 była wyraźnie wyższa u mężczyzn niż u kobiet. Średnio nieznacznie zmalała u mężczyzn z 23% na 21% i u kobiet 19,1% na 18,9%.

11. Hospitalizacja mieszkańców miast i wsi w latach 2020–2021 wyglądała podobnie jednak zarówno w pierwszym, jak i drugim roku pandemii, przed 60. rokiem życia częściej hospitalizowani byli mieszkańcy miast a od 65. roku życia mieszkańcy wsi. Długość hospitalizacji mieszkańców miast i wsi była podobna i wynosiła 10 dni, a śmiertelność szpitalna wynosiła 22%.
12. Mimo ogólnego utrzymującego zmniejszenia częstości hospitalizacji także w drugim roku pandemii COVID-19, dla niektórych rozpoznań – ICD-10 (np. jaskra czy upośledzenie widzenia) obserwuje się zwiększenie hospitalizacji w porównaniu z przedpandemicznym 2019 r.

5. CHOROBY KARDIOLOGICZNE W OKRESIE PANDEMII COVID-19 W POLSCE

Piotr Feusette (*Klinika i Oddział Kardiologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Opolski*),
Marek Gierlotka (*Klinika i Oddział Kardiologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Opolski*),
Mariusz Gąsior (*III Katedra Kardiologii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze*),
Daniel Rabczenko, Jakub Stokwiszewski, Bogdan Wojtyniak

Wpływ pandemii COVID-19 na choroby układu krążenia można rozpatrywać na dwóch płaszczyznach. Pierwszą stanowią chorzy z zdiagnozowaną infekcją SARS-CoV-2. U tych chorych mogło dojść albo do bezpośredniego uszkodzenia serca co skutkowało zapaleniem mięśnia sercowego bądź też do zapalnego zapalenia mięśnia sercowego i osierdzia. U tych chorych mogło też dojść do uaktywnienia bądź destabilizacji, istniejących przed infekcją chorób układu krążenia: choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, arytmii, czy też żylny choroby zakrzepowo-zatorowej. Drugą płaszczyznę analizy stanowią osoby, które nie miały zdiagnozowanego zakażenia SARS-CoV-2. Ta grupa osób nie uzyskała odpowiedniej opieki zdrowotnej. Mogło to tego dojść z winy samego potencjalnego pacjenta, ale też z winy systemu opieki zdrowotnej. Wina pacjenta to lekceważenie pojawiających się objawów chorobowych i strach przed zakażeniem SARS-CoV-2 w placówkach opieki zdrowotnej co łącznie doprowadziło do zbyt późnego uzyskiwania wykwalifikowanej opieki zdrowotnej. Wina systemu opieki zdrowotnej to niemożność uzyskania fachowej pomocy z powodu zamkniętych gabinetów lekarskich co doprowadziło do znacznego wydłużenia już i tak długich kolejek w opiece ambulatoryjnej. Nie wszystkie problemy zdrowotne mogły zostać zdiagnozowane poprzez zastosowanie teleporad. Połączenie „winy pacjenta” i „winy systemu opieki zdrowotnej” doprowadziło do zbyt późnego postawienia właściwych rozpoznań co

prowadziło wprost do pogorszenia rokowania chorych. Brak możliwości uzyskania właściwej pomocy w opiece ambulatoryjnej prowadził do przeciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Potencjalnie ambulatoryjni pacjenci oczekując na poradę, w wielogodzinnych kolejkach w SOR, byli dodatkowo narażeni na zachorowanie na COVID-19.



Ryc. 5.1. Pandemia COVID-19 a choroby układu sercowo-naczyniowego

5.1. Umieralność z powodu chorób układu krążenia w dobie pandemii COVID-19

Choroby układu krążenia (ChUK) od drugiej połowy XX wieku stanowią główny problem zdrowotny i główną przyczynę zgonów w Polsce. Według ostatnich analiz przeprowadzonych w ramach projektu Global Burden of Disease w 2019 r. ChUK były odpowiedzialne za 23% ogółu utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) i 34% utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu¹. Do 2019 r. poziom umieralności

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

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 nadwyżki umieralności z powodu ChUK w latach 2020 i 2021 w stosunku poziomu oczekiwanego na podstawie wcześniejszego trendu przeprowadzono zgodnie z metodą omówioną w rozdziale 3.

W tabeli 5.1 przedstawiono wartości obserwowane standaryzowanego współczynnika zgonów (war. obs.) oraz oszacowania wartości oczekiwanych (war. ocz.) i procentu nadwyżki (ewentualnie obniżenia) współczynników zgonów z powodu ChUK w Polsce i poszczególnych województwach w latach 2020 i 2021. W pierwszym roku pandemii poziom umieralności z powodu ChUK w skali całego kraju zwiększył się w stosunku do oczekiwanego o 8,8% a w kolejnym o 12,6%. Zwraca uwagę duże zróżnicowanie regionalne nadwyżki zgonów szczególnie w drugim roku pandemii, kiedy to odsetek zgonów nadmiarowych w woj. lubuskim i dolnośląskim wynosił odpowiednio 82,5% oraz 53,7% podczas gdy w woj. świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim poziom umieralności był nawet niższy od oczekiwanego.

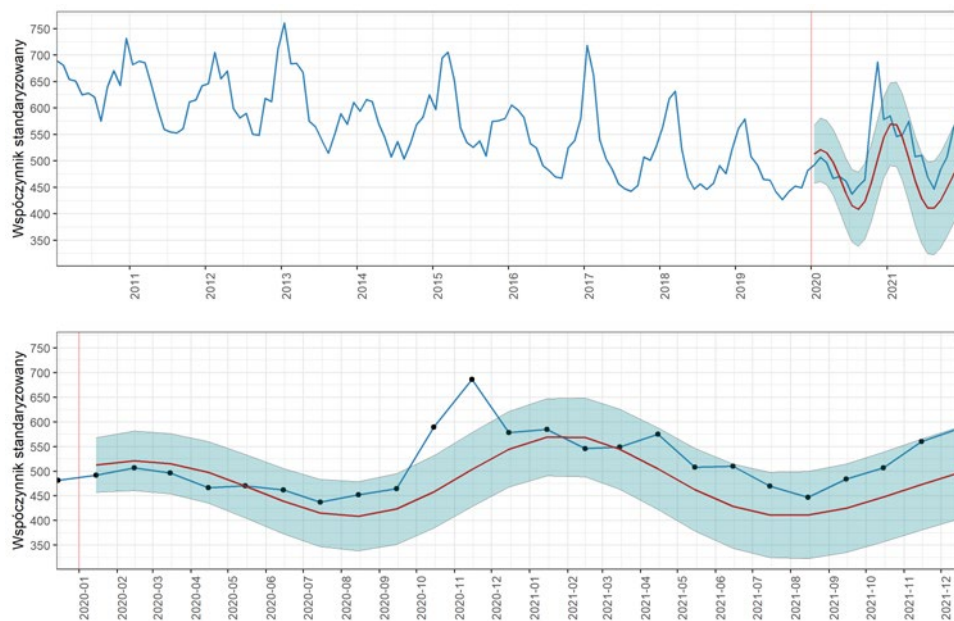
Wielkość nadwyżek umieralności z powodu ChUK zmieniała się w kolejnych miesiącach trwania pandemii. Na rycinie 5.2 pokazano zmiany obserwowanych miesięcznych współczynników zgonów w latach 2010–2021 a w latach 2020–2021 również zmiany współczynników oczekiwanych na podstawie przebiegu miesięcznych zmian we wcześniejszych latach natomiast w tabeli 5.2 przedstawiono wartości oszacowanych wskaźników w latach 2020 i 2021. Zwraca uwagę fakt, że o ile w 2020 r. znacząca nadwyżka umieralności z powodu ChUK wystąpiła dopiero w październiku i listopadzie to w 2021 r. nadwyżka utrzymywała się cały czas od kwietnia.

Nadwyżka umieralności z powodu ogółu ChUK była dosyć zbliżona wśród mężczyzn (10,9% i 13,1% odpowiednio w 2020 i 2021 r.) i kobiet (8,7% i 13,9%). Obserwuje się znaczne różnice w nadwyżce zgonów w zależności od konkretnej podgrupy ChUK (tabela 5.3). Największa względna nadwyżka umieralności wystąpiła w przypadku choroby nadciśnieniowej oraz choroby niedokrwiennej serca (ChNS). Należy zwrócić uwagę, że nadwyżka umieralności z powodu ChNS w 2021 r. nie wynikała z nadwyżki umieralności z powodu zawału serca, natomiast jak widać z ryc. 5.3 nadwyżka zgonów z powodu zawału serca w 2020 r. wystąpiła dosyć wcześniej, bo już w czerwcu.

Nadwyżki umieralności z powodu ChUK ogółem wśród mieszkańców miast i wsi były na zbliżonym poziomie (tabela 5.4). Zwraca uwagę większa nadwyżka umieralności z powodu ChNS w tym zawału serca w pierwszym roku pandemii wśród mieszkańców wsi niż miast.

Tabela 5.1. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia (war. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) wg województw w latach 2020–2021 (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Województwo	2020			2021		
	War. obs.	War. ocz.	%	War. obs.	War. ocz.	%
Dolnośląskie	524,4	416,9	25,8	643,6	416,9	54,4
Kujawsko-pomorskie	436,3	439,3	-0,7	597,3	439,3	36,0
Lubelskie	632,0	504,5	25,3	656,3	504,5	30,1
Lubuskie	423,3	401,5	5,4	734,9	401,5	83,1
Łódzkie	492,7	461,9	6,7	468,7	461,9	1,5
Małopolskie	556,1	514	8,2	522,3	514	1,6
Mazowieckie	380,5	350,8	8,5	448,0	350,8	27,7
Opolskie	484,2	477,9	1,3	510,0	477,9	6,7
Podkarpackie	475,0	457	3,9	485,4	456,7	6,3
Podlaskie	523,4	473,1	10,6	528,4	474,9	11,3
Pomorskie	550,6	506,7	8,7	513,7	506,7	1,4
Śląskie	565,2	511,4	10,5	552,3	511,4	8,0
Świętokrzyskie	706,1	593,6	19,0	556,0	598,5	-7,1
Warmińsko-mazurskie	454,5	431,7	5,3	432,7	431,7	0,2
Wielkopolskie	460,5	451	2,1	432,3	451	-4,1
Zachodniopomorskie	591,1	564,6	4,7	563,5	564,6	-0,2
Polska	508,3	467,6	8,7	528,5	468,3	12,8



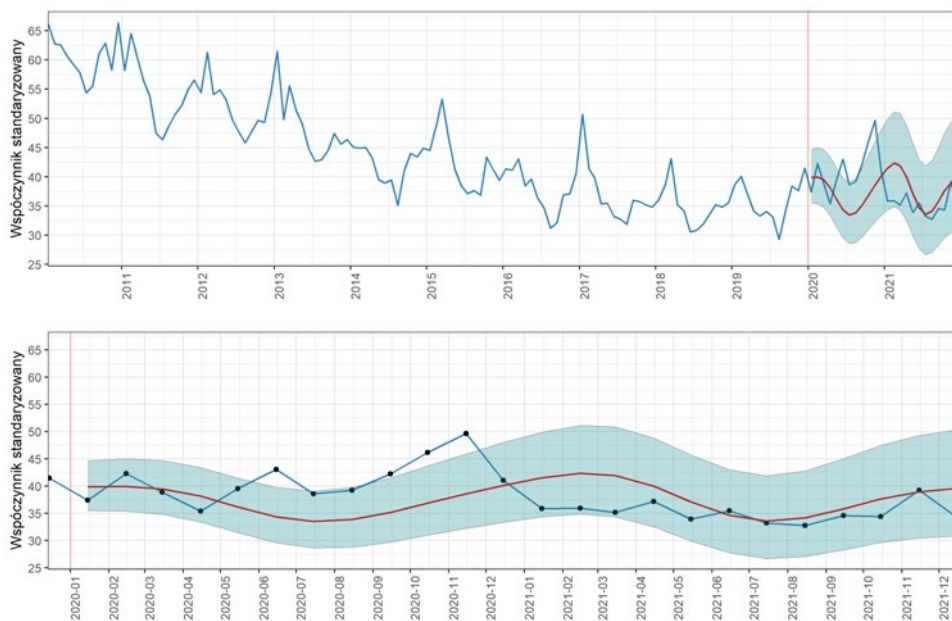
Ryc. 5.2. Miesięczne współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem w latach 2010–2021 oraz ich wartości oczekiwane w latach 2020–2021 oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Tabela 5.2. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ChUK (war. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) wg miesięcy w Polsce w latach 2020–2021 (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Miesiąc	2020			2021		
	War. obs.	War. ocz.	%	War. obs.	War. ocz.	%
styczeń	492,1	530,0	-7,2	585,2	538,2	8,7
luty	506,6	547,4	-7,5	545,9	547,7	-0,3
marzec	496,8	526,8	-5,7	549,2	526,8	4,2
kwiecień	466,8	478,4	-2,4	574,9	478,4	20,2
maj	470,2	437,1	7,6	507,9	437,1	16,2
czerwiec	462,2	416,6	10,9	510,3	416,6	22,5
lipiec	437,0	424,6	2,9	469,5	424,6	10,6
sierpień	452,1	401,0	12,8	446,9	401,0	11,5
wrzesień	464,6	422,3	10,0	483,9	422,3	14,6
październik	589,7	461,1	27,9	506,7	461,1	9,9
listopad	686,5	460,7	49,0	560,1	460,7	21,6
grudzień	578,4	504,9	14,6	586,0	504,9	16,1

Tabela 5.3. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (war. obs.) z powodu wybranych podgrup ChUK oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) dla mężczyzn i kobiet w latach 2020–2021 (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Przyczyna zgonu	2020			2021		
	War. obs.	War. ocz.	%	War. obs.	War. ocz.	%
Ogółem						
ChUK (I00-I99)	508,3	467,6	8,7	528,5	468,3	12,8
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	34,9	24,7	41,4	41,1	24,7	66,2
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	301,8	266,1	13,4	343,7	266,1	29,2
ChNS (I20-I25)	157,1	129,2	21,6	213,2	129,2	65,0
Zawał serca (I21-I22)	41,1	37,7	9,1	35,3	37,7	-6,5
Zatorowość płucna (I26)	5,5	5,4	1,7	6,4	5,4	18,0
ChNM (I60-I69)	94,5	85,5	10,6	91,7	85,5	7,3
Mężczyźni						
ChUK (I00-I99)	633,1	571,2	10,8	648,1	571,2	13,5
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	39,5	27,7	42,4	44,6	27,7	60,9
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	396,6	365,0	8,6	433,1	365,5	18,5
ChNS (I20-I25)	214,6	178,6	20,2	274,8	178,6	53,9
Zawał serca (I21-I22)	62,0	54,2	14,3	53,2	54,2	-1,9
Zatorowość płucna (I26)	6,5	6,3	3,3	7,6	6,3	20,6
ChNM (I60-I69)	111,5	101,1	10,3	107,5	101,1	6,3
Kobiety						
ChUK (I00-I99)	418,3	385,0	8,6	440,1	385,8	14,1
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	30,9	23,0	34,5	37,2	22,8	63,0
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	235,1	220,1	6,8	278,8	221,1	26,1
ChNS (I20-I25)	117,1	94,8	23,5	169,5	94,8	78,8
Zawał serca (I21-I22)	25,7	24,8	3,7	21,7	24,8	-12,4
Zatorowość płucna (I26)	4,7	4,8	-3,1	5,4	4,8	11,9
ChNM (I60-I69)	80,9	73,3	10,4	79,1	73,3	7,9



Ryc. 5.3. Miesięczne współczynniki zgonów z powodu zawału serca w Polsce latach 2010–2021 oraz ich wartości oczekiwane w latach 2020–2021 (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

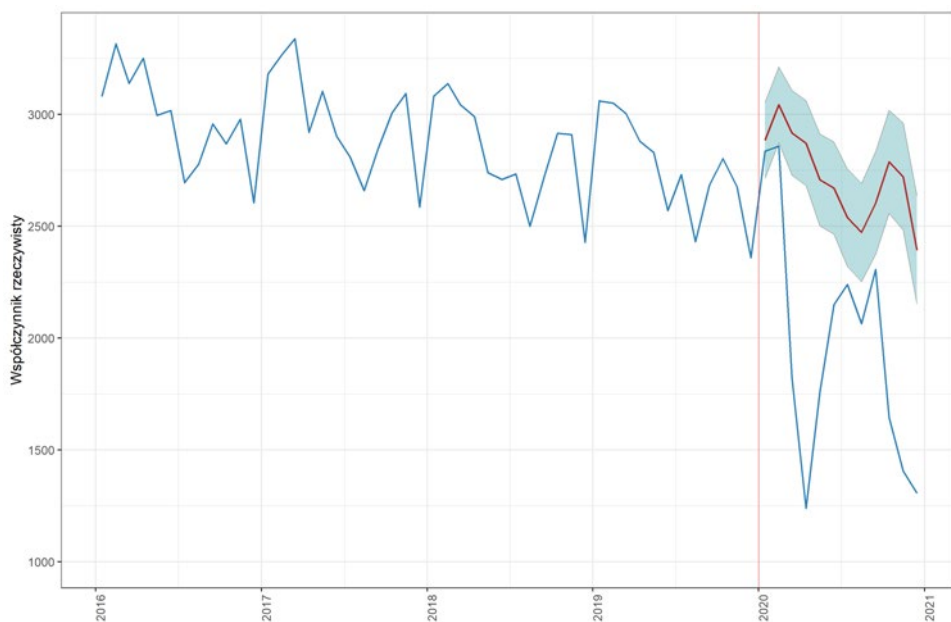
Tabela 5.3. Obserwowane standaryzowane współczynniki zgonów (war. obs.) z powodu wybranych podgrup ChUK oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) dla mieszkańców miast i wsi w latach 2020–2021 (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Przyczyna zgonu	2020			2021		
	War. obs.	War. ocz.	%	War. obs.	War. ocz.	%
Miasta						
ChUK (I00-I99)	468,5	420,2	11,5	491,5	420,2	17,0
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	30,9	21,9	41,0	36,8	21,9	68,0
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	281,7	245	15,0	321,5	245	31,2
ChNS (I20-I25)	145,3	124,2	17,0	200,5	124,2	61,4
Zawał serca (I21-I22)	39,9	37,8	5,5	35,8	37,8	-5,3
Zatorowość płucna (I26)	5,2	5,4	-3,2	6,6	5,4	21,9
ChNM (I60-I69)	88,5	80,5	10,0	87,5	80,5	8,7
Wieś						
ChUK (I00-I99)	580,4	523,6	10,8	597,7	523,6	14,2
Ch.nadciśnieniowa (I10-I15)	42,3	30,2	40,1	48,9	30,2	61,9
Ch.serca ((I00-I09, I11, I13, I20-I51)	338,5	306,1	10,6	385,2	306,1	25,8
ChNS (I20-I25)	178,5	139,2	28,2	236,9	139,2	70,2
Zawał serca (I21-I22)	43,2	36,9	17,1	34,5	36,9	-6,6
Zatorowość płucna (I26)	6,0	5,7	5,2	6,0	5,7	4,6
ChNM (I60-I69)	105,5	94,8	11,3	99,6	94,8	5,1

5.2. Hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia w dobie pandemii COVID-19

Przedstawiona poniżej analiza hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem jest oparta na danych dla lat 2010–2020 pochodzących z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadzonego przez NIZP PZH – PIB na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej. Liczba hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w 2020 r. (rozpoznanie

I100-I99) była istotnie niższa niż prognozowana w oparciu o wieloletnie obserwacje (ryc.5.4, tabela 5.4a-5.4e). Mniejsza liczba hospitalizacji obserwowana była zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet. A także wśród mieszkańców wsi jak miast. Zmniejszona liczba hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia miała swój szczyt w miesiącach wiosennych i jesienno-zimowych co wyraźnie łączy się liczbą stwierdzanych zakażeń na COVID-19.



Ryc. 5.4. Miesięczne współczynniki hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem w latach 2010–2021 oraz ich wartości oczekiwane w 2020 r. oszacowane na podstawie wcześniejszych 10-letnich trendów (współczynniki na 100 tys. ludności) (*obliczenia własne*)

Tabela 5.4a. Obserwowane standaryzowane współczynniki hospitalizacji ogółu ludności Polski z powodu ChUK (war. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) wg miesięcy w 2020 r. (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Miesiąc	Wartość obserwowana	Wartość prognozowana	Procent zmian
STY	2836,2	2893,334	-2,0
LUT	2858,5	3085,857	-7,4
MAR	1822,7	2961,846	-38,5
KWI	1239,0	2923,362	-57,6
MAJ	1758,8	2773,386	-36,6
CZE	2149,0	2743,183	-21,7
LIP	2239,2	2543,898	-12,0
SIE	2064,9	2497,490	-17,3
WRZ	2307,3	2611,465	-11,6
PAŹ	1644,3	2774,865	-40,7
LIS	1405,2	2695,360	-47,9
GRU	1306,8	2412,788	-45,8

Tabela 5.4b. Obserwowane standaryzowane współczynniki hospitalizacji mężczyzn z powodu ChUK (war. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) wg miesięcy w 2020 r. (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Miesiąc	Wartość obserwowana	Wartość prognozowana	Procent zmian
STY	3142,1	3216,380	-2,3
LUT	3149,8	3358,247	-6,2
MAR	2059,0	3248,675	-36,6
KWI	1434,2	3213,510	-55,4
MAJ	2006,0	3058,560	-34,4
CZE	2459,9	3067,260	-19,8
LIP	2550,9	2849,958	-10,5
SIE	2353,4	2769,189	-15,0
WRZ	2599,9	2875,725	-9,6
PAŹ	1879,4	3027,953	-37,9
LIS	1654,2	2939,597	-43,7
GRU	1542,6	2692,274	-42,7

Tabela 5.4c. Obserwowane standaryzowane współczynniki hospitalizacji kobiet z powodu ChUK (war. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) wg miesięcy w 2020 r. (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Miesiąc	Wartość obserwowana	Wartość prognozowana	Procent zmian
STY	2549,6	2577,724	-1,1
LUT	2585,6	2790,605	-7,3
MAR	1601,3	2699,062	-40,7
KWI	1056,0	2636,946	-60,0
MAJ	1527,2	2462,197	-38,0
CZE	1857,7	2445,165	-24,0
LIP	1947,2	2236,929	-13,0
SIE	1794,7	2224,110	-19,3
WRZ	2033,2	2382,430	-14,7
PAŹ	1424,0	2514,919	-43,4
LIS	1171,9	2457,779	-52,3
GRU	1085,8	2164,153	-49,8

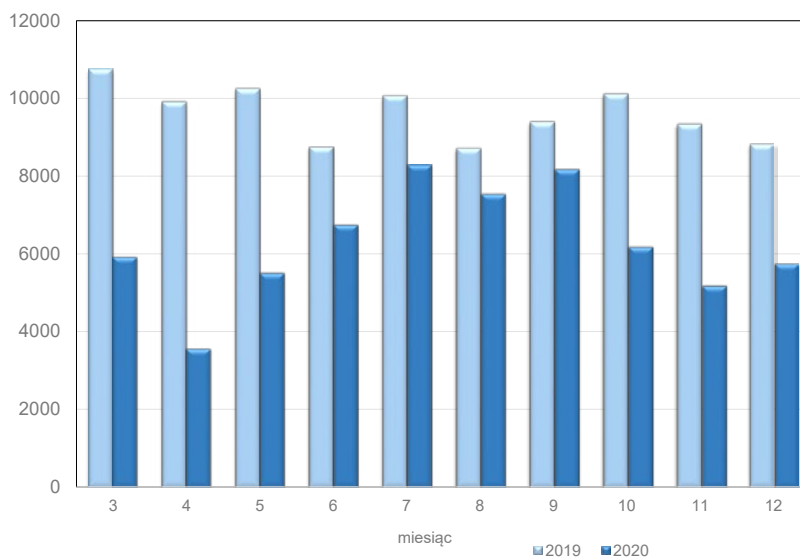
Tabela 5.4d. Obserwowane standaryzowane współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast z powodu ChUK (war. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) wg miesięcy w 2020 r. (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Miesiąc	Wartość obserwowana	Wartość prognozowana	Procent zmian
STY	2951,9	2983,600	-1,1
LUT	2974,8	3174,439	-6,3
MAR	1896,0	3064,861	-38,1
KWI	1281,5	3007,149	-57,4
MAJ	1807,7	2841,520	-36,4
CZE	2233,2	2847,518	-21,6
LIP	2338,5	2614,998	-10,6
SIE	2162,3	2586,629	-16,4
WRZ	2446,7	2749,351	-11,0
PAŹ	1761,6	2893,844	-39,1
LIS	1503,2	2795,635	-46,2
GRU	1386,1	2491,916	-44,4

Tabela 5.4e. Obserwowane standaryzowane współczynniki hospitalizacji mieszkańców miast z powodu ChUK (war. obs.) oraz oszacowania współczynników oczekiwanych (war. ocz.) i ich względna różnica (%) wg miesięcy w 2020 r. (współczynniki na 100 tys. ludności) (obliczenia własne)

Miesiąc	Wartość obserwowana	Wartość prognozowana	Procent zmian	Istotność
STY	2662,7	2735,821	-2,7	
LUT	2684,3	2926,935	-8,3	*
MAR	1712,9	2828,076	-39,4	*
KWI	1175,3	2784,575	-57,8	*
MAJ	1685,4	2648,940	-36,4	*
CZE	2022,7	2628,425	-23,0	*
LIP	2090,4	2439,117	-14,3	*
SIE	1919,1	2385,496	-19,6	*
WRZ	2098,5	2455,017	-14,5	*
PAŹ	1468,5	2588,486	-43,3	*
LIS	1258,3	2569,212	-51,0	*
GRU	1187,9	2330,897	-49,0	*

Poniżej przedstawiamy zestawienia i analizy pochodzące zarówno z danych sprawozdawczych do NFZ z terenów wybranych województw (śląskiego, opolskiego i podlaskiego), w tym z Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD i Opolskiej Bazy Chorób Cywilizacyjnych, ale również z danych pochodzących z wybranych szpitali w Polsce. W szczególności, Śląska Baza Sercowo-Naczyniowa SILICARD powstała z inicjatywy prof. Mariusza Gąsiora 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, obejmuje podobne dane z terenu województwa opolskiego.

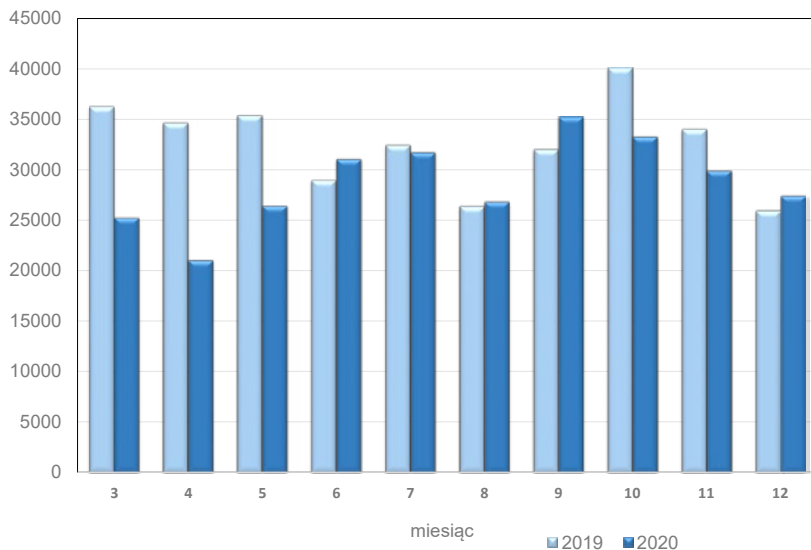


Ryc. 5.5. Liczba hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia ogółem w województwie śląskim w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

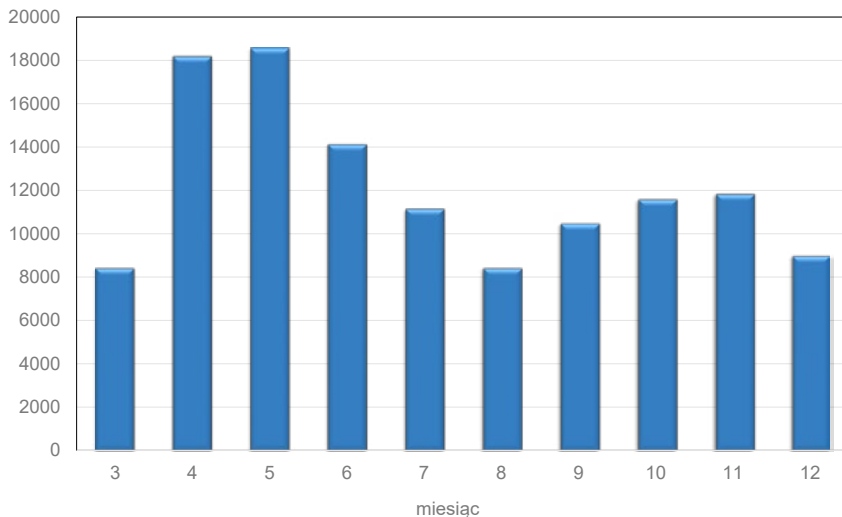
5.3. Śląska Baza Sercowo-Naczyniowa SILICARD M. Gąsior, D. Cieśla i wsp.

Według danych pochodzących z Śląskiej Baza 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%. Także tutaj spadek liczby hospitalizacji był widoczny najbardziej w miesiącach, w których zanotowano największą liczbę zakażeń na COVID-19 (ryc. 5.5.).

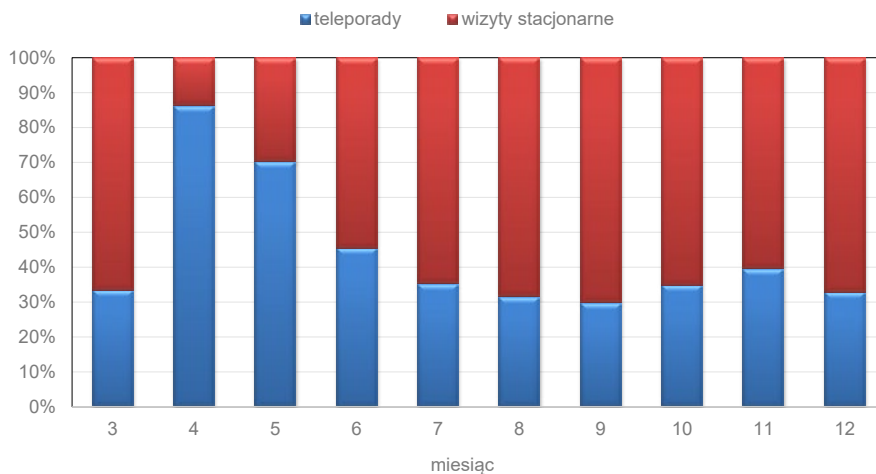
5.4. Poradnictwo kardiologiczne w okresie pandemii COVID-19



Ryc. 5.6. Liczba wizyt w poradni kardiologicznej (w tym teleporady) w województwie śląskim w latach 2019–2020



Ryc. 5.7a. Liczba teleporad w poradni kardiologicznej wg miesięcy w województwie śląskim w 2020 r. (Dane: SILICARD)

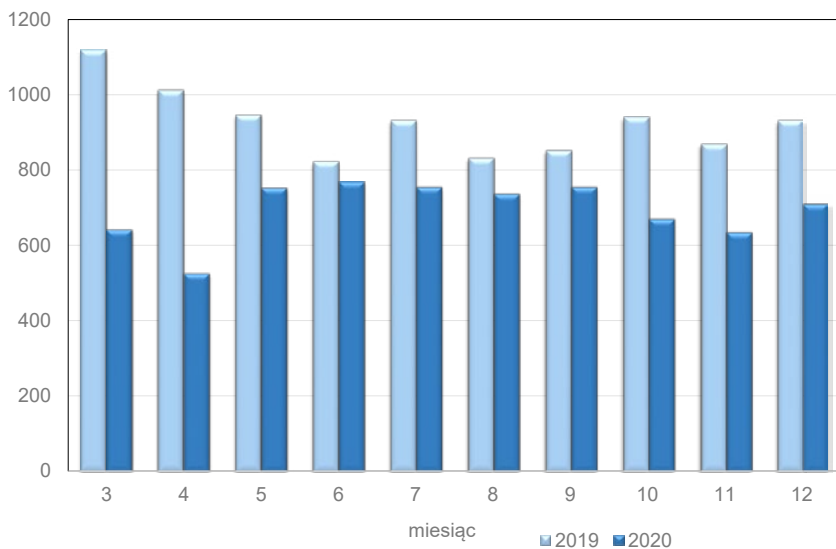


Ryc. 5.7b. Rozkład rodzaju porady w poradni kardiologicznej wg miesięcy w województwie śląskim w 2020 r. (Dane: SILICARD)

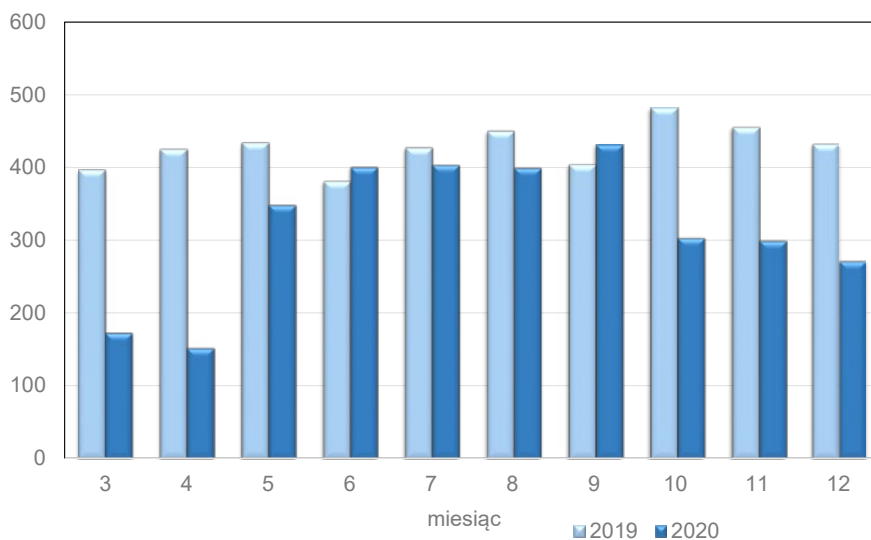
Dane prezentowane przez M. Gąsiora i wsp. w oparciu o analizy pochodzące z Śląskiej Baza Sercowo-Naczyniowa SILICARD wskazują na spadek o 12% liczby porad kardiologicznych licząc rok do roku w latach 2019–2020. W miesiącach o największej zachorowalności na COVID-19 w poradniach kardiologicznych dominowały teleporady stanowiące nawet 80% wszystkich udzielonych porad (ryc. 5.6, 5.7a, 5.7b).

5.5. Przebieg wybranych jednostek chorobowych w czasie pandemii COVID-19

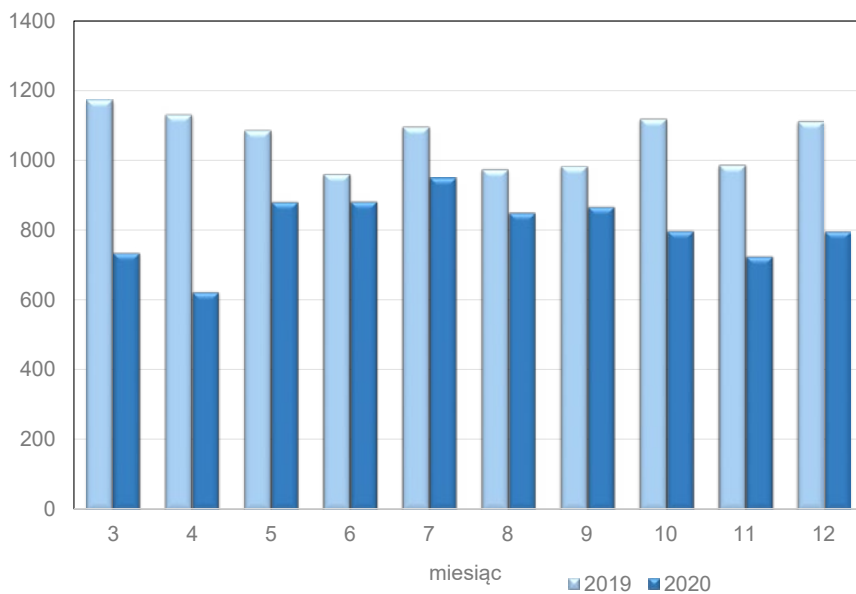
5.5.1. Ostry zawał serca w systemie ratownictwa medycznego



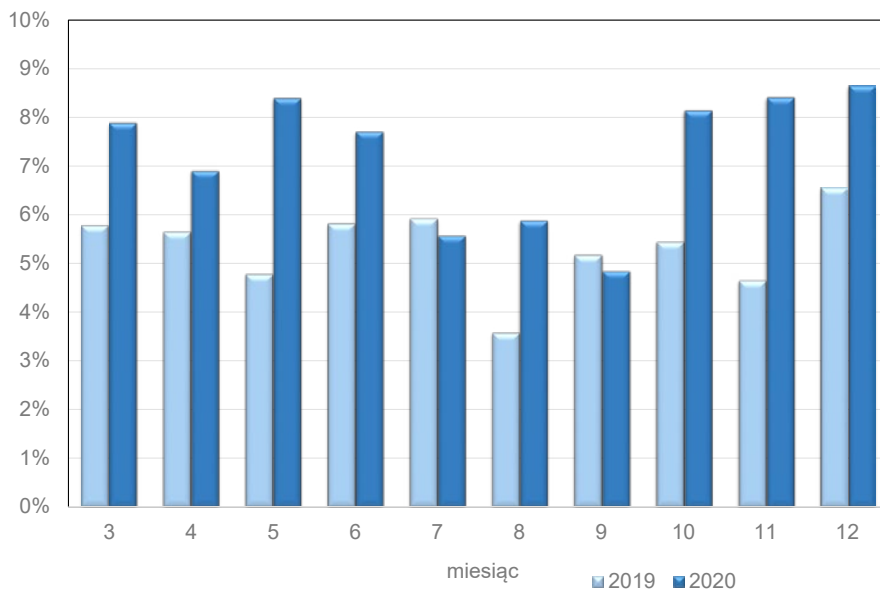
Ryc. 5.8. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca w województwie śląskim w miesiącach w latach 2019–2020 (*Dane: SILICARD*)



Ryc. 5.9. Liczba pacjentów włączonych do skoordynowanej opieki KOS w województwie śląskim w miesiącach w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)



Ryc. 5.10. Liczba hospitalizacji osób z zawałem serca w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)



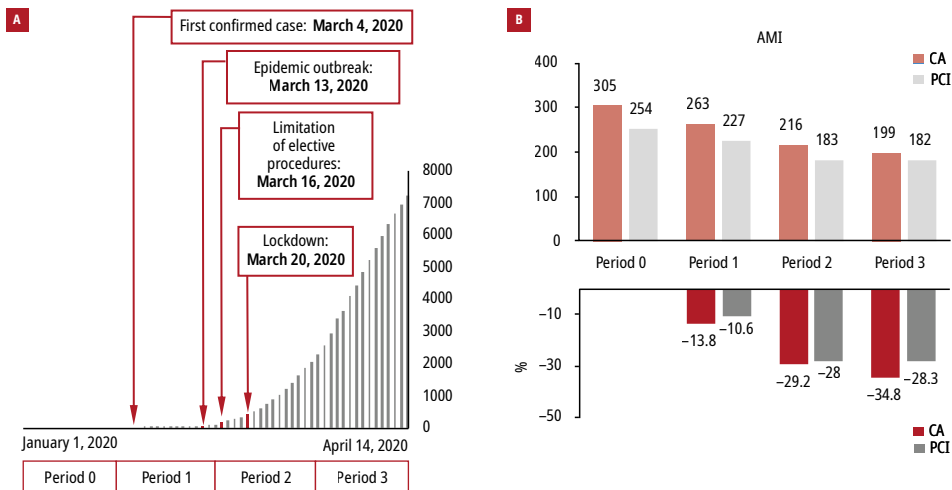
Ryc. 5.11. Śmiertelność wewnątrzszpitalna wśród osób z zawałem serca w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

Liczba 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. 5.8). Przełożyło się to na mniejszą liczbę pacjentów włączonych do programu skoordynowanej opieki po zawałe serca KOS (spadek o 26%, ryc.5.9). 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% (ryc. 5.11).

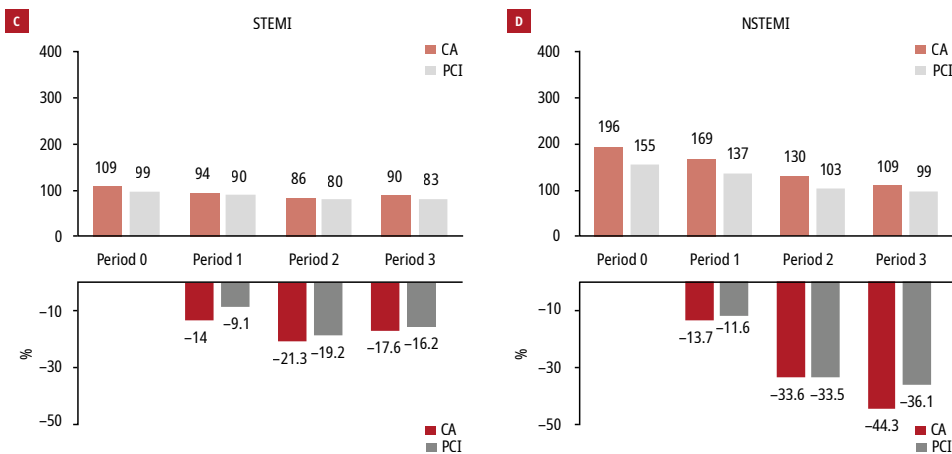
Tabela 5.5. Charakterystyka osób z zawałem serca i pozytywnym wynikiem testu COVID odnotowanych w bazie SILICARD

Charakterystyka	Liczba osób	odsetek
Wiek (średnia i SE)	71,7	± 10,4
Płeć żeńska	61	37,4%
Choroba wieńcowa	72	44,2%
Niewydolność serca	46	28,2%
Nadciśnienie tętnicze	113	69,3%
Cukrzyca	65	39,9%
Migotanie przedsionków	22	13,5%
Inne zab rytmu	28	17,2%
Obrzęk płuc	9	5,5%
POCHP	15	9,2%
Niewydolność nerek	13	8,0%
Nowotwory	36	22,1%
Udar OUN	9	5,5%
Zator płuc	2	1,2%
Przebyte PCI	20	12,3%
Przebyte CABG	1	0,6%
Czas hospitalizacji (średnia i SE)	13,4	± 13,3
Zgon szpitalny	52	31,9%

Osobnym tematem godnym omówienia są chorzy z zawałem serca i pozytywnym wynikiem COVID-19. W bazie SILICARD analizowano 163 takich chorych. Spośród nich jedynie 62% było leczonych zabiegiem PCI. Zgon szpitalny zanotowano u 32% analizowanych chorych (tabela 5.5).

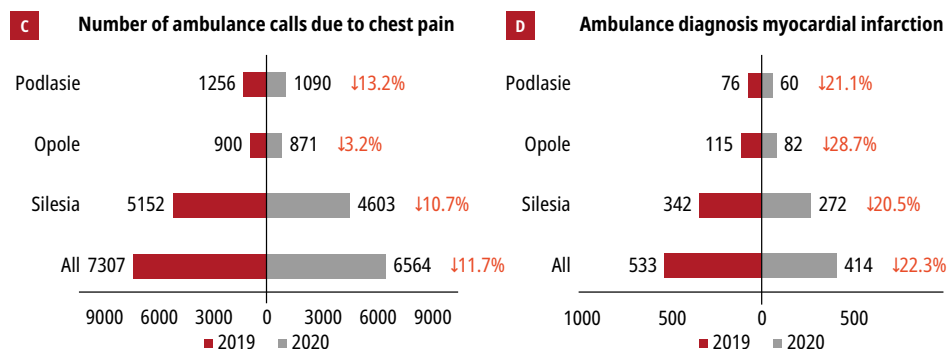


Ryc. 5.12a. (Źródło: Kardiologia Polska)

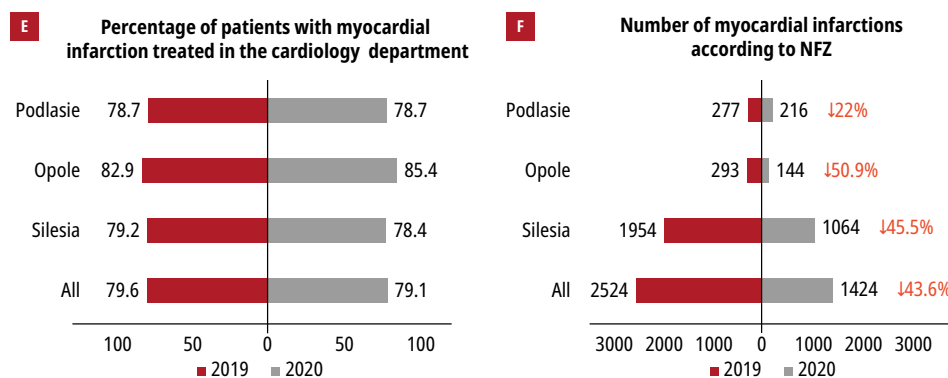


Ryc. 5.12b. (Źródło: Kardiologia Polska)

Dane pochodzące z 11 ośrodków kardiologii inwazyjnej w Polsce wskazują na znaczący spadek liczby wykonywanych koronarografii i angioplastyk wieńcowych u chorych z ostrym zawałem serca. Szczególnie wyraźny spadek wykonywanych procedur zaobserwowano wśród chorych z NSTEMI.



Ryc. 5.12c. (Źródło: Kardiologia Polska)



Ryc. 5.12d. (Źródło: Kardiologia Polska)

Analiza 7 milionowej populacji trzech różnych regionów Polski – Podlasia regionu głównie rolniczego, Górnego Śląska regionu przemysłowego i Śląska Opolskiego regionu o strukturze mieszanej także pozwala na ciekawe obserwacje. Porównując 2019 r. z rokiem 2020, we wszystkich regionach zanotowano spadek wezwań skierowanych do systemu ratownictwa medycznego z powodu bólu w klatce piersiowej – największy na Podlasiu. Liczba rozpoznań zawału postawionych przez zespoły ratownictwa medycznego w 2020 r. była średnio o 22% mniejsza niż w 2019 r. Najwyższy spadek zanotowano w województwie opolskim ponad 28%. Przeważająca większość chorych we wszystkich regionach, z powodu zawału serca leczona była w oddziałach kardiologii. I tu 2020 r. nie różnił się od 2019 r. Według danych NFZ średnia liczba rozpoznanych zawałów serca w 2020 r. była o ponad 43% niższa niż w 2019 r. Największa na Śląsku Opolskim

o ponad 50% najmniejsza na Podlasiu tylko 22%. Autorzy opracowania zwracają uwagę na znaczący spadek liczby chorych leczonych z powodu zawału serca. Różnice w spadku liczby chorych z zawałem serca w poszczególnych regionach Polski wynikać mogą ze stopnia nasilenia epidemii.

Managed care for acute myocardial infarction survivors in the Silesian agglomeration during the COVID-19 pandemic

Katarzyna Wilkosz¹, Krystian Wita², Mariusz Gasior³, Daniel Cieśla⁴

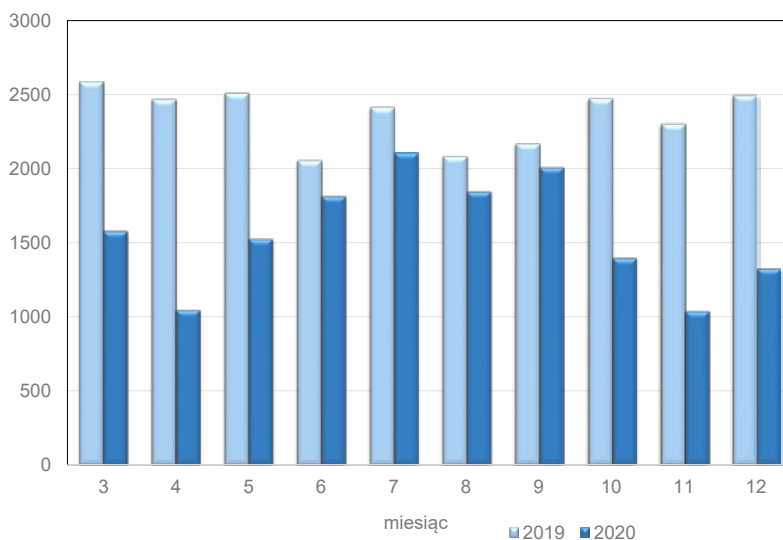
Variables	Before COVID-19 n = 9585	During COVID-19 n = 1226	P-value
Age, years, median (IQR)	65.7 (59.0–73.1)	66.5 (59.5–73.9)	0.014
Female sex	3124 (32.59)	369 (30.10)	0.084
CHD	4082 (42.59)	415 (33.85)	<0.001
Previous MI	8977 (93.66)	1141 (93.07)	0.464
HF	1195 (12.47)	174 (14.19)	0.096
Hypertension	6472 (67.52)	805 (65.66)	0.202
Type II DM	2771 (28.91)	326 (26.59)	0.097
AF	748 (7.80)	108 (8.81)	0.241
Pulmonary edema	85 (0.89)	21 (1.71)	0.009
COPD	780 (8.14)	102 (8.32)	0.870
Asthma	698 (7.28)	78 (6.36)	0.264
CKD	421 (4.39)	50 (4.08)	0.665
Cancer history	2051 (21.40)	270 (22.02)	0.642
Stroke	318 (3.32)	43 (3.51)	0.792
Pulmonary embolism	53 (0.55)	8 (0.65)	0.814
Previous PCI	932 (9.72)	77 (6.28)	<0.001
Previous CABG	99 (1.03)	6 (0.49)	0.094
PM	89 (0.93)	12 (0.98)	0.988
ICD	54 (0.56)	4 (0.33)	0.388
CRT	16 (0.17)	2 (0.16)	0.733
Dialysis	49 (0.51)	5 (0.41)	0.788

There was a significant decrease in patients who qualified for the MACAMIS program during the first wave of the COVID-19 pandemic (March–April 2020). Along with proven effectiveness in reducing mortality and cardiovascular events in the annual follow-up, every effort was made to ensure that the MACAMIS program was not limited to only patients in the Silesian province, despite the current epidemiological situation.

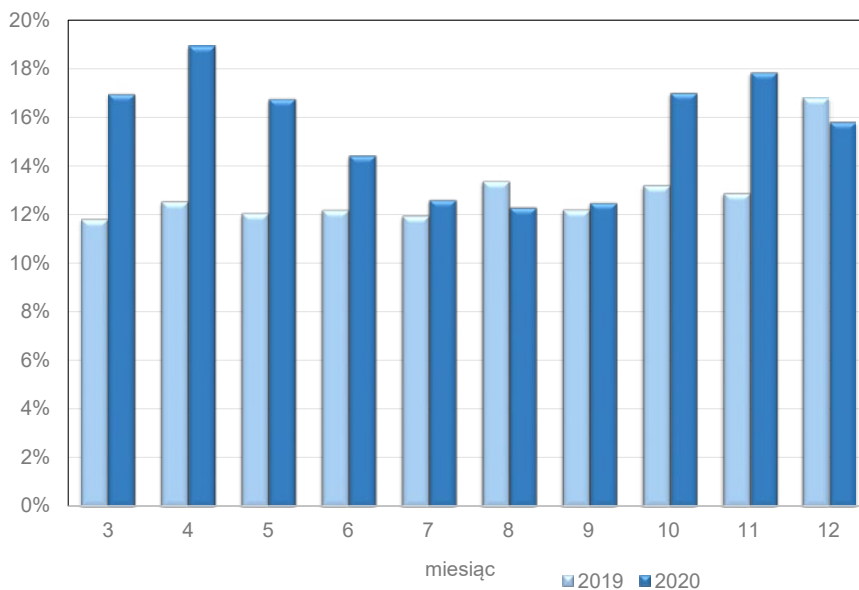
Ryc. 5.13. (Źródło: *Kardiologia Polska*)

Niewątpliwym sukcesem polskiej kardiologii jest program skoordynowanej opieki po zawale serca (MACAMIS) KOS- zawał (ryc. 5.13). 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.

5.5.2. Niewydolność serca

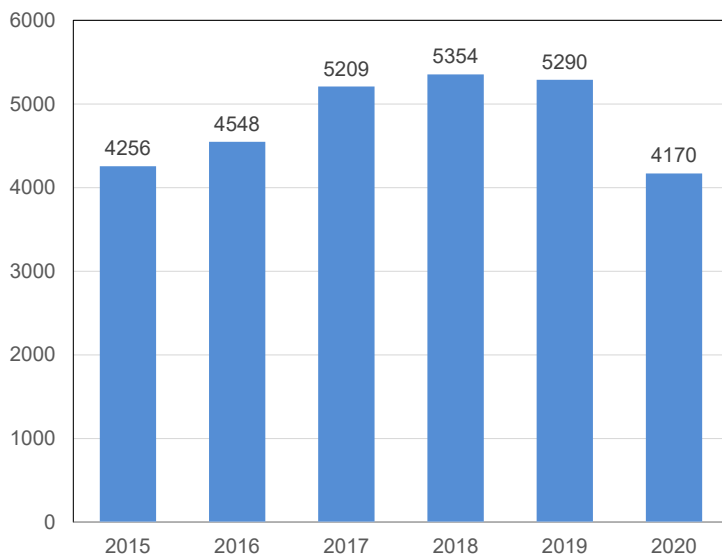


Ryc. 5.14. Liczba hospitalizacji osób z niewydolnością serca w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

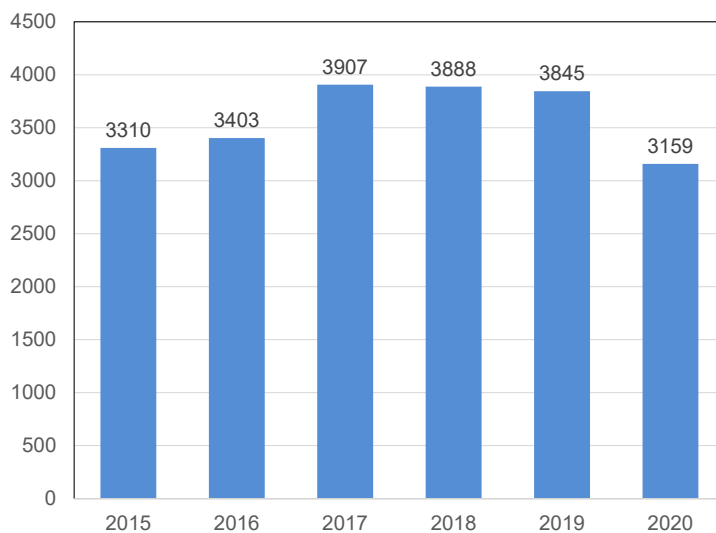


Ryc. 5.15. Śmiertelność wewnątrzszpitalna wśród osób z niewydolnością serca w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

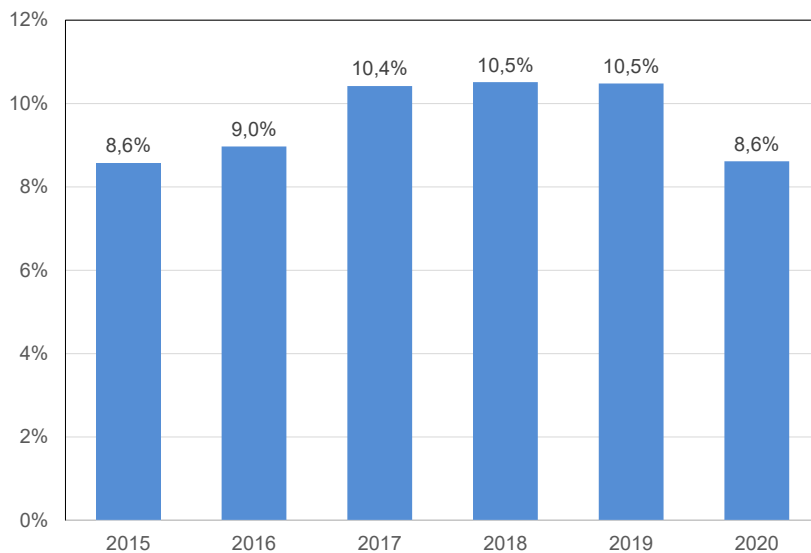
W cytowanej już w nieniejszym opracowaniu Śląskiej Bazy Serciowo-Naczyniowej SILICARD liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca, w 2020 r. była o 33% niższa niż w 2019 r. (ryc. 5.14). Z kolei śmiertelność wewnątrzszpitalna pacjentów z niewydolnością serca była o 16% większa porównując 2020 r. z 2019 r. (ryc. 5.15).



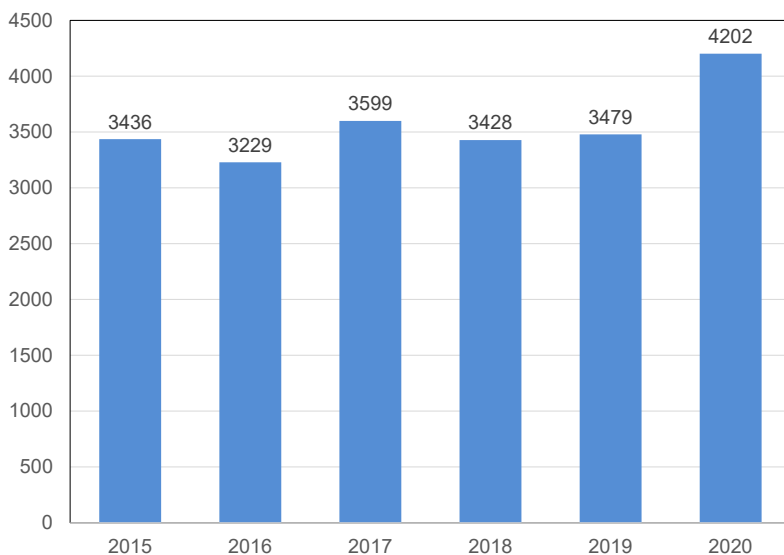
Ryc. 5.16. Liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca w województwie opolskim w latach 2015–2020 (Dane: Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych)



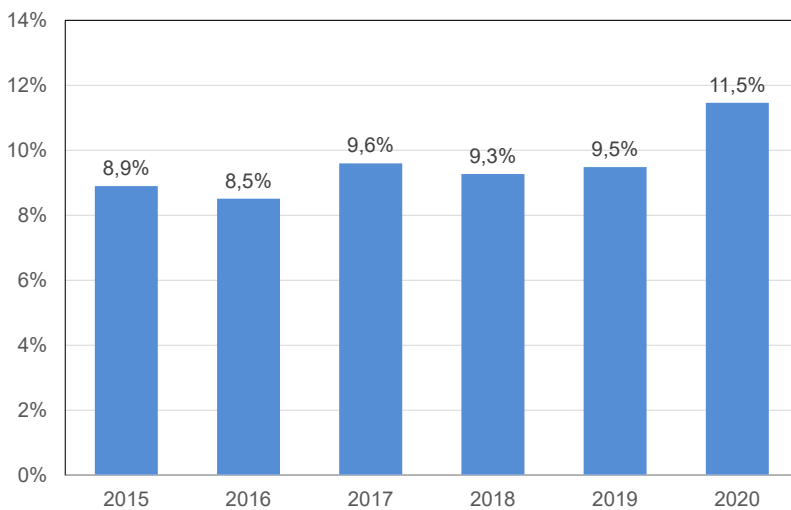
Ryc. 5.17. Liczba chorych z niewydolnością serca hospitalizacji z powodu niewydolności serca w województwie opolskim w latach 2015–2020 (Dane: *Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych*)



Ryc. 5.18. Odsetek chorych z niewydolnością serca hospitalizacji z powodu niewydolności serca w województwie opolskim w latach 2015–2020 (Dane: *Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych*)



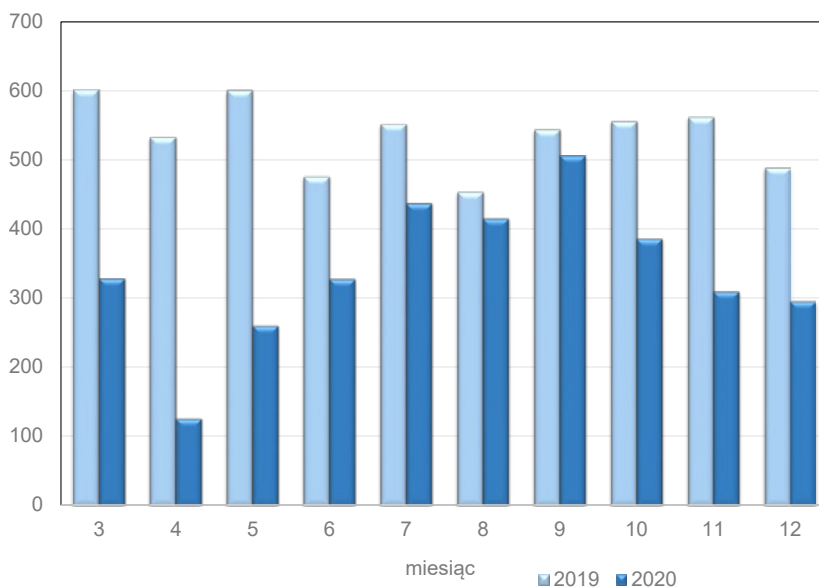
Ryc. 5.19. Liczba zgonów wśród chorych z niewydolnością serca w latach 2015–2020 (Dane: *Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych*)



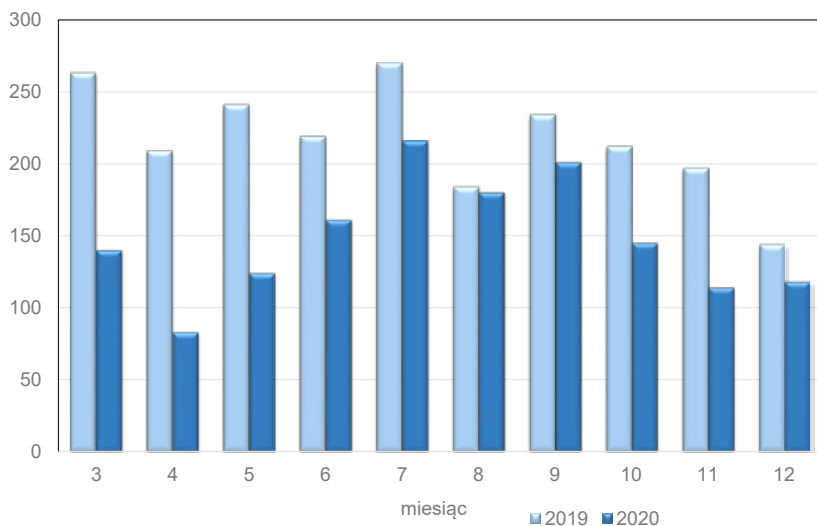
Ryc. 5.20. Odsetek zgonów wśród chorych z niewydolnością serca w latach 2015–2020 (Dane: *Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych*)

Podobnych informacji, jak SILICARD, dotyczących chorych z niewydolnością serca, dostarcza Opolska Baza Chorób Cywilizacyjnych. W 2020 r. zanotowano o ponad 21% mniejszą liczbę hospitalizacji z powodu niewydolności serca w porównaniu z rokiem 2019 (ryc. 5.16). Porównując 2019 r. z 2020 r. zmniejszyła się również liczba chorych z niewydolnością serca (ryc. 5.17), którzy byli hospitalizowani. Natomiast w 2020 r. zanotowano zwiększoną liczbę zgonów chorych z rozpoznaną niewydolnością serca (ryc. 5.19). Wyniki Opolskiej Bazy Chorób Cywilizacyjnych blisko korespondują z wyniki Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD, pomimo niewątpliwych różnic w strukturze demograficznej obu województw.

5.5.3. Migotanie przedsionków, stenoza aortalna



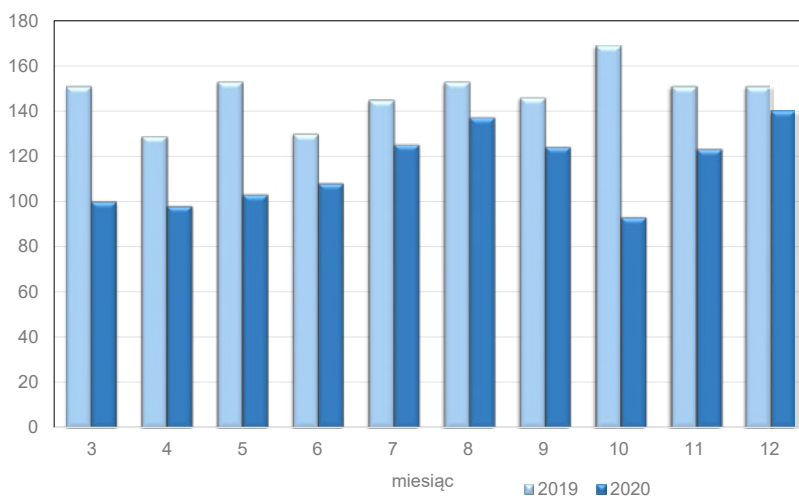
Ryc. 5.21. Liczba hospitalizacji z powodu migotania przedsionków w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)



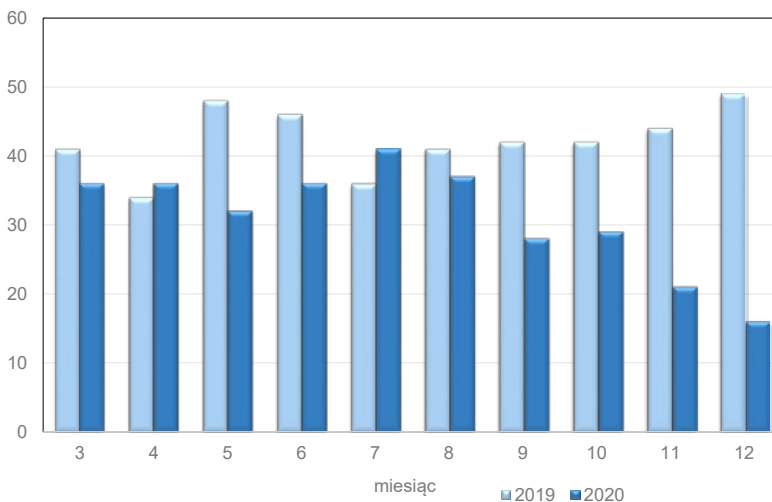
Ryc. 5.22. Liczba hospitalizacji z powodu stenozy aortalnej w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

Śląska Baza SILICARD także danych dotyczących innych chorób układu krążenia w dobie pandemii. W analizowanym okresie 2020 r. zanotowano spadek hospitalizacji z powodu migotania przedsionków o 37% (ryc. 5.21) i także spadek o 32% liczby hospitalizacji z powodu stenozy aortalnej (ryc.5.22).

5.5.4. Ostry zator tętnicy płucnej, udar mózgu



Ryc. 5.23. Liczba hospitalizacji z powodu zatorowości płucnej w województwie śląskim wg miesięcy w 2019–2020 (Dane: SILICARD)

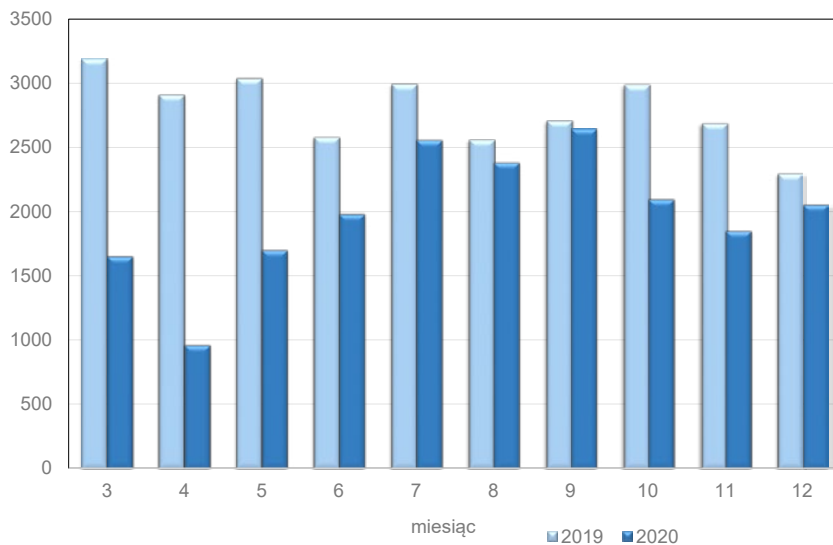


Ryc. 5.24. Liczba hospitalizacji z powodu udaru OUN wg miesięcy w województwie śląskim w 2019–2020 (Dane: SILICARD)

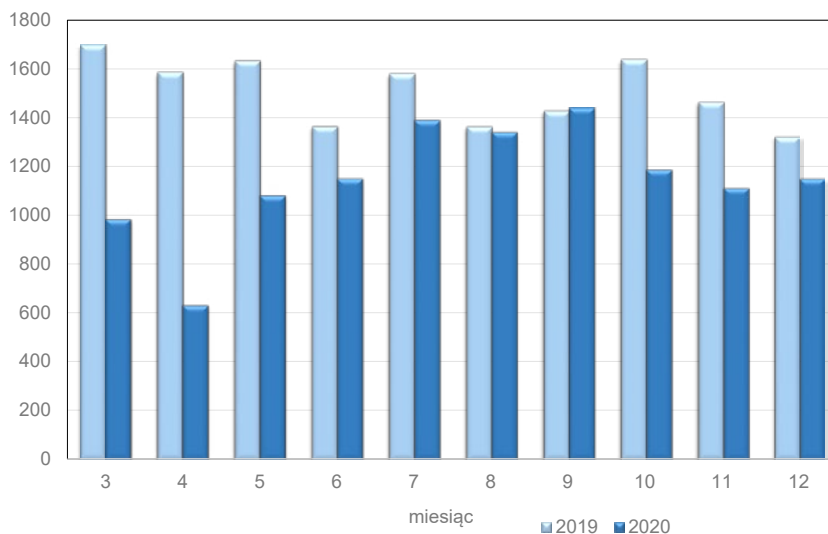
W 2020 r. w porównaniu do 2019 r. zanotowano spadek liczby hospitalizacji z powodu zatorowości płucnej o 22% (ryc. 5.23) i z powodu udaru mózgu o 26% (ryc. 5.24).

5.6. Wybrane procedury wykonywane w chorobach układu krążenie w okresie pandemii COVID-19

5.6.1. Hemodynamika

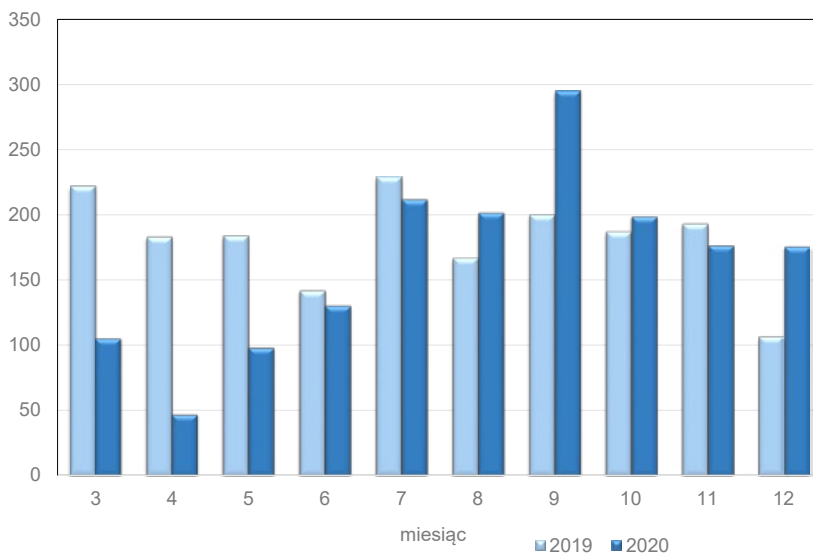


Ryc. 5.25. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia koronarografii w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

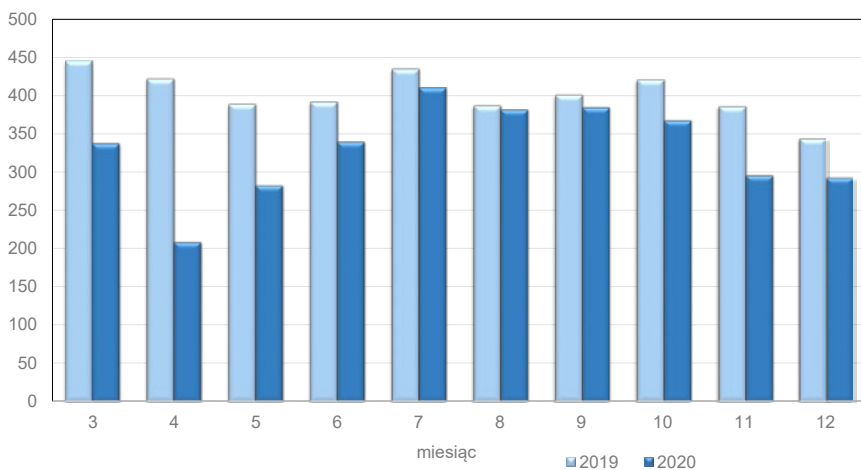


Ryc. 5.26. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia PCI w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

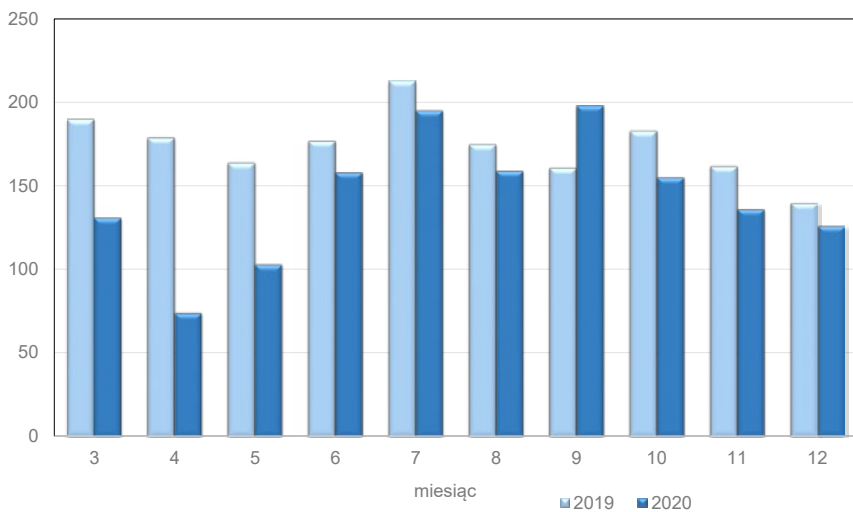
5.6.2. Elektrofizjologia



Ryc. 5.27. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia ablacji w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

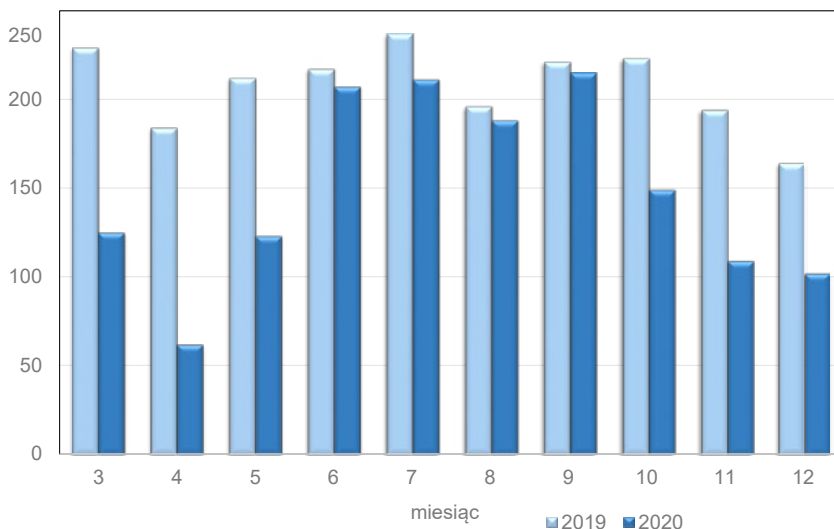


Ryc. 5.28. Liczba hospitalizacji celem wszczepienia rozrusznika serca w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

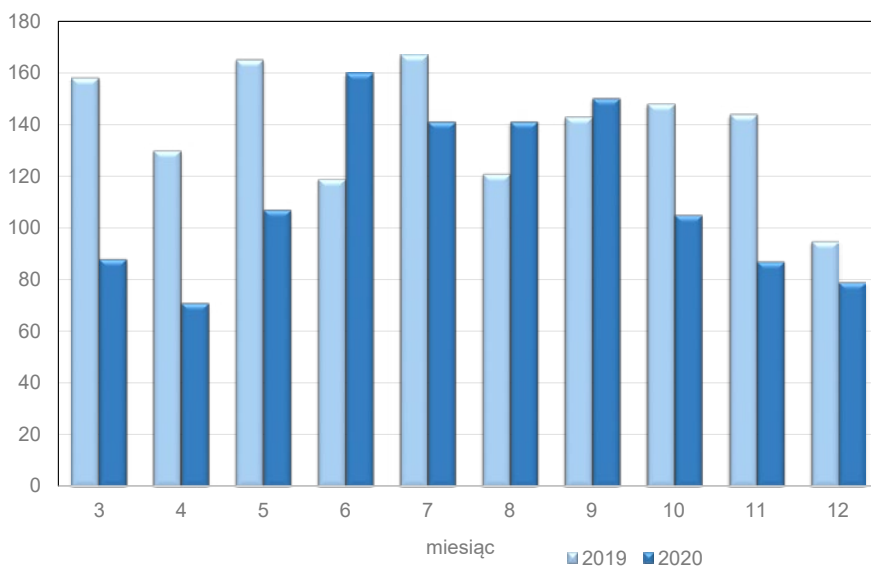


Ryc. 5.29. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia ICD/BIV w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (Dane: SILICARD)

5.6.3. Kardiochirurgia



Ryc. 5.30. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia CABG w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (*Dane: SILICARD*)



Ryc. 5.31. Liczba hospitalizacji celem przeprowadzenia zabiegu zastawkowego w województwie śląskim wg miesięcy w latach 2019–2020 (*Dane: SILICARD*)

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 2020 r. o 29% (ryc. 5.25) a angioplastyk wieńcowych o 24% (ryc. 5.26). W zakresie elektrofizjologii zanotowano spadek wykonywanych procedur o 18% (ryc. 5.27, 5.28, 5.29). 2020 r. to także czas spadku liczby hospitalizacji kardiologicznych. Liczba hospitalizacji celem CABG była mniejsza o 28% (ryc. 5.30) a w zakresie zabiegów na zastawkach serca o 19% (ryc. 5.31).

PODSUMOWANIE:

1. Pierwszy rok pandemii COVID-19 (2020 r.) charakteryzował się znaczącym pogorszeniem opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia.
2. Pogorszenie opieki nad pacjentem z chorobami dotyczyło zarówno opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej.
3. W pierwszym roku pandemii COVID-19 zanotowano istotne zmniejszenie liczby:
 - hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia
 - porad ambulatoryjnych, a w krytycznych miesiącach pandemii dominowały teleporady
 - wykonywanych zabiegów w zakresie kardiologii inwazyjnej, elektrofizjologii i kardiologii
4. Spadek liczby hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia był różny w zależności od stopnia natężenia zachorowań na COVID-19 jak i też wykazywał pewne różnice regionalne
5. Choroba wieńcowa:
 - zanotowano zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu zawału serca
 - zmniejszeniu uległa liczba wykonywanych koronarografii i angioplastyk w zawale serca, a spadek szczególnie dotyczył NSTEMI
 - istotnie zwiększyła się śmiertelność wewnątrzszpitalna u chorych z zawałem serca

6. Niewydolność serca:
 - zmniejszeniu uległa liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca jak i hospitalizacji chorych z już rozpoznaną niewydolnością serca
 - wzrosła śmiertelność wśród chorych z rozpoznaną niewydolnością serca
7. Inne choroby układu krążenia:
 - zanotowano spadek liczby hospitalizacji z powodu: migotania przedsionków, stenozy aortalnej, zatorowości płucnej i udaru mózgu
8. Znaczące pogorszenie opieki nad chorymi z chorobami układu krążenia obserwowane w pierwszym roku pandemii COVID-19 doprowadziło do „długu zdrowotnego”, który będzie musiał być „spłacony” w kolejnych latach po zakończeniu pandemii.

6. WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA PROFILAKTYKĘ WTÓRNĄ NOWOTWORÓW W POLSCE

Paweł Koczkodaj, Urszula Sulkowska, Urszula Wojciechowska, Magdalena Rosińska, Hubert Pawlik, Jan Poleszczuk, Piotr Rutkowski, Joanna Didkowska (Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy)

Wpływ pandemii na zdrowie społeczeństwa można obserwować na kilku poziomach. W pierwszych falach epidemii funkcjonowanie placówek opieki medycznej zostało zmienione ze względu na przekierowanie dostępnych zasobów do opieki nad pacjentami z COVID-19, ale także z powodu rekomendacji lub wręcz regulacji tymczasowo zawieszających niektóre świadczenia zaklasyfikowane jako mniej pilne (np. wstrzymanie planowych przyjęć czy programów badań przesiewowych, teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej). Dodatkowo utrudnienia dotyczyły przyjęć do przychodni specjalistycznych i szpitali (np. wymóg testowania) i odwiedzin chorych. Wpływ na opiekę onkologiczną miały również zachorowania na COVID-19 wśród chorych onkologicznych, jak również (zwłaszcza w pierwszej fali) zachorowania personelu medycznego¹. W wielu krajach zaburzenia diagnostyki i opieki specjalistycznej w zakresie onkologii były dość krótkotrwałe, a i tak szacuje się, że w perspektywie kilku lat przełożą się one na zwiększoną umieralność chorych onkologicznych²³.

-
- 1 Rutkowski P., Maciejczyk A., Krzakowski M., Flisiak R., Gałązka-Sobotka M., Reguła J., Zegarski W., Kubiawski W., Rosińska M., Poleszczuk J., Śmiglewska A., Rybski S., Maluchnik M., Drożdżikowska A. Raport 2021: Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. 2021_07_14_NIO_Raport-Wplyw-pandemii-COVID-19-na-system-opieki-onkologicznej.pdf (pib-nio.pl)
 - 2 Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* 2020 Aug;21(8):1023-1034. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30388-0. Epub 2020 Jul 20. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2021 Jan;22(1):e5. PMID: 32702310; PMCID: PMC7417808.
 - 3 Ward ZJ, Walbaum M, Walbaum B, Guzman MJ, Jimenez de la Jara J, Nervi B, Atun R. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis. *Lancet Oncol.* 2021 Oct;22(10):1427-1437. doi: 10.1016/S1470-2045(21)00426-5. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34487693; PMCID: PMC8415898.

W rozdziale podsumowane zostały dane pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) dotyczące świadczeń udzielanych chorym onkologicznym w okresie pandemii w odniesieniu do poprzedzających okresów przed-pandemicznych. Jako wskaźniki nowych rozpoznań uwzględnione zostały dane dotyczące rozpoznań odnotowywanych w systemie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), z wyróżnieniem sprawozdanych konsyliów, a także dane dotyczące liczby pierwszorazowych świadczeń i pierwszorazowych hospitalizacji z rozpoznaniem nowotworu złośliwego sprawozdanych do NFZ. Podsumowano również liczbę świadczeń ogółem i liczbę hospitalizacji ogółem w związku z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. Przeanalizowane zostały trendy umieralności dla nowotworów, ze szczególnym uwzględnieniem tych, dla których prowadzone są badania przesiewowe, na tle sytuacji epidemicznej COVID-19.

Jednym z obszarów najbardziej dotkniętych utrudnieniami podczas pandemii była realizacja badań przesiewowych. W przypadku onkologii odgrywają one kluczową rolę we wczesnej diagnostyce zachorowań i tym samym znacząco wpływają na możliwości terapeutyczne i przeżycia chorych. Realizacja badań przesiewowych już w okresie przedpandemicznym pozostawała na niewystarczającym poziomie (jednak w przypadku mammografii obserwowano nieznaczny i powolny wzrost odsetka kobiet wykonujących mammografię). W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną realizowane w Polsce programy badań przesiewowych wraz z kryteriami włączenia oraz uzasadnieniem ich realizacji. Przedstawiona zostanie analiza historycznych trendów uczestnictwa w badaniach przesiewowych i skuteczności wykrywania zachorowań, na podstawie danych NFZ (uczestnictwo według miesięcy) w podziale na okres przed i w trakcie pandemii COVID-19.

Nowotwory złośliwe wciąż stanowią jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny. Według najnowszych danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN)⁴, w Polsce w 2019 r. odnotowano ponad 171 tys. nowych zachorowań oraz więcej niż 100 tys. zgonów nowotworowych. Nowotwory złośliwe stanowią przyczynę ok. ¼ (25,7%) wszystkich zgonów mężczyzn i blisko ¼ wszystkich zgonów kobiet (23,2%), nadal zajmując drugą pozycję wśród najczęstszych przyczyn zgonów w populacji generalnej (za chorobami układu krążenia).

4 Didkowska J, Wojciechowska U, Olasek P, Caetano dos Santos F, Michałek I. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. ISSN 0867-8251, Warszawa 2021

Rozpatrując zachorowalność, rak piersi i rak jelita grubego to jedne z najczęstszych nowotworów złośliwych, które występują w polskiej populacji. Zgodnie z danymi KRN, w 2019 r. na raka piersi (C50) zachorowało 19 620 kobiet (European Standard Population 2013⁵ – ESP2013: 95,2/100 tys.) – był to najczęstszy nowotwór złośliwy, na który zapadały Polki. W tym samym roku, rak piersi przyczynił się również do 6 951 zgonów kobiet (ESP2013: 33,3) (rak piersi był drugą przyczyną zgonów nowotworowych, zaraz za rakiem płuca, i przyczynił się do 33,3% wszystkich zgonów nowotworowych kobiet). Z kolei rak jelita grubego (C18) (z włączeniem zgięcia esiczo-odbytniczego – C19, odbytnicy – C20, odbytu i kanału odbytu – C21) to trzeci pod względem częstości występowania rodzaj nowotworu – zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. W 2019 r., wśród kobiet, KRN odnotował 5 043 przypadki zachorowań na raka jelita grubego (C18) (ESP2013: 24,3), natomiast wśród mężczyzn – 5 802 (ESP2013: 39,8). W tym samym roku, nowotwór ten spowodował 3 537 (ESP2013: 16,9) zgonów kobiet oraz 4 331 (ESP2013: 32,3) zgonów mężczyzn (przyczyniając się do odpowiednio 17% i 32% wszystkich zgonów nowotworowych wśród obydwu płci). Analizując dane epidemiologiczne dotyczące ostatniego z nowotworów podlegającego w Polsce badaniom przesiewowym, rak szyjki macicy (C53) charakteryzuje się stosunkowo niską zachorowalnością – 2 407 zachorowań w 2019 r. (ESP2013: 11,6), przy jednoczesnej wysokiej umieralności – 1 569 (ESP2013: 7,5) – w szczególności w porównaniu z innymi krajami Regionu Europejskiego WHO, gdzie w grupie 40 krajów, Polska zajmuje 11 miejsce pod względem wysokości współczynnika umieralności na raka szyjki macicy (5/100 000 w 2018 r.)^{6,7}.

Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe kształtowane są w głównej mierze przez strukturę wiekową populacji, jak również przez narażenie na czynniki rakotwórcze. W przypadku raka piersi, raka jelita grubego i raka szyjki macicy bardzo duże znaczenie odgrywa także uczestnictwo w badaniach przesiewowych. Uważa

5 ESP2013 – współczynniki standaryzowane według standardowej populacji Europy, standard 2013

6 Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020 Feb;8(2): e191-e203. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30482-6. Epub 2019 Dec 4. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2022 Jan;10(1):e41. PMID: 31812369; PMCID: PMC7025157.

7 Nowakowski, A., Wojciechowska, U., Wieszczy, P. et al. Trends in cervical cancer incidence and mortality in Poland: is there an impact of the introduction of the organised screening? *Eur J Epidemiol* 32, 529–532 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0291-6>

się, że skuteczność populacyjnych skriningów jest osiągnięta w przypadku uzyskania co najmniej 70% progu uczestnictwa populacji uprawnionej⁸; ⁹. W Polsce, odsetek uczestnictwa w programach badań przesiewowych nie osiągnął dotychczas tego pułapu, pomimo wielu wysiłków podejmowanych na rzecz poprawy sytuacji. Co więcej, pandemia COVID-19 przyniosła kolejne pogorszenie w dyskutowanym obszarze.

W Polsce pierwsze przypadki zakażenia wirusem SARS-CoV-2 odnotowano na początku marca 2020 r. Wtedy też w sposób radykalny ograniczono funkcjonowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, m.in. poprzez ograniczenie bądź wstrzymanie przyjęć pacjentów, zmianę profili oddziałów bądź całych szpitali na leczące wyłącznie pacjentów chorujących na COVID-19. Dodatkowo wprowadzono znaczące restrykcje dotyczące przemieszczania się ludności na terenie kraju, a przez kilka tygodni obowiązywał nakaz pozostawania w domach. Pomimo, że stan epidemii został odwołany dopiero w maju 2022 r.¹⁰, nasilone restrykcje miały miejsce jedynie w początkowym okresie pandemii w 2020 r.

6.1. Zmiana częstości świadczeń udzielanych w związku z nowotworami złośliwymi podczas pandemii

System kart DiLO został wprowadzony 1 stycznia 2015 r., w ramach pakietu onkologicznego, którego celem jest umożliwienie efektywnej ścieżki diagnostyki onkologicznej i szybkiego wdrożenia leczenia. Karty DiLO mogą być wystawiane w podstawowej opiece zdrowotnej, ale także przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i w szpitalach. Wystawienie karty DiLO jest jednoznaczne z podejrzeniem nowotworu złośliwego i skierowaniem pacjenta na odpowiednią diagnostykę. Po rozpoznaniu nowotworu zbiera się

8 Jafari M, Nakhaee N, Goudarzi R, Zehtab N, Barouni M. Participation of the Women Covered by Family Physicians in Breast Cancer Screening Program in Kerman, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(11):4555-61. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.11.4555. PMID: 26107203.

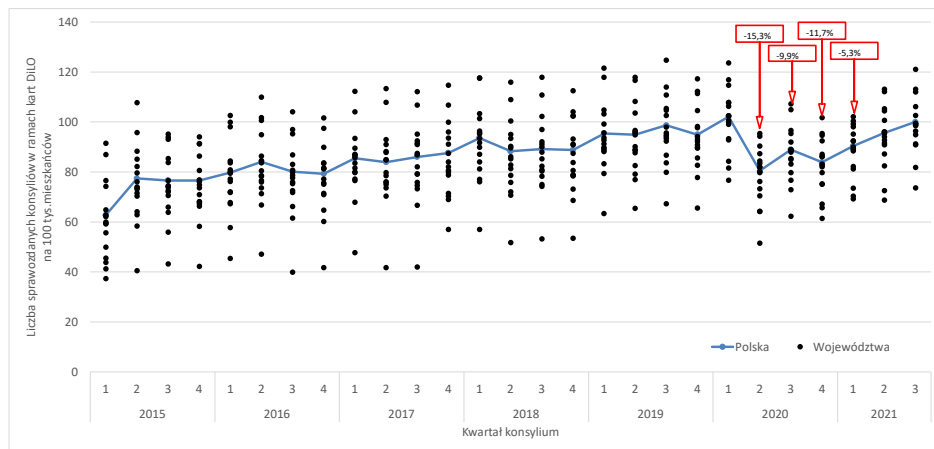
9 Strech D. Participation rate or informed choice? Rethinking the European key performance indicators for mammography screening. *Health Policy*. 2014 Mar;115(1):100-3. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.11.012. Epub 2013 Dec 1. PMID: 24332817.

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

interdyscyplinarne konsylium, które ustala plan leczenia. Informacja o konsylium jest odnotowywana w systemie DiLO i jest uważana za wiarygodną informację o rozpoznaniu. Posiadanie kart DiLO nie jest wymogiem do leczenia onkologicznego i nie w każdym przypadku karta DiLO jest zakładana. W związku z tym oprócz dynamiki liczby konsyliów z rozpoznaniem nowotworów złośliwych raportowanych w systemie DiLO analizowano również wskaźniki pierwszorazowych kontaktów oraz pierwszorazowych hospitalizacji

Kwartalny wskaźnik liczby konsyliów sprawozdanych w karcie DiLO z rozpoznaniem nowotworu złośliwego w okresie od wdrożenia kart DiLO do 2019 r. systematycznie wzrastał. W skali kraju był to wzrost średnio od 76 na 100 tysięcy w 2015 r. do 95 na 100 tysięcy w 2019 r. Wzrost ten częściowo odpowiada wzrostowi surowego współczynnika zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce, odnotowanego również w KRN¹¹. Wzrost wskaźnika konsyliów jest jednak nieco szybszy, co może wynikać z coraz częstszego korzystania z tej drogi w diagnostyce nowotworów złośliwych w Polsce. Na rolę sposobu funkcjonowania systemu DiLO w zakresie zmian tych statystyk wskazuje również duża rozpiętość wskaźnika pomiędzy województwami (Ryc. 6.1), nie odpowiadająca rzeczywistym różnicom epidemiologicznym.

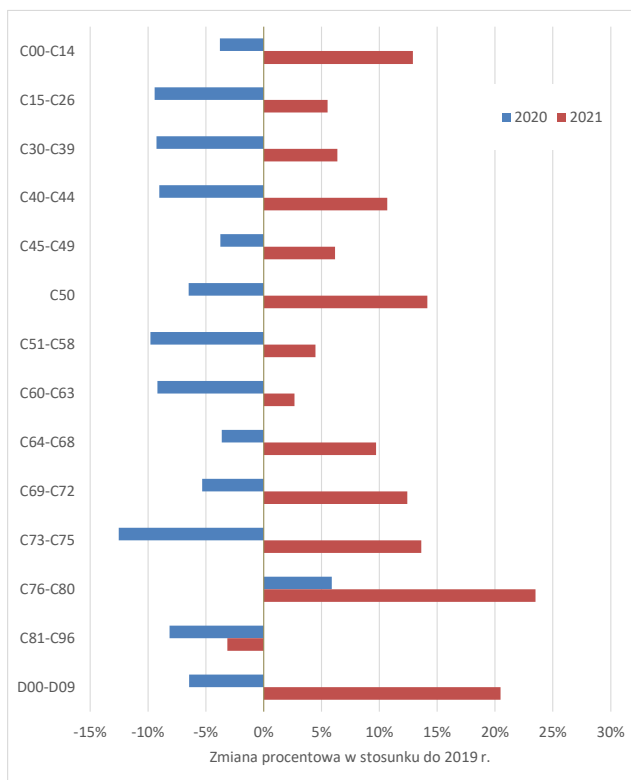
11 Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 10/10/2022.



Ryc. 6.1. Kwartalna liczba konsyliów z rozpoznaniem nowotworowym, sprawozdanych w kartach DiLO w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, dane ogólnopolskie i wg województw. Zaznaczono spadki w okresie pandemii wskaźnika ogólnopolskiego, w odniesieniu do odpowiednich kwartałów 2019 r. (Źródło: dane udostępnione przez NFZ)

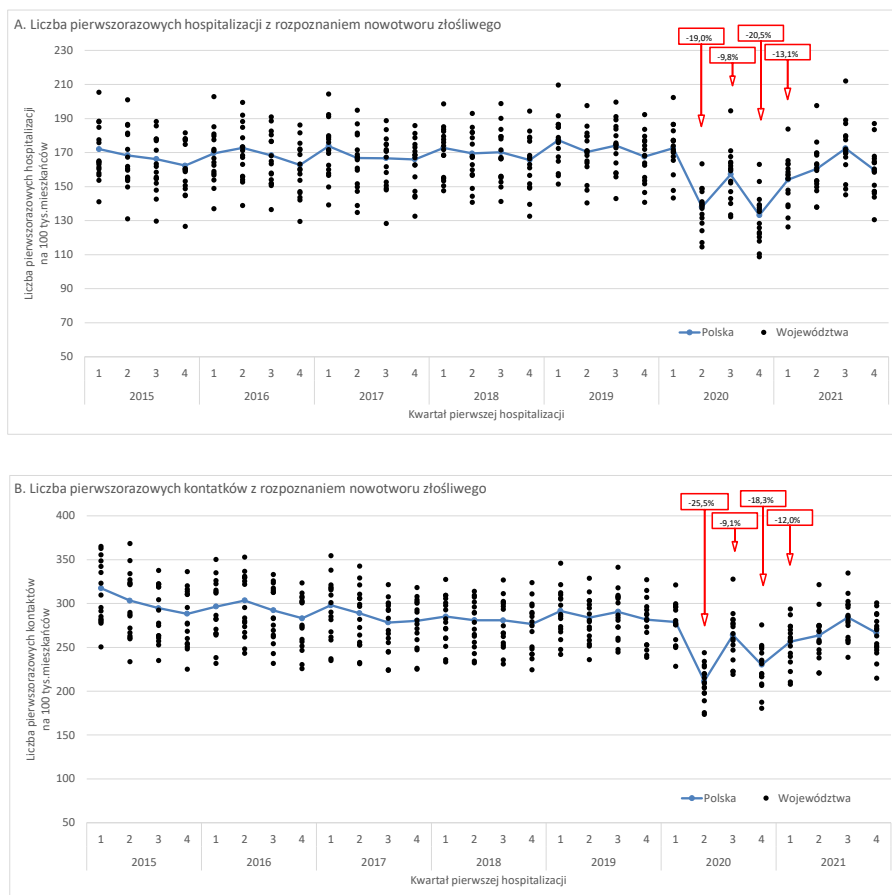
W II–IV kw. 2020 r. zaobserwowano wyraźne załamanie trendu liczby konsyliów ze spadkami od – 9,9% do -15,3% w zależności od kwartału. W skali roku w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek liczby konsyliów o 8,1%. Z kolei w 2021 r. liczba konsyliów z rozpoznaniem nowotworów złośliwych przekroczyła poziom z 2019 r.

Podobne jakościowo trendy można było odnotować dla wszystkich rozpoznanych (zgrupowanych wg grup ICD-10) (Ryc. 6.2). Zwraca uwagę, że wzrost liczby konsyliów DiLO w 2020 r. dotyczył jedynie grupy nowotworów wtórnych i nieokreślonych, dla których również wzrost w 2021 r. był szczególnie wyraźny. W 2021 r. nie odnotowano wyższej liczby konsyliów DiLO jedynie w grupie nowotworów hematologicznych (C81-C96). W pozostałych grupach wystąpił zauważalny wzrost w stosunku do 2019 r.



Ryc. 6.2. Zmiana procentowa liczby konsyliów w latach 2020 – 2021 stosunku do liczby konsyliów w 2019 r., według rozpoznania (Źródło: dane udostępnione przez NFZ)

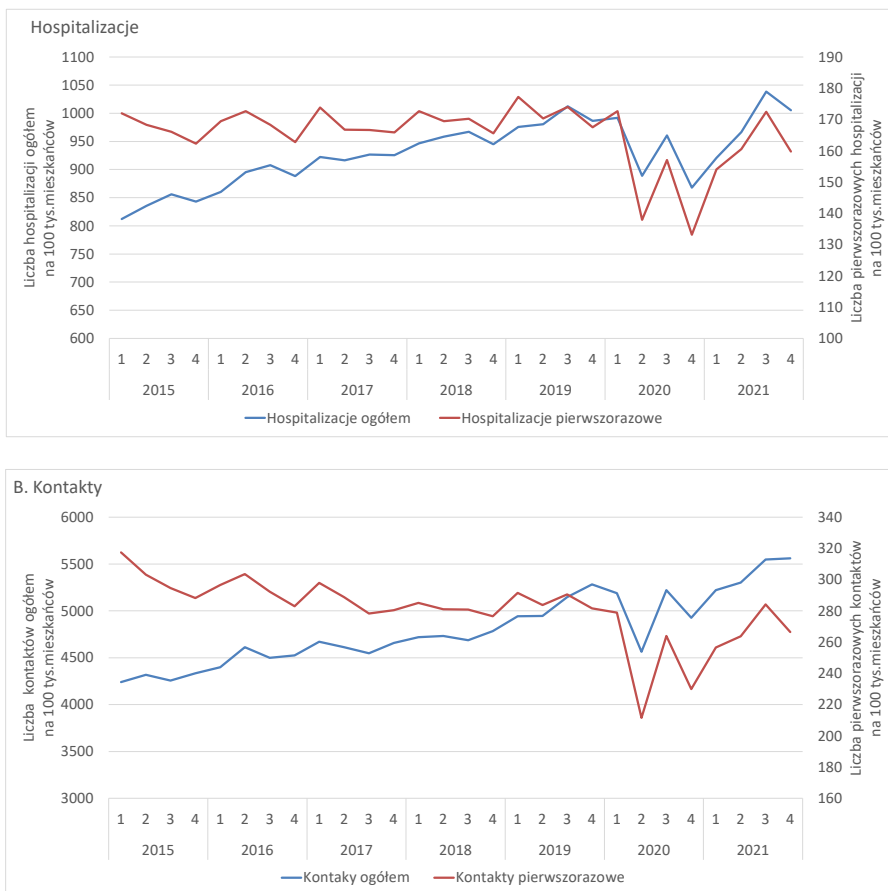
Spadek liczby pierwszorazowych hospitalizacji z rozpoznaniem nowotworowym był szczególnie wyraźny w drugim i czwartym kw. 2020 r., odpowiednio o 19,0% i 20,5% w stosunku do II i IV kw. 2019 r. (ryc. 6.3). Podobną tendencję można również zauważyć w przypadku pierwszorazowych kontaktów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, z więc świadczeń ambulatoryjnych lub szpitalnych z rozpoznaniem z tej grupy, które zostały sprawozdane do NFZ. Odpowiada to wprowadzeniu wysokiego poziomu ograniczeń kontaktów na początku epidemii COVID-19, a także fali epidemicznej pod koniec 2020 r., z wynikającym z niej dużym obciążeniem opieki zdrowotnej leczeniem chorych z ciężkim przebiegiem COVID-19. Mogło to powodować mniejszą dostępność do opieki zdrowotnej, ale również wpływać na wzrost obaw ludzi związanych z zarażeniem się COVID-19 i samodzielne ograniczanie kontaktów, w tym nawet wizyt lekarskich



Ryc. 6.3. Kwartalna liczba pierwszorazowych hospitalizacji (A) i pierwszorazowych kontaktów (B) z rozpoznaniem nowotworu złośliwego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Dane ogólnopolskie i wg województw. Zaznaczono spadki w okresie pandemii wskaźnika ogólnopolskiego, w odniesieniu do odpowiednich kwartałów 2019 r. (Źródło: dane udostępnione przez NFZ)

W odróżnieniu od hospitalizacji i kontaktów pierwszorazowych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, częstość hospitalizacji i kontaktów ogółem z tymi rozpoznaniem wykazywała w latach 2015-2019 trend wzrostowy (ryc. 6.4). Liczbowo hospitalizacji ogółem jest ok. 5 – 6-krotnie więcej niż hospitalizacji pierwszorazowych, a kontaktów ogółem – ok. 15 – 20-krotnie więcej. Stąd wpływ spadku rozpoznań, na częstość hospitalizacji ogółem będzie większy niż w przypadku kontaktów ogółem. W przypadku częstości hospitalizacji

widoczne jest wyraźne, choć mniejsze niż w przypadku hospitalizacji pierwszorazowych, załamanie trendu w 2020 r. W przypadku kontaktów ogółem wyraźny spadek wystąpił w zasadzie jedynie w drugim kw. 2020 r., podczas naku pozostawania w domach. W trakcie fali zachorowań na COVID-19 w IV kw. spadek był niewielki, z dużym prawdopodobieństwem całkowicie wyjaśnialny zmniejszoną częstością rozpoznań.



Ryc. 6.4. Porównanie trendów pierwszorazowych hospitalizacji i hospitalizacji ogółem z rozpoznaniem nowotworu złośliwego (A) oraz trendów pierwszorazowych kontaktów i kontaktów ogółem z rozpoznaniem nowotworu złośliwego (B). Dane ogólnopolskie, liczba epizodów w kwartale w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. (Źródło: dane udostępnione przez NFZ)

6.2. Wpływ pandemii na profilaktykę wtórną nowotworów w Polsce

Okres pandemii, a zwłaszcza okres nasilonych restrykcji związanych z jej zwalczaniem przyczynił się znacząco do dużego spadku uczestnictwa w badaniach przesiewowych. Niekorzystny efekt zdrowotny został zmnożony dodatkowo poprzez zaburzenie diagnostyki inicjowanych w innych obszarach (w tym w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej), co odzwierciedlają również zmiany w liczbie wystawianych przez lekarzy kart DiLO (Ryc. 6.5-6.7).

W Polsce w ramach programu wczesnego wykrywania raka piersi wykonywanie profilaktycznej mammografii zaleca się kobietom w przedziale wiekowym 50-69 lat w dwuletnim interwale czasowym (o ile nie istnieją przesłanki medyczne do zastosowania innego schematu lub/i wykonywania innych/dodatkowych badań)¹². Analizując udział kobiet w profilaktycznej mammografii w latach 2019-2022 widoczna jest powtarzalność spadku uczestnictwa na początku każdego roku (Ryc. 6.5). Prawdopodobnym wyjaśnieniem tej prawidłowości jest sposób raportowania danych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i okres urlopowo-świąteczny na przełomie roku. Dane dotyczą stanu na pierwszy dzień danego miesiąca kalendarzowego, dlatego też de facto w analizowanym miesiącu widoczne jest odzwierciedlenie odsetka uczestniczących w przesiewie w miesiącu poprzednim. Porównując jednak poszczególne lata, 2019 r. charakteryzował się najwyższym uczestnictwem w badaniach, sięgającym blisko 40%. Z kolei w 2020 r. odnotowano największy spadek odsetka kobiet wykonujących mammografię. Niekorzystny trend kontynuowany był w 2021 r., w którym odnotowano najniższy udział w mammografii wynoszący w lutym ok. 32%, co w sposób oczywisty – pomimo pewnego poluzowania restrykcji – związane było z trwającą epidemią COVID-19. Dotychczas (wrzesień 2022 r.) udział w programie w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi nie powrócił do poziomu sprzed ogłoszenia stanu epidemii.

12 Mańczuk M, Cedzyńska M, Koczkodaj P, Łobaszewski J, Przepiórka I, Didkowska J. 12 sposobów na zdrowie, Warszawa 2017, ISBN 978-83-88681-13-4

Ryc. 6.5. Liczba wydanych kart DiLO oraz odsetek uprawnionych kobiet uczestniczących w programie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi w Polsce w latach 2019-2022 (rozpoznanie C50, D05, D48)¹³

Odrotną sytuację można zauważyć analizując dane dotyczące liczby kart DiLO wydanych przez lekarzy w związku ze zdiagnozowaniem raka piersi. W marcu 2022 r., wydano ponad 7 300 kart DiLO, co stanowi rekordową liczbę na przestrzeni analizowanych czterech lat. Dla porównania, w tym samym miesiącu, w 2020 r. wydano ich mniej niż 4 000, a następnie w kwietniu nieco ponad 2 700 – co stanowi najmniejszą liczbę dla lat 2019-2022. Ponadto, już w 2020 r., czyli w roku wybuchu epidemii, liczba wydawanych kart DiLO powróciła do poziomu z roku poprzedniego, nawet go przewyższając (Ryc. 6.5). Powyższa zależność sugeruje szybki powrót wydolności opieki onkologicznej, dlatego też spadki uczestnictwa w badaniach przesiewowych mogły mieć swoją główną przyczynę bardziej w przekonaniach i postawach kobiet dotyczących koronawirusa i bezpieczeństwa badania (w kontekście ryzyka zakażenia SARS-CoV-2) niż w obniżonej dostępności przesiewów w związku z trwającym stanem epidemii.

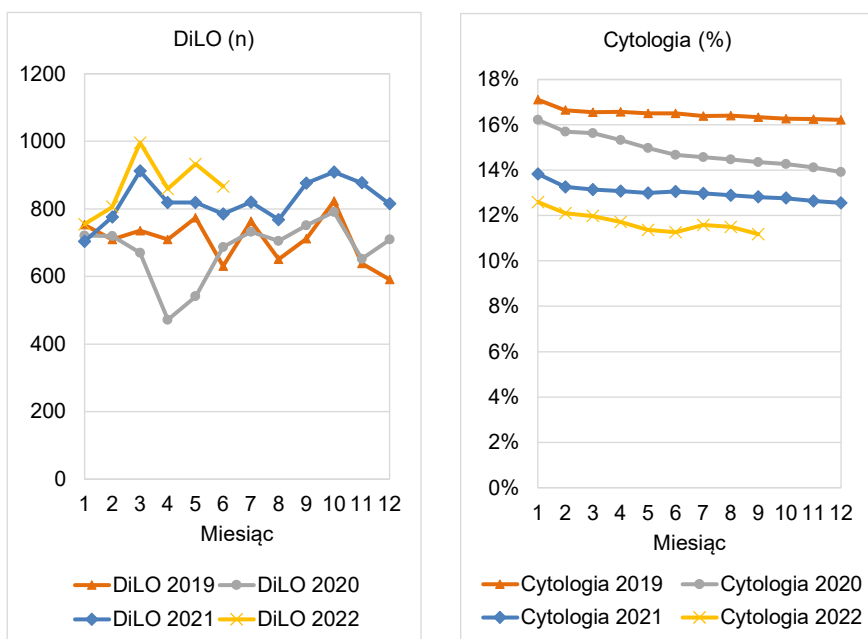
W Polsce nadal funkcjonującym badaniem przesiewowym w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy jest cytologia (aktualnie trwa pilotaż badania HPV DNA, które w przyszłości powinno zastąpić cytologię). Obecnie rekomenduje się wykonywanie cytologii przez kobiety w wieku 25-59 lat w 3-letnim interwale czasowym⁸. Dane dotyczące odsetka kobiet uczestniczących w programie cytologicznym powinny być traktowane orientacyjnie, ze względu na raportowanie przez NFZ wyłącznie tych wykonanych, które miały miejsce w systemie publicznym. Z dużą dozą pewności można stwierdzić, że dane te są niedoszacowane, pokazują jednak generalne trendy, które również stanowią cenną informację zwrotną.

W każdym z następujących po sobie lat widoczny jest trend spadkowy uczestnictwa w badaniach cytologicznych. Podobna sytuacja ma miejsce w kontekście następujących po sobie miesięcy. W styczniu 2019 r. odsetek kobiet uczestniczących w programie wczesnego wykrywania raka szyjki macicy wynosił ok. 17%, w tym samym miesiącu

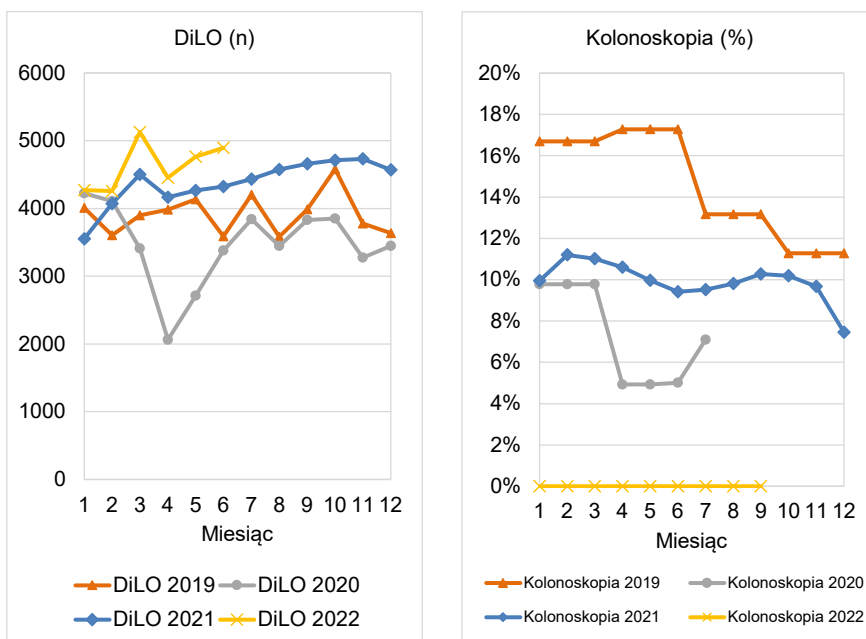
13 Dane pozyskane na żądanie z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (liczba wydanych kart DiLO) oraz ze strony internetowej www.nfz.gov.pl, zakładka Programy profilaktyczne, Dane o realizacji programów (odsetek uprawnionej populacji uczestniczącej w badaniach przesiewowych).

w 2020 r. – 16%, w 2021 r. – poniżej 14% i w 2022 r. mniej niż 13%. Obecnie (wrzesień 2022 r.), obserwujemy historycznie najniższy udział kobiet w badaniach cytologicznych – nieco ponad 11%. Niemniej jednak 2020 r. pozostaje okresem, w którym odnotowano największy spadek uczestnictwa – z 16,22% w styczniu do 13,92% w grudniu (ryc. 6.6).

Podobnie jak w przypadku kart DiLO wydawanych kobietom chorującym na raka piersi, także i w przypadku raka szyjki macicy widoczne jest szybkie odbicie trendu spadkowego w 2020 r. (najmniej wydanych kart w kwietniu 2020 r. – 472). Już w czerwcu tego samego roku liczba kart DiLO przewyższyła ich poziom w analogicznym miesiącu 2019 r. Najnowsze dane wskazują na rekordowe liczby wydanych kart DiLO w 2022 r.. Obserwowana zależność może być wynikiem szybkiego przystosowywania się opieki onkologicznej do funkcjonowania w epidemicznej rzeczywistości, efektem wprowadzania szczepień i leków w leczeniu przebiegu COVID-19, ale też obserwowanym od lat niskim uczestnictwem w przesiewie cytologicznym (ryc. 6.6).



Ryc. 6.6. Liczba wydanych kart DiLO oraz odsetek uprawnionych kobiet uczestniczących w programie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w Polsce w latach 2019-2022 (rozpoznanie C53, D07, D39)8



Ryc. 6.7. Liczba wydanych kart DiLO (lata 2019-2022) oraz odsetek uprawnionych kobiet i mężczyzn uczestniczących w programie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego w Polsce (lata 2020-2021) – dostępne dane na dzień 23.09.2022 (bez danych za sierpień-grudzień 2020 r.) (rozpoznanie C18-C21, D01, D37)

Dotychczas funkcjonującym w Polsce badaniem przesiewowym w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego była kolonoskopia. Zalecenia uczestnictwa w programie dotyczyły kobiet i mężczyzn w przedziale wiekowym 55-64 lata. W przypadku prawidłowego wyniku, interwał czasowy od wykonania badania do jego powtórzenia wynosił 10 lat⁸. Program ten jako jedyny z trzech był finansowany bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia i koordynowany przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. W związku ze zmianą modelu finansowania (finansowanie przez NFZ), a także wprowadzeniem dodatkowego badania (test na krew utajoną w kale – test FIT), trudności proceduralne doprowadziły do całkowitego zatrzymania funkcjonowania programu od stycznia 2022 r. aż do chwili obecnej (wrzesień 2022 r.).

Należy podkreślić, że prezentowane dane dotyczą odsetka osób zgłaszających się na kolonoskopię w wyniku otrzymania zaproszenia z programu – dane te nie odzwierciedlają

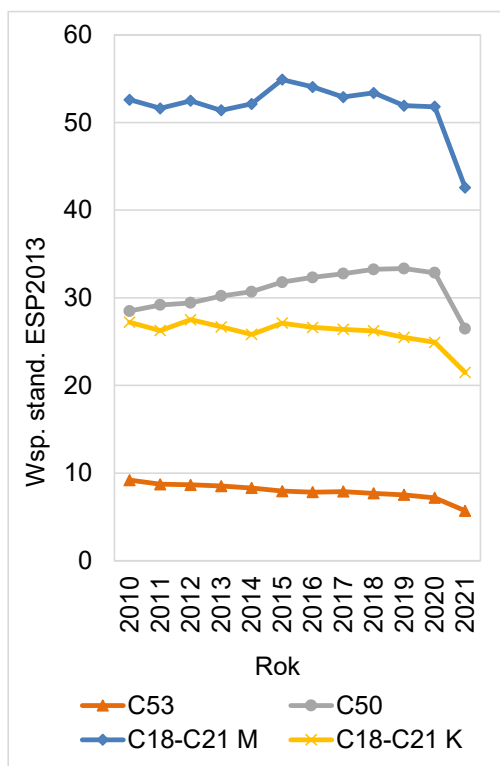
pokrycia populacji uprawnionej, tak jak w przypadku mammografii i cytologii (ryc. 6.1). Niezależnie od tego faktu, epidemia COVID-19 przyczyniła się do znaczącego obniżenia udziału kobiet i mężczyzn w omawianym badaniu przesiewowym, doprowadzając do zaledwie 5% zgłaszalności na kolonoskopię w kwietniu, maju i czerwcu 2020 r. W 2021 r. odnotowano znaczącą poprawę w tym zakresie. Już w styczniu odsetek osób wykonujących kolonoskopię osiągnął poziom sprzed pandemii, a w lutym go przewyższył (11,20%). Niestety, pomimo zwiększającego się uczestnictwa w programie w późniejszych etapach epidemii (2021 r.), 2022 r. przyniósł całkowite załamanie realizacji przesiewowej kolonoskopii ze względu na wspomniane wcześniej trudności proceduralne związane ze zmianą modelu programu i źródła jego finansowania. W przeciwieństwie do sytuacji obserwowanej w raku piersi i raku szyjki macicy, liczba kart DiLO wydawanych pacjentom ze zdiagnozowanym rakiem jelita grubego nie przewyższyła w 2020 r. liczby kart wydanych w analogicznych miesiącach w 2019 r. Co więcej, od momentu wybuchu epidemii, liczba kart DiLO wydawanych tym pacjentom była niższa niż w 2019 r. Obserwowana sytuacja może mieć swoje uzasadnienie w mniejszej liczbie wykonywanych kolonoskopii i samym charakterze badania. Kolonoskopia jest procedurą inwazyjną w przeciwieństwie do cytologii czy mammografii. W czasie początkowej fazy epidemii rozpoznanie raka jelita grubego mogło być znacznie bardziej skomplikowane, chociażby ze względu na wspomniane wcześniej w niniejszym rozdziale przekierowanie zasobów placówek medycznych w stronę walki z COVID-19. Dodatkowym czynnikiem mogły być również braki kadrowe (kolonoskopię przeprowadza lekarz), a także struktura wiekowa populacji kadr medycznych w Polsce (duża część lekarzy to osoby po 60 roku życia, co stanowi poważny czynnik ryzyka zakażenia i ciężkiego przebiegu COVID-19, a w efekcie wyłączenia z pełnienia obowiązków zawodowych)¹⁴.

14 Koczkodaj P, Cedzyńska M, Didkowska J. Smoking and SARS-CoV-2: Are Polish health professionals at higher risk of infection?. *Tobacco Induced Diseases*. 2020;18(June):52. doi:10.18332/tid/122760.

6.3. Wpływ pandemii na umieralność na nowotwory złośliwe oraz na umieralność ogółem chorych leczonych z powodu nowotworu

W wielu badaniach, a także w dyskusji publicznej często podnoszony jest argument zwiększonej umieralności na nowotwory złośliwe spowodowanej opóźnieniami w diagnozie i leczeniu wynikającymi z epidemii^{15, 16}. Jednak realny efekt wspomnianych opóźnień i tzw. „długu zdrowotnego” będzie widoczny za pewien czas, m.in. ze względu na charakter choroby nowotworowej. Obecnie, dostępne dane epidemiologiczne paradoksalnie wskazują na spadki współczynników umieralności (Ryc. 6.8) od 2020 r., czyli od momentu wybuchu epidemii w Polsce. To pozornie pozytywne zjawisko potwierdza jednak wcześniej opisane dane – spadki umieralności najprawdopodobniej związane są z mniejszą liczbą zdiagnozowanych pacjentów onkologicznych (także wskutek obniżonego uczestnictwa w badaniach przesiewowych) i przypisaniu innej przyczyny zgonu – niejednokrotnie związanej z przebiegiem COVID-19.

-
- 15 Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* 2020 Aug;21(8):1023-1034. doi: 10.1016/S1473-2045(20)30388-0. Epub 2020 Jul 20. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2021 Jan;22(1):e5. PMID: 32702310; PMCID: PMC7417808.
 - 16 Kościelecka KE, Kuć AJ, Kubik DM, Męcik-Kronenberg T, Ceglarsz D. IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE AVAILABILITY OF MEDICAL CARE AMONG ONCOLOGICAL PATIENTS. *Wiad Lek.* 2021;74(7):1542-1551. PMID: 34459750.

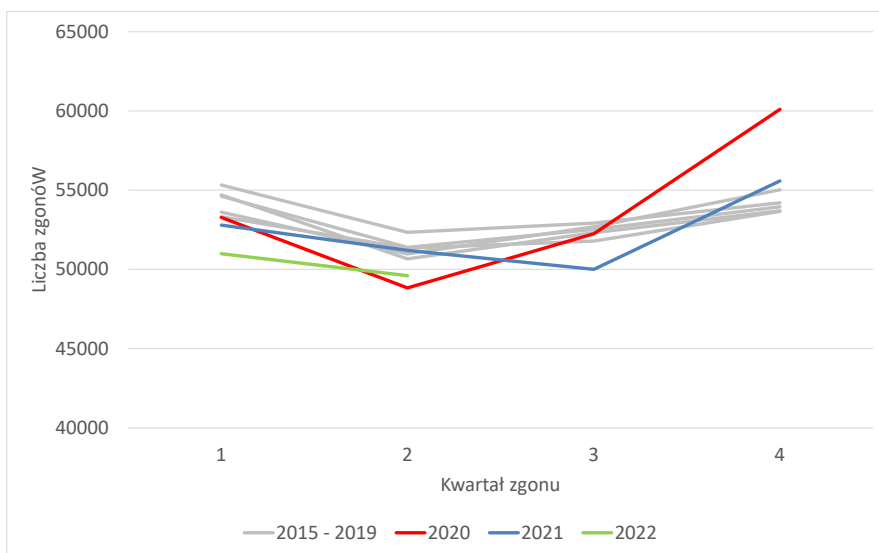


Ryc. 6.8. Współczynniki umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce (współczynniki na 100 tys. ludności)

Potwierdzają to statystyki zgonów niezależnie od przyczyny wśród pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego dostępne na podstawie danych NFZ. W celu odniesienia do grupy chorych pozostających w leczeniu uwzględniono jedynie zmarłych, w przypadku których ostatnie świadczenie z rozpoznaniem z grupy nowotworów złośliwych miało miejsce w ciągu 12 miesięcy przed zgonem. W latach 2015 – 2019 obserwowano niewielką tendencję spadkową, z większą liczbą zgonów w okresie zimowym, co jest związane prawdopodobnie z sezonem grypowym¹⁷. W II kw. 2020 r. nastąpił istotny

17 Marti-Soler H, Gonseth S, Gubelmann C, Stringhini S, Bovet P, Chen PC, Wojtyniak B, Paccaud F, Tsai DH, Zdrojewski T, Marques-Vidal P. Seasonal variation of overall and cardiovascular mortality: a study in 19 countries from different geographic locations. *PLoS One*. 2014 Nov 24;9(11):e113500. doi: 10.1371/journal.pone.0113500. PMID: 25419711; PMCID: PMC4242652.

spadek (ryc. 6.9). Był to początkowy okres pandemii, więc na spadek ten najprawdopodobniej wynika wprost z mniejszej liczby rozpoznań nowotworów w tym okresie. Natomiast, pomimo mniejszej liczby pacjentów onkologicznych w 2020 r., liczba zgonów znacząco wzrosła w IV kw. 2020 r., jak również w IV kw. 2021 r., w trakcie kolejnych fal epidemicznych. Liczba zgonów w dwóch pierwszych kwartałach 2022 r. była niższa niż oczekiwana na podstawie wcześniejszych trendów, co można tłumaczyć z jednej strony zwiększoną umieralnością w poprzedzających kwartałach, a z drugiej – mniejszą liczbą rozpoznań w latach 2020–2021.



Ryc. 6.9. Liczba zgonów u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, które wystąpiły w ciągu 12 miesięcy od ostatniego świadczenia z rozpoznaniem nowotworu.

Źródło: dane udostępnione przez NFZ

PODSUMOWANIE

1. W trakcie pandemii obserwuje się znaczny spadek wskaźników związanych z rozpoznawalnością nowotworów złośliwych w Polsce (liczba konsyliów w systemie DiLO, liczba pierwszorazowych hospitalizacji, liczba pierwszorazowych kontaktów). Opóźnione rozpoznania generują dług zdrowotny, który może prowadzić do większego udziału rozpoznań w zaawansowanym stadium nowotworu w przyszłości.
2. Liczba zgonów z przyczyn nowotworowych uległa zmniejszeniu w latach pandemicznych. Jednocześnie odnotowano istotny wzrost umieralności wśród pacjentów nowotworowych, głównie związanej z COVID-19. Istotna umieralność nadmiarowa w populacji w wieku 50 lat i więcej w 2021 r. w Polsce może paradoksalnie zmniejszyć liczbę pacjentów onkologicznych w nadchodzących latach.
3. Powrót do stanu sprzed epidemii COVID-19 w Polsce w kontekście uczestnictwa w badaniach przesiewowych nie będzie możliwy bez podjęcia realnych działań dostosowanych do poszczególnych grup odbiorców, m.in. przywrócenia zaproszeń w zmienionej formie. Istnieją również badania potwierdzające, że najskuteczniejszą formą zachęcania do udziału w przesiewach jest bezpośredni kontakt z lekarzem, lub innym pracownikiem systemu opieki zdrowotnej, zajmującym się tą tematyką¹⁸.
4. Epidemia COVID-19 potwierdziła, że w dużej mierze problematyka niskiego uczestnictwa w badaniach przesiewowych w Polsce związana jest raczej z postawami i przekonaniem na temat badań, poziomem wiedzy na ich temat, a nie wydolnością systemu, czy brakiem dostępu do przesiewu (dane dot. skriningów vs. liczby wydanych kart DiLO w 2020 r.).
5. Dług zdrowotny, w przypadku niewykonywania, bądź opóźniania wykonywania profilaktycznej kolonoskopii w czasie pandemii, jest obecnie dodatkowo pogłębiany poprzez zatrzymanie programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

18 Koczkodaj P, Camacho F, Batten GP, Anderson RT. Are Wellness Visits a Possible and Effective Cure for the Increasing Cancer Burden in Poland? Example of Women's Preventive Services in the U.S. *Cancers* (Basel). 2022 Sep 1;14(17):4296. doi: 10.3390/cancers14174296. PMID: 36077829; PMCID: PMC9454863.

Jego ponowne uruchomienie wydaje się być obecnie jedną z najpilniejszych potrzeb w zakresie prewencji wtórnej nowotworów złośliwych.

Autorzy niniejszego rozdziału składają serdeczne podziękowania dr hab. Michałowi Kamińskiemu, Prof. NIO-PIB, Kierownikowi Zakładu Profilaktyki Nowotworów w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym za udostępnienie danych dotyczących programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

7. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA Z UWZGLĘDNIENIEM WPŁYWU PANDEMII COVID-19 NA ZDROWIE PSYCHICZNE

Daria Biechowska, Marta Welbel,
Krzysztof Ostaszewski (*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. Ok. 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 wzmocnienia 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 2016-2020, którego cel operacyjny 3 dotyczy profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa. Wskazuje on na konieczność monitorowania m.in. chorobowości z powodu depresji oraz liczby prób samobójczych i samobójstw.

Poniżej przedstawiamy rozmiar i dynamikę wybranych problemów zdrowia psychicznego w Polsce na podstawie istniejących rutynowych systemów informacyjnych. Specyfika chorób psychicznych spowodowała, że od lat informacje o mieszkańcach Polski leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej (szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, ośrodki leczenia uzależnień, ośrodki rehabilitacyjne dla osób uzależnionych) zbierane są w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej, realizowanego przez Instytut Psychiatrii

i Neurologii w Warszawie, gdzie prowadzona jest analiza i opracowanie danych. Tabele wynikowe są publikowane w roczniku statystycznym wydawanym przez Instytut. Prezentowane współczynniki dotyczą osób, a nie przypadków, gdyż dla celów analizy statystycznej hospitalizacje wielokrotne były łączone według przyjętego przez Instytut klucza identyfikacyjnego. Merytoryczny nadzór nad tymi systemami sprawuje Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Warto jednak w tym miejscu odwołać się do danych dotyczących umieralności mieszkańców Polski i przypomnieć, że jeden z najważniejszych symptomów z obszaru zdrowia psychicznego, a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest wśród mężczyzn w Polsce (w 2021 r. 21,6/100 tys.) znacząco wyższy od średniego dla krajów UE (w 2017 r. 17,2/100 tys.) (współczynniki standaryzowane względem wieku). Natomiast współczynnik zgonów kobiet z tej przyczyny w Polsce (3,2/100 tys.) jest wielokrotnie niższy w porównaniu ze współczynnikiem zgonów mężczyzn i jest niższy od przeciętnego dla UE28 (4,7/100 tys.)¹. W żadnym z krajów Unii Europejskiej nie obserwuje się tak ogromnej trwałej dysproporcji między płciami.

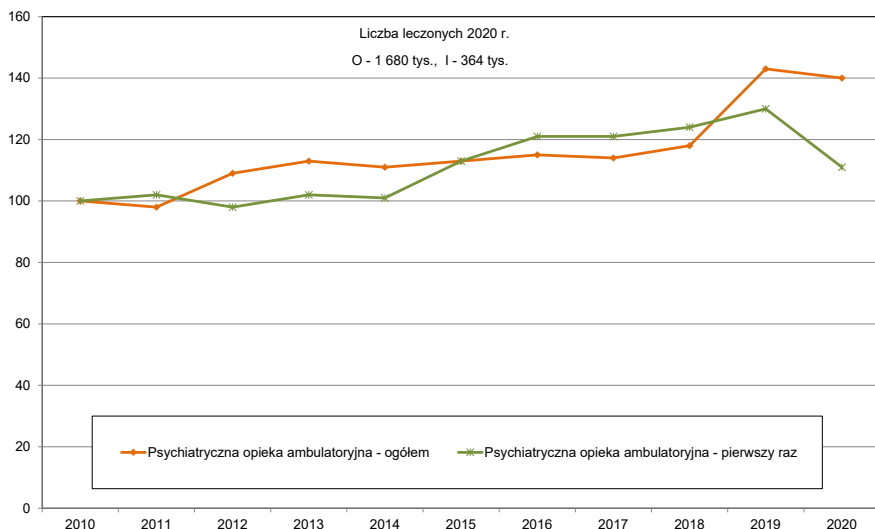
7.1. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej

Informacje o osobach leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dotyczą leczenia w poradniach zdrowia psychicznego (PZP), poradniach terapii uzależnienia od alkoholu (PTUA) oraz poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (PTUSP). Informacje te są opracowywane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i są publikowane w roczniku statystycznym „Zakłady psychiatrycznej 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

1 Patrz Rozdział „Długość życia i umieralność ludności Polski”

danych ogranicza możliwości ich szczegółowej analizy, niemniej jednak stanowią one ważne źródło informacji o częstotliwości zaburzeń psychicznych w Polsce.

W 2020 r. w opiece ambulatoryjnej leczono 1680 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (1,472 mln. to pacjenci leczeni w PZP, 187 tys. leczeni w PTUA, a 21 tys. leczeni w PTUSP), w tym 364 tys. po raz pierwszy. W latach 2010-2019 liczba leczonych ogółem i leczonych po raz pierwszy znacznie wzrosła, spadek w 2020 r. wynika z częściowego zamknięcia podmiotów leczniczych w pierwszej fali pandemii koronawirusa (ryc. 7.1a).



Ryc. 7.1a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (O) i po raz pierwszy (I) w latach 2010–2020, 2010 r.=100 (na podstawie danych Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Tabela 7.1a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań, 2017-2020 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)¹	532,2	550,4	554,5	515,3	106,0	110,3	113,6	89,9
Schizofrenia (F20)¹	354,8	371,3	359,9	342,2	29,9	32,9	31,2	31,8
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)¹	829,9	850,1	877,5	885,7	150,0	157,3	170,4	168,7
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)¹	1149,4	1217,8	1210,7	1215,7	340,4	354,3	348,9	298,9
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)²	419,1	437,4	425,1	373,9	146,4	149,0	136,9	105,3
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)²	105,7	116,4	123,2	126,7	38,1	42,7	43,3	37,8

¹ leczeni w poradniach zdrowia psychicznego

² leczeni w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień

Źródło: na podstawie danych Instytutu 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 2020 r. w PZP na każde 100 tys. ludności leczyło się 1215,7 osób, w tym 298,9 po raz pierwszy (odpowiednie wartości bezwzględne wyniosły 466 tys. oraz 87 tys. osób) (tabela 7.1a). Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby leczone z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) – 886/100 tys., oraz po raz pierwszy 169/100 tys. Brak jest jednoznacznego trendu zmian liczby osób leczących się z powodu tych dwóch grup zaburzeń w ciągu ostatnich czterech lat.

Chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych stanowią czwartą, co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem w otwartej opiece, ale trzecią, co do częstości leczenia po raz pierwszy. W 2020 r. z tego powodu ogółem leczono 154 tys. osób (374 na 100 tys.). W latach 2017-2020 zaznacza się nieznaczny trend spadkowy liczby leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych.

W 2020 r. liczba chorych ogółem z zaburzeniami psychicznymi leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wyniosła 1480 tys. osób, tzn., że na każde 100 tys. ludności leczono 3538 osób (tabela 7.2a). Z liczby tej 313 tys. (801 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy. Kobiety leczyły się w Poradniach Zdrowia Psychicznego o ponad 50% częściej niż mężczyźni (mężczyźni 2790/100 tys. i kobiety 4196/100 tys.). Trzeba jednak pamiętać, że w poradniach zdrowia psychicznego leczy się tylko niewielka część chorych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu

i substancji psychoaktywnych, gdyż oni leczeni są przede wszystkim w poradniach odwykowych oraz poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. W psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej nadwyżka leczonych kobiet nad mężczyznami jest mniejsza, w 2020 r. leczyły się one o 24% częściej niż mężczyźni (mężczyźni 3 870/100 tys. i kobiety 4 792/100 tys.). W 2015 r. nadwyżka ta wynosiła 14,4%, co wskazuje na większy w ostatnich latach wzrost liczby leczących się kobiet niż mężczyzn.

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

W poradniach zdrowia psychicznego mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi – w 2020 r. nadwyżka ta wynosiła aż 128% (mieszkańcy miast 4539/100 tys., mieszkańcy wsi 1991/100 tys.) (tabela 7.2a). Podobna nadwyżka (121%) leczących się mieszkańców miast (5571/100 tys.) w stosunku do mieszkańców wsi (2521/100 tys.) występuje w przypadku psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, obejmującej łącznie poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Obie nadwyżki zmieniły się w stosunku do okresu objętego poprzednim raportem o prawie 20%. Zwraca uwagę fakt, że liczba leczonych mieszkańców miast w okresie 2011-2020 rośnie, natomiast wsi – maleje w niewielkim stopniu. Tak duże różnice wskaźników między mieszkańcami miast i wsi mogą wskazywać na duże braki w zaspokojeniu potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym tej drugiej grupy osób, zwłaszcza jeżeli się weźmie pod uwagę na przykład znaczną nadwyżkę umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miast (patrz Rozdział 3).

Tabela 7.2a. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna, poradnie zdrowia psychicznego – chorzy leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi wg płci i miejsca zamieszkania, 2011-2020 (współczynniki na 100 tys. ludności)

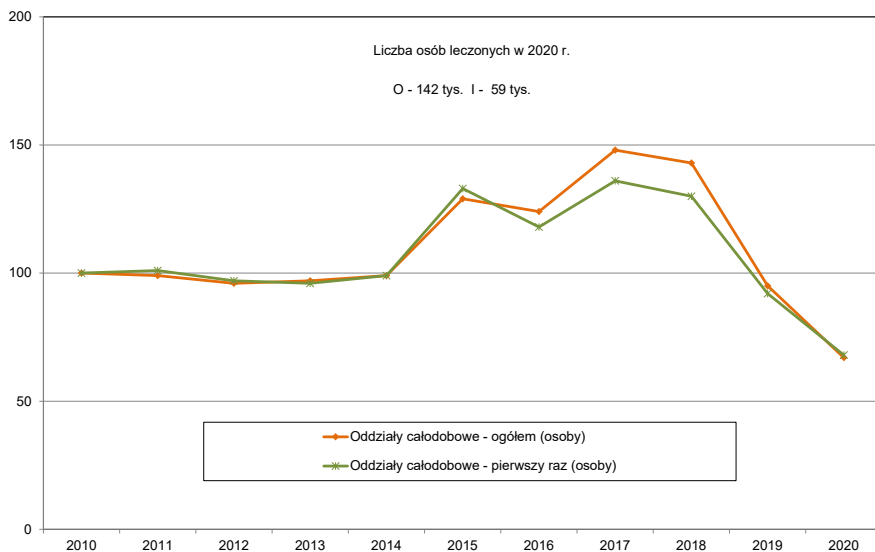
Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
Psychiatryczna opieka ambulatoryjna					
2011	3601,4	3351,7	3835,6	4323,3	2484,0
2012	3969,7	3632,0	4289,5	4879,2	2569,4
2013	4124,1	3781,6	4445,3	5069,5	2676,3
2014	4066,6	3658,3	4449,4	5017,1	2616,7
2015	3809,7	3360,1	4231,2	4694,1	2464,2
2016	3859,7	3385,0	4304,7	4857,8	2347,4
2017	4050,0	3676,4	4400,1	5099,4	2463,5
2018	4213,1	3785,7	4613,6	5280,5	2603,6
2019	4415,1	3976,6	4826,0	5626,6	2597,2
2020	4346,4	3870,2	4792,2	5570,8	2520,5
Poradnie zdrowia psychicznego					
2011	2860,7	2150,7	3392,0	3409,9	2010,6
2012	3205,8	2549,4	3821,4	3922,2	2102,7
2013	3364,8	2696,9	3991,3	4132,7	2188,9
2014	3270,3	2562,9	3933,7	4031,7	2109,0
2015	3288,2	2609,9	3924,1	4041,7	2141,9
2016	3347,0	2654,7	3996,0	4212,3	2035,9
2017	3252,1	2579,8	3882,2	4100,1	1969,9
2018	3383,3	2658,2	4062,9	4257,0	2066,0
2019	3569,0	2805,0	4244,1	4526,0	2077,3
2020	3538,4	2790,3	4195,9	4538,8	1991,3

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii

7.2. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej

W 2020 r. łączna liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej wyniosła 142 tys., tzn., że na każde 100 tys. ludności leczono 685 osób, w tym 59 tys. (258/100 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 – 2020 widać trzy momenty wzrostu o kilkanaście procent w latach 2010–2011, 2014–2015 oraz w 2018 r. (ryc. 7.1.b). Spadek w latach 2019–2020 wynika z czasowego ograniczenia dostępności do oddziałów całodobowych z powodu pandemii koronawirusa.



Ryc. 7.1b. Psychiatryczna opieka całodobowa – dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem (O) i po raz pierwszy (I) w latach 2010–2020, 2010 r.=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 2020 r. leczą się o prawie 103% częściej niż kobiety i nadwyżka ta jest w miarę stała w ostatnich latach (tabela 7.2.b).

Tabela 7.1b. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań, 2017-2020 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)	87,3	82,2	83,1	57,0	33,0	30,5	52,4	35,3
Schizofrenia (F20)	114,2	108,4	109,7	86,9	16,5	15,3	94,9	71,9
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)	67,9	65,2	66,0	47,1	21,5	20,4	45,7	31,3
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)	44,3	47,2	47,3	29,2	25,9	26,5	20,8	12,0
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)	263,1	254,3	269,9	177,2	114,3	109,4	152,6	96,8
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)	62,3	60,1	66,6	44,7	25,9	24,7	40,2	25,9

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Tabela 7.2b. Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi wg płci i miejsca zamieszkania, 2011-2020 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
2011	534,9	709,2	371,4	566,6	449,9
2012	520,1	687,8	362,8	546,9	440,0
2013	523,8	695,7	362,6	547,2	444,4
2014	532,0	709,4	365,7	550,3	462,1
2015	614,8	806,0	435,4	680,2	515,2
2016	594,9	784,8	417,0	661,9	493,5
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

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Mieszkańcy miast leczyli się w zakładach opieki całodobowej o 38% częściej niż mieszkańcy wsi zarówno po raz pierwszy, jak i ogółem. Większa częstość hospitalizacji ludności miejskiej niż wiejskiej dotyczy wszystkich kategorii zaburzeń. Największa, ponad dwukrotna, różnica między środowiskami zamieszkania pacjentów dotyczyła hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wieś – 26,5/100 tys.

mieszkańców, miasto – 58,7/100 tys.), zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (odpowiednio 7,8 i 17,3/100 tys.) oraz zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające 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. W 2020 r. grupa ta liczyła 95 tys. osób, tzn. 177/100 tys. ludności (40% z ogółu leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, aż 35% leczonych po raz pierwszy). Byli to głównie mężczyźni, stanowili oni aż 83% leczonych z tego powodu. W ostatnich trzech latach (2017-2019) współczynnik hospitalizacji z powodu zaburzeń alkoholowych utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Współczynnik hospitalizacji ogółem z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu mężczyzn był w 2020 r. pięciokrotnie większy niż kobiet, zależność ta dotyczy również leczonych po raz pierwszy. Mieszkańcy wsi byli nieznacznie częściej hospitalizowani niż mieszkańcy miast (odpowiednio 203/100 tys. i 209/100 tys. ludności).

Chorzy leczeni z powodu schizofrenii stanowią drugą, co do wielkości grupę wśród ogółu hospitalizowanych (20%), również wśród leczonych po raz pierwszy (26%). W 2020 r. z tego powodu leczono stacjonarnie 36 tys. osób (mężczyźni – 108/100 tys., kobiety – 84/100 tys., mieszkańcy miast – 107/100 tys., 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., wsi – 14/100 tys.). W ostatnich trzech latach współczynnik hospitalizacji z powodu schizofrenii ogółem nieznacznie spada, natomiast w przypadku pacjentów leczonych po raz pierwszy znacząco wzrasta. Nie można jeszcze na podstawie tych danych wskazywać trendu zmian, wymaga to dalszych obserwacji.

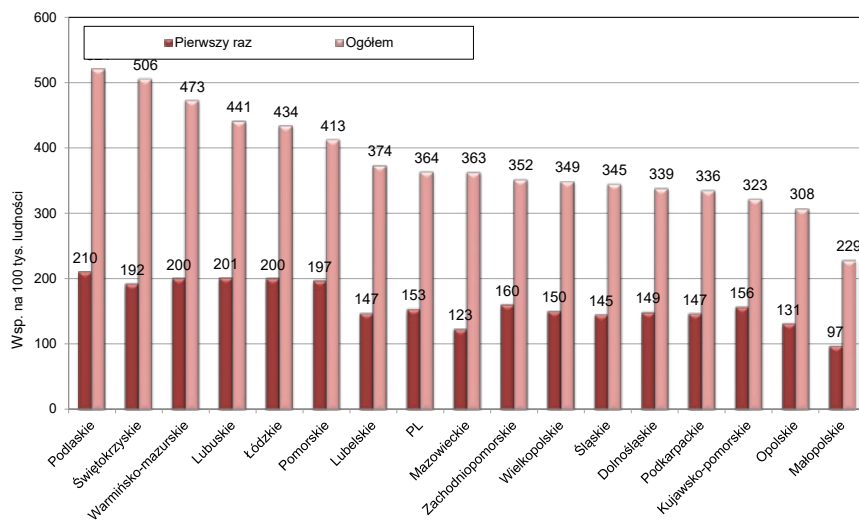
Kolejną, co do wielkości grupę stanowią pacjenci z organicznymi zaburzeniami psychicznymi (11%) (mężczyźni – 74/100 tys., kobiety – 70/100 tys., mieszkańcy miast – 84/100 tys., wsi – 58/100 tys.). W ostatnich trzech latach współczynnik hospitalizacji z powodu tej grupy chorób (zarówno ogółem, jak i po raz pierwszy) utrzymuje się na zbliżonym poziomie.

Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców Polski z powodu zaburzeń nastroju (afektywnych) jest większa o 34% niż hospitalizacji z powodu zaburzeń nerwicowych, natomiast

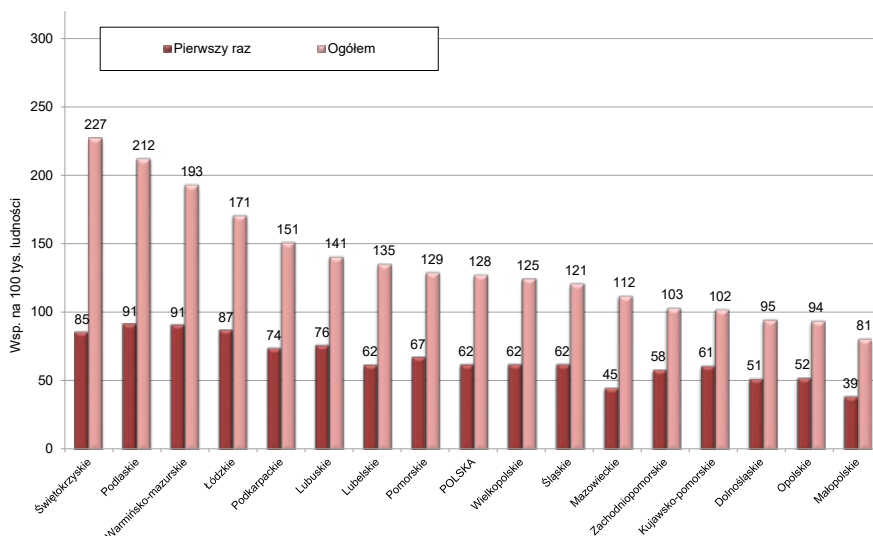
w przypadku hospitalizacji pierwszorazowych różnica jest mniejsza i wynosi 7%. W odniesieniu do obu grup zaburzeń współczynniki hospitalizacji kobiet były wyższe niż mężczyzn, ale o ile w przypadku zaburzeń nastroju różnica była wyraźna (odpowiednio 72/100 tys. i 42/100 tys.), to w przypadku zaburzeń nerwicowych tylko nieznaczna (odpowiednio 59/100 tys. i 55/100 tys.) i podobna sytuacja była w przypadku hospitalizacji pierwszorazowych. Zarówno zaburzenia nastroju, jak i zaburzenia nerwicowe były częstszą przyczyną hospitalizacji mieszkańców miast niż wsi (odpowiednio o 49% i 70%).

Wyraźnie powiększa się liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych – współczynnik dla wszystkich leczonych z tego powodu w okresie 2017-2019 wzrósł o 10%, natomiast dla leczonych po raz pierwszy był większy i wyniósł 54%. W 2020 r. leczono stacjonarnie prawie 20 tys. osób (mężczyźni – 69/100 tys., kobiety – 15/100 tys., mieszkańcy miast – 55/100 tys., wsi – 21/100 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., wsi – 11/100 tys.).

Tak jak w poprzednich latach, obserwuje się znaczne różnice w częstości leczenia na oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń psychicznych, zarówno ogółem, jak i po raz pierwszy, mieszkańców poszczególnych województw (ryc. 7.2). Różnica w częstości hospitalizacji pomiędzy województwami skrajnymi była ok. dwukrotna tak dla leczonych ogółem, jak i dla pacjentów pierwszorazowych. W 2020 r. dla leczonych ogółem częstości te wynosiły od 229/100 tys. ludności w województwie małopolskim do 521/100 tys. w podlaskim. Cztery województwa wyróżniają się wyższą od pozostałych hospitalizacją pierwszorazową mieszkańców, są to podlaskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie i łódzkie. W porównaniu z 2018 r. częstość hospitalizacji pierwszorazowych padła, najbardziej w województwach łódzkim (aż o 57%), lubelskim (o 51%) i mazowieckim (o 37%).



Ryc. 7.2. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według województwa zamieszkania, 2020 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)



Ryc. 7.3. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu według województwa zamieszkania, 2020 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)

Różnice międzywojewódzkie rozmiaru problemów zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej są również znaczne. Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców poszczególnych województw wynosiła od 81/100 tys. ludności w woj. małopolskim do 227/100 tys. w świętokrzyskim (ryc. 7.3) – skrajne województwa są te same co w 2018 r. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa podlaskie, warmińsko-mazurskie i łódzkie. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy. W stosunku do 2018 r. współczynniki hospitalizacji osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu kształtują się na podobnym poziomie. Zmiany (zazwyczaj spadek) są mniejsze niż 7%.

WHO przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Z tym zaburzeniem wiąże się wiele negatywnych konsekwencji społecznych, m.in. osoby cierpiące na ciężką depresję nierzadko muszą zrezygnować z pracy i bywa, że pozostają długotrwale bezrobotne. Powoduje to wzrost wydatków na zasiłki chorobowe i zasiłki dla bezrobotnych.

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

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

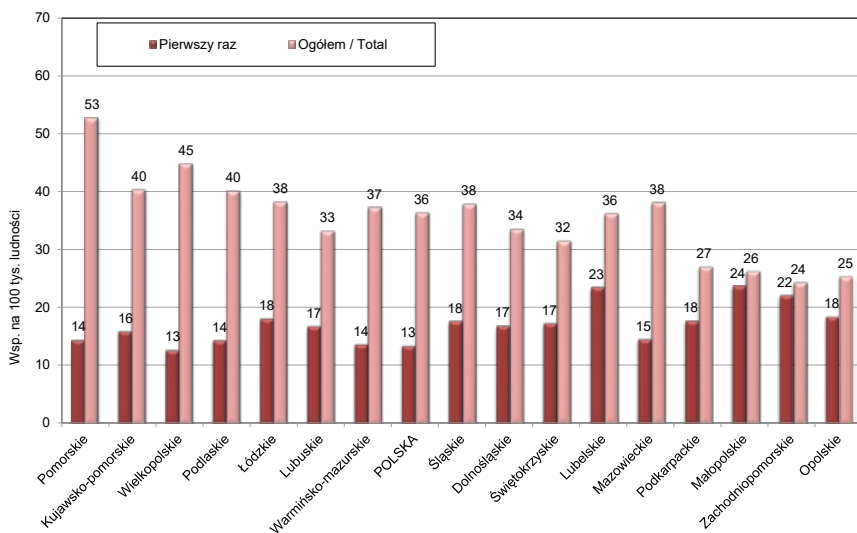
Zgodnie z dokumentem WHO pt. *Mental Health Action Plan 2013–2020* depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY3). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych. Na świecie choruje na nią ponad 350 mln ludzi.

Statystycznie w Polsce liczba osób leczonych z zaburzeniami afektywnymi pozostawała w latach 2014–2020 na porównywalnym poziomie, wynoszącym 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. i 204 587 w 2020 r. Widoczną w skali kraju tendencją był wzrost

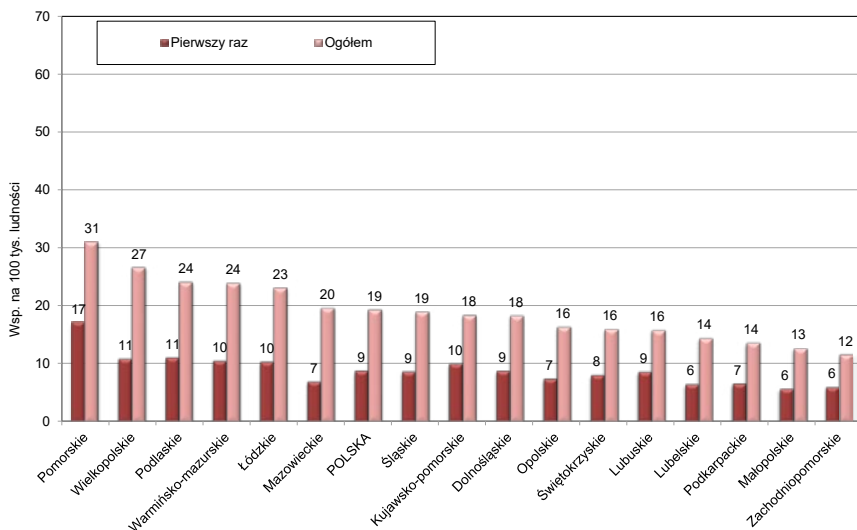
liczby leczonych w przedziale wiekowym 0–18 lat i 65 lat+ oraz wzrost liczby leczonych w związku z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (F31) i zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (F33). W skali kraju w 2020 r. wskaźnik liczby leczonych i liczby leczonych po raz pierwszy na zaburzenia afektywne (na 100 tys. ludności Polski) wyniósł odpowiednio 835 i 149 osób.

Różnice międzywojewódzkie rozmiaru problemów zaburzeń psychicznych spowodowanych zaburzeniami nastroju, w tym depresją i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej są również znaczne. Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców poszczególnych województw w 2020 r. wynosiła od 24/100 tys. ludności w woj. zachodniopomorskim do 53/100 tys. w pomorskim (ryc. 7.4) – w 2018 r. były to odpowiednio województwo świętokrzyskie i wielkopolskie. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i podlaskie. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy. W stosunku do 2018 r. współczynniki hospitalizacji osób z zaburzeniami nastroju wykazują zmienność. W większości województw zaobserwowano ich niewielki spadek.

Różnice międzywojewódzkie rozmiaru problemów zaburzeń psychicznych spowodowanych depresją i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej są znaczne. Częstość hospitalizacji ogółem mieszkańców poszczególnych województw wynosiła od 12/100 tys. ludności w woj. zachodniopomorskim do 31/100 tys. w pomorskim (ryc. 7.5) – w 2018 r. były to odpowiednio województwo małopolskie i wielkopolskie. Wysoką częstością hospitalizacji charakteryzowały się również województwa wielkopolskie, podlaskie i warmińsko-mazurskie. Dotyczyło to także osób leczonych po raz pierwszy. W stosunku do 2018 r. współczynniki hospitalizacji osób z depresją wykazują zmienność. W większości województw zaobserwowano ich ok. kilkuprocentowy spadek.



Ryc. 7.4. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu zaburzeń nastroju według województwa zamieszkania, 2020 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)



Ryc. 7.5. Psychiatryczne oddziały całodobowe – chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy z powodu depresji według województwa zamieszkania, 2020 r. (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii)

7.3. Zachowania samobójcze w latach 2017–2020 (na podstawie danych KGP)

Samobójstwa to 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 tys. mieszkańców). Od tego czasu liczba samobójstw powoli maleje. W 2017 r. wskaźnik wynosił 11,7, a w 2018 r. – 11,6 na 100 tys. mieszkańców.

W tym raporcie analizie poddano m.in. dane statystyczne Komendy Głównej o zachowaniach samobójczych Polaków w latach 2017-2020. Dane z 2020 r. w dużej mierze pokrywają się z okresem pandemii wirusa SARS-CoV-2. Pandemia przyniosła wiele zagrożeń dla zdrowia psychicznego, zwiększony poziom stresu i poczucie zagrożenia. Ograniczenia spowodowane pandemią spowodowały również utratę pracy i poczucia bezpieczeństwa finansowego przez wielu ludzi i ich rodziny. Te skutki są w dużej mierze podobne do skutków kryzysów ekonomicznych, dlatego istniała uzasadniona obawa, że wskaźniki zachowań samobójczych mogą się zwiększyć. Z drugiej strony, pandemia jest stanem nadzwyczajnym porównywanym przez wielu ze stanem wojny, który wyzwała w ludziach większe niż w czasach pokoju (normalności) poczucie solidarności ze społeczeństwem. Problemy indywidualne schodzą na dalszy plan. Najważniejsza staje się walka o życie i przetrwanie. Stąd, można było przypuszczać, że wskaźniki zachowań samobójczych mogą się zmniejszyć, tak jak to bywa w czasie wojen i innych sytuacjach, które stanowią zagrożenie dla przetrwania całego społeczeństwa. Monitorowanie wskaźników zachowań samobójczych w okresie pandemii było (i jest) ważnym zadaniem z punktu widzenia zdrowia publicznego, a w szczególności stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa.

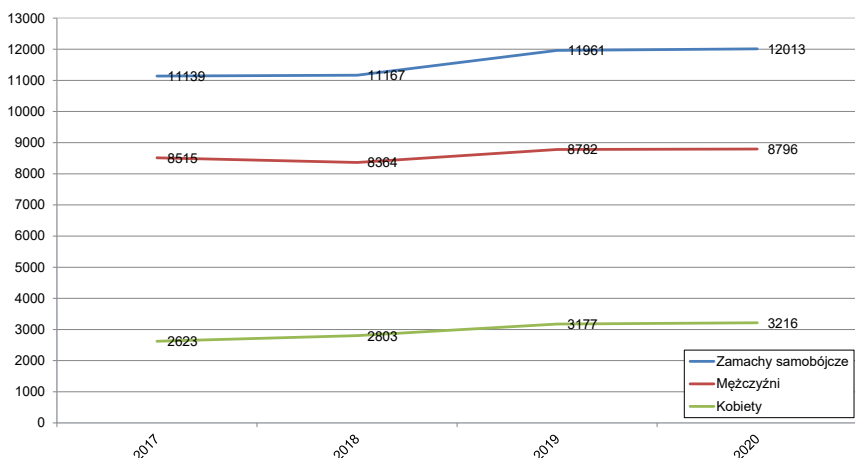
7.4. Zamachy samobójcze

Począwszy od 2013 r. Komenda Główna Policji (KGP) zbiera dane o **zamachach samobójczych**. Zamachy samobójcze zawierają zarówno **samobójstwa dokonane** (zakończone śmiercią) oraz **próby samobójcze**, które nie zakończyły się śmiercią. W latach 2017-2020 policyjne statystyki zarejestrowały ok. 11–12 tys. zamachów samobójczych rocznie, tabela 7.3. Zdecydowanie częściej zamachy samobójcze dotyczyły mężczyzn (ok. 8,5 tys.) niż kobiet (ok. 3 tys.). Stosunek mężczyzn do kobiet podejmujących zamachy samobójcze w latach 2017 – 2020 wynosił mniej więcej 4 do 1. Pandemia COVID-19 (dane z 2020 r.) nie zmieniła w istotny sposób statystyk zamachów samobójczych w Polsce. Warto odnotować, że dane z ostatnich 4 lat wskazują na niewielki wzrost zamachów samobójczych ogółem z 11 139 przypadków w 2017 r. do 12 013 przypadków w 2020 r. (wzrost o ok. 900 przypadków). Za ten niewielki wzrost odpowiada głównie wzrost liczby kobiet w rejestrowanych zamachach samobójczych: z 2 623 kobiet w 2017 r. do 3 216 kobiet w 2020 r. (wzrost o ok. 600 przypadków).

Tabela 7.3. Liczba zamachów samobójczych, w tym dokonanych i niedokonanych ze względu na płeć: dane z lat 2017 – 2020

Rok	Zamachy samobójcze ogółem			Zamachy samobójcze zakończone śmiercią			Zamachy samobójcze, które nie zakończyły się śmiercią		
	Razem	Płeć męska	Płeć żeńska	Razem	Płeć męska	Płeć żeńska	Razem	Płeć męska	Płeć żeńska
2017	11139	8515	2623	5276	4524	751	5863	3991	1872
2018	11167	8364	2803	5182	4471	711	5985	3893	2092
2019	11961	8782	3177	5255	4497	756	6706	4285	2421
2020	12013	8796	3216	5165	4380	778	6848	4416	2438

Źródło: Dane KGP



Ryc. 7.6. Liczba zamachów samobójczych (dokonanych i niedokonanych) ogółem: dane z lat 2017–2020 (Źródło: Dane KGP)

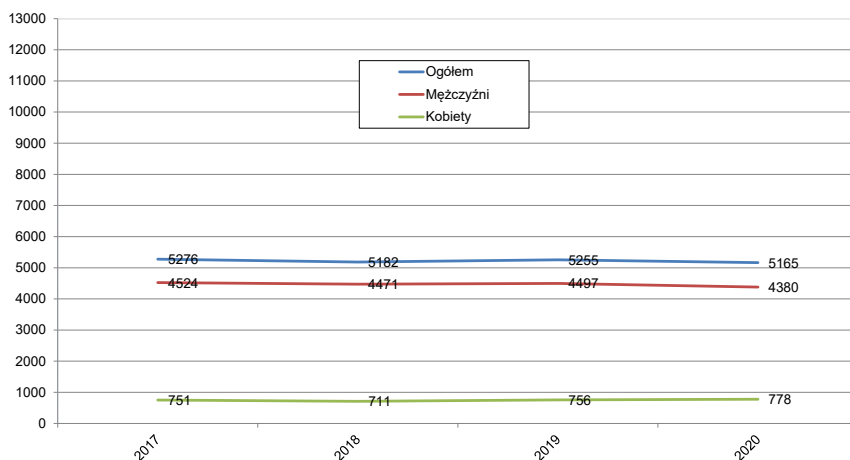
7.5. Zamachy samobójcze zakończone śmiercią

Mniej niż połowa zamachów samobójczych rejestrowanych przez policję (47% wszystkich zamachów samobójczych w 2017 r. i 43% w 2020 r.), to zamachy zakończone śmiercią. Dane KGP dostarczają istotnych informacji, które pokazują różnice w „śmiertelności” zamachów samobójczych ze względu na płeć. Jeśli wziąć za podstawę dane z 2020 r., to okazuje się, że na ok. 8,8 tys. zamachów samobójczych odnotowanych wśród mężczyzn ok. 4,3 tys. zakończyły się śmiercią. Tak więc, wśród mężczyzn stosunek zamachów samobójczych do zgonów jest jak 2 do 1. W przypadku kobiet, na 3,2 tys. zamachów samobójczych odnotowanych przez policję ok. 0,8 tys. to zamachy śmiertelne. Wskazuje to, że wśród kobiet stosunek zamachów samobójczych do zgonów jest jak 4 do 1. Większa śmiertelność zamachów samobójczych u mężczyzn jest prawdopodobnie związana z odmiennymi metodami popełniania samobójstwa przez mężczyzn i przez kobiety. W danych KGP znajdują się informacje o sposobach popełniania samobójstw ogółem, ale brakuje tych danych w rozbiciu na płeć, więc nie można powiedzieć precyzyjnie, jakie metody stosują mężczyźni a jakie stosują kobiety. W Polsce

dominującym sposobem odebrania sobie życia jest powieszenie się. Dotyczy on 50% wszystkich zamachów samobójczych i ok. 80% wszystkich zamachów zakończonych śmiercią (Dane KGP).

Analiza danych statystycznych gromadzonych przez KGP wskazuje, że w latach 2017-2020 liczba zamachów samobójczych zakończonych śmiercią nie ulegała większym zmianom. W tych latach liczba samobójstw dokonanych oscylowała wokół 5,2 tys. (tab. 7.3, ryc. 7.7) W 2020 r. samobójstwo popełniło 5165 osób. Można więc ostrożnie konkludować, że w ostatnich czterech latach liczba samobójstw w Polsce utrzymywała się na zbliżonym poziomie. Pierwszy rok pandemii nie przyniósł znaczących zmian w tej statystyce.

Liczba samobójstw ze względu na płeć również nie uległa istotnym zmianom. W 2020 r., podobnie jak w poprzednich latach, zdecydowanie częściej zamachy samobójcze zakończone zgonem podejmowali mężczyźni (4380 osób) niż kobiety (778 osób). Stosunek mężczyzn do kobiet popełniających samobójstwo w latach 2017 – 2020 wahał się pomiędzy 6,2 do 1 a 5,5 do 1, wykazując tendencję do zmniejszania się w ostatnich dwóch latach (tab. 7.3, ryc, 7.7).



Ryc. 7.7. Liczba zamachów samobójczych zakończonych śmiercią: dane z lat 2017 –2020 (Źródło: Dane KGP)

Dane KGP umożliwiają również wgląd w statystyki samobójstw ze względu na grupy wiekowe. Największe liczby samobójstw (po ok. 900 samobójstw rocznie) odnotowano w czterech grupach wiekowych, czyli wśród 30-latków, 40-latków, 50-latków i 60-latków. A więc największe liczby odnotowano w szerokim spektrum osób dorosłych czynnych zawodowo. Porównanie statystyk samobójstw z 2020 r. z poprzednimi trzema laty ze względu na wyróżnione grupy wiekowe nie wykazuje jakichś dużych zmian (tab. 7.4, ryc. 7.8), jednak tendencje obserwowane w dwóch grupach wiekowych warto odnotować.

Liczba samobójstw w grupie 50-latków zmniejszyła się z 1045 w 2017 do 828 w 2020 r. Z drugiej strony niewielką tendencją do wzrostu samobójstw obserwuje się w najstarszych grupach wiekowych, czyli 70-latków i 80-latków (z 602 w 2017 do 695 w 2020 r.). Te grupy wiekowe w okresie pandemii mogły znaleźć się w trudnej sytuacji poczucia zagrożenia i osamotnienia (ze względu na liczne ograniczenia kontaktów społecznych). Niepokojąca jest również stała się liczba samobójstw w grupie młodzieży szkolnej. W tej grupie liczba samobójstw rocznie oscyluje wokół 100 osób w ciągu ostatnich 4 lat (107 osób w 2020 r.).

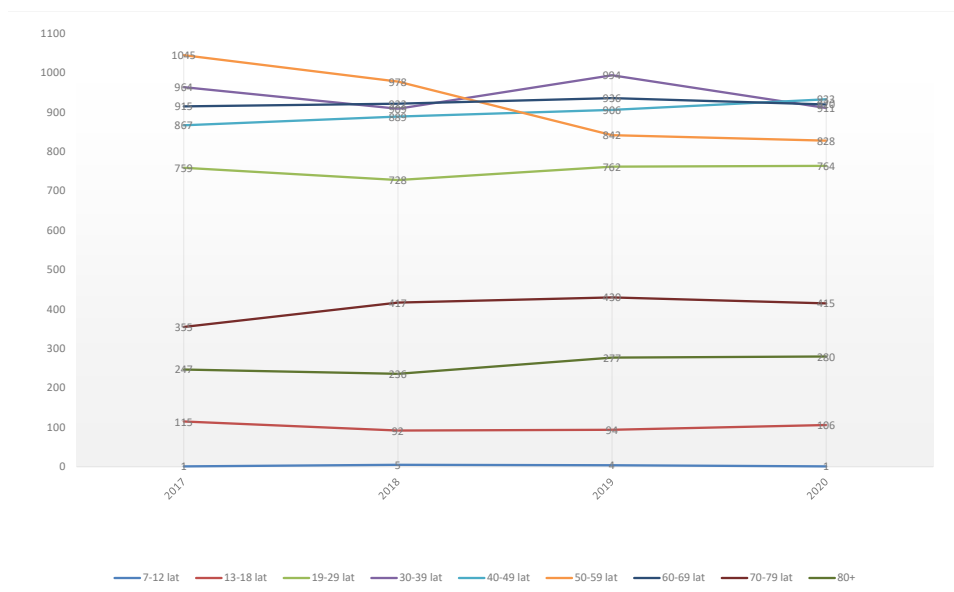
Tabela 7.4. Liczba zamachów samobójczych zakończonych śmiercią w podziale na wiek: dane z lat 2017 – 2020

Rok	Grupa wiekowa – ogółem bez podziału na płeć										
	Razem	7-12 lat	13-18 lat	19-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70-79 lat	80+	Wiek nieustalony
2017	5276	1	115	759	964	867	1045	915	355	247	8
2018	5182	5	92	728	889	909	978	922	417	236	6
2019	5255	4	94	762	994	906	842	936	430	277	10
2020	5165	1	106	764	933	920	828	911	415	280	7

Źródło: Dane KGP

Uzupełnieniem danych policyjnych są wyniki ogólnopolskiego badania w populacji mieszkańców Polski prowadzone na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Instytut Psychiatrii i Neurologii pod nazwą EZOP II. Wstępne wyniki tych badań wskazują, że ok. 0,36% dorosłych mieszkańców Polski (po ekstrapolacji na populację – ok. 113 tys. osób) w perspektywie życia miało za sobą próbę samobójczą. Największe rozpowszechnienie prób samobójczych odnotowuje się w grupie osób w wieku 30-39 lat oraz wśród

osób rozwiedzionych / samotnych oraz bezrobotnych. Do czynników chroniących należą: pozostawanie w związku małżeńskim, stałe zatrudnienie oraz zamieszkiwanie na wsi vs. zamieszkiwanie w mieście. Wyniki tych badań wskazują jednocześnie, że 5,7% młodzieży szkolnej w Polsce w wieku 12–17 lat przejawia w perspektywie życia tendencje samobójcze, co po ekstrapolacji na całą populację młodzieży szkolnej oznacza zapotrzebowanie na specjalistyczną pomoc dla co najmniej 131 tys. młodych ludzi (i ich rodzin). Ok. 0,6% badanej młodzieży miało za sobą próbę samobójczą (po ekstrapolacji – 13,9 tys. nastolatków). Tendencje samobójcze istotnie częściej przejawia młodzież w wieku 16–17 lat, mieszkańcy dużych miast oraz ci nastolatki, których rodziny korzystały z pomocy społecznej. Wysokie bieżące ryzyko samobójstwa u młodzieży z tendencjami samobójczymi stwierdzono u 0,4% populacji, co oznacza potrzebę natychmiastowej interwencji specjalistycznej wobec ok. 9 tys. nastolatków poważnie zagrożonych podjęciem próby samobójczej.



Ryc. 7.8. Liczba zamachów samobójczych zakończonych śmiercią w podziale na grupy wiekowe: dane z lat 2017–2020

Źródło: Dane KGP

Poszukując związków pomiędzy chronologią wydarzeń związanych z pandemią a liczbą samobójstw, zestawiono dane obejmujące statystyki samobójstw z lat 2017–2020 w rozbiciu na poszczególne miesiące (tab. 7.5, ryc. 7.9) W 2020 r. najwięcej samobójstw popełniono w miesiącach wiosenno-letnich (maj, czerwiec, lipiec i sierpień), a więc w okresie, który w dużej mierze obejmował poluzowanie ograniczeń związanych z pandemią. Te miesięczne statystyki z 2020 r. są w dużym stopniu zgodne z tendencjami obserwowanymi w ostatnich trzech latach poprzedzających pandemię W latach 2017–2019 również w tych wiosenno-letnich miesiącach liczba samobójstw utrzymywała się na wysokim (miesięcznym) poziomie. Trudno dopatrzeć się jakichś prawidłowości związanych z pandemią i jej konsekwencjami, raczej dominują wahania ze względu na porę roku obserwowane w ostatnich trzech latach.

Tabela 7.5. Zestawienie liczby samobójstw w poszczególnych miesiącach w latach 2017 – 2020 r.

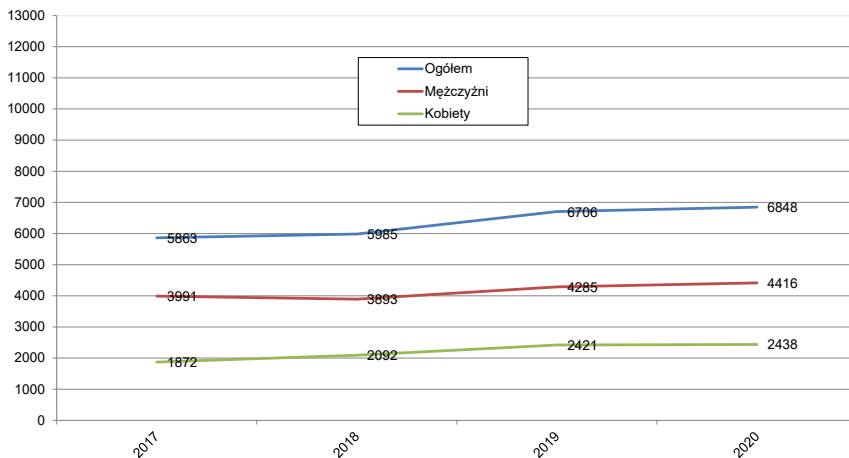
Miesiąc	Liczba osób, które popełniły samobójstwo			
	2017	2018	2019	2020
styczeń	404	427	398	417
luty	402	334	386	370
marzec	450	436	417	398
kwiecień	428	509	449	377
maj	534	488	480	479
czerwiec	445	482	503	487
lipiec	490	453	447	498
sierpień	470	489	479	475
wrzesień	415	379	416	415
październik	438	417	456	449
listopad	381	404	409	379
grudzień	419	364	415	421
Razem	5276	5182	5255	5165

Źródło: Dane KGP

7.6. Zamachy samobójcze, które nie zakończyły się śmiercią (próby samobójcze)

Dane KGP zawierają również dane na temat prób samobójczych, które nie zakończyły się śmiercią i zostały zgłoszone policji. Warto pamiętać, że do policyjnych statystyk trafiają tylko niektóre próby samobójcze. Próby samobójcze osób, które nie zostały zgłoszone na policję, należą do „ciemnej liczby” nierejestrowanych prób samobójczych, którą trudno precyzyjnie oszacować. Szacuje się, że liczba prób samobójczych w populacji osób dorosłych jest ponad 20-krotnie wyższa niż tych odnotowanych w statystykach, podczas gdy w populacji nastolatków jest wyższa ponad stu, a nawet dwustukrotnie. Można więc z dużym prawdopodobieństwem założyć, że większość prób samobójczych nie jest rejestrowana przez policję.

W latach 2017–2020 liczba zamachów samobójczych, które nie zakończyły się śmiercią (prób samobójczych rejestrowanych przez policję) wzrosła z 5863 w 2017 r. do 6848 w 2020 r. (wzrost o ok. 1 tys. przypadków). Na ten ogólny wzrost złożyły się zarówno większe liczby mężczyzn, jak i kobiet, które próbowały odebrać sobie życie. Policyjne statystyki mniej więcej dwukrotnie częściej odnotowywały próby samobójcze wśród mężczyzn (ok. 4 tys. rocznie) niż wśród kobiet (ok. 2 tys. rocznie) (tabela 7.3).



Ryc. 7.9. Liczba zamachów samobójczych niezakończonych śmiercią (prób samobójczych): dane z lat 2017–2020

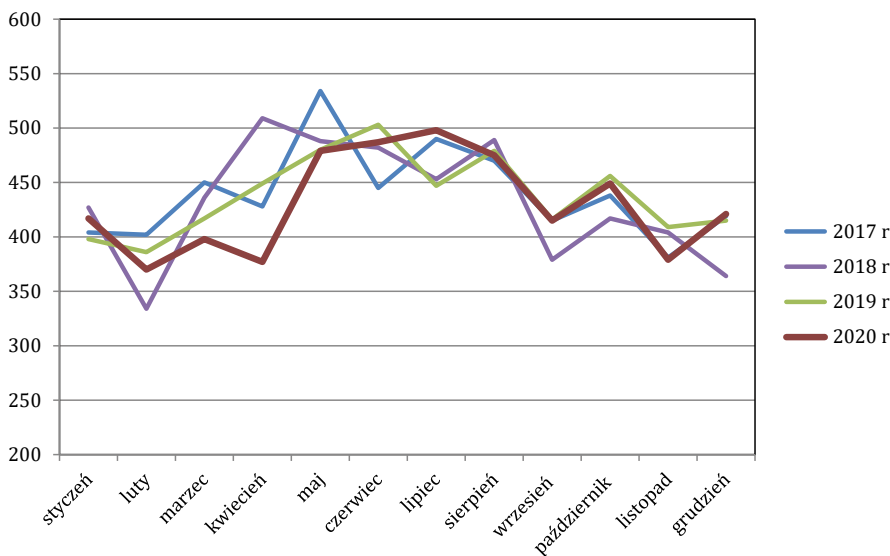
Źródło: Dane KGP

Największe liczby prób samobójczych (powyżej 1000 prób samobójczych rocznie) odnotowano w trzech grupach wiekowych, czyli wśród 20-latków, 30-latków i 40-latków. A więc największe liczby odnotowano w szerokim spektrum młodych dorosłych i osób dojrzałych. Porównanie statystyk prób samobójczych z 2020 r. z poprzednimi trzema laty ze względu na wyróżnione grupy wiekowe nie wykazuje jakichś dużych różnic, tabela 7.4.

Tabela 7.6. Liczba zamachów samobójczych niezakończonych śmiercią (prób samobójczych) w grupach wieku: dane z lat 2017 – 2020

Rok	Grupa wiekowa – ogółem bez podziału na płeć									
	Razem	7-12 lat	13-18 lat	19-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70-79 lat	80+
2017	5863	27	587	1583	1439	1045	662	353	104	62
2018	5985	21	654	1519	1547	1110	641	314	113	65
2019	6706	42	811	1647	1706	1207	656	430	141	65
2020	6848	28	708	1700	1722	1309	703	456	154	68

Źródło: Dane KGP



Ryc. 7.10. Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem w poszczególnych miesiącach: dane z lat 2017 – 2020

PODSUMOWANIE:

1. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem wynosi ponad jeden milion sześćset tysięcy osób. Liczba leczonych w okresie 2017 – 2020 pozostawała na w miarę stałym poziomie, choć daje się zaobserwować wzrost, w tym leczonych po raz pierwszy. Od wielu lat utrzymują się tendencje polegające na tym, że kobiety leczą się o ponad jedną piątą częściej niż mężczyźni, a w samych poradniach zdrowia psychicznego aż o 50% częściej oraz że mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi. W psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej – w 2020 r. nadwyżka ta wynosiła aż 128% i ta różnica wskazuje na niejednakowe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych tych obu populacji.
2. Najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są niezmiennie od kilku lat zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne oraz zaburzenia nastroju (afektywne).
3. W latach 2011-2020 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej wzrasta, wyjątkiem jest tu 2020 r., w którym z powodu pandemii ograniczono przyjęcia. W 2020 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 142 tys. osób, mężczyźni byli aż o 103% częściej leczeni niż kobiety (odpowiednio 502,9/100 tys. i 247,8/100 tys.), mieszkańcy miast byli leczeni częściej niż mieszkańcy wsi o 28% (odpowiednio 412,9/100 tys. i 298,79/100 tys.). Różnica ta była znacznie mniejsza niż w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jednak powiększyła się w ostatnich dziesięciu latach blisko dwukrotnie.
4. Zdecydowanie najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2020 r. 177,2/100 tys. mieszkańców, leczonych po raz pierwszy 96,8/100 tys. mieszkańców. Szczególnie dużo mieszkańców, podobnie jak przed trzema laty, jest leczonych w woj. podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.
5. Na podstawie danych KGP można określić, że liczba samobójstw w ostatnich czterech latach w Polsce była stabilna i oscylowała wokół liczby 5,2 tys. rocznie. Największe liczby samobójstw (po ok. 900 samobójstw rocznie) odnotowano w czterech grupach wiekowych: wśród 30-latków, 40-latków, 50-latków i 60-latków, czyli w szerokim spektrum osób dorosłych czynnych zawodowo. Liczba

samobójstw ze względu na płeć również nie uległa istotnym zmianom. Stosunek mężczyzn do kobiet popełniających samobójstwo w latach 2017 – 2020 wahał się pomiędzy 6,2 do 1 a 5,5 do 1. Liczba zamachów samobójczych niezakończonych śmiercią (prób samobójczych) rejestrowanych przez policję nieco wzrosła w ostatnich 4 latach. Nie jest pewne, czy jest to efekt zmian w zachowaniach mieszkańców Polski, czy może decydujące znaczenie ma lepsza wykrywalność przez policję lub większa „zgłaszalność” prób samobójczych przez obywateli. Nasze analizy wskazują, że okres pandemii nie miał większego wpływu na statystyki samobójstw oraz prób samobójczych w Polsce.

8. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA WYBRANYCH CHORÓB ZAKAŹNYCH W POLSCE

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

Co najmniej w trzech minionych dekadach, do 2019 r. ogólną sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce można było oceniać jako stosunkowo stabilną i korzystną. Nie oznaczało to bynajmniej, że nie zmieniał się obraz sytuacji epidemiologicznej poszczególnych chorób objętych nadzorem, a rejestrowana rokrocznie zapadalność na te choroby utrzymywała się na zbliżonym poziomie. Niemniej, jeśli pominąć okresowe wzrosty liczby zachorowań na niektóre z chorób, wynikające z ich naturalnych cykli epidemicznych lub z losowych fluktuacji liczby rejestrowanych rocznie zachorowań, to dane z nadzoru nad chorobami zakaźnymi wskazywały, że w większości chorób na przestrzeni lat występowały mniej lub bardziej wyraźne spadkowe trendy zapadalności lub utrzymywanie się zapadalności na względnie stałym poziomie. Spektakularne trendy spadkowe obserwowano głównie w związku z prowadzonymi konsekwentnie profilaktycznymi szczepieniami ochronnymi przeciw niektórym chorobom.

W 2020 r. pandemia COVID-19 w gwałtowny sposób wpłynęła na epidemiologię wszystkich innych nadzorowanych wcześniej chorób zakaźnych. Podejmowane w kraju, szeroko zakrojone działania, których celem było zwalczanie pandemii i ograniczanie jej skutków poprzez przecięcie dróg szerzenia się COVID-19, w dużym stopniu zapobiegały również szerzeniu się innych chorób zakaźnych. Redukcja transmisji zakażeń między ludźmi poprzez ograniczanie kontaktów między nimi (np. zakazy zgromadzeń, prowadzenie pracy i nauki zdalnej, zamykanie bądź ograniczanie działalności placówek handlowych i usługowych, zamykanie placówek kultury itp.), oraz zmniejszanie ryzyka transmisji przy kontakcie (np. wymogi noszenia maseczek i zachowywania odległości w miejscach publicznych, udostępnianie w miejscach publicznych środków do dezynfekcji rąk itp.) zapobiegało nie tylko szerzeniu się innych chorób przenoszonych drogą

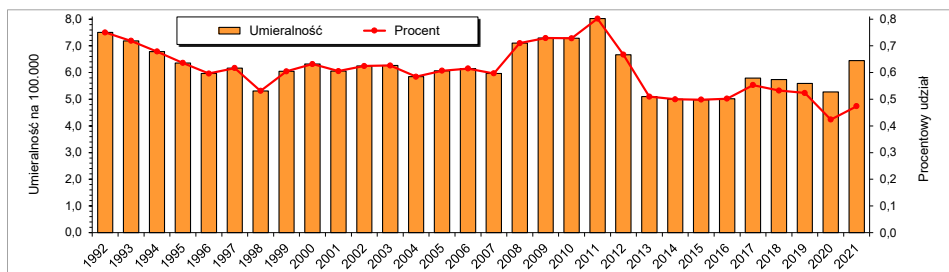
kropelkową lub powietrzną, ale także np. chorób przenoszonych drogą pokarmową. Niestety, odnotowany w 2020 r. spadek zapadalności (w stosunku do mediany z lat 2015-2019) na prawie wszystkie podlegające zgłaszaniu choroby zakaźne nie świadczył wyłącznie o poprawie sytuacji epidemiologicznej tych chorób. Miał też inne przyczyny. Związane z pandemią ograniczenia w dostępie do opieki medycznej i diagnostyki oraz ukierunkowana na COVID-19 priorytetyzacja zadań służb medycznych i pełniących nadzór sanitarny, musiały wpłynąć na zmniejszenie się liczby rozpoznawanych i rejestrowanych chorób, szczególnie chorób o lżejszym przebiegu, a także chorób przewlekłych. Wskazują na to między innymi bardzo duże spadki liczby zarejestrowanych w 2020 r. przypadków chorób rozpoznawanych zwykle w przewlekłej fazie, takich jak np. wzw B i C, czy bąblowica, na co działania profilaktyczne podejmowane w związku z zapobieganiem COVID-19 w zasadzie nie powinny mieć wpływu.

W 2021 r., m.in. w związku z opanowywaniem pandemii i luzowaniem pewnych związanych z nią ograniczeń czy obostrzeń, ale też w związku z lepszym przystosowaniem się służb zajmujących się zdrowiem publicznym do funkcjonowania w warunkach pandemii oraz wprowadzonymi udogodnieniami technicznymi w sprawowaniu nadzoru epidemiologicznego, zapadalność na większość chorób zakaźnych wyraźnie wzrosła w stosunku do 2020 r., na ogół nie przekraczając jednak poziomu z okresu przed pandemicznego. Nie bez znaczenia dla wzrostu zapadalności było też oswojenie się społeczeństwa z zagrożeniem związanym z COVID-19 i stopniowy powrót do funkcjonowania jak w okresie przed pandemią.

Mając to wszystko na względzie, w interpretacji danych o zachorowaniach na choroby zakaźne w Polsce w latach 2020–2021 zebranych przez nadzór epidemiologiczny należy brać pod uwagę niewątpliwe niedoszacowanie liczby zachorowań, przy czym stopień tego niedoszacowania może być bardzo różny dla różnych chorób w zależności od ich przebiegu i zagrożenia, które stanowiły.

Z pewną ostrożnością należy też odnosić się do odnotowanego w latach 2020–2021 udziału zgonów z powodu chorób zakaźnych w przyczynach wszystkich zgonów w Polsce (przy pominięciu zgonów w następstwie COVID-19, odpowiednio: 0,42% i 0,47%) oraz do współczynników ogólnej umieralności z powodu chorób zakaźnych w tych latach (przy pominięciu zgonów w następstwie COVID-19, odpowiednio: 5,27/100 tys. i 6,45/100 tys.), charakteryzujących – w pewnym stopniu – ogólną sytuację

epidemiologiczną chorób zakaźnych. Wysokość obu wskaźników spadła dość wyraźnie w 2020 r., tak jak odnotowana przez nadzór zapadalność na prawie wszystkie choroby zakaźne, by równie wyraźnie wzrosnąć w 2021, przy czym zwracał uwagę niewspółmierny – jak można sądzić – wzrost współczynnika umieralności w 2021 r.



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 1992-2021 (na podstawie danych GUS)

Ponieważ sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i pasożytniczych o szczególnym znaczeniu dla zdrowia publicznego jest szczegółowo analizowana i omawiana w „Kronice Epidemiologicznej” ukazującej się w „Przeglądzie Epidemiologicznym”¹, a szczegółowe dane liczbowe o zarejestrowanych zachorowaniach na wszystkie objęte nadzorem w Polsce choroby zakaźne publikowane są regularnie w rocznych biuletynach „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”², w rozdziale niniejszym w omawianiu sytuacji epidemiologicznej 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 2020 i 2021 r., oraz mediany tych wartości w latach 2010-2014 i 2015-2019, pozwalają na ogólną ocenę kierunku i dynamiki zmian zachodzących w sytuacji epidemiologicznej tych chorób.

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

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

Tabela 8.1. Wybrane choroby zakaźne objęte w Polsce obowiązkiem zgłaszania i rejestracji. Liczba zachorowań i zapadalność na 100.000 ludności w latach 2010-2021

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana 2010-2014	Mediana 2015-2019	2020	2021	Mediana 2010-2014	Mediana 2015-2019	2020	2021
	liczba zachorowań				Zapadalność			
Cholera	0	0	0	0	0	0	0	0
Dur brzuszny	2	3	0	0	0,005	0,008	0	0
Dury rzekome A, B, C	5	2	0	2	0,013	0,005	0	0,005
* Salmonelozy	8444	9957	5470	8294	21,9	25,9	14,3	21,7
w tym: zatrucia pokarmowe	8267	9651	5302	8014	21,5	25,1	13,8	21,0
* zakażenia pozajelitowe	171	306	168	280	0,46	0,80	0,44	0,73
Czerwonka bakteryjna	19	37	12	18	0,049	0,096	0,031	0,047
* Inne bakteryjne zakażenia jelitowe	7046	15047	11879	23307	18,3	39,2	31,0	61,1
w tym: * biegunkotwórcza <i>E. coli</i>	532	288	66	103	1,38	0,75	0,17	0,27
werotoksyczna <i>E. coli</i>	5	8	7	9	0,013	0,021	0,018	0,024
* <i>E. coli</i> inna i nie określona	845	306	109	124	2,19	0,80	0,28	0,32
Kampylobakterioza	431	726	418	631	1,12	1,89	1,09	1,65
Jersinioza	206	172	90	142	0,54	0,45	0,23	0,37
wywołane przez <i>Clostridium difficile</i>	.	11310	10139	21157	.	29,5	26,4	55,4
* inne określone i nie określone	.	2351	1050	1141	.	6,12	2,74	2,99
* Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	1787	510	96	329	4,64	1,33	0,25	0,86
w tym: * enterotoksyna gronkowcowa	147	54	4	4	0,38	0,14	0,010	0,010
Botulizm	29	24	9	8	0,075	0,062	0,023	0,021
* <i>Clostridium perfringens</i>	16	1	6	14	0,042	0,003	0,016	0,037
* inne określone	52	13	9	7	0,135	0,034	0,023	0,018
* nie określone	1561	419	68	296	4,05	1,09	0,18	0,78
Giardioza	1872	1229	358	559	4,86	3,20	0,93	1,46
Kryptosporidioza	1	3	2	3	0,003	0,008	0,005	0,008
* Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe	42699	55563	14450	23365	110,9	144,6	37,7	61,2
w tym: * rotawirusy	23692	32995	5967	7417	61,5	85,9	15,6	19,4
* norowirusy	1569	3706	1483	7164	4,1	9,6	3,9	18,8
* inne	14295	19880	7000	8784	37,1	51,7	18,3	23,0
* Biegunki u dzieci do lat 2, bliżej nie określone	14201	17488	7235	9348	1798,9	2260,9	978,3	1330,9
Gruźlica ¹⁾	7509	5787	3388	3704	19,57	15,06	8,83	9,71
w tym: układu oddechowego ¹⁾	6992	5531	3237	3553	18,21	14,40	8,44	9,31
Dżuma	0	0	0	0	0	0	0	0
Tularemia	6	18	5	43	0,016	0,047	0,013	0,113
Wąglik	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucelozą (nowe zachorowania)	0	2	0	1	0	0	0	0,003
Leptospiroza	4	4	1	2	0,010	0,010	0,003	0,005
Listerioza	64	121	66	121	0,17	0,32	0,17	0,32
Tężec	14	12	2	5	0,036	0,031	0,005	0,013
Błonica	0	0	0	0	0	0	0	0
Krzyszyc	2100	3061	753	182	5,46	7,97	1,96	0,48
* Płonica	22885	20369	7662	2649	59,5	53,0	20,0	6,94
Choroba meningokokowa	241	200	106	107	0,63	0,52	0,28	0,28
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	163	102	56	50	0,42	0,27	0,15	0,13
Posocznica	154	139	67	63	0,40	0,36	0,17	0,17

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana 2010-2014	Mediana 2015-2019	2020	2021	Mediana 2010-2014	Mediana 2015-2019	2020	2021
	liczba zachorowań				Zapadalność			
* Róża	4241	5492	3045	2089	11,01	14,29	7,94	5,47
Legionelloza	14	39	47	46	0,04	0,10	0,12	0,12
Kiła (ogółem) ²⁾	1254	1602	706	1128	3,26	4,17	1,84	2,96
Rzeżączka ²	454	393	246	287	1,18	1,02	0,64	0,75
Chlamydiozy przenieszone drogą płciową ²⁾	236	258	169	283	0,61	0,67	0,44	0,74
* Borelioza z Lyme	9157	20629	12934	12500	23,8	53,7	33,7	32,8
Gorączka Q	0	0	0	1	0	0	0	0,003
* Dur wysypkowy, gorączka plamista i inne riketsjozy	3	4	0	2	0,008	0,010	0	0,005
Ostre nagminne porażenie dziecięce	0	0	0	0	0	0	0	0
* Choroba Creutzfeldta-Jakoba	21	26	11	18	0,055	0,068	0,029	0,047
Wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba	0	0	0	0	0	0	0	0
Wścieklizna	0	0	0	0	0	0	0	0
* Wirusowe zapalenie mózgu	380	357	193	258	0,99	0,93	0,50	0,68
w tym: przenieszone przez kleszcze	221	265	158	210	0,57	0,69	0,41	0,55
* inne określone	37	30	13	17	0,096	0,078	0,034	0,045
* nie określone	111	79	22	31	0,288	0,206	0,057	0,081
* Wirusowe zapalenie opon mózgowych	1167	943	264	195	3,06	2,45	0,69	0,51
w tym: * enterowirusowe	53	71	13	5	0,138	0,185	0,034	0,013
* inne określone i nie określone	1130	809	251	190	2,96	2,11	0,65	0,50
Gorączka denga (klasyczna lub krwotoczna)	6	30	9	2	0,016	0,078	0,023	0,005
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	183446	173196	71567	57669	480,4	450,8	186,6	151,1
Odra	70	133	29	13	0,182	0,346	0,076	0,034
Różyczka	5891	476	98	50	15,31	1,24	0,26	0,13
w tym: różyczka wrodzona	0	0	0	0	0	0	0	0
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	71	1067	111	92	0,18	2,78	0,29	0,24
Wirusowe zapalenie wątroby typu B ³⁾	1583	3363	992	1547	4,11	8,75	2,59	4,05
w tym: Ostre	81	50	14	10	0,210	0,130	0,037	0,026
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2270	4010	955	1244	5,89	10,44	2,49	3,26
* Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	27	9	12	8	0,070	0,023	0,031	0,021
AIDS	162	109	50	47	0,42	0,28	0,13	0,12
Nowo wykryte zakażenia HIV	1104	1317	934	1096	2,87	3,43	2,44	2,87
Świnka	2585	1670	582	484	6,71	4,35	1,52	1,27
Zimnica /malaria	21	28	8	15	0,054	0,073	0,021	0,039
Bąblowica	36	64	18	26	0,094	0,167	0,047	0,068
Włośnica	23	4	20	2	0,060	0,010	0,052	0,005
Choroba wywołana przez <i>Streptococcus pneumoniae</i>	441	1192	629	937	1,14	3,10	1,64	2,46
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	192	190	78	117	0,50	0,49	0,20	0,31
Posocznica	259	815	422	625	0,67	2,12	1,10	1,64
inna określona i nie określona	123	466	233	314	0,32	1,21	0,61	0,82
Choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i>	31	102	78	52	0,08	0,27	0,20	0,14

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana 2010-2014	Mediana 2015-2019	2020	2021	Mediana 2010-2014	Mediana 2015-2019	2020	2021
	liczba zachorowań				Zapadalność			
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	11	10	12	3	0,029	0,026	0,031	0,008
Posocznica	15	54	43	30	0,039	0,141	0,112	0,079
* Bakteryjne zap. opon mózg. i/lub mózgu – inne określone	144	122	41	52	0,37	0,32	0,11	0,14
* Bakteryjne zap. opon mózg. i/lub mózgu – nie określone	353	231	66	60	0,92	0,60	0,17	0,16
* Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone	597	720	270	312	1,55	1,87	0,70	0,82
* Zapalenie mózgu inne i nie określone	107	104	52	66	0,28	0,27	0,14	0,17
Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę	1460037	4790033	3160711	2973793	3789,0	12478,4	8240,9	7792,5
Toksoplazmoza wrodzona	10	18	9	13	2,59	4,48	2,53	3,92

8.1. Choroby objęte w Polsce obowiązkowym szczepieniem

W 2020 r. w związku z dynamicznym rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego w naszym kraju oraz ogłoszeniem przez WHO stanu pandemii, dnia 20 marca 2020 r. zostało opublikowane stanowisko dotyczące okresowego wstrzymania realizacji szczepień ochronnych³. Stanowisko zostało przygotowane wspólnie przez Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii, konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz konsultanta krajowego w dziedzinie epidemiologii, a celem wstrzymania realizacji szczepień było ograniczenie ryzyka zakażeń w grupie niemowląt, dzieci oraz ich rodziców/opiekunów, a także młodzieży i osób dorosłych, poprzez zawieszenie wszystkich wizyt profilaktycznych w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), wizyt w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), które bez uszczerbku dla zdrowia dziecka mogły zostać przełożone na późniejszy termin. Zalecenie dotyczące szczepień ochronnych nie wynikało z przeciwwskazań medycznych do szczepień ochronnych w aktualnej wówczas sytuacji epidemiologicznej, lecz miało na celu ograniczenie bezpośrednich, zbędnych w okresie pandemii, kontaktów i spotkań sprzyjających szerzeniu się choroby, o której wciąż niewiele było wiadomo.

3 Ministerstwo Zdrowia. Wstrzymanie szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych. 20.03.2020. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wstrzymanie-szczepien-obowiazkowychw-ramachw-programu-szczepien-ochronnych>, dostęp dnia 10.11.2022 r.

W stanowisku zwrócono się do rodziców /opiekunów o pozostawienie dzieci w domu, z dala od potencjalnych zagrożeń, do czasu odwołania niniejszego zalecenia. Wskazano również, że dzieci mogą przechodzić zakażenie bezobjawowo i mogą być źródłem zakażenia dla osób dorosłych, dla których zakażenie może być śmiertelne. Podkreślono, że jedynym medycznym wyjątkiem uzasadniającym natychmiastowe szczepienie jest przeprowadzenie profilaktyki poekspozycyjnej przeciw wściekliźnie, tężcowi, odrze i ospie wietrznej. Wstrzymanie realizacji szczepień trwało jeden miesiąc. Dnia 18 kwietnia 2020 r. Minister Zdrowia i Główny Inspektor Sanitarny wydali komunikat wznowienia bieżącej realizacji szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych u dzieci⁴ z zachowaniem zasad bezpieczeństwa przeciwepidemicznego w czasie szczepienia, ze szczególnym uwzględnieniem szczepień na oddziałach noworodkowych, szczepień obowiązkowych w warunkach ambulatoryjnych, zwłaszcza podawanych zgodnie z PSO w pierwszych dwu latach życia dziecka, szczepień z uwzględnieniem indywidualnych sytuacji dzieci z chorobami przewlekłymi, dla których istnieją szczególne wskazania zdrowotne do szczepień, szczepień poekspozycyjnych przeciw wściekliźnie, tężcowi, odrze, ospie wietrznej, wzw b, według wskazań medycznych we wszystkich grupach wieku, realizacji innych szczepień ochronnych, których konieczność podania lub dokończenie schematu szczepień wynika z Charakterystyki Produktu Leczniczego. Ponadto w komunikacie znalazła się rekomendacja upowszechniania szczepień przeciw pneumokokom oraz grypie w grupach ryzyka dorosłych, w tym osób po 60 roku życia i przewlekle chorych, ponieważ przewlekle choroby płuc, układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, niewydolność nerek i zaburzenia odporności sprzyjają zachorowaniom na zapalenie płuc, oraz szczepień przeciw krztuścowi u kobiet w ciąży. Dodatkowo w komunikacie opisano zasady bezpieczeństwa w czasie szczepienia w okresie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, co było kluczową informacją dla rodziców/opiekunów dzieci, zapewniającą poczucie bezpieczeństwa w tej trudnej, stale zmieniającej się pandemicznej sytuacji oraz dla placówek medycznych świadczących szczepienia bieżące i wynikające z powstałych zaległości.

4 Komunikat w sprawie wznowienia wykonywania szczepień ochronnych: Komunikat w sprawie wykonywania szczepień ochronnych w czasie pandemii COVID-19 – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (www.gov.pl); dostęp dnia 10.11.2022 r.

W 2020 r., podobnie jak w ostatnich latach, utrzymała się tendencja spadkowa wykonawstwa szczepień obowiązkowych, przy jednoczesnym wzroście liczby osób uchylających się od szczepień. Warto jednak podkreślić, że dynamika tych trendów (stanu zaszczepienia i uchylających się od szczepień) w 2020 r. mocno wyhamowała, co miejmy nadzieję jest początkiem odwrócenia obserwowanej niekorzystnej tendencji. 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, 95% dzieci i młodzieży objęto szczepieniami (w 2020 r. – 94,9%) (ryc. 8.3, i 8.4) i w odniesieniu do większości szczepień w 2020 r. dla dzieci w 3 roku życia (rocznik 2018) w odniesieniu do wymogów Kalendarza Szczepień uzyskano stan zaszczepienia wynoszący 98,6%, w tym dzieci w pełni zaszczepione stanowiły 85,0%, a dzieci częściowo zaszczepione – 13,6%. Natomiast odsetek dzieci w ogóle niezaszczepionych wynosił 1,5%. Nadal zwraca uwagę nieznaczna tendencja spadkowa stanu zaszczepienia, jednak biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną związaną z COVID-19, w tym zastosowanie środków przeciwepidemicznych, analizowany stan zaszczepienia należy uznać za korzystny (ryc. 8.3 i 8.4). Na podstawie wstępnych danych za 2020 r., wykonawstwo szczepień na poziomie województw było zróżnicowane i nie było niższe niż 87,0%, wyniosło od 87,3% do 99,4%. Kluczowe jest utrzymanie stanu zaszczepienia populacji podlegającej szczepieniom obowiązkowym na poziomie 90,0% – 95,0%, co jest wystarczające do osiągnięcia odporności zbiorowiskowej, zapobiegającej epidemicznemu szerzeniu się zachorowań. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że na poziomie regionalnym (województw) wykonawstwo niektórych szczepień (np. przeciw odrze-świnie-różyczce) osiągnęło niepokojący poziom 87,3%, co w perspektywie następnych lat może skutkować zmianą aktualnie obserwowanej korzystnej sytuacji (tab. 8.2).

Tabela 8.2. Wykonawstwo szczepień w Polsce w 2020 r. (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)

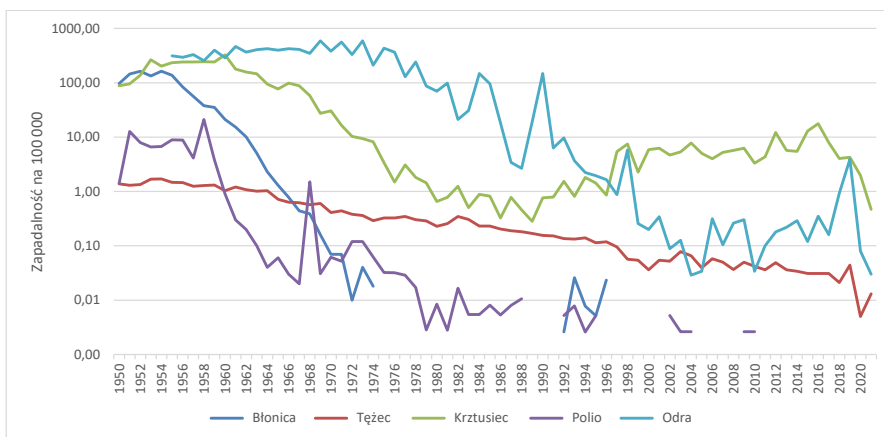
Rodzaj szczepionki	Średni odsetek zaszczepionych w kraju	Min. i max. Odsetek zaszczepionych wg województw	Wiek dzieci, w którym oceniono stan zaszczepienia
Błonica/tężec	94.20%	89,5% – 97,9%	drugi rok życia
Krztusiec	94.20%	89,5% – 97,9%	drugi rok życia
Polio	94.20%	89,4% – 98,0%	drugi rok życia
Odra/świnka/różyczka	91.90%	87,3% – 97,6%	trzeci rok życia
Różyczka	95.60%	94,2%-99,4%	piętnasty rok życia
Hib	94.00%	89,3% – 98,0%	drugi rok życia
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	93.30%	89,9% – 98,5%	drugi rok życia
WZW B	97.40%	95,7% – 98,9%	drugi rok życia
Gruźlica	97.80%	96,6% – 99,0%	drugi rok życia

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%, czego efektem jest obserwowane znaczne ograniczenie lub wyeliminowanie zachorowań na choroby takie jak: błonica, tężec, polio, odra, różyczka, wzv B, czy wywołane przez drobnoustrój *Hemophilus influenzae* oraz *Streptococcus pneumoniae*. Spośród stosowanych w Polsce szczepień przeciw wielu groźnym chorobom i ich powikłaniom, w 2017 r. wprowadzono do Kalendarza Szczepień Obowiązkowych szczepienie przeciw pneumokokom. W 2020 r. stan zaszczepienia dzieci w 2 roku życia wynosił 93,3%, co w okresie narastającej epidemii COVID-19 oraz wprowadzonymi działaniami przeciwepidemicznymi przełożyło się na niespełna trzykrotnie niższą zachorowalność na chorobę inwazyjną wywoływaną przez pneumokoki, wynoszącą 1,63 na 100 tys. mieszkańców w 2020 r. oraz wyższą – 2,38 na 100 tys. mieszkańców w 2021 r.

W przypadku krztuśca sytuacja epidemiologiczna jest bardziej złożona, gdyż po osiągnięciu znaczącego spadku zapadalności oraz śmiertelności z powodu krztuśca, od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych nastąpił wzrost zachorowań do ok. 2000-3000 przypadków rocznie.

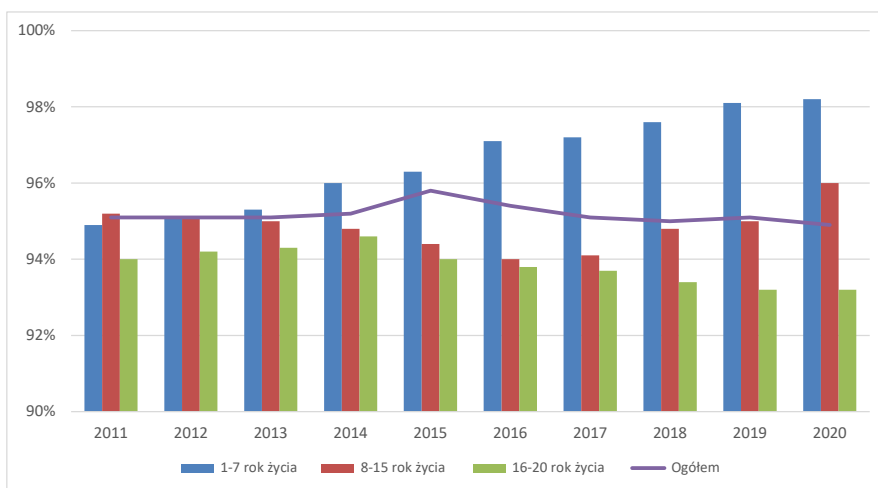
Od 2016 r., w którym zarejestrowano 6 828 zgłoszeń, obserwujemy tendencję spadkową zachorowań na krztusiec do 3 067 zachorowań z zapadalnością 7,98 na 100 tys. ludności w 2017 r., w kolejnych latach: w 2018 r. – 1 548 zgłoszeń z zapadalnością 4,0 na 100 tys. mieszkańców, w 2019 r. zanotowano nieznaczny wzrost zachorowań tj.: 1 630

z zapadalnością 4,25 na 100 tys. mieszkańców, co potwierdza występowanie epidemii krztuśca w cyklach co 3-5 lat oraz wskazuje na utrwalone krążenie bakterii w środowisku i nadal utrzymującą się wrażliwość populacji na zakażenie. W 2020 r. wystąpił znaczący spadek zachorowań, zarejestrowano 753 przypadki krztuśca, zapadalność wyniosła 1,96 na 100 tys. mieszkańców. Wśród chorujących 27,5% wymagało hospitalizacji (ryc. 8.2).

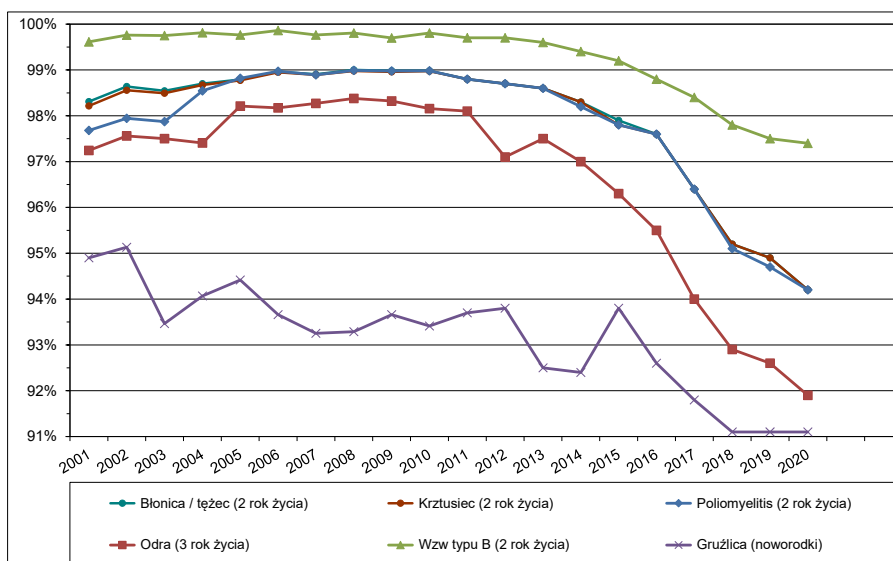


Ryc. 8.2. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne, przeciw którym prowadzone są obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci i młodzieży, w latach 1950-2020 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)

Należy podkreślić, że w efekcie prowadzonych szczepień, ostatni przypadek choroby poliomyelitis (Choroba Heinego-Medina), wywołany dzikim szczepem wirusa polio odnotowano w Polsce w 1984 r. (ryc. 8.2). Od tego czasu pomimo aktywnego poszukiwania zakażeń wywołanych przez poliovirusy wśród osób 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.). Z perspektywy Ogólnosiwiatowego Programu Eradykacji Poliomyelitis koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia, Polska utrzymała status kraju wolnego od polio, jednak ze względu na pojawiające się zachorowania w krajach Regionu Europejskiego WHO i możliwość zawleczenia wirusa – WHO zakwalifikowało nasz kraj do obszarów umiarkowanego ryzyka



Ryc. 8.3. Program Szczepień Ochronnych w latach 2006-2020. Odsetek dzieci i młodzieży objętych nadzorem nad realizacją Programu (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)



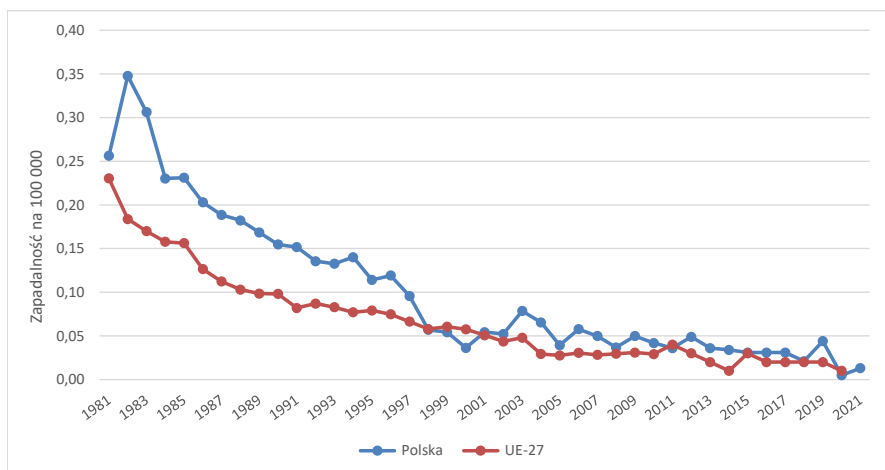
Ryc. 8.4. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2020. Odsetek dzieci w 1-3 roku życia zaszczepionych przeciw wybranym chorobom (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)

pojawienia się polio, co wymagało wzmocnienia działań w zakresie nadzoru epidemiologiczno-wirusologicznego.

Zachorowania na błonicę w Polsce po 1975 r. występują bardzo sporadycznie (ryc. 8.2) – 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 związku z tym strategia zwalczania błonicy musi opierać się na dwóch podstawowych elementach:

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

Od 1998 r. liczba zachorowań na tężec nie przekraczała 30 przypadków rocznie, a w ostatnich latach zaobserwowano tendencję spadkową zachorowań do kilkunastu przypadków rocznie. W 2019 r. na tężec zachorowało 17 osób, a w 2020 r. – zgłoszono 2 zachorowania. Zapadalność na tę chorobę w ostatnich latach nie wykazywała wyraźnej tendencji spadkowej, za wyjątkiem 2020 r. i utrzymuje się na poziomie przeciętnej lub nieznacznie wyższej od zapadalności w krajach UE (ryc. 8.5).



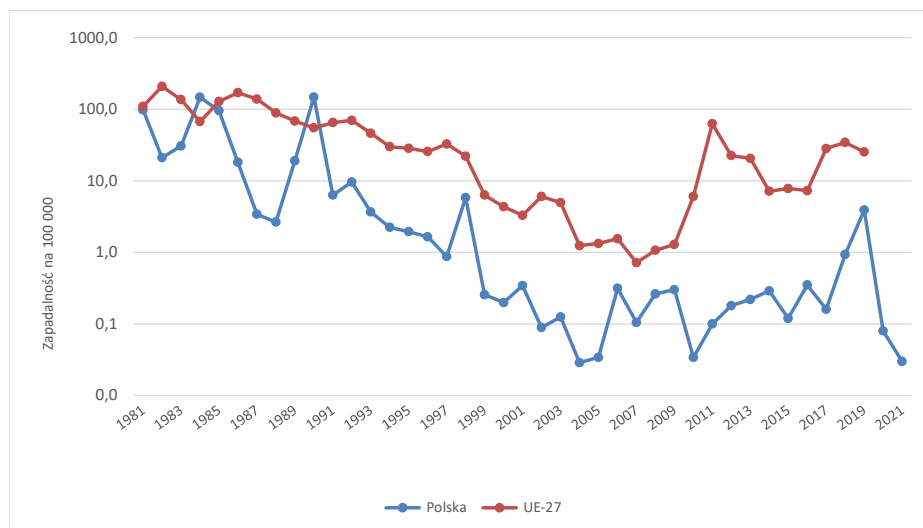
Ryc. 8.5. Zapadalność na tężec w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2020 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego, ECDC)

Ogromnym sukcesem realizacji szczepień przeciw tężcowi jest niewystępowanie od dziesiętków 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 częstotnością zranień oraz niskim poziomem uodpornienia sprzyja transmisji zakażenia. W Polsce na tężec zapadają prawie wyłącznie osoby powyżej 50 roku życia oraz starsze. 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 uległa zmianie. Po kilkuletnim okresie rejestrowania ok. 100 przypadków odry (w 2016 r. zarejestrowano 133 przypadki odry, a w 2017 r. – 63), zapadalność była wielokrotnie niższa niż przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 8.6), natomiast w 2018 r. wystąpił wzrost zachorowań na odrę: zarejestrowano 359 przypadków z zapadalnością wynoszącą 0,93/100 tys. mieszkańców. W 2019 r. w Polsce podobnie jak w całej Europie odnotowano znaczący wzrost zachorowań na odrę. Epidemia odry w Europie dotknęła zarówno dorosłych, jak i dzieci⁵. W naszym kraju zarejestrowano 1502 zachorowania, z zapadalnością wynoszącą 3,91 na 100 tys. mieszkańców oraz hospitalizacją co drugiej chorej osoby. Znaczący wzrost zapadalności obserwowano w grupie wieku powyżej 15 r. ż., w tym najwyższą zapadalność odnotowano u osób między 35 a 39 rokiem życia (11,36 na 100 tys.) Analiza danych pochodzących z indywidualnych zgłoszeń wskazywała, że spośród 1 502 chorych 952 (63,4%) stanowiły osoby nieszczepione, 300 (19,9%) osoby zaszczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień oraz 250 (16,6%) o nieznanym statusie zaszczepienia. Nie odnotowano zgonu z powodu odry. Z kolei 2020 r. przyniósł spadek zachorowań

5 Siani A. Measles outbreaks in Italy: A paradigm of the re-emergence of vaccine-preventable diseases in developed countries. *Prev Med* 2019;121: 99-104.

na odrę. Zgłoszono 29 chorych, zapadalność wyniosła 0,08 na 100 tys. mieszkańców (ryc. 8.6). Rozkład zachorowań w zależności od wieku i stanu zaszczepienia był następujący: w najmłodszej grupie wieku tj. 0–4 lata zachorowało 8 dzieci, w tym 5 dzieci zaszczepionych 1 dawką, a 3 dzieci nie zaszczepiono przeciw odrze; w grupie wieku 5–9 lat zachorowało 5 dzieci, w tym 4 dzieci zaszczepiono jedną dawką, a 1 dziecko nie było szczepione przeciw odrze, a w grupie wieku 10–14 lat zachorowały 2 osoby, w tym 1 osoba zaszczepiona dwiema dawkami, a 1 osoba nie została zaszczepiona przeciw odrze; w grupie wieku 15–19 lat zachorowała 1 osoba, bez informacji o stanie zaszczepienia. W starszych grupach wieku tzn. > 20 roku życia, łącznie zachorowało 13 osób, w tym 6 osób było nieszczepionych, 2 osoby otrzymały dwie dawki, a w przypadku 5 osób nie podano informacji o stanie zaszczepienia. Według Programu Szczepień Ochronnych szczepionkę podaje się dwukrotnie, pierwszą dawkę w 2. roku życia (w 13-14 miesiącu życia), a od 2019 r. przesunięto podanie dawki przypominającej z 10 na 6 rok życia, czego uzasadnieniem jest podanie 2 dawki przed pójściem dzieci do szkoły oraz spójnością schematu szczepień przeciw odrze z innymi krajami UE.



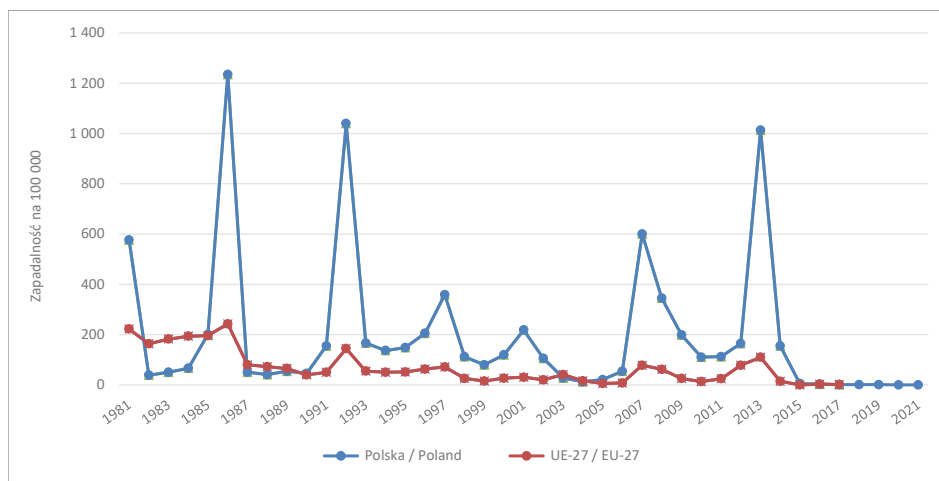
Ryc. 8.6. Zapadalność na odrę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2020 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego, ECDC)

Aby osiągnąć cel postawiony przez Światową Organizację Zdrowia – eliminację odry w Europie – konieczne jest osiągnięcie odsetka szczepień dwudawkowych na poziomie co najmniej 97%, a poziom uodpornienia na odrę u dzieci w wieku 1-9 lat co najmniej 95%⁶.

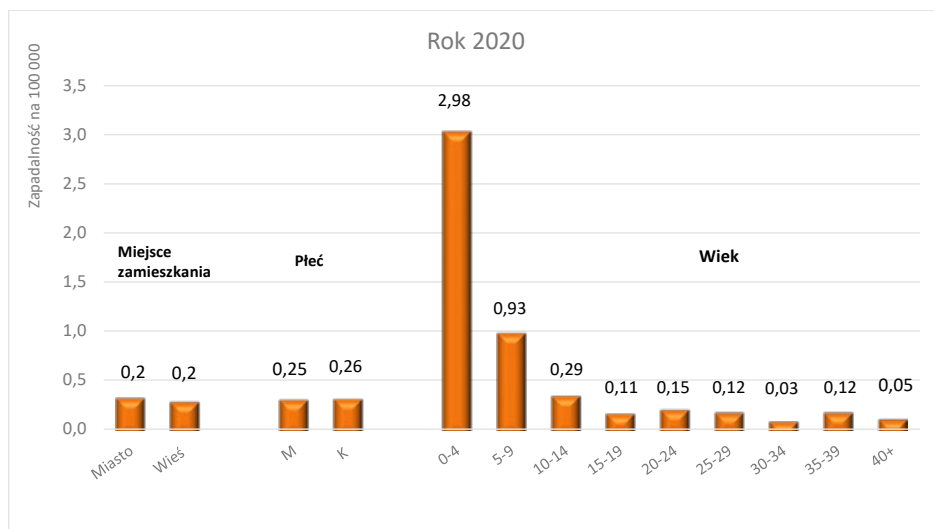
Z perspektywy realizacji programu eliminacji odry, koordynowanego przez WHO, obserwowana w Europie sytuacja epidemiologiczna odry oddaliła osiągnięcie celu eliminacji choroby, jednak w perspektywie najbliższych lat nadal wydaje się możliwe do osiągnięcia.

Liczba zachorowań na różyczkę po okresie epidemii wyrównawczej, począwszy od 2015 r. wyraźnie zmniejszyła się (ryc. 8.7). W 2020 r. w Polsce odnotowano spadek liczby zachorowań na różyczkę. zarejestrowano 98 przypadków różyczki, o 187 mniej niż w 2019 r. (285 przypadków). Odnotowano również spadek zapadalności do 0,26 na 100 tys., w porównaniu do odnotowanego w 2019 r. (0,74 na 100 tys.). Najwyższą zapadalność, niezależnie od płci i środowiska, odnotowano w grupie wieku 0-4 lata (2,98 na 100 tys.) (ryc. 8.8). W 2020 r. po raz kolejny nie zanotowano przypadków zespołu różyczki wrodzonej. W 2020 r. tylko 1 (1,02%) zachorowanie zostało zakwalifikowane jako przypadek potwierdzony w badaniu laboratoryjnym. Pozostałe zachorowania zostały rozpoznane na podstawie objawów klinicznych. Prawidłowe rozpoznanie różyczki powinno opierać się na objawach klinicznych oraz wynikach badania laboratoryjnego. Czułość i swoistość rozpoznań różyczki od wielu lat pozostaje na dość niskim poziomie, co utrudnia interpretację zachorowań wśród osób szczepionych oraz ocenę rzeczywistej liczby zachorowań.

6 Plans-Rubió P. Are the Objectives Proposed by the WHO for Routine Measles Vaccination Coverage and Population Measles Immunity Sufficient to Achieve Measles Elimination from Europe? *Vaccines* 2020;8(2):218.

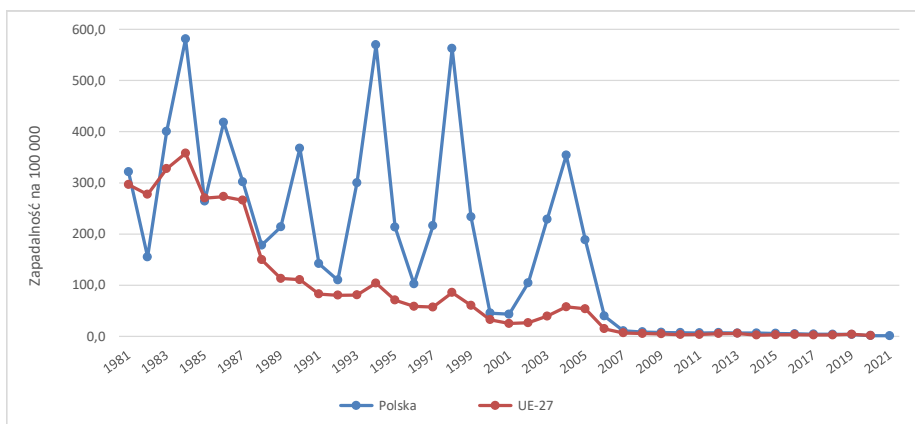


Ryc. 8.7. Zapadalność na różyczkę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2020 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego, ECDC)



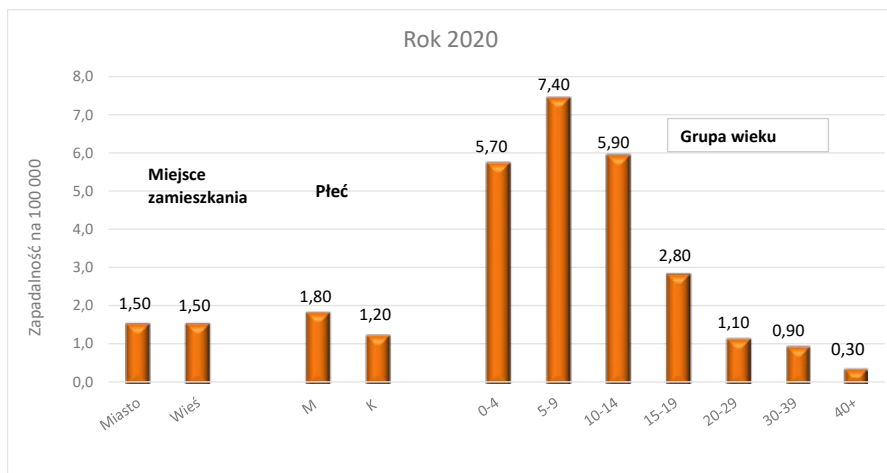
Ryc. 8.8. Zapadalność na różyczkę w 2020 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw odrze, śwince i różyczce w kolejnych latach zmniejszy zapadalność na różyczkę oraz nagminne zapalenie przyusznic (świnkę). Przed pandemią rocznie chorowało na świnkę ok. 1 500 osób. W 2018 r. zachorowało 1585 osób (zapadalność 4,1/100 tys. mieszkańców), w 2019 r. – 1338 (3,5/100 tys. mieszkańców), a w 2020 r. – 582 (zapadalność 1,5/100 tys. mieszkańców). Zapadalność na świnkę przed pandemią wykazywała stałą, aczkolwiek powolną tendencję spadkową, mniej spektakularną niż inne choroby zakaźne, ze względu na występujące cyklicznie co 3-4 lata epidemie. Nadal zapadalność na świnkę w naszym kraju jest wyższa niż przeciętna zapadalność w krajach UE, jednak różnica zapadalności znacząco się zmieniła w ostatnich latach tzn. zbliżyła się do zapadalności w krajach UE. (ryc.8.9).



Ryc. 8.9. Zapadalność na świnkę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2020 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego, ECDC)

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. 8.10).

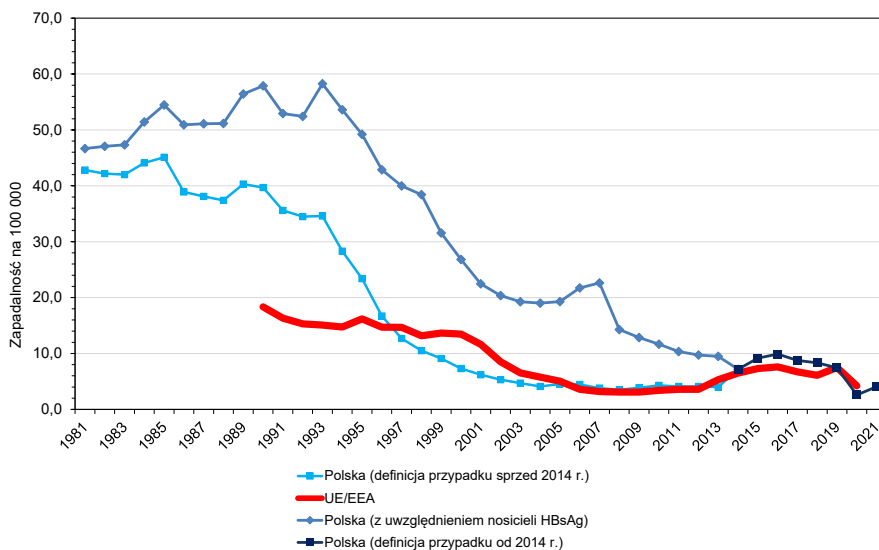


Ryc. 8.10. Zapadalność na świnkę w 2020 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)

Wprowadzenie obowiązkowych szczepień noworodków przeciw **wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (wzw B)** w latach 1994-1996 było przełomem w zwalczaniu wzw B w Polsce i od tego czasu obserwuje się stały spadek zapadalności na tę chorobę. Szczepienia dzieci w okresie noworodkowym, ale również szczepienia osób wykonujących zawody medyczne, szczepienia osób przed planowymi zabiegami chirurgicznymi oraz poprawa w zakresie sterylizacji w szpitalach, doprowadziły do szybkiego zmniejszenia się liczby nowych zachorowań ostrych – od 2010 r. zapadalność na ostre wzw B utrzymuje się poniżej 0,5/100 tys. mieszkańców. Po 2005 r. trend spadkowy zapadalności na wzw B uległ zahamowaniu, jednak udział ostrych zakażeń w całkowitej liczbie rejestrowanych przypadków wzw B nadal ulega zmniejszeniu i w ostatnich latach nie przekraczał 2%. Od kilkunastu lat zapadalność na wzw B w Polsce utrzymuje się na poziomie zbliżonym do zapadalności w krajach EU/EEA (ryc. 8.11) i obejmuje w większości nowo wykrywane zakażenia przewlekłe nabyte w nieznanym czasie w przeszłości, wśród osób nie objętych szczepieniami w okresie noworodkowym.

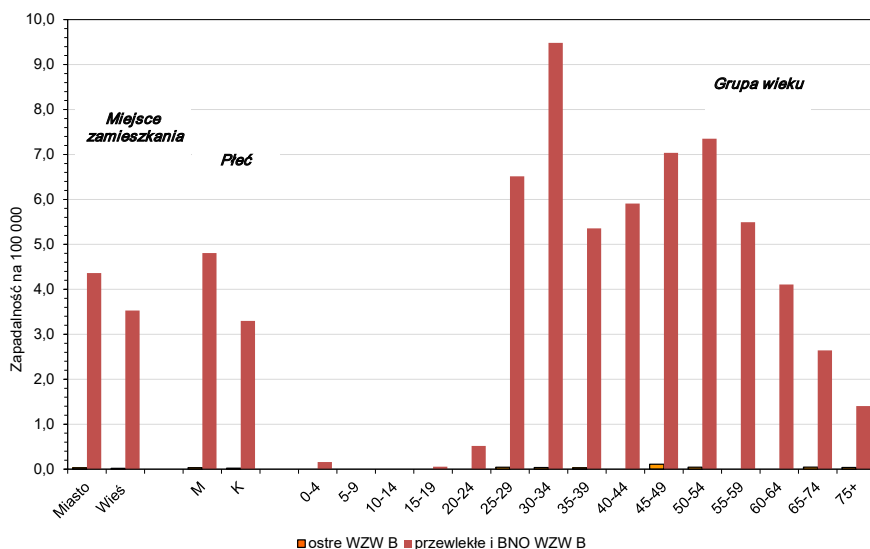
Okres pandemii COVID-19 istotnie wpłynął na liczbę przypadków wzw B wykrywanych w latach 2020-2021 w Polsce i na świecie. W Polsce zapadalność na wzw B ogółem w 2020 r. była blisko 3-krotnie niższa niż w 2019 r. (2,59/100 tys. vs. 7,43/100 tys.),

w 2021 r. odnotowano wzrost w stosunku do 2020 r., jednak zapadalność nadal była prawie 2-krotnie niższa niż w roku przed pandemią (4,05/100 tys. vs. 7,43/100 tys.) (ryc. 8.11). W krajach UE odnotowano podobny spadek wskaźnika wykrytych zakażeń HBV – z 7,5/100 tys. w 2019 r. do 4,2/100 tys. w 2020 r.



Ryc. 8.11. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce i przeciętna w krajach UE, 1981-2021 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego i ECDC surveillance atlas)

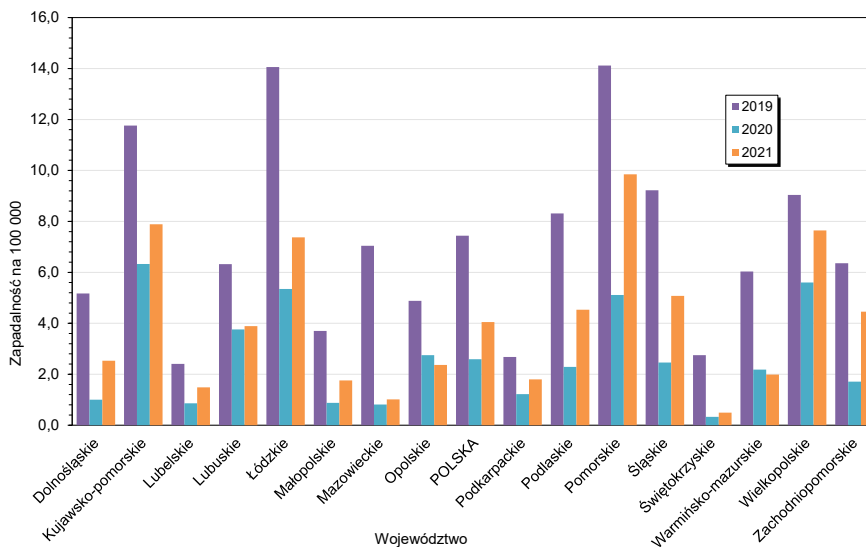
Pomimo istotnego spadku wskaźnika wykrywania wzv B w latach 2020-2021, rozkład zapadalności wśród mieszkańców miast i wsi, kobiet i mężczyzn oraz w grupach wieku był podobny jak w poprzednich latach – zapadalność była wyższa w miastach (4,36 vs. 3,53 na wsiach) oraz wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet (4,81 vs. 3,3) (ryc. 8.12). Zapadalność na ostre wzv B w 2020 i 2021 r. wynosiła odpowiednio 0,04 i 0,03/100 tys. (14 i 10 zachorowań ostrych, brak zachorowań w kohortach zaszczepionych po urodzeniu tj. wśród osób urodzonych po 1995 r.). Dominującą drogą transmisji zarówno zakażeń ostrych, jak i przewlekłych, pozostają procedury medyczne – w 2021 r. była to prawdopodobna droga zakażenia 80% ostrych zakażeń o ustalonej drodze transmisji oraz 86% przypadków przewlekłych o znanej drodze transmisji.



Ryc. 8.12. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w 2021 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

Wpływ pandemii COVID-19 na wykrywanie i rejestrację nowych przypadków wzwb B był wielokierunkowy: odnotowano zmniejszenie liczby wykonywanych testów w kierunku HBV w związku z ograniczeniem realizacji programów profilaktycznych i ograniczonym dostępem do rutynowej opieki nad pacjentami w poradniach POZ i specjalistycznych, część personelu medycznego pracującego w obszarze chorób zakaźnych została przesunięta do opieki nad pacjentami z COVID-19⁷. Ograniczone zostały również możliwości prowadzenia dochodzeń epidemiologicznych oraz rejestracji wykrytych zakażeń w stacjach sanitarno-epidemiologicznych w związku z przeciążeniem PSSE zadaniami związanymi z nadzorem nad pacjentami z COVID-19. Obserwowane od wielu lat duże zróżnicowanie geograficzne zapadalności na wzwb B w okresie pandemii uległo pogłębieniu w związku z zawieszeniem lub zmianą dotychczasowego modelu testowania w kierunku HBV.

7 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-c-epidemics-eueea-countries-2020-data>



Ryc. 8.13. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w latach 2019-2021, wg województw

W mniejszym stopniu pandemia wpłynęła na wykonywanie przesiewowych badań HBV u kobiet w ciąży i na szczepienia noworodków/niemowląt.

W związku z wprowadzeniem stanu pandemii Minister Zdrowia oraz Główny Inspektor Sanitarny wraz z konsultantami krajowymi w dziedzinie epidemiologii, medycyny rodzinnej, neonatologii i pediatrii oraz alergologii 20 marca 2020 r. rekomendowali odroczenie szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych u dzieci do 18 kwietnia 2020 r.⁸, jednak miesięczny okres zawieszenia wizyt nie wpłynął istotnie na realizację szczepień przeciw wzv B w 2020 r. Stan zaszczepienia trzema dawkami dzieci w drugim roku życia w 2020 r. wynosił ogółem dla Polski 89,7% (w porównaniu z 90,5% w 2019 r.), a w 2021 r. – 89,3%. Pomimo nadal dobrego wykonawstwa szczepień przeciw wzv B na tle innych szczepień obowiązkowych, od 2015 r. obserwuje się powolną tendencję spadkową wskaźnika zaszczepienia dzieci, nie tylko w 2 r. ż. Ma na to wpływ działalność ruchów antyszczepionkowych.

8 Ministerstwo Zdrowia. Wstrzymanie szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych. 20.03.2020. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wstrzymanie-szczepien-obowiazkowychw-ramachw-programu-szczepien-ochronnych>

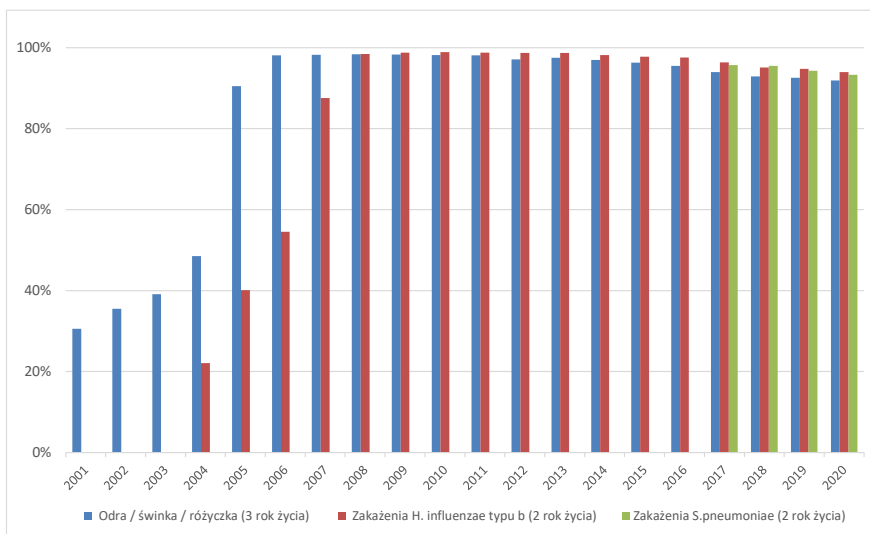
Zmniejszanie się stanu zaszczepienia dzieci trzema dawkami szczepionki przeciw wzv B oraz zmniejszenie liczby wykrywanych zakażeń przewlekłych HBV w latach 2020-2021 w związku z pandemią COVID-19 opóźni osiągnięcie celów zawartych w globalnej strategii eliminacji wzv B, szczególnie w zakresie wykrycia 90% wszystkich zakażonych do 2030 r.^{9,10}.

Szczepienie przeciw infekjom 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 roku życia, 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, w 2019 r. – 10 zachorowań, a w 2020 r. – 12 zachorowań, przy takiej samej zapadalności w latach 2019–2020, wynoszącej 0,03 na 100 tys. mieszkańców.

W 2020 r. stan zaszczepienia 2-latków (szczepienie pierwotne) przeciw *H. influenzae* typu B w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 89,3% w woj. lubuskim do 98,0% w województwie warmińsko-mazurskim, ogółem dla Polski wyniósł 94,0%, był niższy w porównaniu z 2019 r. o 2,6 p.p. (ryc. 8.14).

9 World Health Organization. (2016). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177>

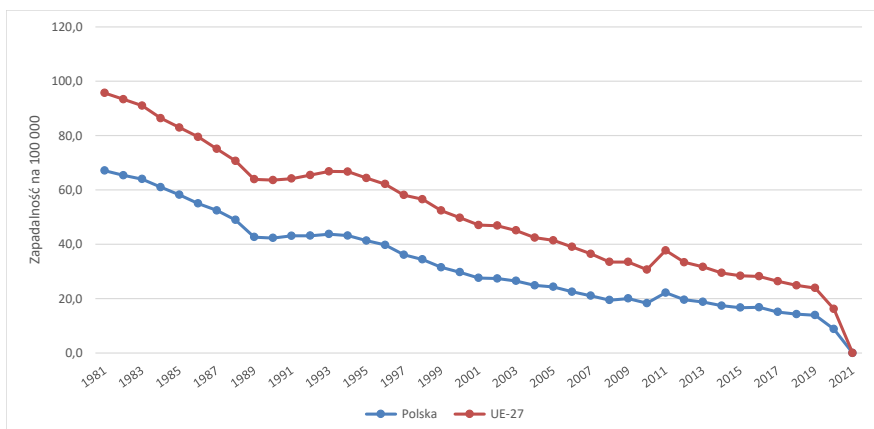
10 Pley CM, McNaughton AL, Matthews PC, et al. The global impact of the COVID-19 pandemic on the prevention, diagnosis and treatment of hepatitis B virus (HBV) infection *BMJ Glob Health* 2021;6(1):e004275. doi: 10.1136/bmjgh-2020-004275



Ryc. 8.14. Program Szczepień Ochronnych w latach 2001-2020. Odsetek dzieci w 2-3 roku życia zaszczepionych przeciw odrze-śwince-różyczce oraz zakażeniom Haemophilus influenzae typu b (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)

Gruźlica¹¹ jest chorobą, przeciw której prowadzone są szczepienia od wielu lat i ich wykonawstwo utrzymuje się na wysokim poziomie, pomimo obserwowanej tendencji spadkowej w ostatnich latach (ryc. 8.4). 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. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce poprawia się, jednak proces ten jest dość powolny (ryc.8.15).

11 Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2020 r. red. Maria Korzeniewska-Koseła. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2021, Biuletyn_2021.pdf (igichp.edu.pl), dostęp dnia 10.11.22 .

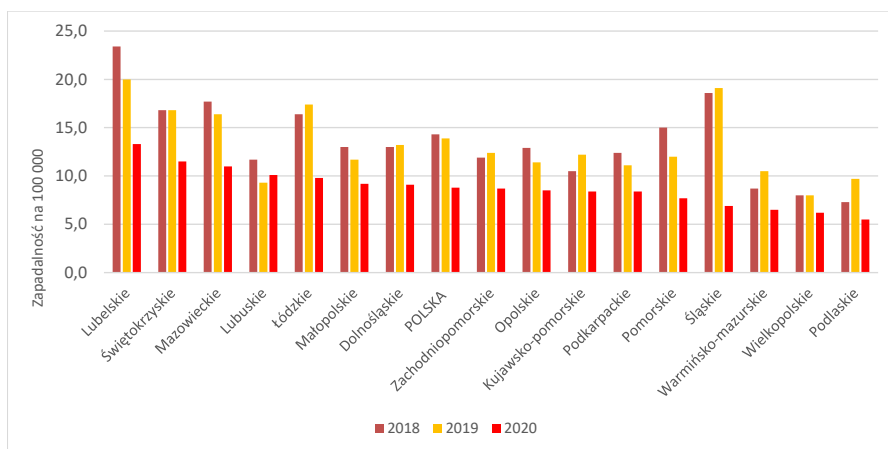


Ryc. 8.15. Zapadalność na gruźlicę w Polsce i przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2020 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego, ECDC)

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 2020 r. w UE/EOG wynosiła średnio 7,4 przypadków na 100 tys. mieszkańców (ryc.8.15). W Polsce zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci była w 2020 r. niższa niż w roku poprzednim (8,8 vs. 13,9 na 100 tys.) o ponad 36,7%, natomiast nowe przypadki, bez historii wcześniejszego leczenia gruźlicy – w 2020 r. stanowiły 86,0% ogółu zachorowań. Najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która stanowiła w 2019 r. 95,5% wszystkich zachorowań. Wśród pozostałych postaci dominowały: gruźlicze zapalenie opłucnej, gruźlica obwodowych węzłów chłonnych, gruźlica kości i stawów, gruźlica narządów moczowo-płciowych. W 2020 r. nie zarejestrowano zachorowań na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu w grupie dzieci w wieku 0-14 lat, natomiast wystąpiły 4 zachorowania w starszych grupach wieku. W 2020 r. współczynnik zapadalności wzrastał z wiekiem, ale tylko do wieku 45–64 lata. Współczynniki zapadalności wynosiły od 0,7 u dzieci do 14. roku życia i do 15,0 u osób w wieku 45–64 lat. Chorzy w wieku 45–64 lat stanowili największy odsetek ogółu chorych na gruźlicę (44,4%). W latach wcześniejszych największe współczynniki zapadalności stwierdzano w najstarszej grupie wieku, tzn. u osób w wieku co najmniej 65 lat. Od 2015 r. najwyższe współczynniki zapadalności występują w grupie wieku 45–64 lat. W 2020 r. współczynnik zapadalności u osób w wieku 65 lat i starszych wyniósł 12,1

i był niższy niż w grupie wieku 45–64 lat. Zgłoszono 39 przypadków gruźlicy u dzieci do 14 roku życia, co stanowiło 1,2% ogółu zachorowań. U dzieci wykryto 37 przypadków gruźlicy płuc i 2 przypadki gruźlicy pozapłucnej. W 2020 r., podobnie jak w latach poprzednich, zapadalność na gruźlicę wśród mężczyzn była wyższa niż u kobiet. Przypadki gruźlicy u mężczyzn stanowiły 74,0% ogółu zachorowań, natomiast zapadalność wynosiła 13,5 na 100 tys. ludności. W 2020 r. po raz kolejny zapadalność na gruźlicę wśród mieszkańców miast była wyższa w porównaniu z ludnością wiejską. Zarejestrowano 2069 zachorowań w miastach i 1319 przypadków gruźlicy na wsi. Współczynnik zapadalności u mieszkańców miast wynosił 9,0; u mieszkańców wsi – 8,6. Znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami, obserwowane od lat, wystąpiły także w 2020 r. Wśród chorych na gruźlicę zarejestrowanych w 2020 r. było 116 cudzoziemców, w większości – 88 osób – w wieku od 20 do 44 lat. Przypadki gruźlicy u cudzoziemców stanowiły 3,4% wszystkich zachorowań. Wśród cudzoziemców chorych na gruźlicę było dwoje nastolatków, nie odnotowano zachorowań u dzieci do 14 roku życia. Największą grupę – 49 osób – stanowili przybysze z Ukrainy; drugą co do liczebności grupą byli Hindusi (14 chorych), i Nepalczycy (7 chorych). Cudzoziemcy, u których rozpoznano gruźlicę, przybyli do Polski z 28 krajów świata. W 8 przypadkach kraj pochodzenia nie był znany. W 2020 r., podobnie jak w latach wcześniejszych, współwystępowanie gruźlicy i HIV było w Polsce zjawiskiem rzadkim. Gruźlica była chorobą wskaźnikową AIDS u 5 osób zakażonych HIV. Wśród chorych na gruźlicę zarejestrowanych w 2020 r. odnotowano 112 osób, które przebywały w aresztach śledczych i zakładach karnych (zapadalność 158,4 na 100 tys. osadzonych). Przypadki MDR-TB stanowiły 1,4% wszystkich zachorowań na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie oraz 1,5% zachorowań ze znanymi wynikami lekowrażliwości (w 2020 r. lekowrażliwość była dostępna u 90,4% chorych z dodatnimi wynikami posiewów). W 2019 r. gruźlica była przyczyną zgonu 456 osób. Współczynnik umieralności wynosił 1,2 na 100 tys. ludności. Główną przyczyną zgonów z powodu gruźlicy, podobnie jak w latach wcześniejszych, była gruźlica płuc i gruźlicy pozapłucnej. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,1% ogółu zgonów w 2019 r. w Polsce i 27,2% zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych i pasożytniczych. Najwięcej osób zmarłych z powodu gruźlicy było w wieku od 45 do 64 lat. W ostatnim pięcioleciu zarejestrowano jeden przypadek zgonu z powodu gruźlicy u dzieci (2016 r.). Informacje o sposobie wykrycia przypadków gruźlicy płuc w 2020 r. wskazują, że w Polsce najczęstszą metodą wykrywania takich zachorowań było

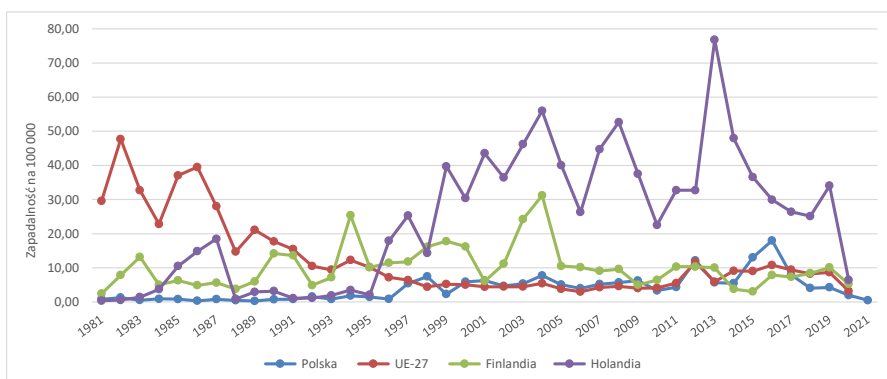
wykrywanie bierne, tzn. z powodu objawów chorobowych u osób, które same zgłosiły się do placówki medycznej. Z powodu objawów wykryto 95,2% przypadków gruźlicy płuc, w tym 96,2% chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną w badaniu bakteriologicznym i 91,1% chorych na gruźlicę płuc bez potwierdzenia w posiewie. W 2020 r. szczepienie BCG wykonano u 323 567 noworodków, które stanowiły 91,1% ogółu dzieci żywo urodzonych w Polsce. Najwyższą zapadalność w 2020 r., podobnie jak w latach wcześniejszych, zarejestrowano w województwie lubelskim i wynosiła ona 13,3 na 100 tys. Stanowi to niepokojący sygnał ze względu na znany związek zapadalności na gruźlicę z sytuacją socjoekonomiczną ludności, a w przypadku województwa lubelskiego również z powodu kontaktów przezgranicznych z krajami o bardzo wysokiej zapadalności na gruźlicę i obecność na tych obszarach szczepów *M. tuberculosis* opornych na wiele leków. Informacje o sposobie wykrycia przypadków gruźlicy płuc w 2020 r. wskazują, że w Polsce najczęstszą metodą wykrywania takich zachorowań było wykrywanie bierne, tzn. z powodu objawów chorobowych u osób, które same zgłosiły się do placówki medycznej. Z powodu objawów wykryto 95,2% przypadków gruźlicy płuc, w tym 96,2% chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną w badaniu bakteriologicznym i 91,1% chorych na gruźlicę płuc bez potwierdzenia w posiewie. W 2020 r. szczepienie BCG wykonano u 323 567 noworodków, które stanowiły 91,1% ogółu dzieci żywo urodzonych w Polsce (ryc.8.16).



Ryc. 8.16. Zapadalność na gruźlicę wg województw w latach 2010, 2015 i 2020 (źródło: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc)

Należy podkreślić, że zapadalność na gruźlicę jest w Polsce wyższa niż w większości krajów europejskich, ale niekorzystne zjawiska epidemiologiczne jak gruźlica u dzieci, współwystępowanie gruźlicy i HIV i gruźlica wielolekooporna występują w naszym kraju w mniejszym nasileniu niż w całej UE/EOC.

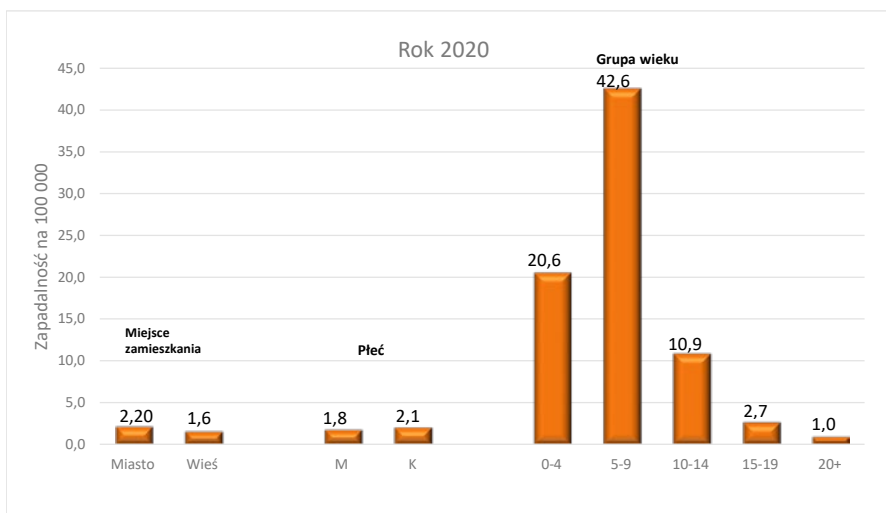
Spśród chorób podlegających wieloletnim programom szczepień w przypadku **krztusca** po spadku zachorowań nawet ok. 300 przypadków (320 zachorowań w 1996 r.), w drugiej połowie lat 90-tych, nastąpił ponowny wzrost zachorowań, obejmujący przede wszystkim młodzież oraz osoby ze starszych grup wieku. Krztusiec jest przykładem choroby określanej jako tzw. choroba „*emerging*”, czyli ponownie występująca się w populacji. Przyczynami, które spowodowały ponowne pojawienie się krztusca w liczbach znacznie przewyższających dotychczasowe zachorowania uważa się: postępujący w czasie spadek odporności swoistej w okresie 5-10 lat od podania ostatniej dawki szczepionki zawierającej komponent krztuscowy, zmiany genetyczne ustroju typu „*escape mutans*”, spadek skuteczności szczepionek, możliwość powtórnego zachorowania, trudności diagnostyczne i spadek stanu zaszczepienia wzrost odmów szczepień. Należy zaznaczyć, że wzrost zachorowań na krztusiec dotyczy większości krajów na świecie.



Ryc. 8.17. Zapadalność na krztusiec w Polsce, Holandii i Finlandii oraz przeciętna w krajach UE/EEA w latach 1981-2019 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego, ECDC)

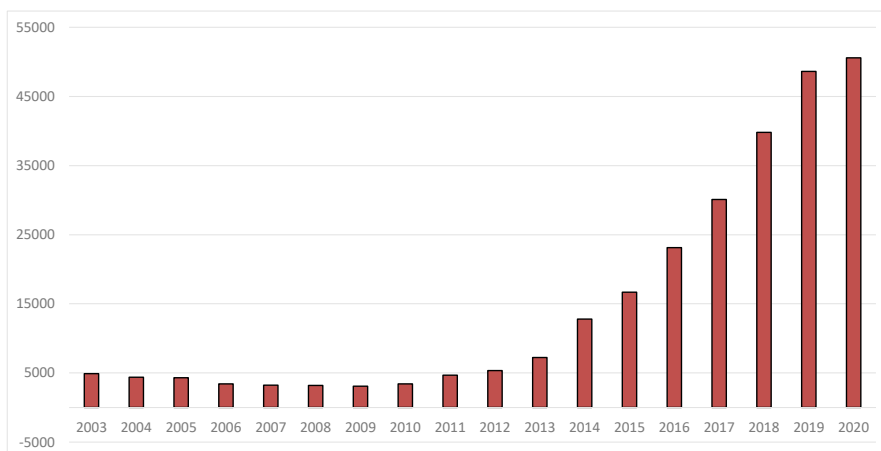
W Polsce zwiększenie liczby zachorowań występuje od 1997 r. i już w 1998 r. po raz pierwszy został przekroczony poziom przeciętnej zapadalności w krajach UE (Polska 7,4

na 100 tys., UE 4,3 na 100 tys.). Ze względu na fakt, że większość zachorowań dotyczyła dzieci w wieku od 5 do 14 lat, na przełomie 2003 i 2004 r. wprowadzono do kalendarza szczepień dawkę przypominającą szczepionki z komponentem krztuścowym dla dzieci w 6 roku życia, poprzez zastąpienie szczepionki DT przez DTaP. W efekcie prowadzonych szczepień w perspektywie kolejnych lat spodziewano się spadku zachorowań do poziomu co najmniej porównywalnego z tym w latach 80., czyli poniżej 1 zachorowania na 100 tys. ludności. Niestety wprowadzenie dawki przypominającej szczepionki DTaP nie spełniło pokładanych nadziei. Nadal pomimo szczepień, jedynie w przypadku krztusca wystąpiło wyraźne pogorszenie sytuacji epidemiologicznej. Nie jest to zjawisko izolowane, gdyż w wielu krajach europejskich i pozaeuropejskich także notowany jest wzrost zachorowań (ryc.8.17). Występujący wzrost zachorowań na krztusiec dotyczył grupy młodzieży nastoletniej oraz starszych dorosłych, którzy stanowią źródło zakażenia dla najmłodszych dzieci, które nie otrzymały jeszcze lub nie ukończyły pełnego cyklu szczepień (ryc. 8.18). Podkreślić jednak należy fakt, że nadal jedyną możliwością profilaktyki krztusca pozostaje utrzymanie szczepień przeciw krztuścowi zgodnie z dotychczasowym schematem, do czasu powstania nowej szczepionki.



Ryc. 8.18. Zapadalność na krztusiec w 2020 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)

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 2020 r. nie przystąpiło do szczepień ok. 50 575 dzieci i młodzieży (ryc.8.19).



Ryc. 8.19. Liczba osób uchylających się od szczepień obowiązkowych w latach 2003-2020 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego)

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.

Niepożądane odczyny poszczepienne tzw. NOP-y¹², podlegające obowiązkowemu zgłaszaniu i rejestracji od ponad 25-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 w 2020 r. W związku z realizacją Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 od 27.12.2020 r., obok dotychczas raportowanych NOP-ów do systemu EpiBaza po szczepionkach realizowanych w ramach Kalendarza Szczepień Ochronnych, został wprowadzony elektroniczny system raportowania NOP-ów po szczepionkach przeciw COVID-19 przez system gabinet.gov.pl bezpośrednio do SEPIS (System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Natomiast gromadzenie, weryfikacja, analiza i przygotowanie raportów okresowych, od początku prowadzenia nadzoru nad NOP-ami, prowadzone jest przez NIZP PZH – PIB. Od początku rejestracji do 2019 r., obserwujemy wzrost liczby zgłaszanych NOP-ów. W latach 2020 –2021 r. trend wzrostowy został zahamowany – ogółem (w tym inne zgłoszenia nie spełniające definicji NOP) do systemu nadzoru zgłoszono odpowiednio: 1 494 i 1 609 przypadków. W 2020 r. na zakwalifikowane jako NOP-y 1492 przypadki, wystąpiły 1342 odczyny łagodne (tj. 90%), 135 poważnych (tj. 9,0%) i 15 ciężkich (tj. 1,0%). W 2021 r. lekarze rozpoznali i zgłosili do Inspekcji Sanitarnej ogółem 1603 NOP-ów (6 zgłoszeń nie-NOP), w tym 1 381 (tj. 86,2%) były to NOP-y łagodne, 204 – NOP-y poważne (tj. 12,7%) i 18 (tj. 1,1%) zakwalifikowano jako ciężkie. W rocznym opracowaniu niepożądanych odczynów poszczepiennych w 2020 r. i 2021 r. przyjęto, że w przypadku jednoczesnego podania dziecku kilku szczepionek, opisany odczyn liczony był dla każdej ze szczepionek. Analiza NOP-ów zgłoszonych do nadzoru jest wykonywana przez pracowników Zakładu Epidemiologii NIZP PZH – PIB i publikowana raz w roku na stronie NIZP PZH – PIB. 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 porejestracyjnego bezpieczeństwa szczepień. Miało to szczególne znaczenie w odniesieniu do szczepień przeciw COVID-19 po raz pierwszy stosowanych w Polsce i na całym świecie, opartych o nowoczesne i bezpieczne technologie produkcji: m-RNA oraz wektorowe.

W 2020 r. nie zarejestrowano NOP-ów po szczepionkach przeciwCOVIDowych. Należy tę sytuację interpretować faktem wprowadzenia szczepień 27.12.2020 r. oraz niewielką liczbą osób zaszczepionych. Łącznie od 27.12.2020 r. do 31.12.2021 r. podano 46 962 321 dawek (1, 2 i 3 dawka), natomiast zarejestrowano 13 251 NOP-ów (0,05%), co przekłada się średnio na 2,82 przypadki na 10 000 dawek. Oznacza to, że niepożądane odczyny po szczepionkach COVIDowych są klasyfikowane jako rzadkie. W 2021 r. zarejestrowano najwięcej odczynów o charakterze łagodnym tzn. 11 035 (0,045%), następnie poważnym: 1847 (0,008%) oraz ciężkim: 389 (0,00087%). Zanotowano łącznie 105 zgonów (0,00022%) w okresie do 30 dni po szczepieniu, dla których nie badano występowania związku przyczynowo-skutkowego, natomiast stwierdzono związek czasowy.

8.2. Inne choroby zakaźne

8.2.1. Zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)

W 2020 r. upłynął termin realizacji pierwszych celów UNAIDS dotyczących redukcji zapadalności na HIV. W planie przyjętym w 2015 r. zakładano, że do 2020 r. osiągnięty zostanie tzw. cel 90–90–90¹³, odnoszący się do odsetka zakażonych, którzy są rozpoznani, do odsetka rozpoznanych, którzy są leczeni oraz do odsetka leczonych, u których osiągnięto supresję wirerii. Według szacunków WHO osiągnięcie tego celu powinno ograniczyć zapadalność na HIV o 90% i umieralność z powodu HIV o 80% do 2030 r. Sformułowanie tych celów poprzedziły bowiem badania, w których wykazano, że osoby zakażone, ale skutecznie leczone nie są zakaźne dla swoich partnerów seksualnych. stąd też efektywne wykrywanie i objęcie opieką i leczeniem stanowi jednocześnie zapobieganie szerzeniu się epidemii HIV. Jeszcze przed wybuchem epidemii COVID-19 obserwowano osiągnięcie tych celów w wielu krajach Europy zachodniej i według szacunków z 2020 r. region Europy zachodniej jako całość osiągnął zakładane wskaźniki. W rezultacie szacuje

13 90–90–90 – An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. UNAIDS 2014; Dostępne na stronie: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf

się, że w 2020 r. w regionie Europy zachodniej 78% osób zakażonych miało niewykrywalną wiramię, w porównaniu do 55% w Europie środkowej i 33% w Europie wschodniej¹⁴.

Skuteczne leczenie ponad trzech czwartych zakażonych w połączeniu z realizacją profilaktyki w grupach szczególnie narażonych, takich jak osoby używające narkotyków w iniekcjach czy mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami przyczynił się do spadku zapadalności obserwowanego w Europie zachodniej. Niestety w pozostałych obszarach Europy, a szczególnie na obszarze Europy Wschodniej, w tym samym czasie obserwowano pogorszenie się sytuacji epidemiologicznej.

Wpływ pandemii COVID-19 na epidemię HIV jest obecnie przedmiotem wielu badań. W wyniku działań przeciwepidemicznych polegających na ograniczeniu kontaktów międzyludzkich teoretycznie mogło dojść do spadku liczby nowych zakażeń HIV. Przykładowo badania behawioralne wskazują na redukcję liczby partnerów, w porównaniu do okresu przed wdrożeniem restrykcji^{15, 16}. Jednocześnie jednak podczas pandemii COVID-19 częściowemu lub całkowitemu ograniczeniu uległy działania profilaktyczne, w tym szczególnie działania nisko progowe skierowane do populacji wysokiego ryzyka. Badania w USA i Kanadzie wykazują, że niestety łączny efekt był w tych krajach niekorzystny, z szybszą transmisją HIV w trakcie nasilonych restrykcji przeciwepidemicznych^{17, 18}. Dodatkowo, zdecydowanemu zmniejszeniu uległa dostępność testowania

-
- 14 European Centre for Disease Prevention and Control. Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2020 progress report. Stockholm: ECDC; 2021. doi: 10.2900/816839
 - 15 Hong C, Huh D, Schnell R, Garofalo R, Kuhns LM, Bruce J, Batey DS, Radix A, Belkind U, Hidalgo MA, Hirshfield S, Pearson CR. Changes in high-risk sexual behavior, HIV and other STI testing, and PrEP use during the COVID-19 pandemic in a longitudinal cohort of adolescent men who have sex with men 13 to 18 years old in the United States. *AIDS Behav.* 2022 Sep 26:1–7. doi: 10.1007/s10461-022-03850-y. Epub ahead of print. PMID: 36156174; PMCID: PMC9511439.
 - 16 Hyndman I, Nugent D, Whitlock GG, McOwan A, Girometti N. COVID-19 restrictions and changing sexual behaviours in HIV-negative MSM at high risk of HIV infection in London, UK. *Sex Transm Infect.* 2021 Nov;97(7):521-524. doi: 10.1136/sextrans-2020-054768. Epub 2021 Jan 18. PMID: 33462118.
 - 17 Mitchell KM, Dimitrov D, Silhol R, Geidelberg L, Moore M, Liu A, Beyrer C, Mayer KH, Baral S, Boily MC. The potential effect of COVID-19-related disruptions on HIV incidence and HIV-related mortality among men who have sex with men in the USA: a modelling study. *Lancet HIV.* 2021 Apr;8(4): e206-e215. doi: 10.1016/S2352-3018(21)00022-9.
 - 18 Miller RL, McLaughlin A, Montoya V, Toy J, Stone S, Harding J, Liang RH, Wong J, Barrios R, Montaner JSG, Joy JB. Impact of SARS-CoV-2 lockdown on expansion of HIV transmission clusters among key populations: A retrospective phylogenetic analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2022 Sep 23:100369. doi: 10.1016/j.lana.2022.100369. Epub ahead of print. PMID: 36168656; PMCID: PMC9500205.

w kierunku HIV¹⁹. Przewidywalnym skutkiem gorszego dostępu do diagnostyki jest wzrost chorobowości z powodu AIDS, a także wzrost liczby nierozpoznanych zakażeń, co z kolei może wpływać na zwiększoną liczbę nowych zakażeń w następnych latach²⁰.

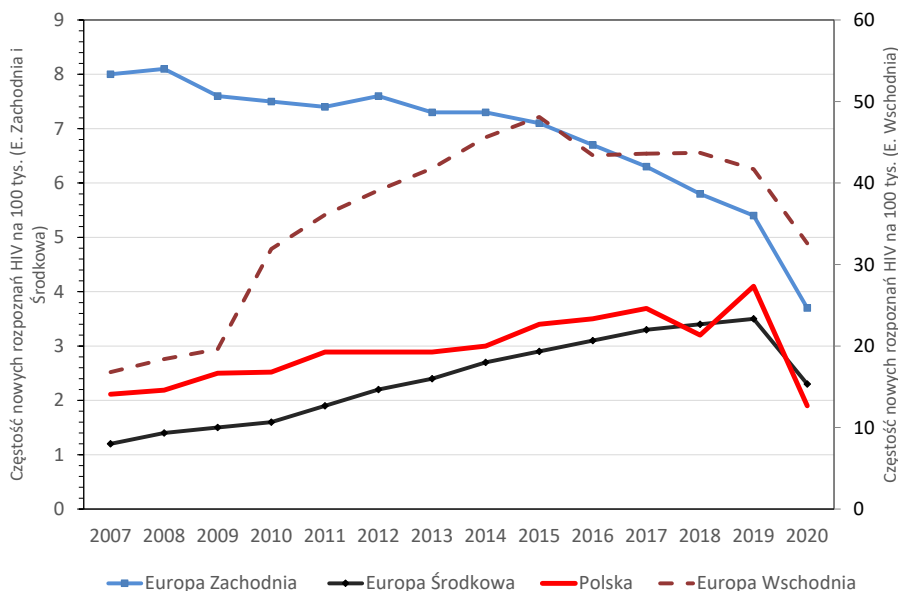
Z ankiety przeprowadzonej przez Europejskie Centrum do Spraw Prewencji i Kontroli Chorób (ECDC) wynika, że w 2020 r. w co najmniej połowie krajów Unii Europejskiej/ Europejskiego Obszaru Gospodarczego doszło do ograniczania możliwości wykrywania nowych zakażeń w porównaniu do 2019 r. Dodatkowo ok. 1/3 krajów odnotowało również zaburzenia w systemie nadzoru epidemiologicznego związane z obciążeniem pracowników systemu nadzoru epidemiologicznego pracą przy zwalczaniu epidemii COVID-19. W wyniku tych zaburzeń zgłaszalność zakażeń HIV w latach pandemicznych, a zwłaszcza w 2020 r. była niekompletna. Skutkowało to znacznym spadkiem liczby nowych rozpoznań zakażeń HIV w całym regionie europejskim WHO. W Unii Europejskiej był to spadek o ok. 30% do 40%. W tym kontekście spadek liczby zarejestrowanych nowych rozpoznań w Polsce w 2020 r. o 50% w porównaniu do 2019 r. jest szczególnie niepokojący (Ryc. 8.20). Dane polskie wskazują niewielki spadek liczby badań wykonywanych poza krwiodawstwem ogółem, ale aż 44% spadek liczby badań w Punktach Konsultacyjno – Diagnostycznych, kierujących swoje usługi do grup o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych²¹, co po części wyjaśnia spadek wskaźnika nowych rozpoznań. Ponadto, w 2020 r. zaobserwowano zwiększone opóźnienia w raportowaniu: ponad 24% zakażeń wykrytych w 2020 r. zostało zgłoszonych i zarejestrowanych dopiero w 2021 r., a z reguły w poprzedzających latach zgłoszenia dokonane w kolejnym roku kalendarzowym od rozpoznania stanowiły ok. 10% wszystkich rozpoznań²².

19 Simões D, Stengaard AR, Combs L, Raben D; EuroTEST COVID-19 impact assessment consortium of partners. Impact of the COVID-19 pandemic on testing services for HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in the WHO European Region, March to August 2020. *Euro Surveill.* 2020 Nov;25(47):2001943. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.47.2001943.

20 WHO: The cost of infection: COVID-19-related service disruptions could cause hundreds of thousands of extra deaths from HIV (from 11 May 2020) <https://www.who.int/news-room/detail/11-05-2020-the-cost-of-inaction-covid-19-related-service-disruptions-could-cause-hundreds-of-thousands-of-extra-deaths-from-hiv>

21 Niedźwiedzka-Stadnik M, Nowakowska-Radziwonka E, Rosińska M, Marzec-Bogusławska A. Changes in HIV testing trends in Poland during COVID-19 pandemic. *Przegl Epidemiol.* 2022;76(2):255-266. doi: 10.32394/pe.76.25. PMID: 36218184.

22 Niedźwiedzka-Stadnik M, Nowakowska-Radziwonka E, Marzec-Bogusławska A. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2020 roku. *Przegl Epidemiol.* 2022;76(3):



Ryc. 8.20. Częstotliwość wykrywania zakażenia HIV na 100 tys. mieszkańców w latach 2007–2020 w Polsce i w podregionach europejskich WHO (źródło: ECDC HIV surveillance report²³)

Przed okresem pandemicznym w Polsce odnotowywano stały i dość dynamiczny wzrost wskaźnika nowo wykrywanych zakażeń, który zwiększył się od 2,1 na 100 tysięcy mieszkańców w 2007 r. do 4,1 na 100 tysięcy w 2019 r. Zdecydowaną większość rozpoznań stanowiły rozpoznania stawiane wśród mężczyzn (Ryc. 8.21). W latach pandemicznych, 2020 – 2021, spadek dotyczył głównie mężczyzn. Liczba rozpoznań wśród kobiet pozostawała na podobnym poziomie, a w 2021 r. można mówić o wzroście. Może to wynikać z faktu, że kobiety są badane w innych okolicznościach (np. podczas ciąży), na które pandemia miała mniejszy wpływ. Jednakże różnicy takiej trudno się spodziewać w przypadku zaburzeń w raportowaniu i najprawdopodobniej rzeczywisty wzrost liczby rozpoznań wśród kobiet był jeszcze większy. Niemniej zdecydowana większość zakażeń nadal dotyczy mężczyzn. W latach 2019–2021 odsetek kobiet wśród

23 European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 – 2020 data. Stockholm: ECDC; 2021.

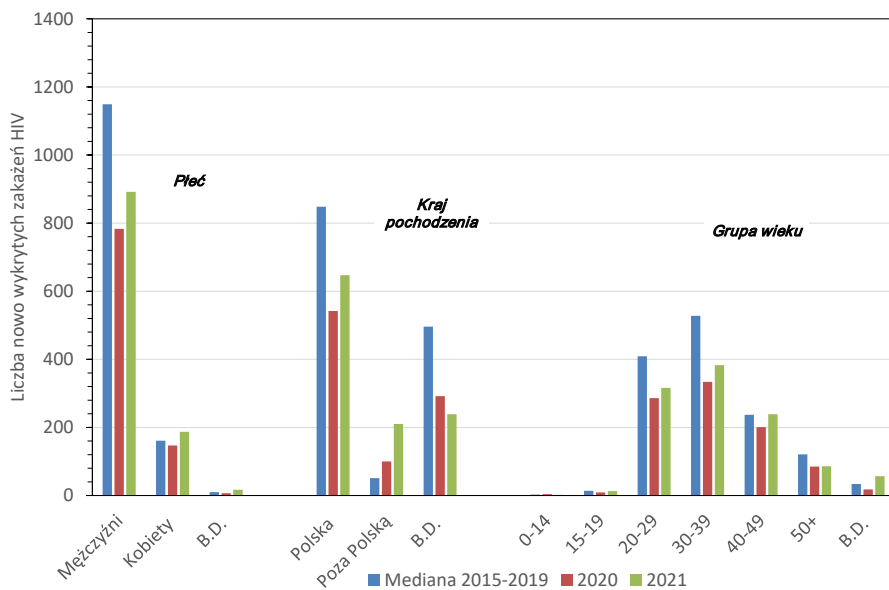
nowo rozpoznanych zakażeń wyniósł niecałe 16% (wzrost z ok. 12% w poprzedzających okresie), i wahał się w województwach od 5,5% w województwie podkarpackim do 23% w województwie zachodniopomorskim (Tabela 8.3). Co do zasady odsetek kobiet korelował z odsetkiem zakażeń heteroseksualnych w poszczególnych województwach, choć dane dotyczące dróg zakażenia należy interpretować ostrożnie ze względu na niekompletność rejestracji w tym zakresie.

Brak wyraźnego spadku w okresie pandemii dotyczył również starszych grup wieku, podczas gdy liczba rozpoznań w grupie poniżej 40 r. ż. uległa wyraźnemu zmniejszeniu. Odpowiada to obserwowanej już wcześniej tendencji przesuwania się zakażeń HIV do starszych grup wieku. Rozpoznania wśród młodzieży należą do rzadkości, choć mediana inicjacji seksualnej przypada na 18 roku życia, co skłania do zastanowienia, czy w Polsce istnieje odpowiednia oferta testowania skierowana do tej grupy.

Zwraca również uwagę znaczny wzrost w ostatnich latach udziału procentowego osób pochodzących spoza Polski. Liczba zakażeń wykrywanych wśród obcokrajowców zwiększyła się od 23 w 2015 r. do 210 w 2021 r. (Ryc. 8.21) Ok. 80% z rozpoznań postawionych u obcokrajowców, w przypadku których podano kraj pochodzenia, dotyczy osób pochodzących z Ukrainy. Należy podkreślić, że są to analizy odnoszące się do okresu przed wybuchem wojny w 2022 r., a zatem odzwierciedlają sytuację w grupie imigrantów, którzy już wcześniej przybili do naszego kraju.

Zwraca uwagę duże zróżnicowanie trendów wykrywania i rejestracji nowych zakażeń w latach pandemicznych według województw (Tabela 8.3). W większości województw najniższy wskaźnik na 100 tys. mieszkańców odnotowano w 2020 r., kiedy miały miejsce najbardziej nasilone restrykcje związane z pandemią COVID-19. W województwach mazowieckim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim wartość wskaźnika pozostała na niższym poziomie również w 2021 r. Duże spadki w województwach o zwykle wysokim wskaźniku rozpoznawalności (mazowieckie, śląskie) zaważyły na trendach ogólnokrajowych. W większości województw wskaźnik rozpoznań w 2021 r. powrócił do poziomu lub przewyższył poziom sprzed pandemii. W kilku województwach natomiast odnotowano stały jego wzrost pomimo zaburzeń pandemicznych: w województwie kujawsko-pomorskim od 1,4 w latach 2015–2019 do 3,0 w 2021 r., w łódzkim – od 2,8 w latach 2015–2019 do 4,9 w 2021 r., w małopolskim od 3,3 w 2015 – 2019 do 8,9 w 2021 r., co w skali Polski jest najwyższą notowaną dotąd

wartością wskaźnika rozpoznań. Trzeba mieć na uwadze, że wysokie wartości wskaźnika, choć niepokojące, mogą wskazywać na poprawę dostępności testowania a nie tylko na pogorszenie sytuacji epidemicznej.



Ryc. 8.21. Liczba noworozpoznanych zakażeń HIV w Polsce w latach 2015 – 2021, wg płci, grupy wieku i kraju pochodzenia

Tabela 8.3. Wskaźnik nowo wykrywanych zakażeń HIV na 100 tys. ludności w latach 2015-2021 i charakterystyka zakażeń wykrytych w latach 2019 – 2021, wg województw

Województwo	Zakażenia wykryte w latach 2019-2021						
	2015-2019	2020	2021	%kobiet	%MSM*	%PWID*	%MSW, WSM*
DOLNOŚLĄSKIE	4.9	3.2	4.9	19.0%	67.0%	9.6%	21.3%
KUJAWSKO-POMORSKIE	1.4	2.4	3.0	15.8%	68.9%	4.4%	24.4%
LUBELSKIE	1.4	1.1	1.6	17.6%	74.1%	3.7%	22.2%
LUBUSKIE	3.1	3.6	3.4	22.9%	62.5%	12.5%	25.0%
ŁÓDZKIE	2.8	3.3	4.9	20.5%	75.8%	5.3%	17.9%
MAŁOPOLSKIE	3.3	5.5	8.9	8.6%	81.1%	2.8%	14.7%
MAZOWIECKIE	5.1	3.1	1.7	13.8%	79.1%	2.2%	18.7%
OPOLSKIE	2.2	1.3	2.9	19.6%	52.9%	11.8%	35.3%
PODKARPACKIE	1.4	0.7	1.1	5.5%	50.0%	14.3%	28.6%
PODLASKIE	1.5	1.7	1.5	20.0%	51.6%	3.2%	45.2%
POMORSKIE	3.3	3.6	2.4	16.7%	63.6%	0.0%	34.1%
ŚLĄSKIE	4.2	0.5	0.1	18.0%	67.4%	9.3%	20.9%
ŚWIĘTOKRZYSKIE	1.1	0.0	0.0	6.7%	100.0%	0.0%	0.0%
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	1.8	1.4	0.9	20.6%	26.3%	15.8%	57.9%
WIELKOPOLSKIE	3.8	2.4	3.5	15.6%	72.1%	7.0%	18.6%
ZACHODNIOPOMORSKIE	3.3	2.4	2.8	23.1%	60.0%	12.0%	28.0%
POLSKA / POLAND	3.5	2.4	2.9	15.8%	71.5%	4.8%	22.4%

*odsetki w odniesieniu do przypadków o znanej drodze transmisji (27,4% zgłoszeń);

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

Obecnie dane za 2022 r. nie są jeszcze dostępne. Jednakże już z cząstkowych danych wynika, że liczba nowych rozpoznań w 2022 r. przewyższa znacznie liczby nowych rozpoznań w poprzedzających latach. Wynika to po części z zaburzenia prowadzenia działań profilaktycznych w okresie pandemii, ale głównie wiąże się z przyjęciem przez Polskę znacznej liczby uchodźców z Ukrainy. Rozpowszechnienie zakażenia HIV w populacji ogólnej w Ukrainie według szacunków UNAIDS jest dziesięciokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej w Polsce²⁴. Wśród uchodźców znalazły się zarówno osoby, u których

24 UNAIDS. Country factsheets: Ukraine. Dostępne na stronie <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ukraine>, dostęp 30.10.2022

zakażenie HIV rozpoznano w Polsce, jak i osoby, z zakażeniem rozpoznany w Ukrainie, już wcześniej leczone. Według danych Krajowego Centrum ds. AIDS, do 15.10.2022 r. do leczenia w Polsce przyjęto 2647 osoby uciekające z Ukrainy.

8.2.2. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Realizacja celów globalnej strategii zwalczania wzv C jako problemu zdrowia publicznego, opisanych w „Sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowaniach 2020”²⁵, w okresie pandemii COVID-19 uległa istotnemu zahamowaniu. Wskaźnik wykrywania wzv C w krajach EU w 2020 r. był ponad 2-krotnie niższy w porównaniu z rokiem 2019 (3,9/100 tys. vs. 8,8/100 tys., wg danych z 25 krajów)²⁶, podczas gdy w Polsce w 2020 r. odnotowano 3,5-krotny spadek wskaźnika wykrywalności w porównaniu z wcześniejszym rokiem (2,49/100 tys. vs. 8,71/100 tys. w 2019 r.). W 2021 r. wykrywalność wzv C w Polsce nieznacznie wzrosła (3,26/100 tys.), ale nadal była ponad 2-krotnie niższa niż w okresie poprzedzającym pandemię (ryc. 8.22). Tak jak w poprzednich latach, przeważała wykrywalność wśród mężczyzn (w 2021 r.: 3,49/100 tys. vs. 3,04/100 tys. wśród kobiet) oraz wśród mieszkańców miast (3,88/100 tys. vs. 2,34/100 tys. na wsi).

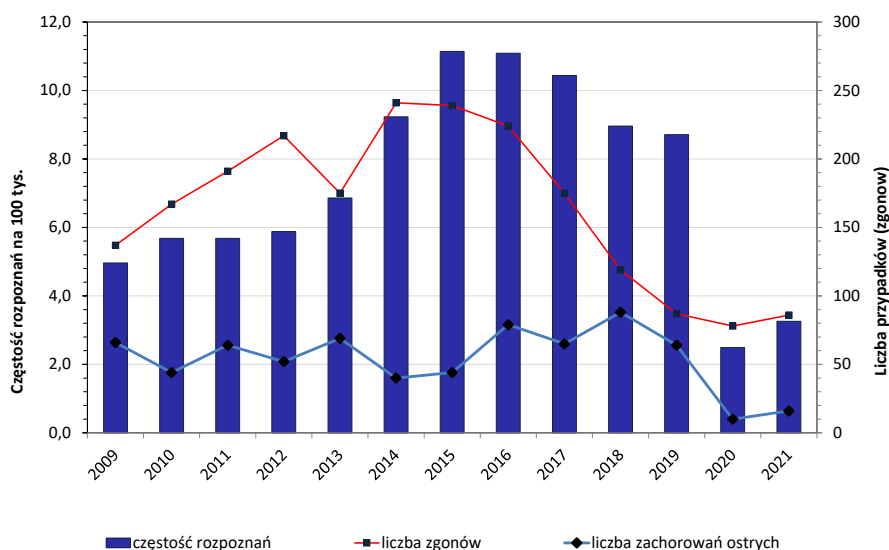
Porównanie z sytuacją w innych krajach EU wypada na niekorzyść Polski – spadek liczby raportowanych przypadków obserwowano w całej Europie, jednak w żadnym kraju EU spadek nie był tak gwałtowny. Już w poprzednich latach wskazywano, że postęp w zwalczaniu wzv C w Polsce jest ograniczony dostępnością do testowania w kierunku zakażeń HCV, a notowana w poprzednich latach w nadzorze liczba nowych rozpoznań na poziomie ok. 3 tys. rocznie – nie pozwala na istotną redukcję istniejących w populacji przewlekłych zakażeń HCV²⁷. W okresie pandemii wcześniejsze nierówności w dostępie do testowania uległy pogłębieniu, w 2020 r. zwiększyła się liczba powiatów, w których nie

25 Sytuacji zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, red. Wojtyniak B i Goryński P. NIZP – PZH, Warszawa 2020. <https://www.pzh.gov.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-raport-za-2020-rok/>

26 European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2020. Stockholm: ECDC; 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HEP-C-2020-final.pdf>

27 Zakrzewska K, Stępień M, Rosińska M. Hepatitis C in Poland in 2019. *Przegl Epidemiol.* 2021;75(3):379-389. doi: 10.32394/pe.75.35. PMID: 35170294

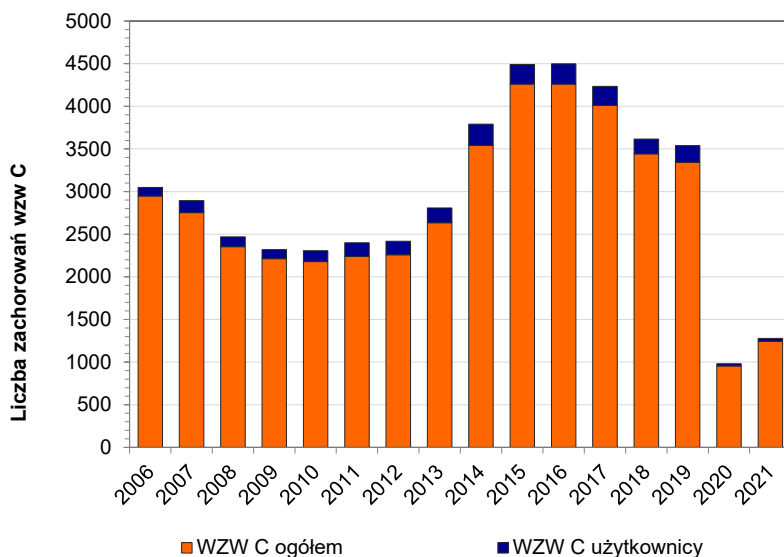
wykryto zakażeń HCV. Ograniczona dostępność testowania dotknęła szczególnie populacje zmarginalizowane, m.in. użytkowników narkotyków w iniekcjach, wśród których HCV szerzy się szczególnie łatwo. Brak rozwiązań systemowych w zakresie zróżnicowanego i akceptowalnego dla tej grupy systemu testowania i leczenia, w okresie pandemii skutkowało dalszym zmniejszeniem udziału osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach wśród wszystkich osób zakażonych HCV wykrytych w 2020 i 2021 r. – odpowiednio 2,72% i 2,65%, w porównaniu z 5,9% w 2019 r. (ryc. 8.23).



Ryc. 8.22. Częstość wykrywania zakażenia HCV na 100 tys. oraz liczba zachorowań ostrych i liczba zgonów z powodu wzv C, kod ICD- 10 B17.1, B18.2 (źródło: dane nadzoru epidemiologicznego i GUS)

Podobnie jak w przypadku wzv B, obserwowano wielokierunkowy wpływ pandemii COVID-19 na wskaźniki dotyczące zwalczania wzv C. Zmniejszenie liczby wykonywanych testów w kierunku zakażenia HCV nastąpiło głównie w związku z ograniczonym dostępem pacjentów do placówek wykonujących badania, ale również w związku z zawieszeniem programów profilaktycznych oferujących badania oraz przesunięciami personelu medycznego pracującego w obszarze chorób zakaźnych do opieki nad pacjentami z COVID-19. Występowały również opóźnienia w stacjach sanitarno-epidemiologicznych w rejestracji

wykrytych zakażeń i w prowadzeniu dochodzeń epidemiologicznych, również w związku z przesunięciami personelu do prowadzenia nadzoru nad pacjentami z COVID-19, szczególnie w okresach występowania fal zachorowań. Utrudniony dostęp pacjentów do opieki w poradniach specjalistycznych oraz mniejsza dostępność specjalistów chorób zakaźnych doprowadziły do zmniejszenia liczby pacjentów z przewlekłym wzw C objętych leczeniem w ramach programów lekowych. Według wstępnych danych NFZ, liczba pacjentów przewlekle zakażonych HCV rozpoczynających leczenie DAA (Direct-acting antivirals) w 2020 r. stanowiła jedynie 50% liczby pacjentów rozpoczynających leczenie w 2019 r., pomimo wprowadzenia w Polsce, podobnie jak w innych krajach, nowych i innowacyjnych strategii, takich jak teleporady, zwiększanie ilości przepisywanych leków i alternatywne sposoby dostarczania leków²⁸. W pozostałych krajach EU nie odnotowano znaczącego wpływu pandemii COVID-19 na leczenie pacjentów zakażonych przewlekle HCV.



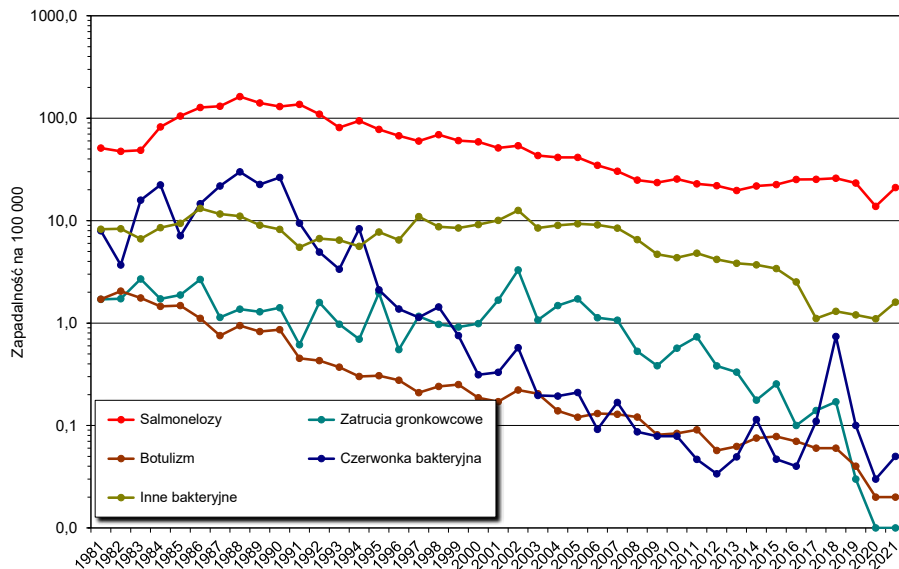
Ryc. 8.23. Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HCV z wydzieleniem użytkowników narkotyków, Polska, 2009-2021

28 European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring of responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries – 2020 data. Stockholm: ECDC; 2022

Ograniczenia w dostępie do badań w kierunku HCV w populacji ogólnej oraz brak badań wśród osób używających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych, jak również ograniczenia w dostępie do leczenia osób uzależnionych mogą być głównymi przyczynami opóźnień w osiągnięciu wskaźników eliminacji zakażeń HCV w Polsce.

8.2.3. 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. Jest to grupa chorób o bardzo istotnej roli w zdrowiu publicznym. Stanowi zarówno podstawowy wskaźnik bezpieczeństwa żywności, jak i wskaźniki poziomu stanu sanitarno-higienicznego gospodarstw domowych, miejsc przyrządzania i serwowania posiłków w ramach żywienia zbiorowego oraz miejsc produkcji żywności, w tym produkcji pierwotnej. Dynamikę zapadalności na bakteryjne zakażenia i zatrucia pokarmowe od 1981 r. przedstawia rycina 8.24.

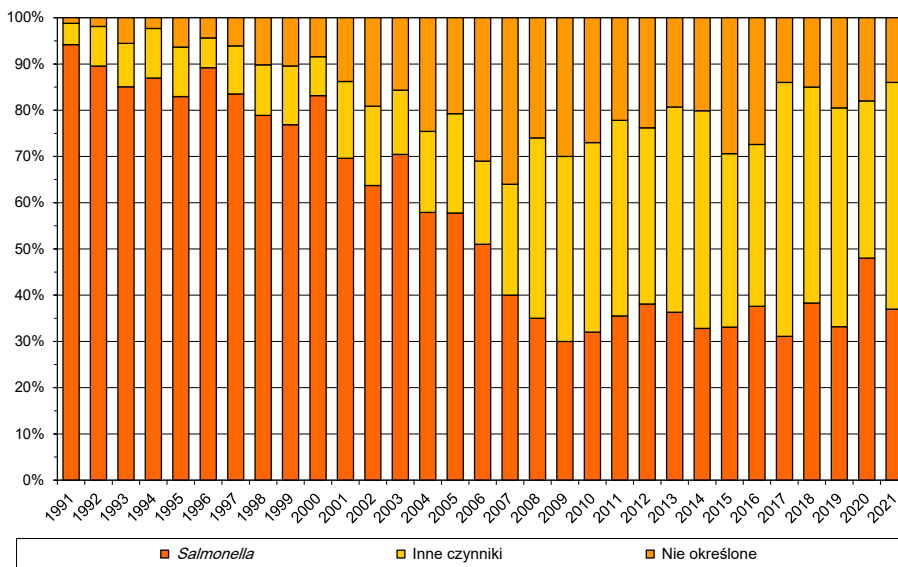


Ryc. 8.24. Zapadalność na salmonelozy i inne bakteryjne zatrucia i zakażenia pokarmowe w latach 1981-2021

Krzywe w skali logarytmicznej wykazują ogromne różnice w zapadalności pomiędzy poszczególnymi chorobami ilustrując malejące trendy zapadalności na salmonellozy, czerwonkę bakteryjną, zatrucia jadem kiełbasianym oraz toksyną gronkowcową. W 2020 r. spadek ten był jeszcze bardziej dynamiczny jednak w 2021 w większości jednostek chorobowych wartości znów były podobne do tych osiągniętych w 2019 r. Jedyną jednostką chorobową należącą 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 – 11 310 przypadków (zapadalność 29,5/100 tys. osób). W 2020 r. zarejestrowano nieznaczny spadek liczby zarejestrowanych przypadków zakażeń *Clostridioides difficile*, łącznie było to 10 139 zachorowań (zapadalność 26,4/100 tys. osób). Natomiast w 2021 r. wskaźniki te wzrosły ponad dwukrotnie i wyniosły 21 174 przypadków, co przekładało się na zapadalność wynoszącą 55,5/100 tys. osób.

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 ulegał zmniejszaniu i w ostatnich latach nie przekracza 40%. Jednocześnie wzrastał odsetek zakażeń pokarmowych wywołanych przez inne zdiagnozowane czynniki, wśród których obserwowana jest tendencja wzrostowa zakażeń wywołanych przez wirusy. 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 2021 r. odsetek ognisk salmonelozowych znów był poniżej 40%. 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%. Tak wysoki odsetek nie zdiagnozowanych pod względem czynnika chorobotwórczego zakażeń

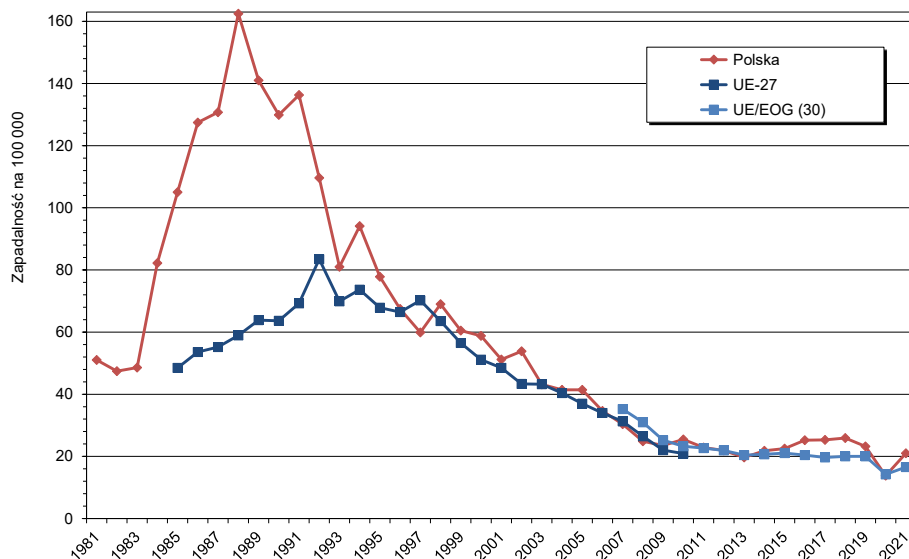
pokarmowych jest w dużym stopniu związany z niedostatkami bazy laboratoryjnej oraz braku zainteresowania lekarzy dokładniejszą diagnostyką przyczyny zachorowań powodujących niezbyt żołądkowo-jelitowy.



Ryc. 8.25. Ogniska zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce w latach 1991-2021 według czynnika etiologicznego

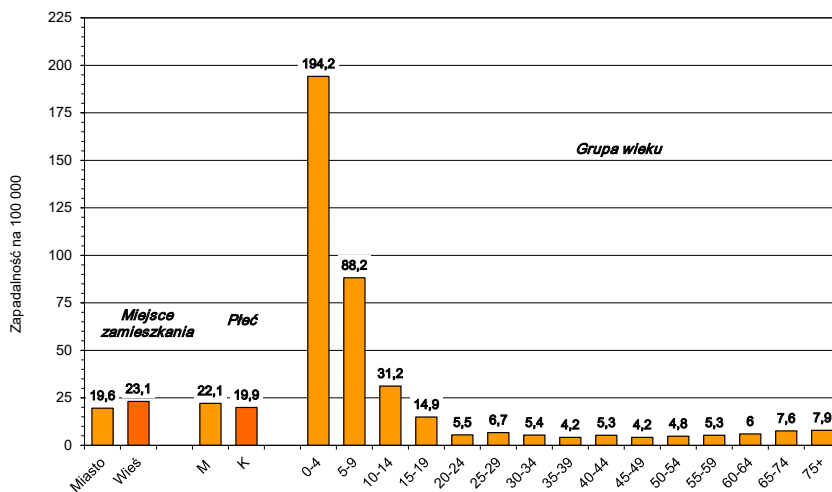
Inne niż *Salmonella*, czynniki etiologiczne chorób przenoszonych drogą pokarmową są stwierdzane znacznie rzadziej, co jest również wynikiem rzadszego wykonywania badań w ich kierunku. Okresem szczególnego wzrostu zapadalności na salmonellozy była druga połowa lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. W 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 salmonellozy, 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 salmonellozy była nawet nieznacznie wyższa od średnie zapadalności w krajach UE, jednak w 2021 r. znów była wyższa o ponad 4 p.p.



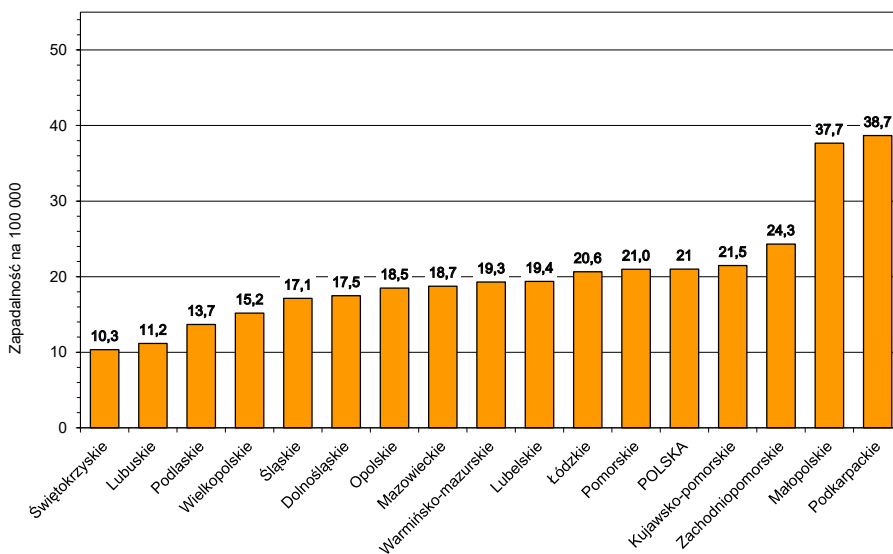
Ryc. 8.26. Zapadalność na salmonellozy w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1981-2021 (źródło: WHO HFA DB, Atlas ECDC)

Zapadalność na zakażenia pokarmowe wywołane przez pałeczki *Salmonella* jest, podobnie jak w przypadku innych czynników etiologicznych, najwyższa i najczęściej zgłaszana w najmłodszych grupach wiekowych. Wśród dzieci w wieku 0-4 lata wynosiła w 2020 r. – 125,4 na 100 tys., a w 2021 r. już 189/100 tys. przyjmując prawie takie same wartości jak w 2019 r. Największe wartości osiągała wśród dzieci w drugim i trzecim roku życia – odpowiednio 240,5 i 203 na 100 000. Następnie wartości zapadalności ulegały obniżeniu aż do najniższego poziomu 4,2 w grupie wieku 45–49 lat, a w kolejnych grupach wieku nieznacznie wzrastały, osiągając wartość 7,9 u osób powyżej 75. roku życia. U grupach osób powyżej 65. roku życia. wskaźniki zapadalności uległy znacznemu obniżeniu w porównaniu do lat z okresu przed pandemią. Wskaźniki zapadalności była nieznacznie wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet i nieco wyższa na wsi niż w mieście (ryc. 8.27).



Ryc. 8.27. Zapadalność na salmonelozę wg miejsca zamieszkania, płci i wieku w 2021 r.

W zapadalności na salmonelozę występują znaczne różnice terytorialne. W 2021 r. zapadalność na obszarze poszczególnych województw wahała się w granicach od 10,3 na 100 000 ludności w woj. świętokrzyskim do 38,7 w woj. podkarpackim (ryc. 8.28).



Ryc. 8.28. Zapadalność na salmonelozę w 2021 r. wg województw

Dwa bardzo istotne rodzaje bakterii, wywołujących zakażenia pokarmowe – *Campylobacter* i *Yersinia* są diagnozowane coraz częściej, choć nadal dużo rzadziej niż w krajach Europy Zachodniej. Od 2002 r. zachorowania spowodowane *Campylobacter spp.* są zgłaszane jako wydzielona jednostka w ramach systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi. Liczba rozpoznawanych i zgłaszanych przypadków kamylobakteriozy zwiększała się z każdym rokiem, powiększał się także obszar, w którym rozpoznawano i rejestrowano przypadki zachorowań. W latach 2003 i 2004 zgłoszenia pochodziły jedynie z województw małopolskiego i mazowieckiego. W kolejnych latach dołączały następne województwa, na terenie których sukcesywnie wprowadzana była w laboratoriach metodyka wykrywania pałeczek z rodzaju *Campylobacter* w materiale klinicznym. W 2017 r. zgłoszono największą jak dotychczas liczbę zachorowań na kamylobakteriozę 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 latach 2018–2019. W 2020 r. zarejestrowano jedynie 494 przypadki, natomiast liczba ta wzrosła w 2021 r. do 632 zachorowań. Powolny choć stały wzrost liczby zgłoszeń zachorowań jest prawdopodobnie konsekwencją zarówno wzrostu liczby laboratoriów prowadzących badania w tym kierunku, wzrostu świadomości lekarzy o możliwości zakażeń jelitowych wywołanych tym patogenem oraz wprowadzeniu obowiązku zgłaszania dodatnich wyników diagnostycznych w kierunku tych patogenów przez laboratoria. W 2003 r. odsetek osób hospitalizowanych, u których stwierdzono kamylobakteriozę 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 wyniósł 81,4%. Natomiast w dwóch kolejnych latach znów zaczął powoli spadać osiągając wartości 76,8% w 2020 r. oraz 78,2% w 2021 r. Tak wysokie odsetki hospitalizacji świadczą o znacznym niedorejestrowaniu kamylobakteriozy i wykonywaniu badań w tym kierunku głównie u osób, które zostały poddane hospitalizacji z powodu objawów.

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. Od początku okresu raportowania jersiniozy odsetek osób hospitalizowanych w wyniku zachorowania był wysoki i wahał się od 59,2% w 2003 r. do 83,1% w 2005 r. W ostatnich latach jest widoczne również duże zróżnicowanie terytorialne w odsetku hospitalizacji. Od 2004 r. wśród zgłaszanych zachorowań spowodowanych pałeczkami *Y. enterocolitica* pojawiły się przypadki wywołane przez serotyp O8 (tzw. „serotyp amerykański”). Początkowo zachorowania były ograniczone do 2-3 województw następnie stwierdzano je prawie na terenie całego kraju. Jednak w 2014 r. liczba zgłoszonych przypadków nim wywołanych uległa znacznemu zmniejszeniu – zgłoszono jedynie 4 takie zachorowania. Ze względu na spadający z roku na rok odsetek określanych typów serologicznych izolowanych pałeczek *Yersinia* coraz trudniej jest oceniać sytuację tej choroby pod względem krążących serotypów. W latach 2014–2015 oraz 2017 r. ok. 70% izolatów nie miało określonego serotypu, w 2016 r. – prawie 80%, w 2019 r. – ponad 75%, a w 2020 r. – prawie 90%

Pozostałe choroby przenoszone drogą pokarmową rejestrowane w Polsce od szeregu lat, jak zatrucia jadem kiełbasianym, zatrucia toksyną gronkowcową i czerwotka bakteryjna, obecnie w Polsce występują w niewielkich liczbach i odgrywają mniejszą rolę jako zagrożenia dla zdrowia publicznego. W przypadku czerwotki 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. W latach 2020–2021 liczba przypadków znacznie spadła i wynosiła odpowiednio – 12 i 18 zachorowań.

Do 2016 r., podobna sytuacja jak w przypadku wyżej wymienionych chorób, była z wirusowym zapaleniem wątroby typu A (wzw typu A). Jednak wzrost zachorowań na wzw typu A w 2016 r. na terenie krajów Europy Zachodniej, który głównie dotyczył grupy mężczyzn mających stosunki seksualne z mężczyznami, przyczynił się do epidemicznego wzrostu zachorowań również w naszym kraju. W 2017 r. wystąpiła rekordowa liczba przypadków wzw typu A – 3 014. Do tak szybkiego wzrostu przyczyniła się paradoksalnie bardzo dobra sytuacja epidemiologiczna w kraju w zakresie zachorowań na wzw typu A (od 2002 roku Polska jest uważana za kraj o bardzo niskiej endemiczności

zachorowań na wzw A). Niska endemiczność wiąże się z brakiem krążenia wirusa zapalenia wątroby typu A (HAV) w populacji i narastania odsetka osób podatnych na zakażenie, zwłaszcza w grupie wieku poniżej 45 r. ż. Przekłada się na wzrost ryzyka wybuchu epidemii lokalnej lub nawet na większym obszarze kraj z czym mieliśmy do czynienia w 2017 r. W kolejnych dwóch latach liczba przypadków sukcesywnie spadała, jednak w porównaniu z wcześniejszym okresem była ona nadal bardzo wysoka i wynosiła 1 455 w 2018 r. i 1 066 w 2019 r. W latach 2020–2021 liczba przypadków znacznie spadła wynosząc odpowiednio 111 i 92 zachorowania, i osiągnęła podobne wartości jakie rejestrowano w kraju przed 2017 r.

8.2.4. Choroby przenoszone drogą płciową

Według najnowszych szacunków WHO z 2020 r. liczba zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową nie uległa zasadniczemu zmniejszeniu podczas pandemii. Nadal szacuje się, że na świecie w 2020 r. miało miejsce ok 374 miliony nowych przypadków 4 monitorowanych bakteryjnych chorób przenoszonych drogą płciową: zakażeń chlamydią (129 milionów), rzeżączki (82 miliony), kiły (7,1 miliona) i rzęsistkowicy (156 milionów)²⁹. Ponadto rozpowszechnione są przewlekłe zakażenia wirusowe, jak zakażenie wirusem opryszczki (rozpowszechnienie rzędu 490 milionów) czy onkogennym wirusem brodawczaka ludzkiego, HPV (300 milionów kobiet). W raporcie WHO dotyczącym postępów w zwalczaniu epidemii HIV, wirusowych zapaleń wątroby oraz chorób przenoszonych drogą płciową wskazano, że podczas, gdy dla HIV i wzw nawet jeśli nie wszystkie cele są osiągnięte, to ogólnościatowe tendencje są korzystne, to dla chorób przenoszonych drogą płciową brak jest wyraźnej poprawy sytuacji epidemiologicznej³⁰. Podkreśla się, że w większości krajów nie ma nawet systemów zbierania danych o odpowiedniej jakości, które umożliwiłyby opracowanie i wdrożenie odpowiednich działań. Problemy te istnieją również w Europie, a także w Polsce.

29 WHO. Sexually transmitted infections (STIs). WHO 22.08.2022. Dostępne na stronie [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Dostęp 10.11.2022

30 Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Geneva: World Health Organization; 2021

W Unii Europejskiej monitorowaniu podlegają kiła, rzeżączka i chlamydiozy. Już przed pandemią oceniano, że dane pochodzące z nadzoru europejskiego są trudne do interpretacji z powodu różnic w sposobie prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową w różnych krajach³¹. Obecnie, podczas pandemii, nadzór na tymi chorobami nie był priorytetowy, tak że na poziomie europejskim dostępne dane z 2019 r., zostały opublikowane dopiero w 2022 r. Dane te wskazują na kontynuację trendu wzrostowego zachorowań, szczególnie zachorowań na rzeżączkę w latach 2007 – 2019 oraz w mniejszym stopniu – zachorowań na kiłę (Ryc. 8.29). Trend wzrostowy zachorowań na kiłę spowolnił w latach 2017 – 2019, co wiązało się z zatrzymaniem wzrostu zapadalności w grupie MSM³². Z kolei na terenie UE/EOG wystąpił wyraźny wzrost zapadalności na rzeżączkę. Najszybciej wzrosła liczba zachorowań w grupie MSM, ale w odróżnieniu od kiły, wyraźny wzrost obserwuje się również w grupie mężczyzn i kobiet mających jedynie kontakty heteroseksualne³³. Trendy nowych rozpoznań zakażeń chlamydiami są dość zróżnicowane, w zależności od wdrażanych programów badań przesiewowych. W latach 2017-2019 liczba zakażeń chlamydiami w UE/EOG wzrosła, przy czym wzrost odnotowano szczególnie wśród mężczyzn³⁴.

Zapadalność rejestrowana kiły, rzeżączki i chlamydioz w Polsce pozostaje na poziomie znacznie niższym niż średni w obszarze UE/EOG (ryc. 8.29). Stosunkowo mniejsza różnica dotyczy kiły, która w Polsce jest najczęściej notowaną chorobą przenoszoną drogą płciową. Z punktu widzenia epidemiologii przenoszenia się tych chorób, jest to sytuacja mało prawdopodobna. Z reguły zapadalność na rzeżączkę, a zwłaszcza zapadalność na chlamydiozy, znacznie przewyższa zapadalność na kiłę (por. cytowane wcześniej oszacowania WHO). Te wyjątkowo niskie wskaźniki, jeśli chodzi o rzeżączkę i chlamydiozy świadczą więc niestety o brakach w zakresie diagnostyki (stosowanie

31 European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report for 2017. Surveillance systems overview for 2017 [Internet; Excel workbook]. Stockholm: ECDC; 2018

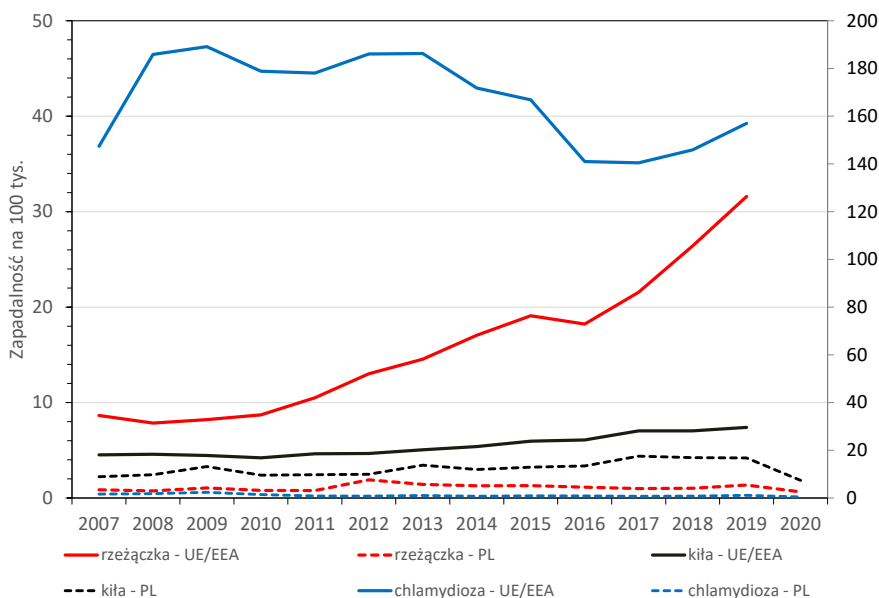
32 European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: ECDC; Sep 2022.

33 ECDC surveillance atlas. Dostępne na <https://www.ecdc.europa.eu/en/surveillance-atlas-infectious-diseases>. Dostęp 2.11.2022

34 European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: ECDC; Sep 2022

leczenia empirycznego w przypadkach objawowych oraz brak badań przesiewowych) i/lub niekompletnej zgłaszalności. Niskie wskaźniki liczby leczonych wykazywanych przez poradnie skórno-wenerologiczne (ryc. 8.30) mogą świadczyć, że problemem jest brak diagnostyki zakażeń przenoszonych drogą płciową.

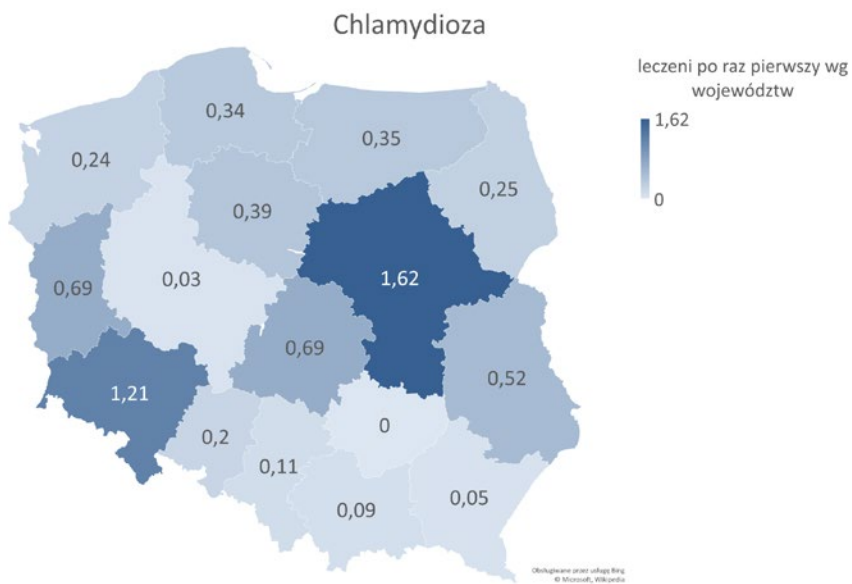
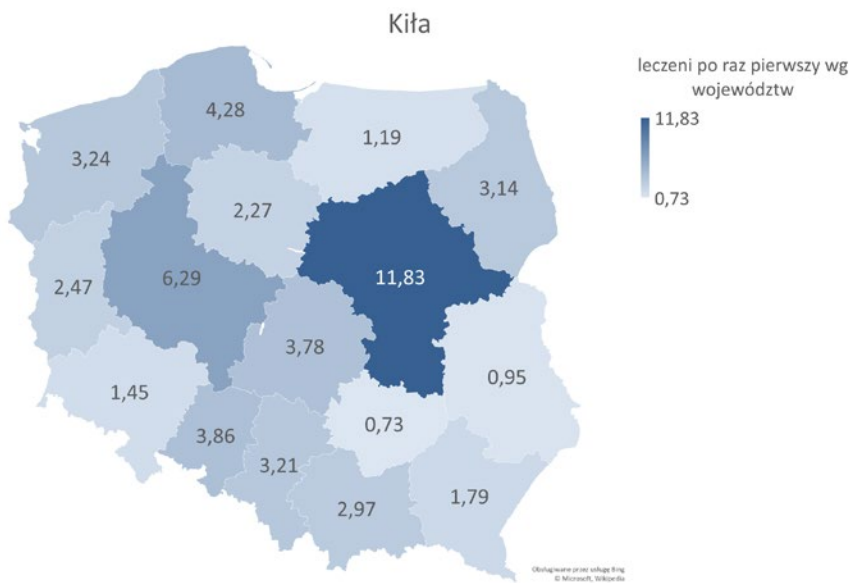
W 2020 r. odnotowano znaczący spadek liczby przypadków chorób przenoszonych drogą płciową rejestrowanych w Polsce. Wyniósł on ponad 50%: 53% w przypadku rzeżączki, 56% w przypadku kiły i 60% w przypadku chłamydioz. Warto zauważyć, że jeśli chodzi o liczbę leczonych, to nie odnotowano praktycznie żadnego spadku liczby leczonych w powodu rzeżączki i kiły. Natomiast nastąpił 33% spadek liczby leczonych z powodu chłamydioz. Wskazuje to zaburzenia raportowania jako główny powód spadku liczby przypadków odnotowanego w nadzorze epidemiologicznym. W przypadku chłamydioz, podobnie jak w przypadku zakażeń HIV, większe znaczenie mogła mieć mniejsza dostępność do badań.

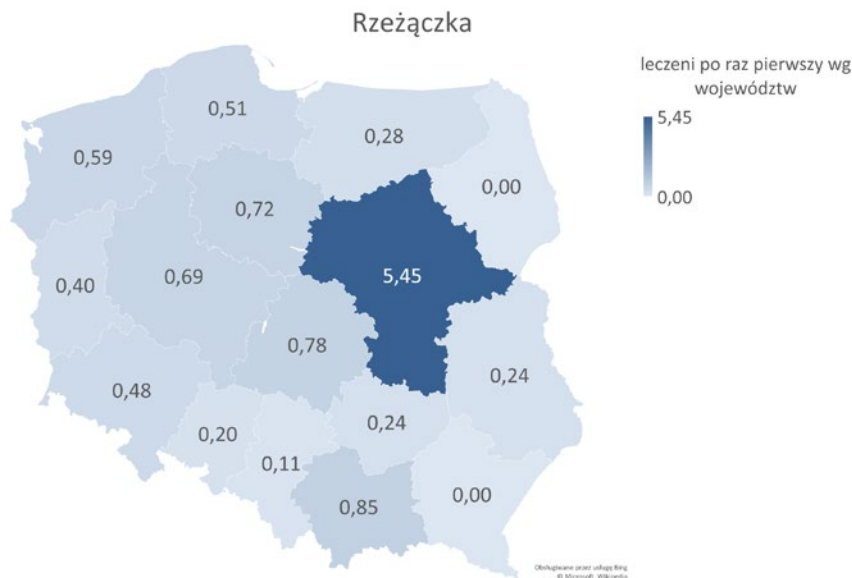


Ryc. 8.29. Średnia zapadalność na 100 tys. na kiłę, rzeżączkę i chłamydiozy w krajach UE i w Polsce w latach 2007 – 2020 (źródło: dane CSIOZ, obecnie Centrum e-Zdrowie: MZ-14 oraz ECDC surveillance atlas)

Wskaźnik nowych pacjentów poradni skórno-wenerologicznych w 2020 r. w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców wykazywał znaczne różnice pomiędzy województwami (ryc. 8.30), z podobnym rozkładem, jak rejestrowany w poprzedzających latach. Podobnie, jak w poprzednich latach najwyższa zapadalność dotyczyła województwa mazowieckiego. W tym województwie leczono 25% wszystkich przypadków kiły, 44% przypadków chłamydiz (nierzeżączkowych zapaleń cewki moczowej) oraz aż 67% przypadków rzeżączki. Tak duże różnice wskazują na różnice w diagnozowaniu i raportowaniu chorób pomiędzy województwami, zwłaszcza, że w 2020 r. nie odnotowano żadnego przypadku rzeżączki w województwach podkarpackim i podlaskim, a w województwach lubelskim, lubuskim, opolskim, śląskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim – jedynie pojedyncze przypadki.

Według cytowanych wcześniej danych europejskiego systemu nadzoru, udostępnianych w Atlasie przez ECDC, w krajach UE/EOG rzeżączka występuje najczęściej wśród MSM. W tej grupie też nastąpił w ostatnich latach gwałtowny wzrost od ok. 5000 przypadków w latach 2007–2009 do 49 229 zachorowań w 2019 r., co stanowiło 48% przypadków o znanej drodze transmisji. Heteroseksualni mężczyźni i kobiety stanowili odpowiednio 22% i 29% przypadków. Odsetek przypadków wśród MSM był jeszcze wyższy w przypadku kiły, w przypadku której aż 68% wszystkich zachorowań o znanej drodze transmisji odnotowano w tej grupie. Sytuacja jest odmienna w przypadku chłamydiz przenoszonych drogą płciową, które w ponad 84% były przenoszone drogą kontaktów heteroseksualnych.





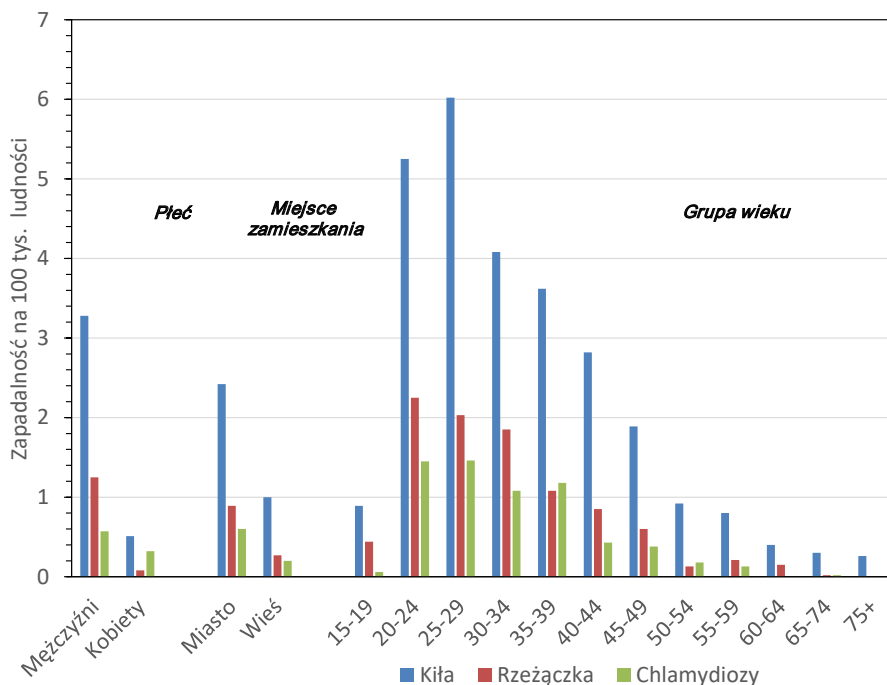
Ryc. 8.30. Wskaźniki nowo leczonych zachorowań na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w Polsce w 2020 r. (źródło: dane CSIOZ, obecnie Centrum e-Zdrowie: MZ-54)

Podobne trendy można zaobserwować również w Polsce. W 2019 r. 42% przypadków kiły rozpoznano w grupie MSM³⁵, a zarówno w przypadku kiły, jak i rzeżączki, notuje się znacznie więcej zachorowań wśród mężczyzn niż wśród kobiet³⁶. W poprzednich latach notowano więcej przypadków chlamydioz wśród kobiet niż wśród mężczyzn. W 2020 r. rozkład wg płci był podobny dla kiły i rzeżączki (ryc. 8.31), natomiast w odróżnieniu od poprzedzających lat odnotowano również wyższą zapadalność na chlamydiozy wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Należy podkreślić, że przy dużo niższej niż przed pandemią

35 Niedźwiedzka-Stadnik M, Rosińska M, Zakrzewska K. Syphilis in Poland in 2019. *Przegl Epidemiol.* 2021;75(4):613-625. doi: 10.32394/pe.75.58.

36 Niedźwiedzka-Stadnik M, Zakrzewska K. Sexually transmitted infections in Poland in 2013-2018 in comparison to other European countries based on infectious diseases surveillance in Poland and in Europe. *Przegl Epidemiol.* 2021;75(4):502-514. doi: 10.32394/pe.75.47.

zapadalności rejestrowanej chorób przenoszonych drogą płciową, rozkład wg wieku i wg miejsca zamieszkania w 2020 r. był porównywalny do wcześniejszych lat. Jest to zgodne z obserwacją, że niższa zapadalność rejestrowana w 2020 r. jest najprawdopodobniej związana z pogorszeniem raportowania w wyniku pandemii.

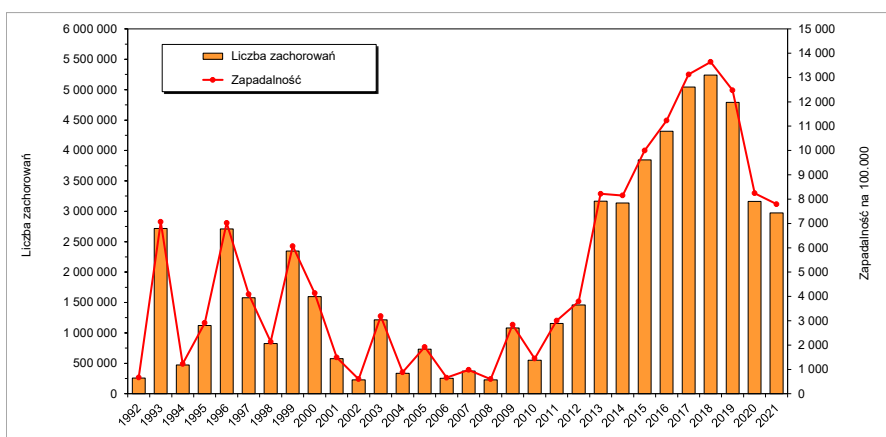


Ryc. 8.31. Zapadalność na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy w 2020 r. wg miejsca zamieszkania, płci i wieku

8.2.5. Grypa i infekcje grypopodobne

Spośród wszystkich chorób zakaźnych objętych w Polsce nadzorem epidemiologicznym najwięcej zachorowań wywoływała rocznie grypa i infekcje grypopodobne. W okresie szczytu sezonu epidemicznego, tj. jest najczęściej od stycznia do marca, zachorowania na grypę i choroby grypopodobne powodowały zawsze poważne przeciążenie systemu opieki zdrowotnej i stawały się główną przyczyną absencji chorobowej,

generując olbrzymie koszty ekonomiczne i społeczne. W 2018 r., w którym zarejestrowano największą w ostatnich trzech dekadach liczbę zachorowań, z porady lekarskiej w związku z grypą i infekcjami grypopodobnymi skorzystało w Polsce ponad 5 milionów osób (ryc. 8.32). Wprawdzie zachorowania na grypę rzadko wymagają hospitalizacji (w 2018 r. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w związku z cięższym lub powikłanym przebiegiem choroby skierowali do szpitali 0,34% chorych, a w 2019 r. – 0,38%) i rzadko prowadzą do ciężkich powikłań i zgonów, to jednak ze względu na miliony przypadków zachorowań, te niewielkie odsetki prowadzą do tysięcy przypadków osób hospitalizowanych (w 2018 r. 17 858, a w 2019 r. – 18 198).

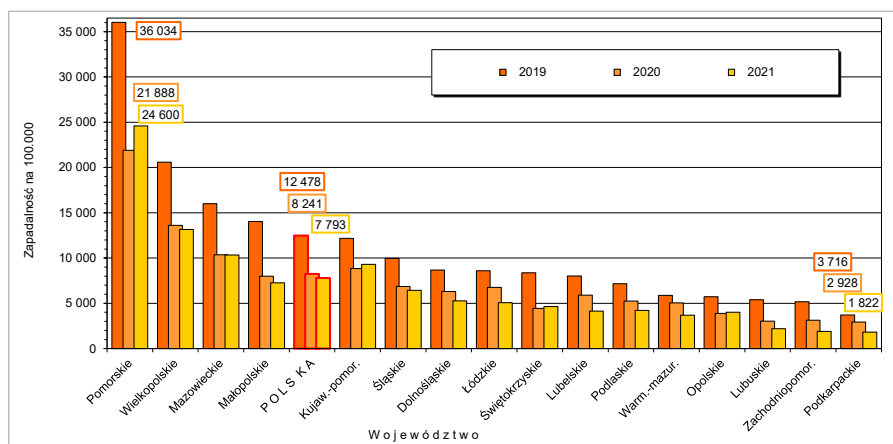


Ryc. 8.32. Grypa i infekcje grypopodobne w latach 1992-2021. Liczba zachorowań i zapadalność na 100.000 ludności (dane NIZP PZH – PIB)

W latach 2020-2021, pomimo epidemii COVID-19, grypa i zachorowania grypopodobne nadal stanowiły najliczniejszą grupę zachorowań wśród chorób zakaźnych. Ponieważ większość podejmowanych w związku z pandemią działań zmierzających do redukcji transmisji zakażeń wirusem SARS-CoV-2 sprzyjała też osłabieniu transmisji wszelkich innych zakażeń, szczególnie przenoszonych w podobny sposób, liczba zarejestrowanych przez nadzór przypadków grypy i zachorowań grypopodobnych, co oczywiste, wydatnie zmniejszyła się. W stosunku do 2019 r. w 2020 r. zarejestrowano ich mniej 34% (3 160 711), a w 2021 r. mniej o 37% (2 973 793). Zapadalność w tych latach

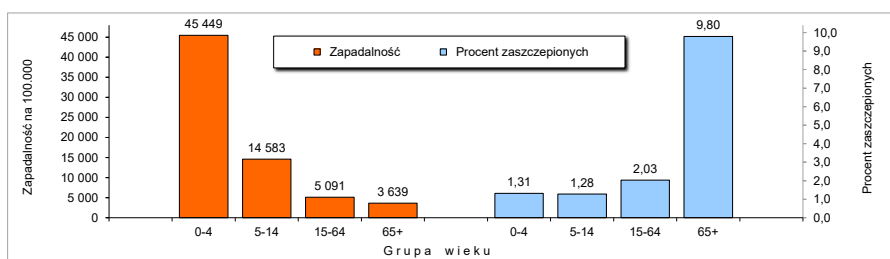
wyniosła (odpowiednio) 8 240,9 i 7 792,5 na 100 tys. ludności (ryc. 8.32). Do szpitali skierowano 15 407 osób (0,49%) w 2020 r. i 7 992 osoby (0,27%) w 2021 r.

Spadek liczby zgłoszonych do nadzoru i zarejestrowanych zachorowań na grypę i grypopodobnych w okresie pandemii w latach 2020–2021 wystąpił na terenie całego kraju, przy czym, w poszczególnych województwach – porównując lata 2021 i 2019 – wynosił od 24% (w kujawsko-pomorskim) do 64% (w zachodniopomorskim). W efekcie, obserwowane we wcześniejszych latach znaczne zróżnicowanie wysokości współczynników zapadalności notowanych w danym roku na obszarze poszczególnych województw powiększyło się jeszcze bardziej. O ile w 2019 r. najwyższa zapadalność w skali województw (36.034/100 tys. w woj. pomorskim) była wyższa od zapadalności najniższej (3 716 w podkarpackim) prawie 10-krotnie, to w 2021 r. różnica między tymi samymi województwami o najwyższej i najniższej zapadalności była ponad 13-krotna (odpowiednio: 24 600 i 1 822). Tak duże zróżnicowanie, nie znajdujące dostatecznego uzasadnienia w świetle innych danych epidemiologicznych, to przede wszystkim efekt różnic w czułości lokalnego nadzoru a nie różnic w rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej grypy i infekcji grypopodobnych, na co zwracano już uwagę w innych opracowaniach (ryc. 8.33). Można sądzić, że epidemia COVID-19 jeszcze bardziej wyeksponowała znaczenie międzywojewódzkich różnic w prowadzeniu nadzoru nad grypą.



Ryc. 8.33. Grypa i infekcje grypopodobne w latach 2019-2021. Zapadalność na 100.000 ludności wg województw (dane NIZP PZH – PIB)

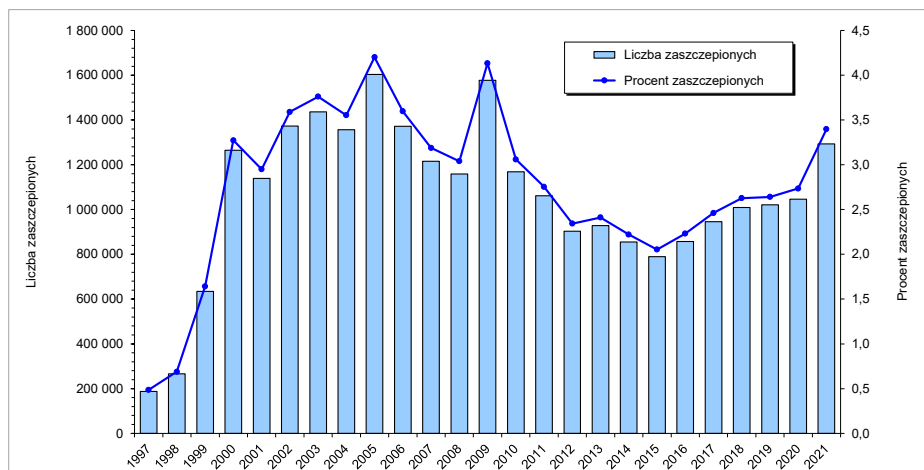
Tak jak w latach przed epidemią COVID-19, również w okresie epidemii najwyższe współczynniki zapadalności na grypę i infekcje grypopodobne notowano wśród dzieci, szczególnie dzieci najmłodszych – w wieku do 5 lat. Zapadalność w tej grupie wieku w 2021 r. (45.449/100 tys. dzieci w tym wieku) była prawie sześciokrotnie wyższa niż w populacji generalnej i ponad dwunastokrotnie wyższa od zapadalności wśród osób najstarszych, w wieku powyżej 64 lat (ryc. 8.34). Udział zachorowań dzieci i młodzieży do lat 14 stanowił w latach 2020-2021 (odpowiednio) 39,9% i 48,2% ogółu zachorowań na grypę i choroby grypopodobne zarejestrowanych w tych latach i mieścił się w przedziale wartości notowanych w poprzednich latach (25% do 55%).



Ryc. 8.34. Grypa i infekcje grypopodobne w 2021 r. Zapadalność na 100.000 ludności i procent zaszczepionych przeciw grypie wg wieku (dane NIZP PZH – PIB)

Epidemia COVID-19 wyraźnie wpłynęła na wzrost zainteresowania szczepieniami przeciw grypie. Wprawdzie – w świetle danych zebranych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne – w 2020 r. w całej Polsce zaszczepiono przeciw grypie ogółem tylko o 2,5% więcej osób niż w 2019 r., ale w 2021 r. osób zaszczepionych było już o 26,7% więcej w stosunku do 2020 r. (ryc. 8.35). 1 293 653 osoby zaszczepione w 2021 r. to jednak tylko 3,4% populacji, a więc mniej niż zaszczepiono w najlepszym pod tym względem 2005 r. (4,2%) i zdecydowanie zbyt mało, by przeprowadzone szczepienia w jakimś znaczącym stopniu mogły wpływać na kształtowanie się sytuacji epidemiologicznej grypy w Polsce. Tym bardziej, że najczęściej (ale też zbyt rzadko) szczepione były osoby, dla których grypa stanowi największe zagrożenie, czyli osoby w wieku powyżej 64 lat, a najrzadziej osoby najbardziej narażone na zakażenie i przeniesienie zakażenia, czyli najmłodsi (Ryc. 8.35). Pewnym optymizmem może jednak napawać

fakt, że po 2015 r. utrzymuje się w Polsce wyraźny trend wzrostowy liczby osób szczepionych przeciw grypie



Ryc. 8.35. Szczepienia przeciw grypie w latach 1997-2021. Liczba zaszczepionych oraz procent zaszczepionej populacji (dane NIZP PZH – PIB)

Należy zauważyć, że wraz z pojawieniem się SARS-CoV-2 i pandemią COVID-19 w zasadzie wyczerpały się możliwości dalszego prowadzenia w Polsce nadzoru nad grypą w dotychczasowy sposób. Przez minione dziesięciolecia nadzór epidemiologiczny nad tą chorobą w Polsce – podobnie jak w wielu innych krajach – opierał się (z drobnymi modyfikacjami) na rejestrowaniu grypy i nieokreślonych grypopodobnych zakażeń, określanych w Polsce jako „podejrzenia zachorowań na grypę”, a obejmujących (zgodnie z definicją przypadku przyjętą na potrzeby nadzoru) zarówno ostre zakażenia dróg oddechowych, jak i zachorowania grypopodobne. Zbierane dane stanowiły dość dobrą informację o obciążeniu placówek podstawowej opieki zdrowotnej w okresach sezonowego szczytu fali zachorowań na grypę, ale wśród tak identyfikowanych i zgłaszanych przez lekarzy w formie zagregowanej objawowych przypadków, zachorowania na grypę potwierdzone laboratoryjnie i zgłaszane jednostkowo stanowiły na ogół tylko ułamek procenta. W 2019 było to 0,10% (4.831 przypadków), w 2020 – 0,13% (4.149), a w 2021 r. – 0,002% (63 przypadki!). Nikłe (po pandemii grypy w latach 2009-2010)

zainteresowanie inspekcji sanitarnej prawidłowym funkcjonowaniem wdrożonego w Polsce systemu nadzoru nad grypą typu sentinel oraz niska reprezentatywność tego systemu praktycznie uniemożliwiały prawidłowe oszacowanie liczby zachorowań na grypę wśród ogółu zgłaszanych do nadzoru infekcji górnych dróg oddechowych. Obecnie, między innymi ze względu na kliniczne podobieństwo niektórych postaci COVID-19 i grypy, zmiany są nieuniknione.

Wnioski

1. Przy interpretacji danych o zachorowaniach na choroby zakaźne w Polsce w latach 2020-2021 zebranych przez nadzór epidemiologiczny należy brać pod uwagę niedoszacowanie liczby zachorowań. Stopień tego niedoszacowania może być różny dla różnych chorób, w zależności od ich przebiegu i zagrożenia, które stanowiły.
2. Utrzymuje się tendencja spadkowa stanu zaszczepienia dzieci i młodzieży obserwowana od kilku lat, jednak nadal odsetek osób zaszczepionych jest korzystny i zapobiega epidemicznym wzrostom zachorowań na choroby, które zwalczamy za pomocą szczepień.
3. Decyzja o miesięcznym odroczeniu realizacji szczepień w ramach Kalendarza Szczepień w początkowym okresie pandemii, w perspektywie oceny sytuacji zaszczepienia w 2020 r., nie wpłynęła istotnie na stan zaszczepienia dzieci i młodzieży.
4. Pomimo nadal utrzymującego się wzrostu liczby uchylających się od szczepień, zaobserwowano korzystny trend zahamowania dynamiki wzrostu liczby osób nie poddających się szczepieniom.
5. Istnieje stała potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie korzyści wynikających z realizacji szczepień tzw. „obowiązkowych” i zalecanych, kierowanych do różnych grup odbiorców.
6. Pandemia wpłynęła niekorzystnie na możliwość realizacji celów zwalczania przewlekłych chorób zakaźnych, szczególnie zakażeń HIV, HCV i HBV. Zgodnie z międzynarodowym konsensusem jednym z filarów zwalczania tych chorób jest wczesne wykrywanie i leczenie osób zakażonych. W okresie pandemii, zwłaszcza w 2020 r., testowanie w kierunku w/w zakażeń zostało znacznie ograniczone, co skutkowało

50% spadkiem liczby rozpoznań zakażeń HIV, 3 – krotnym rozpoznań przewlekłych zakażeń HBV i 3,5 – krotnym -HCV. Jest to sytuacja szczególnie niepokojąca biorąc pod uwagę, że już przed pandemią sytuacja wymagała poprawy. Tym bardziej obecnie szerszy dostęp do badań, propagowanie testowania w kierunku HIV, HCV, a także integracja testowania (oferowanie pakietu testów) w kierunku tych chorób oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową, pozostaje zagadnieniem priorytetowym.

7. W zakresie diagnostyki i leczenia HCV, HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową istotne jest, by podejmować działania włączające w system opieki medycznej populacje zmarginalizowane, jak osoby przyjmujące substancje odurzające we wstrzyknięciach, osoby bezdomne czy nielegalnych imigrantów. W tym celu zwłaszcza proces diagnostyczny musi zostać uproszczony, z wykorzystaniem szybkich testów oraz testowania poza placówkami ochrony zdrowia, przez przeszkolone osoby nie będące pracownikami ochrony zdrowia.
8. Duże spadki we wskaźnikach występowania chorób przenoszonych drogą pokarmową obserwowane w pierwszym roku pandemii już w kolejnym roku zaczęły powracać do wartości rejestrowanych w latach przed pandemią.
9. Znaczne różnice w rejestrowanych wskaźnikach zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową wskazują na luki w systemie diagnozowania i/lub zgłaszalności tych chorób w większości województw. Niezbędne będzie podjęcie działań związanych z poprawą dostępu do diagnostyki, a także opracowanie akceptowalnych sposobów monitorowania zakażeń przenoszonych drogą płciową na terenie Polski.
10. Dokładne rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej grypy, a tym samym planowanie i prowadzenie racjonalnej polityki w zakresie profilaktyki tej choroby w skali kraju, wymaga zmodyfikowania dotychczasowego systemu nadzoru nad grypą w celu zapewnienia rozróżniania w ogólnym nadzorze zachorowań wywołanych przez wirusy grypy i SARS-CoV-2 oraz ujednoczenia sposobu prowadzenia nadzoru na terenie różnych województw.
11. Zważywszy na ponoszone rokrocznie olbrzymie koszty ekonomiczne i społeczne grypy, należy zintensyfikować działania na rzecz wydatnego zwiększenia odsetka osób szczepionych w Polsce przeciw tej chorobie.

9. ROZWÓJ PANDEMII COVID-19 W POLSCE

Magdalena Rosińska, Małgorzata Sadkowska-Todys,
Małgorzata Stępień

W ostatnich dwóch latach epidemia COVID-19 znacząco wpłynęła na stan zdrowia populacji w Polsce i na świecie. Do połowy 2022 r. zaobserwowano prawie 555 milionów zachorowań, w tym 6,4 miliona zgonów. Wpływ pandemii jest jednak dużo szerszy i być może dopiero po kilku latach będzie można oszacować w pełni jego skalę. Pandemia wywołała niespotykane wcześniej obciążenie systemu opieki zdrowotnej, co skutkowało koniecznością odłożenia mniej pilnych świadczeń na okres post-pandemiczny. Postuluje się, że wywołało to trudny obecnie do oszacowania dług zdrowotny, zwłaszcza w zakresie przewlekłych chorób cywilizacyjnych. Nie mniej istotne są skutki społeczne, w tym efekty długotrwałej edukacji w systemie nauki zdalnej, jak również kryzys gospodarczy.

Historycznie pierwsze przypadki zostały rozpoznane w mieście Wuhan w Chinach pod koniec 2019 r.¹. Wirus SARS-CoV-2 został zidentyfikowany już w styczniu 2020 r.² Szybko również potwierdzono, że ma duży potencjał epidemiczny w związku z możliwością szerzenia się człowiek-człowiek³. Już w marcu 2020 r. zachorowania na COVID-19 odnotowano na kilku kontynentach, a epicentrum nowej epidemii stała się Europa. Początkowo największe liczby zachorowań i zgonów odnotowano w krajach południowej Europy, zwłaszcza we Włoszech i w Hiszpanii⁴.

-
- 1 Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020 Mar 26;382(13):1199–207
 - 2 WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation report-1. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 (Accessed on 28 Feb 2020) 2020.
 - 3 Hu, B., Guo, H., Zhou, P. et al. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol* 19, 141–154 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
 - 4 WHO Situation Report no. 67. Dostępne na stronie https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200327-sitrep-67-covid-19.pdf?sfvrsn=b65f68eb_4

Zwalczanie epidemii w 2020 r. opierało się o tak zwane nefarmakologiczne metody, których celem było ograniczenie fizycznych kontaktów społecznych⁵. Wdrażano różnego rodzaju ograniczenia dotyczące funkcjonowania szkół, zakładów pracy czy handlu. Zalecano lub nakazywano pracę zdalną. W niektórych krajach okresowo wdrażano całkowity zakaz przemieszczania się, tak zwany *lockdown*, ograniczana była także liczba osób, które mogą gromadzić się w jednym miejscu. Wdrażano również obowiązkowe zasłanianie ust i nosa, zalecane lub obowiązujące były maseczki medyczne. Inną strategią umożliwiającą zwalczanie epidemii było masowe testowanie oraz izolacja osób zakażonych i kwarantanna osób z kontaktu. Trzeba podkreślić, że zróżnicowanie metod i czasu ich wdrożenia, a także poziomu ich implementacji (rekomendacje, obowiązek), nawet w krajach europejskich było znaczące. W niektórych państwach znacząca była również liczba zmian w obowiązujących ograniczeniach, co mogło wpłynąć na zaufanie publiczne do decyzji rządzących, akceptowalność wprowadzanych obostrzeń oraz stopień przestrzegania regulacji przez społeczeństwo.

Jednocześnie w 2020 r. trwały intensywne prace nad wyprodukowaniem szczepionki przeciwko COVID-19. Odbyły się one w niespotykanym wcześniej tempie – pierwsze badania kliniczne zostały uruchomione już w lipcu 2020 r.⁶⁷ roku, a rejestracja pierwszych szczepionek miała miejsce w grudniu 2020 r. Od tego czasu szczepienia pozostają głównym narzędziem zwalczania epidemii COVID-19, lecz ich dostępność poza regionem krajów wysoko rozwiniętych pozostawała początkowo na bardzo niskim poziomie. Z kolei w wielu krajach, w których szczepionka była i jest dostępna, obserwowano niewystarczający stopień zaszczepienia, co wynikało z braku zainteresowania lub wręcz

5 ECDC. Non-pharmaceutical interventions against COVID-19. Dostępne na stronie <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/non-pharmaceutical-interventions>

6 Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, Diemert D, Spector SA, Rouphael N, Creech CB, McGettigan J, Khetan S, Segall N, Solis J, Brosz A, Fierro C, Schwartz H, Neuzil K, Corey L, Gilbert P, Janes H, Follmann D, Marovich M, Mascola J, Polakowski L, Ledgerwood J, Graham BS, Bennett H, Pajon R, Knightly C, Leav B, Deng W, Zhou H, Han S, Ivarsson M, Miller J, Zaks T; COVE Study Group. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med.* 2021 Feb 4;384(5):403-416. doi: 10.1056/NEJMoa2035389.

7 Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, Perez JL, Pérez Marc G, Moreira ED, Zerbini C, Bailey R, Swanson KA, Roychoudhury S, Koury K, Li P, Kalina WV, Cooper D, Frenck RW Jr, Hammitt LL, Türeci Ö, Nell H, Schaefer A, Ünal S, Tresnan DB, Mather S, Dormitzer PR, Şahin U, Jansen KU, Gruber WC; C4591001 Clinical Trial Group. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med.* 2020 Dec 31;383(27):2603-2615. doi: 10.1056/NEJMoa2034577.

przeciwstawiania się szczepieniom. Dotyczy to również naszego kraju, w którym prawie 40% osób nie zaszczepiło się przeciwko COVID-19.

Rozwój pandemii w Polsce w latach 2020 – 2021 kształtowany był przez kilka czynników, w tym przez wprowadzane działania przeciwepidemiczne, opracowanie szczepień ochronnych a następnie program ich wdrażania oraz pojawianie się kolejnych wariantów wirusa i ich rozprzestrzenienie się w naszej populacji. Celem niniejszego rozdziału jest syntetyczne podsumowanie epidemii COVID-19 na podstawie informacji pochodzących z różnych źródeł, w tym na tle danych z innych krajów europejskich.

9.1. Działania przeciwepidemiczne

Stan epidemii został w Polsce ogłoszony 20.03.2020 i oficjalnie trwał do 12.05.2022⁸, choć intensywność działań przeciwepidemicznych w okresie poprzedzającym odwołanie była niewielka.

Na rycinie 9.1 przedstawiono w uproszczony sposób główne nefarmakologiczne działania przeciwepidemiczne wdrażane w Polsce. Poza pierwszym okresem epidemii, na wiosnę 2020 r., z reguły wdrażane były one reaktywnie w odpowiedzi na wzrost przypadków zagrażający wydolności ochrony zdrowia. Zwraca uwagę wielomiesięczne zamknięcie placówek edukacyjnych w latach pandemicznych. Porównując dane w krajach europejskich w roku szkolnym 2020/21, w Polsce odnotowano najdłuższy okres nauki zdalnej⁹, choć warunki do prowadzenia nauki w tej formie, m.in. dostępność komputerów i połączenia internetowego były w porównaniu do innych krajów europejskich na przeciętnym poziomie¹⁰.

Na rycinie nie ujęto kwestii pracy zdalnej. W Polsce praca zdalna była zalecana przez cały okres pandemii, natomiast jej wdrażanie pozostawało na niskim poziomie. Według danych Eurostat wzrost odsetka pracujących zdalnie w Polsce był nieco poniżej

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

9 UNESCO. Serwis: COVID-19 Education Response, <https://covid19.uis.unesco.org/data/>, dostęp 29.10.2022

10 Blaskó, Z., Costa, P. da, & Schnepf, S. V. (2022). Learning losses and educational inequalities in Europe: Mapping the potential consequences of the COVID-19 crisis. *Journal of European Social Policy*, 32(4), 361–375. <https://doi.org/10.1177/09589287221091687>

	klasy IV-VIII i ponadpodsta- wowe	klasy I - III	przedszkola	galerie handlowe	gastronomia	średnie i duże zgromadzenia	maseczki
2020-03	od 12.03	od 12.03	od 12.03	do 13.03	do 13.03	od 24.03	
2020-04							od 9.04
2020-05		od 25.05	od 6.05	od 4.05	do 18.05	do 29.05	do 29.05
2020-06							
2020-07	//	//					
2020-08	//	//					
2020-09							
2020-10	od 24.10			od 17.10	od 17.10	od 17.10	od 10.10
2020-11		od 9.11		od 7.11			
2020-12				do 28.12			
2021-01		do 17.01				do 17.01	
2021-02							
2021-03		do 22.03	od 29.03	od 27.03			
2021-04		do 25.04	do 18.04	do 3.05			
2021-05	do 16.05	do 2.05			do 14.05		do 14.05
2021-06						do 6.06	
2021-07	//	//					
2021-08	//	//					
2021-09							
2021-10							
2021-11							
2021-12							
	zamknięcie lub znaczne ograniczenie (nakaz noszenia maseczek wszędzie)						
	ograniczenie lub wprowadzenie w strefach						

Ryc. 9.1. Uproszczony schemat wdrażania ograniczeń przeciwepidemicznych w latach 2020–2021 (Źródło: Ministerstwo Edukacji i Nauki. Podsumowanie roku szkolnego 2020 / 2021 i Podsumowanie roku szkolnego 2021/2022. Dostępne na stronach: <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/podsumowanie-roku-szkolnego-20202021>; <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/podsumowanie-roku-szkolnego-20192020>; ECDC. Data on country response measures to COVID-19. Dostępne na stronie <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-data-response-measures-covid-19>)

średniej europejskiej i nie wzrósł istotnie w trakcie pandemii z wyjątkiem jej początkowego okresu.

Szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 były w Polsce dostępne prawie natychmiast po zatwierdzeniu ich przez Europejską Agencję Leków, dzięki scentralizowanym zakupom na potrzeby UE. W tabeli 1 zestawiono główne dane dotyczące harmonogramu wdrażania programu szczepień w Polsce. Priorytyzacja grup do szczepień była porównywalna w krajach europejskich i objęła osoby o podwyższonym ryzyku ciężkiego przebiegu zachorowania na COVID-19, w tym osoby starsze oraz osoby z chorobami przewlekłymi i niedoborami odporności. W pierwszym etapie zostali zaszczepieni pracownicy medyczni, wśród których zachorowania były częste w początkowym okresie pandemii i powodowały dodatkowe utrudnienia w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. W trakcie realizacji programu w miarę napływu nowych danych zmieniano rekomendacje dotyczące odstępu pomiędzy dawkami, a także odnośnie do czasu szczepienia ozdrowieńców. Niemniej można uznać, że na koniec 2021 r. dorośli i dzieci powyżej 4 roku życia mogli zostać zaszczepieni przynajmniej cyklem podstawowym.

Tabela 9.1. Harmonogram wdrożenia programu szczepień ochronnych przeciw COVID-19 w Polsce

	Data początku dostępności szczepień:		
	Cykl podstawowy	1 dawka przypominająca	2 dawka przypominająca
pracownicy służby zdrowia	27.12.2020	24.09.2021 (po 3-6 miesiącach od cyklu podstawowego)	17.08.2022
nauczyciele	12.02.2021	2.11.2021 (po 6 miesiącach od cyklu podstawowego)	16.09.2022 (po 3-4 miesiącach)
osoby 70+	25.01.2021	24.09.2021 (po 3-6 miesiącach od cyklu podstawowego)	22.07.2022 (po 3-4 miesiącach)
osoby 60+	23.03.2021	24.09.2021 (po 3-6 miesiącach od cyklu podstawowego, 50+)	22.07.2022 (po 3-4 miesiącach)
pozostali dorośli	12-30.05.2021	2.11.2021 (po 6 miesiącach od cyklu podstawowego)	16.09.2022 (po 3-4 miesiącach)
dzieci >12 roku życia	07.06.2021	2.11.2021 (po 6 miesiącach od cyklu podstawowego)	16.09.2022 (po 3-4 miesiącach)
dzieci > 4 roku życia	13.12.2021	24.09.2021 (po 6 miesiącach od cyklu podstawowego)	3.10.2022 (po 6 miesiącach)

Źródło: Serwis Szczepienia Info <https://szczepienia.pzh.gov.pl/aktualnosci/> oraz Serwis Szczepienia przeciwko COVID-19, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie>

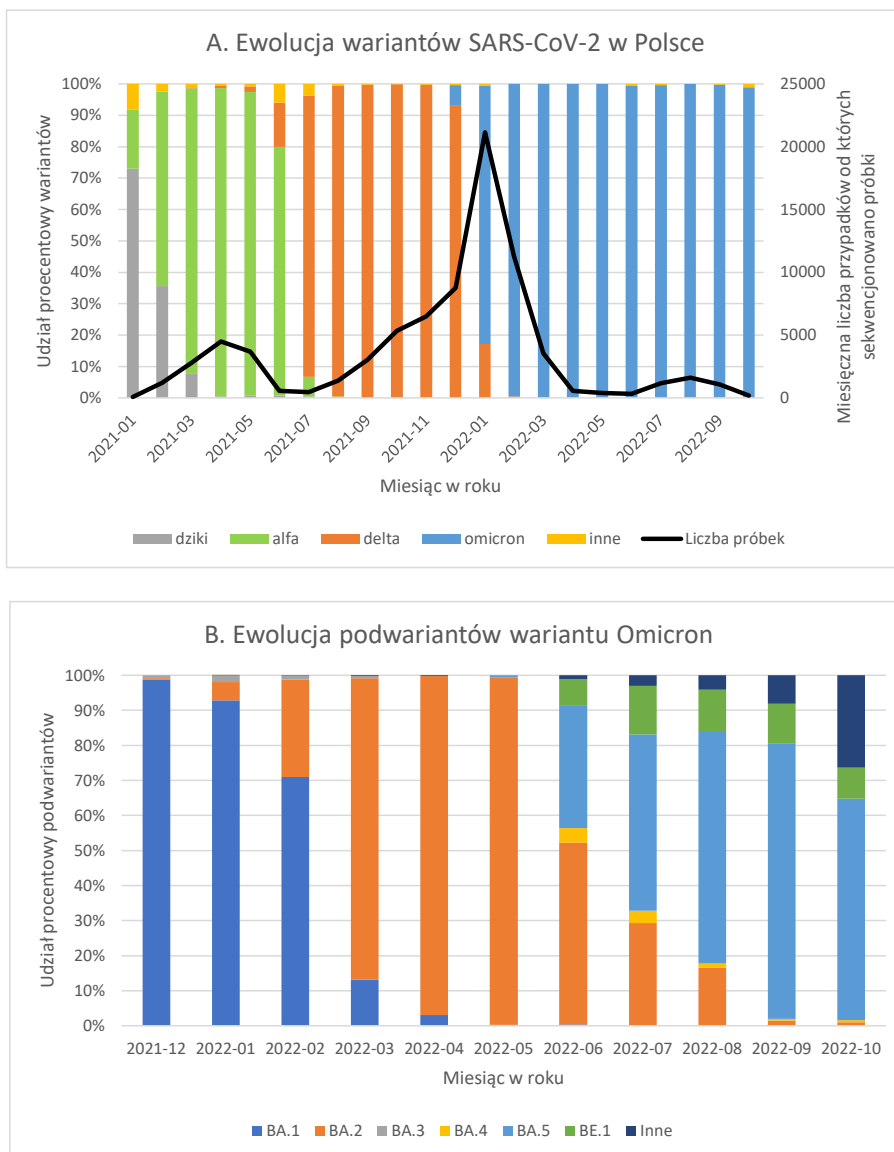
9.2. Postęp programu szczepień ochronnych

Rycina 9.2 przedstawia postęp szczepień ochronnych w Polsce w porównaniu do całej Unii Europejskiej, wskazując stan zaszczepienia według liczby przyjętych dawek. W uproszczeniu cykl podstawowy został opisany jako dwie dawki, choć początkowo niewielka grupa osób szczepionych preparatem Janssen otrzymała tylko jedną dawkę.

W pierwszych tygodniach realizacji programu szczepień stan zaszczepienia w Polsce był porównywalny lub nawet przekraczał średnią europejską.

Za niekorzystne dla rozwoju epidemii w naszym kraju należy uznać, że podczas gdy średnio w UE poziom zaszczepienia cyklem podstawowym ustabilizował się na poziomie ponad 70%, w Polsce było to jedynie 60%. Jeszcze większą rozbieżność odnotowano dla pierwszej dawki przypominającej – 32% vs. 54%. Nieco lepiej kształtował się poziom zaszczepienia w grupie osób w wieku 60 lat i więcej. W grupie tej obserwowano też mniejszy spadek odsetka zaszczepionych pomiędzy cyklem podstawowym a pierwszą dawką przypominającą. Średnio w UE osiągnął on w połowie 2022 r. poziom 90% dla cyklu podstawowego i ponad 80% dla dawki przypominającej. W Polsce odsetki te wyniosły odpowiednio 76% i 59%, pomimo znacznego ryzyka hospitalizacji i zgonu w tej grupie (ryc. 9.2B).

Stan zaszczepienia cyklem podstawowym na koniec 2021 r., kiedy szczepienie to było już dostępne dla wszystkich w wieku 5 lat i powyżej różnił się pomiędzy województwami, od 37,5% w województwie podlaskim i 41,6% w województwie lubelskim do 53,6% w województwie opolskim (ryc. 9.3).



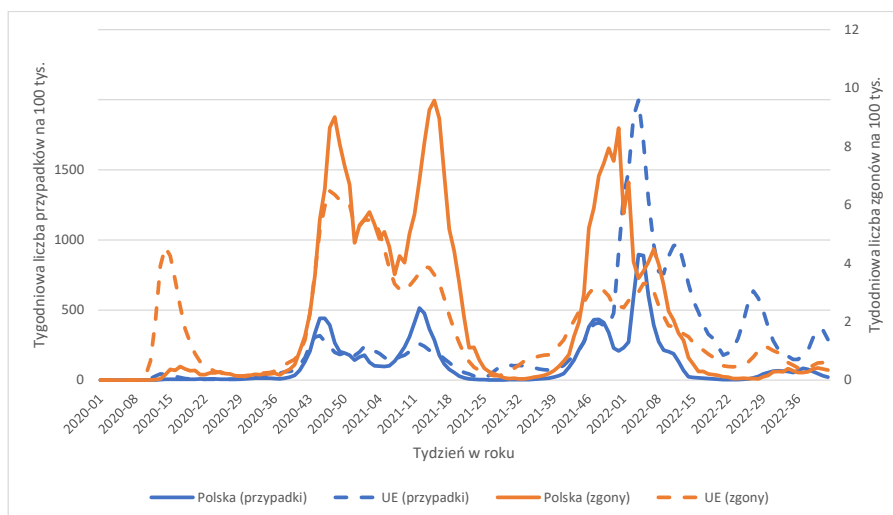
Ryc. 9.2. Stan zaszczepienia cyklem podstawowym (2 dawki), pierwszą dawką przypominającą (3 dawki) i drugą dawką przypominającą (4 dawki) ogółem i w grupie wieku 60 lat i więcej, w Polsce i w Unii Europejskiej. Źródło: ECDC COVID-19 Vaccine Tracker, dostępne na stronie <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-vaccine-tracker>, dostęp 28.10.2022



Ryc. 9.3. Stan zaszczepienia co najmniej pełnym cyklem podstawowym, wg województw na 31.12.2021 r. (Źródło: Raport szczepień przeciwko COVID-19, dane dostępna na stronie <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19>, dostęp 29.10.2022)

9.3. Rozwój epidemii COVID-19 w Polsce na podstawie danych o zarejestrowanych przypadkach

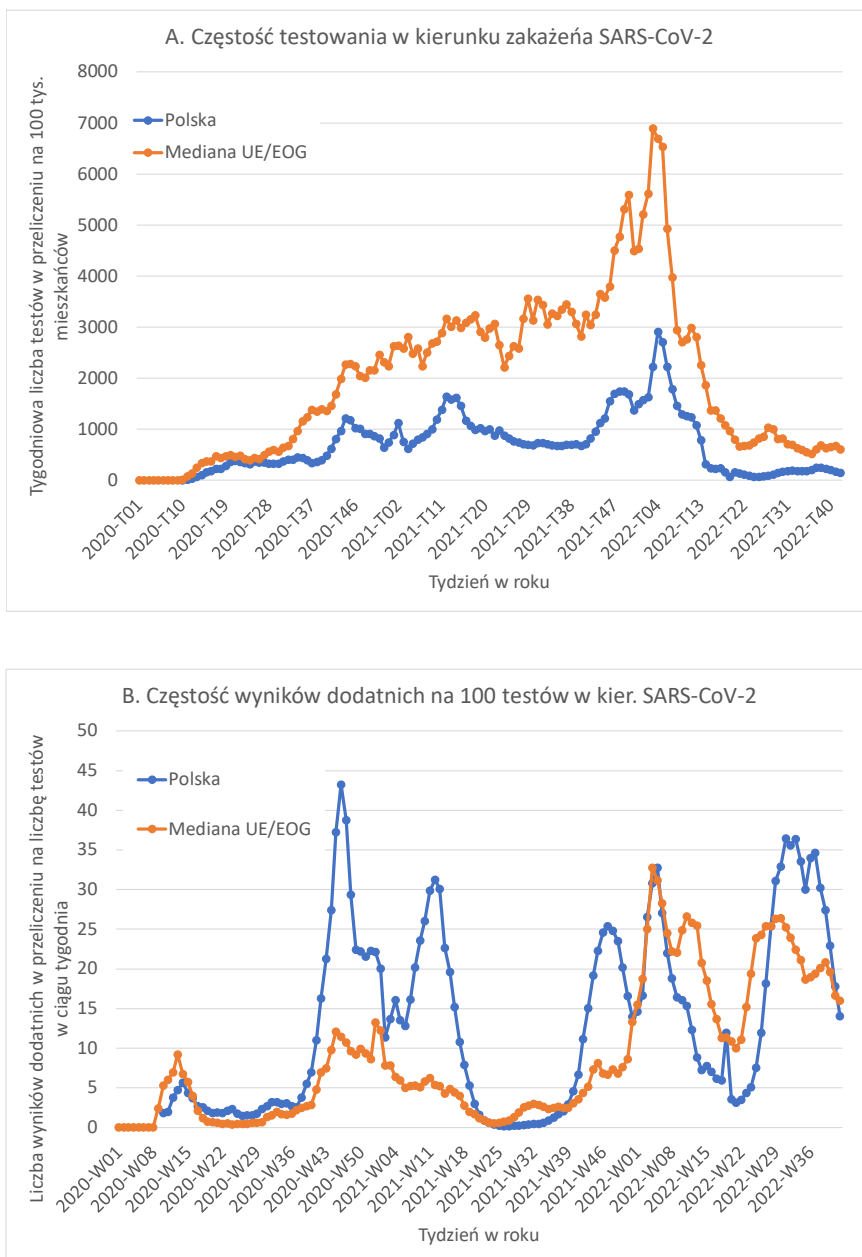
W okresie od początku epidemii do połowy 2022 r. wystąpiły w Europie trzy sezony epidemiczne (zima-wiosna 2020 / 2021 i 2021 / 2022). W Polsce tzw. „pierwsza fala” została całkowicie zahamowana poprzez wprowadzenie dość silnych restrykcji przy niewielkiej liczbie zachorowań. Natomiast w kolejnych sezonach liczba rozpoznań pozostawała na poziomie poniżej średniej europejskiej (ryc. 9.4).



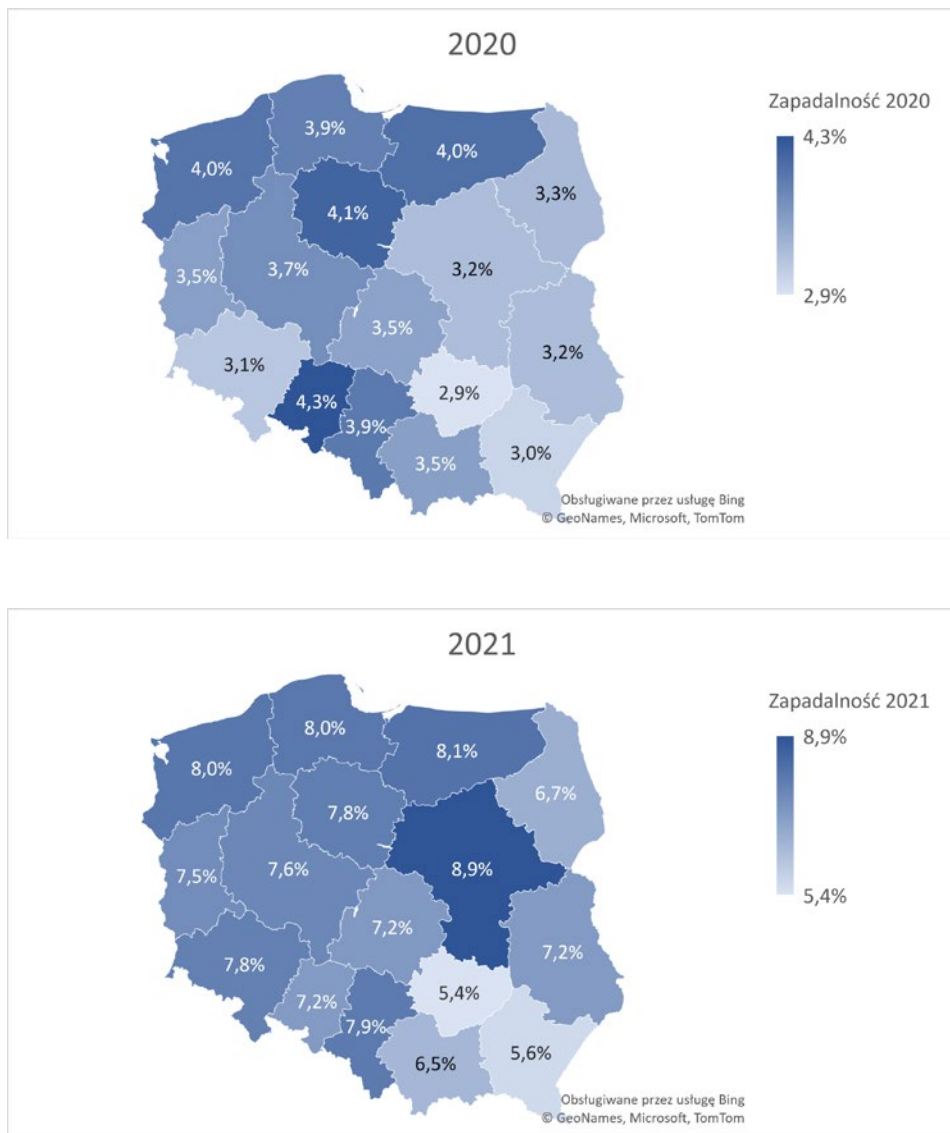
Ryc. 9.4. Tygodniowa zapadalność rejestrowana COVID-19 i tygodniowa umieralność związana z COVID-19 w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w Polsce i ogółem w Unii Europejskiej. (Źródło: Dane udostępniane przez ECDC na stronie: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-national-14-day-notification-rate-covid-19>, dostęp 22.10.2022)

Jednak w przypadku umieralność, to poza wiosną 2020 r., wskaźnik ten w szczytach fal istotnie przewyższał średni wskaźnik w UE. Było to szczególnie wyraźne w końcu 2021 r. i w pierwszej połowie 2022 r. Może to wskazywać z jednej strony na duże niedorejestrowanie przypadków zachorowań w Polsce, a z drugiej wynikać z cięższego przebiegu zachorowań osób niezszczeniowanych. Za tą pierwszą hipotezę przemawia niższa w Polsce niż mediana dla UE/EOG częstość testowania w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (ryc. 9.5A). Jednocześnie odsetek wyników dodatnich w trakcie fal epidemicznych znacznie przewyższał medianę w UE/EOG (ryc. 9.5B).

Roczna rejestrowana zapadalność w 2021 r. w Polsce była ponad dwukrotnie wyższa niż w 2020 r., co można było zaobserwować we wszystkich województwach (ryc. 9.6). Stosunkowo niższą zapadalność rejestrowaną odnotowały województwa południowo-wschodnie. Należy jednak wziąć pod uwagę, że zapadalność rejestrowana jest wypadkową rzeczywistej zapadalności, dostępności testów, a także skłonności do testowania. Badania seroprevalencji wskazują, że rzeczywisty rozkład wojewódzki zakażeń był inny (por. ryc. 9.12).

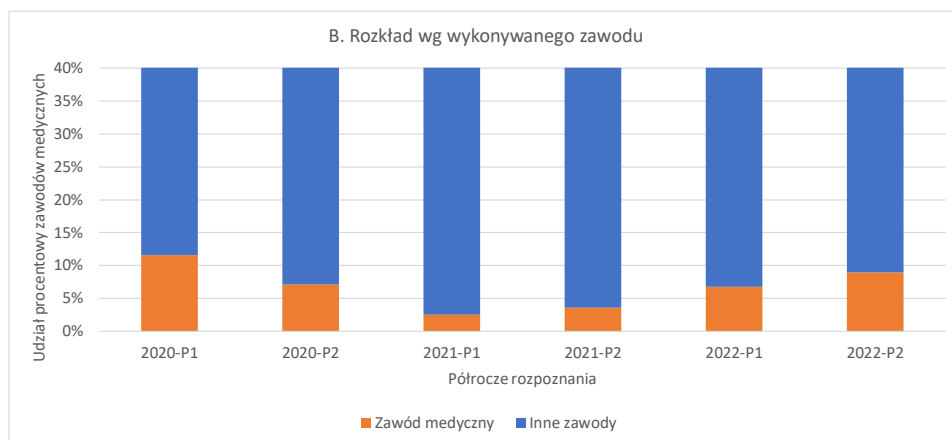
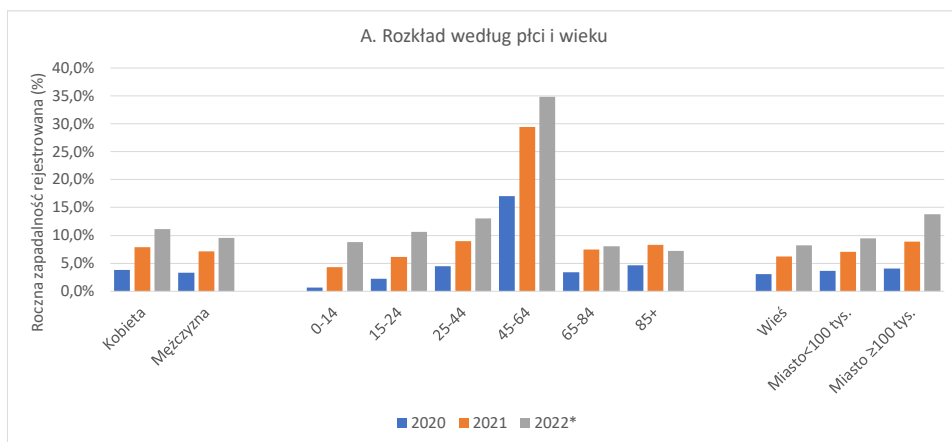


Ryc. 9.5. Częstość testowania w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (A) i częstość wyników dodatnich w przeliczeniu na 100 testów (B) w Polsce w odniesieniu do mediany w UE.



Ryc. 9.6. Roczna zapadalność rejestrowana na COVID-19 (%), wg województw w latach 2020 -2021 (Źródło: System Rejestracji Wywiadów Epidemiologicznych, NIZP PZH – PIB).

Rozkład zachorowań według czynników demograficznych był porównywalny w latach (ryc. 9.7A), z najwyższą zapadalnością rejestrowaną w grupie dorosłych w wieku produkcyjnym, a szczególnie w wieku 44 – 65 lat. W wszystkich grupach zapadalność była najwyższa w 2022 r., co było związane z szerzeniem się wariantu Omicron.



*zapadalność roczna w 2022 r. została oszacowana na podstawie pierwszego półrocza

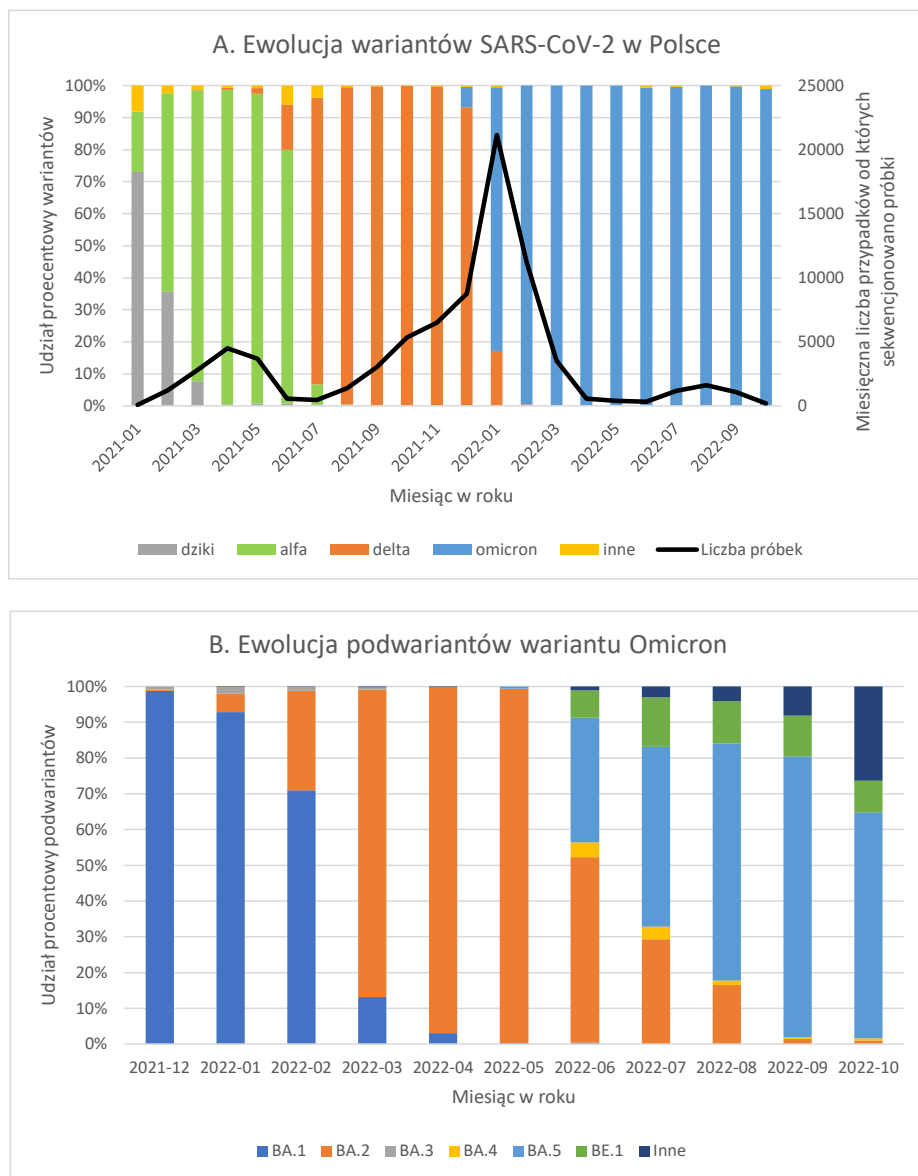
Ryc. 9.7. Charakterystyka demograficzna zakażeń SARS-CoV-2 w latach 2020 – 2022. (A) Zapadalność rejestrowana w grupach wieku, wg płci i wg miejsca zamieszkania; (B) Udział procentowy pracowników medycznych wśród zarejestrowanych zachorowań (Źródło: System Rejestracji Wywiadów Epidemiologicznych, NIZP PZH – PIB. Dane za 2022 r. do końca września 2022).

Na rycinie 9.7B pokazano odsetek przypadków, które wystąpiły w grupie pracowników medycznych. Według GUS w Polsce w 2020 r. pracowało ok. 600 tysięcy pielęgniarek i położnych, lekarzy i lekarzy dentyistów oraz farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych¹¹, co stanowi ok. 1,5% całej populacji. W pierwszym półroczu 2020 r. przypadki wśród personelu stanowiły jednak 11,6%. Odsetek ten spadł w późniejszym okresie, szczególnie po wprowadzeniu szczepień, ale nadal wskazuje, że personel medyczny pozostaje grupą ryzyka zakażenia. Dodatkowo spadek poziomu przeciwciał wraz z upływem czasu od ostatniej dawki szczepienia oraz pojawianie się nowych wariantów wirusa są również czynnikami wpływającymi na ponowny wzrost odsetka tej grupy zawodowej wśród osób zakażonych.

9.4. Ewolucja wariantów wirusa SARS-CoV-2 występujących w Polsce

Do rutynowego nadzoru epidemiologicznego rozpoczęto wdrażanie systemu monitorowania wariantów wirusa SARS-CoV-2 (nadzór molekularny) w I kw. 2021 r., w pełni wprowadzając go w październiku 2021 r., we współpracy z Państwową Inspekcją Sanitarną. System jest koordynowany przez NIZP PZH – PIB. Sekwencjonowanie jest na bieżąco wykonywane dla losowo dobranej próby nowo rozpoznanych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i obejmuje w założeniu co najmniej 2,5% rozpoznań. W nadzorze molekularnym można prześledzić wymianę poszczególnych wariantów wirusa, tj. wariant dziki został zastąpiony przez wariant Alfa w połowie 2021 r., następnie wariant Delta pod koniec 2021 r. i wariant Omikron, który dominuje od początku 2022 r. (ryc. 9.9). Z kolei dla wariantów Omikron kolejno dominowały podwarianty BA.1, BA.2 i BA.5.

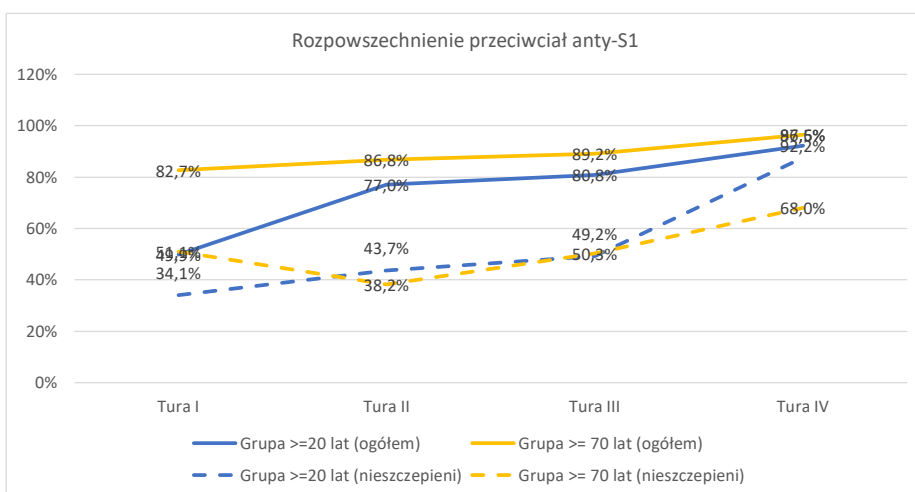
11 Agata Czekalska, Natalia Koehne, Michał Koziński, Krzysztof Nyczaj, Izabela Wilkińska, Małgorzata Żyra, Marzena Żytecka-Karolak, Maria Penpeska, Sylwia Duda, Andrzej Marcinkiewicz. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r. Główny Urząd Statystyczny / Urząd Statystyczny w Krakowie Warszawa, Kraków 2021. ISSN 2084-0470



Ryc. 9.9. Udział procentowy poszczególnych wariantów według miesiąca rozpoznania (A), ze szczególnym uwzględnieniem podwariantów Omicron (B). (Źródło: System Rejestracji Wywiadów Epidemiologicznych, NIZP PZH – PIB).

9.5. Wyniki monitorowania epidemii w ramach Ogólnopolskiego badania seroepidemiologii Badania Seroepidemiologicznego COVID-19 (OBSER-CO)

Dostępne dane obejmują również wyniki badań seroepidemiologicznych OBSER-CO (Ogólnopolskie badanie seroepidemiologii Badanie Seroepidemiologiczne COVID-19) finansowanych przez Agencję Badań Medycznych. OBSER-CO obejmuje badanie ankietowe oraz badania obecności przeciwciał przeciwko poszczególnym antygenom wirusa SARS-CoV-2. Odbyły się 4 tury badania (I tura: 29 marca do 14 maja 2021 r., II tura: 27 lipca do 10 września 2021 r., III tura: 16 listopada–19 grudnia 2021 r., IV tura: 14 marca–26 kwietnia 2022 r.). Badania te pozwalają zrozumieć narastanie odporności w populacji w wyniku przechorowania i zaszczepienia.

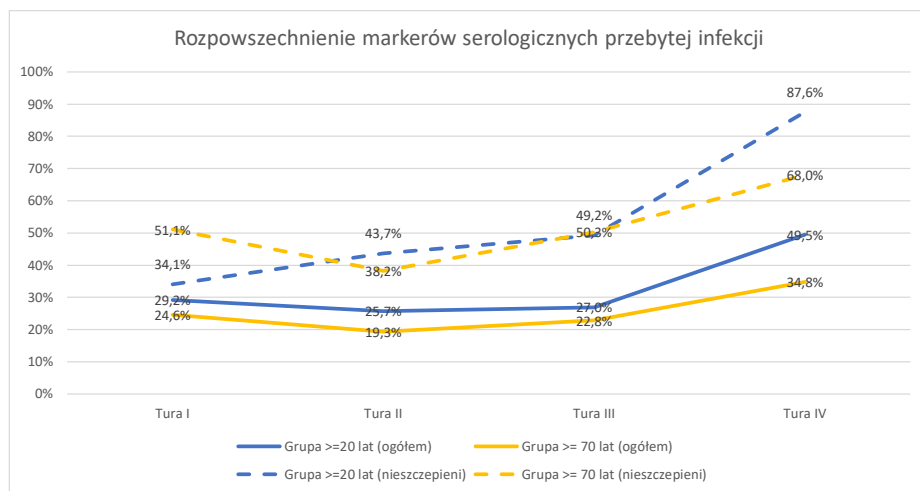


Ryc. 9.10. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-S1 w czterech turach badania OBSER-CO, w grupie dorosłych w wieku 20 lat i powyżej oraz w grupie 70 lat i powyżej

Ryc. 9.10 przedstawia rozpowszechnienie przeciwciał anti-S1, które w przybliżeniu informują o częściowej odporności przeciw SARS-CoV-2, w wyniku szczepień lub przechorowania. W grupie osób w wieku 70 lat i powyżej już od pierwszej tury rozpowszechnienie przekraczało 80%. W czwartej turze, która została zrealizowana pod koniec fali

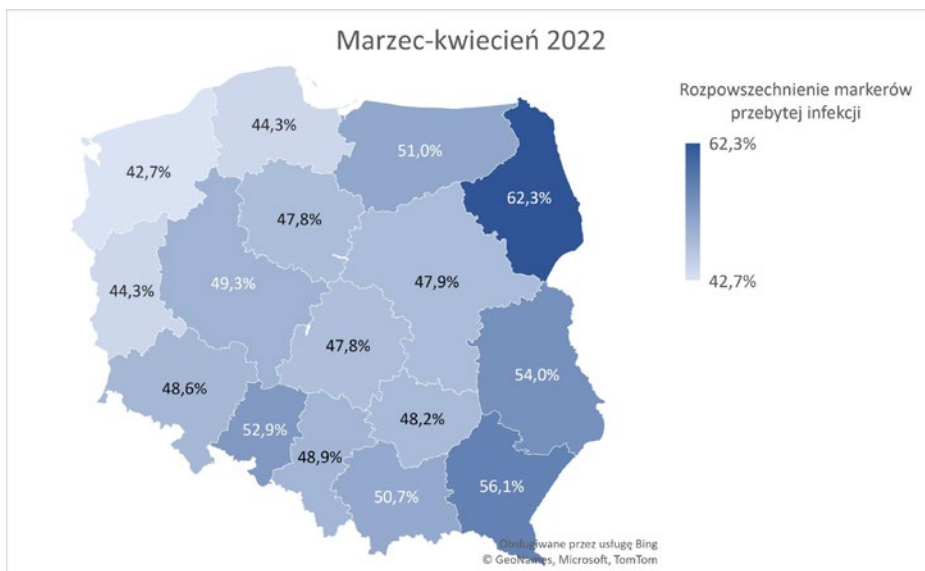
zachorowań wywołanych wariantem Omicron rozpowszechnienie przeciwciał anti-S1 przekraczało 90%. Znacznie niższe rozpowszechnienie zaobserwowano w grupie osób nieszczepionych. Jedynie po fali wywołanej wariantem Omicron osiągnęło ono poziom powyżej 90% w grupie dorosłych ogółem. W grupie osób powyżej 70 roku życia, które nie były szczepione, przeciwciał nie stwierdza się u ok. 22%.

Biorąc pod uwagę, że przeciwciała anti-S1 mogą powstawać w wyniku zarówno szczepień, jak i przechorowania, w badaniu OBSER-CO zostały również wykonane badania w kierunku przeciwciał anti-N, powstających podczas infekcji wirusem SARS-CoV-2. Rozpowszechnienie markerów przebytej infekcji było znacznie wyższe w grupie nieszczepionych, zarówno w grupie dorosłych w wieku 20 lat i powyżej, jak i w grupie wiekowej 70 lat i więcej (ryc. 9.11).



Ryc. 9.11. Rozpowszechnienie serologicznych markerów przebytej infekcji w czterech turach badania OBSER-CO, w grupie dorosłych w wieku 20 lat i powyżej oraz w grupie 70 lat i powyżej

W czwartej turze, zrealizowanej w okresie marzec – kwiecień 2022, rozpowszechnienie markerów serologicznych przebytej infekcji, wahało się w województwach od 42,7% w województwie zachodniopomorskim do 62,3% w województwie podlaskim.



Ryc. 9.12. Rozpowszechnienie markerów serologicznych przebytych zakażeń wg województw

Podsumowanie i wnioski

1. Dostępne dane potwierdzają wysoką zapadalność na COVID-19 w Polsce. Po przejściu fali wywołanej wariantem Omicron ponad 90% osób miała kontakt z wirusem SARS-CoV-2 lub była szczepiona. Pomimo, że szczepienia nie chronią całkowicie przed zakażeniem, to jednak markery serologiczne przebytego zakażenia w IV turze badania OBSER-CO były zdecydowanie częstsze u osób nieszczepionych (87,6% vs. 49,5%).
2. Wysoka zapadalność w Polsce potwierdzona badaniami seroprewalencji odpowiada wysokiej umieralności, która w Polsce znacząco przekraczała medianę w krajach UE/EOG. Przykładowo w szczycie fali wywołanej wariantem alfa na początku 2021 r. umieralność była wyższa 2,4 – krotnie od mediany UE/EOG, a w szczycie fali wywołanej wirusem delta – 3,4 – krotnie.
3. Poziom testowania w Polsce w przeliczeniu na liczbę mieszkańców pozostawał na dużo niższym poziomie niż mediana w krajach UE/EOG. Dodatkowo znacznie

wyższy odsetek wyników dodatnich wskazuje, że poziom testowania wynikał bardziej z przyjętych zasad i dostępności niż z mniejszej liczby przypadków, co również potwierdza wysoka umieralność. W związku z tym porównania pomiędzy krajami bazujące jedynie na zapadalności rejestrowanej należy traktować z dużą ostrożnością.

4. Z uwagi na niejednorodność systemu testowania, dane o zarejestrowanych przypadkach nie dostarczają wiarygodnych informacji dotyczących zróżnicowania geograficznego sytuacji epidemiologicznej. Bieżące monitorowanie sytuacji wymaga prowadzenia systematycznych badań typu sentinel, badań seroprevalencji oraz nadzoru środowiskowego, jak np. badanie ścieków.

10. CZĘSTOŚĆ WYPADKÓW I ICH SKUTKI ZDROWOTNE – POTENCJALNY WPŁYW ZMIAN STYLU ŻYCIA MIESZKAŃCÓW POLSKI W OKRESIE PANDEMII

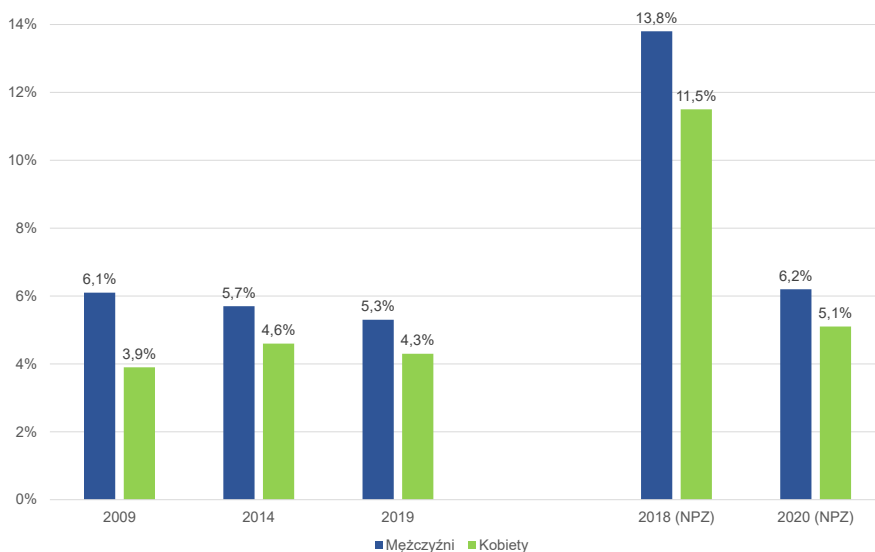
Rafał Halik, Wojciech Seroka

10.1. Wprowadzenie

Wypadki stanowią grupę zagrożeń zdrowia o charakterze nagłym i niezamierzonym, które powodują uszczerbek na zdrowiu człowieka w wyniku oddziaływania na człowieka zewnętrznych sił fizycznych bądź substancji chemicznych. Według obowiązującej klasyfikacji ICD-10 wypadki zawierają się w kategorii rozpoznań od V01-X59 i najważniejszymi kategoriami wypadków według tej klasyfikacji są: wypadki komunikacyjne (V01-X59), upadki (W00-W19), zatrucia (X40-X49) oraz utonięcia (W65-W74). Należy podkreślić, że według klasyfikacji ICD-10 do wypadków nie są zaliczane inne przyczyny zewnętrzne zgonu lub zachorowania związane z działaniami mającymi charakter zamierzony np.: samobójstwa i próby samobójcze, przemoc, działania przestępcze oraz powikłania działań medycznych. Wypadki stanowią poważny problem zdrowia publicznego z uwagi na wysokie koszty ekonomiczne i społeczne jakie generują. Przyczyniają się one też do przedwczesnej umieralności ludności. Według ostatnich oszacowań badania GBD sprzed pandemii z 2019 r. wypadki powodowały 8,6% wszystkich utraconych lat życia w wyniku niepełnosprawności i umieralności (DALY) w naszym kraju. Trzeba przy tym podkreślić, że według EUROSTAT zgon z powodu wypadków są zaliczane do zgonów możliwych do uniknięcia przez działania prewencyjne (*preventable mortality*) a zatem istnieje spory potencjał do ograniczenia liczby zgonów w wyniku wypadków przez działania z zakresu zdrowia publicznego.

10.2. Wypadki jako zagrożenie zdrowia publicznego w Polsce u progu pandemii COVID-19

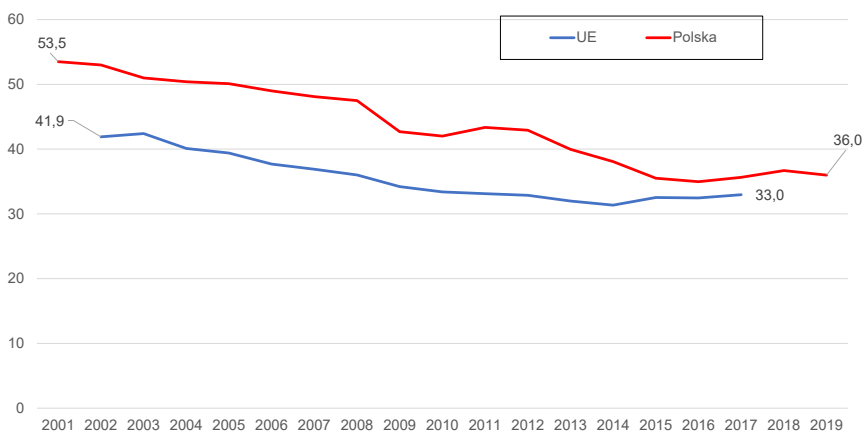
Według cyklicznie przeprowadzanych Ankietowych Badań Zdrowia (EHIS) w Polsce można zauważyć, że od 2009 r. kiedy rozpoczęto realizację tego badania, nieznacznie zmniejszający się odsetek mężczyzn deklarujących, że zostali poszkodowani w wypadku w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz nieznaczny wzrost kobiet deklarujących ulegnięcie wypadkowi. Ogólnie częściej niż co 20 mężczyzna i częściej niż co 25 kobieta ulega rocznie wypadkowi, który powoduje mniej lub bardziej poważny uraz (ryc. 10.1). Należy jednak pamiętać o mniejszej precyzji diagnostycznej badań opartych na deklaracjach w ramach ankiet. Przykładowo w badaniu ankietowym realizowanym przez NIZP PZH – PIB w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (NPZ) na reprezentatywnej losowej próbie ludności Polski w 2018 r. respondenci wielokrotnie częściej deklarowali, że doznali urazów w wypadkach niż w badaniu EHIS, co może świadczyć o niedoszacowaniach faktycznej skali wypadkowości w Polsce. Podczas pandemii w 2020 r. zrealizowano kolejną edycję wspomnianego badania, w którym odsetki osób zgłaszający wypadek, którego skutki wymagały interwencji medycznej były już zdecydowanie niższe i wynosiły 6,2% u mężczyzn i 5,1% u kobiet. Może to świadczyć o znacznie niższej częstotliwości wypadków w pierwszym roku pandemii najbardziej naznaczonymi zmianami stylu życia ludności. Miejscem, w którym najczęściej dochodziło do wypadków według badania NPZ z 2020 r. było środowisko domowe, w którym zdarzyło się 39% raportowanych w badaniu wypadków. Drugim miejscem, w którym najczęściej dochodziło do urazów były środki transportu oraz drogi i ulice, na których wydarzyło się 34,4% omawianych zdarzeń wśród wszystkich poszkodowanych. Wyniki te były podobne do tych, które były zaobserwowane w 2018 r. Zauważono za to, że w pierwszym roku pandemii wśród seniorów powyżej 60. roku życia dom i jego otoczenie wyraźnie stały się częstszym miejscem wypadków. W 2018 r. co drugi wypadek w najstarszych grupach wiekowych zdarzał się w środowisku domowym, natomiast w 2020 r. odsetek wypadków w domu wynosił 66%.



Ryc. 10.1. Odsetek osób w Polsce zgłaszających wypadek w ciągu ostatniego roku w kolejnych cyklach Ankiety Badania Zdrowia (EHIS) oraz w ramach badań przeprowadzonych przez NIZP – PZH w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) w latach 2018 i 2020 (GUS, NIZP – PZH)

Polska od lat 90tych była krajem na tle Europy o szczególnie wysokim zagrożeniu życia z powodu wypadków. W ciągu ostatnich lat sytuacja jednak ulegała systematycznej poprawie. Spadek umieralności w Polsce z powodu omawianych przyczyn znacznie przyspieszył, w szczególności w okresie od 2011 r. do 2015 r. (ryc. 10.2). Od 2011 do 2017 r. nadwyżka umieralności z powodu wypadków ludności w stosunku do przeciętnej w UE zmniejszyła się z 31% do 8%. Warto przy tym wspomnieć, że spadek umieralności z powodu wypadków w Polsce szczególnie dynamicznie zaznaczył się u mężczyzn, którzy są również grupą szczególnie wysokiego ryzyka doznania wypadków, jak i szczególnie wyższego zagrożenia życia z powodu wypadków. Poziom umieralności kobiet w Polsce z omawianych przyczyn od 2011 r. był zbliżony do przeciętnej w UE i również miał tendencję malejącą, a w 2017 r. zagrożenie życia kobiet w Polsce z powodu wypadków był o blisko 14% niższe niż przeciętnie w krajach UE. Pomimo tych zarysowanych pozytywnych zmian w umieralności można było zaobserwować niekorzystne zjawisko znacznego wyhamowania spadającego trendu umieralności z powodu ogółu przyczyn

wypadków w Polsce i UE po 2015 r. Jak na razie w literaturze przedmiotu trudno znaleźć przyczyny obserwowanego wyhamowania trendu spadkowego umieralności.



Ryc. 10.2. Standaryzowany współczynnik umieralności na 100 000 ludności z powodu wypadków (V01-X59, Y85, Y86) w Polsce i przeciętnie w krajach UE (EUROSTAT)

Kategorią wypadków, gdzie można zaobserwować w Polsce szczególnie wyższe ryzyko zgonu niż przeciętnie w UE przed pandemią COVID-19 były wypadki komunikacyjne, w których zagrożenie życia mieszkańców Polski w porównaniu do poziomu w UE było o 60% wyższe. Również zagrożenie życia Polaków z powodu utonięć było o 50% wyższe niż przeciętnie w UE. Warto przy tym wspomnieć, że zjawisko utrzymującej się nadwyżki w ramach tych rodzajów wypadków jest obserwowane od wielu dekad.

10.3. Potencjalny wpływ zmiany stylu życia podczas pandemii w latach 2020–2021 na umieralność i chorobowość szpitalną z powodu wypadków ogółem

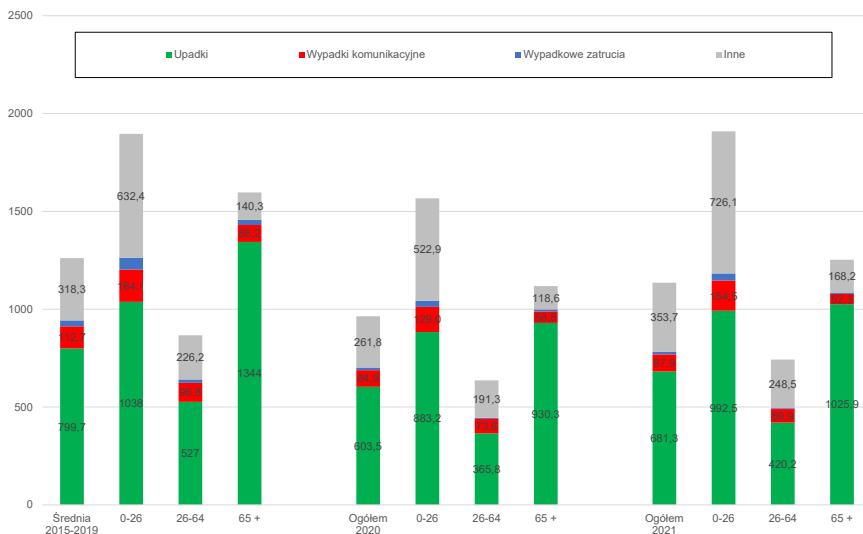
Obstrżenia wprowadzane podczas pandemii w latach 2020–2021 spowodowały przemiany w stylu życia mieszkańców Polski, które również i wpłynęły na kształtowanie się ryzyk różnych kategorii wypadków. Zmiany w stylu życia Polaków można było

zaobserwować w ramach badań ankietowych przez NIZP PZH – PIB zrealizowanych w ramach NPZ w 2018 r. i 2020 r., które wskazują na obniżenie się deklarowanej częstości wypadków wśród ludności. W badaniach tych zaobserwowano też inne zjawiska, które potencjalnie mogły oddziaływać na ryzyka różnego rodzaju wypadków. Wśród nich należy wymienić zwiększenie się odsetka mężczyzn deklarujących problemowe spożywanie alkoholu – 21,4% badanych mężczyzn w 2020 r. deklarowało takie postawy vs. 19,3% w 2018 r. Wśród kobiet omawiany odsetek osób zgłaszających problemowe używanie alkoholu według badań zaś zmalał z 8,9% do 6,1%. Jak powszechnie wiadomo problemowe używanie alkoholu przyczynia się do wzrostu ryzyka różnego rodzaju wypadków, a mężczyźni są grupą wysokiego ryzyka, jeśli chodzi o wypadkowość. Według wyników wspomnianych badań 34,3% mieszkańców naszego kraju w 2020 r. zmniejszyło swoją aktywność fizyczną, nie tylko jeśli chodzi o aktywność rekreacyjną, ale również, jeśli chodzi o codzienne zajęcia tj. praca, aktywność w domu, przemieszczanie się. Wpływ tych przemian na wypadkowość jest jednak bardziej złożony. Obniżenie mobilności powoduje potencjalnie obniżenie natężenia ruchu komunikacyjnego co za tym idzie zmniejsza liczbę wypadków drogowych. Potencjalnie przez zmniejszenie aktywności fizycznej zmniejsza się też narażenie ludności na urazy w wyniku aktywności rekreacyjnej. Również i wprowadzenie w szerszym zakresie pracy zdalnej pozwoliło na ograniczenie narażeń pracowników niektórych branż na niebezpieczeństwa związane z wykonywaną pracą. Z drugiej strony obniżenie mobilności spowodowało wzrost ekspozycji na ryzyka wypadków w środowisku domowym wśród których najważniejszą grupę stanowią upadki. W tym kontekście grupą szczególnego ryzyka są osoby starsze, które wewnątrz budynków mają najwyższe ryzyko upadków. Jak już wymieniono wcześniej w 2020 r. doszło do wzrostu zgłoszenia domu jako miejsca wypadku wśród osób 60+. Upadki w najstarszych grupach demograficznych są szczególnie niebezpieczne i powikłane trudnymi do leczenia i źle rokującymi urazami. Badania obserwacyjne również wskazują, że osoby starsze przez ograniczenie aktywności fizycznej mają większe ryzyko upadku skutkującego poważnymi urazami¹. W piśmiennictwie

1 Sherrington C, Fairhall N, Kwok W, Wallbank G, Tiedemann A, Michaleff ZA, Ng CACM, Bauman A. Evidence on physical activity and falls prevention for people aged 65+ years: systematic review to inform the WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020 Nov 26;17(1):144

można też i zauważyć, że sam przebieg COVID-19 zwiększa ryzyko upadków powodując zaburzenia uwagi, równowagi oraz inne zaburzenia narządów zmysłów. Wskazując na te okoliczności warto dodać, że zaobserwowane zmiany dotyczyły 2020 r., kiedy wprowadzano najsilniejsze restrykcje skutkujące w ograniczaniu kontaktów i mobilności ludności Polski. Nieznany jest za to wpływ zaostrzeń pandemicznych w 2021 r., kiedy stopniowo wprowadzono szczepienia i zrezygnowano z wprowadzenia ogólnopopulacyjnych obostrzeń.

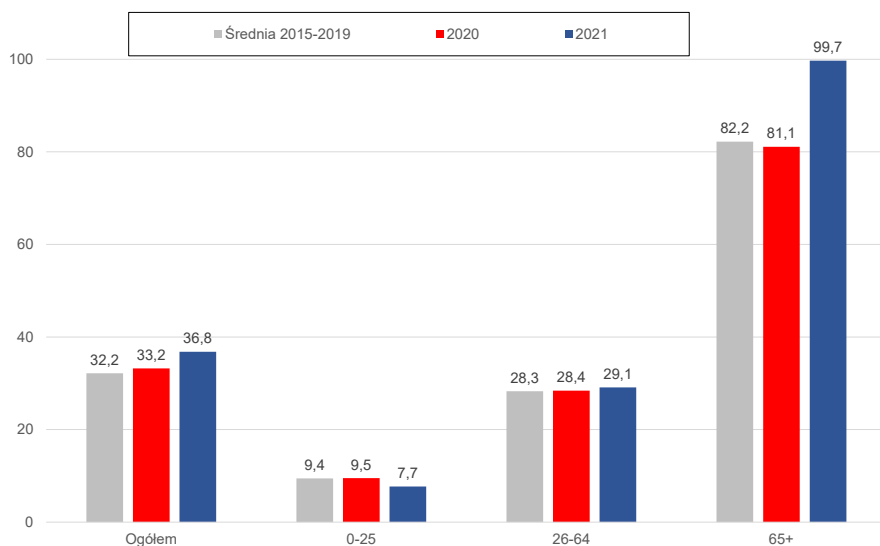
Z punktu widzenia oceny rzeczywistej skali wypadkowości duże znaczenie ma również Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. W czasie lat 2020–2021 można było zaobserwować wyraźne zmiany w stosunku do lat poprzednich zarówno w chorobowości szpitalnej z powodu urazów wywołanych wypadkami, jak i w przypadku umieralności. W przypadku określenia wypadków powodujących hospitalizację klasyfikacja ICD-10 wymaga, aby podać w rozpoznaniu dwa kody – pierwszy opisujący skutki zdrowotne tj. rany, złamania, zatrucia i drugi opisujący przyczynę zewnętrzną. W przypadku Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej duży odsetek sprawozdających jednostek w ostatnich latach zaniechał określenia kodu opisującego przyczynę zewnętrzną – wypadku i dlatego wymieniona liczba hospitalizacji może też być w znacznym stopniu zaniżona. Dane uzyskane z trzech województw charakteryzujących się najlepszą sprawozdawczością (województwa: opolskie, podkarpackie i śląskie) pokazują, że w 2020 r. doszło do poważnego zmniejszenia częstości leczenia szpitalnego z powodu wypadków w stosunku do średniego współczynnika z 5 lat poprzedzających epidemię. Od wielu lat grupami demograficznymi najczęściej hospitalizowanymi z powodu wypadków są osoby młode do 25. roku życia oraz najstarsze powyżej 65. roku życia. Ogółem w 2020 r. współczynnik hospitalizacji zmalał o blisko 24% wobec średniej 5 letniej sprzed pandemii. Najbardziej widoczny spadek częstości leczenia szpitalnego w roku z powodu urazów spowodowanych wypadkami był obserwowany dla 2020 r. dla osób powyżej 65. roku życia- spadek o blisko 30% a najniższy w tym samym roku w przypadku osób do 25. roku życia – o 17%. W 2021 r. doszło zaś do ponownej wyżki współczynników chorobowości szpitalnej, lecz do poziomu nieco niższego niż sprzed pandemii (ryc. 10.3).



Ryc. 10.3 Współczynniki rzeczywiste hospitalizacji na 100 000 z powodu wypadków (V01-X59) na 100 000 ludności w woj. opolskim, podkarpackim i śląskim według grup wieku i płci (*Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej NIZP – PZH*)

Obserwowane zmiany chorobowości szpitalnej w trzech referencyjnych województwach są trudne do interpretacji. Spadek częstości hospitalizacji w 2020 r. mógł wynikać zarówno z obniżenia się wypadkowości zaobserwowanej w badaniu NIZP – PZH w 2020 r. i być jednocześnie skutkiem ograniczonego przyjmowania do leczenia szpitalnego ofiar różnego rodzaju wypadków przez zmiany systemowe powodujące ograniczenia przyjmowania do szpitali wprowadzone podczas pandemii w latach 2020–2021. Trzeba przy tym zauważyć, że śmiertelność szpitalna z powodu ogółu wypadków w 2020 r. była nieznacznie wyższa w referencyjnych województwach od przeciętnej rejestrowanej przed pandemią wynoszącej 1,3%. W 2020 r. wynosiła ona 1,4%, a w 2021 r. powróciła ona do poziomu przeciętnego sprzed pandemii. Może to świadczyć, że ciężkość urazów w wypadkach oraz skuteczność ich leczenia w szpitalach była dosyć podobna co w latach poprzedzających pandemię. Warto przy tym nadmienić, że również struktura hospitalizacji nie zmieniła się zasadniczo wobec lat poprzedzających pandemię i urazy wywołane upadkami nadal zdecydowanie dominowały w chorobowości szpitalnej stanowiąc ponad 60% wszystkich zarejestrowanych hospitalizacji.

Nieco bardziej niepokojące tendencje podczas pandemii zaobserwowano za to w przypadku umieralności z powodu wypadków. O ile w 2020 r. współczynnik umieralności był na poziomie średniej 5-letniej sprzed epidemii, tak w 2021 r. doszło do wzrostu częstości umieralności z powodu wypadków. Wzrost ten wynikał głównie z wyraźnego wzrostu umieralności z powodu omawianych przyczyn wśród osób powyżej 65. roku życia. Poziom umieralności osób w średniej grupie wiekowej w wieku 26–64 lata nie uległ większej zmianie, natomiast spadła umieralność osób najmłodszych w wieku 0–25 lat (ryc. 10.4).



Ryc. 10.4. Współczynnik rzeczywisty umieralności na 100 000 ludności z powodu ogółu wypadków (V01-X59) przed pandemią i w latach 2020 i 2021 (GUS)

10.4. Zmiany częstości i uwarunkowań wypadków drogowych w latach 2020–2021

Jak już zostało wspomniane wcześniej w epidemii doszło do znacznych modyfikacji stylu życia, które wpłynęły na ograniczenia w komunikacji co bezpośrednio przełożyło się na zmniejszenie liczby wypadków drogowych i ich ofiar. W samej UE w 2020 r.

doszło do dużego spadku liczby wypadków drogowych, jak i ich ofiar śmiertelnych. Liczba ofiar śmiertelnych wypadków w całej UE spadła o 17% w stosunku do 2019 r. W 2021 r. zaobserwowano pewne odbicie w całej UE i nieznaczny 5% wzrost liczby ofiar wypadków. Polska stanowiła pozytywny wyjątek, gdzie zaobserwowano spadki wypadkowości zarówno w 2020 r., jak i 2021 r. Wydaje się, że wprowadzone restrykcje związane z pandemią COVID-19 poprawiły bezpieczeństwo ruchu drogowego lecz jest to jednak przekonanie powierzchowne, gdyż liczne badania obserwacyjne przeprowadzone na świecie podczas pandemii wskazały, że ograniczenie liczby ofiar wypadków komunikacyjnych wynika głównie ze zmniejszenia natężenia ruchu drogowego, natomiast zachowania uczestników ruchu drogowego pogorszyły się – częściej dochodziło do jazdy z nadmierną prędkością i do nieprzestrzegania zasad ruchu drogowego. Okoliczności te spowodowały w wielu krajach, że przy mniejszej liczbie wypadków ich ciężkość była zazwyczaj większa niż przeciętnie przed epidemią².

Polska pomimo stopniowej poprawy nadal jest uznawana jako kraj o jednych z gorszych warunków bezpieczeństwa na drogach w UE³. Pomiędzy 2010 r. a 2021 r. w Polsce, udało się zredukować liczbę ofiar śmiertelnych o 42,5% (spadek liczby ofiar śmiertelnych z do 3907 do 2 245). Tempo spadku w całej UE było niewiele niższe i wynosiło 33,1%. Biorąc pod uwagę wyższe zagrożenie życia ludności z powodu wypadków drogowych w naszym kraju utrzymujące się od wielu lat należy traktować tą okoliczność jako nie do końca satysfakcjonującą, wskazującą na powolne zmniejszanie się względnej nadwyżki umieralności z powodu omawianych przyczyn w Polsce. Do zjawisk pozytywnych dotyczących zmian liczby ofiar śmiertelnych wypadków drogowych należy też zaliczyć wysoką ponad 57% dynamikę spadku pieszych ginących na drogach w Polsce od 2010 r.

Współczynnik umieralności z powodu wypadków drogowych na 100 tys. ludności spadał w trakcie dwóch lat pandemii z 7,7 w 2019 r. do 5,9 w 2021 r., tymczasem w UE omawiany współczynnik spadł przeciętnie z 5,1 do 4,4. Pozytywną zaobserwowaną tendencją podczas lat szczególnego nasilenia pandemii COVID-19 należy poprawa bezpieczeństwa pieszych (tabela 10.1) i wyraźne zmniejszenie ofiar śmiertelnych wśród tych uczestników ruchu drogowego w porównaniu do innych uczestników. Polska zмага

2 Shaik ME, Ahmed S. An overview of the impact of COVID-19 on road traffic safety and travel behavior. Transportation Engineering. 2022 May 21:100119.

3 https://transport.ec.europa.eu/2021-road-safety-statistics-what-behind-figures_en

się od lat z problemem szczególnie wysokiego udziału wśród ofiar wypadków pieszych. W 2021 r. w Polsce zginęło 1,4 pieszych na 100 tys. podczas gdy przeciętnie w krajach UE ginęło w tego typu wypadkach 0,9 pieszych na 100 tys. ludności. Zarówno przed pandemią, jak i w czasie pandemii, zaobserwowano podobną strukturę demograficzną ofiar wypadków drogowych. Największy udział wśród ofiar śmiertelnych w latach 2020–2021 miały osoby powyżej 60 lat – 30%. Wśród rannych zaś największy udział miała grupa wiekowa 25–39 lat – 28%. Podczas pandemii doszło w naszym kraju do zmian charakterystyki i przyczyn samych wypadków.

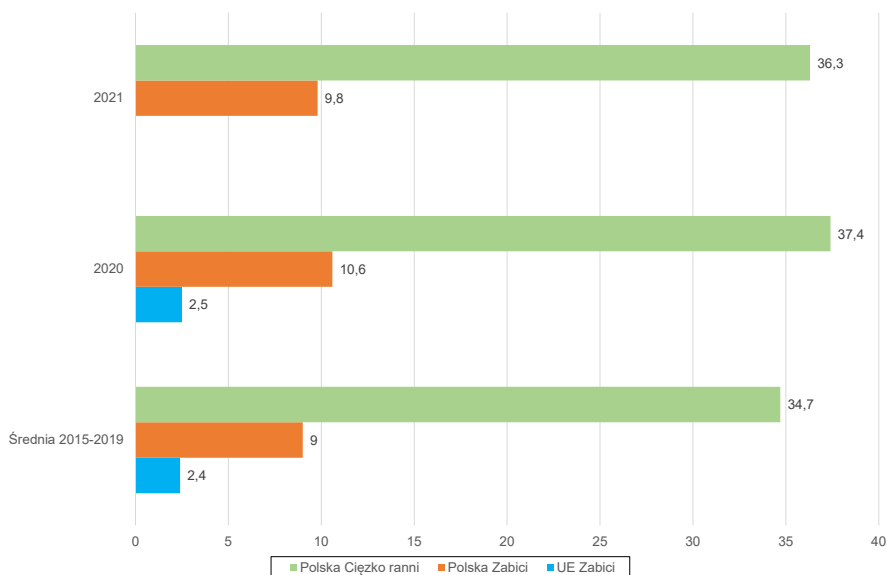
Tabela 10.1. Ofiary śmiertelne wypadków drogowych wg środka transportu w Polsce w latach 2010, 2020, 2021 (Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego)

Uczestnicy ruchu drogowego	2010		2020		2021		Zmiana 2021/2010
	liczba	% ogółu	liczba	% ogółu	liczba	% ogółu	
Piesi	1236	31,6%	631	25,3%	527	23,5%	- 57,4%
Samochody osobowe	1853	47,4%	1162	46,6%	1094	48,7%	-41%
Rowery	280	7,2%	249	10%	185	8,2%	-33,9%
Motocykle	259	6,6%	244	9,8%	215	9,6%	-17,0%
Motorowery	83	2,1%	71	2,9%	54	2,4%	-34,9%
Samochody ciężarowe	142	3,6%	104	4,2%	128	5,7%	-9,9%
Autobusy	14	0,4%	9	0,4%	11	0,5%	-21,4%
Ogółem	3907		2491		2245		-42,5%

Wbrew utartym przekonaniom o szczególnym wyciszeniu natężenie ruchu drogowego podczas pandemii należy wskazać, że był kontynuowany w tych latach trend dalszego wzrostu natężenia ruchu. Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad (GDDKiA) przeprowadziła w latach 2020–2021 cykliczne Generalne Pomiaru Ruchu. Według odczytów z tych badań w latach 2020–2021 natężenie ruchu wzrosło w stosunku do pomiarów z 2015 r. o 21%⁴. Mimo to należy zauważyć, że wiele raportów

4 Tutka P, Kunikowski P, Szyszło A. Synteza wyników Generalnego Pomiaru Ruchu 2020/21 na zamiejsciej sieci dróg krajowych, opracowane przez Heller Consult sp. z o.o. na zlecenie Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad, Warszawa, październik 2021

syntetyzujących sytuację bezpieczeństwa ruchu drogowego zarówno Policji, Instytutu Transportu Samochodowego i Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego wspomina o możliwości oddziaływaniu czasowych ograniczeń mobilności na ograniczenie liczby ofiar wypadków drogowych, natomiast nie wskazują one precyzyjnie jakie dokładne procesy mogły się do tego przyczynić. Restrykcje skutkujące ograniczaniem przemieszczaniu się w największym stopniu wpłynęły na redukcję liczby wypadków w kwietniu 2020 r. (spadek o 52%), a w czasie jesiennych obostrzeń w ramach wzrostów zapadalności na COVID-19 w tym samym roku, czyli w listopadzie zarejestrowano 35% spadek liczby wypadków. Warto przy tym dodać, że eksperci zwracali uwagę, że nie zawsze przy spadkach liczby wypadków w związku z obostrzeniami dochodziło do spadków liczby ofiar wypadków, co potwierdza, że wypadki w okresie pandemii powodowały cięższe obrażenia. Kolejnym zjawiskiem, które eksperci od bezpieczeństwa ruchu drogowego zauważyli w 2020 r. to zwiększenie ruchu rowerowego i niewielka wyżka liczby ofiar śmiertelnych wśród rowerzystów w stosunku do 2019 r. (wzrost z 249 do 258). Wzrost ciężkości wypadków podczas niektórych miesięcy naznaczonych wprowadzanymi restrykcjami z powodów wzrostu zapadalności na COVID-19 jest to o tyle niepokojący, gdyż zjawisko dużej ciężkości wypadków drogowych od wielu lat nie zmienia się w Polsce. Wskaźnik najbardziej syntetycznie opisujący ciężkość wypadków, czyli liczba ofiar śmiertelnych przypadających na 100 wypadków drogowych od niemal dekady nie spadał w naszym kraju poniżej 9 podczas gdy w krajach UE utrzymywał się na poziomie nieznacznie powyżej 2. W 2020 r. doszło do wyżki współczynnika ofiar śmiertelnych do 10,6, natomiast w 2021 r. doszło do nieznacznego spadku wskaźnika ciężkości wypadków (ryc. 10.5)



Ryc. 10.5. Liczba zabitych i ciężko rannych przypadająca na 100 wypadków drogowych w Polsce i przeciętnie w UE (opracowanie własne baza danych CARE, KGP)

Częściowo zwiększenie się ciężkości wypadków drogowych mogą wyjaśnić dane Policji dotyczące przyczyn i rodzajów wypadków zarejestrowanych przed pandemią, jak i w jej trakcie. Nie zmieniła się w tym zakresie znacznie struktura rodzajów wypadków. Nadal najczęstszym rodzajem wypadku w zarówno czasie jak i przed pandemią, było zderzenie boczne, zarejestrowano za to nieznacznie mniej najechań na pieszych, co również wyjaśnia wyraźny spadek pieszych wśród ofiar wypadków. Natomiast zauważono w latach nasilenia pandemii wzrost udziału wypadków spowodowanych przez niedostosowanie prędkości do warunków ruchu. Niepokojącym zjawiskiem z punktu widzenia zdrowia publicznego były wzrost udziału wypadków z nietrzeźwymi uczestnikami ruchu drogowego, mogłoby to świadczyć, że wzrost deklaracji problemowego używania alkoholu przez mężczyzn w 2020 r. mógł mieć wpływ na tą okoliczność (ryc. 10.6a i b).



Ryc. 10.6. a i b Rodzaje i przyczyny wypadków oraz udział wypadków z nietrzeźwymi uczestnikami ruchu drogowego jako odsetek wszystkich wypadków drogowych zarejestrowanych przez Policję przed pandemią i w latach 2020 i 2021 (KGP)

Podsumowując sytuację w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego podczas lat największego nasilenia epidemii należy zauważyć, że podobnie jak w większości krajów UE doszło do znacznego obniżenia liczby wypadków drogowych i ich ofiar w 2020. Pomimo obserwowanego w większości krajów UE odbicia w 2021 r. w Polsce był kontynuowany trend spadkowy. Szczególnie polepszyła się sytuacja bezpieczeństwa pieszych. Z jednej strony dochodziło do spadków natężenia ruchu drogowego punktowo w miesiącach odznaczających się silniejszymi restrykcjami i w konsekwencji obniżała się w tych miesiącach wypadkowość, a z drugiej strony w Polsce w latach 2020–2021 kontynuowana była wieloletnia tendencja do zwiększania się natężenia ruchu drogowego. Podsumowując strukturę przyczyn i rodzajów wypadków drogowych doszło do niewielkich modyfikacji zachowań na drogach w latach 2020–2021 względem lat poprzednich. Jako pozytywne zjawisko można wymienić zmniejszenie liczby przypadków najechania na pieszych, natomiast niepokojący był nieznaczny wzrost wypadków spowodowanych niedostosowaniem prędkości do warunków na drodze oraz wzrost udziału wypadków z nietrzeźwymi uczestnikami ruchu drogowego. Kolejnym negatywnym zjawiskiem, który był obserwowany w Polsce, ale i również w innych krajach, to wzrost ciężkości wypadków podczas pandemii.

10.5. Potencjalny wpływ pandemii na częstość występowania upadków

Upadki są coraz poważniejszym problemem zdrowia publicznego w Polsce z powodu starzenia się populacji. W liczbach bezwzględnych w Polsce w 2019 r. w wyniku urazów doznanych podczas upadku zmarło blisko 4700 osób, czyli więcej niż w wypadkach drogowych. Ryzyko upadku powikłanego poważnymi urazami zagrażającymi życiu bądź wymagającego hospitalizacji wśród których najważniejszymi są złamania, urazy głowy bądź zatorowość wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem i największą grupą ryzyka tego typu wypadku stanowią osoby powyżej 65. roku życia. Nie oznacza to, że upadki są tylko zagrożeniem zdrowotnym dotyczącym osób starszych. Chorobowość hospitalizowana z powodu upadków jest również wysoka u ludzi młodych, lecz w przypadku młodszych (ryc. 10.3) osób mamy odmienną charakterystykę epidemiologiczną upadków. W przypadku tej grupy demograficznej urazy wywołane upadkiem zazwyczaj mają łżejszy przebieg, złamania są prostsze w leczeniu a rekonwalescencja krótsza.

Częściej do upadków u takich osób dochodzi w ramach uprawiania aktywności fizycznej lub przemieszczania się⁵. Ryzyko upadków wzrasta również u osób młodych pod wpływem substancji psychoaktywnych – alkoholu, narkotyków, dopalaczy. Natomiast u osób starszych czynniki ryzyka są nieco bardziej odmienne i złożone niż u osób młodszych: upadki głównie są związane z chorobami układu ruchu, postępującymi procesami zmniejszania się masy mięśniowej i osteoporozy, problemami z narządami zmysłów, co powoduje problemy z utrzymaniem równowagi. Ryzyko upadku zwiększa też przebieg niektórych chorób przewlekłych, w wyniku wielochorobowości i niedożywienia. U osób starszych do upadków najczęściej dochodzi w środowisku domowym. Wbrew utartym przekonaniom, że aktywność fizyczna naraża na zwiększone ryzyko upadku jest wręcz przeciwnie-aktywność fizyczna poprawia funkcjonowanie układu kostno-szkieletowego oraz polepsza zmysł równowagi obniżając ryzyko upadku u osób starszych⁶. Brak aktywności zaś prowadzi do zwiększenia ryzyka upadków. Jeszcze przed pandemią zrealizowano w latach 2018–2019 badanie PolSenior2 dotyczące sytuacji zdrowotnej osób starszych, w którym określono częstość upadków i określono, że w ciągu roku co najmniej jednego upadku doświadcza 16% osób w wieku 60 i więcej lat. Najczęstszymi okolicznościami związanymi z upadkami osób było chodzenie – 66,7% wszystkich upadków, 27,6% upadków było związanych z siadaniem lub wstawaniem, zaledwie 2,7% upadków była u seniorów poprzedzona uprawianiem aktywności fizycznej⁷. Zaobserwowane podczas pandemii ograniczenia mobilności osób miały zatem potencjalnie wpływ na zwiększenie się ryzyka upadków osób starszych przez ograniczenie ich aktywności fizycznej, dłuższe pozostawanie w mieszkaniach, które są najczęstszym miejscem upadku^{8, 9}.

5 Cho H, Heijnen MJH, Craig BA, Rietdyk S. Falls in young adults: The effect of sex, physical activity, and prescription medications. Barbieri FA, editor. PLOS ONE. 2021 Apr 22;16(4): e0250360

6 WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization; 2008.

7 Skalska A, Hajduk A, Mossakowska M, Wizner B, Wierzba K, Grodzicki T W: Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem Błędowski P, Grodzicki T, MM, Zdrojewski T, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.

8 Hoffman GJ, Malani PN, Solway E, Kirch M, Singer DC, Kullgren JT. Changes in activity levels, physical functioning, and fall risk during the COVID-19 pandemic. J Am Geriatr Soc. 2022;70(1):49–59

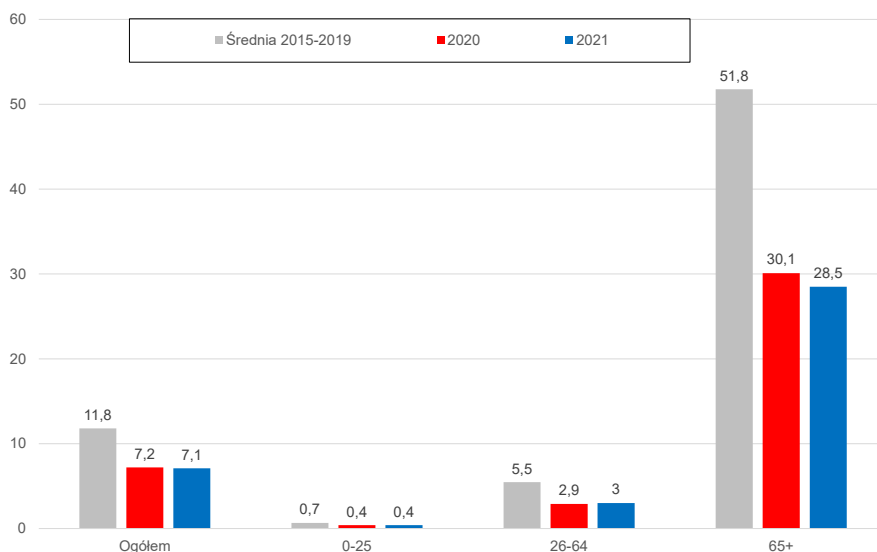
9 Sherrington C, Fairhall N, Kwok W, Wallbank G, Tiedemann A, Michaleff ZA, Ng CACM, Bauman A. Evidence on physical activity and falls prevention for people aged 65+ years: systematic review to inform the WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020 Nov 26;17(1):144

Warto przy tym przypomnieć, że w badaniu realizowanym przez NIPZ–PZH w 2020 r. zaobserwowano u osób powyżej 60. roku życia wyższy udział wypadków w domu niż w 2018 r. U osób młodszych doszło zaś do ograniczenia aktywności fizycznej co mogło wpłynąć na zmniejszenie ryzyka upadków. Z drugiej strony we wspomnianym badaniu ankietowym NIZP – PZH z 2020 r. szczególnie u młodych mężczyzn, którzy częściej podejmują aktywność fizyczną najczęściej zaobserwowano wzrost odsetka osób deklarujących problemowe używanie alkoholu. Trzeba przy tym dodać, że w Polsce jak dotąd nie przeprowadzono badań dotyczących charakterystyk występowania i czynników ryzyka upadków w młodszych grupach wiekowych, więc trudno ocenić jak wzrost częstości problemowego spożywania alkoholu mógł wpłynąć na częstość upadków.

W latach szczególnego nasilenia pandemii zaobserwowano spadek częstości hospitalizacji z powodu upadków we wszystkich grupach wiekowych. Ogólnie w 3 referencyjnych województwach odznaczających się największą kompletnością danych dotyczących hospitalizacji z powodu wypadków w 2020 r. zarejestrowano spadek współczynnika rzeczywistego hospitalizacji w 2020 r. o 24,5% w porównaniu do średniej 5 letniej sprzed pandemii. W 2021 zarejestrowano za to blisko 15% mniejszy współczynnik niż 5 letnia średnia przed pandemią. Największe spadki leczenia zaobserwowano w grupie demograficznej 65+ wśród której spadki wymienione współczynników wynosiły blisko 31% w 2020 r. i blisko 24% w 2021 r. Trudno przy tym ocenić, czy tak duża zmiana wynikała z ograniczeń przyjęć szpitali wynikających z obostrzeń czy z powodu faktycznego ograniczenia częstości upadków we wszystkich grupach wiekowych. Należy przy tym wspomnieć, że na obszarze 3 województw objętych analizą doszło do wzrostu śmiertelności szpitalnej z powodu upadków z 1,5% przeciętnie tuż przed pandemią do 1,9% w 2020 r. W 2021 r. śmiertelność nieznacznie obniżyła się do 1,8%. Najbardziej widoczne były wzrosty śmiertelności osób starszych powyżej 65 lat z powodu upadków- wzrost z 4,3% przed pandemią do 5,3% w 2020 r., natomiast w 2021 r. doszło do nieznacznego spadku śmiertelności do 5%.

Równoległe wraz ze spadkiem częstości leczenia szpitalnego, zmniejszyły się wyraźnie w latach 2020–2021 współczynniki umieralności z powodu upadków. Przed pandemią blisko trzy czwarte wszystkich zgonów z powodu upadków dotyczy osób starszych-powyżej 65 roku życia. Sytuacja w tym względzie podczas pandemii nie uległa zasadniczym zmianom. Natomiast częstość zgonów z powodu omawianych przyczyn wyraźnie spadła w 2020 r. w stosunku do średniej z lat 2015–2020 o blisko

40% (spadek współczynnika rzeczywistego z na 100 tys. ludności). W 2021 r. częstość umieralności z powodu upadków w Polsce utrzymywała się na tym samym poziomie co w 2020 r. (ryc. 10.7).



Ryc. 10.7. Współczynnik rzeczywisty umieralności na 100 tys. ludności z powodu upadków (W00-W19) przed pandemią i w latach 2020–2021 (GUS)

Zaobserwowane zmiany współczynnika umieralności najprawdopodobniej jednak wynikały ze zmian kodowania przyczyn zgonów z powodu upadków w GUS. Przed pandemią w przypadku ponad 40% upadków skutkujących śmiertelnymi urazami stanowiły upadki w wyniku poślizgnięć i potknięć (kod W01 klasyfikacji ICD-10). Drugą rzadszą przyczyną zgonu przed pandemią były upadki ze schodów i innych pochyłości, które stanowiły 6,3% stwierdzonych zgonów (kod W10). Jednak trzeba wspomnieć, że do 2019 r. w przypadku kolejnych 40% zgonów w przyczynie wyjściowej wpisywano upadki bliżej nieokreślone (kod W19). W latach 2020–2021 już przestano kodować przyczyny zgonów w ramach tej kategorii w rejestrze zgonów GUS. Warto przy tym dodać, że upadki w wyniku poślizgnięć i potknięć w latach 2020-2021 stanowiły już ponad 60% przyczyn zgonów związanymi z upadkami, a upadki ze schodów i pochyłości – 12%. Można sformułować hipotezę, że lekarze koderzy

najprawdopodobniej przypisali w przypadkach upadków nieokreślonych inne przyczyny i zgony te nie zostały ujęte w kryteriach upadków co pociągnęło za sobą znaczne ograniczenie liczby raportowanych zgonów w ramach kategorii upadków. Trudno zidentyfikować, do których kategorii zgonów według klasyfikacji ICD-10 zostały przypisane zgony w przypadku nieokreślonych okoliczności upadków. Możliwe, że zostały przypisane do innych kategorii w ramach wypadków i trzeba tu wspomnieć, że w 2021 r. umieralność z powodu wypadków wyraźnie wzrosła w stosunku do lat poprzedzających pandemię w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia, wśród której epidemiologicznie dominują upadki jako przyczyna wypadkowości. W tym kontekście warto również wspomnieć, że zgłaszane są problemy przy określaniu przyczyn zgonu w momencie zgonu związanego z upadkiem. W piśmiennictwie są też udokumentowane błędy świadczące o niedoszacowaniu lub o nieprecyzyjnym kodowaniu tych zgonów w innych krajach¹⁰. Upadek może być przyczyną urazów, ale może być też i skutkiem innych problemów zdrowotnych, w tym również i w przebiegu COVID-19¹¹ co może również prowadzić do nieprecyzyjnego określania tych przyczyn zgonów w czasie pandemii.

10.6. Potencjalny wpływ pandemii na częstość wypadkowych utonięć

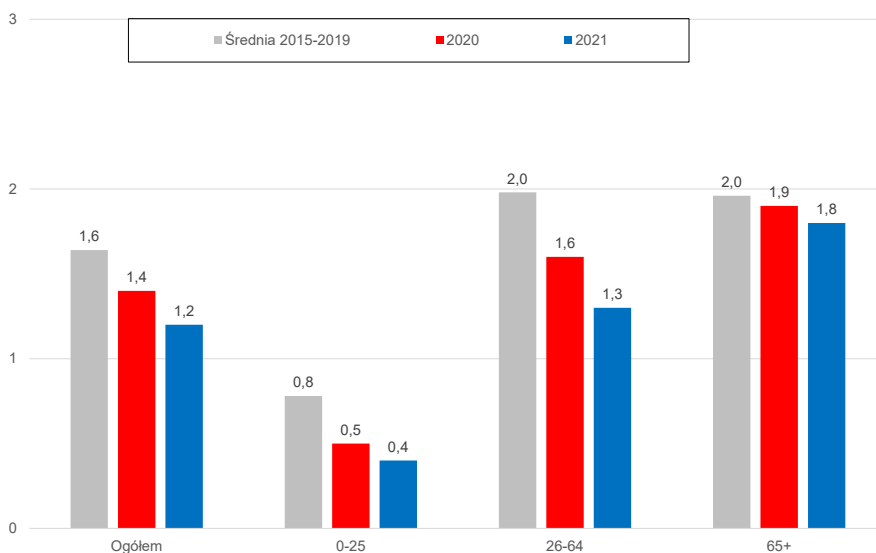
Utonięcie z medycznego punktu widzenia definiowane jest jako uduszenie z powodu zalewania płynem dróg oddechowych. W przypadku tego rodzaju wypadków, zagrożenie życia w Polsce jest znacznie wyższe niż przeciętnie w krajach UE od wielu dekad, choć od 2011 r. zarysowała się wyraźna tendencja spadkowa i omawiana nadwyżka stopniowo zmniejsza się – w 2017 r. zagrożenie życia ludności Polskie z powodu utonięcia było przeciętnie o 50% wyższe niż przeciętnie w UE (współczynnik standaryzowany umieralności w Polsce 1,8 vs. 1,2 przeciętnie w UE). Trzeba przy tym dodać, że w 5 latach poprzedzających pandemię współczynnik standaryzowany umieralności z powodu utonięć systematycznie spadał z 1,8 w 2015 r. do 1,3 w 2019 r.

10 Ellingsen CL, Ebbing M, Alfsen GC, Vollset SE. Injury death certificates without specification of the circumstances leading to the fatal injury – the Norwegian Cause of Death Registry 2005-2014. *Popul Health Metr.* 2018;16(1):20

11 Gawronska K, Lorkowski J. Falls as one of the atypical presentations of COVID-19 in older population. *Geriatr Orthop Surg Rehabil.* 2021;12:2151459321996619.

Okres pandemii był okresem ograniczenia mobilności i ograniczania aktywności fizycznej, co skłaniałoby do przesłanki, że doszło do ograniczenia aktywności z wypoczynkiem nad wodą i przez co mogło spadać ryzyko utonięć. Z drugiej strony zaobserwowano wzrost częstości problemowego używania alkoholu wśród mężczyzn, którzy również stanowią grupę najwyższego ryzyka utonięć. Alkohol jest jednym z najważniejszych czynników przyczyniającym się do utonięć. Warto przy tym wspomnieć, że utonięcia nie tylko wiążą się z aktywnością wypoczynkową nad wodą, ale również wynikają z różnego rodzaju wypadkowych sytuacji polegających np. na niezamierzonym wpadnięciu do wody.

W latach szczególnego nasilenia pandemii COVID-19 w Polsce, czyli w latach 2020-2021 doszło do kontynuacji tendencji spadkowej umieralności z powodu utonięć względem lat poprzedzających pandemię. Szczególnie wyraźny spadek umieralności nastąpił w młodszych grupach wiekowych, natomiast w grupie 65+ dokonała się bardzo niewielka obniżka umieralności. Wbrew stereotypowi mówiącemu o najwyższym ryzyku utonięcia u osób młodych-najwyższe współczynniki umieralności są od dłuższego czasu rejestrowane w grupie osób w wieku 26-64 lata i powyżej 65 lat (ryc. 10.8).



Ryc. 10.8. Współczynnik rzeczywisty umieralności na 100 000 ludności z powodu utonięć (W65-W74) przed pandemią i w latach 2020 i 2021 (GUS)

Należy zauważyć, że podobnie jak w latach poprzedzających pandemię utrzymywało się wielokrotnie wyższe ryzyko utonięć u mężczyzn niż u kobiet. Standaryzowany współczynnik umieralności mężczyzn wynosił odpowiednio 2,1 na 100 tys. w 2020 r. i 1,8 w 2021 r., podczas gdy u kobiet omawiany współczynnik wynosił 0,4 zarówno w 2020 r., jak i w 2021 r. Podobnie jak w latach poprzedzających pandemię, grupą najwyższego zagrożenia utonięciem byli mieszkańcy wsi. Najwyższe zagrożenie życia na tych terenach mają mężczyźni choć od 2015 r. dokonuje się znaczna poprawa sytuacji w tej grupie społecznej. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu utonięć mężczyzn mieszkańców wsi w 2020 r. wynosił 3,0 na 100 tys. ludności, a w 2021 r. spadł do 2,3. U kobiet zaś w wymienionych latach umieralność utrzymywał się na poziomie 0,5 na 100 tys. ludności.

Struktura przyczyn utonięć w latach nasilenia pandemii pozostawała w Polsce zbliżona do tej jaka była obserwowana w latach 2015–2020. Wśród utonięć w latach 2020–2021 największy udział miały utonięcia w wodach naturalnych (kod W69 klasyfikacji ICD-10) stanowiąc ponad 71% utonięć w 2020 r. i ponad 58% utonięć w 2021 r. W 2020 r. wpadnięcia do wody (kod W70) odpowiadały za ponad 14%, a w 2021 r. za blisko 17%. Podobna zmienność pomiędzy poszczególnymi latami w strukturze rodzajów utonięć były też obserwowane przed epidemią.

Źródłem danych na temat przyczyn utonięć są statystyki Policji, która zbiera informacje na temat interwencji jakich służba ta dokonała w ramach zgłoszeń utonięć. Warto przy tym podkreślić, że nie wszystkie zdarzenia, w których interweniowała Policja stanowią według medycznych kryteriów utonięcie. Policja również nie interweniuje w każdym przypadku tonięcia. Stąd zazwyczaj liczba utonięć zarejestrowana w ramach statystyk zgonów GUS jest wyższa od raportowanych przez Policję. Według danych KGP w latach 2015–2019 przed w przypadku 22% utonięć potwierdzono u ofiar obecność alkoholu w organizmie. W 2020 r. doszło do nieznacznego wzrostu odsetka tonących, którzy byli nietrzeźwi, obecność alkoholu stwierdzono u 25,4% osób. Odsetek ten zmniejszył się w 2021 r. do 19,1% czyli do poziomu niższego od obserwowanego przed pandemią. Poza tym w statystykach policyjnych nie było widać wyraźnych zmian dotyczących okoliczności i przyczyn utonięć w stosunku do lat poprzedzających pandemię. Najczęściej do utonięć dochodziło w miejscu niestrzeżonym niezabronionym – blisko

14% przypadków w 2020 r. i 15% w 2021 r. Drugą przyczyną zareportowanych tonięć była nieostrożność podczas przebywania nad wodą, która była przyczyną ponad 8% utonięć zarówno w 2020 r., jak i 2021 r. Również podobnie jak w latach poprzedzających do 50% raportowanych utonięć dochodziło w jeziorach i rzekach.

Podsumowując w latach 2020–2021 obserwowano kontynuację pozytywnej tendencji spadkowej, jeśli chodzi o umieralność z powodu utonięć sprzed pandemii. Poprawa była bardzo wyraźna w młodszych grupach wiekowych. Nie zaobserwowano szczególnych zmian w zachowaniach związanych z bezpieczeństwem nad wodą, które można by było wiązać ze zmianami stylu życia podczas pandemii. Pewien wyjątek stanowi w tym przypadku nieznaczny wzrost względem lat poprzednich odsetka tonących nietrzeźwych w 2020 r.

Podsumowanie:

1. W 2020 r. współczynnik umieralności z powodu wypadków był na poziomie średniej 5 letniej sprzed epidemii. W 2021 r. doszło jednak do wzrostu częstości umieralności. Wzrost ten wynikał głównie z wyraźnej wyżki umieralności wśród osób powyżej 65. roku życia. Poziom umieralności osób w średniej grupie wiekowej w wieku 26-64 lata nie uległ większej zmianie, natomiast spadła umieralność osób najmłodszych w wieku 0-25 lat.
2. Współczynnik umieralności z powodu wypadków drogowych na 100 tys. ludności spadał w trakcie dwóch lat pandemii z 7,7 w 2019 r. do 5,9 w 2021 r., tymczasem w UE omawiany współczynnik spadł przeciętnie z 5,1 do 4,4.
3. Doszło do niewielkich modyfikacji zachowań na drogach w latach 2020–2021 względem lat poprzednich. Jako pozytywne zjawisko można wymienić zmniejszenie liczby przypadków najechania na pieszych, niepokojący był nieznaczny wzrost wypadków spowodowanych niedostosowaniem prędkości do warunków na jezdni oraz wzrost udziału wypadków z nietrzeźwymi uczestnikami ruchu drogowego. Kolejnym negatywnym zjawiskiem to wzrost ciężkości wypadków w latach 2020–2021 w stosunku do lat sprzed pandemii.

4. W latach 2020–2021 obserwowano kontynuację pozytywnej tendencji spadkowej, jeśli chodzi o umieralność z powodu utonięć. Poprawa była bardzo wyraźna w młodszych grupach wiekowych. Nie zaobserwowano szczególnych zmian w zachowaniach związanych z bezpieczeństwem nad wodą, które można by było wiązać ze zmianami stylu życia podczas pandemii. Pewien wyjątek stanowi w tym przypadku nieznaczny wzrost względem lat poprzednich odsetka tonących nietrzeźwych w 2020 r.

11. WIELOASPEKTOWA ANALIZA ABSENCJI CHOROBOWEJ

Ewa Karczewicz,
Agnieszka Sikora (Zakład Ubezpieczeń Społecznych)

W strukturze wydatków z ubezpieczeń społecznych na świadczenia społeczne związane z niezdolnością do pracy znacząco rośnie udział wydatków na absencję chorobową.

W 2021 r. wydatki na absencję chorobową finansowaną z FUS i z funduszu zakładów pracy wyniosły 24 527,0 mln zł i w porównaniu z rokiem poprzednim ich kwota była wyższa o 7,0%. Zasiłki chorobowe finansowane z FUS wyniosły 14 776,8 mln zł (w porównaniu z 2020 r. wzrosły o 4,9%), a na wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy finansowane ze środków zakładów pracy i Funduszu Gwarantowanych świadczeń Pracowniczych FGŚP wydatkowano 9 750,2 mln zł (wzrost o 10,3%).

Wydatki na absencję chorobową w analizowanym okresie w 60,2% pokrywał FUS, w pozostałym zakresie wydatki ponosili pracodawcy i FGŚP. W porównaniu z 2020 r. nastąpił spadek o 1,3 p.p. udziału zasiłków finansowanych z FUS w wydatkach na absencję ogółem (na rzecz wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy finansowanych ze środków zakładów pracy).

W 2021 r. w *Rejestrze zaświadczeń lekarskich* zarejestrowano 24,6 mln zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 282,5 mln dni absencji chorobowej (z tytułu choroby własnej, opieki nad dzieckiem oraz opieki nad innym członkiem rodziny).

Tabela 11.1. Absencja chorobowa w latach 2020–2021

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich	
	Ogółem	w tym: ubezpieczeni w ZUS	Ogółem	w tym: ubezpieczeni w ZUS
w mln				
2020	296,9	266,6	24,2	22,7
2021	282,5	252,0	24,6	23,1
dynamika				
2020 = 100	95,1	94,5	101,7	101,6

W porównaniu do 2020 r. obserwujemy spadek liczby dni absencji chorobowej o 4,9%, przy jednoczesnym wzroście o 1,7% liczby zaświadczeń lekarskich. Taką tendencję obserwujemy od kilku lat. Liczba zaświadczeń, w porównaniu z rokiem poprzednim, rośnie i tak, w 2017 r. wzrosła o 2,6%, w 2018 r. o 1,2%, w 2019 r. o 0,9% przy spadkowej tendencji liczby dni absencji chorobowej, która w 2017 r. była wyższa o 1,9%, ale w 2018 r. spadła o 1,2%, w 2019 r. znów minimalnie wzrosła o 0,9%.

Tabela 11.2. Absencja chorobowa w 2021 r.

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej	Liczba zaświadczeń lekarskich	Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego
	w mln		
OGÓŁEM	282,5	24,6	11,48
w tym z tytułu:			
choroby własnej	270,1	21,9	12,32
opieki nad dzieckiem	9,9	2,3	4,36
opieki nad innym członkiem rodziny	2,3	0,4	6,20

Z powyższych danych wynika, że 95,6% liczby dni absencji chorobowej dotyczy tzw. choroby własnej, jedynie 4,3% wynika z opieki nad dzieckiem bądź innym członkiem rodziny. Zwraca też uwagę przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego, która w przypadku choroby własnej w 2021 r. wyniosła ponad 12 dni.

W 2021 r. osobom sprawującym opiekę nad dzieckiem wystawiono 2,3 mln zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 9,9 mln dni. W porównaniu do 2020 r. liczba zaświadczeń wzrosła o 37,9%, a liczba dni absencji chorobowej – o 19,6%. Tak duży wzrost zarówno liczby zaświadczeń, jak i liczby dni z tytułu opieki nad dzieckiem, wynika z faktu, iż 2020 r. był rokiem pandemii, w którym obowiązywał (na mocy Dz.U. z dn. 2 marca 2020 r.) dodatkowy zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dzieckiem zdrowym do lat 8. W związku z tym ubezpieczeni korzystali częściej z tej formy opieki nad dzieckiem a nie ze zwolnienia lekarskiego. W 2021 r. absencja z tytułu opieki nad dzieckiem powróciła do poziomu z 2019 r., czyli sprzed pandemii.

Najczęściej zaświadczenia były wystawiane na okres od 1 do 5 dni – 1 792,6 tys. zaświadczeń oraz na okres od 6 do 10 dni – 387,2 tys. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wyniosła 4,36 dnia. Ogólnie najdłużej sprawowano opiekę nad dziećmi w wieku 3-4 lat, absencja z tego tytułu wyniosła 2 877,5 tys. dni, przy czym przeciętna długość zaświadczenia była niższa od przeciętnej ogółem i wyniosła 4,23 dnia. Odsetek dni absencji z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do 2 lat również był wysoki i wyniósł 25,5%. Przeciętnie opiekę tę sprawowano przez 4,45 dnia.

W przypadku konieczności sprawowania opieki nad innym członkiem rodziny, wystawiono 0,4 mln zaświadczeń na 2,3 mln dni. Porównując 2021 r. z rokiem poprzednim obserwujemy spadek liczby dni z tego tytułu o 1,1% i wzrost liczby zaświadczeń o 8,3%.

Najwięcej zaświadczeń wystawiono na okres od 1 do 5 dni – 244,0 tys. zaświadczeń oraz na okres od 11 do 14 dni – 85,9 tys. zaświadczeń. Przeciętna długość zaświadczenia wyniosła 6,20 dnia. Co ciekawe, ponad połowę zaświadczeń z tytułu opieki nad innym członkiem rodziny wystawiono kobietom, jednak to mężczyźni opiekę tę sprawowali 1,6 razy dłużej.

W dalszej części, analizie zostanie poddana absencja chorobowa osób ubezpieczonych w ZUS.

Tej grupie ubezpieczonych wystawiono ogółem 23,1 mln (tj. 93,6% ogółu zaświadczeń) zaświadczeń lekarskich na liczbę 252,0 mln dni. W liczbie tej 20,5 mln zaświadczeń to zaświadczenia wystawione z tytułu choroby własnej. Liczba dni absencji chorobowej z tych zaświadczeń wyniosła 239,9 mln dni, a przeciętna długość zaświadczenia – 11,73 dnia.

Tabela 11.3. Absencja chorobowa w 2021 r. osób ubezpieczonych w ZUS

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej w mln	Liczba zaświadczeń lekarskich w mln	Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w dniach
Ogółem	252,0	23,1	10,93
w tym z tytułu choroby własnej	239,9	20,5	11,73
Mężczyźni	102,8	9,2	11,12
Kobiety	137,1	11,2	12,24

Powstaje pytanie jak długo przeciętnie w roku chorują ubezpieczeni, którym choć raz wystawiono zaświadczenie o niezdolności do pracy. Miernik ten nazywamy skumulowaną (z całego roku) przeciętną długością absencji chorobowej. W 2021 r. wyniosła ona 36,66 dnia. Przy czym skumulowana absencja kobiet była wyższa o ponad 6 dni od absencji mężczyzn (33,49 dnia dla mężczyzn i 39,47 dnia dla kobiet).

W porównaniu z 2020 r., w 2021 r. liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej ubezpieczonych w ZUS była niższa o 6,3%, a liczba zaświadczeń lekarskich o 1,3%.

Analizując liczbę dni absencji chorobowej dla Polski w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego zdrowotnie zauważalne jest zróżnicowanie. Dla Polski parametr ten w 2021 r. wyniósł 14,29 dnia i był nieco niższy od wskaźnika z 2020 r. wynoszącego 15,46 dnia. Najwyższą wartość odnotowano w województwach:

- łódzkim 17,31 dnia,
- świętokrzyskim 16,14 dnia,
- wielkopolskim 15,77 dnia,
- śląskim 15,37 dnia,
- podkarpackim 15,21 dnia.

Najniższą wartość w województwach:

- podlaskim 12,33 dnia,
- mazowieckim 12,74 dnia,
- lubelskim 13,12 dnia.

Zaświadczenia lekarskie, w zależności od oceny stanu chorobowego, są wydawane na okresy o różnej długości.

W 2021 r. najwięcej zaświadczeń lekarskich wystawiono na okres od 11 do 30 dni, ich udział stanowił 34,6% ogółu zaświadczeń lekarskich. Wysoki odsetek stanowiły również

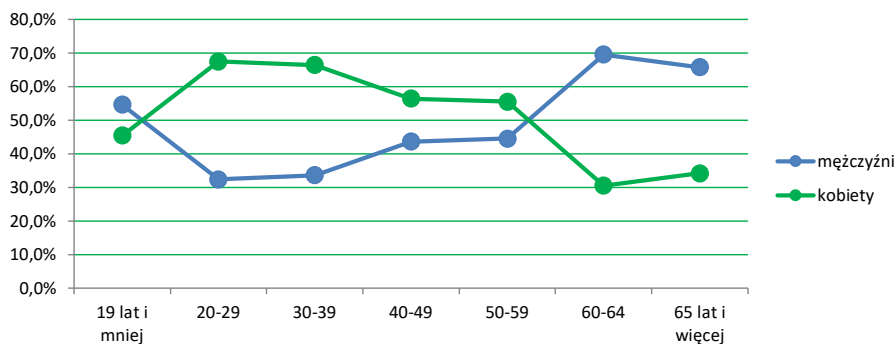
zaświadczenia wystawione na okres niezdolności od 1 do 5 dni – 36,1% zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej, zaświadczenia jednodniowe stanowiły 5,4%, natomiast wystawione na okres od 6 do 10 dni – 23,9% ogółu zaświadczeń.

W porównaniu z 2020 r. wzrósł udział zwolnień wystawianych na okres od 1 do 5 dni (z 29,5% do 36,1%, zaświadczeń jednodniowych z 3,2% do 5,4%). Zmalał natomiast udział zwolnień o długości od 6 do 10 dni – z 26,9% do 24,0% oraz o długości absencji od 11 do 30 dni – z 38,5% do 34,6%.

Oznacza to, że w 2021 r. wyraźnie, tj. o 6,6 p.p., zwiększył się odsetek zaświadczeń lekarskich o długości do 5 dni. Wzrosła również liczba zaświadczeń lekarskich jednodniowych, z 668,0 tys. w 2020 r. do 1 114,5 tys. w 2021 r., tj. o 66,8%.

Tabela 11.4. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych w 2021 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
			1 dzień				i więcej
w mln							
Ogółem	20,5	7,4	1,1	4,9	4,2	2,9	1,1
Mężczyźni	9,2	3,3	0,4	2,5	2,1	1,0	0,5
Kobiety	11,2	4,1	0,7	2,4	2,1	2,0	0,6



Ryc. 11.1. Struktura liczby zaświadczeń lekarskich o orzeczonej długości absencji chorobowej w latach 2020–2021

Od lat wyraźnie utrzymuje się przewaga zaświadczeń wystawionych kobietom. W 2016 r. i w 2017 r. stanowiły one 54,6% ogółem wystawionych zaświadczeń z tytułu choroby własnej. W 2018 r. odsetek ten wyniósł 54,8%, w 2019 r. – 55,4%, a w 2020 r. – 55,3%.

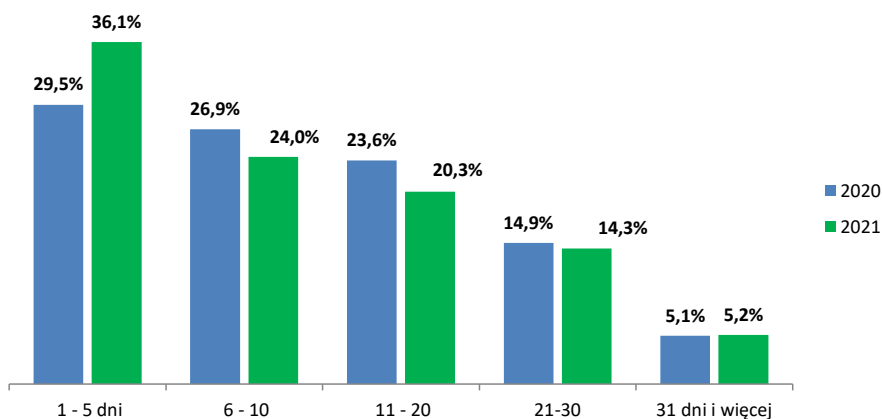
W 2021 r. kobietom wystawiono 11,2 mln zaświadczeń lekarskich co stanowiło 54,6% wystawionych zaświadczeń, na ponad połowę liczby dni absencji chorobowej, tj. 137,1 mln dni (co stanowiło 57,1% ogółu liczby dni absencji).

Analizując skalę absencji chorobowej pod kątem płci i wieku ubezpieczonych, zauważyć można, że w 2021 r. najwyższy odsetek liczby dni absencji (14,6%) dotyczył ubezpieczonych z grupy wiekowej od 30 do 34 lat. W przypadku absencji mężczyzn 13,5% liczby dni dotyczyło ubezpieczonych legitymujących się wiekiem między 60 a 64 oraz między 35 a 39 rokiem życia – 12,0%. W przypadku kobiet 17,9% absencji dotyczyło ubezpieczonych w wieku od 30 do 34 lat.

Tabela 11.4. Struktura dni absencji chorobowej w 2021 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku i płci

Wiek ubezpieczonego	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓLEM	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,8	1,0	0,6
20-24	5,4	5,2	5,6
25-29	12,5	8,6	15,5
30-34	14,6	10,2	17,9
35-39	13,2	12,0	14,1
40-44	11,3	11,7	10,9
45-49	10,9	11,5	10,4
50-54	10,2	10,7	9,9
55-59	10,7	11,6	9,9
60-64	7,9	13,5	3,8
65 lat i więcej	2,5	4,0	1,4

Analizując absencję według płci w poszczególnych grupach wiekowych, zauważamy, że największa różnica pomiędzy absencją chorobową kobiet i mężczyzn występuje w grupie wiekowej 20-39, w której to absencja chorobowa kobiet była blisko 2-krotnie dłuższa od absencji mężczyzn. W grupach wiekowych 19 lat i mniej oraz powyżej 45 lat absencja chorobowa mężczyzn znacznie przewyższa długość absencji kobiet.



Ryc. 11.2. Struktura liczby dni absencji chorobowej w 2021 r. według wieku i płci

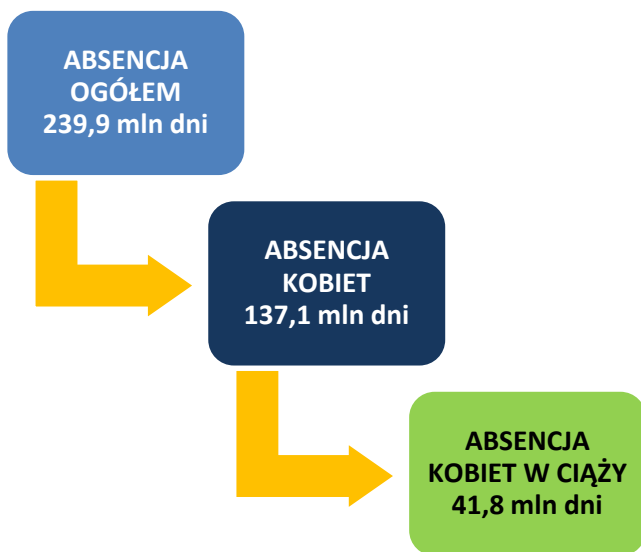
Powstaje pytanie jakie są przyczyny tego zjawiska.

W analizie absencji chorobowej istotnym wydaje się aspekt absencji kobiet, których niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży.

Niezdolność do pracy kobiet przypadająca w okresie ciąży ma znaczący wpływ zarówno na ogólną absencję, jak i na absencję populacji kobiet.

Na zaświadczeniu lekarskim informacją oznaczającą niezdolność przypadającą w okresie ciąży jest kod literowy B. Należy pamiętać, że 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 2021 r. liczba kobiet, które chociaż jeden dzień przebywały na zwolnieniu lekarskim oznaczonym kodem literowym „B” wyniosła 366,7 tys. (w 2020 r. – 392,0 tys.). Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu niezdolności do pracy przypadającej w okresie ciąży kobietom ubezpieczonym w ZUS wyniosła 1,8 mln, zaś liczba dni absencji chorobowej — 41,8 mln dni.



Ryc. 11.3. Absencja chorobowa kobiet z tytułu choroby własnej ubezpieczonych w ZUS

Udział absencji chorobowej kobiet w ciąży w absencji ogółem wyniósł w 2021 r. 17,4% (w 2020 r. – 18,0%), natomiast udział absencji chorobowej kobiet w ciąży w absencji chorobowej tej płci wyniósł 30,5% (w 2020 r. – 30,8%). Zatem, co 10-te zaświadczenie wystawiono w związku z niezdolnością przypadającą w okresie ciąży i 1/3 dni absencji chorobowej kobiet wynikała z tytułu niezdolności przypadającej w okresie ciąży.

Ponad połowa, tj. 58,0% zaświadczeń lekarskich (z kodem „B”) z tytułu niezdolności do pracy przypadającej w okresie ciąży kobiet ubezpieczonych w ZUS została wystawiona na okres od 21 do 30 dni. Na okres od 11 do 20 dni wystawiono 19,2% (w 2020 r. 19,0%) ogółu zaświadczeń wystawionych w okresie ciąży. Zaświadczenia o długości absencji chorobowej od 6 do 10 dni stanowiły 5,9% (w 2020 r. 5,7%) ogółu liczby zaświadczeń lekarskich. Natomiast zaświadczenia do 5 dni stanowiły tylko 3,9% (w 2020 r. 3,3%) zaświadczeń z tytułu niezdolności przypadającej w okresie ciąży (w tym zaświadczenia jednodniowe – 0,8%).

Jak widać na poniższym zestawieniu, zaświadczenia krótkie do 5 dni, a także od 6 do 10 dni, najczęściej wystawiane są osobom, których niezdolność do pracy nie ma związku z ciążą.

Tabela 11.5. Struktura zaświadczeń lekarskich wystawionych w 2021 r. z tytułu choroby własnej kobietom ubezpieczonym w ZUS według długości absencji chorobowej

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 odsetkach							
Ogółem	100,0	36,1	5,4	24,0	20,3	14,3	5,2
niezdolność do pracy kobiet	100,0	36,6	5,9	21,6	18,8	17,6	5,4
niezdolność przypadająca w okresie ciąży	100,0	3,9	0,8	5,9	19,2	58,1	12,9

Również w odniesieniu do analizy liczby dni według wieku widoczne jest, jak duży wpływ na ogólną absencję oraz na absencję populacji kobiet ma niezdolność do pracy kobiet przypadająca w okresie ciąży. Najwyższy odsetek dni absencji chorobowej przypadający w okresie ciąży odnotowano w grupie wiekowej między 30 a 34 rokiem życia – wyniósł on 36,4% oraz w grupie wiekowej 25-29 lat – 33,0% ogółu dni absencji chorobowej przypadającej w okresie ciąży. W przypadku absencji kobiet i ogółem (liczonej łącznie z absencją mężczyzn) największy odsetek liczby dni odnotowuje się dla wieku powyżej 50 roku życia.

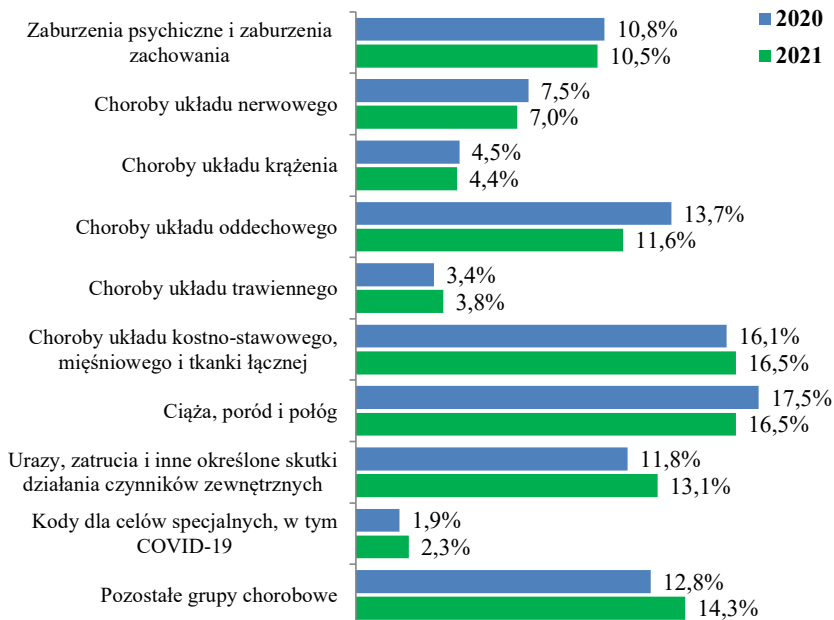
Tabela 11.6. Struktura dni absencji chorobowej w 2021 r. z tytułu choroby własnej ubezpieczonych w ZUS według wieku

Wiek	Ogółem	niezdolność do pracy kobiet	niezdolność do pracy przypadająca w okresie ciąży
Ogółem	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,8	0,6	0,4
20-24	5,4	5,6	8,4
25-29	12,5	15,5	33,0
30-34	14,6	17,9	36,4
35-39	13,2	14,1	17,8
40-44	11,3	10,9	3,7
45-49	10,8	10,4	0,2
50 lat i więcej	31,3	25,0	0,0

Jakie były przyczyny niezdolności do pracy powodujące absencję chorobową.

W 2021 r. absencję chorobową, w kontekście **liczby dni absencji**, najczęściej powodowały następujące grupy chorobowe:

- ciąża, poród i połóg – 16,5% ogółu liczby dni absencji (w 2020 r. – 17,5%), 40,9 mln dni absencji chorobowej,
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 16,5% (w 2020 r. – 16,1%), 39,5 mln dni,
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 13,1% (w 2020 r. – 11,8%), 31,5 mln dni,
- choroby układu oddechowego – 11,6% (w 2020 r. – 13,7%), 27,8 mln dni,
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 10,5% (w 2020 r. – 10,8%), 25,2 mln dni,
- jednostki chorobowe związane z COVID-19 – 2,3% (w 2020 r. – 1,9%), 5,4 mln dni.



Ryc. 11.4. Struktura dni absencji chorobowej w 2021 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych

Ranking jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy w 2021 r. (w kontekście liczby dni absencji chorobowej) kształtował się odmiennie w zależności od płci.

W populacji mężczyzn najdłuższą absencję powodowały:

- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 6,3% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn (w 2020 r. – 7,2%),
- bóle grzbietu (M54) – 4,9% (w 2020 r. – 5,2%),
- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 4,4% (w 2020 r. – 5,4%).

W rankingu tym na ósmym miejscu znalazła się jednostka chorobowa COVID-19 (U07.1), stanowiąc 2,0% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn.

W populacji kobiet, od lat, najdłuższą absencję chorobową powoduje opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 24,7% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet (w 2020 r. – również było to 24,7%).

W dalszej kolejności są to:

- reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 4,1% (w 2020 r. – 4,3%),
- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 4,0% (w 2020 r. – 4,7%).

W rankingu jednostek chorobowych powodujących najdłuższą absencję chorobową, COVID-19 (U07.1) znalazł się na 11 miejscu, stanowiąc 1,3% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet.

Najwięcej zaświadczeń (27,5%) wydano osobom w wieku 30-39 lat – w populacji kobiet było to 29,1%, w populacji mężczyzn – 25,5%. W przypadku zwolnień o długości 1-5 dni oprócz najliczniejszej grupy wiekowej 30-39 lat (której wydano 29,2% zaświadczeń), liczną grupę stanowiły również osoby w wieku 20-29 lat – wydano im 24,9% zaświadczeń, a w przypadku zwolnień o długości 6-10 dni – osoby w wieku 40-49 lat (25,9% zaświadczeń).

Jak już wcześniej wspomniano, w 2021 r. dominowały zwolnienia wydane na okres od 1 do 5 dni (36,1%) oraz na okres 11-30 dni (34,7%). Zaświadczenia wystawione na okres 1-5 dni przeważały zarówno wśród mężczyzn (stanowiąc 35,5% zaświadczeń wydanych mężczyznom), jak i wśród kobiet (stanowiąc 36,6% zaświadczeń wydanych kobietom).

W populacji kobiet jednostką chorobową generującą największą liczbę zaświadczeń lekarskich wydanych w 2021 r. była *Opieka położnicza z powodu stanów związanych*

głównie z ciążą – 12,5% zaświadczeń. Kolejną jednostką było *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym* – 9,1%. Jedna z tych dwóch jednostek dominowała w każdej grupie wiekowej, natomiast wśród kobiet w wieku 20-39 lat przeważały zwolnienia spowodowane *Opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą*, w pozostałych grupach wiekowych było to *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym*. Dla każdej grupy wiekowej *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym* oraz *Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)* były główną przyczyną zwolnień krótkich, tj. o długości 1-5 dni oraz 6-10 dni. W przypadku zwolnień długich, od 11 do 30 dni, główną przyczyną zwolnień dla kobiet w wieku do 39 lat była *Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą* oraz *Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne* zaś dla kobiet w wieku 40 lat i więcej – *Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego*.

W rankingu jednostek chorobowych będących przyczyną wystawiania kobietom zaświadczeń lekarskich, COVID-19 zajmuje 8 miejsce. W 2021 r. z tego tytułu kobietom wystawiono 2,3% wszystkich zaświadczeń lekarskich (w 2020 r. było to 3,1%). Zaświadczenia lekarskie o długości 1-5 dni najczęściej wystawiane były kobietom w wieku 40-44 lat, zaświadczenia 6-10 dniowe – kobietom w wieku 45-49 lat, zwolnienia o długości 11-30 dni oraz powyżej 30 dni – kobietom w wieku 55-59 lat.

W populacji mężczyzn jednostką chorobową generującą największą liczbę zaświadczeń lekarskich w 2021 r. było *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06)* – 8,8% (w 2020 r. – 9,8%), wszystkich zaświadczeń wystawionych mężczyznom. Kolejną jednostką było *Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) (J00)* – 6,4% (w 2020 r. – 7,8%). Na trzecim miejscu znalazła się jednostka *Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54)* – 6,4% (w 2020 r. – 7,3%). Wśród mężczyzn w wieku poniżej 50 roku życia dominowały choroby wynikające z zakażeń górnych dróg oddechowych oraz dyspepsja, natomiast w wieku 50 lat i więcej – związane z *Samoistnym (pierwotnym) nadciśnieniem*. Podobnie jak u kobiet, tak i u mężczyzn, dla każdej grupy wiekowej *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym* oraz *Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)* były główną przyczyną zwolnień krótkich, tj. o długości 1-5 dni oraz 6-10 dni. W przypadku zwolnień długich, od 11 do 30 dni, główną przyczyną zwolnień wystawionych mężczyznom

w wieku do 19 lat było *Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy*, zaś dla mężczyzn w pozostałych grupach wiekowych – *Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54)* oraz *Bóle grzbietu (M54)*.

W rankingu jednostek chorobowych będących główną przyczyną wystawiania mężczyznom zaświadczeń lekarskich, COVID-19 znajduje się na 5 miejscu. W 2021 r. z tego tytułu mężczyznom wystawiono 2,7% wszystkich zaświadczeń lekarskich (w 2020 r. było to 2,9%). Zaświadczenia lekarskie o długości do 5 dni najczęściej wystawiane były mężczyznom w wieku 35-39 lat, zaświadczenia 6-10 dniowe – mężczyznom w wieku 40-44 lata, o długości 11-30 dni oraz powyżej 30 dni – mężczyznom w wieku 60-64 lata.

Co ciekawe, w rankingu 30 jednostek chorobowych generujących największą liczbę zaświadczeń jako przyczyna niezdolności do pracy nie pojawiają się nowotwory.

Zaskakujące są przyczyny chorobowe jednodniowych zaświadczeń lekarskich wydanych w 2021 r. Wśród najczęstszych przyczyn zwolnień jednodniowych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, były choroby układu oddechowego oraz szeroko rozumiane problemy żołądkowe, COVID-19, ale również złe samopoczucie, zmęczenie.

Wśród kobiet jednostką chorobową generującą największą liczbę krótkich, 1-dniowych zaświadczeń lekarskich w 2021 r. było *Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)* – 7,7% zaświadczeń (w 2020 r. było to 8,6%). Kolejnymi jednostkami były:

- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym – 5,6% (w 2020 r. – 6,3%),
- złe samopoczucie, zmęczenie – 4,3% (w 2020 r. – 1,1%),
- COVID-19 – 3,6% (w 2020 r. – 5,2%),
- inne powikłania opieki chirurgicznej i medycznej niesklasyfikowane gdzie indziej – 3,1% (w 2020 r. – 0,0%),
- inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego – 2,8% (w 2020 r. – 2,4%),
- ból w okolicy brzucha i miednicy – 2,7% (w 2020 r. – 3,0%).

Wśród kobiet, niezależnie od wieku dominowały dwie jednostki chorobowe – *Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)* oraz *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym* – ich łączny udział w zależności od wieku wahał się od 8,6% do 20,0%.

Odmienne niż w przypadku zwolnień długich, *Opieka położnicza stanów związanych głównie z ciążą* nie była główną przyczyną zwolnień jednodniowych. W rankingu

20 jednostek chorobowych pojawiła się ona tylko u kobiet w wieku 20-29 lat i 30-39 lat i stanowiła odpowiednio 2,2% i 2,8% zwolnień jednodniowych w tych grupach wiekowych.

Wśród kobiet po 40 roku życia w rankingu 30 jednostek chorobowych generujących największą liczbę zaświadczeń lekarskich 1-dniowych pojawia się *Nowotwór złośliwy sutka*, przy czym dla kobiet w wieku 50-59 lat zajmuje on drugie miejsce w rankingu (stanowi on przyczynę 2,4% zwolnień jednodniowych w tej grupie wiekowej).

Wśród mężczyzn główną przyczyną chorobową 1-dniowych zaświadczeń lekarskich wydanych w 2021 r. było *Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)* – 8,7% zaświadczeń (w 2020 r. było to 9,4%). Kolejnymi jednostkami były:

- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym – 6,1% (w 2020 r. – 6,4%),
- COVID-19 – 4,8% (w 2020 r. – 5,7%),
- złe samopoczucie, zmęczenie – 3,9% (w 2020 r. – 1,0%),
- inne niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego – 3,4% (w 2020 r. – 3,1%),
- inne powikłania opieki chirurgicznej i medycznej niesklasyfikowane gdzie indziej – 2,9% (w 2020 r. – 0,0%),
- dyspepsja – 2,9% (w 2020 r. – 3,5%).

Wśród mężczyzn przed 50-tym rokiem życia wśród przyczyn zwolnień jednodniowych, dominowały dwie jednostki chorobowe – *Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)* oraz *Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym* – ich łączny udział w zależności od wieku wahał się od 6,9% do 22,1%.

Wśród mężczyzn po 40 roku życia istotną przyczyną zaświadczeń lekarskich jednodniowych jest COVID-19 – stanowi on przyczynę 6,2% jednodniowych zwolnień.

Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w rankingu 10 jednostek chorobowych generujących największą liczbę zaświadczeń lekarskich 1-dniowych pojawia się dopiero u mężczyzn po 60 roku życia.

Zwolnienia lekarskie wystawiane na czas niezdolności przypadającej w okresie ciąży dotyczą także wszystkich sytuacji i dolegliwości, które wymagają zmiany trybu życia i unikania stresu u ciężarnej.

Absencję z tytułu niezdolności do pracy przypadającej w okresie ciąży (zaświadczenia z kodem „B”) w 2021 r. powodowały najczęściej:

- ciąża, poród i połów – 96,0% ogółu liczby dni absencji (40,1 mln dni absencji chorobowej),
- czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z ochroną zdrowia – 3,4% (1,4 mln dni),
- choroby układu oddechowego – 0,1% (0,1 mln dni).
- W rankingu jednostek chorobowych dominowały przede wszystkim:
- opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 80,5% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet niezdolnych do pracy w okresie ciąży (33,6 mln dni absencji), w 2020 r. było to 79,4%, tj. 36,6 mln dni absencji,
- krwawienia we wczesnym okresie ciąży (O20) – 6,0% (2,5 mln dni), w 2020 r. – 7,0%, tj. 3,2 mln dni,
- nadzór nad ciążą wysokiego ryzyka (Z35) – 2,4% (1,0 mln dni),
- cukrzyca w ciąży (O24) – 1,8% (0,8 mln dni),
- poród przedwczesny (O60) – 1,3% (0,6 mln dni).

2021 r. to kolejny rok występowania zakaźnej choroby COVID-19, która 11 marca 2020 r. została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za pandemię.

Dane o absencji chorobowej odzwierciedlają kolejne etapy (fale) rozwoju epidemii COVID-19, którą kształtowały zakażenia w miejscach pracy, w ochronie zdrowia, powstałe w wyniku spotkań towarzyskich, wyjazdów wakacyjnych czy powrotu uczniów do szkół.

Do grupy chorobowej U00-U85 w klasyfikacji ICD-10 wprowadzone zostały kolejne nowe jednostki chorobowe związane z COVID-19, tj.: *Historia przebiegu COVID-19 u pacjenta (U08)*, *Zdrowie pacjenta po zakończeniu COVID-19 (U09)*, *Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19 (U10)* oraz *Szczepionki przeciwko COVID-19 wywołujące działania niepożądane w trakcie leczenia (U12)*.

W 2021 r. zarejestrowano 528,3 tys. zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu jednostki chorobowej COVID-19 na łączną liczbę 4 244,8 tys. dni absencji chorobowej. W porównaniu z rokiem ubiegłym (okres III-XII 2020 r.) spadła zarówno liczba zaświadczeń lekarskich – o 17,8%, jak i liczba dni absencji chorobowej – o 16,3%.

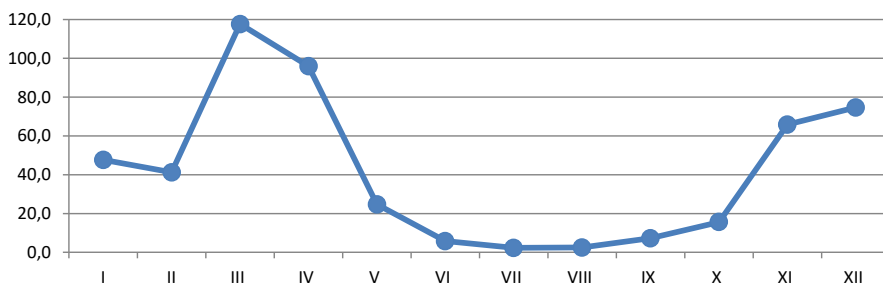
Najwięcej zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej COVID-19 wystawiono w marcu 2021 r. Liczba ta wyniosła 123,4 tys. zaświadczeń, co stanowiło 23,4% wszystkich

zaświadczeń wystawionych w 2021 r. z tytułu COVID-19 i w porównaniu do miesiąca poprzedniego była blisko 3-krotnie większa. Kolejną falę wzrostu absencji chorobowej odnotowano w listopadzie i grudniu – łącznie 28,0% zaświadczeń lekarskich oraz 25,2% dni absencji.

Tabela 11.7. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej COVID-19 w 2021 r.

Wyszczególnienie	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich	
	Ogółem	w tym:	Ogółem	w tym:
		ubezpieczeni w ZUS		ubezpieczeni w ZUS
w tys.				
2021	4 244,8	3 903,3	528,3	501,0
I	422,3	389,4	50,4	47,7
II	339,5	314,3	43,5	41,3
III	943,5	878,8	123,4	117,7
IV	918,6	844,1	101,8	96,0
V	265,7	239,7	26,4	24,7
VI	66,4	58,7	6,1	5,7
VII	28,3	24,7	2,5	2,3
VIII	23,5	20,8	2,5	2,4
IX	49,7	46,2	7,5	7,3
X	117,7	108,6	16,2	15,6
XI	477,3	437,9	69,2	65,9
XII	592,3	540,3	78,7	74,6

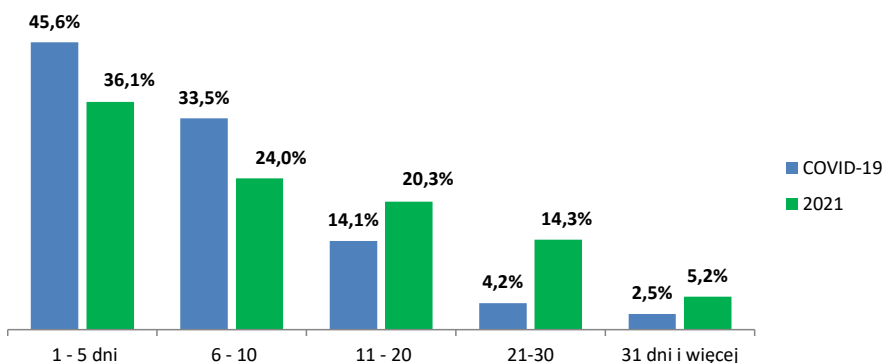
Zaświadczenia lekarskie z tytułu COVID-19 najczęściej wystawiane były w woj. mazowieckim (13,8% wszystkich zaświadczeń wystawionych z tego tytułu), woj. śląskim (12,8%), woj. dolnośląskim (11,6%) oraz woj. wielkopolskim (9,2%). Tak też prezentował się rozkład terytorialny liczby zaświadczeń lekarskich w większości miesięcy 2021 r. Wyjątkiem był październik, kiedy to woj. wielkopolskie ustąpiło miejsca woj. lubelskiemu w liczbie zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu COVID-19 – odpowiednio wydano 1,1 tys. w woj. wielkopolskim i 1,9 tys. w woj. lubelskim, co stanowiło 11,8% wszystkich zaświadczeń wystawionych z tytułu COVID-19 w październiku.



Ryc. 11.5. Liczba zaświadczeń lekarskich wydanych ubezpieczonym w ZUS z tytułu choroby własnej spowodowanej COVID-19 w poszczególnych miesiącach 2021 r.

W 2021 r. ponad połowę (tj. 50,3%) zaświadczeń z tytułu COVID-19 wystawiono mężczyznom. W przypadku liczby dni absencji chorobowej procent ten wyniósł 54,6%.

Najczęściej z tytułu COVID-19, w 2021 r., wystawiano zaświadczenia lekarskie na okres niezdolności od 1 do 5 dni. Stanowiły one 45,6% wszystkich zaświadczeń, w tym 8,8% zaświadczeń jednodniowych. Na okres od 6 do 10 dni wystawiono 33,5% zaświadczeń lekarskich z tytułu COVID-19. Stosunkowo wysoki odsetek stanowiły zaświadczenia wystawione na okres od 11 do 20 dni – 14,1% zaświadczeń. Powyżej 20 dni wystawiono 6,7% zaświadczeń lekarskich. W porównaniu z okresem III-XII 2020 r. znacznie wzrosła – o 12 p.p. – liczba zaświadczeń krótkich – od 1 do 5 dni (zaświadczeń jednodniowych o 3 p.p.). Spadła natomiast liczba zaświadczeń wystawionych na okres od 6 do 10 dni – o 12,7 p.p.



Ryc. 11.6. Struktura liczby zaświadczeń lekarskich wystawionych w 2021 r. z tytułu COVID-19 o orzeczonej długości absencji chorobowej

W analizowanym okresie najwyższą absencją chorobową z tytułu COVID-19 odnotowano w przypadku ubezpieczonych w wieku powyżej 60 roku życia – 15,4% dni absencji chorobowej. Również w tym przedziale wiekowym absencja chorobowa mężczyzn była najwyższa – 19,9% dni absencji. Wśród kobiet najdłużej na absencji chorobowej przebywały ubezpieczone w wieku 55-59 lat, odsetek liczby dni wyniósł 16,2%.

W porównaniu z rokiem ubiegłym nastąpiła zmiana rozkładu wieku wśród osób, którym wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu COVID-19. W okresie III-XII 2020 r. najwyższą absencją chorobową odnotowano wśród młodszych osób, tj. w wieku 45-49 lat (14,7% dni absencji chorobowej).

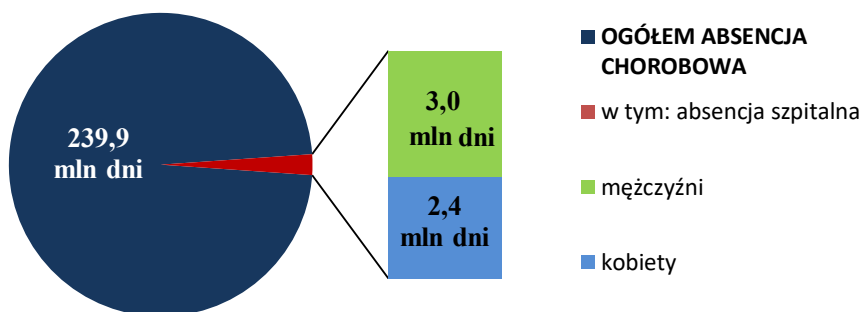
Tabela 11.8. Struktura dni absencji chorobowej w 2021 r. z tytułu COVID-19 według wieku i płci

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	100,0	100,0	100,0
19 lat i mniej	0,4	0,5	0,4
20-24	3,2	3,2	3,2
25-29	6,1	6,0	6,1
30-34	7,9	8,0	7,7
35-39	11,1	11,1	11,2
40-44	13,2	12,5	14,1
45-49	14,1	12,8	15,6
50-54	14,0	12,6	15,6
55-59	14,7	13,4	16,2
60 lat i więcej	15,4	19,9	9,8

W 2021 r. w porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano znaczący wzrost szpitalnej liczby dni absencji chorobowej. Wynika to z faktu ponad dwukrotnego wzrostu absencji w związku z zachorowaniami na COVID-19. Niezdolność spowodowana COVID-19 stanowiła przyczynę 7,1% liczby szpitalnych dni absencji (w 2020 r. było to 3,9%). Należy również zaznaczyć, że w absencji z tytułu COVID-19, absencja szpitalna stanowiła blisko 10% (w 2020 r. było to 3,7%).

W 2021 r. liczba dni absencji chorobowej związana z pobytem w szpitalu osób ubezpieczonych w ZUS stanowiła 2,3% liczby dni absencji chorobowej ogółem i wyniosła 5 435,4 tys. dni. W porównaniu z 2020 r. była wyższa o 18,0%. W 2021 r. wystawiono

1 067,9 tys. zaświadczeń lekarskich związanych z pobytem w szpitalu, co stanowiło 5,2% ogółu zaświadczeń. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba tych zaświadczeń wzrosła o 19,0%. Przeciętna długość niezdolności do pracy przypadająca na czas pobytu w szpitalu wyniosła w 2021 r. 5,09 dnia (w 2020 r. 5,13 dnia). Jak wynika z analizy zaświadczeń, to mężczyźni przebywali w szpitalu dłużej niż kobiety. Szpitalna absencja mężczyzn wyniosła 2 997,5 tys. dni, zaś kobiet 2 437,3 tys. dni. Natomiast w przypadku liczby wystawionych zaświadczeń lekarskich proporcje te są odwrócone, kobietom wystawiono 555,4 tys. zaświadczeń lekarskich, mężczyznom – 512,4 tys. zaświadczeń.



Ryc. 11.7. Absencja chorobowa szpitalna z tytułu choroby własnej w 2021 r.

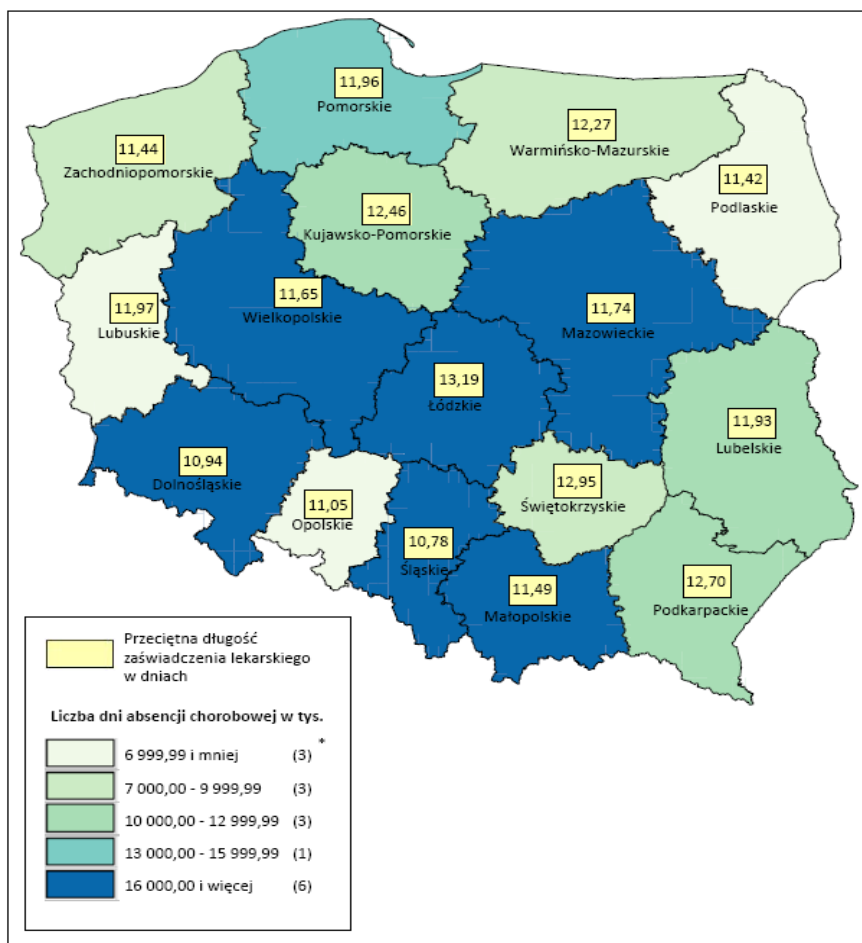
Absencja chorobowa kobiet w związku z pobytem w szpitalu najczęściej spowodowana była COVID-19 U07.1 (117,5 tys. dni pobytu w szpitalu), *mięśniakiem gładkokomórkowym macicy D25* (84,5 tys. dni), *opieką położniczą z powodów związanych głównie z ciążą O26* (69,1 tys. dni), *kamicą żółciową K80* (67,0 tys. dni), *zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi użyciem alkoholu F10* (53,3 tys. dni). Natomiast pobyt w szpitalu mężczyzn najczęściej spowodowany był *zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi użyciem alkoholu F10* (275,5 tys. dni), COVID-19 U07.1 (270,6 tys. dni), *ostrym zawałem serca I21* (66,9 tys. dni), *przepukliną pachwinową K40* (62,1 tys. dni), *przewlekłą chorobą niedokrwienną serca I25* (52,6 tys. dni).

Na przestrzenne zróżnicowanie poziomu absencji chorobowej wpływ ma wiele czynników, między innymi związanych ze środowiskiem naturalnym, np. jakością powietrza, jego degradacją wynikającą z rodzaju przemysłu na danym terenie czy innej działalności

człowieka. Istotny też jest stopień zurbanizowania, infrastruktury na danym obszarze, koncentracji ludności czy problemy związane z rynkiem pracy.

Tabela 11.9. Absencja chorobowa w 2021 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według województw

Województwa	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich		Dynamika liczby	
	w tys.	w %	w tys.	w %	dni absencji lekarskich	zaświadczeń chorobowej
					rok poprzedni = 100	
OGÓŁEM	239 880,2	100,0	20 451,8	100,0	93,7	98,7
w tym:						
Dolnośląskie	18 238,3	7,6	1 666,4	8,1	94,5	100,5
Kujawsko-pomorskie	12 707,4	5,3	1 020,2	5,0	93,9	99,4
Lubelskie	10 891,0	4,5	912,8	4,5	94,5	97,5
Lubuskie	5 884,7	2,5	491,5	2,4	96,2	102,2
Łódzkie	18 805,4	7,8	1 425,6	7,0	91,3	94,0
Małopolskie	19 380,6	8,1	1 686,4	8,2	91,1	95,1
Mazowieckie	32 351,9	13,5	2 756,7	13,5	94,8	101,2
Opolskie	5 565,8	2,3	503,8	2,5	96,0	100,6
Podkarpackie	12 662,2	5,3	996,7	4,9	91,1	93,2
Podlaskie	5 688,1	2,4	498,3	2,4	98,1	101,8
Pomorskie	14 453,6	6,0	1 208,9	5,9	95,8	102,1
Śląskie	30 175,0	12,6	2 799,6	13,7	92,1	97,1
Świętokrzyskie	7 618,3	3,2	588,3	2,9	91,3	92,0
Warmińsko-mazurskie	7 892,2	3,3	643,3	3,1	98,1	102,9
Wielkopolskie	24 870,4	10,4	2 135,7	10,4	92,9	99,6
Zachodniopomorskie	9 932,0	4,1	868,5	4,2	97,8	105,0



* liczba województw

Ryc. 11.8. Liczba dni absencji chorobowej w 2021 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według województw wraz z przeciętną długością zaświadczenia lekarskiego

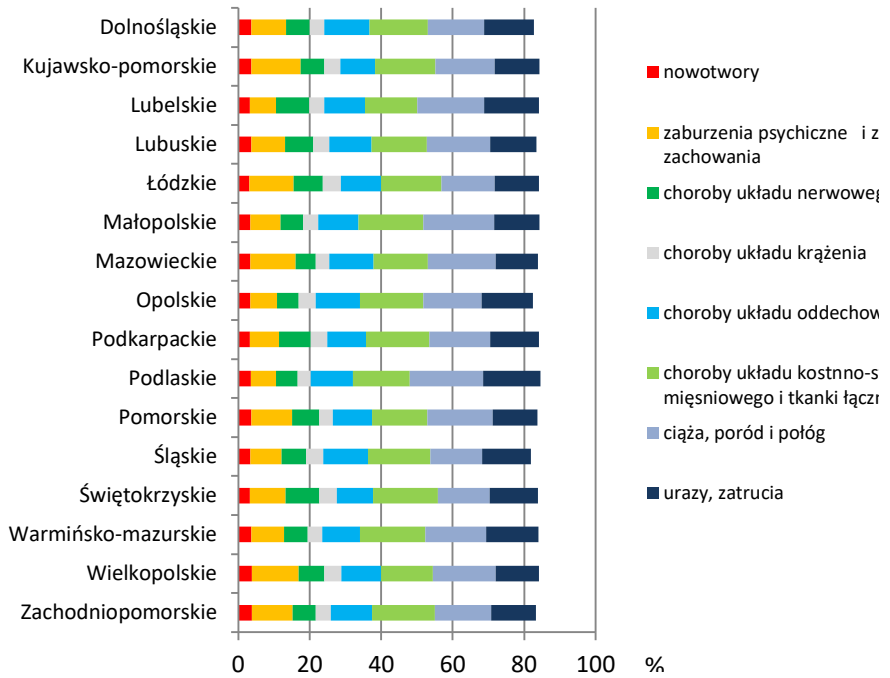
W 2021 r. najwyższy odsetek liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS odnotowano w województwach: mazowieckim (13,5% ogólnej liczby dni absencji chorobowej), śląskim (12,6%) oraz wielkopolskim (10,4%). Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w tych województwach wniosła odpowiednio: 11,74 dnia, 10,78 dnia, 11,65 dnia. Dłużej niż przeciętna ogółem (11,73 dnia), na zwolnieniach przebywali: powyżej 13 dni mieszkańcy województwa łódzkiego, powyżej

12 dni mieszkańcy województw kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego.

Tabela 11.10 oraz rycina 11.9 ilustrują rozkład liczby dni absencji chorobowej z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wybranymi grupami chorobowymi w poszczególnych województwach. Te wybrane grupy chorobowe generowały w 2021 r. 83,5% ogółu dni absencji chorobowej.

W 2021 r. najwyższy udział liczby dni absencji chorobowej w większości województw odnotowano w odniesieniu do chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Najdłużej z tego tytułu przebywali mieszkańcy województw warmińsko-mazurskiego, małopolskiego i świętokrzyskiego, których absencja stanowiła odpowiednio 18,2%, po 18,1% w każdym z tych województw. Długą absencją chorobową powodowały choroby związane z ciążą, porodem i położeniem. Najdłużej z tego tytułu na zwolnieniu przebywały kobiety w województwach lubelskim i podlaskim.

Udział liczby dni absencji chorobowej z tytułu chorób układu oddechowego w każdym z województw kształtował się na poziomie od 9,8% do 12,6%. Największy odnotowano w województwach dolnośląskim i śląskim po 12,6% liczby dnia absencji w każdym z tych województw. W przypadku zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania największą liczbę dni niezdolności odnotowano w województwach kujawsko-pomorskim (13,8% dni absencji chorobowej w tym województwie) i w województwie wielkopolskim (13,2%).



Ryc. 11.9. Struktura liczby dni absencji chorobowej w 2021 r. według województw i wybranych grup chorobowych

Tabela 11.10. Struktura liczby dni absencji chorobowej w 2021 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wybranych grup chorobowych i województw

Województwa	w tym:												
	Ogółem		nowotwory			zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania		choroby układu nerwowego		choroby układu krążenia		choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	
	liczba dni absencji chorobowej	3,4	10,5	7,0	4,4	11,6	16,5	17,0	13,1				
OGÓŁEM	100,0	3,4	10,5	7,0	4,4	11,6	16,5	17,0	13,1				
Dolnośląskie	100,0	3,6	9,8	6,5	4,2	12,6	16,4	15,7	14,0				
Kujawsko-pomorskie	100,0	3,6	13,8	6,7	4,4	9,8	16,9	16,5	12,6				
Lubelskie	100,0	3,2	7,3	9,3	4,3	11,4	14,6	18,7	15,4				
Lubuskie	100,0	3,6	9,5	7,8	4,6	11,8	15,4	17,8	13,0				
Łódzkie	100,0	3,1	12,3	8,2	5,1	11,3	16,8	14,9	12,4				
Małopolskie	100,0	3,3	8,5	6,3	4,2	11,3	18,1	19,9	12,7				
Mazowieckie	100,0	3,4	12,6	5,6	3,9	12,4	15,1	19,1	11,8				
Opolskie	100,0	3,3	7,5	6,1	4,8	12,4	17,7	16,3	14,3				
Podkarpackie	100,0	3,2	8,2	8,8	4,7	10,8	17,7	17,1	13,7				
Podlaskie	100,0	3,5	7,0	6,1	3,6	11,8	15,9	20,6	16,1				
Pomorskie	100,0	3,6	11,4	7,6	3,8	11,0	15,5	18,3	12,5				
Śląskie	100,0	3,3	8,8	6,8	4,8	12,6	17,5	14,4	13,7				
Świętokrzyskie	100,0	3,2	10,0	9,4	5,0	10,1	18,1	14,6	13,5				
Warmińsko-mazurskie	100,0	3,6	9,2	6,6	4,1	10,6	18,2	17,1	14,6				
Wielkopolskie	100,0	3,7	13,2	7,1	4,8	11,1	14,5	17,7	12,0				
Zachodniopomorskie	100,0	3,7	11,5	6,5	4,1	11,6	17,6	15,8	12,5				

PODSUMOWANIE

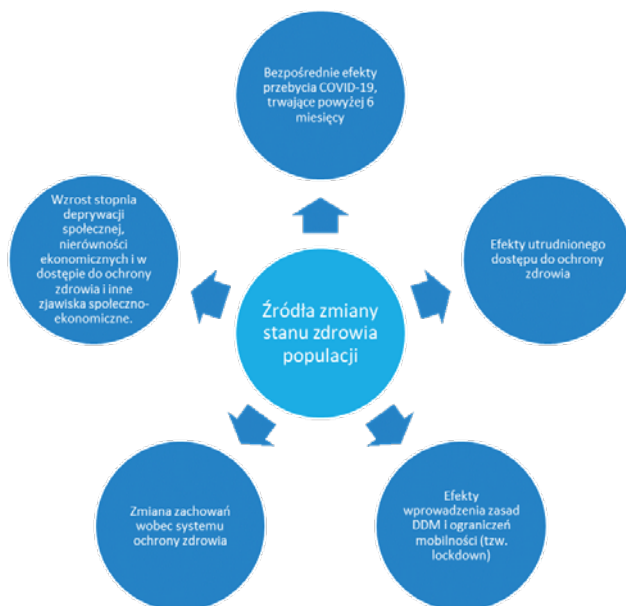
1. Od wielu lat utrzymuje się przewaga zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej wystawianych kobietom ubezpieczonym w ZUS, ich odsetek oscyluje ok. 55% ogółu wystawianych zaświadczeń. Oznacza to także większą skalę absencji chorobowej kobiet. W 2021 r. absencja kobiet poświadczona zaświadczeniem lekarskim wyniosła 137,1 mln dni, co stanowiło 57,1% ogółu liczby dni absencji.
2. Przekłada się to także na wysokość skumulowanej absencji chorobowej w roku. Miernik ten w 2021 r. w przypadku kobiet był wyższy o ponad 6 dni od przeciętnej skumulowanej absencji mężczyzn i wyniósł 39,47 dnia (dla mężczyzn było to 33,49 dnia).
3. W analizie absencji chorobowej istotnym elementem jest absencja kobiet, których niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży, która ma znaczący wpływ zarówno na ogólną absencję, jak i na absencję populacji kobiet. Udział absencji chorobowej kobiet w ciąży w absencji ogółem wyniósł w 2021 r. 17,4%, natomiast udział absencji chorobowej kobiet w ciąży w absencji chorobowej tej płci wyniósł 30,5%. Co 10-te zaświadczenie wystawiono w związku z niezdolnością przypadającą w okresie ciąży.
4. Najczęściej absencja chorobowa dotyczy ubezpieczonych z grupy wiekowej od 30 do 34 lat. W 2021 r. odsetek ten wyniósł 14,6% liczby dni absencji. W przypadku absencji mężczyzn 13,5% liczby dni dotyczyło ubezpieczonych legitymujących się wiekiem między 60-64 lata oraz między 35 a 39 rokiem życia – 12,0%. W przypadku kobiet 17,9% absencji dotyczyło ubezpieczonych w wieku od 30 do 34 lat.
 - Najdłuższą absencją chorobową u **mężczyzn** powodowały następujące jednostki chorobowe:
 - zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 6,3% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn,
 - bóle grzbietu (M54) – 4,2%,
 - ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 4,4%.

5. W populacji **kobiet**, od lat, najdłuższą absencją chorobową powoduje opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 24,7% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet. W dalszej kolejności są to:
 - reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 4,1%,
 - ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym
 - (J06) – 4,0%.
6. 2021 r. to kolejny rok występowania zakaźnej choroby COVID-19. Dane o absencji chorobowej odzwierciedlają kolejne etapy (fale) rozwoju epidemii COVID-19. W 2021 r. zarejestrowano 528,3 tys. zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu jednostki chorobowej COVID-19 na łączną liczbę 4 244,8 tys. dni absencji chorobowej. W porównaniu z rokiem ubiegłym (okres III-XII 2020 r.) odnotowano spadek zarówno liczby zaświadczeń lekarskich – o 17,8%, jak i liczby dni absencji chorobowej – o 16,3%.
7. Najwięcej zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej COVID-19 wystawiono w marcu 2021 r. Ich liczba wyniosła 123,4 tys. zaświadczeń, co stanowiło 23,4% wszystkich zaświadczeń wystawionych w 2021 r. z tytułu COVID-19 i w porównaniu do miesiąca poprzedniego była blisko 3-krotnie większa. Kolejną falę wzrostu absencji chorobowej odnotowano w listopadzie i grudniu – łącznie 28,0% zaświadczeń lekarskich oraz 25,2% dni absencji.
8. W porównaniu z 2020 r. odnotowano znaczący wzrost szpitalnej absencji chorobowej. Wynika to z faktu ponad dwukrotnego wzrostu absencji w związku z zachorowaniami na COVID-19. Niezdolność spowodowana COVID-19 stanowiła przyczynę 7,1% liczby dni pobytu w szpitalu (w 2020 r. było to 3,9%). Należy również zaznaczyć, że w absencji z tytułu COVID-19, pobyt w szpitalu stanowił blisko 10% ogółu liczby dnia absencji szpitalnej (w 2020 r. było to 3,7%).
9. Absencja chorobowa to znaczące wyzwanie finansowe. W 2021 r. wydatki na absencję chorobową finansowaną z FUS i z funduszu zakładów pracy wyniosły 24,5 mld zł i w porównaniu z rokiem poprzednim ich kwota była wyższa o 7,0%.

12. SUBIEKTYWNA OCENA STANU ZDROWIA I POZIOMU ZASPOKOJENIA POTRZEB ZDROWOTNYCH PRZED I W TRAKCIE PANDEMII COVID-19

Anna Smaga, Stefan Bogusławski,
Katarzyna Wróbel, Bogdan Wojtyniak

Pandemia COVID-19 wpłynęła w istotny sposób na codzienność mieszkańców Polski, a w szczególności na zachowania związane ze zdrowiem oraz korzystanie ze świadczeń medycznych. Zjawiska, które zmodyfikowały poglądy i zachowania mieszkańców Polski zwłaszcza wobec zdrowia i systemu ochrony zdrowia są sklasyfikowane na ryc. 12.1.



Ryc. 12.1. Klasyfikacja źródeł zmiany stanu zdrowia populacji w wyniku pandemii COVID-19 (opracowanie własne)

Ewolucja poglądów i postaw dotyczących zdrowia i działania systemu, która dokonuje się wśród mieszkańców Polski w wyniku pandemii COVID-19, ale także innych zjawisk, jest bardzo interesującym i ważnym zagadnieniem. Te poglądy i postawy kształtują popyt na określone świadczenia zdrowotne czy też większą lub mniejszą skłonność do zachowań prozdrowotnych, a co za tym idzie, wpływają na przyszłą zdrowotność społeczeństwa polskiego. Cykliczne badania omawianych postaw i poglądów służą przewidywaniu trendów, ale także wskazują niedomogi systemu ochrony zdrowia i obszary, w których powinna nastąpić jego korekta.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy prowadzi takie cykliczne badania w postaci badań 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.

W niniejszym rozdziale omówione zostaną następujące zagadnienia zawarte w ankietach badawczych:

- ogólna samoocena stanu zdrowia
- występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych
- ocena niezrealizowanych potrzeb zdrowotnych
- troska o własne zdrowie – w szczególności zachowania profilaktyczne
- korzystanie z usług zdrowotnych w ramach NFZ i prywatnych świadczeniodawców

Przeanalizowane zostaną również postawy respondentów wynikające z doświadczenia pandemii COVID-19:

- przestrzeganie zaleceń związanych z reżimem sanitarnym,
- wpływ ograniczeń związanych z pandemią na stan zdrowia, w szczególności ewentualne pogorszenie zdrowia psychicznego,
- rezygnacja, przerwanie lub ograniczenie procesu leczenia lub rehabilitacji w czasie trwania pandemii.

Niniejszy rozdział jest zatem poświęcony próbie odpowiedzi na kluczowe pytanie: czy i, jeśli tak, w jakim stopniu pandemia COVID-19 potencjalnie przyczyniła się do wystąpienia lub zmian skali występowania nierówności w zdrowiu?

Pandemia dotyczyła wszystkich grup wiekowych, ale w szczególności osoby starsze mogły być nią dotknięte w większym stopniu. Jest to grupa, która charakteryzuje się niższym poziomem korzystania ze zdalnych form komunikacji, takich jak Internet i telefon, jest znacznie uzależniona od wsparcia bliskich oraz profesjonalnych placówek pomocy społecznej. Poznanie samooceny stanu zdrowia i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych tej grupy jest jednym ze szczegółowych celów niniejszego rozdziału.

Analiza opiera się na danych pozyskanych w dwóch edycjach badań przeprowadzonych przez NIZP PZH – PIB przed pandemią w dniach 21.09–5.10.2018 r. i w jej trakcie – w dniach 1–17.08.2022 r. Badania były zrealizowane metodą bezpośredniego wywiadu (CAPI) na reprezentatywnej, losowej próbie ludności Polski w wieku 20 lat i więcej.

W 2022 r. badaniem objęto 2000 osób. Próba została podzielona na 5 warstw wg wieku: 20–39 (N=500), 40–59 lat (N=500), 60–74 (N=334), 75–84 (N=333), 85 lat i powyżej (N=333), była reprezentatywna w zakresie zmiennych demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania – region i wielkość miejscowości). Nadreprezentacja populacji powyżej 60 roku życia pozwoliła na szczegółową analizę zagadnienia w grupach potencjalnie szczególnie dotkniętych skutkami pandemii.

W 2018 w badaniu uczestniczyło 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.

Ocena wpływu pandemii na badane aspekty została dokonana na dwa sposoby – za pomocą zestawienia wyników dwóch edycji badania (przeprowadzonych przed pandemią i w jej trakcie) oraz bezpośredniej oceny skutków pandemii wyrażonej przez respondentów w badaniu zrealizowanym w 2022 r.

12.1. Subiektywna ocena stanu zdrowia i jego zmiany w porównaniu do czasu sprzed pandemii

12.1.1. Subiektywna ogólna ocena stanu zdrowia

Jedną z podstawowych miar opisujących jakość życia w kontekście zdrowia jest subiektywna ocena stanu zdrowia. Respondenci byli proszeni o określenie swojego stanu zdrowia na pięciostopniowej skali, od określenia „bardzo dobrze” do „bardzo źle”. Jest to ocena dokonywana bez kontekstu jakiegokolwiek odniesienia (np. do innych osób w danym wieku czy oczekiwań), 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 dokonywania oceny, ale w dłuższej perspektywie czasowej (nie jest obciążona krótkotrwałym pogorszeniem zdrowia np. z powodu trwającej infekcji). Subiektywna ocena stanu zdrowia jest trafnym predyktorem bieżących lub przyszłych potrzeb zdrowotnych i umieralności (w grupie osób starszych)¹.

W 2022 r. przeważająca grupa dorosłych osób w Polsce dobrze lub bardzo dobrze ocenia swoje zdrowie, przy czym mężczyźni częściej dokonywali takiej oceny niż kobiety (odpowiednio 75,7% i 71,5%). Odsetek negatywnych opinii był wyższy wśród kobiet (6,4% vs. 3,9%) (ryc. 12.2). Różnice między płciami są efektem innej struktury wiekowej tych subpopulacji, ponieważ po standaryzacji względem wieku, odpowiedzi zrównują się do porównywalnego poziomu (ok. 73% ocen pozytywnych i 4,8%-5,6% ocen negatywnych wśród mężczyzn i kobiet).

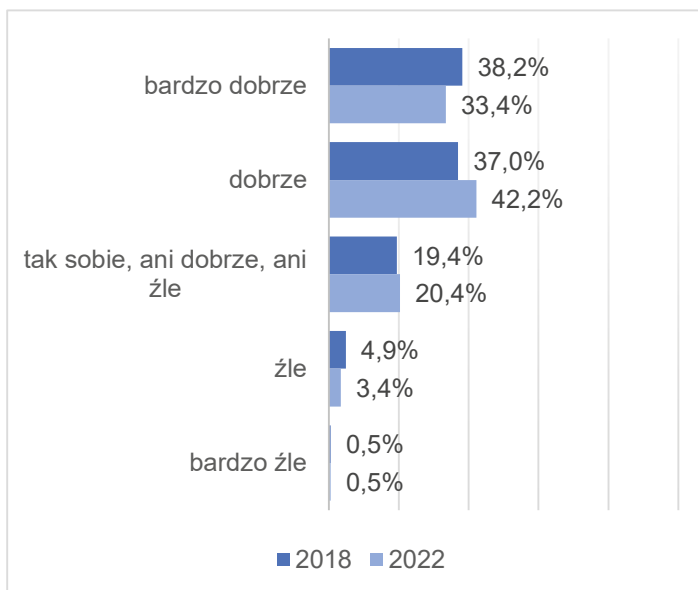
Odsetek osób dobrze lub bardzo dobrze oceniających swoje zdrowie, utrzymuje się na podobnym, wysokim poziomie w porównaniu do ocen wyrażonych w poprzedniej edycji badania z 2018 r. (75,7% mężczyzn i 71,5% kobiet w 2022 r. oraz 75,2% mężczyzn i 69,0% kobiet w 2018 r.). Porównując okres przed wystąpieniem pandemii COVID-19 i obecny (2022 r.) odnotowano jedynie spadek najlepszych ocen (bardzo dobrych) wśród

1 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>

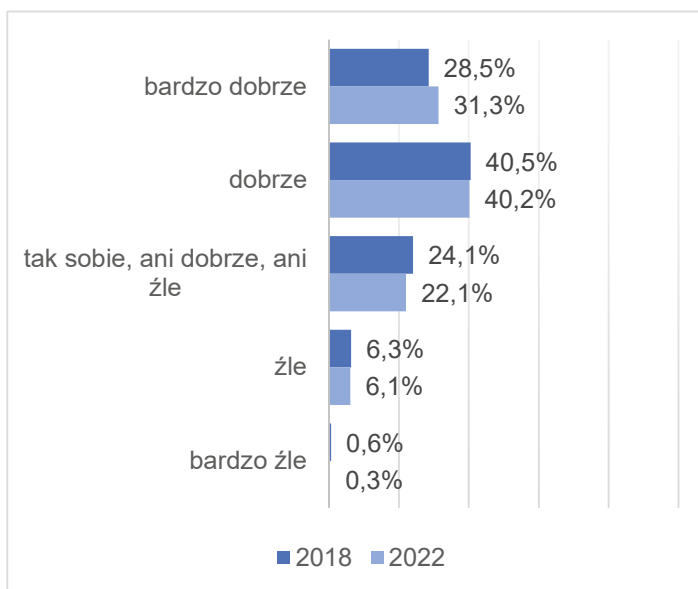
mężczyzn (33,4% vs. 38,2%), na rzecz częstszego wskazywania oceny „dobrej” (42,2% vs. 37,0%). Analiza danych po standaryzacji struktury demograficznej (wg wieku, płci, miejsca zamieszkania) wyników z 2018 r., względem struktury z 2022 r., wykazała dodatkowo istotny wzrost pozytywnych (dobrych i bardzo dobrych łącznie) ocen zdrowia wśród kobiet (wzrost o 3,7 p.p.).

W przeprowadzonym badaniu szczególnie widoczny jest wzrost bardzo dobrych ocen zdrowia wśród kobiet w średnim wieku i starszych, czyli w grupach wiekowych 40–59 i 60–74 lata (ryc. 12.5). Dodatkowo, po zsumowaniu odpowiedzi skrajnych, obserwowany jest wzrost zadowolenia ze zdrowia wśród osób w wieku 40–59 obu płci, a także wśród kobiet w wieku 60–74 i mężczyzn powyżej 74 roku życia. Pomimo relatywnie dużych zmian w porównaniu z rokiem 2018, nie są to jednak wartości istotne statystycznie (tabela 12.1, 12.2).

Dane pozyskane w badaniu pozwalają przyjrzeć się podgrupom o określonych cechach społeczno-demograficznych, definiowanych wykształceniem, wielkością miejsca zamieszkania oraz warunkami ekonomicznymi. Respondentom zadano pytania o to, czy w ich gospodarstwie domowym zdarzyło się, – i jeśli tak, to jak często – że brakowało pieniędzy na żywność (dla respondenta i jego najbliższej rodziny), na ubranie lub czy wystąpiły trudności z płaceniem rachunków (czynsz, prąd, ogrzewanie, itp.). Na podstawie tych trzech pytań, wyłoniono subpopulacje, gdzie grupę o najtrudniejszych warunkach materialnych, zdefiniowano jako osoby którym przynajmniej czasem (czasem, często lub zawsze) zdarzała się jedna lub więcej z tych trudności, grupę o relatywnie dobrej sytuacji (nigdy w ostatnim roku nie zdarzyła się im żadna z tych sytuacji), oraz pozostałą grupę, osób które doświadczały finansowych trudności w umiarkowanym stopniu.



Ryc. 12.2. Subiektywna ocena stanu zdrowia, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)



Ryc. 12.3. Subiektywna ocena stanu zdrowia, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)

Tabela 12.1. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od cech społeczno-demograficznych, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)

		Mężczyźni			
		2018 r.		2022 r.	
		Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/zła	Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/zła
Wiek (lata)	20–39	94,7%	1,2%	93,2%	0,6%
	40–59	80,6%	3,0%	85,7%	1,4%
	60–74	46,5%	9,1%	45,5%	7,5%
	75 +	13,8%	33,2%	22,2%	25,7%
Wykształcenie	Podstawowe	46,9%	14,8%	49,2%	9,7%
	ZSZ	68,9%	7,4%	66,4%	5,8%
	Średnie	82,5%	3,0%	82,6%	3,3%
	Wyższe	87,7%	1,4%	86,9%	0,4%
Wielkość miejscowości	Wieś	76,9%	4,7%	72,4%	4,5%
	do 100 tys.	76,1%	5,3%	76,9%	4,5%
	100–500 tys.	69,7%	6,0%	75,4%	2,4%
	500+ tys.	74,3%	7,9%	83,0%	2,7%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza sytuacja ekonomiczna	63,5%	10,7%	63,7%	6,8%
	Umiarkowane trudności ekonomiczne	62,2%	10,2%	68,3%	7,3%
	Relatywnie dobra sytuacja ekonomiczna	82,0%	2,6%	80,6%	2,4%

Tabela 12.2. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od cech społeczno-demograficznych, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)

		Kobiety			
		2018 r.		2022 r.	
		Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/zła	Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/zła
Wiek (lata)	20–39	93,1%	0,7%	95,3%	0,3%
	40–59	75,2%	4,2%	80,5%	2,4%
	60–74	45,2%	10,3%	51,5%	7,7%
	75 +	22,3%	28,8%	20,8%	33,1%
Wykształcenie	Podstawowe	36,5%	20,9%	46,3%	19,5%
	ZSZ	60,3%	7,2%	56,8%	8,0%
	Średnie	74,6%	5,3%	74,5%	3,9%
	Wyższe	89,2%	0,9%	88,9%	2,5%
Wielkość miejscowości	Wieś	71,3%	5,8%	71,2%	5,7%
	do 100 tys.	69,8%	7,3%	70,7%	7,1%
	100–500 tys.	61,8%	9,3%	71,6%	5,9%
	500+ tys.	70,4%	5,9%	74,5%	7,9%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza sytuacja ekonomiczna	56,6%	10,9%	61,0%	10,6%
	Umiarkowane trudności ekonomiczne	64,1%	11,3%	59,1%	9,8%
	Relatywnie dobra sytuacja ekonomiczna	74,7%	4,4%	77,4%	4,5%

Analiza pod kątem czynników społeczno-demograficznych (tabela 12.1 i 12.2) wskazuje, że w porównaniu z 2018 r., odsetek osób deklarujących zadowolenie ze swojego zdrowia wzrósł wyraźnie wśród kobiet z wykształceniem podstawowym (o 9,8 p.p., wynik nieistotny statystycznie), kobiet mieszkających w dużych miastach, od 100 do 500 tys. mieszkańców (wzrost o 9,9 p.p., wynik istotny statystycznie), w grupie osób o złej sytuacji materialnej (o 4,4 p.p., wynik nieistotny statystycznie). Efekt ten utrzymuje się po standaryzacji struktury demograficznej z 2018 r. i związany jest głównie ze wzrostem „najwyższych” ocen wśród kobiet.

W przypadku mężczyzn, suma ocen dobrych/bardzo dobrych wzrosła nieznacznie wśród osób z wykształceniem podstawowym, w dużych, 100–500 tys. mieszkańców i największych miastach, powyżej 500 tys. Zmiany w ocenach pomiędzy rokiem 2018 i 2022 nie były skorelowane z oceną sytuacji ekonomicznej respondentów (definiowanej jak

powyżej)). Należy zaznaczyć, że wymienione wzrosty nie są istotne statystycznie i nieznacznie łagodnieją po standaryzacji wyników z 2018 r. W przypadku mężczyzn nastąpił spadek ocen bardzo dobrych i wzrost ocen dobrych, bez silnego wpływu na sumę tych dwóch kategorii odpowiedzi (ryc. 12.4).

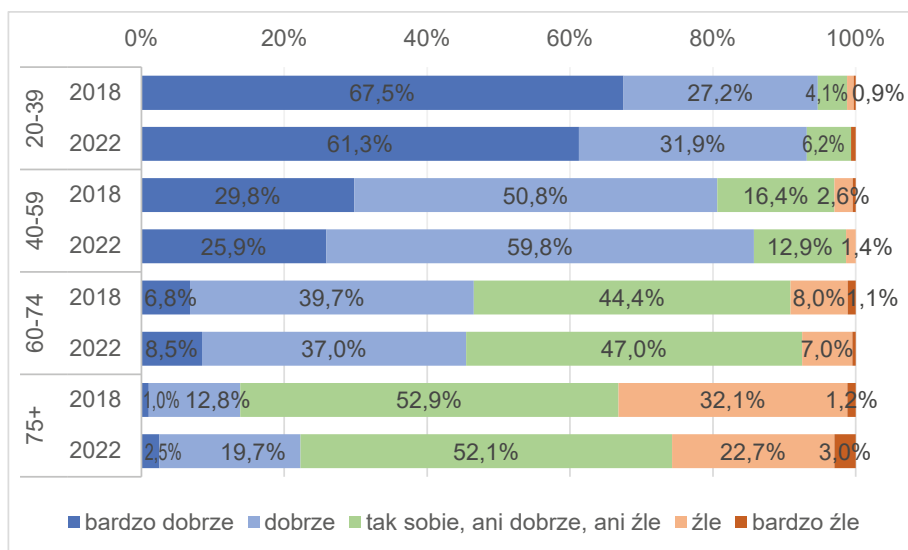
Wyraźny wzrost ocen dobrych (a spadek b. dobrych) wystąpił wśród mężczyzn z wykształceniem podstawowym i średnim, wśród mężczyzn mieszkających w małych miastach (do 100 tys. mieszkańców), a także miastach największych, powyżej 500 tys. mieszkańców (wynik jest nieistotny statystycznie) oraz w relatywnie dobrej sytuacji ekonomicznej, tzn. niemających trudności finansowych w zakresie podstawowych potrzeb.

Pomimo, że najczęściej Polacy dobrze oceniają swoje zdrowie, wyniki porównań wskazują, że od ostatniej edycji badania w 2018 r. w pewnych podgrupach nastąpił wzrost negatywnych odpowiedzi. Dotyczy to kobiet w wieku od 75 roku życia, mieszkających w największych miastach, w grupie z wyższym wykształceniem. Wyniki nie są istotne statystycznie, lecz tendencja wzrostowa utrzymuje się po standaryzacji struktury wyników z 2018 r. ze względu na płeć, wiek i wielkość miejsca zamieszkania.

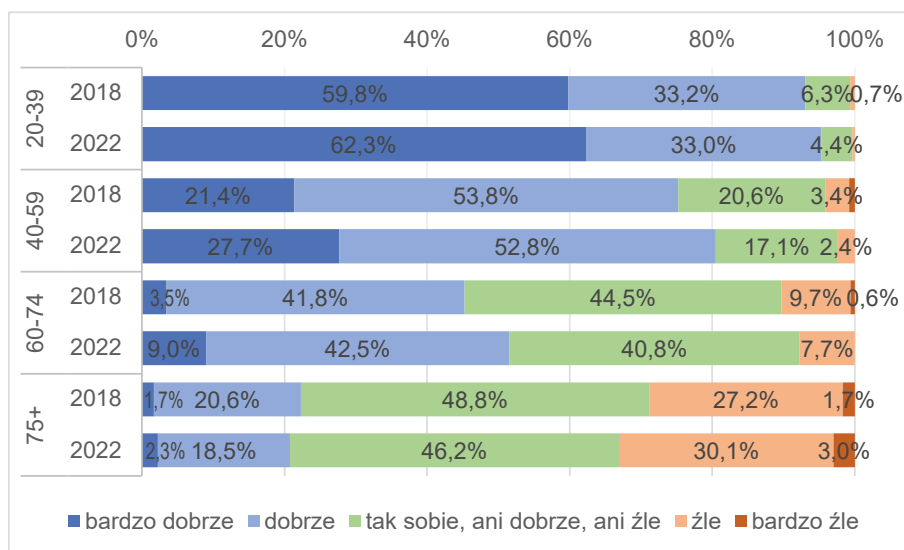
Dyskusji w szerszym kontekście wymaga wyłaniający się obraz lepszej samooceny stanu zdrowia dokonanej w 2022 r. niż w 2018 r., wobec zmian stanu zdrowia ludności Polski po pandemii, opisywanych w innych rozdziałach niniejszej publikacji oraz wykazywanych w wielu publikacjach opartych o analizę danych pochodzących z dokumentacji medycznych czy Narodowego Funduszu Zdrowia a także spodziewanego negatywnego wpływu pandemii COVID-19 na dostęp do diagnostyki i leczenia.

Struktura ludności Polski w 2022 r. jest zmieniona w porównaniu do hipotetycznego scenariusza „bez pandemii” ze względu na nadmiarowe zgony, które dotyczyły części osób starszych, a w ramach grup wiekowych w większym stopniu obciążonych chorobami przewlekłymi. Obie cechy – wiek i występowanie chorób przewlekłych i długotrwałych problemów zdrowotnych – korelują z subiektywną oceną stanu zdrowia.

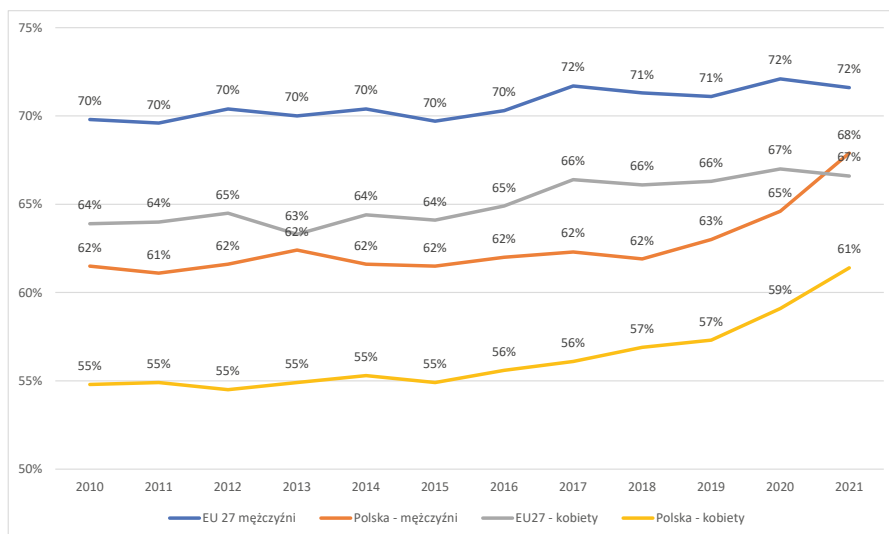
Dodatkowo warto zaznaczyć, że pozytywny trend i struktura ocen stanu zdrowia zaobserwowana z badaniach NIZP PZH – PIB jest zgodna z wynikami europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC, na grupie osób od 16 roku życia. W corocznych edycjach badania odnotowywany jest wzrost udziału bardzo dobrej i dobrej oceny stanu zdrowia w krajach europejskich, w tym w Polsce, gdzie oceny pozytywne wzrosły z poziomu 59% w 2018 r., do 64% w 2021 r. dla ogółu populacji powyżej 16 roku życia.



Ryc. 12.4. Ogólna ocena stanu zdrowia w grupach wiekowych, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)



Ryc. 12.5. Ogólna ocena stanu zdrowia w grupach wiekowych, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)



Ryc. 12.6. Odsetek bardzo dobrej i dobrej oceny stanu zdrowia, wśród osób powyżej 16 roku życia (dane Eurostat badanie EU-SILC)²

Na przestrzeni ostatnich lat jest obserwowany wzrost pozytywnych ocen zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Nadal odsetek kobiet i mężczyzn, którzy ocenili swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry jest w Polsce poniżej odpowiednich wielkości w krajach Unii Europejskiej, ale tempo wzrostu miernika dla Polski jest szybsze. Warto zaznaczyć, że w krajach Unii Europejskiej udział ocen pozytywnych w 2021 r. jest niższy niż w 2020, ale nadal wyższy niż przed pandemią. Dla Polski nie tylko nie zaobserwowano spadku w 2021 r., ale znaczący przyrost.

12.1.2. Subiektywna ocena zmiany stanu zdrowia w porównaniu do czasu sprzed pandemii

W badaniu ankietowym przeprowadzonym przez NIZP PZH – PIB w sierpniu 2022 r., zapytano bezpośrednio jak respondenci oceniają obecnie swoje zdrowie, w porównaniu ze stanem zdrowia 3 lata temu, w 2019 r., przed pandemią. Wyniki dla ogółu dorosłych kobiet i mężczyzn prezentuje ryc. 12.7.

2 HLTH_SILC_10 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_10/default/table?lang=en



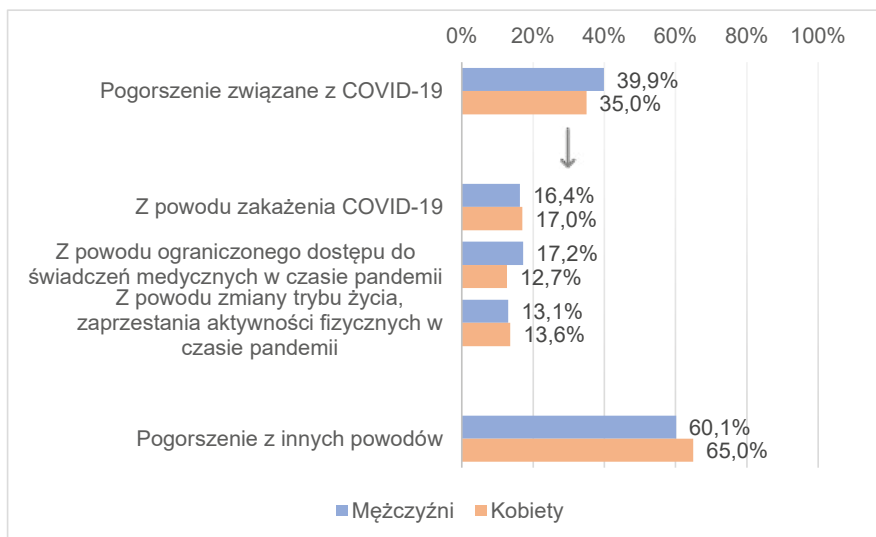
Ryc. 12.7. Ocena zmiany stanu zdrowia w porównaniu do czasu sprzed pandemii (badania NIZP PZH – PIB, 2022)

Jak wskazano w rozdziale 12.1.1, porównując wyniki badania przeprowadzonego przed pandemią COVID-19 z edycją z 2022 r., nie odnotowano znaczących spadków w ogólnej ocenie zdrowia. Mimo to, wyniki aktualnej edycji badania wskazują na istnienie relatywnie dużej grupy mieszkańców Polski, którzy twierdzą, że ich zdrowie pogorszyło się od czasu wystąpienia pandemii. Jest to 13,0% mężczyzn i 16,3% kobiet. Rozbieżność między płciami w zakresie pogorszenia zdrowia wynika z różnej struktury wiekowej w tych dwóch podgrupach i zanika po standaryzacji danych względem wieku (do poziomu 14,4% mężczyzn i 15,1% kobiet). Osoby te dopytano w kwestionariuszu o powody, dla których ich zdrowie pogorszyło się, dając możliwość wyboru jednego lub więcej powodów z uprzednio stworzonej listy, z opcją wpisania innej odpowiedzi. (Tabela 12.3). Zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet, najczęściej wskazywaną przyczyną pogorszenia stanu zdrowia, były powikłania lub zaostrzenie choroby lub chorób, które dane osoby miały już trzy lata wcześniej. Ok. 1/5 kobiet i mężczyzn nie potrafiła przypisać konkretnego powodu pogorszenia.

Tabela 12.3. Powody pogorszenia się stanu zdrowia w stosunku do stanu sprzed 3 lat, ocena respondentów (*badania NIZP PZH – PIB, 2022*)

	Mężczyźni	Kobiety
Na skutek wypadku	6,4%	1,2%
Z powodu zakażenia COVID-19	16,4%	17,0%
Z powodu wystąpienia nowej choroby/ chorób (inne niż COVID-19), których nie miałem/am 3 lata temu	11,3%	15,7%
Z powodu powikłań lub zaostrzenia choroby/ chorób, które miałem/am już 3 lata temu	26,4%	32,5%
Z powodu nieprawidłowego leczenia lub błędnego rozpoznania/ braku rozpoznania choroby	2,3%	3,4%
Z powodu ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych w czasie pandemii	17,2%	12,7%
Z powodu zmiany trybu życia, zaprzestania aktywności fizycznych w czasie pandemii	13,1%	13,6%
Inne powody	6,1%	9,7%
Bez określonej przyczyny	18,2%	20,9%

W grupie, która deklaruje gorszy stan zdrowia w porównaniu z 2019 r. (ryc. 12.8), 39,9% mężczyzn i 35% kobiet wiąże ten stan, między innymi, bezpośrednio lub pośrednio z pandemią COVID-19. Po ekstrapolacji na poziom populacji Polski przekłada się to na liczbę 1,7 mln dorosłych osób, w tym 755,2 tys. mężczyzn i 909,4 tys. kobiet. W szczególności, jest to wg badanych, skutek zakażenia wirusem COVID-19 (16,4% mężczyzn i 17,0% kobiet dostrzegających pogorszenie), lub wynik ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych w czasie pandemii (odpowiednio 17,2% mężczyzn i 12,7% kobiet) lub zmiany trybu życia w trakcie pandemii (13,1% i 13,6%). Wartości procentowe utrzymują się na podobnym poziomie po uwzględnieniu standaryzacji względem struktury wiekowej.



Ryc. 12.8. Powody pogorszenia się zdrowia w porównaniu z okresem przed pandemią – możliwość wielu odpowiedzi (badania NIZP PZH – PIB, 2022)

Dalszej analizie poddano podgrupę osób, które oceniają, że ich zdrowie pogorszyło się na przestrzeni ostatnich 3 lat i wymieniły przynajmniej jeden powód tego pogorszenia związany z pandemią COVID-19. Charakterystykę społeczno-demograficzną tej podgrupy przedstawiono w poniższej tabeli (tabela 12.4.)

Tabela 12.4. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób deklarujących pogorszenie zdrowia z powodów związanych z pandemią COVID-19 vs. pozostała populacja (badania NIZP PZH – PIB, 2022)

		Mężczyźni	Kobiety
Wiek (lata)	20–39	17,4%	14,8%
	40–59	23,5%	19,6%
	60–74	44,0%	34,4%
	75–84	11,2%	23,0%
	85 +	3,9%	8,2%
Wykształcenie	Podstawowe	17,0%	15,4%
	Zasadnicze zawodowe	25,9%	20,9%
	Średnie	26,0%	39,4%
	Wyższe	31,1%	24,3%
Wielkość miejscowości	Wieś	34,0%	40,7%
	do 100 tys.	26,4%	34,2%
	100–500 tys.	24,9%	19,9%
	500+ tys.	14,8%	5,1%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza sytuacja ekonomiczna	15,0%	30,6%
	Umiarkowane trudności ekonomiczne	24,7%	16,8%
	Relatywnie dobra sytuacja ekonomiczna	60,3%	52,6%

Tabela 12.5. Udział osób deklarujących pogorszenie zdrowia z powodów związanych z pandemią COVID-19, w danej podgrupie definiowanej poziomami wieku, wykształcenia, wielkością miejscowości i warunkami ekonomicznymi (*badanie NIZP PZH – PIB, 2022*)

		Mężczyźni			Kobiety		
		Pogorszenie związane z COVID19	Pozostała populacja	Suma w wierszu	Pogorszenie związane z COVID19	Pozostała populacja	Suma w wierszu
Wiek (lata)	20–39	2,5%	97,5%	100%	2,6%	97,4%	100%
	40–59	3,4%	96,6%	100%	3,4%	96,6%	100%
	60–74	10,5%	89,5%	100%	8,0%	92,0%	100%
	75–84	12,4%	87,6%	100%	17,5%	82,5%	100%
	85 +	13,5%	86,5%	100%	13,0%	87,0%	100%
Wykształcenie	Podstawowe	8,3%	91,7%	100%	6,2%	93,8%	100%
	Zasadnicze zawodowe	4,9%	95,1%	100%	6,4%	93,6%	100%
	Średnie	3,7%	96,3%	100%	5,9%	94,1%	100%
	Wyższe	6,4%	93,6%	100%	4,7%	95,3%	100%
Wielkość miejscowości	Wieś	4,7%	95,3%	100%	6,0%	94,0%	100%
	do 100 tys.	3,9%	96,1%	100%	5,9%	94,1%	100%
	100–500 tys.	8,4%	91,6%	100%	6,9%	93,1%	100%
	500+ tys.	6,5%	93,5%	100%	2,5%	97,5%	100%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza sytuacja ekonomiczna	4,2%	95,8%	100%	8,8%	91,2%	100%
	Umiarkowane trudności ekonomiczne	8,8%	91,2%	100%	6,5%	93,5%	100%
	Relatywnie dobra sytuacja ekonomiczna	4,7%	95,3%	100%	4,6%	95,4%	100%

Analiza rozpowszechnienia pogorszenia stanu zdrowia związanego z pandemią, w ocenie respondentów, wskazuje, że jest ono wyraźnie zależne od wieku i częściej występuje w najstarszych grupach wiekowych – u osób w wieku 75–84 lata (w tej subpopulacji, wśród mężczyzn stanowią oni 12,4%, wśród kobiet – 17,5%) oraz w wieku 85 lat i starszych (w tej grupie jest to 13,5% mężczyzn i 13,0% kobiet).

Struktura społeczno-demograficzna w rozpatrywanej populacji (pogorszenie zdrowia z powodu pandemii COVID-19) mężczyzn i kobiet ma nieco inny charakter. W przypadku kobiet, odsetek osób wiążących pogorszenie swojego stanu z efektem pandemii jest na podobnym poziomie, niezależnie od poziomu wykształcenia,

natomiast jest zdecydowanie niższy w dużych miastach. Udział mężczyzn, deklarujących spadek stanu zdrowia z powodu pandemii, jest z kolei najwyższy w dużych miastach i jest skorelowany (nieliniowo) z poziomem wykształcenia: jest wysoki w grupie mężczyzn o wykształceniu podstawowym oraz wyższym, a najniższy – wśród osób z wykształceniem średnim.

Udział kobiet i mężczyzn z pogorszeniem zdrowia z uwagi na COVID-19, waha się od 4 do 8% w zależności od sytuacji ekonomicznej. Wśród kobiet, najwyższy udział tej grupy jest wśród osób o najtrudniejszej sytuacji materialnej, natomiast wśród mężczyzn jest on najwyższy w grupie o umiarkowanych problemach ekonomicznych.

Poza charakterystyką społeczno-demograficzną, sprawdzono czy podgrupa osób odczuwających pogorszenie zdrowia, pośrednio lub bezpośrednio z powodu COVID-19, różni się od pozostałej populacji pod kątem występowania chorób przewlekłych lub innego obciążenia problemami zdrowotnymi. Zauważalna jest wyraźna różnica w profilu zdrowotnym tych osób – zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Zdecydowanie częściej bowiem deklarują one, że cierpią z powodu ogólnie ujętych długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych (które trwają, lub jest przewidywane, że będą trwać 6 miesięcy lub dłużej), oraz z powodu długotrwałej (minimum ostatnie 6 miesięcy) ograniczonej zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, wynikającej z problemów zdrowotnych.

W rozważanej podgrupie, długotrwałe problemy zdrowotne dotyczą 76,7% mężczyzn i 85,0% kobiet (podczas gdy w pozostałej populacji badanych występują one na poziomie ok. 25% u obu płci), a poważne długotrwałe ograniczenia w wykonywaniu czynności spowodowane problemami zdrowotnymi – 23,2% mężczyzn i 27,0% kobiet (w pozostałej populacji jest to ok. 4% dla obu płci), niezbyt poważne ograniczenia – 35,6% mężczyzn i 43,2% kobiet (dla porównania odpowiednio 15–16% w pozostałej populacji).

Po przedstawieniu predefiniowanej listy chorób, zdecydowana większość analizowanej subpopulacji (osób wskazujących na pogorszenie stanu zdrowia w wyniku pandemii) mówi, że miała w ciągu ostatnich miesięcy przynajmniej jedną z nich (astma, przewlekłe choroby płuc, zawał serca, choroba niedokrwienności serca /choroba wieńcowa, nadciśnienie, hipercholesterolemia, udar lub zawał, cukrzyca, choroby alergiczne, marskość wątroby lub zaburzenia czynności wątroby, nowotwory, osteoporoza, trwałe uszkodzenia/wady spowodowane wypadkiem). Dotyczy to 77,0% mężczyzn i 80,5%

kobiet (podczas gdy w pozostałej populacji choroby te wskazywane są przez odpowiednio 25,1% – 28,8% mężczyzn i kobiet).

Wyniki przeprowadzonego badania ankietowego pozwoliły również na ocenę występowania objawów depresji i ich nasilenia (w okresie ostatnich dwóch tygodni), bazując na pytaniach z kwestionariusza zdrowia pacjenta PHQ-9. Okazuje się, że w analizowanej podgrupie, bardziej niż u pozostałych, według subiektywnych deklaracji, rozpowszechnione są objawy depresji (44,5% mężczyzn i 69,3% kobiet vs. 14,6% – 20,3% mężczyzn i kobiet w pozostałej populacji), w tym szczególnie częściej depresji umiarkowanej (17,6% – 21,7% mężczyzn i kobiet vs. ok. 3% w pozostałej podgrupie) jak również depresji ciężkiej (10,6% - 11,0% mężczyzn i kobiet vs. poniżej 2% u pozostałych).

Dodatkowo, osoby wiążące pogorszenie swojego zdrowia na przestrzeni 3 lat z efektem pandemii są obciążone wysokim BMI w dużo większym stopniu niż inni (otyłość dotyczy 39,6% mężczyzn i 24,5% kobiet – vs. odpowiednio 13,1% i 9,4% w pozostałej subpopulacji), są to również osoby, które częściej deklarują przejście zakażenia COVID-19, tzn. 49,3% mężczyzn i 62,4% kobiet (vs. ok. 25% wśród obu płci w pozostałej subpopulacji).

Warto podkreślić, że wszystkie powyższe różnice w poziomie obciążenia zdrowotnego chorobami i problemami zdrowotnymi, względem pozostałej populacji Polaków, którzy nie doświadczają pogorszenia zdrowia lub nie wiążą go z pandemią COVID-19, są istotne statystycznie.

12.1.3. Wpływ długiego przebywania w domu

Istotną kwestią w trakcie pandemii COVID-19 była, wynikająca z restrykcji i zaleceń, konieczność pozostawania w domu. Poniżej przedstawiona jest analiza wpływu długotrwałego przebywania w domu na zdrowie osób dorosłych w Polsce, oparta na subiektywnej ocenie udzielanej przez respondentów w badaniu ankietowym.

Osoby, które nie przebywały długotrwale w domu w związku z pandemią, stanowią ok. 1/4 dorosłych obu płci i zostały wykluczone z poniższej analizy.

Największy udział osób przebywających długotrwale w domu jest obserwowany w grupach najstarszych – od 85 roku życia (89,5% mężczyzn i 85,4% kobiet), oraz wśród osób w wieku 75–84 lata (85,7% wśród mężczyzn i 89,7% wśród kobiet).

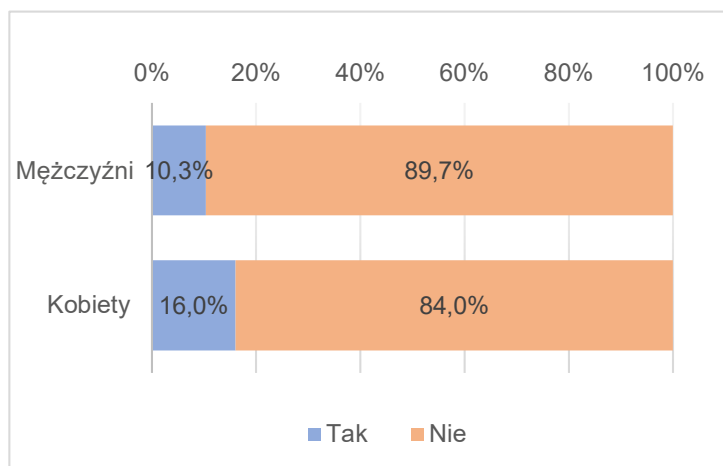
Istotnie rzadziej sytuacja ta dotyczyła mężczyzn w relatywnie dobrej sytuacji ekonomicznej i mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym, natomiast w przypadku kobiet – w małych miastach, do 100 tys. mieszkańców oraz w największych miastach, powyżej 500 tys. (tabela 12.6).

Tabela 12.6. Odsetek osób deklarujących długotrwałe przebywanie w domu podczas pandemii (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)

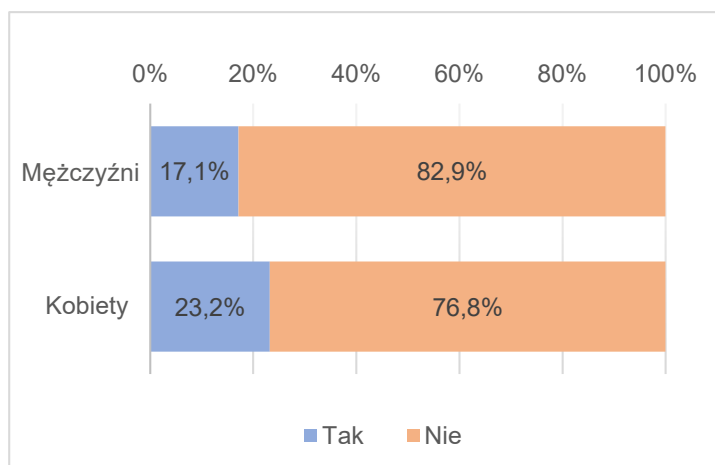
		Mężczyźni		Kobiety	
		Osoby, które przebywały długotrwałe w domu	Osoby, które NIE przebywały długotrwałe w domu	Osoby, które przebywały długotrwałe w domu	Osoby, które NIE przebywały długotrwałe w domu
Płeć	Mężczyźni	74,2%	25,8%	-	-
	Kobiety	-	-	75,7%	24,3%
Wiek (lata)	20–39	73,2%	26,8%	71,9%	28,1%
	40–59	69,6%	30,4%	71,6%	28,4%
	60–74	79,9%	20,1%	80,3%	19,7%
	75–84	85,7%	14,3%	89,7%	10,3%
	85 +	89,5%	10,5%	85,4%	14,6%
Wykształcenie	Podstawowe	88,6%	11,4%	77,5%	22,5%
	Zasadnicze zawodowe	66,2%	33,8%	77,1%	22,9%
	Średnie	70,6%	29,4%	75,8%	24,2%
	Wyższe	82,1%	17,9%	73,9%	26,1%
Wielkość miejscowości	Wieś	73,2%	26,8%	79,9%	20,1%
	do 100 tys.	70,3%	29,7%	67,9%	32,1%
	100–500 tys.	82,2%	17,8%	87,6%	12,4%
	500+ tys.	78,5%	21,5%	67,0%	33,0%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza sytuacja ekonomiczna	81,3%	18,7%	78,1%	21,9%
	Umiarkowane trudności ekonomiczne	79,7%	20,3%	82,2%	17,8%
	Relatywnie dobra sytuacja ekonomiczna	71,0%	29,0%	73,5%	26,5%

W grupie osób, które przebywały długotrwałe w domu podczas pandemii, kobiety poniosły istotnie częściej negatywne skutki tej sytuacji, w porównaniu z mężczyznami. 16,0% kobiet w porównaniu do 10,3% mężczyzn zauważyło pogorszenie zdrowia

fizycznego oraz 23,2% pogorszenie stanu psychicznego (w porównaniu do 17,0% mężczyzn) (ryc 12.9, 12.10). Różnice pomiędzy płciami utrzymują swoją siłę po standaryzacji względem struktury wieku.



Ryc. 12.9. Pogorszenie zdrowia fizycznego podczas przebywania długotrwale w domu (100% = osoby deklarujące długie przebywanie w domu w czasie pandemii) (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)



Ryc. 12.10. Pogorszenie zdrowia psychicznego podczas przebywania długotrwale w domu (100% = osoby deklarujące długie przebywanie w domu w czasie pandemii) (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)

Deklarowane pogorszenie stanu zdrowia, również psychicznego, związanego z długotrwałym przebywaniem w domu rośnie wraz z wiekiem, zwłaszcza po 75 roku życia oraz z wielkością miejsca zamieszkania.

Pogorszenie zdrowia fizycznego zauważyło 23,9% mężczyzn i kobiet w grupie 75–84 lat, oraz 26,8% mężczyzn i 22,5% kobiet od 85 roku życia i starszych (vs. 7–13% mężczyzn i ok. 15% kobiet w innych kategoriach wiekowych). Dotyczyło to przeważnie mieszkańców dużych i największych miast.

Spadek nastroju i inne problemy natury psychicznej zauważyło 26,0% mężczyzn i 27,6% kobiet w grupie 75–84 lata oraz 24,2% mężczyzn i 25,7% kobiet w wieku 85 i więcej lat. (vs. 14–18% mężczyzn i ok. 22–23% kobiet w pozostałych podgrupach). Zjawisko to dotyczy głównie mieszkańców dużych i największych miast.

Dodatkowo, pogorszenie stanu psychicznego jest istotnie skorelowane z gorszą sytuacją materialną w gospodarstwie domowym wśród mężczyzn – wystąpiło wśród 28,7% mężczyzn o najtrudniejszych warunkach materialnych, podczas gdy wśród osób w relatywnie lepszej sytuacji materialnej taki spadek zaobserwowało 14,3%. Powyżej opisane różnice utrzymują się lub wzmacniają po standaryzacji wyników względem wieku.

Po ekstrapolacji wyników badania na populację ogólnopolską, okazuje się, że konsekwencje ograniczenia wychodzenia z domu w trakcie pandemii dotyczą relatywnie dużej części populacji powyżej 20 roku życia. Pogorszenie zdrowia fizycznego w trakcie długotrwałego pobytu w domu dotyczy 1,1 mln mężczyzn oraz 1,9 mln kobiet, z kolei spadek zdrowia fizycznego dotyczy 1,8 mln mężczyzn i 2,8 mln kobiet w Polsce.

12.2. Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych

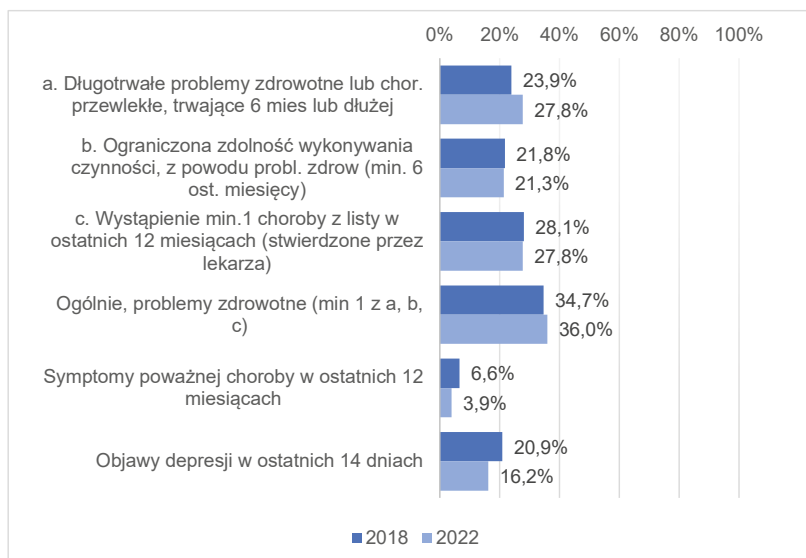
Porównanie wyników badań ankietowych z 2022 r. i 2018 r. pokazało istotne zmiany w występowaniu dolegliwości zdrowotnych wśród dorosłych osób w Polsce (ryc. 12.11, 12.12). Spadek obciążeń zdrowotnych wśród kobiet i brak podobnego trendu wśród mężczyzn spowodowały wyrównanie różnic pomiędzy płciami, które były obserwowane przed pandemią (nie licząc objawów depresyjnych).

W ogólnej populacji, kobiety są częściej w dobrym stanie zarówno ze względu na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne, w porównaniu z okresem przed pandemią – mniej kobiet twierdzi, że miało długotrwałe problemy zdrowotne trwające min. 6 miesięcy, mniej też deklaruje że w ostatnich 12 miesiącach miało stwierdzone przez lekarza choroby, o które pytano w kwestionariuszu (spadek o odpowiednio 4,3 i 4,7 p.p., do poziomu 28,7% i 31,8%). Rzadziej występują wśród nich długotrwałe (min. 6 miesięcy) ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności, z powodu kłopotów ze zdrowiem (spadek o 6,5 p.p. do poziomu 23,4%). Spadła też liczba kobiet deklarujących objawy mogące świadczyć o depresji w ostatnich 14 dniach (mniej o 2,3 p.p., do poziomu 23,1%). Wszystkie opisane powyżej zmiany są istotne statystycznie, poza zmianami w rozpowszechnieniu depresji, które dopiero po standaryzacji wg wieku danych z 2018 r. wskazują na istotne zmniejszenie się częstości depresji.

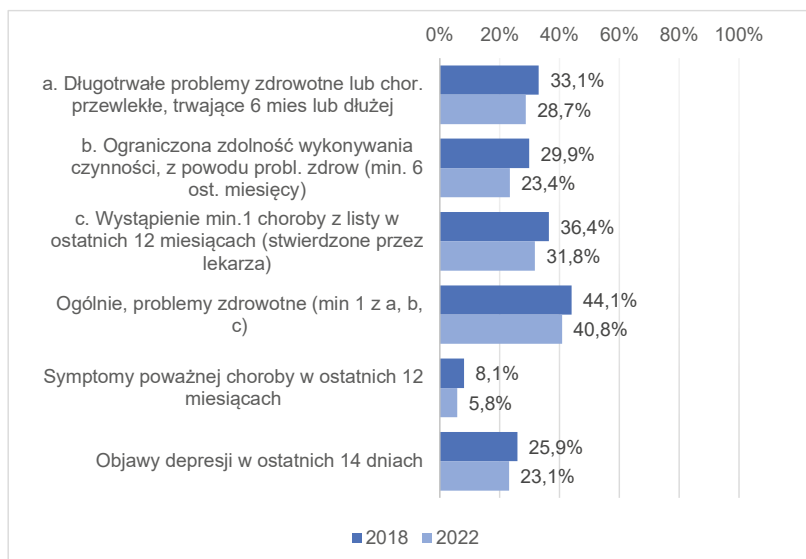
Również wśród mężczyzn deklarowane objawy depresji są mniej rozpowszechnione niż przed pandemią – odnotowano spadek o 4,8 p.p. (obecnie 16,2%) w porównaniu z 2018 r. Jeśli chodzi ogólnie o zdrowie, tendencja jest jednak miejscami odwrotna – więcej mężczyzn (o 3,8 p.p., do poziomu 27,8%) mówi, że ma długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby, które trwały lub będą trwać przynajmniej 6 miesięcy. Nie jest to jednak różnica istotna statystycznie po uwzględnieniu standaryzacji wyników 2018 względem struktury demograficznej.

W analizie porównawczej stanu zdrowia przed pandemią i obecnie, zwraca uwagę grupa osób w średnim wieku oraz starszych, która wydaje się być aktualnie mniej obciążona problemami zdrowotnymi.

W grupie osób 60–74 lata zaszły istotne zmiany: mniej osób obu płci deklaruje występowanie symptomów poważnej choroby w ostatnich 12 miesiącach (spadek o 5,8 p.p. wśród mężczyzn i 7,4 p.p. u kobiet, do poziomu 6,7% i 5,6%), oraz ograniczenia w czynnościach jakie ludzie zwykle wykonują, spowodowanych chorobami (spadek o 8,9 p.p. wśród mężczyzn i aż — 18,8 p.p. u kobiet – obecnie 36,3% i 32,5%). Dodatkowo, mężczyźni w wieku 60–74 rzadziej wymieniają symptomy świadczące o depresji w ostatnich 2 tygodniach (spadek o 9,8 p.p. do 23,6%). Natomiast wśród kobiet z mniejszą częstością występują ogólne długotrwałe problemy zdrowotne (spadek o 12,1 p.p. do poziomu 45%). Wszystkie różnice są istotne statystycznie i utrzymują się po standaryzacji danych z 2018 r. względem struktury demograficznej.



Ryc. 12.11. Obciążenie chorobami i problemami zdrowotnymi, deklarowane w badaniu ankietowym, mężczyźni, 2022 r. (badania NIZP PZH – PIB)



Ryc. 12.12. Obciążenie chorobami i problemami zdrowotnymi, deklarowane w badaniu ankietowym, kobiety, 2022 r. (badania NIZP PZH – PIB)

Warto zauważyć, że również w grupie osób najstarszych (75 i więcej lat) nastąpiły pozytywne zmiany w zakresie stanu zdrowia. Pomimo że różnice nie są istotne statystycznie, widoczny jest spadek odsetka kobiet mówiących o obecnych długotrwałych problemach zdrowotnych (mniej o 9,7 p.p. u kobiet / 72,4% – u mężczyzn odnotowano wzrost o 4,8 p.p. do 78%), mniej wskazuje symptomy poważnej choroby w ostatnich 12 miesiącach (spadek o 6 p.p. mężczyzn do 14,3% i 3,6 p.p. kobiet do 14%) jak również symptomy depresji (mniej o 11 p.p. mężczyzn / 52,4% i 6,8 p.p. wśród kobiet / 54,4%).

Wśród osób w wieku średnim (40–59 lat), u mężczyzn rzadziej deklarowane są symptomy depresji (spadek o 4 p.p., do poziomu 12,9%), za to następuje wzrost odsetka osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, trwającymi min. 6 miesięcy lub dłużej (wzrost o 5,9 p.p. do 23,1%). Wśród kobiet natomiast, w tej kategorii wiekowej, jest obecnie zdecydowanie mniej osób doświadczających takich problemów (-6,9 p.p. obniżenie do 18,7%) oraz ograniczeń w czynnościach w związku z chorobą (-5,6 p.p. / 16,9%), jak również deklarujących zdiagnozowane przez lekarza choroby wymienione w kwestionariuszu (-11,3 p.p. / 18,8%). Powyższe zmiany są istotne statystycznie i utrzymują się po standaryzacji danych z 2018 r. względem struktury demograficznej.

Analiza pozostałych cech społeczno-geograficznych wykazuje, że powyżej opisane zmiany dotyczą najsilniej osób mieszkających na wsi i /lub w małych miastach, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, najczęściej kobiet z wykształceniem podstawowym (w przypadku mężczyzn wzrost problemów zdrowotnych zachodzi wyraźnie u osób z wykształceniem wyższym, a spadek objawów depresyjnych – osób z wykształceniem średnim i wyższym).

12.3. Niezrealizowane potrzeby zdrowotne

12.3.1. Dostęp do opieki zdrowotnej

W poniższym rozdziale przedstawiona jest analiza wyników badań ankietowych prowadzonych w 2018 r. i 2022 r. pod kątem czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne oraz finansowych możliwości zrealizowania świadczeń we własnym zakresie (prywatnie). W pierwszym kroku prześledzono zmiany jakie zaszły w odsetku osób, które twierdzą, że nie potrzebowały danego rodzaju opieki zdrowotnej w ostatnich 12 miesiącach

(tab. 12.6, tab.12.7). Okazuje się, że w porównaniu z 2018 r., szczególnie wzrosła liczba kobiet, które zgłaszają, że nie potrzebowały opieki zdrowotnej (ogólnie) w tym czasie, (wzrost o 5,5 p.p. do 28,2%), a w szczególności opieki medycznej sprawowanej przez lekarza (wzrost o 5,2 p.p. do poziomu 33%) i leków przepisanych na receptę (+6,3 p.p. / 33,5%) – są to wzrosty istotne statystycznie, utrzymujące się po standaryzacji danych z 2018 r. Zjawisko to w największym stopniu dotyczy grup wiekowych 40–59 lat i 60–74 lata, kobiet z podstawowym wykształceniem, mieszkanek dużych i największych miast (od 100 do 500 tys. i powyżej 500 tys. mieszkańców) a także kobiet w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej. Podobne istotne wzrosty odsetka osób niepotrzebujących świadczeń zaszły dla opieki dentystrycznej, wśród kobiet w największych miastach, w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym a także wśród kobiet w średnim wieku (wysoki, ale nieistotny wzrost).

Wśród mężczyzn, patrząc na ogólną ich populację, nie odnotowano tak dużych jak wśród kobiet zmian w porównaniu do 2018 r., ale zauważalny jest wzrost odsetka mężczyzn deklarujących, że nie potrzebowali opieki zdrowotnej w ostatnich 12 miesiącach, w grupie osób starszych (w wieku 60–74 lata i co najmniej 75 lat), a szczególnie opieki medycznej sprawowanej przez lekarza wśród osób w wieku 60–74 (zmiana istotna statystycznie). Istotnie więcej osób w najtrudniejszej sytuacji materialnej mówiło o braku potrzeby świadczeń dentystrycznych, leków przepisanych na receptę i opieki medycznej sprawowanej przez lekarza, dotyczy to również mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym (opieka medyczna – wynik istotny po standaryzacji danych z 2018 r.), oraz mieszkańców największych miast (powyżej 500 tys.), ale w tym przypadku, wzrosty, pomimo że wyraźne, są nieistotne statystycznie.

Z drugiej strony w niektórych subpopulacjach mężczyzn w porównaniu do 2018 r. mniej osób twierdzi, że nie potrzebowało opieki zdrowotnej (a więc zapotrzebowanie zwiększyło się): dzieje się to wśród mężczyzn w średnim wieku, 40–59 lat oraz młodszych – jeśli chodzi o opiekę medyczną w ogólnym ujęciu, wśród osób w relatywnie dobrej sytuacji materialnej (istotny spadek), oraz widać tendencję spadkową w małych miastach (do 100 tys.) oraz w grupach z podstawowym a zarazem z wyższym wykształceniem – choć nie jest ona istotna statystycznie.

Warto zwrócić uwagę na zmianę związaną z opieką nad zdrowiem psychicznym. Mniej mężczyzn mówi o braku potrzeby takich świadczeń, w grupie z wykształceniem wyższym i wśród osób w relatywnie dobrej sytuacji ekonomicznej. W przypadku kobiet zjawisko zauważalne jest w grupie o umiarkowanej sytuacji ekonomicznej.

Tabela 12.7. Odsetek osób, które w ostatnich 12 miesiącach nie potrzebowały danego rodzaju opieki zdrowotnej, wg cech społeczno-demograficznych, mężczyźni (*badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022*)

		Mężczyźni									
		Opieka zdrowotna, w ujęciu ogólnym		Opieka medyczna (sprawowana przez lekarza)		Opieka dentystryczna		Leki przepisane na receptę		Opieka nad zdrowiem psychicznym (np. psychologia lub psychiatry)	
		2018	2022	2018	2022	2018	2022	2018	2022	2018	2022
Mężczyźni, ogółem		35,3%	32,8%	40,7%	41,3%	53,1%	53,1%	40,9%	41,8%	74,9%	72,7%
Wiek (lata)											
	20-39	47,2%	42,6%	52,0%	52,9%	53,0%	53,6%	53,8%	55,6%	78,0%	77,0%
	40-59	39,5%	34,1%	45,5%	43,1%	54,5%	53,2%	44,7%	44,9%	76,5%	73,8%
	60-74	13,7%	19,9%	19,1%	27,0%	48,9%	50,6%	18,2%	22,2%	68,4%	65,7%
	75 +	6,4%	13,2%	12,1%	13,8%	58,5%	58,3%	10,8%	12,3%	67,3%	66,7%
Wykształcenie											
	Podstawowe	27,1%	19,2%	31,4%	26,7%	61,6%	56,1%	27,5%	24,1%	67,8%	72,6%
	ZS	32,1%	34,6%	35,6%	41,4%	51,9%	61,7%	35,6%	43,2%	71,4%	73,4%
	Średnie	38,9%	35,9%	44,1%	43,3%	54,5%	52,0%	45,8%	45,4%	77,4%	72,2%
	Wyższe	37,9%	32,0%	49,6%	44,4%	45,8%	44,1%	48,4%	42,3%	81,0%	72,8%
Wielkość miejscowości											
	Wiś	37,1%	34,2%	41,8%	43,4%	56,1%	58,5%	42,0%	45,5%	73,8%	73,1%
	do 100 tys.	37,0%	31,6%	43,1%	39,9%	57,7%	53,9%	43,7%	39,0%	77,7%	74,0%
	100-500 tys.	29,5%	29,7%	34,2%	33,4%	44,3%	39,4%	36,5%	36,0%	71,8%	67,1%
	500+ tys.	32,6%	35,6%	39,9%	48,9%	41,7%	51,3%	35,5%	45,6%	75,7%	75,4%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym											
	Najtrudniejsza sytuacja ekonomiczna	20,2%	32,9%	27,3%	40,2%	37,7%	49,8%	25,8%	40,2%	54,8%	64,3%
	Umiarkowanie trudności ekonomiczne	33,2%	25,4%	36,9%	31,8%	56,3%	49,7%	35,5%	35,9%	76,3%	71,1%
	Relatywnie dobra sytuacja ekonomiczna	40,2%	34,3%	45,6%	43,7%	56,6%	54,7%	46,7%	43,5%	80,4%	75,5%

Tabela 12.8. Odsetek osób, które w ostatnich 12 miesiącach nie potrzebowały danego rodzaju opieki zdrowotnej, wg cech społeczno-demograficznych, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)

		Kobiety															
Wiek (lata)	Opieka zdrowotna, w ujęciu ogólnym	Opieka medyczna (sprawowana przez lekarza)				Opieka dentystryczna				Leki przepisane na receptę				Opieką nad zdrowiem psychicznym (np. psychologa lub psychiatry)			
		2018	2022	2018	2022	2018	2022	2018	2022	2018	2022	2018	2022	2018	2022		
Kobiety, ogółem		22,7%	28,2%	27,8%	33,0%	41,3%	44,0%	27,2%	33,5%	68,9%	67,5%						
20-39		34,3%	36,6%	41,5%	43,8%	41,7%	38,9%	42,5%	44,2%	70,8%	69,3%						
40-59		22,4%	31,6%	27,7%	36,2%	34,0%	43,3%	27,2%	38,5%	69,4%	69,8%						
60-74		11,8%	21,7%	16,2%	23,5%	44,6%	46,0%	13,3%	23,0%	65,7%	63,4%						
75 +		9,2%	8,2%	8,0%	13,6%	55,6%	56,0%	6,9%	11,2%	67,8%	64,9%						
Podstawowe		9,0%	26,8%	12,0%	27,2%	50,2%	57,6%	11,0%	23,5%	59,2%	64,8%						
ZSZ		19,2%	24,7%	22,5%	29,7%	41,8%	50,7%	23,9%	30,9%	69,7%	69,9%						
Średnie		25,4%	27,5%	33,4%	32,3%	42,4%	43,8%	32,5%	35,4%	69,9%	67,0%						
Wyższe		30,2%	31,9%	32,6%	38,6%	32,8%	33,5%	30,5%	37,4%	71,8%	68,0%						
Wies		25,2%	27,2%	29,7%	35,6%	43,4%	44,7%	29,4%	34,7%	70,5%	68,0%						
do 100 tys.		25,1%	26,8%	31,3%	30,3%	44,9%	42,9%	29,9%	31,0%	68,7%	67,3%						
100-500 tys.		15,5%	27,4%	21,3%	31,7%	38,6%	44,9%	19,9%	34,9%	67,1%	68,8%						
500+ tys.		19,2%	36,6%	22,0%	33,8%	29,2%	43,4%	23,7%	34,7%	66,9%	64,5%						
Najtrudniejsza sytuacja ekonomiczna		16,0%	30,1%	18,4%	29,7%	32,8%	41,0%	19,9%	31,3%	51,5%	55,8%						
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym																	
Umiarowanie trudności ekonomiczne		23,1%	25,6%	30,7%	29,0%	46,0%	36,5%	29,9%	30,4%	75,6%	58,8%						
Relatywnie dobra sytuacja ekonomiczna		24,9%	28,2%	30,2%	34,9%	43,0%	46,5%	28,9%	34,8%	72,9%	73,0%						

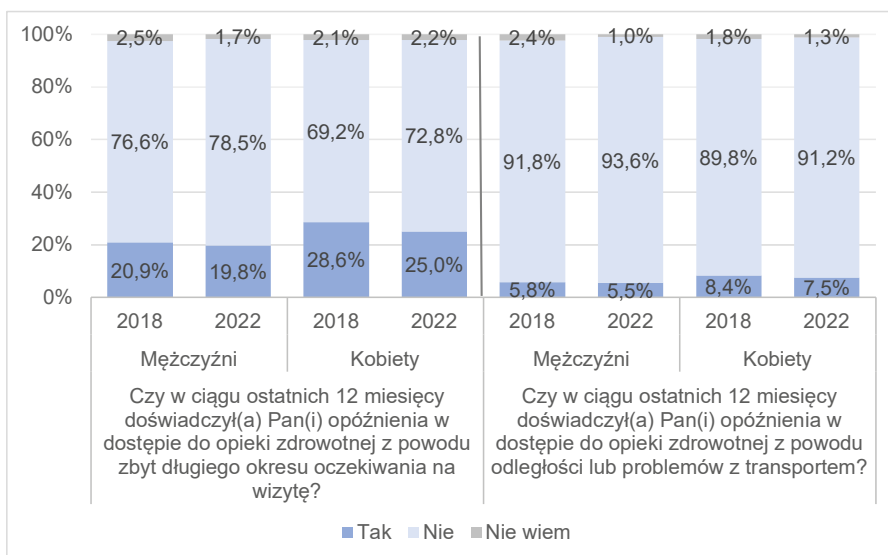
W obu edycjach badania, pomimo wyraźnych opisanych wyżej zmian, to mężczyźni nadal częściej zgłaszają brak potrzeby opieki zdrowotnej, w każdym rozpatrywanym ujęciu.

Z dalszej analizy wykluczono osoby, które w ostatnich 12 miesiącach nie potrzebowały danego rodzaju opieki zdrowotnej.

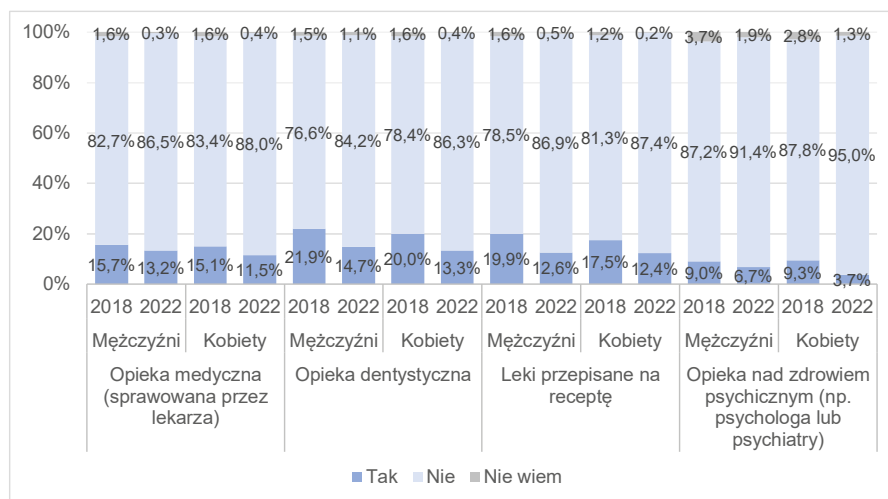
Wyniki wskazują na poprawę w dostępie do opieki zdrowotnej, polegającą na spadku odsetka osób, których nie stać było na poszczególny rodzaj opieki. Poprawa występuje zarówno wśród kobiet i mężczyzn, w większości przecięć pod kątem cech społeczno-demograficznych, ze szczególnym wzrostem wśród grupy osób najstarszych. Wyraźnie obciążona problemami z dostępem do opieki zdrowotnej jest grupa osób, która deklaruje pogorszenie swojego zdrowia na przestrzeni ostatnich 3 lat i która wiąże to pogorszenie z efektem pandemii COVID-19 (pośrednio lub bezpośrednio).

W ogólnej populacji kobiet i mężczyzn, w porównaniu z czasem przed pandemią COVID-19, nie zaszły istotne statystycznie zmiany w liczbie osób doświadczających opóźnień w oczekiwaniu na wizyty lekarskie, ani nie zwiększyły się problemy w dostępie wynikające z odległości lub kłopotów z transportem. (ryc. 12.13). Zauważalny natomiast, istotny statystycznie, jest wzrost liczby osób, którym nie zdarzyły się w okresie ostatnich 12 miesięcy problemy z finansowaniem poszczególnych świadczeń (ryc. 12.14).

W grupie kobiet, spadła liczba osób deklarujących, że nie było ich stać na rozpatrywane formy opieki zdrowotnej (opieka medyczna o 3,6 p.p., dentystyczna o 6,7 p.p., leki na receptę o 5,1 p.p., opieka nad zdrowiem psychicznym o 5,7 p.p.). W grupie mężczyzn trend ten jest nieco słabszy, lecz odnotowano istotny spadek w przypadku braku możliwości finansowania opieki dentystycznej i leków na receptę (o ok. – 7 p.p.). Różnice utrzymują się po standaryzacji danych z 2018 r. ze względu na strukturę demograficzną.



Ryc. 12.13. Odsetek osób, które doświadczyły opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej, w ciągu ostatnich 12 miesięcy – wykluczono osoby, które nie potrzebowały opieki zdrowotnej (*badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022*)



Ryc. 12.14. Udział osób, którym w ostatnich 12 miesiącach zdarzyło się, że nie stać ich było na poszczególne rodzaje opieki zdrowotnej – wykluczono osoby, które nie potrzebowały danego rodzaju opieki (*badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022*)

W przypadku mężczyzn, pozytywne zmiany zachodzą wyraźnie w grupie osób najmłodszych (20–39 lat) i polegają na spadku odsetka osób, którym zdarzyło się nie móc sfinansować leków przepisanych na receptę (obecnie 7%), opieki dentystycznej (12,3%), jak również opieki psychologicznej/psychiatrycznej (1,5%). Jest to spadek o odpowiednio o 9,2, 8,5 i 11,1 p.p., w porównaniu z rokiem 2018. W przypadku kobiet, różnice bardziej uwidaczniają się wśród osób w średnim wieku i starszych, m.in. w grupie 40–59 latków spadła liczba kobiet, które miały problem z finansowaniem każdego z rozpatrywanych świadczeń, o ok. 5–6 p.p. (obecnie 9,4% w przypadku opieki lekarskiej, 16% – opieki dentystycznej, 11% – leków przepisanych na receptę, 3,5% opieki nad zdrowiem psychicznym). Podobne spadki, nie licząc opieki medycznej lekarskiej, obserwowane są w grupie 60–74 lat i 75+ lat, o czym dokładniej jest mowa poniżej.

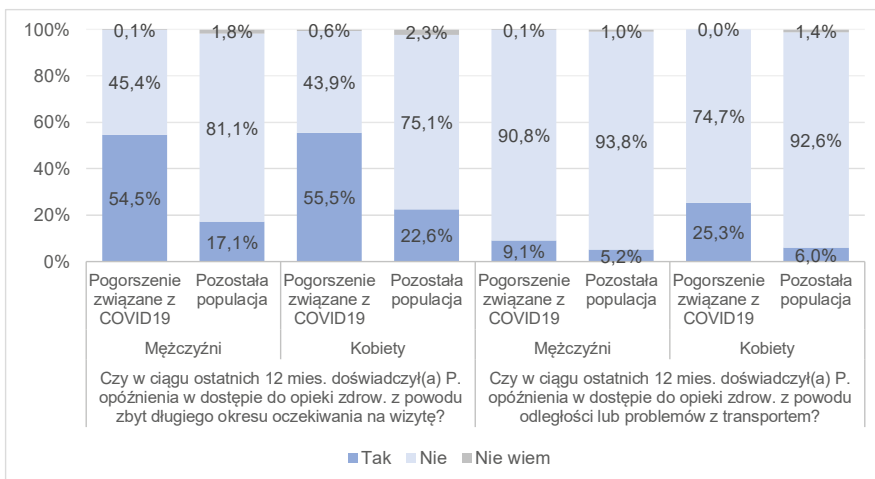
Warto zaznaczyć, że obserwowane są wyraźne zmiany w grupie osób najstarszych, tzn. w wieku 75 lat i więcej. Pomimo że nie są one istotne statystycznie w przypadku mężczyzn, spadek osób których nie stać było na opiekę dentystyczną, leki na receptę lub opiekę psychologiczną sięga 14–15 p.p. (jest to odpowiednio 15,1%, 25,4% i 19,2% mężczyzn).

Grupa najstarszych kobiet (75+ lat) istotnie mniej obecnie dotknięta jest brakiem możliwości wykupienia leków na receptę (mniej o 11,3 p.p., spadek do poziomu 18,2%), u mniejszego odsetka z nich zdarzyło się, że nie było ich stać na opiekę lekarską, dentystyczną czy psychologiczną (spadek o 5–7 p.p., do poziomu odpowiednio 15%, 9,9%, 6,4% / wartości nieistotne statystycznie).

Podobnie, osoby w wieku 75 lat i starsze zdecydowanie rzadziej (niż w badaniu z 2018 r.) miały w ostatnich 12 miesiącach problemy w dostępie do ochrony zdrowia z powodu długiego czasu oczekiwania (- 7,9 p.p. wśród mężczyzn i -11,4 p.p. u kobiet, czyli obecnie odpowiednio 28,6% i 29,7%) lub z powodu odległości/problemów z transportem (-6,2 p.p. dla mężczyzn i - 10,7 p.p. wśród kobiet, do poziomu 11% i 10,4%, różnica istotna statystycznie). Trend utrzymuje się po standaryzacji struktury demograficznej danych z 2018 r.

Po rozpatrzeniu pozostałych cech społeczno-demograficznych, zwraca uwagę istotna statystycznie, poprawa w zakresie możliwości sfinansowania opieki zdrowotnej danego rodzaju wśród kobiet mieszkających na wsi, oraz w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej (nie licząc opieki lekarskiej).

Dalszej analizie ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej, poddano szczególną grupę osób – tych które zadeklarowały, że ich zdrowie pogorszyło się w porównaniu z rokiem 2019 i wiąże to pogorszenie bezpośrednio lub pośrednio z pandemią COVID-19. Podobnie jak dla ogółu, wykluczono osoby, które nie korzystały z danej formy opieki w ostatnich 12 miesiącach. (ryc. 12.15, 12.16).

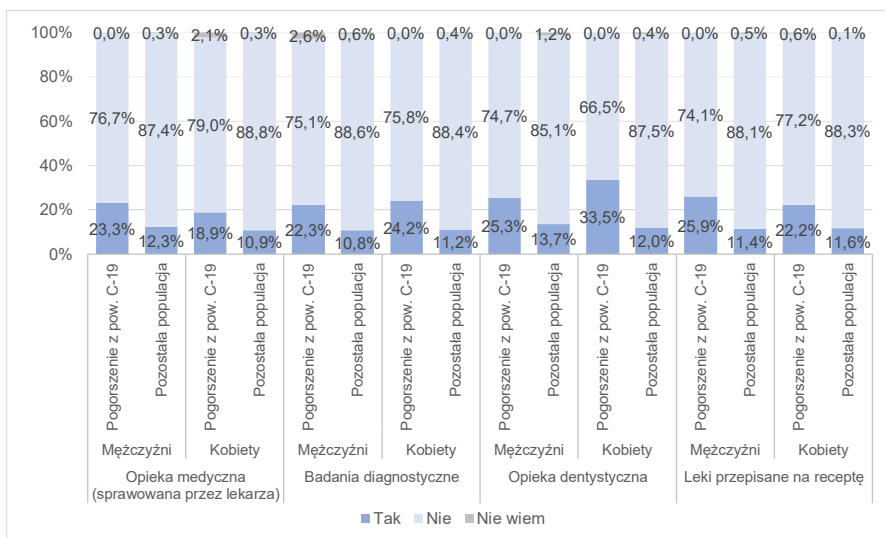


Ryc. 12.15. Odsetek osób, które doświadczyły opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej, w ciągu ostatnich 12 miesięcy – wykluczono osoby, które nie potrzebowały opieki zdrowotnej). Porównanie osób wiążących pogorszenie zdrowia z pandemią COVID-19 vs. pozostała populacja (*badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022*)

W porównaniu do pozostałej populacji dorosłych, osoby te (niezależnie od płci) istotnie częściej mówią o problemach wynikających z długiego oczekiwania na wizytę – o 37,4 p.p. częściej wśród mężczyzn i o 32,9 p.p. wśród kobiet. Dodatkowo, kobiety istotnie częściej doświadczyły opóźnień związanych z odległością lub problemami z transportem (+ 19,3 p.p. w porównaniu z kobietami z pozostałej populacji).

W populacji wiążącej pogorszenie z pandemią COVID-19, zdecydowanie częściej badani deklarują, że zdarzało się, że nie stać ich było w ostatnich 12 miesiącach na wymienione rodzaje opieki zdrowotnej. W przypadku mężczyzn, istotne statystycznie różnice odnotowano dla opieki lekarskiej, badań diagnostycznych (w obu przypadkach

więcej o 11 p.p.) i możliwości wykupienia leków na receptę (więcej o 13,6 p.p.). W grupie kobiet, różnice istotne statystycznie dotyczą badań diagnostycznych (różnica 13 p.p.), opieki dentystycznej (różnica 21,5 p.p.) i możliwości wykupienia leków na receptę (różnica 10,6 p.p.).



Ryc. 12.16. Udział osób, którym w ostatnich 12 miesiącach zdarzyło się, że nie stać ich było na poszczególne rodzaje opieki zdrowotnej – wykluczono osoby, które nie potrzebowały danego rodzaju opieki. Na wykresie nie są pokazywane wyniki dla opieki nad zdrowiem psychicznym ze względu na małą liczebność grupy – poniżej 30 (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)

12.3.2. Rezygnacja z leczenia

Ważnym aspektem wpływu pandemii COVID-19 na możliwość realizacji potrzeb zdrowotnych, była konieczność ograniczenia kontaktu z ochroną zdrowia, w wyniku osobistych obaw przed zakażeniem, jak również ograniczony dostęp do leczenia w wyniku istniejących procedur mających miejsce w placówkach ochrony zdrowia. Wyniki przytaczanego już wcześniej badania ankietowego, zrealizowanego w sierpniu 2022 r., pozwalają na prześledzenie tego zjawiska.

Okazuje się, że największy wpływ ograniczeń odczuły grupy osób starszych oraz grupa deklarująca pogorszenie zdrowia i łącząca ten stan ze skutkami związanymi z pandemią – osoby te bardziej potrzebowały opieki zdrowotnej, z drugiej jednak strony musiały częściej niż pozostali, rezygnować lub ograniczać proces leczenia/rehabilitacji, oraz częściej zwlekały z wizytą czekając, aż będzie bezpieczniej.

Ok. 1/3 kobiet i mężczyzn twierdzi, że nie było w trakcie leczenia lub rehabilitacji w czasie pandemii, Podobnie, ok. 1/3 nie miała potrzeby udania się w tym czasie do lekarza, na badania bądź do szpitala. Te osoby zostały wykluczone z poniższych analiz.

Rezygnowanie, ograniczanie lub przerwanie procesu leczenia lub rehabilitacji w wyniku pandemii COVID-19, dotyczyło 10,0% mężczyzn i kobiet, którzy potrzebowali tego typu opieki. 15,5% mężczyzn i 21,1% kobiet (istotnie więcej), spośród tych, którzy tego potrzebowali, zwlekało udaniem się do lekarza, szpitala lub na badania, czekając aż będzie bezpieczniej.

Szczególnie dotknięte tym zjawiskiem były osoby starsze, wyraźniej w subpopulacji mężczyzn niż kobiet. Mężczyźni w wieku 60–74 lata (16,4%), 75–84 lata (20%) oraz 85 i więcej lat (21,4%), częściej niż pozostali, musieli przerwać, ograniczyć lub zrezygnować z procesu leczenia/rehabilitacji (w porównaniu do 5–9% w pozostałych grupach wiekowych). Wśród kobiet częstość tych problemów jest nieco niższa, tzn. tylko 9,4% wśród kobiet w wieku 60–74, 15,3% w grupie wiekowej 75–84 i 19,1% po 85 roku życia. Wyróżnia się za to grupa kobiet w średnim wieku, 40–59 lat – 13,6%.

Do zwlekania z wizytą, w oczekiwaniu aż będzie bezpieczniej, przyznaje się 21,5% mężczyzn i 29,8% kobiet w wieku 60–74 lata, 30,3% mężczyzn i 28% kobiet w wieku 75–84 lat oraz 34% mężczyzn i 32,5% kobiet wśród osób powyżej 84 r. ż. (vs. 9–14% mężczyzn i 12–19% kobiet z młodszych podgrup). Powyższe różnice względem najmłodszej podgrupy są istotne statystycznie, poza danymi dla mężczyzn w wieku 85+.

Warto dodać, że odsetek osób rezygnujących lub przerywających proces leczenia/rehabilitacji, jak i zwlekających z udaniem się do placówek medycznych, rośnie wśród mężczyzn w miarę obniżania się stopnia wykształcenia (efekt maleje po standaryzacji danych względem wieku) oraz warunków ekonomicznych. Z kolei, odsetek kobiet deklarujących odwlekanie wizyt rośnie razem z wielkością miejsca zamieszkania.

Rezygnacja z leczenia lub ograniczenie korzystania ze świadczeń dotyczy szczególnie grupy osób czujących, że ich zdrowie pogorszyło się w porównaniu z rokiem

2019 i wiążących to pogorszenie bezpośrednio lub pośrednio z pandemią COVID-19. Osoby te miały większą potrzebę korzystania w czasie pandemii z opieki zdrowotnej niż pozostali: tylko 3% mężczyzn i 15,4% kobiet z tej podgrupy mówi, że nie było w trakcie żadnego leczenia lub rehabilitacji w okresie pandemii, oraz ok. 8,5% osób obu płci nie miało potrzeby korzystać z wizyt lekarskich, w szpitalu lub badań. Jest to istotnie mniej niż w pozostałej populacji badanych (odpowiednio 37,8% – 34,5% mężczyzn i 34,6–30,5% kobiet).

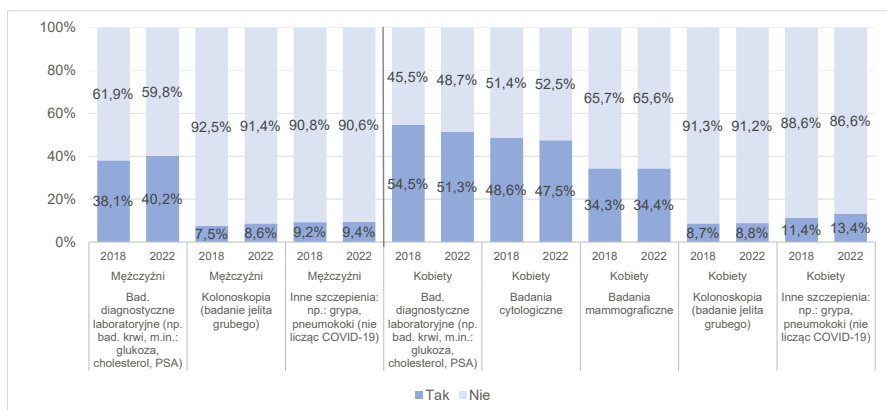
Pomimo deklarowanych częstszych potrzeb, w grupie wiążącej pogorszenie zdrowia z pandemią COVID-19, zdecydowanie częściej rezygnowano, ograniczano lub przerywano proces leczenia/rehabilitacji (wśród korzystających z danej opieki, było to 35,4% mężczyzn i 41,2% kobiet vs. ok. 8% dla obu płci w pozostałej populacji). Istotnie częściej osoby te zwlekaly również z udaniem się na wizytę, do szpitala bądź na badania (45,2% mężczyzn i 60,2% kobiet vs. 13–18% w pozostałej populacji).

12.4. Troska o własne zdrowie – zachowania profilaktyczne

Częstość wykonywania badań profilaktycznych lub szczepień (na grypę, pneumokoki itp.) nie zmieniła się istotnie od ostatniej edycji badania z 2018 r. Skala pozostaje podobna również po standaryzacji danych z 2018 r. względem struktury demograficznej (ryc. 12.17).

Zauważalne są cały czas różnice w zachowaniach profilaktycznych pomiędzy mężczyznami i kobietami – kobiety, częściej niż mężczyźni (51,3% vs. 40,2%), wykonywały badania laboratoryjne, chociaż różnica ta nie jest już tak duża jak w 2018 r. (rozbieżność o 16 p.p. w 2018 r. i 11 p.p. w 2022 r.).

Zwraca uwagę fakt, że w porównaniu z czasem przed pandemią, więcej osób starszych zdecydowało się wykonać szczepienia (np. na grypę lub pneumokoki, inne niż na COVID-19). Jest to zmiana z 8,9% na 14,4% mężczyzn w podgrupie wiekowej 60–74 lata oraz z 11,0% na 24,1% mężczyzn powyżej 75. roku życia. W przypadku kobiet, wyraźna zmiana dotyczy tylko najstarszej grupy (75+ lat): z poziomu 15,1% w deklaracjach z 2018 r. do 23,8% w badaniu z 2022 r. (wzrosty istotne statystycznie po standaryzacji struktury wyników z 2018 r.). W najmłodszej grupie, 20–39 lat, odnotowano znaczący



Ryc. 12.17. Działania profilaktyczne podejmowane z własnej inicjatywy w ostatnich 3 latach (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)

wzrost częstości wykonywania badań laboratoryjnych: z 25,6% do 33,3% dla mężczyzn (różnica istotna statystycznie, o 7,7 p.p.) oraz nieco mniejszy wzrost wśród najmłodszych kobiet (z 41% do 45,1%, różnica nieistotna, o 4,2 p.p.).

Przeciwnie zjawisko, chociaż nieistotne statystycznie (tzn. spadek) zaszło wśród osób starszych w przypadku wykonywania z własnej inicjatywy badań laboratoryjnych. W grupie wiekowej 60–74 jest to spadek częstości z 56,6% do 49,9%, a u kobiet – z 62% do 56,5%. Widocznie (i istotnie statystycznie) rzadziej badania tego rodzaju wykonywały również kobiety w średnim wieku, tzn. od 40 do 59 lat (spadek o ok. 11 p.p. z 60,8% do 49,4%).

Zmiany w częstości wykonywania badań profilaktycznych i szczepień w porównaniu z okresem przed pandemią, zależą również od innych czynników społeczno-demograficznych. Badania mammograficzne, jak i szczepienia, były istotnie częściej wykonywane przez kobiety z wyższym wykształceniem (mammografię wykonało 36,8% tych kobiet, a szczepienia 17,4%; wzrost o 8–7 p.p.). Rzadziej natomiast wykonywane były badania laboratoryjne (spadek o ok. 17 p.p., z 62,9% do 45,4%) przez kobiety z wykształceniem podstawowym. U mężczyzn zwraca uwagę istotny spadek odsetka szczepień profilaktycznych w grupie z wykształceniem wyższym (spadek o 8,1 p.p. z 16,7% do 8,5%). Wyniki utrzymują się po standaryzacji struktury demograficznej.

W dużych (ale nie największych) miastach, od 100 do 500 tys. mieszkańców nastąpił istotny spadek odsetka osób, które poddały się kolonoskopii, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet (spadek o ok. 7–6 p.p. do poziomu 1,9% u mężczyzn i 2,8% kobiet w tej subpopulacji). Dodatkowo, choć nie jest to różnica statystycznie istotna, zmalała liczba (o ok. 4 p.p.) kobiet, które wykonały cytologię lub mammografię (odpowiednio 51% i 31,2%). Z kolei w największych miastach, powyżej 500 tys., wyraźnie wzrosła częstość wykonywania szczepień (innych niż na COVID-19) – o 7 p.p. wśród mężczyzn (z 7,6% do 14,8%) i 4 p.p. wśród kobiet (z 13,2% do 17,5%). Mężczyźni z największych miast częściej zdecydowali się wykonać badania laboratoryjne (43,7% w 2018 r., a 51,4% obecnie), natomiast u kobiet z największych miast częstość tych badania spadła z 64,1% do 58,0% (o 6 p.p.).

W porównaniu danych z 2018 i 2022 widać, że zła sytuacja materialna w gospodarstwie domowym jest istotnie statystycznie powiązana ze wzrostem odsetka osób poddających się profilaktycznym badaniom laboratoryjnym (wzrost o ok. 13 p.p. wśród mężczyzn z 38,2% w 2018 r. do 51,5% obecnie i o 14,7 p.p. wśród kobiet, z 45,9% do 60,6%).

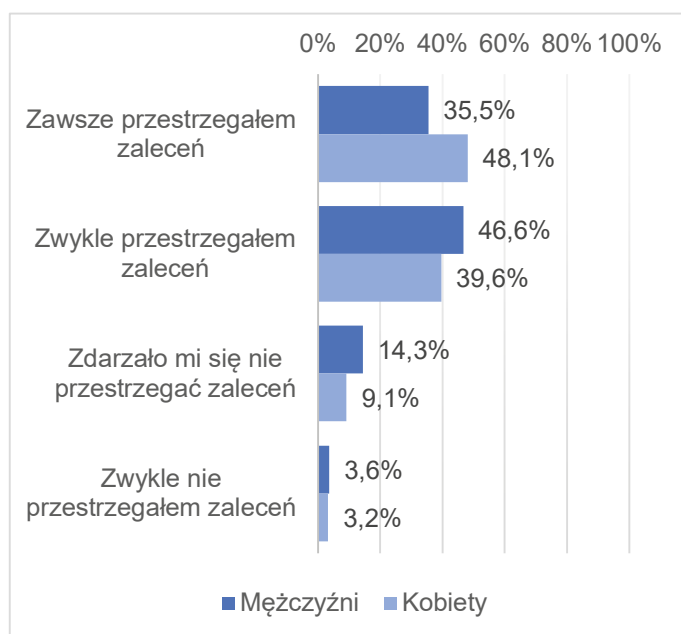
Wyniki badania ankietowego pozwalają na prześledzenie powodów, dla których osoby nie decydowały się na wykonanie w ostatnich 3 latach poszczególnych badań profilaktycznych. Głównym, najczęściej wymienianym powodem, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, jest poczucie, że jest się zdrowym. W obecnej edycji badania odpowiada w ten sposób ok. 77% osób obu płci, jeśli chodzi o badania laboratoryjne. W przypadku pozostałych badań powód ten wymienia ok. 71% mężczyzn (kolonoskopia) i ok. 60% kobiet (57–64% w zależności od badania – mammografia, cytologia, kolonoskopia). W przypadku szczepień, prawdopodobnie z racji ich charakteru, poczucie zdrowia jest mniej silnym, ale nadal najczęstszym deklarowanym powodem ich niewykonania (wskaazywane przez 58–55% mężczyzn i kobiet).

Odczuwany dobry stan zdrowia jako powód niewykonywania badań profilaktycznych, jest istotnie częściej wymieniany w porównaniu z okresem przed pandemią (2018 r.). Są to wzrosty o 9–10 p.p. wśród mężczyzn (w zależności od badania) i o 12–16 p.p. wśród kobiet.

Na znaczeniu istotnie straciła większość innych wymienianych wcześniej powodów, a szczególnie mniej powszechne w 2022 r. są przyczyny związane z brakiem czasu, brakiem przekonania, że badanie może coś dać, strachem przed złym wynikiem, lub że nie jest to konieczne w wieku danej osoby (różnie w zależności od typu działania profilaktycznego).

Jednym z ważnych aspektów troski o własne zdrowie i działań profilaktycznych w czasie pandemii COVID-19, było przestrzeganie zaleceń związanych z reżimem sanitarnym. Badanie ankietowe przeprowadzone przez NIZP PZH – PIB w sierpniu 2022 r. zawierało pytanie o to, w jakim stopniu osoby przestrzegały zaleceń wprowadzonych w związku z COVID-19, a oceny należało dokonać na podstawie sytuacji z drugiej połowy 2021 r., czyli czasu, kiedy powszechnie obowiązywały jeszcze restrykcje (ryc. 12.18).

Ogólnie, zdecydowana większość osób dorosłych deklaruje, że stosowało się (zawsze lub zwykle) do powyższych zaleceń (ponad 80%). Zauważalna jest różnica pomiędzy płciami – kobiety były bardziej skłonne przestrzegać reżimu sanitarnego niż mężczyźni. Istotnie więcej – prawie połowa kobiet i tylko 35% mężczyzn mówi, że zawsze przestrzegało zaleceń związanych z COVID-19 w tym czasie. Z kolei mężczyźni istotnie częściej niż kobiety przyznają, że zdarzało im się do nich nie stosować (14,5% vs. 9,1%, częściej o 5 p.p.). Różnice utrzymują swoją istotność statystyczną po standaryzacji wyników względem wieku.



Ryc. 12.18. Stopień przestrzegania zaleceń związanych z reżimem sanitarnym wprowadzonym w związku z pandemią COVID-19, ocena na podstawie sytuacji z II poł. 2021 r. (badanie NIZP PZH – PIB)

Skłonność do całkowitego przestrzegania wymogów reżimu sanitarnego rośnie wraz z wiekiem (osiągając poziom ok. 50% mężczyzn i 58,7–67,5% kobiet w grupach wiekowych 75–84 i 85+ lat), oraz z sytuacją materialną, szczególnie u kobiet (33% w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej vs. 54,7% w relatywnie dobrej sytuacji). Z kolei osoby, które przyznają się, że zwykle lub czasem nie stosowały się do zaleceń, to często osoby młode lub w średnim wieku (do 59 roku życia) – w wymienionych podgrupach wiekowych dotyczy to ok. 20% mężczyzn (vs. 7–13% starszych) oraz 14% kobiet (vs. ok. 9% w starszych subpopulacjach).

Z przestrzeganiem zaleceń mieli kłopoty mieszkańcy najmniejszych miast (do 100 tys. mieszkańców) – zarówno w porównaniu z większymi miastami, jak i wsią. Różnice w odsetku osób zawsze stosujących się do wymogów, sięgają 14 p.p. w porównaniu z innymi miejscami zamieszkania: w małych miastach zawsze zaleceń przestrzegało 30% mężczyzn i 39,1% kobiet, podczas gdy w największych miastach było to 43% mężczyzn i 50,5% kobiet, w dużych miastach odpowiednio 41,4% i 52,9%, na wsi – 35,7% i 53%

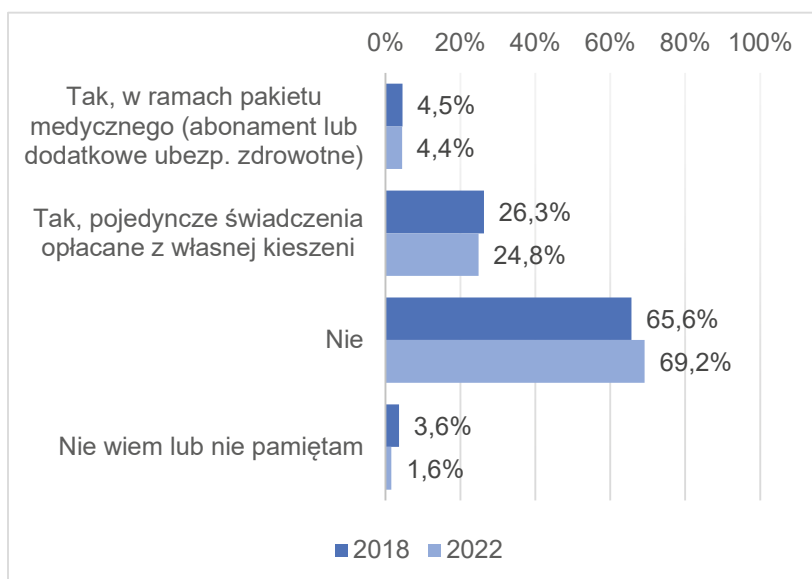
Powyżej opisane tendencje w większości utrzymują się po zastosowaniu standaryzacji struktury demograficznej dla danych z 2018 r.

12.5. Korzystanie z usług zdrowotnych w ramach NFZ i prywatnych świadczeniodawców

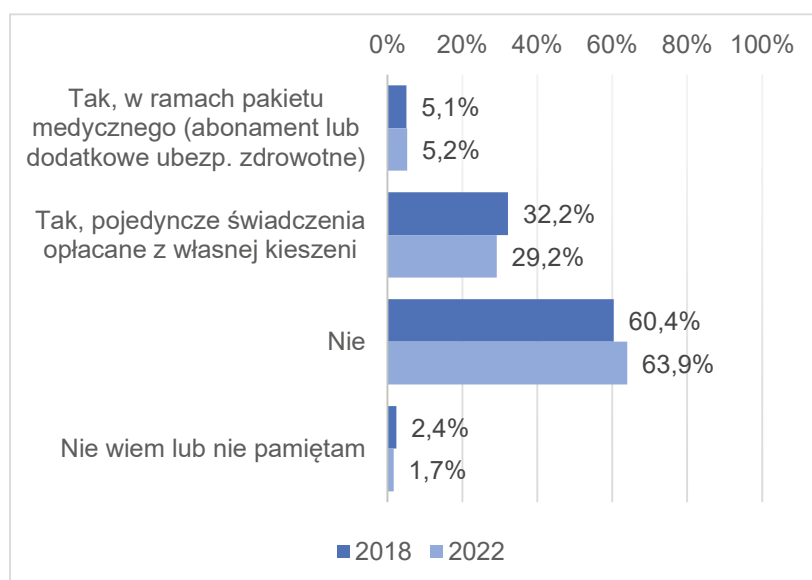
W porównaniu z poprzednią edycją badania, przeprowadzoną przed pandemią COVID-19, odnotowano wzrost liczby osób, które nie korzystają z prywatnych świadczeń zdrowotnych. Jest to głównie związane z mniejszą liczbą osób opłacających pojedyncze usługi z własnej kieszeni. Jest jednak grupa osób, która szczególnie często korzysta zarówno z abonamentów, jak i pojedynczych prywatnych świadczeń – są to osoby u których zdrowie pogorszyło się na skutek pandemii COVID-19.

Warto zwrócić uwagę, iż deklarowany czas oczekiwania na świadczenia w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (oczekiwanie na wizyty / teleporady / przepisanie recepty) był dobrze oceniany. Wydaje się zatem, że krótszy czas oczekiwania na świadczenie przestaje być przewagą prywatnych form opieki zdrowotnej.

W porównaniu z rokiem 2018 nieznacznie wzrósł odsetek osób, które nie korzystają ze świadczeń prywatnych (o 3,6 p.p., wśród mężczyzn i kobiet), w szczególności, obecnie mniej osób korzysta z pojedynczych świadczeń opłacanych z własnej kieszeni (ryc. 12.19, 12.20).



Ryc. 12.19. Korzystanie ze świadczeń medycznych nie finansowanych przez NFZ, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)



Ryc. 12.20. Korzystanie ze świadczeń medycznych nie finansowanych przez NFZ, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2022)

Największy wzrost odsetka osób, które nie korzystają z prywatnej opieki zdrowotnej dokonał się w grupie respondentów o średnim wieku, tzn. wzrost o 5,6 p.p. wśród mężczyzn (do poziomu 72,8%) i 7,7 p.p. wśród kobiet (do poziomu 64,3%), w wieku 40–59 lat i jest on powiązany ze spadkiem osób, które wykupują pojedyncze świadczenia (wynik istotnie statystyczny dla kobiet, utrzymujący się po standaryzacji struktury danych z 2018 r.).

Wspomniany spadek częstości korzystania z pojedynczych prywatnych świadczeń, na rzecz wzrostu odsetka osób niekorzystających w ogóle z prywatnej opieki, zachodzi istotnie często wśród osób z podstawowym i średnim wykształceniem (+15,2 p.p. dla mężczyzn/obecnie 86% i +13,5 p.p. dla kobiet/ 89,2% z wykształceniem podstawowym; + 7,8 p.p. dla mężczyzn /obecnie 70,8% i +6,9 p.p. dla kobiet z wykształceniem średnim/ 64,1%), wśród mieszkańców wsi tys.(+8,8 p.p. wśród mężczyzn / obecnie 74,6% i +13,5 p.p. dla kobiet / 72,7% mieszkających na wsi)

Korzystanie z prywatnych świadczeń wzrosło z kolei w dużych miastach, od 100 do 500 tys. (wzrost z 32,2% do 44,1% w grupie mężczyzn i z 34,7% do 46% wśród kobiet).

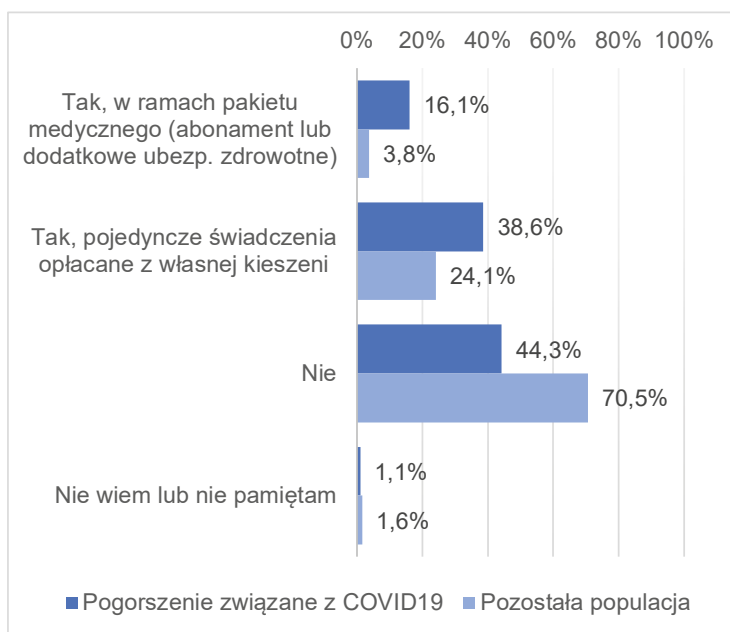
Analizując dane pod kątem warunków ekonomicznych w gospodarstwie domowym, zauważalny jest spadek odsetka respondentów korzystających z abonamentów medycznych w grupie mężczyzn w najtrudniejszej sytuacji materialnej (spadek o -4,9 p.p., do poziomu 3,4%) oraz istotny wzrost liczby mężczyzn niekorzystających z prywatnych usług medycznych w grupie osób w relatywnie dobrej sytuacji, nie doświadczających podstawowych trudności finansowych (+ 6 p.p. do poziomu 69,3% obecnie). Wyniki, poza mężczyznami z dużych miast, są istotne statystycznie i utrzymują się po standaryzacji danych z 2018 r.

Ważnych wniosków odnośnie wpływu pandemii COVID-19 na strukturę korzystania z usług NFZ i prywatnych, dostarcza przyjrzenie się populacji osób, które odczuwają pogorszenie zdrowia w okresie ostatnich 3 lat i wiążą je z jej efektami.

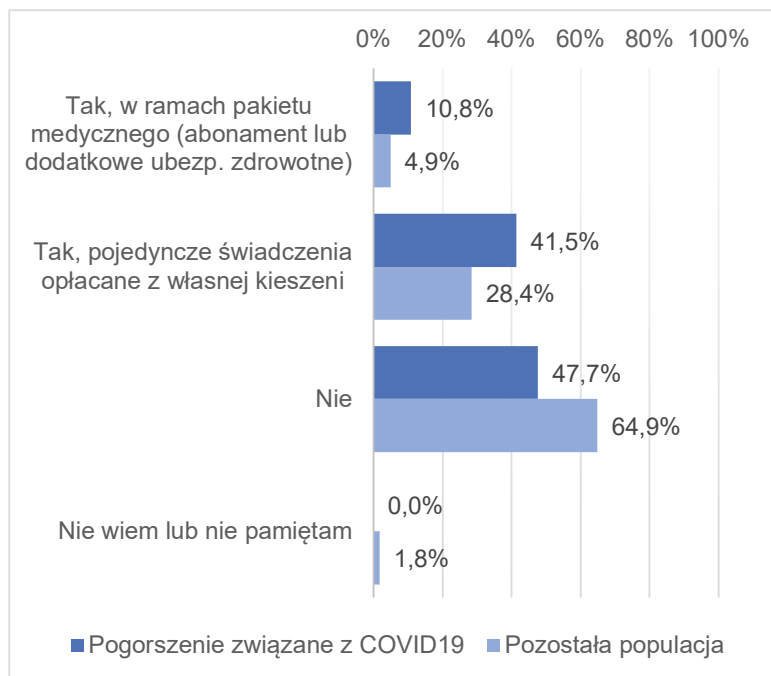
Ta subpopulacja odznacza się zdecydowanie wyższym poziomem korzystania ze świadczeń prywatnych, w porównaniu z pozostałymi badanymi (są to różnice istotne statystycznie). Udział osób objętych pakietami prywatnymi jest większy o 12,3 p.p. wśród mężczyzn (16,1%) i 6 p.p. wśród kobiet (10,8%) w porównaniu do pozostałej populacji, a odsetek osób opłacających pojedyncze świadczenia z własnej kieszeni jest wyższy o 14,6 p.p. wśród mężczyzn (38,6%) i 13 p.p. wśród kobiet (41,5% odczuwających pogorszenie w zw. z COVID-19). W sumie, wewnątrz analizowanej subpopulacji,

różnica w odsetku korzystających z prywatnych usług medycznych, niezależnie od typu finansowania, w porównaniu z poziomem sprzed pandemii (2018 r.) jest większa u mężczyzn niż u kobiet (ogółem, dla mężczyzn jest to 54,7% vs. 30,8% w populacji z 2018 r. a dla kobiet jest to w sumie 52,3% vs. 37,2% w populacji w 2018 r.).

Interesującą perspektywą jest porównanie do struktury korzystania ze świadczeń zdrowotnych w całej populacji w okresie przed pandemią, w 2018 r. Wysoki udział korzystających z prywatnych form opieki, przez osoby, które odczuwają efekt epidemii na ich zdrowie, jest jeszcze bardziej widoczny. Odsetek osób korzystających z prywatnych pakietów medycznych jest ponad trzykrotnie wyższy wśród mężczyzn (16,1% w rozpatrywanej podgrupie vs. 4,5% w całej populacji w 2018 r.) oraz dwukrotnie wyższy wśród kobiet (10,8% vs. 5,1% w całej populacji w 2018 r.). Udział osób opłacających prywatne świadczenia jest wyższy o ok. 10 p.p. (38,6% mężczyzn i 41,5% kobiet w rozpatrywanej subpopulacji vs. 26,3% mężczyzn i 32,2% kobiet, ogółem, w 2018 r.).



Ryc. 12.21. Korzystanie ze świadczeń medycznych nie finansowanych przez NFZ. Porównanie osób wiążących pogorszenie zdrowia z pandemią COVID-19 vs. pozostała populacja, mężczyźni (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)



Ryc. 12.22. Korzystanie ze świadczeń medycznych nie finansowanych przez NFZ. Porównanie osób wiążących pogorszenie zdrowia z pandemią COVID-19 vs. pozostała populacja, kobiety (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)

Wyniki przytaczanego badania ankietowego pozwalają określić zmiany w postrzeganiu prywatnej ochrony zdrowia i opieki medycznej w ramach NFZ.

Wracając do ogólnej populacji dorosłych Polaków, dane zebrane w dwóch edycjach badania wskazują, że krótszy czas oczekiwania na świadczenie przestaje być przewagą prywatnych form opieki zdrowotnej. Mimo, że podobnie jak w 2018 r., jest to argument wymieniany najczęściej, to jednak przez istotnie mniejszą liczbę badanych – obecnie przez 46% mężczyzn i 47,6% kobiet (spadek odpowiednio o 8,4 i 9,2 p.p.). Co ciekawe, zjawisko to nie dotyczy respondentów z największych miast.

Powyżej wymieniona zmiana zachodzi w każdej grupie wiekowej, poza najstarszymi kobietami (75+), a najsilniej wśród osób najmłodszych, 20–39 i starszych, w wieku 60–74 lata (spadek o 11–12 p.p. dla obu płci, do aktualnego poziomu 41,6% mężczyzn i 47% kobiet 20–39 lat; 46,1% mężczyzn i 43,6% kobiet w wieku 60–74 lata).

Wśród mieszkańców największych miast (powyżej 500 tys.) występuje za to zjawisko odwrotne – krótszy czas oczekiwania jest obecnie zaletą prywatnej opieki zdrowotnej dla istotnie większej liczby osób niż w 2018 r. (wzrost o 7,3 p.p. do poziomu 61,4% mężczyzn i wzrost o 14,4 p.p. do obecnego poziomu 68,2% kobiet w największych miastach).

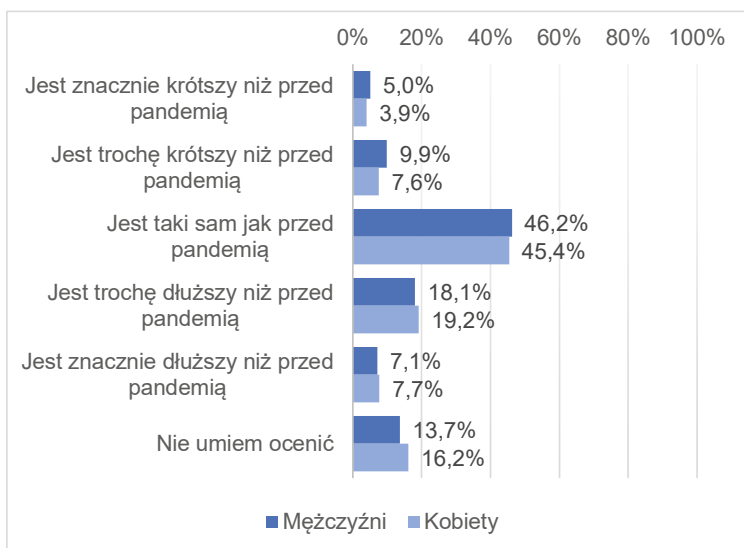
Jeśli chodzi o przewagi opieki NFZ, nie zaszły wyraźnie duże zmiany w opiniach pomiędzy edycjami badania, warto jednak zaznaczyć, że w przypadku najczęściej wymienianego argumentu, zarówno w 2018 r., jak i 2022 r. – czyli niskiego kosztu dla pacjentów – odnotowany jest istotny statystycznie wzrost wśród kobiet, o 4 p.p. (48,2% w 2018 i 52,2% w 2022 r.).

W przytaczanym badaniu ankietowym, w edycji zrealizowanej w 2022 r., zadano pytania dotyczące oceny czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia w ramach POZ, na skali od 1 (ocena bardzo zła) do 5 (bardzo dobra). Pytania zadano wyłącznie osobom, które korzystały z opieki POZ w ostatnich 12 miesiącach.

Wyniki wyraźnie wskazują na wysoki poziom zadowolenia pod tym kątem wśród dorosłych osób w Polsce (mężczyzn i kobiet). Ok. 30% mężczyzn i kobiet przyznaje najwyższą, bardzo dobrą ocenę czasowi oczekiwania, zarówno na bezpośrednią wizytę, jak i teleporadę u lekarza POZ od momentu jej umówienia. Czas oczekiwania na wypisanie zamówionej recepty, jest oceniany bardzo dobrze przez ok. 42% osób obu płci. Nie odnotowano różnic w ocenach między płciami.

Biorąc pod uwagę ogólną populację, osoby badane najczęściej uważały, że czas oczekiwania na bezpośrednią wizytę u lekarza POZ w okresie sprzed i w trakcie pandemii się nie zmienił (46–45% mężczyzn i kobiet), jest jednak relatywnie duża grupa, 25% mężczyzn i 27% kobiet która twierdzi, że czas ten się wydłużył (trochę lub znacznie). (ryc. 12.23)

Analizując charakterystykę demograficzną osób, które twierdzą, że czas oczekiwania na wizytę jest znacznie dłuższy niż przed pandemią, widać że, dotyczy to wyraźniej osób obu płci w grupie 75–84 lata, mężczyzn z podstawowym wykształceniem, ale za to rzadziej dotyczy mężczyzn z największych miast, powyżej 500 tys. mieszkańców (wśród kobiet różnice nie są tak wyraźne) oraz w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej, obu płci. Należy zaznaczyć, że w przypadku negatywnej oceny czasu oczekiwania, różnice w strukturze demograficznej dla, nie są istotne statystycznie.



Ryc. 12.23. Ocena czasu oczekiwania na bezpośrednią wizytę u lekarza POZ w okresie pandemii COVID-19, w porównaniu z okresem przed pandemią (*badanie NIZP PZH – PIB, 2022*)

12.6. Samoocena zdrowia wśród osób starszych

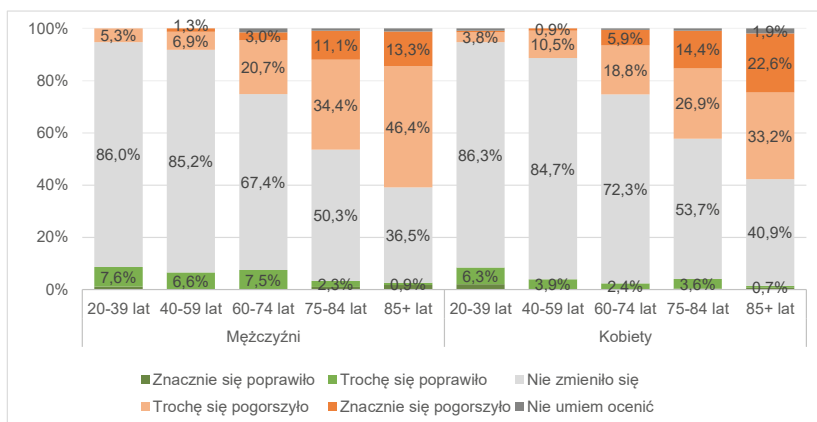
Grupą szczególnie narażoną w trakcie pandemii COVID-19, są osoby starsze, dlatego w poniższej analizie skupiono się wyłącznie na ewentualnych efektach odczuwanych przez osoby powyżej 60 lat.

Zgodnie z oczekiwaniami, ogólna samoocena zdrowia maleje wraz z wiekiem i jest to zauważalne zarówno w badaniu prowadzonym przed wybuchem pandemii, jak i w 2022 r., bez wyraźnych zmian w grupie osób po 60 roku życia.

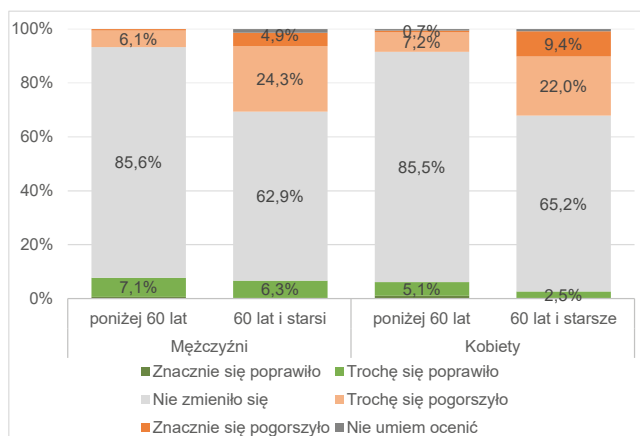
W rozpatrywanej subpopulacji zdrowie było postrzegane dobrze/bardzo dobrze przez ok. 38% mężczyzn i kobiet w 2018 r., oraz przez 40,3% i 41,9% mężczyzn i kobiet w 2022 r. Złej/bardzo złej oceny udzieliło odpowiednio 15,1%-16,1% mężczyzn i kobiet w 2018 oraz 11,5%-15,7% mężczyzn i kobiet w 2022 r.

Pomimo niewielkich przesunięć w ogólnej ocenie stanu zdrowia, mierzonych punktowo przed i w trakcie pandemii, wyniki badania wyraźnie jednak wskazują na negatywne zmiany zachodzące w tym okresie, wśród osób starszych.

Osoby powyżej 60 roku życia, zapytane bezpośrednio, jak oceniają obecnie swoje zdrowie, w porównaniu ze stanem zdrowia w 2019 r., przed pandemią, dużo częściej wyrażają negatywne opinie niż pozostali respondenci z młodszych grup. Łącznie, 29,2% mężczyzn i 31,4% kobiet w wieku 60 lat i więcej uważa, że ich zdrowie pogorszyło się (znacznie lub trochę) od czasu wybuchu pandemii. Dla porównania, podobną opinię wyraża 6,7% – 7,9% mężczyzn i kobiet w wieku od 20 do 59 lat (różnice są istotne statystycznie).



Ryc. 12.24. Ocena stanu zdrowia w porównaniu ze stanem 3 lata temu, w 2019 r., przed pandemią wg płci i wieku (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)



Ryc. 12.25. Ocena stanu zdrowia w porównaniu ze stanem 3 lata temu, w 2019 r., przed pandemią – porównanie osób w wieku 60 lat i więcej z pozostałą populacją (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)

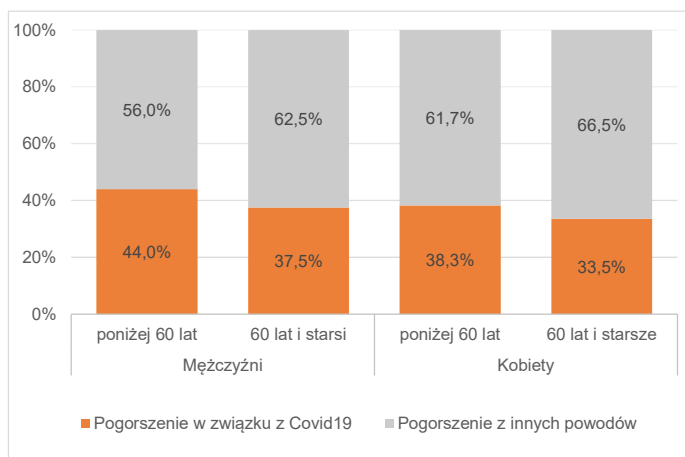
Odsetek osób mówiących o spadku kondycji zdrowia od czasu wybuchu pandemii rośnie wraz z wiekiem, widoczny skok następuje od 60 roku życia, osiągając poziom najwyższy w najstarszej subpopulacji, osób w wieku 85 lat i starszych (59,7% mężczyzn i 55,5% kobiet, 85+ lat).

Ok. 1/3 osób po 60 roku życia, deklarujących pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatnich 3 lat, upatruje przyczyn tej zmiany pośrednio lub bezpośrednio w pandemii COVID-19. Tzn. dotyczy to 37,5% mężczyzn i 33,5% kobiet czujących pogorszenie. W szczególności, są to: zakażenie wirusem COVID-19 (wg. 15,2% mężczyzn i 16,7% kobiet), ograniczony dostęp do świadczeń medycznych w czasie pandemii (21,4% mężczyzn i 14,2% kobiet) lub zmiana trybu życia, zaprzestania aktywności fizycznych w czasie pandemii (10% mężczyzn i 11,2% kobiet).

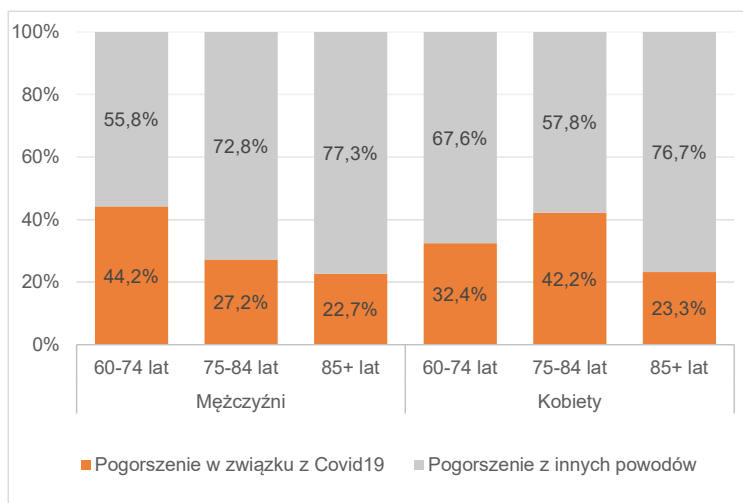
Analizując subpopulację osób starszych, widać, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety, po 85. roku życia relatywnie najrzadziej wiążą pogorszenie stanu zdrowia z efektem COVID-19 (ok. 23%). Wynika to zapewne z ogólnego obciążenia ich zdrowia związanego z wiekiem.

Należy zaznaczyć, że powody związane z pandemią COVID-19 wymienia bardzo zbliżony, a nawet nieco wyższy, odsetek osób w młodszej podgrupie (poniżej 60 roku życia) – 44% mężczyzn i 38,3% kobiet (różnica nieistotna statystycznie). A zatem, wyraźnie większy odsetek obserwujących obniżenie swojej kondycji zdrowotnej wśród osób po 60 roku życia, jest najpewniej związany w większym stopniu z wiekiem respondentów, a nie z istotnym narażeniem na konsekwencje pandemii COVID-19.

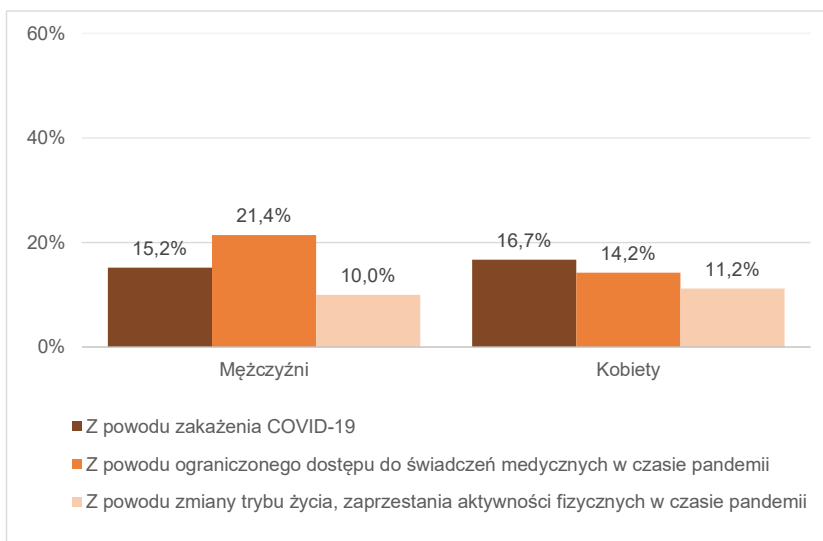
W zakresie negatywnych skutków pandemii odczuwanych obecnie (stan na sierpień 2022 r.), badani zauważyli pogorszenie zdrowia, również psychicznego, które nastąpiło w trakcie długotrwałego przebywania w domu podczas pandemii.



Ryc. 12.26. Powody, dla których zdrowie pogorszyło się, w porównaniu do czasu przed pandemią wśród osób w wieku poniżej 60 lat oraz 60 lat i więcej, 100% = osoby z pogorszeniem (*badanie NIZP PZH – PIB, 2022*)

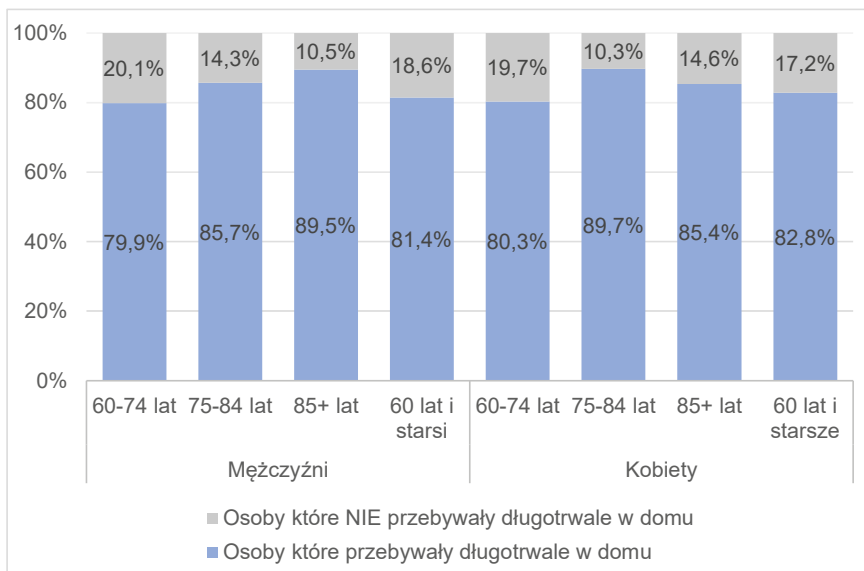


Ryc. 12.27. Powody, dla których zdrowie pogorszyło się, w porównaniu do czasu przed pandemią, 100% = osoby z pogorszeniem, w grupach wiekowych po 60 roku życia (*badanie NIZP PZH – PIB, 2022*)



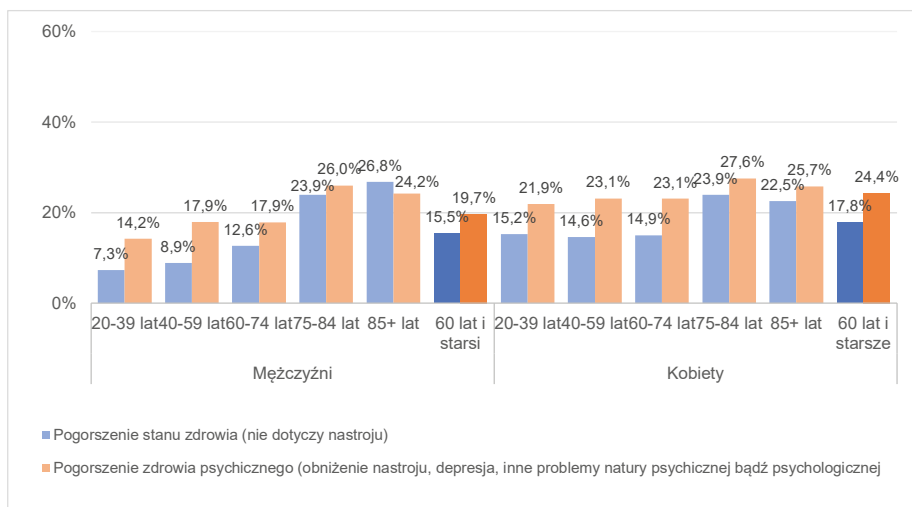
Ryc. 12.28. Powody związane z COVID-19, uznawane za przyczynę pogorszenia zdrowia od czasu przed pandemią, 100% = tylko osoby w wieku 60 lat i więcej (*badanie NIZP PZH – PIB, 2022*)

Osoby starsze częściej były doświadczane koniecznością długotrwałego przebywania w domu – ok. 80% mężczyzn i kobiet w ogólnej grupie powyżej 60 roku życia (istotnie częściej niż młodsze subpopulacje).



Ryc. 12.29. Odsetek osób w grupach wieku powyżej 60 lat, które deklarują, że przebywały długotrwale w domu podczas pandemii, (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)

Wśród nich, 18% kobiet i 15% mężczyzn dostrzegło pogorszenie zdrowia fizycznego (szczególnie widoczne jest to wśród osób od 85. roku życia – 26,8% mężczyzn i 22,5% kobiet, jak również w grupie kobiet 75–84 lata -23,9%) a jeszcze więcej, bo 20% mężczyzn i 24% kobiet cierpiało z powodu pogorszenia zdrowia psychicznego (najsilniej występuje to w grupie wiekowej 75–84 lata, tzn. u 26% mężczyzn i 27,6% kobiet).



Ryc. 12.30. Odsetek osób, które zaobserwowały u siebie pogorszenie zdrowia (fizycznego i psychicznego), podczas długotrwałego przebywania w domu w czasie pandemii wg płci i wieku (badanie NIZP PZH – PIB, 2022)

PODSUMOWANIE

1. Przeważający odsetek dorosłych osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, dobrze ocenia swoje zdrowie. Udział dobrych/bardzo dobrych ocen utrzymuje się na podobnym poziomie (a nawet wzrasta w przypadku kobiet) w porównaniu z wynikami badania zrealizowanego przed pandemią COVID-19. Jest to trend zgodny z wynikami europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC.
2. Pomimo przeważającej w populacji dobrej oceny zdrowia, w pewnych subpopulacjach stwierdzono wzrost odsetka odpowiedzi sugerujących subiektywne pogorszenie stanu zdrowia (m.in. kobiety po 75 roku życia), a przypadku mężczyzn widoczne jest przesunięcie z ocen najwyższych (bardzo dobrych) do nieco niższych (dobrych).
3. W analizie porównawczej stanu zdrowia przed pandemią i obecnie, zwraca uwagę grupa osób w średnim wieku oraz starszych, która wydaje się być aktualnie mniej obciążona problemami zdrowotnymi.

4. Po zapytaniu o odczuwaną zmianę w porównaniu z czasem przed pandemią, 14,4% mężczyzn i 15,1% kobiet (po standaryzacji danych pod względem wieku) deklaruje, że ich zdrowie się pogorszyło od tego czasu. Co szczególnie istotne, wśród tych osób, ok. 40% mężczyzn i 35% kobiet wiąże pogorszenie pośrednio lub bezpośrednio z efektem pandemii COVID-19 – tzn. ze względu na zakażenie wirusem lub ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych lub zmianę trybu życia w czasie pandemii – co przekłada się łącznie na ok. 1,7 mln dorosłych osób w Polsce.
5. Pogorszenie stanu zdrowia z powodu pandemii częściej deklarują kobiety z mniejszych miast i wsi, wśród mężczyzn takie wskazania są wyższe w dużych miastach, u osób z podstawowym i wyższym wykształceniem.
6. Osoby obu płci wskazujące popandemiczne pogorszenie stanu zdrowia są, według deklaracji, znacząco częściej niż średnia w populacji, obciążone chorobami przewlekłymi (76,7% mężczyzn i 85,0% kobiet w populacji osób deklarujących pogorszenie zdrowia vs. ok. 25% u obu płci w pozostałej części populacji). Osoby te mają wyższe BMI a także znacznie częściej deklarują objawy depresji.
7. Ok. $\frac{3}{4}$ respondentów obu płci przebywało długotrwale w domu w wyniku wprowadzonych restrykcji oraz obaw o własne zdrowie. Spośród nich duże grupy deklarują, że odczuły wynikające z tego pogorszenia zdrowia – 16,0% kobiet w porównaniu do 10,3% mężczyzn zauważyło pogorszenie zdrowia fizycznego oraz 23,2% kobiet w porównaniu do 17,0% mężczyzn pogorszenie stanu psychicznego.
8. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na poprawę w dostępie do opieki zdrowotnej, polegającą na spadku odsetka osób, których nie stać było na poszczególny rodzaj opieki. Poprawa występuje zarówno wśród kobiet i mężczyzn, w większości przecięć pod kątem cech społeczno-demograficznych, ze szczególnym wzrostem wśród grupy osób najstarszych.
9. Osoby w wieku 75 lat i starsze zdecydowanie rzadziej (niż w badaniu z 2018 r.) miały w ostatnich 12 miesiącach problemy w dostępie do ochrony zdrowia z powodu długiego czasu oczekiwania (-7,9 p.p. wśród mężczyzn i -11,4 p.p. u kobiet, czyli obecnie odpowiednio 28,6% i 29,7%) lub z powodu odległości/problemów z transportem (-6,2 p.p. dla mężczyzn i -10,7 p.p. wśród kobiet, do poziomu 11% i 10,4%, różnica istotna statystycznie). Trend utrzymuje się po standaryzacji struktury demograficznej danych z 2018 r.

10. Wyraźnie obciążona problemami z dostępem do opieki zdrowotnej jest grupa osób, która deklaruje pogorszenie swojego zdrowia na przestrzeni ostatnich 3 lat i która wiąże to pogorszenie z efektem pandemii COVID-19 (pośrednio lub bezpośrednio). W porównaniu do pozostałej populacji dorosłych, osoby te (niezależnie od płci) istotnie częściej mówią o problemach wynikających z długiego oczekiwania na wizytę – o 37,4 p.p. częściej wśród mężczyzn i o 32,9 p.p. wśród kobiet. Dodatkowo, kobiety istotnie częściej doświadczyły opóźnień związanych z odległością lub problemami z transportem (+19,3 p.p. w porównaniu z kobietami z pozostałej populacji).
11. W populacji wiążącej pogorszenie z pandemią COVID-19, zdecydowanie częściej badani deklarują, że zdarzało się, że nie stać ich było w ostatnich 12 miesiącach na wymienione rodzaje opieki zdrowotnej. W przypadku mężczyzn, istotne statystycznie różnice odnotowano dla opieki lekarskiej, badań diagnostycznych (w obu przypadkach więcej o 11 p.p. częściej) i możliwości wykupienia leków na receptę (więcej o 13,6 p.p.). W grupie kobiet, różnice istotne statystycznie dotyczą badań diagnostycznych (różnica 13 p.p.), opieki dentystrycznej (różnica 21,5 p.p.) i możliwości wykupienia leków na receptę (różnica 10,6 p.p.).
12. Rezygnowanie, ograniczanie lub przerwanie procesu leczenia lub rehabilitacji w wyniku pandemii COVID-19, dotyczyło 10% mężczyzn i kobiet, którzy potrzebowali tego typu opieki. 15,5% mężczyzn i 21,1% kobiet (istotnie więcej), spośród tych, którzy tego potrzebowali, zwlekało udaniem się do lekarza, szpitala lub na badania, czekając aż będzie bezpieczniej. Szczególnie dotknięte tym zjawiskiem były osoby starsze, wyraźniej w subpopulacji mężczyzn niż kobiet.
13. Odsetek osób rezygnujących lub przerywających proces leczenia/ rehabilitacji, jak i zwlekających z udaniem się do placówek medycznych, rośnie wśród mężczyzn w miarę obniżania się stopnia wykształcenia (efekt maleje po standaryzacji danych względem wieku) oraz warunków ekonomicznych. Z kolei, odsetek kobiet deklarujących odwlekanie wizyt rośnie razem z wielkością miejsca zamieszkania.
14. Pomimo deklarowanych częstszych potrzeb, w grupie wiążącej pogorszenie zdrowia z pandemią COVID-19, zdecydowanie częściej rezygnowano, ograniczono lub przerywano proces leczenia/rehabilitacji (wśród korzystających z danej opieki, było to 35,4% mężczyzn i 41,2% kobiet vs. ok. 8% dla obu płci w pozostałej

- populacji). Istotnie częściej osoby te zwlekały również z udaniem się na wizytę, do szpitala bądź na badania (45,2% mężczyzn i 60,2% kobiet vs. 13–18% w pozostałej populacji).
15. Porównanie wyników dwóch edycji badania wykazało wzrost częstości deklaracji przyjmowania szczepień (innych, niż na COVID-19) przez osoby starsze.
 16. Z drugiej strony, odnotowano spadek w liczbie osób starszych które zdecydowały się na wykonanie profilaktycznych badań laboratoryjnych w ostatnich 3 latach. Co ciekawe, głównym wskazywanym powodem niewykonania takich badań jest subiektywne poczucie, że jest się zdrowym.
 17. W dużych (ale nie największych, od 100 do 500 tys.) miastach, nastąpił istotny spadek odsetka osób, które poddały się kolonoskopii zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, (spadek o ok. 7–6% do poziomu 1,9% u mężczyzn i 2,8% kobiet w tej subpopulacji). Dodatkowo, choć nie jest to różnica statystycznie istotna, zmalała liczba (o ok. 4 p.p.) kobiet, które wykonały cytologię lub mammografię (odpowiednio 51% i 31,2%).
 18. W porównaniu z poprzednią edycją badania, przeprowadzoną przed pandemią COVID-19, odnotowano wzrost liczby osób, które nie korzystają z prywatnych świadczeń zdrowotnych. Jest to głównie związane z mniejszą liczbą osób opłacających pojedyncze usługi z własnej kieszeni.
 19. Warto zwrócić uwagę, iż deklarowany czas oczekiwania na świadczenia w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (oczekiwanie na wizyty / teleporady / przepisanie recepty) był dobrze oceniany. W populacji ogólnej osoby badane najczęściej uważały, że czas oczekiwania na bezpośrednią wizytę u lekarza POZ w okresie sprzed i w trakcie pandemii się nie zmienił (46–45% mężczyzn i kobiet), jest jednak relatywnie duża grupa, 25% mężczyzn i 27% kobiet która twierdzi, że czas ten się wydłużył (trochę lub znacznie).
 20. Spadek częstości korzystania z pojedynczych prywatnych świadczeń, na rzecz wzrostu odsetka osób niekorzystających w ogóle z prywatnej opieki, zachodzi istotnie często wśród osób z podstawowym i średnim wykształceniem i wśród mieszkańców wsi.
 21. Korzystanie z prywatnych świadczeń wzrosło z kolei w dużych miastach, od 100 do 500 tys.

22. Jest jednak grupa osób, która szczególnie często korzysta zarówno z abonamentów, jak i pojedynczych prywatnych świadczeń – są to osoby u których zdrowie pogorszyło się na skutek pandemii COVID-19, są to różnice istotne statystycznie.
23. Dane zebrane w dwóch edycjach badania wskazują, że krótszy czas oczekiwania na świadczenie przestaje być przewagą prywatnych form opieki zdrowotnej. Mimo, że podobnie jak w 2018 r., jest to argument wymieniany najczęściej, to jednak przez istotnie mniejszą liczbę badanych – obecnie przez 46% mężczyzn i 47,6% kobiet (spadek odpowiednio o 8,4 i 9,2 p.p.). Co ciekawe, zjawisko to nie dotyczy respondentów z największych miast.
24. Ok. 1/3 osób po 60 roku życia, deklarujących pogorszenie stanu zdrowia w ciągu ostatnich 3 lat, upatruje przyczyn tej zmiany pośrednio lub bezpośrednio w pandemii COVID-19. W szczególności, są to: zakażenie wirusem COVID-19 (wg. 15,2% mężczyzn i 16,7% kobiet), ograniczony dostęp do świadczeń medycznych w czasie pandemii (21,4% mężczyzn i 14,2% kobiet) lub zmiana trybu życia, zaprzestania aktywności fizycznych w czasie pandemii (10% mężczyzn i 11,2% kobiet).
25. Wzrost i/lub brak spadku poziomu samooceny po pandemii w większości badanych subpopulacji jest nieoczywisty i nieintuicyjny. Hipotezy jakie można rozważyć, są następujące:
 - a. nadmiarowe zgony w trakcie pandemii dotyczyły w większości osób starszych i/lub obciążonych chorobami. Zmniejszenie liczby takich osób wpłynęło na relatywny wzrost udziału osób „zdrowszych” w populacji.
 - b. fakt ustąpienia poczucia zagrożenia pandemią i praktyczne zniesienie restrykcji przeciwepidemicznych spowodowały zmniejszenie stresu społecznego i poprawę stanu emocjonalnego wielu osób, co podniosło poziom ich samooceny zdrowia.
26. Duża subpopulacja osób, które wskazują na pogorszenie stanu zdrowia w wyniku pandemii, znacząco gorzej (od pozostałej części populacji) ocenia działanie systemu ochrony zdrowia, w tym dostępność świadczeń i konieczność dopłat.
27. Grupa ta, częściej niż osoby, które nie stwierdziły pogorszenia stanu zdrowia po pandemii, wskazywała na trudności w dostępie do świadczeń w trakcie pandemii – zarówno z przyczyn organizacyjnych, jak i związanych z obawami o zakażenie.

Wnioski:

28. Istnieje duża subpopulacja osób, które wskazują na pogorszenie stanu zdrowia w wyniku pandemii. Wydaje się, że osoby te wymagają dedykowanych programów wsparcia przez publiczny system ochrony zdrowia.
29. Spadek zainteresowania i/lub dostępności do profilaktyki zdrowia jest złym sygnałem dla zdrowia publicznego i wymaga szybkich działań naprawczych.
30. Należy rozważyć coroczne prowadzenie tego typu badań na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski w celu identyfikacji zmian w postawach wobec własnego zdrowia i systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii podejmowanych działań profilaktycznych.

13. ROZPOWSZECHNIENIE BEHAWIORALNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA ZDROWOTNEGO I JEGO ZMIANY W OKRESIE PANDEMII COVID-19

Anna Poznańska, Daniel Rabczenko,
Bogdan Wojtyniak

Wiele elementów stylu życia ma istotne znaczenie dla zdrowia a w konsekwencji jakości i długości życia. Znaczenie diety i ćwiczeń fizycznych znane było już lekarzom starożytnym – Herodikusowi (V w. p.n.e.), Hipokratesowi (V–IV w. p.n.e.), Galenowi (II w. n.e.). Znacznie później udowodniono niekorzystny wpływ palenia tytoniu na długość życia – dopiero wyniki przeprowadzonego w latach 50-tych XX wieku Badania Lekarzy Brytyjskich (ang.: *British Doctors' Study*) pokazały, że większa ono ryzyko zgonu z powodu raka płuc i zakrzepicy naczyń wieńcowych¹. W chwili obecnej nadal poznaje się znaczenie czynników behawioralnych w odniesieniu do poszczególnych chorób (prawdopodobieństwa zachorowania, ciężkości przebiegu czy ryzyka zgonu), a także ogólnego stanu zdrowia i długości życia.

W 2008 roku naukowcy z Harvardzkiej Szkoły Zdrowia Publicznego oszacowali wpływ kombinacji behawioralnych czynników ryzyka na umieralność kobiet w ramach Badania Zdrowia Pielęgniarek (ang.: *Nurses' Health Study*), jednego z najważniejszych badań kohortowych w USA. Na podstawie 24 lat obserwacji blisko 80 tys. uczestniczek wykazano, że 28% zgonów kobiet w wieku 34–59 lat może być przypisanych paleniu tytoniu, a aż 55% połączeniu palenia, nadwagi, małej aktywności fizycznej i niepełnowartościowej diety².

Analizy za 2019 r. przeprowadzone w ramach Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (*GBD Study*) przypisały behawioralnym czynnikom ryzyka (nie wlicza się tu

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 Van Dam i wsp. (2008). *Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women*. *BMJ* 337:a1440; doi:10.1136/bmj.a1440

nadwagi i otyłości) 38% zgonów z ogółu przyczyn, 49% z powodu chorób układu krążenia i 37% z powodu nowotworów. Dla Polski odsetki te były wyższe i wynosiły odpowiednio 44%, 52% oraz 42%.³

W miarę powiększania się wiedzy na temat znaczenia behawioralnych czynników ryzyka władze poszczególnych krajów oraz organizacje międzynarodowe podejmowały działania edukacyjne. Już w roku 1894 Departament Rolnictwa Stanów Zjednoczonych ogłosił pierwsze rekomendacje dotyczące zdrowego odżywiania⁴. Z upływem czasu podobne zalecenia pojawiły się w wielu krajach. W kolejnych latach rekomendacje żywieniowe modyfikowano i uzupełniano zaleceniami dotyczącymi podejmowania aktywności fizycznej, kontroli masy ciała, ograniczonego używania alkoholu, suplementacji diety. W 2004 roku WHO przyjęła Strategię dotyczącą żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia – dokument zawierający rekomendacje działań w dziedzinie popularyzowania zdrowego trybu życia⁵. Na jej podstawie przygotowano szereg bardziej szczegółowych opracowań i wytycznych dotyczących m. In. aktywności fizycznej⁶, spożycia wybranych produktów^{7, 8, 9} czy ich dostępności dla dzieci¹⁰. Aktualny Ogólny Program Prac WHO na lata 2019–2023¹¹ w części dotyczącej zapobiegania chorobom niezakaźnym wymienia 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 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

3 Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Results, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, dostęp: 12.10.2022

4 Atwater WO *Foods: Nutritive Value and Cost*. U.S. Department of Agriculture, Farmers' Bulletin No. 23, 357 pp.

5 WHO (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, Geneva

6 WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*

7 WHO (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*

8 WHO (2016). *Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases*

9 WHO (2016). *SHAKE the salt habit. The SHAKE technical package for salt reduction*

10 WHO (2012). *A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*

11 WHO (2019). *Promote health. Keep the world safe. Serve the vulnerable*. Thirteenth General Programme of Work 2019–2023

zadania¹². Dla realizacji celu strategicznego Programu, jakim 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.

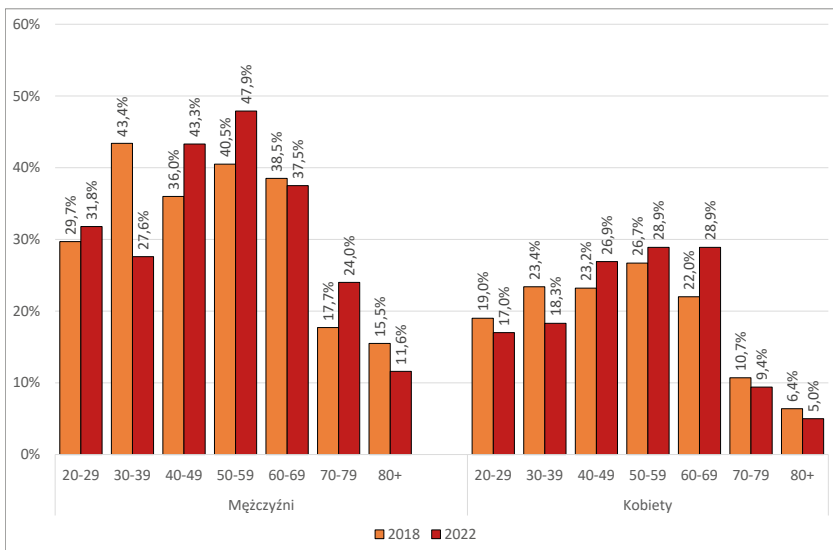
Zaprezentowana w tym rozdziale analiza rozpowszechnienia wśród ludności Polski behawioralnych czynników ryzyka zdrowotnego oraz jego zmian w okresie pandemii COVID-19 została oparta na wynikach badań ankietowych przeprowadzonych przez NIZP PZH – PIB (poprzednio NIZP – PZH) w 2018 r. (9–15 października) i 2022 r. (1–17 sierpnia). Oba badania przeprowadzono techniką CAPI (wywiady osobiste wspierane komputerowo) na liczących odpowiednio 3 tys. i 2 tys. osób reprezentatywnych próbach mieszkańców Polski w wieku 20 lat lub więcej. W 2018 r. respondentów losowano na podstawie rejestru PESEL, w 2022 r. próbę dobierano z operatu adresowego GUS.

13.1. Palenie tytoniu

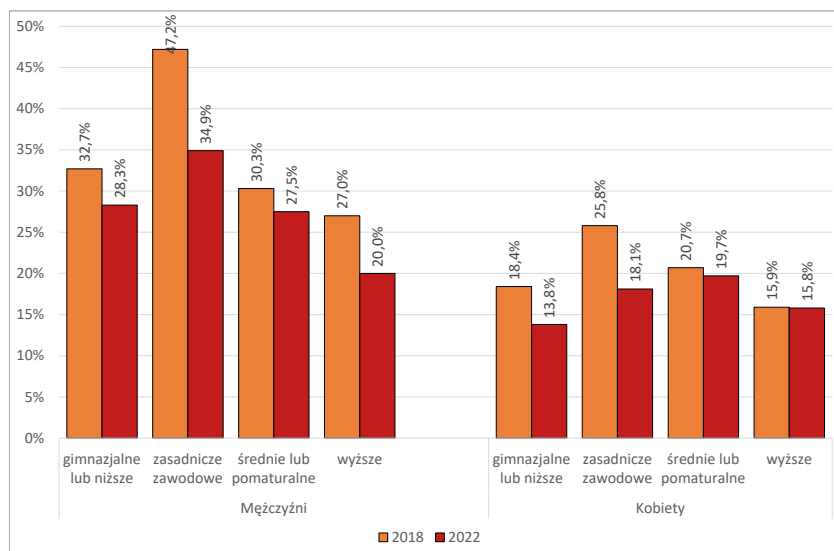
Od poprzedniego wydania raportu Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski – 2020 nie pojawiły się nowe dane pozwalające uaktualnić pozycję Polskę na tle krajów UE. Rozpowszechnienie palenia w Polsce według danych dostępnych w 2020 r. była na średnim poziomie europejskim, przy czym mężczyźni byli nieco ponad a kobiety poniżej odpowiedniego średniego poziomu. Ogółem w 2018 r. i 2022 r. regularnie wyroby z nikotyną stosowało odpowiednio 35,8% oraz 29,8% mężczyzn oraz 20,5% oraz 17,6% kobiet. Jednocześnie okazjonalne palenie w latach 2018 i 2022 deklarowało odpowiednio dalsze 3,0% i 2,5% mężczyzn oraz 1,9% i 1,9% kobiet. Zestawienia osób deklarujących regularne palenie w zależności od płci i wieku prezentowane są na rycinie 13.1. Zwraca uwagę, że wśród mężczyzn generalna korzystna tendencja spadkowa zaznacza się w grupie 30–39 lat

12 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642), <https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000064201.pdf> (dostęp: 10.10.2022)

i w nieco mniejszym stopniu w grupie 80+, a wśród kobiet w grupach wieku 20–29, 30–39 i w mniejszym stopniu wśród osób starszych niż 70 lat. Jednocześnie zwracają uwagę zdecydowanie niekorzystne zmiany wśród mężczyzn pomiędzy 40 a 59 rokiem życia i w grupie 70–79 lat oraz wśród kobiet w wieku 60–69 lat. Spadek częstości osób deklarujących palenie regularne widać we wszystkich grupach wykształcenia – co ciekawie zaznacza się on zwłaszcza wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym, która tradycyjnie prezentowała najbardziej niekorzystne postawy zdrowotne (Ryc. 13.2).



Ryc. 13. 1. Odsetek palących regularnie wyroby tytoniowe lub elektroniczne wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2022 według płci i wieku (dane: NIZP PZH – PIB)



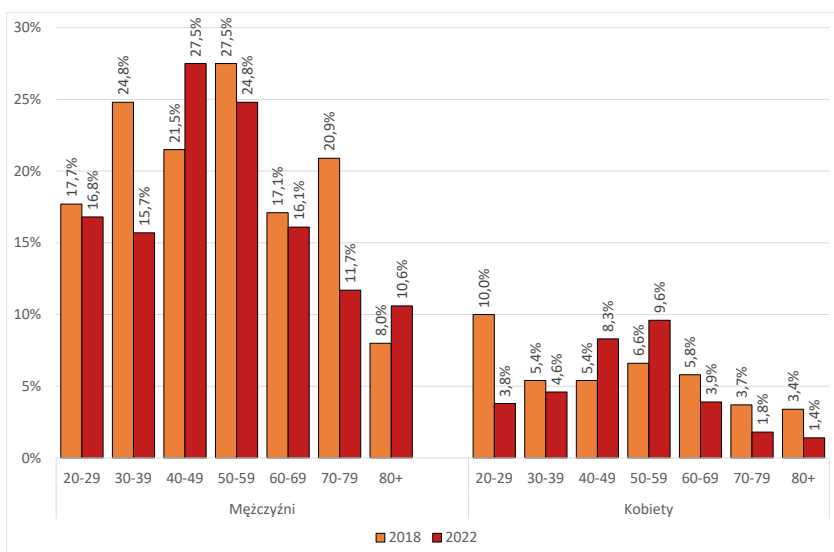
Ryc. 13.2. Odsetek palących regularnie wyroby tytoniowe lub elektroniczne wśród ludności Polki w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2022 według płci i wykształcenia (dane: NIZP PZH – PIB)

13.2. Spożycie alkoholu

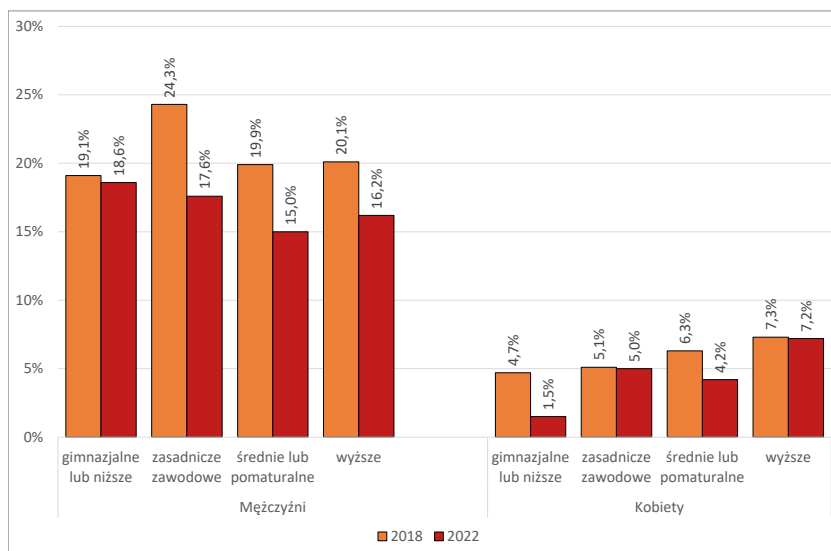
Dane o spożyciu alkoholu prezentowane na stronie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych¹³ wskazują na utrzymywanie się ogólnego spożycia mierzonego litami czystego alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca na niemal niezmiennym poziomie (9,55 l/osobę w 2018 vs. 9,70 l/osobę w 2021 r.). Zwracają jednak uwagę wyciężenia dokonane przez PAPRPA wskazujące na wzrastający udział w ogólnej konsumpcji alkoholi mocnych – od 34,6% w 2018 r. do 39,2% w 2021 r., któremu towarzyszy spadek udziału piwa z 57,9% do 52,5%.

13 <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>, dostęp 02.11.2022. Od dnia 1 stycznia 2022 Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych została połączona z Krajowym Biurem Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii i przekształcona w Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Możliwa jest zmiana adresu strony zawierającej aktualne dane o spożyciu alkoholu.

W obu badaniach prowadzonych przez NIZP PZH – PIB zadawano pytania dotyczące picia ryzykownego. Respondent odpowiadał na trzy pytania dotyczące myśli związanych ze zbyt dużą ilością konsumowanego alkoholu, występowania poczucia winy z powodu picia, a także występowaniem krytycznych uwag na temat picia przez niego alkoholu. Respondent twierdząco odpowiadający na przynajmniej jedno z pytań traktowany była jako pijący ryzykownie. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, odsetek ten był niższy w 2022 niż 2018 r. (16,7% w 2022 r. vs. 21,3% w 2018 r. dla mężczyzn i analogicznie 4,3% vs. 6,0% dla kobiet). Analiza zmian w rozbiciu na grupy wieku wskazuje, że korzystny trend najmocniej zaznaczył się w grupach 30–39 i 70–79 wśród mężczyzn oraz 20–29 wśród kobiet. U kobiet warto również zwrócić uwagę na niemal dwukrotny spadek odsetka pijących alkohol ryzykownie w starszych grupach wieku (70 lat i więcej).



Ryc. 13.3. Odsetek pijących ryzykownie wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2022 według płci i wieku (dane: NIZP PZH – PIB)



Ryc. 13. 4. Odsetek pijących ryzykownie wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2022 według płci i wykształcenia (dane: NIZP PZH – PIB)

13.3. Nadwaga i otyłość

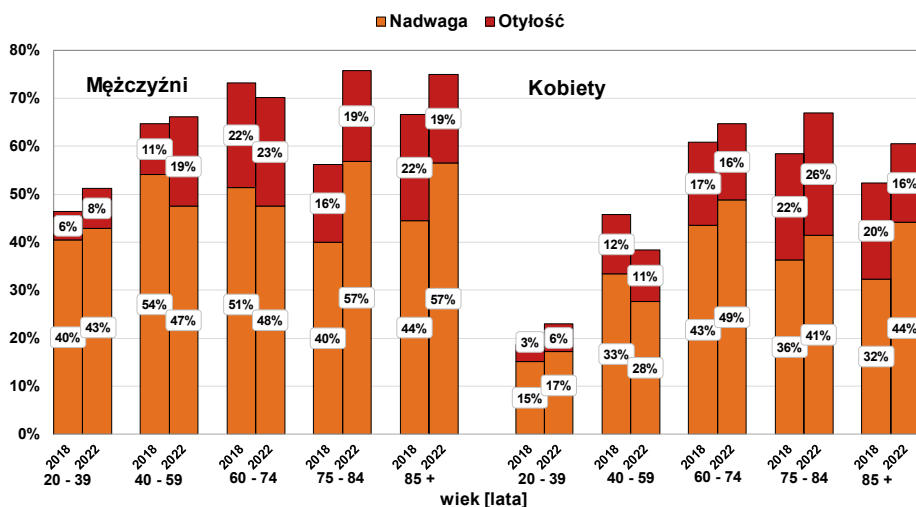
Wyniki Badania Stanu Zdrowia i Czynniki Rzyka przeprowadzonego przez NIZP PZH – PIB w sierpniu 2022 r. wskazują, że zbyt wysoką masą ciała (indeks BMI ≥ 25) miało wówczas 52,0% Polaków wieku 20 lat lub więcej, zaś 13,6% cierpiało na otyłość (BMI ≥ 30).

Problem ten znacznie częściej dotyczył mężczyzn niż kobiet, odsetki osób obu płci o zbyt wysokiej masie ciała wynosiły odpowiednio 62,1% i 42,6%, a tych z otyłością 15,7% i 11,7%. Uwzględnienie struktury wieku obu subpopulacji praktycznie nie zmienia tych proporcji, współczynniki standaryzowane względem wieku wynoszą 62,7% i 41,4% w przypadku zbyt wysokiej masy ciała i 16,1% vs. 11,2% dla otyłości.

W stosunku do okresu przed pandemią COVID-19 sytuacja uległa pogorszeniu – rozpowszechnienie nadwagi, a zwłaszcza otyłości zwiększyło się i nie 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 50,4%, a otyłość 11,8% Polaków. Co ważne częstość występowania tych problemów wzrosła głównie wśród mężczyzn – zbyt wysokiej

masy ciała o 2,6 p.p., a otyłości o 3,0 p.p. Wśród kobiet rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała wzrosło o 0,5 p.p., a otyłości minimalnie się zmniejszyło (o 0,1 p.p.).

Dla obu płci rozpowszechnienie nadwagi oraz otyłości rośnie z wiekiem, osiągając maksimum dla kategorii 75–84 lata (ryc. 13.5). We wszystkich analizowanych grupach wieku odsetek osób o zbyt wysokiej masie ciała jest znacznie wyższy wśród mężczyzn, największe różnice (po 28 p.p.) dotyczą kategorii wieku 20–39 oraz 40–59 lat. Otyłość również częściej występuje u mężczyzn, wyjątek stanowi grupa 75–84 lata. W tym wieku otyłość dotyka ponad ¼ Polek (25,5%), co wyraźnie przewyższa odsetek obserwowany wśród mężczyzn (18,8%).

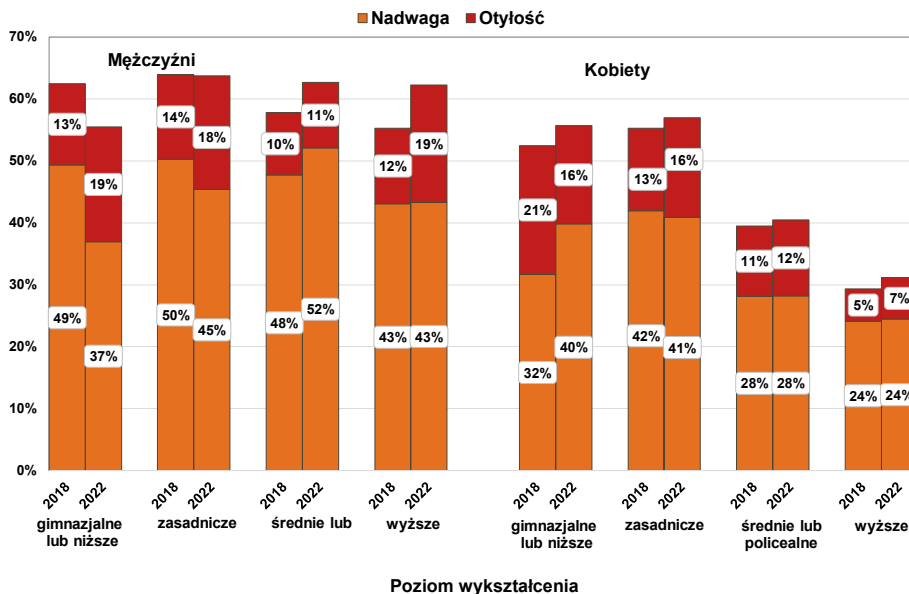


Ryc. 13.5. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2022 według płci i wieku (dane: NIZP PZH – PIB); wartości na etykietach zaokrąglone do 1%

W niemal wszystkich analizowanych grupach wieku odnotowano wzrost rozpowszechnienia zbyt wysokiej masy ciała w porównaniu z rokiem 2018 (po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku) – rycina 13.5. Wyjątki stanowią: kategoria 60–74 lata wśród mężczyzn (spadek o 3,1 p.p.) i 40–59 lat wśród kobiet (o 7,3 p.p.). Dla obu płci największy wzrost częstości występowania nadwagi obserwowano w najstarszych grupach wieku tj. 75–84 lata (o 19,5 p.p. wśród mężczyzn i 8,5 p.p. wśród kobiet) oraz 85+ (odpowiednio o 8,4 p.p. i 8,1 p.p.). O ile jednak w kategorii 75–84 lata odnotowano również wzrost rozpowszechnienia otyłości (u mężczyzn o 2,6 p.p., a u kobiet o 3,5 p.p.), wśród najstarszych Polaków obu płci odsetek osób otyłych uległ zmniejszeniu (odpowiednio o 3,7 p.p.

i 3,8 p.p.). Można przypuszczać, że efekt ten nie wynika ze zmniejszenia masy ciała przez seniorów, a jest raczej skutkiem wyższej umieralności osób otyłych. Wśród mężczyzn spadek rozpowszechnienia otyłości obserwowano tylko w tej kategorii wieku, u kobiet wystąpił on jeszcze w grupach 40–59 lata i 60–74 lata (w obu przypadkach o 1,5 p.p.).

Wyniki badania jedynie u kobiet pokazują wyraźny związek zbyt wysokiej masy ciała z poziomem wykształcenia (ryc. 13.6). Występuje wśród nich obserwowana od wielu lat zależność – nadwaga najczęściej charakteryzuje osoby słabiej wykształcone, w 2022 r. były to Polki z wykształceniem zasadniczym zawodowym (u 56,9% z nich stwierdzono zbyt wysoką masę ciała, a u 16,1% otyłość) oraz gimnazjalnym lub niższym (odpowiednio 55,7% i 15,9%). Wśród kobiet z wykształceniem wyższym odsetki te były znacznie (w przypadku otyłości ponad dwukrotnie) niższe – 31,1% oraz 6,7%. Po standaryzacji współczynników względem wieku różnice między analizowanymi kategoriami zmniejszają się, ale korzystniejsza sytuacja lepiej wykształconych Polek nadal jest wyraźna (rozpowszechnienie nadwagi wynosi 36,3%, a otyłości – 7,5% wśród tych z wykształceniem wyższym wobec 43,3% i 11,7% przy wykształceniu gimnazjalnym lub niższym, a 49,3% i 16,4% zasadniczym zawodowym).



Ryc. 13.6. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2022 według płci i poziomu wykształcenia (dane: NIZP PZH – PIB); wartości na etykietach zaokrąglone do 1%

Inaczej wygląda sytuacja wśród mężczyzn – w 2022 r. zbyt wysoka masa ciała wyrażnie najrzadziej dotyczyła Polaków z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (55,5%). Dla pozostałych poziomów edukacji odsetki były zbliżone i wynosiły od 62,3% dla osób z wykształceniem wyższym do 63,7% z zasadniczym zawodowym. Po uwzględnieniu różnic w strukturze wieku porównywanych kategorii rozbieżność ta jest jeszcze większa – współczynnik standaryzowany dla osób najsłabiej wykształconych wynosi 40,7%, zaś w pozostałych grupach mieści się zakresie od 60,5% (zasadnicze zawodowe) do 64,7% (średnie lub policealne). Dla otyłości obraz jest inny, wyraźnie najrzadziej charakteryzowała ona mężczyzn z wykształceniem średnim lub policealnym (10,6%). W pozostałych kategoriach rozpowszechnienie otyłości było zbliżone – od 18,3% (dla osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym) do 19,0% (z wyższym). Różnice między nimi pojawiły się dopiero po uwzględnieniu struktury wieku analizowanych grup – największe zagrożenie otyłością dotyczyło mężczyzn z wykształceniem wyższym (współczynnik standaryzowany względem wieku 19,5%), a w dalszej kolejności z zasadniczym zawodowym (16,9%) i gimnazjalnym lub niższym (14,3%), przy 12,6% w przypadku wykształcenia średniego lub policealnego.

Przedstawione wyniki wskazują, że rozpowszechnienie zarówno zbyt wysokiej masy ciała, jak i otyłości wśród mężczyzn, jest znacznie wyższe niż wśród kobiet w niemal wszystkich analizowanych kategoriach wykształcenia. Największe różnice dotyczą osób z wykształceniem wyższym – w tej grupie rozpowszechnienie nadwagi u mężczyzn jest dwukrotnie wyższe niż u kobiet (62,3 vs. 31,1%), a otyłości niemal trzykrotnie (19,0% vs. 6,7%).

W porównaniu z 2018 r. odsetek kobiet ze zbyt wysoką masą ciała zwiększył się we wszystkich analizowanych kategoriach wykształcenia, najbardziej (o 3,2 p.p.) wśród Polek z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (ryc. 13.6). Trzeba podkreślić, że dla tej grupy jest to efekt wypadkowy dużego wzrostu częstości występowania nadwagi w zakresie BMI poniżej 30 (o 8,1 p.p.) oraz nieobserwowanego w pozostałych kategoriach, wyraźnego spadku rozpowszechnienia otyłości (o 4,9 p.p.), być może spowodowanego zwiększoną umieralnością wśród najsłabiej wykształconych, a więc najstarszych dotkniętych otyłością kobiet. Odsetek mężczyzn ze zbyt wysoką masą ciała zwiększył się jedynie wśród osób lepiej wykształconych tj. na poziomie wyższym (o 7,0 p.p.) i średnim lub policealnym (o 4,9 p.p.). W przypadku osób z wykształceniem podstawowym,

odsetek ten zmniejszył się aż o 7,0 p.p. Wśród mężczyzn wzrost rozpowszechnienia otyłości obserwowano we wszystkich kategoriach wykształcenia, najsilniejszy wśród osób z wykształceniem wyższym (o 6,7 p.p.) oraz gimnazjalnym lub niższym (o 5,4 p.p.). Schemat zmian masy ciała mężczyzn zależał od poziomu edukacji. Wśród słabiej wykształconych wrosło rozpowszechnienie otyłości, ale zmniejszył się odsetek osób z nadwagą w zakresie BMI <30, natomiast wśród lepiej wykształconych zwiększyła się zarówno częstość występowania niewielkiej nadwagi (zwłaszcza u osób z wykształceniem średnim lub policealnym), jak i otyłości (szczególnie wyraźnie w przypadku wykształcenie wyższego) – (ryc. 13.6).

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości łączy się również z zasobnością materialną. Problemy te częściej dotyczą osób należących do gospodarstw domowych, w których w ciągu ostatniego roku przynajmniej czasami brakowało pieniędzy na żywność, ubranie czy opłaty mieszkaniowe. W odniesieniu do zbyt wysokiej masy ciała zależność ta jest silniejsza u kobiet – dotyczy ona 47,0% mających trudności finansowe i 41,4% lepiej sytuowanych. Efekt ten w dużym stopniu wynika z różnic w strukturze wieku porównywanych grup (współczynniki standaryzowane względem wieku wynoszą odpowiednio 43,8% i 40,7%). Z kolei związane ze statusem materialnym różnice w rozpowszechnieniu otyłości są wyraźniejsze u mężczyzn (dotyka ona 18,4% biedniejszych, a 15,1% zamożniejszych Polaków) i pozostają widoczne po standaryzacji współczynników względem wieku – 18,6% vs. 15,7%.

W porównaniu z rokiem 2018 wśród kobiet mających problemy finansowe rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała wzrosło o 2,5 p.p., a otyłości zmniejszyło się o 1,2 p.p. Dla lepiej sytuowanych Polek częstości te praktycznie nie uległa zmianie. Wśród mężczyzn, niezależnie od statusu materialnego, wzrosło zarówno rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (bardziej u osób mających problemy finansowe – 5,4 p.p. vs. 2,0 p.p.), jak i otyłości (bardziej u lepiej sytuowanych 4,3 p.p. vs. 3,0 p.p.).

Odsetek mężczyzn o zbyt wysokiej masie ciała był wyższy wśród mieszkańców miast niż wsi 63,4% vs. 59,9%. Fakt ten nie wynikał z różnic w strukturze wieku – współczynniki standaryzowane wynosiły 64,2% i 59,9%. Był on konsekwencją znacznej różnicy w rozpowszechnieniu otyłości, obserwowanej u 17,4% mieszkańców miast i 12,9% zamieszkałych na wsi (wartości współczynników standaryzowanych względem wieku wynosiły odpowiednio 17,9% i 12,9%).

Wśród kobiet odnotowano zjawisko odwrotne – zarówno zbyt wysoka masa ciała, jak i otyłość, częściej dotyczyły mieszkanek wsi – odpowiednio 46,3% vs. 40,5% oraz 12,9% vs. 11,0%. Różnice te są widoczne również po uwzględnieniu różnic w strukturze wieku porównywanych grup – współczynniki standaryzowane względem wieku wynoszą odpowiednio 44,9 vs. 39,3% oraz 12,5% vs. 10,5%.

W porównaniu do okresu sprzed pandemii zwraca uwagę wzrost rozpowszechnienia otyłości wśród mężczyzn mieszkających miastach – aż o 5,9 p.p. (na wsi był to wzrost o 1,0 p.p.).

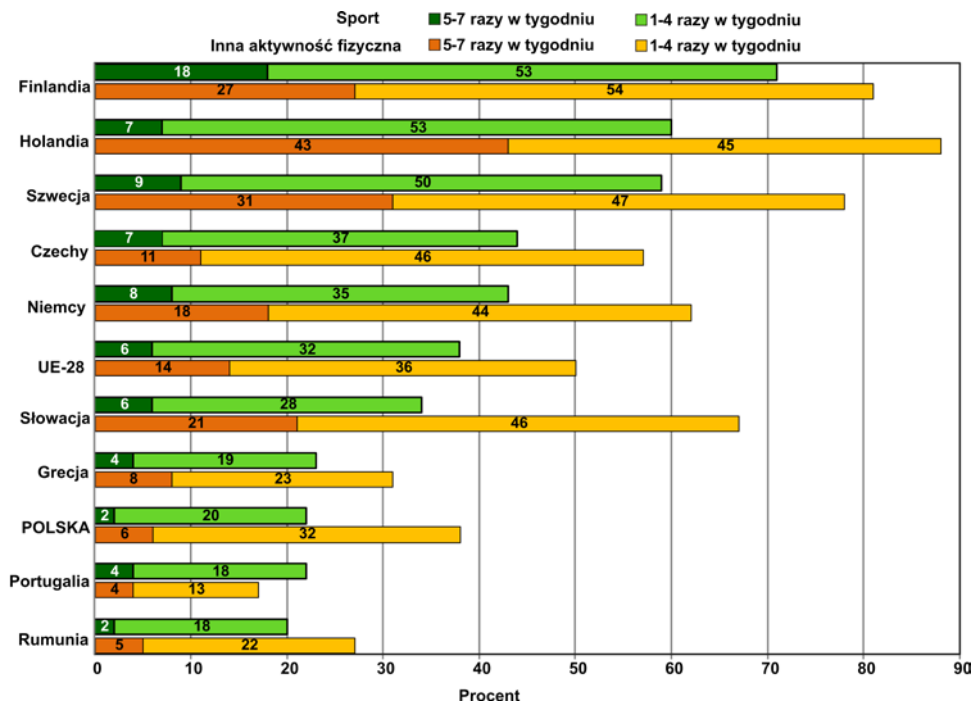
13.4. Aktywność fizyczna

Informacji na temat aktywności fizycznej Europejczyków dostarczają m. in. ankietowe badania Eurobarometr przeprowadzane na zlecenie Generalnej Dyrekcji Komisji Europejskiej ds. Edukacji, Młodzieży, Sportu i Kultury. Wyniki najnowszego¹⁴, przeprowadzonego wiosną 2022 r. wskazują, że na tle większości krajów UE sytuacja w Polsce jest niekorzystna (ryc. 13.7). Regularnie (5–7 razy w tygodniu) ćwiczy 2%, a dość systematycznie (1–4 razy tygodniowo) 20% mieszkańców; w przypadku innych form aktywności odsetki te wynoszą 6% i 32%. Aż 65% Polaków nie uprawia sportu w ogóle, jest to 3-ci najwyższy odsetek wśród 27 państw UE (po Portugalii i Grecji) – w ciągu ostatnich 5 lat zwiększył się on o 9 p.p., najbardziej wśród wszystkich porównywanych krajów. Innych form aktywności ruchowej nigdy nie podejmuje 45% Polaków.

Według Badania Stanu Zdrowia i Czynników Ryzyka przeprowadzonego przez NIZP PZH – PIB w sierpniu 2022 r. trwającą co najmniej 30 minut bez przerwy rekreacyjną aktywność fizyczną o charakterze sportowym lub innym, powodującą przyspieszony oddech lub tętno (np. gimnastykę, szybki spacer, bieganie, jazdę na rowerze, pływanie, grę w piłkę, ćwiczenia w siłowni, taniec, prace ogrodnicze), ale z wyłączeniem obowiązków zawodowych i aktywności lokomocyjnej, podejmuje w sezonie wiosenno-letnim i jesiennym 36,4% Polaków (38,4% mężczyzn i 34,5% kobiet). Prawie wszystkie te osoby

14 Kantar dla Generalnej Dyrekcji Komisji Europejskiej ds. Edukacji, Młodzieży, Sportu i Kultury (2022), Special Eurobarometer 525, Sport and Physical Activity

(94,3% mężczyzn i 93,3% kobiet) wykonują te zajęcia przynajmniej raz w tygodniu. Osoby aktywne poświęcają na rekreację przeciętnie 2 godziny i 4 minuty tygodniowo.



Ryc. 13.7. Odsetek osób w wieku 15 lat lub więcej uprawiających sport i podejmujących inne formy rekreacyjnej aktywności fizycznej w wybranych krajach UE (źródło: Eurobarometer, 2022)

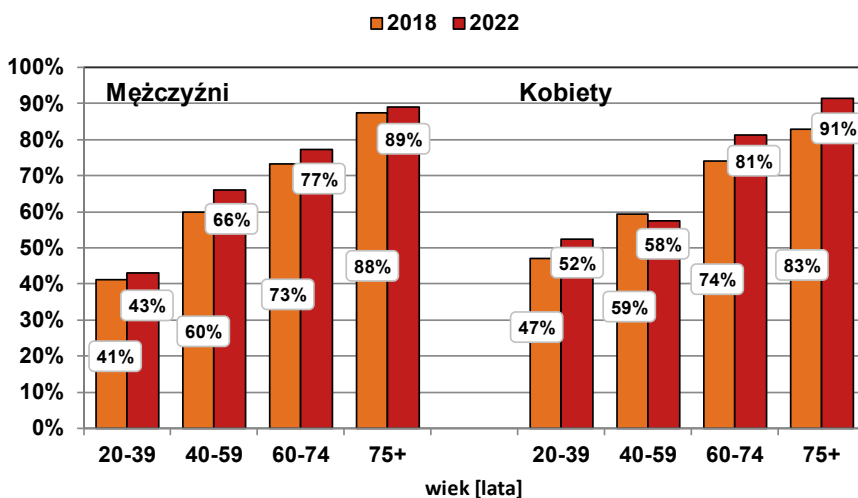
Wynik ten oznacza, że 63,6% Polaków (61,6% mężczyzn i 65,5% kobiet) w wieku 20 lat lub więcej nie podejmuje w żadnej formie rekreacyjnej aktywności fizycznej. Wyższy odsetek nieaktywnych kobiet wynika z różnic w strukturze wieku ludności obu płci – kobiety w populacji są przeciętnie starsze od mężczyzn. Po standaryzacji względem wieku współczynniki wynoszą odpowiednio 64,3% i 62,9%.

W stosunku do 2018 r. odsetek Polaków niepodejmujących rekreacyjnej aktywności fizycznej zwiększył się o 3,8 p.p., w sposób zbliżony dla obu płci (o 3,9 p.p. wśród mężczyzn i 3,8 p.p. wśród kobiet).

Częstość podejmowania rekreacji systematycznie zmniejsza się z wiekiem (ryc. 13.8). Nieaktywnych jest 47,7% Polaków w wieku 20–39 lat i 90,5% w wieku 75 lat lub więcej. Trzeba

podkreślić, że choć generalnie kobiety ćwiczą rzadziej od mężczyzn, w wieku 40–59 lat Polki są wyraźnie aktywniejsze (odsetki niepraktykujących rekreacji wynoszą 57,6% vs. 66,0%).

Udział nieaktywnych osób obu płci w niemal wszystkich analizowanych kategoriach wieku zwiększył się w stosunku do okresu przed pandemią COVID-19 (ryc. 13.8). Znaczącym wyjątkiem jest spadek odsetka niećwiczących kobiet w wieku 40–59 lat o 1,8 p.p. (jak pokazano w podrozdziale dotyczącym nadwagi, jedynie w tej kategorii wieku wśród Polek zmniejszyło się rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała).



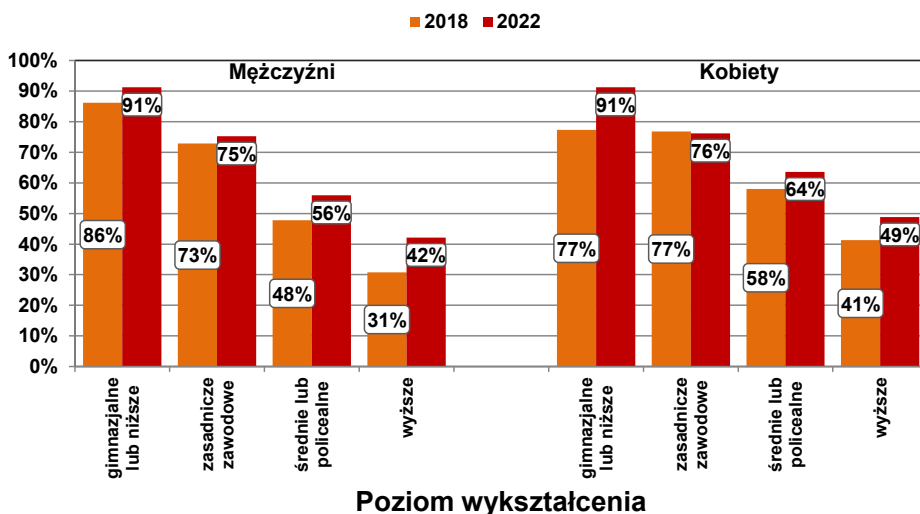
Ryc. 13.8. Odsetek Polaków w wieku 20 lat lub więcej niepodjęających żadnej rekreacyjnej aktywności fizycznej w latach 2018 i 2022 według płci i wieku (dane: NIZP PZH – PIB)

Częstość podejmowania ćwiczeń rekreacyjnych przez osoby obu płci zwiększa się z poziomem wykształcenia. Całkowicie nieaktywnych jest 91,2% mężczyzn z wykształceniem podstawowym, a 42,1% z wyższym. W przypadku kobiet odsetki te zmieniają się w zakresie od 91,3% do 48,8% (ryc. 13.9). 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 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 i wynoszą w rosnącej kolejności (tj. podstawowe, zasadnicze-zawodowe, średnie, wyższe): 85,3%, 71,4%, 60,3% i 48,5% dla mężczyzn oraz 85,0%, 71,9%, 64,8% oraz 54,8% dla kobiet.

Aktywność osób obu płci z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym jest zbliżona (ryc. 13.9), wśród lepiej wykształconych kobiety częściej nie podejmują aktywności rekreacyjnych (63,6% vs. 56,0% w przypadku wykształcenia średniego oraz 48,8% vs. 42,1% dla wyższego).

W porównaniu z rokiem 2018 odsetek osób nieaktywnych zwiększył się w niemal wszystkich kategoriach wykształcenia, jedyny wyjątek stanowiła grupa kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym, gdzie praktycznie nie uległ on zmianie. Największy spadek aktywności dotyczył Polek z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym – wzrost udziału niećwiczących o 14 p.p. (jak pokazano wyżej, dla kobiet jest to kategoria wykształcenia, w której najsilniej zwiększyło się rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała) oraz osób obu płci z wyższym wykształceniem – wzrost o 11 p.p. w przypadku mężczyzn i 8 p.p. wśród kobiet.



Ryc. 13.9. Odsetek Polaków w wieku 20 lat i więcej niepodejmujących żadnej rekreacyjnej aktywności fizycznej w latach 2018 i 2022 według płci i poziomu wykształcenia (dane: NIZP PZH – PIB); wartości na etykietach zaokrąglone do 1%

Aktywność fizyczna Polaków wykazuje również związek z ich sytuacją materialną. Osoby z gospodarstw domowych, w których w ciągu ostatniego roku przynajmniej czasami brakowało pieniędzy na żywność, ubranie czy opłaty mieszkaniowe znacznie częściej niż pozostali nie podejmują aktywności rekreacyjnej (75,6% vs. 60,8%). Różnica ta nie wynika ze struktury wieku porównywanych grup – współczynniki standaryzowane względem wieku wynoszą 74,2% i 61,5%. Mężczyźni w trudnej sytuacji finansowej częściej niż kobiety rezygnują z zajęć ruchowych (77,7% vs. 73,8%), po standaryzacji współczynników różnica ta nieco się pogłębia (77,4% vs. 71,5%). Wśród osób lepiej sytuowanych mężczyźni są bardziej aktywni (odsetki niećwiczących odpowiednio 57,9% i 63,4%), po wyeliminowaniu wpływu struktury wieku różnica jest mniejsza (współczynniki standaryzowane: 59,9% vs. 63,0%).

W porównaniu do 2018 r. spadek aktywności Polaków mających trudności finansowe był znacznie większy niż w przypadku lepiej sytuowanych. W pierwszej z tych grup odsetek osób niepodejmującym rekreacyjnych zajęć ruchowych zwiększył się o 7,2 p.p (wśród mężczyzn o 7,4 p.p., a kobiet o 6,1 p.p.), zaś w drugiej o 3,1 p.p. dla osób obu płci.

Mieszkańcy wsi ćwiczą rzadziej niż mieszkańcy miast (odsetki niepodejmujących rekreacji fizycznej – 67,2% vs. 61,4%). Zjawisko w większym stopniu dotyczy mężczyzn – w 2022 r. nieaktywnych było 57,9% zamieszkałych w miastach i aż 67,6% na wsi. Efekt pozostaje wyraźny po uwzględnieniu struktury wieku porównywanych grup – współczynniki standaryzowane względem wieku są równe 60,2% i 67,8. Wśród kobiet różnice między mieszkankami miast i wsi są mniejsze – odsetki nieaktywnych odpowiednio 64,6% i 66,9% (po standaryzacji względem wieku 63,4% i 65,7%). Aktywność zamieszkałych na wsi osób obu płci jest więc zbliżona, w miastach kobiety wyraźnie rzadziej od mężczyzn podejmują rekreacyjną aktywność fizyczną.

W stosunku do 2018 r. większy przyrost odsetka osób nieaktywnych obserwowano dla ludności miejskiej (o 6 p.p. wśród kobiet i 5 p.p. wśród mężczyzn), dla mieszkańców wsi zmiany te wynosiły odpowiednio 1p.p oraz 2p.p.

PODSUMOWANIE

1. W 2022 r. odsetek palących regularnie wyroby tytoniowe lub elektroniczne wynosił odpowiednio 29,8% mężczyzn oraz 17,6% kobiet – wartości te były niższe niż w 2018 r. o 6 p.p. i 2,9 p.p. Trudno wskazać na trendy zniżkowe związane z wiekiem, natomiast na uwagę zasługuje pozytywna zmiana wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym – tradycyjnie prezentujących gorsze postawy zdrowotne.
2. Konsumpcja alkoholu w 2021 r. pozostała na niemal niezmiennym poziomie w stosunku do 2018 r. i wynosiła 9,7 litra czystego alkoholu na osobę. W latach 2018–2021 w ogólnej konsumpcji wzrósł udział alkoholi mocnych (z 34,6% w 2018 r. do 39,2% w 2021) a spadł udział piwa (z 57,9% w 2018 r. do 52,5% w 2021 r.). W wynikach badań ankietowych zaznaczył się pozytywny trend polegający na spadku odsetka osób, których odpowiedzi wskazywałyby na ryzykowne picie alkoholu (z 16,7% w 2022 r. do 21,3% w 2018 r. dla mężczyzn i z 4,3% do 6,0% dla kobiet).
3. W 2022 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (BMI ≥ 25) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło 62% dla mężczyzn i 43% dla kobiet, zaś otyłości odpowiednio 16% i 12%. Dla obu płci rozpowszechnienie nadwagi oraz otyłości rośnie z wiekiem, osiągając maksimum w przedziale 75–84 lata. Problemy te znacznie częściej dotyczą mężczyzn, wyjątek stanowi wiek 75–84 lata, kiedy otyłość dotyka ponad ¼ Polek, co wyraźnie przewyższa odsetek obserwowany wśród mężczyzn (19%). Wśród kobiet zagrożenie nadwagą, a także otyłością silnie zależy od poziomu wykształcenia – dla osób z wykształceniem wyższym jest ono ok. 2 razy mniejsze niż w przypadku zasadniczego zawodowego lub niższego. Wśród mężczyzn prawidłowości te nie występują. W efekcie największe różnice w rozpowszechnieniu tych problemów między osobami obu płci dotyczą Polaków z wykształceniem wyższym – wśród nich nadwaga u mężczyzn występuje 2 razy częściej niż u kobiet (62% vs. 31%), a otyłość niemal trzykrotnie (19% vs. 7%). Problem zbyt wysokiej masy ciała częściej dotyczy osób o niższym statusie ekonomicznym, mających przynajmniej okresowo trudności w płaceniu codziennych rachunków. Prawidłowej masy ciała częściej nie utrzymują kobiety mieszkające na wsi, a mężczyźni w miastach.
4. W stosunku do okresu przed pandemią COVID-19 odsetek mężczyzn ze zbyt wysoką masą ciała (po korekcie na zmianę struktury wieku) zwiększył się o prawie

3 p.p., podczas gdy kobiet jedynie o 0,5 p.p. Dla obu płci wzrost ten był najsilniejszy w najstarszych grupach wieku tj. 75–84 lata (o 19 p.p. wśród mężczyzn i 9 p.p. wśród kobiet) oraz 85+ (po 8 p.p.). Największy wzrost rozpowszechnienia nadwagi obserwowano mężczyzn z wykształceniem wyższym (o 7 p.p.) i kobiet z gimnazjalnym lub niższym (o 3 p.p.), czyli w kategoriach o największej redukcji aktywności fizycznej. Rozpowszechnienie otyłości wśród mężczyzn wzrosło o 3 p.p. (najsilniej u osób z wykształceniem wyższym – o 7 p.p. oraz u mieszkańców miast – o 6 p.p.), a wśród ogółu kobiet praktycznie nie uległo zmianie. Spadek rozpowszechnienia otyłości obserwowano głównie wśród najsłabszych grup ludności – osób w wieku powyżej 85 lat (o 4 p.p.), kobiet z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (o 5 p.p.) oraz mających trudności finansowe (o 1 p.p.), co może łączyć się ze zwiększonym ryzykiem zgonu osób otyłych w tych kategoriach ludności.

5. W porównaniu z mieszkańcami większości krajów UE Polacy są mało aktywni fizycznie. Aż 64% Polaków (62% mężczyzn i 65% kobiet) w wieku 20 lat lub więcej nie podejmuje w żadnej formie rekreacyjnej aktywności fizycznej. Ogół kobiet angażuje się w takie zajęcia rzadziej od mężczyzn, jednak w wieku 40–59 lat Polki są wyraźnie aktywniejsze (odsetki niepraktykujących rekreacji wynoszą odpowiednio 58% vs. 66%). Częstość podejmowania aktywności fizycznej systematycznie zmniejsza się z wiekiem. Znacznie częściej ćwiczą Polacy dobrze wykształceni i lepiej sytuowani, a w przypadku mężczyzn również mieszkańcy miast.
6. W stosunku do 2018 r. odsetek Polaków niepodejmujących rekreacyjnej aktywności fizycznej, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, zwiększył się o blisko 4 p.p. Wzrost ten obserwowano dla niemal wszystkich analizowanych kategorii wieku oraz poziomów wykształcenia. Wyjątek stanowi spadek odsetka niećwiczących kobiet w wieku 40–59 lat o blisko 2 p.p. (tej grupie zmniejszyło się również rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała oraz otyłości). Największą obniżkę aktywności obserwowano u Polek z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (udział niepodejmujących rekreacji wzrósł o 14 p.p.) oraz osób obu płci z wykształceniem wyższym (wzrost odsetka niećwiczących mężczyzn o 11 p.p., zaś kobiet o 8 p.p. Udział osób nieaktywnych bardziej zwiększył się wśród mieszkańców miast niż wsi. Spadek aktywności Polaków mających trudności finansowe był znacznie większy niż w przypadku lepiej sytuowanych (o 7 p.p. vs. 3 p.p.).

14. WYBRANE ASPEKTY SPOSOBU ŻYWIENIA POLAKÓW, Z UWZGLĘDNIENIEM OKRESU PANDEMII COVID-19

Katarzyna Stoś, Ewa Rychlik, Agnieszka Woźniak,
Maciej Ołtarzewski, Jakub Stokwiszewski, Bogdan Wojtyniak

Ograniczenia związane z pandemią COVID-19, takie jak m.in. lockdown, dystans społeczny, praca zdalna, przy często mniejszych dochodach i dodatkowej ilości czasu wolnego doprowadziły do wielu zmian zachowań konsumenckich. Zmieniły się zwyczaje dotyczące robienia zakupów, rodzaju kupowanych i spożywanych produktów, a także sposobu przygotowywania posiłków¹. Mogło mieć to wpływ na wielkość spożycia oraz wartość energetyczną i odżywczą diety.

Izolacji społeczna podczas pandemii szczególnie negatywnie wpłynęła na stopień osamotnienia i jakość życia osób starszych. Szczególnie narażone były osoby, które przebywały w instytucjach pomocy społecznej, osoby mieszkające samotnie oraz osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym². Izolacja społeczna miała wpływ zarówno na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne osób starszych. Często odczuwały one lęk, cierpiały na depresję, pogarszała się jakość snu, nie wykonywały żadnej aktywności fizycznej³.

Osoby starsze są grupą szczególnie narażoną na skutki nieprawidłowego żywienia. Ograniczanie spożycia żywności bądź dieta o małej wartości odżywczej mogą prowadzić

1 COVID-19 STUDY: European food behaviours. COVID-19 impact on consumer food behaviours in Europe. 2020. https://www.eitfood.eu/media/news-pdf/COVID-19_Study_-_European_Food_Behaviours_-_Report.pdf

2 Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs.* 2021;42(5):1222–1229. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.03.010.

3 Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, Rodríguez-Mañas L. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(9):938–947. doi: 10.1007/s12603-020-1469-2.

do niedożywienia. Z drugiej strony mniejsze zapotrzebowanie na energię przy często zbyt wysokiej wartości energetycznej diety jest przyczyną nadwagi i otyłości.

Ogólnopolskie badanie przeprowadzone przez NIZP PZH – PIB w latach 2019–2020 wykazało, że wśród osób starszych często występowała nadwaga lub otyłość, które stwierdzono u 75,6% mężczyzn i 61,8% kobiet w wieku 65 lat i więcej⁴. Osoby te często odznaczały się otyłością brzuszna, która zwiększa ryzyko powikłań metabolicznych. Jednocześnie u 1,3% mężczyzn i 4,3% kobiet stwierdzono niedobór masy ciała, co zwiększało ryzyko niedożywienia energetyczno-białkowego.

Zarówno nadwaga i otyłość, jak i niedobór masy ciała, sprzyjają rozwojowi wielu chorób, które mogą pogarszać jakość życia osób starszych. Okres pandemii i zmiana zwyczajów żywieniowych mogły nasilać to ryzyko.

W tym rozdziale przedstawiono wyniki analizy spożycia produktów żywnościowych oraz pobrania energii i składników odżywczych w latach 2019–2020 na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych w Polsce, z uwzględnieniem gospodarstw emerytów. Ponadto opisano wyniki badań dotyczących częstotliwości spożycia wybranych grup produktów spożywczych, niektórych nawyków żywieniowych oraz innych parametrów związanych z żywieniem Polaków w 2018 r. i 2022 r.

14.1. Materiał i metodyka

14.1.1. Materiał i metodyka badań budżetów gospodarstw domowych

Analiza dotycząca spożycia produktów żywnościowych w Polsce, została dokonana na podstawie pozyskanych przez NIZP PZH – PIB danych GUS (GUS) z badań budżetów gospodarstw domowych z 2019 r. oraz 2020 r.

W ramach badań GUS, łącznie objęto 35 923 gospodarstw domowych w 2019 r. i 33529 w 2020 r., w których zamieszkiwało odpowiednio: 93 674 i 87 603 osób. Udział

4 Rychlik E, Woźniak A, Stoś K, Ołtarzewski M. Nutritional status of the elderly in Poland. *Rocz Panstw Zakł Hig* 2022;73(3):275–283. doi: 10.32394/rpzh.2022.0219.

gospodarstw miejskich wyniósł odpowiednio 58,1% i 58,5%. Dla celów niniejszego rozdziału wyodrębniono gospodarstwa domowe emerytów, których w 2019 r. i 2020 r. stanowiły odpowiednio: 33,6% i 32,8% badanych gospodarstw domowych^{5, 6}.

Metoda badania budżetów gospodarstw domowych, w odniesieniu do spożycia żywności, polega na rejestracji przez wylosowane gospodarstwo domowe ilości artykułów żywnościowych zakupionych w danym miesiącu za gotówkę, z użyciem karty płatniczej, na kredyt lub w inny sposób pozyskanych przez gospodarstwo domowe (z własnego gospodarstwa rolnego lub działki pracowniczej, ogródka przydomowego, własnego przedsiębiorstwa, otrzymanych w darze, itp.)^{6, 7}.

Zaletą tych badań jest to, że są prowadzone corocznie na reprezentatywnej próbie gospodarstw domowych w Polsce, natomiast ich wadą 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.

W celu obliczenia zawartości energii i składników odżywczych w diecie, pozyskane z GUS ww. dane dotyczące spożycia żywności zostały powiązane, z wykorzystaniem opracowanych w NIZP PZH – PIB współczynników przeliczeniowych, z danymi dotyczącymi zawartości energii i składników odżywczych w poszczególnych produktach żywnościowych, pochodzącymi z Tabel składu i wartości odżywczej żywności⁸.

14.1.2. Metodyka badań zwyczajów żywieniowych Polaków w latach 2018 i 2022

Metoda badań zwyczajów żywieniowych Polaków została opisana w rozdziale „Subiektywna ocena zdrowia i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych przed i w trakcie pandemii COVID-19”. Respondentów pytano o częstotliwość spożycia warzyw, owoców, ryb morskich, produktów typu fast food, słodkich napojów gazowanych i niegazowanych oraz słodczy. Dane dotyczące częstotliwości spożycia tych produktów analizowane były

5 GUS. Budżety gospodarstw domowych 2019. GUS Warszawa 2020

6 GUS. Budżety gospodarstw domowych 2020. GUS Warszawa 2021

7 GUS. Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021. GUS Warszawa 2022

8 Kunachowicz H., Przygoda B., Nadolna I., Iwanow K. Tabele składu i wartości odżywczej żywności. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2018

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).

Analizowano również wybrane nawyki żywieniowe Polaków, takie jak: rodzaj spożywanego pieczywa, rodzaj tłuszczu stosowanego do smarowania pieczywa oraz usuwanie tłuszczu z mięsa i skóry z drobiu. Respondenci deklarowali także, czy stosują dietę, a jeśli tak, to jaką. Kwestionariusz zawierał także pytania o źródła wiedzy żywieniowej i stosowanie jej w praktyce oraz o czynniki utrudniające zdrowe odżywianie.

Występowanie różnic między rokiem 2018 a 2022 dotyczących cech społeczno-demograficznych, a także częstotliwości spożycia poszczególnych grup produktów w populacji ogółem oraz w wybranych grupach populacyjnych badano przy użyciu testu chi-kwadrat ($\alpha=0,05$).

14.2. Analiza spożycia produktów żywnościowych oraz pobrania energii i składników odżywczych w Polsce w latach 2019–2020 na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych

14.2.1. Analiza spożycia produktów z badań budżetów gospodarstw domowych

Spożycie produktów w gospodarstwach domowych ogółem

Wyniki dotyczące spożycia produktów żywnościowych w gospodarstwach domowych ogółem w latach 2019 i 2020 zostały przedstawione w tabeli 14.1.

Analiza danych w porównywanych latach, a mianowicie w 2019 r. (przed pandemią COVID-19) i 2020, w którym rozpoczęła się pandemia, wykazała, że różnice w spożyciu większości grup produktów nie przekraczały 10%.

W grupie produktów zbożowych, wykazano, że spożycie pieczywa zmniejszyło się o 8% pomiędzy rokiem 2019 a 2020 (odpowiednio: 2,98 vs. 2,75 kg/os./miesiąc). W przypadku pozostałych produktów piekarskich (pieczywo chrupkie, wafle ryżowe, herbatniki, wafle i wszelkiego rodzaju ciasta i ciastka produkowane przez przemysł spożywczy), stwierdzono nieznaczny wzrost ich spożycia o 1%. W omawianym okresie odnotowano 19% wzrost spożycia mąki (0,59 vs. 0,70 kg/os./miesiąc), 7% wzrost spożycia kaszy, ryżu

i płatków (0,42 vs. 0,45 kg/os./miesiąc) oraz 5% wzrost spożycia makaronów i produktów makaronowych (0,40 vs. 0,42 kg/os./miesiąc).

Spożycie ziemniaków i ich przetworów w latach 2019–2020 charakteryzowało się nieznacznym spadkiem, wynoszącym 2%.

Warzywa i przetwory, do których zostały włączone soki na bazie warzyw, charakteryzowały się wzrostem spożycia o 3% na przestrzeni omawianych dwóch lat (4,77 vs. 4,91 kg/os./miesiąc). W grupie owoców i przetworów, z uwzględnieniem soków owocowych, odnotowano wzrost spożycia o 4% w 2020 r. (4,92 kg/os./miesiąc) w porównaniu do 2019 r. (4,75 kg/os./miesiąc). Spożycie warzyw, owoców i ich przetworów w Polsce w latach 2019–2020 mieściło się w przedziale 313–322 g/os./dzień i było mniejsze od zaleceń WHO⁹, zgodnie z którymi spożycie warzyw i owoców, bez ziemniaków i innych warzyw skrobiowych, powinno wynosić co najmniej 400 g dziennie.

9 World Health Organization (WHO), Fruit and Vegetable Promotion Initiative – report of the meeting, Geneva, 25–27 August 2003; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Tabela 14.1. Przeciętne miesięczne spożycie ^a żywności w gospodarstwach domowych ogółem w latach 2019–2020; na osobę

Wyszczególnienie	Jedn. miary	2019	2020	
				2019=100
Pieczyno	kg	2,98	2,75	92
Pozostałe wyroby piekarskie	kg	0,98	0,99	101
Mąka pszenna i pozostałe mąki	kg	0,59	0,70	119
Kasze i płatki, ryż	kg	0,42	0,45	107
Makarony i produkty makaronowe	kg	0,40	0,42	105
Ziemniaki i przetworyb/	kg	3,02	2,96	98
Warzywa i przetwory	kg	4,77	4,91	103
Owoce i przetwory	kg	4,75	4,92	104
Mięso, podroby, przetwory	kg	5,08	5,09	100
w tym: mięso	kg	2,87	2,90	101
w tym: wieprzowe	kg	1,22	1,24	102
wołowe i cielęce	kg	0,12	0,11	92
Drób	kg	1,53	1,55	101
przetwory mięsne	kg	2,21	2,19	99
w tym: wędliny z wyjątkiem drobiowychc/	kg	1,44	1,42	99
Ryby i przetworyd/	kg	0,27	0,27	100
Tłuszcze: ogółem	kg	1,04	1,08	104
zwierzęce (bez masła)	kg	0,07	0,07	100
roślinne	kg	0,69	0,69	100
masło	kg	0,28	0,32	114
Mleko płynne i napoje mlecznee/	l	3,38	3,61	107
Sery	kg	0,90	0,95	106
Śmietana	kg	0,35	0,36	103
Jaja	szt.	10,99	11,04	100
Cukier	kg	0,80	0,84	105
Wyroby cukiernicze	kg	0,49	0,52	106
Sól kuchenna	kg	0,15	0,16	107
Napoje bezalkoholowe	l	3,86	3,89	101

^a bez spożycia w placówkach gastronomicznych; ^{b/} – z chipsami ziemniaczanymi; ^{c/} – wędliny wysokogatunkowe: polędwica, szynka, baleron i kielbasy 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.

Analiza przeciętnego miesięcznego spożycia mięsa, podrobów oraz ich przetworów, traktowanych łącznie, pokazała, że pomiędzy rokiem 2019 a 2020 nie wystąpiły zmiany w spożyciu produktów z tej grupy. Biorąc pod uwagę poszczególne rodzaje mięsa surowego, należy wskazać 8% spadek spożycia mięsa wołowego i cielęcego.

Według zaleceń NIZP PZH – PIB¹⁰, spożycie mięsa czerwonego oraz przetworów mięsnych nie powinno przekraczać 0,5 kg na tydzień. Biorąc pod uwagę wyniki badań budżetów gospodarstw domowych, spożycie mięsa wieprzowego, wołowego i cielęcego oraz wszystkich produktów/przetworów mięsnych w latach 2019–2020 wyniosło, odpowiednio: 819 i 812 g/os./dzień, co znacząco przekraczało te zalecenia.

Spożycie ryb i przetworów w obydwu badanych latach nie uległo zmianom i wyniosło 0,27 kg/os./miesiąc.

Analiza porównawcza spożycia tłuszczów widocznych (oleje roślinne, margaryna, masło, smalec, słonina) wykazała wzrost o 4% pomiędzy rokiem 2019 a 2020 (1,04 vs. 1,08 kg/os./miesiąc). Biorąc pod uwagę poszczególne rodzaje produktów tłuszczowych, to wysoki wzrost ich spożycia – o 14% dotyczył masła (0,28 vs. 0,32 kg/os./miesiąc). W przypadku pozostałych tłuszczów zwierzęcych oraz tłuszczów roślinnych nie odnotowano zmian.

Spożycie mleka płynnego i jogurtów wzrosło o 7% pomiędzy rokiem 2019 a 2020 (3,38 vs. 3,61 l/os./miesiąc). Natomiast w przypadku serów wzrost ich spożycia wyniósł 6% (0,90 vs. 0,95 kg/os./miesiąc), a w przypadku śmietany – 3%.

Ilość spożywanego jaj w latach 2019–2020 wyniosła 11 sztuk na osobę/miesiąc.

Ilość spożywanego cukru w 2020 r. wyniosła 0,84 kg/os./miesiąc i była wyższa od odnotowanej w 2019 r. (0,80 kg/os./miesiąc) o 5%, natomiast spożycie wyrobów cukierniczych wzrosło w omawianym okresie o 6% (z 0,49 do 0,52 kg/os./miesiąc).

Spożycie soli kuchennej w 2019 r. wyniosło 0,15 kg/os./miesiąc, natomiast w roku następnym wyniosło 0,16 kg/os./miesiąc. Wartości te stanowiły odpowiednio: 4,9 i 5,3 g/os./dzień.

Ilość wypijanych napojów bezalkoholowych, z wyłączeniem wody, herbaty i kawy, napojów mlecznych oraz soków, nie uległa istotnym zmianom.

10 Wolnicka, K. Talerz zdrowego żywienia. <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia/>

Spżycie produktów w gospodarstwach domowych emerytów

W poniższej części szczególną uwagę zwrócono na spżycie żywności w 2019 r. oraz 2020 w gospodarstwach domowych emerytów (tabela 14.2), czyli przede wszystkim osób starszych. Warto zaznaczyć, iż w 2019 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 82,9% członków gospodarstw emerytów, a w 2020 r. – 83,5%^{11, 12}.

Analiza danych o spżyciu produktów zbożowych w gospodarstwach emerytów wykazała, że spżycie pieczywa zmniejszyło się o 7% pomiędzy 2019 r. a 2020 r., natomiast odnotowano 13% wzrost spżycia mąki, 6% wzrost spżycia kaszy, ryżu i płatków oraz 4% wzrost spżycia makaronów i produktów makaronowych.

Spżycie ziemniaków i ich przetworów w latach 2019–2020 charakteryzowało się, podobnie jak dla ogółu gospodarstw, nieznacznym spadkiem, wynoszącym 3%.

W grupie warzyw i przetworów nie odnotowano zauważalnych zmian na przestrzeni omawianych dwóch lat (6,52 i 6,54 kg/os./miesiąc). Spżycie owoców i przetworów zmniejszyło się o 1% w 2020 r. (5,91 kg/os./miesiąc) w porównaniu do 2019 r. (5,99 kg/os./miesiąc).

Dzienne spżycie warzyw i owoców oraz przetworów wyniosło w 2019 r. – 411 g/os./dzień, zaś w 2020 r. – 408 g/os./dzień. Należy jednak zaznaczyć, że w tych ilościach uwzględniono spżycie soków. Spżycie soków wyniosło 27,3 ml/os./dzień w 2019 r. i 29,2 ml/os./dzień w 2020 r., tak więc spżycie warzyw i owoców wyniosło 383,7 g/os./dzień w 2019 r. i 378,8 g/os./dzień w 2020 r., czyli było mniejsze od ilości zalecanych przez ekspertów WHO (co najmniej 400 g/dziennie).

Analiza przeciętnego miesięcznego spżycia mięsa, podrobów oraz ich przetworów, traktowanych łącznie, pokazała, że pomiędzy rokiem 2019 a 2020 nie wystąpiły zauważalne zmiany w spżyciu produktów z tej grupy. Analiza spżywanej ilości mięsa wieprzowego, wołowego i cielęcego oraz wszystkich produktów/przetworów mięsnych w latach 2019–2020 przekraczała zalecenia NIZP PZH – PIB¹³, według których spżycie mięsa czerwonego powinno wynosić maksymalnie 0,5 kg/osobę/tydzień,

Spżycie ryb i przetworów w badanych latach, podobnie jak w przypadku gospodarstw ogółem, nie uległo zmianom i wyniosło 0,40 kg/os./miesiąc.

W grupie tłuszczów widocznych stwierdzono zauważalny wzrost spżycia masła – o 12% w 2020 r. vs. 2019 r.

11 GUS. Budżety gospodarstw domowych 2019. GUS Warszawa 2020

12 GUS. Budżety gospodarstw domowych 2020. GUS Warszawa 2021

13 Wolnicka, K. Talerz zdrowego żywienia. <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia/>

Tabela 14.2. Przeciętne miesięczne spożycie^a żywności w gospodarstwach domowych emerytów w latach 2019–2020; na osobę

Wyszczególnienie	Jedn. miary	2019	2020	
				2019=100
Pieczywo	kg	3,79	3,53	93
Pozostałe wyroby piekarskie	kg	1,25	1,25	100
Mąka pszenna i pozostałe mąki	kg	0,82	0,93	113
Kasze i płatki, ryż	kg	0,49	0,52	106
Makarony i produkty makaronowe	kg	0,46	0,48	104
Ziemniaki i przetwory/ ^{b/}	kg	4,01	3,90	97
Warzywa i przetwory	kg	6,52	6,54	100
Owoce i przetwory	kg	5,99	5,91	99
Mięso, podroby, przetwory	kg	6,77	6,74	100
w tym: mięso	kg	3,87	3,87	100
w tym: wieprzowe	kg	1,67	1,68	101
wołowe i cielęce	kg	0,17	0,17	100
Drób	kg	2,03	2,02	100
przetwory mięsne	kg	2,90	2,87	99
w tym: wędliny z wyjątkiem drobiowych/ ^{c/}	kg	1,84	1,81	98
Ryby i przetwory/ ^{d/}	kg	0,40	0,40	100
Tłuszcze: ogółem	kg	1,45	1,49	103
zwierzęce (bez masła)	kg	0,14	0,14	100
roślinne	kg	0,90	0,89	99
masło	kg	0,41	0,46	112
Mleko płynne i napoje mleczne/ ^{e/}	l	3,98	4,05	102
Sery	kg	1,09	1,14	105
Śmietana	kg	0,52	0,51	98
Jaja	szt.	14,77	14,51	98
Cukier	kg	1,11	1,13	102
Wyroby cukiernicze	kg	0,58	0,61	105
Sól kuchenna	kg	0,24	0,24	100
Napoje bezalkoholowe	l	2,88	3,02	105

^a bez spożycia w placówkach gastronomicznych; ^{b/} – z chipsami ziemniaczanymi; ^{c/} – wędliny wysokogatunkowe: polędwica, szynka, baleron i kielbasy 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.

Spożycie mleka płynnego i jogurtów wzrosło o 2% pomiędzy rokiem 2019 a 2020, zaś w przypadku serów wzrost ich spożycia wyniósł 5%.

Ilość spożywanego jaj w latach 2019–2020 wyniosła 15 sztuk na osobę/miesiąc.

Spożycie cukru w 2020 r. wyniosło 1,13 kg/os./miesiąc i było wyższe od stwierdzonego w 2019 r. o 2%, natomiast spożycie wyrobów cukierniczych wzrosło w omawianym okresie o 5% (z 0,58 do 0,61 kg/os./miesiąc).

Ilość spożywanej soli kuchennej w 2019 r., jak i 2020 r. wyniosła w przeliczeniu na dzień 7,9 g/osobę.

W gospodarstwach emerytów ilość wypijanych napojów bezalkoholowych w 2020 r. była o 5% wyższa niż 2019 r.

Spożycie produktów w gospodarstwach domowych miejskich i wiejskich

Analiza dotycząca spożycia żywności z wykorzystaniem metody badań budżetów gospodarstw domowych w latach 2019 i 2020 dotyczyła także analizy różnic w spożyciu poszczególnych grup produktów żywnościowych pomiędzy gospodarstwami miejskimi a wiejskimi (tabela 14.3).

W grupie produktów zbożowych wykazano, że mieszkańcy miast charakteryzowali się w latach 2019–2020, niższym spożyciem takich grup produktów zbożowych, jak pieczywo (odpowiednio o 21% i 19%) i mąki (odpowiednio o: 48% i 35%), natomiast większym spożyciem o 13% (2019 r.) i o 14% (2020 r.) pozostałych wyrobów piekarskich, w skład których wchodzi m.in. ciasta i ciastka. Spożycie makaronów i produktów makaronowych nie różniło się pomiędzy gospodarstwami miejskimi i wiejskimi.

W grupie ziemniaków i przetworów, wyższe spożycie odnotowano w przypadku osób mieszkających na wsi w 2019 r.: 3,41 vs. 2,75 kg/os/miesiąc oraz w 2020 r.: 3,26 vs. 2,77 kg/os/miesiąc.

Spożycie warzyw i przetworów warzywnych wśród mieszkańców miast było wyższe o 6% (4,88 kg/os/miesiąc) w 2019 r. oraz o 12% (5,17 kg/os/miesiąc) w 2020 r.

Spożycie owoców i przetworów w 2019 r. było wyższe wśród mieszkańców miast o 20% (5,18 kg/os./miesiąc) niż u mieszkańców wsi (4,13 kg/os./miesiąc). Rok później różnice te wyniosły 21% (5,39 vs. 4,23 kg/os./miesiąc).

Spożycie warzyw i owoców oraz ich przetworów wyniosło w gospodarstwach miejskich w latach 2019–2020, odpowiednio: 331 i 346 g/os./dzień, natomiast

w gospodarstwach wiejskich w analogicznych latach było ono równe: 287 i 288 g/os./dzień. Zatem niezależnie od miejsca zamieszkania, były to ilości mniejsze od zalecanych przynajmniej 400 g dziennie.

Analiza spożycia mięsa, podrobów i przetworów wykazała, że większość rodzajów mięsa w większych ilościach była spożywana przez mieszkańców wsi, zarówno w 2019 r., jak i w 2020 r. W przypadku mięsa wieprzowego różnice te mieściły się w przedziale 25–30%. Jedynie większe spożycie mięsa wśród mieszkańców miast odnotowano w przypadku mięsa wołowego i cielęcego, dla którego różnice pomiędzy gospodarstwami miejskimi i wiejskimi wyniosły 27% w 2019 r. i 36% w 2020 r. Spożycie mięsa drobiowego wśród mieszkańców wsi było wyższe o 16% zarówno w 2019 r., jak i 2020 r., natomiast spożycie przetworów mięsnych było wyższe o 12% w 2019 r. i o 9% w 2020 r.

Tabela 14.3. Przeciętne miesięczne spożycie ^a żywności w gospodarstwach domowych miejskich i wiejskich w latach 2019–2020; na osobę

Wyszczególnienie	Jedn. miary	2019		2020	
		miasto	wieś	miasto	wieś
Pieczywo	kg	2,75	3,34	2,56	3,05
Pozostałe wyroby piekarskie	kg	1,03	0,90	1,05	0,90
Mąka pszenna i pozostałe mąki	kg	0,50	0,74	0,62	0,84
Kasze i płatki, ryż	kg	0,41	0,41	0,45	0,44
Makarony i produkty makaronowe	kg	0,40	0,40	0,42	0,42
Ziemniaki i przetworyb/	kg	2,75	3,41	2,77	3,26
Warzywa i przetwory	kg	4,88	4,59	5,17	4,56
Owoce i przetwory	kg	5,18	4,13	5,39	4,23
Mięso, podroby, przetwory	kg	4,78	5,56	4,84	5,51
w tym: mięso	kg	2,67	3,20	2,73	3,20
w tym: wieprzowe	kg	1,09	1,42	1,13	1,41
wołowe i cielęce	kg	0,13	0,10	0,13	0,08
Drób	kg	1,44	1,67	1,47	1,70
przetwory mięsne	kg	2,11	2,36	2,11	2,31
w tym: wędliny z wyjątkiem drobiowychc/	kg	1,35	1,56	1,35	1,52
Ryby i przetworyd/	kg	0,27	0,25	0,29	0,24
Tłuszcze: ogółem	kg	1,00	1,11	1,03	1,14
zwierzęce (bez masła)	kg	0,06	0,08	0,06	0,08
roślinne	kg	0,64	0,79	0,62	0,78
masło	kg	0,30	0,24	0,35	0,28
Mleko płynne i napoje mlecznee/	l	3,27	3,56	3,50	3,82
Sery	kg	0,96	0,79	1,03	0,83
Śmietana	kg	0,33	0,37	0,34	0,38
Jaja	szt.	10,78	11,31	11,00	11,10
Cukier	kg	0,65	1,03	0,70	1,05
Wyroby cukiernicze	kg	0,51	0,46	0,54	0,49
Sól kuchenna	kg	0,14	0,18	0,14	0,18
Napoje bezalkoholowe	l	3,68	4,15	3,68	4,23

^a bez spożycia w placówkach gastronomicznych; ^{b/} – z chipsami ziemniaczanymi; ^{c/} – wędliny wysokogatunkowe: polędwica, szynka, baleron i kielbasy 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.

Dzienne spożycie mięsa czerwonego (mięso wieprzowe, wołowe, cielęce) oraz przetworów mięsnych w grupie mieszkańców miast w latach 2019–2020, wyniosło: 109 i 110 g/os./dzień, zaś wśród mieszkańców wsi były to wartości: 128 i 125 g/os./dzień. Oznacza to, że w każdym z omawianych przypadków przekroczone zostały zalecenia NIZP PZH – PIB¹⁴.

W grupie ryb i przetworów wykazano wyższe wartości spożycia u osób zamieszkałych w mieście niż wśród mieszkańców wsi, w 2019 r. – o 7% (0,27 vs. 0,25 kg/os./miesiąc) oraz w 2020 r. – o 17% (0,29 vs. 0,24 kg/os./miesiąc).

Spożycie produktów tłuszczowych ogółem, zarówno w 2019 r., jak i w 2020 r. było wyższe u mieszkańców wsi o 11%. Biorąc pod uwagę poszczególne rodzaje tłuszczów widocznych, to jedynie spożycie masła było wyższe u osób mieszkających w mieście – o 20%.

W grupie produktów nabiałowych, spożycie mleka oraz jogurtów w 2019–2020 było wyższe w gospodarstwach wiejskich o 9%. Także wyższe u mieszkańców wsi okazało się spożycie śmietany o 12%. Natomiast w przypadku spożycia serów, wykazano większe spożycie w gospodarstwach miejskich (w latach 2019–2020 odpowiednio o: 18% i 19%). Spożycie jaj w gospodarstwach miejskich i wiejskich wyniosło 11 sztuk na osobę/miesiąc.

Spożycie cukru w gospodarstwach wiejskich, badanych w latach 2019–2020, wyniosło odpowiednio: 1,03 i 1,05 kg/os./miesiąc i było ono wyższe od ilości spożywanych w gospodarstwach miejskich, odpowiednio o: 58% i 50%. W odniesieniu natomiast do wyrobów cukierniczych wykazano większe spożycie wśród gospodarstw miejskich, w 2019 r. – o 10% i w 2020 r. – o 9%.

W latach 2019–2020 w gospodarstwach wiejskich spożycie soli kuchennej w przeliczeniu na dzień wyniosło 5,9 g/os i było o 28% większe niż w gospodarstwach miejskich (4,6 g/os/dzień).

Spożycie napojów bezalkoholowych, głównie typu *soft drink*, wyniosło w gospodarstwach wiejskich 4,15 l/os./miesiąc w 2019 r. i 4,23 l/os./miesiąc w 2020 r. i było większe od ilości wypijanych w gospodarstwach miejskich odpowiednio o: 13% i 15%.

14 Wolnicka, K. Talerz zdrowego żywienia. <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia/>

14.2.2. Wartość energetyczna i odżywcza diety na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych

Wartość energetyczna i odżywcza diety w gospodarstwach domowych ogółem

Dane z badań budżetów gospodarstw domowych wskazują, że w czasie pandemii wzrosła wartość energetyczna diety Polaków średnio z 1674 kcal do 1715 kcal/osobę/dzień (o 2%) (tabela 14.4). W największym stopniu wzrosła zawartość tłuszczu w diecie (o 3%), przy czym głównie był to tłuszcz zwierzęcy. Wzrost zawartości białka i węglowodanów był trochę mniejszy (odpowiednio o 1% i 2%). Pewnym zmianom uległ udział energii z poszczególnych makroskładników: większy był odsetek energii z tłuszczu, a mniejszy z białka i węglowodanów.

Zwiększone spożycie tłuszczu zwierzęcego wiązało się ze wzrostem zawartości kwasów tłuszczowych nasyconych (o 4%) oraz cholesterolu (o 3%) w diecie. W niewielkim stopniu wzrósł odsetek energii z kwasów nasyconych, a zmniejszył się stosunek kwasów wielonienasyconych do nasyconych. Natomiast spożycie błonnika było zbliżone.

Większa wartość energetyczna diety w 2020 r. w odniesieniu do 2019 r. wiązała się ze wzrostem spożycia większości składników mineralnych i witamin. Odnotowano niewielki wzrost spożycia następujących składników mineralnych: wapnia (o 5%) i magnezu (o 3%), a także witamin: beta-karotenu (o 4%), witaminy C i (o 3%) i B₂ (o 3%).

Tabela 14.4. Przeciętne dzienne spożycie w gospodarstwach domowych ogółem w latach 2019–2020 w przeliczeniu na wartość energetyczną i odżywczą oraz wybrane składniki; na osobę

Energia i składniki	Jedn.	2019	2020	
				2019=100
Energia ogółem	kcal	1674	1715	102
	kJ	7009	7180	102
Energia z produktów zwierzęcych	kcal	526	546	104
Energia z produktów roślinnych	kcal	1148	1168	102
Makroskładniki:				
Białko: ogółem	g	61,7	62,6	101
zwierzęce	g	41,1	41,8	102
roślinne	g	20,6	20,9	101
Tłuszcz: ogółem	g	69,0	71,4	103
zwierzęcy	g	36,2	38,0	105
roślinny	g	32,7	33,4	102
Węglowodany przyswajalne	g	195	199	102
Udział energii uzyskanej ze spożycia:				
Białka	%	15,0	14,8	-
Tłuszczu	%	36,5	36,8	-
Węglowodanów przyswajalnych	%	47,4	47,2	-
Kwasy tłuszczowe:				
Nasycone	g	25,1	26,2	104
Jednonienasycone	g	27,6	28,5	103
Wielonienasycone	g	12,0	12,2	102
Udział energii z nasyconych kwasów tłuszczowych	%	13,5	13,7	-
Stosunek kwasów wielonienasyconych do nasyconych (P:S)		0,48	0,46	-
Cholesterol	mg	228	234	103
Błonnik	g	13,4	13,5	101
Składniki mineralne:				
Sód	mg	3395	3516	104
Potas	mg	2939	3015	103
Wapń	mg	529	553	105
Fosfor	mg	957	978	102
Magnez	mg	288	296	103
Żelazo	mg	9,0	9,1	101
Cynk	mg	7,8	7,9	101
Miedź	mg	1,3	1,3	100
Mangan	mg	2,7	2,8	104
Jod	µg	141	150	106

Energia i składniki	Jedn.	2019	2020	
				2019=100
Witaminy:				
Witamina A	µg	929	943	102
Beta-karoten	µg	2229	2320	104
Witamina D	µg	2,86	2,85	100
Witamina E	mg	10,0	10,1	101
Witamina B ₁	mg	1,20	1,22	102
Witamina B ₂	mg	1,37	1,41	103
Niacyna	mg	18,0	18,3	102
Witamina B ₆	mg	1,52	1,55	102
Foliany	µg	189	194	103
Witamina B ₁₂	µg	3,06	3,10	101
Witamina C	mg	77,0	79,5	103

W odniesieniu do aktualnych norm żywienia¹⁵ dieta Polaków, zarówno w 2019, jak w 2020 r. odznaczała się zbyt wysokim odsetkiem energii z tłuszczu, w tym z kwasów tłuszczowych nasyconych, bardzo niska natomiast była zawartość w niej błonnika. Ponadto Polacy spożywali zbyt mało wapnia i witaminy D. Bardzo duże było spożycie sodu, które wyraźnie przekraczało normy na ten składnik¹⁵. Zawartość sodu w diecie Polaków w 2019 r. odpowiadała 8,5 g/osobę/dzień soli (łączna ilość soli kuchennej i soli zawartej w spożywanych produktach), a w 2020 r. – 8,8 g, były to zatem ilości znacznie wyższe od zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia maksymalnej wartości 5 g¹⁶.

Wartość energetyczna i odżywcza diety w gospodarstwach domowych emerytów

Wartość energetyczna diety w gospodarstwach domowych emerytów w latach 2019 i 2020 była zbliżona i wynosiła odpowiednio: 2131 kcal/osobę/dzień i 2155 kcal. (tabela 14.5). Z makroskładników wzrosło tylko spożycie tłuszczu (o 2%), przede wszystkim zwierzęcego, co wpłynęło na trochę większy udział energii z tego składnika w diecie w 2020 r. w porównaniu do okresu przed pandemią. Odnotowano pewien wzrost zawartości kwasów tłuszczowych nasyconych w diecie i odsetka pochodzącej z nich energii.

15 Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J. (red.): Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie. Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2020

16 World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children, World Health Organization, 2012.

Nie zmieniło się w większym stopniu spożycie składników mineralnych i witamin, niewiele tylko wzrosło spożycie wapnia (o 2%).

Podobnie jak w gospodarstwach domowych ogółem, również w gospodarstwach emerytów zbyt wysoki był udział tłuszczu w diecie, w tym kwasów tłuszczowych nasyconych. Wysokie było spożycie sodu i tym samym soli (12,2–12,3 g/osobę/dzień). Natomiast zbyt mała była przede wszystkim zawartość wapnia i witaminy D w diecie.

Tabela 14.5. Przeciętne dzienne spożycie w gospodarstwach domowych emerytów w latach 2019–2020 w przeliczeniu na wartość energetyczną i odżywczą oraz wybrane składniki; na osobę

Energia i składniki	Jedn.	2019	2020	
				2019=100
Energia ogółem	kcal	2131	2155	101
	kJ	8922	9023	101
Energia z produktów zwierzęcych	kcal	700	714	102
Energia z produktów roślinnych	kcal	1431	1441	101
Makroskładniki:				
Białko: ogółem	g	79,4	79,7	100
zwierzęce	g	53,0	53,2	100
roślinne	g	26,3	26,4	100
Tłuszcz: ogółem	g	90,3	92,0	102
zwierzęcy	g	49,5	50,9	103
roślinny	g	40,8	41,1	101
Węglowodany przyswajalne	g	242	244	101
Udział energii uzyskanej ze spożycia:				
Białka	%	15,1	15,0	-
Tłuszczu	%	37,5	37,8	-
Węglowodanów przyswajalnych	%	46,2	46,0	-
Kwasy tłuszczowe:				
Nasycone	g	32,9	33,9	103
Jednonienasycone	g	36,0	36,7	102
Wielonienasycone	g	15,6	15,6	100
Udział energii z nasyconych kwasów tłuszczowych	%	13,9	14,2	-
Stosunek kwasów wielonienasyconych do nasyconych (P:S)		0,47	0,46	-
Cholesterol	mg	305	309	101
Błonnik	g	17,2	17,1	99

Energia i składniki	Jedn.	2019	2020	
				2019=100
Składniki mineralne:				
Sód	mg	4904	4884	100
Potas	mg	3868	3906	101
Wapń	mg	638	651	102
Fosfor	mg	1214	1223	101
Magnez	mg	377	382	101
Żelazo	mg	11,8	11,9	101
Cynk	mg	10,1	10,1	100
Miedź	mg	1,7	1,7	100
Mangan	mg	3,5	3,5	100
Jod	µg	218	218	100
Witaminy:				
Witamina A	µg	1308	1318	101
Beta-karoten	µg	2996	3016	101
Witamina D	µg	3,86	3,82	99
Witamina E	mg	12,9	12,9	100
Witamina B ₁	mg	1,54	1,54	100
Witamina B ₂	mg	1,76	1,77	101
Niacyna	mg	24,1	24,3	101
Witamina B ₆	mg	1,95	1,96	101
Foliany	µg	248	250	101
Witamina B ₁₂	µg	4,17	4,20	101
Witamina C	mg	100	101	101

Wartość energetyczna i odżywcza diety w gospodarstwach domowych miejskich i wiejskich

Analiza danych z badań budżetów gospodarstw domowych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (tabela 14.6) wykazała, że zwiększenie wartości energetycznej diety w latach 2019–2020 występowało przede wszystkim w miastach; w gospodarstwach miejskich spożycie energii w 2020 r. było o 54 kcal/osobę/dzień (o 3%) większe niż rok wcześniej. W gospodarstwach wiejskich spożycie energii w tym okresie nie różniło się znacząco. Zawartość wszystkich makroskładników w diecie mieszkańców miast wzrosła, natomiast dieta osób mieszkających na wsi odznaczała się tylko zwiększeniem zawartości tłuszczu. Zarówno w mieście, jak i na wsi, w 2020 r.

spożywano więcej kwasów tłuszczowych nasyconych niż w 2019 r., wzrósł także udział energii z tych kwasów w diecie. Wśród mieszkańców miast wzrosło spożycie większości składników mineralnych i witamin, na wsi w tym zakresie najczęściej nie odnotowano większych różnic.

Zarówno w 2019 r., jak i 2020 r., dieta mieszkańców wsi odznaczała się większą wartością energetyczną niż dieta mieszkańców miast. Różnice te wynosiły odpowiednio 153 kcal (9%) i 119 kcal/osobę/dzień (7%). Na wsi spożycie wszystkich makroskładników było większe, większy był także odsetek energii z węglowodanów w diecie, a mniejszy z tłuszczu, w tym również z kwasów tłuszczowych nasyconych, w porównaniu do miast.

W przypadku składników mineralnych i witamin tylko niektóre z nich były w większych ilościach spożywane na wsi niż w mieście. Należały do nich przede wszystkim: sód, jod, witamina E i niacyna. Natomiast dieta mieszkańców miast zawierała więcej wapnia, beta-karotenu i witaminy C. Wiązało się to z tym, że w mieście wyraźnie większe było spożycie warzyw i owoców oraz serów.

Tabela 14.6. Przeciętne dzienne spożycie w gospodarstwach domowych miejskich i wiejskich w latach 2019–2020 w przeliczeniu na wartość energetyczną i odżywczą oraz wybrane składniki; na osobę

Energia i składniki	Jedn.	2019		2020	
		Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Energia ogółem	kcal	1614	1767	1668	1787
	kJ	6758	7400	6985	7482
Energia z produktów zwierzęcych	kcal	515	537	542	553
Energia z produktów roślinnych	kcal	1099	1230	1126	1233
Makroskładniki:					
Białko: ogółem	g	59,9	64,2	61,7	64,4
zwierzęce	g	39,8	42,8	41,0	43,0
roślinne	g	20,1	21,4	20,6	21,4
Tłuszcz: ogółem	g	67,4	71,7	69,9	73,4
zwierzęcy	g	35,6	36,7	37,9	38,2
roślinny	g	31,8	35,0	32,0	35,3
Węglowodany przyswajalne	g	186	210	192	211

Energia i składniki	Jedn.	2019		2020	
		Miasto	Wiś	Miasto	Wiś
Udział energii uzyskanej ze spożycia:					
Białka	%	15,1	14,8	15,0	14,6
Tłuszczu	%	36,9	35,9	37,0	36,3
Węglowodanów przyswajalnych	%	46,8	48,2	46,8	48,0
Kwasy tłuszczowe:					
Nasycone	g	24,9	25,1	26,3	26,1
Jednonienasycone	g	26,9	29,0	27,7	29,6
Wielonienasycone	g	11,4	13,0	11,6	13,1
Udział energii z nasyconych kwasów tłuszczowych	%	13,9	12,8	14,2	13,1
Stosunek kwasów wielonienasyconych do nasyconych (P:S)		0,46	0,52	0,44	0,50
Cholesterol	mg	224	234	232	237
Błonnik	g	13,3	13,5	13,6	13,3
Składniki mineralne:					
Sód	mg	3224	3829	3238	3805
Potas	mg	2947	2940	3055	2983
Wapń	mg	537	513	566	534
Fosfor	mg	944	974	977	984
Magnez	mg	288	291	298	296
Żelazo	mg	8,9	9,1	9,2	9,1
Cynk	mg	7,7	8,1	7,9	8,0
Miedź	mg	1,3	1,3	1,4	1,3
Mangan	mg	2,7	2,8	2,8	2,8
Jod	µg	134	163	135	163
Witaminy:					
Witamina A	µg	915	955	950	951
Beta-karoten	µg	2284	2154	2424	2205
Witamina D	µg	2,77	2,94	2,82	2,90
Witamina E	mg	9,7	10,6	9,8	10,6
Witamina B ₁	mg	1,17	1,23	1,21	1,23
Witamina B ₂	mg	1,38	1,35	1,44	1,37
Niacyna	mg	17,6	18,7	18,1	18,8
Witamina B ₆	mg	1,50	1,54	1,56	1,55
Foliany	µg	188	192	195	192
Witamina B ₁₂	µg	3,00	3,14	3,12	3,12
Witamina C	mg	80,4	72,0	84,3	72,5

14.2.3. Podsumowanie danych dotyczących spożycia żywności i wartości energetycznej i odżywczej diety w latach 2019 i 2020 na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych

Przeprowadzona analiza spożycia żywności w 2019 r. oraz 2020 r. wykazała nieznaczny wzrost spożycia większości grup produktów spożywczych w 2020 r., a więc w okresie początku pandemii COVID-19. Warto podkreślić nieznaczny przyrost spożycia warzyw i owoców oraz ich przetworów, które jednak nadal było mniejsze od ilości zalecanych przez WHO. Ponadto spożycie mięsa czerwonego oraz przetworów mięsnych, a także soli kuchennej przekraczało rekomendacje ekspertów.

Gospodarstwa emerytów charakteryzowały się, zarówno w 2019 r., jak i 2020 r., na tle ogółu badanych gospodarstw domowych, największym spożyciem prawie wszystkich produktów spożywczych, z wyjątkiem napojów bezalkoholowych (głównie typu *soft drink*).

Różnice te mogą być związane z tym, że gospodarstwa emerytów w Polsce zazwyczaj składają się z dwóch osób (49%) oraz z jednej osoby (32%)¹⁷. Sytuacja taka determinuje wydatki na produkty żywnościowe, jako że mniejsze gospodarstwa domowe wydają więcej na żywność w przeliczeniu na osobę niż gospodarstwa o większej liczbie osób¹⁸.

Uwzględniając miejsce zamieszkania stwierdzono, że gospodarstwa zlokalizowane na wsi charakteryzowały się większym spożyciem większości analizowanych produktów spożywczych, w szczególności pieczywa, mąki, ziemniaków, mięsa i przetworów, mleka, jaj i cukru. Natomiast gospodarstwa na obszarach miejskich spożywały większe ilości warzyw i owoców. Jednak niezależnie od miejsca zamieszkania ich spożycie było mniejsze od ilości zalecanych przez WHO. Gospodarstwa miejskie, co należy podkreślić, charakteryzowały się mniejszym spożyciem mięsa czerwonego i przetworów mięsnych, jednak zarówno w mieście, jak i na wsi, spożycie tych produktów było zbyt duże w porównaniu do zaleceń.

W okresie pandemii odnotowano wzrost wartości energetycznej diety Polaków, który był związany przede wszystkim ze zwiększeniem spożycia tłuszczu, w tym zwłaszcza tłuszczu zwierzęcego i nasyconych kwasów tłuszczowych oraz w trochę mniejszym

17 GUS. Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021. GUS Warszawa 2022, s. 306

18 Gutkowska K., Piekut M.: Konsumpcja w wiejskich gospodarstwach domowych. *Więś i Rolnictwo* 2014;165(4):159–178

stopniu, z większym spożyciem białka i węglowodanów. Wpłynęło to na wzrost odsetka energii z tłuszczu ogółem i kwasów tłuszczowych nasyconych, który już przed pandemią był za wysoki. Jednak niektóre zmiany diety Polaków w czasie pandemii były korzystne, ze względu na zwiększone spożycie takich składników, jak wapń, magnez, witamina C.

Zwiększenie wartości energetycznej diety i zawartości w niej większości składników odżywczych występowało przede wszystkim w miastach. W niewielkim stopniu w czasie pandemii zmieniła się dieta mieszkańców wsi. Podobnie było w przypadku diety osób zamieszkujących gospodarstwa emerytów.

Należy jednak zaznaczyć, że zmiany w diecie Polaków odnotowane w czasie pandemii na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych mogły być częściowo związane z faktem, że badania te nie uwzględniają spożycia żywności poza gospodarstwami domowymi (sektor żywienia zbiorowego). Przed pandemią znacznie więcej osób spożywało posiłki poza domem bądź zamawiało je na wynos niż w czasie pandemii¹⁹.

Zarówno przed, jak i w czasie pandemii, dieta Polaków odznaczała się zbyt dużym udziałem tłuszczu, w tym kwasów tłuszczowych nasyconych. Małe było spożycie błonnika. Niewystarczająca w stosunku do zaleceń była zawartość wapnia i witaminy D w diecie. Nieprawidłowości te charakteryzowały również dietę członków gospodarstw domowych emerytów. Ponadto spożycie soli, szczególnie w gospodarstwach emerytów było znacząco przekraczało ilość uznaną za maksymalną przez Światową Organizację Zdrowia.

14.3. Zwyczaje żywieniowe Polaków w latach 2018 i 2022

14.3.1. Charakterystyka badanych osób

Badanie zwyczajów żywieniowych zostało przeprowadzone u 3 tys. osób w 2018 r., 2000 r. i w 2022 r. Objęto nim osoby w wieku 20 lat lub więcej. Była to grupa reprezentatywna dla analogicznej wiekowo populacji kraju.

19 Błaszczuk-Bębenek E, Jagielski P, Bolesławska I, Jagielska A, Nitsch-Osuch A, Kawalec P. Nutrition Behaviors in Polish Adults before and during COVID-19 Lockdown. *Nutrients* 2020;12(10):3084. doi: 10.3390/nu12103084.

Większość badanych (52,4%) stanowiły kobiety (tabela 14.7). Średnia wieku wynosiła 48,4 lat w 2018 r. i 49,6 lat w 2022 r. W obu badaniach była trochę wyższa u kobiet niż u mężczyzn. Wśród badanych dominowali mieszkańcy miast: w 2018 r. stanowili 61,2%, 4min.ta później 61,8% populacji. Najwięcej było osób z woj. mazowieckiego i śląskiego. Pod względem wykształcenia dominowały osoby z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym lub zawodowym oraz z wykształceniem średnim lub pomaturalnym. Inna była struktura wykształcenia mężczyzn i kobiet. Mężczyźni częściej posiadali wykształcenie podstawowe, gimnazjalne lub zawodowe, a kobiety wykształcenie wyższe.

Tabela 14.7. Cechy społeczno-demograficzne badanych osób

Cechy	Populacja ogółem			Mężczyźni			Kobiety		
	2018	2022	2018 vs. 2022	2018	2022	2018 vs. 2022	2018	2022	2018 vs. 2022
	%	%	p*	%	%	p*	%	%	p*
Płeć									
Mężczyźni	47,7	47,6	0,956						
Kobiety	52,4	52,4							
Wiek (lata)									
Średnia wieku	48,4	49,6		46,9	48,1		49,8	51	
20–49	53,9	53,2	0,556	57,3	55,7	0,329	50,81	50,9	0,941
50 i więcej	46,1	46,8		42,7	44,3		49,19	49,1	
Miejsce zamieszkania									
Miasto	61,2	61,8	0,001	59,8	62,2	0,0013	62,52	61,3	<0,001
Wieś	38,8	38,3		40,2	37,8		37,48	38,7	
Województwo									
Dolnośląskie	7,7	7,3		7,9	7,2		7,45	7,3	
Kujawsko-pomorskie	5,4	5,3		5,2	4,8		5,56	5,7	
Lubelskie	5,6	5,8		5,6	5,6		5,51	5,9	
Lubuskie	2,6	3		2,6	3,3		2,7	2,8	
Łódzkie	6,6	7,3		6,6	7,3		6,53	7,3	
Małopolskie	8,7	8,5		8,7	8,8		8,68	8,2	
Mazowieckie	13,9	13,5		14	13,9		13,73	13,1	
Opolskie	2,7	2,5	<0,001	2,6	2,8	<0,001	2,69	2,3	<0,001
Podkarpackie	5,5	5,5		5,8	5,5		5,25	5,5	
Podlaskie	3,1	3		3,1	3,1		3,07	2,9	
Pomorskie	5,9	5,5		6	5,3		5,87	5,7	
Śląskie	12	12,3		11,9	11,7		12,19	12,8	
Świętokrzyskie	3,3	3,5		3,2	3,2		3,41	3,8	
Warmińsko-mazurskie	3,7	4		3,7	4,4		3,75	3,7	
Wielkopolskie	8,9	8,8		8,8	8,6		9	8,9	
Zachodniopomorskie	4,5	4,5		4,4	4,6		4,59	4,4	
Wykształcenie									
Podstawowe/gimnazjalne zawodowe	40,7	35,3	<0,001	43,9	38,2	<0,001	37,76	32,7	0,006
Średnie lub pomaturalne	42	37,2		41,8	36,7		42,26	37,7	
Wyższe	17,3	27,4		14,3	25,1		19,98	29,6	

*test chi-kwadrat

14.3.2. Częstotliwość spożycia warzyw

W porównaniu do 2018 r., w 2022 r. Polacy częściej spożywali warzywa (nie wliczając ziemniaków) (tabela 14.8). Odsetek osób, które nie jadały codziennie produktów z tej grupy był w 2022 r. dwukrotnie mniejszy (11,5% vs. 5,6%). Więcej osób deklarowało spożycie 2–3 porcji (39,7% vs. 43,8%) oraz 4 lub więcej porcji (6,7% vs. 7,8%) warzyw w ciągu dnia. Częstsze spożycie warzyw w 2022 r. zostało zaobserwowane zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. W porównaniu z 2018 r., w 2022 r. więcej mężczyzn spożywało 2–3 porcje warzyw dziennie (35,5% vs. 42,3%), podczas gdy mężczyzn, którzy nie jadali codziennie warzyw było dwukrotnie mniej (odpowiednio: 15,2% i 7,4%). Natomiast w porównaniu z 2018 r. znacznie więcej kobiet w 2022 r. spożywało 4 lub więcej porcji warzyw dziennie (7,6% i 10,1%), a kobiet niespożywających codziennie warzyw, podobnie jak mężczyzn, było dwukrotnie mniej (8,1% i 4,0%).

Zmiany w częstotliwości spożycia warzyw zostały zaobserwowane również biorąc pod uwagę wiek. Odsetek Polaków, którzy nie spożywali codziennie warzyw zmniejszył się 2,3 razy u osób w wieku 20–49 lat i 1,9 razy u osób w wieku 50 lat i więcej. Odnotowano niewielki wzrost odsetków osób w wieku 20–49 lat spożywających 1, 2–3, 4 lub więcej porcji produktów z tej grupy dziennie. Natomiast wśród Polaków w wieku 50 lat i więcej w 2022 r. wzrósł odsetek osób spożywających 2–3 porcje warzyw dziennie (z 37,3% do 43,2%).

Na zmiany w częstotliwości spożywania warzyw miało również wpływ miejsce zamieszkania. W porównaniu z 2018 r., w 2022 r. o 2,4 razy mniej Polaków mieszkających w mieście deklarowało, że nie ja codziennie warzyw (11,3% vs. 4,8%). Wzrosła natomiast liczba osób, które spożywały 2–3 porcje dziennie tych produktów (z 40,0% do 45,1%). Na wsi częstotliwość spożycia warzyw w 2018 r. i 2022 r. nie zmieniła się znacząco.

14.3.3. Częstotliwość spożycia owoców

W 2022 r. spożywano nieco częściej owoce niż cztery lata wcześniej (tabela 14.8). Więcej Polaków jadało dziennie jedną porcję produktów z tej grupy (40,3% vs. 45,3%) oraz 2–3 porcje (37,2% vs. 40%). Odsetek osób, które nie spożywały codziennie owoców zmniejszył się 2,3 krotnie.

W porównaniu z rokiem 2018, w 2022 r. mężczyźni częściej sięgali po owoce. W szczególności wzrósł odsetek mężczyzn, którzy deklarowali spożywanie jednej porcji produktów z tej grupy dziennie (39,3% vs. 47,9%). Odsetek mężczyzn, którzy nie jadał codziennie owoców zmniejszył się dwukrotnie (22,4% vs. 10%). W 2022 r. kobiety również częściej spożywały produkty z tej grupy niż w 2018 r. Wzrósł przede wszystkim odsetek kobiet spożywających owoce 4 lub więcej razy dziennie (z 5,9% do 8,4%). Odsetek kobiet, które nie jadały codziennie owoców spadł natomiast z 11,9% do 4,9%.

Biorąc pod uwagę wiek Polaków również dało się zauważyć korzystne zmiany w częstotliwości spożycia owoców. W 2022 r. produktów z tej grupy nie jadało codziennie ponad dwukrotnie mniej osób zarówno w wieku 20–49 lat, jak i 50 lat i więcej. Wśród młodszych Polaków wzrosła szczególnie liczba osób spożywających 2–3 porcje owoców dziennie (z 39,3% do 44,1%), a wśród starszych – 1 porcję (z 42,3% do 50%).

Zarówno wśród mieszkańców miast, jak i wsi, w 2022 r. ponad dwukrotnie mniej osób deklarowało, że nie jada codziennie owoców. Wśród osób mieszkających w mieście szczególnie zwiększył się odsetek osób spożywających 1 porcję produktów z tej grupy dziennie (z 38,8% do 46,2%), natomiast u osób mieszkających na wsi – 2–3 porcje dziennie (z 35,0% do 40,1%).

14.3.4. Częstotliwość spożycia ryb morskich

W latach 2018 i 2022 r. spożycie ryb morskich (np. śledź, tuńczyk, makreła, łosoś, sardynki) nie różniło się istotnie (tabela 14.8). Ryby najczęściej były jadane rzadziej niż raz w tygodniu (odpowiednio: 47,1% i 49,4%). Raz w tygodniu spożywała je ok. jedna trzecia osób badanych. Natomiast jedynie 7,8% Polaków w 2018 r. i 8,1% w 2022 r. spożywała je zgodnie z zaleceniami żywieniowymi, czyli co najmniej 2 razy w tygodniu. Różnic w częstotliwości spożycia ryb między rokiem 2018 i 2022 nie odnotowano również wśród mężczyzn, ani wśród kobiet. Spożycie ryb w analizowanych latach nie różniło się także u osób w wieku 20–49 lat, jak i 50 lat i więcej, a także wśród mieszkańców miast oraz wsi.

14.3.5. Częstotliwość spożycia produktów typu fast food

W porównaniu do 2018 r., w 2022 r. odsetek Polaków, którzy nie spożywali produktów typu fast food (takich jak np. pizza, hamburgery, hot dogi) był mniejszy (40,6% vs. 31,4%) (tabela 14.9). Tego typu produkty w 2022 r. jadano nieco częściej niż w 2018 r. Najbardziej wzrósł odsetek osób spożywających produkty typu fast food rzadziej niż raz w tygodniu (z 32,7% do 38,9%). Odnotowano również niewielki wzrost odsetka osób, które deklarowały spożycie takich produktów 1 raz w tygodniu (z 13,3% do 15,5%) lub 2 razy w tygodniu (z 10,3% do 11,5%).

W porównaniu do 2018 r., w 2022 r. liczba osób spożywających takie produkty zwiększyła się zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet. Odsetek osób, które wybrały odpowiedź „nie jadam” dla produktów typu fast food był w 2022 r. u obu płci 1,3 razy mniejszy niż 4 lata wcześniej i wynosił u mężczyzn: 35,2% w 2018 r. i 26,7% w 2022 r., a u kobiet: 45,6% w 2018 r. i 35,6% w 2022 r. W największym stopniu wzrósł odsetek osób spożywających produkty typu fast food rzadziej niż raz w tygodniu (z 30,9% do 37,1% u mężczyzn i z 34,3% do 40,6% u kobiet).

Częstotliwość spożycia produktów typu fast food w latach 2018 i 2022 wśród Polaków w wieku 20–49 lat nie zmieniła się. Najczęściej osoby z tej grupy wiekowej spożywały produkty tego typu rzadziej niż raz w tygodniu (odpowiednio: 43,4% i 46,1%). Znaczny odsetek osób zadeklarował spożywanie tych produktów 1 raz w tygodniu (19,9% i 20,7%). Polacy w wieku 50 lat i więcej rzadko jadalі produkty typu fast food, jednak w porównaniu z rokiem 2018, w 2022 r. odsetek osób, które nie spożywały produktów tego typu był mniejszy (64,8% vs. 52,1%). Najwięcej osób spożywało te produkty rzadziej niż raz w tygodniu, przy czym w porównaniu z rokiem 2018, odsetek takich osób w 2022 r. był znacznie wyższy (21,4% vs. 30,8%).

Różnice w częstotliwości spożycia produktów typu fast food między rokiem 2018 a 2022 zależały również od miejsca zamieszkania. Wśród mieszkańców miast w 2022 r. więcej osób sięgało po te produkty niż cztery lata wcześniej. Odsetek osób, które w ogóle nie jadały tych produktów zmniejszył się z 43,0% do 28,4%. Natomiast wzrósł odsetek osób, które spożywały produkty tego typu raz w tygodniu (z 10,1% do 16,4%) lub rzadziej niż raz w tygodniu (z 33,7% do 40,3%). U osób mieszkających na wsi nie odnotowano istotnych różnic w częstotliwości spożycia produktów typu fast food biorąc pod uwagę lata 2018 i 2022.

14.3.6. Częstotliwość spożycia słodkich napojów niegazowanych i gazowanych

Słodkie napoje niegazowane i gazowane w 2022 r. były spożywane nieco rzadziej niż w 2018 r. (tabela 14.9). W 2018 r. codziennie spożywało je 10,1% Polaków, natomiast w 2022 r. 4,4%, czyli o 2,3 razy mniej. Nieco mniej osób deklaroowało picie takich napojów 3–6 razy w tygodniu (15% vs. 12,3%). Więcej osób natomiast deklaroowało spożywanie napojów niegazowanych i gazowanych 2,1 i rzadziej niż 1 raz w tygodniu.

W porównaniu z rokiem 2018, w 2022 r. zarówno mniej mężczyzn, jak i kobiet, spożywało napoje niegazowane i gazowane codziennie lub 3–6 razy w tygodniu, natomiast więcej osób obu płci piło takie napoje dwa razy, raz lub rzadziej niż raz w tygodniu.

Rzadsze spożywanie napojów niegazowanych i gazowanych w 2022 r. dało się zaobserwować również u Polaków w różnym wieku. W porównaniu z rokiem 2018 w 2022 r. dwukrotnie mniej (12,5% vs. 6,1%) Polaków w wieku 20–49 lat oraz trzykrotnie mniej (7,7% vs. 2,5%) Polaków w wieku 50 lat i więcej spożywało codziennie takie napoje. W 2018 r. osoby w młodszym wieku najczęściej piły napoje niegazowane i gazowane 2 razy w tygodniu (22,3%) lub 3–6 razy w tygodniu (19,4%), natomiast w 2022 r. 2 razy w tygodniu (26%) lub rzadziej niż raz w tygodniu (21,2%). Odsetek osób niespożywających tego typu napojów był w obu latach zbliżony (14,3% i 13,8%). Wśród Polaków w wieku 50 lat i więcej zarówno w 2018 r., jak i w 2022 r., najwięcej osób deklaroowało, że nie pija takich napojów (odpowiednio: 33,6% i 29,5%) lub spożywa je rzadziej niż raz w tygodniu (odpowiednio: 19,3% i 23,8%).

Mieszkańcy miast w 2022 r. rzadziej pili słodkie napoje niegazowane i gazowane niż cztery lata wcześniej. Odsetek osób spożywających takie produkty codziennie spadł o połowę (z 10,0% do 4,9%). Zmniejszył się również odsetek osób deklaruujących picie takich napojów 3–6 razy w tygodniu (z 17,0% do 12,2%), podczas gdy więcej osób deklaroowało ich spożywanie: 1 raz w tygodniu (13,3% vs. 18,2%) lub rzadziej niż raz w tygodniu (17,3% vs. 21,1%). Wśród Polaków mieszkających na wsi również zauważono, że w 2022 r. mniej osób spożywało codziennie napoje niegazowane i gazowane (10,2% vs. 3,7%), a więcej rzadziej niż raz w tygodniu (19% vs. 24,5%). Jednak w 2022 r. więcej było osób pijących takie napoje 2 razy w tygodniu (18,7% vs. 24,8%). Ponadto mniej osób zadeklaroowało, że nie spożywa takich napojów w ogóle (25,4% vs. 20,3%).

14.3.7. Częstotliwość spożycia słodczy

W porównaniu do 2018 r., w 2022 r. Polacy nieco chętniej sięgali po słodczyce (np. cukierki, czekolady, batony, ciastka, wafelki, itp.) (tabela 14.9). W 2018 r. nie-spożywanie ich zadeklarowało 9,9% osób, podczas gdy 4 lata później 5,9%. W największym stopniu wzrosła liczba osób, które spożywały słodczyce 2 razy w tygodniu (29,8% vs. 32,8%). Jednocześnie nieco mniej Polaków jadła takie produkty codziennie (7,3% vs. 5,2%).

Częstotliwość spożycia słodczy u mężczyzn nie różniła się istotnie w latach 2018 i 2022. Mężczyźni najczęściej spożywali tego typu produkty 2 razy w tygodniu (31,0% i 31,8%). Codziennie spożywało je odpowiednio: 6,2% i 6,6% z nich, a w ogóle ich nie jadało: 9,6% i 5,7%. W porównaniu do 2018 r. w 2022 r. znacznie mniej kobiet codziennie spożywało słodczyce (8,3% vs. 3,9%), natomiast wzrósł odsetek kobiet spożywających te produkty 2 razy w tygodniu (z 28,8% do 33,6%) oraz raz w tygodniu (z 19,2% do 22,0%). Jednocześnie w 2022 r. mniej kobiet zadeklarowało, że nie jada słodczy (10,1% i 6,0%).

Wśród Polaków w wieku 20–49 lat nie zaobserwowano różnic w częstotliwości spożycia słodczy w latach 2018 i 2022. Najczęściej były one spożywane przez osoby z tej grupy wiekowej 2 razy w tygodniu (odpowiednio: 31,9% i 32,5%). Jednak znaczny odsetek osób jadał je 3–6 razy w tygodniu (odpowiednio: 19,3% i 20,5%). W porównaniu z 2018 r. wśród Polaków w wieku 50 lat i więcej w 2022 r. zaobserwowano przede wszystkim wzrost odsetka osób spożywających słodczyce 2 razy w tygodniu (z 27,6% do 33,1%), a także 1 raz w tygodniu (z 18,5% do 21,3%). Ponadto znacznie spadła liczba osób niejadających słodczy (z 12,2% do 7,1%).

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania Polaków, nie zaobserwowano istotnych zmian w częstotliwości spożycia słodczy zarówno u mieszkańców miasta, jak i wsi.

Tabela 14.8. Częstotliwość spożycia warzyw, owoców i ryb morskich wśród Polaków w latach 2018 i 2022.

Częstotliwość spożycia	Warzywa			Owoce			Częstotliwość spożycia	Ryby morskie		
	2018	2022	2018 vs 2022	2018	2022	2018 vs 2022		2018	2022	2018 vs 2022
	%	%	p*	%	%	p*		%	%	p*
Ogółem										
1 porcję	42.2	42.8	<0.001	40.3	45.3	<0.001	Co najmniej 2 razy w tygodniu	7.8	8.1	0.155
2–3 porcje	39.7	43.8		37.2	40		Raz w tygodniu	32.8	33.2	
4 lub więcej	6.7	7.8		5.6	7.4		Rzadziej niż raz w tygodniu	47.1	49.4	
Nie jada	11.5	5.6		16.9	7.4		Nie jadam ryb morskich	12.4	9.3	
Mężczyźni										
1 porcję	43.5	45	<0.001	39.3	47.9	<0.001	Co najmniej 2 razy w tygodniu	8	8.7	0.734
2–3 porcje	35.5	42.3		33	35.8		Raz w tygodniu	32.6	32.3	
4 lub więcej	5.7	5.3		5.3	6.3		Rzadziej niż raz w tygodniu	47.1	48.4	
Nie jada	15.2	7.4		22.4	10		Nie jadam ryb morskich	12.4	10.5	
Kobiety										
1 porcję	40.9	40.9	0.014	41.2	42.8	<0.001	Co najmniej 2 razy w tygodniu	7.6	7.5	0.07
2–3 porcje	43.4	45.1		41	43.9		Raz w tygodniu	32.9	34.1	
4 lub więcej	7.6	10.1		5.9	8.4		Rzadziej niż raz w tygodniu	47.1	50.3	
Nie jada	8.1	4		11.9	4.9		Nie jadam ryb morskich	12.4	8.2	
20–49										
1 porcję	38.9	41.7	0.003	38.4	41.1	<0.001	Co najmniej 2 razy w tygodniu	8.6	9.4	0.225
2–3 porcje	41.9	44.2		39.3	44.1		Raz w tygodniu	33.3	31.9	
4 lub więcej	7.7	9		6.4	8.1		Rzadziej niż raz w tygodniu	45.7	49.4	
Nie jada	11.5	5.1		16	6.7		Nie jadam ryb morskich	12.4	9.3	
50 lat i więcej										
1 porcję	45.7	44.1	0.006	42.3	50	<0.001	Co najmniej 2 razy w tygodniu	6.9	6.5	0.304
2–3 porcje	37.3	43.2		35.1	35.3		Raz w tygodniu	32.2	34.7	
4 lub więcej	5.6	6.5		4.8	6.6		Rzadziej niż raz w tygodniu	48.5	49.4	
Nie jada	11.5	6.1		17.9	8.1		Nie jadam ryb morskich	12.4	9.4	
Miasto										
1 porcję	42.4	43.4	0.004	38.8	46.2	<0.001	Co najmniej 2 razy w tygodniu	6.3	8.3	0.007
2–3 porcje	40	45.1		40.9	40		Raz w tygodniu	30.6	33.1	
4 lub więcej	6.3	6.7		4.9	6.7		Rzadziej niż raz w tygodniu	49.7	51.3	
Nie jada	11.3	4.8		15.5	7.1		Nie jadam ryb morskich	13.4	7.3	
Wieś										
1 porcję	42.0	41.9	0.057	41.2	43.8	<0.001	Co najmniej 2 razy w tygodniu	8.7	7.7	0.924
2–3 porcje	39.5	41.7		35	40.1		Raz w tygodniu	34.1	33.5	
4 lub więcej	7	9.7		6	8.5		Rzadziej niż raz w tygodniu	45.4	46.3	
Nie jada	11.6	6.8		17.8	7.7		Nie jadam ryb morskich	11.8	12.5	

*test chi-kwadrat

Tabela 14.9. Częstotliwość spożycia produktów typu fast food, słodkich napojów niegazowanych i gazowanych oraz słodczy wśród Polaków w latach 2018 i 2022

Częstotliwość spożycia	Produkty typu fast food			Słodkie napoje niegazowane i gazowane			Słodczy		
	2018	2022	2018 vs. 2022	2018	2022	2018 vs. 2022	2018	2022	2018 vs. 2022
	%	%	p*	%	%	p*	%	%	p*
Ogółem									
Codziennie	0,4	0,2		10,1	4,4		7,3	5,2	
3–6 razy w tygodniu	2,7	2,6		15	12,3		18,5	19,2	
2 razy w tygodniu	10,3	11,5	<0,001	19,8	23,1	<0,001	29,8	32,8	0,001
1 raz tygodniu	13,3	15,5		13,1	16,6		18	19,9	
Rzadziej niż raz w tygodniu	32,7	38,9		18,4	22,4		16,6	17,1	
Nie jadam/ nie pije	40,6	31,4		23,7	21,2		9,9	5,9	
Mężczyźni									
Codziennie	0,6	0,4		13,5	6,8		6,2	6,6	
3–6 razy w tygodniu	4,1	3,8		17,2	15,3		18,9	21	
2 razy w tygodniu	13,4	15,1	0,010	21,3	25,1	0,001	31	31,8	0,188
1 raz tygodniu	15,8	16,9		12,8	16,5		16,8	17,7	
Rzadziej niż raz w tygodniu	30,9	37,1		17,3	20,1		17,6	17,1	
Nie jadam/ nie pije	35,2	26,7		17,9	16,3		9,6	5,7	
Kobiety									
Codziennie	0,3	0		7,1	2,3		8,3	3,9	
3–6 razy w tygodniu	1,4	1,5		12,9	9,6		18,1	17,4	
2 razy w tygodniu	7,4	8,2	0,001	18,3	21,2	<0,001	28,8	33,6	<0,001
1 raz tygodniu	11,1	14,1		13,4	16,7		19,2	22,0	
Rzadziej niż raz w tygodniu	34,3	40,6		19,4	24,5		15,6	17,1	
Nie jadam/ nie pije	45,6	35,6		28,9	25,6		10,1	6,0	
20–49 lat									
Codziennie	0,4	0,2		12,5	6,1		7,5	5,1	
3–6 razy w tygodniu	4,2	4		19,4	16		19,3	20,5	
2 razy w tygodniu	14,3	16	0,161	22,3	26	0,001	31,9	32,5	0,079
1 raz tygodniu	19,9	20,7		14	16,9		17,6	18,7	
Rzadziej niż raz w tygodniu	43,4	46,1		17,5	21,2		16,1	18,5	
Nie jadam/ nie pije	17,8	13,1		14,3	13,8		7,7	4,8	
50 lat i więcej									
Codziennie	0,4	0,2		7,7	2,5		7,1	5,2	
3–6 razy w tygodniu	1,0	1,0		10,2	8,1		17,6	17,7	
2 razy w tygodniu	6,0	6,3	<0,001	17	19,8	0,003	27,6	33,1	0,071
1 raz tygodniu	6,4	9,5		12,3	16,3		18,5	21,3	
Rzadziej niż raz w tygodniu	21,4	30,8		19,3	23,8		17	15,6	
Nie jadam/ nie pije	64,8	52,1		33,6	29,5		12,2	7,1	

Częstotliwość spożycia	Produkty typu fast food			Słodkie napoje niegazowane i gazowane			Słodycze		
	2018	2022	2018 vs. 2022	2018	2022	2018 vs. 2022	2018	2022	2018 vs. 2022
	%	%	p*	%	%	p*	%	%	p*
miasto									
Codziennie	0,4	0		10	4,9		6,3	5,4	
3–6 razy w tygodniu	2,3	2,6		17	12,2		20,5	19,4	
2 razy w tygodniu	10,4	12,3	<0,001	21,6	22	0,003	30,8	32,1	0,071
1 raz tygodniu	10,1	16,4		13,3	18,2		18,9	20,8	
Rzadziej niż raz w tygodniu	33,7	40,3		17,3	21,1		14,8	17,4	
Nie jadam/ nie pije	43	28,4		20,9	21,7		8,7	4,9	
wieś									
Codziennie	0,4	0,5		10,2	3,7		7,9	4,9	
3–6 razy w tygodniu	2,9	2,5		13,7	12,6		17,2	18,7	
2 razy w tygodniu	10,2	10,1	0,6	18,7	24,8	<0,001	29,2	33,8	0,088
1 raz tygodniu	15,3	14		13	14,1		17,4	18,6	
Rzadziej niż raz w tygodniu	32,1	36,8		19	24,5		17,6	16,7	
Nie jadam/ nie pije	39,2	36,1		25,4	20,3		10,6	7,3	

*test chi-kwadrat

14.3.8. Wybrane nawyki żywieniowe

Poza częstotliwością spożycia zbierano również informacje dotyczące rodzaju spożywanego pieczywa, tłuszczu stosowanego do jego smarowania oraz usuwania tłuszczu z mięsa i wędlin i skóry z drobiu (tabela 14.10).

W 2022 r. blisko połowa Polaków spożywała zwykle pieczywo pszenno-żytnie. Cztery lata wcześniej częściej wybierano ten rodzaj pieczywa. Po okresie pandemii wzrósł odsetek osób spożywających pieczywo razowe oraz pieczywo żytnie jasne. Pieczywo razowe było częściej spożywane przez kobiety, a mężczyźni częściej wybierali pieczywo zwykle pszenno-żytnie i pszenne jasne.

Polacy zwykle (69,4% w 2022 r.) wybierali masło do smarowania pieczywa. W 2022 r. w porównaniu do 2018 r. więcej osób smarowało pieczywo masłem, a mniej margaryną i tłuszczami mieszanymi. Masło częściej było używane przez kobiety, a margaryny przez mężczyzn.

Prawie połowa (47,2%) Polaków w ostatnim badaniu deklarowała usuwanie tłuszczu z mięsa i wędlin oraz skóry z drobiu. Przed pandemią odsetek osób mających taki

zwyczaj był o ponad 3 p.p. większy. Kobiety częściej usuwały tłuszcz lub skórę z wymienionych produktów niż mężczyźni.

Tabela 14.10. Wybrane nawyki żywieniowe

Nawyki żywieniowe	Cała populacja		Mężczyźni		Kobiety	
	2018	2022	2018	2022	2018	2022
	%	%	%	%	%	%
Rodzaj spożywanego pieczywa						
Pieczywo zwykłe pszenno-żytnie	58,3	49,6	63,2	52,8	53,9	46,7
Pieczywo pszenne jasne	30,8	28,3	34,0	30,9	27,8	25,9
Pieczywo żytnie jasne	14,8	25,3	13,7	25,1	15,7	25,5
Ciemne razowe pszenne lub żytnie	28,3	33,5	20,5	26,7	35,5	39,7
Pieczywo specjalne np. bezglutenowe	1,3	0,9	0,9	0,7	1,7	1,1
Inne	1,7	1,0	1,3	1,0	2,0	1,1
Rodzaj tłuszczu do smarowania pieczywa						
Masło	62,5	69,4	61,0	66,8	63,8	71,7
Margaryna	30,2	27,1	32,3	29,0	28,2	25,3
Mieszane (tzw. Mix)	22,1	19,2	23,3	18,9	21,1	19,5
Smalec	4,5	2,0	6,5	2,7	2,6	1,3
Inne	1,0	0,7	0,8	1,0	1,2	0,5
Nie używam	5,2	3,8	3,9	4,1	6,4	3,5
Usuwanie tłuszczu z mięsa i wędlin oraz skóry z drobiu						
Tak, często	21,0	20,0	12,8	13,6	28,5	25,9
Tak, rzadko	29,5	27,2	24,6	22,9	34,0	31,1
Raczej nie	49,5	52,8	62,7	63,5	37,5	43,0

14.3.9. Stosowanie diety

Większość Polaków (85,7%) w 2022 r. nie stosowała żadnej diety (tabela 14.11). Przed pandemią było podobnie, chociaż wówczas trochę więcej osób deklarowało stosowanie diety. Kobiety częściej były na diecie niż mężczyźni. Najczęściej stosowanymi dietami były: cukrzycowa oraz niskotłuszczowa lub niskocholesterolowa, trochę rzadziej stosowano dietę odchudzającą i z niską zawartością soli. Bardzo mały odsetek Polaków deklarował stosowanie diety wegetariańskiej bądź wegańskiej i zwykle były to kobiety.

14.3.10. Wiedza żywieniowa

Respondentów pytano o źródła wiedzy żywieniowej i stosowanie jej w praktyce (tabela 14.11). W 2022 r. większość Polaków (55,3%) deklarowała, że nie korzysta z żadnych źródeł wiedzy żywieniowej. W porównaniu do okresu przed pandemią odsetek ten zwiększył się. Z różnych źródeł wiedzy żywieniowej częściej korzystały kobiety niż mężczyźni. Najczęściej wiedzę żywieniową czerpano z Internetu, było to dobre źródło informacji przede wszystkim dla kobiet. Polacy często korzystali również z wiedzy na ten temat uzyskanej od rodziny lub znajomych. Niestety w 2022 r. w mniejszym stopniu niż 4 lata wcześniej korzystano z informacji uzyskanych od lekarza lub pielęgniarki. Zmniejszył się także odsetek osób czerpiących wiedzę żywieniową z programów telewizyjnych, prasy oraz poradników i książek.

Polacy w 2022 r. najczęściej (53,7%) deklarowali, że nie stosują wiedzy na temat zdrowego odżywiania w życiu codziennym. Ta sytuacja przed pandemią była zbliżona. Więcej kobiet niż mężczyzn stosowało wiedzę żywieniową w praktyce i więcej z nich deklarowało, że robią to często. Natomiast mężczyźni, jeśli już korzystali z takiej wiedzy w życiu codziennym, to w większości robili to rzadko.

14.3.11. Czynniki utrudniające zdrowe odżywianie

W 2022 r. tylko 24,0% Polaków nie miało trudności ze zdrowym odżywianiem (tabela 14.11). Odsetek ten był o 4,5 p.p. mniejszy niż 4 lata wcześniej. Różne czynniki utrudniające zdrowe odżywianie częściej wskazywali mężczyźni niż kobiety. Zdrowe odżywianie najczęściej utrudniały wysokie ceny zdrowiej żywności, a w ostatnim badaniu więcej osób wymieniało ten czynnik niż w 2018 r. Często wskazywano również, że trudności wynikają ze zbyt długiego czasu, jakiego wymaga przygotowanie zdrowego posiłku oraz z tego, że takie posiłki nie są smaczne. Znaczna część Polaków (29,6%), zwłaszcza mężczyzn, uważała, że nie ma potrzeby, żeby zdrowo się odżywiać. Sytuacja pod tym względem przed pandemią była podobna.

Tabela 14.11. Inne parametry związane z żywnością

Badane parametry	Cała populacja		Mężczyźni		Kobiety	
	2018	2022	2018	2022	2018	2022
	%	%	%	%	%	%
Stosowanie diety i jej rodzaje						
Odcudzająca	3,1	2,8	1,4	2,2	4,6	3,4
Wegetariańska	1,0	0,4	0,3	0,0	1,6	0,8
Cukrzycowa	5,7	4,1	4,0	3,0	7,3	5,2
Nisko tłuszczowa lub niskocholesterolowa	5,2	4,8	3,5	4,4	6,8	5,1
Bezglutenowa	0,9	0,9	0,9	0,5	0,9	1,2
Z niską zawartością soli	4,2	2,9	3,2	2,7	5,2	3,0
Związaną z alergiami pokarmowymi (uczulenie na orzechy, mleko, skorupiaki)	0,5	0,4	0,3	0,0	0,6	0,7
Bez laktozy	0,7	0,4	0,2	0,3	1,2	0,5
Wegańską	-	0,2	-	0	-	0,4
Inna	2,1	1,0	2,1	0,6	2,0	1,4
Nie stosuje diety	81,0	85,7	86,4	89,5	76,1	82,3
Źródła wiedzy na temat zdrowego odżywiania						
Lekarz lub pielęgniarka	14,0	9,7	11,6	7,5	16,1	11,7
Dietetyk	3,9	3,3	2,2	2,5	5,4	4,0
Rodzina/znajomi	17,5	20,2	16,3	19,9	18,6	20,5
Lekcje w szkole	0,5	1,0	0,3	1,0	0,6	1,1
Programy TV	17,5	10,4	11,2	7,1	23,2	13,4
Prasa	7,7	2,8	3,4	1,8	11,5	3,6
Internet	23,7	24,8	16,8	19,5	30,0	29,5
Poradniki, książki	7,3	4,6	3,9	2,6	10,4	6,4
Inne	1,1	0,3	1,0	0,1	1,2	0,4
Nie korzystam	49,0	55,3	60,8	62,4	38,3	48,9
Stosowanie wiedzy na temat zdrowego odżywiania w życiu codziennym						
Tak, często	21,2	23,1	13,1	16,3	28,7	29,2
Tak, rzadko	26,1	23,2	21,7	20,6	30,2	25,6
Raczej nie	52,6	53,7	65,3	63,1	41,1	45,1

Badane parametry	Cała populacja		Mężczyźni		Kobiety	
	2018	2022	2018	2022	2018	2022
	%	%	%	%	%	%
Czynniki utrudniające zdrowe odżywianie						
Odżywiam się zdrowo, nie widzę trudności	28,1	24,0	24,6	19,1	31,3	28,4
Wysokie ceny zdrowej żywności	24,3	31,3	19,8	25,6	28,4	36,5
Mały wybór zdrowej żywności w sklepie, w którym najczęściej robię zakupy	8,3	5,8	7,6	4,3	9,0	7,2
Przygotowanie zdrowego posiłku zajmuje zbyt dużo czasu	13,4	13,0	12,2	12,0	14,5	14,0
Mały wybór zdrowej żywności w restauracjach/stołówkach/automatach z żywnością	5,2	4,9	4,9	4,3	5,5	5,6
Brak informacji o zdrowych posiłkach w restauracjach/stołówkach	3,4	2,9	3,0	3,7	3,8	2,1
Nie wiem, jak zdrowo gotować	8,7	7,4	8,5	8,1	8,8	6,9
Nigdy nie uczono mnie, jak się zdrowo odżywiać	10,1	8,8	11,2	9,9	9,2	7,8
Nie smakuje mi zdrowa żywność	12,0	14,3	14,7	17,2	9,5	11,7
Inni ludzie mnie zniechęcają	4,5	3,6	4,9	3,4	4,1	3,8
Nie mam takiej potrzeby (nie mam chęci)	29,1	29,6	37,0	36,3	22,0	23,6
Inne powody	4,9	6,1	4,3	5,7	5,5	6,4

14.3.12. Porównanie dotyczące zwyczajów żywieniowych Polaków w latach 2018 i 2022

W porównaniu z rokiem 2018, w 2022 r. zaobserwowano zarówno korzystne, jak i niekorzystne zmiany w częstotliwości spożycia wybranych grup produktów. Pozytywną zmianą było częstsze spożycie warzyw (z wyjątkiem mieszkańców wsi) i owoców oraz ograniczenie picia napojów niegazowanych i gazowanych (typu cola) wśród Polaków. Do niekorzystnych różnic należało natomiast w szczególności częstsze sięganie po produkty typu fast food, z wyjątkiem osób w wieku 20–49 lat i mieszkańców wsi, u których nie zaobserwowano takich zmian oraz częstsze spożycie słodczy, głównie u osób w wieku 50 lat i więcej. Nie zaobserwowano różnic w częstotliwości spożycia ryb. Zarówno w 2018 r., jak i 2022 r., tylko nieliczni Polacy spożywali je zgodnie z zaleceniami (co najmniej 2 razy w tygodniu).

Po okresie pandemii zwiększył się odsetek Polaków spożywających pieczywo razowe i żytnie jasne oraz masło jako dodatek do pieczywa, a zmniejszył odsetek osób

spożywających pieczywo zwykle pszenno-żytnie i margaryny bądź tłuszcze mieszane do smarowania.

Kobiety częściej praktykowały korzystne zwyczaje żywieniowe związane ze spożyciem pieczywa razowego i usuwaniem widocznego tłuszczu z mięsa i skóry z drobiu niż mężczyźni.

Polacy rzadko stosowali specjalne diety, a odsetek osób stosujących takie diety zmniejszył się w czasie pandemii. Diety częściej stosowane były przez kobiety.

Po pandemii zwiększył się odsetek Polaków niekorzystających z żadnych źródeł wiedzy żywieniowej. Częściej z takich źródeł korzystały kobiety, a najpopularniejszym źródłem był Internet. Ponadto ponad połowa Polaków nie stosowała wiedzy żywieniowej w praktyce.

Większość Polaków miała trudności ze zdrowym odżywianiem, które nasiliły się po okresie pandemii. Najczęściej wynikały z wysokich cen zdrowej żywności. Część osób, zwłaszcza mężczyzn, deklarowała brak zainteresowania zdrowym odżywianiem.

14.4. Badania innych autorów dotyczące zmian zachowań żywieniowych Polaków w czasie pandemii COVID-19

Badania prowadzone w innych ośrodkach wskazują, że w czasie pandemii niektóre zwyczaje żywieniowe Polaków uległy zmianie.

Zmiany zachowań żywieniowych w wyniku pandemii COVID-19 w dziesięciu krajach europejskich, w tym w Polsce, były przedmiotem badania realizowanego przez konsorcjum obejmujące placówki naukowe współpracujące z EIT Food (organizacji będącej częścią Europejskiego Instytutu Innowacji i Technologii, instytucji UE, której zadaniem jest stworzenie w Europie środowiska sprzyjającego innowacyjności i przedsiębiorczości) i koordynowanego przez Uniwersytet z Aarhus w Danii. Z Polski w realizacji badania uczestniczył Uniwersytet Warszawski. Badaniem objęto 5000 konsumentów (ok. 500 w każdym kraju), w wielu 18 lat lub więcej. Dane zbierane było online we wrześniu 2020 r.²⁰

20 COVID-19 STUDY: European food behaviours. COVID-19 impact on consumer food behaviours in Europe. 2020. https://www.eitfood.eu/media/news-pdf/COVID-19_Study_-_European_Food_Behaviours_-_Report.pdf

Pandemia wiązała się ze znacznie częstszym dokonywaniem zakupów online. W Polsce wzrost ten był mniejszy od średniej europejskiej, chociaż nadal znaczący. Wszystkie kraje odnotowały duży wzrost zakupów hurtowych. Znaczna część konsumentów zaczęła bardziej uważnie planować zakupy. Nastąpił spadek liczby osób kupujących drogie produkty, a Polska znalazła się wśród 3 krajów, w których był on największy. Konsumentów zaczęło częściej sprawdzać ceny produktów spożywczych, nawet stosunkowo tanich.

W czasie pandemii w wyniku lockdownu i częściej pracy zdalnej ludzie spędzali więcej czasu w domu, co wpłynęło także na ilość spożywanej żywności. Konsumentów deklarowało spożywanie większych ilości prawie wszystkich grup produktów. Wzrosło przede wszystkim spożycie owoców (32% deklarowało zwiększenie, 9% zmniejszenie spożycia) oraz warzyw i nasion roślin strączkowych (27% zwiększyło, 8% zmniejszyło spożycie). Duży wzrost odnotowano w przypadku mąki, produktów mlecznych oraz słodczy. Na tle innych krajów Polska wyróżniała się przede wszystkim wzrostem spożycia owoców, produktów mlecznych oraz ziół i przypraw. Do produktów, w przypadku których konsumenci deklarowali mniejsze spożycie, należały dania gotowe i alkohol. W Polsce spadek spożycia dań gotowych był szczególnie wyraźny: 41% konsumentów deklarowało, że spożywa ich mniej, a tylko 15% – że więcej.

Podczas pandemii częstsze było wspólne gotowanie i spożywanie posiłków. W badanych krajach 36% respondentów deklarowało, że robią to częściej, 13% – że rzadziej. W Polsce odsetki te były zbliżone do średniej dla wszystkich krajów.

Na początku pandemii, w kwietniu i maju 2020 roku na Uniwersytecie Jagiellońskim przeprowadzono badanie zachowań żywieniowych dorosłych Polaków. Badanie przeprowadzono online, za pośrednictwem mediów społecznościowych. Większość badanych stanowiły kobiety oraz mieszkańcy miast²¹.

W porównaniu do okresu przed pandemią 18,3% badanych osób zwiększyło ilość spożywanej żywności, jedząc jednak te same produkty. Natomiast 14,4% zwiększyło spożycie i zmieniło asortyment spożywanych produktów. Z kolei 19,5% deklarowało zmniejszenie spożycia. Ponad połowa – 51,6% na początku pandemii nie spożywała

21 Błaszczyk-Bębenek E, Jagielski P, Bolesławska I, Jagielska A, Nitsch-Osuch A, Kawalec P. Nutrition Behaviors in Polish Adults before and during COVID-19 Lockdown. *Nutrients* 2020;12(10):3084. doi: 10.3390/nu12103084.

posiłków poza domem ani nie zamawiała ich na wynos. Podobne zachowania przed pandemią deklarowało 15,7%.

Ponadto badani deklarowali zwiększenie liczby posiłków, 31,1% spożywało 5 posiłków lub więcej. Częściej spożywane były jaja, ziemniaki, słodczyce, konserwy mięsne i alkohol, natomiast rzadziej jedzono produkty typu fast-food i zupy instant. W czasie pandemii więcej badanych spożywało przekąski, wzrosła przede wszystkim częstotliwość spożywania słonych przekąsek, chociaż najczęściej spożywaną przekąską pozostały owoce.

U 2/3 uczestników badania zmieniła się masa ciała – u 45,9% wzrosła, u 21,7% uległa obniżeniu.

Zmiany dotyczące żywienia Polaków podczas pandemii były badane również przez naukowców z SGGW w kwietniu i maju 2020 r. Badanie zostało przeprowadzone online, uczestniczyły w nim osoby w wieku 18 lat lub więcej, w znacznej części kobiety²². Niektóre osoby – 32,2% miały problem z dostępem do żywności w czasie pandemii. Zmiany zachowań żywieniowych u 27,6% oceniono jako prozdrowotne, a u 19,4% jako niekorzystne dla zdrowia. 34,3% badanych deklarowało większe spożycie żywności, a 14,1% stwierdziło, że spożywa mniej. Często spożywano większe ilości produktów mlecznych, pełnoziarnistych produktów zbożowych, chudego mięsa i jaj, roślin strączkowych, ale również słodczy. Podobny odsetek deklarował zwiększenie i zmniejszenie spożycia warzyw, a w przypadku owoców częściej spożywano je w mniejszych ilościach. Dużo osób zmniejszyło spożycie ryb. Ponadto częściej deklarowano większe spożycie alkoholu – 18,1% niż mniejsze – 10,7%.

Na początku pandemii, na przełomie kwietnia i maja 2020 roku realizowane było badanie prowadzone online za pośrednictwem mediów społecznościowych przez naukowców z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W badaniu uczestniczyły osoby pełnoletnie. Przeważająca część z nich była w wieku 18–25, ponadto większość stanowiły kobiety. Z badania wyłączono osoby pracujące nadal stacjonarnie²³. 43,5% ankietowanych deklarowało zwiększenie spożycia żywności podczas kwarantanny, a 51,8%

22 Górnicka M, Drywień ME, Zielinska MA, Hamułka J. Dietary and Lifestyle Changes During COVID-19 and the Subsequent Lockdowns among Polish Adults: A Cross-Sectional Online Survey PLifeCOVID-19 Study. *Nutrients* 2020;12(8):2324. doi: 10.3390/nu12082324.

23 Sidor A, Rzymiski P. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutrients* 2020;12(6):1657. doi: 10.3390/nu12061657.

przyznało się do częstszego pojadania między posiłkami. Zwiększone spożycie żywności i częstsze pojadanie zwykle zgłaszały osoby z wyższym BMI. W czasie kwarantanny osoby badane najczęściej spożywały 3 lub 4 posiłki oraz 1 lub 2 przekąski. Ankietowani także częściej gotowali niż przed pandemią, deklarowało to 62,3%.

Podczas kwarantanny najczęściej spożywane były warzywa i owoce, produkty zbożowe i mleczne, odpowiednio 67,2%, 64,2% i 49,1% ankietowanych deklarowało ich spożycie co najmniej 1 raz dziennie. Często spożywano słodczyce, przynajmniej 1 raz dziennie – 32,8% badanych, a nigdy lub sporadycznie tylko 7,7%. Niektórzy badani – 14,6% deklarowali zwiększone spożycie alkoholu, w niektórych przypadkach jednak były to osoby uzależnione.

U części respondentów – 29,9% w czasie kwarantanny wzrosła masa ciała, natomiast 18,6% deklarowało jej obniżenie.

Badanie przeprowadzone na zlecenie firmy Upfield przez MRW (Market Research World) w czerwcu 2000 r. obejmujące reprezentatywną próbę dorosłych Polaków wykazało, że 40,6% osób zmieniło swoje nawyki żywieniowe w czasie izolacji. 47,9% stwierdziło, że odżywia się bardziej zdrowo, a 46,3%, że spożywa posiłki bardziej regularnie. Badani uważający, że odżywiają się zdrowiej najczęściej wskazywali, że jedzą więcej warzyw, owoców, nasion i ziaren, produktów będących źródłem kwasów omega-3, a mniej mięsa²⁴.

Niektóre zmiany zachowań żywieniowych przedstawione w powyższych badaniach należy ocenić pozytywnie, jednak część nawyków żywieniowych w czasie pandemii może być niekorzystna dla zdrowia Polaków. Członkowie Komitetu Żywienia Człowieka PAN opracowali zalecenia żywieniowe na czas pandemii COVID-19. Stwierdzili, że zmiany dotyczące żywienia podczas trzech pierwszych miesięcy trwania pandemii, kiedy wielu Polaków zwiększyło spożycie żywności, należy uznać za duże zagrożenie dla zdrowia publicznego, zwłaszcza w kontekście nadwagi i otyłości²⁵. Z kolei zmniejszenie spożycia

24 Upfield. Raport: Nawyki żywieniowe Polaków w czasie izolacji społecznej podczas epidemii koronawirusa 2020. <https://pliki.portalspozywczy.pl/i/12/17/46/121746.pdf>

25 Wądołowska L, Drywień M, Hamułka J, Socha P, Borawska M, Friedrich M, Lange E and other Members of the Human Nutrition Science Committee of the Polish Academy of Sciences. Dietary recommendations during the COVID-19 pandemic. Statement of the Committee of Human Nutrition Science of the Polish Academy of Sciences. *Rocz Panstw Zakł Hig* 2021;72(2):209–220.

przez osoby o uprzednio prawidłowej lub zbyt małej masie ciała może nasilać problem występowania niedoboru masy ciała i niedożywienia oraz zachowań anorektycznych.

Członkowie Komitetu zalecili, żeby podczas pandemii odżywiać się zgodnie z opracowanymi wcześniej zaleceniami żywieniowymi dla populacji generalnej oraz grup o szczególnych potrzebach. Podkreślili znaczenie stosowania zbilansowanej diety z odpowiednią ilością wody, dużym udziałem produktów pochodzenia roślinnego (warzyw, owoców, pełnoziarnistych produktów zbożowych, roślin strączkowych, orzechów, nasion) oraz odpowiednią ilością produktów pochodzenia zwierzęcego (ryb, produktów mlecznych, jaj, produktów mięsnych). Wskazali, żeby unikać cukru, soli i produktów będących źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych w celu zmniejszenia ryzyka nadwagi, otyłości, chorób układu krążenia, cukrzycy i niektórych nowotworów.

PODSUMOWANIE

1. Z badań budżetów gospodarstw domowych wynika, że w czasie pandemii nastąpiły niewielkie zmiany w spożyciu artykułów żywnościowych. Wzrosło spożycie tłuszczów, przede wszystkim masła oraz cukru i wyrobów cukierniczych. Korzystną zmianą był wzrost, chociaż niewielki, spożycia warzyw i owoców, a także mleka i serów. Zmiany te wpłynęły na wartość energetyczną diety, która w niewielkim stopniu wzrosła, co wynikało przede wszystkim z większego spożycia tłuszczu.
2. W gospodarstwach emerytów wzrosło spożycie tłuszczów, głównie masła, podobnie cukru i wyrobów cukierniczych oraz mleka i serów. Nie odnotowano wzrostu spożycia warzyw i owoców.
3. Badania literaturowe wskazują na zmiany zachowań żywieniowych w trakcie pandemii. Część nawyków żywieniowych w czasie pandemii mogła być niekorzystna dla zdrowia Polaków. Wiele osób zwiększyło spożycie niektórych produktów spożywczych, w tym m.in. słodczy, alkoholu, efektem czego był wzrost masy ciała. Członkowie Komitetu Żywności Człowieka PAN wskazali, że może to stanowić duże zagrożenie dla zdrowia publicznego w Polsce. Jednak część zmian oceniano pozytywnie, m.in. większe spożycie warzyw i owoców, produktów mlecznych i pełnoziarnistych produktów zbożowych.

4. Porównanie wybranych aspektów zachowań żywieniowych Polaków przed pandemią (2018 r.) i w 2022 r. wskazuje, że częstotliwość spożycia warzyw i owoców wzrosła, a zmniejszyła się częstotliwość spożycia napojów słodzonych. Wzrósł odsetek osób spożywających pieczywo razowe i żytnie jasne. Jednocześnie jednak częściej spożywano produkty typu fast food oraz słodcze.
5. Biorąc pod uwagę fakt, że wiele niekorzystnych aspektów żywienia Polaków, m.in. zbyt małe spożycie warzyw i owoców, ryb, a duży udział tłuszczów zwierzęcych, mięsa czerwonego i przetworzonego oraz słodczy w diecie, obserwowano zarówno przed pandemią, jak i w następnych latach, niezwykle ważne jest podjęcie kompleksowych działań w celu zmiany tej sytuacji. Powinny być one ukierunkowane przede wszystkim na zmianę postaw żywieniowych Polaków, gdyż znaczna część z nich nie korzysta z żadnych źródeł wiedzy o racjonalnym żywieniu, nie stosuje tej wiedzy w praktyce, a nawet nie widzi potrzeby, żeby zdrowo się odżywiać.

15. IDENTYFIKACJA NAJWAŻNIEJSZYCH PROBLEMÓW I POTRZEB ZDROWOTNYCH POPULACJI POLSKI I JEJ WOJEWÓDZTW NA PODSTAWIE AKTUALNYCH WYNIKÓW BADANIA GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD)

Roman Topór-Mądry^{1, 2}, Anna Wieszka¹,
Agnieszka Doryńska^{1, 3}, Bogdan Wojtyniak⁴,
Maja Pašović⁵, Mohsen Naghavi⁵, Christopher J. L. Murray⁵

Ze względu na stale rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną oraz zwiększającą się koszty tej opieki, osoby decydujące o kształcie polityki zdrowotnej zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym, są zobowiązane do efektywnego wyznaczania jej priorytetów. Istotność tych działań wynika z konieczności podejmowania kluczowych decyzji inwestycyjnych w obszarze ochrony zdrowia, a w ich następstwie – z potrzeby określenia zakresu interwencji zdrowotnych kierowanych do wyznaczonych grup populacji.

Informacje o tym, które choroby stanowią największe zagrożenie dla zdrowia i dobrego samopoczucia ludności, pomagają decydować o tym, w jaki sposób korzystać z ograniczonych zasobów w celu uzyskania maksymalnych korzyści – tych zdrowotnych, jak i ekonomicznych. Dzięki tej wiedzy, interesariusze systemu ochrony zdrowia mogą zaplanować działania prowadzące do skuteczniejszej profilaktyki, kontroli rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, poprawy w zakresie wykrywalności i leczenia chorób przewlekłych oraz w szerszym kontekście zmniejszania nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej różnych grup populacji. 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

¹ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Warszawa, Polska

² Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

³ Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

⁴ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

⁵ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) University of Washington, Seattle, USA

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 Instytutu Miar Zdrowia i Ewaluacji (ang. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME) badanie Global Burden of Disease and Risk Factors Study (GBD).⁶

Do momentu publikacji niniejszego raportu najbardziej aktualną wersją tego badania jest wydana w 2020 roku edycja GBD 2019, w której przeanalizowano kondycję zdrowotną ludności świata w okresie 1990–2019 r. Obowiązująca edycja jest szczególnie istotna w polskim kontekście, gdyż po raz pierwszy w historii zawiera ona szczegółowe oszacowania opisujące regionalną (województwą) sytuację zdrowotną naszego kraju. Dane te, stały się również podstawą przeglądu i analizy sytuacji epidemiologiczno-demograficznej w ramach aktualnego wydania Map Potrzeb Zdrowotnych.

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 treści w sposób szczegółowy zobrazują nie tylko rozmiar i powody utraty zdrowia według wieku, płci i 16 regionów Polski, ale również pozwolą na określenie charakterystyki tej utraty (udział zgonów i lat przeżytych w niesprawności, 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 oraz identyfikację obszarów, które uległy poprawie oraz takich, które wymagają zintensyfikowanych działań skierowanych na poprawę zdrowia ludności. Analiza kompleksowego i obiektywnego wskaźnika DALY (ang. Disability-Adjusted Life Years) umożliwi dokonanie porównań nie tylko wewnątrz krajowych, ale również na poziomie międzynarodowym.

⁶ Weszka A., Filipowicz K., Siwiec J., Topór-Mądry R.: Wydatki na ochronę zdrowia w latach 1995–2050 w ujęciu globalnym – oszacowania Global Burden of Disease. *Med. Prakt.*, 2019; 9

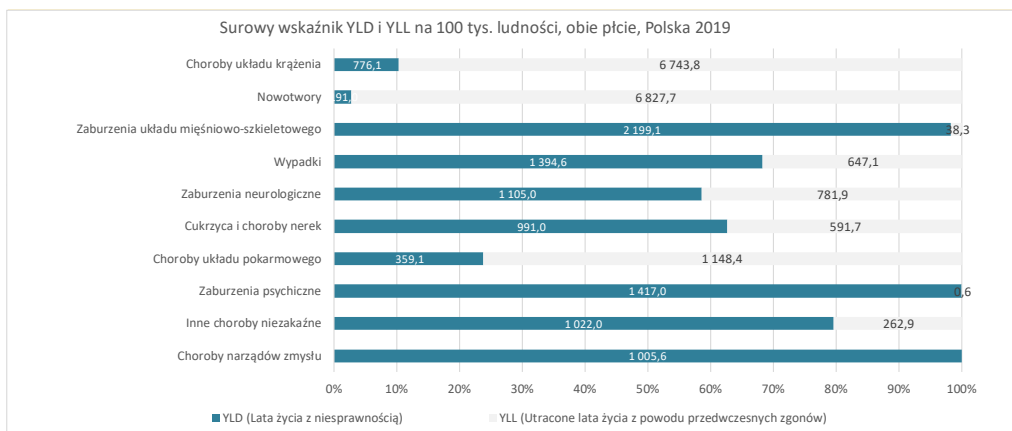
15.1. Miary obciążenia chorobowego – znaczenia wskaźnika DALY i jego komponentów

Zgodnie z definicją, wskaźnik DALY jest miarą utraty zdrowia, wynikającej ze skróconej oczekiwanej długości życia jednostek oraz z obniżonej jakości życia spowodowanej przez choroby lub uraz.⁷ Tworzone i zarządzane przez system ochrony zdrowia interwencje zdrowotne mają na celu uniknięcie DALY, a tym samym zwiększenie liczby lat, które dana osoba – i w konsekwencji społeczność, przeżywa w dobrym zdrowiu. Wskaźnik ten, często nazywany jest „obciążeniem chorobowym”, ponieważ łączy w sobie dwa komponenty w postaci subwskaźników: YLL (ang. Years of life lost) i YLD (ang. Years lived with disability), dzięki czemu możemy przeanalizować w jakim wymiarze dany problem zdrowotny „obciąża” zdrowie ludności.

Analizując główne kategorie przyczyn utraty zdrowia u obu płci w Polsce w 2019 r., można zaobserwować wyraźne różnice w odniesieniu do procentowego udziału wymienionych subwskaźników w DALY. Wiodące problemy zdrowotne – tj. choroby układu krążenia (ChUK) i nowotwory w przeważającym stopniu obciążone są wysokim udziałem przedwczesnych zgonów (ChUK: 6 743,8 YLL/100 tys. ludności; nowotwory: 6 827,7/100 tys. ludności), nad utraconymi latami spowodowanymi zmniejszoną sprawnością (ChUK: 776,1 YLD/100 tys. ludności; nowotwory: 191,0/100 tys. ludności). Sugeruje to, że choroby te charakteryzują się wysoką śmiertelnością, mają ostry/nagły przebieg, lub są wykrywane na późnym, często nieodwracalnym etapie. Wysoki, ponad 75% udział przedwczesnych zgonów w obciążeniu chorobowym ludności Polski w 2019 r. można było zaobserwować również w kontekście chorób układu pokarmowego (1 148,4 YLL/100 tys. ludności oraz 359,1 YLD/100 tys. ludności). W przypadku pozostałych grup problemów zdrowotnych, tj.: zaburzeń mięśniowo-szkieletowych, wypadków, cukrzycy i choroby nerek, zaburzeń psychicznych, innych chorób niezakaźnych i chorób narządów zmysłów, utrata zdrowia ludności wynika głównie z obniżenia sprawności i jakości życia ludności (YLD). Szczegółowe informacje dotyczące poziomu wskaźnika dla wskazanych przyczyn umieszczono na poniższej rycinie 15.1.

⁷ Protocol For The Global Burden Of Diseases, Injuries, And Risk Factors Study (GBD), vol.4.0, IHME, Seattle, 2020

Informacja o tym, który subwskaźnik stanowi wiodący komponent utraconych lat życia w zdrowiu jest istotną daną, dzięki której możliwe jest lepsze określenie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych ludności. W przypadku problemów zdrowotnych o wysokiej śmiertelności, działania sektora ochrony zdrowia powinny skupiać się na intensyfikacji programów profilaktyki zdrowotnej i zmianie negatywnych nawyków ludności, wzmocnieniu skali i jakości diagnostyki oraz zwiększeniu dostępu do wyspospecjalistycznych metod terapeutycznych. Z kolei, w przypadku schorzeń obarczonych utratą lat życia z powodu niesprawności, osią wiodącą działań systemowych powinno być tworzenie ośrodków referencyjnych i mechanizmów społeczno-opiekuńczych redukujących negatywne konsekwencje trwających problemów zdrowotnych (np. koordynowana opieka POZ, AOS, medycyna leczenia bólu i inne).



Ryc. 15.1. Udział utraconych lat życia z powodu przedwczesnych zgonów (YLL) i liczby lat przeżytych z niesprawnością (YLD) wyrażony jako wartość procentowa DALY w odniesieniu do 10 głównych problemów zdrowotnych w Polsce, u obu płci w 2019 r.

15.2. Główne przyczyny utraty zdrowia (DALY) wśród kobiet i mężczyzn w Polsce i 16 województwach

W 2019 r. wartość utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność z powodu wszystkich przyczyn w Polsce u mężczyzn wynosiła 37 114,2 DALY/100 tys. mężczyzn. Największy regionalny poziom całościowego obciążenia chorobowego odnotowano w województwie łódzkim 43 368,7 DALY/100 tys., natomiast najniższy w województwie podkarpackim 33 124,6 DALY/100 tys. W 10 województwach główną przyczyną obciążenia chorobowego populacji mężczyzn były choroby układu krążenia, osiągając maksymalną wartość wskaźnika w województwie łódzkim 10 001,1 DALY/100 tys., co stanowiło 23,1% obciążenia tego regionu, zaś najmniejszy poziom wskaźnika DALY/100 tys. w województwie pomorskim 7 064,7 DALY/100 tys. – 20,6% lokalnego obciążenia. Dla porównania wskaźnik ogólnopolski dla tej przyczyny wynosił: 8 480,5 DALY/100 tys. (tj. 22,9%). Biorąc pod uwagę jedynie odsetek utraty zdrowia, jaki stanowiły choroby układu krążenia w całościowym obciążeniu chorobowym danego województwa, należy wspomnieć o województwie opolskim, w którym ten problem zdrowotny był odpowiedzialny za aż 25,1% całkowitej utraty lat życia w pełnym zdrowiu, w porównaniu do wyżej wspomnianego województwa pomorskiego i województwa warmińsko-mazurskiego, gdzie odsetek ten oscylował w okolicy 20%.

Nowotwory u mężczyzn były główną przyczyną przedwczesnych zgonów i zmniejszonej jakości życia wynikającej z niesprawności w 6 województwach: kujawsko-pomorskim, lubuskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. W porównaniu do średniej ogólnopolskiej wynoszącej 8 453,9 DALY/100 tys. (22,8% całościowego obciążenia), najwyższy wskaźnik w Polsce zaobserwowano w województwie łódzkim 9 766,8 DALY/100 tys. (22,5% obciążenia tego regionu), najniższy w województwie małopolskim 6 968,2 DALY/100 tys. (20,8% obciążenia tego regionu). Wśród wymienionych województw, dla których choroby nowotworowe stanowiły wiodącą przyczynę utraty zdrowia, największy wskaźnik odnotowano dla województwa kujawsko-pomorskiego – 8 941,6 DALY/100 tys. (stanowiło to aż 25,9% obciążenia w regionie); najniższy w województwie pomorskim 7 722,8 (22,5% lokalnego obciążenia chorobowego).

Wypadki były trzecią główną przyczyną utraty zdrowia mężczyzn w Polsce i województwach w 2019 r. Przyczyna ta najmniej dotkliwie dotyczyła zdrowia mężczyzn

z województwa kujawsko-pomorskiego – 2 472,8 DALY/100 tys. ludności (6,7% lokalnego obciążenia chorobowego), natomiast najbardziej wyraźny problem ten był w województwie podlaskim – 3 133,5 DALY/100 tys. (8,4% udział w całości obciążenia wojewódzkiego), oraz w województwie śląskim 3 025,7 DALY/100 tys. (7,6% lokalnego obciążenia). Dla porównania średnia ogólnopolska obciążenia chorobowego z tej przyczyny wynosiła – 2 749,2 DALY/100 tys., co w kontekście sumy utraconych lat w zdrowiu polskich mężczyzn wynosiło 7,4%. Wysoki udział wypadków wśród przyczyn utraty zdrowia u mężczyzn odnotowano również dla województwa: pomorskiego – 7,8%, małopolskiego – 7,7% i podkarpackiego – 7,7%.

Do innych ważnych, przyczyn utraty zdrowia wśród mężczyzn w Polsce zaliczały się m.in. zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, choroby układu pokarmowego, cukrzyca i choroby nerek, czy też zaburzenia neurologiczne. Dokładny wykaz tych i innych problemów zdrowotnych, które w największym stopniu wpływały na utratę zdrowia u mężczyzn w Polsce i województwach w 2019 r. znajduje się w tabeli poniżej (Tabela 15.1).

Tabela 15.1. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u mężczyzn w Polsce i województwach w 2019 r. wyrażone surowym wskaźnikiem DALY/100 tys. ludności oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu. (Ranking przyczyn od 1–15).

LP.	Problem zdrowotny	Polska										W tym:									
		Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubuskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie				
	Ogółem	37 114,2	38 836,8	36 983,5	37 485,8	38 107,6	43 368,9	33 442,6	36 691,4	38 274,0	33 124,5	37 227,1	34 259,9	39 679,9	38 727,9	37 600,7	34 618,2	38 105,8			
		(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)			
1	Choroby układu krążenia	8480,5	9307,2	7976,6	8611,5	8796,4	10001,1	8292,7	8214,8	9595	7664	8020,9	7064,7	9561,2	9483,1	7592,2	7434,4	8398,7			
		(22,9%)	(24,0%)	(21,6%)	(23,0%)	(23,1%)	(23,1%)	(24,8%)	(22,4%)	(25,1%)	(23,1%)	(21,6%)	(20,6%)	(24,1%)	(24,4%)	(21,5%)	(20,2%)	(22,0%)			
2	Nowotwory	8453,9	8941,6	9572,1	8519,2	9134,7	9766,8	6682,2	7846,1	8971	7345,8	7738,8	8971,5	8971,3	8943,5	8238	8943,5	9573,2			
		(22,8%)	(23,0%)	(25,9%)	(22,7%)	(24,0%)	(22,5%)	(20,8%)	(21,4%)	(23,4%)	(22,2%)	(20,8%)	(22,5%)	(22,6%)	(23,6%)	(23,8%)	(23,8%)	(23,1%)			
3	Wypadki	2749,2	2931	2472,8	2860,8	2784,6	2902,9	2587,9	2486,3	2816,5	2561,7	3133,5	2687,6	3025,7	2815,7	2705,5	2517,5	2699,6			
		(7,4%)	(7,6%)	(6,7%)	(7,6%)	(7,3%)	(6,7%)	(7,1%)	(7,3%)	(7,4%)	(7,7%)	(8,4%)	(7,8%)	(7,6%)	(7,3%)	(7,3%)	(7,3%)	(7,1%)			
4	Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	1948,8	1985,1	1941,1	1954	1943,8	2009,7	1904,1	1928,2	2029,5	1920,8	1948,1	1894	2002,8	2007,3	1905,6	1897,4	1982,7			
		(5,3%)	(5,1%)	(5,3%)	(5,2%)	(5,1%)	(4,6%)	(5,7%)	(5,3%)	(5,3%)	(5,8%)	(5,2%)	(5,3%)	(5,1%)	(5,3%)	(5,3%)	(5,3%)	(5,2%)			
5	Choroby układu pokarmowego	1942,4	2081,6	1764,9	1915,2	1966,3	2794,3	1574,8	1940	1883,4	1503,3	1883,2	1728,8	2398	1763,2	1883,2	1684,9	1926,5			
		(5,2%)	(5,4%)	(4,8%)	(5,1%)	(5,2%)	(6,3%)	(4,7%)	(5,3%)	(4,9%)	(4,3%)	(5,3%)	(5,1%)	(6,0%)	(4,6%)	(5,0%)	(4,9%)	(5,1%)			
6	Cukrzyca i choroby nerek	1668,9	1707,5	1508,2	1558,5	1709,5	1967,7	1263,4	1543,3	1827,9	1318,9	1790,4	1751,4	2077,5	1515,7	1889	1703,2	1621,7			
		(4,5%)	(4,4%)	(4,1%)	(4,2%)	(4,5%)	(4,5%)	(3,8%)	(4,2%)	(4,8%)	(4,0%)	(4,8%)	(5,1%)	(5,2%)	(3,9%)	(5,0%)	(4,9%)	(4,3%)			
7	Zaburzenia neurologiczne	1507,5	1465,5	1432,9	1535,2	1418,9	1626,7	1463,1	1576	1502	1492,2	1600,1	1441	1579,6	1556,2	1476,2	1390,3	1471,9			
		(4,1%)	(3,8%)	(3,9%)	(4,1%)	(3,7%)	(3,8%)	(4,4%)	(4,3%)	(3,9%)	(4,5%)	(4,4%)	(4,20%)	(4,0%)	(4,0%)	(3,9%)	(4,0%)	(3,9%)			
8	Samookaleczanie i przemoc interpersonalna	1461,4	1544,5	1392,9	1611,1	1643,7	1899,5	1228,4	1521,6	1303,3	1255,6	1445,8	1291,7	1382,2	1575,7	1743,4	1194,2	1805			
		(3,9%)	(4,0%)	(3,8%)	(4,3%)	(4,3%)	(4,4%)	(3,7%)	(4,2%)	(3,5%)	(3,8%)	(3,9%)	(3,8%)	(3,5%)	(4,1%)	(4,6%)	(3,4%)	(4,7%)			
9	Zaburzenia z powodu psychoaktywnych	1428,9	1381,6	1425,7	1323,8	1332	1980,4	1198	1488	934,1	1177,6	1883,4	1538,7	1403,8	1315,5	1912,2	1306,1	1322,5			
		(3,9%)	(3,6%)	(3,9%)	(3,5%)	(3,5%)	(4,6%)	(-3,6%)	(-4,10%)	(2,4%)	(3,6%)	(5,1%)	(4,8%)	(3,5%)	(3,8%)	(5,1%)	(3,8%)	(3,5%)			
10	Zaburzenia psychiczne	1310,1	1319,1	1314,2	1314,6	1316,5	1307,9	1302,7	1296,7	1330,2	1318,9	1314,5	1302,2	1312,1	1325,4	1313,9	1301,5	1323,1			
		(3,5%)	(3,4%)	(3,6%)	(3,5%)	(3,5%)	(3,0%)	(3,9%)	(3,5%)	(3,9%)	(4,0%)	(3,5%)	(3,8%)	(3,3%)	(3,6%)	(3,5%)	(3,8%)	(3,5%)			
11	Urazy komunikacyjne	1277,6	1210,7	1338,6	1418,8	1368,3	1543,6	1041,4	1410,4	1248,8	1153,4	1381,9	1128,3	1117,4	1488,5	1379,5	1293,6	1220,3			
		(3,4%)	(3,1%)	(3,6%)	(3,8%)	(3,6%)	(3,6%)	(3,1%)	(3,8%)	(3,3%)	(3,3%)	(3,7%)	(3,3%)	(2,8%)	(3,8%)	(3,7%)	(3,7%)	(3,2%)			
12	Przewlekłe choroby układu oddechowego	1120,1	1169,8	1086,5	1207,6	1107,5	1314,3	1178	1216,5	1119,2	949,9	1185,3	991,4	961,4	1178	1159,4	1046,9	1113			
		(3,0%)	(3,0%)	(3,0%)	(3,2%)	(2,9%)	(3,0%)	(3,5%)	(3,3%)	(2,9%)	(2,9%)	(3,2%)	(2,9%)	(2,4%)	(3,0%)	(3,1%)	(3,0%)	(2,9%)			
13	Inne choroby niezakaźne	940,1	961,2	907,3	934,6	930,2	1015,3	911,9	944,5	994,5	931,5	919,5	931,8	907,1	908,8	896,6	1024,2	905,2			
		(2,5%)	(2,5%)	(2,5%)	(2,5%)	(2,5%)	(2,3%)	(2,7%)	(2,6%)	(2,5%)	(2,6%)	(2,5%)	(2,7%)	(2,3%)	(2,4%)	(2,4%)	(2,4%)	(2,4%)			
14	Choroby narządów zmysłu	884,3	899,9	880,8	892,4	867	920,7	861	872,4	934,8	866,2	897	856,5	924,6	937,7	845,6	840,2	899,3			
		(2,4%)	(2,3%)	(2,4%)	(2,4%)	(2,3%)	(2,1%)	(2,6%)	(2,4%)	(2,4%)	(2,4%)	(2,4%)	(2,5%)	(2,3%)	(2,6%)	(2,3%)	(2,4%)	(2,4%)			
15	Infekcje dróg oddechowych i gruźlica	861,2	839,9	913,7	792,4	712,5	1194,3	571,4	1117,9	706,3	571,4	892,3	850,8	954	776,1	900,7	726,4	809,4			
		(2,3%)	(2,2%)	(2,5%)	(2,1%)	(1,9%)	(2,8%)	(1,7%)	(3,1%)	(1,9%)	(1,7%)	(2,4%)	(2,5%)	(2,4%)	(2,0%)	(2,4%)	(2,1%)	(2,1%)			

Legenda

Wzwyż wskaźnik na 100 tys.

Niższy wskaźnik na 100 tys.

Tabela 15.2. Obciążenie chorobowe według kategorii przyczyn u kobiet w Polsce i województwach w 2019 r. wyrażone surowym wskaźniku DALY/100 tys. ludności oraz w odniesieniu do procentowego udziału przyczyn w całkowitym obciążeniu. (Ranking przyczyn od 1–15).

LP.	Problem zdrowotny	Polska																
		Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	Województwo	
	Ogółem	29002,5	30069,4	28841	28266,2	28516,6	33623,1	26516,8	28754,7	30549,8	26561,1	28168,7	27364,3	31364,3	29884,9	28720,3	27761,7	28573,8
		(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)	(100,0%)
		W tym:																
1	Choroby układu krążenia	668,3	7112,9	6306	7137,1	6303,9	8228,5	6224,4	6823	7557,5	6183,3	6506,1	5377,3	7354,1	8046,8	5967,7	5814,5	6070,6
		(22,8%)	(23,7%)	(21,9%)	(25,3%)	(22,1%)	(24,5%)	(23,5%)	(22,0%)	(24,7%)	(23,5%)	(23,1%)	(20,9%)	(23,5%)	(26,9%)	(20,8%)	(21,0%)	(21,3%)
2	Nerwowoty	567,7	6116,9	6470,8	5019,1	5915,6	6629,1	4613,9	5483,5	5753,2	4467,6	4786,6	5306,6	6377,7	5865,3	6056,5	5742	6152,1
		(19,6%)	(20,3%)	(22,8%)	(17,8%)	(20,7%)	(19,7%)	(17,4%)	(19,0%)	(18,8%)	(17,0%)	(17,0%)	(20,1%)	(20,2%)	(18,6%)	(21,1%)	(20,7%)	(21,5%)
3	Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	2508,4	2511,5	2420,5	2479	2389,3	2835,2	2527	2500,5	2645,9	2519,4	2522,6	2442,5	2484,4	2520,5	2381,7	2395,4	2443,7
		(8,7%)	(8,4%)	(8,4%)	(8,4%)	(8,4%)	(8,4%)	(9,5%)	(8,9%)	(8,7%)	(9,0%)	(9,0%)	(8,9%)	(7,9%)	(8,4%)	(8,4%)	(8,6%)	(8,6%)
4	Zaburzenia neurologiczne	2243	2244,8	2176,5	2299,4	2156,3	2383	2157,4	2364,6	2290,6	2239,2	2356,5	2130,8	2234,6	2353,6	2212,4	2091,3	2208,5
		(7,7%)	(7,5%)	(7,6%)	(8,1%)	(7,6%)	(7,1%)	(8,1%)	(8,2%)	(7,5%)	(8,3%)	(8,4%)	(7,8%)	(7,1%)	(7,9%)	(7,7%)	(7,5%)	(7,7%)
5	Inne choroby niezakaźne	1608,5	1596,8	1539,1	1578,2	1554,9	1774,4	1607,8	1627,3	1673,4	1639,5	1606,8	1632,7	1557,7	1549,8	1549,7	1667,4	1537,4
		(5,6%)	(5,3%)	(5,6%)	(5,6%)	(5,5%)	(6,1%)	(5,7%)	(5,7%)	(5,5%)	(6,2%)	(5,7%)	(6,0%)	(4,9%)	(5,2%)	(5,4%)	(6,0%)	(5,4%)
6	Zaburzenia psychiczne	1518,7	1532,1	1524,5	1520	1524,2	1516,7	1508	1511	1540,6	1513,8	1518,5	1501,4	1526	1529,3	1519	1510	1536,9
		(5,2%)	(5,1%)	(5,3%)	(5,4%)	(5,3%)	(4,5%)	(5,7%)	(5,3%)	(5,0%)	(5,8%)	(5,4%)	(5,5%)	(4,9%)	(5,1%)	(5,3%)	(5,4%)	(5,4%)
7	Zakrzepca i choroby nerek	1501,7	1484,8	1401,5	1356,5	1590,2	1671,8	1133,8	1376,9	1759,7	1124,7	1642	1603,7	1929	1347,8	1742,3	1538,9	1398,8
		(5,2%)	(4,9%)	(4,9%)	(4,8%)	(5,6%)	(5,0%)	(4,3%)	(4,8%)	(5,8%)	(4,3%)	(5,8%)	(5,9%)	(6,2%)	(4,5%)	(6,1%)	(5,6%)	(4,9%)
8	Wypadki	1377,7	1436,4	1237,3	1324,4	1355,9	1458,7	1296,6	1417,2	1395,4	1229,9	1369,1	1358,9	1542,8	1307,1	1217,6	1399,8	1346
		(4,8%)	(4,8%)	(4,3%)	(4,7%)	(4,8%)	(4,3%)	(4,9%)	(4,9%)	(4,6%)	(4,7%)	(4,9%)	(5,0%)	(4,9%)	(4,4%)	(4,2%)	(5,0%)	(4,7%)
9	Choroby narządów zmysłu	1119,4	1153,7	1107,7	1162,8	1093,8	1212,8	1081,9	1133,1	1171,2	1086,3	1155,4	1053,9	1145,4	1194,5	1074,9	1048,8	1128,5
		(3,9%)	(3,8%)	(3,8%)	(4,1%)	(3,8%)	(3,6%)	(4,1%)	(3,9%)	(3,8%)	(4,1%)	(4,1%)	(3,9%)	(3,7%)	(4,0%)	(3,7%)	(3,8%)	(4,0%)
10	Choroby układu pokarmowego	1099,2	1142,1	1008,6	931,5	1028,8	1308,8	933,3	1123,5	1052,6	867,2	1013,9	1092,9	1363,7	923,2	1078,5	991,5	1079,5
		(3,8%)	(3,8%)	(3,5%)	(3,3%)	(3,6%)	(4,3%)	(3,5%)	(3,9%)	(3,5%)	(3,3%)	(3,6%)	(4,0%)	(4,4%)	(3,1%)	(3,8%)	(3,6%)	(3,8%)
11	Przewlekłe choroby układu oddechowego	857,4	870	794,3	789,1	805,9	943	802,7	861,7	951,9	846,2	773,9	804,7	1002,3	825,5	883,2	790,7	837,7
		(3,0%)	(2,9%)	(2,8%)	(2,8%)	(2,8%)	(2,8%)	(3,0%)	(3,0%)	(3,1%)	(3,2%)	(2,8%)	(2,9%)	(3,2%)	(2,8%)	(3,1%)	(2,9%)	(2,9%)
12	Urazy komunikacyjne	498,6	494,4	517,1	466,3	519,3	593,5	403,9	539,8	490,9	453,3	483	447,4	493,4	534,5	525,5	518,6	491,2
		(1,7%)	(1,6%)	(1,8%)	(1,6%)	(1,8%)	(1,8%)	(1,5%)	(1,9%)	(1,6%)	(1,7%)	(1,7%)	(1,6%)	(1,6%)	(1,8%)	(1,8%)	(1,9%)	(1,7%)
13	Infekcje dróg oddechowych i gruźlica	491,5	445,7	530,9	419,9	389	717,1	348,2	638,5	402,1	339,9	519,4	520,8	496,8	408,8	551,8	435,5	446,5
		(1,7%)	(1,5%)	(1,8%)	(1,5%)	(1,4%)	(2,2%)	(1,3%)	(2,2%)	(1,3%)	(1,3%)	(1,8%)	(1,9%)	(1,6%)	(1,4%)	(1,9%)	(1,6%)	(1,6%)
14	Choroby skóry i podskórne	489,2	470,1	454,9	467,5	437	568,6	529,3	519,5	514,4	517,2	493,7	501,8	465,7	460,6	443	458,6	441,6
		(1,7%)	(1,6%)	(1,6%)	(1,7%)	(1,5%)	(1,7%)	(2,0%)	(1,8%)	(1,7%)	(2,0%)	(1,8%)	(1,8%)	(1,7%)	(1,5%)	(1,5%)	(1,7%)	(1,6%)
15	Zaburzenie spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych	457,2	474,8	445,1	413,3	464,9	524,7	415,8	440,9	421,5	405,2	465,2	494,8	501,6	410,4	507,3	438,9	467,2
		(1,6%)	(1,6%)	(1,5%)	(1,5%)	(1,6%)	(1,6%)	(1,6%)	(-1,5%)	(1,4%)	(1,5%)	(1,7%)	(1,8%)	(1,6%)	(1,4%)	(1,8%)	(1,6%)	(1,6%)

Legenda

Wyższy wskaźnik na 100 tys.

Niższy wskaźnik na 100 tys.

W 2019 r. z powodu wszystkich przyczyn, Polki utraciły łącznie 29 002,5 DALY/100 tys. kobiet, przy czym wartość całościowego obciążenia chorobowego różniła się pomiędzy województwami. Regionami o najniższym wskaźniku DALY/100 tys. ze wszystkich przyczyn w Polsce było województwo podkarpackie – 26 361,1 DALY/100 tys. i małopolskie 26 516,8 DALY/100tys., natomiast najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie łódzkim – 33 623,1 DALY/100 tys. Podobnie jak u mężczyzn, wiodącą przyczyną utraty lat życia w pełnym zdrowiu były choroby układu krążenia – wskaźnik dla Polski ogółem wynosił 6 618,3 (22,8% wśród łącznego obciążenia chorobowego). Ten problem zdrowotny był odnotowany jako pierwsza przyczyna przedwczesnego zgonu lub życia z niesprawnością w 12 województwach, spośród których najwyższe wartości wskaźnika DALY/100 tys. zarejestrowano w województwie łódzkim 8 228,5 DALY/100 tys., oraz świętokrzyskim 8 046,8 DALY/100 tys., gdzie ChUK stanowiły odpowiednio 24,5% i 26,9% lokalnego obciążenia chorobowego wśród kobiet. Choć pod względem wartości wskaźnika DALY na 100 tys. zróżnicowanie regionalne nie było wyraźnie widoczne, również w województwie lubelskim choroby kardiologiczne miały ogromny wpływ na stracone lata życia w zdrowiu jęgo mieszkank – zgodnie z danymi ok. ¼ utraty zdrowia kobiet w tym regionie przypisuje się tej grupie przyczyn.

W pozostałych województwach, tj.: kujawsko-pomorskim, lubuskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim wiodącą przyczyną obciążenia chorobowego kobiet były nowotwory, w tych lokalizacjach najwyższy wskaźnik DALY odnotowano dla kujawsko-pomorskiego – 6 470,8 DALY/100 tys. (22,4% obciążenia chorobowego regionu), co ciekawe najwyższą w Polsce wartość tego wskaźnika pomimo tego, że nowotwory nie stanowiły dominującej przyczyny obciążenia chorobowego odnotowano w województwie łódzkim – 6 629,1 DALY/100 tys. (19,7% obciążenia chorobowego regionu). Najmniej utraconych lat w zdrowiu z powodu nowotworów odnotowano w województwie podkarpackim 4 467,6 DALY/100 tys. (16,9% obciążenia chorobowego regionu). Dla porównania, ogólnopolski wskaźnik obciążenia chorobowego z powodu nowotworów w grupie kobiet wynosił 5 671,7 DALY/100 tys. (19,6% obciążenia chorobowego Polek).

Trzecią przyczyną generującą największą utratę lat życia z powodu przedwczesnych zgonów i lat przeżytych z niesprawnością u kobiet w Polsce generowały zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego. Ten problem zdrowotny w całym kraju przyczynił się do utraty na poziomie 2 508 DALY/100 tys. (8,6% obciążenia chorobowego Polek). Największe różnice w wartościach DALY względem regionów odnotowano pomiędzy

województwem łódzkim – wskaźnik na poziomie 2 835,2 DALY/100 tys. (8,4% obciążenia regionu) i województwem warmińsko-mazurskim 2 381,7 DALY/100 tys. (8,3% obciążenia regionu). Analizując udział zaburzeń mięśniowo-szkieletowych w obciążeniu w regionach Polski, najwyższy odsetek zanotowano w województwach podkarpackim (9,6%) i małopolskim (9,6%) a najniższy w województwie śląskim (7,9%).

Na dalszych miejscach zestawienia najważniejszych problemów zdrowotnych Polek znalazły się m.in.: zaburzenia neurologiczne, inne choroby zakaźne, zaburzenia psychiczne, a także cukrzyca i choroby nerek. Wszystkie informacje dotyczące poziomu wskaźnika DALY/100 tys. u kobiet a także jego procentowego udziału w całościowym obciążeniu danego województwa znajdują się w tabeli 15.2.

15.3. Czynniki ryzyka związane z utratą zdrowia ludności w Polsce – analiza obciążenia według płci i województw

Odnoszące się do wszystkich przyczyn obciążenie chorobowe przypisane wszystkim czynnikom ryzyka u mężczyzn w Polsce wynosiło 78657,6 DALY/100 tys. ludności. Głównym czynnikiem ryzyka w całym kraju było palenie tytoniu, którego udział w całkowitym obciążeniu wynosił 6,03% (4743,8 DALY/100 tys.), na kolejnych miejscach znalazły się używanie alkoholu oraz wysokie skurczowe ciśnienie krwi (odpowiednio 4,53%, tj. 3565,0 DALY/100 tys. oraz 4,11%, tj. 3230,2 DALY/100 tys.). Udział czynników ryzyka w poszczególnych województwach wykazywał zróżnicowanie. W przypadku palenia tytoniu największy udział zaobserwowano w województwach łódzkim (6,85%), kujawsko-pomorskim (6,76%) oraz zachodniopomorskim (6,70%), a najmniejszy w śląskim (5,20%), małopolskim (5,63%) oraz podkarpackim (5,73%). Używanie alkoholu w największym stopniu było odpowiedzialne za obciążenie zdrowotne mężczyzn w województwach podlaskim (5,42%), łódzkim (5,26%) i mazowieckim (4,99%), a w najmniejszym w województwach opolskim (3,83%), małopolskim (3,84%) i podkarpackim (4,14%). Województwami z największym udziałem wysokiego skurczowego ciśnienia krwi były świętokrzyskie (4,58%), podkarpackie (4,37%) i opolskie (4,32%), natomiast z najmniejszym – warmińsko-mazurskie (3,76%), pomorskie (3,85%) i dolnośląskie (3,93%). Szczegółowe informacje na temat pozostałych najważniejszych czynników ryzyka całkowitego obciążenia chorobowego u mężczyzn przedstawiono w tabeli 15.3.

Tabela 15.3. Obciążenie chorobowe spowodowane głównymi czynnikami ryzyka wśród mężczyzn w Polsce i województwach w 2019 r. wyrażone w standaryzowanym do wieku wskaźniku DALY/100 tys. ludności, w odniesieniu do wszystkich przyczyn.

Lp.	Czynnik ryzyka	Polska										Zachodniopomorskie																			
		Polska		Dolnośląskie		Kujawsko-Pomorskie		Lubelskie		Lubuskie		Łódzkie		Mazowieckie		Opolskie		Podkarpackie		Podlaskie		Pomorskie		Śląskie		Świętokrzyskie		Warmińsko-Mazurskie		Wielkopolskie	
	Ogółem:	7857,6 (100,0%)	8131,8 (100,0%)	78949,6 (100,0%)	78146,3 (100,0%)	82842,9 (100,0%)	89793,1 (100,0%)	75199,0 (100,0%)	76457,3 (100,0%)	80106,9 (100,0%)	70196,2 (100,0%)	73313,2 (100,0%)	72731,6 (100,0%)	83578,4 (100,0%)	79823,3 (100,0%)	80624,7 (100,0%)	75989,3 (100,0%)	79301,8 (100,0%)													
1	Palenie tytoniu	4743,8 (6,03%)	5147,3 (6,29%)	5336,2 (6,76%)	4823,3 (6,17%)	5186,0 (6,64%)	5329,9 (6,85%)	4397,3 (5,63%)	4526,0 (5,92%)	4740,9 (5,92%)	4025,3 (5,73%)	4267,1 (5,82%)	4505,8 (6,20%)	4343,8 (5,20%)	4859,0 (6,09%)	5312,4 (6,59%)	4853,1 (6,31%)	5314,9 (6,70%)													
2	Używanie alkoholu	3565,0 (4,53%)	3649,2 (4,46%)	3350,8 (4,24%)	3563,3 (4,56%)	3566,6 (4,51%)	4724,0 (5,26%)	2884,7 (3,84%)	3816,1 (4,99%)	3065,7 (3,83%)	2906,1 (4,14%)	3973,2 (5,42%)	3318,5 (4,56%)	3820,6 (4,57%)	3397,5 (4,26%)	3905,8 (4,84%)	3316,4 (4,36%)	3395,8 (4,28%)													
3	Wysokie stężenie cholesterolu w krwi	3230,2 (4,11%)	3217,8 (3,93%)	3113,6 (3,94%)	3263,8 (4,18%)	3456,2 (4,27%)	3699,8 (4,12%)	3059,5 (4,07%)	3239,8 (4,24%)	3457,7 (4,32%)	3064,6 (4,37%)	2907,3 (3,97%)	2800,7 (3,85%)	3497,3 (4,18%)	3655,1 (4,58%)	3022,6 (3,76%)	3021,3 (3,88%)	3178,3 (4,01%)													
4	Wysoki wskaźnik BMI	2935,7 (3,73%)	3149,4 (3,85%)	2804,2 (3,55%)	2865,4 (3,67%)	3099,3 (3,74%)	3198,4 (3,56%)	2770,6 (3,68%)	2988,3 (3,91%)	3125,3 (3,90%)	2616,3 (3,73%)	2658,3 (3,63%)	2708,4 (3,72%)	3142,5 (3,76%)	2863,4 (3,59%)	2862,9 (3,55%)	2900,8 (3,82%)	2889,6 (3,64%)													
5	Stężenie glukozy na czczo	2549,1 (3,24%)	2513,6 (3,07%)	2298,9 (2,91%)	2401,1 (3,07%)	2676,9 (3,23%)	3135,8 (3,49%)	2292,2 (2,96%)	2285,1 (2,99%)	2757,4 (3,44%)	1824,3 (2,60%)	2609,2 (3,56%)	2706,8 (3,72%)	3117,7 (3,73%)	2117,3 (2,65%)	3021,3 (3,75%)	2592,2 (3,41%)	2378,4 (3,0%)													
6	Wysoki poziom cholesterolu LDL	1688,4 (2,11%)	1824,9 (2,23%)	1599,8 (2,03%)	1939,6 (2,46%)	1742,6 (2,10%)	1711,2 (2,19%)	1876,3 (2,50%)	1577,5 (2,06%)	1852,7 (2,31%)	1582,0 (2,25%)	1345,2 (1,83%)	1448,7 (1,99%)	1811,5 (2,17%)	1738,0 (2,18%)	1497,2 (1,86%)	1486,6 (1,96%)	1700,7 (2,14%)													
7	Zanieczyszczenie pyłami zawieszonymi	1334,9 (1,70%)	1364,1 (1,67%)	1105,8 (1,40%)	1247,5 (1,60%)	1220,3 (1,47%)	1693,9 (1,89%)	1569,2 (2,09%)	1346,7 (1,76%)	1409,5 (1,76%)	1189,7 (1,68%)	1011,3 (1,38%)	832,9 (1,15%)	1767,1 (2,11%)	1400,9 (1,76%)	1021,9 (1,27%)	1228,7 (1,62%)	962,3 (1,21%)													
8	Dieta bogata w sól	853,5 (1,09%)	877,0 (1,07%)	831,0 (1,05%)	871,6 (1,12%)	914,1 (1,10%)	949,8 (1,06%)	849,6 (1,13%)	826,0 (1,08%)	912,1 (1,14%)	829,0 (1,18%)	777,9 (1,06%)	742,4 (1,02%)	909,3 (1,09%)	937,1 (1,17%)	812,4 (1,01%)	801,3 (1,05%)	843,7 (1,06%)													
9	Dieta uboga w produkty pełnoziarniste	752,3 (0,96%)	823,1 (1,01%)	747,0 (0,95%)	733,8 (0,94%)	806,7 (0,97%)	788,3 (0,88%)	821,9 (1,09%)	690,0 (0,90%)	836,3 (1,04%)	710,7 (0,91%)	638,1 (0,87%)	675,8 (0,93%)	808,3 (0,97%)	781,0 (0,98%)	713,8 (0,89%)	700,2 (0,92%)	777,7 (0,98%)													
10	Upośledzona czynność nerek	646,1 (0,82%)	669,6 (0,82%)	617,0 (0,78%)	638,4 (0,82%)	688,4 (0,83%)	707,9 (0,79%)	614,6 (0,79%)	607,5 (0,78%)	689,5 (0,86%)	620,1 (0,82%)	598,4 (0,82%)	604,7 (0,83%)	713,0 (0,83%)	693,6 (0,86%)	643,4 (0,80%)	596,3 (0,78%)	684,7 (0,86%)													

Tabela 15.4. Obciążenie chorobowe spowodowane głównymi czynnikami ryzyka wśród kobiet w Polsce i województwach w 2019 r. wyrażone w standaryzowanym do wieku wskaźniku DALY/100 tys. ludności, w odniesieniu do wszystkich przyczyn.

Lp.	Czynnik ryzyka	Województwa																	
		Polska	Dołnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie
Ogółem:		37950,8	39080,1	38623,4	35498,6	38981,4	41907,9	35140,9	36055,7	40186,6	33730,5	33814,2	36394,4	42776,8	37926,7	39437,1	37687,0	37596,5	37950,8
		(4,99%)	(5,00%)	(4,83%)	(4,92%)	(5,42%)	(5,70%)	(4,87%)	(5,24%)	(5,07%)	(4,93%)	(5,15%)	(5,07%)	(4,92%)	(4,85%)	(4,91%)	(5,13%)	(4,79%)	(4,99%)
1	Wysoki wskaźnik BMI	1893,7	1954,5	1865,4	1748,0	1923,2	2021,8	1728,6	1890,8	2037,4	1664,0	1741,9	1843,9	2106,06	1840,3	1935,9	1932,2	1800,5	1893,7
		(4,90%)	(5,17%)	(5,42%)	(4,65%)	(5,30%)	(5,74%)	(4,57%)	(5,02%)	(5,07%)	(4,31%)	(4,41%)	(5,29%)	(4,62%)	(4,57%)	(5,26%)	(4,96%)	(5,44%)	(4,90%)
2	Palenie tytoniu	1858,4	2018,8	2092,7	1651,0	1951,9	2038,8	1622,4	1808,7	1827,5	1455,02	1490,7	1926,5	1974,3	1721,4	2074,7	1868,8	2045,8	1858,4
		(4,90%)	(5,17%)	(5,42%)	(4,65%)	(5,30%)	(5,74%)	(4,57%)	(5,02%)	(5,07%)	(4,31%)	(4,41%)	(5,29%)	(4,62%)	(4,57%)	(5,26%)	(4,96%)	(5,44%)	(4,90%)
3	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	1582,7	1455,08	1582,3	1584,7	1616,5	1789,8	1468,8	1540,3	1764,2	1521,5	1420,2	1430,3	1790,2	1766,7	1540,6	1576,5	1506,1	1582,7
		(4,17%)	(3,72%)	(4,10%)	(4,46%)	(4,55%)	(4,77%)	(3,96%)	(4,27%)	(4,39%)	(4,51%)	(4,20%)	(3,93%)	(4,18%)	(4,66%)	(3,91%)	(4,18%)	(4,01%)	(4,17%)
4	Stężenie glukozy na czczo	1549,4	1552,9	1482,0	1383,9	1610,9	1691,7	1220,4	1443,7	1742,3	1217,2	1544,0	1648,1	1924,3	1414,4	1816,1	1613,7	1406,5	1549,4
		(4,08%)	(3,97%)	(3,84%)	(3,90%)	(4,54%)	(4,77%)	(3,44%)	(4,00%)	(4,34%)	(3,61%)	(4,57%)	(4,53%)	(4,50%)	(3,73%)	(4,61%)	(4,28%)	(3,74%)	(4,08%)
5	Wysoki poziom cholesterolu LDL	720,1	776,7	727,5	682,3	709,9	758,5	791,3	641,5	852,8	689,7	543,3	641,4	818,2	791,8	676,9	674,0	689,9	720,1
		(1,90%)	(1,99%)	(1,88%)	(1,92%)	(2,00%)	(2,14%)	(2,23%)	(1,78%)	(2,12%)	(2,04%)	(1,61%)	(1,76%)	(1,91%)	(2,09%)	(1,72%)	(1,79%)	(1,83%)	(1,90%)
6	Zanieczyszczenie pyłami zawieszonymi	625,9	640,0	522,8	535,6	544,9	786,7	691,1	611,6	683,4	536,8	448,3	413,3	895,4	628,1	492,9	598,6	435,9	625,9
		(1,65%)	(1,64%)	(1,35%)	(1,51%)	(1,54%)	(2,22%)	(1,95%)	(1,70%)	(1,70%)	(1,39%)	(1,33%)	(1,14%)	(2,09%)	(1,66%)	(1,25%)	(1,59%)	(1,16%)	(1,65%)
7	Używanie alkoholu	523,5	558,8	500,3	437,1	519,4	675,8	421,6	544,5	448,1	411,5	476,3	526,4	637,4	449,0	537,8	496,0	516,7	523,5
		(1,38%)	(1,43%)	(1,30%)	(1,23%)	(1,46%)	(1,90%)	(1,19%)	(1,51%)	(1,11%)	(1,22%)	(1,41%)	(1,45%)	(1,49%)	(1,18%)	(1,36%)	(1,32%)	(1,37%)	(1,38%)
8	Upośledzona czynność nerek	405,1	418,5	394,1	386,4	415,0	444,5	370,7	364,4	458,4	384,3	348,0	390,3	471,3	440,6	416,0	387,7	408,1	405,1
		(1,07%)	(1,07%)	(1,02%)	(1,09%)	(1,17%)	(1,25%)	(1,04%)	(1,01%)	(1,14%)	(1,14%)	(1,03%)	(1,07%)	(1,10%)	(1,16%)	(1,05%)	(1,03%)	(1,09%)	(1,07%)
9	Dieta uboga w produkty pełnoziarniste	333,8	362,7	337,6	316,3	334,7	353,3	345,9	294,8	376,2	308,9	270,7	304,7	378,6	357,1	334,8	324,3	329,3	333,8
		(0,88%)	(0,93%)	(0,87%)	(0,89%)	(0,94%)	(1,00%)	(0,97%)	(0,82%)	(0,92%)	(0,90%)	(0,80%)	(0,84%)	(0,88%)	(0,94%)	(0,85%)	(0,86%)	(0,88%)	(0,88%)
10	Niska masa urodzeniowa	330,7	338,1	346,3	321,8	363,8	353,8	267,6	297,1	351,9	354,5	359,8	303,6	376,3	360,4	336,5	314,0	388,2	330,7
		(0,87%)	(0,88%)	(0,90%)	(0,91%)	(1,02%)	(1,00%)	(0,75%)	(0,82%)	(0,88%)	(1,05%)	(1,06%)	(0,83%)	(0,88%)	(0,95%)	(0,90%)	(0,83%)	(1,03%)	(0,87%)

U kobiet analogiczne obciążenie chorobowe odnoszące się do wszystkich przyczyn przypisane wszystkim czynnikom ryzyka wynosiło 37950,8 DALY/100 tys. ludności. Głównymi czynnikami ryzyka były wysoki wskaźnik BMI (udział w całkowitym obciążeniu 4,99%, 1893,7 DALY/100 tys.), na kolejnych miejscach znalazły się palenie tytoniu oraz wysokie skurczowe ciśnienie krwi (odpowiednio 4,90%, tj. 1858,4 DALY/100 tys. oraz 4,17%, tj. 1582,7 DALY/100 tys.). Udział czynników ryzyka w poszczególnych województwach wykazywał zróżnicowanie. W przypadku wysokiego wskaźnika BMI największy udział zaobserwowano w województwach łódzkim (5,70%), lubuskim (5,43%) oraz mazowieckim (5,24%), a najmniejszy w zachodniopomorskim (4,79%), kujawsko-pomorskim (4,83%) oraz świętokrzyskim (4,85%). Palenie tytoniu w największym stopniu było odpowiedzialne za obciążenie zdrowotne kobiet w województwach łódzkim (5,74%), lubuskim (5,50%) i zachodniopomorskim (5,44%), a w najmniejszym w województwach podkarpackim (4,31%), podlaskim (4,41%) i opolskim (4,55%). Województwami z największym udziałem wysokiego skurczowego ciśnienia krwi były łódzkie (5,04%), świętokrzyskie (4,66%) i lubuskie (4,55%), natomiast z najmniejszym – dolnośląskie (3,72%), warmińsko-mazurskie (3,91%) i pomorskie (3,93%). Szczegółowe informacje na temat pozostałych najważniejszych czynników ryzyka całkowitego obciążenia chorobowego u kobiet przedstawiono w tabeli 15.4.

15.4. Czynniki ryzyka związane z utratą zdrowia ludności w Polsce – analiza obciążenia według płci i grup wieku

W tabeli (Tabela 5) przedstawiono rankingi 10 czynników ryzyka odpowiedzialnych za całkowite obciążenie chorobowe w podziale na płeć i grupy wieku.

U mężczyzn w wieku poniżej 40 lat, całkowite obciążenie chorobowe przypisane wszystkim czynnikom ryzyka wynosiło 4922,63 DALY/100 tys. ludności, a do najważniejszych czynników ryzyka zaliczały się używanie alkoholu (1532,2 DALY/100 tys.; 31,13% całkowitego obciążenia), wysoki wskaźnik BMI (328,6 DALY/100 tys.; 6,67% całkowitego obciążenia) oraz niska masa urodzeniowa (313,8 DALY/100 tys.; 6,38% całkowitego obciążenia). W grupie wieku 40–64 lata całkowite obciążenie chorobowe przypisane wszystkim czynnikom ryzyka wynosiło 56761,4 DALY/100 tys. ludności, a do

najważniejszych czynników ryzyka należały: palenie tytoniu (10451,3 DALY/100 tys.; 18,41% całkowitego obciążenia), używanie alkoholu (8074,4 DALY/100 tys.; 14,23% całkowitego obciążenia) oraz wysoki wskaźnik BMI (6526,9 DALY/100 tys.; 11,50% całkowitego obciążenia). W najstarszej grupie wiekowej (65 lat i więcej) u mężczyzn całkowite obciążenie chorobowe przypisane wszystkim czynnikom ryzyka wynosiło 138914,9 DALY/100 tys. ludności, a do najważniejszych czynników ryzyka zaliczały się palenie tytoniu (25212,8 DALY/100 tys.; 18,15% całkowitego obciążenia), wysokie skurczowe ciśnienie krwi (18781,5 DALY/100 tys.; 13,52% całkowitego obciążenia) oraz stężenie glukozy na czczo (15963,0 DALY/100 tys.; 11,49% całkowitego obciążenia).

U kobiet w wieku poniżej 40 lat, całkowite obciążenie chorobowe przypisane wszystkim czynnikom ryzyka wynosiło 2634,5 DALY/100 tys. ludności, a do najważniejszych czynników ryzyka zaliczały się używanie alkoholu (365,7 DALY/100 tys.; 13,88% całkowitego obciążenia), niska masa urodzeniowa (269,7 DALY/100 tys.; 10,24% całkowitego obciążenia) oraz krótki wiek ciąży dla masy urodzeniowej (264,9 DALY/100 tys.; 10,05% całkowitego obciążenia). W grupie wieku 40–64 lata całkowite obciążenie chorobowe przypisane wszystkim czynnikom ryzyka wynosiło 21478,6 DALY/100 tys. ludności, a do najważniejszych czynników ryzyka należały: palenie tytoniu (4405,1 DALY/100 tys.; 20,51% całkowitego obciążenia), wysoki wskaźnik BMI (3454,5 DALY/100 tys.; 16,08% całkowitego obciążenia) oraz stężenie glukozy na czczo (2094,4 DALY/100 tys.; 9,75% całkowitego obciążenia). W najstarszej grupie wiekowej (65 lat i więcej) u kobiet całkowite obciążenie chorobowe przypisane wszystkim czynnikom ryzyka wynosiło 84210,4 DALY/100 tys. ludności, a do najważniejszych czynników ryzyka zaliczały się wysokie skurczowe ciśnienie krwi (13763,4 DALY/100 tys.; 16,34% całkowitego obciążenia), stężenie glukozy na czczo (12204,9 DALY/100 tys.; 14,49% całkowitego obciążenia) oraz wysoki wskaźnik BMI (11473,3 DALY/100 tys.; 13,62% całkowitego obciążenia).

Tabela 15.5. Obciążenie chorobowe spowodowane głównymi czynnikami ryzyka w Polsce w 2019 r. wyrażone we wskaźniku DALY/100 tys. ludności, według płci i grup wieku.

Lp.	Mężczyźni				Kobiety			
	<40 lat	40–64 lata	65+ lat	Lp.	<40 lat	40–64 lata	65+ lat	Lp.
	Ogółem: 4922,63 (100,0%)	Ogółem: 56761,4 (100,0%)	Ogółem: 138914,9 (100,0%)		Ogółem: 2634,5 (100,0%)	Ogółem: 21478,6 (100,0%)	Ogółem: 84210,4 (100,0%)	
1	Używanie alkoholu 1532,2 (31,13%)	Palenie tytoniu 10451,3 (18,41%)	Palenie tytoniu 25212,8 (18,15%)	1	Używanie alkoholu 365,7 (13,88%)	Palenie tytoniu 4405,1 (20,51%)	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi 13763,4 (16,34%)	1
2	Wysoki wskaźnik BMI 328,6 (6,67%)	Używanie alkoholu 8074,4 (14,23%)	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi 18781,5 (13,52%)	2	Niska masa urodzeniowa 269,7 (10,24%)	Wysoki wskaźnik BMI 3454,5 (16,08%)	Stężenie glukozy na czczo 12204,9 (14,49%)	2
3	Niska masa urodzeniowa 313,8 (6,38%)	Wysoki wskaźnik BMI 6526,9 (11,50%)	Stężenie glukozy na czczo 15963,0 (11,49%)	3	Krótki wiek ciężowy dla masy urodzeniowej 264,9 (10,05%)	Stężenie glukozy na czczo 2094,4 (9,75%)	Wysoki wskaźnik BMI 11473,3 (13,62%)	3
4	Krótki wiek ciężowy dla masy urodzeniowej 305,6 (6,21%)	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi 5892,0 (10,38%)	Wysoki wskaźnik BMI 13875,0 (9,99%)	4	Wysoki wskaźnik BMI 226,6 (8,60%)	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi 1802,7 (8,39%)	Palenie tytoniu 8621,3 (10,24%)	4
5	Palenie tytoniu 296,9 (6,03%)	Stężenie glukozy na czczo 4322,1 (7,61%)	Wysoki poziom cholesterolu LDL 8108,4 (5,84%)	5	Palenie tytoniu 214,8 (8,15%)	Używanie alkoholu 1123,2 (5,23%)	Wysoki poziom cholesterolu LDL 6226,3 (7,39%)	5
6	Stosowanie narkotyków 294,7 (5,99%)	Wysoki poziom cholesterolu LDL 3543,2 (6,24%)	Używanie alkoholu 7808,5 (5,62%)	6	Ergonomiczne czynniki ryzyka występujące w pracy 162,1 (6,15%)	Zanieczyszczenie pyłami zawieszonymi 1005,7 (4,68%)	Zanieczyszczenie pyłami zawieszonymi 4071,5 (4,83%)	6
7	Urazy w miejscu pracy 274,4 (5,57%)	Zanieczyszczenie pyłami zawieszonymi 263,63 (4,64%)	Zanieczyszczenie pyłami zawieszonymi 7080,8 (5,10%)	7	Niedobór żelaza w diecie 137,8 (5,23%)	Wysoki poziom cholesterolu LDL 893,2 (4,16%)	Upośledzona czynność nerek 3292,7 (3,91%)	7
8	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi 230,1 (4,68%)	Dieta uboga w produkty pełnoziarniste 1424,0 (2,51%)	Dieta bogata w sól 5356,7 (3,86%)	8	Stosowanie narkotyków 129,5 (4,92%)	Dieta bogata w czerwone mięso 590,1 (2,75%)	Dieta uboga w produkty pełnoziarniste 2759,2 (3,28%)	8
9	Stężenie glukozy na czczo 171,9 (3,49%)	Dieta bogata w sól 1361,0 (2,40%)	Dieta uboga w produkty pełnoziarniste 4203,8 (3,03%)	9	Stężenie glukozy na czczo 107,2 (4,07%)	Ergonomiczne czynniki ryzyka występujące w pracy 520,2 (2,42%)	Dieta bogata w sól 2505,3 (2,98%)	9
10	Ergonomiczne czynniki ryzyka występujące w pracy 171 (3,47%)	Dieta bogata w czerwone mięso 1216,3 (2,14%)	Upośledzona czynność nerek 4098,6 (2,95%)	10	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi 75,0 (2,85%)	Niebezpieczny stosunek płciowy 516,4 (2,40%)	Niska temperatura 2404,2 (2,85%)	10

15.5. Dynamika zmian obciążenia chorobowego w latach 1990–2019 i 2010–2019 wg indeksu SDI dla wybranych lokalizacji

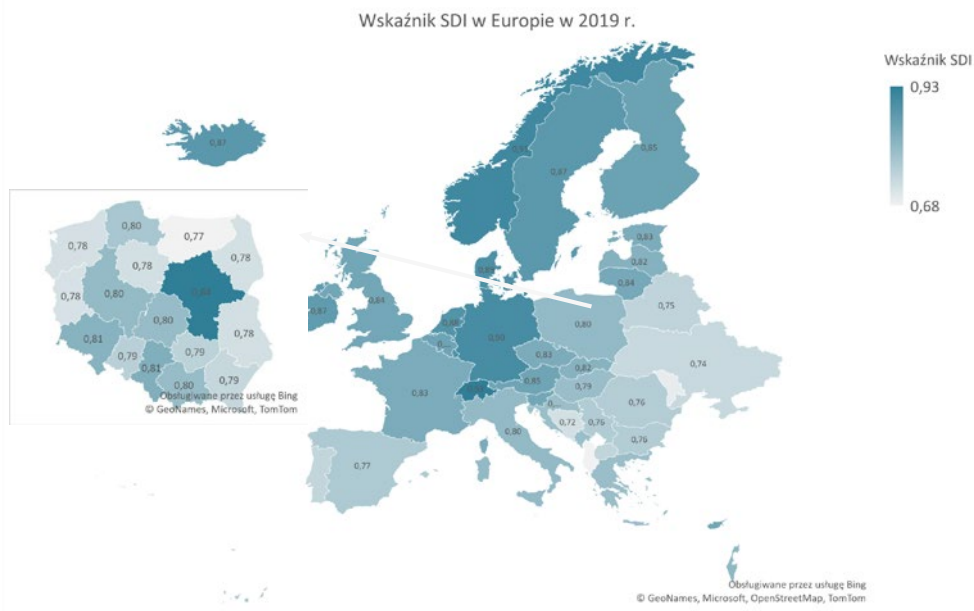
Indeks społeczno-demograficzny (SDI), opracowany przez badaczy GBD i wykorzystywany do tworzenia tych szacunków, jest złożonym wskaźnikiem statusu rozwoju, silnie skorelowanym z wynikami zdrowotnymi (m.in. umieralnością, oczekiwaną długością życia i DALY) i jest wykorzystywany jako podstawa do estymowania wspomnianych wskaźników epidemiologiczno-demograficznych a także ich porównywania w różnych regionach świata. Indeks ten, jest średnią geometryczną o rozkładzie 0 do 1. Obejmuje w sobie wyniki analizy współczynnika dzietności całkowitej poniżej 25 roku życia (TFU25), średniego wykształcenia dla osób w wieku 15 lat i starszych (EDU15+) oraz dochodu per capita rozłożonego w czasie (LDI). Zgodnie z założeniem wskaźnika, lokalizacje o SDI równym 0 miałyby teoretycznie minimalny poziom rozwoju istotny dla zdrowia, natomiast lokalizacje o SDI równym 1 miałyby teoretycznie maksymalny poziom.⁸

Indeks SDI klasyfikuje kraje i regiony świata według następujących klas:

1. kraje o niskim SDI (SDI = 0–0,45);
2. kraje o średnio-niskim SDI (SDI = 0,45–0,61);
3. kraje o średnio-wysokim SDI (SDI = 0,61–0,81);
4. kraje o wysokim SDI (SDI = 0,81–1).

Zgodnie z wynikami badania GBD 2019, kraje w Europie zostały przypisane do ostatnich dwóch kategorii indeksu SDI, a dokładne informacje dotyczące konkretnych wartości tego miernika zostały przedstawione na poniższej rycinie. W Europie wartość indeksu wahała się od 0,68 w Albanii do 0,93 w Szwajcarii. W Polsce wartość indeksu SDI została oszacowana na poziomie 0,80, lecz z obserwacji wewnętrznej wynikało, że indeks ten może znacznie się różnić pomiędzy województwami, osiągając maksymalną wartość 0,84 w województwie mazowieckim i minimalną wartość 0,77 w województwie warmińsko-mazurskim (Ryc. 15.2).

⁸ Global Health Data Exchange, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Socio-Demographic Index (SDI) 1950–2019, IHME, Seattle, 2022, (29.09.2022 r.) [Dostęp: <https://www.healthdata.org/taxonomy/glossary/socio-demographic-index-sdi>]

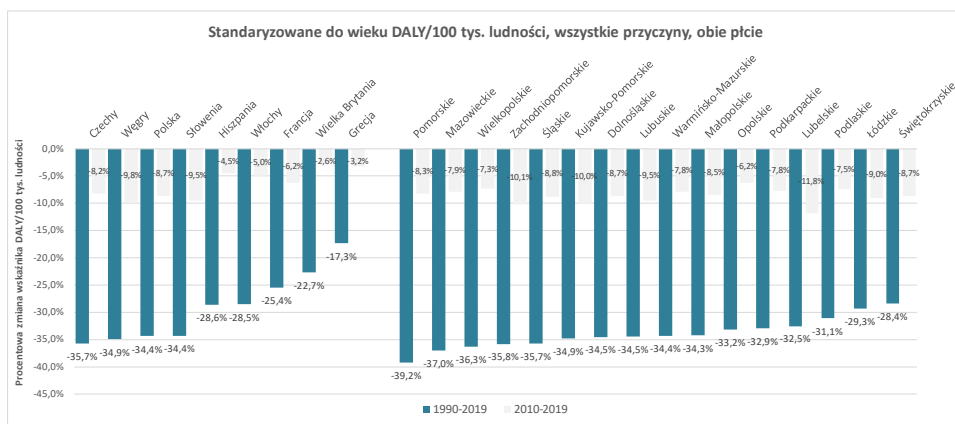


Ryc. 15.2. Wskaźnik SDI (Socio-Demographic Index) w Europie wg. wyników badania GBD 2019.

Analiza sytuacji zdrowotnej obciążenia chorobowego z uwzględnieniem indeksu SDI może być pomocna w ocenie różnic zdrowotnych pomiędzy regionami i śledzenia ich postępu zdrowotnego. Porównując standaryzowane do wieku wskaźniki zdrowotne pomiędzy krajami o podobnym SDI istnieje możliwość analizy wyników i wnioskowania na temat tego, czy sytuacja zdrowotna w danym kraju mogłaby być lepsza od tej obserwowanej rzeczywistości. W ramach zastosowania tej metody, w niniejszym opracowaniu zestawiono oszacowania na temat obciążenia chorobowego (standaryzowany do wieku wskaźnik DALY/100 tys. ludności) w Polsce i w kilku wybranych krajach Europy o zbliżonym poziomie SDI do Polski jak i jej województw. Przeanalizowano dane dotyczące dynamiki zmian wskaźnika DALY/100 tys. ludności dla najważniejszych przyczyn utraty zdrowia obu płci łącznie (tj. chorób układu krążenia i nowotworów) oraz łącznie dla wszystkich przyczyn ogółem w okresie 30- i 10-letnim. Do zestawienia wybrano następujące kraje: Czechy (SDI=0,83), Francja (SDI=0,83), Grecja (SDI=0,79), Hiszpania (SDI=0,77), Słowenia (SDI=0,84), Węgry (SDI=0,79), Wielka Brytania (SDI=0,84), Włochy (SDI=0,80).

Pomiędzy 1990 r. a 2019 r. standaryzowany do wieku wskaźnik utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność (DALY) znacząco spadł we wszystkich analizowanych lokalizacjach. Spośród krajów uwzględnionych w zestawieniu najwyższą redukcję odnotowano w Czechach (-35,7%), a najmniejszą w Grecji (-17,3%). Polska była w czołowie krajów o największym postępie w zmniejszaniu krajowego obciążenia chorobowego (spadek wskaźnika o -34,4%), co więcej w niektórych województwach spadek był większy niż uśredniona wartość dla Polski [np. woj. pomorskie - (-39,2%), mazowieckie - (-37,0%), wielkopolskie - (-36,3%)], natomiast najmniejszy spadek w Polsce odnotowano w województwie świętokrzyskim (-28,4%), czyli podobnie co w krajach takich jak Hiszpania (-28,6%) i Włochy (-28,5%).

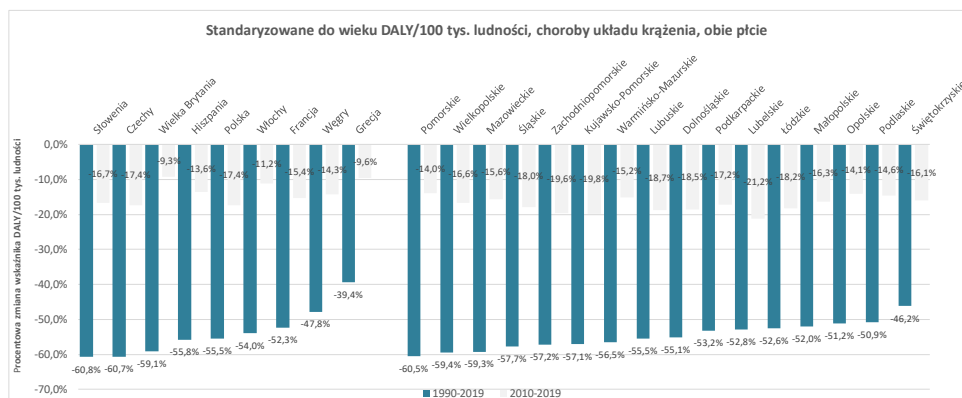
W odniesieniu do 10-letniego okresu porównania, najwyższą średnią krajową zmniejszenia obciążenia chorobowego zanotowano na Węgrzech (-9,8%), a najniższą w Wielkiej Brytanii (-2,6%), Polska ponownie charakteryzowała się jednym z najwyższych spadków (-8,7%). W województwach lubelskim, zachodniopomorskim i kujawsko-pomorskim obciążenie chorobowe z powodu wszystkich przyczyn zmniejszało się o średnio 1% na rok, ostatecznie osiągając wartości (-11,8%, -10,1% i -10,0%) (Ryc. 15.3).



Ryc. 15.3. Dynamika zmian wskaźnika DALY z powodu wszystkich przyczyn w Polsce i 16 województwach w odniesieniu do innych krajów o podobnym indeksie społeczno-demograficznym (SDI) (za okres ostatnich 30 i 10 lat).

W ciągu ostatnich trzech dekad w Polsce odnotowano o ponad połowę mniejsze obciążenie chorobowe z powodu chorób układu krążenia (-55,8%). Największy sukces w tym kontekście osiągnięto w województwie pomorskim (-60,5% spadku), a najmniejszy w województwie świętokrzyskim (-46,2%), co jest lepszym rezultatem do tego osiągniętego w Grecji (spadek jedynie o -39,4%). W Słowenii i w Czechach poprawa zdrowia ludności była na zbliżonym poziomie do woj. pomorskiego – odpowiednio (-60,8%) w Słowenii, (-60,7%) w Czechach.

W odniesieniu tylko do okresu 2010–2019 najwyższy spadek obciążenia chorobowego spośród wszystkich analizowanych lokalizacji odnotowano w województwie lubelskim (-21,2%), następnie w kujawsko-pomorskim (-19,8%) i zachodniopomorskim (-19,6%), co przekłada się na wysoką średnią ogólnokrajową (-17,4%), dzięki której podobnie jak Czechy (-17,4%), Polska odnotowała najlepszy postęp zdrowotny w krajach Europy o zbliżonym SDI (Ryc. 15.4).

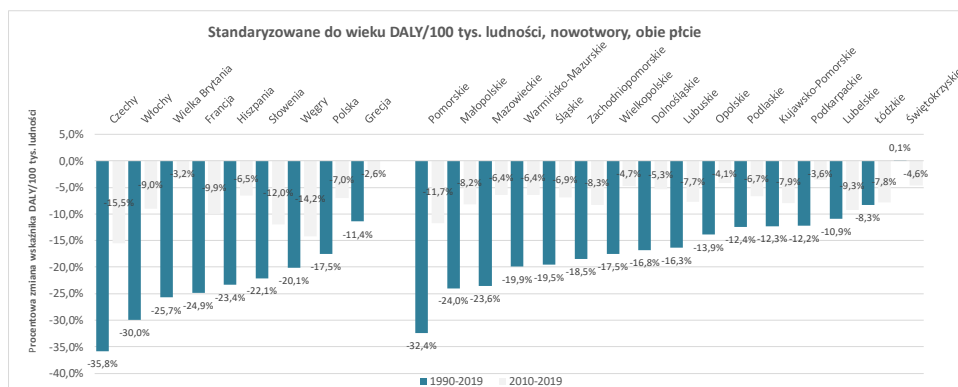


Ryc. 15.4. Dynamika zmian standaryzowanego wskaźnika DALY z powodu chorób układu krążenia w Polsce i 16 województwach w odniesieniu do innych krajów o podobnym indeksie społeczno-demograficznym (SDI) (za okres ostatnich 30 i 10 lat).

Trzydziestoletnia dynamika zmian wskaźnika obciążenia chorobowego z powodu nowotworów jest zauważalnie niższa niż wspomnianych wcześniej chorób układu krążenia, co sprawia, że choroby onkologiczne pozostają poważnym problemem zdrowia publicznego i kluczową przyczyną utraty zdrowia wśród wymienionych populacji.

Największą poprawę wskaźnika utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność w analizowanych krajach, odnotowano dla Czech (-35,8%), najgorszą dla Grecji (-11,4%). Niejako w kontrze do poprzednich analiz, tym razem Polska zajmuje przedostatnie miejsce w międzynarodowym zestawieniu, notując spadek na poziomie (-17,5%) względem roku bazowego tj. 1990. Najlepszą efektywnością pod względem redukcji obciążenia chorobowego charakteryzowało się województwo pomorskie, w którym w latach 1990–2019 standaryzowany do wieku wskaźnik DALY/100 tys. ludności spadł o ponad 1/3. Wyraźny, pozytywny kierunek zmian odnotowano również dla województwa małopolskiego (-24%) i mazowieckiego (-23,6%). Na drugim biegunie zostało województwo świętokrzyskie, w którym w okresie 1990–2019 wskaźnik DALY uległ minimalnemu wzrostowi (+0,1%), co w skali przedstawionego zestawienia sytuacji zdrowotnej w przyjętych do analizy lokalizacjach jest ewenementem.

Wśród poddanych analizie lokalizacjach, najmniejszą poprawę zdrowia ludności związaną ze spadkiem obciążenia z powodu nowotworów w okresie między 2010 r. a 2019 r. odnotowano dla Grecji (-2,6%), następnie dla Wielkiej Brytanii (-3,2%) i województwa podkarpackiego (-3,6%), z kolei najlepiej w zestawieniu wypadły Czechy (-15,5%), Węgry (-14,2%) i Słowenia (-12%), a z polskich województw ponownie województwo pomorskie (-11,7%), a za nim lubelskie (-9,3%) i małopolskie (-8,2%). Dla porównania średnia ogólnopolska dla 10-letniego okresu wynosiła (-7%) (Ryc. 15.5).



Ryc. 15.5. Dynamika zmian standaryzowanego wskaźnika DALY z powodu chorób nowotworowych w Polsce i województwach w odniesieniu do innych krajów o podobnym indeksie społeczno-demograficznym (SDI) (za okres ostatnich 30 i 10 lat).

Na Rysunkach 15.6 6A-6L przedstawiono rozkład udziału poszczególnych przyczyn obciążenia chorobowego wyrażonego w DALY w odniesieniu do dziesięciu problemów zdrowotnych najbardziej obciążających Polaków według płci i grup wieku oraz w podziale na województwa.

U mężczyzn we wszystkich grupach wieku, wartość przypisana dziesięciu najbardziej obciążającym problemom zdrowotnym wyniosła 3 153 527,46 DALY. Zarówno w Polsce, jak i w poszczególnych województwach, najważniejszym problemem zdrowotnym była choroba niedokrwienna serca (wartość udziału dla całej Polski: 27%). Obciążenie tą chorobą było zróżnicowane w poszczególnych województwach, stanowiąc ponad 30% udziału w przypadku województwa małopolskiego i opolskiego oraz najmniejszy udział (na poziomie 23%) w województwach warmińsko-mazurskim i podlaskim. Na drugim miejscu znalazł się rak tchawicy, oskrzeli i płuc, którego udział w scharakteryzowanym obciążeniu w całym kraju wynosił blisko 16% i był najwyższy w województwach kujawsko-pomorskim (ponad 19%) i zachodniopomorskim (18%), a najniższy w podlaskim i śląskim – ok. 14%. Trzecie miejsce wśród problemów zdrowotnych najbardziej obciążających mężczyzn w Polsce zajął ból dolnej części pleców (ponad 8% udział w wymienionym obciążeniu zdrowotnym), osiągający najwyższe wartości procentowe w województwach podkarpackim (9%) i pomorskim (blisko 9%), a najniższe w łódzkim (7%) i dolnośląskim (blisko 8%). Rozkład udziału pozostałych problemów zdrowotnych najbardziej obciążających polskich mężczyzn we wszystkich grupach wieku łącznie przedstawiono na rycinie 15.6 6A. U kobiet we wszystkich grupach wieku, wartość przypisana dziesięciu najbardziej obciążającym problemom zdrowotnym wyniosła 2 499 840,17 DALY. Podobnie jak u mężczyzn, u kobiet najbardziej obciążającym problemem zdrowotnym była choroba niedokrwienna serca, która miała blisko 25% udział w obciążeniu dziesięcioma najważniejszymi problemami zdrowotnymi w Polsce. Najbardziej obciążonymi nią województwami były małopolskie i świętokrzyskie (ponad 29%), a najmniej – pomorskie i wielkopolskie (21%). Ból dolnej części pleców znalazł się na drugim miejscu rankingu problemów zdrowotnych najbardziej obciążających Polki (udział na poziomie blisko 13%), osiągając najwyższe wartości procentowe w województwach podkarpackim i podlaskim (niemal 14%), a najniższe w łódzkim i śląskim (poniżej 12%). Na kolejnym miejscu znalazło się obciążenie spowodowane udarem niedokrwiennym (12% dla Polski), dla którego to problemu zdrowotnego odnotowano

największy udział procentowy w przypadku województwa łódzkiego (powyżej 14%) i świętokrzyskiego (powyżej 13%), a najmniejszy w przypadku pomorskiego (poniżej 10%) i zachodniopomorskiego (nieco powyżej 10%). Rozkład udziału pozostałych problemów zdrowotnych najbardziej obciążających kobiety we wszystkich grupach wieku łącznie zaprezentowano na rycinie 15.6 6B.

Wśród mężczyzn w najmłodszej grupie wieku (poniżej 5 lat), ponad 1/3 obciążenia spowodowanego dziesięcioma najważniejszymi problemami zdrowotnymi w Polsce, wynoszącego 59 215,74 DALY, stanowiło obciążenie z powodu porodu przedwczesnego. Zróżnicowanie regionalne wykazało największy udział tego obciążenia w województwach zachodniopomorskim (ponad 40%) oraz śląskim (blisko 40%), a najmniejszy w Małopolsce (ok. 29%) oraz w Wielkopolsce i na Dolnym Śląsku (33%). Na kolejnym miejscu znalazło się obciążenie wadami wrodzonymi serca (16% dla Polski), z najwyższymi wartościami procentowymi dla wielkopolskiego (ponad 19%) i opolskiego (ponad 18%) i najniższymi dla mazowieckiego (14%) oraz łódzkiego i świętokrzyskiego (15%). Trzecią pozycję w rankingu zajmowały inne wady wrodzone z obciążeniem dla Polski wynoszącym blisko 11%, najwyższym w województwach kujawsko-pomorskim i lubelskim (12%) i najniższym w lubuskim, pomorskim i śląskim (poniżej 10%). Udział pozostałych głównych problemów zdrowotnych przedstawiono na ryc. 15.6 6C. U kobiet w najmłodszej grupie wieku (poniżej 5 lat) obciążenie z powodu 10 najważniejszych problemów zdrowotnych wyniosło dla całej Polski 48 377,94 DALY. Odnotowano zarówno te same trzy najważniejsze problemy zdrowotne co u mężczyzn poniżej 5 roku życia, jak i zbliżone wartości procentowe udziału tych problemów. Obciążenie porodem przedwczesnym odpowiadało za ponad 32% wartości DALY w tej grupie wieku, przyjmując najwyższe wartości w województwie zachodniopomorskim (ponad 40%) oraz śląskim (ponad 37%), a najniższe w Małopolsce (ponad 25%) i Wielkopolsce (blisko 28%). Następnie za blisko 16% obciążenia odpowiadały wrodzone wady serca, z udziałem na poziomie blisko 20% w województwie wielkopolskim i opolskim oraz ok. 14% w łódzkim i małopolskim. Inne wady wrodzone, plasujące się na trzeciej pozycji w tym rankingu odpowiadały za ok. 10% obciążenia w Polsce, zróżnicowanie wojewódzkie w jego wartościach nie było znaczące, najwyższe wartości procentowe zaobserwowano w województwie wielkopolskim (ponad 12%), a najniższe w zachodniopomorskim (poniżej 9%). Rozkład udziału pozostałych głównych problemów zdrowotnych zaprezentowano na rycinie 15.6 6D.

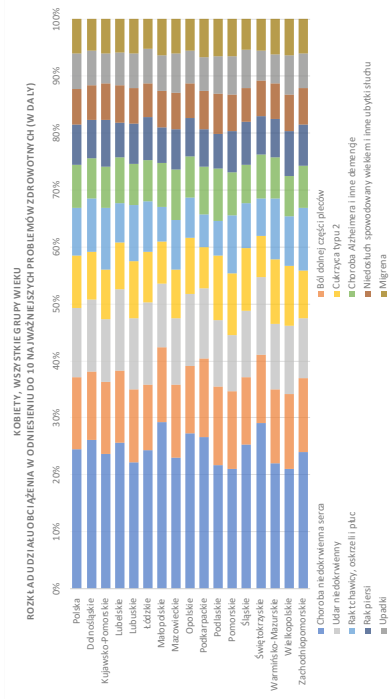
W grupie mężczyzn w wieku 5–14 lat wartość przypisana obciążeniu dziesięcioma najważniejszymi problemami zdrowotnymi w Polsce wyniosła 38 174,38 DALY. Wśród przyczyn najbardziej obciążających w tej grupie znalazły się zaburzenia zachowania (blisko 19% wskazanego obciążenia), astma (blisko 15%) oraz niedobór żelaza w diecie (ponad 10%). Wartości obciążenia były bardzo zbliżone w poszczególnych województwach. Rozkład udziału pozostałych głównych problemów zdrowotnych w tej grupie wieku przedstawiono na rycinie 15.6 6E. U kobiet w wieku 5–14 lat obciążenie dziesięcioma najważniejszymi problemami zdrowotnymi oszacowano na poziomie 37 471,76 DALY, z największym udziałem bólu dolnej części pleców (ponad 14%), migreny (ponad 13%) oraz zaburzeń zachowania (12%). Podobnie jak w przypadku mężczyzn w tej grupie wieku, nie wykazano znaczących różnic w odniesieniu do udziału pomiędzy województwami. Rozkład odsetków pozostałych głównych problemów zdrowotnych przedstawiono na rycinie 15.6 6F.

Na rycinie 15.6 6G przedstawiono udział dziesięciu problemów zdrowotnych najbardziej obciążających mężczyzn w wieku 15–49 lat, dla których wartość DALY wyniosła łącznie 798 912,78. Najważniejszą przyczyną obciążenia w tej grupie wieku było samookaleczenie innymi środkami, stanowiące nieco ponad 20% podanej wartości obciążenia. Na kolejnych miejscach znalazły się zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu (ponad 16% obciążenia) oraz ból dolnej części pleców (blisko 14%). Zróżnicowanie wojewódzkie wykazało, że najwyższe obciążenie dla samookaleczenia odnotowano w województwie zachodniopomorskim (niemal 25%) i lubelskim (niemal 23%), a najniższe w wielkopolskim (niemal 18%) oraz podlaskim (nieco ponad 18%). W przypadku zaburzeń związanych ze spożyciem alkoholu najbardziej obciążonymi województwami były łódzkie i warmińsko-mazurskie (wartość ok. 20%), a najmniej – opolskie (11%) i lubuskie (14%). Udział bólu dolnej części pleców był najwyższy w Małopolsce i na Podkarpaciu (ok. 15%), a najniższy w łódzkim (ponad 11%) oraz w podlaskim i warmińsko-mazurskim (13%). Co warto odnotować, w województwie podlaskim udział zaburzeń związanych ze spożyciem alkoholu były wyższy niż samookaleczenia (blisko 20% oraz nieco ponad 18%, odpowiednio). Analogiczne dane dla kobiet zaprezentowano na rycinie 15.6 6H. Wartość DALY w przypadku kobiet wyniosła 494 966,58, a wśród przyczyn najbardziej obciążających zdrowie Polek wskazano ból dolnej części pleców (ponad 26% obciążenia), migrenę (18%) oraz zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu (blisko 9%). Nie wykazano zróżnicowania tych wartości pomiędzy województwami.

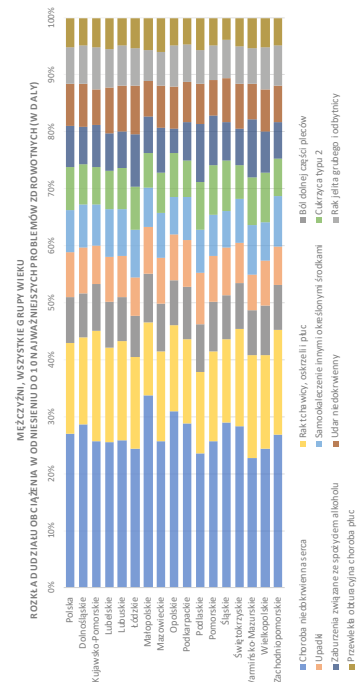
U mężczyzn w wieku 50–69 lat, wartość przypisana dziesięciu najbardziej obciążającym problemom zdrowotnym wyniosła 1 495 962,62 DALY. Najważniejszym problemem zdrowotnym była choroba niedokrwienna serca (ponad 26%). Obciążenie tą chorobą było zróżnicowane w poszczególnych województwach, stanowiąc blisko 34% udziału w przypadku województwa małopolskiego i ponad 29% w województwie opolskim oraz najmniejszy udział w województwie podlaskim (ponad 21%) i lubelskim (ponad 23%). Na drugim miejscu znalazł się rak tchawicy, oskrzeli i płuc, którego udział w obciążeniu w całym kraju wynosił 22% i był najwyższy w województwach kujawsko-pomorskim (ponad 26%) i zachodniopomorskim (ponad 25%), a najniższy w małopolskim (ponad 18%) i śląskim (ponad 19%). Na trzecim miejscu w tym rankingu znalazła się cukrzyca typu 2 (blisko 9% udział), osiągając najwyższe wartości procentowe w województwach śląskim i warmińsko-mazurskim (blisko 10%), a najniższe w świętokrzyskim (blisko 7%) i małopolskim (ponad 7%). Co warto odnotować, w województwach kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim udział raka tchawicy, oskrzeli i płuc był nieco wyższy od udziału choroby niedokrwiennej serca. Rozkład udziału pozostałych problemów zdrowotnych u mężczyzn w tej grupie wieku przedstawiono na rycinie 15.6 6I. U kobiet w wieku 50–69 lat, wartość przypisana dziesięciu najbardziej obciążającym problemom zdrowotnym wyniosła 825 882,15 DALY. Wartości udziału dla trzech najbardziej obciążających przyczyn były dość zbliżone, wskazując, że najbardziej obciążającym problemem zdrowotnym był rak tchawicy, oskrzeli i płuc (ponad 16%), a następnie choroba niedokrwienna serca (ponad 14%) oraz ból dolnej części pleców (blisko 14%). W odniesieniu do raka tchawicy, oskrzeli i płuc najbardziej obciążonymi województwami były kujawsko-pomorskie (20%) oraz warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie (blisko 20%), a najmniej – podkarpackie (12%), a także małopolskie i pomorskie (niemal 13%). Choroba niedokrwienna serca w największym stopniu obciążała mieszkanki województwa małopolskiego (ponad 18%) i opolskiego (ponad 16%), a najmniej – podlaskiego (ponad 11%) oraz lubelskiego i warmińsko-mazurskiego (ponad 12%). Ból dolnej części pleców osiągnął najwyższe wartości procentowe w województwach podkarpackim i podlaskim (odpowiednio ponad 17 i ponad 16%), a najniższe w łódzkim i śląskim (powyżej 12%). W kilku województwach (małopolskim, opolskim, podkarpackim, śląskim i świętokrzyskim) udział raka tchawicy, oskrzeli i płuc był nieco wyższy od udziału choroby niedokrwiennej

serca Rozkład procentowy obciążenia pozostałymi problemami zdrowotnymi u kobiet w wieku 50–69 lat zaprezentowano na rycinie 15.6 6J.

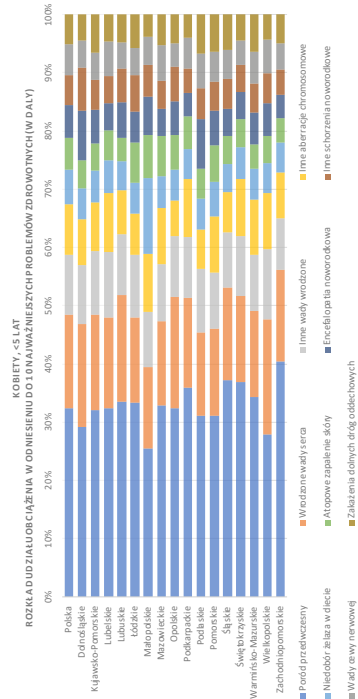
Na rycinie 15.6 6K przedstawiono udział dziesięciu przyczyn najbardziej obciążających mężczyzn w wieku 70 lat i więcej, dla których wartość DALY wyniosła łącznie 1 127 391,50. Najważniejszą przyczyną obciążenia w tej grupie wieku była choroba niedokrwienna serca, stanowiąca blisko 35% podanej wartości obciążenia. Na kolejnych miejscach znalazły się rak tchawicy, oskrzeli i płuc (niemal 13% obciążenia) oraz udar niedokrwienny (nieco ponad 11%). Zróżnicowanie wojewódzkie wykazało, że najwyższe obciążenie dla choroby niedokrwiennej serca odnotowano w województwie małopolskim (ponad 42%), opolskim i podlaskim (ponad 38%), a najniższe, wynoszące nieco powyżej 30% w województwach: mazowieckim, pomorskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim. W przypadku rak tchawicy, oskrzeli i płuc najbardziej obciążonymi województwami były kujawsko-pomorskie i warmińsko-mazurskie (ponad 15%), a najmniej – małopolskie i podlaskie (blisko 11%). Udział udaru niedokrwienego był najwyższy w lubuskim (ponad 12%) i łódzkim (ponad 13%), a najniższy w kujawsko-pomorskim (ponad 9%) i małopolskim (blisko 10%). Odpowiadające dane dla kobiet zaprezentowano na rycinie 15.6 6L. Wartość DALY u kobiet wyniosła 1 401 104,79, a wśród przyczyn najbardziej obciążających zdrowie Polek wskazano chorobę niedokrwienną serca (blisko 35% obciążenia), udar niedokrwienny (blisko 17%) oraz chorobę Alzheimera i inne demencje (ponad 12%). Zróżnicowanie wojewódzkie wykazało, że najwyższe obciążenie dla choroby niedokrwiennej serca odnotowano w województwie małopolskim (blisko 41%) i świętokrzyskim (blisko 40%), a najniższe w województwach: podlaskim i wielkopolskim (nieco powyżej 30%). W przypadku udaru niedokrwienego najbardziej obciążonymi województwami były lubelskie i łódzkie (blisko 20%), a najmniej – pomorskie i zachodniopomorskie (ok. 15%). Udział choroby Alzheimera i innych demencji był najwyższy na Mazowszu i Podlasiu (ok. 14%), a najniższy w województwie opolskim i śląskim (nieco ponad 11%).



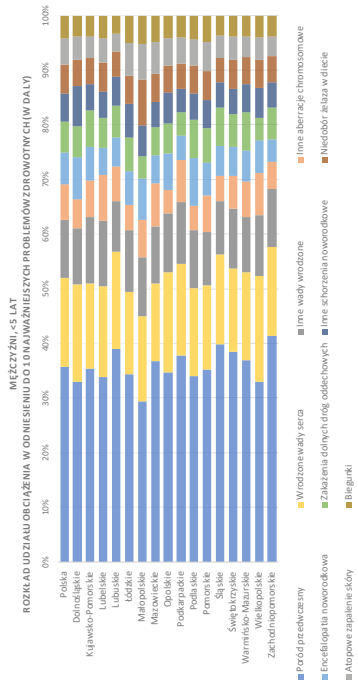
Ryc. 15.6b



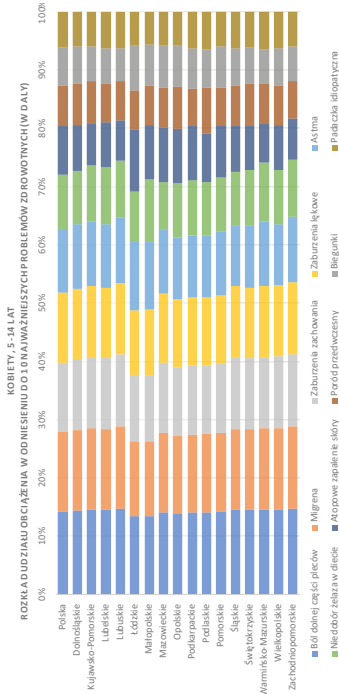
Ryc. 15.6a



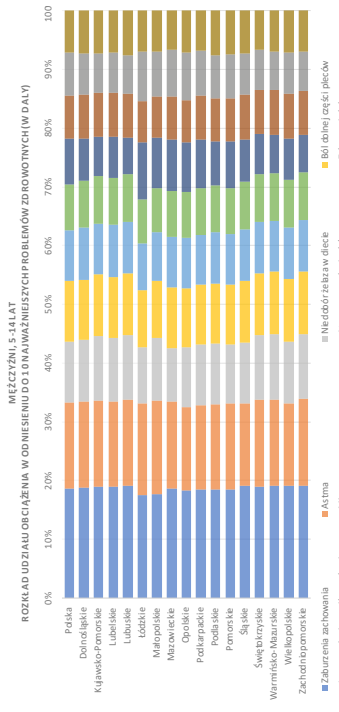
Ryc. 15.6d



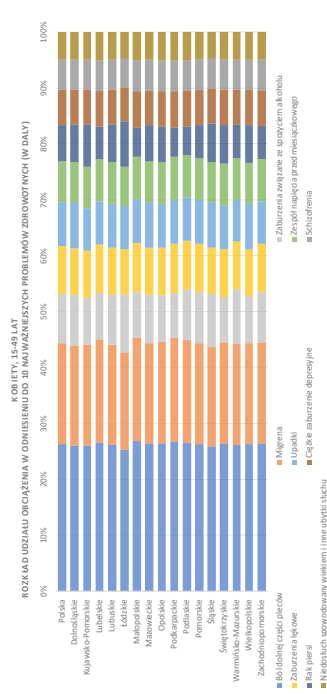
Ryc. 15.6c



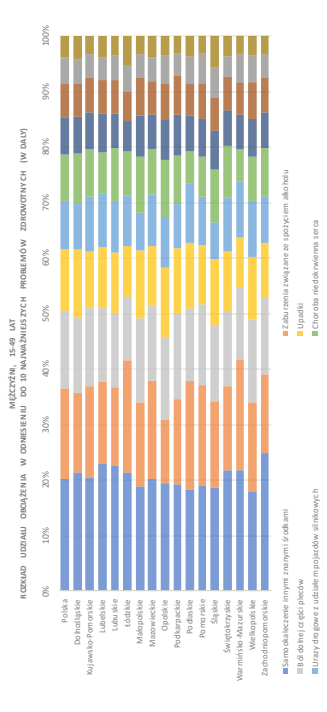
Ryc. 15.6f



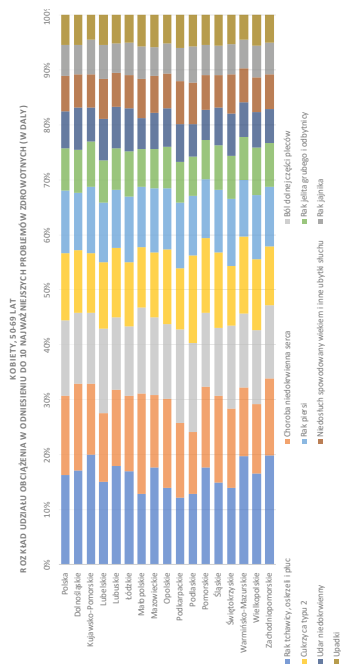
Ryc. 15.6e



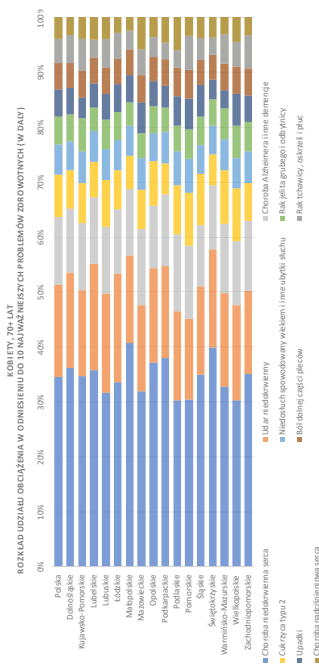
Ryc. 15.6h



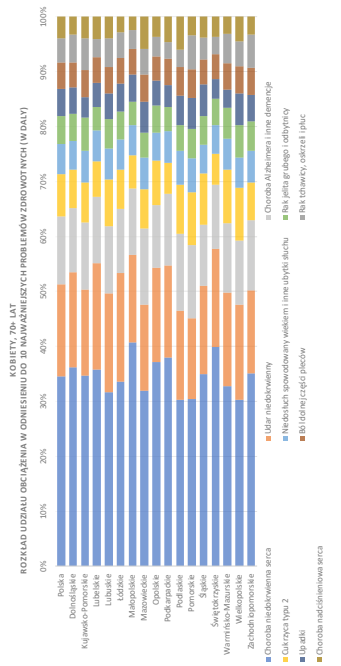
Ryc. 15.6g



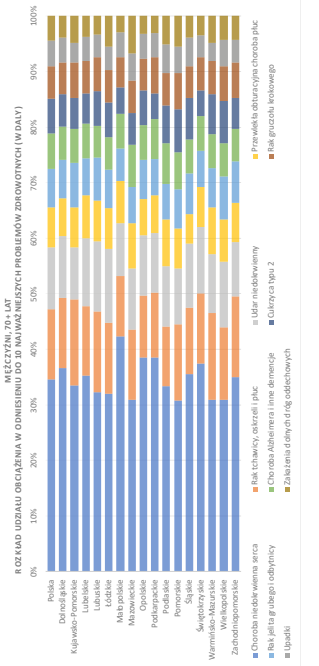
Ryc. 15.6j



Ryc. 15.6i



Ryc. 15.6i



Ryc. 15.6k

Ryc. 15.6. Rozkład poziomu obciążenia chorobowego w odniesieniu do 10 najważniejszych problemów zdrowotnych u kobiet i mężczyzn w Polsce i województwach według grup wieku; <5 lat; 5–14 lat; 15–49 lat; 50–69 lat; 70+ lat.

Podsumowanie

1. Wiodącymi zagrożeniami zdrowia publicznego Polaków są choroby układu krążenia i nowotwory, które w ponad 90% są odpowiedzialne za utratę zdrowia w postaci przedwczesnych zgonów ludności (YLL). Ponad połowa obciążenia chorobowego spowodowanego wypadkami, zaburzeniami neurologicznymi oraz cukrzycą i chorobami nerek wynika z życia z obniżoną sprawnością (YLD).
2. Poziom utraty zdrowia w Polsce różnił się względem płci i województw. W 2019 r. wartość utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność (DALY) z powodu wszystkich przyczyn w Polsce u mężczyzn wynosiła 37 114,2 DALY/100 tys. mężczyzn. Największy regionalny poziom całościowego obciążenia chorobowego odnotowano w województwie łódzkim 43 368,7 DALY/100 tys., natomiast najniższy w województwie podkarpackim 33 124,6 DALY/100 tys.
U kobiet łączne obciążenie wynosiło 29 002,5 DALY/100 tys. kobiet, regionami o najniższym wskaźniku DALY/100 tys. ze wszystkich przyczyn w Polsce było województwo podkarpackie – 26 361,1 DALY/100 tys. i małopolskie 26 516,8 DALY/100tys., natomiast najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie łódzkim – 33 623,1 DALY/100 tys.
3. Analiza sytuacji zdrowotnej obciążenia chorobowego z uwzględnieniem indeksu SDI może być pomocna w ocenie różnic zdrowotnych pomiędzy regionami i śledzenia ich postępu w poprawie zdrowia ludności. Indeks SDI dla Polski skalkulowano na poziomie 0,80; z lokalnie najwyższą wartością dla województwa mazowieckiego SDI=0,84, a najniższą dla województwa warmińsko-mazurskiego SDI=0,77. Analiza dynamiki spadków obciążenia (30-lenia i 10 letnia) z powodu wszystkich przyczyn oraz z powodu ChUK plasowała Polskę w czołówce krajów o najlepszej redukcji wskaźnika DALY. Sytuacja ta nie była jednak tak pozytywna w przypadku zmian obciążenia wynikającego z chorób nowotworowych – Polska znalazła się na końcu zestawienia krajów, a w przypadku woj. świętokrzyskiego odnotowano nawet 0,1% wzrost wskaźnika DALY/100 tys. pomiędzy 1990–2019 r.
4. Najważniejszymi problemami zdrowotnymi u mężczyzn ogółem były: choroba niedokrwienna serca, następnie rak tchawicy, oskrzeli i płuc oraz ból dolnej części pleców. U kobiet były to kolejno: choroba niedokrwienna serca, ból dolnej części pleców oraz udar niedokrwienny. W grupie wieku poniżej 5 lat u obu płci

największe obciążenie zdrowotne było spowodowane przez skutki przedwczesnego porodu, wady wrodzone serca oraz inne wady wrodzone. Utrata zdrowia u mężczyzn w wieku 5–14 lat wynikała przede wszystkim z konsekwencji zaburzeń zachowania, astmy i niedoboru żelaza w dziecię, a u kobiet – bólu dolnej części pleców, migreny oraz zaburzeń zachowania. W grupie wieku 15–49 lat największe obciążenie zdrowotne było spowodowane samookaleczeniem innymi środkami, zaburzeniami związanymi ze spożyciem alkoholu i bólem dolnej części pleców (u mężczyzn) oraz ból dolnej części pleców, migrena i zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu (u kobiet). Najważniejszymi problemami zdrowotnymi u mężczyzn w wieku 50–69 lat były: choroba niedokrwienna serca, rak tchawicy, oskrzeli i płuc oraz cukrzyca typu 2, a u kobiet – rak tchawicy, oskrzeli i płuc, choroba niedokrwienna serca i ból dolnej części pleców. W najstarszej grupie wieku (70 lat i więcej) utrata zdrowia mężczyzn wynikała przede wszystkim z obciążenia chorobą niedokrwienną serca, rakiem tchawicy, oskrzeli i płuc oraz udarem niedokrwiennym, u kobiet zaś z obciążenia chorobą niedokrwienną serca, udarem niedokrwiennym oraz chorobą Alzheimera i innymi demencjami. Obciążenie najważniejszymi problemami zdrowotnymi wykazywało zróżnicowanie wojewódzkie we wszystkich uwzględnionych grupach wieku, za wyjątkiem mężczyzn i kobiet w wieku 5–14 lat oraz kobiet w wieku 15–49 lat.

5. U mężczyzn w Polsce głównym czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za obciążenie chorobowe było palenie tytoniu (udział w całkowitym obciążeniu wynosił 6,03%), używanie alkoholu (4,53%) i wysokie skurczowe ciśnienie krwi (4,11%). U kobiet głównymi czynnikami ryzyka były wysoki wskaźnik BMI (udział w całkowitym obciążeniu 4,99%), palenie tytoniu (4,90%) oraz wysokie skurczowe ciśnienie krwi (4,17%). Dla obu płci udział czynników ryzyka w poszczególnych województwach wykazywał zróżnicowanie.
6. U mężczyzn w wieku poniżej 40 lat do najważniejszych czynników ryzyka odpowiedzialnych za całkowite obciążenie chorobowe zaliczały się używanie alkoholu, wysoki wskaźnik BMI oraz niska masa urodzeniowa. W grupie wieku 40–64 lata były to głównie palenie tytoniu, używanie alkoholu oraz wysoki wskaźnik BMI, natomiast w grupie wieku 65 lat i więcej głównymi czynnikami ryzyka były palenie

tytoniu, wysokie skurczowe ciśnienie krwi oraz stężenie glukozy na czczo. U kobiet w wieku poniżej 40 lat do najważniejszych czynników ryzyka odpowiedzialnych za całkowite obciążenie chorobowe zaliczały się używanie alkoholu, niska masa urodzeniowa oraz krótki wiek ciąży dla masy urodzeniowej. W grupie wieku 40–64 lata były to głównie palenie tytoniu, wysoki wskaźnik BMI oraz stężenie glukozy na czczo, natomiast w grupie wieku 65 lat i więcej do najważniejszych czynników ryzyka zaliczały się wysokie skurczowe ciśnienie krwi, stężenie glukozy na czczo oraz wysoki wskaźnik BMI.

16. WPŁYW COVID-19 NA EFEKT ZMIANY SPOSOBU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OKULISTYCZNYCH

Barbara Więckowska (*Szkoła Główna Handlowa w Warszawie*),
Dariusz Dziełak (*NFZ*); Filip Urbański (*NFZ*); Tomasz Stachurski (*NFZ*),
Marek Rękas (*konsultant krajowy ds. okulistyki*)

Od kilku lat Narodowy Fundusz Zdrowia, wspólnie ze środowiskiem okulistów, podejmował działania w kierunku poprawy dostępności do świadczeń związanych z diagnostyką i terapią chorób oczu. W szczególności, za jedno z głównych wyzwań uznano skrócenie czasu oczekiwania na planowe zabiegi usunięcia zaćmy. Zwiększenie finansowania oraz zmiany organizacji udzielania tych świadczeń przyczyniły się radykalnej poprawy sytuacji w tym zakresie. Tym niemniej świadczenia okulistyczne nadal pozostają w sferze aktywnego monitorowania i ewolucji modelu ich finansowania.

W lipcu 2018 r. wprowadzono istotne zmiany w finansowaniu okulistycznych świadczeń szpitalnych dla dorosłych. Obejmowały one przede wszystkim:

- redefinicję produktów rozliczeniowych związanych z leczeniem zaćmy,
- zrównanie wycen świadczeń niezależnie do długości hospitalizacji,
- wprowadzenie bodźców do centralizacji leczenia jaskry oraz witekтомii.

Dodatkowo dokonano też „uporządkowania” jgp poprzez likwidację grup z nielicznymi wykonaniami, przesunięcie procedur dedykowanych także lecznictwu otwartemu do grup niżej finansowanych (wraz ze zwiększeniem finansowania niektórych grup zabiegowych w AOS (ujednolicenie wycen).

Działania związane z przeciwdziałaniem i zwalczaniem pandemii COVID-19, koncentracja potencjału lecznictwa na tym problemie, ograniczenia w przemieszczaniu ludności oraz utrudniony dostęp do placówek ochrony zdrowia, mogły mieć istotny wpływ na strukturę oraz poziom dostępności świadczeń, w szczególności planowych świadczeń okulistycznych.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie i ilościowa ocena zmian funkcjonowania opieki okulistycznej w wyniku wprowadzanych zmian organizacyjnych i zasad finansowania, w tym warunkach trwającej pandemii COVID-19, w kontekście wybranych świadczeń okulistycznych.

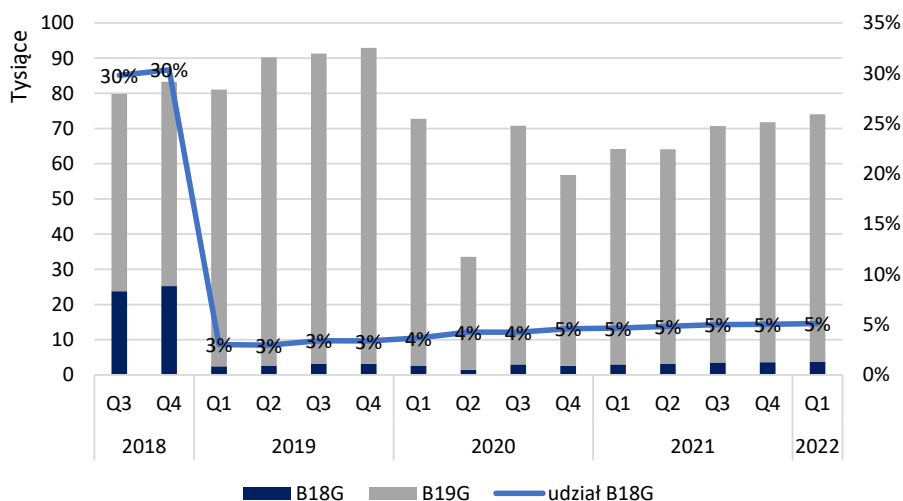
Największe zmiany w zakresie sposobu finansowania dotyczyły grup związanych z leczeniem zaćmy. Zamiast produktu „zaćma powikłana” (B18G) wprowadzono produkt „zaćma kategoria I” wraz ze ściśle zdefiniowanymi kryteriami uprawniającymi do jego rozliczenia. Są to albo (1) stan przedoperacyjny lub powikłania śródoperacyjne wymagające użycia w czasie operacji:

- witrektomu z dostępu przedniego,
- barwników torebki przedniej,
- retraktorów lub pierścieni źrenicznych,
- pierścieni dotorebkowych,
- pierścieni i soczewek anirydalnych,
- soczewek torycznych 2 i więcej dioptrii,

albo (2) zabiegi wykonywane osobom poniżej 18 roku życia

Działania te jednoznacznie wpłynęły na strukturę zaćm powikłanych i niepowikłanych powodując spadek udziału grupy B18(G) z 30% (IV kw. 2018 r.) do 5% (I kw. 2022 r.) przy równoczesnym spadku liczby realizowanych świadczeń w zakresie zaćmy (por. II pół. 2018 r. i I kw. 2022 r.; ryc. 16.1). Warto zauważyć, że po radykalnym zmniejszeniu wolumenu i udziału grup B18(G) w 2019 r. w kolejnych kwartałach sytuacja się ustabilizowała i wzrost udziału do 5% w 2022 r. należy uznać za nieznaczny, także w okresie pandemii COVID-19. Tym niemniej należy zauważyć istotny spadek wolumenu świadczeń w tym okresie, szczególnie w II kw. 2020 r. Przyczyną spadku były obostżenia i ograniczenia w dostępie do placówek ochrony zdrowia oraz obawy pacjentów związane z ewentualnym zakażeniem nowym, groźnym patogenem i wynikające z tego rezygnacje lub odroczenia zabiegów. W kolejnych kwartałach sytuacja ulegała poprawie, ale do I kw. 2022 r. nie osiągnięto poziomu realizacji świadczeń sprzed pandemii.

Porównując te wartości z udziałami zaćm powikłanych w Anglii należy stwierdzić zdefiniowanie grupy B18G ściśle określonymi czynnościami spowodowało, że obecnie udział jej jest zbliżony do wartości obserwowanych w Anglii (5% w latach 2017–2018).



Ryc. 16.1. Liczba oraz struktura świadczeń w grupach B18(G) oraz B19(G) (III–IV kw. 2018 r. – I kw. 2022 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Również sam kształt produktów uległ zmianie tj. wprowadzono modułowość. Obecnie na leczenie zaćmy składają się następujące produkty rozliczeniowe:

**Porada kwalifikacyjna (40 pkt) + JGP (B18G – 2237 pkt lub B19G – 1916pkt) +
porada kontrolna (465 pkt)**

Zatem łącznie leczenie zaćmy z punktu widzenia świadczeniodawcy warte jest 2 400–2 700¹ punktów. Są to kwoty nieznacznie wyższe od obowiązujących przed 1 lipca 2018 r.

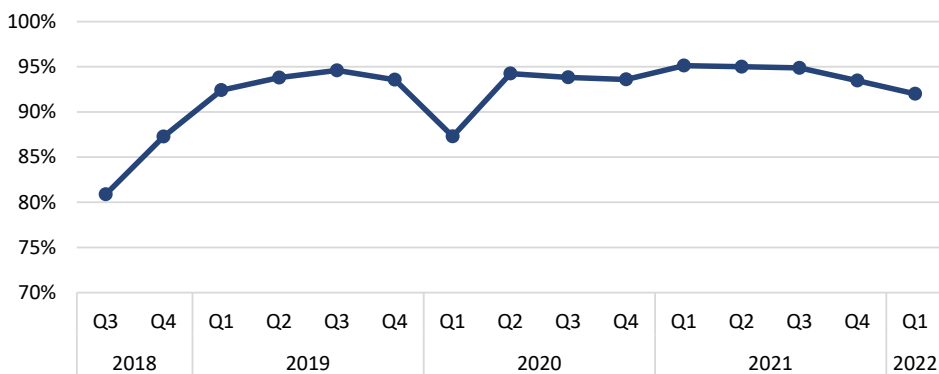
Analizując dane sprawozdawcze za pierwsze 1,5 roku po wprowadzeniu zmian należy stwierdzić, że w pierwszym okresie relacja liczby porad kwalifikacyjnych do zabiegów wynosiła 20% (lipiec 2018 r.). Jednakże udział ten stopniowo wzrósł osiągając poziom

¹ Na dzień opracowywania artykułu, tj. przed wprowadzeniem zmian wynikającym z rekomendacji Prezesa AOTMiT w zakresie wyceny świadczeń oraz włączenia tzw. strumieni podwyżkowych do wyceny świadczeń.

69% (I kw. 2020 r.). Obecnie wartość tego parametru wynosi 100% albowiem porada kwalifikacyjna jest obowiązkowym elementem leczenia zaćmy dla osób nowo zapisanych do kolejki. Pandemia COVID-19 nie miała istotnego wpływu na odsetek świadczeń poprzedzonych poradą kwalifikacyjną.

Zaobserwowano, że udział porad kontrolnych znacząco rośnie. Poradę kontrolną miało 81% pacjentów operowanych w III kw. 2018 r., podczas gdy odsetek ten dla osób operowanych w I kw. 2022 r. wynosił już 92% (ryc. 16.2). W czasie pandemii w I kw. 2020 r. zanotowano spadek porad kontrolnych do 87%, natomiast w kolejnych kwartałach nastąpił znaczny wzrost do poziomu 93%.

Analizując ten wskaźnik na poziomie poszczególnych szpitali należy stwierdzić, że w wielu przypadkach przewyższa on wartość średnią, na którą istotny wpływ mają zerowe udziały w obserwowane w 5 szpitalach. Jednakże należy podkreślić, że jest to „błąd sprawozdawczy” – prawie wszyscy pacjenci zaopatrzeni przez te jednostki mieli poradę kontrolną, która została sprawozdana jako świadczenie z zakresu AOS, a nie produkt dedykowany w ramach katalogu 1b. Z tego względu należy wnioskować o dalszym wzroście wskaźnika w najbliższym okresie. W drugiej połowie 2018 r. udział 95% lub więcej porad kontrolnych po zabiegu sprawozdało 73 podmioty (tj. 28% wszystkich podmiotów), zaś w I kw. 2022 r. 144 podmioty (tj. ponad połowa wszystkich podmiotów).



Ryc. 16.2. Udział porad kontrolnych po zabiegu zaćmy (I–II kw. 2018 r. – I kw. 2022 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

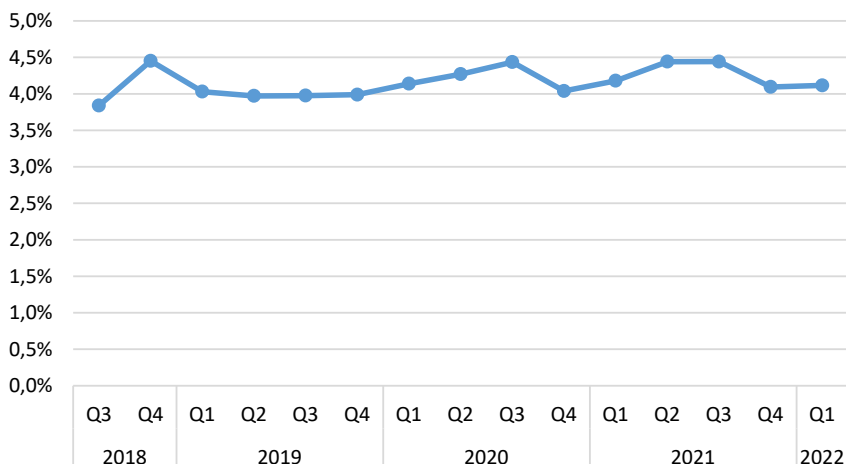
Aby zwiększyć jakość udzielanych świadczeń w ramach produktów dedykowanych leczeniu zaćmy wprowadzono 3 mierniki jakości:

- śródoperacyjne pęknięcie torebki tylnej,
- zapalenie wnętrza gałki ocznej,
- ostrość widzenia (przed i po operacji).

Analizując dane w tym obszarze należy stwierdzić, że są one znacznie poniżej wartości spodziewanych (pierwsze dwa w wymienionych wskaźnikach nie przekraczają wartości 0,2%), co może świadczyć o niskiej jakości informacyjnej². Podobne problemy obserwowane są w ocenie stopnia pogorszenia widzenia (określonego jako ujemna wartość różnicy pomiędzy ostrością widzenia ocenianą podczas porady kontrolnej a ostrością widzenia ocenianą przed zabiegiem). Wartość średnia dla Polski wynosi ok. 4–5%, co jest poziomem istotnie wyższym niż wartość wskazywana przez konsultanta krajowego prof. Marka Rękasa (1,5% na podstawie danych zagranicznych). Być może na tym etapie jest to również problem jakości danych. Ze względu na luki sprawozdawcze ocena różnicy w ostrości widzenia nie zawsze jest możliwa. W pierwszym roku trwania pandemii zawieszono (odroczone) stosowania przepisów dotyczących szczegółowych obowiązków sprawozdawczych, co bez wątpienia miało wpływ na jakość przekazywanych do Funduszu danych. Należy nadal dążyć do poprawy wartości informacyjnej wskaźników jakościowych, w szczególności w okresie po pandemii COVID-19. Dzięki takiemu podejściu będzie można w przyszłości wprowadzić część finansowania opartą o efekt, co spójne jest z wizją tzw. *value based medicine* obecnie podnoszoną w sektorze ochrony zdrowia³.

² Wyjątek stanowią województwa dolnośląskie i podkarpackie.

³ Świadczeniodawcy mogą podnosić, że wykorzystywanie danych administracyjnych do pomiaru jakości może wprowadzać w błąd, ale należy podkreślić, że istnieją badania wskazujące, że takie rozwiązanie jest stosowane również w krajach o długiej tradycji pomiaru jakości (Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability, The Milbank Quarterly, Vol. 95, No. 1 (March 2017), ss. 136–183).



Ryc. 16.3 Udział hospitalizacji, po których nastąpiło pogorszenie ostrości (I–II kw. 2018 r. – I kw. 2022 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

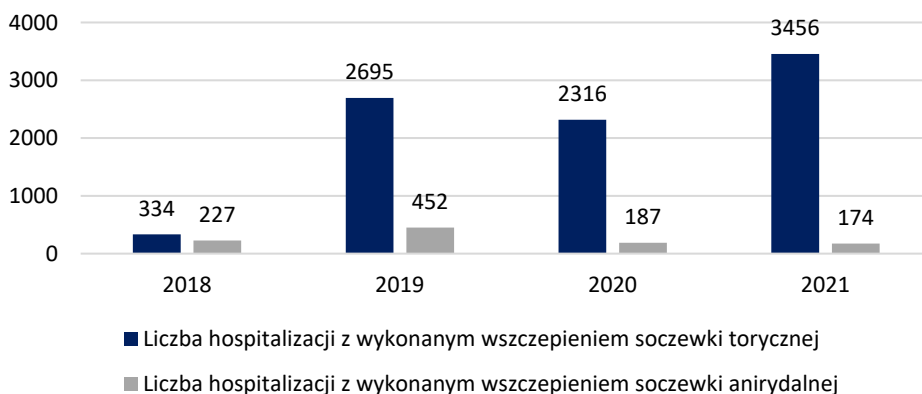
W ramach grup jgp związanych z leczeniem zaćmy prowadzono również wskaźniki korygujące. Stosuje się je w przypadku równoczesnej obustronnej operacji zaćmy⁴ albo w przypadku zastosowania soczewki torycznej lub anirydalnej⁵. W przypadku zaćmy liczba obustronnych zabiegów jest sporadyczna – w ciągu I kw. 2022 r. odnotowano ok. 50 przypadków. Być może przyczyną jest obawa pacjentów o powikłania, które spowodują (czasową) utratę wzroku. Konsultant krajowy zwrócił się z prośbą o opracowanie wytycznych przez PTO i SCOP dla tego typu postępowania. Wydaje się, że oba działania – zwiększenie wskaźnika (do 2,0 od stycznia 2019 r.) oraz publikacja wytycznych mogą przyczynić się do wzrostu operacji obustronnych.

Natomiast w przypadku zastosowania soczewek torycznych obserwowany jest stały wzrost liczby wszczepień (z 334 w II poł. 2018 r. do 3456 w 2021 r., ryc. 16.4). Po znacznym wzroście wszczepień tego typu soczewek w 2019 r., 2020 r. przyniósł wyhamowanie ze względu na skutki pandemii COVID-19. W 2021 r. zaobserwowano dalszy wzrost

⁴ Wskaźnik 1,54 od lipca 2018 zaś od stycznia 2019 zwiększony do 2,0.

⁵ Wskaźnik 1,25 od lipca 2018.

wszczepień. Być może przyczyną jest właśnie możliwość sfinansowania kosztu soczewki – wszczepienie soczewki torycznej zwiększa finansowanie o ponad 45% (z 1860 zł (wycena B19G) do 2 715zł⁶1,25* wycena B18G). Taki wzrost liczby wszczepień nie jest obserwowany w przypadku soczewek anirydalnych (wszczepianych jest ok.30 miesięcznie), co jest zgodne z oczekiwaniami i związane z bardziej restrykcyjnymi wskazaniami medycznymi. Należy jednak podkreślić, że wprowadzona zmiana umożliwiła zwiększenie dostępności do soczewek anirydalnych.



Ryc. 16.4. Liczba hospitalizacji z wykonanym wszczepieniem soczewki torycznej i anirydalnej (I poł. 2018–2021)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

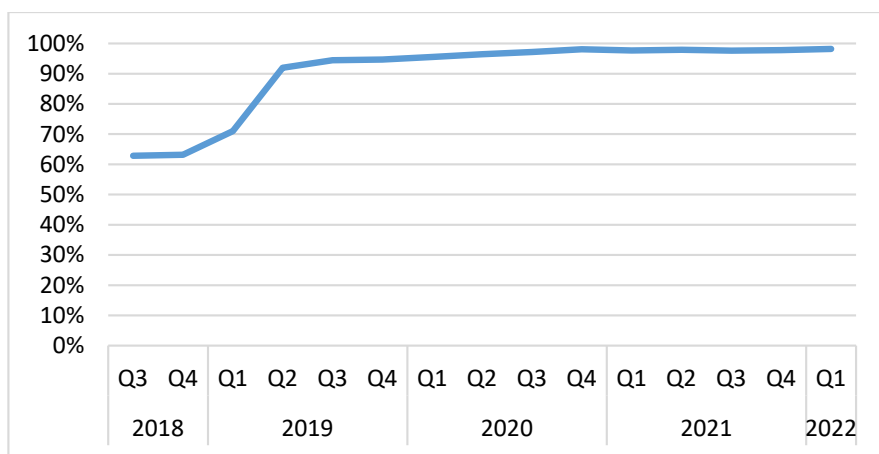
Porównując długość hospitalizacji z powodu zaćmy w Polsce w stosunku do innych krajów należy stwierdzić, że istotnie niższy był udział hospitalizacji jednodniowych. Mimo istotnego wzrostu z 62%⁷ w 2018 r. do 70% w I kw. 2019 r. nadal był on poniżej średniej OECD, która wynosiła 86,8% (*Health at a Glance 2017*, s.183). Stąd też płatnik zdecydował się od 1 kwietnia 2019 r. wdrożyć kolejny mechanizm finansowania – obniżenie

⁶ Obecnie wartość tego świadczenia wynosi 2796 pkt

⁷ Wartości obliczone na bazie NFZ. Należy zwrócić uwagę, że dane OCED dla Polski są zaniżone (34,6%), albowiem jako hospitalizacje jednodniowe traktowane są jedynie hospitalizacje w ramach umowy na tzw. tryb jednodniowy bez ujęcia hospitalizacji trwających jeden dzień sprawozdawanych w ramach trybu hospitalizacja.

wyceny hospitalizacji, których czas jest dłuższy niż 1 dzień u tych świadczeniodawców, u których udział hospitalizacji jednodniowych jest niższy niż 80%⁸ (nadal istotnie mniej niż średnia OECD). Wskaźnik ten jest obliczany kwartalnie. W przypadku gdy w danym kwartale u danego świadczeniodawcy udział świadczeń jednodniowych jest niższy niż wartość graniczna, w następnym kwartale wszystkie hospitalizacje trwające dłużej niż 1 dzień będą objęte wskaźnikiem finansowania 0,9 (hospitalizacje jednodniowe finansowane będą bez zmian). W I kw. 2020 r. wskaźnik udziału hospitalizacji jednodniowych wśród hospitalizacji z powodu zączy w Polsce wynosił już ok 95%, natomiast pod koniec 2021 r. i w I kw. 2022 r. wzrósł do 98% (ryc. 16.5).

Pandemia COVID-19 nie miała istotnego wpływu na wyżej wymieniony trend. W trakcie jej trwania udział świadczeń jednodniowych, po skokowym wzroście w połowie 2019 r., nadal sukcesywnie się zwiększał, aż do obecnego, wysokiego poziomu.



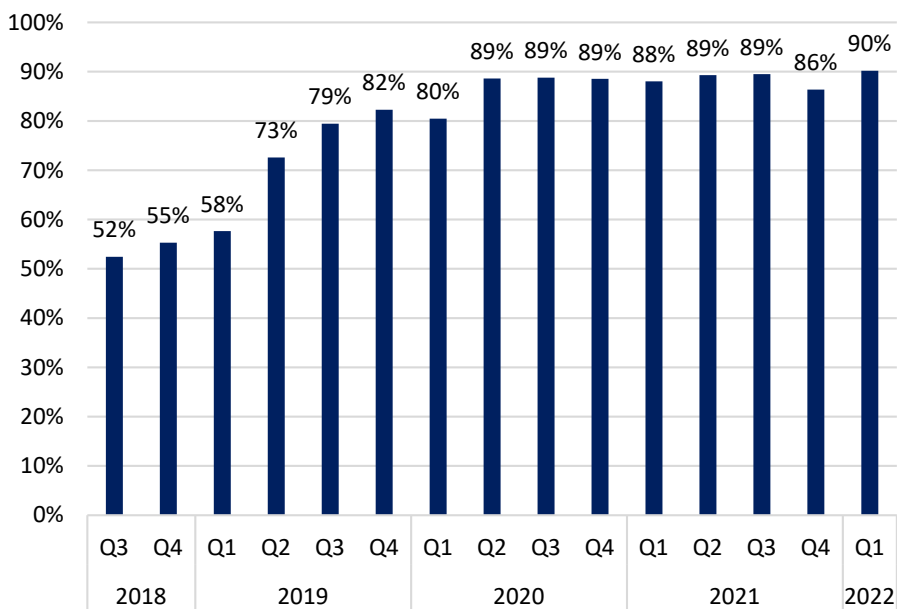
Ryc. 16.5. Udział świadczeń jednodniowych z powodu zączy (2018 r. – I kw. 2022 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Na podstawie wstępnych danych za I kw. obowiązywania wyżej opisanego mechanizmu z 52 świadczeniodawców, którzy mogli mieć obniżone finansowanie,

⁸ Wartość wskaźnika w pierwszym okresie wynosiła 60%.

2 świadczeniodawców wykonało wszystkie świadczenia w trybie jednodniowym. W przypadku pozostałych świadczeniodawców finansowanie zostało obniżone dla 17,4% świadczeń (3630 sprawozdanych jgp). Co więcej, na następny okres (III kw. 2019) obniżone finansowanie może otrzymać 24 świadczeniodawców. Zatem można wnioskować, że świadczeniodawcy dostosowują strukturę udzielanych świadczeń do wymogów finansowania.



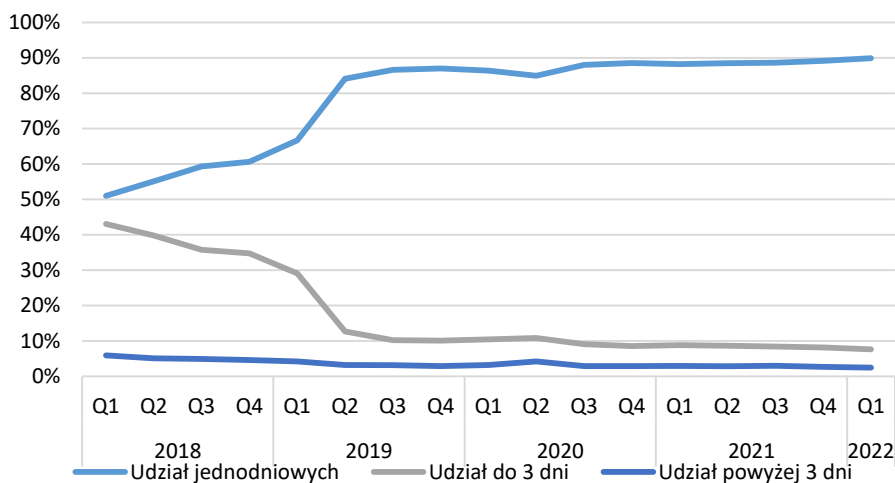
Ryc. 16.6 Udział hospitalizacji jednodniowych z powodu wykonania zaćmy wśród pomiotów w wartości 95% lub więcej w poszczególnych kwartałach

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Na długość hospitalizacji okulistycznych niewątpliwie miało wpływ zróżnicowanie wyceny świadczeń w zależności od liczby dni pobytu w szpitalu. Aby ograniczyć bodźce do przedłużonych hospitalizacji podjęto decyzję o ujednoczeniu wyceny jgp niezależnie czy hospitalizacja trwała poniżej 3 dni czy powyżej 3 dni. Zmianą tą objęto 11 grup jgp (B16, B16G, B17, B17G, B18, B32, B33, B42, B43, B84, B94). Niewątpliwie działania

te przyczyniły się do zmiany struktury długości hospitalizacji, przy czym największy wpływ miały zmiany w grupie B18(G), ze względu na jej istotny udział w strukturze jgp. Udział hospitalizacji jednodniowych w całej sekcji B wzrósł z 50% (2018) do 90% (I kw. 2022, ryc. 16.7).

Pandemia COVID-19 nie miała istotnego wpływu na zmianę struktury hospitalizacji, choć dostrzegalne jest nieznaczne skokowe zwiększenie udziału „jednodniówek” w II kw. 2020 r., czyli na początku pandemii – Pandemia COVID-19 utrwaliła więc organizację udzielania świadczeń w trybie jednodniowym.

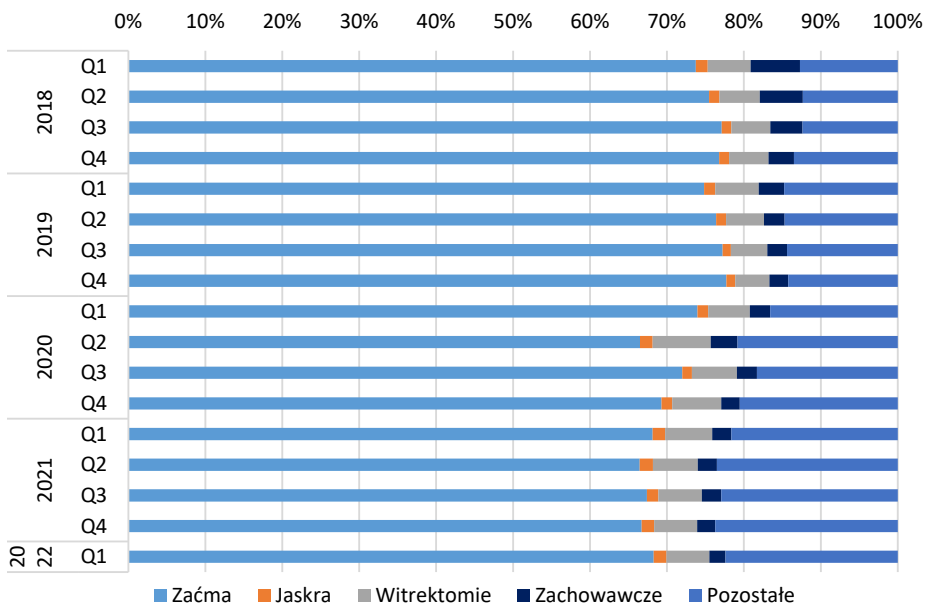


Ryc. 16.7. Udział świadczeń wg długości hospitalizacji w sekcji B (2018 r. – I kw. 2022 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W przypadku grupy „leczenie zachowawcze” B98 utrzymano zasadę zróżnicowania wyceny przy jednoczesnym ograniczeniu listy ICD-10 kierujących do grupy. Dotychczas wśród głównych przyczyn hospitalizacji zachowawczych dominowały H35.8 (inne określone zaburzenia siatkówki, 20% świadczeń) oraz rozpoznania dedykowane podejrzeniom chorób wskazujące na realizację świadczeń diagnostycznych w warunkach szpitalnych. Zgodnie z informacjami pozyskanymi od konsultanta krajowego można stwierdzić, że rozpoznania te powinny być głównie zaopatrzone w ambulatorium. Być może była

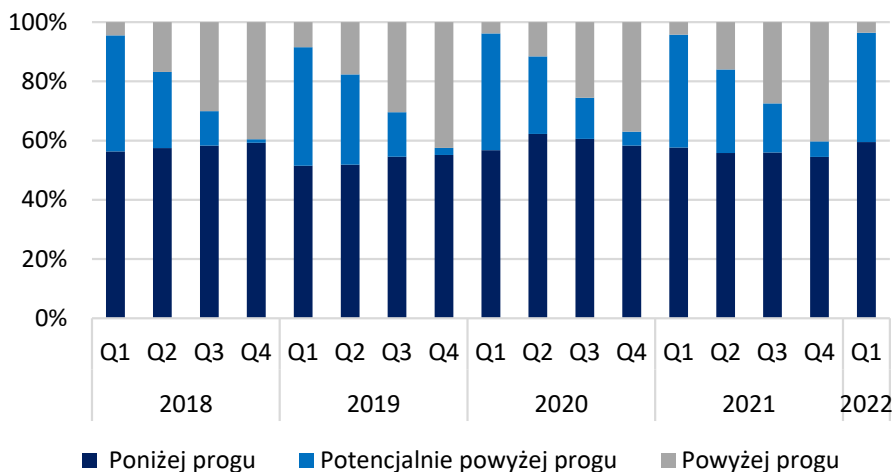
to przyczyna występowania różnic w udziale hospitalizacji zachowawczych w Polsce w stosunku do Anglii, gdzie hospitalizacje te stanowią 4% wszystkich hospitalizacji okulistycznych (*Hospital Episode Statistics 2017–2018*), czy do Australii, gdzie udział wynosi 4,4% (AR-DRG, 2017–2018). Analizując udział hospitalizacji zachowawczych po wprowadzeniu zmian w definicji grupy udział jej zmalał z 6,4% (I kw. 2018 r.) do 2,1% (I kw. 2022 r., ryc. 16.8). W okresie pandemii udział hospitalizacji kwalifikowanych jako zachowawcze istotnie się nie zmienił. Wzrósł zauważalnie udział hospitalizacji „pozostałych”, co wynika ze zmniejszeniu wolumenu świadczeń zabiegowych. Wraz ze wzrostem liczby operowanych zaćm (I kw. 2022 r.) udział ten zaczął się zmniejszać. Jednakże nadal u 10 świadczeniodawców udział ten przekracza 10% wszystkich hospitalizacji z powodu chorób oka. Aby doprowadzić do dalszego stopniowego zmniejszenia liczby hospitalizacji zachowawczych w tych szpitalach należałoby zaangażować konsultantów wojewódzkich do oceny funkcjonowania poszczególnych oddziałów, w tym weryfikacji ich efektywności organizacyjnej (dostęp do poradni przyszpitalnych oraz ocena podczas przyjęcia).



Ryc 16.8.. Udział hospitalizacji zachowawczych w sekcji wg kwartałów

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Kolejną istotną zmianą w zakresie okulistyki było wprowadzenie wskaźników mających na celu centralizację świadczeń w obszarze leczenia jaskry i witrektomii. Wprowadzenie wskaźników promujących zwiększone wykonywanie witrektomii (B16, B16G, B17, B17G) wyodrębniło w pierwszym okresie 12 świadczeniodawców spełniających próg graniczny (400 zabiegów). Stanowiło to ok.42% wszystkich witrektomii wykonanych w I kw.2018 r. (ryc. 16.9). Nie dostrzega się istotnego wpływu czynników związanych z pandemią COVID-19 w tym zakresie. Warto jednak zauważyć cyklicznie malejący w trakcie każdego roku udział podmiotów potencjalnie gotowych do przekroczenia progów granicznych, który jednak nie przekształcał się w faktyczne ich osiągnięcie. Na podstawie analizy danych można więc wysnuć tezę, że pozytywny bodziec w postaci zwiększonej wyceny po osiągnięciu progu liczbowego zabiegów nie wpływa na strukturę udzielanych świadczeń. W przeciwieństwie do świadczeń jednodniowych, gdzie zastosowano odwrotny mechanizm, tj. redukcję refundacji po niespełnieniu zakładanego progu.

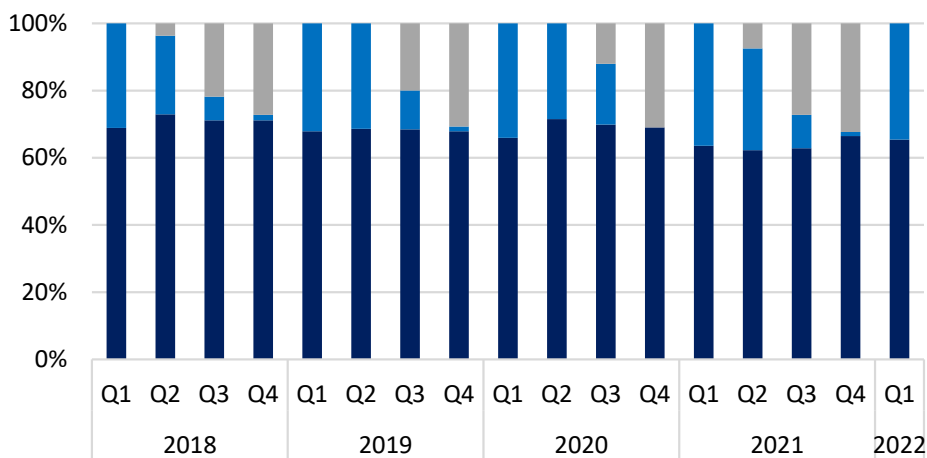


Ryc. 16.9 Udział świadczeń, które spełniają wymagania progów granicznych w zakresie witrektomii

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W przypadku zabiegów leczenia jaskry (B11, B72) próg graniczny (250 hospitalizacji) spełniło jedynie 5 ośrodków, które łącznie wykonywały ok.29% wszystkich świadczeń w tym obszarze (ryc. 16.10). W trakcie trwania pandemii COVID-19 nieznacznie

zmniejszył się udział świadczeń, które spełniają wymagania progów granicznych w zakresie jaskry, szczególnie w 2021 r. Podobnie, jak w przypadku witekromii. Można dostrzec cyklicznie malejący w trakcie każdego roku udział podmiotów potencjalnie gotowych do przekroczenia progów granicznych, który jednak nie skutkował odpowiednią realizacją. Ponownie, podobnie jak w przypadku analizy udzielania świadczeń z zakresu witekromii, nie zaobserwowano znaczących zmian w związku z wprowadzonym mechanizmem.



Ryc. 16.10. Udział świadczeń, które spełniają wymagania progów granicznych w zakresie jaskry

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wprowadzenie wskaźników jakkolwiek zmniejszyło liczbę świadczeniodawców, u których wykonywano sporadycznie ww. świadczenia, tak udział świadczeń realizowanych przez największych świadczeniodawcom nie uległ znacznej zmianie (tabela 16.1 i tabela 16.2). Prawdopodobną przyczyną było brak możliwości bezpośredniego⁹ zwiększenia budżetu przeznaczanego na okulistykę w tych placówkach, zaś zwiększone

⁹ Wprowadzenie współczynnika przełożyło się na zwiększenie wyliczanego na okres przyszły (okres planowania) ryczałtu, wprowadzonego od 1 października 2017 r. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, który obejmuje kwotę zryczałtowaną dla wszystkich profili szpitala zakwalifikowanego do tego systemu zwanego „siecią szpitali”. Zatem środki znalazły się w budżecie szpitala, ale niekoniecznie zostały przyznane oddziałom okulistycznym.

finansowanie paradoksalnie spowodowało ryzyko ograniczenia dostępności. Z tego względu, aby móc skutecznie doprowadzić do centralizacji świadczeń rozważa się możliwość bezlimitowego finansowania w ww. zakresie. Należy jednak podkreślić, że w badanym okresie nie zaszły zmiany w liczbie podmiotów realizujących zabiegi witrektomii i leczenie jaskry na podstawie umowy z NFZ, w szczególności nie odnotowano zmniejszenia liczby świadczeniodawców, co mogłoby skutkować pogorszeniem poziomu dostępności do świadczeń okulistycznych.

Tabela 16.1. Liczba podmiotów wykonujących witrektomie wg liczby świadczeń w roku

liczba świadczeń	liczba podmiotów 2018	liczba podmiotów 2019	liczba podmiotów 2020	liczba podmiotów 2021	liczba podmiotów I kwartał 2022
< 10	57	58	52	99	46
< 50	85	78	71	74	165
< 100	98	94	96	91	192
< 200	119	112	111	110	213
< 300	131	126	138	126	219
<= 400	143	138	150	137	222
> 400	82	87	75	88	3
łącznie liczba podmiotów	225	225	225	225	225

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 16.2. Liczba podmiotów wykonujących jaskry wg liczby świadczeń w roku

liczba świadczeń	liczba podmiotów 2018	liczba podmiotów 2019	liczba podmiotów 2020	liczba podmiotów 2021	liczba podmiotów I kwartał 2022
< 10	105	99	112	101	167
< 50	134	137	146	141	205
< 100	155	159	172	167	218
< 200	173	172	184	177	221
< 300	181	182	191	184	221
<= 400	187	190	197	185	224
> 400	38	35	28	40	1
łącznie liczba podmiotów	225	225	225	225	225

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

PODSUMOWANIE

1. Wykorzystanie systemu jgp do stymulowania zmian w strukturze świadczeń okulistyki dorosłych w Polsce przyniosło spodziewane efekty, choć nadal nie od razu w takim stopniu, jak zakładano. Prawdopodobnie jedną z przyczyn mogły być ograniczenia w dostępie do placówek ochrony zdrowia oraz odroczenie realizacji planowych zabiegów także przez samych pacjentów, co było związane z trwającą pandemią COVID-19, choć miało znaczenie głównie dla wolumenu udzielanych świadczeń. Ten problem nie dotyczył zresztą wyłącznie okulistyki, ale także innych świadczeń planowych, szczególnie udzielanych w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym. Nie dostrzeżono znaczącego, w porównaniu do wywołanego zmianami w organizacji udzielania świadczeń, wpływu pandemii na zmiany w strukturze udzielanych świadczeń, czy trybie ich udzielania. Nie zmieniła się także liczba podmiotów wykonujących zabiegi okulistyczne na podstawie umowy z NFZ. Należy mieć nadzieję, że okresowe, „pandemiczne” zmniejszenia liczby wykonywanych zabiegów zostaną szybko odbudowane w kolejnych kwartałach, co będzie skutkowało nie tylko poprawą dostępności, ale także jakości udzielanych świadczeń.
2. Płatnik publiczny regularnie monitoruje zmiany w strukturze udzielanych świadczeń w skali Polski oraz publikuje regularne raporty informujące o sytuacji w sekcji B (patrz: projekt „Aktywne monitorowanie” na www.nfz.gov.pl oraz platforma „Zdrowe dane”). Dzięki temu świadczeniodawcy mogą ocenić swoją „pozycję rynkową” względem innych podmiotów funkcjonujących na danym terenie (obecnie w cyklach półrocznych), co może przyczynić się do zmiany ich zachowań. Równocześnie pacjenci będą mogli ocenić świadczeniodawcę nie tylko na bazie tzw. „poczty pantoflowej” lecz również na podstawie danych gromadzonych w systemie.
3. W ocenie autorów konieczna jest dalsza ścisła współpraca Narodowego Funduszu Zdrowia ze środowiskiem okulistów, szczególnie specjalistą krajowym, co pozwoli na ewaluację wprowadzonych zmian oraz skuteczną implementację kolejnych rozwiązań organizacyjnych i finansowych, umożliwiających poprawę dostępności i jakości diagnostyki i terapii chorób oczu.

17. WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA MECHANIZMY FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KONTEKŚCIE ZMIAN STRUKTURY POTRZEB ZDROWOTNYCH

Dorota Dudek-Godeau, Olga Partyka,
Monika Pajewska, Aleksandra Czerw

Pandemia SARS-CoV-2 spowodowała znaczne zmiany w funkcjonowaniu wszystkich obszarów gospodarczych oraz życia społecznego. Gospodarcze skutki pandemii, a także bezpośrednie działania ograniczające zakażenia oraz wydatki związane z nagłym wzrostem zapotrzebowania na specjalistyczny sprzęt i opiekę medyczną, miały i nadal mają wpływ zarówno na dochody, jak i wydatki publicznego systemu opieki zdrowotnej¹. Polski system opieki zdrowotnej jest finansowany w 70% ze źródeł publicznych. Najważniejszym elementem jego finansowania jest składka na ubezpieczenie zdrowotne, która stanowi 59% finansowania ochrony zdrowia ogółem i 85% przychodów sektora publicznego w obszarze ochrony zdrowia. Pozostałymi źródłami finansowania publicznego systemu opieki zdrowotnej jest budżet centralny oraz w dużo mniejszym stopniu samorządy. Pandemia COVID-19 jest wyzwaniem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej i systemu opieki społecznej. Struktura ochrony zdrowia zmieniła się od początku pandemii i w związku z tym wpływa na sposób wydatkowania środków finansowych przez płatnika publicznego. NFZ, władze lokalne, a także Ministerstwo Zdrowia, będące dysponentem części budżetu centralnego na zdrowie, są zmuszone dostosować modele finansowania opieki zdrowotnej do wpływu pandemii. Ponadto, dodatkowym wyzwaniem jest adaptacja polityki finansowania opieki zdrowotnej, która wymaga stopniowych korekt w miarę rozwoju sytuacji zagrożenia SARS-CoV-2. Raport

¹ Bukowski H., Czech M., Kozłowski Ł. Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia. Innowo, Warszawa 2020

udostępniony przez Eurostat ² podsumowuje wydatki przeznaczone na ochronę zdrowia i opiekę socjalną w 2020 r., krajów wspólnoty, porównując ze sobą 2019 r. i 2020 r. Wynika z niego, że Polska przeznaczyła najmniej środków (4,8% PKB) na ochronę socjalną w przypadku choroby i ochronę zdrowia (ang. *social protection sickness and healthcare*) w 2020 r. spośród wszystkich krajów UE. Dodatkowo, jedynie w Polsce w 2020 r. spośród wszystkich krajów UE nakłady na tę kategorię w relacji do PKB były niższe niż w 2019 r. (-0,3 p.p.). Należy jednak pamiętać, że generalnie wyższy udział PKB, przekazany na ochronę zdrowia w Unii Europejskiej, był związany z nominalnym zmniejszeniem się PKB w wyniku COVID-19.

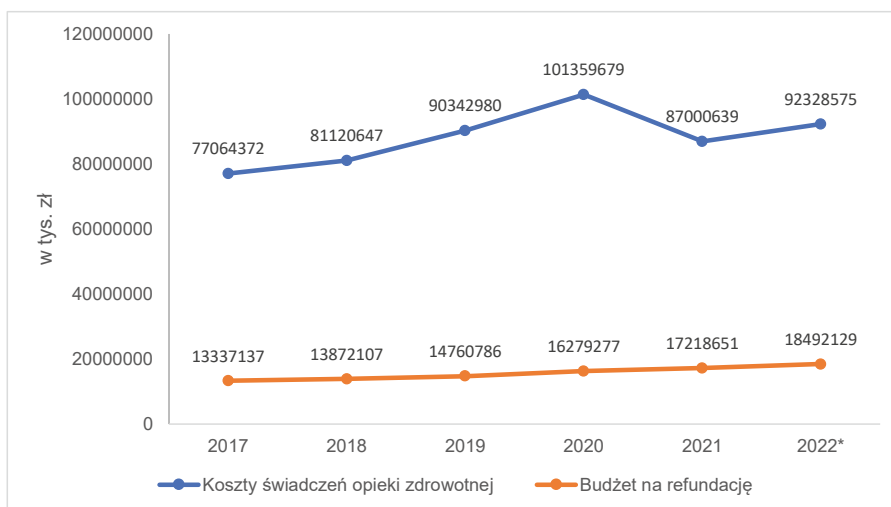
17.1. Wydatki na świadczenia opieki zdrowotnej

Rolę płatnika publicznego pełni Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), którego głównym zadaniem jest finansowanie świadczeń zdrowotnych świadczonych na rzecz osób ubezpieczonych. NFZ negocjuje i podpisuje umowy o świadczenie usług ze świadczeniodawcami (ustalając ich wartość, wielkość i strukturę), monitoruje wypełnianie warunków umowy i odpowiada za ich rozliczanie. Wydatki na opiekę zdrowotną są zazwyczaj utrzymywane na wyższym poziomie niż sugerują, udostępniane z wyprzedzeniem, plany wydatków NFZ³. Od 2006 r. NFZ posiada fundusz rezerwowy, który jest finansowany z poprzednich zysków NFZ, a także z wpłat z budżetu centralnego, zazwyczaj na konkretne zadania. Rezerwa kapitałowa funkcjonuje jako bufor finansowy. Dlatego też w okresach dekonstrukcji NFZ może realizować wcześniej zaplanowany poziom wydatków i odnotować deficyt, który jest pokrywany z funduszu rezerwowego. Dzięki temu realizacja wydatków na zdrowie może wspierać stabilnie finansowo działania w skali długoterminowej i być plastyczna tak długo, jak długo zapewniona jest długoterminowa wyłacalność ekonomiczna.

² Eurostat. Sickness/Healthcare Benefits up in 2020. [24.08.2022] <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20211123-1>.

³ Bukowski H., Czech M., Kozłowski Ł. Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia. Innowo, Warszawa 2020

Budżet NFZ w kolejnych latach systematycznie rósł do 2020 r⁴. Początek pandemii, tuż przed i w trakcie pandemii w głównych kategoriach wydatków (koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundację na leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia) kształtował się w sposób jak na ryc. 17.1.



Ryc. 17.1. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne oraz refundację leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego w latach 2017–2022* (dane NFZ, www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz).

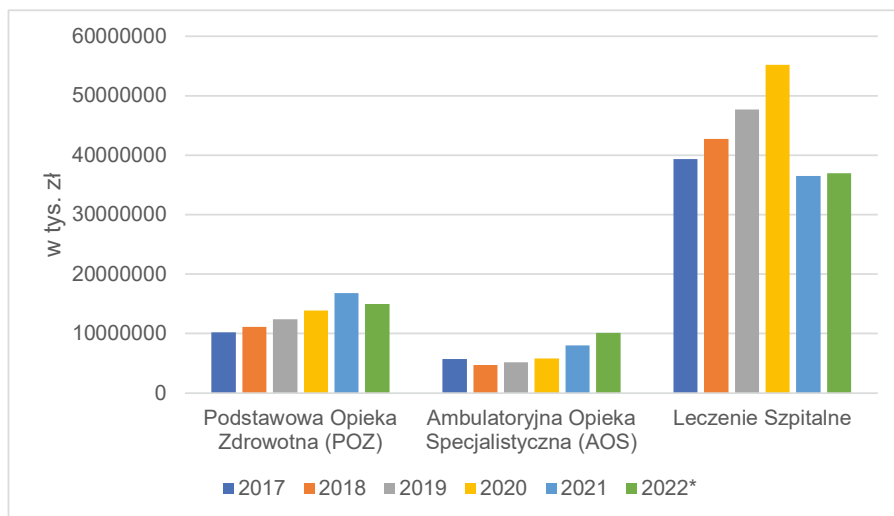
*Stan na lipiec 2022 r.

Różnice między okresem przed pandemią 2018–2019, a latami 2020–2021 ilustrują adaptację NFZ do potrzeb opieki zdrowotnej, które spowodowane były COVID-19 (ryc. 17.1, 17.2, 17.3).

Na podstawie ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych

⁴ Narodowy Fundusz Zdrowia. Biuletyn Informacji Publicznej. Finanse NFZ – Plany Finansowe 2017–2022 (Plany Ostateczne, Aktualne Po Zmianach Na Dzień 24.072022)

innych ustaw⁵ utworzono tzw. Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, z którego do 31 marca 2022 r. finansowano leczenie szpitalne pacjentów COVID-19 w szpitalach tradycyjnych i szpitalach tymczasowych. Obecnie koszty szczepień przeciwko COVID-19 oraz rehabilitacji poCOVIDowej są pokrywane nadal z tego funduszu, natomiast leczenie pacjentów z COVID-19 jest realizowane już w ramach standardowych umów z NFZ.

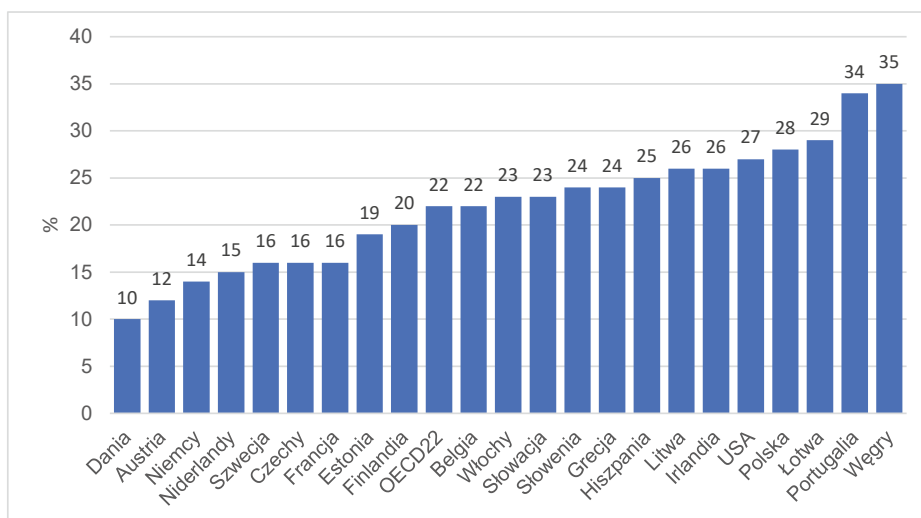


Ryc. 17.2. Budżet NFZ w podziale na rodzaj opieki zdrowotnej (dane NFZ, www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/)

Opieka szpitalna jest największą kategorią kosztową w polskiej ochronie zdrowia. Dlatego też zmiany spowodowane pandemią obserwowane w tej dziedzinie mają największe znaczenie dla ogólnego obrazu sytuacji. W 2021 r. realizacja tej kategorii była niższa w porównaniu z planami NFZ (na leczenie szpitalne zaplanowano 64 216 341 000 zł, a realizacja wyniosła 36 494 381 000 zł.). Zmniejszona liczba wykonywanych świadczeń wynikała w dużej mierze z ograniczenia części procedur (głównie planowych) w szpitalach. Zostały także wstrzymane badania diagnostyczne – obrazowe czy też laboratoryjne. Dochodziło do ograniczenia wykonywania procedur

⁵ Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2020 poz. 568)

ratujących życie, które pośrednio wynikało z braku wystarczających zasobów krwi. Dotyczyło to zarówno przyjęć nagłych, jak i planowych. Zostały stworzone szpitale jednoimienne, w wyniku czego wybrane placówki musiały całkowicie zrezygnować z działalności podstawowej. W pierwszych 12 miesiącach pandemii wskaźnik niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki medycznej (ang. *unmet medical care needs*) wynosił w Polsce 28% i był o 6 p.p. wyższy niż średnia OECD⁶. Najniższy wskaźnik odnotowano w Danii (12%) (ryc. 17.3).

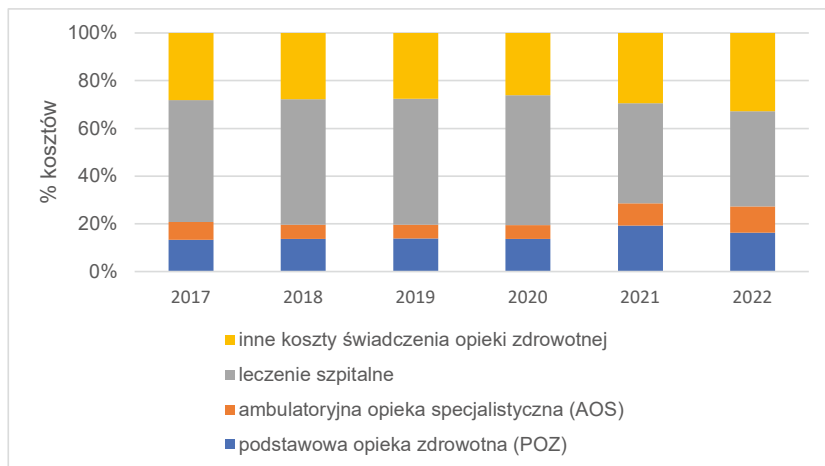


Ryc. 17.3. Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej w czasie pierwszych 12 miesięcy pandemii COVID-19, 2020–21 (Eurofound Living, Working and COVID-19 Survey; Household Pulse Survey from the United States Census Bureau, <https://stat.link/qsafm3>)

Ograniczenie dostępu do opieki szpitalnej (planowej) zostało dodatkowo pogłębione szeregiem czynników psychologicznych. Wraz z rozwojem pandemii wzrastał niepokój społeczny, co mogło przełożyć się na lęk przed korzystaniem z infrastruktury systemu ochrony zdrowia w związku z możliwym narażeniem na zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Pacjenci zdecydowali się nie korzystać z usług ze względu na obawy zarażenia

⁶ OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators, Health at a Glance (OECD, 2021), <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

COVID-19, obawy o złamanie ograniczeń pandemicznych lub niewiedzę o możliwości otrzymania pomocy w wybranej placówce⁷. Struktura finansowania opieki zdrowotnej z budżetu NFZ uległa wyraźnej zmianie – w latach 2021–2022, budżet na opiekę szpitalną zmniejszył się o ok. 10%. W 2020 r. budżet na leczenie szpitalne wynosił 5,5 mld, a w 2021 r. spadł do 3,7 mld (ryc. 17.4).

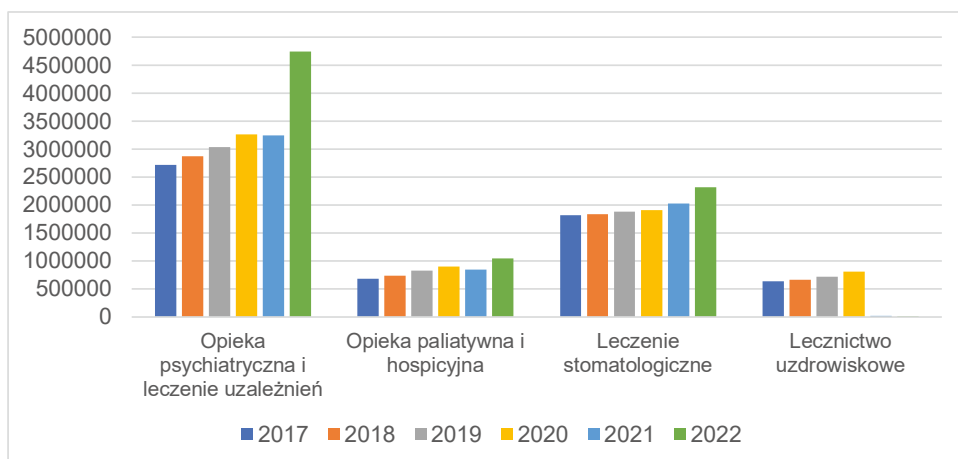


Ryc. 17.4. Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowana z budżetu NFZ z wyróżnieniem 3 głównych kategorii: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i leczenia szpitalnego finansowana z budżetu NFZ (*dane NFZ, www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/*)

W ramach POZ i AOS część lekarzy przeszła na nowe formy kontaktu z pacjentem – telemedycynę, za pośrednictwem telefonu lub Internetu, co wpłynęło na mniejszą kosztowność realizacji świadczenia w POZ. Jednak, o ile taka forma była uzasadniona w okresie kolejnych fal pandemii, to obecnie mniejsza dostępność lekarzy pierwszego kontaktu nie jest sytuacją korzystną i może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia wielu pacjentów. Znowelizowane przepisy premiują poradnie, które przede wszystkim będą diagnozowały i leczyły pacjentów na miejscu, czyli bezpośrednio w gabinecie

⁷ Pracodawcy RP. Świat Po Pandemii. Mapa Drogowa Odmrażania Systemu Ochrony Zdrowia Wraz z Rekomendacjami Co Do Spodziewanych Zmian. Raport z webinarium, 6 lipca 2020.

lekarza POZ⁸. Ponadto w 2022 r. planowane jest dodatkowe 5 mld złotych, które trafią do szpitali, a do AOS – ponad 2 mld zł.



Ryc. 17.5. Budżet NFZ w podziale na rodzaj opieki zdrowotnej (dane NFZ www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz)

Zwiększone nakłady na opiekę psychiatryczną (ryc. 17.5) to odpowiedź na gwałtowny wzrost liczby osób zgłaszających problemy psychiczne i uzależnienie od używek (jak wyroby alkoholowe oraz narkotyki). W 2020 r. nastąpił wzrost absencji chorobowej w związku z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (wzrosła o blisko 37% w liczbie dni oraz o 25,3% w liczbie zaświadczeń lekarskich w porównaniu do 2019)⁹. Już w pierwszym roku pandemii zwracano uwagę, że najczęściej stosowane metody zwalczania pandemii skupiają się na zdrowiu fizycznym, kosztem zdrowia psychicznego, co może prowadzić do poważnych zaburzeń, nazwanych „zespołem stresu pokoronawirusowego” (*Post-Coronavirus Stress Syndrome*). Brak zaplecza w opiece psychiatrycznej, szczególnie dzieci i młodzieży (zarówno braki kadrowe, jak i wcześniejsze zaniedbania

⁸ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 112/2021/DSOZ, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz>.

⁹ Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Absencja chorobowa <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

finansowe w tym obszarze) spowodowały, że problem ten okazał się co najmniej tak dużym wyzwaniem dla zdrowia publicznego, jak sam COVID-19¹⁰.

W kwietniu 2022 r. Ministerstwo Zdrowia udostępniło bieżący plan nakładów na ochronę zdrowia. Na finansowanie ochrony zdrowia zaplanowano środki w wysokości 133,6 mld zł (5,75% PKB). Krajowe wydatki budżetowe (w części Zdrowie i w dziale Ochrona zdrowia) w stosunku do 2021 r. wzrosły per saldo o blisko 1 138,9 mln zł.

W kwietniu NFZ zmienił plan finansowy na 2022 r., co było podyktowane między innymi wyższą prognozą wpływu środków ze składki. Budżet, którym zarządza NFZ zwiększył się o ponad 9 miliardów złotych. Środki w całości zaplanowano na świadczenia zdrowotne i na leczenie¹¹. Według nowego planu wydatków nakłady na świadczenia medyczne wzrosną łącznie o blisko 13 procent w stosunku do tego, co planowano pierwotnie. Następną zmianą planu finansowego NFZ na 2022 r. została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 lipca 2022 r.

Prognoza NFZ przewiduje w 2022 r. zwiększenie kwoty całkowitego budżetu na refundację leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w porównaniu z poprzednim rokiem na poziomie 1,2 mld zł (w 2021 r. całkowita kwota na refundacje (suma finansowania kategorii Bn i 2.13) wyniosł 218 651 000 zł, a 14 lipca 2022 r. już 18 492 129 000 zł. Resort zdrowia uzasadnia zwiększenie kwoty m.in. planem zwiększenia liczby pozytywnych decyzji refundacyjnych w przypadku leków, które nie wchodziły do tej pory na listę refundacyjną z powodów finansowych. Wyższa jest również prognozowana wartość nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci do 18. roku życia finansowanych ze środków Funduszu Medycznego w zakresie leków w ramach programów lekowych i leków w ramach chemioterapii oraz wartość refundacji leków dla obywateli Ukrainy. Wartość całkowitego budżetu na refundację na 2022 r. zaplanowano na ponad 18 mld zł, co oznacza, że udział ten w aktualnie procedowanym projekcie zmiany planu finansowego NFZ na 2022 r. wynosi ok. 16%.

¹⁰ Masic I., Naser N., Zildzic M., et al. Public Health Aspects of COVID-19 Infection with Focus on Cardiovascular Diseases. *Mater Sociomed.* 2020 Mar;32(1):71–76. doi: 10.5455/msm.2020.32.71–76.

¹¹ NFZ zmienił plan finansowy. Wyższa prognoza wpływu środków ze składki, więcej pieniędzy na leczenie, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nfz-zmienil-plan-finansowy-wyzsza-prognoza-wplywu-srodkow-ze-skladki-wiecej-pieniedzy-na-leczenie,8186.html>.

17.2. Opieka paliatywna i hospicyjna, opieka długoterminowa i opieka geriatryczna

Zgodnie z danymi GUS w 2020 r. funkcjonowało 115 hospicjów i 78 oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej działających poza strukturą szpitala lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych. Łącznie placówki te dysponowały bazą 3,6 tys. łóżek i zapewniły opiekę dla 32,9 tys. pacjentów (o 18,9% mniej niż w 2019 r.)¹². Należy jednak zaznaczyć, że równocześnie oddziały opieki hospicyjno-paliatywnej należą do tych, gdzie systematycznie z roku na rok liczba łóżek jest większa i w 2020 r. wyniosła 662 łóżka (o 9,6% łóżek więcej niż przed rokiem).

W zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2022 r. w porównaniu do 2021 r. finansowanie jest wyższe o 24%, a w porównaniu do 2020 r. o 17% (odpowiednio 896 990 tys. zł. – 2020 r., 846 243 tys. zł. – 2021 r., i 1 046 637 tys. zł. – 2022 r.)¹³. Nakłady na opiekę paliatywną i hospicyjną stanowią ok. 1% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w budżecie NFZ i można je ocenić jako niewystarczalne, szczególnie w okresie pandemii. W następstwie spadku liczby pierwszorazowych kontaktów ze świadczeniodawcą, liczby badań diagnostycznych i hospitalizacji pacjentów onkologicznych szczególnie w okresie jesiennej fali zachorowań w 2020 r. – onkolodzy przewidują wzrost późnych rozpoznań nowotworów, w stopniu bardziej zaawansowanym, trudniejszych do leczenia i gorzej rokujących¹⁴. Z tego powodu istotnym jest zwiększenie nakładów i zasobów opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Podobnie niski udział, niecałe 3% w budżecie NFZ w 2022 r., stanowią wydatki na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane w ramach opieki długoterminowej, na którą również wpłynęła pandemia COVID-19. Przy podobnej dostępności (liczba podmiotów leczniczych świadczących opiekę paliatywną i hospicyjną oraz zakładów opiekuńczych, praktycznie nie zmieniła się pomiędzy 2019 r. a 2020 r.), zaobserwowano spadek liczby pacjentów, którym udzielono tych świadczeń, co zaprezentowano

¹² https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/27/2/1/wydatki_na_ochrone_zdrowia_w_latach_2019-2021.pdf [13.10.2022 r.]

¹³ Na podstawie danych Departamentu Analiz i Strategii NFZ

¹⁴ <https://www.termedia.pl/mz/Prezentacja-raportu-Wplyw-pandemii-COVID-19-na-system-opieki-onkologicznej-,43109.html> [14.10.2022]

w tabeli 17.1. Mogło to wynikać z potrzeby minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19 poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentami przebywającymi w swoich domach. W komunikacie z marca 2020 r.¹⁵ Centrala NFZ wskazała na możliwość wykonywania i rozliczania porad lekarza i psychologa oraz wizyt pielęgniarki, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Jednocześnie zalecono ze względu na bezpieczeństwo epidemiologiczne, zawieszenie wizyt domowych udzielanych w ramach poradni medycyny paliatywnej. W marcu 2022 r. Ministerstwo Zdrowia wydało rekomendacje, aby podstawową formą udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych przez zespół domowej opieki paliatywnej/hospicjum domowe oraz poradnię medycyny paliatywnej, była wizyta/porada w bezpośrednim kontakcie z pacjentem¹⁶. Jednocześnie zawieszeniu uległy zalecenia dla zespołów domowej opieki paliatywnej/hospicjów domowych oraz poradni medycyny paliatywnej w okresie epidemii COVID-19. Nadal jednak pozostaje możliwość realizacji tych świadczeń w formie teleporad.

¹⁵ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dotyczacy-realizacji-i-rozliczania-swiadczen,7652.html> [15.10.2022 r.]

¹⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-o-zawieszeniu-zalecen-dla-zespolow-domowej-opieki-paliatywnejhospicjow-domowych-oraz-poradni-medycyny-paliatywnej-w-okresie-epidemii-COVID-19> [14.10.2022 r.]

Tabela 17.1. Liczba hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej oraz zakładów opiekuńczo leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2019–2020*

Rok	Zakłady	Łóżka	Pacjenci objęci opieką w ciągu roku	Osobodni	Średni pobyt pacjenta w dniach
w tys.					
HOSPICJA					
2019	115	2288	22,54	681,15	30,20
2020	115	2226	18,17	619,67	34,10
ODDZIAŁY OPIEKI PALIATYWNEJ					
2019	39	669	9,2	200,1	21,8
2020	39	662	7,2	162,8	22,7
ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE					
2019	371	21323	41	7033,7	171,2
2020	379	21246	39	6686,8	171,1
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE					
2019	162	7342	14	2266,5	164,9
2020	166	7531	13	2316,6	179,0

*Bez zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego.

Opracowanie własne, na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku*, GUS (stan w dniu 31 grudnia)

W powyższej tabeli (Tabela 17.1.) przedstawiono liczbę hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej. Według danych GUS na dzień 31 grudnia 2020 r. placówki udzielające opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej dysponowały (łącznie z oddziałami działającymi w strukturze szpitali ogólnych) 38,4 tys. łózkami, co stanowiło o 0,5% więcej niż w 2019 r. Zapewniło to opiekę w warunkach stacjonarnych 92,5 tys. osób (o 10,3% mniej niż w 2019 r.)¹⁷. Wśród pacjentów osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 77,9% (o 1,2 p.p. mniej niż w analogicznym okresie 2019 r.). Wśród pacjentów tych placówek we wszystkich grupach wieku odnotowano mniejszą niż przed rokiem liczbę pacjentów, ale udział poszczególnych grup wieku był zbliżony. Największy spadek dotyczył pacjentów w wieku tzw. późnej starości (80 lat i więcej), którzy podobnie jak w latach poprzednich stanowili najliczniejszą grupę świadczeniobiorców tej opieki (13,8 tys. osób), a których

¹⁷ <https://www.mp.pl/kurier/288470,o-15-mniej-pacjentow-w-hospicjach> [dostęp 14.10.2022 r.]

w 2020 r. odnotowano o 16,7%, tj. 2,8 tys. osób mniej, niż w poprzednim roku. Świadczeniobiorców w wieku 65–79 lat (łącznie 10,0 tys. osób) przebywało w tych placówkach o 6,0% mniej (tj. 0,6 tys. osób) niż w roku poprzednim.¹⁸

Według danych OECD, Polska znajduje się na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów europejskich pod względem wskaźnika dostępności łóżek w opiece długoterminowej (*long-term care*) w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w wieku 65 lat i więcej, który malał od 11,8 w 2017 r. do 10,7 w czasie pandemii, co przedstawiono w tabeli 17.2. W czołówce krajów OECD są kraje, których wskaźnik wynosi 50–79 łóżek (Słowenia, Finlandia, Belgia, Holandia i Szwecja). W większości krajów wskaźnik ten spadł nieznacznie w czasie pandemii (2020 r.) (Tabela 17.2).

Tabela 17.2. Dostępność łóżek w zakładach stacjonarnej opieki długoterminowej na 1 tys. mieszkańców w wieku 65 lat i więcej w wybranych krajach OECD.

Kraj	2017	2018	2019	2020	2021
Austria	46,8	46,4	45,9	46	
Belgia	69,6	69,2	68,8	67,5	66,8
Czechy	36,6	36	35,6	35,3	
Dania	39,4	38,6	37,7	37,1	34,5
Estonia	35,2	35,8	39,3	39,7	
Finlandia	57	56	54,2	54,8	
Francja	50,9	50	49,1	48	
Niemcy	54,4		54,2		
Grecja	1,8	1,8	1,8		
Węgry	45,7	45,3	44,5	43,6	
Irlandia	47,5	46,7	46,4	44,8	43,1
Włochy	18,6	18,6	18,8	18,9	18,7
Łotwa	13,7	13,3	13,4	12,5	
Litwa	37,3	37,7	38,5	38,5	
Luksemburg	82,8	81,9	80,8	79,4	78,9
Holandia	74,3	73,2	72,1	70,6	
Norwegia	46,2	44,8	43,5	42,1	40,7
Polska	11,8	11,6	11,3	10,7	
Słowacja	50,3	49,9	48,6	46,9	
Słowenia	53,1	52,5	51,2	50,3	
Hiszpania	43,9	43,7	43,9	43,1	
Szwecja	70,6	70,3	68,1	64,8	

Opracowanie własne na podstawie danych OECD Statistics https://stats-1.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_LTTCR dostęp 12.10.2022

¹⁸ Ibidem.

Bieżące wydatki na długoterminową opiekę zdrowotną, na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia, systematycznie rosły od 2017 r. (6,0% – 7 879,414 mln zł.) osiągając w 2020 r. wartość 8,3% (12547, 803 mln zł.), natomiast pozostają dużo niższe niż wydatki na usługi lecznicze, których udział w wydatkach (58,2%) od 2017 r. pozostaje na podobnym poziomie (2020 r. – 58%)¹⁹. Podobnie duże różnice odnotowuje się analizując wydatki bieżące na zakłady opiekuńcze udzielające opieki długoterminowej, które stanowią od 1,2% (2017 r.) do 1,4% w 2020 r. w porównaniu z wydatkami na leczenie szpitalne (2017 r. – 39,3% i 2020 r. 40%). Dysproporcja wydatków bieżących między bardzo niskimi nakładami z budżetu NFZ na opiekę długoterminową i wysokimi nakładami na leczenie szpitalne obudziły głosy krytyki interesariuszy działających na rzecz opieki długoterminowej i wypowiadających się przeciw finansowaniu opieki głównie w zakresie świadczeń szpitalnych²⁰. Postulat wyższych nakładów na opiekę długoterminową, w szczególności udzielaną w warunkach domowych, jest uzasadniany tym, że im dłużej pacjenci będą otoczeni odpowiednią opieką długoterminową w środowisku domowym, tym wydatki płatnika związane z ewentualnym ich pobytym w szpitalu będą niższe. Poprawa opieki długoterminowej wymaga działań na różnych polach. Podział kompetencji Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w 1991 roku pomiędzy dwa resorty – zdrowia oraz pracy i polityki społecznej spowodował dezintegrację świadczeń medycznych i społecznych. W efekcie zaczęły funkcjonować dwa odrębne filary opieki długoterminowej – medyczny i społeczny, często nieadekwatne i niewystarczająco komplementarne w stosunku do potrzeb osób wymagających takiej opieki²¹. Trwają rozmowy międzyresortowe nad poprawą wzajemnej koordynacji działań w tym obszarze (m.in. w kontekście realizacji reform opieki długoterminowej w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności)²².

W czasie pandemii osoby starsze były szczególnie narażone na skutki zachorowania na COVID-19. W badaniu z udziałem osób w wieku 65 lat i więcej, COVID-19 wiązał się z nadmierną umieralnością osób z zaburzeniami otępiennymi oraz wśród mieszkańców

¹⁹ https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/27/2/1/wydatki_na_ochrone_zdrowia_w_latach_2019-2021.pdf [13.10.2022 r.]

²⁰ <https://www.medexpress.pl/nie-zgadzamy-sie-na-szpitalocentryzm/85528> [13.10.2022 r.]

²¹ https://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf [15.10.2022 r.]

²² <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Opieka-dlugoterminowa-w-Polsce-jest-w-zapasci-Az-90-proc-rodzin-opiekuje-sie-swoimi-seniorami-bo-alternatywy-brak,222679,14.html> [15.10.2022 r.]

domów opieki²³. Może to być związane ze szczególną podatnością osób starszych z zaburzeniami otępiennymi oraz przebywających w domach opieki na pogorszenie opieki zdrowotnej podczas „lockdownów” i innych ograniczeń związanych z pandemią. Chociaż dla pacjentów we wszystkich grupach wiekowych COVID-19 stanowił poważne zagrożenie, osoby starsze są znacznie bardziej narażone na śmierć i ciężki przebieg choroby. Szacuje się, że 66% osób w wieku 70 lat i starszych choruje na co najmniej jedną chorobę podstawową, co naraża je na zwiększone ryzyko poważnego wpływu COVID-19, a osoby powyżej 80. roku życia umierają z tego powodu pięciokrotnie częściej²⁴.

Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach opieki geriatrycznej finansowane przez NFZ są sprawozdawane w ramach jednego z 5 zakresów: geriatryka – hospitalizacja, telekonsylium geriatryczne, świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne, świadczenia psychogeriatryczne oraz świadczenia w zakresie geriatryki (w tym pierwszorazowe).

Pandemia wpłynęła na zmniejszenie liczby udzielonych świadczeń w zakresie geriatryki o 30%. Seniorom powyżej 65. roku życia w 2019 r. w podstawowej opiece zdrowotnej udzielono 54 mln świadczeń; w 2020 r. – 51,4 mln²⁵. W poniższej tabeli (17.3.) przedstawiono koszty refundacji świadczeń na poszczególnych poziomach (POZ, AOS, LSZ, opieka psychiatryczna oraz koszty profilaktyki) sumarycznie oraz z wyszczególnieniem geriatryki. Spadek finansowania świadczeń opieki geriatrycznej był wyraźnie widoczny w rozliczeniu budżetu NFZ, gdzie w 2019 r. realizacja tych świadczeń wyniosła 0,22% całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a w 2020 r. – 0,14% całości tych kosztów (Tabela 17.3.).

Największy spadek proporcji kosztów zrealizowanych świadczeń odnotowano w czasie pandemii w leczeniu szpitalnym (opieka geriatryczna stanowiła 0,27% sumarycznych kosztów świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego w latach 2017–2019, 0,16%

²³ Gilstrap L, Zhou W, Alsan M, Nanda A, Skinner JS. Trends in Mortality Rates Among Medicare Enrollees With Alzheimer Disease and Related Dementias Before and During the Early Phase of the COVID -19 Pandemic. *JAMA Neurol* 2022. doi:10.1001/jamaneurol.2022.0010

²⁴ Clark A., Jit. M., et al., Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study, *The Lancet Global Health*, 2020, Vol 8 (8), e1003 – e1017

²⁵ <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Skutki-pandemii-najbardziej-odczuwaja-pacjenci-w-starszym-wieku-Wiemy-jak-im-pomoc,220801,14.html> [15.10.2022 r.]

w 2020 r. i 0,30% w 2021 r.) oraz opieki psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (z 2,19% w 2019 r., udział kosztów opieki geriatrycznej w realizacji tego świadczenia wyniósł 1,58% w 2021 r.).

Wydaje się, że pandemia tylko uwidoczniała problemy niedofinansowania i braku całościowej strategii w opiece geriatrycznej, które w wielu aspektach są podobne do tych w opiece długoterminowej oraz opiece paliatywnej i hospicyjnej, których świadczeniobiorcami w przewadze są seniorzy. Dane te pokazują, że koszty opieki geriatrycznej w kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ w latach 2017-2021 nie przekroczyły 0,22%.

Według danych GUS w 2020 r. z powodu pandemii COVID-19 na wszystkich 51 oddziałach geriatrycznych przebywało o 32,7% (10,6 tys.) osób mniej pacjentów niż w 2019 r. (z poziomu 32,5 tys. w 2019 r. do poziomu 21,9 tys. w 2020 r.)²⁶. Również liczba łóżek szpitalnych na oddziałach geriatrycznych spadła z 1,1 tys. w 2019 r. do 1,0 tys. w 2020 r., co mogło wynikać z przekwalifikowania tych łóżek na łóżka dedykowane leczeniu pacjentów z COVID-19. Równocześnie średnia długość pobytu pacjenta nieznacznie się wydłużyła – z 8,1 dnia w 2019 r. do 8,4 dnia w 2020 r.

²⁶ Główny Urząd Statystyczny (GUS). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r. Warszawa, Kraków 2022.

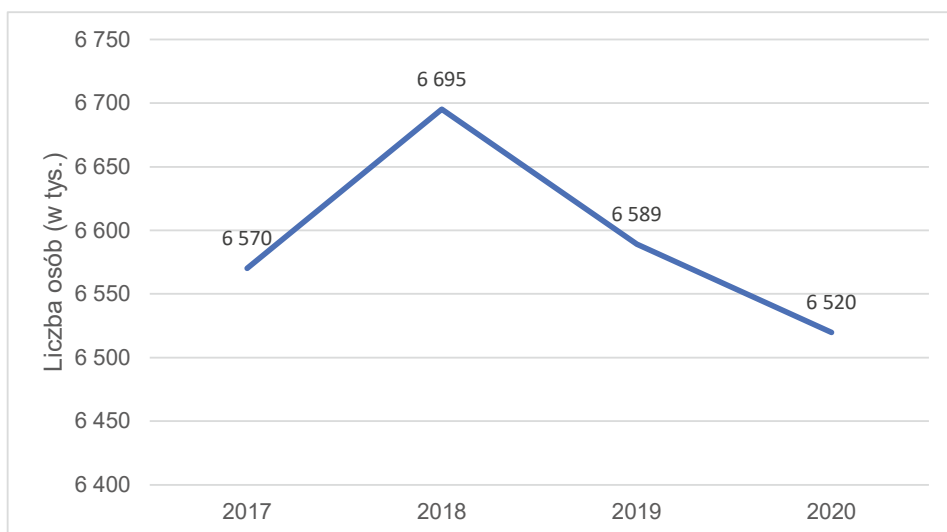
Tabela 17.3. Suma kosztów refundacji świadczeń sprawozdanych w zakresach związanych z geriatrią w okresie 01.2017–31.2021 w zestawieniu z ogólnymi kosztami świadczeń opieki zdrowotnej

Kategoria świadczenia	2017		2018		2019		2020		2021	
	łącznie	w tym geriatra	łącznie	w tym geriatra	łącznie	w tym geriatra	łącznie	w tym geriatra	łącznie	w tym geriatra
	w tys. zł (%)									
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1+...+B2.22)	77064372 (100)	163222,3 (0,21)	81120647 (100)	180541,3 (0,22)	90342980 (100)	200048,9 (0,22)	101359679 (100)	140459,6 (0,14)	87000639 (100)	172387,7 (0,20)
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5769300 (100)	3253,5 (0,06)	4712293 (100)	3601,7 (0,08)	5212517 (100)	4000,7 (0,08)	5870683 (0,05)	3070,5 (0,05)	7996739 (100)	4266,8 (0,05)
Leczenie szpitalne	39339145 (100)	105399,4 (0,27)	42715390 (100)	116179,3 (0,27)	47673924 (100)	129490,2 (0,27)	55172809 (100)	85785,6 (0,16)	36494381 (100)	109692,3 (0,30)
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2717890 (100)	54569,4 (2,01)	2867443 (100)	60759,1 (2,12)	3036151 (100)	66538 (2,19)	3264881 (100)	51603,5 (1,58)	3244009 (100)	58428,6 (1,80)
Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ	187672 (100)	-	181697 (100)	1,2	199007 (100)	-	215469 (100)	-	247346 (100)	-

Analiza własna na podstawie danych NFZ <https://www.nfz.gov.pl/bip/dzialalnosc-nfz/>

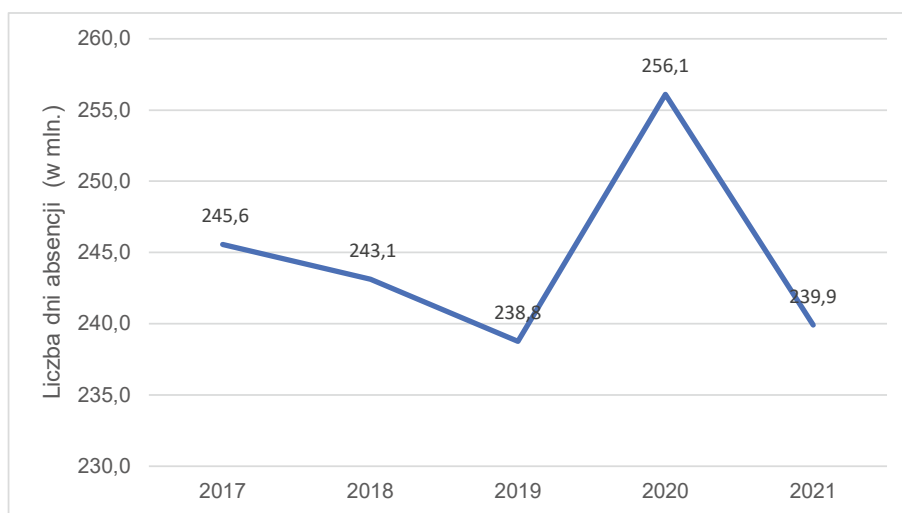
17.3. Wydatki na świadczenia socjalne w związku z pandemią COVID-19

Jednym ze statutowych zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) jest przyznawanie i wypłata świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Zjawisko absencji chorobowej jest miernikiem sytuacji zdrowotnej ludności i istotnym kosztem pośrednim choroby. Skala absencji świadczy między innymi o efektywności systemu ochrony zdrowia i sytuacji na rynku pracy. Dane o absencji chorobowej odzwierciedlają kolejne etapy (fale) rozwoju epidemii COVID-19, którą kształtowały zakażenia w miejscach pracy, w ochronie zdrowia, powstałe w wyniku spotkań towarzyskich, wyjazdów wakacyjnych czy powrotu uczniów do szkół. W klasyfikacji ICD-10 do grupy chorobowej U00-U85 wprowadzone zostały kolejne nowe jednostki chorobowe związane z COVID-19, tj.: historia przebiegu COVID-19 u pacjenta (U08), zdrowie pacjenta po zakończeniu COVID-19 (U09), wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19 (U10) oraz szczepionki przeciwko COVID-19 wywołujące działania niepożądane w trakcie leczenia (U12).



Ryc. 17. 6. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w ciągu roku przynajmniej raz zostało wystawione zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej (2017–2020) (dane ZUS, www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa)

Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w ciągu 2020 r. przynajmniej raz zostało wystawione zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej wyniosła 6,5 mln (ryc. 17. 6). W porównaniu z rokiem poprzednim nastąpił spadek liczby tych osób o 1,1%. Pomimo, że w 2018 r. liczba osób, którym wystawiono zwolnienie lekarskie była o 100 tys. większa niż w 2020 r., sumaryczna liczba dni absencji była najwyższa w pierwszym roku pandemii (256,1 mln dni w 2020 r. vs. 243,1 mln dni w 2018 r.)²⁷. Przeciętna długość absencji chorobowej w 2020 r. przypadająca na 1 osobę ubezpieczoną w ZUS była największa i wyniosła 39,27 dnia, odpowiednio w latach: 2018 r. – 36,31, 2019 r. – 36,23 i w 2021 r. – 36,66).

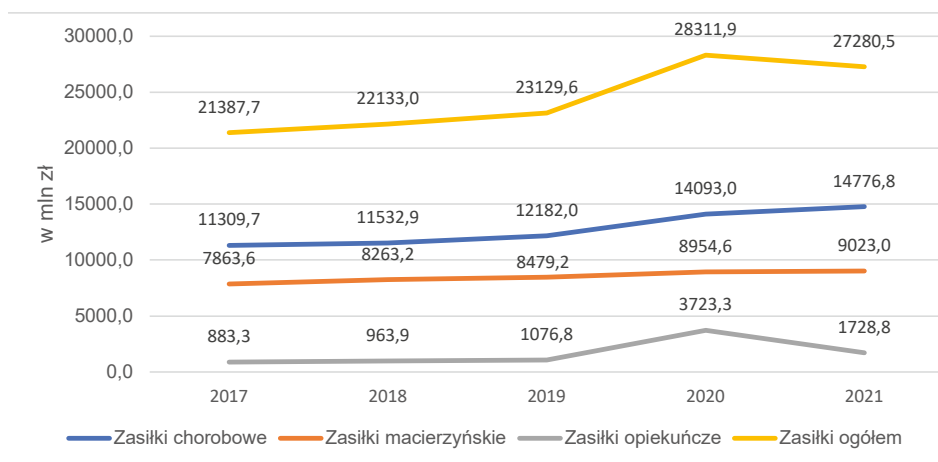


Ryc. 17.7. Liczba dni absencji łącznie (w mln) w wyniku choroby własnej dla osób ubezpieczonych w ZUS (dane ZUS, www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa)

W 2020 r. w Rejestrze Zaświadczeń Lekarskich osobom ubezpieczonym w ZUS wystawiono ogółem 22,7 mln zaświadczeń lekarskich na liczbę 266,6 mln dni absencji chorobowej (z tytułu choroby własnej, opieki nad dzieckiem oraz opieki nad innym członkiem

²⁷ Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Absencja chorobowa <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

rodziny). W liczbie tej 20,7 mln zaświadczeń to zaświadczenia wystawione z tytułu choroby własnej. W porównaniu z rokiem poprzednim obserwowano ich wzrost o 4,1%. Liczba dni absencji chorobowej z tych zaświadczeń wyniosła 256,1 mln dni i była wyższa od zanotowanej w 2019 r. o 7,2% (ryc. 17.7). Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wystawionego osobom ubezpieczonym w ZUS w 2020 r. wyniosła 12,97 dnia, uległa wydłużeniu o 8,2% w porównaniu do 2019 r. W 2021 r. wystawiono 20,5 mln zaświadczeń z tytułu choroby własnej. Liczba dni absencji chorobowej z tych zaświadczeń wyniosła 239,9 mln dni, a przeciętna długość zaświadczenia była mniejsza niż w 2020 r. i wynosiła 11,73 dnia.



Ryc. 17.8. Kwoty wypłacone przez ZUS w poszczególnych latach w zależności od kategorii zasiłku (dane ZUS, www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swadczenia-z-ubezpiezen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy)

Wydatki na świadczenia pieniężne z funduszu chorobowego w 2021 r. wyniosły 27 039,4 mln zł (o 4,3% mniej niż w 2020 r., w którym wydatki te wyniosły 28 257,8 mln zł). Wśród świadczeń pieniężnych finansowanych z funduszu chorobowego największy odsetek stanowiły wydatki na zasiłki chorobowe. W okresie styczeń – grudzień 2021 r. wydatki na zasiłki chorobowe stanowiły 52,2% wszystkich wydatków na świadczenia pieniężne z funduszu chorobowego. Wydatki na zasiłki macierzyńskie wyniosły 9 023,0 mln zł, co stanowiło 33,4% wydatków, natomiast udział wydatków na zasiłki opiekuńcze stanowił 6,4%. Dla porównania – w 2020 r. kwota wypłaconych

zasiłków chorobowych wyniosła 13 468,3 mln zł i stanowiła 47,7%, ale w 2018 r. podobnie jak w 2021 udział zasiłku chorobowego wynosił 52%. Największa różnica w proporcji wydatków z funduszu chorobowego dotyczyła zasiłku opiekuńczego, który w 2021 r. stanowił 13,2% wydatków (w 2018–4,3%, a w 2019–4,6%) (ryc. 17.8)²⁸.

Jak już wcześniej wspomniano, wydatki na zasiłki opiekuńcze w 2021 r. w porównaniu do 2020 r. zmniejszyły się ponad dwukrotnie. Było to skorelowane z dużym wzrostem zarówno liczby zaświadczeń, jak i liczby dni z tytułu opieki nad dzieckiem co wynika z faktu, iż 2020 r. był rokiem pandemii, w którym obowiązywał okresowo dodatkowy zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dzieckiem zdrowym do lat 8. W związku z tym ubezpieczeni korzystali z tej formy otrzymania zasiłku opiekuńczego częściej niż ze zwolnienia lekarskiego. W 2021 r. absencja z tytułu opieki nad dzieckiem powróciła do poziomu z 2019 r., tj. sprzed pandemii.

W rankingu jednostek chorobowych powodujących najdłuższą absencję w latach 2020–2021, COVID-19 (U07.1) plasował się w pierwszej dziesiątce. W przypadku mężczyzn w 2021 r. – COVID-19 (U07.1) był na ósmym miejscu, stanowiąc 2,0% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn. W przypadku kobiet – COVID-19 (U07.1) znalazł się na 11 miejscu, stanowiąc 1,3% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet²⁹.

17.4. Aktywność ekonomiczna społeczeństwa

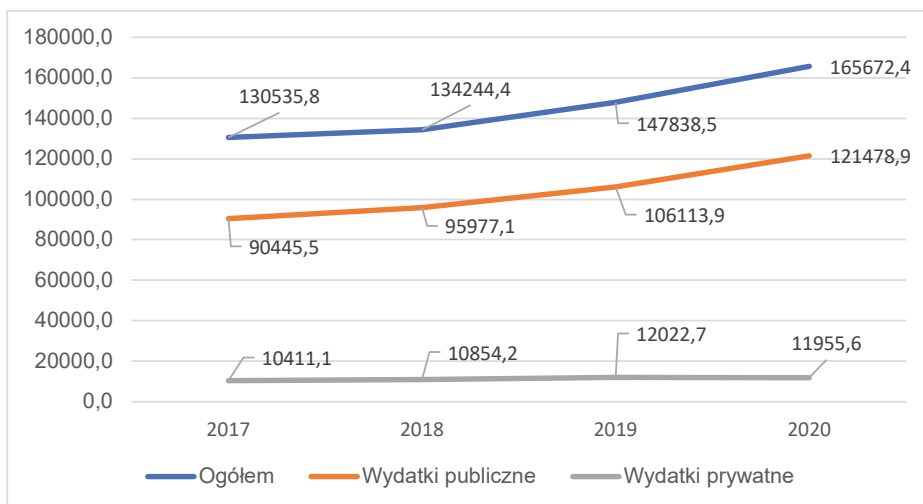
Według szacunków wstępnych wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2020 r. wyniosły 165,7 mld zł i były wyższe niż w 2019 r. o ok. 17,8 mld zł (dane wstępne)³⁰. Na wydatki bieżące składają się wydatki publiczne (w tym schematy sektora instytucji rządowych

²⁸ Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy; opracowanie własne, https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spolecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy?p_p_id=com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_RgvRsZm7E2aL&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_RgvRsZm7E2aL_delta=10&p_r_p_resetCur=false&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_RgvRsZm7E2aL_cur=1.

²⁹ Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Absencja chorobowa <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

³⁰ Główny Urząd Statystyczny. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2018-2020,27,1.html>, accessed 25 July 2022

i samorządowych oraz schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach) i wydatki prywatne, w analizach których wyróżnia się bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych (ryc. 17.9).



Ryc. 17.9. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w latach 2017–2020* według schematów finansowania (dane GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia; dane szacunkowe za lata 2019–2020; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2018-2020,27,1.html>)³¹

*Dane wstępne za 2020 r.

Ogółem szacunkowy wzrost bieżących wydatków na ochronę zdrowia w 2020 r. względem 2019 r. wyniósł 12% (w 2019 r. wystąpił wzrost o 10,1% w stosunku do 2018). Udział wydatków na ochronę zdrowia w krajowym produkcie brutto (PKB) w 2020 r. wyniósł 7,1% i był o 0,7 p. % wyższy niż w roku poprzednim. Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2020 r. – 121,5 mld zł i były o 15,4 mld zł wyższe niż w 2019 r., a ich udział w PKB wyniósł 5,2% (tj. o 0,6 p. % więcej niż w poprzednim roku). Również bieżące wydatki prywatne zwiększyły się o 2,5 mld zł i wyniosły

³¹ a – bez wydatków bezpośrednich z gospodarstw domowych; 2019 r. – dane wstępne Narodowy Rachunek Zdrowia; 2020 r. – wstępne szacunki.

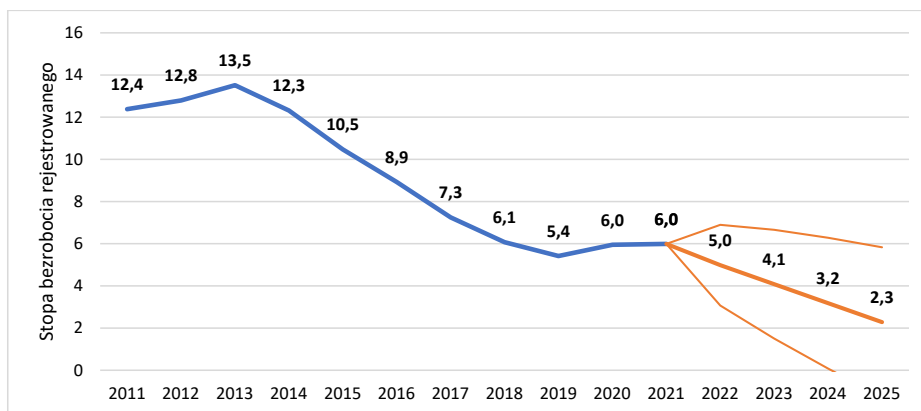
w 2020 r. 44,2 mld zł. Na wzrost ten wpływ miało zwiększenie bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 32,2 mld zł, tj. o 2,5 mld (8,5%) więcej niż w 2019 r.³². Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych stanowią obciążenie budżetów własnych. Z tego też powodu WHO zaleca, aby wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych nie stanowiły istotnego procentu całkowitych środków na zdrowie (maksymalnie 15%)³³. W Polsce wskaźnik ten wynosi 23% i są to głównie (w 60%) wydatki na leki (zarówno na receptę, jak również leki zakupywane bez recepty), które stanowią duże obciążenie dla budżetów szczególnie mniej zamożnych gospodarstw domowych.

Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia wzrosły w 2020 r. do 32,2 mld zł, w porównaniu do 2019 r. (29 701,9 mln zł) i 2018 r. (27 413,2 mln zł). Po wysokiej stopie bezrobocia w latach 2020–2021 wynikającej z wprowadzonego lockdownu, aktywność ekonomiczna na rynku pracy systematycznie się poprawia się (ryc. 17.10)³⁴. Oprócz poprawy sytuacji materialnej obywateli, spadek bezrobocia jest istotny z powodu struktury dochodów NFZ, których analiza wskazuje, że ok. 71,7% dochodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wiąże się z dochodami z tytułu zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej, podczas gdy pozostałe 28,3% wiąże się z różnego rodzaju świadczeniami państwowymi i społecznymi – głównie emerytalnymi.

³² Główny Urząd Statystyczny. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2018-2020,27,1.html>, accessed 25 July 2022

³³ Kutzin J., Cashin C., Jakab M. *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*, Observatory Studies Series, no. 21 (Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010). the social and economic policies of the transition countries of central and eastern Europe, the Caucasus and central Asia have diverged, including the way they have reformed the financing of their health systems. This book analyses this rich experience in a systematic way. It reviews the background to health financing systems and reform in these countries, starting with the legacy of the systems in the USSR and central and eastern Europe before 1990 and the consequences (particularly fiscal

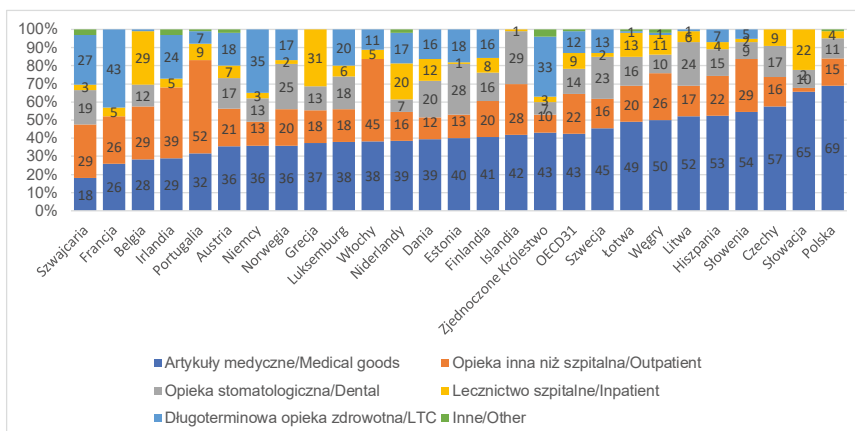
³⁴ Pajewska M., Partyka O., Czerw A. *Dostępność ekonomiczna prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*. NIZP-PZH, Warszawa, 2021



Ryc. 17.10. Średnie wartości stopy bezrobocia rejestrowanego w latach 2011–2021 wraz z prognozą na lata 2022–2025 (Opracowanie własne na podstawie danych GUS; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/liczba-bezrobotnych-zarejestrowanych-w-latach-1990-2021,6,1.html>)

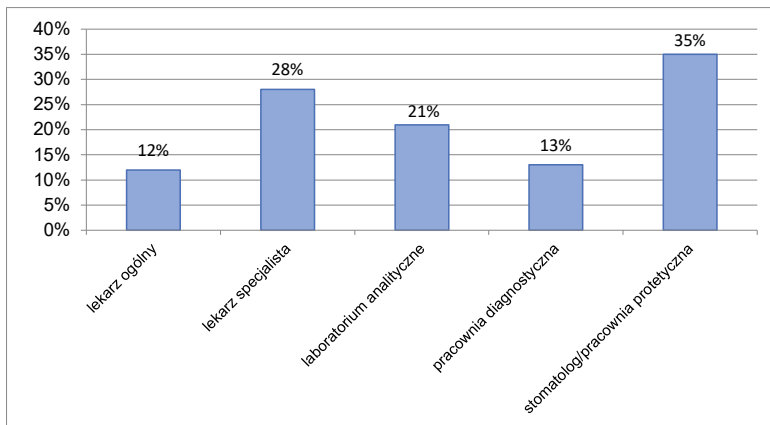
17.5. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w systemie publicznym

Obok publicznych środków na zdrowie, obywatele wykorzystują prywatne źródła finansowania, takie jak prywatne ubezpieczenia zdrowotne, które można wykupić dobrowolnie. W Polsce prywatne ubezpieczenia zdrowotne są coraz bardziej powszechne, szczególnie wśród osób zamożniejszych, ale nie stanowią istotnego źródła finansowania opieki zdrowotnej. Drugim istotnym prywatnym źródłem środków na zdrowie są opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych (ang. *out-of-pocket*), czyli wszelkie opłaty, które są ponoszone w momencie korzystania ze świadczeń (np. prywatna wizyta u lekarza), bądź płacąc za leki na receptę (wtedy zazwyczaj pokrywana jest tylko część ceny leku) czy też za leki zakupywane bez recepty. W Polsce najczęściej z własnej kieszeni płaci się za leki (69%) oraz konsultacje i leczenie realizowane poza szpitalem (15%), na trzecim miejscu jest opieka stomatologiczna (11%) (ryc. 17.11).



Ryc. 17.11. Struktura wydatków OOP na zdrowie według rodzaju usługi w wybranych krajach europejskich, 2019 r. (lub najbliższy rok) (OECD Health Statistics 2021, <https://stat.link/8a9hpt>)³⁵

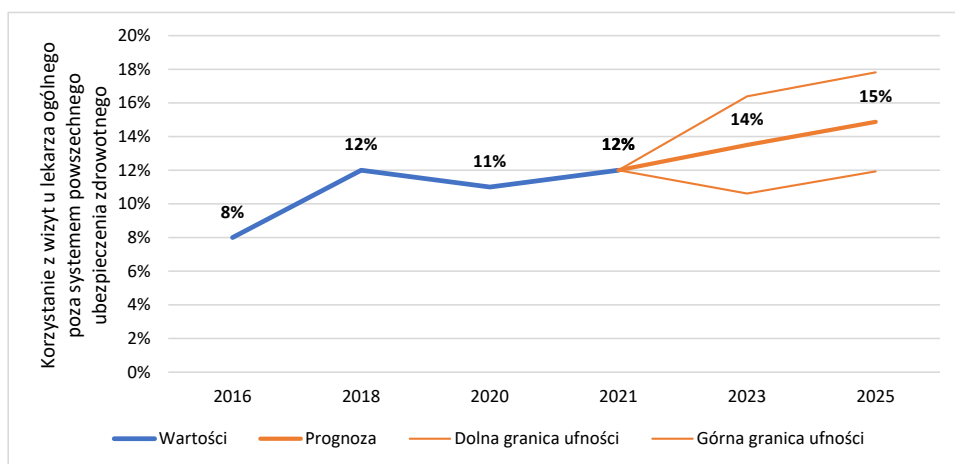
Wśród wyróżnionych świadczeń medycznych w Polsce najczęściej „prywatnie” korzysta się z porady stomatologa i protetyka (35%) i lekarza specjalisty (28%) (ryc. 17.12).



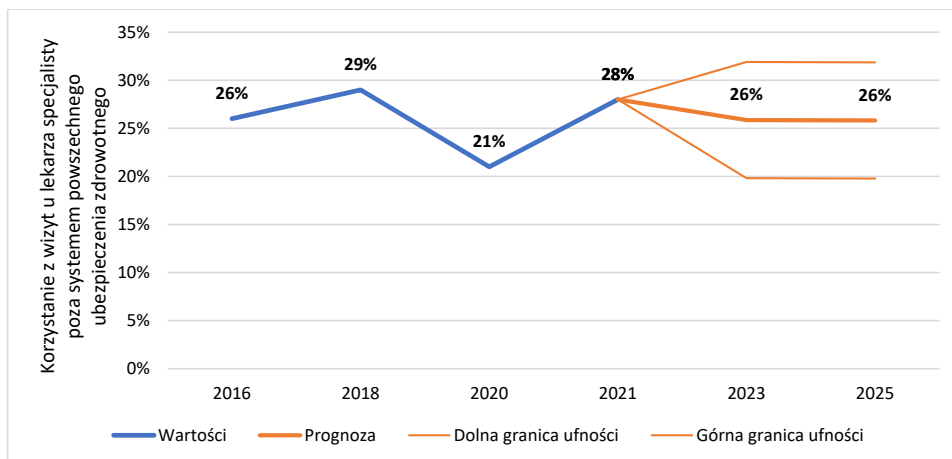
Ryc. 17.12. Procent korzystających z poszczególnych kategorii świadczeń medycznych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (opracowanie własne na podstawie komunikatu z badań CBOS nr 105/2021 https://www.cbos.pl/PL/szukaj/open_file.php?url=2021/K_105_21.PDF&tytul=Korzystanie+ze+;347;wiadczze;324;+i+ubezpiecze;324;+zdrowotnych)

³⁵ Kategoria „Artykuły medyczne” obejmuje produkty farmaceutyczne i urządzenia terapeutyczne. Kategoria „Inne” obejmuje opiekę profilaktyczną, usługi administracyjne i inne świadczenia o nieznanym charakterze.

W kolejnych latach (2022–2025) prognozuje się tendencję wzrostową korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zaobserwowaną w latach 2016–2021. Na przykładzie wizyt u lekarza ogólnego oraz lekarza specjalisty można zaobserwować istotne różnice w potrzebie i możliwości realizacji porady lekarskiej u lekarzy tych dwóch specjalizacji w latach 2020–2021 – początku i kontynuacji epidemii. O ile w przypadku wizyt u lekarza POZ różnica wynosiła ok. 1% to udział wizyt u lekarza specjalisty w 2020 r. były wyraźnie niższy w porównaniu do lat 2019–2021 (ryc. 17.13, 17.14).

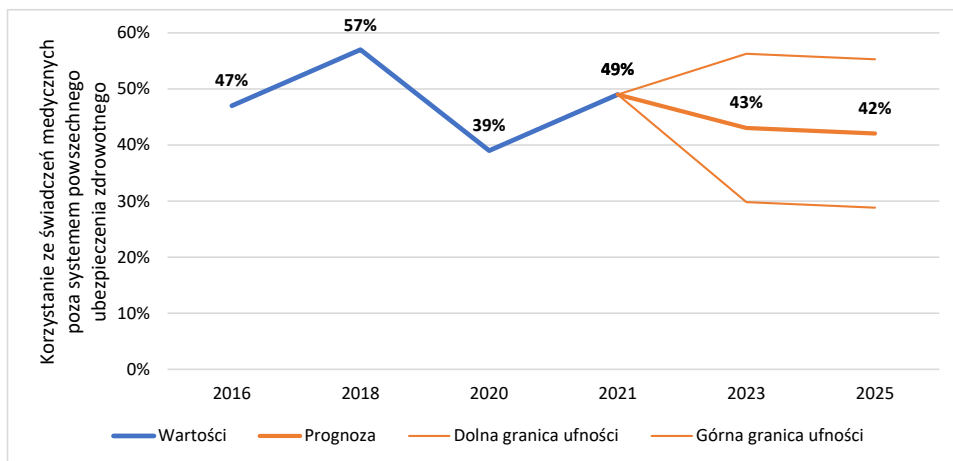


Ryc. 17.13. Procent osób korzystających z porad lekarza ogólnego poza systemem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2016–2021 wraz z prognozą na lata 2022–2025 (opracowanie własne na podstawie komunikatu z badań CBOS nr 105/2021. https://www.cbos.pl/PL/szukaj/open_file.php?url=2021/K_105_21.PDF&tytul=Korzystanie+ze+;347;wiadczce;324;+i+ubezpiecze;324;+zdrowotnych)



Ryc. 17.14. Procent osób korzystających z wizyt u lekarza specjalisty poza systemem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2016–2021 wraz z prognozą na lata 2022–2025 (*opracowanie własne na podstawie komunikatu z badań CBOS nr 105/2021. https://www.cbos.pl/PL/szukaj/open_file.php?url=2021/K_105_21.PDF&tytul=Korzystanie+ze+;347;wiadczce;324;+i+ubezpiecze;324;+zdrowotnych*)

Spadek udziału liczby osób, które skorzystały przynajmniej z jednej z grup świadczeń tj. wizyt u lekarza ogólnego, u lekarza specjalisty, laboratorium analitycznego, pracowni diagnostycznych, wizyt u lekarza stomatologa lub w poradniach protetycznych poza systemem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego na początku epidemii w 2020 r. wynikał najczęściej z utrudnionego dostępu i czasu potrzebnego na wypracowywanie zasad bezpieczeństwa wynikającego z wprowadzonego reżimu sanitarnego (między innymi przy wykonywaniu zabiegów stomatologicznych). Od 2021 r. udział wizyt realizowanych poza systemem publicznego ubezpieczenia powrócił do zakresu wartości z 2019 r. (29%) i w prognozach oscyluje na ok. 26% (ryc. 17.15).



Ryc. 17. 15. Procent osób korzystających, z co najmniej jednej z analizowanych grup świadczeń, tj. wizyt u lekarza ogólnego, u lekarza specjalisty, laboratorium analitycznego, pracowni diagnostycznych, wizyt u lekarza stomatologa lub w poradniach protetycznych poza systemem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2016–2021 wraz z prognozą na lata 2022–2025 (opracowanie własne na podstawie komunikatu z badań CBOS nr 105/2021. https://www.cbos.pl/PL/szukaj/open_file.php?url=2021/K_105_21.PDF&tytul=Korzystanie+ze+;347;wiadcze;324;+i+ubezpiecze;324;+zdrowotnych)

17.6. Sytuacja w krajach UE i na świecie

Systematyczny przegląd danych z 20 krajów wykazał, że wykorzystanie opieki zdrowotnej zmniejszyło się średnio o 37% usług ogółem, 42% dla wizyt, 31% dla diagnostyki czy 28% dla hospitalizacji³⁶. Procedury sanitarno-epidemiologiczne i *lock down* wprowadzone w różnym stopniu na całym świecie, przyspieszyły rozwój telemedycyny i narzędzi cyfrowych oraz wdrożenie tych rozwiązań w celu zapewnienia ciągłości opieki

³⁶ Moynihan R., Sander S., Michaleff Z. Pandemic Impacts on Healthcare Utilisation: A Systematic Review. medRxiv 2020.10.26.20219352; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.26.20219352>.

zdrowotnej dla wszystkich i wsparcia osób w najtrudniejszej sytuacji³⁷. W wielu krajach osoby z łagodnymi objawami mogły korzystać z konsultacji lekarskich z domu, unikając potencjalnego zarażenia innych i rezerwując zasoby jednostek służby zdrowia dla przypadków krytycznych i osób z poważnymi chorobami. W Norwegii udział konsultacji cyfrowych w podstawowej opiece zdrowotnej wzrósł z 5% przed pandemią do prawie 60% w jej trakcie. Podobnie we Francji, liczba telekonsultacji osiągnęła blisko 1 milion tygodniowo w kwietniu 2020 r. w porównaniu z ok. 10000 tygodniowo przed marcem 2020. W Niemczech w marcu przeprowadzono ok. 19500 telekonsultacji, w porównaniu z 1700 telekonsultacjami miesięcznie w styczniu i lutym 2020 r.

W sumie usługi telemedyczne zostały udostępnione w 23 krajach podczas pandemii COVID-19 (stan na czerwiec 2020 r.). W celu zwiększenia skali stosowania telemedycyny podczas pierwszej fali pandemii COVID-19 zastosowano kilka strategii, począwszy od zapewnienia nowych uregulowań prawnych (Estonia, Polska³⁸), rozszerzenia zakresu płatności dla świadczeniodawców (Kanada, Estonia, Słowacja, Polska, Japonia, Belgia, Australia), zaprojektowania nowych usług telemedycznych (Kanada, Słowacja, Grecja, Izrael, Turcja, Luksemburg, Hiszpania), aż po opracowanie nowych wytycznych i przepisów (Belgia, Kanada, Francja, Stany Zjednoczone i Japonia)³⁹. W OECD można znaleźć szereg przykładów rekompensaty finansowej dla zespołów podstawowej opieki zdrowotnej za konsultacje telefoniczne lub wideo (Tabela 17.4).

³⁷ Furlepa K., Śliwczynski A., Kamecka K., et al. The COVID-19 Pandemic as an Impulse for the Development of Telemedicine in Primary Care in Poland. *J Pers Med.* 2022 Jul 18;12(7):1165. doi: 10.3390/jpm12071165.

³⁸ Zarządzenie Nr 132/2020/DSOZ, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1322020dsoz,7225.html>.

³⁹ 'Beyond Containment: Health Systems Responses to COVID-19 in the OECD', OECD, accessed 27 July 2022, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/>.

Tabela 17.4. Przykłady zasad rozliczenia porad w ramach telekonsultacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w czasie trwania pandemii COVID-19

Kraj	Zasady rozliczania telekonsultacji
Belgia	Koszt telekonsultacji wynosi 20 euro, istnieje ograniczenie do maksymalnie czterech razy w miesiącu na jednego pacjenta. Usługi te mogą być świadczone przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.
Niemcy	Refundacja z ubezpieczenia publicznego, jeśli telekonsultacja jest świadczona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach publicznej ochrony zdrowia.
Włochy	Refundacja z ubezpieczenia publicznego, jeśli telekonsultacja jest świadczona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach publicznej ochrony zdrowia. Istnieją również prywatne firmy ubezpieczeniowe, które świadczą tę usługę.
Hiszpania	Refundacja z ubezpieczenia publicznego, jeśli telekonsultacja jest świadczona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach publicznej ochrony zdrowia. Usługę świadczą również prywatne firmy ubezpieczeniowe.
Szwajcaria	Kontrolowana przez centralny system cenowy. Refundacja z ubezpieczenia publicznego, jeśli telekonsultacja jest świadczona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach publicznej ochrony zdrowia. Usługę świadczą również prywatne firmy ubezpieczeniowe.
Zjednoczone Królestwo	Refundacja z ubezpieczenia publicznego, jeśli telekonsultacja jest świadczona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach publicznej ochrony zdrowia.

Źródło: Dane OECD 2020, Country Policy Tracker, <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/>

W Danii przedstawiciele regionów i organizacji lekarzy rodzinnych uzgodniły opłatę za konsultacje telefoniczne z pacjentami o łagodnych objawach, aby zachęcić zespoły podstawowej opieki zdrowotnej do zajmowania się tymi przypadkami przez telefon.

W Holandii lekarze rodzinni mają obecnie pozwolenie, aby wizyty domowe u osób, które mogą być zarażone wirusem, traktować, jako „wizytę w ramach intensywnej opieki zdrowotnej”, co oznacza wycenę w wysokości 44 EUR zamiast 15 EUR, gdy wizyta trwa krócej niż 20 minut, oraz 77 EUR zamiast 25 EUR, gdy trwa dłużej niż 20 minut. Ponadto lekarze rodzinni otrzymują jednorazową płatność w wysokości 10 EUR za każdego zarejestrowanego pacjenta w gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej oraz dodatkowe 15 EUR za godzinę w przypadku usług świadczonych poza godzinami pracy gabinetu lekarskiego. W Niemczech uwzględniono dodatkowe rekompensaty za higienę i bezpieczeństwo. Na przykład w przypadku leczenia pacjentów w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego wprowadzono do tabeli opłat nową pozycję „higiena” (14,75 EUR), która jest rozliczana jednorazowo za konsultację osobistą

i obejmuje wszystkie rodzaje sprzętu i koszty poniesione na zachowanie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego⁴⁰.

Szczególnie innowacyjnym rozwiązaniem wydaje się być ostatnio wprowadzone rozwiązanie w Niemczech⁴¹. Nowa ustawa o cyfrowej opiece zdrowotnej („Digitale-Versorgung-Gesetz” – DVG) uchwalona przez niemiecki Bundestag 7 listopada 2019 r. umożliwi lekarzom i psychologom w Niemczech – jako pierwszemu krajowi na świecie – przepisywanie aplikacji medycznych, które mogą być refundowane przez ustawowe ubezpieczenie. Ponadto ustawa o cyfrowej opiece zdrowotnej wprowadziła szybką procedurę zatwierdzania cyfrowych aplikacji zdrowotnych do standardowego świadczenia przez ubezpieczenie zdrowotne.

Pacjenci objęci ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do zwrotu kosztów za cyfrowe aplikacje zdrowotne. Dotyczy to m.in. aplikacji zdrowotnych, które np. wspierają diabetyków, kobiety w ciąży lub pacjentów z nadciśnieniem w codziennym życiu, jak np. przypomnienia o przyjmowaniu leków lub cyfrowe dzienniczki. Aplikacje, które towarzyszą psychoterapii mogą również przejść procedurę zatwierdzenia do refundacji.

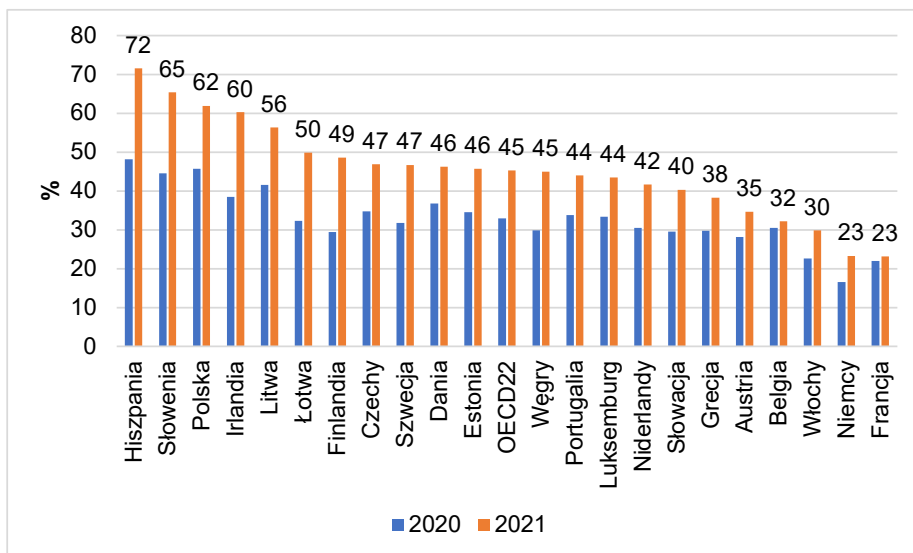
Konsultacje zakresu opieki z pacjentami oraz umożliwienie pacjentom i lekarzom dostępu do danych oraz informacji dotyczących ich zdrowia w każdej chwili to kluczowy element systemu opieki zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie (ang. *patient-centered*). Zarówno pacjenci, jak i świadczeniodawcy są coraz bardziej zainteresowani korzystaniem z narzędzi cyfrowych w celu monitoringu stanu zdrowia i pomocy w korzystaniu z sieci opieki zdrowotnej. Ponadto cyfryzacja dokumentacji jest podstawą w świadczeniu usług telekonsultacji. Biorąc pod uwagę niski udział gabinetów lekarskich świadczących w Polsce usługi w oparciu o elektroniczną dokumentację w latach przed pandemią (w 2012 r. 15% i w 2016 r. – 30%,)⁴², popularność teleporad w 2020 i 2021 r. świadczy

⁴⁰ OECD. Strengthening the Frontline: How Primary Health Care Helps Health Systems Adapt during the COVID-19 Pandemic – OECD https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1060_10602431-snyxeld1ii&title=Strengthening-the-frontline-How-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-COVID-19-pandemic.

⁴¹ Germany Introduces New Digital Healthcare Act: Health Apps Now Available on Prescription <https://www.osborneclarke.com/insights/germany-introduces-new-digital-healthcare-act-health-apps-now-available-prescription>.

⁴² OECD, *Health at a Glance 2021*.

o gotowości pacjentów do korzystania z tego typu usług. Ponad 60% dorosłych pacjentów korzystało z serwisu teleporady w czasie pandemii, co stawia Polskę w czołówce krajów europejskich (ryc. 17.16).



Ryc. 17.16. Udział osób dorosłych, które otrzymały świadczenia od lekarza za pośrednictwem telemedycyny od początku pandemii, 2020 i 2021 r. (Eurofound (2020), „Living, working and COVID-19”, <http://eurofound.link/COVID-19data>)

17.7. Wybrane wyzwania zdrowotne

W okresie pandemii w onkologii odnotowano istotny spadek liczby rozpoznań nowotworów. W 2020 r. można mówić o spadku wynoszącym nawet 20%. Redukcja liczby nowych rozpoznań raka jelita grubego w okresie kwiecień – maj 2020 r. wyniosła 26%, a w skali całego 2021 r. – 13,5%. W przypadku raka płuca nastąpił spadek o 14%, a w przypadku raka piersi zmniejszenie liczby nowych hospitalizacji wyniosło 11%. Oprócz diagnostyki klinicznej, zaobserwowano w praktyce wstrzymanie programów przesiewowych (Tabela 17.5).

Tabela 17.5. Liczba kart DiLO wydana przed i w czasie pandemii w porównywalnym okresie 8 miesięcy.

Okres	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym C00-C99 wg ICD-10 i rozpoznaniem głównym Z51.0, Z51.1, Z51.2 ze współistniejącymi rozpoznaniem C00-C99	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem C00-C99 wg ICD-10 i rozpoznaniem głównym Z51.0, Z51.1, Z51.2 ze współistniejącymi rozpoznaniem C00-C99 w ramach lecznictwa szpitalnego	Liczba wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO)
marzec – październik 2019	913 958	280 080	175 481
marzec – październik 2020	843 592	265 106	153 810

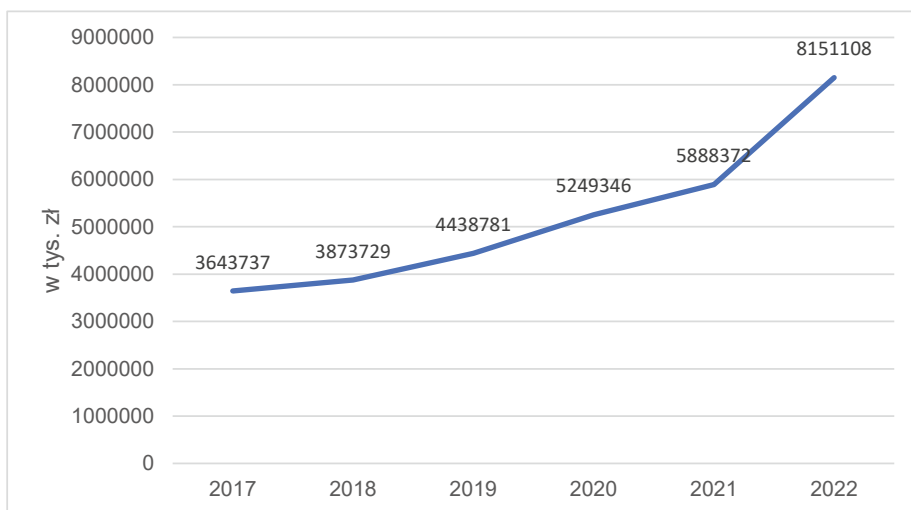
Źródło: *E-Zdrowie.gov.pl*

Zgodnie z dostępnymi analizami, kluczowy wpływ na zmniejszenie liczby badań przesiewowych w Polsce miał komunikat prezesa NFZ wydany 15 marca 2020 r. o ograniczeniu wykonywania badań przesiewowych w celu uniknięcia ryzyka rozprzestrzeniania infekcji COVID-19. Najbardziej zmniejszyła się liczba wykonywanych cytologii, będących podstawowym badaniem przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy. W okresie kwiecień–maj 2020 r. wykonano o 85% mniej badań cytologicznych i o 94% mniej mammografii, niż było to oczekiwane na podstawie liczby badań wykonanych w podobnym okresie w 2019 r. Biorąc pod uwagę okres marzec – wrzesień 2020 r., redukcja liczby badań cytologicznych wyniosła natomiast 50% w stosunku do poprzedniego roku, a mammograficznych – 39%⁴³.

Poza profilaktyką najmocniej ucierpiała rehabilitacja onkologiczna, bo większość ośrodków rehabilitacyjnych nie działała. W tych sytuacjach, w których pacjent miał już rozpoznanie – leczenie nie uległo opóźnieniu, jedynie w chirurgii zaobserwowano istotne zmniejszenie liczby procedur (np. liczba procedur chirurgicznych u chorych z rozpoznaniem rakiem płuca w 2020 r. wyniosła o 1 380 procedur mniej niż w 2019 r.

⁴³ Raport 2021. Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2021 https://medtechpolska.org/wp-content/uploads/2021/08/2021_07_14_NIO_Raport-Wplyw-pandemii-COVID-19-na-system-opieki-onkologicznej.pdf.

(odpowiednio 6 774 i 8 154 loboktemie)⁴⁴. W przypadku leczenia pacjentów onkologicznych wysokokosztowymi metodami leczenia, w programach lekowych, ogólnie zaobserwowano wzrost finansowania (oprócz października 2020). Proces tworzenia programów lekowych uwzględnia potrzebę udostępnienia chorym nowoczesnych metod leczenia i jednocześnie możliwości finansowania z budżetu NFZ (ryc. 17.17).



Ryc. 17.17. Finansowanie programów lekowych ogółem (w tym w celu leczenia innych chorób jak, np. cukrzyca, schizofrenia etc.) (dane NFZ, Opracowanie własne, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>)

Pod koniec 2020 r. liczba mammografii wróciła do poziomu porównywalnego do tego sprzed pandemii. Wczesne dane z 2021 r. świadczą o zwiększeniu liczby rozpoznawanych nowotworów do poziomu z końca 2019 r. i podobny trend odnotowano w przypadku wydawanych kart DiLO⁴⁵.

⁴⁴ Ibidem

⁴⁵ Ibidem

PODSUMOWANIE

1. Pandemia COVID-19 przyczyniła się do zmiany struktury finansowania ochrony zdrowia. Spowodowała także zmiany w strukturze udzielania świadczeń – ograniczenie planowanych hospitalizacji, porad ambulatoryjnych na rzecz tworzenia szpitali tymczasowych dedykowanych leczeniu pacjentów z COVID-19.
2. Struktura finansowania opieki zdrowotnej z budżetu NFZ uległa wyraźnej zmianie. W latach 2021–2022 budżet na opiekę szpitalną zmniejszył się o ok. 10%.
3. Szczególnie spadek finansowania widać w obszarze geriatry, opieki paliatywnej, hospicyjnej i długoterminowej. Świadczenia z zakresu geriatry stanowiły 0,14% kosztów wszystkich świadczeń w 2020 r., a największy spadek odnotowano w leczeniu szpitalnym – podczas pandemii opieka geriatryczna stanowiła 0,27% sumarycznych kosztów leczenia szpitalnego.
4. Największą grupę pacjentów w opiece długoterminowej stanowią osoby starsze. System opieki zdrowotnej musi się przygotować na zwiększone zapotrzebowanie na opiekę, które uwzględni strukturę wiekową populacji i profil chorób przewlekłych.
5. Szacunkowy wzrost bieżących wydatków na ochronę zdrowia w 2020 r. względem 2019 r. wyniósł 12%. W 2020 r. budżet na leczenie szpitalne wyniósł 5,5 mld, a w 2021 spadł do 3,7 mld.
6. Bieżące wydatki prywatne na ochronę zdrowia również wzrosły w 2020 r. i wyniosły 44,2 mld zł.
7. W 2020 r. nastąpił spadek rozpoznań chorób nowotworowych o ok. 20%. Redukcja liczby nowych rozpoznań raka jelita grubego w 2021 r. wyniosła 13,5%. W przypadku raka płuca nastąpił spadek liczby rozpoznań o 14%, a w przypadku raka piersi – 11%.
8. W wyniku pandemii w 2020 r. nastąpił wzrost absencji chorobowej związanej z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania o ok. 37% w liczbie dni (w porównaniu do 2019 r.).
9. Należy podejmować działania, by zapobiegać negatywnym długofalowym skutkom pandemii przede wszystkim w aspekcie dostępności badań przesiewowych oraz innych świadczeń profilaktycznych.

