



SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI

**Pod redakcją
Bogdana Wojtyniaka
i Pawła Goryńskiego**

Pamięci doc. dr hab. Feliksa Sawickiego

**Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
-Państwowy Zakład Higieny**

Warszawa 2008

**NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
-PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY**

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

Przedruk materiałów w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny. Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

Redakcja techniczna: Jakub Stokwiszewski (NIZP-PZH)

ISBN 83-89379-62-7

Wydawca:

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

Skład, druk i oprawa:

Drukarnia Libra-Print, 18-400 Łomża, Al. Legionów 114b,
Tel. 086 473 77 84
e-mail: biuro@libra-print.pl
www.libra-print.pl

SPIS TREŚCI

Uwagi wstępne	5
Najważniejsze fakty	7
1. Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej	17
<i>Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Wojciech Seroka</i>	
2. Długość życia i umieralność ludności Polski	31
<i>Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Paweł Goryński, Anna Poznańska</i>	
2.1. Zmiany w czasie i zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców Polski	31
2.2. Długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w krajach Unii Europejskiej	38
2.3. Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej	40
2.4. Umieralność według płci i wieku	43
2.5. Umieralność według przyczyn	44
2.6. Umieralność z powodu chorób układu krążenia	47
2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych	56
2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów	61
2.9. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego	64
2.10. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego	66
2.11. Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych	68
2.12. Umieralność niemowląt	69
2.13. Umieralność przedwczesna w Polsce na tle sytuacji w Unii Europejskiej	73
Aneks	82
3. Chorobowość hospitalizowana	87
<i>Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Mirosław Wysocki</i>	
3.1. Łóżka szpitalne	88
3.2. Hospitalizacja wg przyczyn	88
3.3. Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku w Polsce	93
3.4. Zmiany hospitalizacji w czasie	94
3.5. Hospitalizacja według wybranych przyczyn w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej	95
3.6. Długość hospitalizacji	102
3.7. Śmiertelność szpitalna	108
4. Zachorowania na nowotwory złośliwe	111
<i>Bogdan Wojtyniak, Mirosław Wysocki, Paweł Goryński</i>	

5. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	119
<i>Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Mirosław Wysocki</i>	
5.1. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej	119
5.2. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej	122
6. Zachorowania na choroby zakaźne	127
<i>Mirosław Czarkowski, Andrzej Zieliński, Magdalena Rosińska</i>	
6.1. Choroby objęte w Polsce obowiązkowym szczepieniem	131
6.2. Inne choroby zakaźne	143
6.2.1. AIDS i zakażenia HIV	143
6.2.2. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	146
6.2.3. Zatrucia i zakażenia pokarmowe	147
6.2.4. Choroby przenoszone drogą płciową	151
6.2.5. Grypa	154
6.2.6. Problem zawlekania do Polski chorób zakaźnych	155
7. Choroby zawodowe i wypadki przy pracy	159
<i>Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Izabela Sakowska</i>	
7.1. Choroby zawodowe	159
7.2. Wypadki przy pracy	162
8. Wypadki drogowe	165
<i>Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak</i>	
9. Niepełnosprawność rejestrowana w systemie ubezpieczenia społecznego	171
<i>Anna Wilmowska, Paweł Goryński</i>	
10. Procedury wysokospecjalistyczne	179
<i>Paweł Goryński, Krzysztof Kuszewski</i>	
11. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia	185
<i>Izabela Sakowska, Bogdan Wojtyniak</i>	
11.1. Palenie papierosów	185
11.2. Spożycie alkoholu	189
11.3. Aktywność fizyczna	193
11.4. Nadwaga i otyłość	194
11.5. Spożycie owoców i warzyw	199
12. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce	203
<i>Sylwia Szafraniec-Buryło, Izabela Sakowska</i>	

OD REDAKTORÓW

Prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej przez państwo wymaga posiadania aktualnej i rzetelnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach wpływających na tę sytuację. Wiedzy takiej powinny dostarczyć dobrze działające systemy informacyjne pozwalające na monitorowanie stanu zdrowia populacji za pomocą mierników odpowiednich do konkretnych potrzeb. Cele monitoringu zdrowia to przede wszystkim pomiar rozmiaru problemów zdrowotnych, ich trendów i stopnia zróżnicowania pomiędzy różnymi grupami ludności i identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego.

Prezentowany obraz stanu zdrowia ludności opiera się na możliwie wszystkich dostępnych w momencie tworzenia raportu danych pochodzących z rutynowych systemów informacyjnych. Większość z systemów funkcjonuje w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej zatwierdzanego co roku przez Prezesa Rady Ministrów. Ponadto wykorzystano dane zawarte w uznanych międzynarodowych bazach danych w tym w szczególności bazach WHO: HFA DB, European Mortality Database oraz European Hospital Morbidity Database, w bazie danych EUROSTATu oraz OECD. W kilku przypadkach wykorzystano opublikowane wyniki międzynarodowych projektów badawczych.

Niestety istniejące w kraju systemy informacyjne są zdecydowanie niewystarczające dla właściwego monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia całej populacji i jego zagrożeń. Ogólnie można stwierdzić, że istnieje niedostatek dobrej informacji o niedomaganiach w stanie zdrowia o mniej dramatycznym charakterze nie prowadzącym do hospitalizacji lub zgonu a także nie związanych z niektórymi chorobami objętymi specjalnymi rejestrami lub obowiązkową zgłaszalnością. Luka ta powinna zostać wypełniona przez system generujący informacje z podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej zbliżony do proponowanego w przeszłości Rejestru Usług Medycznych albo na raportowaniu przez wybranych lekarzy (tzw. sentinel).

Mimo występowania tych niedostatków autorzy niniejszego opracowania podjęli się tego zadania zwracając równocześnie w tym wstępie uwagę na pilną potrzebę poprawienia systemu informacyjnego w zdrowiu publicznym pod kątem dopasowania do istniejących potrzeb w zakresie polityki zdrowotnej prowadzonej przez decydentów na różnych szczeblach zarządzania.

Prezentowane opracowanie, już chyba piętnaste w serii zapoczątkowanej przez PZH w 1977 r. obszernym artykułem F. Sawickiego, B. Wojtyniaka i M. Chańskiej „Sytuacja zdrowotna ludności Polski” w Postępie Higieny i Medycyny Doświadczalnej, ma bardziej rozległy zakres niż wcześniejsze opracowania. Szerzej została omówiona większość zagadnień uwzględnianych do tej pory a ponadto przedstawiono również nowe problemy dotyczące wypadków drogowych, czynników ryzyka związanych ze stylem życia oraz wydatków na zdrowie. Autorzy i redaktorzy mają świadomość, że opracowanie nie wyczerpuje niezwykle

rozległego tematu jakim jest zdrowie społeczeństwa a problematyka każdego rozdziału zasługuje na osobny raport (szczegółowe opracowania dotyczące problemów chorób zakaźnych, nowotworów, chorób zawodowych są przygotowywane przez odpowiednie instytuty resortu zdrowia). Sądzymy jednak, że to właśnie syntetyczna a zarazem prosta analiza porównawcza pokazująca dynamikę zjawisk w kraju oraz ich kontekst międzynarodowy jest potrzebna żeby usprawnić proces podejmowania decyzji w ramach polityki zdrowotnej. Odpowiednie dane statystyczne i towarzyszące im analizy są niezbędne do właściwej oceny tej polityki – wskazania jej sukcesów ale także określenia obszarów niepowodzeń w celu wprowadzenia niezbędnych korekt. 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.

NAJWAŻNIEJSZE FAKTY

1. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

- 1.1. **Liczba ludności Polski zmniejsza się po roku 1996 i w końcu 2007 roku wynosiła 38115,6 tys.** Według najnowszej prognozy Głównego Urzędu Statystycznego **liczba ludności Polski będzie systematycznie zmniejszać się do roku 2035** a prognozowany spadek w tym okresie może wynieść ok. 2120 tys. osób. Zmniejszy się przede wszystkim liczba mieszkańców miast.
- 1.2. Powoli, ale systematycznie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat, natomiast **zwiększa się stopniowo udział osób starszych** (w wieku 65 lat i więcej) w ogólnej liczbie ludności. Według prognozy GUS **odsetek osób starszych** będzie szybko zwiększał się po roku 2010 i **w 2030 r. osiągnie 22,3%**. Liczba osób w tym wieku zwiększy się z 5134 tys. w 2007 r. do 8195 tys. w 2030 r. (**wzrost o 3 miliony**).
- 1.3. Liczba urodzeń żywych wzrasta po roku 2003 i w 2007 r. była wyższa o 37 tys. niż cztery lata wcześniej a współczynnik urodzeń zwiększył się z 9,2 do 10,2 na 1000 ludności. Według prognozy GUS **liczba urodzeń będzie zwiększać się jeszcze do roku 2011** a następnie przewidywane jest zmniejszanie się urodzeń i wyraźna nadwyżka liczby zgonów nad urodzeniami.
- 1.4. **Szybko wzrasta częstość urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń** - od roku 1990 odsetek tych urodzeń potroił się z 6,2% ogółu urodzeń żywych do 19,7% w 2007 r. Występuje duże zróżnicowanie międzywojewódzkie wielkości tego odsetka - w woj. zachodniopomorskim aż 38,1% a więc częściej niż co trzecie urodzenie było pozamałżeńskie (niewiele niższy był odsetek w woj. lubuskim gdzie wynosił 36,4%).
- 1.5. Urodzenia martwe w 2007 r. stanowiły 0,47% ogółu urodzeń i zbliżony poziom utrzymuje się w ostatnich latach. **W większości krajów UE częstość martwych urodzeń jest nieco niższa niż w Polsce.**
- 1.6. **Noworodki o niskiej masie urodzeniowej** (poniżej 2500 g) w 2007 r. stanowiły 6,1% ogółu urodzeń żywych i **sytuacja nie ulega poprawie w ostatnich latach. Poziom ten jest niższy od przeciętnego dla krajów UE.** Najbardziej niekorzystna sytuacja występuje w woj. zachodniopomorskim, śląskim, łódzkim i dolnośląskim.
- 1.7. **Struktura wykształcenia ludności Polski poprawia się** i wg szacunków GUS w 2006 r. 13,2% mężczyzn i 17,3% kobiet w wieku 13 lat i więcej miało wykształcenie wyższe. Kobiety mają przeciętnie lepsze wykształcenie niż mężczyźni mieszkańcy wsi mają wyraźnie gorsze wykształcenie niż mieszkańcy miast. **Poziom wykształcenia osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata jest w Polsce lepszy niż w większości państw UE.**
- 1.8. **Zróżnicowanie dochodów ludności jest w Polsce większe niż przeciętne w UE.** Również **wyższy niż w większości krajów UE jest w naszym kraju poziom bezrobocia i zagrożenia ubóstwem.** Działania zmierzające do poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej powinny przyczynić się do korzystnych zmian stanu zdrowia ludności Polski.

2. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ MIESZKAŃCÓW POLSKI

- 2.1. Analiza danych o umieralności mieszkańców Polski pozwala na stwierdzenie, że **stan zdrowia ludności po roku 1991 stopniowo poprawia się ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuacja jest wciąż niezadowolająca**, a na dodatek w latach 2000. poprawa ta uległa spowolnieniu, szczególnie w przypadku mężczyzn.
- 2.2. **Przeciętna długość życia w Polsce wzrasta po 1991 r. ale po roku 2002 wzrost uległ spowolnieniu.** W 2007 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71,0 lat a dla kobiet była o prawie 9 lat większa i wynosiła 79,7 lat. **Po roku 2001 niekorzystne różnice w długości życia mężczyzn i kobiet pogłębiają się.** Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86% długości życia a kobiety 84%, osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że ponad połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu, kobiety o prawie 2 lata więcej niż mężczyźni.
- 2.3. **Długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej - w przypadku mężczyzn o 4,6 lat a w przypadku kobiet o 2 lata.** O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa osiągnięcie w Polsce długości życia takiej jaka obecnie jest przeciętna w UE może w przypadku mężczyzn zająć kilkadziesiąt lat.
- 2.4. **Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne** – osoby w wieku 25 lat o wykształceniu powyżej średniego mogą oczekiwać, że będą żyły dłużej niż osoby o wykształceniu podstawowym o ok. 13 lat w przypadku mężczyzn i 9 lat w przypadku kobiet. Jeszcze większa różnica występuje w przypadku życia w zdrowiu.
- 2.5. **Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta**, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; najdłużej natomiast żyją mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi.
- 2.6. **Już od wielu lat najkrócej żyją w Polsce mieszkańcy województwa łódzkiego** - w 2007 r. mężczyźni o ponad 4 lata a kobiety o ponad 2 lata krócej niż osoby mieszkające w najlepszym województwie tzn. podkarpackim. W dobrym zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) najkrócej żyją mieszkańcy woj. lubelskiego a o ok. 5 lat dłużej woj. opolskiego.
- 2.7. **Spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. i zarówno w 2006 r. jak i 2007 r. na każde 1000 urodzeń żywych zmarło 6 niemowląt.** Ten **poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE** ale jeżeli poprawa w Polsce nie ulegnie trwałemu spowolnieniu to różnica ta może zaniknąć do roku 2015. Głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od opieki medycznej.
- 2.8. Od lat zdecydowanie **największym zagrożeniem życia**, chociaż powoli zmniejszającym swoje znaczenie, są **choroby układu krążenia** (w 2006 r. 46% ogółu zgonów). Spadek umieralności z ich powodu wynika przede wszystkim ze zmniejszającego się zagrożenia życia chorobą niedokrwinną serca (szczególnie

zawałem serca). **Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE i niestety w ostatnich latach w Polsce spadek przedwczesnej umieralności z ich powodu uległ spowolnieniu.**

- 2.9. **Nowotwory złośliwe** są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25% ogółu zgonów w 2006 r.) i ich **udział w ogólnej liczbie zgonów pomalu zwiększa się** chociaż natężenie umieralności z ich powodu w populacji ogółem jest dosyć ustabilizowane, natomiast zmniejsza się wśród osób w wieku aktywności zawodowej. **Nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn.** Zdecydowanie najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jest rak tchawicy, oskrzela i płuca a współczynniki umieralności kobiet z jego powodu rosną. **Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka** (ale jest niższa od średniej dla UE) **a z powodu raka szyjki macicy zmniejsza się bardzo powoli.** W porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE sytuacja w Polsce jest niekorzystna ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia, z wyjątkiem zawstydzająco wysokiej na tle większości krajów UE umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy.
- 2.10. Natężenie zgonów z powodu **ogółu przyczyn zewnętrznych**, trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce (7% zgonów w 2006 r.), wykazuje powolny trend spadkowy tylko w przypadku kobiet, natomiast **w przypadku mężczyzn nie zmienia się w ostatnich latach i jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE.** Te przyczyny zgonów są **najbardziej odpowiedzialne za przedwczesne zgony mężczyzn.** Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób, a także **samobójstwa**, których częstość jest dosyć ustabilizowana w latach 2000., a które **powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn jak wypadki komunikacyjne a większą niż zawał serca.**

3. CHOROBOWOŚĆ HOSPITALIZOWANA

- 3.1. W roku 2006 hospitalizowano w Polsce 2 900 tys. mężczyzn. (1700 na 10 tys.) i 3 500 tys. kobiet (2000 na 10 tys.). **Najczęściej pacjenci szpitali byli leczeni z powodu chorób układu krążenia (16% hospitalizowanych)**, a następnie nowotworów ogółem (11%), chorób układu moczowo-płciowego, trawiennego oraz urazów i zatruc (po około 9% hospitalizowanych).
- 3.2. Mężczyźni hospitalizowani są nieco częściej niż kobiety z powodu prawie wszystkich przyczyn. Wyjątek stanowią choroby układu moczowo-płciowego, nadciśnienie tętnicze i zaburzenia endokrynologiczne.
- 3.3. **Mężczyźni i kobiety z miast są hospitalizowani częściej – odpowiednio o 20 i 15% niż mieszkańcy wsi.** Są jednak przyczyny jak choroby dolnych dróg oddechowych, odmrożenia i oparzenia i w przypadku kobiet choroba nadciśnieniowa oraz choroby naczyń mózgowych, z powodu których częściej hospitalizowani są mieszkańcy wsi.
- 3.4. Dynamika hospitalizacji w Polsce miała charakter podobny jak w innych krajach

UE w latach osiemdziesiątych lecz od roku 1999 nastąpił szybszy wzrost spowodowany zmianą systemu finansowania ochrony zdrowia. **Polska pozostaje jednak w grupie krajów UE o niższej od średniej częstości hospitalizacji ogółem.**

- 3.5. **Hospitalizacji ludności w Polsce różni się od większości krajów UE dużą częstością leczenia najmłodszych roczników (poniżej 5 lat), przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75 roku życia.**
- 3.6. Polska wyróżnia się spośród innych krajów UE wysokimi współczynnikami hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego w prawie wszystkich grupach wieku oraz z powodu zawału serca w młodszym i średnim wieku.
- 3.7. **Długość pobytu w szpitalu dla wszystkich przyczyn ogółem jest w Polsce stosunkowo krótka w porównaniu z wieloma innymi krajami UE ale dla niektórych rozpoznań należy do najdłuższych jak to ma miejsce w przypadku wyrostka robaczkowego czy zaćmy.**
- 3.8. **Stosunkowo niska obecnie na tle innych krajów śmiertelność szpitalna w Polsce z powodu zawału serca wskazuje na dobrą jakość leczenia szpitalnego w tym zakresie. Wysoka jest natomiast w porównaniu z innymi krajami śmiertelność w udarach mózgu co wskazuje na pilną potrzebę zajęcia się tym problemem.**

4. ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE

- 4.1. **W Polsce w 2005 r. zachorowało na nowotwory złośliwe około 136 tys. osób, 380 na każdych 100 tys. mężczyzn i około 335 na każde 100 tys. kobiet.**
- 4.2. Nadwyżka częstości zachorowań na nowotwory mężczyzn w stosunku do kobiet zwiększała się do początku lat 90. i od tego czasu ulega powolnemu zmniejszeniu.
- 4.3. **W przypadku mężczyzn nowotworem zdecydowanie dominującym co do częstości zachorowań jest rak oskrzela i płuca a poziom zachorowań w Polsce należy do jednego z najwyższych w UE. Systematycznie zwiększa się ryzyko zachorowania mężczyzn na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (w okresie 1999-2005 o 44%), skóry (o 40%) i jelita grubego (o 14%), natomiast zmniejsza się ryzyko zachorowania na raka żołądka (w latach 1999-2005 spadek o 20%) a na podkreślenie zasługuje również spadek zachorowań na raka krtani (o 14%) oraz oskrzela i płuca (o 12%).**
- 4.4. **Wśród zachorowań na nowotwory złośliwe kobiet w Polsce dominującą rolę odgrywają nowotwory charakterystyczne dla płci (prawie 40% ogółu zachorowań) a zdecydowanie najczęstszy jest rak sutka aczkolwiek poziom zachorowań na niego w Polsce należy do niskich w krajach UE. Rosną współczynniki zachorowań kobiet na nowotwory złośliwe skóry, trzonu macicy, sutka oraz oskrzela i płuca. W porównaniu z pozostałymi mieszkankami UE Polski charakteryzują się wysoką zachorowalnością na raka szyjki macicy i na raka żołądka.**

5. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA

- 5.1. **Liczba mieszkańców Polski leczonych ogółem i po raz pierwszy w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej prawie podwoiła się w okresie 1997-2004 ale lata 2005-2006 przyniosły lekkie odwrócenie tendencji wzrostowej.** W 2006 r. opieką ambulatoryjną objętych było ok. 1305 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (nieco częściej kobiety – 507/100 tys. niż mężczyźni – 497/100 tys.) w tym 359 tys. po raz pierwszy.
- 5.2. **Najczęstszym rozpoznaniem leczonym w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej, dominującym wśród kobiet, są zaburzenia nerwicowe** – w 2006 r. 313 tys. leczonych ogółem (mężczyźni - 599/100 tys., kobiety - 1028/100 tys.) w tym 99 tys. po raz pierwszy. Z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, które dominują wśród mężczyzn, leczono 167 tys. osób (mężczyźni 718/100 tys., kobiety 177/100 tys.) w tym 67 tys. po raz pierwszy.
- 5.3. **Liczba mieszkańców Polski leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej zwiększyła się o ok. 50% w latach 1997-2006.** W 2006 r. leczono 209 tys. osób (częściej dotyczyło to mężczyzn – 718/100 tys. niż kobiet – 390/100 tys.), w tym 89 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy. Z perspektywy psychiatrycznej opieki całodobowej najczęściej problemów ze zdrowiem psychicznym mają mieszkańcy woj. lubuskiego i podlaskiego.
- 5.4. **Najczęstszym rozpoznaniem chorobowym osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu** – w 2006 r. dotyczyło ono 72 tys. osób (w tym 38 tys. leczonych po raz pierwszy), przede wszystkim mężczyzn – 335/100 tys., ponad sześciokrotnie rzadziej kobiet – 51/100 tys. Problemy te dotyczyły najbardziej mieszkańców woj. podlaskiego i warmińsko-mazurskiego. **Kobiety są natomiast o ponad połowę częściej niż mężczyźni leczone z powodu zaburzeń nastroju i zaburzeń nerwicowych** (łącznie kobiety 120/100 tys., mężczyźni 77/100 tys.).

6. ZACHOROWANIA NA CHOROBY ZAKAŻNE

- 6.1. Ogólną sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce można określić jako stosunkowo dobrą i względnie stabilną. **Zapadalność na większość chorób zakaźnych wykazuje tendencje spadkowe.**
- 6.2. Mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej, **zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej.**
- 6.3. Korzystną, stabilną sytuację epidemiologiczną szeregu chorób zakaźnych osiągnięto w Polsce dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych. Kontynuacja i unowocześnianie tych programów stanowi warunek utrzymania osiągniętych rezultatów.
- 6.4. W związku z rozszerzeniem w ostatnich latach Programu Szczepień Ochronnych, w perspektywie kilku najbliższych lat **oczekuje się przywrócenia w Polsce niskiej zapadalności na krztusiec oraz radykalnego spadku zapadalności na różyczkę, świnkę oraz chorobę wywoływaną przez *Haemophilus influenzae* typu B.**

- 6.5. Nadzór nad HIV/AIDS w Polsce nie dostarcza kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji. Nieznajomość głównych dróg transmisji wirusa HIV w danym miejscu i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się zakażeń.
- 6.6. **Niebezpieczna tendencja wzrostowa zakażeń wzw C wymaga pilnych działań profilaktycznych**, a szczególnie wzmożonej kontroli higieny w instytucjach medycznych, zakładach kosmetycznych i innych, w których może dochodzić do przerwania ciągłości tkanek.
- 6.7. Niepokojący jest **trend wzrostowy liczby przypadków kiły wrodzonej**.
- 6.8. Bardzo niska endemiczność wirusowego zapalenia wątroby typu A stwarza niebezpieczeństwo wystąpienia w każdej chwili w Polsce lokalnych lub wyrównawczych epidemii tej choroby.
- 6.9. **W zakresie przygotowań do pandemii grypy Polska jest właściwie przygotowana organizacyjnie oraz na miarę swych możliwości ekonomicznych**, również pod względem posiadania rezerw leków przeciwgrypowych.
- 6.10. **Poziom zaszczeplenia ludności przeciw grypie sezonowej jest niedostateczny i powinien być zwiększony**.
- 6.11. Do chwili obecnej żadna z najgroźniejszych gorączek krwotocznych zdolnych zakażać ludzi w bezpośredniej styczności nie została zawleczona do Polski.
- 6.12. **Niewystarczający rozwój diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt mała dostępność utrudniają rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób**, co opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom. Szczególnie dotyczy to zoonoz i chorób przenoszonych drogą pokarmową.
- 6.13. Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym i zwalczanie ich wymaga stworzenia systemowych mechanizmów skutecznie przeciwdziałających ograniczeniu zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
- 6.14. **Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania nie będzie możliwe bez podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych**, w tym danych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji.

7. CHOROBY ZAWODOWE I WYPADKI PRZY PRACY

- 7.1. W 2006 r. odnotowano 3285 zachorowań na choroby zawodowe oraz zarejestrowano 116 tys. osób poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, w tym 616 ofiar śmiertelnych. **Zarówno w przypadku chorób zawodowych jak i częstości występowania wypadków przy pracy od szeregu lat obserwuje się trend spadkowy, który jednak ulega zahamowaniu w ostatnich latach**.
- 7.2. Do najczęściej występujących chorób zawodowych należą w przypadku mężczyzn pylice (35%), choroby zakaźne i pasożytnicze (20%), ubytek słuchu (13%) oraz choroby narządu głosu (6%); a w przypadku kobiet choroby narządu głosu (49%), choroby zakaźne i pasożytnicze (21%) oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (9%). **Przy ogólnym dużym spadku zagrożenia chorobami**

zawodowymi bardzo nieznacznie zmniejsza się ono w przypadku pylic oraz chorób zakaźnych i pasożytniczych.

- 7.3. Największe zagrożenie chorobami zawodowymi występuje wśród osób pracujących w województwach: lubelskim, śląskim, świętokrzyskim i małopolskim.

8. WYPADKI DROGOWE

- 8.1. Mimo zaznaczającego się od około 10 lat trendu spadkowego poziomu umieralności spowodowanej przez wypadki drogowe w Polsce należy do najwyższych w krajach UE. W roku 2007 zginęło w Polsce w wypadkach drogowych 5583 osób (dane KGP).
- 8.2. Największa nadwyżka umieralności w stosunku do krajów UE występuje wśród osób w wieku 45-74 lata - o ponad 70 %.
- 8.3. W Polsce, w porównaniu z innymi państwami UE, obserwuje się **bardzo wysoki odsetek pieszych wśród śmiertelnych ofiar wypadków** (34,4% wszystkich ofiar) a także **wysoki odsetek zabitych w obszarze zabudowanym** (43,8%).
- 8.4. **Wypadki w Polsce charakteryzują się wysoką śmiertelnością:** w 2006 r. liczba osób, które zmarły w wyniku wypadku drogowego (11,2 na 100 wypadków) jest jedną z najwyższych w krajach UE. W roku 2007 sytuacja w Polsce pozostała bez zmian – na 100 wypadków zginęło przeciętnie 11,3 osób.
- 8.5. Zarówno liczba wypadków jak i zgonów nimi spowodowanych wykazuje duże, prawie dwukrotne zróżnicowanie międzywojewódzkie. Najwyższą śmiertelnością charakteryzują się wypadki w woj. podlaskim i kujawsko-pomorskim (18 zabitych na 100 wypadków) natomiast najniższą, mniejszą o ponad połowę, w woj. małopolskim i śląskim (ok. 7 zabitych na 100 wypadków).
- 8.6. W 2007 r. nietrzeźwi użytkownicy dróg uczestniczyli w 6503 wypadkach drogowych co stanowi 13,1% ogółu tych wypadków. **Odsetek wypadków, w których brali udział nietrzeźwi jest na średnim poziomie dla krajów UE, ale jego trend spadkowy w Polsce uległ zahamowaniu w ostatnich latach.**

9. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ REJESTROWANA W SYSTEMIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

- 9.1. **W ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost przyznawanych niepełnosprawnym świadczeń rehabilitacyjnych przy stosunkowym zmniejszeniu orzekania trwałej niezdolności do pracy.**
- 9.2. W 2007 roku orzeczono w Polsce 57465 uprawnień do pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy i było to o 18 % mniej niż w 2004 r. W tym samym okresie liczba świadczeń rehabilitacyjnych wzrosła czterokrotnie z liczby 27142 w 2004 r. do 125784 w 2007 r.
- 9.3. **Liczba niepełnosprawnych osób w Polsce w populacji w i wieku produkcyjnym jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich (16%).**

10. PROCEDURY WYSOKOSPECJALISTYCZNE

- 10.1. Mimo znacznie mniejszych w Polsce niż w większości krajów UE nakładów na ochronę zdrowia wyraźny jest w ostatnich latach w naszym kraju rozwój procedur wysokospecjalistycznych – przeszczepów narządów i skomplikowanych operacji serca. Niektóre procedury wysokospecjalistyczne w miarę ich upowszechnienia stają się standardowymi usługami kontraktowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 10.2. W ostatnich 3 latach nastąpiło niewielkie zmniejszenie liczby wykonywanych przeszczepów (np. serca) ale z drugiej strony następuje systematyczny rozwój nowych procedur, np. skomplikowanych operacji wad serca u dzieci dorosłych.

11. WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA ZDROWOTNEGO ZWIĄZANE ZE STYLEM ŻYCIA

- 11.1. Sytuacja w Polsce odnośnie rozpowszechnienia omawianych czynników ryzyka jest zróżnicowana na tle innych krajów UE.
- 11.2. **Wprawdzie odsetek Polaków palących papierosy (37% mężczyzn i 23% kobiet) jest wyższy od przeciętnego dla krajów UE, ale wśród mężczyzn liczba palaczy zmniejsza się. Zmniejsza się również rozpowszechnienie palenia wśród młodzieży, a samo palenie papierosów jest postrzegane przez osoby w wieku 15-24 lata jako obarczone dużym ryzykiem zdrowotnym i odsetek palaczy w tej grupie wiekowej jest jednym z najniższych w UE. Niepokojące jest utrzymywanie się odsetka palących dorosłych kobiet na stałym poziomie.**
- 11.3. **Spożycie alkoholu w Polsce jest niższe niż przeciętne dla krajów UE. Zmieniła się struktura spożycia napojów alkoholowych, wzrósł udział napojów o niższej zawartości alkoholu. Również wśród młodzieży sytuacja jest korzystna w porównaniu z innymi krajami UE, ale co szósty chłopiec w wieku 15 lat pije alkohol przynajmniej raz w tygodniu.**
- 11.4. Wyniki badań wskazują, że **aktywność fizyczna Polaków jest zbyt niska**. Obserwuje się również spadek aktywności dzieci i młodzieży w starszych grupach wiekowych.
- 11.5. **Pod względem występowania otyłości i nadwagi mieszkańcy Polski znajdują się poniżej średniej dla krajów UE, a problem ten dotyczy głównie mężczyzn. Sytuacja dzieci i młodzieży w porównaniu z innymi krajami UE jest bardzo korzystna, niemniej odnotowano wzrost odsetka osób z nadwagą w młodszych grupach wiekowych.**
- 11.6. **Spożycie owoców i warzyw utrzymuje się w Polsce na niskim poziomie, a wśród młodzieży odnotowano spadek spożycia owoców w ostatnich latach.**

12. WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W POLSCE

- 12.1. **Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. W 2006 r. wydatki na mieszkańca w Polsce**

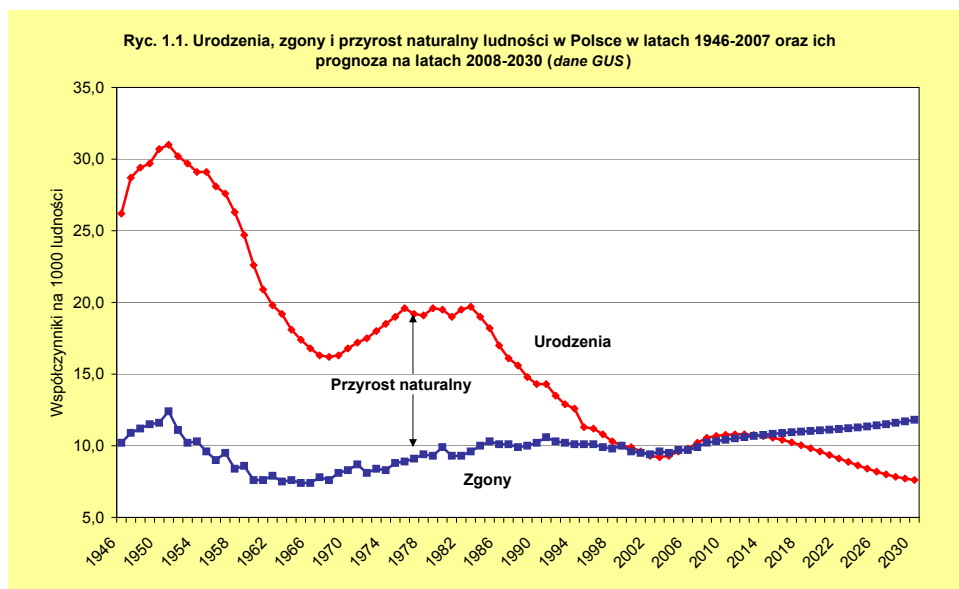
były o blisko 2/3 niższe od średniej dla krajów UE. Jednocześnie w ostatnich latach **pogłębia się różnica** pomiędzy nakładami w Polsce a średnim poziomem nakładów na zdrowie w krajach UE.

- 12.2. **Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE** niemniej poziom współpłacenia pacjentów jest również niski.
- 12.3. **Udział wydatków na leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki,** przy jednocześnie **niskim udziale środków publicznych.**
- 12.4. Udział wydatków na zdrowie publiczne i zapobieganie chorobom jest nieco niższy niż średnia w krajach OECD ale jest wyższy niż w większości europejskich krajów członkowskich OECD.

1. WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNEJ

Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Wojciech Seroka

Liczba ludności Polski systematycznie zmniejsza się po roku 1996 i w końcu roku 2007 wynosiła 38115,6 tys. czyli była mniejsza o około 178 tys. w porównaniu do stanu sprzed 11 lat. Wprawdzie przyrost naturalny (różnica między liczbą urodzeń i liczbą zgonów) był w 2007 r. znowu minimalnie dodatni (ryc. 1.1) ale saldo migracji zagranicznych jest wyraźnie ujemne.



Według najnowszej prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) liczba ludności Polski do roku 2035 będzie systematycznie zmniejszać się (przyrost naturalny od roku 2014 będzie znowu ujemny) a prognozowany spadek w tym okresie może wynieść ok. 2120 tys. osób. Zmiany stanu ludności będą przebiegać niejednakowo w miastach i na wsi. W miastach liczba ludności będzie się zmniejszać cały czas i z obecnych 23317 tys. może zmniejszyć się do 21215 tys. Liczba mieszkańców wsi będzie natomiast wzrastać do roku 2020, z obecnych 14799 tys. do 15180 tys., a w następnych 15 latach zmniejszy się

tylko o ok. 48 tys. W większości województw zmiany liczby ludności będą miały podobny charakter do ogólnopolskich ale w czterech województwach: mazowieckim, pomorskim, małopolskim i wielkopolskim liczba mieszkańców w 2035 r. będzie większa niż obecnie chociaż również w tych województwach już w latach 2020. zacznie występować powolny spadek liczby ludności. W prognozowanym okresie 2008-2035 najbardziej zmniejszy się liczba mieszkańców woj. świętokrzyskiego (o 16%), łódzkiego i lubelskiego (o 14%) i opolskiego (13%).

Tabela 1.1. Ludność Polski wg płci, charakteru miejsca zamieszkania i wybranych grup wieku w latach 1970-2007 (wg stanu na 31 grudnia)

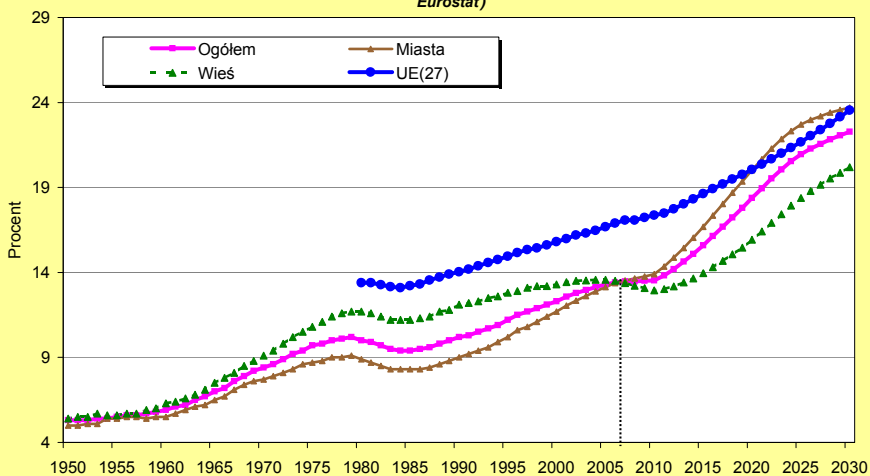
Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś	Liczba kobiet na 100 mężczyzn	Ludność (%)			
							poniżej 20 lat	65 lat i więcej	w miastach	
	liczby w tysiącach									
1970	32658	15862	16796	17088	15570	106	37,2	8,4	52,3	
1975	34186	16634	17552	19031	15155	106	33,8	9,7	55,7	
1980	35735	17411	18324	20979	14756	105	32,0	10,0	58,7	
1985	37340	18211	19129	22486	14855	105	32,3	9,4	60,2	
1990	38183	18606	19577	23614	14569	105	32,5	10,2	61,8	
1995	38609	18786	19823	23877	14733	106	30,9	11,2	61,8	
2000	38644	18773	19871	23876	14768	106	27,5	12,3	61,8	
2004	38174	18470	19704	23470	14704	107	24,5	13,1	61,5	
2005	38157	18454	19703	23424	14733	107	23,7	13,3	61,4	
2006	38125	18427	19699	23369	14757	107	23,1	13,4	61,3	
2007	38116	18412	19704	23317	14799	107	22,6	13,5	61,2	

Źródło: na podstawie danych GUS

Kobiety stanowią ponad połowę ludności (51,7%) i na każdym 100 mężczyzn przypada 107 kobiet (tabela 1.1). Jednak nadwyżkę liczebną nad mężczyznami osiągają kobiety dopiero w grupie wieku 45-49 lata i od tego wieku zwiększa się ona gwałtownie. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypada już 165 kobiet zaś w wieku podeszłym (85 lat i więcej) na 100 mężczyzn przypada o dalsze 110 kobiet więcej. Poniżej 45 lat ma miejsce stała przewaga liczebna mężczyzn nad kobietami, która zmniejsza się stopniowo przede wszystkim w wyniku wyższej przedwczesnej umieralnością mężczyzn niż kobiet.

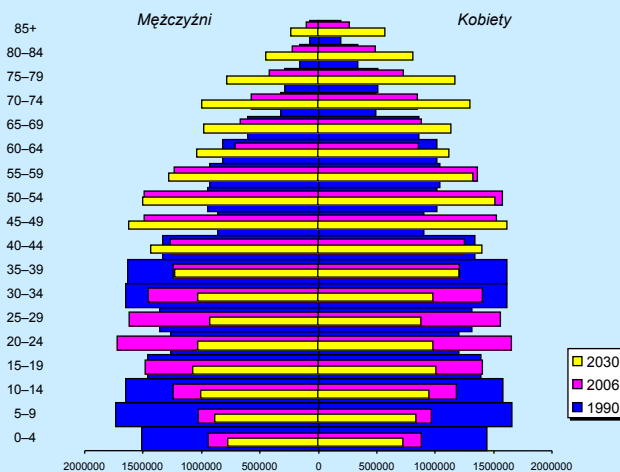
Udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat zmniejsza się powoli, ale systematycznie od drugiej połowy lat 80. i w 2007 r. grupa ta stanowiła 22,6% ogółu ludności a dzieci w wieku 0-14 lat 15,8%. W tym samym czasie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej i w 2007 r. stanowili oni 13,5% ogółu ludności Polski (tabela 1.1). Proporcja osób starszych, w wieku 65 lat i więcej, jest już nieznacznie większa wśród mieszkańców miast niż wsi: w 2007 r. odpowiednie odsetki wynosiły 13,5% i 13,4%. Według prognozy GUS odsetek osób w wieku 65 lat i starszych do 2010 r. będzie zmieniał się jeszcze stosunkowo nieznacznie by w następnych latach zwiększać się już bardzo wyraźnie, przy czym szybszy wzrost będzie występował w miastach (ryc. 1.2). Między rokiem 2010 a 2030 udział tej grupy osób w populacji ogółem zwiększy się z 13,5% do 22,3% (w miastach osiągnie nawet 23,7%). Tak więc liczba osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w stosunku do stanu

Ryc. 1.2. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1950-2007 i prognoza na lata 2008-2030 oraz stan i prognoza dla Unii Europejskiej (dane GUS i Eurostat)



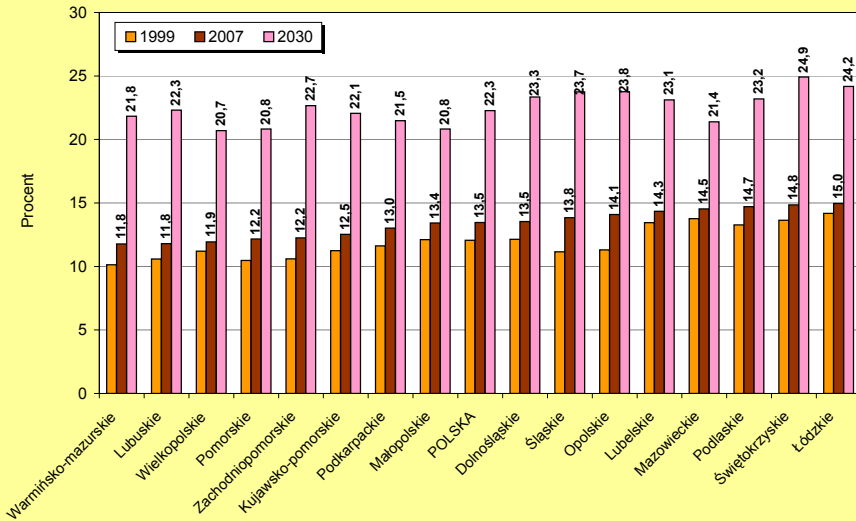
obecnego o 3 miliony i będzie wynosiła 8195 tys. a w tym 2 miliony osób będą w wieku 80 lat i więcej (wzrost o 1140 tys.). Znacznie zmniejszy się korzystna dla Polski różnica w stosunku do sytuacji przeciętnej dla krajów UE. Proces zachodzących zmian struktury wieku i starzenia się ludności Polski ilustrują zmiany piramidy wieku (ryc. 1.3).

Ryc. 1.3. Ludność Polski wg płci i wieku w latach 1990, 2006 oraz prognoza na rok 2030 (dane GUS)

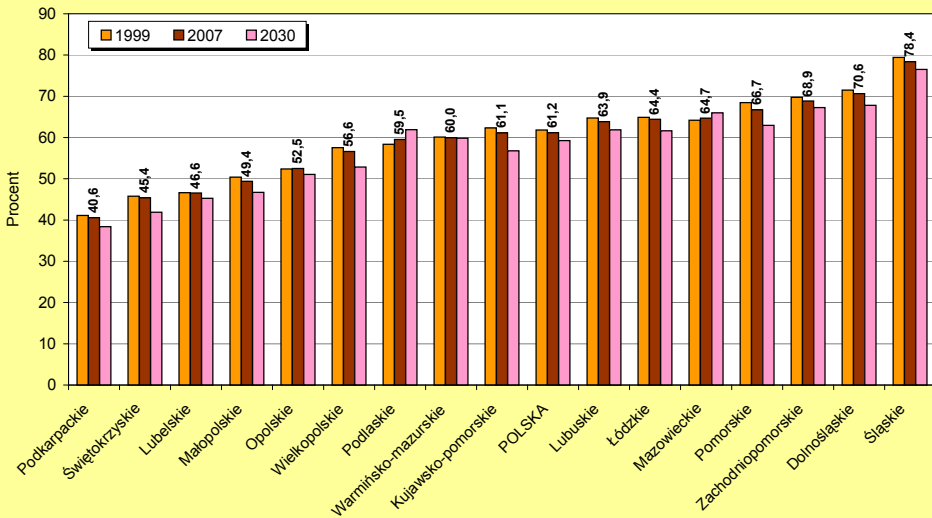


Najwyższym odsetkiem osób w wieku 65 lat i więcej od szeregu lat charakteryzuje się woj. łódzkie i świętokrzyskie natomiast najniższym woj. warmińsko-mazurskie. Przewiduje się, że woj. świętokrzyskie i łódzkie utrzymają najwyższą pozycję również w 2030 r. natomiast największy wzrost udziału osób starszych ma nastąpić w woj. lubuskim warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim (ryc. 1.4).

Ryc. 1.4. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej według województw w latach 1999 i 2007 oraz prognoza na 2030 r. (dane GUS)



Ryc. 1.5. Odsetek osób mieszkających w miastach wg województw w latach 1999 i 2007 oraz prognoza na 2030 r. (dane GUS)



Odsetek osób mieszkających w miastach ma po roku 2000 tendencję spadkową i w 2007 r. wynosił 61,2%. Według prognozy GUS odsetek ten będzie powoli ale systematycznie zmniejszał się i już w 2019 r. spadnie poniżej 60% a w roku 2030 może osiągnąć poziom 59,2%. Najbardziej zurbanizowanym województwem jest woj. śląskie gdzie 78,4% ludności mieszka w miastach natomiast prawie o połowę mniejszy odsetek ludności miejskiej ma woj. podkarpackie – 40,6% (ryc. 1.5). Wyniki prognozy wskazują, że tylko w woj. mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim udział mieszkańców miast w ogólnej liczbie ludności będzie się zwiększał (w tym ostatnim województwie dopiero po roku 2016).

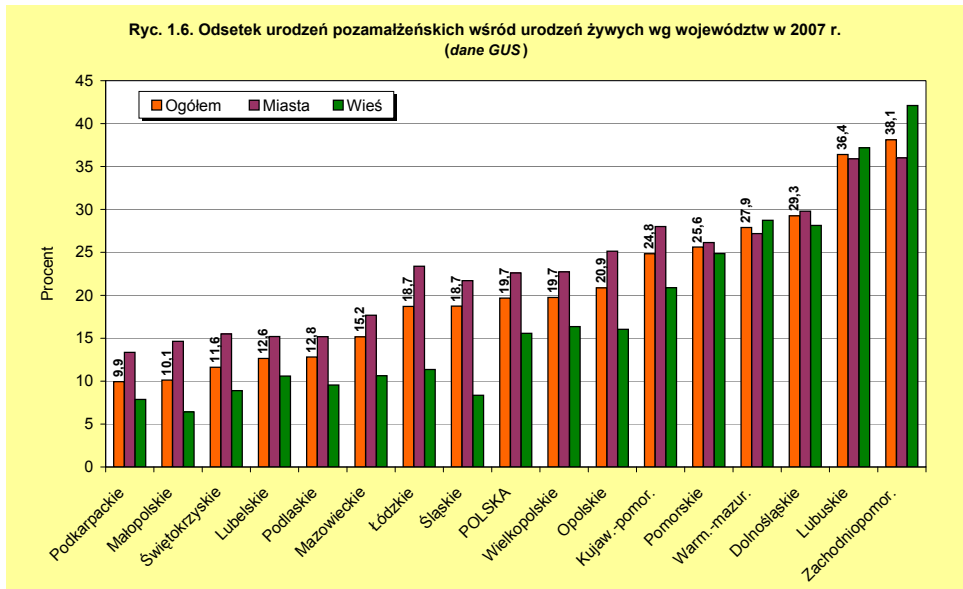
Liczba urodzeń żywych wzrasta po roku 2003 i w 2007 r. była wyższa o 37 tys. niż cztery lata wcześniej a współczynnik urodzeń zwiększył się z 9,2 do 10,2 na 1000 ludności (tabela 1.2). Według prognozy GUS liczba urodzeń będzie zwiększać się do roku 2011 (na wsi do roku 2012) a następnie przewidywane jest zmniejszanie się urodzeń i wyraźna nadwyżka liczby zgonów nad urodzeniami (ryc. 1.1). Podane wyżej liczby jak również wszystkie dane zawarte w tabeli 1.2 są oparte na obowiązujących w Polsce od 1 lipca 1994 r. definicjach żywego urodzenia oraz zgonu płodu, które są zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. 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 tzn. urodzenia martwe.

Zwraca uwagę dramatyczny wzrost częstości urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń w ostatnich latach. Od roku 1990 odsetek urodzeń pozamałżeńskich potroił się z 6,2% ogółu urodzeń żywych do 19,7% w 2007 r. (tabela 1.2). Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie wielkości tego odsetka i o ile w woj. podkarpackim wynosił on 9,9% to w woj. zachodniopomorskim aż 38,1% a więc częściej niż co trzecie urodzenie było pozamałżeńskie (niewiele niższy był odsetek w woj. lubuskim gdzie wynosił 36,4%) (ryc. 1.6). W prawie wszystkich województwach odsetek urodzeń pozamałżeńskich jest wyższy w miastach niż na wsi ale trzech województwach, w tym zwłaszcza w zachodniopomorskim, sytuacja jest odwrotna.

Tabela 1.2. Urodzenia żywe i martwe w wybranych latach 1975-2007

Rok	Urodzenia żywe			Urodzenia martwe	
	liczba (w tysiącach)	na 1000 ludności	procent urodzeń pozamałżeńskich	liczba	procent ogółu urodzeń
1975	646,4	19,0	4,7	6086	0,93
1980	695,8	19,6	4,8	5794	0,83
1985	680,1	18,3	5,0	5214	0,76
1990	547,7	14,4	6,2	3940	0,71
1995	433,1	11,2	9,5	3203	0,73
2000	378,3	9,8	12,1	2128	0,56
2003	351,1	9,2	15,8	1713	0,49
2004	356,1	9,3	17,1	1753	0,49
2005	364,4	9,6	18,5	1712	0,47
2006	374,2	9,8	18,9	1791	0,48
2007	387,9	10,2	19,7	1840	0,47

Źródło: na podstawie danych GUS



Urodzenia martwe w 2007 r. stanowiły 0,47% ogółu urodzeń, a więc w porównaniu z rokiem poprzednim sytuacja praktycznie nie uległa zmianie (dokładnie rzecz biorąc uległa minimalnej poprawie) (tabela 1.2). Występują one częściej na wsi niż w miastach (2007 r. odpowiednio 0,49% i 0,46%, 2006 r. 0,53% i 0,44%). Sytuacja w Polsce jest dosyć stabilna w ostatnich latach i trochę gorsza od przeciętnej w krajach UE gdyż w większości krajów częstość martwych urodzeń jest nieco niższa niż w Polsce (WHO HFA DB).

W 2007 r. 6,1% urodzeń żywych stanowiły urodzenia o tzw. niskiej masie urodzeniowej czyli noworodków, których ciężar przy urodzeniu wynosił poniżej 2500 g (tabela 1.3). W latach 2000. nie obserwuje się spadku częstości tych urodzeń ale i tak w Polsce jest ona na poziomie poniżej przeciętnej dla krajów Unii Europejskiej (w 2006 r. odsetek ten dla UE wynosił 7,12%). Natomiast oceniając sytuację w latach wcześniejszych trzeba pamiętać o przesunięciu w 1994 r. o 1 g w dół wartości granicznej pomiędzy normalną i niską wagą urodzeniową oraz zmianie definicji urodzenia żywego.

Zróznicowanie międzywojewódzkie odsetka niemowląt o niskiej masie urodzeniowej jest obecnie mniejsze niż w końcu lat 90. Zarówno jednak wtedy jak i obecnie najmniej korzystna sytuacja, dosyć ustabilizowana w całym okresie, występuje w woj. zachodniopomorskim, śląskim, łódzkim i dolnośląskim (ryc. 1.7).

Status społeczno-ekonomiczny ma uznany, niezwykle istotny wpływ na stan zdrowia¹. Struktura społeczno-ekonomicznej ludności Polski na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej jest mniej korzystna aczkolwiek z pewnymi wyjątkami. Do najważniejszych wyznaczników statusu społecznego należy poziom wykształcenia. Struktura wykształcenia ludności Polski charakteryzuje się korzystnymi zmianami, jakie zachodzą w czasie ostatnich

1 Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE, for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries, *N Engl J Med* 2008;358:2468-81

Tabela 1.3. Urodzenia żywe według wagi noworodka przy urodzeniu w wybranych latach 1975-2007

Rok	Urodzenia żywe ¹				
	ogółem	poniżej 2500g ²		2500g i więcej ³	
		liczba	procent	liczba	procent
1975	642549	46763	7,3	595786	92,7
1980	692700	52502	7,6	640198	92,4
1985	677557	52717	7,8	624840	92,2
1990	545783	43952	8,1	501831	91,9
1991	545947	43792	8,0	502155	92,0
1992	513590	40386	7,9	473204	92,1
1993	492912	38797	7,9	454115	92,1
1994	481274	34492	7,2	446782	92,8
1995	433082	28905	6,7	404177	93,3
2000	378335	21635	5,7	356700	94,3
2003	351067	20834	5,9	330233	94,1
2004	356131	21777	6,1	334354	93,9
2005	364383	22053	5,7	362330	94,3
2006	374244	22612	6,0	351632	94,0
2007	387868	23579	6,1	364289	93,9

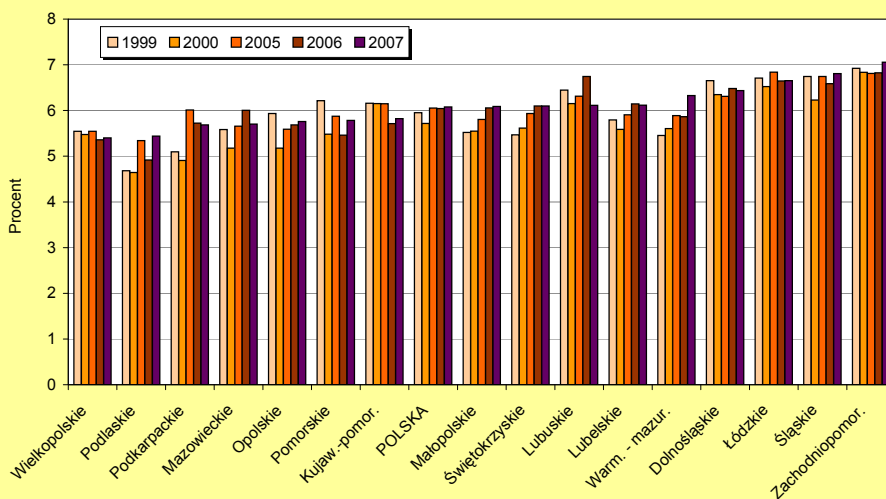
1 – Uwzględniono tylko urodzenia żywe o ustalonej wadze noworodka przy urodzeniu

2 – 2500 g i mniej do 1993 r.

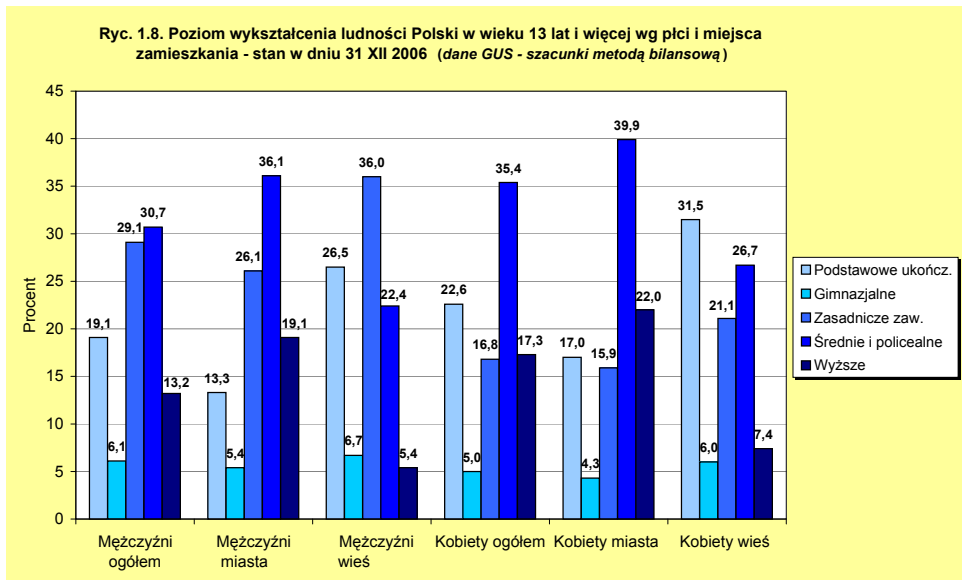
3 – 2501 g i więcej do 1993 r.

Źródło: na podstawie danych GUS

Ryc. 1.7. Odsetek żywo urodzonych noworodków o masie urodzeniowej poniżej 2500g wg województw, 1999-2000 i 2005-2007 (dane GUS)

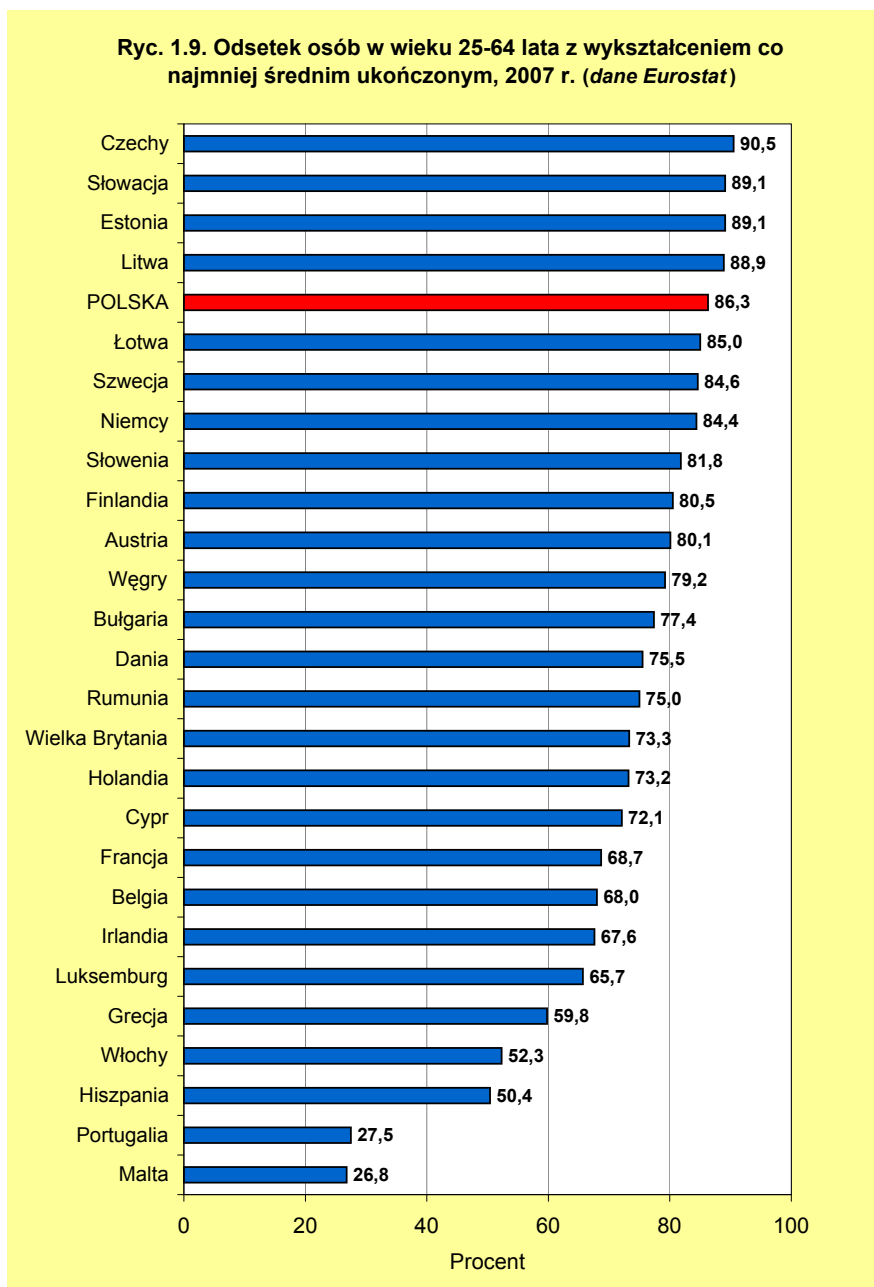


kilkunastu lat. Wyniki ostatnich dwóch Spisów Powszechnych Ludności w 1988 i 2002 r. pokazały, że odsetek osób w wieku 15 lat i więcej, które mają wykształcenie wyższe zwiększył się z 6,5% do 10,2%, tych z wykształceniem średnim i policealnym zwiększył się z 24,7% do 32,7% natomiast osób z wykształceniem podstawowym ukończonym spadł z 38,8% do 28,2%. Kobiety mają przeciętnie lepsze wykształcenie niż mężczyźni, wciąż występują duże różnice w wykształceniu mieszkańców miast i wsi na niekorzyść tych drugich (ryc. 1.8). Poziom wykształcenia osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata jest w Polsce lepszy niż w większości państw UE (ryc. 1.9). Jak również pokazują dane Eurostatu odsetek osób w wieku 18-24 lata, które mają wykształcenie co najwyżej gimnazjalne i nie kontynuują nauki jest w Polsce jednym z najniższych dla krajów UE.



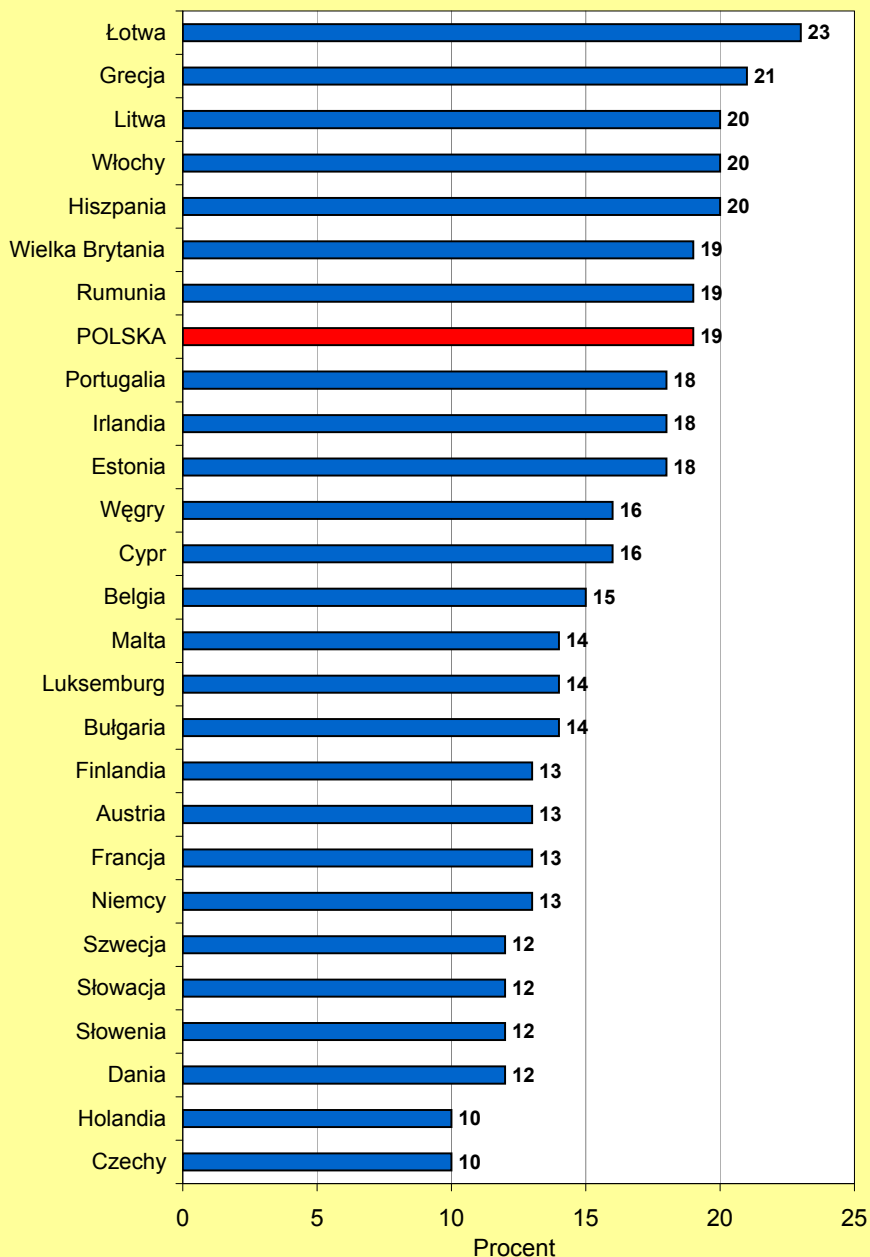
Sytuacja ekonomiczna w Polsce poprawia się ale chociaż wzrost Produktu Krajowego Brutto (PKB) jest szybszy od średniego dla całej Unii Europejskiej to jednak jego wartość w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest jedną z najniższych w UE, w 2007 r. była ona o 46% niższa od średniej dla całej UE (dane Eurostatu). Gorsza sytuacja jest tylko w Bułgarii i Rumunii. Dodatkowo niekorzystny jest fakt, dużego zróżnicowania dochodów w naszym kraju – dochody jakie ma 20% osób o najwyższym poziomie dochodów były w 2006 r. 5,6 razy wyższe niż te jakie ma 20% osób o najniższych dochodach (dane Eurostatu). Większe zróżnicowanie występuje tylko w 4 krajach UE: Łotwie, Portugalii, Litwie i w Grecji. O znacznie większym zróżnicowaniu dochodów ludności Polski w porównaniu z innymi krajami UE świadczy również wskaźnik Giniego. W 2006 r. wyniósł on dla Polski 0,33 a wyższy miały tylko te same 4 kraje UE gdzie wyższy był również wskaźnik kwintylowego zróżnicowania dochodów (dane Eurostatu). Związek wielkości zróżnicowania dochodów ze stanem zdrowia społeczeństwa jest szeroko dyskutowany w literaturze naukowej

a wyniki szeregu badań wskazują, że może on mieć istotny negatywny charakter zwłaszcza w społeczeństwach mniej zamożnych².

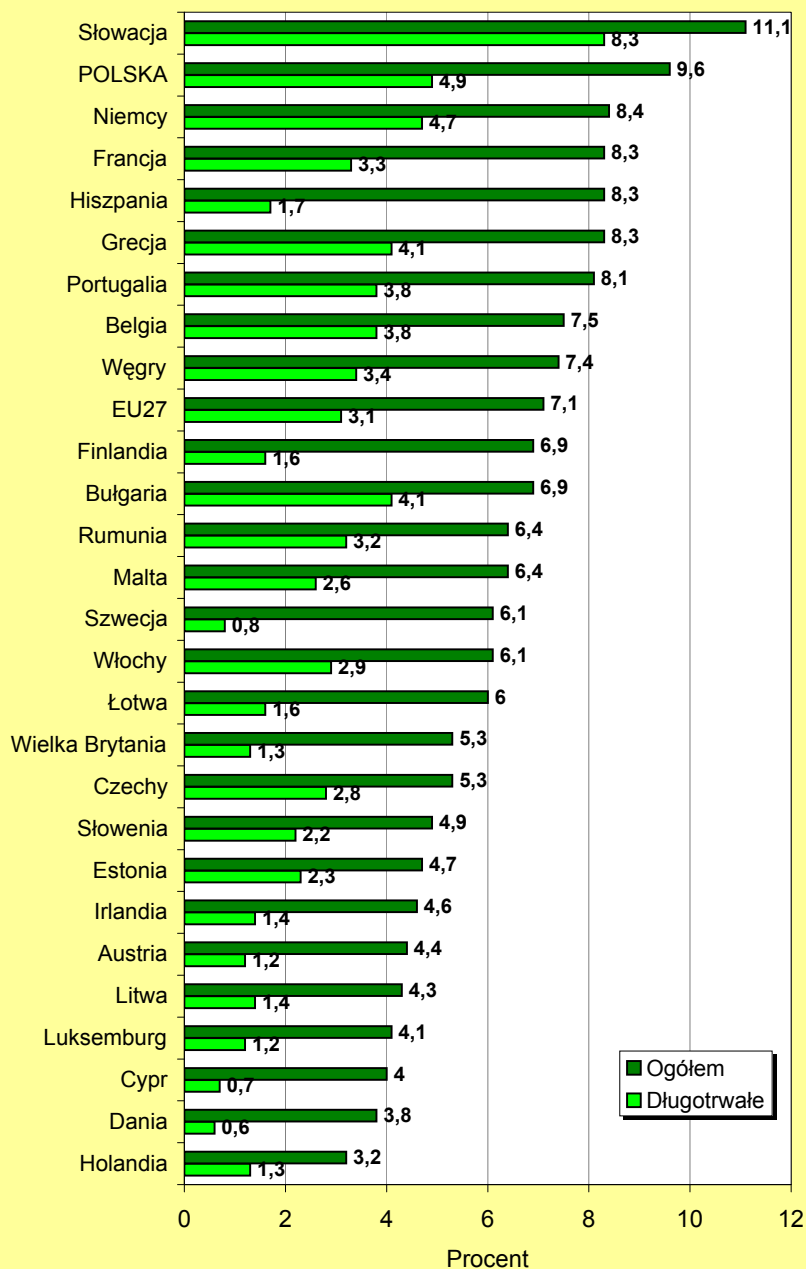


2 Wilkinson R. and Pickett K. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 2006; 62:1768-84

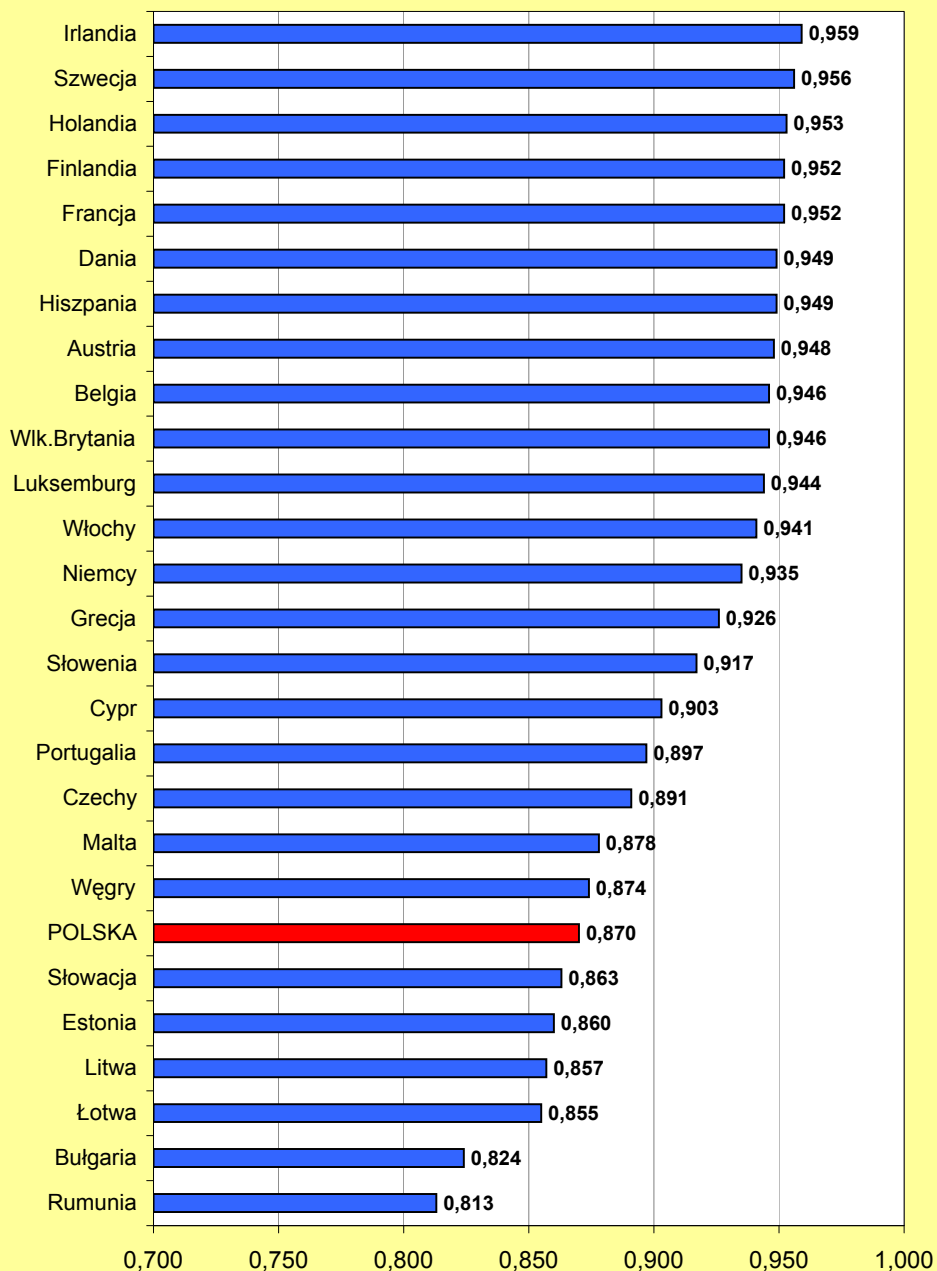
Ryc. 1.10. Odsetek osób z dochodem rozporządzalnym poniżej granicy ubóstwa z uwzględnieniem skali porównywalności, 2006 r. (dane Eurostat)



Ryc. 1.11. Stopa bezrobocia ogółem oraz długotrwałego wśród osób w wieku 15-74 lata, 2007 r. (dane Eurostat)



Ryc. 1.12. Wskaźnik rozwoju społecznego (HDI) w 2005 r. dla krajów UE (dane UNDP, HDR 2007/2008)



Niepokojące i niekorzystne z punktu widzenia zdrowia publicznego jest wysokie zagrożenie ubóstwem w naszym kraju. Za zagrożone ubóstwem uważa się, zgodnie z przyjętą przez kraje UE definicją, osoby żyjące w gospodarstwach domowych, których dochód do dyspozycji jest niższy od granicy ubóstwa ustalonej na poziomie 60% mediany dochodu w danym kraju. Dane Eurostatu pokazują, że w 2006 r. w UE tylko w 5 krajach zagrożenie ubóstwem było bardziej powszechne niż w Polsce (ryc. 1.10).

Mimo dużej poprawy sytuacji i zmniejszenia rozmiarów bezrobocia w Polsce wciąż pozostaje ono na wyższym poziomie niż w większości pozostałych krajów UE. Jak wynika z prowadzonego w krajach UE Badania aktywności Ekonomicznej Ludności w 2007 r. stopa bezrobocia w Polsce wynosiła 9,6% i tylko na Słowacji była wyższa niż w naszym kraju (ryc. 1.11). Dodatkowo niekorzystny jest fakt wysokiej w Polsce stopy bezrobocia długotrwałego, tzn. powyżej 12 miesięcy.

Na koniec warto przywołać syntetyczny Wskaźnik Rozwoju Społecznego (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. Jest to sfera zdrowia (oceniana poprzez wskaźnik przeciętnej długości życia), edukacji (wskaźnik alfabetyzmu, tj. umiejętności pisania i czytania ze zrozumieniem i wskaźnik skolaryzacji) oraz zamożności (dochodu przypadającego na głowę mieszkańca, PKB *per capita*). Konstrukcja wskaźnika określa skrajne, docelowe wartości w każdej z wymienionych sfer. Według ostatnich danych ONZ sytuacja w Polsce jest lepsza niż tylko w 6 krajach UE, które też należały do tzw. bloku wschodniego (ryc. 1.12).

Konkludując przedstawioną powyżej charakterystykę sytuacji społeczno-ekonomicznej społeczeństwa naszego kraju można stwierdzić, że działania zmierzające do jej poprawy będą miały ogromny potencjał dla korzystnych zmian stanu zdrowia ludności Polski, co jest zgodne z koncepcją nowego zdrowia publicznego.

PODSUMOWANIE:

1. Liczba ludności Polski zmniejsza się po roku 1996 i w końcu 2007 roku wynosiła 38115,6 tys. Według najnowszej prognozy Głównego Urzędu Statystycznego do roku 2035 liczba ludności Polski będzie systematycznie zmniejszać się a prognozowany spadek w tym okresie może wynieść ok. 2120 tys. osób. Zmniejszy się przede wszystkim liczba mieszkańców miast.
2. Powoli, ale systematycznie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat, natomiast zwiększa się stopniowo udział osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) w ogólnej liczbie ludności. Według prognozy GUS odsetek osób starszych będzie szybko zwiększał się po roku 2010 i w 2030 r. osiągnie 22,3%. Liczba osób w tym wieku zwiększy się z 5134 tys. w 2007 r. do 8195 tys. w 2030 r. (wzrost o 3 miliony).
3. Liczba urodzeń żywych wzrasta po roku 2003 i w 2007 r. była wyższa o 37 tys. niż cztery lata wcześniej a współczynnik urodzeń zwiększył się z 9,2 do 10,2 na 1000 ludności. Według prognozy GUS liczba urodzeń będzie zwiększać się do roku 2011 a następnie przewidywane jest zmniejszanie się urodzeń i wyraźna nadwyżka liczby zgonów nad urodzeniami.

4. Szybko wzrasta częstość urodzeń pozamażeńskich w ogólnej liczbie urodzeń - od roku 1990 odsetek tych urodzeń potroił się z 6,2% ogółu urodzeń żywych do 19,7% w 2007 r. Występuje duże zróżnicowanie międzywojewódzkie wielkości tego odsetka - w woj. zachodniopomorskim aż 38,1% a więc częściej niż co trzecie urodzenie było pozamażeńskie (niewiele niższy był odsetek w woj. lubuskim gdzie wynosił 36,4%).
5. Urodzenia martwe w 2007 r. stanowiły 0,47% ogółu urodzeń i zbliżony poziom utrzymuje się w ostatnich latach. W większości krajów UE częstość martwych urodzeń jest nieco niższa niż w Polsce.
6. Noworodki o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2500 g) w 2007 r. stanowiły 6,1% ogółu urodzeń żywych i sytuacja nie ulega poprawie w ostatnich latach. Poziom ten jest niższy od przeciętnego dla krajów UE. Najbardziej niekorzystna sytuacja występuje w woj. zachodniopomorskim, śląskim, łódzkim i dolnośląskim.
7. Struktura wykształcenia ludności Polski poprawia się i wg szacunków GUS w 2006 r. 13,2% mężczyzn i 17,3% kobiet w wieku 13 lat i więcej miało wykształcenie wyższe. Kobiety mają przeciętnie lepsze wykształcenie niż mężczyźni mieszkańcy wsi mają wyraźnie gorsze wykształcenie niż mieszkańcy miast. Poziom wykształcenia osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata jest w Polsce lepszy niż w większości państw UE.
8. Zróżnicowanie dochodów ludności jest w Polsce większe niż przeciętne w UE. Również wyższy niż w większości krajów UE jest w naszym kraju poziom bezrobocia i zagrożenia ubóstwem. Działania zmierzające do poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej powinny przyczynić się do korzystnych zmian stanu zdrowia ludności Polski.

2. DŁUGOŚĆ ŻYCIA I UMIERALNOŚĆ LUDNOŚCI POLSKI

Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski, Paweł Goryński, Anna Poznańska

Przedstawiona w poniższym rozdziale analiza umieralności mieszkańców Polski jest oparta w dużym stopniu na indywidualnych danych z rejestru zgonów mieszkańców Polski prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny. Rejestr ten z pewnymi niezbędnymi ograniczeniami jest udostępniany Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego-Państwowemu Zakładowi Higieny w celu prowadzenia zgodnie ze statutem analiz stanu zdrowia mieszkańców Polski. Większość przedstawionych wyników stanowią obliczenia własne autorów a ponadto wykorzystano wskaźniki publikowane przez GUS oraz dostępne w międzynarodowych bazach danych przede wszystkim Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze (HFA DB July 2008 oraz European mortality database HFA MDB July 2008) i Eurostatu¹, co zawsze zostało zaznaczone w treści. Do standaryzacji współczynników zgonów względem wieku stosowano metodę bezpośrednią. Jako standardową strukturę wieku przyjęto tak zwaną strukturę europejską, jednakową dla mężczyzn i kobiet, stosowaną między innymi przez Europejskie Biuro Regionalne WHO. Analizę trendów czasowych współczynników zgonów i długości życia w Polsce i przeciętnych dla Unii Europejskiej przeprowadzono za pomocą modeli jointpoint i programu Jointpoint Regression Program, (*Version 3.3.1. April 2008; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute*)

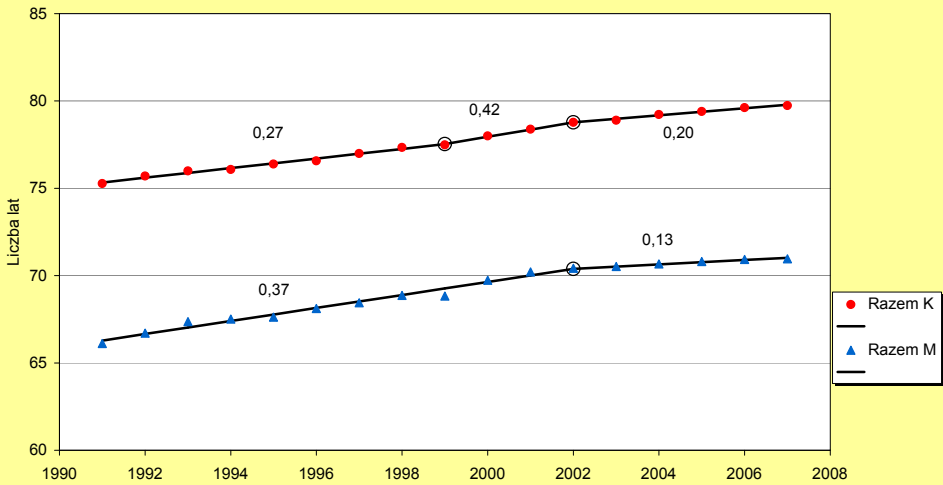
2.1. Zmiany w czasie i różnicowanie długości trwania życia mieszkańców Polski

W roku 2007 przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 71,0 lat a kobiet 79,7. Długość życia mieszkańców Polski systematycznie wydłużyła się po roku 1991 i w tym okresie zwiększyła się w przypadku mężczyzn o blisko pięć lat (4,9 roku) a w przypadku kobiet o pół roku mniej (4,4 roku) (ryc. 2.1). Niestety w przypadku mężczyzn a w mniejszym stopniu także kobiet widać wyraźne spowolnienie wzrostu długości życia po roku 2002. O ile w latach 1991-2002 długość życia mężczyzn zwiększała się rokrocznie przeciętnie o 0,37 roku to w latach 2002-2007 już tylko o 0,13 roku. Jak wynika z naszych analiz postęp jaki się dokonał w przypadku mężczyzn wynikał w ponad 70% z obniżenia umieralności przedwczesnej (przed 65 rokiem życia) natomiast w przypadku kobiet większe znaczenie (ponad 50%) miało obniżenie umieralności w wieku starszym (65 lat i więcej).

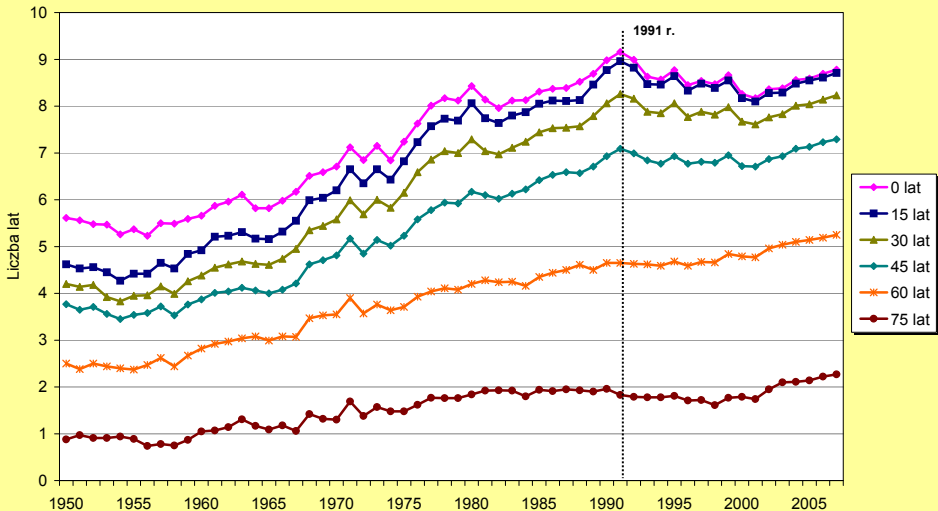
Bardzo wyraźnie zaznacza się w Polsce niekorzystne zjawisko dużej nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet i w konsekwencji znacznie krótsza długość ich dalszego

¹ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/url/page/PGP_ESTAT_HOME_PAGE/PGE_HP_DYNAMIC

Ryc. 2.1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1991-2007- jego trend oraz średnioroczne tempo wzrostu (w latach)



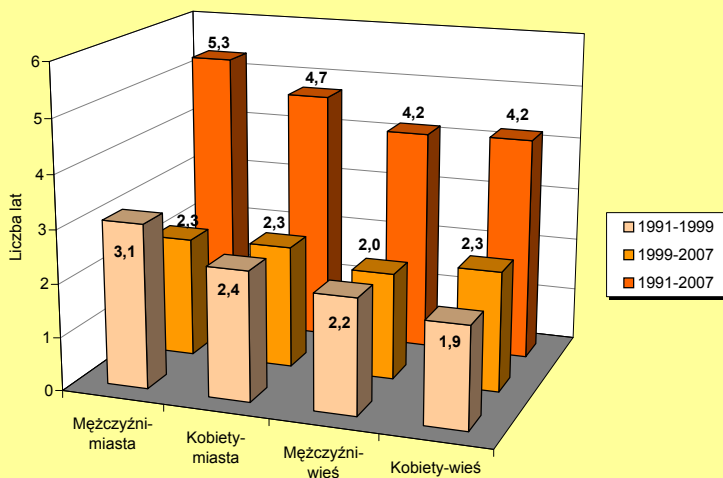
Ryc. 2.2. Różnica przeciętnego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn wg wieku w latach 1950-2007 (na podstawie danych GUS)



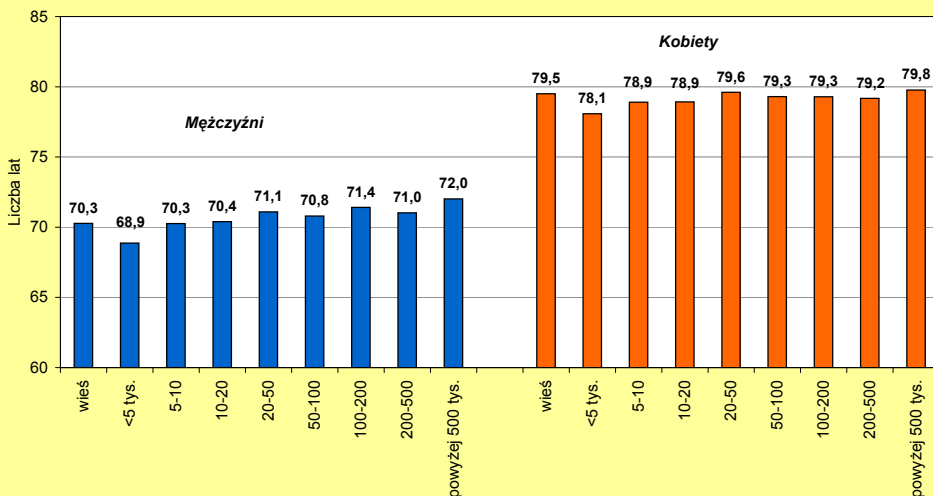
życia niezależnie od wieku (ryc. 2.2). Niepokojący jest fakt, że brak jest poprawy w tym zakresie i po roku 2001 różnice w długości życia mężczyzn i kobiet pogłębiają się. Szacujemy, że dwie trzecie tej różnicy wynikają z wyższej przedwczesnej (przed 65 rokiem życia) umieralności mężczyzn niż kobiet a w jednej trzeciej z wyższej umieralności w wieku starszym powyżej 65 lat. Problem znacznie krótszego trwania życia mężczyzn wydają się być niedostatecznie dostrzegany przez programy polityki zdrowotnej.

Różnice w długości życia mieszkańców miast i wsi mają odmienny charakter w przypadku mężczyzn i kobiet. Po roku 1993 mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej niż mieszkańcy wsi przy czym różnica jest raczej ustabilizowana i w 2007 r. wynosiła jeden rok (miasta 71,4, wieś 70,4). Zwraca uwagę fakt, że długość życia mężczyzn na wsi w 2007 r. uległa skróceniu w porównaniu z rokiem poprzednim o 0,2 roku. W przypadku kobiet to mieszkanki wsi żyją dłużej niż mieszkanki miast już od początku lat 70. a w 2007 r. różnica wynosiła pół roku (miasta 79,6, wieś 80,1).

Ryc. 2.3. Przyrost przeciętnego trwania życia mężczyzn i kobiet w miastach i na wsi w latach 1991-1999, 1999-2007 i 1991-2007 (na podstawie danych GUS)



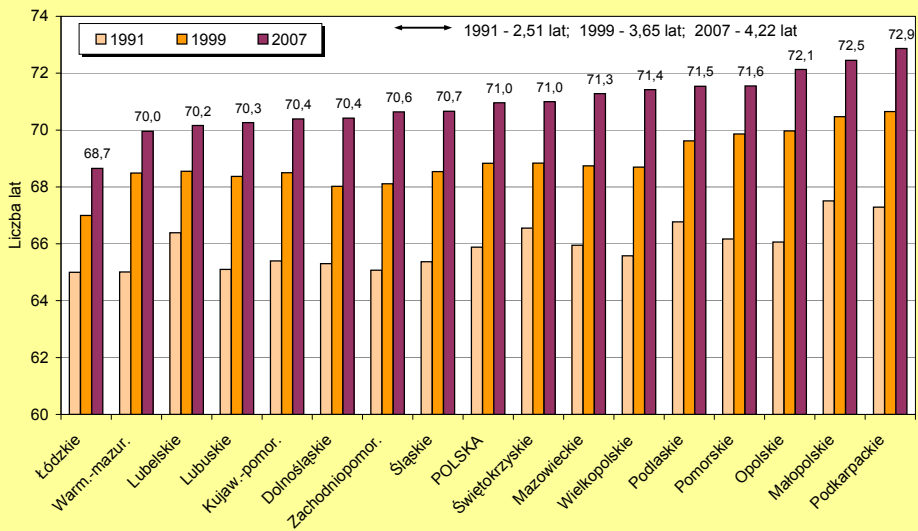
Ryc. 2.4. Przeciętne trwanie życia mieszkańców wsi oraz miast o różnej wielkości, 2004-2006 (obliczenia własne)



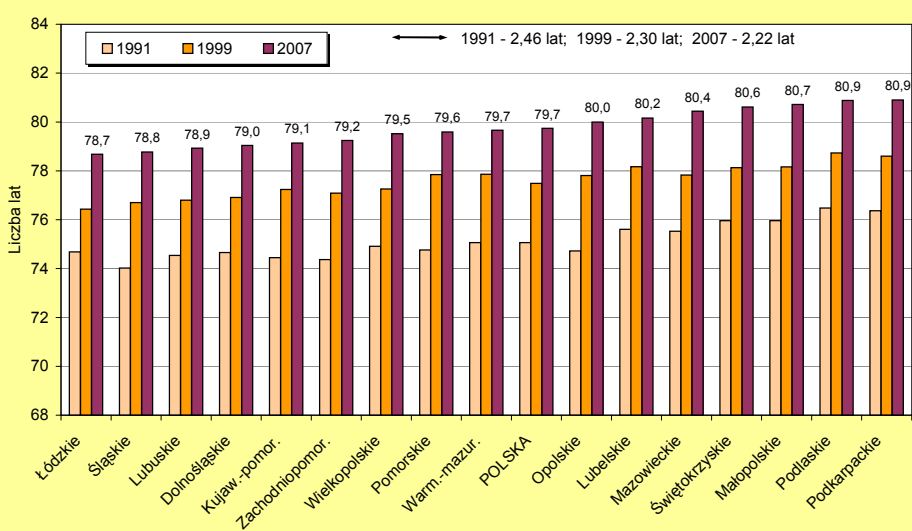
W okresie 1991-2007 nieco większy przyrost długości życia wystąpił u mieszkańców miast niż wsi, w przypadku mężczyzn różnica wyniosła 1,1 roku a w przypadku kobiet pół roku (ryc. 2.3). Mniejszy przyrost długości życia mieszkańców wsi niż miast miał miejsce przede wszystkim w początkowym okresie transformacji tzn. w pierwszej połowie lat 90.

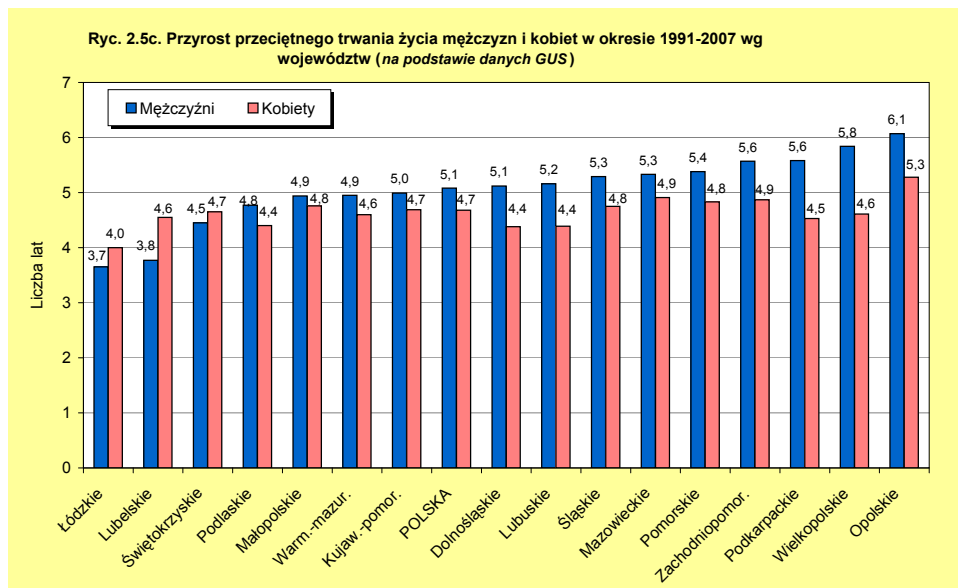
Warto zwrócić uwagę na fakt, że z punktu widzenia długości trwania życia najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta poniżej 5 tys. mieszkańców, natomiast najlepszym są największe miasta (z wyjątkiem Łodzi, której mieszkańcy żyją krócej nawet niż mieszkańcy małych miast). W latach 2004-2006 mężczyźni w małych

Ryc. 2.5a. Przeciętne trwanie życia mężczyzn wg województw w latach 1991, 1999 i 2007 (dane GUS)



Ryc. 2.5b. Przeciętne trwanie życia kobiet wg województw w latach 1991, 1999 i 2007 (dane GUS)





miastach żyli przeciętnie o ok. 3 lata krócej niż mężczyźni w dużych miastach i o ponad rok krócej niż mężczyźni na wsi, natomiast kobiety żyły o ok. półtora roku krócej (ryc. 2.4).

Obserwuje się wyraźne zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia (ryc. 2.5a i 2.5b). W przypadku mężczyzn wielkość tego zróżnicowania powiększa się. Najgorsza sytuacja występuje w woj. łódzkim gdzie przeciętna długość życia mężczyzn w 2007 r. była o ponad 2 lata krótsza od średniej dla całego kraju a o ponad 4 lata krótsza od długości życia w najlepszym województwie tzn. podkarpackim (w 1991 r. mężczyźni w woj. łódzkim żyli „tylko” o dwa i pół roku krócej niż żyjący najdłużej mieszkańcy woj. małopolskiego) (ryc. 2.5a). Trzeba podkreślić, że ta najbardziej niekorzystna sytuacja mężczyzn w woj. łódzkim występuje już od wielu lat i na dodatek przyrost długości życia w latach 1991-2007 był w tym województwie najmniejszy i wynosił tylko 3,7 roku podczas gdy w najlepszym pod tym względem woj. opolskim długość życia wzrosła o 6,1 roku (ryc. 2.5c).

Wojewódzkie zróżnicowanie trwania życia kobiet jest mniejsze niż mężczyzn i nie wykazuje tendencji rosnącej. W przypadku kobiet najgorsza sytuacja również występuje w woj. łódzkim a niewiele lepsza jest w woj. śląskim (ryc. 2.5b). Mieszkanke tych regionów żyją przeciętnie o ok. 2 lata krócej niż kobiety w woj. podkarpackim i podlaskim, które żyją najdłużej. Podobnie jak w przypadku mężczyzn również w przypadku kobiet długość życia w latach 1991-2007 wzrosła najmniej w woj. łódzkim (ryc. 2.5c).

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 coraz częściej stosowany jest również miernik złożony jakim jest **długość trwania życia w zdrowiu** (znany jako tzw. Healthy Life Years - HLY lub Disability Free Life Expectancy – DFLE) (cały okres życia dzieli się na przeżyty w zdrowiu oraz przy jego braku). Jako brak zdrowia przyjmuje się zazwyczaj ograniczoną sprawność, występowanie określonych chorób przewlekłych, złą samoocenę stanu zdrowia.

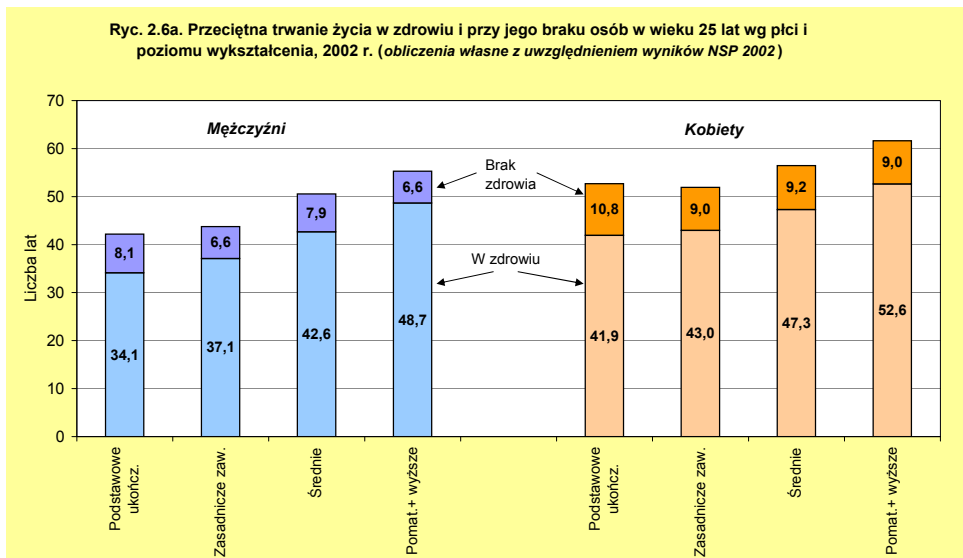
Oszacowania długości życia w zdrowiu dla krajów Unii Europejskiej podawane przez Eurostat oparte są na występowaniu, z powodów zdrowotnych, ograniczonej (bardzo poważnie lub niezbyt poważnie) zdolności wykonywania zwykłych czynności trwające 6 miesięcy lub dłużej. Natomiast w naszych oszacowaniach, które wykonaliśmy dla różnych grup społecznych oraz ludności poszczególnych województw, posłużyliśmy się występowaniem długotrwałym (co najmniej 6 miesięcy) całkowicie lub poważnie ograniczonej zdolności do wykonywania czynności podstawowych dla swojego wieku z powodu kalectwa lub przewlekłej choroby (z aktualnym orzeczeniem prawnym lub bez takiego orzeczenia), o której informację uzyskano w ramach Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 r.

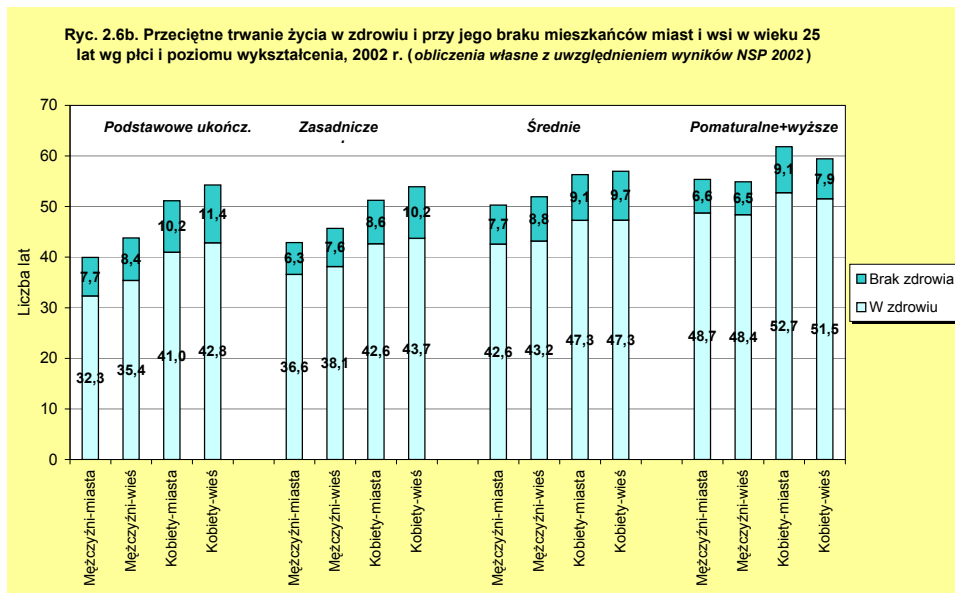
Tabela 2.1. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) i przy jego braku w Polsce w 2005

Grupa płci i wieku	W zdrowiu		Z ograniczoną sprawnością	
	liczba lat	% trwania życia	liczba lat	% trwania życia
Mężczyźni - 0	61,0	86,2	9,8	13,8
Mężczyźni - 65	8,3	58,3	6,0	41,7
Kobiety - 0	66,6	79,3	12,7	20,7
Kobiety - 65	10,1	54,7	8,4	45,3

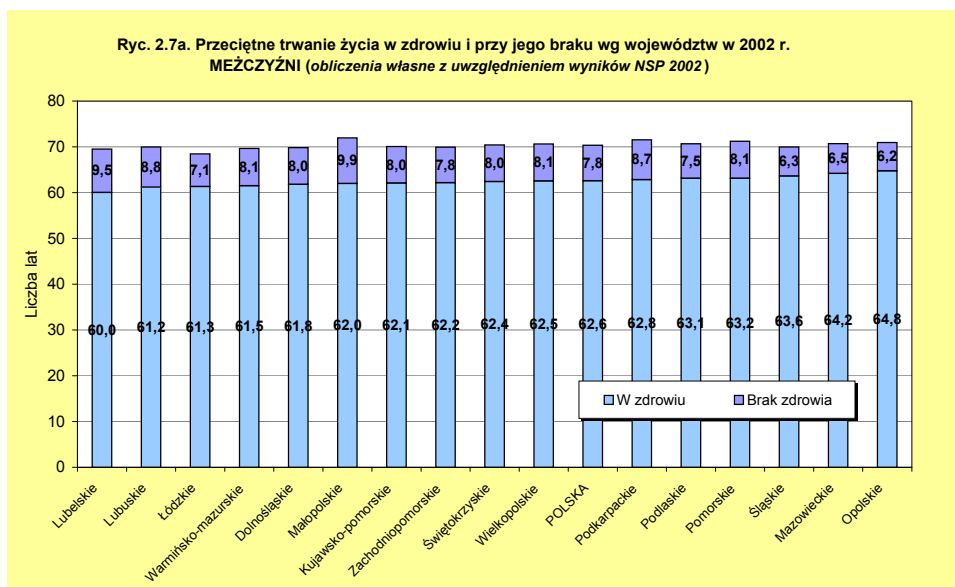
Źródło: Eurostat, dane wstępne

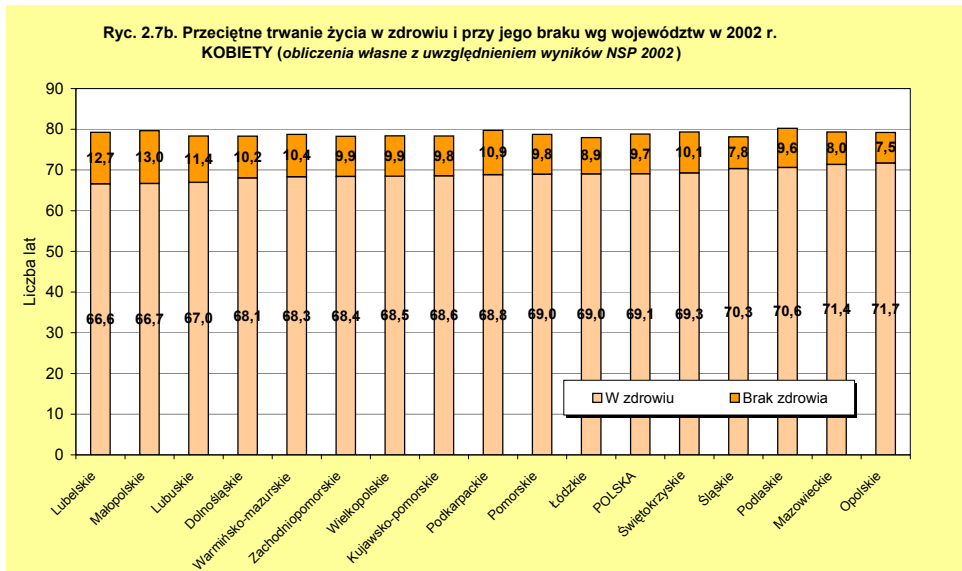
Według szacunków Eurostat wykorzystujących wyniki europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC przeprowadzonego przez GUS w latach 2005-2006 na losowej próbie ludności, długość życia w zdrowiu mieszkańców Polski w roku 2005 wynosiła 66,6 lat w przypadku kobiet i 61,0 lat w przypadku mężczyzn (tabela. 2.1). Oznacza to, że kobiety przeżywają bez ograniczonej sprawności 84% całego życia a mężczyźni 86%. Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że ponad połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu, kobiety o prawie 2 lata więcej niż mężczyźni.





Czynnikiem silnie różnicującym długość życia ogółem jak i długość życia w zdrowiu Polaków jest poziom ich wykształcenia. Jak wynika z naszych szacunków opartych na wynikach NSP 2002 i rejestru zgonów ludności Polski mężczyźni w wieku 25 lat z wykształceniem pomaturalnym lub wyższym mogą oczekiwać, że będą żyli o ok. 13 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem podstawowym a w zdrowiu mogą żyć nawet o 14 lat dłużej (ryc. 2.6a). W przypadku kobiet te różnice są trochę mniejsze i wynoszą odpowiednio ok. 9 lat i prawie 11 lat.





Mieszkańcy miast mogą oczekiwać dłuższego życia w zdrowiu niż mieszkańcy wsi (w 2002 r mężczyźni 63,3 – 61,5, kobiety 69,5 – 68,2) ale w dużym stopniu jest to związane z bardziej korzystną strukturą wykształcenie ludności miejskiej. Jeżeli bowiem porównuje się mieszkańców miast i wsi w jednorodnych grupach wykształcenia to z wyjątkiem osób o wykształceniu powyżej średniego mieszkańcy miast w wieku 25 lat mogą oczekiwać, że będą żyli trochę krócej, zarówno ogółem jak i w zdrowiu, niż mieszkańcy wsi (ryc. 2.6b).

Wojewódzkie zróżnicowanie długości życia w zdrowiu jest większe niż całkowitej długości życia i uszeregowanie województw jest też inne. Najdłuższego życia w zdrowiu mogą oczekiwać mężczyźni i kobiety w woj. opolskim i mazowieckim natomiast o ponad 4 lata krótszego mieszkańcy woj. lubelskiego gdzie sytuacja jest pod tym względem najgorsza (ryc. 2.7a i 2.7b). Zwraca uwagę stosunkowo dobra pod względem długości życia w zdrowiu, sytuacja kobiet w woj. śląskim i łódzkim, podczas gdy całkowita długość ich życia jest krótsza niż w pozostałych województwach.

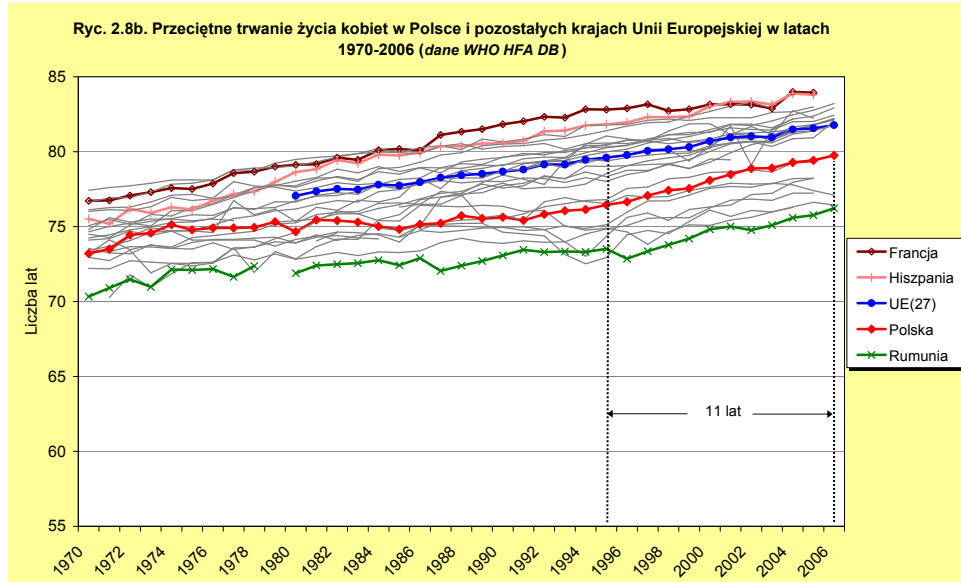
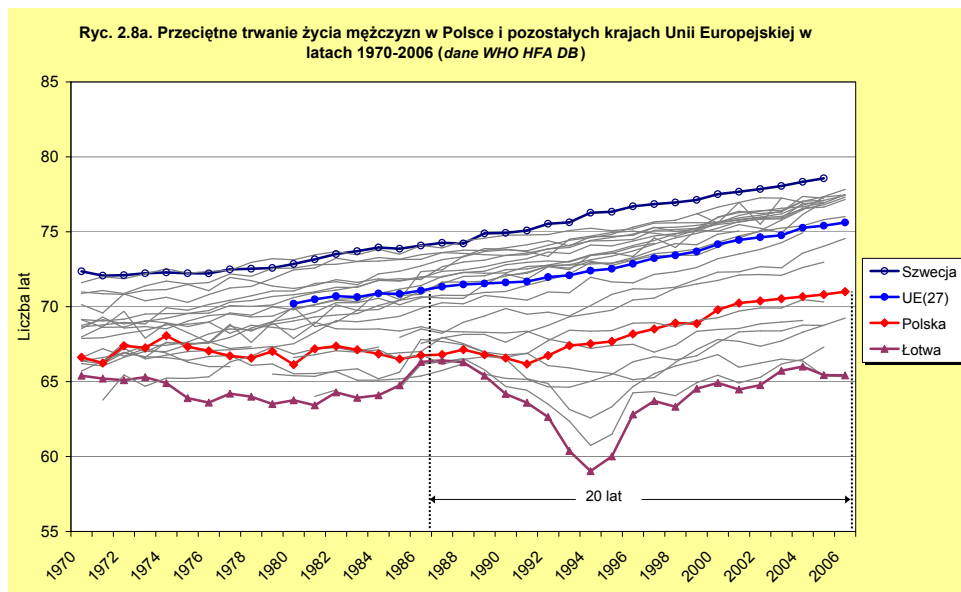
2.2. Długość trwania życia mieszkańców Polski na tle sytuacji w krajach Unii Europejskiej

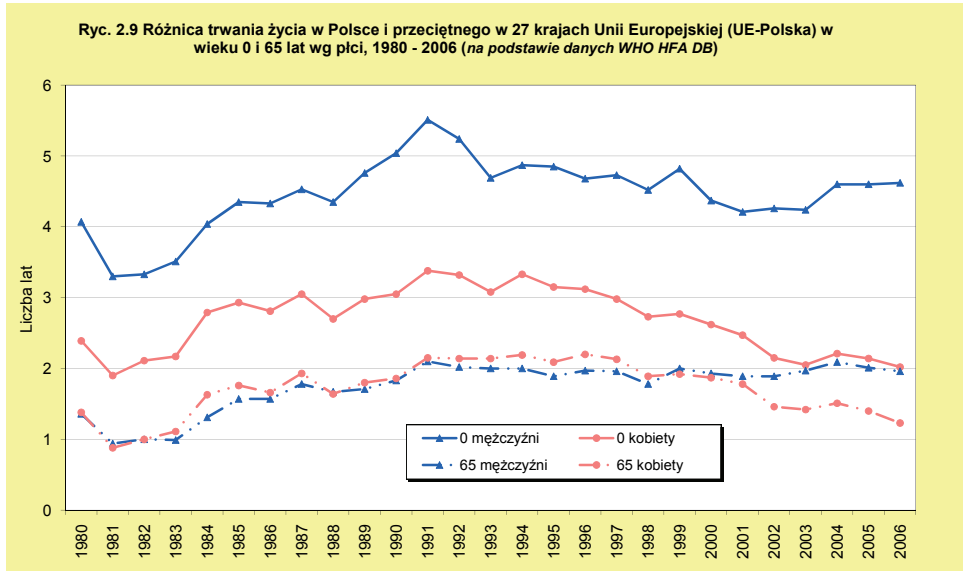
Szacuje się, że obecnie mężczyźni w Polsce żyją przeciętnie o ok. 4,5 roku krócej niż wynosi średnia długość życia mieszkańców UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących mieszkańców Szwecji wynosi blisko 8 lat (ryc. 2.8a).

Obecna długość życia Polaków jest równa tej jaka dla krajów UE występowała 20 lat temu. W przypadku kobiet różnice są mniejsze i Polki żyją przeciętnie o ok. 2 lata krócej niż wynosi średnia długość życia dla ogółu mieszkanki UE a o ok. 4,5 roku krócej niż kobiety w Hiszpanii i Francji, które żyją najdłużej (ryc. 2.8b).

Nadrabianie dystansu do średniego poziomu dla krajów UE szczególnie w przypadku mężczyzn przebiega bardzo opornie i po roku 2001 różnica nawet pogłębiła się, ale również w przypadku kobiet w ostatnich latach brak jest postępu pod tym względem (ryc. 2.9).

Ogólna sytuacja zdrowotna Polaków w porównaniu z ogółem mieszkańców Unii Europejskiej przedstawia się znacznie lepiej jeżeli przy obliczaniu długości życia uwzględnimy jednocześnie fakt, że tylko jego część przeżywana jest w zdrowiu (patrz wyjaśnienie powyżej). Według szacunków Eurostatu Polki są na czwartym miejscu wśród krajów UE pod względem długości życia w zdrowiu natomiast Polacy są w środku krajów UE (ryc. 2.10). Niestety różnica w długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce jest największa wśród krajów UE.





2.3. Umieralność z powodu ogółu przyczyn w Polsce i Unii Europejskiej

Ogólny poziom umieralności w Polsce systematycznie obniża się od 1991 r. ale jest on wciąż znacznie wyższy od poziomu przeciętnego dla krajów UE. Standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce jest obecnie wyższy o ok. 1/3 od współczynnika dla UE a w przypadku kobiet nadwyżka ta wynosi ok. 1/6. Spadek współczynnika zgonów kobiet w Polsce (średnio o 16,7 zgonów/100 tys. kobiet na rok) jest szybszy niż przeciętny dla krajów UE (średnio o 9,4 zgonów/100 tys. kobiet na rok) i nadwyżka umieralności polskich kobiet systematycznie

Tabela 2.2a. Współczynniki zgonów ogółem MĘŻCZYŹN według wieku w wybranych latach 1970-2007 (na 100 tys. mężczyzn danej grupy wieku)

Wiek w latach	Mężczyźni										
	1970	1980	1991	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0 ¹	4096	2879	1684	882	833	818	766	743	696	664	651
1-4	117	90	60	35	34	35	31	29	29	29	29
5-14	49	44	33	22	22	23	21	20	19	21	19
15-19	100	103	102	74	70	74	65	63	69	66	72
20-34	188	216	217	143	136	141	133	134	132	127	131
35-44	371	502	517	395	373	365	359	356	355	353	350
45-54	760	1093	1250	924	910	902	885	920	927	939	941
55-64	2064	2165	2639	2123	2054	1981	1933	1919	1883	1889	1892
65-74	5066	5333	5094	4491	4338	4218	4224	4125	4053	3959	3960
75 lat i więcej	12204	13202	13493	10887	10495	10536	10651	10147	10011	9751	9720

¹ współczynniki na 100 tys. żywych urodzeń

Ryc. 2.10. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) w Polsce i krajach UE w 2005 r. (dane Eurostat, wstępne)

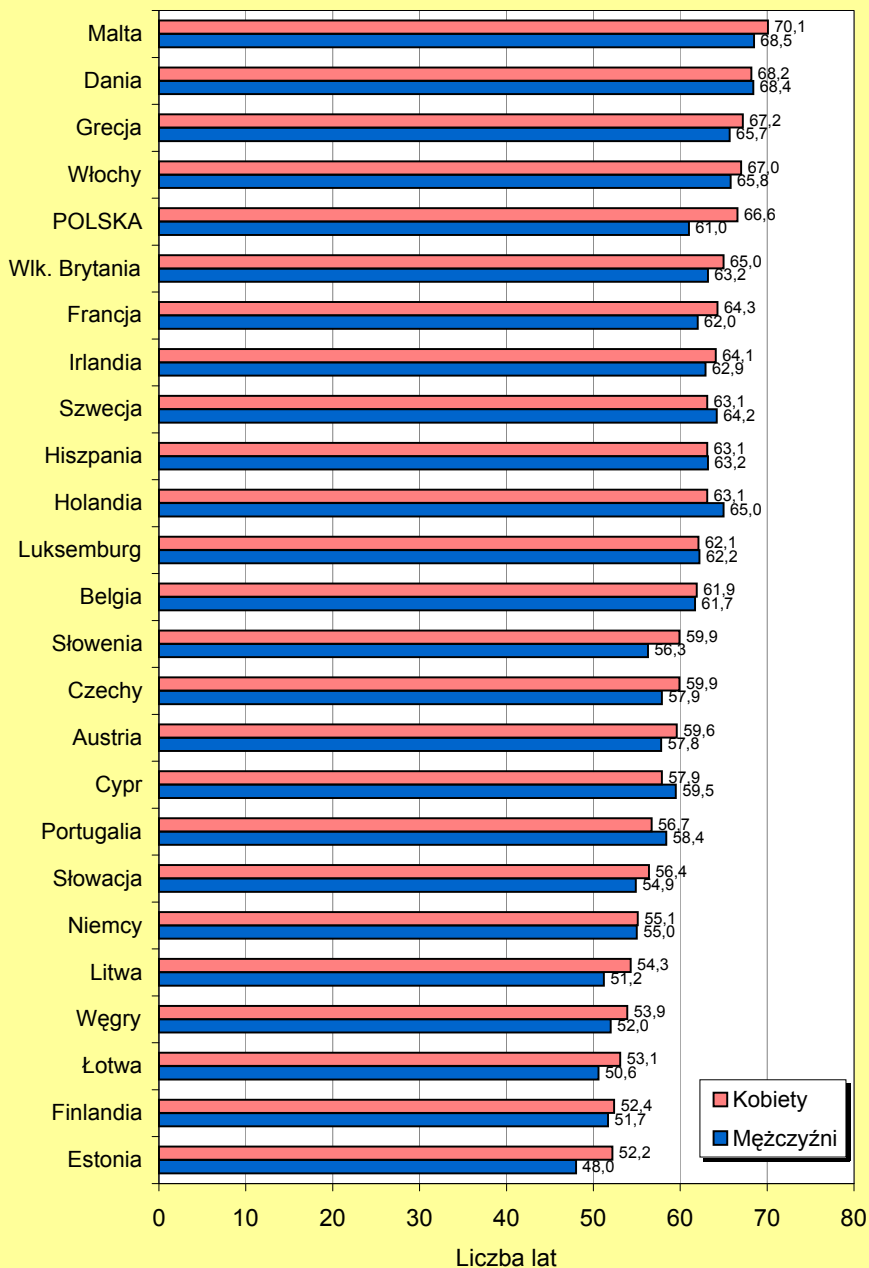
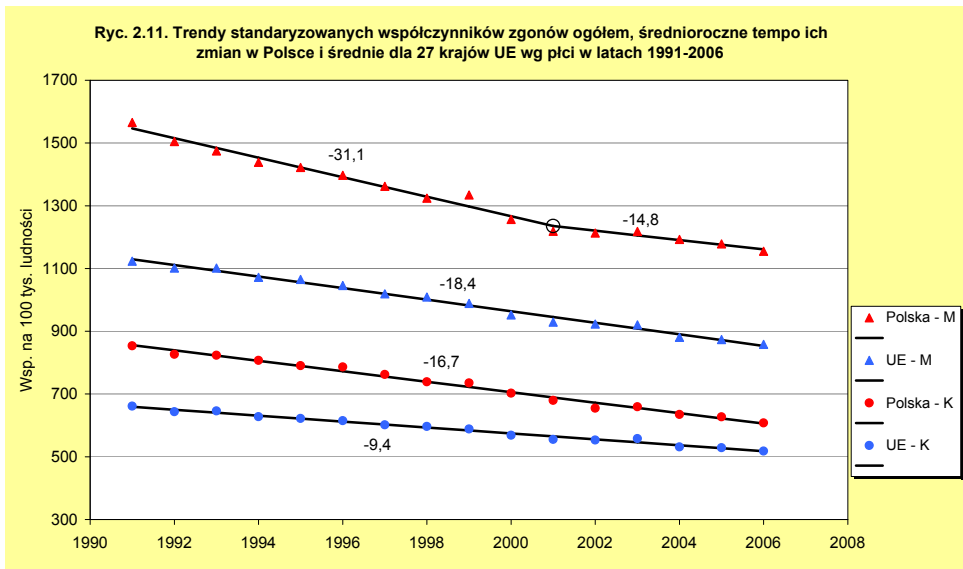


Tabela 2.2b. Współczynniki zgonów ogółem KOBIEC według wieku w wybranych latach 1970-2007 (na 100 tys. kobiet danej grupy wieku)

Wiek w latach	Kobiety										
	1970	1980	1991	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0 ¹	3212	2199	1301	734	696	683	638	614	585	528	537
1-4	94	69	47	27	28	26	21	22	25	25	22
5-14	33	28	23	14	15	16	14	13	14	14	13
15-19	43	36	38	29	27	29	26	26	24	25	26
20-34	65	62	60	40	36	36	36	35	34	33	35
35-44	173	175	177	135	130	124	119	117	116	117	107
45-54	394	428	427	357	349	341	334	341	337	339	335
55-64	1024	971	1024	830	792	756	751	729	729	731	745
65-74	3038	2815	2606	2165	2072	1977	1966	1876	1827	1774	1752
75 lat i więcej	9939	10125	10454	8837	8451	8098	8143	7751	7695	7437	7424

¹ współczynniki na 100 tys. żywych urodzeń

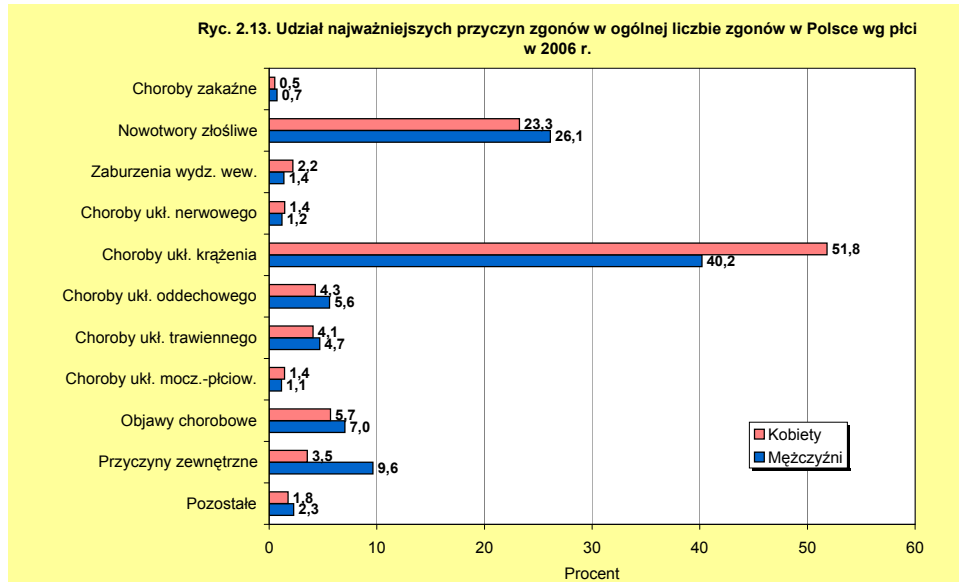
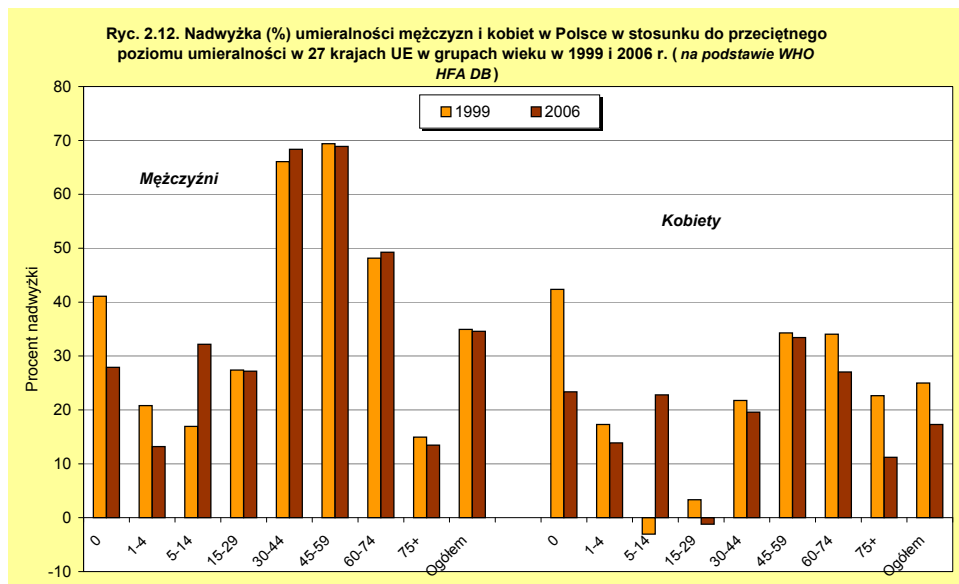


zmniejsza się (ryc. 2.11). Jeżeli tempo spadku nie zmieni się to poziom umieralności jaki obecnie występuje w UE osiągnięty zostanie za ok. 5 lat. Natomiast w przypadku mężczyzn szybki spadek ogólnego współczynnika zgonów w Polsce obserwowany po roku 1991 uległ znacznemu spowolnieniu po roku 2001 i obecne jego tempo (14,8 zgonów/100 tys. mężczyzn na rok) jest nawet wolniejsze od średniego dla UE (18,4 zgonów/100 tys. mężczyzn na rok). Jest to sytuacja bardzo niepokojąca gdyż zwiększa się dystans dzielący Polskę od większości krajów UE. Jeżeli tempo spadku umieralności mężczyzn w Polsce nie zmieni się to obecny poziom umieralności w UE osiągnięty zostanie w naszym kraju dopiero za ok. 19 lat.

2.4. Umieralność według płci i wieku

Umieralność mieszkańców Polski w latach 2000. wykazuje tendencję spadkową w większości szerokich grup wieku ale spadek ten w młodszych grupach wieku jest wolniejszy niż w latach 90. (tabela 2.2a i 2.2b). Warto zwrócić uwagę, że natężenie zgonów mężczyzn w grupach wieku 45-54 lata po roku 2003 zwiększa się i jest obecnie wyższe niż w roku 2000 i jeszcze wciąż znacznie wyższe (o prawie 1/4) niż w roku 1970.

We wszystkich grupach wieku mężczyźni umierają częściej niż kobiety. W 2007 r. nadwyżka ta wahała się od około 30% wśród dzieci poniżej 5 lat do około 270% w wieku 20-34



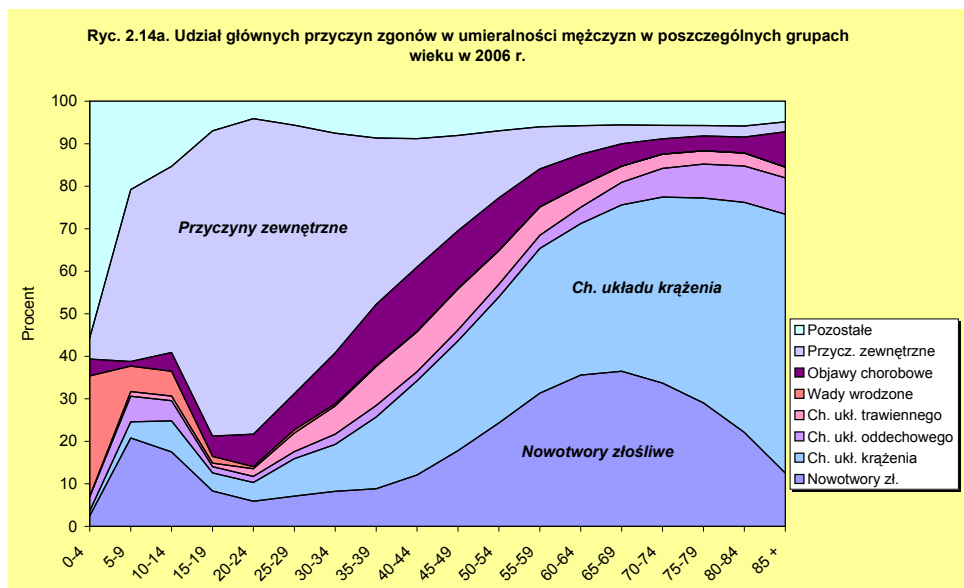
lata. W latach 2000. nie obserwuje się niestety poprawy sytuacji w odniesieniu do nadumieralności mężczyzn w żadnej grupie wieku. Po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku w obu grupach płci poprzez standaryzację współczynników, ogólny poziom umieralności mężczyzn w 2007 r. był o ok. 90% wyższy niż kobiet. W krajach UE przeciętna nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet jest mniejsza i w 2006 r. wynosiła 66%.

We wszystkich grupach wieku umieralność w Polsce jest wyższa niż w UE zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet (ryc. 2.12). Największa różnica występuje wśród mężczyzn w wieku 30-59 lat, w którym umieralność w Polsce jest o ok. 2/3 wyższa niż w UE. Zwraca uwagę niewielka, z wyjątkiem dzieci poniżej 5 lat, poprawa sytuacji w poszczególnych grupach wieku mężczyzn w 2006 r. w porównaniu do 1999 r. i w konsekwencji taka sama (35%) nadwyżka umieralności mężczyzn ogółem w Polsce w 2006 r. jak 7 lat wcześniej. Natomiast wśród kobiet różnice poziomu umieralności w Polsce i UE w grupach wieku są na ogół mniejsze niż w przypadku mężczyzn i nadwyżka umieralności Polek w porównaniu z ogółem mieszkanki UE zmniejszyła się w ostatnich latach.

Należy zauważyć, że gdyby w Polsce w roku 2006 natężenie umieralności w poszczególnych grupach wieku było takie samo jak przeciętne w krajach Unii Europejskiej to liczba osób zmarłych w naszym kraju byłaby o ok. 67 tys. mniejsza niż faktycznie obserwowana.

2.5. Umieralność według przyczyn²

Dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia a następnie nowotwory złośliwe (ryc. 2.13). W 2006 r. były one odpowiedzialne za 70% wszystkich zgonów, odpowiednio za 45,6% zgonów (40,2% zgonów mężczyzn i 51,8% zgonów kobiet) w przypadku chorób układu krążenia i 24,8% zgonów



² Ostatnie dostępne dane dla Polski są dla roku 2006, dane dla roku 2007 będą dostępne na przełomie lat 2008 i 2009.

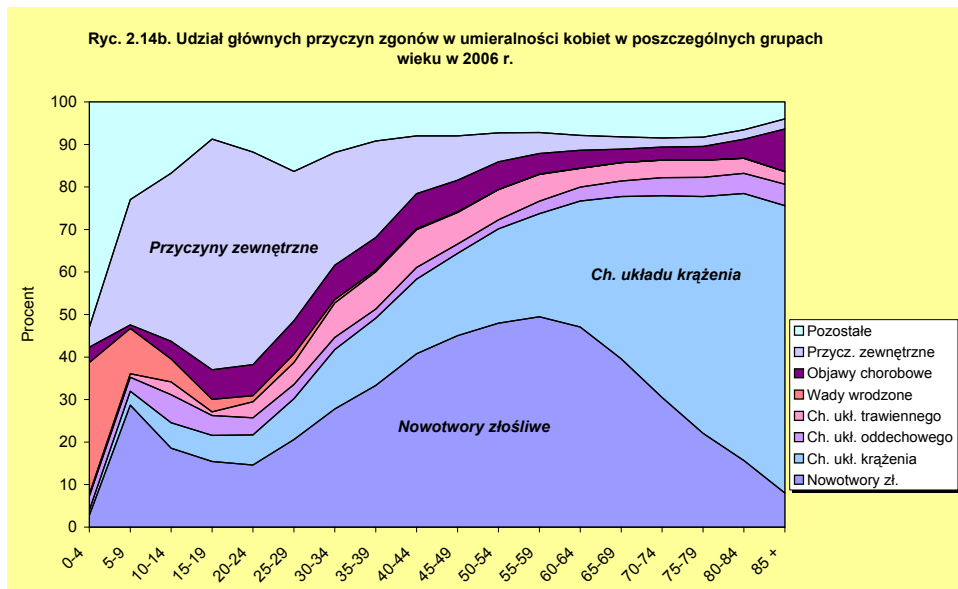


Tabela 2.3. Udział głównych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów wg grup wieku, Polska 2006

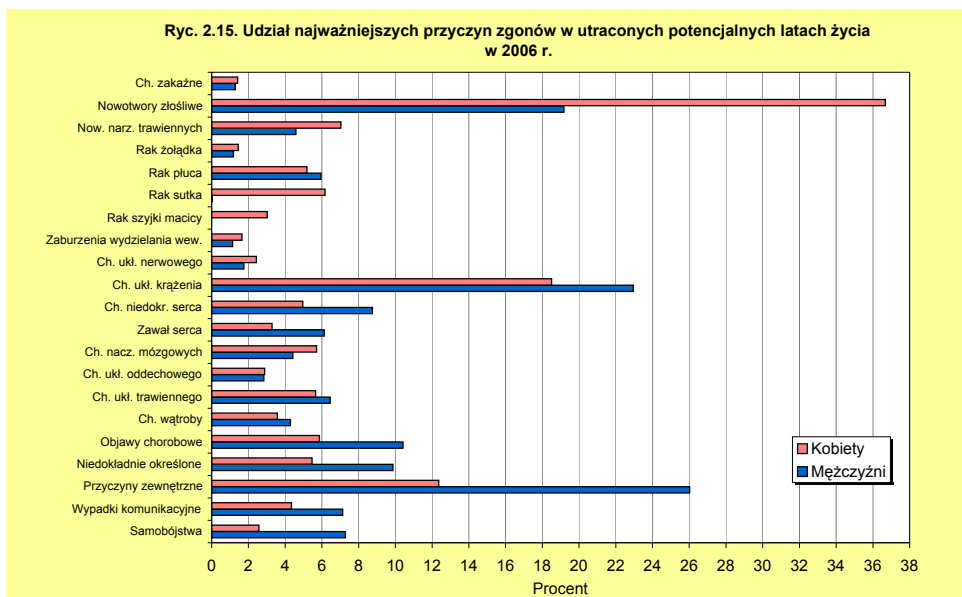
		Grupy wieku											
	0-4 lata	5-14		15-24		25-44		45-64		65 lat i więcej		Ogółem	
P	47,6	VY	39,7	VY	68,7	VY	36,2	C	34,0	I	54,1	I	45,6
Q	29,5	C	20,4	C	8,5	I	16,6	I	29,7	C	22,6	C	24,8
VY	4,9	GH	9,1	R	6,8	C	15,6	VY	10,7	J	5,9	VY	6,8
R	3,8	Q	6,6	I	4,8	R	12,2	R	8,8	R	5,2	R	6,4
J	3,3	I	5,5	GH	3,4	K	8,2	K	6,8	K	3,4	J	5,0
AB	3,2	J	5,2	J	2,1	J	2,4	J	3,0	VY	2,6	K	4,4
C	2,6	AB	3,4	K	1,7	GH	2,2	E	1,5	E	1,9	E	1,8

- AB - Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)
- C - Nowotwory złośliwe (C00-C97)
- E - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)
- GH - Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (G00-H95)
- I - Choroby układu krążenia (I00-I99)
- J - Choroby układu oddechowego (J00-J99)
- K - Choroby układu trawiennego (K00-K93)
- P - Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00-P96)
- Q - Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)
- R - Objawy, cechy chorobowe, przyczyny niedokładnie określone (R00-R99)
- VY - Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)

(26,1% zgonów mężczyzn i 23,3% zgonów kobiet) w przypadku nowotworów. Pozostałe przyczyny o bardziej istotnym znaczeniu tzn. zewnętrzne przyczyny zgonów, choroby układu oddechowego, układu trawiennego oraz objawy i stany niedokładnie określone odpowiadały za dalsze 23% wszystkich zgonów.

Znaczenie poszczególnych grup chorób jako przyczyny zgonów zmienia się wraz z wiekiem (ryc. 2.14a i 2.14b, tabela 2.3). W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że pierwsza połowa życia jest przede wszystkim zagrożona przyczynami zewnętrznymi (w przypadku najmniejszych dzieci problemami związanymi z okresem okołoporodowym) a druga chorobami układu krążenia i nowotworami złośliwymi, przy czym w przypadku kobiet w średnim wieku wyraźna jest dominacja zagrożenia nowotworami.

Jeżeli przyjąć, że zgon przed 70 rokiem życia jest w obecnych warunkach zgonem przedwczesnym to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia jaka brakuje do 70 lat. 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 straty potencjalnych lat życia przez mieszkańców Polski. Wśród mężczyzn największe straty powodują przyczyny zewnętrzne (26% utraconych potencjalnych lat życia), następnie choroby układu krążenia (23%) i nowotwory złośliwe (19%) (ryc. 2.15). Natomiast wśród kobiet kolejność jest dokładnie odwrotna – największe straty, aż 37% utraconych potencjalnych lat życia powodują nowotwory złośliwe, następnie choroby układu krążenia (19%) i przyczyny zewnętrzne (12%). Warto zwrócić uwagę, że wśród mężczyzn samobójstwa powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia jak wypadki komunikacyjne i jest ona większa niż spowodowana zawałem serca; wśród kobiet rak sutka powoduje większą utratę potencjalnych lat życia niż choroba niedokrwienna serca.



Poniżej omówiono bardziej dokładnie umieralność spowodowana najważniejszymi przyczynami zgonów w Polsce, pokazano zróżnicowanie pomiędzy mężczyznami i kobietami.

tami, mieszkańcami miast i wsi oraz pomiędzy województwami. Dla wybranych przyczyn pokazano także różnice w zagrożeniu życia jakie powodują one wśród mieszkańców Polski w porównaniu z mieszkańcami 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, przeprowadzono standaryzację współczynników względem wieku. Ale przedstawione zostały także rzeczywiste współczynniki zgonów w Polsce w 2006 r. gdyż to one pokazują jakie w tym roku było faktyczne zagrożenie życia związane z daną grupą chorób.

2.6. Umieralność z powodu chorób układu krążenia

Po roku 1991 znaczenie chorób układu krążenia (ChUK) jako przyczyny zgonów pomału zmniejsza się zarówno jeśli chodzi o ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów jak i natężenie umieralności z ich powodu (tabela 2.4a i 2.4b). Według naszych szacunków wydłużenie życia ludności Polski po 1991 r. w ponad 50% w przypadku mężczyzn i ponad 60% w przypadku kobiet jest wynikiem spadku umieralności z powodu ChUK. Cały jednak czas choroby te są największym zagrożeniem życia Polaków. W roku 2006 zmarły w Polsce z ich powodu 168532 osoby, tzn. 442 na każde 100 tys. ludności.

Tabela 2.4a. Umieralność MĘŻCZYZN według głównych przyczyn w wybranych latach 1980-2006

Przyczyna zgonu	1980	1991	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. mężczyzn										
Nowotwory zł.	259,6	296,9	297,7	300,0	302,4	307,0	301,1	302,8	296,0	293,6
Ch. ukł. krążenia	737,9	797,1	670,5	561,3	545,0	531,4	535,9	510,2	492,8	480,2
Ch. ukł. oddech.	102,1	72,0	61,3	70,9	61,2	61,8	66,8	65,1	68,9	66,8
Ch. ukł. trawien.	55,9	48,4	47,0	51,6	49,3	50,6	49,9	52,1	54,8	51,8
Objawy chorob.	127,8	109,7	119,7	91,0	84,4	83,3	84,6	84,9	85,2	82,1
Zewnętrzne prz.		139,6	115,4	104,6	101,3	103,5	101,7	101,9	102,5	101,1
Procentowy udział w zgonach mężczyzn ogółem										
Nowotwory zł.	17,5	19,5	22,1	24,6	25,5	26,2	25,8	26,4	25,9	26,1
Ch. ukł. krążenia	44,5	48,3	45,7	42,8	42,9	41,8	42,0	41,1	40,3	40,2
Ch. ukł. oddech.	6,6	4,5	4,2	5,4	4,8	4,9	5,3	5,2	5,6	5,6
Ch. ukł. trawien.	3,8	3,2	3,6	4,3	4,2	4,4	4,3	4,6	4,9	4,7
Objawy chorob.	6,6	6,5	8,0	7,0	6,7	6,7	6,7	6,8	7,0	7,0
Zewnętrzne prz.		10,9	9,9	9,7	9,6	9,9	9,6	9,7	9,8	9,6

Wprawdzie częściej z powodu ChUK umierają kobiety niż mężczyźni (w 2006 r. współczynniki rzeczywiste dla obu grup wynosiły odpowiednio 451 i 432 na 100 tys.) ale wynikało to ze starszej struktury wieku kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w obu strukturach wieku okazuje się, że choroby te są znacznie większym zagrożeniem życia mężczyzn gdyż standaryzowany współczynnik zgonów w 2006 r. dla mężczyzn był o ok. 2/3 wyższy niż dla kobiet (tabela 2.5 i 2.6).

Warto jeszcze raz zwrócić uwagę, że choroby układu krążenia dominują jako przyczyna zgonu ogółu Polaków dopiero w wieku powyżej 64 lat (powyżej 44 lat wśród mężczyzn i 69 lat wśród kobiet) (tabela 2.3, ryc. 2.14ab). Ustępują one bowiem w młodszym wieku

przyczynom zewnętrznym w przypadku mężczyzn, natomiast w przypadku kobiet w wieku 30-69 lata nowotworom a w młodszym wieku, podobnie jak wśród mężczyzn, przyczynom zewnętrznym.

Tabela 2.4b. Umieralność KOBIEC według głównych przyczyn w wybranych latach 1980-2006

Przyczyna zgonu	1980	1991	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. kobiet										
Nowotwory zł.	149,8	155,2	155,7	158,6	158,0	156,6	157,7	155,0	155,5	154,9
Ch. ukł. krążenia	463,8	476,0	419,5	355,9	346,0	328,8	330,9	314,2	304,1	291,9
Ch. ukł. oddech.	38,3	24,7	24,1	31,1	25,2	23,5	26,6	24,4	26,5	25,0
Ch. ukł. trawien.	29,9	24,9	23,2	25,5	25,8	25,2	25,3	25,5	25,9	25,6
Objawy chorob.	89,6	65,0	72,9	49,3	45,8	42,0	42,6	41,6	40,0	35,6
Zewnętrzne prz.		37,9	32,4	29,7	28,2	28,2	26,5	25,6	26,0	24,9
Procentowy udział w zgonach kobiet ogółem										
Nowotwory zł.	16,5	16,9	18,5	21,2	21,8	22,3	22,4	22,8	22,9	23,3
Ch. ukł. krążenia	52,6	57,9	55,6	53,1	53,5	53,1	53,1	52,6	51,9	51,8
Ch. ukł. oddech.	4,4	2,9	3,1	4,5	3,8	3,7	4,2	4,0	4,4	4,3
Ch. ukł. trawien.	3,4	2,8	2,9	3,6	3,7	3,8	3,8	4,0	4,1	4,1
Objawy chorob.	9,4	7,8	9,6	7,1	6,8	6,4	6,3	6,3	6,2	5,7
Zewnętrzne prz.		4,2	3,9	3,9	3,8	3,9	3,6	3,6	3,6	3,5

Główną rolę wśród chorób układu krążenia odgrywiają: choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca (w 2006 r. 50,0 tys. zgonów w tym zawał 23,1 tys., a więc odpowiednio 30% i 14% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych), choroby naczyń mózgowych (38,4 tys. zgonów, 23% całej grupy), inne choroby serca (40,1 tys. zgonów, 24%) oraz miażdżycy (30,2 tys. zgonów, 18%). Dla wszystkich tych przyczyn z wyjątkiem innych chorób serca standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów w 2006 r. zmniejszyły się w stosunku do roku poprzedniego (tabela 2.6). Jednak ten obiektywny spadek zagrożenia życia ChUK nie znalazł odbicia w faktycznym zmniejszeniu rozmiarów problemu w wyniku starzenia się populacji (tabela 2.5).

Na choroby układu krążenia częściej umierają mieszkańcy wsi niż miast i nie wynika to wyłącznie z ich starszej struktury wieku (tabela 2.7 i 2.8). Tylko choroba niedokrwienna serca, w tym zawał serca, jest większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi.

Obserwuje się znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie zagrożenia życia **chorobami układu krążenia ogółem** (ryc. 2.16 i aneks ryc. 1 i 2). W 2006 r. było ono najmniejsze w woj. mazowieckim a największe w woj. śląskim (większe o 1/4). Należy podkreślić, że mieszkańcy woj. śląskiego i łódzkiego są bardziej zagrożeni chorobami układu krążenia niż mieszkańcy innych województw w całym okresie po 1991 r. W latach 1999–2006 umieralność z powodu ChUK zmniejszyła się najbardziej w woj. podkarpackim i mazowieckim (o 1/4) a najmniejsza poprawa nastąpiła w woj. podlaskim (spadek o 8%) gdzie w 2006 r. odnotowano wzrost umieralności w stosunku do poziomu z roku poprzedniego. Trzeba jednak dodać, że ten wzrost mógł być spowodowany zjawiskiem korzystnym tzn. poprawą orzecznictwa o przyczynach zgonów gdyż w 2006 r. w woj. podlaskim bardzo spadła liczba zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych (patrz dalej). W woj. mazowieckim

Tabela 2.5. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2005 i 2006 (na 100 tysięcy ludności danej grupy)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Razem	965,1	969,5	1066,0	1075,6	870,5	870,2
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze	6,1	6,1	8,1	7,9	4,2	4,5
gruźlica	2,1	1,9	3,4	3,1	0,9	0,8
Nowotwory złośliwe	236,9	240,3	276,5	280,8	199,7	202,3
nowotwór zł. żołądka	14,5	14,5	19,3	19,2	9,9	10,0
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	24,8	25,4	26,9	28,3	22,8	22,7
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca	56,4	57,1	89,7	90,4	25,1	26,0
nowotwór zł. sutka kobiet	13,5	13,8	-	-	25,9	26,5
nowotwór zł. szyjki macicy	4,7	4,8	-	-	9,1	9,3
nowotwór zł. gruczołu krokowego	9,4	9,7	19,5	20,0	-	-
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	15,6	17,0	13,8	14,7	17,3	19,2
Choroby układu krążenia	440,8	442,0	429,3	432,3	451,6	451,0
choroba nadciśnieniowa	14,6	15,6	12,5	13,8	16,6	17,4
choroba niedokrwienności serca	130,4	131,2	146,3	147,7	115,5	115,8
ostry zawał serca (I21-I22)	62,4	60,5	80,3	78,0	45,6	44,2
inne choroby serca (I26-I51)	100,7	105,1	103,8	107,8	97,7	102,6
choroby naczyń mózgowych	102,2	100,7	90,5	89,9	113,2	110,7
miażdżyca	83,0	79,2	64,3	60,9	100,5	96,3
Choroby układu oddechowego	48,6	48,4	59,9	60,3	38,0	37,3
zapalenie płuc	22,8	23,0	23,7	24,6	22,0	21,5
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	20,9	20,6	30,4	30,0	11,9	11,8
Choroby układu trawiennego	43,3	42,7	51,8	50,5	35,4	35,4
choroby wątroby	17,3	17,9	25,5	26,2	9,6	10,2
Choroby układu moczowo-płciowego	11,9	12,3	12,2	12,3	11,6	12,4
niewydolność nerek	10,3	10,7	10,7	10,7	10,0	10,8
Objawy oraz nieprawidłowe wyniki badań (R00-R99)	63,8	62,1	74,8	75,6	53,5	49,5
Zewnętrzne przyczyny zgonu	66,5	66,1	104,1	103,7	31,2	30,8
wypadki komunikacyjne	15,6	14,6	24,9	23,3	6,9	6,4
samobójstwa i samouszkodzenia	15,8	15,2	27,7	26,8	4,6	4,4

Tabela 2.6. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci oraz przyczyn w latach 2005 i 2006 (na 100 tysięcy ludności danej grupy)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Razem	862,5	842,2	1178,3	1155,0	627,5	607,9
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze	5,7	5,7	8,5	8,2	3,5	3,6
gruźlica	1,9	1,8	3,6	3,2	0,7	0,6
Nowotwory złośliwe	211,5	210,2	296,0	293,6	155,5	154,9
nowotwór zł. żołądka	12,7	12,5	20,6	20,0	7,4	7,3
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	21,6	21,5	29,1	29,7	16,7	16,2
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca	51,4	51,2	95,1	93,8	20,6	21,0
nowotwór zł. sutka kobiet	12,3	12,2	-	-	21,4	21,3
nowotwór zł. szyjki macicy	4,3	4,3	-	-	7,8	7,8
nowotwór zł. gruczołu krokowego	7,8	7,8	22,1	22,1	-	-
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	13,5	14,3	15,0	15,6	11,9	12,9
Choroby układu krążenia	384,2	372,2	492,8	480,2	304,1	291,9
choroba nadciśnieniowa	12,7	13,2	13,8	14,9	11,3	11,5
choroba niedokrwienności serca	114,4	111,4	163,5	160,4	78,5	75,6
ostry zawał serca (I21-I22)	55,0	52,1	86,1	81,5	31,9	29,9
inne choroby serca (I26-I51)	88,7	89,4	118,4	119,1	66,9	67,4
choroby naczyń mózgowych	87,4	83,2	101,8	98,1	76,0	71,6
miażdżyca	72,4	66,2	82,6	74,9	65,6	60,1
Choroby układu oddechowego	42,3	40,7	68,9	66,8	26,5	25,0
zapalenie płuc	20,3	19,6	28,8	28,5	15,3	14,2
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	17,6	16,9	33,7	32,2	8,3	8,0
Choroby układu trawiennego	39,1	37,7	54,8	51,8	25,9	25,6
choroby wątroby	16,4	16,8	25,9	26,0	8,2	8,8
Choroby układu moczowo-płciowego	10,2	10,3	14,1	13,8	8,1	8,3
niewydolność nerek	8,9	8,9	12,3	12,0	7,0	7,2
Objawy oraz nieprawidłowe wyniki badań (R00-R99)	60,8	57,2	85,2	82,1	40,0	35,6
Zewnętrzne przyczyny zgonu	62,6	61,3	102,5	101,0	26,0	24,9
wypadki komunikacyjne	14,5	13,5	23,7	21,9	6,1	5,8
samobójstwa i samouszkodzenia	15,0	14,3	26,7	25,5	4,3	3,9

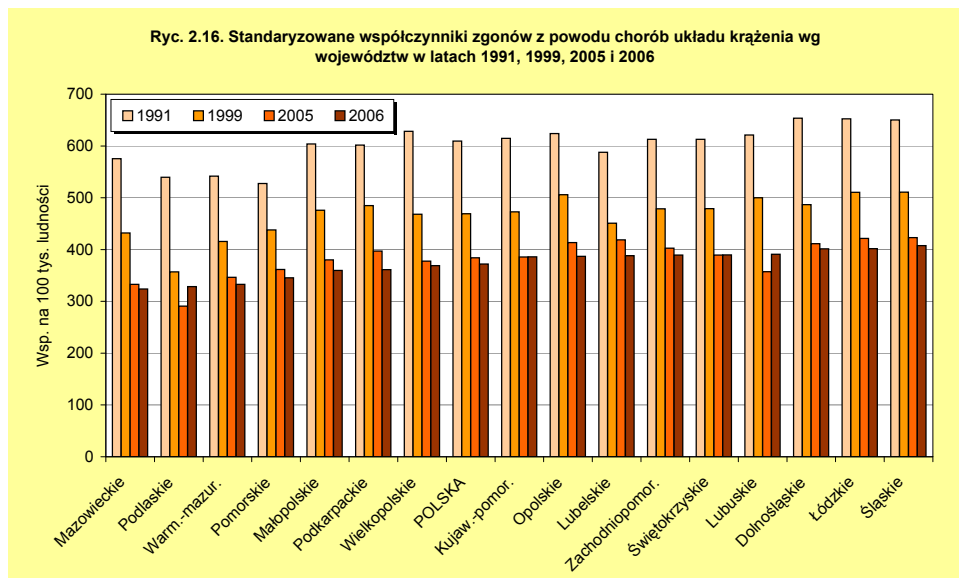
Tabela 2.7. Rzeczywiste współczynniki zgonów według płci, charakteru miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2006 r. (na 100 tys. ludności danej grupy)

Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasta	Wieś	Miasta	Wieś	Miasta	Wieś
Razem	953,6	994,4	1064,8	1091,7	853,1	898,2
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze	6,8	5,2	8,9	6,4	4,8	4,0
gruźlica	2,1	1,7	3,5	2,6	0,8	0,8
Nowotwory złośliwe	252,6	221,0	288,0	270,1	220,6	172,4
nowotwór zł. żołądka	14,4	14,5	19,2	19,2	10,2	9,8
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	27,4	22,2	31,1	24,1	24,1	20,3
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca	59,0	54,2	89,1	92,2	31,7	16,6
nowotwór zł. sutka kobiet	16,1	10,1	-	-	30,4	20,0
nowotwór zł. szyjki macicy	5,6	3,5	-	-	10,7	6,9
nowotwór zł. gruczołu krokowego	9,5	9,9	20,0	19,9	-	-
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	17,3	16,6	15,8	13,1	18,7	20,0
Choroby układu krążenia	415,6	483,5	415,7	457,3	415,4	509,3
choroba nadciśnieniowa	13,7	18,6	12,7	15,4	14,7	21,7
choroba niedokrwienności serca	132,6	128,9	151,6	141,8	115,5	116,3
ostry zawał serca (I21-I22)	61,2	59,5	80,0	75,0	44,2	44,2
inne choroby serca (I26-I51)	98,4	115,6	102,4	115,8	94,8	115,4
choroby naczyń mózgowych	91,9	114,3	83,5	99,4	99,6	129,1
miażdżycy	68,1	96,6	52,2	74,0	82,5	118,9
Choroby układu oddechowego	46,4	51,7	55,2	68,0	38,3	35,5
zapalenie płuc	24,3	20,9	26,3	22,0	22,5	19,9
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	17,0	26,2	22,9	40,6	11,7	12,0
Choroby układu trawiennego	47,1	35,8	56,9	40,9	38,3	30,8
choroby wątroby	21,8	11,8	31,8	17,9	12,9	5,9
Choroby układu moczowo-płciowego	12,1	12,7	12,0	12,6	12,2	12,7
niewydolność nerek	10,4	11,2	10,4	11,1	10,4	11,4
Objawy oraz nieprawidłowe wyniki badań (R00-R99)	61,2	63,6	79,0	70,5	45,2	56,7
Zewnętrzne przyczyny zgonu	61,7	72,9	95,3	116,3	31,3	30,0
wypadki komunikacyjne	11,7	19,0	18,1	31,1	6,0	7,1
samobójstwa i samouszkodzenia	13,5	18,0	23,6	31,6	4,3	4,5

Tabela 2.8. Standaryzowane współczynniki zgonów według płci, charakteru miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2006 r. (na 100 tys. ludności danej grupy)

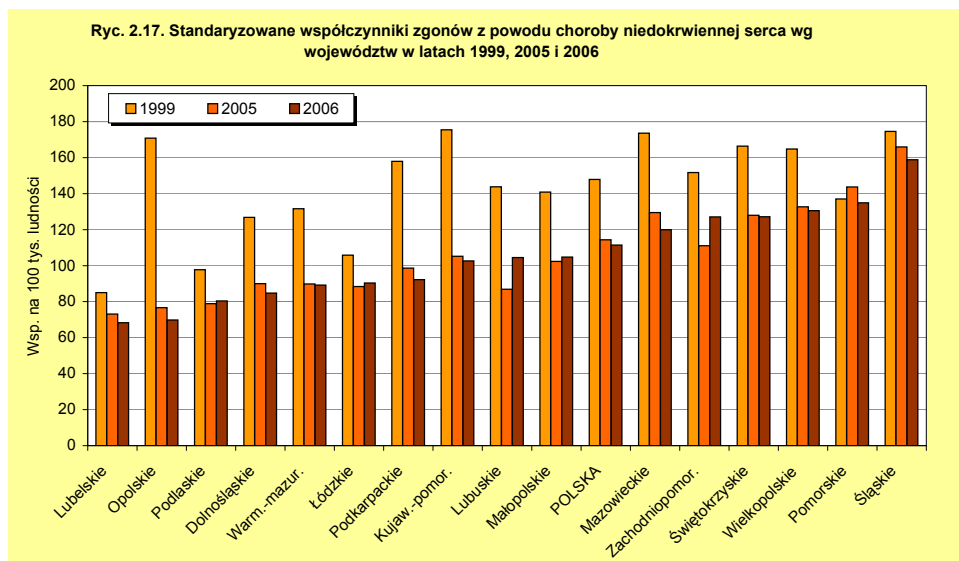
Przyczyny zgonów (ICD-10)	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Miasta	Wieś	Miasta	Wieś	Miasta	Wieś
Razem	826,5	864,9	1130,3	1190,1	608,1	602,4
w tym:						
Choroby zakaźne i pasożytnicze	6,2	4,8	9,1	6,9	3,8	3,1
gruźlica	1,9	1,6	3,4	2,8	0,6	0,6
Nowotwory złośliwe	216,1	201,3	295,9	292,0	166,1	135,6
nowotwór zł. żołądka	12,3	12,9	19,8	20,7	7,4	7,2
nowotwór zł. jelita grubego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)	23,0	19,1	32,6	25,6	17,1	14,5
nowotwór zł. tchawicy, oskrzela i płuca	51,0	51,8	90,0	100,7	24,7	14,3
nowotwór zł. sutka kobiet	13,9	9,4	-	-	23,6	17,1
nowotwór zł. szyjki macicy	4,9	3,3	-	-	8,7	6,3
nowotwór zł. gruczołu krokowego	7,8	8,0	22,6	21,6	-	-
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	14,5	13,9	16,6	14,2	12,8	13,0
Choroby układu krążenia	354,3	399,0	459,9	508,3	278,3	312,1
choroba nadciśnieniowa	11,7	15,7	13,4	17,0	10,0	13,7
choroba niedokrwienności serca	113,0	109,4	163,4	156,0	77,5	72,8
ostry zawał serca (I21-I22)	51,9	52,9	82,1	81,1	30,2	29,4
inne choroby serca (I26-I51)	84,6	96,9	112,7	128,4	64,4	72,0
choroby naczyń mózgowych	77,0	92,6	90,8	108,5	66,5	79,4
miażdżyca	59,1	76,4	65,9	86,7	54,1	68,9
Choroby układu oddechowego	39,6	42,3	62,2	73,6	26,5	22,6
zapalenie płuc	21,2	17,2	31,2	24,6	15,4	12,3
przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	14,0	21,2	24,7	43,2	8,0	7,9
Choroby układu trawiennego	40,9	32,2	56,9	43,6	27,9	21,5
choroby wątroby	19,5	11,9	30,4	18,8	10,6	5,2
Choroby układu moczowo-płciowego	10,2	10,3	13,7	13,9	8,3	8,4
niewydolność nerek	8,8	9,2	11,9	12,1	7,1	7,5
Objawy oraz nieprawidłowe wyniki badań (R00-R99)	55,6	58,6	82,1	80,2	33,6	37,6
Zewnętrzne przyczyny zgonu	56,0	70,2	91,4	116,5	25,4	24,1
wypadki komunikacyjne	10,7	18,3	16,8	30,1	5,4	6,5
samobójstwa i samouszkodzenia	12,3	17,7	22,1	31,1	3,8	4,2

poziom umieralności w 2006 r. był o 44% niższy niż w 1991 r. i jest to największy w tym okresie wojewódzki spadek umieralności z powodu ChUK.



Ze względu na zmiany w systemie kodowania przyczyn zgonów wprowadzone w 1997 r. nie jest możliwe dla bardziej szczegółowych podgrup chorób układu krążenia porównanie obecnej sytuacji z wcześniejszymi latami i analiza ogranicza się do lat 1999-2006.

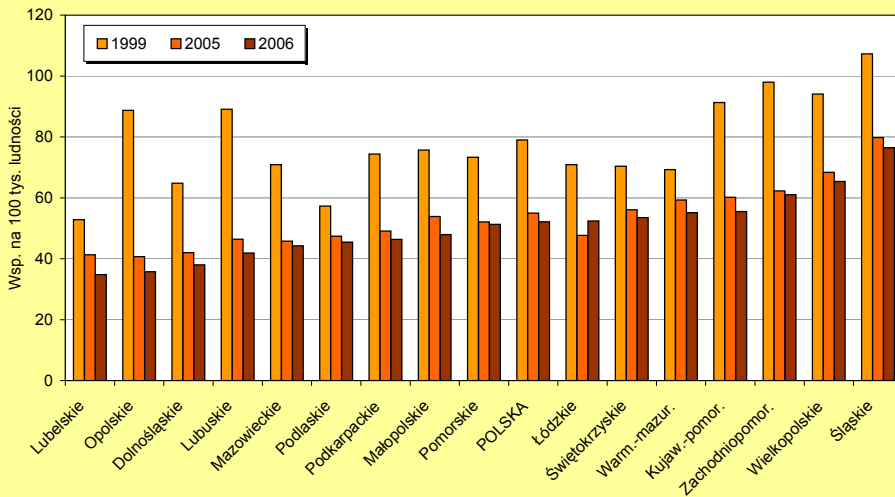
Choroba niedokrwienna serca (ChNS) (I20-I25) w ostatnich latach zdecydowanie najbardziej zagraża życiu mieszkańców woj. śląskiego natomiast aż dwukrotnie mniejsze zagrożenie stanowi w woj. lubelskim, opolskim i podlaskim z tym, że w woj. opolskim



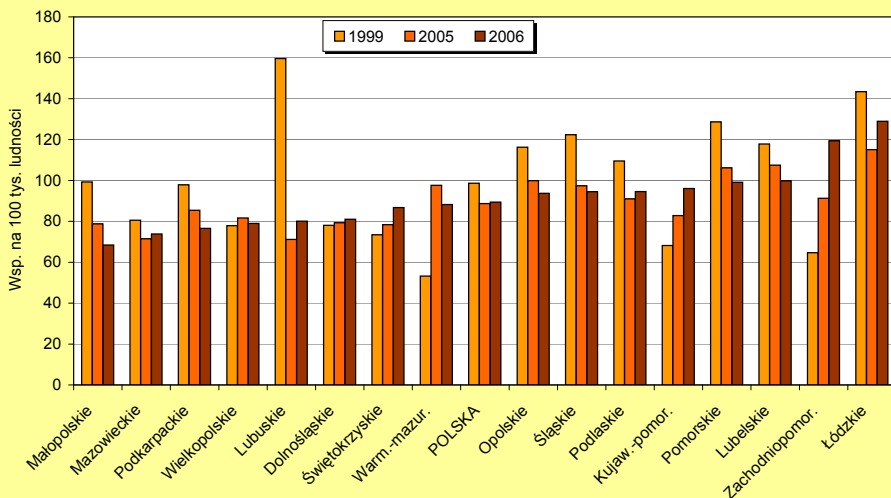
nastąpiła duża poprawa w stosunku do końca lat 90. (współczynnik zgonów obniżył się o blisko 60%) (ryc. 2.17). Przy powszechnej tendencji spadkowej natężenia zgonów po roku 1999 zwraca uwagę taki sam poziom umieralności w 2006 r. jak siedem lat wcześniej w woj. pomorskim. Wynika to ze wzrostu w tym województwie natężenia zgonów do roku 2003 i spadku współczynnika dopiero w ostatnich trzech latach.

Ostry oraz ponowny („dorzut”) zawał serca (I20-I21) od szeregu lat zdecydowanie najbardziej zagraża życiu mieszkańców woj. śląskiego a najmniej osobom mieszkającym w woj. lubelskim (ryc. 2.18). Różnica w poziomie współczynników pomiędzy wojewódz-

Ryc. 2.18. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zawału serca wg województw w latach 1999, 2005 i 2006



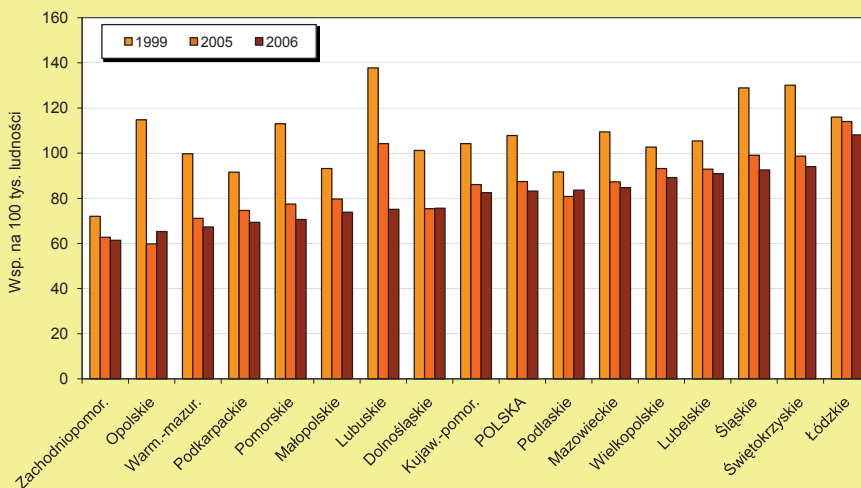
Ryc. 2.19. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu innych chorób serca (I26-I51) wg województw w latach 1999, 2005 i 2006



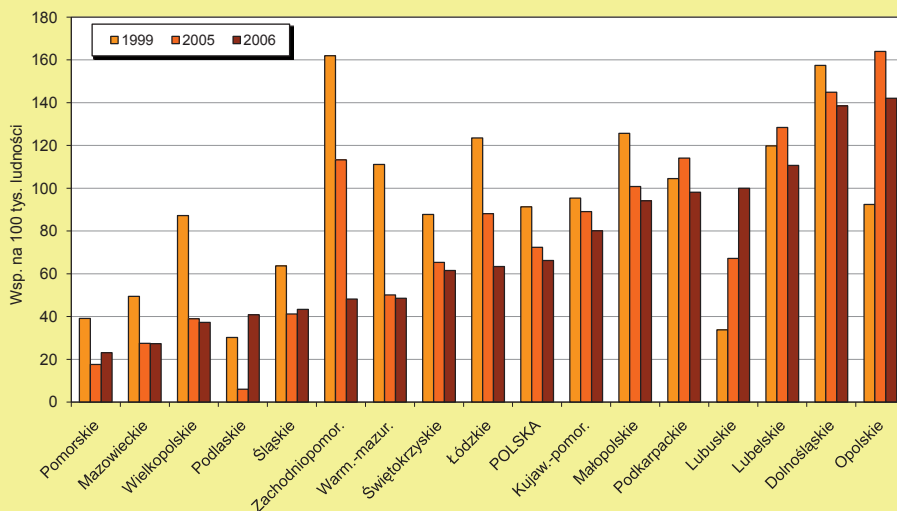
twami skrajnymi jest ponad dwukrotna. W latach 1999-2006 największa poprawa sytuacji miała miejsce w woj. opolskim (spadek współczynnika aż o 60%) i lubuskim (spadek współczynnika o ponad 50%). Udział zgonów z powodu zawału serca w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób układu krążenia w latach 2005-2006 we wszystkich województwach, z wyjątkiem warmińsko-mazurskiego, był niższy niż w 1999 r. co może świadczyć o bardziej skutecznej walce z zawałem serca niż z innymi chorobami serca i naczyń.

Inne choroby serca (I26-I51), wśród których dominuje niewydolność serca, najbardziej zagrażają życiu mieszkańców woj. łódzkiego (ryc. 2.19). Zwraca uwagę duży spadek umieral-

Ryc. 2.20. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych wg województw w latach 1999, 2005 i 2006



Ryc. 2.21. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu miażdżycy wg województw w latach 1999, 2005 i 2006



ności do 2005 r. w woj. lubuskim oraz duży wzrost umieralności w okresie 1999-2006 w woj. zachodniopomorskim oraz mniejszy w warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim.

Najwyższe natężenie zgonów z powodu **chorób naczyń mózgowych** (I60-I69) w latach 2005 i 2006 występowało w woj. łódzkim (ryc. 2.20). Było ono aż o 76% wyższe niż w woj. zachodniopomorskim gdzie od szeregu lat sytuacja w tym zakresie jest najlepsza. We wszystkich województwach poziom umieralności w latach 2005 i 2006 był niższy niż w 1999 r. a największa poprawa nastąpiła w woj. opolskim i lubuskim podczas gdy najmniejsza była właśnie w woj. łódzkim.

Dosyć niezwykle przedstawia się sytuacja jeśli chodzi o zróżnicowanie międzywojewódzkie natężenia zgonów, w których jako przyczyna podana została **miażdżycy** (I70). W województwach opolskim i dolnośląskim poziom umieralności z powodu tej przyczyny był siedmiokrotnie wyższy niż w woj. pomorskim (ryc. 2.21). Przy ogólnej tendencji spadkowej poziomu umieralności z powodu miażdżycy zwraca uwagę silnie rosnący współczynnik w woj. lubuskim. Można sądzić, że zadziwiające różnice pomiędzy województwami wynikają w dużym stopniu z lokalnych zwyczajów w określaniu przyczyny wyjściowej zgonu i sposobu w jaki podchodzą do tego problemu przeszkoleni lekarze kodujący karty zgonu – czy w podobny sposób mogą i chcą próbować dotrzeć do bardziej dokładnych informacji o przebiegu procesu chorobowego i czy na podstawie tych informacji wyciągają podobne wnioski.

Podsumowując wojewódzkie zróżnicowanie umieralności z powodu chorób układu krążenia warto podkreślić, że w większości (9) województw największy udział w spadku poziomu zgonów z powodu ogółu ChUK w ostatnich latach miało obniżenie umieralności z powodu ChNS, w 4 województwach obniżenie umieralności z powodu miażdżycy, w 2 z powodu innych chorób serca i w 2 z powodu chorób naczyń mózgowych. Trzeba również stwierdzić, że we wszystkich województwach poza warmińsko-mazurskim, podkarpackim i świętokrzyskim obniżenie umieralności z powodu ChNS wynikało przede wszystkim ze spadku zgonów z powodu zawału serca. Natomiast umieralność z powodu innych niż zawał serca postaci ChNS zmniejszyła się w znacznie mniejszym stopniu, a w 6 województwach w 2006 r. była nawet wyższa niż w 1999 r. (największy wzrost był w woj. pomorskim i śląskim).

2.7. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości grupą przyczyn zgonów i po 1991 r. znaczenie tej grupy chorób pomału zwiększa się jeśli chodzi o ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów a natężenie umieralności z ich powodu jest dosyć ustabilizowane (tabela 2.4a i 2.4b) (warto przypomnieć, że wśród ogółu Polaków w wieku 45-64 lata to nowotwory stanowią największe zagrożenie życia, tabela 2.3). W roku 2006 zmarło w Polsce z ich powodu 91595 osób (51754 mężczyzn i 39841 kobiet), tzn. 240,3 na każde 100 tys. mieszkańców.

Nowotwory złośliwe są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i w roku 2006 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był blisko dwukrotnie (o 90%) wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 2.6). Tym nie mniej to właśnie nowotwory są najważniejszą przyczyną utraconych potencjalnych lat życia kobiet o czym już była mowa wcześniej (ryc. 2.15), najważniejszą przyczyną zgonów kobiet w wieku 30-69 lat (ryc. 2.14b) a w wieku 35-44 lata są nawet większym zagrożeniem życia kobiet niż mężczyzn.

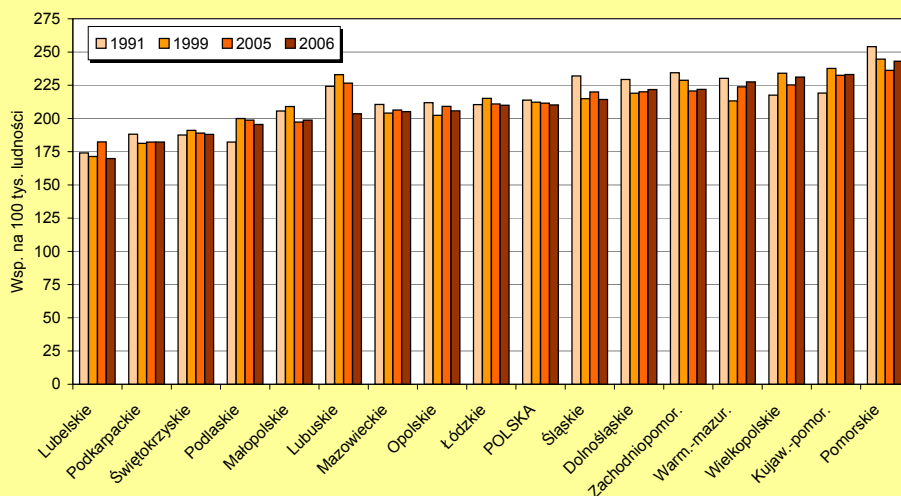
Wśród nowotworów złośliwych największe zagrożenie życia dla mieszkańców Polski stanowi bezapelacyjnie rak tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34), z powodu którego w 2006 r. zmarło 21775 osób (24% ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych). Umieralność

mężczyzn z powodu raka płuc zmniejsza się po roku 2002, natomiast w przypadku kobiet umieralność wzrasta. Nowotwory o innych umiejscowieniach są wyraźnie rzadsze i tak w 2006 r. z powodu raka jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu (ICD10 C18-C21) zmarło 9676 osób (11% zgonów nowotworowych) – wzrost umieralności mężczyzn uległ zahamowaniu po roku 2002 a umieralność kobiet zmniejsza się; z powodu raka żołądka (C16) 5513 osób (6%) – umieralność mężczyzn i kobiet zmniejsza się; z powodu raka sutka (C50) zmarło 5212 kobiet (6% ogółu zgonów nowotworowych i 13% zgonów kobiet z powodu nowotworów) – umieralność nie zmniejsza się po 1999 r. i raka szyjki macicy (C53) 1824 kobiety (2% ogółu zgonów nowotworowych i 5% zgonów kobiet z powodu nowotworów) – powolny spadek umieralności; zaś z powodu raka gruczołu krokowego (prostaty) zmarło 3681 mężczyzn (4% ogółu zgonów nowotworowych i 7% zgonów mężczyzn z powodu nowotworów) – po roku 2002 wzrost umieralności został zahamowany.

Nowotwory złośliwe ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi co bardziej wyraźnie zaznacza się wśród kobiet niż mężczyzn (tabela 2.7 i 2.8). Szczególnie „miejski” jest rak dwunastnicy wśród obojga płci a wśród kobiet rak płuca, rak sutka i szyjki macicy. Natomiast natężenie zgonów mężczyzn z powodu raka płuc oraz raka żołądka jest wyższe wśród mieszkańców wsi niż miast.

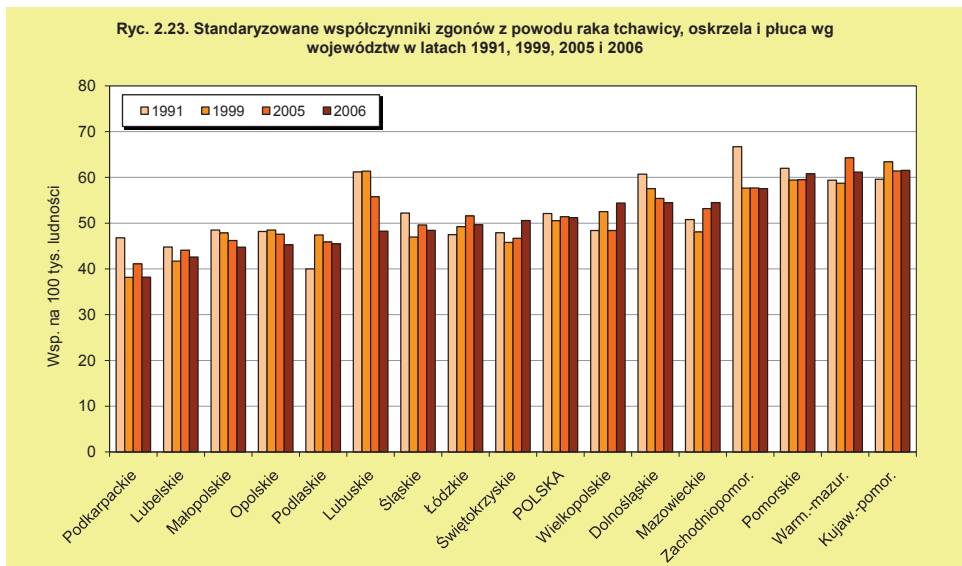
Nowotwory złośliwe ogółem praktycznie w całym okresie 1991-2006 najbardziej zagrażały życiu mieszkańców woj. pomorskiego a najmniej mieszkańcom Polski południowo-wschodniej - woj. lubelskiego i podkarpackiego (ryc. 2.22, aneks ryc. 3 i 4). Natężenie zgonów w woj. pomorskim jest obecnie o ponad 40% większe niż w lubelskim i o 1/3 niż w podkarpackim. W latach 1999-2006 współczynnik zgonów w większości województw był dosyć ustabilizowany, największą zmienność miał w woj. warmińsko-mazurskim i lubuskim. Po 2002 r., który charakteryzował się najwyższym ogólnopolskim poziomem umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem, tendencja spadkowa współczyn-

Ryc. 2.22. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



nika zgonów występuje w woj. lubelskim, łódzkim, małopolskim i mazowieckim a słabsza również w woj. śląskim.

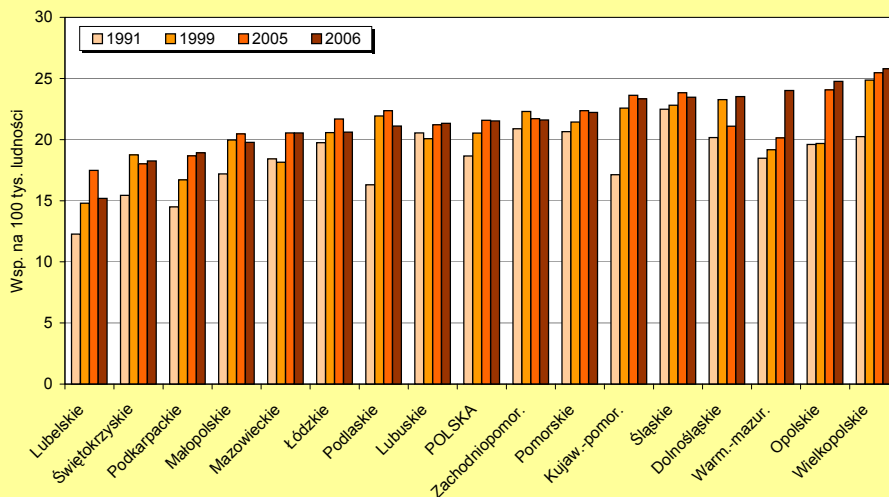
Umieralność z powodu **nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca** w latach 1999-2006 stanowiła największy problem w woj. kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim i pomorskim (ryc. 2.23). Natomiast najbardziej korzystna sytuacja występuje w woj. podkarpackim gdzie w 2006 r. natężenie zgonów było o 1/4 niższe niż poziom ogólnopolski a o ponad 1/3 mniejsze niż w woj. kujawsko-pomorskim. W stosunku do 2002 r., który charakteryzował się najwyższym ogólnopolskim poziomem umieralności z powodu raka płuc, natężenie zgonów najbardziej (o ponad 10%) obniżyło się w woj. lubuskim, lubelskim i zachodniopomorskim. O tendencji spadkowej można również mówić w przypadku woj. opolskiego i łódzkiego.



Zagrozenie życia mieszkańców Polski **nowotworem złośliwym jelita grubego, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu (C18-C21)** zwiększało się do roku 2001 a w następnych latach wzrost umieralności mężczyzn znacznie zwolnił a w przypadku kobiet występuje nawet tendencja spadkowa. W okresie 1999-2006 najniższe natężenie zgonów spowodowanych tym nowotworem występowało w woj. lubelskim, podkarpackim i świętokrzyskim natomiast najbardziej zagrażał on życiu mieszkańców woj. wielkopolskiego (w 2006 r. o 70% bardziej niż woj. lubelskiego a o 20% bardziej niż mieszkańcom Polski ogółem) (ryc. 2.24). Niepokojący jest wzrost w ostatnich latach (2002-2006) poziomu umieralności spowodowanej rakiem jelita grubego w woj. opolskim.

Umieralność z powodu **nowotworu złośliwego żołądka** w Polsce zmniejsza się systematycznie od dziesiątek lat. W okresie 1999-2006 natężenie zgonów zmniejszyło się w Polsce średnio o 19% a w całym okresie po 1991 r. spadek był dwa razy większy. Największy spadek umieralności po 1999 r. był w woj. świętokrzyskim (o 31%) i lubuskim (o 29%) natomiast w woj. warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim poziom umieralności w 2006 r. był wyższy niż w 1999 r. (ryc. 2.25). W całym okresie 1991-2006 rak żołądka zdecydowanie najmniej zagrażał życiu mieszkańców woj. lubelskiego i mazowieckiego natomiast w naj-

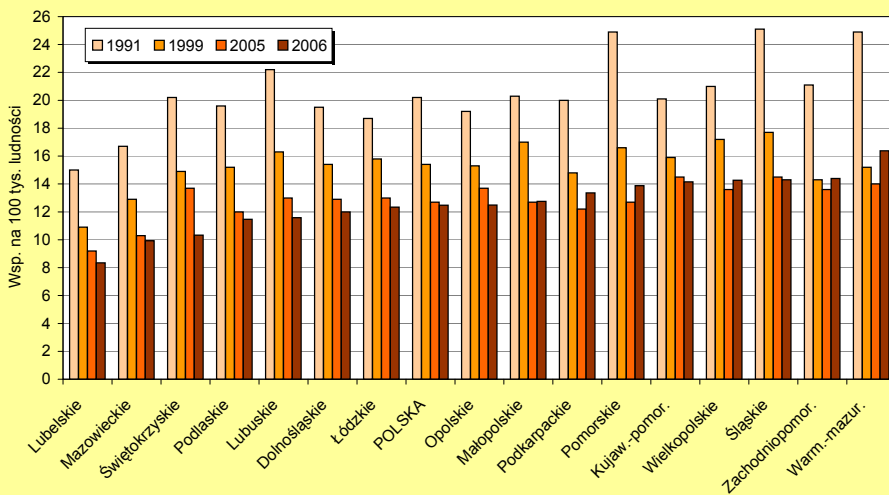
Ryc. 2.24. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego, odbytnicy i odbytu wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



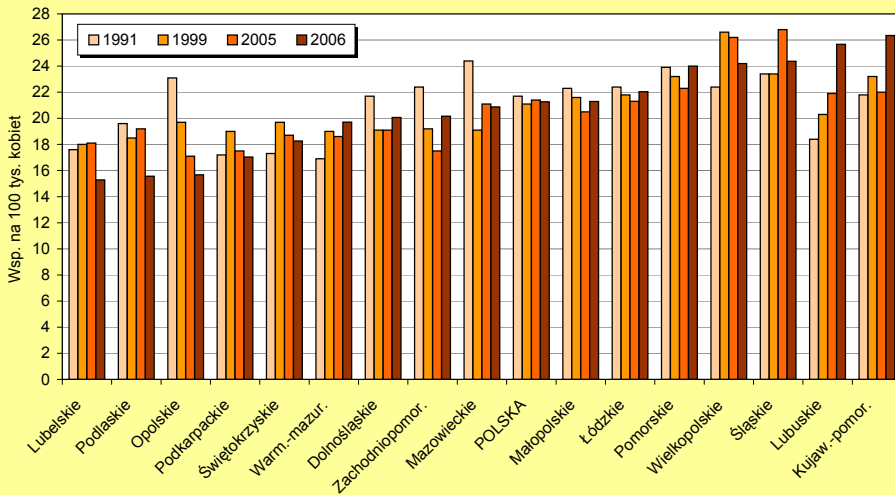
bardziej niekorzystnej sytuacji byli mieszkańcy woj. śląskiego, warmińsko-mazurskiego, kujawsko-pomorskiego.

Zagrożenie życia kobiet z powodu **nowotworu złośliwego sutka** (raka piersi) nie uległo w Polsce zmianie w okresie 1999-2006 natomiast w poszczególnych województwach występowały czasami znaczne zmiany współczynników zgonów. Do województw o najwyższym zagrożeniu życia kobiet tym nowotworem zaliczają się niewątpliwie woj. kujawsko-pomorskie, wielkopolskie, pomorskie i śląskie (ryc. 2.26). Zwraca uwagę duży wzrost natężenia zgonów po 2001 r. w woj. lubuskim. Stosunkowo najkorzystniejsza sytuacja

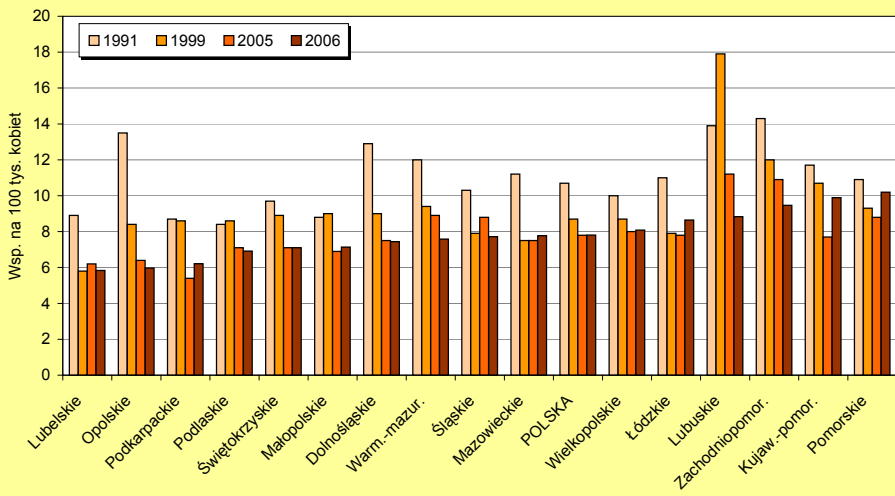
Ryc. 2.25. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu raka żołądka wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



Ryc. 2.26. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu raka sutka wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006

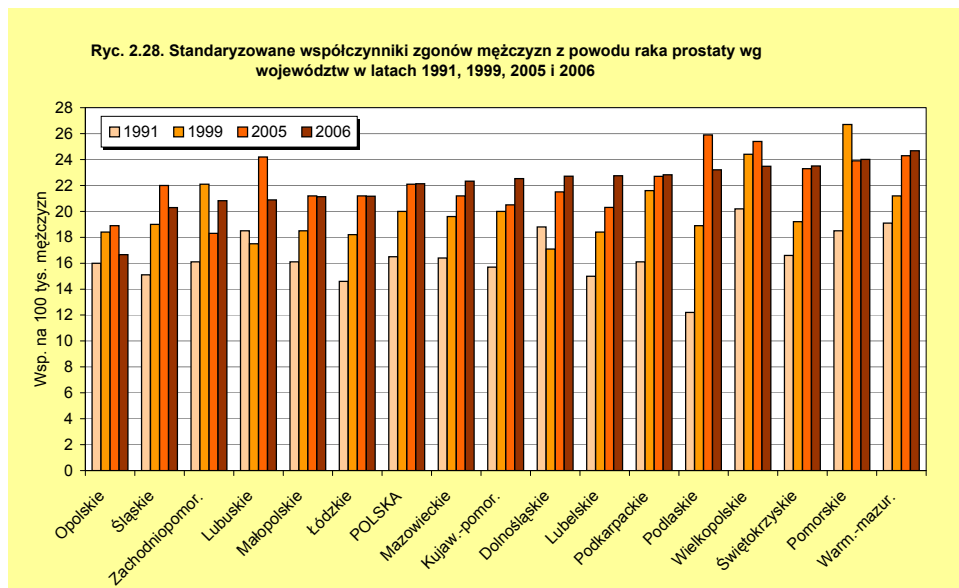


Ryc. 2.27. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu raka szyjki macicy wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



występuje w woj. podkarpackim i lubelskim a w ostatnich dwóch latach również opolskim gdzie poziom zgonów wyraźnie obniżał się po 2003 r.

Zagrożenie życia kobiet z powodu **nowotworu złośliwego szyjki macicy** zmniejsza się w Polsce dosyć systematycznie ale powoli. W poszczególnych województwach trendy są często mniej jednoznaczne. Można uznać, że w ostatnich latach zgony kobiet z powodu tego nowotworu stanowią największy problem w woj. zachodnio-pomorskim, pomorskim i lubuskim (ryc. 2.27). Stosunkowo najlepsza sytuacja występuje w woj. podkarpackim



i lubelskim. W tym ostatnim województwie na uwagę zasługuje systematyczny spadek umieralności po roku 2001.

Zagrożenie życia mężczyzn **nowotworem złośliwym gruczołu krokowego (prostaty)** zwiększało się do roku 2002 i od tego czasu trend ten został zahamowany ale nie można mówić jeszcze o jego odwróceniu. Stosunkowo najlepsza sytuacja i najmniejsze zagrożenie życia mężczyzn rakiem prostaty w okresie 1999-2006 występowało w woj. opolskim natomiast trudno wskazać jednoznacznie województwo o najgorszej sytuacji (ryc. 2.28). Niekorzystna sytuacja występuje w woj. wielkopolskim, pomorskim, świętokrzyskim a w ostatnich dwóch latach również warmińsko-mazurskim i podlaskim.

2.8. Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów

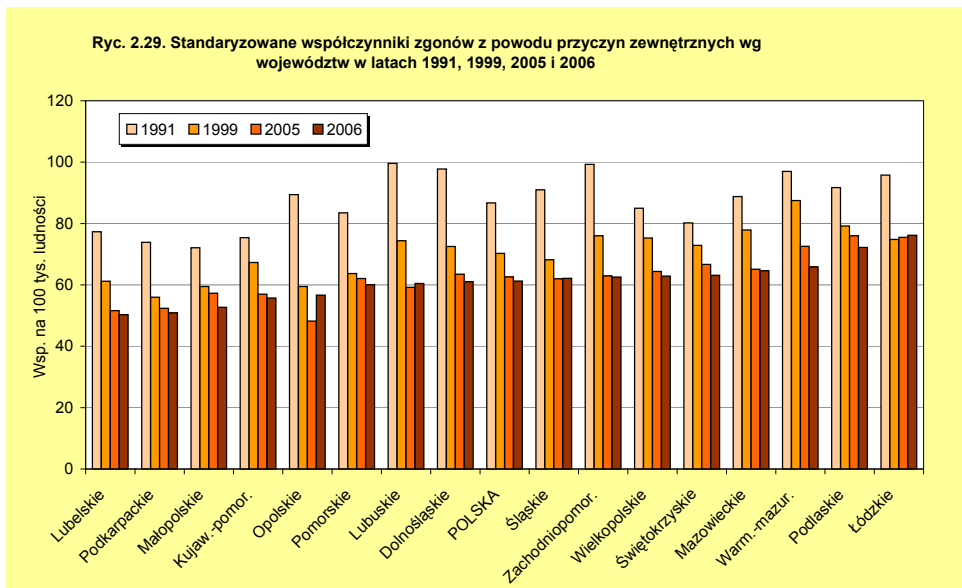
Przyczyny zewnętrzne są trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów ale stanowią największe zagrożenie życia osób w wieku 5-44 lata i są główną przyczyną utraconych potencjalnych lat życia mężczyzn (tabela 2.3, ryc. 2.15). W 2006 r. straciło życie z ich powodu 25177 osób (19113 mężczyzn i 6 64 kobiety), tzn. 66,1 na każde 100 tys. ludności (103,7 w przypadku mężczyzn i 30,8 w przypadku kobiet, tabela 2.5). Po roku 2000 znaczenie tej grupy jako przyczyny zgonów mężczyzn jest dosyć ustabilizowane a korzystny trend spadkowy z lat 1991-2001 uległ zahamowaniu, natomiast w przypadku kobiet występuje nieznaczny spadek zarówno współczynnika zgonu jak i udziału tych przyczyn w zgonach ogółem (tabela 2.4a i 2.4b).

Zewnętrzne przyczyny zgonów są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i w ostatnich latach ta różnica zwiększyła się - w roku 2006 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 4 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet (tabela 2.6). Jednak zarówno wśród mężczyzn w wieku 5-44 lata jak i kobiet w wieku 5-29 lat przyczyny zewnętrzne zgonów stanowiły największe zagrożenie życia tych osób (2.14a i 2.14b).

Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów należy wyróżnić wypadki komunikacyjne, z powodu których w 2006 r. zmarło 5557 osób (4289 mężczyzn i 1268 kobiet) oraz na samobójstwa, w wyniku których straciło życie 5805 osób (aż 4947 mężczyzn i 858 kobiet). Natężenie zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych dosyć wyraźnie obniża się po roku 1991 natomiast nie można tego powiedzieć o samobójstwach (w przypadku mężczyzn w latach 1996-2004 wystąpił nawet trend wzrostowy).

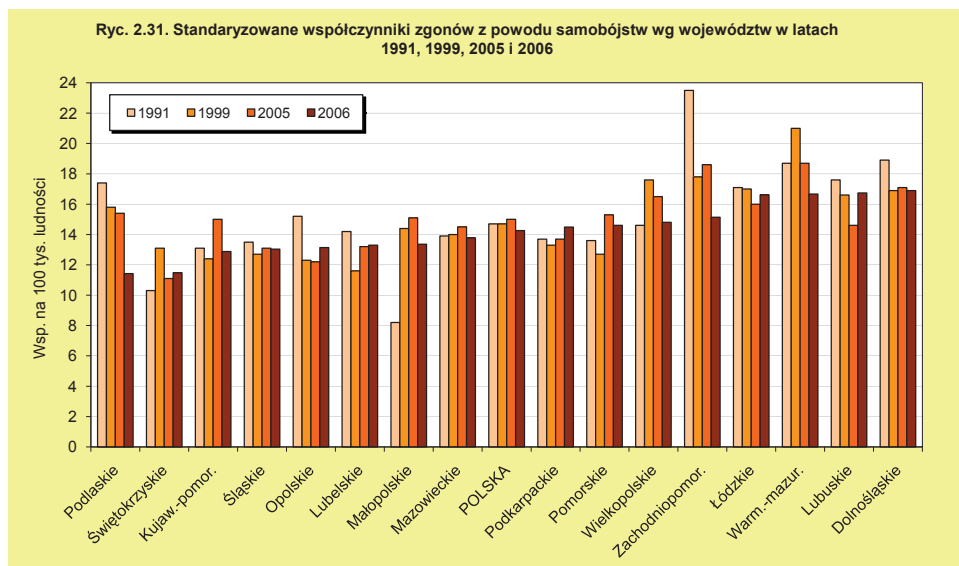
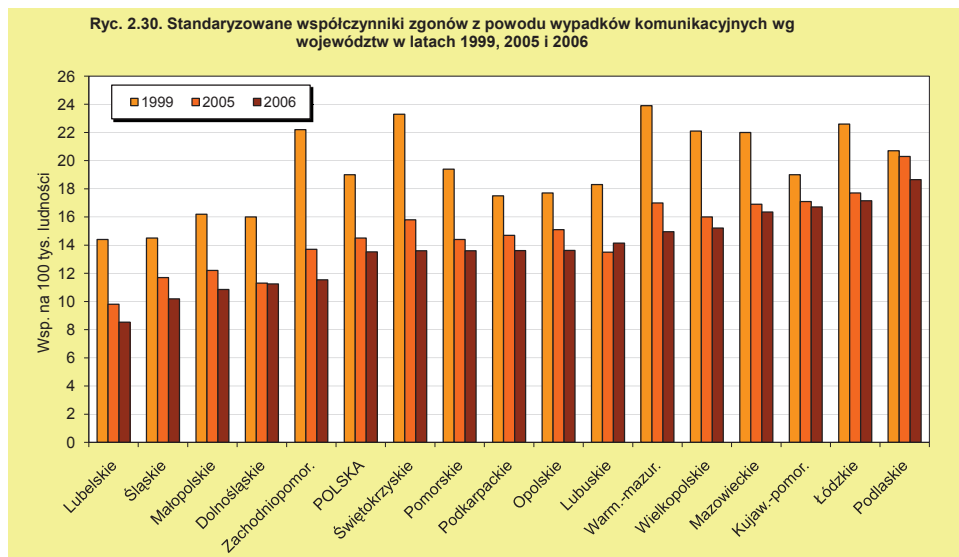
Trzecią co do częstości zewnętrzną przyczyną zgonów są upadki odpowiedzialne w 2006 r. za śmierć 3668 osób (1943 mężczyzn i 1725 kobiet). Na podkreślenie zasługuje fakt, że wśród osób starszych w wieku powyżej 65 lat upadki są najczęstszą zewnętrzną przyczyną zgonów (w 2006 r. 38% zgonów z przyczyn zewnętrznych, a w wieku powyżej 80 lat nawet 59% zgonów z powodu tych przyczyn).

Przyczyny zewnętrzne ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców wsi niż miast co jest spowodowane znaczną różnicą w umieralności mężczyzn z ich powodu gdyż mieszkanki wsi są mniej nimi zagrożone niż mieszkanki miast (tabela 2.7 i 2.8). Natomiast jeżeli chodzi o wypadki komunikacyjne i samobójstwa to poziom umieralności z ich powodu zarówno mężczyzn jak i kobiet jest wyższy na wsi aczkolwiek w przypadku samobójstw kobiet różnica jest nieznaczna.



Zewnętrzne przyczyny zgonów prawie w całym okresie 1999-2006 najbardziej zagrażały życiu mieszkańców woj. łódzkiego i podlaskiego natomiast stosunkowo niskie było w woj. podkarpackim, opolskim, małopolskim i lubelskim (ryc. 2.29, aneks ryc. 5 i 6). O ostatnich trzech latach 2004-2006 umieralność w woj. łódzkim była o 40% wyższa niż w woj. lubelskim i podkarpackim. We wszystkich województwach oprócz łódzkiego poziom umieralności wyraźnie obniżył się w stosunku do 1999 r. (aneks ryc. 5 i 6) ale systematyczny spadek umieralności w latach 2000. miał miejsce tylko w woj. lubelskim, małopolskim, mazowieckim i zachodniopomorskim.

Wypadki komunikacyjne w ostatnich latach 2005-2006 najbardziej zagrażały życiu mieszkańców woj. podlaskiego gdzie natężenie zgonów było o ok. 40% wyższe od poziomu ogólnopolskiego i dwukrotnie wyższe od poziomu w najlepszym pod tym względem woj. lubelskim (ryc. 2.30). Również w woj. podlaskim poprawa sytuacji w latach 1999-2006 była najmniejsza natomiast największy spadek zagrożenia życia wypadkami komunikacyjnymi wystąpił w woj. zachodniopomorskim.



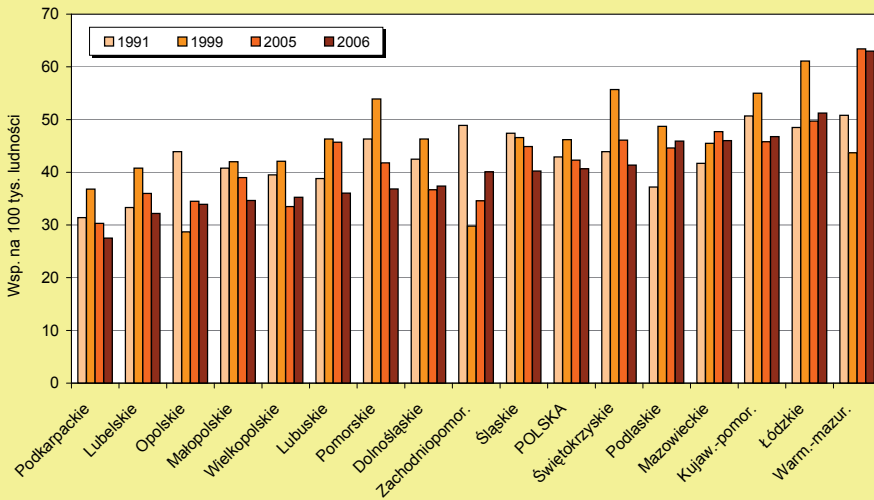
Natężenie zgonów z powodu **samobójstw** było w Polsce najwyższe w 1992 r. i tylko w kolejnych czterech latach zmniejszyło się a w następnych latach poziom zgonów był raczej wyrównany. W całym okresie 1999-2006 zgony spowodowane samobójstwami najrzadziej dotyczyły mieszkań-

ców woj. świętokrzyskiego a ponadto, śląskiego, lubelskiego i opolskiego (ryc. 2.31). Natomiast na ogół niekorzystna sytuacja związana z wysoką umieralnością była w woj. zachodniopomorskim, dolnośląskim i warmińsko-mazurskim. Umieralność z powodu samobójstw w ostatnich trzech latach 2004-2006 w woj. dolnośląskim był o 50% wyższy niż w woj. świętokrzyskim.

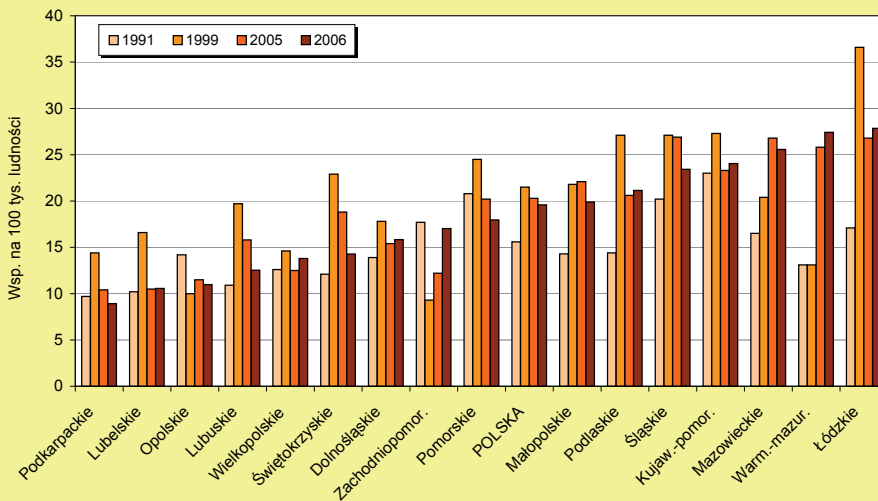
2.9. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego

Długotrwały trend spadkowy umieralności z powodu chorób układu oddechowego zakończył się w 1994 r. i następnie po paru latach wzrostu i niewielkiego spadku współczynnik zgonów jest

Ryc. 2.32. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



Ryc. 2.33. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zapalenia płuc wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



mniej więcej ustabilizowany na poziomie z początku lat 90. (ale udział w ogólnej liczbie zgonów jest oczywiście trochę większy) (tabela 2.4a i 2.4b). W roku 2006 choroby układu oddechowego były przyczyną 18467 zgonów (11126 mężczyzn i 7341 kobiet) tzn. na każde 100 tys. ludności umarło z ich powodu 48 osób (60 w przypadku mężczyzn i 37 w przypadku kobiet, tabela 2.5).

Choroby układu oddechowego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest ponad dwupółkrotnie wyższe niż wśród kobiet (tabela 2.6). Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet w wieku powyżej 65 lat choroby układu oddechowego są większym zagrożeniem życia niż przyczyny zewnętrzne zgonów (tabela 2.3, ryc. 2.14a i 2.14b).

Wśród chorób układu oddechowego najważniejszymi przyczynami zgonów są zapalenia płuc, z powodu których w 2006 r. zmarło 8771 osób (4535 mężczyzn i 4236 kobiet) oraz przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, z powodu których zmarło 7853 osoby (5529 mężczyzn i 2324 kobiety). Natężenie zgonów z powodu zapalenia płuc zwiększało się w latach 2002-2005 natomiast poziom umieralności z powodu chorób dolnych dróg oddechowych jest dosyć ustabilizowany w latach 2000.

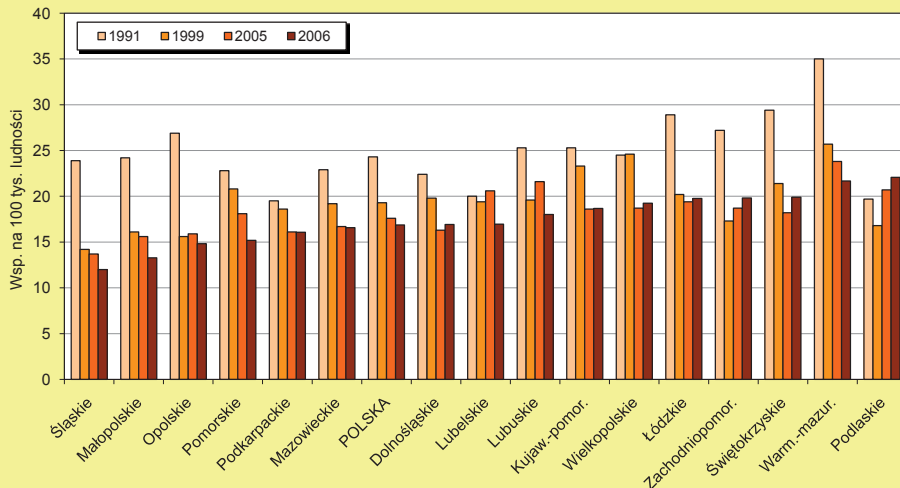
Choroby układu oddechowego ogółem są większym zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach podczas gdy poziom umieralności mieszkanek miast jest nieco większy niż mieszkanek wsi (tabela 2.7 i 2.8). Natomiast umieralność z powodu zapalenia płuc jest większa wśród mieszkańców miast niż wsi i to zarówno mężczyzn jak i kobiet podczas gdy przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych w znacznie większym stopniu zagrażają życiu mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach zaś w przypadku kobiet różnica praktycznie nie istnieje.

Zagrożenie życia spowodowane **chorobami układu oddechowego ogółem** wykazuje stosunkowo duże zróżnicowanie międzywojewódzkie oraz znaczne różnice w wielkości zmian w czasie w poszczególnych województwach (ryc. 2.32, aneks ryc. 7 i 8). Zdecydowanie najwyższe natężenie zgonów w latach 2001-2006 było w woj. warmińsko-mazurskim, niekorzystnie wyróżnia się również woj. łódzkie. Natomiast aż o ponad połowę niższy niż w woj. warmińsko-mazurskim był w ostatnich trzech latach poziom umieralności w woj. podkarpackim. Należy zwrócić uwagę na znaczny wzrost w ostatnich latach umieralności z powodu chorób układu oddechowego w woj. zachodniopomorskim i opolskim – w okresie 2001-2006 standaryzowany współczynnik zgonów wzrósł w tym pierwszym o 50% a w drugim o 1/3.

Międzywojewódzkie zróżnicowanie natężenia umieralności spowodowanej **zapaleniem płuc** jest duże i również duże zróżnicowanie wykazywały zmiany w czasie poziomu umieralności w poszczególnych województwach (ryc. 2.33). Na przełomie wieków niezwykle wysoką umieralnością charakteryzowało się woj. łódzkie i mimo dużej poprawy sytuacji (w latach 2000-2002 poziom umieralności obniżył się aż o 45%) umieralność w tym województwie nadal należy do najwyższych w kraju. W okresie ostatnich trzech lat współczynnik zgonów w woj. łódzkim był prawie trzykrotnie wyższy niż w woj. podkarpackim i niewiele mniejszą nadwyżką miał w stosunku do współczynnika w woj. lubelskim. W miarę systematyczny spadek umieralności w latach 1999-2006 miał miejsce tylko w woj. lubelskim i świętokrzyskim natomiast odwrotna tendencja występowała w woj. mazowieckim.

Zagrożenie życia spowodowane **przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych** w latach 1999-2005 było największe w woj. warmińsko-mazurskim i dopiero w 2006 r. wyższy poziom zgonów wystąpił w woj. podlaskim gdzie w całym tym okresie występowała tendencja wzrostowa współczynników (wzrosły o prawie 1/3) (ryc. 2.34). Jeszcze silniejszy

Ryc. 2.34. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006

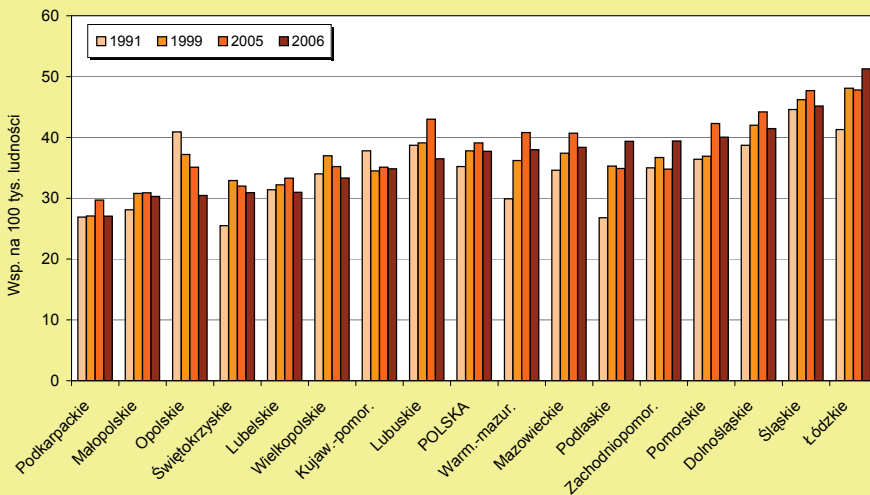


wzrost umieralności z powodu tych chorób wystąpił w latach 2001-2006 w woj. zachodniopomorskim gdzie współczynnik zgonów zwiększył się aż o 50%. Natomiast najbardziej korzystna sytuacja i najniższe zagrożenie życia chorobami dolnych dróg oddechowych w latach 1999-2006 było w woj. śląskim gdzie poziom umieralności był w okresie ostatnich trzech lat o 45% niższy niż w woj. warmińsko-mazurskim.

2.10. Umieralność z powodu chorób układu trawiennego

Długotrwały trend spadkowy umieralności z powodu chorób układu trawiennego zakończył się w 1996 r. i od 1999 r. poziom umieralności z ich powodu jest wyższy a jego

Ryc. 2.35. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



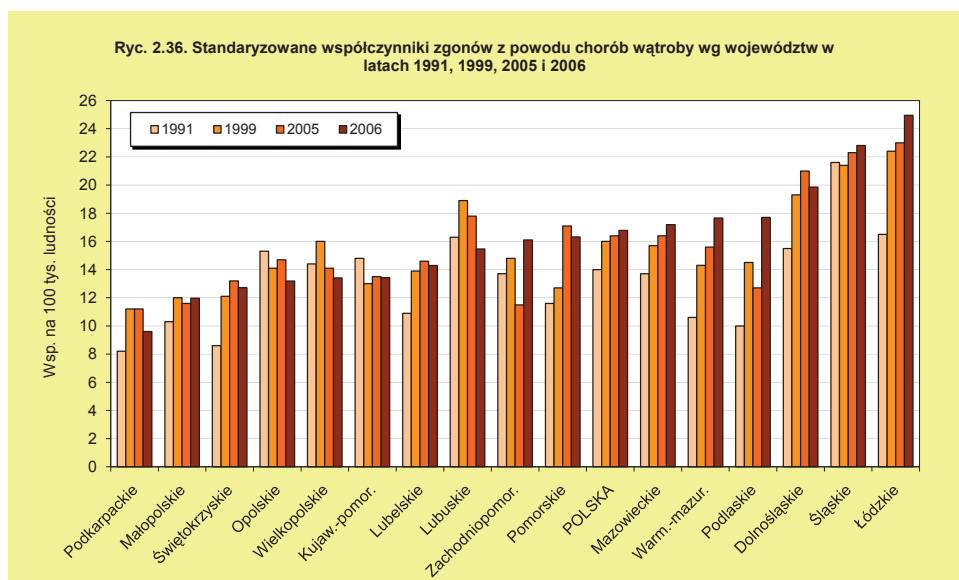
zmiany nie mają jednoznacznej tendencji. W roku 2006 choroby układu trawiennego były przyczyną 16291 zgonów (9312 mężczyzn i 6979 kobiet) tzn. na każde 100 tys. osób zmarło z ich powodu 38 osób (50 w przypadku mężczyzn i 35 w przypadku kobiet, tabela 2.5). Wprawdzie ogólny poziom umieralności z powodu tych chorób był niższy niż z powodu chorób układu oddechowego ale w wieku 20-64 lat to choroby układu trawiennego są częstszą przyczyną zgonów (tabela 2.4, ryc. 2.14a i 2.14b).

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 dwukrotnie wyższe niż wśród kobiet (tabela 2.6).

Wśród chorób układu trawiennego najważniejszą podgrupą w przyczynach zgonów są choroby wątroby (w 90% jest to marskość i alkoholowa choroba wątroby), z powodu których w 2006 r. zmarły 6843 osoby (4830 mężczyzn i 2013 kobiet) (42% zgonów z powodu chorób układu trawiennego). Natężenie zgonów z powodu tych chorób zmniejszało się w latach 1999-2003 niestety w ciągu kolejnych trzech lat cały spadek został zniwelowany i w 2006 r. poziom umieralności z powodu chorób wątroby był nawet wyższy niż w 1999 r.

Choroby układu trawiennego ogółem są znacznie większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi i to zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet (tabela 2.7 i 2.8). Jeszcze większa różnica na niekorzyść mieszkańców miast występuje w przypadku chorób wątroby. Umieralność mężczyzn w miastach jest wyższa niż na wsi o ponad 60% zaś w przypadku kobiet różnica jest dwukrotna.

Zagrożenie życia **chorobami układu trawiennego ogółem** prawie we wszystkich latach w okresie 1999-2006 było najwyższe w woj. łódzkim ale niewiele lepsza sytuacja była w woj. śląskim (ryc. 2.35, aneks ryc. 9 i 10). Z drugiej strony najbardziej korzystna sytuacja występowała w woj. podkarpackim gdzie poziom umieralności w całym okresie 1999-2006 był o 40% niższy niż w woj. łódzkim. Stosunkowo niska umieralność z powodu tych chorób występuje również w woj. małopolskim i świętokrzyskim.

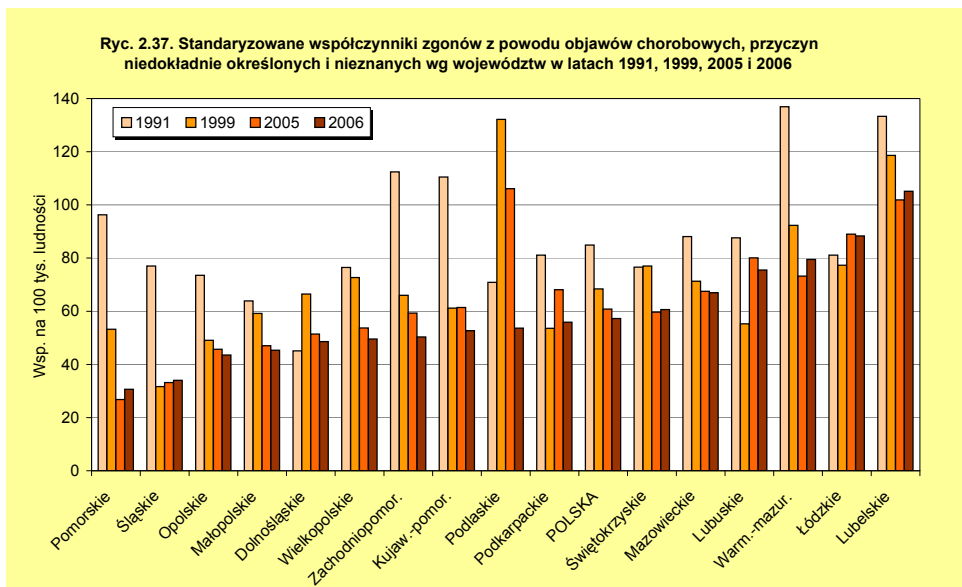


Obserwuje się duże zróżnicowanie międzywojewódzkie natężenia zgonów z powodu **chorób wątroby** (ryc. 2.36). Największym zagrożeniem życia są one dla mieszkańców woj. łódzkiego i śląskiego i tylko niewiele mniejszym stopniu dolnośląskiego. Jeszcze raz trzeba zwrócić uwagę na wzrost poziomu umieralności z powodu tych chorób po roku 2003, który w woj. łódzkim wyniósł aż 60% a w woj. warmińsko-mazurskim 44%. Natomiast najmniejsze zagrożenie życia chorobami wątroby utrzymuje się w woj. podkarpackim a ponadto małopolskim i świętokrzyskim. W tym pierwszym województwie w okresie 2004-2006 było ono o ponad połowę mniejsze niż w woj. łódzkim i śląskim.

2.11 Umieralność z powodu przyczyn niedokładnie określonych

Na koniec omawiania umieralności spowodowanej poszczególnymi przyczynami zgonów trzeba zwrócić uwagę na grupę przyczyn niedokładnie określonych a więc takich gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, odwoływała się do nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, była niedokładnie określona, lub wręcz nieznaną. Jest to niestety w Polsce czwarta co do znaczenia grupa przyczyn zgonów i to zarówno wśród osób najstarszych jak i w grupach wieku 25-44 lata oraz 45-64 lata a nawet dzieci w wieku 0-4 lata (tabela 2.3, ryc. 2.14a i 2.14b). Stosunkowo duży spadek umieralności z powodu tych przyczyn miał miejsce w latach 1999-2001 a następnie wśród mężczyzn poziom umieralności ustabilizował się natomiast wśród kobiet utrzymała się lekka tendencja spadkowa (tabela 2.4a i 2.4b). W roku 2006 z powodu takich niedokładnie określonych przyczyn zmarło 23697 osób (13942 mężczyzn i 9755 kobiet) (62 na 100 tys. ludności). Przyczyny te znacznie częściej występują w przypadku zgonów mężczyzn niż kobiet natomiast nie ma dużej różnicy między mieszkańcami miast i wsi; w przypadku mężczyzn jest ona podawana częściej wśród mieszkających w miastach w przypadku kobiet odwrotnie (tabela 2.5-2.8).

Na szczególną uwagę zasługuje niepokojąca sytuacja w przypadku wojewódzkiego zróżnicowania zgonów, których przyczyny są niedokładnie określone bądź nieznanne. Zróż-



nicowanie to jest bardzo duże i różnica natężenia zgonów w województwach skrajnych w latach 2004-2006 była trzyipółkrotna (ryc. 2.37). Tak znaczne różnice w częstości zgonów z powodu przyczyn nieznanymi i niedokładnie określonych mogą świadczyć o występujących w województwach różnicach w rozpoznawaniu przyczyn zgonów i najprawdopodobniej niedorejestrowaniu pewnych rozpoznania tam gdzie występują znaczne nadwyżki stanów niedokładnie określonych. Na podkreślenie zasługuje zła sytuacja w woj. lubelskim i łódzkim natomiast duży spadek umieralności po 2001 r w woj. warmińsko-mazurskim trochę poprawił sytuację w tym województwie. Z drugiej strony zdecydowanie najniższy poziom zgonów z powodu tych przyczyn w latach 1999-2006 był w woj. śląskim a w ostatnich trzech latach również w woj. pomorskim.

2.12. Umieralność niemowląt

Umieralność niemowląt tzn. dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, zmniejsza się w Polsce od wielu lat. W latach dwutysięcznych w każdym roku na każde 10 tys. urodzeń żywych umiera przeciętnie o troje dzieci mniej niż rok wcześniej. Spadek ten jest wolniejszy niż we wcześniejszych latach. W 2007 r. zmarło w Polsce 2322 dzieci poniżej pierwszego roku życia a więc współczynnik umieralności niemowląt wynosił 6,0 na 1000 urodzeń żywych (tabela 2.9). W 2006 r. współczynnik był na tym samym poziomie czyli po raz pierwszy od wielu lat nie nastąpiła poprawa w zakresie umieralności niemowląt. Ponad połowa (54%) wszystkich zgonów niemowląt nastąpiła w pierwszym tygodniu życia natomiast w wieku powyżej czterech tygodni życia a przed ukończeniem pierwszego roku życia zmarło 648 niemowląt (28% ogółu).

Niska masa urodzeniowa jest jednym z głównych czynników ryzyka umieralności niemowląt. Na tę grupę noworodków, która w 2007 r. stanowiła zaledwie 6,1% wszystkich żywo urodzonych noworodków przypadło aż 68% zgonów w okresie niemowlęcym a współczynnik umieralności niemowląt ważących przy urodzeniu poniżej 2500 g był 33-krotnie większy niż współczynnik umieralności niemowląt, które ważyły więcej (tabela 2.10). Obniżanie umieralności niemowląt o niskiej masie urodzeniowej postępuje wolniej niż tych, które rodzą się bez niedoboru wagi.

Ponad połowa (56%) zgonów niemowląt w 2006 r. była spowodowana stanami chorobowymi noworodków rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, a 31% wadami rozwojowymi wrodzonymi (tabela 2.11). Główną przyczyną zgonów niemowląt powstającą w okresie okołoporodowym są zaburzenia związane ze skróconym trwaniem ciąży i niskim ciężarem urodzeniowym. Drugim kompleksem przyczyn w tej grupie są zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe swoiste dla okresu okołoporodowego. Te dwie najczęstsze kategorie przyczyn są odpowiedzialne za ok. 70% zgonów spowodowanych stanami chorobowymi powstającymi w okresie okołoporodowym.

Wśród przyczyn zgonów z powodu wad rozwojowych wrodzonych dominują wady układu krążenia odpowiedzialne za 37% zgonów w tej grupie zaś bezmózgowie, rozszczep kręgosłupa i inne wady układu nerwowego za 13% zgonów w tej grupie.

Porównując przyczyny zgonów niemowląt obecnie i na początku lat 90. można stwierdzić spadek znaczenia chorób zakaźnych (w roku 1990 i 1991 ponad 5% zgonów niemowląt) w tym posocznicy (ponad 4%) oraz zapalenia płuc (wtedy ponad 4%).

W 2007 r. współczynnik umieralności niemowląt wahał się od 4,4 zgonów na 1000 urodzeń żywych w woj. opolskim (jeszcze w dwóch województwach był poniżej 5) do 7,4 w

Tabela 2.9. Zgony niemowląt według wieku w wybranych latach w okresie 1970-2007

Lata	Ogółem	Wiek w ukończonych dniach				
		razem	0-27		7-27	28-365
			0-6			
			razem	0		
liczba	procent					
1970	19958	62,8	48,2	28,4	14,6	37,2
1975	18610	68,9	55,7	31,1	13,2	31,1
1980	17700	68,9	57,6	33,3	11,3	31,1
1985	15052	75,5	63,7	35,2	11,8	24,5
1990	10640	77,3	63,9	35,8	13,4	22,7
1991	9942	76,8	64,0	36,4	12,8	23,2
1995	5891	74,0	59,2	34,7	14,9	26,0
1999	3381	71,6	53,0	30,5	18,6	28,3
2000	3068	69,0	51,0	29,4	18,0	31,0
2004	2423	71,7	52,8	23,2	18,9	28,3
2005	2340	69,8	52,7	28,4	17,1	30,2
2006	2238	72,5	54,7	28,2	17,8	27,5
2007	2322	72,1	53,8	26,9	18,3	27,9
na 1000 żywych urodzeń						
1970	36,7	23,0	17,7	10,4	5,4	13,6
1975	29,0	20,0	16,2	9,0	3,8	9,0
1980	25,5	17,6	14,7	8,5	2,9	7,9
1985	22,0	16,6	14,0	7,8	2,6	5,4
1990	19,3	14,9	12,4	6,9	2,6	4,4
1991	18,2	13,9	11,6	6,6	2,3	4,2
1995	13,6	10,1	8,0	4,7	2,0	3,5
1999	8,9	6,3	4,7	2,7	1,6	2,5
2000	8,1	5,6	4,1	2,4	1,5	2,5
2004	6,8	4,9	3,6	1,6	1,3	1,9
2005	6,4	4,5	3,4	1,8	1,1	1,9
2006	6,0	4,3	3,3	1,7	1,1	1,6
2007	6,0	4,3	3,2	1,6	1,1	1,7

Źródło: na podstawie danych GUS

Tabela 2.10. Zgony niemowląt według wagi przy urodzeniu w wybranych latach w okresie 1975-2007

Lata	Poniżej 2500 g ¹		2500 g i więcej ²	
	procent zgonów ³	zgony na 1000 urodzeń żywych	procent zgonów ³	zgony na 1000 urodzeń żywych
1975	58,1	222,3	39,7	12,5
1980	60,3	192,1	38,8	10,7
1985	62,3	169,1	36,8	8,8
1990	65,7	153,1	33,5	7,1
1991	65,4	142,8	33,4	6,6
1995	63,6	129,7	35,3	5,2
1999	62,6	93,1	36,0	3,4
2000	61,4	87,1	37,6	3,2
2004	68,3	75,5	31,7	2,3
2005	65,9	66,3	33,2	2,3
2006	69,1	68,4	30,4	1,9
2007	68,0	67,0	31,5	2,0

¹2500g i poniżej do 1993 r., ²2501g i więcej do 1993 r., ³Procenty mogą nie sumować się do 100 ze względu na braki informacji o wadze urodzeniowej

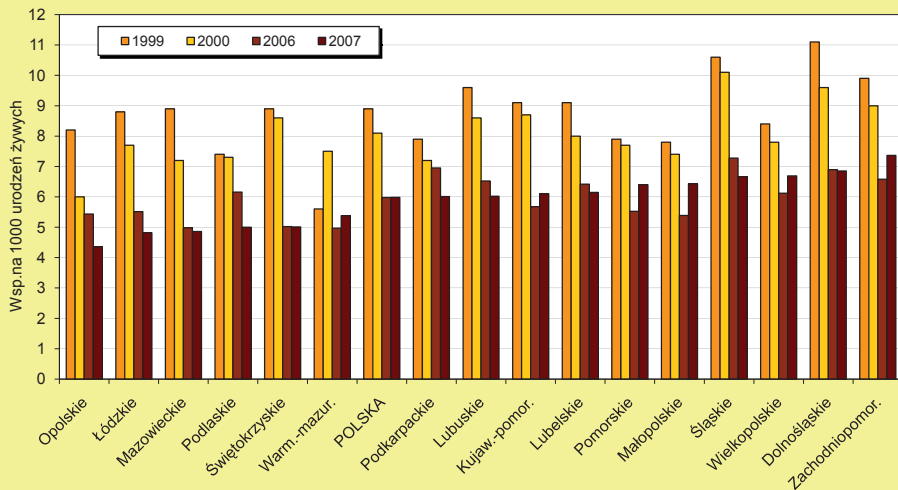
Źródło: na podstawie danych GUS

Tabela 2.11. Liczba i procent zgonów niemowląt z powodu wybranych przyczyn w latach 2001 i 2006

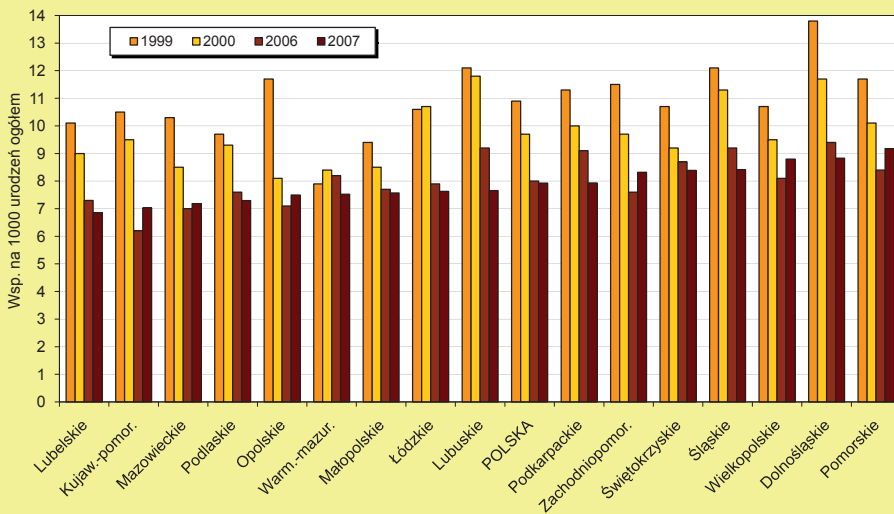
Przyczyny zgonu (ICD-10)	2001		2006	
	liczba	procent	liczba	procent
Ogółem	2823	100,0	2238	100,0
w tym:				
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	82	2,9	58	2,6
posocznice (A40-A41)	65	2,3	50	2,2
Zapalenie płuc (J12-J18)	64	2,3	40	1,8
Stany okresu okołoporodowego (P00-P96)	1410	49,9	1245	55,6
wcześnieactwo i niska urodzeniowa masa ciała (P07)	560	19,8	623	27,8
uraz porodowy (P10-P15)	35	1,2	16	0,7
zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe (P20-P29)	417	14,8	275	12,3
posocznica bakteryjna noworodka (P36)	170	6,0	75	3,4
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	955	33,8	694	31,0
wady układu nerwowego (Q00-Q07)	141	5,0	91	4,1
wady układu krążenia (Q20-Q28)	397	14,1	260	11,6
Zespół nagłej śmierci dziecka (R95)	43	1,5	55	2,5
Przyczyny niedokładnie określone i nieznanne (R96-R99)	49	1,7	26	1,2
Zewnętrzne przyczyny zgonu (V01-Y98)	75	2,7	35	1,6

Źródło: na podstawie danych GUS

Ryc. 2.38. Zgony niemowląt wg województw w latach 1999-2000 oraz 2006-2007



Ryc. 2.39. Umieralność okołoporodowa wg województw w latach 1999-2000 oraz 2006-2007 (na 1000 urodzeń żywych i martwych)



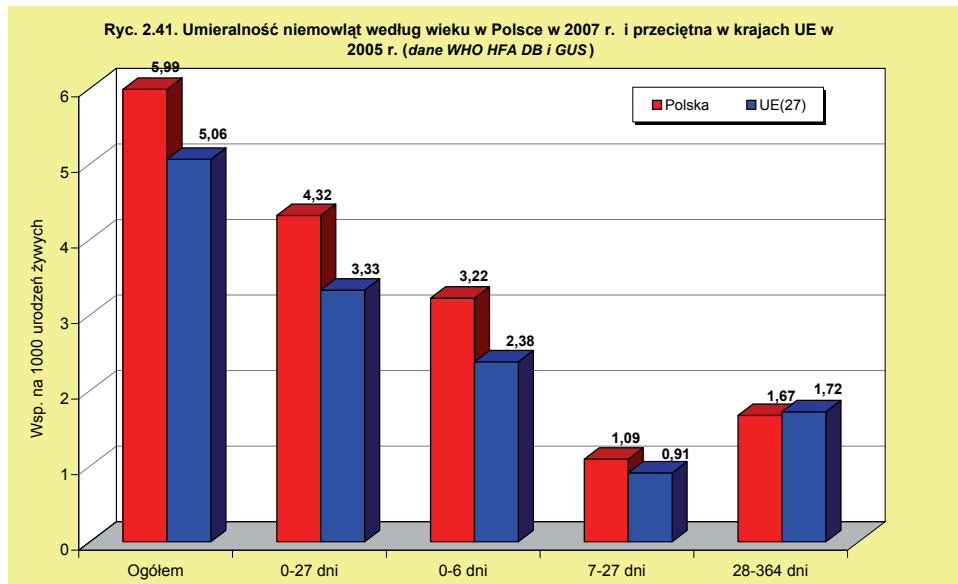
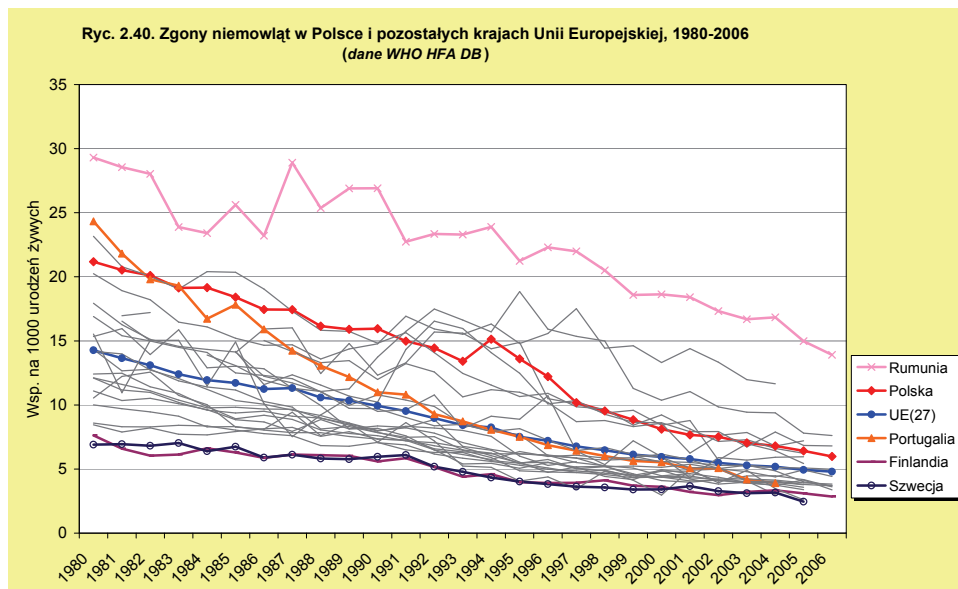
woj. zachodnio-pomorskim (ryc. 2.38). Podkreślić należy, że umieralność niemowląt w woj. dolnośląskim, śląskim i zachodnio-pomorskim należy do najwyższych w kraju od szeregu lat. Korzystne zmiany w umieralności niemowląt w latach 1999-2007 najsilniej zaznaczyły się w woj. świętokrzyskim, mazowieckim i łódzkim gdzie współczynnik w latach 2006-2007 był mniejszy o ok. 40% niż w latach 1999-2000.

Umieralność okołoporodowa, która obejmuje martwe urodzenia oraz zgony w pierwszym tygodniu życia od szeregu lat stanowi duży problem w woj. dolnośląskim (ryc. 2.39). Przeciętny poziom umieralności okołoporodowej w latach 2006-2007 był w tym województwie

wyższy o ponad 1/3 niż w woj. kujawsko-pomorskim gdzie umieralność była najmniejsza. Podkreślić jednak należy, że również spadek umieralności okołoporodowej w latach 1999-2007 w woj. dolnośląskim był duży.

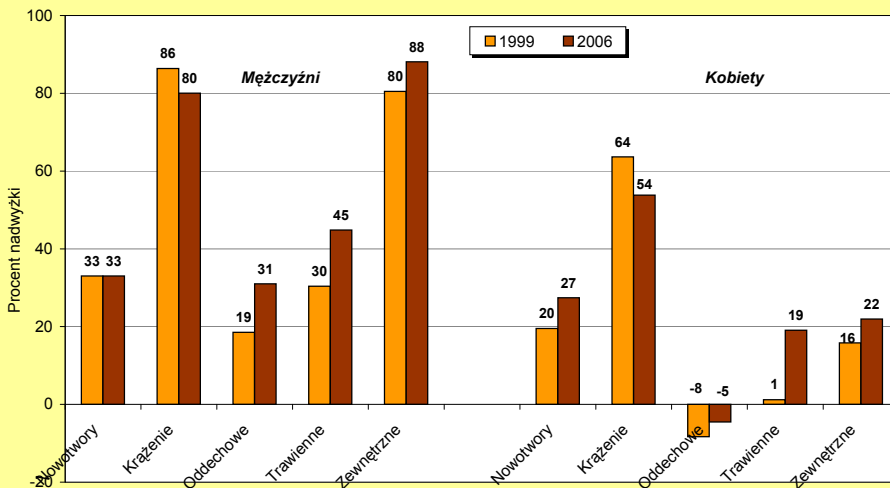
2.13. Umieralność przedwczesna w Polsce na tle sytuacji w Unii Europejskiej

Korzystając z mierników umieralności w krajach europejskich, opracowanych przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia (baza danych HFA-M, lipiec

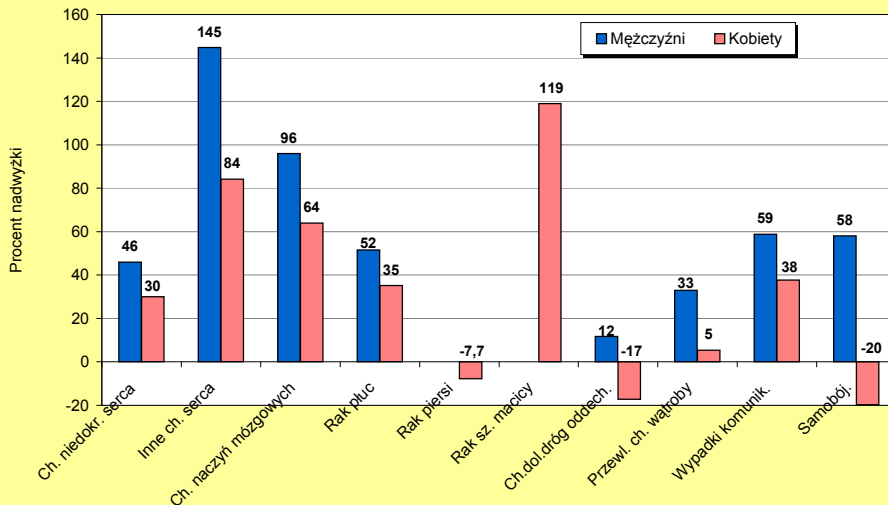


2008), porównano poziom i tendencje zmian natężenia zgonów z powodu głównych grup chorób oraz wybranych szczegółowych rozpoznań w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w 27 krajach Unii Europejskiej (UE). Ze względu na duży problem jaki w Polsce stanowią zgony przedwczesne osób w sile wieku, tzn. w wieku 25-64 lata, analizę porównawczą przeprowadzono właśnie dla tej grupy wieku, z wyróżnieniem na początku umieralności dzieci poniżej pierwszego roku życia. Przedstawione współczynniki zgonów osób dorosłych (SWZ) są standaryzowane ze względu na wiek metodą bezpośrednią, a za standard przyjęta była tzw. europejska struktura wieku populacji 25-64 lata.

Ryc. 2.42. Nadwyżka (w %) umieralności w wieku 25-64 lata w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w 27 krajach UE wg grup przyczyn zgonów w 1999 i 2006 r. (na podstawie WHO HFA DB)



Ryc. 2.43. Nadwyżka (w %) umieralności w wieku 25-64 lata w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w UE(27) wg podgrup przyczyn zgonów, 2006 r. (na podstawie WHO HFA DB)



Wprawdzie **poziom umieralności niemowląt** w naszym kraju od lat systematycznie obniża się a tempo spadku jest większe niż przeciętne dla krajów UE jednak współczynnik zgonów niemowląt w Polsce w latach 2006 i 2007 (6,0 na 1000 urodzeń żywych) wciąż jest wyższy (o 25%) od współczynnika w UE (w 2006 r. 4,8 na 1000 urodzeń żywych) (ryc. 2.40). Nasz obecny poziom umieralności niemowląt występował w UE w 2000 r., natomiast jeżeli współczynnik umieralności w Polsce i w UE będzie zmniejszał się w tempie takim jakie występowało w latach 2000-2007 obecny (2007 r.) poziom umieralności w UE będziemy w stanie osiągnąć w roku 2010 a około roku 2015 umieralność niemowląt w Polsce może być na poziomie przeciętnym dla krajów Unii.

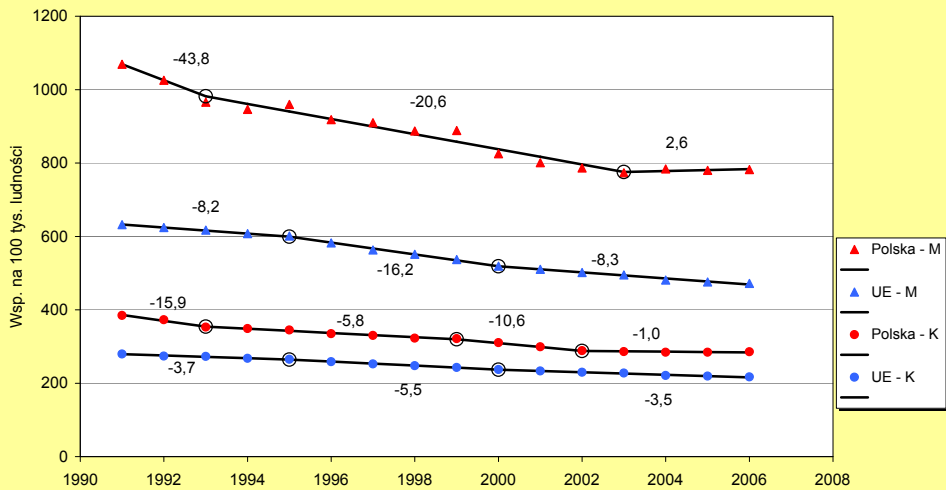
Najbardziej wyraźna różnica pomiędzy Polską i krajami UE występuje w przypadku zgonów niemowląt w okresie neonatalnym, tzn. w pierwszych czterech tygodniach życia a zwłaszcza w jego wczesnym okresie tzn. pierwszym tygodniu życia (ryc. 2.41). Powyższym zgonom w sposób szczególny może przeciwdziałać skuteczna opieka medyczna.

W Polsce w 2006 r. **zmarło w wieku 25-64 lata** 76 tys. mężczyzn oraz 30 tys. kobiet i osoby te stanowiły odpowiednio 38% ogółu zmarłych mężczyzn i 18% zmarłych kobiet. Główną przyczyną tych przedwczesnych zgonów, która jest znacznie większym zagrożeniem życia w Polsce niż w krajach UE, zarówno mężczyzn jak i kobiet, są choroby układu krążenia (ryc. 2.42). Poziom umieralności z powodu tych chorób jest w Polsce o 71% wyższy od przeciętnego w UE (80% w przypadku mężczyzn i 54% w przypadku kobiet). Warto zwrócić uwagę, że niekorzystna sytuacja w Polsce w mniejszym stopniu odnosi się do choroby niedokrwiennej serca a bardziej do innych chorób serca (I26-I51) oraz chorób naczyń mózgowych (ryc. 2.43). Ponadto, wśród mężczyzn podobna nadwyżka zgonów jak dla chorób układu krążenia występuje w przypadku zewnętrznych przyczyn zgonów. Natomiast różnica pomiędzy Polską i UE w poziomie umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem jest wyraźnie mniejsza niż w przypadku chorób układu krążenia. Należy jednak podkreślić, że w przypadku raka szyjki macicy zagrożenie życia kobiet w Polsce jest ponad dwukrotnie większe niż w krajach UE podczas gdy zagrożenie życia rakiem piersi jest w naszym kraju mniejsze niż przeciętne dla krajów UE.

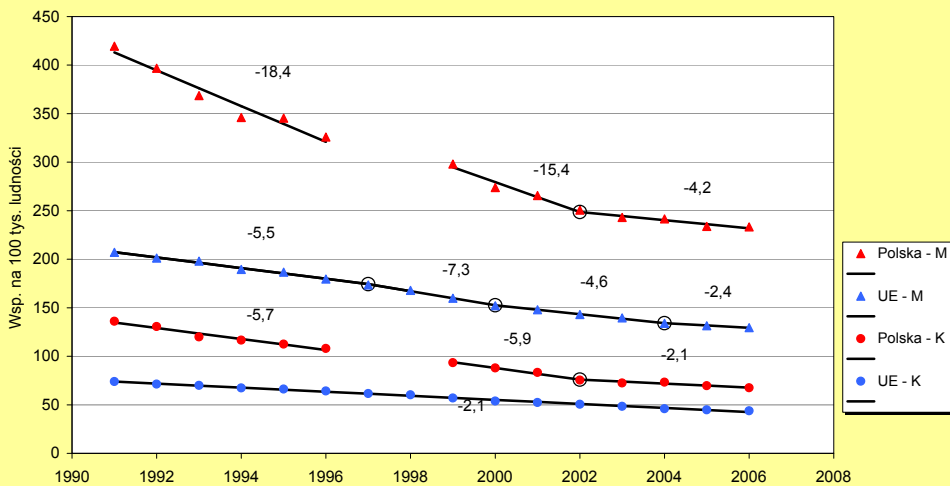
Obserwując dynamikę współczynników **umieralności ogółem** w grupie wieku 25-64 lata w Polsce i UE w latach 1991-2006 należy zwrócić uwagę na niepokojące zjawisko stopniowego spowalniania spadku współczynników w Polsce (ryc. 2.44). Dotyczy to w większym stopniu mężczyzn, których umieralność w latach 2003-2006 wykazuje nawet pewien wzrost, ale również w przypadku kobiet spadek współczynników w latach 2002-2006 jest nieznaczny. Następuje powiększanie się niekorzystnej dla Polski nadumieralności osób w wieku 25-64 lata w stosunku rówieśników w krajach UE ogółem. Jeżeli tempo spadku umieralności kobiet nie ulegnie przyspieszeniu to obecny średni poziom umieralności w krajach UE osiągniemy za ponad 60 lat, natomiast w przypadku mężczyzn konieczne jest przede wszystkim odwrócenie trendu wzrostowego współczynników.

Postępujące w Polsce spowolnienie spadku ogólnego współczynnika zgonów osób w wieku 25-64 lata jest częściowo wynikiem zmian w umieralności z powodu **chorób układu krążenia ogółem** (ryc. 2.45). W przypadku mężczyzn umieralność z powodu ChUK najszybciej obniżała się w początkowych latach transformacji 1991-1996, niewiele wolniejszy był spadek w latach 1999-2002 natomiast w okresie 2003-2006 tempo spadku uległo zasadniczemu spowolnieniu aż o ponad 70%. W przypadku kobiet tempo spadku współczynnika zgonów w latach 1991-1996 i 1999-2002 było prawie jednakowe natomiast

Ryc. 2.44. Trendy standaryzowanych współczynników zgonów ogółem w wieku 25-64 lata oraz średnioroczne tempo ich zmian w Polsce i średnie dla 27 krajów UE wg płci w latach 1991-2006

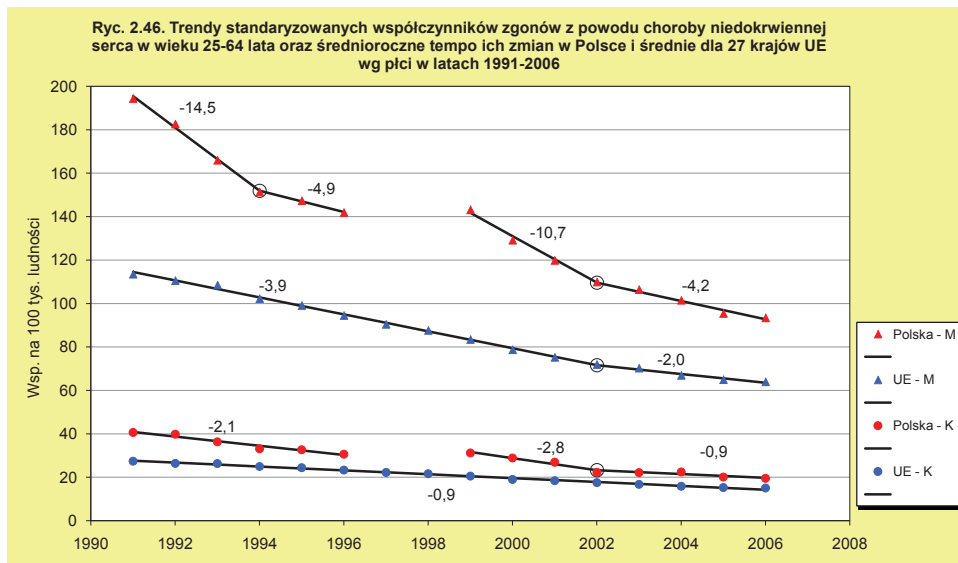


Ryc. 2.45. Trendy standaryzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu krążenia ogółem w wieku 25-64 lata oraz średnioroczne tempo ich zmian w Polsce i średnie dla 27 krajów UE wg płci w latach 1991-2006



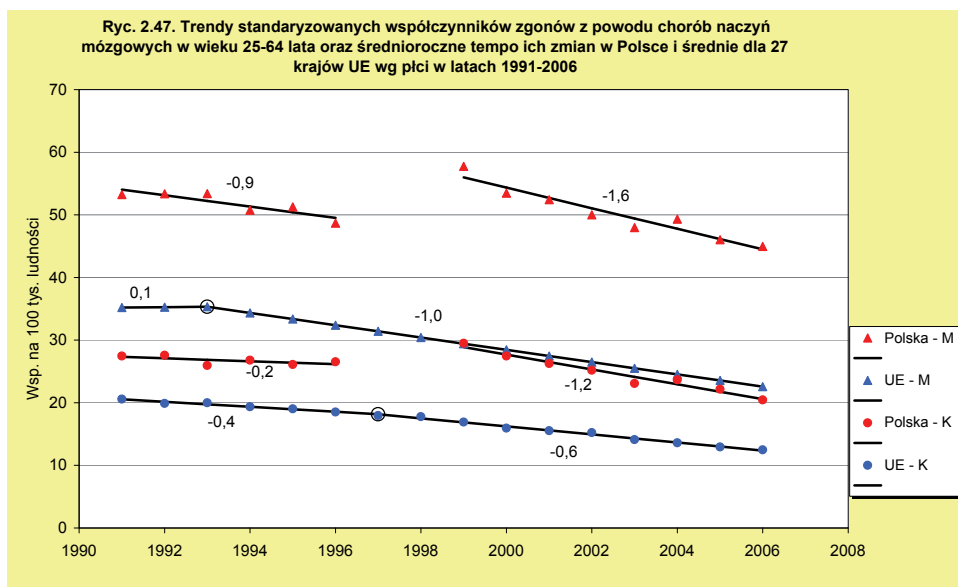
w latach 2002-2006 spadek współczynników był o prawie 2/3 wolniejszy. Przy utrzymaniu się tempa spadku z ostatnich lat obecny średni poziom umieralności w krajach UE mężczyźni osiągną za ponad dwadzieścia lat a kobiety za 11-12 lat. Gdyby udało się znowu osiągnąć taki spadek umieralności jaki był wcześniej to okres ten uległby skróceniu do ok. 5-6 lat dla mężczyzn i 4-5 lat dla kobiet.

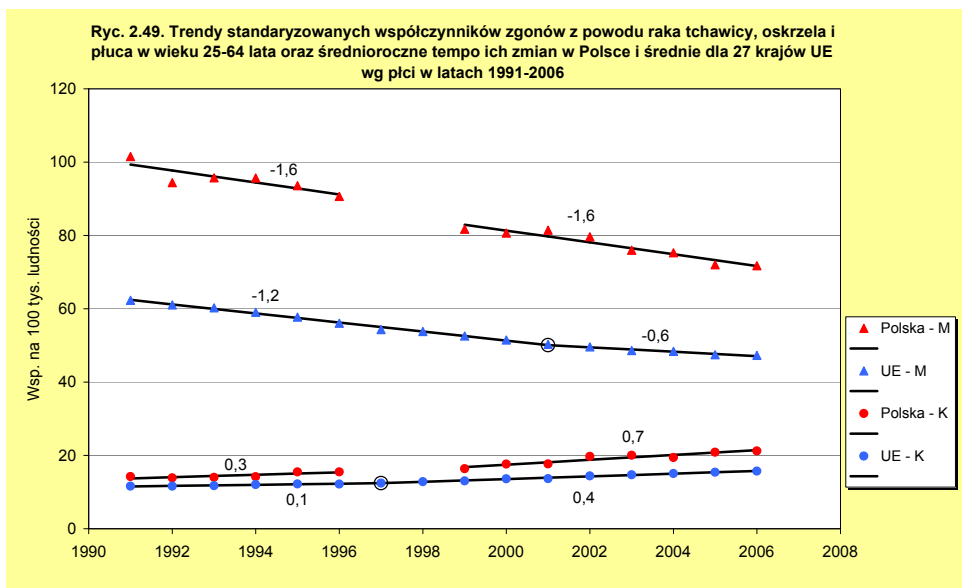
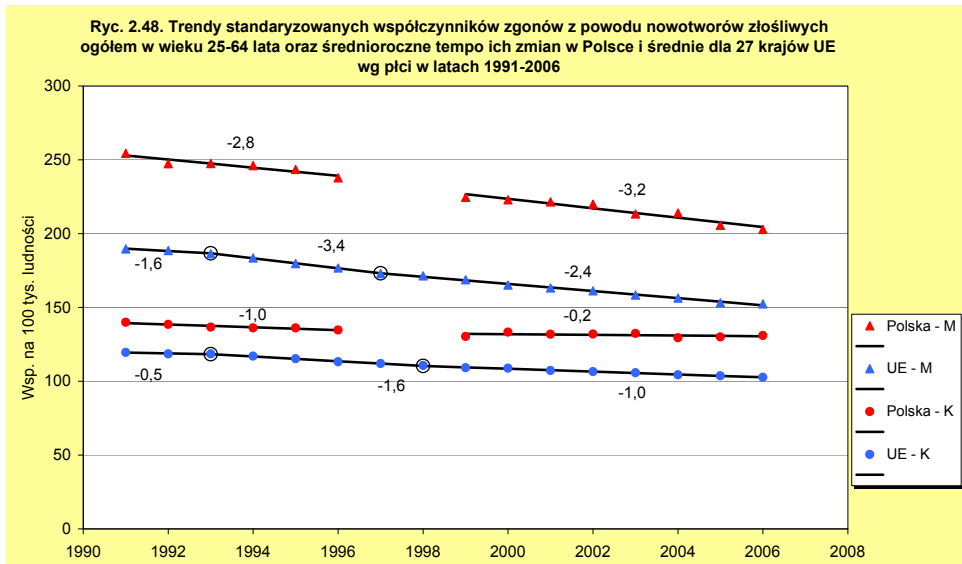
W przypadku **choroby niedokrwiennej serca** przeciętny roczny spadek współczynników zgonów mężczyzn w latach 2002-2006 był ponad dwa razy mniejszy niż w latach



1999-2002 (ryc. 2.46) ale wciąż jest on większy niż średni dla krajów UE. Natomiast w przypadku kobiet umieralność w Polsce ulega poprawie w podobnym stopniu jaki jest przeciętnie w krajach UE. Jeżeli spadek umieralności w Polsce będzie następował w takim tempie jak ostatnio to obecny przeciętny poziom umieralności w UE zostanie osiągnięty za ok. 7 lat w przypadku mężczyzn i ok. 5 lat w przypadku kobiet.

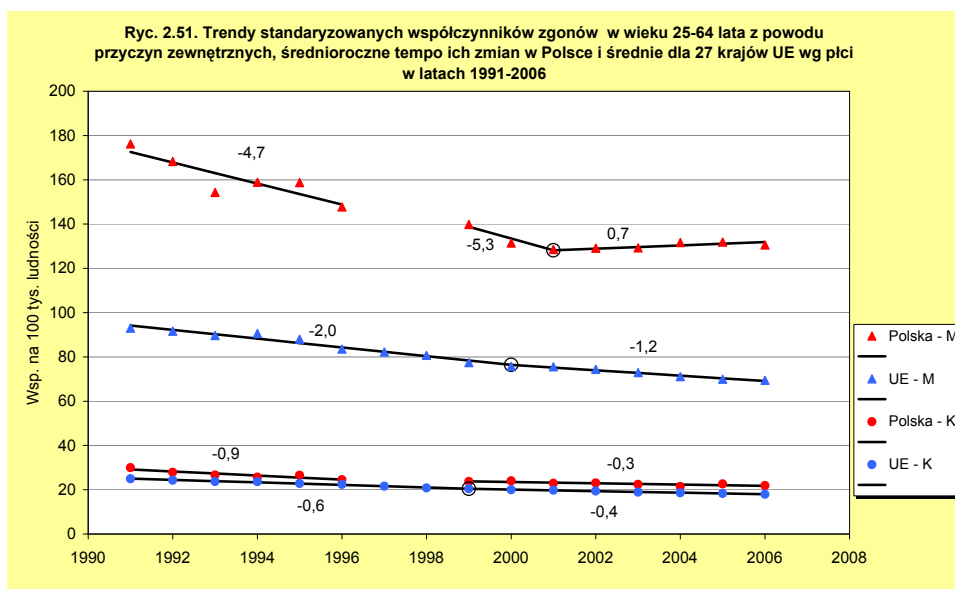
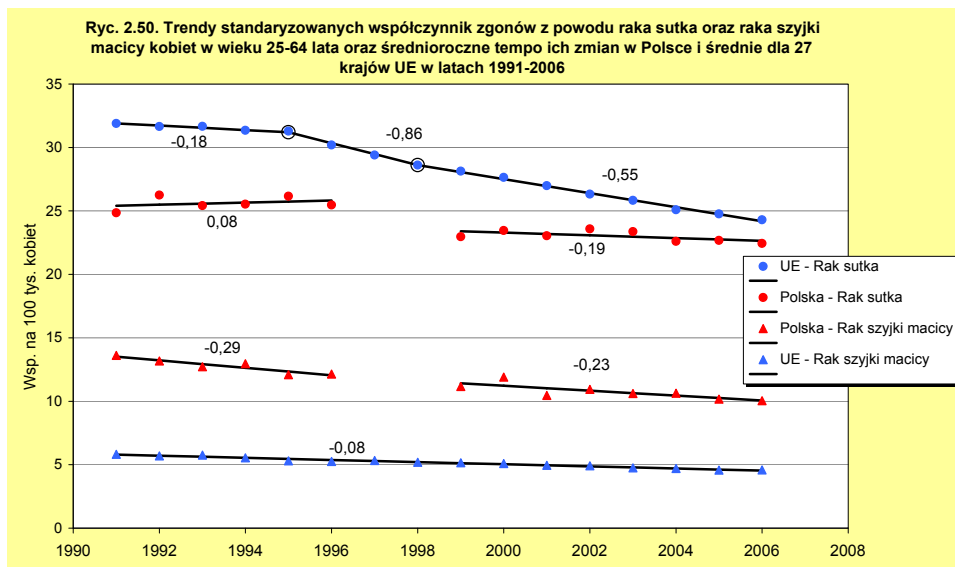
W przeciwieństwie do umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca umieralność z powodu **chorób naczyń mózgowych** w początkowym okresie transformacji (1991-1996) spadała wolniej niż w późniejszych latach (1999-2006) (ryc. 2.47). Obecne średnie





roczne tempo spadku współczynnika zgonów zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet jest w Polsce szybsze od przeciętnego dla krajów UE i jeżeli spadek umieralności w Polsce będzie następował nadal w takim tempie to obecny przeciętny poziom umieralności w UE zostanie osiągnięty za 13-14 lat w przypadku mężczyzn i 6-7 lat w przypadku kobiet.

Tempo spadku umieralności mieszkańców Polski z powodu **nowotworów złośliwych ogółem** w wieku 25-64 lata było podobne w latach 1991-1996 i 1999-2006, szybsze w przypadku mężczyzn niż kobiet i o ile w przypadku mężczyzn tempo spadku średnie dla krajów UE po roku 1997 było wolniejsze niż w Polsce o tyle w przypadku kobiet sytuacja



jest odwrotna gdyż w latach 1999-2006 w Polsce poziom umieralności praktycznie nie ulegał zmianie (ryc. 2.48). Jeżeli umieralność w naszym kraju będzie nadal zmniejszała się w takim samym tempie to obecny przeciętny poziom umieralności w UE zostanie osiągnięty za 15-16 lat w przypadku mężczyzn a w przypadku kobiet dopiero za kilka pokoleń.

Współczynniki zgonów z powodu **raka płuc** mężczyzn w wieku 25-64 lata obniżają się w Polsce nieco szybciej niż przeciętnie w krajach UE (ryc. 2.49) ale czas potrzebny do osiągnięcia w Polsce przy takim tempie spadku współczynnika zgonów obecnego średniego

poziomu umieralności w krajach UE to 15-16 lat. Natomiast współczynniki zgonów kobiet rosną w Polsce szybciej niż przeciętnie w krajach UE.

Umieralność kobiet w wieku 25-64 lata z powodu **raka sutka** jest w Polsce niższa niż przeciętna dla krajów UE ale spadek współczynnika zgonów jest w Polsce znacznie wolniejszy (ryc. 2.50). Jeżeli więc współczynnik zgonów w naszym kraju i średni w UE będą nadal zmniejszały się w takim samym tempie to za 5 lat poziom umieralności w Polsce będzie wyższy od przeciętnego dla krajów UE. Natomiast umieralność kobiet z powodu **raka szyjki macicy** jest w Polsce ponad dwukrotnie wyższa niż średnia dla krajów UE i wprawdzie spadek współczynnika zgonów jest w naszym kraju szybszy jednak w niewystarczającym stopniu i jeżeli nie ulegnie zmianie to potrzeba będzie ponad 20 lat by osiągnąć obecny przeciętny poziom umieralności w UE.

Postępujące w Polsce spowolnienie spadku współczynników zgonów w wieku 25-64 lata jest również częściowo wynikiem niekorzystnych tendencji w umieralności mężczyzn spowodowanej **przyczynami zewnętrznymi**. Trend spadkowy współczynnika zgonów mężczyzn skończył się w 2001 r. i od tego czasu ma on nieznaczny trend rosnący podczas gdy przeciętny poziom umieralności w krajach UE obniża się (ryc. 2.51). Współczynnik zgonów kobiet jest w Polsce trochę wyższy niż przeciętny w UE ale jego spadek jest niestety też nieznacznie wolniejszy i przy takim tempie spadku obecny średni poziom umieralności w krajach UE będzie osiągnięty za 13-14 lat.

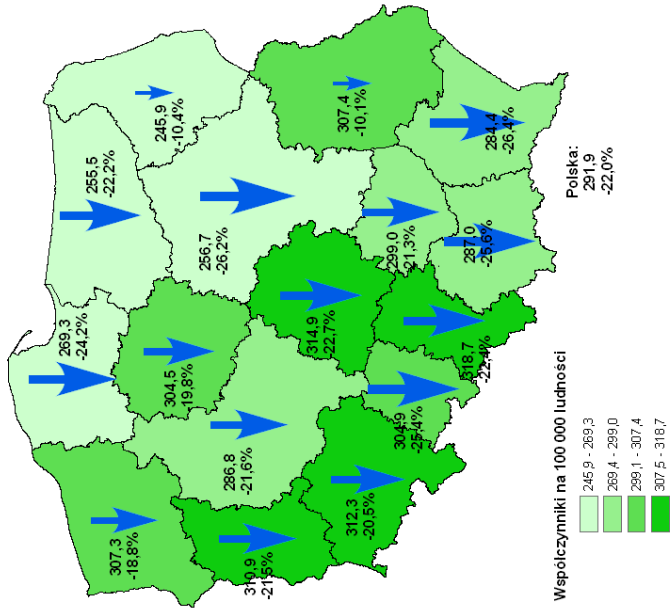
PODSUMOWANIE:

1. Analiza danych o umieralności mieszkańców Polski pozwala na stwierdzenie, że stan zdrowia ludności po roku 1991 stopniowo poprawia się ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuacja jest wciąż niezadawalająca, a na dodatek w latach 2000. poprawa ta uległa spowolnieniu, szczególnie w przypadku mężczyzn.
2. Przeciętna długość życia w Polsce wzrasta po 1991 r. ale po roku 2002 wzrost uległ spowolnieniu. W 2007 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71,0 lat a dla kobiet była o prawie 9 lat większa i wynosiła 79,7 lat. Po roku 2001 niekorzystne różnice w długości życia mężczyzn i kobiet pogłębiają się. Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86% długości życia a kobiety 84%, osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że ponad połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu, kobiety o prawie 2 lata więcej niż mężczyźni.
3. Długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej - w przypadku mężczyzn o 4,6 lat a w przypadku kobiet o 2 lata. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa osiągnięcie w Polsce długości życia takiej jaka obecnie jest przeciętna w UE może w przypadku mężczyzn zająć kilkadziesiąt lat.
4. Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne – osoby w wieku 25 lat o wykształceniu powyżej średniego mogą oczekiwać, że będą żyły dłużej niż osoby o wykształceniu podstawowym o ok. 13 lat w przypadku mężczyzn i 9 lat w przypadku kobiet. Jeszcze większa różnica występuje w przypadku życia w zdrowiu.
5. Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta,

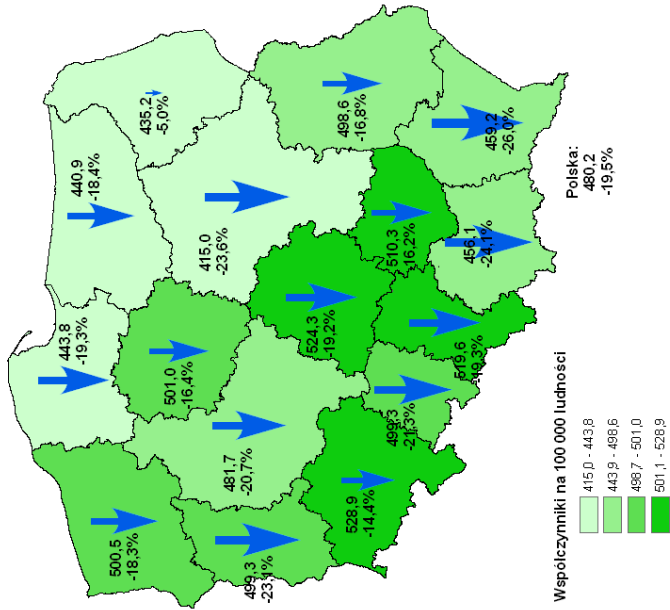
poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; najdłużej natomiast żyją mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi.

6. Już od wielu lat najkrócej żyją w Polsce mieszkańcy województwa łódzkiego - w 2007 r. mężczyźni o ponad 4 lata a kobiety o ponad 2 lata krócej niż osoby mieszkające w najlepszym województwie tzn. podkarpackim. W dobrym zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) najkrócej żyją mieszkańcy woj. lubelskiego a o ok. 5 lat dłużej woj. opolskiego.
7. Spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. i zarówno w 2006 r. jak i 2007 r. na każde 1000 urodzeń żywych zmarło 6 niemowląt. Ten poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE ale jeżeli poprawa w Polsce nie ulegnie trwałemu spowolnieniu to różnica ta może zaniknąć do roku 2015. Głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od opieki medycznej.
8. Od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia, chociaż powoli zmniejszającym swoje znaczenie, są **choroby układu krążenia** (w 2006 r. 46% ogółu zgonów). Spadek umieralności z ich powodu wynika przede wszystkim ze zmniejszającego się zagrożenia życia chorobą niedokrwienną serca (szczególnie zawałem serca). Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE i niestety w ostatnich latach w Polsce spadek przedwczesnej umieralności z ich powodu uległ spowolnieniu.
9. **Nowotwory złośliwe** są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25% ogółu zgonów w 2006 r.) i ich udział w ogólnej liczbie zgonów pomalu zwiększa się chociaż natężenie umieralności z ich powodu w populacji ogółem jest dość ustabilizowane, natomiast zmniejsza się wśród osób w wieku aktywności zawodowej. Nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn. Zdecydowanie najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jest rak tchawicy, oskrzela i płuca a współczynniki umieralności kobiet z jego powodu rosną. Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (ale jest niższa od średniej dla UE) a z powodu raka szyjki macicy zmniejsza się bardzo powoli. W porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE sytuacja w Polsce jest niekorzystna ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia, z wyjątkiem zawstydzająco wysokiej na tle większości krajów UE umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy.
10. Natężenie zgonów z powodu **ogółu przyczyn zewnętrznych**, trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce (7% zgonów w 2006 r.), wykazuje powolny trend spadkowy tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmienia się w ostatnich latach i jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE. Te przyczyny zgonów są najbardziej odpowiedzialne za przedwczesne zgony mężczyzn. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób, a także samobójstwa, których częstość jest dość ustabilizowana w latach 2000., a które powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn jak wypadki komunikacyjne a większą niż zawał serca.

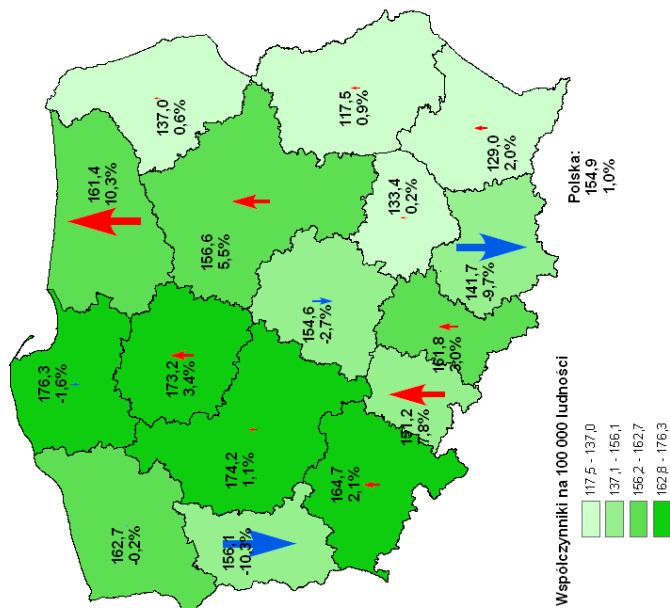
Ryc. 2. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu chorób układu krążenia w 2006 r. i ich zmiana (%) w stosunku do 1999 r.



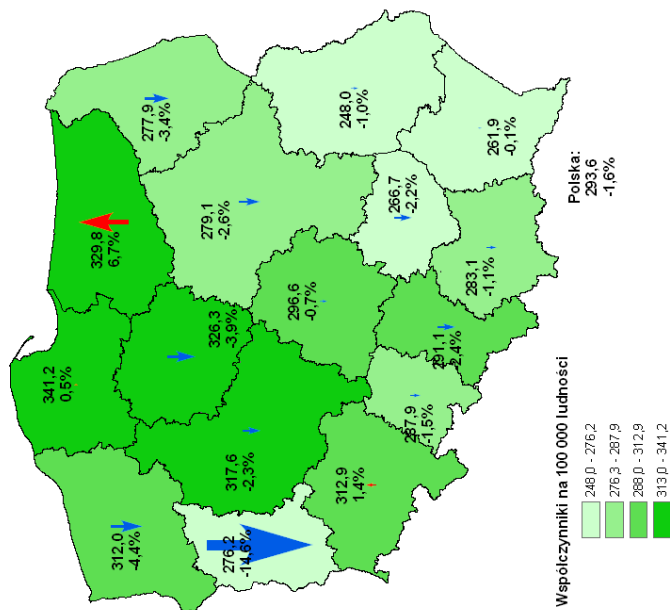
Ryc. 1. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu chorób układu krążenia w 2006 r. i ich zmiana (%) w stosunku do 1999 r.



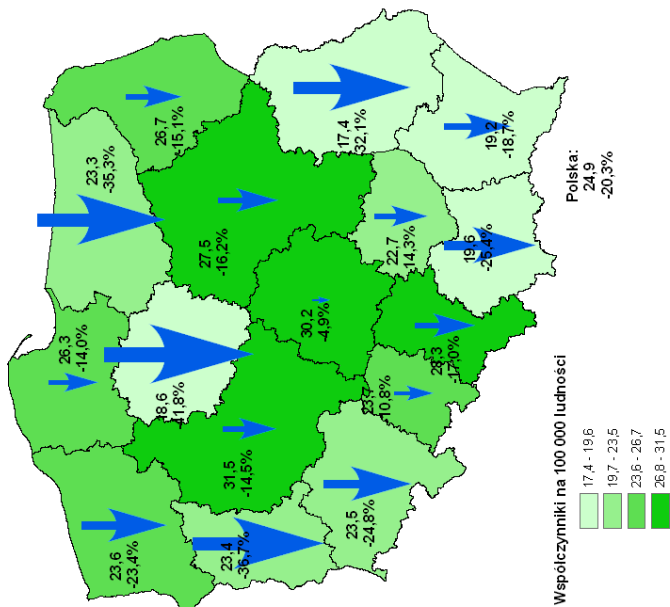
Ryc. 4. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych w 2006 r. i ich zmiana (%) w stosunku do 1999 r.



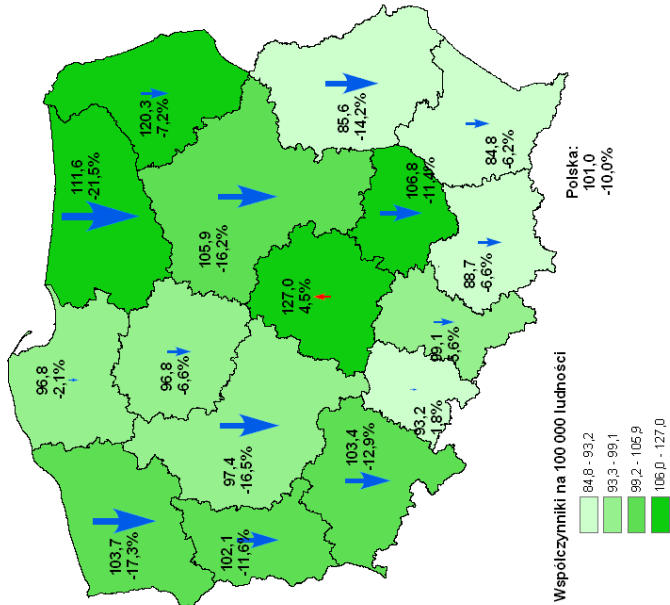
Ryc. 3. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych w 2006 r. i ich zmiana (%) w stosunku do 1999 r.

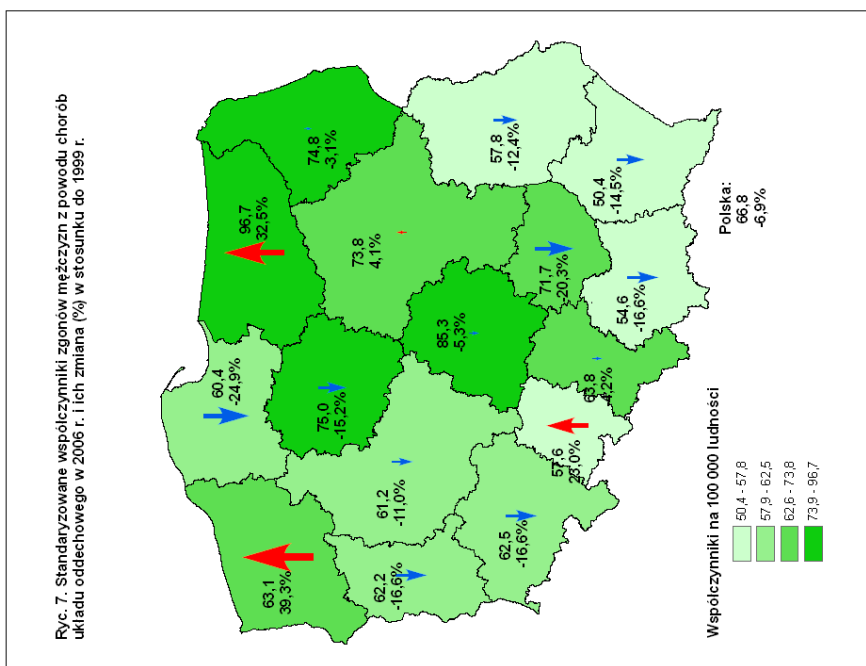
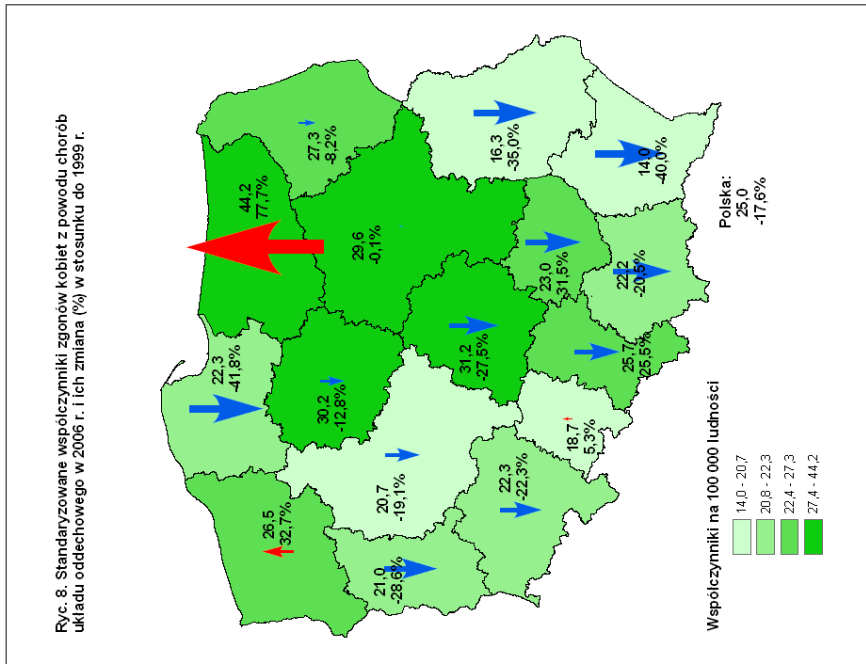


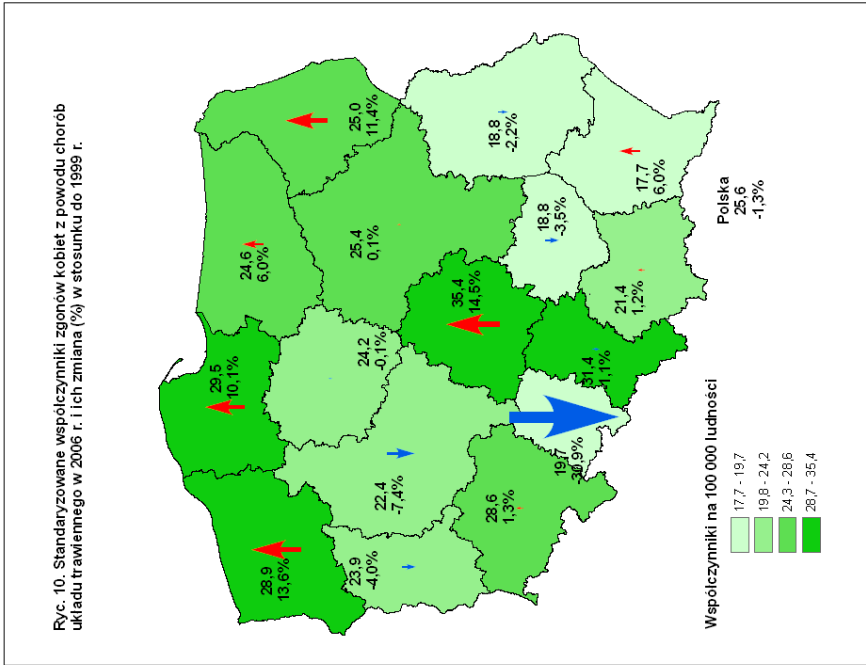
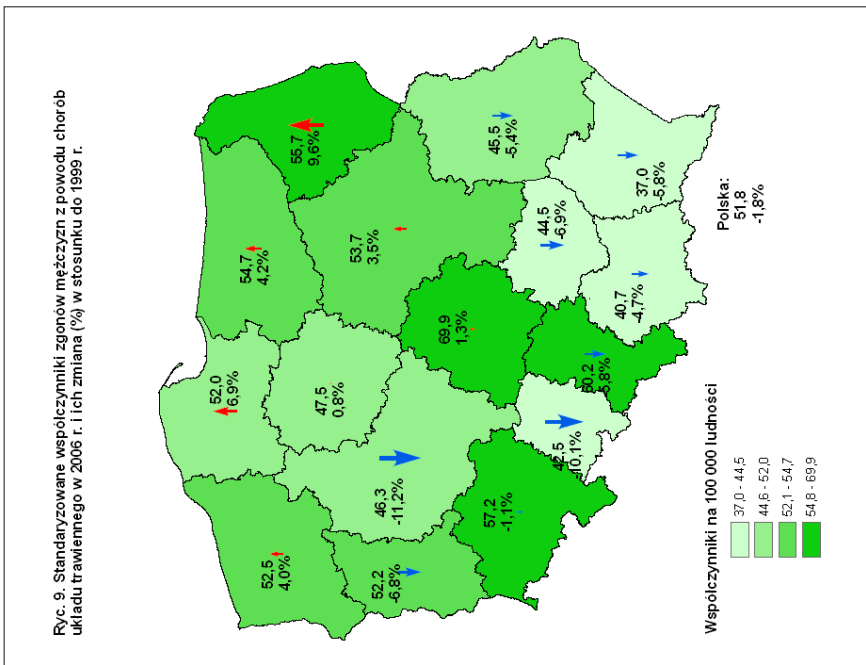
Ryc. 6. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu przyczyn zewnętrznych w 2006 r. i ich zmiana (%) w stosunku do 1999 r.



Ryc. 5. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu przyczyn zewnętrznych w 2006 r. i ich zmiana (%) w stosunku do 1999 r.







3. CHOROBOWOŚĆ HOSPITALIZOWANA

Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Mirosław Wysocki

Informacje o przyczynach i częstości hospitalizacji są, niezależnie od swojego znaczenia dla potrzeb administracyjnych jednym z ważniejszych elementów wykorzystywanych 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 różnymi czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Natomiast niewątpliwą zaletą informacji o hospitalizacji jest dokładność i trafność diagnozy szpitalnej przewyższająca poprawność diagnostyczną w innych rutynowych systemach wykorzystywanych do oceny stanu zdrowia ludności.

Dane o hospitalizacji ludności Polski są zbierane w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej realizowanego zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej, a ich przetwarzanie i analiza prowadzone są w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego (NIZP-PZH). Podstawowym dokumentem systemu jest karta statystyczna Mz/Szp-11. Do 1999 r. włącznie, badaniem objęta była 10% losowa próba osób leczonych, wypisanych lub zmarłych we wszystkich szpitalach publicznych i niepublicznych¹, z wyjątkiem leczonych w szpitalach lub na oddziałach psychiatrycznych, którzy są objęci 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. Przedstawione poniżej informacje po roku 2000 oparte są na danych szacowanych gdyż nie wszystkie województwa przesyłają 100% informacji o osobach hospitalizowanych.

W 2006 wielkość informacji o hospitalizacji ludności w Polsce obejmowała 6 367 834 przypadki. Brak było danych z 10% szpitali, które powinny je nadsyłać zgodnie programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej. Oszacowano równocześnie, na podstawie infrastruktury tych szpitali, że hospitalizowały one 660 tys. pacjentów co stanowi ok. 10% hospitalizacji raportowanych w 2006 roku.

Niestety to niedorejestrowanie koncentruje się w kilku województwach co bardzo utrudnia analizę międzywojewódzkiego zróżnicowania hospitalizacji.

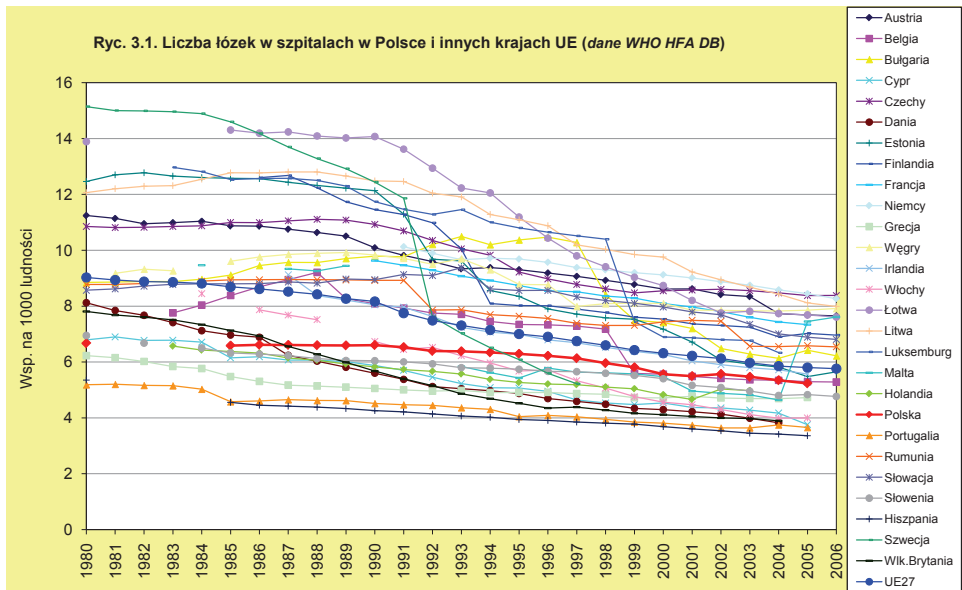
Hospitalizowane przypadki zawierają również wielokrotne hospitalizacje tych samych osób. Według naszych szacunków dotyczy to 10% ogółu hospitalizacji.

¹ Z wyjątkiem resortowych MSWiA oraz MON

Dane dotyczące hospitalizacji w innych krajach Unii Europejskiej pozyskano z bazy danych (HFADB i HFAMDB)² Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze, do której dostarczane są także dane z Polski przez NIZP - PZH.

3.1. Łóżka szpitalne

Powszechnie stosowaną miarą dostępności leczenia szpitalnego jest wskaźnik liczby łóżek w odniesieniu do liczby ludności. W Polsce wskaźnik ten w latach 1985 – 2006 uległ powoli acz systematycznie zmniejszeniu z 6,6 łóżka na tysiąc mieszkańców do 5,2 (ryc. 3.1). Szybciej ulegała zmniejszeniu średnia liczba łóżek w całej Unii i jest ona obecnie niewiele wyższa niż w Polsce. Są jednak jeszcze kraje (Austria, Niemcy, Czechy), w których średnia liczba łóżek zbliżona jest do 8 na tysiąc ludności.



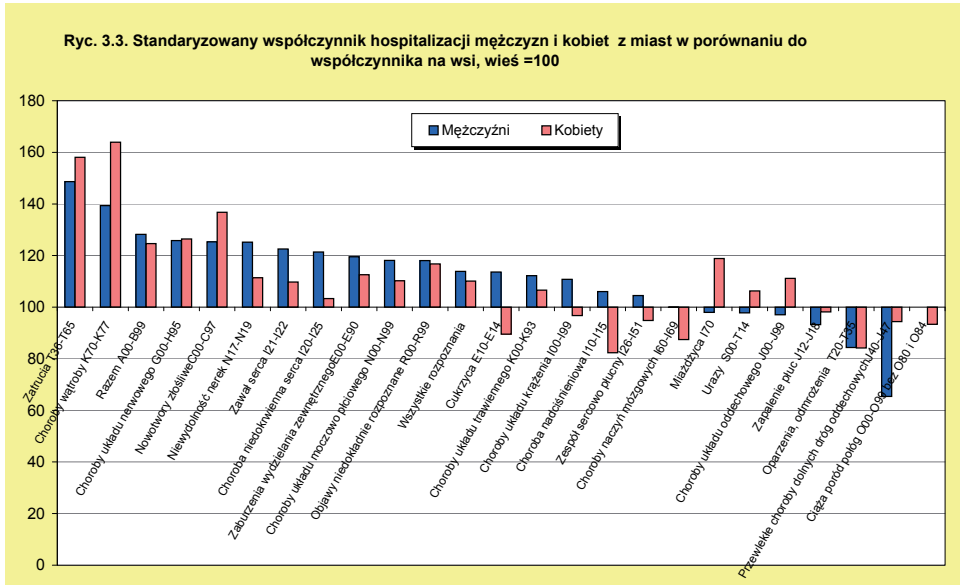
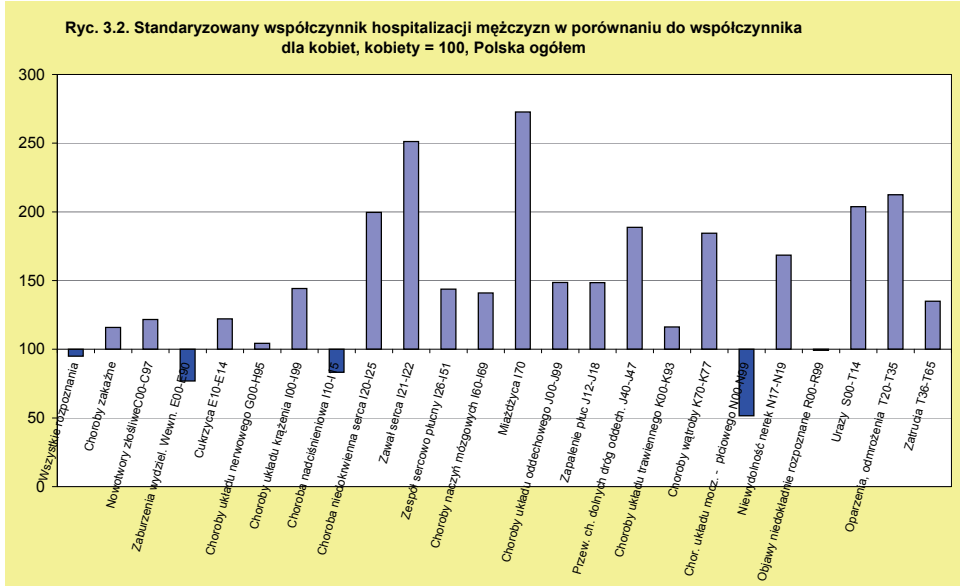
3.2. Hospitalizacja wg przyczyn

W tabeli 3.1. przedstawiono współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji w Polsce w 2006 roku. Ogółem hospitalizowano w Polsce 6 367 834 osoby (niektóre wielokrotnie), co stanowi 1850 osób na 10 tys. ludności. Wśród ogółu tych osób w szpitalach przebywało 2 899 063 mężczyzn i 3 468 771 kobiet.

Najczęściej pacjenci szpitali byli leczeni³ z powodu chorób układu krążenia (16% hospitalizowanych), a następnie nowotworów ogółem (11%), chorób układu moczowo-płciowego, trawiennego oraz urazów i zatruc (po około 9% hospitalizowanych). Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (oko, ucho) oraz powikłania ciąży i porodu to następne dwie grupy przyczyn pobytu w szpitalu o częstości po około 6% hospitalizowanych.

² <http://www.euro.who.int/HFADB>

³ W prowadzonej analizie jako przyczynę hospitalizacji przyjęto chorobę zasadniczą leczoną na pierwszym oddziale



Porównanie standaryzowanych współczynników hospitalizacji mężczyzn i kobiet (tabela 3.1, ryc. 3.2) wskazuje, że ogółem kobiety hospitalizowane były o 5% częściej niż mężczyźni ale wynika to przede wszystkim z hospitalizacji z powodu ciąży, porodu i połogu. Z ryciny widać, że mężczyźni hospitalizowani byli przeważnie częściej niż kobiety⁴. Największa różnica, ponad dwukrotna dotyczy miażdżycy, zawału serca oraz oparzeń i odmrożeń a także

⁴ Przy porównywalnej strukturze wieku (WSP. standaryzowane)

Tabela 3.1. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji z powodu głównych przyczyn w Polsce w 2006 r. (na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Wsp. rzeczywiste			Wsp. standaryzowane		
	ogółem	męż- czyźni	kobiety	ogółem	męż- czyźni	kobiety
Wszystkie rozpoznania	18496,4	16993,4	19902,4	18685,3	18383,0	19366,4
Choroby zakaźne A00-B99	424,7	462,8	389,1	511,5	549,8	474,5
Nowotwory C00-D48	1961,9	1855,0	2062,0	1844,8	1900,9	1883,5
Nowotwory złośliwe C00-C97	1394,9	1440,8	1352,0	1310,2	1481,5	1217,2
Zaburzenia wydzielania zewnętrznego E00-E90	466,2	370,8	555,4	447,8	386,4	502,4
Cukrzyca E10-E14	197,4	195,9	198,8	179,6	197,0	161,3
Choroby układu nerwowego G00-H95	1152,0	1093,5	1206,7	1129,4	1155,0	1106,7
Choroby układu krążenia I00-I99	2912,4	3026,7	2805,5	2561,7	3091,2	2144,1
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	345,8	276,8	410,4	310,3	274,0	329,2
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	855,5	1038,5	684,3	761,0	1052,6	527,2
Zawał serca I21-I22	208,0	269,1	150,8	182,0	274,3	109,2
Inne choroby serca I26-I51	885,8	890,8	881,1	761,7	921,6	641,1
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	394,6	386,0	402,7	335,0	400,2	283,8
Miażdżyca I70	127,6	165,4	92,2	110,9	174,0	63,8
Choroby układu oddechowego J00-J99	1414,0	1659,4	1184,6	1590,3	1946,5	1309,5
Zapalenie płuc J12-J18	394,6	453,0	339,9	460,1	564,5	380,1
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych J40-J47	346,1	422,5	274,5	320,1	446,5	236,6
Choroby układu trawiennego K00-K93	1652,7	1691,5	1616,4	1614,6	1748,4	1504,0
Choroby wątroby K70-K77	104,8	133,7	77,8	100,2	132,1	71,6
Choroby układu moczowo-płciowego N00-N99	1684,2	1073,5	2255,6	1633,0	1122,1	2173,6
Niewydolność nerek N17-N19	150,0	172,6	128,8	135,3	176,1	104,5
Ciąża poród pológ O00-O99 bez O80 i O84	1024,4	0,0	1982,6	926,1	0,0	1880,3
Objawy, cechy chorobowe R00-R99	691,2	665,2	715,6	703,3	706,8	712,4
Urazy i zatrucia S00-T98	1625,7	2146,5	1138,5	1599,1	2105,1	1083,8
Urazy S00-T14	1320,2	1766,2	903,0	1289,6	1723,5	845,9
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	40,0	57,3	23,8	47,4	64,8	30,5
Zatrucia T36-T65	120,0	141,2	100,3	120,6	139,2	103,1

Tabela 3.2. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji mieszkańców miast z powodu głównych przyczyn w Polsce w 2006 r. (na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Wsp. rzeczywiste			Wsp. standaryzowane		
	ogółem	męż- czyźni	kobiety	ogółem	męż- czyźni	kobiety
Wszystkie rozpoznania	19247,9	17798,0	20557,4	19526,0	19335,6	20095,6
Choroby zakaźne A00-B99	451,1	500,1	406,8	558,2	604,2	515,4
Nowotwory C00-D48	1961,9	1855,0	2062,0	1844,8	1900,9	1883,5
Nowotwory złośliwe C00-C97	1574,8	1595,5	1556,0	1437,2	1611,5	1349,3
Zaburzenia wydzielania zewnętrznego E00-E90	489,6	395,0	575,0	473,8	414,2	526,9
Cukrzyca E10-E14	198,6	208,0	190,1	179,6	207,0	155,5
Choroby układu nerwowego G00-H95	1252,7	1186,1	1312,8	1231,6	1262,0	1207,4
Choroby układu krążenia I00-I99	2966,1	3186,1	2767,4	2587,8	3210,7	2120,4
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	341,5	289,3	388,6	301,1	280,7	306,5
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	911,4	1141,5	703,6	791,3	1129,3	534,8
Zawał serca I21-I22	220,8	294,1	154,5	190,7	294,8	112,7
Inne choroby serca I26-I51	874,1	905,3	846,0	757,9	937,3	629,4
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	380,4	387,0	374,5	324,4	399,2	268,8
Miażdżyca I70	128,0	165,3	94,2	111,2	171,7	67,4
Choroby układu oddechowego J00-J99	1368,5	1586,2	1171,9	1614,6	1924,9	1368,7
Zapalenie płuc J12-J18	367,1	422,7	316,8	450,3	547,8	377,2
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych J40-J47	298,8	339,6	261,8	285,9	367,8	232,7
Choroby układu trawiennego K00-K93	1714,4	1774,8	1659,8	1665,7	1824,6	1539,9
Choroby wątroby K70-K77	122,0	153,8	93,2	112,8	148,0	83,1
Choroby układu moczowo-płciowego N00-N99	1804,9	1143,9	2401,9	1722,9	1196,4	2250,4
Niewydolność nerek N17-N19	160,6	189,1	134,8	143,7	191,4	108,7
Ciąża poród pológ O00-O99 bez O80 i O84	1020,3	0,0	1941,9	911,6	0,0	1827,3
Objawy, cechy chorobowe R00-R99	719,6	697,7	739,3	749,1	754,9	757,5
Urazy i zatrucia S00-T98	1627,1	2140,7	1163,2	1618,7	2112,8	1128,8
Urazy S00-T14	1299,5	1736,0	905,3	1287,1	1707,9	867,1
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	35,5	52,0	20,7	43,6	59,8	28,2
Zatrucia T36-T65	138,3	163,1	115,9	138,6	159,5	120,0

Tabela 3.3. Współczynniki rzeczywiste i standaryzowane hospitalizacji mieszkańców wsi z powodu głównych przyczyn w Polsce w 2006 r. (na 100 tys. ludności)

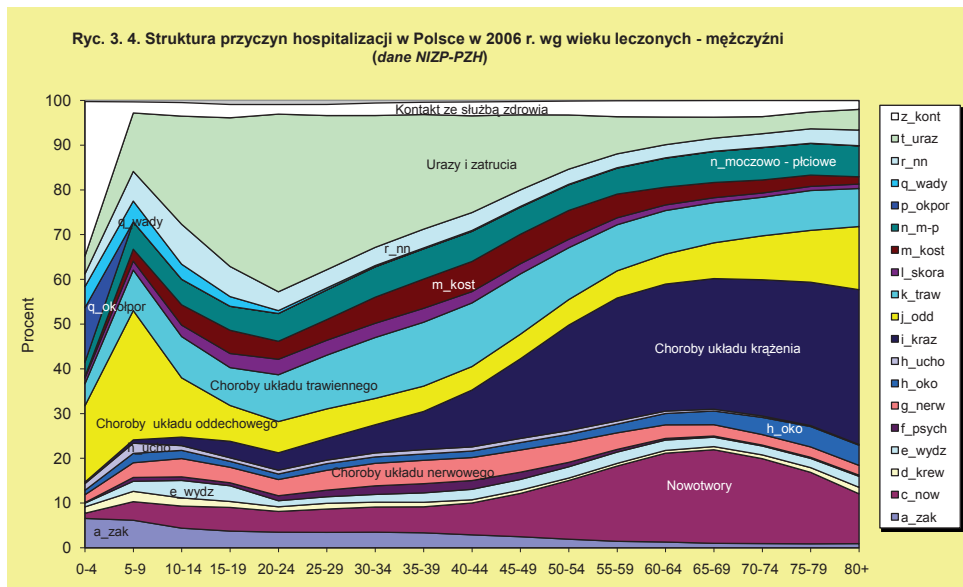
Rozpoznanie	Wsp. rzeczywiste			Wsp. standaryzowane		
	ogółem	męż- czyźni	kobiety	ogółem	męż- czyźni	kobiety
Wszystkie rozpoznania	17264,4	15728,6	18780,7	17417,8	16981,3	18253,9
Choroby zakaźne A00-B99	381,4	404,9	358,2	442,6	471,2	413,5
Nowotwory C00-D48	1558,2	1548,6	1567,7	1533,7	1634,2	1529,1
Nowotwory złośliwe C00-C97	1116,2	1211,2	1022,3	1102,6	1286,1	986,6
Zaburzenia wydzielania zewnętrznego E00-E90	428,2	333,2	522,0	410,4	346,6	468,1
Cukrzyca E10-E14	194,7	177,0	212,2	180,7	182,2	173,7
Choroby układu nerwowego G00- H95	992,7	952,8	1032,1	979,1	1003,2	954,9
Choroby układu krążenia I00-I99	2817,6	2778,2	2856,6	2517,3	2898,4	2191,2
Choroba nadciśnieniowa I10-I15	351,0	257,0	443,8	327,5	264,7	372,3
Choroba niedokrwienności serca I20-I25	765,7	882,3	650,7	710,6	930,2	517,6
Zawał serca I21-I22	186,6	230,0	143,8	166,4	240,6	102,7
Inne choroby serca I26-I51	900,2	865,5	934,5	768,9	897,0	663,6
Choroby naczyń mózgowych I60-I69	414,5	382,4	446,3	350,0	399,3	307,3
Miażdżyca I70	126,6	164,9	88,9	109,2	175,2	56,7
Choroby układu oddechowego J00- J99	1477,9	1759,2	1200,2	1565,5	1983,4	1231,3
Zapalenie płuc J12-J18	434,6	495,0	375,0	474,4	587,7	384,3
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych J40-J47	417,5	542,6	294,0	376,0	562,3	246,5
Choroby układu trawiennego K00- K93	1550,0	1560,5	1539,6	1529,2	1626,1	1445,0
Choroby wątroby K70-K77	77,9	103,5	52,7	78,6	106,2	50,7
Choroby układu moczowo- płciowego N00-N99	1494,6	967,0	2015,4	1488,1	1013,1	2041,7
Niewydolność nerek N17-N19	133,3	148,0	118,7	121,8	152,9	97,6
Ciąża poród pológ O00-O99 bez O80 i O84	1026,9	0,0	2040,7	944,2	0,0	1957,5
Objawy, cechy chorobowe R00-R99	644,1	613,0	674,8	638,8	639,5	648,9
Urazy i zatrucia S00-T98	1623,6	2154,9	1099,0	1587,0	2111,9	1023,7
Urazy S00-T14	1340,2	1793,7	892,5	1297,8	1746,3	816,0
Oparzenia, odmrożenia T20-T35	46,0	63,8	28,5	52,5	70,9	33,5
Zatrucia T36-T65	90,5	106,8	74,5	92,0	107,3	75,9

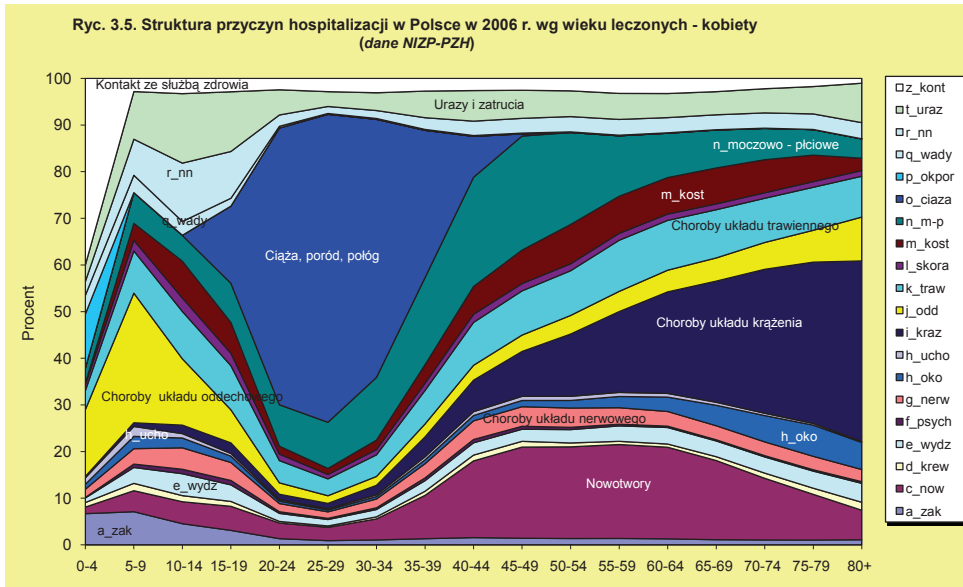
urazów. Mężczyźni hospitalizowani są również dwukrotnie częściej z powodu niedokrwiennej choroby serca, ale już choroba nadciśnieniowa jest częściej przyczyną hospitalizacji kobiet (prawie o 20% częściej). Również rzadziej niż kobiety mężczyźni są hospitalizowani z powodu chorób układu moczowo-płciowego a także zaburzeń endokrynologicznych.

W tabelach 3.2 i 3.3 przedstawiono standaryzowane i rzeczywiste współczynniki hospitalizacji w miastach i na wsi. Po wyeliminowaniu różnic związanych z niejednakową strukturą wieku, mężczyźni mieszkający w miastach byli o 14% częściej hospitalizowani niż mieszkańcy wsi natomiast mieszkanki miast o 10% częściej niż mieszkanki wsi. Może być to wynikiem z jednej strony z mniejszej dostępności do leczenia szpitalnego dla mieszkańców wsi a z drugiej z trochę innej sytuacji epidemiologicznej. Na rycinie 3.3 przedstawiono szczegółowe porównanie współczynników hospitalizacji mężczyzn i kobiet z miast były wyższe. Szczególnie duża różnica dotyczy zatruć preparatami farmakologicznymi i innymi substancjami w tym alkoholem (odpowiednio 45% i 58% u mężczyzn i kobiet). Znaczna różnica w częstości hospitalizacji mieszkańców miast i wsi występuje również w przypadku chorób wątroby (o przeszło 40% u mężczyzn i 60% u kobiet). Chorobami częściej hospitalizowanymi u mieszkańców wsi niż miast były przewlekłe choroby układu oddechowego u mężczyzn oraz skutki oparzeń i odmrożeń (o 12% częściej na wsi).

3.3. Struktura przyczyn hospitalizacji według wieku w Polsce

W celu pogłębienia informacji dotyczących struktury hospitalizacji przeprowadzono analizę przyczyn pobytu w szpitalu w 5 letnich grupach wieku dla danych z 2006 r. - osobno dla mężczyzn i kobiet. Jak widać (ryc. 3.4) chłopcy w wieku poniżej 10 lat hospitalizowani są najczęściej z powodu chorób układu oddechowego.



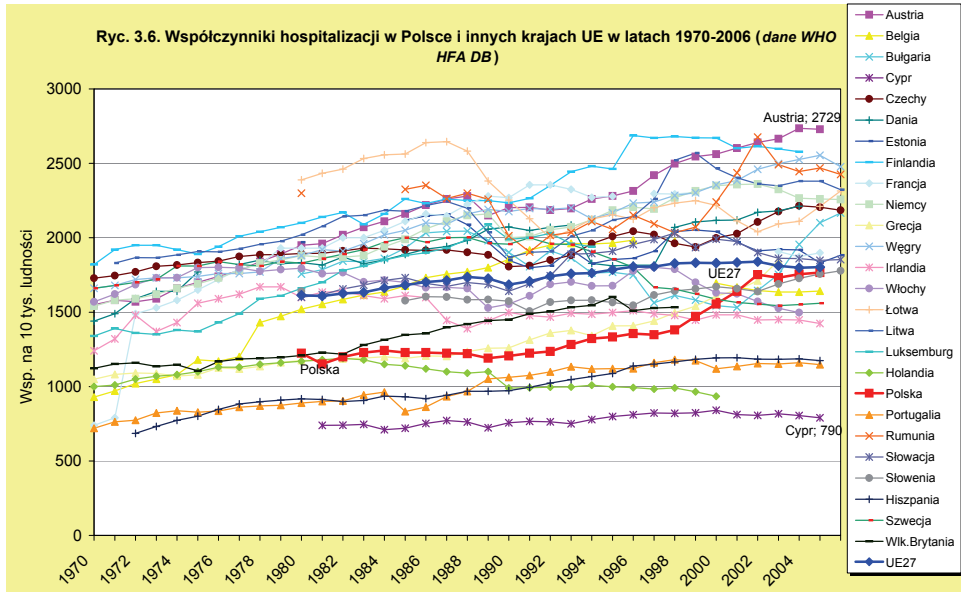


Trzeba zwrócić uwagę, że o dużej częstotliwości hospitalizacji chłopców poniżej 5 lat z powodu czynników wpływających na kontakt ze służbą zdrowia decydują kodowane w tej kategorii przyczyny urodzenia prawidłowe. Powyżej 10 lat zaczynają dominować urazy i zatrucia a obok nich choroby układu trawiennego. Sytuacja ta utrzymuje się do 45 roku życia kiedy wśród przyczyn hospitalizacji zaczynają dominować choroby układu krążenia. Od 50 roku życia do chorób układu krążenia dochodzą nowotwory, które swe maksimum wśród hospitalizacji osiągają w grupie wieku 65-69 lat nie przekraczając jednak co do częstości chorób układu krążenia, które aż do najstarszej grupy wieku zwiększają swoje znaczenie wśród przyczyn hospitalizacji mężczyzn. W starszych grupach wieku zwiększa się też znaczenie udział chorób układu oddechowego jako przyczyny pobytu mężczyzn w szpitalu.

Nieco inaczej przedstawia się struktura hospitalizacji kobiet (ryc. 3.5). W wieku do 10 lat podobnie jak w przypadku chłopców jako główna przyczyna hospitalizacji dominują choroby układu oddechowego. Urazy i zatrucia są lat najczęstszą przyczyną hospitalizacji tylko w przypadku dziewcząt w wieku 10-14. Począwszy od grupy wieku 15-19 lat aż do 39 lat dominują powikłania ciąży, porodu i połogu przy równoczesnym wzroście znaczenia chorób układu moczowo - płciowego w stopniu znacznie większym niż u mężczyzn. Od 60 roku życia wśród przyczyn hospitalizacji kobiet zaczynają dominować choroby układu krążenia i ta sytuacja trwa do najstarszych grup wieku, stopniowo bardziej niż u mężczyzn maleje udział nowotworów. 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 u mężczyzn.

3.4. Zmiany hospitalizacji w czasie

Częstość hospitalizacji mieszkańców Polski w latach 1980–2006 (ryc. 3.6) uległa wzrostowi o 45% lecz wzrost ten był niewielki w latach osiemdziesiątych a wyraźne przyspieszenie miało miejsce od 1999 roku tzn. po wprowadzeniu zmiany finansowania w systemie opieki zdrowotnej (powstanie kas chorych). Dane z ostatnich lat wskazują, że jesteśmy obecnie (2006 r.) na poziomie



średniej unijnej w zakresie częstości hospitalizacji. Jak widać rozpiętość częstości hospitalizacji w krajach UE jest prawie trzykrotna i najczęściej hospitalizowani są mieszkańcy Austrii a najbardziej mieszkańcy Cypru. Tak duże różnice wynikają prawdopodobnie obok rzeczywistych potrzeb medycznych także z powodu innej organizacji systemu opieki zdrowotnej m.in. wzajemnej relacji świadczeń udzielanych w opiece podstawowej, specjalistycznej i stacjonarnej. Pewne znaczenie może mieć niejednakowa kompletność zbieranych danych.

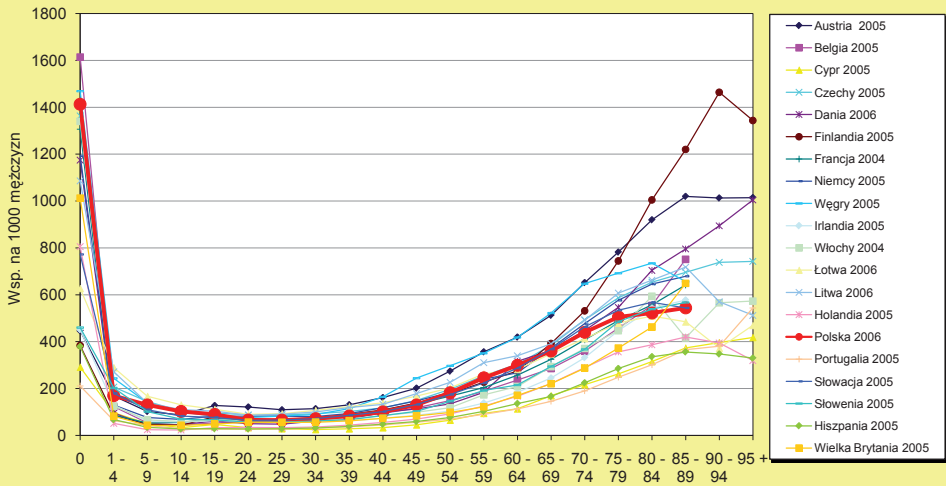
3.5. Hospitalizacja według wybranych przyczyn w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej

W celu porównania hospitalizacji w Polsce z hospitalizacją w innych krajach UE przedstawiono współczynniki hospitalizacji ogółem oraz dla wybranych przyczyn wg wieku w postaci wykresów liniowych.

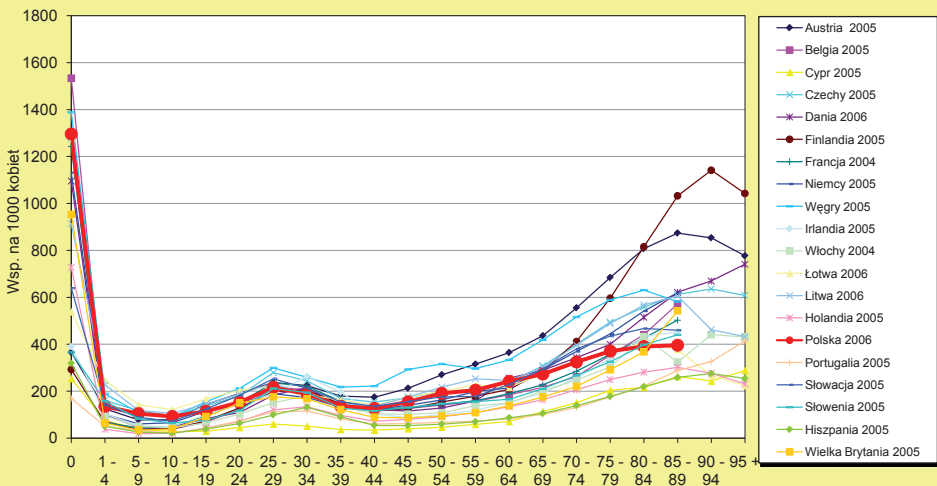
Ogółem można stwierdzić, że zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet najczęściej leczeni są w szpitalach najmłodsi i najstarsi a więc niemowlęta i osoby po 75 roku życia (ryc. 3.7 i 3.8). Wśród kobiet dodatkowo duża grupa w wieku od 20 do 34 lat przebywa w szpitalu głównie w związku z ciążą i porodem. Jeśli chodzi o porównanie z innymi krajami UE to można powiedzieć, że w Polsce częstości hospitalizacji są zbliżone z pewnym nadmiarem w grupie najmłodszych i rzadszą niż w wielu innych krajach hospitalizacją osób najstarszych. Zwraca uwagę wysoka hospitalizacja najstarszych, po 80 roku życia, mężczyzn i kobiet w Finlandii, Austrii i Danii.

Choroby układu krążenia (ryc. 3.9 i 3.10) we wszystkich porównywanych krajach są hospitalizowane już najmłodszych grup wieku ale wyraźny wzrost widoczny jest około 50 roku życia z tym, że nieco wcześniej i na wyższym poziomie u mężczyzn niż u kobiet. Zwracają uwagę wysokie, współczynniki hospitalizacji w grupie najstarszych osób w Finlandii i na Litwie.

Ryc. 3.7. Hospitalizacja ogółem w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

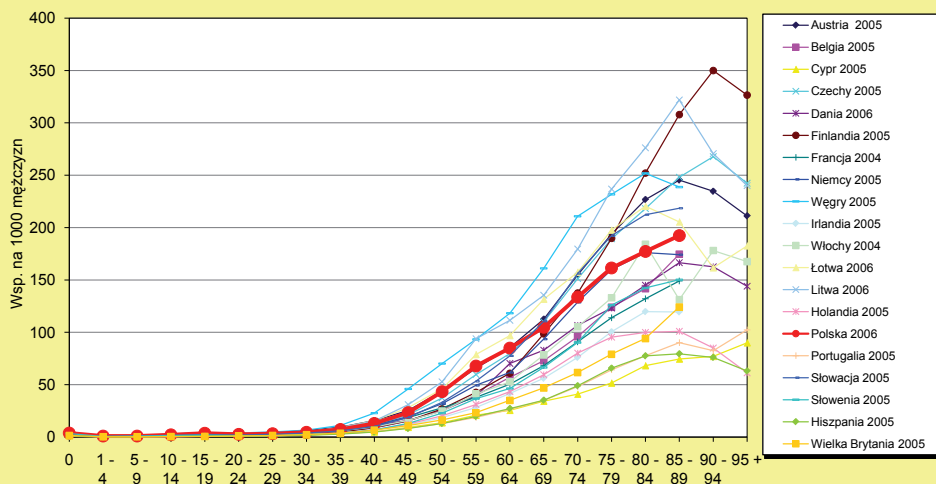


Ryc. 3.8. Hospitalizacja ogółem w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

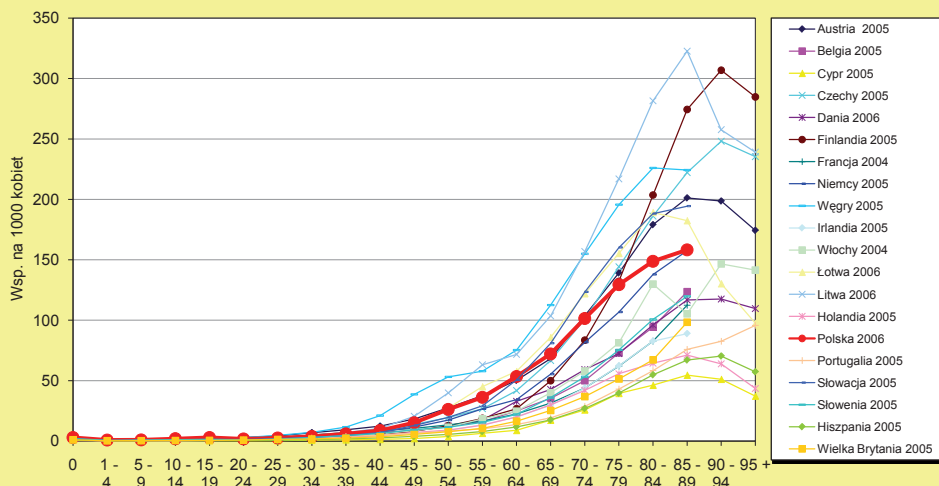


Częstość hospitalizacji z powodu nowotworów (ryc.3.11 i 3.12) w poszczególnych grupach wieku w Polsce wygląda trochę inaczej niż w pozostałych krajach UE, zwłaszcza w przypadku kobiet. W nieco młodszym wieku pojawia się w Polsce szczyt hospitalizacji, który dla mężczyzn przypada na 70 - 74 lata a u kobiet na 60 - 64 lata. Natomiast w większości krajów najwyższa jest częstość hospitalizacji w wieku 75-84 u mężczyzn a u kobiet w wieku 70-74 oraz starszym. Krajami o najwyższych współczynnikach hospitalizacji zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet są Węgry i Austria.

Ryc. 3. 9. Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

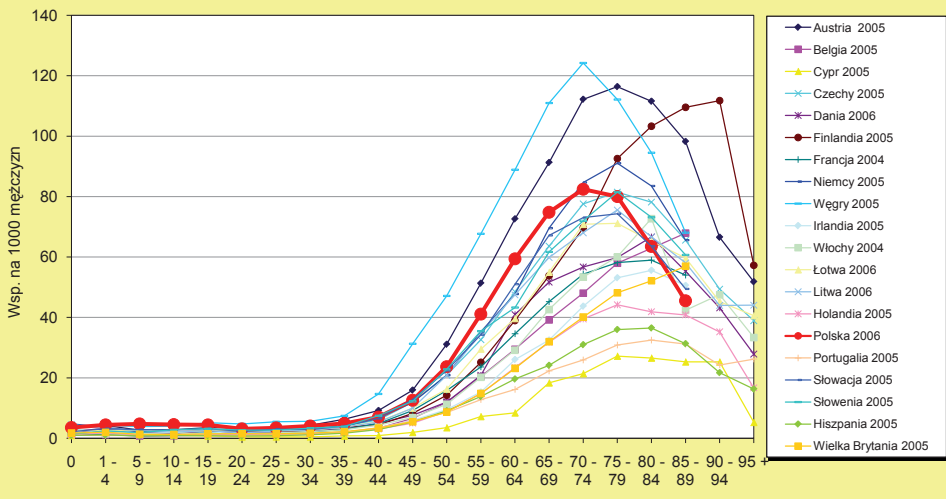


Ryc. 3. 10. Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

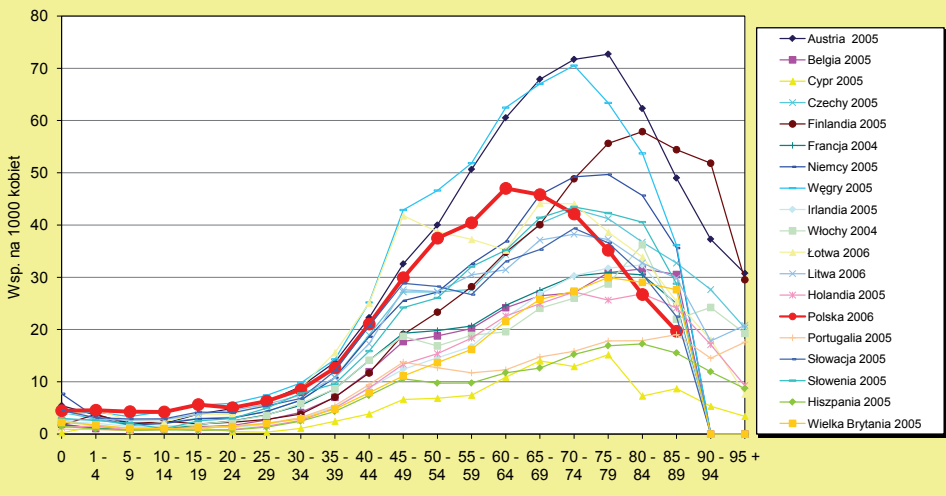


Urazy i zatrucia stanowią jedną z ważniejszych przyczyn hospitalizacji zwłaszcza u mężczyzn gdyż są równocześnie jedną z głównych przyczyn zgonów (ryc. 3.13 i 3.14). Należy zwrócić uwagę że współczynniki hospitalizacji powodu tej grupy przyczyn mężczyzn w wieku poniżej 60 lat są w Polsce stosunkowo wysokie na tle innych krajów, natomiast współczynniki hospitalizacji w wieku powyżej 70 lat stosunkowo niskie. Również częstość hospitalizacji starszych kobiet należy do niskich. Rozpiętość współczynników

Ryc. 3.11. Hospitalizacja z powodu nowotworów w Polsce i innych krajach UE wg wiek, ostatni dostępny rok - mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)



Ryc. 3.12. Hospitalizacja z powodu nowotworów w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

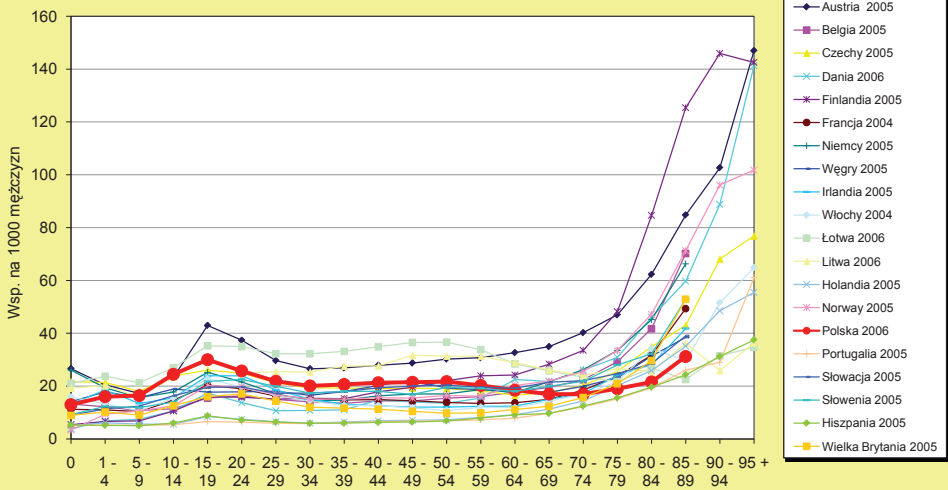


hospitalizacji w poszczególnych krajach w tych grupach wieku jest bardzo duża i trudna do wytłumaczenia.

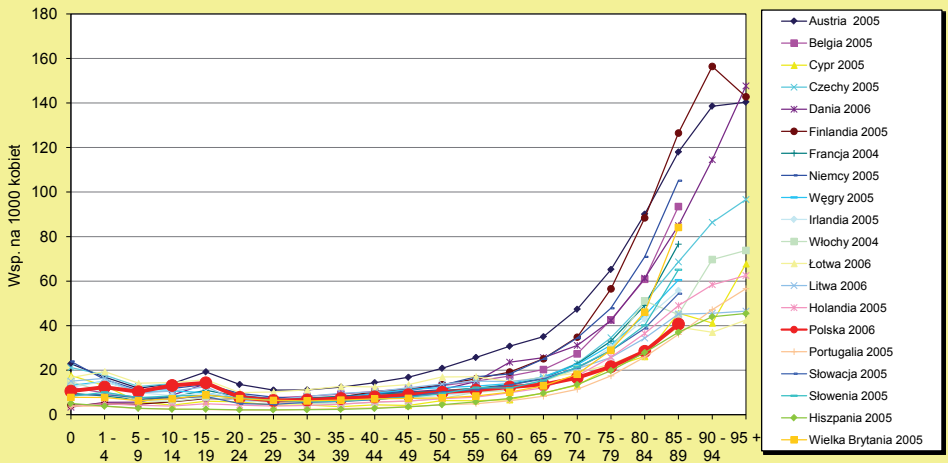
Poniżej przedstawiono również kilka szczegółowych rozpoznań, dla których obserwuje się charakterystyczne różnice między analizowanymi krajami.

Polacy w wieku 40-74 lata są hospitalizowani z powodu zawału serca częściej niż mieszkańcy innych krajów (ryc. 3.15 i 3.16). Nadspodziewanie wysoki współczynnik hospitalizacji z powodu zawału serca obserwuje się w najstarszych grupach wieku w Finlandii.

Ryc. 3.13. Hospitalizacja z powodu urazów i zatruc w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)



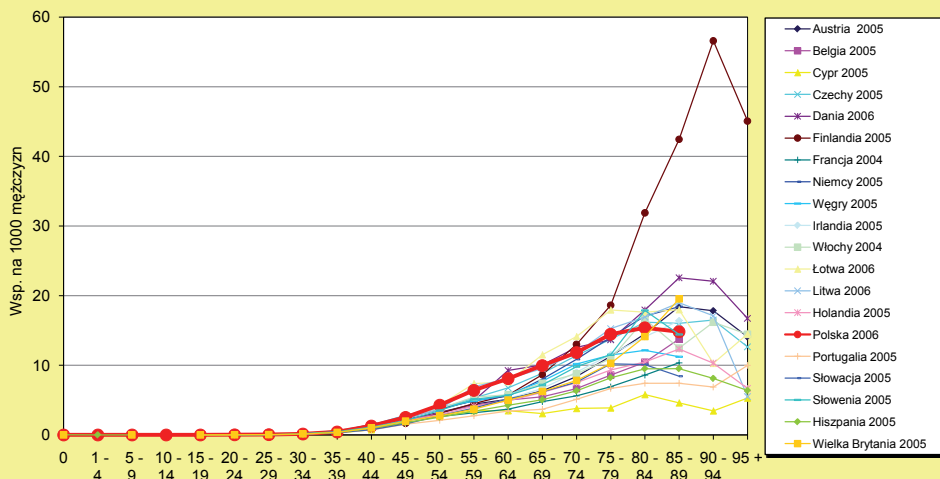
Ryc. 3.14. Hospitalizacja z powodu urazów i zatruc w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)



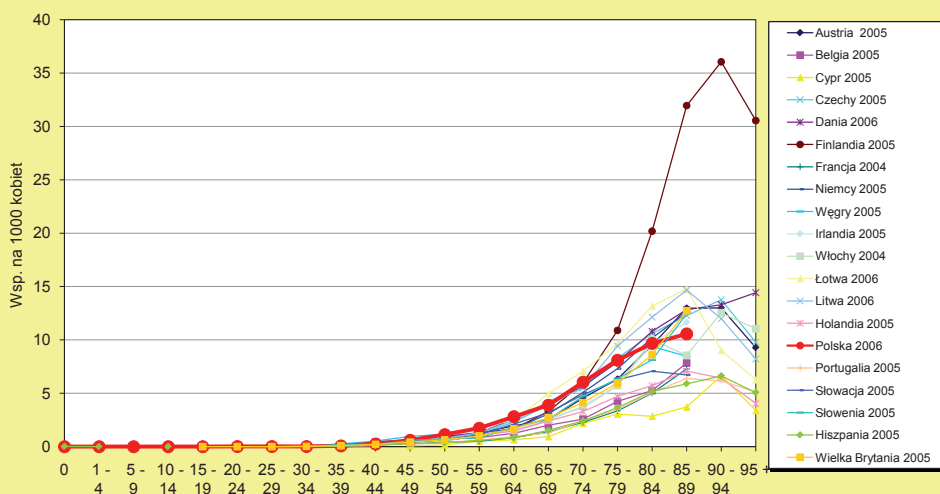
Mężczyźni są znacznie rzadziej hospitalizowani z powodu choroby nadciśnieniowej niż kobiety w prawie wszystkich analizowanych krajach (ryc. 3.17 i 3.18).

Hospitalizacja z powodu tej przyczyny w Polsce jest wyższa niż w większości krajów UE zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet. Można przypuszczać, że w innych krajach leczenie nadciśnienia tętniczego odbywa się w większym stopniu poza szpitalami a więc w opiece podstawowej i specjalistycznej.

Ryc. 3.15. Hospitalizacja z powodu zawałów serca w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

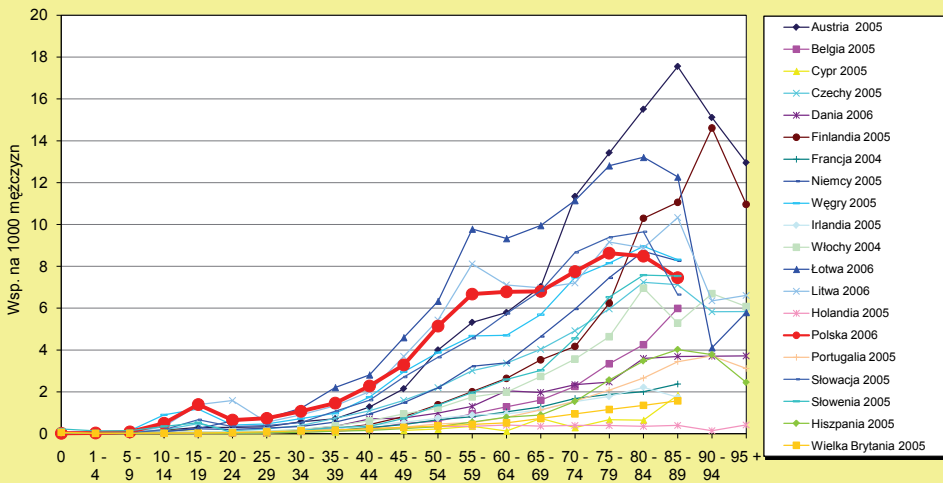


Ryc. 3.16. Hospitalizacja z powodu zawałów serca w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - kobiety (dane WHO HMDB, NIZP-PZH)

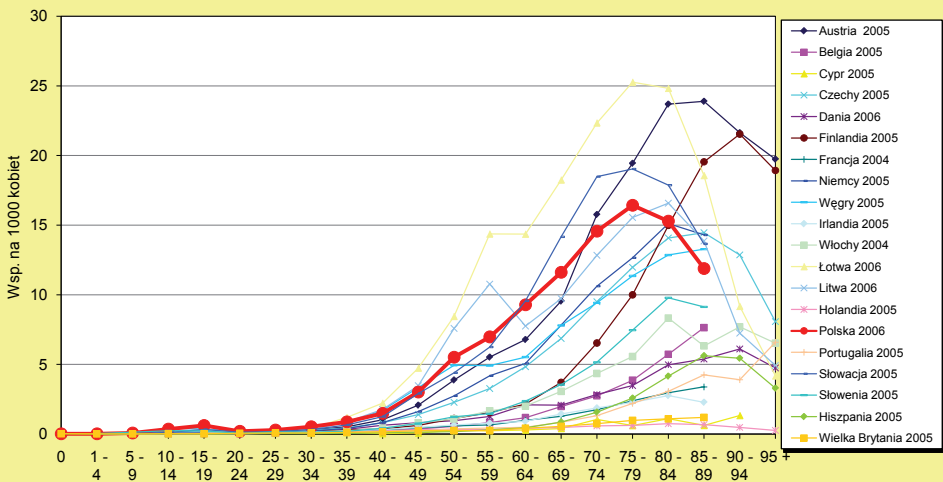


Równie ciekawy jest rozkład współczynników hospitalizacji według wieku z powodu zapalenia płuc (ryc. 3.19 i 3.20). Zarówno u mężczyzn jak i kobiet zaznaczają się dwa okresy nasilenia hospitalizacji – u osób najmłodszych i najstarszych. Charakterystycznym jest, że w Polsce znacznie częściej niż w innych krajach hospitalizuje się niemowlęta a w mniejszym stopniu również dzieci do lat 10, natomiast rzadziej osoby po 75 roku życia.

Ryc. 3.17. Hospitalizacja z powodu choroby nadcisnieniowej w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępnny rok - mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)



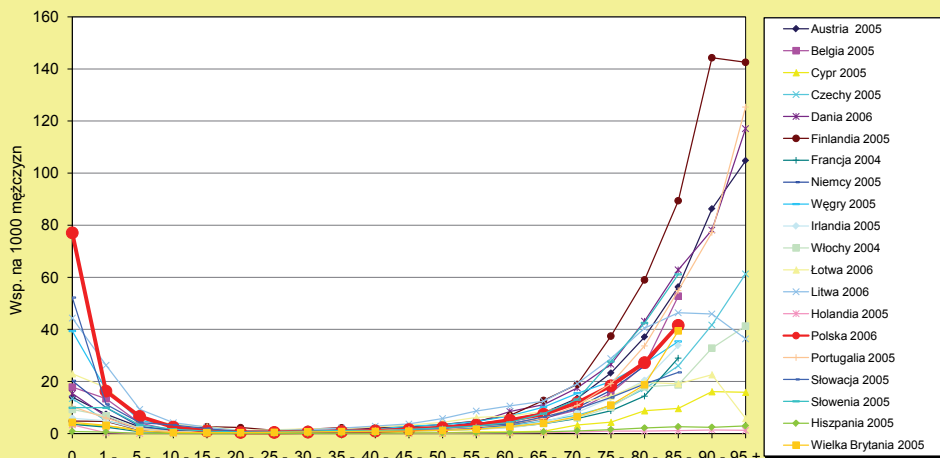
Ryc. 3.18. Hospitalizacja z powodu choroby nadcisnieniowej w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępnny rok - kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)



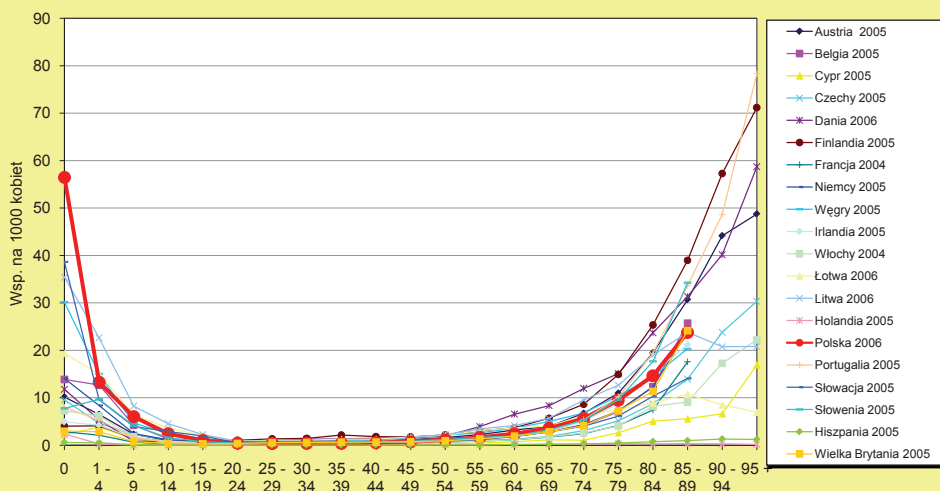
3.6. Długość hospitalizacji

Średnia długość pobytu w szpitalach w Polsce (ryc. 3.21.) ulegała systematycznemu zmniejszeniu od 1990 roku z 13 do 7 dni, a więc prawie o połowę. Podobną sytuację obserwuje się w pozostałych krajach UE z tym, że obecnie długość pobytu w szpitalu w Polsce należy do najkrótszych w krajach UE (6,7 dnia przy średniej unijnej 9,2 dnia). Niższe średnie pobyty w szpitalu obserwuje się jedynie w Szwecji i Danii.

Ryc. 3.19. Hospitalizacja z powodu zapalenia płuc w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - mężczyźni (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)

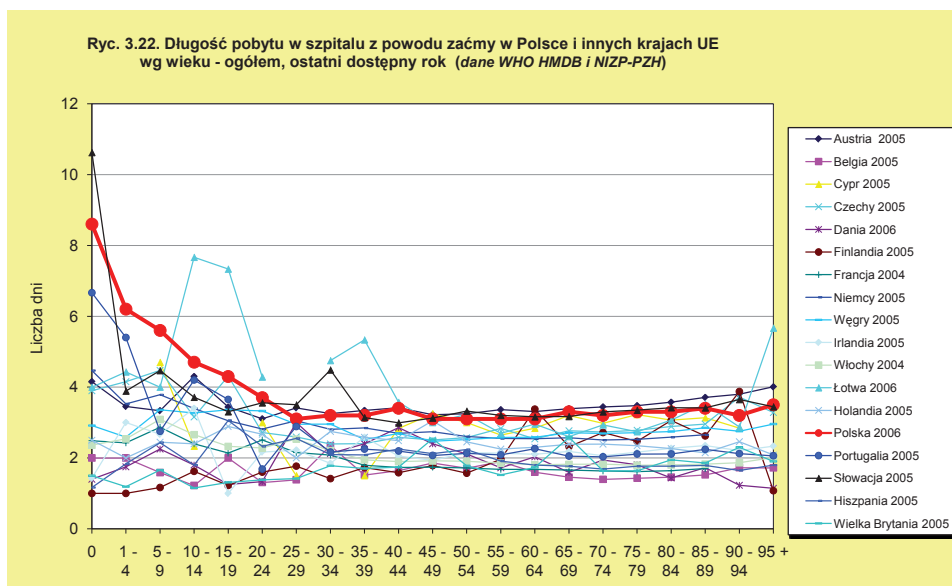
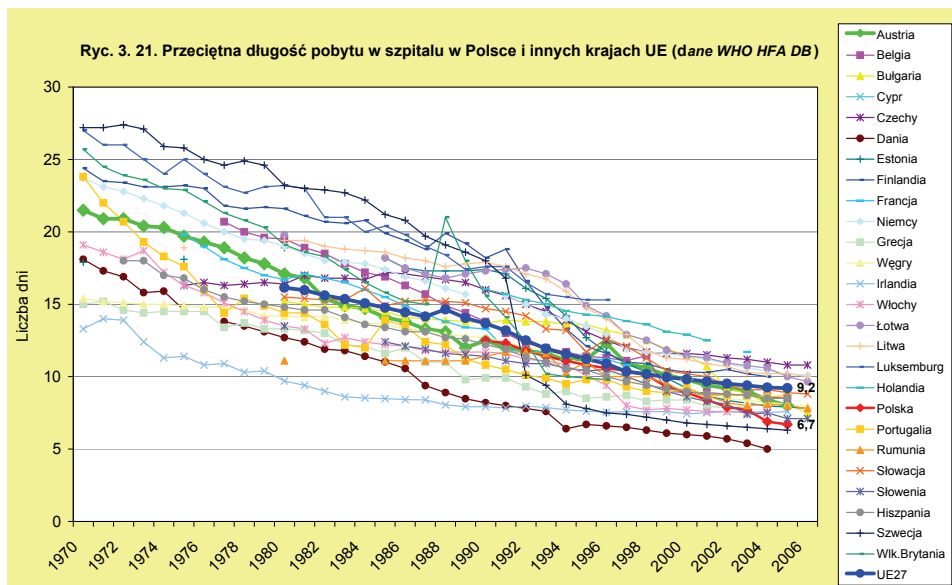


Ryc. 3.20. Hospitalizacja z powodu zapalenia płuc w Polsce i innych krajach UE wg wieku, ostatni dostępny rok - kobiety (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)



Poniżej przedstawiono długości pobytu w szpitalu osób hospitalizowanych z powodu przyczyn, dla których postępowanie lecznicze powinno być porównywalne w krajach Unii Europejskiej. Jako przykładowe rozpoznania wybrano zączę, zawał serca i choroby wyrostka robaczkowego.

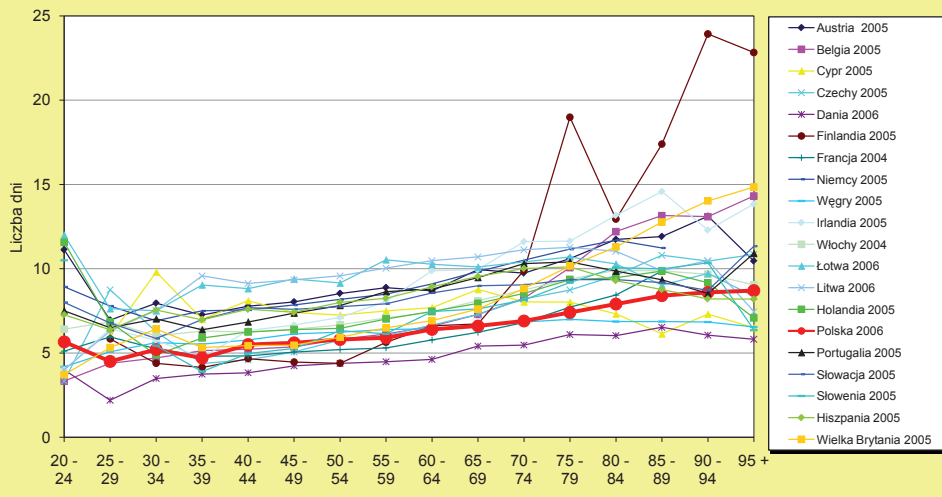
Przeciętna długość pobytu w szpitalu z powodu leczenia zączę w Polsce należy do najdłuższych w krajach UE (ryc. 3.22). Wynosi ona w naszym kraju około 3 dni dla osób powyżej 20 lat, podczas gdy w większości krajów około dwóch dni.



Średnia długość pobytu w szpitalu z powodu zawału serca w Polsce waha się od 5 do 8 dni w zależności od wieku (ryc. 3.23). Wzrost długości hospitalizacji wraz wiekiem przebiega podobnie jak w innych krajach UE ale, co warto podkreślić, hospitalizacje są przeciętnie krótsze.

Średnia długość pobytu w szpitalu w związku z chorobami wyrostka robaczkowego jest w Polsce dłuższa niż w większości krajów UE (ryc. 3. 24). Dotyczy to chorych do 70

Ryc. 3.23. Długość pobytu w szpitalu z powodu zawału serca w Polsce i innych krajach UE wg wieku - ogółem, ostatni dostępny rok (dane HMDB i NIZP-PZH)

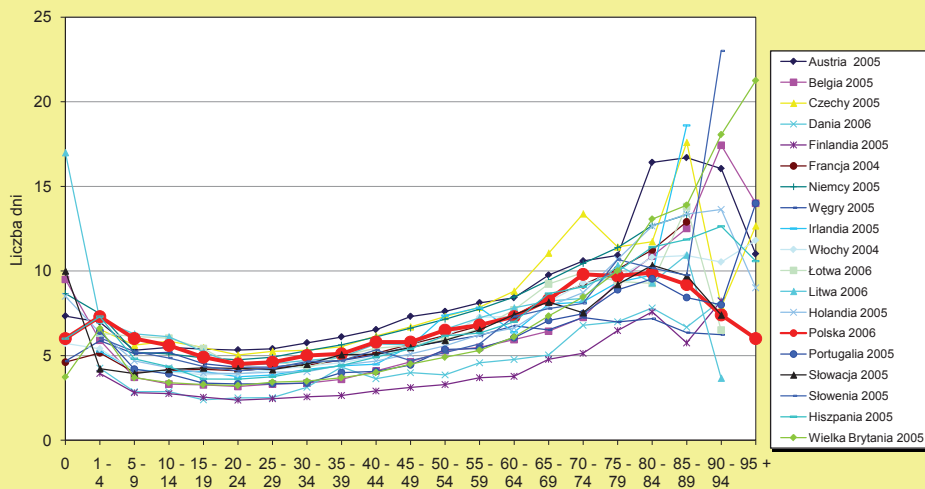


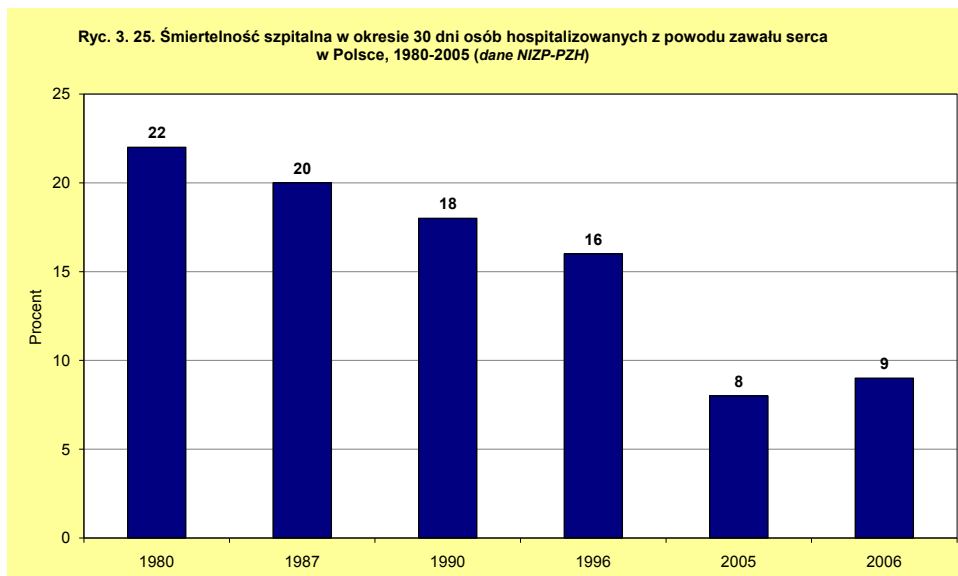
roku życia gdyż starsi są leczeni w Polsce wyraźnie krócej niż w większości analizowanych krajów.

3.7 Śmiertelność szpitalna

Śmiertelność szpitalna Polsce ulegała nieznacznemu zmniejszeniu w latach 2003-2006 z 2,3% do 2,1% ogółem dla wszystkich przyczyn hospitalizacji. Największe zmiany obserwuje się w zakresie nowotworów ogółem z 5% na 3,6% oraz w chorobach układu

Ryc. 3.24. Długość pobytu w szpitalu z powodu choroby wyrostka robaczkowego w Polsce i innych krajach UE wg wieku - ogółem, ostatni dostępny rok (dane WHO HMDB i NIZP-PZH)





krążenia, ogółem z 6,3% na 5,9%. Śmiertelność szpitalna z powodu innych przyczyn nie ulegała zmianom w ostatnich 4 latach i najwyższa była dla chorób układu oddechowego 3%, układu wydalania wewnętrznego 2,3%, chorób układu trawiennego 1,7%, stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym 1,4% i chorób zakaźnych 1%.

Wskaźnik śmiertelności szpitalnej w przypadku niektórych chorób może być miernikiem jakości leczenia. OECD⁵ wśród wskaźników rekomendowanych do oceny usług medycznych przyjęło dwa odnoszące się do śmiertelności szpitalnej. Pierwszy to śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca, drugi dotyczy śmiertelności osób hospitalizowanych z powodu udaru mózgu.

Z danych NIZP-PZH widać (ryc. 3.25), że śmiertelność w zawału serca zmalała w latach 1980-2005 z 22% do 8%, przy nieznacznym wzroście w 2006 r. co jest dowodem dużego wzrostu efektów działalności lekarzy kardiologów. Równocześnie sytuacja w Polsce na tle innych krajów członków OECD w ostatnich latach jest korzystna (ryc. 3.26).

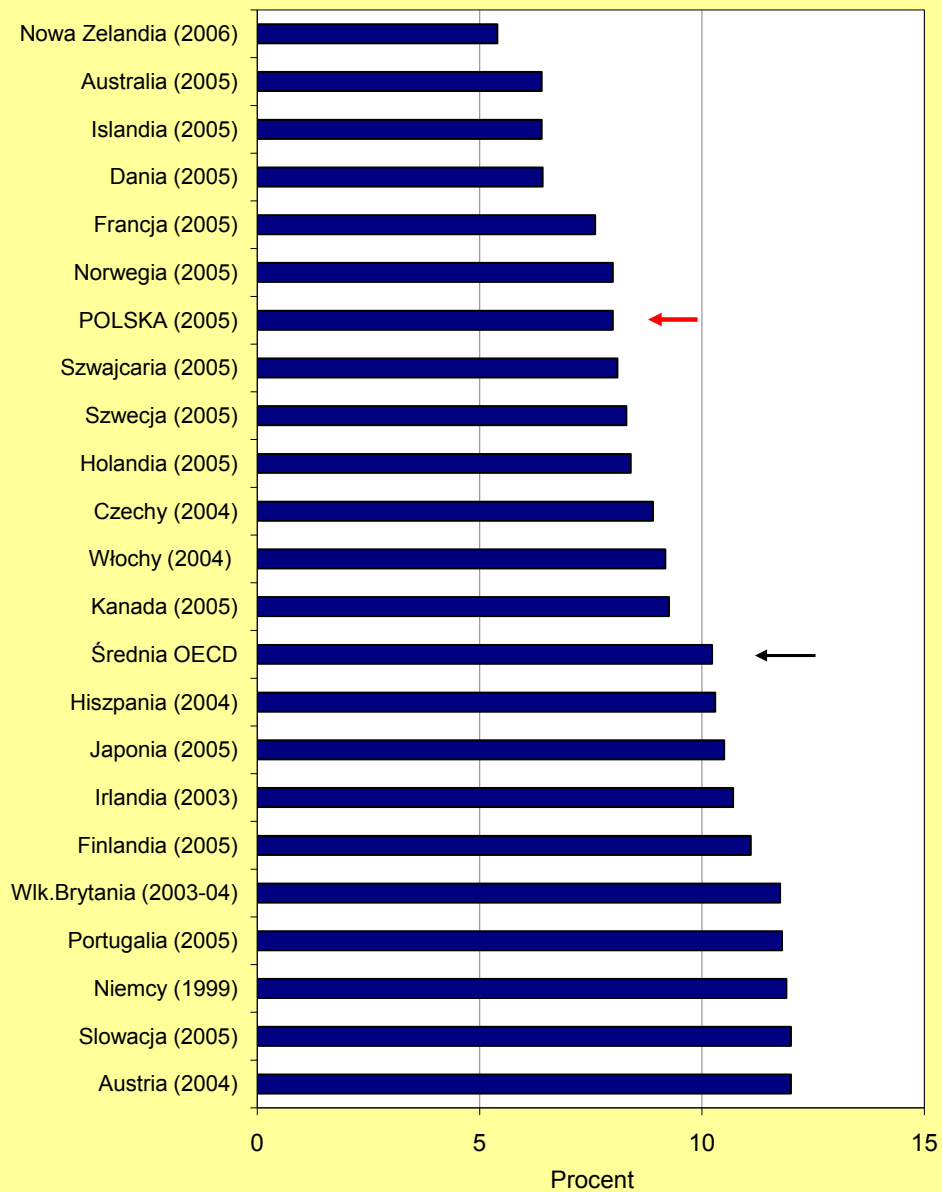
Inaczej wygląda sytuacja w przypadku udarów mózgu (ryc. 3.27 i 3.28). Śmiertelność szpitalna (30 dniowa) osób leczonych z powodu zatoru mózgu w Polsce należy do najwyższych (36,9%) wśród krajów OECD. Nieco lepsza sytuacja ma miejsce w przypadku śmiertelności z powodu krwotoku mózgowego (11,6%).

PODSUMOWANIE:

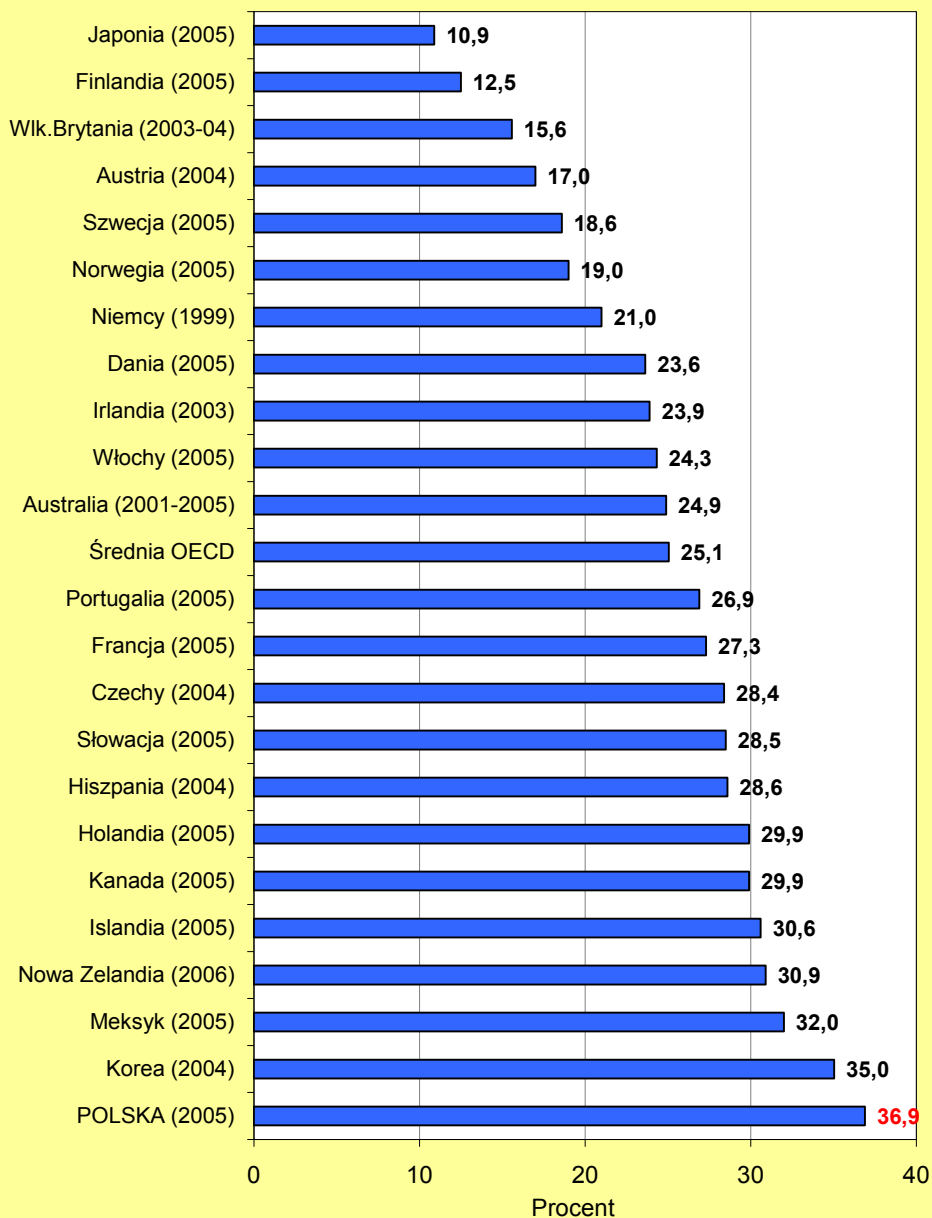
1. W roku 2006 hospitalizowano w Polsce 2 900 tys. mężczyzn. (1700 na 10 tys.) i 3 500 tys. kobiet (2000 na 10 tys.). Najczęściej pacjenci szpitali byli leczeni z powodu chorób układu krążenia (16% hospitalizowanych), a następnie nowotworów ogółem (11%),

5 Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)

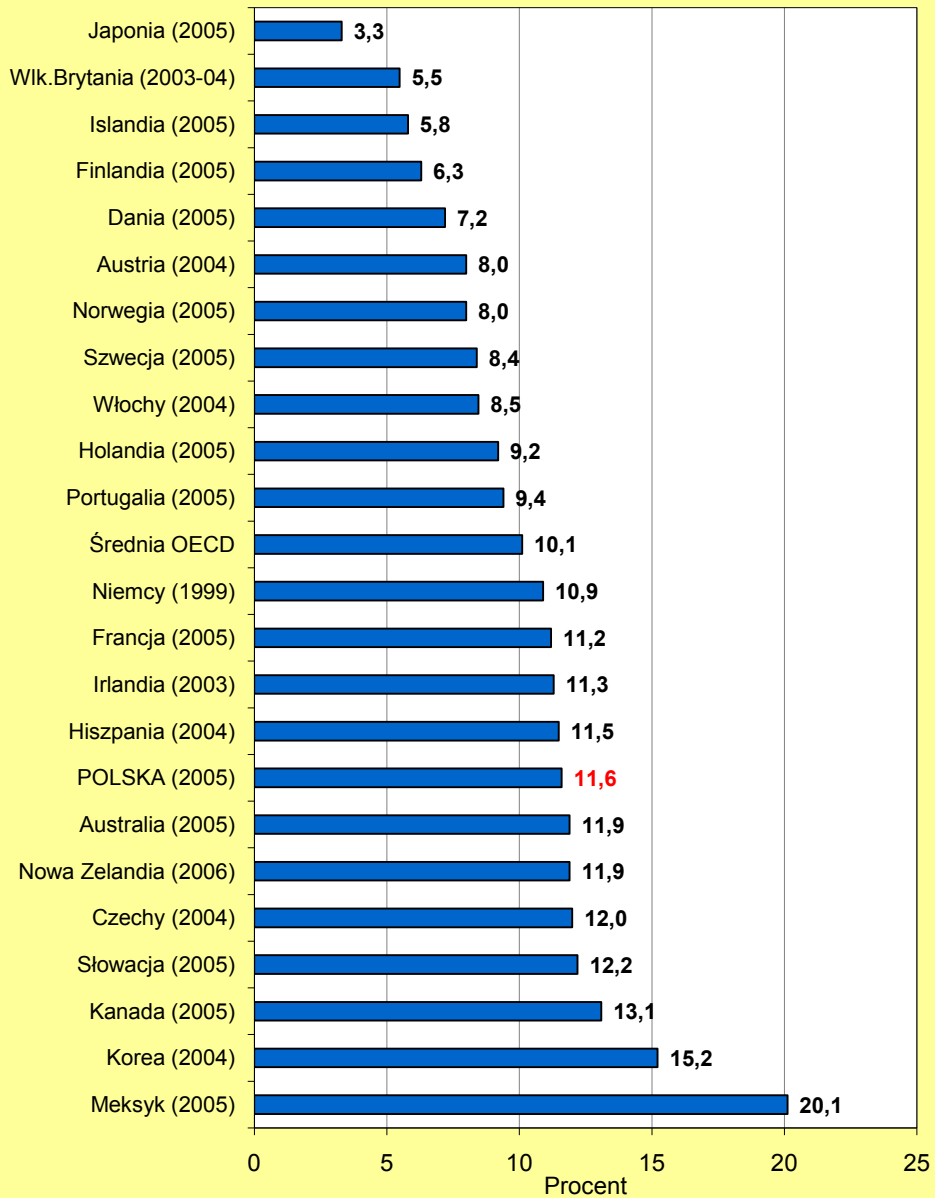
Ryc. 3. 26. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w krajach OECD, (dane OECD)



Ryc. 3. 27. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zatoru mózgu (dane OECD)



Ryc. 3.28. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu krwotoku mózgowego (dane OECD)



chorób układu moczowo-płciowego, trawiennego oraz urazów i zatruc (po około 9% hospitalizowanych).

2. Mężczyźni hospitalizowani są nieco częściej niż kobiety z powodu prawie wszystkich przyczyn. Wyjątek stanowią choroby układu moczowo-płciowego, nadciśnienie tętnicze i zaburzenia endokrynologiczne.
3. Mężczyźni i kobiety z miast są hospitalizowani częściej – odpowiednio o 20 i 15% niż mieszkańcy wsi. Są jednak przyczyny jak – choroby dolnych dróg oddechowych, odmrożenia i oparzenia i w przypadku kobiet choroba nadciśnieniowa oraz choroby naczyń mózgowych, z powodu których częściej hospitalizowani są mieszkańcy wsi.
4. Dynamika hospitalizacji w Polsce miała charakter podobny jak w innych krajach UE w latach osiemdziesiątych lecz od roku 1999 nastąpił szybszy wzrost spowodowany zmianą systemu finansowania ochrony zdrowia. Polska pozostaje jednak w grupie krajów UE o niższej od średniej częstości hospitalizacji ogółem.
5. Hospitalizacji ludności w Polsce różni się od większości krajów UE dużą częstością leczenia najmłodszych roczników (poniżej 5 lat), przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75 roku życia.
6. Polska wyróżnia się spośród innych krajów UE wysokimi współczynnikami hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego w prawie wszystkich grupach wieku oraz z powodu zawału serca w młodszym i średnim wieku.
7. Długość pobytu w szpitalu dla wszystkich przyczyn ogółem w Polsce należy do najkrótszych w krajach UE ale dla niektórych rozpoznań należy do najdłuższych jak to ma miejsce w przypadku wyrostka robaczkowego czy zaćmy.
8. Stosunkowo niska obecnie na tle innych krajów śmiertelność szpitalna w Polsce w przypadku zawału serca wskazuje na dobrą jakość leczenia szpitalnego w tym zakresie. Wysoka jest natomiast w porównaniu z innymi krajami śmiertelność w udarach mózgu.

4. ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE

Bogdan Wojtyniak, Mirosław Wysocki, Paweł Goryński

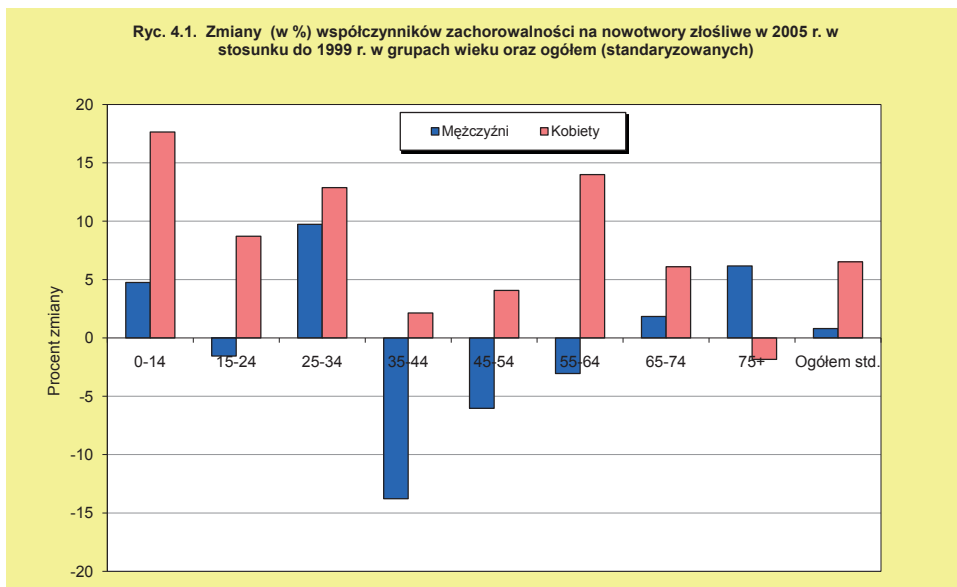
Dane dotyczące zachorowań na nowotwory złośliwe na szczeblu regionalnym są zbierane i analizowane przez Wojewódzkie Rejestry Nowotworów (WRN). Rejestracja nowotworów oparta jest na karcie zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ-N1) wypełnianej przez lekarza, który rozpoznał u pacjenta występowanie nowotworu, i przesyłanej do WRN. WRN przesyłają zbiory roczne do Krajowego Rejestru Nowotworów w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (CO) w Warszawie. Stopień kompletności ogólnopolskich informacji dotyczących zachorowań na nowotwory, według oceny CO poprawia się i w 2005 r. niedorejestrowanie zgłoszeń zachorowań szacowano na 8%. Źle wyglądała sytuacja w latach 1997-1998 gdy w związku ze strajkami lekarzy wystąpiły duże braki w dokumentacji medycznej co praktycznie uniemożliwiło analizę danych o zachorowaniach i zgonach w odniesieniu do wszystkich chorób w tym nowotworowych. Również w 1999 r. niedorejestrowanie zachorowań na nowotwory było dosyć wysokie, na poziomie 14%, przy czym np. w województwie łódzkim niedorejestrowanie wynosiło ok. 40%. Szacuje się, że w 2005 r. w woj. kujawsko-pomorskim i mazowieckim niedorejestrowanie wynosiło blisko 25%. Duże różnice w kompletności rejestracji pomiędzy województwami praktycznie prawie uniemożliwia ocenę regionalnego różnicowania zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce.

CO publikuje corocznie na podstawie danych z rejestru biuletyn pt. „Nowotwory złośliwe w Polsce”. Ponadto dane o liczbie zachorowań i zgonów, współczynniki zapadalności i umieralności wg umiejscowień, płci, grup wieku oraz województw są dostępne w internetowej bazie danych (<http://epid.coi.waw.pl/krn>). W poniższym opracowaniu korzystano z danych zawartych we wspomnianych biuletynach i w bazie danych Centrum Onkologii oraz obliczeń własnych na ich podstawie. Ostatnie dostępne dane CO dotyczą roku 2005.

Do pokazania sytuacji Polski na tle innych krajów Unii Europejskiej wykorzystano dane z publikacji “Cancer Screening in the European Union, Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening”. International Agency for Research on Cancer, Directorate General for Health and Consumers, European Communities, 2008 oraz z materiałów źródłowych do niej, którymi były prace: Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007; doi:10.1093/annonc/mdl498, Arbyn M, Raifu AO, Autier P, Ferlay J. Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004. *Ann Oncol* 2007; doi: 10.1093/annonc/mdm079v2., letters to the editor. *Ann Oncol* 2007; doi:10.1093/annonc/mdm377. Należy podkreślić, że są to dane szacowane ale dzięki zastosowaniu przez specjalistów z IARC (Międzynarodowa Agencja do Badań nad Rakiem) jednolitej metodyki uważa się,

że dobrze oddają aktualny poziom i zróżnicowanie zachorowań na nowotwory złośliwe w krajach Unii Europejskiej.

W roku 2005 zarejestrowano ogółem 63984 zachorowań na nowotwory złośliwe mężczyzn i 61688 zachorowań kobiet co oznacza, że w przeliczeniu na 100 tys. ludności danej płci zachorowało 347 mężczyzn i 313 kobiet. Uwzględniając niepełną kompletność rejestracji zachorowań Centrum Onkologii szacuje, że liczba zachorowań mężczyzn wyniosła około 70 tys. a kobiet 66 tys. (współczynniki zapadalności wynosiłyby odpowiednio 379 na 100 tys. mężczyzn i 335 na 100 tys. kobiet).



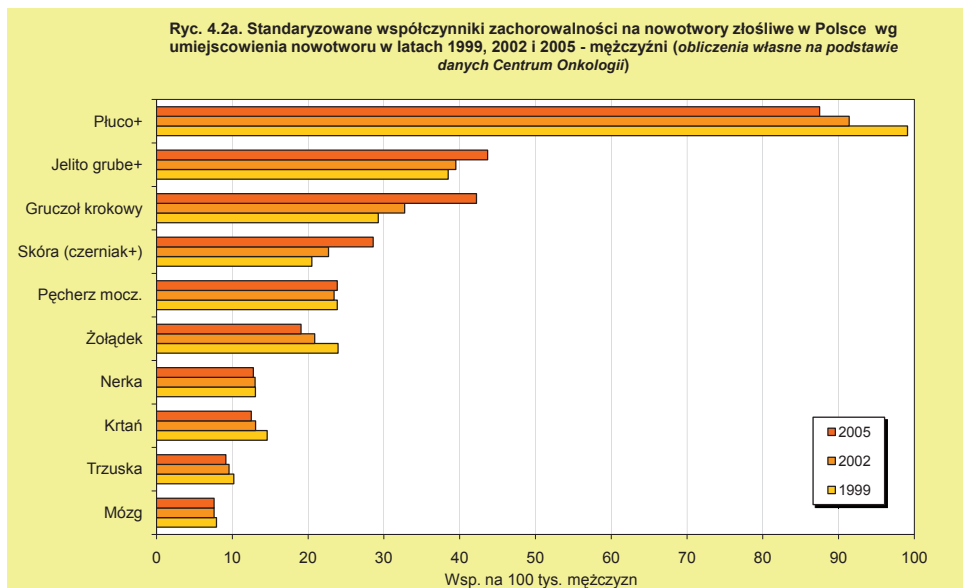
Standaryzowany (według europejskiej struktury wieku) współczynnik rejestrowanej zachorowalności mężczyzn w 2005 r. wynosił 366,9 a kobiet 264,4 na 100 tys. co oznacza iż ryzyko zachorowania na nowotwory mężczyzn było co najmniej (ze względu na trochę większą niekompletność rejestracji zachorowań mężczyzn) o 40% większe niż kobiet. Nadwyżka zapadalności mężczyzn w stosunku do kobiet zwiększała się od lat 60. (w 1965 r. wynosiła 5%) do roku 1990 gdy wynosiła 53% i od tego czasu wykazuje tendencję spadkową.

Współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe w roku 2005 wzrosły w stosunku do roku 1999 w prawie wszystkich grupach wieku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn obserwujemy spadek zachorowalności w średnim wieku 35-64 lata oraz wśród młodzieży w wieku 15-24 lata (ryc. 4.1). Zwraca uwagę wyraźny wzrost zachorowalności kobiet w wieku 55-64 lata przy spadku zachorowalności mężczyzn w tym wieku. Było to związane z dużym wzrostem zapadalności kobiet w tym wieku na raka płuc (o ok. 40%) i raka sutka (o blisko 30%).

Struktura zapadalności wg umiejscowienia nowotworu jest oczywiście różna dla mężczyzn i kobiet. U mężczyzn dominuje zachorowalność na nowotwory złośliwe oskrzela i płuca (w 2005 r. 15248 zarejestrowanych przypadków, 82,6 na 100 tys. mężczyzn), która była dwukrotnie wyższa od zapadalności na następny w kolejności nowotwór jelita grubego,

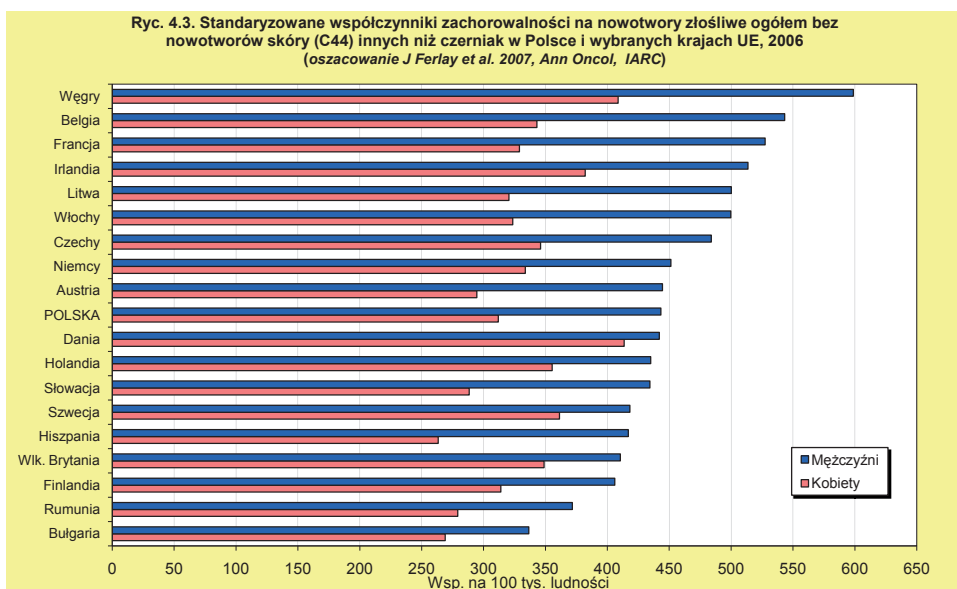
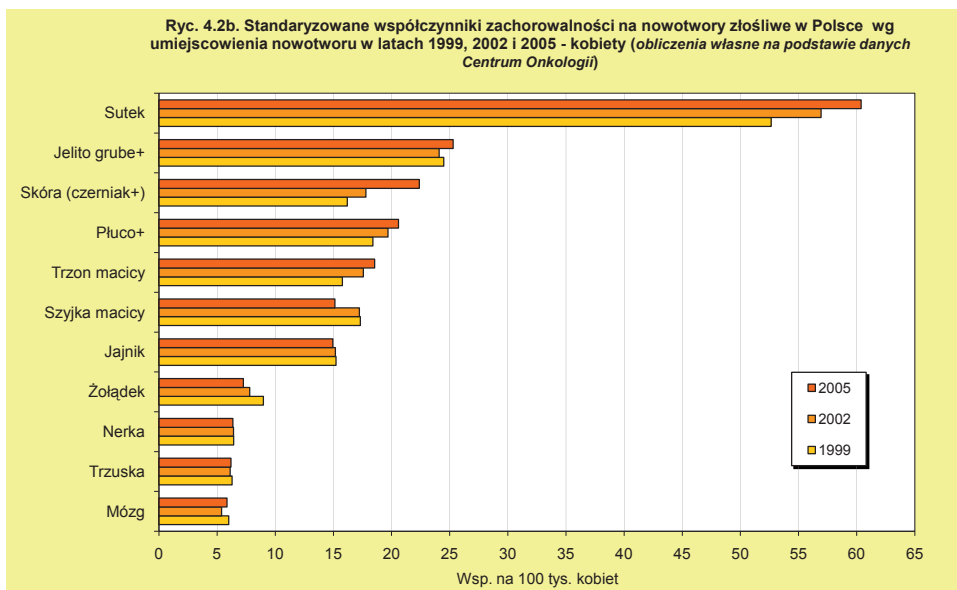
zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy, odbytu i kanału odbytu (ICD10 C18-C21)¹ (7614 przypadków, 41,3/100 tys.). Następne w kolejności nowotwory złośliwe na które zapadali mężczyźni w Polsce dotyczyły następujących umiejscowień: gruczołu krokowego (prostaty) (7095 przypadków, 38,4/100 tys.), skóry (czerniak i inne) (4955 przypadków, 26,8/100 tys.), pęcherza moczowego (4125 przypadków, 22,3/100 tys.), żołądka (3309 przypadków, 17,9/100 tys.). Zmiany standaryzowanych współczynników zapadalności po roku 1999 wskazują, że systematycznie zwiększa się ryzyko zachorowania mężczyzn na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (w okresie 1999-2005 o 44%), skóry (o 40%) i jelita grubego (o 14%) (ryc. 4.2a). Natomiast najbardziej zmniejsza się ryzyko zachorowania na raka żołądka (w latach 1999-2005 spadek o 20%) a na podkreślenie zasługuje również spadek zachorowań na raka krtani (o 14%) oraz oskrzela i płuca (o 12%).

Nowotworem złośliwym, na który zdecydowanie najczęściej chorują kobiety jest rak sutka (w 2005 r. zarejestrowano 13385 nowych przypadków, 67,9 na 100 tys. kobiet a więc częściej niż co piąte zachorowanie na nowotwór). Następne w kolejności umiejscowienia dotyczą jelita grubego (w szerokim rozumieniu, 6373 zachorowania, 32,3/100 tys.), skóry (czerniak i inne, 5544 zachorowania, 28,1/100 tys.), oskrzela i płuca (4797 zachorowań, 24,3/100 tys.). Na kolejnych miejscach przyczyn zachorowań kobiet występują nowotwory trzonu macicy (4196 przypadków, 21,3/100 tys.), jajnika (3355 przypadków, 17,0/100 tys.) oraz szyjki macicy (3263 przypadki, 16,6/100 tys.). Widać zatem wyraźnie, że u kobiet dominującą rolę w zapadalności na nowotwory złośliwe odgrywiają nowotwory charakterystyczne dla płci (prawie 40% ogółu zachorowań). Zmiany standaryzowanych współczynników zapadalności po roku 1999 wskazują, że systematycznie zwiększa się ryzyko zachorowania kobiet na nowotwory złośliwe skóry (w okresie 1999-2005 o 38%), trzonu

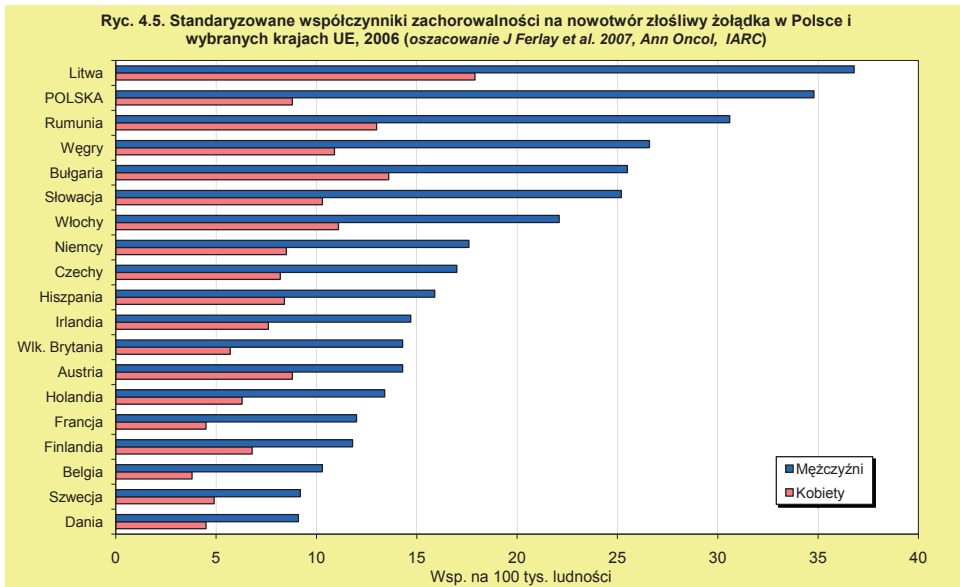
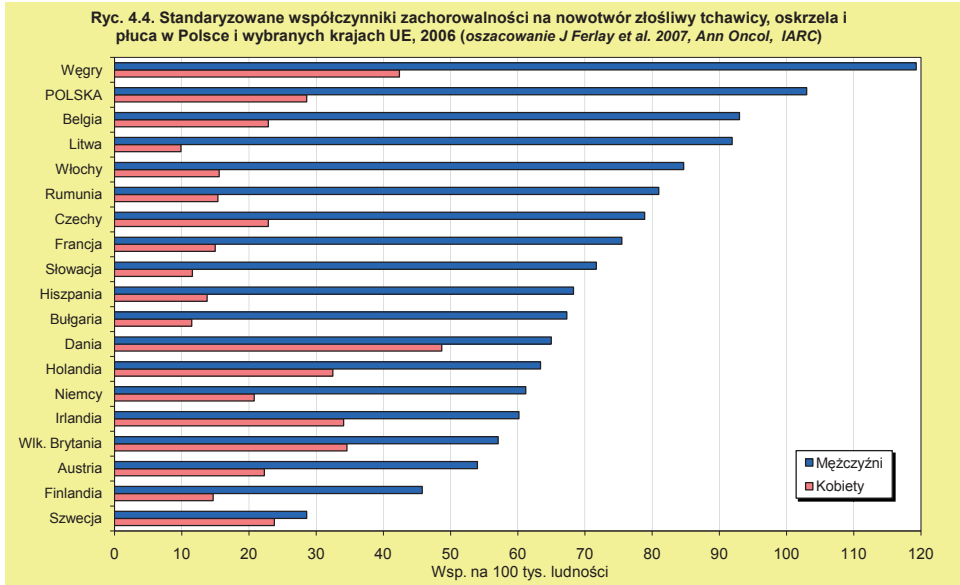


1 Ze względu na trudności w określeniu punktu wyjścia nowotworu w obrębie jelita grubego w analizach epidemiologicznych przyjęto się łączne traktowanie tych czterech rozpoznań

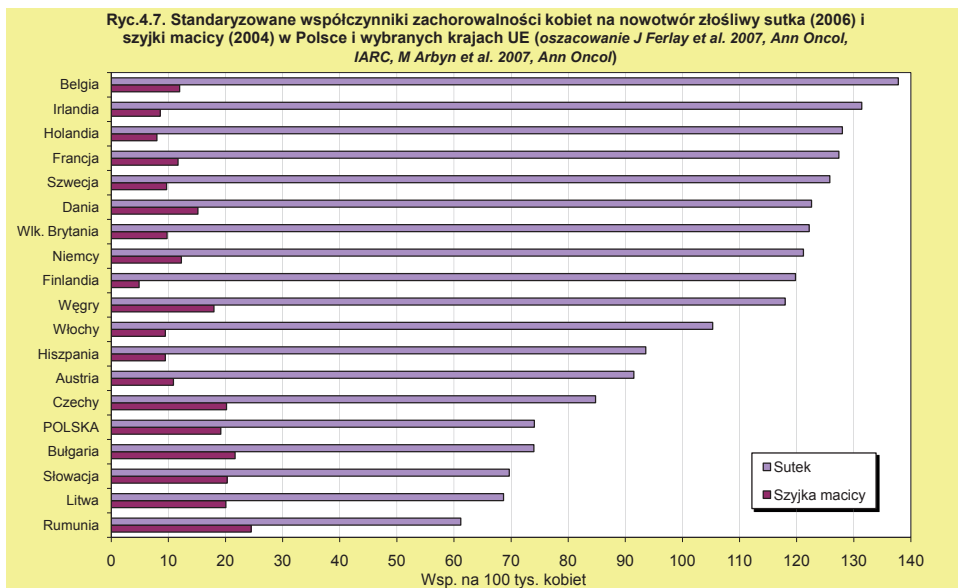
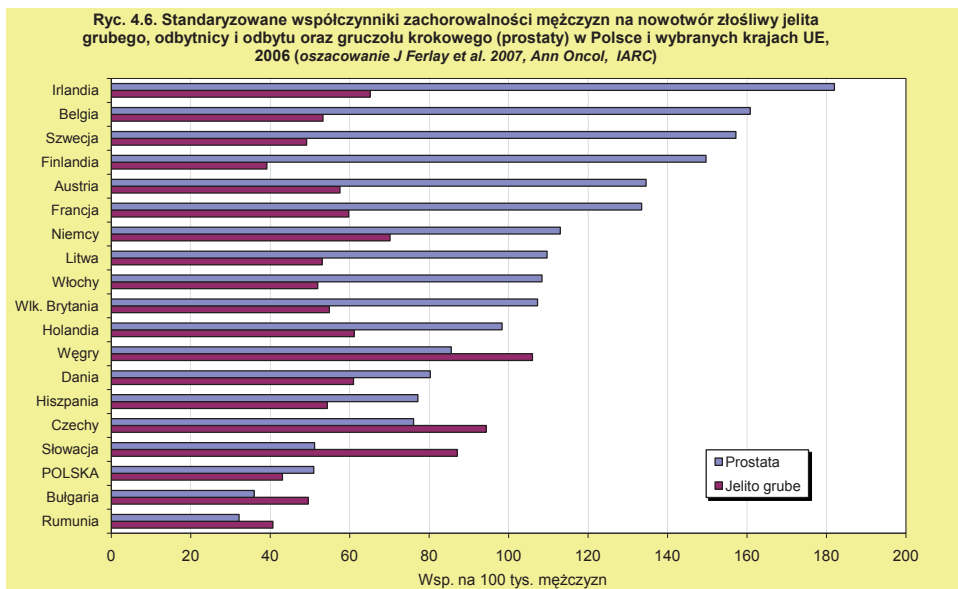
macy (o 18% ale w 2005 r. nie było wzrostu w stosunku do roku 2004), sutka (o 15%) oraz oskrzela i płuca (o 12%) (ryc. 4.2b).



Korzystając z oszacowań przygotowanych przede wszystkim przez ekspertów z Międzynarodowej Agencji do Badań nad Rakiem (IARC), o których wspomniano już wyżej, porównano częstość zachorowań na nowotwory złośliwe w 2006 r. w Polsce w stosunku do innych krajów Unii Europejskiej. Posłużono się standaryzowanymi na wiek współczynnikami



zachorowalności na nowotwory dla najczęstszych umiejscowień, przy czym standardem była również tzw. europejska struktura wieku. Porównując wielkość współczynników w poszczególnych krajach trzeba pamiętać, że są one szacowane przez IARC a nie wzięte bezpośrednio z krajowych rejestrów ze względu na ich niekompletność i z tego powodu mają wartości przybliżone w stosunku do tych jakie mogą występować faktycznie (ale pozostają nieznanne). Ze względu jednak na ujednolicenie metod szacunku współczynniki te mogą trafniej pokazać różnice pomiędzy krajami i pozycję Polski wśród krajów UE.



W Polsce zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem z wyłączeniem innych niż czerniak nowotworów złośliwych skóry (ICD10 - C44) jest na poziomie zbliżonym do przeciętnego dla krajów UE (ryc. 4.3). Do jednej z najwyższych w krajach UE należy w Polsce zachorowalność mężczyzn na raka oskrzela i płuca (ryc. 4.4) i na raka żołądka (ryc. 4.5). Z wcześniejszych oszacowań (Globocan 2002, patrz Stan zdrowia z roku 2003) wiadomo, że wysoka na tle innych krajów jest w naszym kraju również zapadalność mężczyzn na raka pęcherza moczowego, która nie zmniejsza się. Natomiast stosunkowo niska jest za-

chorowalność na raka gruczołu krokowego oraz raka jelita grubego, odbytnicy i odbytu (ryc. 4.6). Mieszkańki Polski charakteryzują się dosyć wysoką zachorowalnością na raka żołądka (ryc. 4.5) i na raka szyjki macicy (ryc. 4.7) ale należy zauważyć pewną poprawę w tym ostatnim przypadku w porównaniu z sytuacją sprzed czterech lat. Stosunkowo niski jest w Polsce poziom zachorowań kobiet na raka sutka (ryc. 4.7) a również zachorowania na raka jelita grubego, odbytnicy i odbytu oszacowane dla roku 2006 na poziomie 27,7/100 tys. kobiet są niższe niż w większości krajów UE (średni współczynnik dla UE25 wynosi 35,6/100 tys.).

Zbliżonemu do średniego dla krajów UE poziomowi zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce towarzyszy, jak pokazano to we wcześniejszym rozdziale, wyższy od przeciętnego poziom umieralności z powodu tych chorób. Jest to wynikiem wyższej w naszym kraju śmiertelności osób chorych na nowotwory. Jak pokazują wyniki najnowszych analiz przeżywalności tych osób w 19 krajach UE w przypadku nowotworów ogółem jest ona w Polsce jedną z najniższych w analizowanych krajach². Na prawie identycznym poziomie jest przeżywalność w Czechach. Należy mieć nadzieję, że Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, który ma na celu m.in. „osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów” oraz „osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia” przyczyni się do przyspieszenia w wyrównywaniu szans na długie dalsze życie mieszkańców Polski, u których wykryto chorobę nowotworową, z tymi jakie mają inni mieszkańcy UE.

PODSUMOWANIE:

1. W Polsce w 2005 r. zachorowało na nowotwory złośliwe około 136 tys. osób, 380 na każdych 100 tys. mężczyzn i około 335 na każde 100 tys. kobiet.
2. Nadwyżka częstości zachorowań na nowotwory mężczyzn w stosunku do kobiet zwiększała się do początku lat 90. i od tego czasu ulega powolnemu zmniejszeniu.
3. W przypadku mężczyzn nowotworem zdecydowanie dominującym co do częstości zachorowań jest rak oskrzela i płuca a poziom zachorowań w Polsce należy do jednego z najwyższych w UE. Systematycznie zwiększa się ryzyko zachorowania mężczyzn na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (w okresie 1999-2005 o 44%), skóry (o 40%) i jelita grubego (o 14%), natomiast zmniejsza się ryzyko zachorowania na raka żołądka (w latach 1999-2005 spadek o 20%) a na podkreślenie zasługuje również spadek zachorowań na raka krtani (o 14%) oraz oskrzela i płuca (o 12%).
4. Wśród zachorowań na nowotwory złośliwe kobiet w Polsce dominującą rolę odgrywają nowotwory charakterystyczne dla płci (prawie 40% ogółu zachorowań) a zdecydowanie najczęstszy jest rak sutka aczkolwiek poziom zachorowań na niego w Polsce należy do niskich w krajach UE. Rosną współczynniki zachorowań Polek na nowotwory złośliwe skóry, trzonu macicy, sutka oraz oskrzela i płuca. W porównaniu z pozostałymi mieszkankami UE mieszkańki Polski charakteryzują się wysoką zachorowalnością na raka szyjki macicy i na raka żołądka.

2 Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE-4 data. *Lancet Oncology* 2007,8:784-796.

5. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA

Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Mirosław Wysocki

Wyniki prowadzonych w Europie badań wskazują, że około jedna czwarta dorosłych mieszkańców UE ma w ciągu roku jakiś problem związany ze zdrowiem psychicznym¹. Można więc śmiało powiedzieć, że zdrowie psychiczne jest jednym z najważniejszych obszarów zdrowia publicznego. W ślad za opublikowanym w 2005 r. Green Paper „Improving the mental health of the population: Towards a Strategy on mental health for the European Union”, który podkreślał możliwość znaczącego poprawienia zdrowia psychicznego mieszkańców UE, Komisja Europejska podjęła przygotowanie do wypracowania „paktu na rzecz zdrowia psychicznego”. W bieżącym roku powstały cztery dokumenty omawiające możliwości i kierunki priorytetowych działań².

Poniżej przedstawiono rozmiar i dynamikę wybranych problemów zdrowia psychicznego w Polsce na podstawie funkcjonujących w tym obszarze rutynowych systemów informacyjnych. 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 wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest w przypadku mężczyzn w Polsce wyższy o blisko 50% od średniego dla krajów UE i sytuacja nie poprawia się.

5.1. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej

Informacje o osobach leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dotyczą leczenia w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach odwykowych oraz w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. Informacje te są od wielu lat opracowywane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i publikowane corocznie w roczniku statystycznym „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej” wydawanym przez Instytut. Zagregowana forma

¹ Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15:357-76.

² Wahlbeck, K. & Mäkinen, M. (Eds) (2008). *Prevention of Depression and Suicide*. Consensus Paper. Luxembourg: European Communities; Jané-Llopis, E. & Braddick, F. (Eds). (2008). *Mental Health in Youth and Education*. Consensus Paper. Luxembourg: European Communities; McDaid (Ed). (2008). *Mental Health in Workplace Settings*. Consensus Paper. Luxembourg: European Communities; Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People*. Consensus Paper. Luxembourg: European Communities.

gromadzenia danych ogranicza możliwości ich analizy, ale i tak stanowią one ważne źródło informacji o częstości zaburzeń psychicznych w Polsce.

Liczba chorych leczonych ogółem dotyczy osób, gdyż chorego wlicza się do ewidencji jeden raz, niezależnie od liczby porad w ciągu roku, które są zarejestrowane w zakładach opieki ambulatoryjnej w danym roku. Chorzy leczeni po raz pierwszy są to osoby zarejestrowane w danym roku w poradni danego rodzaju po raz pierwszy w życiu.

W 2006 r. liczba chorych ogółem z zaburzeniami psychicznymi leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wyniosła 1 131 tys. osób, tzn. że na każde 100 tys. ludności leczono 2966 osób (tabela 5.1). Z liczby tej 285 tys. (749 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy. Kobiety były o 12% częściej leczone niż mężczyźni i o 14% częściej występowały wśród nich nowe zachorowania. Trzeba jednak pamiętać, że w poradniach zdrowia psychicznego jest leczona tylko niewielka część chorych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, gdyż są oni przede wszystkim leczeni w poradniach odwykowych oraz poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Jeżeli uwzględnić całe leczenie ambulatoryjne to w 2006 r. kobiety były leczone tylko o 5% częściej niż mężczyźni (kobiety - 3503/100 tys. a mężczyźni - 3336/100 tys.) natomiast nowe przypadki odnotowano o 7% częściej ale wśród mężczyzn (mężczyźni - 975/100 tys. a kobiety - 913/100 tys.). W roku 2006 różnica w częstości leczonych w poradniach zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn była mniejsza niż we wcześniejszych latach.

Zarówno w przypadku chorych leczonych ogółem jak i leczonych po raz pierwszy mieszkańcy miast są leczeni w poradniach zdrowia psychicznego częściej niż mieszkańcy wsi w 2006 r. odpowiednio o 34% i 39% i nadwyżka ta była mniejsza niż we wcześniejszych dwóch latach. Jeżeli jednak uwzględni się całą psychiatryczną opiekę ambulatoryjną (łącznie z odwykową i terapią uzależnień od substancji) to mieszkańcy miast w 2006 r. byli leczeni, zarówno ogółem jak i pierwszy raz, o około 60% częściej niż mieszkańcy wsi (ogółem: miasta - 3994/100 tys., wieś - 2515/100 tys.; po raz pierwszy: miasta - 1104/100 tys., wieś - 683/100 tys.). W roku 2006 różnica w częstości leczonych mieszkańców miast i wsi była wyraźnie mniejsza niż w latach 2004-2005.

Liczba leczonych ogółem i po raz pierwszy w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej prawie podwoiła się w latach 1997-2004 ale kolejne dwa lata przyniosły lekkie odwrócenie tendencji wzrostowej (ryc. 5.1). Jak wynika z wcześniejszych danych w przypadku leczonych ogółem jest to wynikiem zmniejszenia liczby leczonych kobiet natomiast w przypadku nowych zachorowań dotyczy to obu grup płci ale nie dotyczy mieszkańców wsi.

Ogółem opieką ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w 2006 r. objętych było 1 339 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (3422 na 100 tys. ludności) w tym 359 tys. leczonych po raz pierwszy (943 na 100 tys. ludności). Najczęstszą grupą rozpoznanych chorobowych wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe, które w 2006 r. występowały u ok. 313 tys. leczonych ogółem (820/100 tys. ludności, mężczyźni 599/100 tys., kobiety 1028/100 tys.) i 99 tys. leczonych po raz pierwszy (259/100 tys. ludności, mężczyźni 193/100 tys., kobiety 321/100 tys.) (tabela 5.2). Chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych stanowią czwartą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem, ale pierwszą wśród mężczyzn (przyczyna leczenia 22%), a drugą wśród leczonych po raz pierwszy. W 2006 r. z tego powodu ogółem leczono 167 tys. osób (mężczyźni 79%) (439 na

Tabela 5.1. Chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi w poradniach zdrowia psychicznego i w psychiatrycznych oddziałach całodobowych wg płci i miejsca zamieszkania, 1995-2005 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
<i>Poradnie zdrowia psychicznego chorzy leczeni ogółem</i>					
1995	1602,0	1350,9	1840,1	1844,9	1207,9
1997	1642,2	1367,7	1901,9	1853,8	1297,7
1998	1803,9	1515,3	2077,9	2051,4	1417,2
2000	2068,8	1734,5	2384,8	2311,9	1675,0
2004	3263,9	2797,5	3701,4	3786,9	2427,7
2005	3176,0	2726,8	3596,9	3652,3	2425,1
2006	2965,7	2872,2	3238,4	3146,7	2342,2
<i>chorzy leczeni po raz pierwszy</i>					
1995	412,7	383,8	440,0	466,7	325,0
1997	421,1	392,3	448,3	464,6	350,4
1998	476,4	417,9	532,0	544,5	370,0
2000	571,5	496,5	642,3	638,8	462,3
2004	838,5	766,0	906,4	999,5	580,9
2005	831,4	728,8	927,6	977,1	601,7
2006	748,5	698,1	795,7	839,5	604,1
<i>Oddziały całodobowe chorzy leczeni ogółem</i>					
1995	367,3	462,9	276,8	413,5	290,9
1997	367,8	461,8	278,7	399,1	316,7
1998	380,1	477,4	287,8	414,7	309,0
2000	438,6	549,5	333,8	481,6	354,8
2004	526,2	676,8	385,0	599,5	383,7
2005	536,7	695,9	387,6	586,0	429,5
2006	548,8	718,4	390,0	549,9	453,7
<i>chorzy leczeni po raz pierwszy</i>					
1995	147,2	196,1	100,8	169,6	109,9
1997	156,0	203,8	110,8	171,4	131,3
1998	165,2	214,5	118,5	181,2	132,9
2000	201,7	258,8	147,6	222,1	162,6
2004	236,9	314,1	164,5	268,5	174,7
2005	239,8	320,8	164,0	260,9	193,4
2006	232,9	313,3	157,6	236,4	195,9

Źródło: dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii

100 tys., mężczyźni 718/100 tys., kobiety 177/100 tys.), natomiast po raz pierwszy 67 tys. osób (mężczyźni 79%) (175 na 100 tys., mężczyźni 286/100 tys., kobiety 71/100 tys.).

W latach 2005 i 2006 liczba zachorowań leczonych w zakładach ambulatoryjnych dla większości zaburzeń psychicznych zmniejszała się. W stosunku do 2004 r. największy spadek leczonych odnotowano w przypadku uzależnienia od środków psychoaktywnych: o 18%

dla leczonych ogółem i 20% dla leczonych po raz pierwszy. O ponad 10% zmniejszył się współczynnik leczonych z powodu zaburzeń afektywnych.

Tabela 5.2. Chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i psychiatrycznych oddziałach całodobowych wg wybranych rozpoznań, 2000-2006 (współczynniki na 100 tys. ludności)

Rozpoznanie	Chorzy leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2000	2004	2005	2006	2000	2004	2005	2006
Psychiatryczna opieka ambulatoryjna								
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)*	276,2	519,4	523,0	502,1	76,1	124,3	119,2	110,5
Schizofrenia (F20)*	270,3	331,7	331,1	317,5	29,7	38,8	40,7	38
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)*	426,1	718,2	699,5	641,9	104,4	171,5	168,3	148,2
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)*	593,8	890,2	866,9	820,3	201,9	274,5	276,1	259,4
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)**	362,7	470,1	467,5	438,9	148,6	187,0	182,5	175
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)**	60,5	102,6	100,7	84,2	31,2	46,6	44,3	37,5
Oddziały całodobowe								
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)	57,7	78,3	78,6	79,3	29,1	33,7	32,9	31,3
Schizofrenia (F20)	80,8	81,6	80,8	80,8	14,0	16,1	15,3	12,6
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)	53,5	59,1	55,5	53,5	23,8	22,2	19,9	17,9
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)	36,4	45,4	46,7	45,3	23,4	28,7	29,3	27,2
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)	130,3	163,4	174,8	188,2	70,6	87,8	93,7	99,7
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)	21,9	32,1	32,1	33,6	11,6	16,2	15,8	14,2

*) leczeni w poradniach zdrowia psychicznego

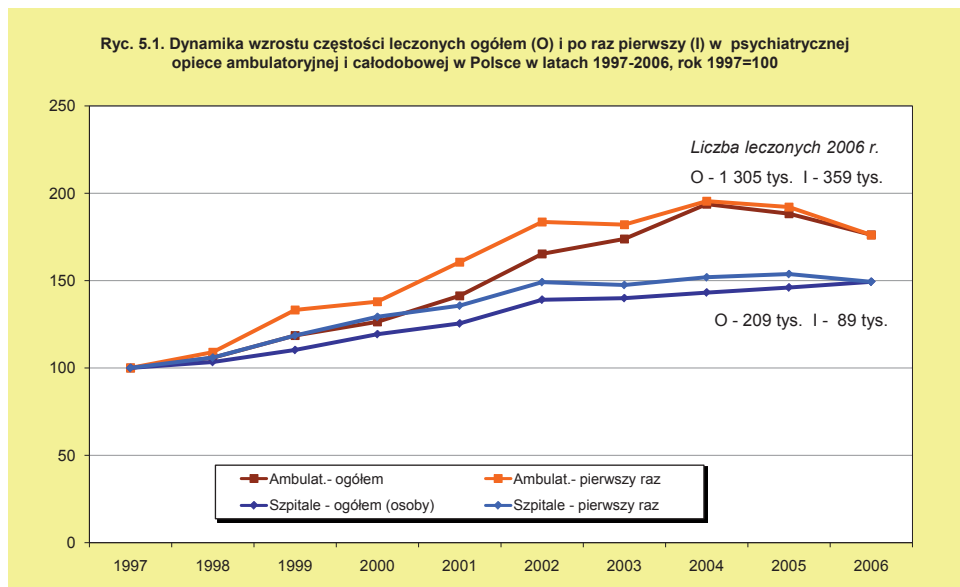
***) leczeni w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień

Źródło: na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii

5.2. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej

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 odrębnego Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej, prowadzonego 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 hospitalizacje wielokrotne były w Instytucie łączone według przyjętego klucza identyfikacyjnego.



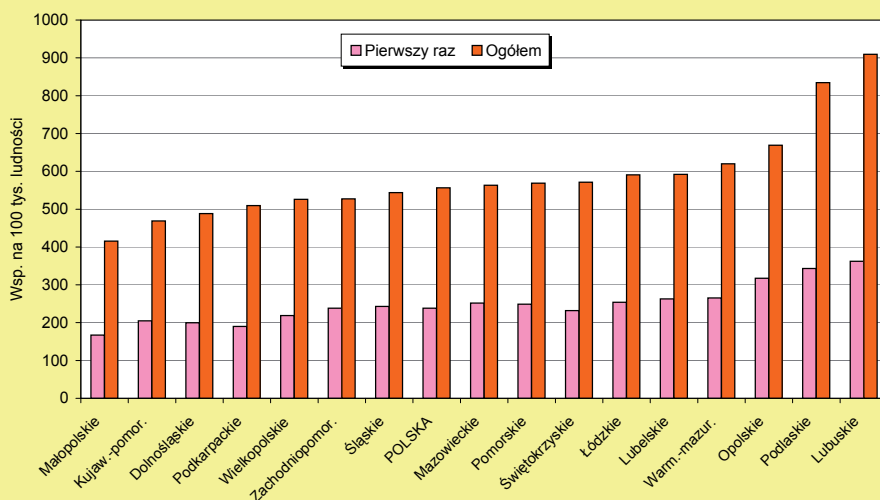
W 2006 r. liczba ogółu osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej wyniosła 209 tys., tzn. że na każde 100 tys. ludności leczono 549 osób. Z liczby tej 89 tys. (233 na 100 tys. ludności) stanowiły osoby leczone po raz pierwszy (tabela 5.1). Mężczyźni byli o 84% częściej leczeni niż kobiety, przy czym w przypadku rozpoznania pierwszorazowych nadwyżka ta była dwukrotna. Zarówno w przypadku chorych leczonych ogółem jak i leczonych po raz pierwszy mieszkańcy miast byli leczeni o około 1/5 częściej niż mieszkańcy wsi. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że w przypadku 7% leczonych w 2006 r. brak jest informacji czy mieszkają w miastach czy na wsi zatem podane współczynniki hospitalizacji dla tych grup są trochę zaniżone.

Liczba leczonych ogółem i po raz pierwszy w psychiatrycznej opiece całodobowej zwiększyła się o ok. 50% w latach 1997-2006 ale rok 2006 przyniósł zahamowanie tendencji wzrostowej współczynnika hospitalizacji pierwszorazowych (ryc. 5.1). Jak wynika z wcześniejszych danych to zmniejszenie częstości hospitalizacji dotyczy przede wszystkim mieszkańców miast a nie wsi.

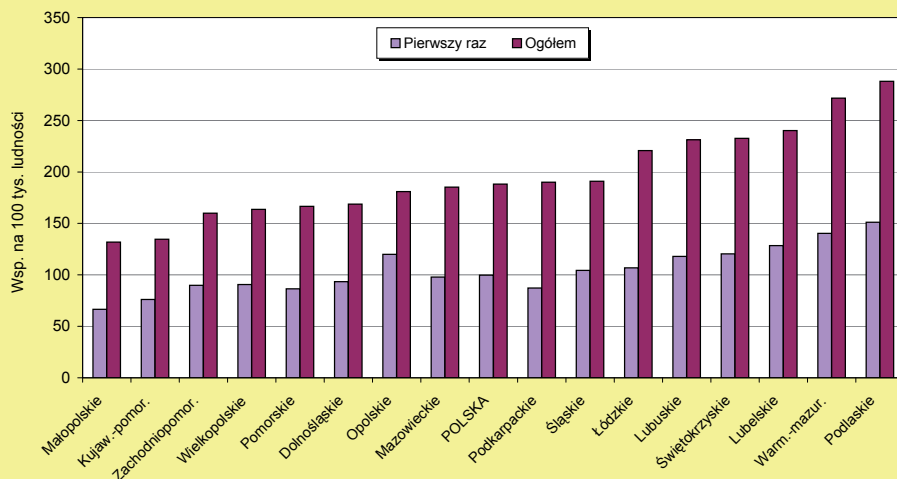
Najczęstszą grupą rozpoznania chorobowych osób leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych są zdecydowanie zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, które w 2006 r. dotyczyły ok. 72 tys. (1/3) osób leczonych ogółem ale przede wszystkim mężczyzn (86% leczonych) (mężczyźni - 335/100 tys., kobiety - 51/100 tys., mieszkańcy miast - 184/100 tys., wsi - 158/100 tys.) i 38 tys. leczonych po raz pierwszy (84% to mężczyźni) (mężczyźni - 174/100 tys., kobiety - 30/100 tys., mieszkańcy miast - 98/100

ty., wsi – 91/100 tys.) (tabela 5.2). Jeżeli od ogółu leczonych odjąć tych z zaburzeniami spowodowanymi alkoholem to współczynnik hospitalizacji mężczyzn i kobiet bardzo zbliżają się do siebie ale i tak częstość hospitalizacji mężczyzn (384/100 tys.) pozostaje wciąż wyższa niż kobiet (339/100 tys.) (dla hospitalizacji pierwszorazowych odpowiednie wartości wynoszą 139/100 tys. i 127/100 tys.) Chorzy leczeni z powodu schizofrenii stanowią drugą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem, ale są rzadszą przyczyną wśród leczonych po raz pierwszy. W 2006 r. z tego powodu leczono ogółem 31 tys. osób (mężczyźni – 91/100 tys. kobiety – 72/100 tys., mieszkańcy miast – 79/100tys., wsi – 73/100 tys.), a po raz

Ryc. 5.2. Chorzy (osoby) leczeni ogółem oraz po raz pierwszy w psychiatrycznych oddziałach całodobowych wg województwa zamieszkania, 2006 r. (dane IPiN)



Ryc. 5.3. Chorzy (osoby) leczeni ogółem oraz po raz pierwszy w psychiatrycznych oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu wg województwa zamieszkania, 2006 r. (dane IPiN)



pierwszy 4,8 tys. osób (mężczyźni – 14/100 tys., kobiety – 11/100 tys., mieszkańcy miast – 13/100 tys., wsi – 10/100 tys.).

Obserwuje się duże różnice w częstości „hospitalizacji” z powodu zaburzeń psychicznych mieszkańców poszczególnych województw (ryc. 5.2). W roku 2006 zdecydowanie najczęściej w oddziałach całodobowych byli leczeni, zarówno ogółem jak i po raz pierwszy, mieszkańcy woj. lubuskiego i podlaskiego, a najrzadziej woj. małopolskiego. Różnica w częstości hospitalizacji pomiędzy województwami skrajnymi była 2-krotna. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że woj. lubuskie ma zdecydowanie najwyższy ze wszystkich województw wskaźnik łóżek w psychiatrycznych oddziałach całodobowych (18,6/10 tys. ludności) a województwo podlaskie jest na drugim miejscu ale wskaźnik łóżek jest o prawie połowę mniejszy (10,5/10 tys.). W woj. małopolskim wskaźnik łóżek jest najniższy w kraju (5,3/10 tys.).

Zróznicowanie międzywojewódzkie rozmiaru problemów psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu i wymagających leczenia w ramach opieki całodobowej jest znaczne. W roku 2006 problem ten dotyczył najbardziej mieszkańców woj. podlaskiego i warmińsko-mazurskiego, zarówno jeśli chodzi o osoby leczone ogółem jak i po raz pierwszy, natomiast o ponad połowę rzadziej byli leczeni mieszkańcy woj. małopolskiego i kujawsko-pomorskiego (ryc. 5.3). Zarówno rok jak i dwa lata wcześniej uszeregowanie województw było podobne z tym, że gorzej na tle innych wyglądała sytuacja w woj. łódzkim.

PODSUMOWANIE:

1. Liczba mieszkańców Polski leczonych ogółem i po raz pierwszy w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej prawie podwoiła się w okresie 1997-2004 ale lata 2005-2006 przyniosły lekkie odwrócenie tendencji wzrostowej. W 2006 r. opieką ambulatoryjną objętych było ok. 1305 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (nieco częściej kobiety – 507/100 tys. niż mężczyźni – 497/100 tys.) w tym 359 tys. po raz pierwszy.
2. Najczęstszym rozpoznaniem leczonym w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej, dominującym wśród kobiet, są zaburzenia nerwicowe – w 2006 r. 313 tys. leczonych ogółem (mężczyźni - 599/100 tys., kobiety - 1028/100 tys.) w tym 99 tys. po raz pierwszy. Z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, które dominują wśród mężczyzn, leczono 167 tys. osób (mężczyźni 718/100 tys., kobiety 177/100 tys.) w tym 67 tys. po raz pierwszy.
3. Liczba mieszkańców Polski leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej zwiększyła się o ok. 50% w latach 1997-2006. W 2006 r. leczono 209 tys. osób (częściej dotyczyło to mężczyzn – 718/100 tys. niż kobiet – 390/100 tys.), w tym 89 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy. Z perspektywy psychiatrycznej opieki całodobowej najwięcej problemów ze zdrowiem psychicznym mają mieszkańcy woj. lubuskiego i podlaskiego.
4. Najczęstszym rozpoznaniem chorobowym osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2006 r. dotyczyło ono 72 tys. osób, przede wszystkim mężczyzn – 335/100 tys., ponad sześciokrotnie rzadziej kobiet – 51/100 tys., w tym 38 tys. leczonych po raz pierwszy. Problemy te dotyczyły najbardziej mieszkańców woj. podlaskiego i warmińsko-mazurskiego. Kobiety są natomiast o ponad połowę częściej niż mężczyźni leczone z powodu zaburzeń nastroju i zaburzeń nerwicowych (łącznie kobiety 120/100 tys., mężczyźni 77/100 tys.).

6. ZACHOROWANIA NA CHOROBY ZAKAŻNE

Mirosław Czarkowski, Andrzej Zieliński, Magdalena Rosińska

Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych o największym znaczeniu dla zdrowia publicznego rokrocznie szczegółowo omawiana jest w „Kronice Epidemiologicznej” ukazującej się w „Przeglądzie Epidemiologicznym”, kwartalniku wydawanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny oraz Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Szczegółowe dane liczbowe o zarejestrowanych zachorowaniach publikowane są w rocznych biuletynach „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” wydawanych przez NIZP-PZH oraz Główny Inspektorat Sanitarny. W rozdziale niniejszym ograniczono się do wybranych zagadnień. Podstawowe dane charakteryzujące zagrożenie poszczególnymi chorobami (tj. liczbę zarejestrowanych zachorowań oraz współczynniki zapadalności w 2007 r.), oraz kierunek i dynamikę zachodzących zmian (odniesienie zapadalności i liczby zachorowań do danych z wcześniejszych lat) zamieszczono w tabeli 6.1.

Dane z rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Polsce wskazują na korzystne zmiany sytuacji epidemiologicznej większości chorób objętych tym nadzorem, zachodzące w ostatnim 25-leciu. Pomijając naturalny, okresowy wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby (szczególnie tzw. choroby wieku dziecięcego, jak różyczka, świnka czy płonica), wynikający z ich cyklu epidemicznego, oraz pomijając doroczne fluktuacje liczby zachorowań, z perspektywy wieloletniej w większości chorób obserwuje się spadkowe trendy zapadalności (tabela 6.1). Współczynnik umieralności ogólnej z powodu chorób zakaźnych - będący najbardziej uniwersalnym wskaźnikiem sytuacji epidemiologicznej tych chorób - ustabilizował się w ostatniej dekadzie na relatywnie niskim poziomie: 5 - 8 zgonów rocznie na 100 000 ludności, co odpowiada udziałowi chorób zakaźnych w przyczynach zgonów w granicach 0,5%-0,7%.

Poprawa sytuacji jest następstwem niewątpliwego zwiększenia skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zwalczania ich, ale także wynika m.in. z przemian zachodzących w strukturze demograficznej populacji - zmniejszania się w niej udziału dzieci (utrzymujący się niż demograficzny), grupy szczególnie narażonej na większość zakażeń, co osłabia także transmisję zakażeń w całej populacji. Niestety, nie można też wykluczyć, że w odniesieniu do niektórych chorób zakaźnych spadkowe trendy zapadalności świadczyć mogą nie tyle o poprawie sytuacji epidemiologicznej, co o zmniejszeniu się czułości systemu nadzoru, wynikającemu z rezygnowania przez chorych z porad lekarskich, szczególnie w przypadku chorób o lżejszym przebiegu, a także z zaniedbywania dokonywania zgłoszeń zachorowań przez lekarzy.

Tabela 6.1. Wybrane choroby zakaźne objęte w Polsce obowiązkiem zgłaszania i rejestracji. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności w latach 2001-2007

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana w latach 2001-2005		2006 r.		2007 r.	
	liczba zachorowań	zapadalność	liczba zachorowań	zapadalność	liczba zachorowań	zapadalność
Cholera	0	0	0	0	0	0
Dur brzuszny	3	0,008	4	0,010	3	0,008
Dury rzekome A, B, C	3	0,008	1	0,003	2	0,005
* Salmonelozy	16 617	43,5	13 362	35,0	11 704	30,7
w tym: zatrucia pokarmowe	16 496	43,2	13 210	34,6	11 568	30,3
* zakażenia pozajelitowe	121	0,32	152	0,40	136	0,36
Czerwonka bakteryjna	80	0,21	35	0,09	64	0,17
* Inne bakteryjne zakażenia jelitowe	4 427	11,5	6 258	16,4	6 628	17,4
w tym: enterokrwotoczna <i>E. coli</i>	.	.	4	0,010	2	0,005
* <i>E. coli</i> inna i nie określona	.	.	1 908	5,00	2 320	6,09
kampylobakterioza	.	.	157	0,41	192	0,50
jersinioza	.	.	111	0,29	182	0,48
* inne określone i nie określone	.	.	4 078	10,7	3 932	10,3
* Inne bakteryjne zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2	2 354	332,3	2 681	369,9	2 875	385,7
* Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	4 261	11,2	3 947	10,4	3 681	9,7
w tym: * enterotoksyna gronkowcowa	647	1,67	430	1,13	407	1,07
botulizm	66	0,17	50	0,13	49	0,13
* inne określone	200	0,52	106	0,28	129	0,34
* nie określone	3 382	8,9	3 361	8,8	3 096	8,1
* Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe u dzieci do lat 2	137	19,5	112	15,5	135	18,1
* Pełzakowica /ameboza/	2	0,005	21	0,055	19	0,050
Lamblioza /giardioza/	.	.	2 945	7,7	3 011	7,9
Kryptosporidioza	.	.	0	0	0	0
* Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe	8 049	21,1	20 671	54,2	21 759	57,1
w tym: * rotawirusy	.	.	15 702	41,2	15 197	39,9
* czynnik Norwalk	.	.	797	2,09	956	2,51
* inne	.	.	4 172	10,9	5 606	14,7
* Wirusowe i inne określ. zakażenia jelit. u dzieci do lat 2	4 610	652,1	10 036	1384,5	10 226	1371,7
* Biegunki u dzieci do lat 2, bliżej nie określone	9 486	1262,5	8 637	1191,5	9 610	1289,1
Gruźlica ¹⁾	10 124	26,5	8 593	22,5	8 642	22,7
w tym: układu oddechowego ¹⁾	9 207	24,1	7 884	20,7	8 014	21,0
Dżuma	0	0	0	0	0	0
Tularemia	1	0,003	3	0,008	1	0,003
Wąglik	1	0,003	0	0	0	0

Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana w latach 2001-2005		2006 r.		2007 r.	
	liczba zacho- rowań	zapadal- ność	liczba zacho- rowań	zapadal- ność	liczba zacho- rowań	zapadal- ność
Brucelozą (nowe zachorowania)	3	0,008	0	0	2	0,005
* Różycą	92	0,24	93	0,24	124	0,33
Leptospiroza	6	0,016	6	0,016	12	0,031
Listerioza	10	0,03	28	0,07	43	0,11
Tężec	21	0,05	22	0,06	19	0,05
Błonica	0	0,000	0	0	0	0
Krztusiec	2 034	5,33	1 520	3,99	1 987	5,21
* Płonica	5 885	15,2	10 649	27,9	10 740	28,2
Choroba meningokokowa	.	.	233	0,61	392	1,03
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	106	0,27	148	0,39	227	0,60
posocznica	.	.	149	0,39	259	0,68
* Róża	3 930	10,3	5 111	13,4	5 013	13,2
Legioneloza	.	.	89	0,23	28	0,07
Kiła (ogółem) ²⁾	984	2,58	933	2,45	851	2,23
Rzeżączka ²⁾	594	1,55	395	1,04	330	0,87
Chlamydiozy przenoszone drogą płciową ²⁾	1 744	4,6	612	1,6	627	1,6
* Borelioza z Lyme	3 575	9,4	6 694	17,6	7 735	20,3
Gorączka Q	0	0	0	0	0	0
* Dur wysypkowy, gorączka plamista i inne riketsjozy	0	0,000	0	0	1	0,003
Ostre nagminne porażenie dziecięce	1	0,003	0	0	0	0
w tym: wywołane dzikim wirusem	0	0	0	0	0	0
* Choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD)	7	0,02	11	0,03	12	0,03
Wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD)	0	0	0	0	0	0
Wścieklizna	0	0,000	0	0	0	0
* Wirusowe zapalenie mózgu	392	1,02	612	1,60	514	1,35
w tym: * przenoszone przez kleszcze	210	0,54	317	0,83	233	0,61
* inne określone	39	0,10	68	0,18	75	0,20
* nie określone	173	0,45	227	0,60	206	0,54
* Wirusowe zapalenie opon mózgowych	1 022	2,67	1 579	4,14	1 203	3,16
w tym: * enterowirusowe	.	.	83	0,22	50	0,13
* inne określone i nie określone	.	.	1 496	3,92	1 153	3,02
Gorączka denga	.	.	4	0,010	2	0,005
Żółta gorączka	0	0	0	0	0	0
Gorączka Lassa	0	0	0	0	0	0
Gorączka krwotoczna krymsko-kongijska	0	0	0	0	0	0
Choroba wywołana przez wirus Marburg lub Ebola	0	0	0	0	0	0

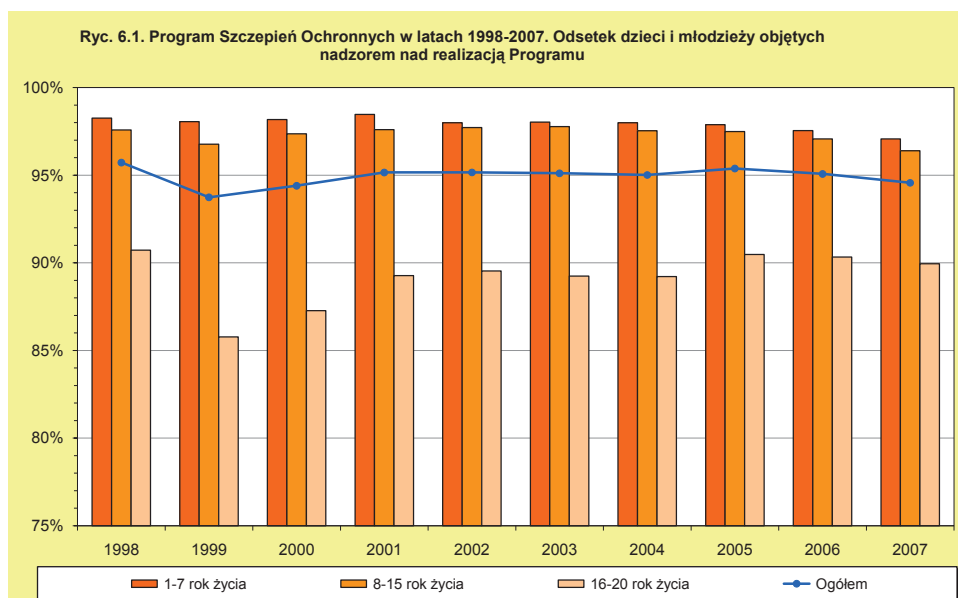
Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana w latach 2001-2005		2006 r.		2007 r.	
	liczba zacho- rowań	zapadal- ność	liczba zacho- rowań	zapadal- ność	liczba zacho- rowań	zapadal- ność
* Ospa wietrzna	111 527	292,0	141 349	370,7	160 174	420,2
Odra	34	0,09	120	0,31	40	0,10
Różyczka	10 588	27,7	20 668	54,2	22 891	60,1
* Wirusowe zapalenie wątroby	4 449	11,6	4 762	12,5	4 233	11,1
w tym: typu A	150	0,39	109	0,29	36	0,09
typu B	1 812	4,7	1 693	4,4	1 454	3,8
typu C	2 157	5,6	2 949	7,7	2 753	7,2
* inne i nie określone	129	0,34	70	0,18	50	0,13
AIDS	144	0,38	160	0,42	128	0,34
Nowo wykryte zakażenia HIV	609	1,59	750	1,97	717	1,88
Świnka	71 945	188,5	15 115	39,6	4 147	10,9
* Mononukleozą	2 501	6,55	2 609	6,84	2 708	7,10
* Dermatofitozy	3 409	8,9	4 440	11,6	4 264	11,2
* Kandydoza	.	.	578	1,52	793	2,08
* Inne grzybice	.	.	1 800	4,7	1 805	4,7
Zimnica /malaria/	26	0,07	19	0,05	11	0,03
Toksoplazmoza	602	1,58	731	1,92	752	1,97
Bąblowica	34	0,09	65	0,17	40	0,10
* Tasiemczyce	244	0,64	158	0,41	134	0,35
Włośnica	52	0,13	130	0,34	292	0,77
* Świerzb	13 741	36,0	11 103	29,1	11 473	30,1
Choroba wywołana przez <i>Streptococcus pneumoniae</i>	.	.	214	0,56	271	0,71
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	.	.	119	0,31	161	0,42
posocznica	.	.	70	0,18	91	0,24
zapalenie płuc	.	.	54	0,14	74	0,19
Choroba wyw. przez <i>Haemophilus influenzae</i> typ B	.	.	54	0,14	43	0,11
w tym: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	72	0,19	39	0,10	35	0,09

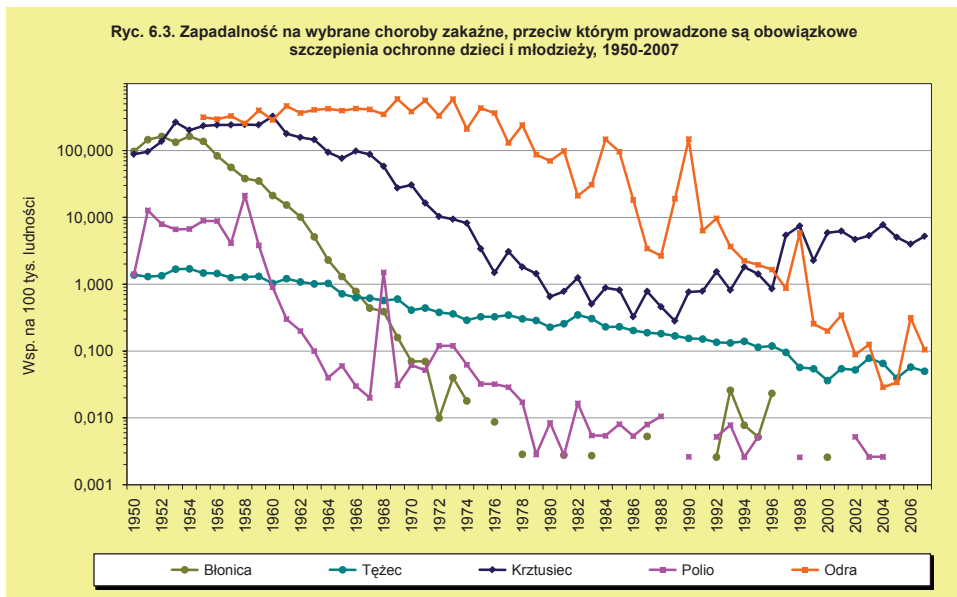
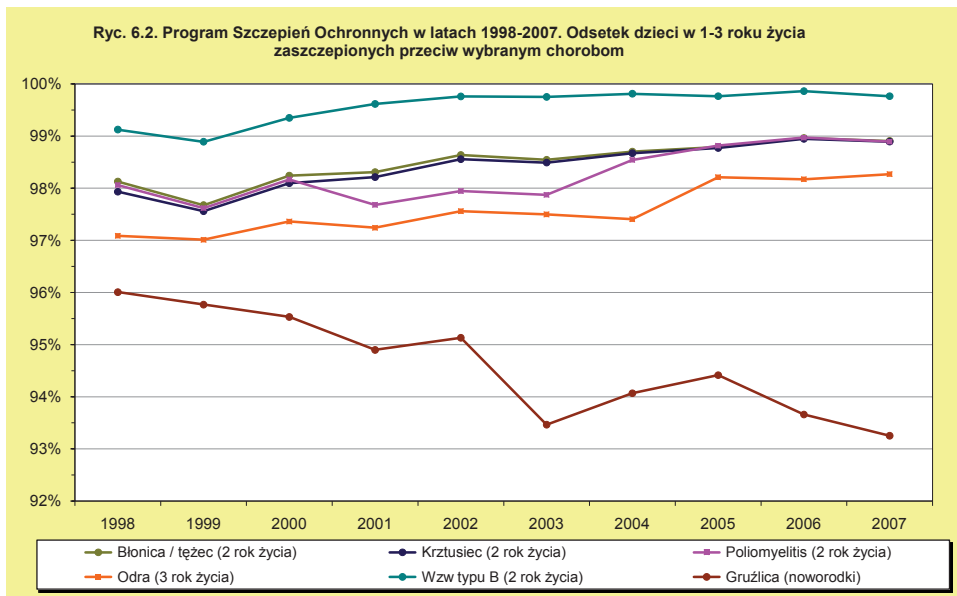
Jednostka chorobowa (w kolejności wg ICD-10)	Mediana w latach 2001-2005		2006 r.		2007 r.	
	liczba zacho- rowań	zapadal- ność	liczba zacho- rowań	zapadal- ność	liczba zacho- rowań	zapadal- ność
posocznica	.	.	15	0,04	21	0,06
* Bakteryjne zap. opon mózgu. i/lub mózgu - inne określ.	.	.	149	0,39	191	0,50
* Bakteryjne zap. opon mózgu. i/lub mózgu - nie określ.	.	.	534	1,40	467	1,23
* Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone	207	0,54	395	1,04	446	1,17
* Zapalenie mózgu inne i nie określone	88	0,23	117	0,31	120	0,31
Grypa * i podejrzenia zachorowań na grypę	576 449	1 491,8	251 815	660,4	374 042	981,3

* Jednostki chorobowe i zespoły, które nie są objęte nadzorem w ramach europejskiej sieci nadzoru nad chorobami zakaźnymi. 1) Dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. 2) Dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

6.1. Choroby objęte w Polsce obowiązkowym szczepieniem

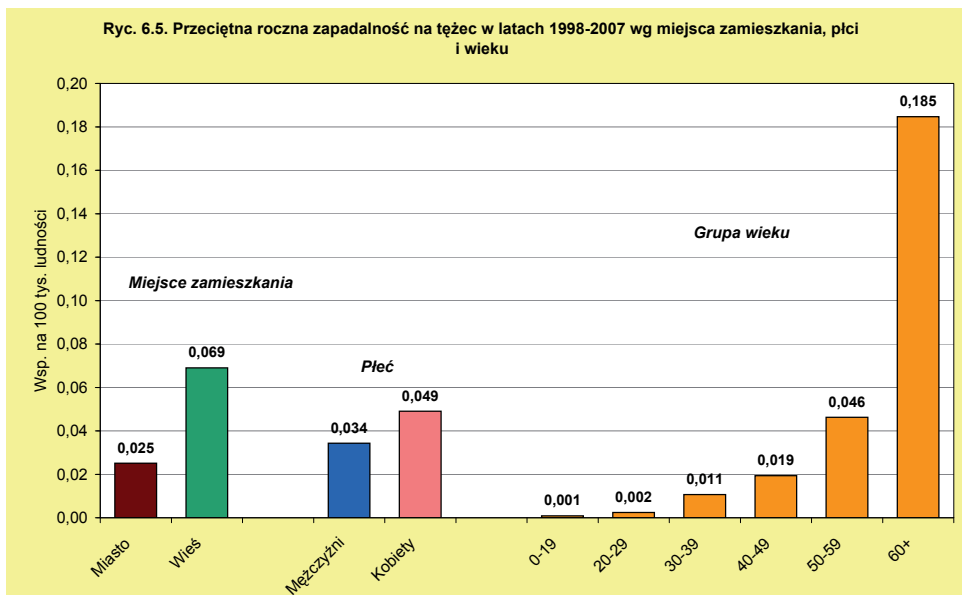
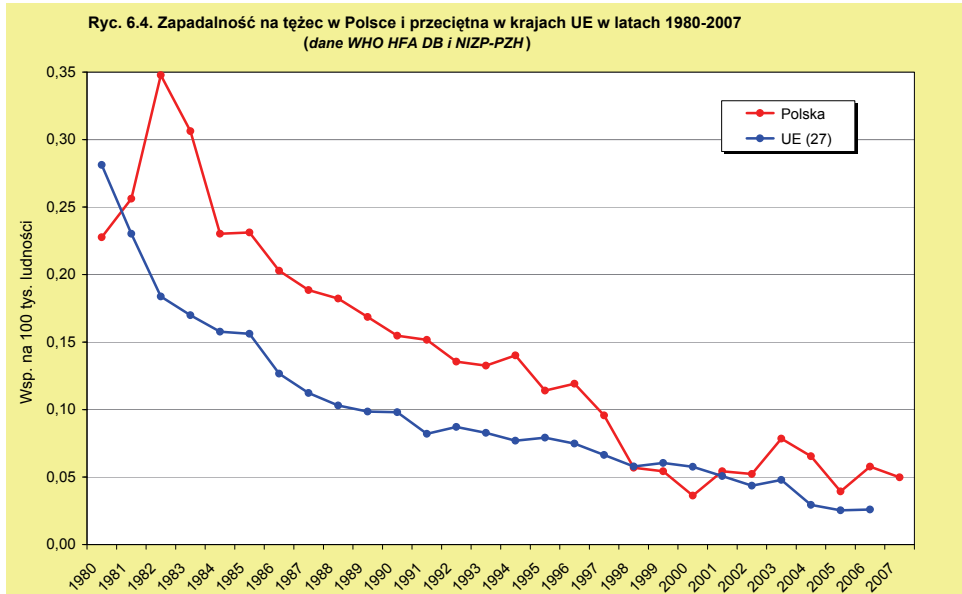
Aktualną sytuację epidemiologiczną takich chorób jak błonica, tężec, polio, krztusiec czy odra, wyznaczyły szczepienia dzieci przeciw tym chorobom wprowadzane w Polsce (początkowo jako masowe, a następnie jako obowiązkowe) na przełomie lat 50. i 60. (błonica, tężec, polio, krztusiec) oraz w pierwszej połowie lat 70. (odra) ubiegłego wieku. Wykonawstwo tych szczepień od lat ocenia się jako bardzo wysokie. Zbierane rokrocznie dane o stanie zaszczepienia dzieci i młodzieży wskazują, że w skali całego kraju nadzorowany





jest stan zaszczepienia około 95% populacji (ryc. 6.1), a osiągnięte odsetki zaszczepionych zdecydowanie przekraczają 90% (ryc. 6.2), tj. poziom w większości sytuacji wystarczający dla osiągnięcia odporności zbiorowiskowej, zapobiegającej epidemicznemu szerzeniu się zachorowań.

Wysoki ogólny poziom zaszczepienia dzieci i młodzieży utrzymał się także w 2007 r., pomimo wprowadzonych w pierwszym półroczu zmian w organizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 56, poz. 379). Na przykład, w skali całego kraju, stan



zaszczenia dzieci w 2 roku życia (szczepienie pierwotne) przeciw błonicy/ tężcowi oraz przeciw krztuścowi i przeciw polio wyniósł 98,9%, natomiast stan zaszczepienia dzieci w 3 r. ż. przeciw odrze - 98,3% (ryc. 6.2).

W efekcie prowadzonych szczepień, ostatni przypadek zachorowania na poliomyelitis wywołanego dzikim wirusem polio odnotowano w Polsce w 1984 r. Po tym terminie (ryc. 6.3) - mimo aktywnego poszukiwania zachorowań wywołanych przez poliovirusy wśród przypadków porażenia wiotkich (obowiązkowo zgłaszanych do nadzoru) - rejestrowano tyl-

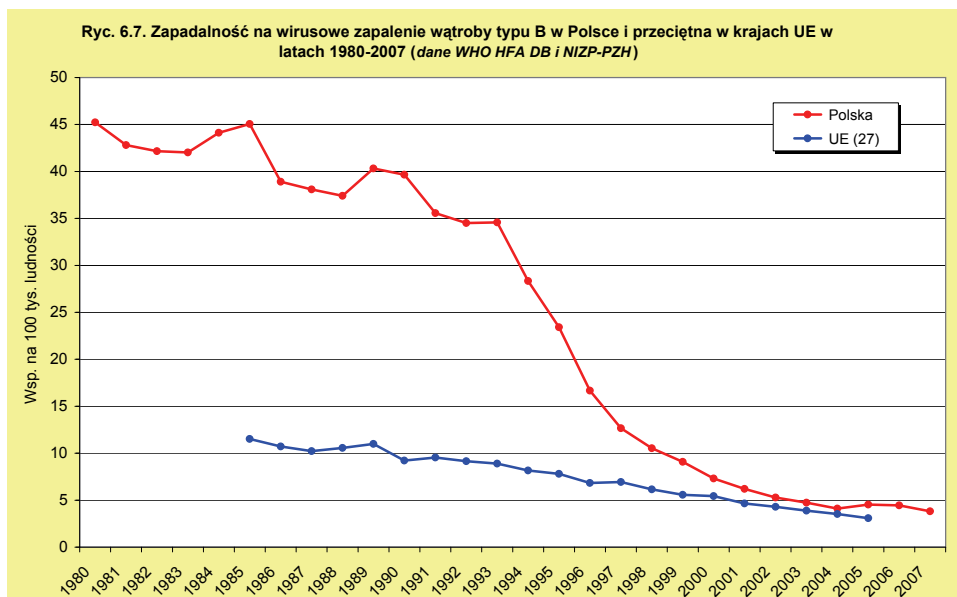
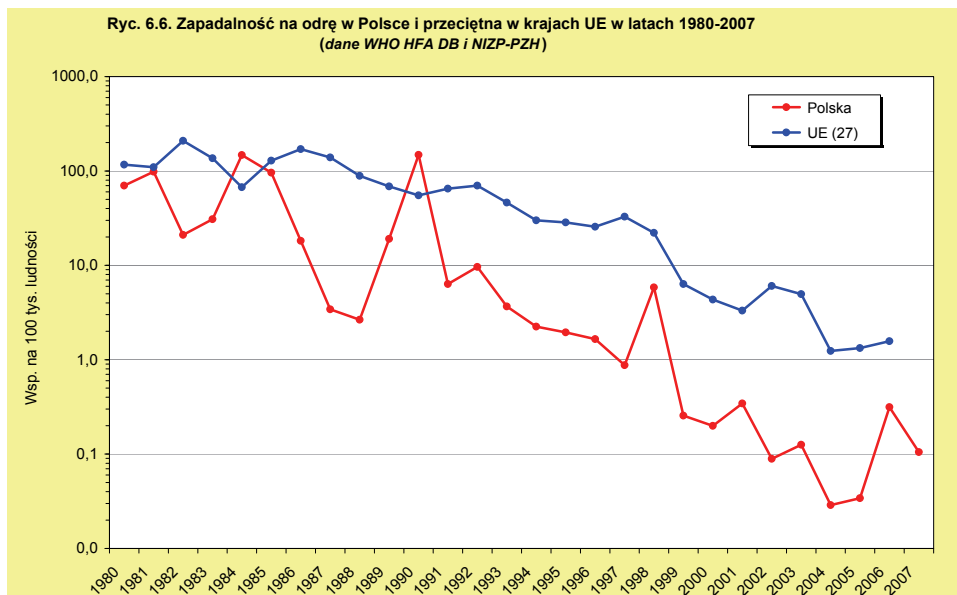
ko pojedyncze zachorowania wywołane wirusem pochodzenia szczepionkowego (ostatni w 2005 r.), co w ramach ogólnowiatowego programu eradykacji polio pozwoliło Polsce na uzyskanie statusu kraju wolnego od tej choroby.

Zachorowania na błonicę po 1975 r. notuje się w Polsce jedynie sporadycznie (ryc. 6.3), głównie w następstwie zawlekania choroby z obszarów byłego Związku Radzieckiego.

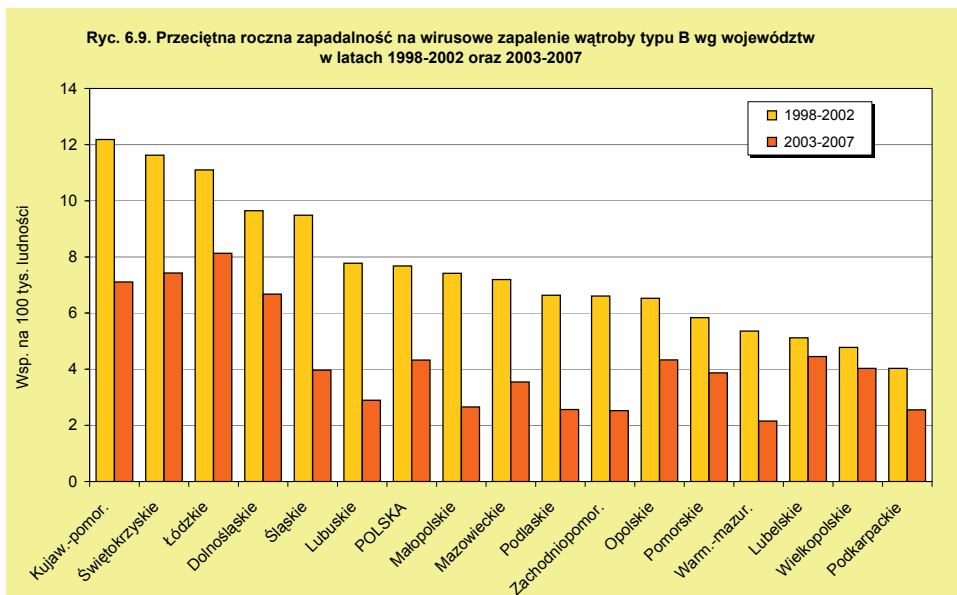
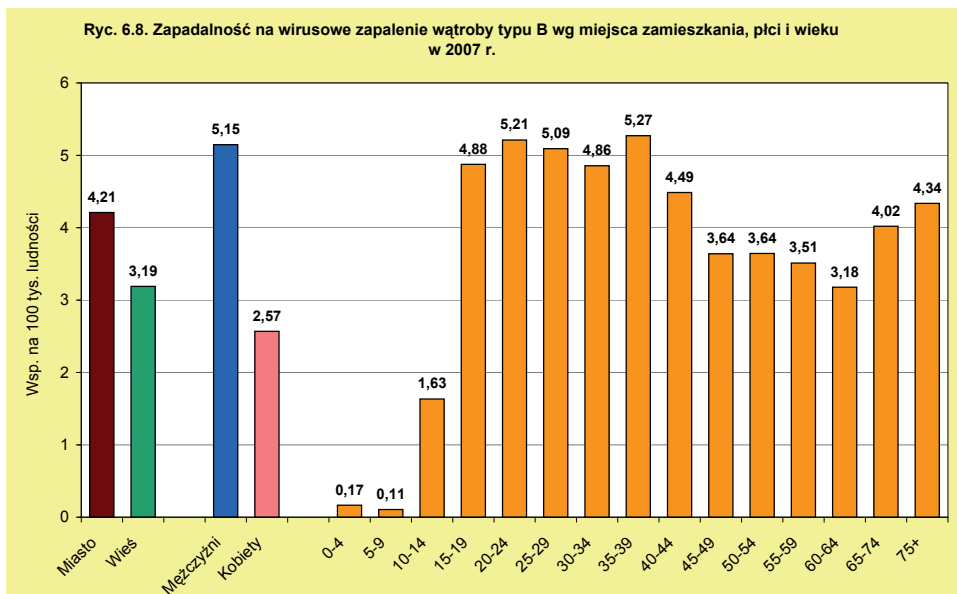
Liczba zachorowań na tężec od 1998 r. nie przekracza 30 przypadków rocznie. Zapadalność na tę chorobę (w 2007 r. 0,05 na 100 000 ludności) w ostatnim dziesięcioleciu nie wykazuje już tendencji spadkowej i utrzymuje się na poziomie powyżej przeciętnej zapadalności w krajach UE (ryc. 6.4). Ponieważ w przypadku tężca nie wytwarza się odporność zbiorowiskowa a *Clostridium tetani* nie można wyeliminować ze środowiska, należy szerzej propagować szczepienia przeciw tężcowi osób dorosłych, szczególnie osób narażonych na zranienia i zanieczyszczenie ran na otwartym terenie, np. rolników. Na tężec zapadają bowiem w Polsce prawie wyłącznie osoby starsze, które ostatnią dawkę anatoksyny tężcowej otrzymały wiele lat wcześniej, i są to w większości mieszkańcy wsi (ryc. 6.5).

Liczba zachorowań na odrę - chorobę objętą w Europie programem eliminacji - gwałtownie obniżająca się po wprowadzeniu szczepień, po ostatniej epidemii wyrównawczej w 1998 r. (2 255 zachorowań, zapadalność 5,8 na 100 000), tylko w 2001 r. oraz w 2006 r. była wyższa od 100 (odpowiednio 133 i 120 zachorowań), a zapadalność, poza okresami szczytów fali epidemicznej, utrzymywała się na poziomie wielokrotnie niższym niż przeciętna zapadalność w krajach UE (ryc. 6.6). Najniższą - jak dotychczas - zapadalność na odrę w Polsce zarejestrowano w 2004 r. (11 zachorowań, 0,03 na 100 000). Nie negując osiągnięcia bardzo niskiego poziomu zapadalności na tę chorobę, należy jednak zauważyć, że wzrost liczby zgłoszonych zachorowań w 2006 r. nastąpił w momencie, w którym media szeroko informowały o epidemii odry na Ukrainie, co tworzyło możliwość zawlekania zachorowań do Polski. Ponieważ tylko 3 zarejestrowane wówczas przypadki, z ogólnej liczby 120, można było powiązać z tą epidemią (osoby, które w okresie prawdopodobnego narażenia przebywały na Ukrainie), można sądzić, że pod wpływem medialnych informacji wzrosła okresowo czułość nadzoru nad odrą, który dostarczył bardziej wiarygodnych danych o rzeczywistej zapadalności na tę chorobę w Polsce.

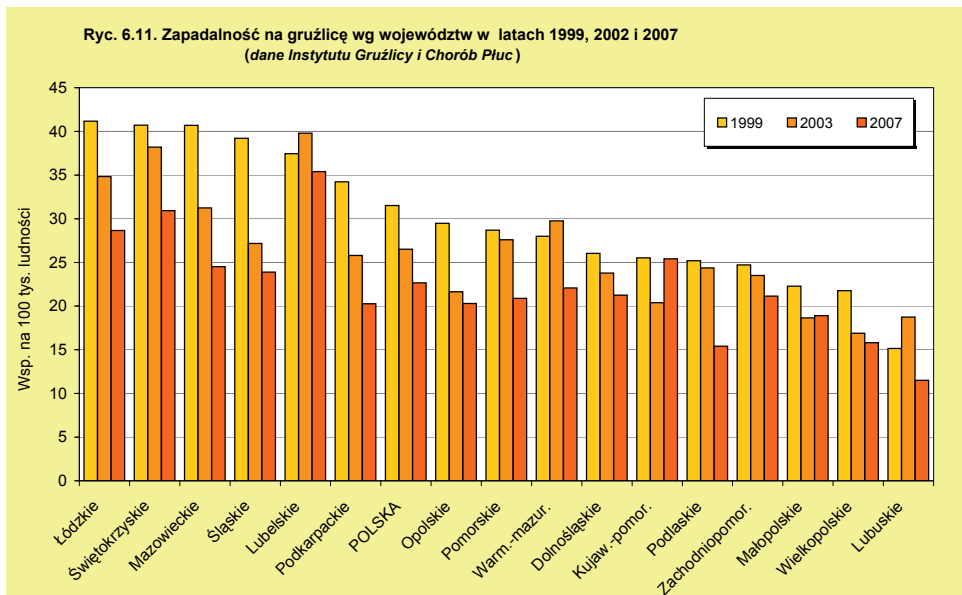
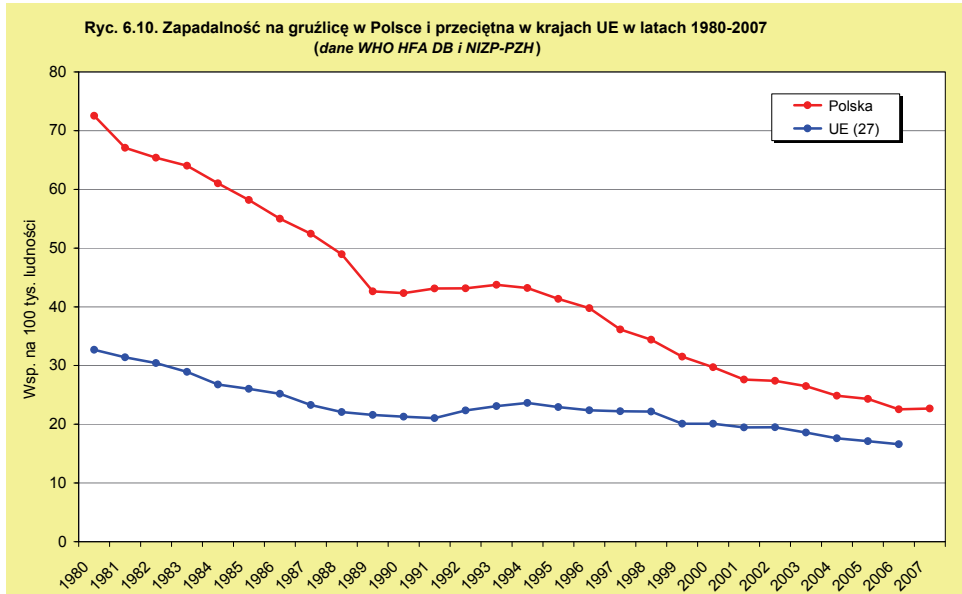
Poziom zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B) w Polsce w latach 80. ubiegłego wieku zaliczał się do najwyższych w Europie (ryc. 6.7). Podejmowane wówczas działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń HBV przynosiły pewne efekty, ale nie były one dostateczne. Dopiero przyjęty na początku lat 90. program zwalczania i zapobiegania wzw B, konsekwentnie realizowany w późniejszych latach, dość szybko zaczął przynosić wyraźne efekty w postaci systematycznego, znaczącego obniżania się zapadalności. Program ten oparto przede wszystkim na szczepieniach ochronnych, zaczynając od szczepień osób z grup ryzyka, w tym pracowników służby zdrowia, osób przewlekle chorych i przygotowywanych do zabiegów operacyjnych (a więc szczególnie narażonych na zakażenie drogą naruszenia ciągłości tkanek), by w latach 1994-1996 objąć obowiązkowym szczepieniem wszystkie noworodki, a od 2000 r. także młodzież w 14 r.ż. Zauważyć należy, że szczepienia dzieci przeciw wzw B były i są wykonywane w Polsce w wyższym odsetku (w skali całego kraju sięgającym w niektórych latach 99,9%), niż jakiegokolwiek inne obowiązkowe szczepienia dzieci (ryc. 6.2) - jak można sądzić, głównie ze względu na społeczną akceptację tych szczepień związaną ze świadomością zagrożenia. Nie bez znaczenia dla poprawy sytuacji wzw B w Polsce była też następująca w kraju powolna poprawa



w dziedzinie bezpieczeństwa biologicznego w placówkach ochrony zdrowia. W rezultacie, w ostatnich 6 latach zapadalność na wzv B zbliżyła się do poziomu przeciętnej zapadalności w krajach UE i oscylowała w granicach 4-5 przypadków zachorowań rocznie na 100 000 ludności (w 2007 r. - 3,8). Intensywny spadek zapadalności nie zniwelował jednak znacznych różnic pomiędzy zapadalnością osób w różnym wieku. O ile jednak do 2004 r. najwyższe współczynniki zapadalności na wzv B odnotowywano wśród ludności najstarszej, to w latach 2005-2007 najwyższa zapadalność przesunęła się na starszą młodzież oraz osoby

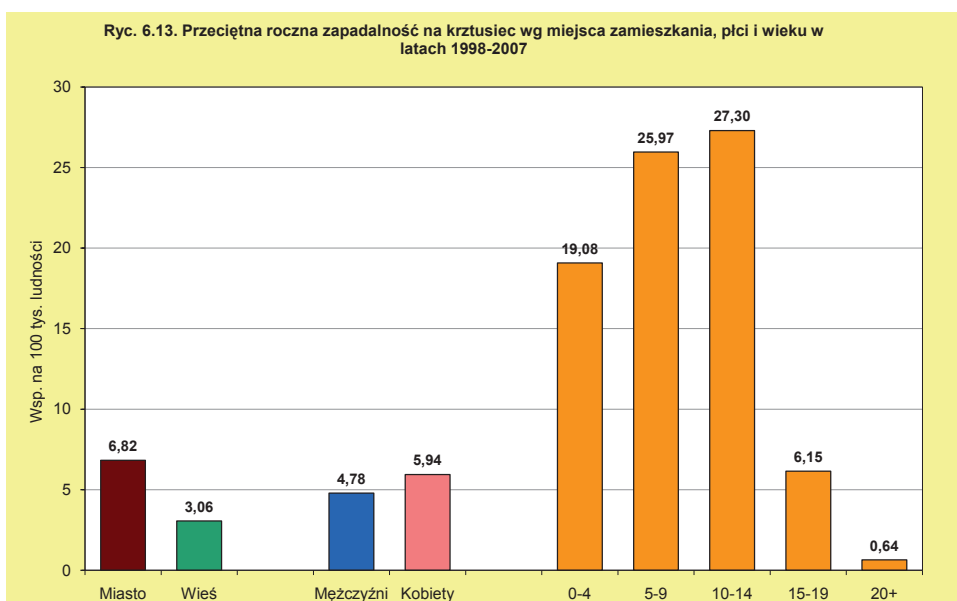
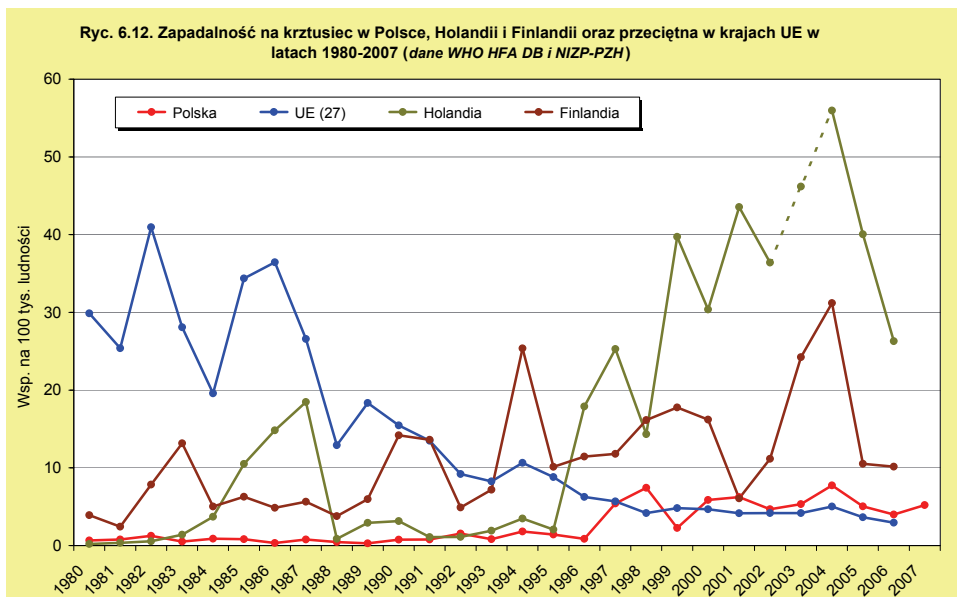


w średnim wieku (ryc. 6.8). Zwraca też uwagę utrzymywanie się zdecydowanie wyższej zapadalności mężczyzn niż kobiet oraz znacząco wyższej zapadalności w miastach niż na wsi. Duże wahania w liczbie nowo wykrywanych zachorowań rejestrowanych w kolejnych latach na obszarze poszczególnych województw (nierzadko o ponad 50% w stosunku do roku poprzedniego) w przypadku takich chorób jak wzv B, bez wyraźnie zaznaczonego cyklu epidemicznego, wskazują bardziej na niestabilność systemu rejestracji zachorowań niż na gwałtowne zmiany lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Z perspektywy wieloletniej daje się

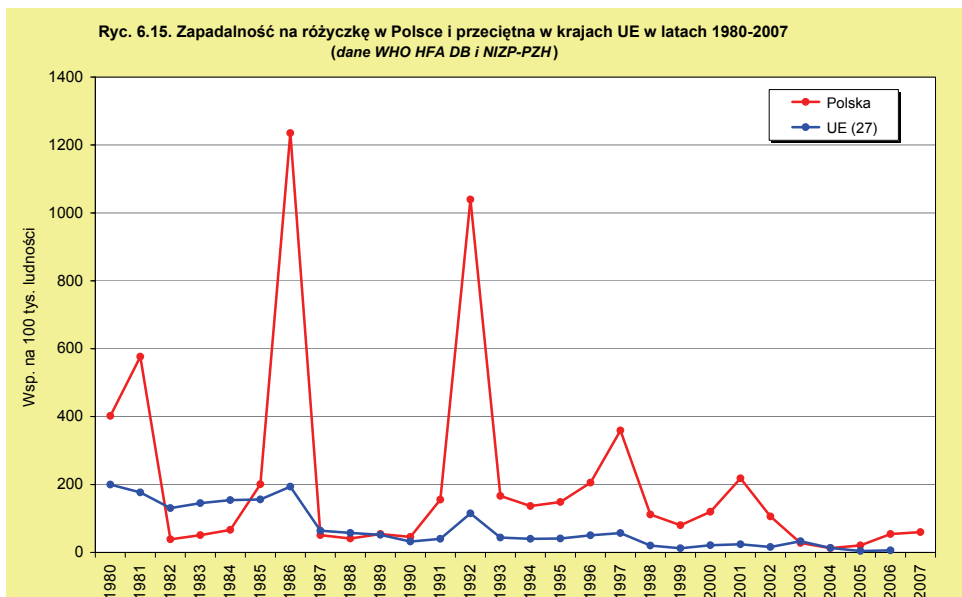
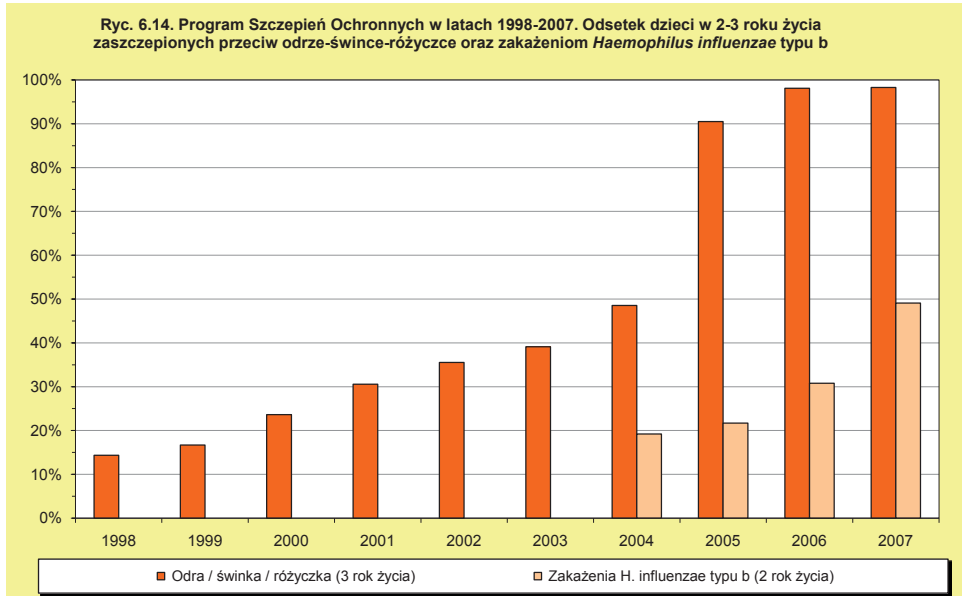


jednak zauważyć utrzymywanie się wyraźnego terytorialnego zróżnicowania zapadalności (ryc. 6.9). Do grupy województw o najwyższej zapadalności należą woj. kujawsko-pomorskie, łódzkie, świętokrzyskie i dolnośląskie.

Spśród chorób, przeciw którym prowadzi się w Polsce obowiązkowe szczepienia, gruźlica jest tą chorobą, w której skuteczność szczepień jako metody ochrony zdrowia populacji jest zdecydowanie najniższa. Pomijając kontrowersje wokół skuteczności samej szczepionki, wczesne wykrywanie zachorowań na gruźlicę oraz wczesne leczenie chorych



jest od szczepień BCG znacznie bardziej efektywną metodą ograniczania szerzenia się zakażeń. Jest też to zapewne jedną z przyczyn, że mimo obowiązkowych szczepień prowadzonych od lat 50. i wysokiego ich wykonawstwa (ryc. 6.2), sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce wprawdzie systematycznie poprawia się, ale dość wolno (ryc. 6.10). W stosunku do przeciętnej zapadalności w krajach UE częstość zachorowań na gruźlicę jest w Polsce w ostatnich latach wyższa o około 40% (w 2006 r.: Polska 22,5 na 100 000; UE

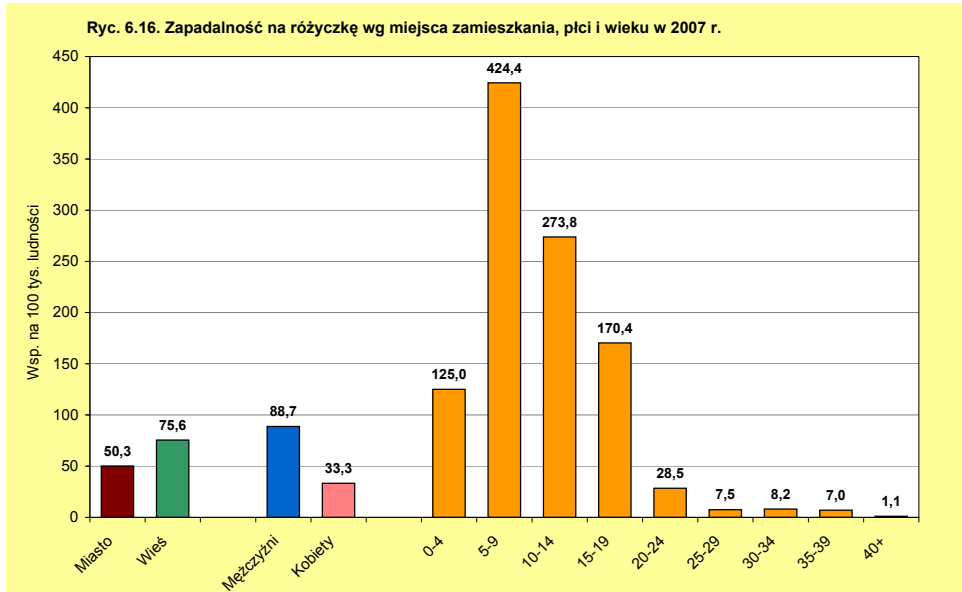


16,6), przy czym, zważywszy na wyraźne osłabienie trendu spadkowego liczby zachorowań w Polsce po 2001 r., a nawet niewielki wzrost tej liczby w 2007 r. (o 0,6% w porównaniu do 2006 r.), dystans dzielący zapadalność w Polsce i przeciętną w UE od 6 lat nie ulega zmianie. Problemem jest też utrzymywanie się dużego zróżnicowania zapadalności na gruźlicę na obszarze poszczególnych województw (w 2007 r.: od 11,5 na 100 000 w woj. lubuskim do 35,4 w lubelskim) i brak oznak bardziej zdecydowanej poprawy sytuacji epidemiologicznej na terenie niektórych województw w ostatnich latach (na przykład w woj. lubelskim; ryc.

6.11). Ponieważ tempo spadku zapadalności mężczyzn i zapadalności kobiet w Polsce jest w ostatniej dekadzie porównywalne, mężczyźni nadal zapadają na gruźlicę dwukrotnie częściej niż kobiety (zapadalność w 2007 r. odpowiednio: 31,5 i 14,5). Utrzymuje się też nieco wyższa zapadalność na gruźlicę mieszkańców wsi niż w miast (w 2007 r. odpowiednio: 24,2 i 21,7).

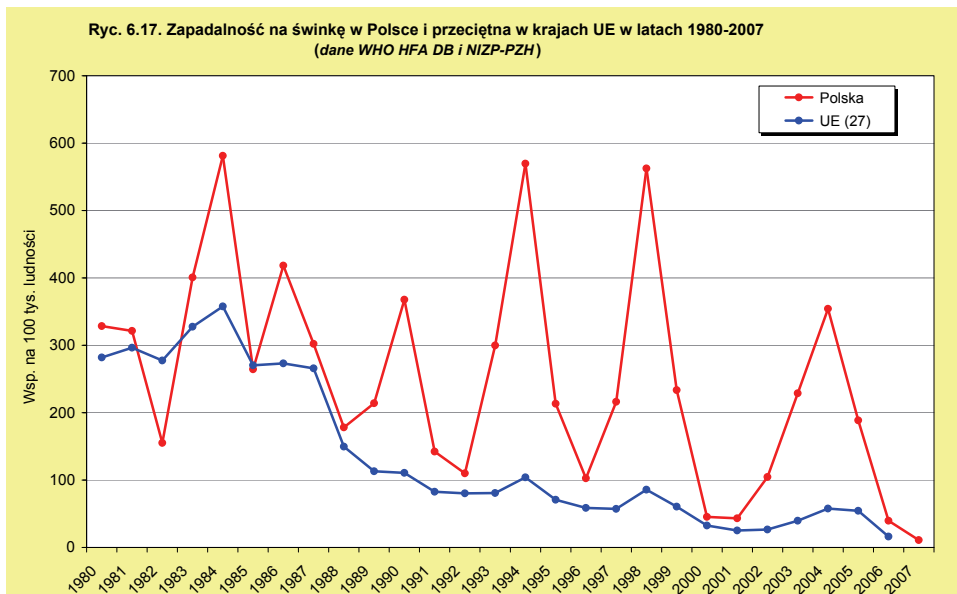
Z grupy chorób objętych wieloletnimi programami obowiązkowych szczepień, jedynie w przypadku krztuśca, pomimo utrzymywania wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci w 1-2 r.ż., nastąpiło wyraźne pogorszenie się sytuacji epidemiologicznej, objawiające się wzrastającą liczbą zachorowań w latach 90. ubiegłego wieku. Podobne zjawisko odnotowano także w różnych latach w kilku innych krajach europejskich (ryc. 6.12), jednak zapadalność na krztusiec w Polsce, wcześniej bardzo niska - szczególnie w porównaniu z przeciętną zapadalnością w krajach UE - przy spadkowej tendencji obserwowanej w większości innych krajów europejskich wzrosła na tyle, że w 1998 r. po raz pierwszy przekroczyła poziom przeciętnej zapadalności w krajach UE (Polska 7,4 na 100 000; UE 4,2). Ponieważ większość zachorowań na krztusiec notowano wśród dzieci w wieku od 5 do 14 lat (ryc. 6.13), do programu szczepień ochronnych w Polsce wprowadzono na przełomie 2003/4 r. podawanie przypominającej dawki szczepionki przeciw krztuścowi dzieciom w 6 r.ż. (szczepionkę DT zastąpiono szczepionką DTaP). Zapobiegło to dalszemu wzrostowi liczby zachorowań, a w perspektywie najbliższych lat powinno spowodować spadek zapadalności na krztusiec, przynajmniej do poziomu notowanego w latach 80., tj. poniżej 1 zachorowania na 100 000 ludności. W 2007 r. zapadalność była jeszcze relatywnie wysoka, bo wynosiła 5,2 na 100 000.

W przypadku różyczki, wprowadzone w 1988 r. obowiązkowe szczepienie przeciw tej chorobie dziewcząt w 13 r.ż. nie mogło wpłynąć w poważniejszym stopniu na poziom zapadalności w kraju, wykonywane było bowiem już po okresie najwyższej zapadalności dzieci na różyczkę, który przypada na wiek 5-9 lat. Nie było to zresztą celem, w jakim wprowadzono to szczepienie. Uodpornianie dziewcząt przed wejściem w wiek rozrodczy miało chronić je przed zakażeniem w okresie ewentualnej ciąży i zapobiegać zespołowi różyczki wrodzonej u noworodka. W miarę upływu lat, systematycznie obniżając zapadalność na różyczkę kobiet w wieku rozrodczym, szczepienie zmieniało jednak nieco stosunek zapadalności chłopców/mężczyzn ogółem i dziewcząt/ kobiet ogółem, z tendencją do powiększania się różnicy. Na obniżenie ogólnej zapadalności wpłynąć mogło dopiero wprowadzenie do programu szczepień w 1995 r. poliwalentnej szczepionki przeciwko odrze, śwince i różyczce, jako zalecanej (odpłatnej), zamiast monowalentnej szczepionki przeciw odrze (bezpłatnej), i coraz częstsze korzystanie z tej możliwości przez rodziców (ryc. 6.14). Momentami, które w najbliższych latach radykalnie zmienią sytuację epidemiologiczną różyczki w Polsce, zdecydowanie niekorzystnie prezentującą się na tle sytuacji w innych krajach europejskich (ryc. 6.15), było wprowadzenie obowiązkowego szczepienia przeciw odrze-śwince-różyczce: w 2003 r. - zamiast podstawowego szczepienia przeciw odrze, a w 2004 r. - zamiast przypominającej dawki szczepionki przeciw tej chorobie. Efektów należy oczekiwać już w najbliższych latach, gdy pierwsze roczniki dzieci zaszczepionych w 13-14 miesiącu życia osiągną wiek 5-9 lat, w którym ryzyko zachorowania na różyczkę było dotychczas najwyższe (ryc. 6.16). W 2007 r. zapadalność w tej grupie wieku wynosiła w Polsce 424,4 na 100 000, przy ogólnej zapadalności (w całej populacji) 60,1.

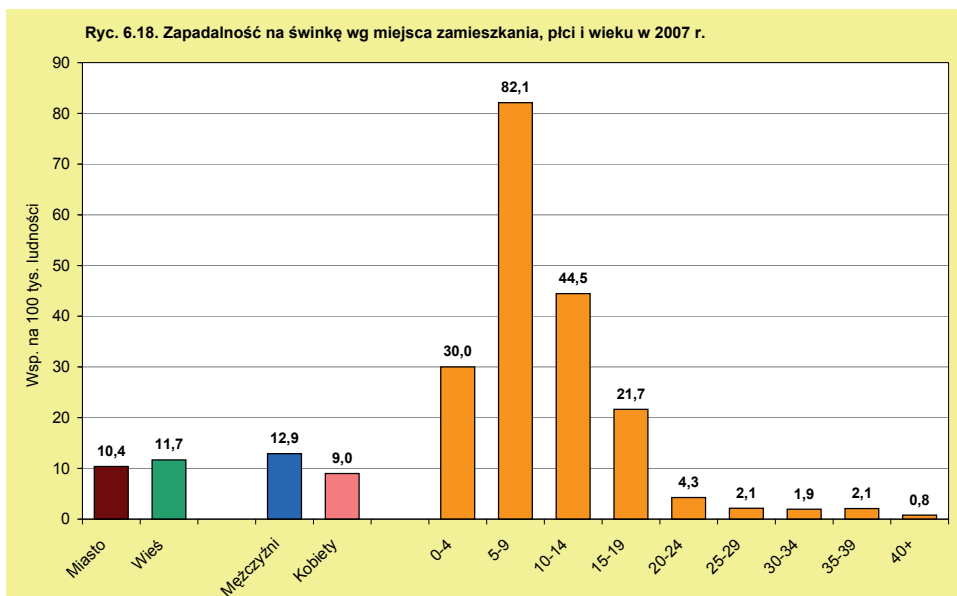


Zapadalność na świnkę w ostatnich trzech dekadach miała w Polsce lekki, ale wyraźny, trend spadkowy (podobnie jak szereg innych chorób zakaźnych), w odróżnieniu od innych chorób mniej może jednak zauważany ze względu na występujące cyklicznie epidemie (na ogół co trzy lata). W 2007 r. odnotowano nawet najniższą zapadalność (10,9 na 100 000) od czasu podjęcia rejestracji zachorowań, tj. od lat 50. ubiegłego wieku. Była to jednak cały czas (nawet w okresach zaciśnięcia międzyepidemicznego) zapadalność znacznie przewyższająca przeciętną zapadalność w krajach UE (ryc. 6.17). Różnica miała tendencję do powiększania się, w związku z wcześniejszym (lub w szerszym zakresie) wprowadzaniem w innych krajach szczepień przeciw tej chorobie. Wspomniana wyżej zmiana w programie obowiązkowych szczepień dzieci w Polsce, czyli wprowadzenie szczepień przeciw odrześwinie-różyczce, powinna zaowocować szybkim obniżaniem się tej zapadalności w takiej samej perspektywie czasowej jak w przypadku różyczki, tj. w okresie najbliższych 3 do 5 lat. Wiek, w którym ryzyko zachorowania na świnkę jest największe, jest praktycznie ten sam co w przypadku różyczki (ryc. 6.18).

Szczepienie przeciw zakażeniom wywołanym przez *Haemophilus influenzae* typu B (Hib) po raz pierwszy zostało umieszczone w programie szczepień w Polsce w 1997 r., jako zalecane „dzieciom od 2 miesiąca życia dla zapobiegania zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych, posocznicy, zapaleniom nągli i itp.” Jako szczepienie obowiązkowe w 1 i 2 r.ż. - ale obejmujące wyłącznie dzieci z domów dziecka, jako grupę szczególnie narażoną - wprowadzono je do programu szczepień w 2004 r., by w 2005 r. poszerzyć tę grupę o dzieci w tym samym wieku, pochodzące z rodzin wielodzietnych (nie mniej niż troje dzieci). Szczepienie powszechne, obejmujące wszystkie dzieci w 2 m.ż. wprowadzono w 2007 r. W tym samym roku ogólna zapadalność na inwazyjną chorobę wywołaną przez *H. influenzae* w Polsce (0,11 na 100 000) okazała się niższa od odnotowanej dwa lata wcześniej o 42,6% (pomimo wzrostu liczby zarejestrowanych posocznicy z 17 do 21), a zapadalność na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu (0,09) niższa o 40,6%. Był to niewątpliwie



efekt prowadzonych szczepień. Dane o przypadkach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zarejestrowanych od 1997 r. wskazują, że spadkowy trend liczby zachorowań na tę postać kliniczną choroby zarysował się już po 1998 r. (tabela 6.1) i już wówczas mogło to się wiązać z rozpoczęciem szczepień. Po ich wprowadzeniu do programu szczepień zalecanych liczba osób szczepionych przeciw Hib zaczęła szybko wzrastać: od około 10 tys. zaszczepionych w 1997 r. do ponad 110 tys. w 2003 r. i ponad 226 tys. w 2006 r., tj. na rok przed

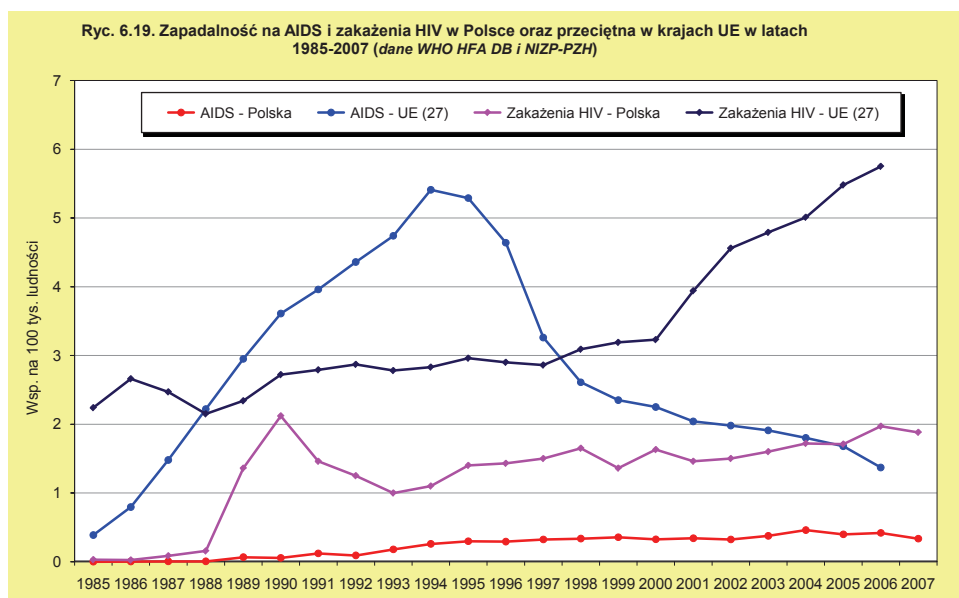


wprowadzeniem szczepień obowiązkowych, przy czym (szacunkowo) około 95% osób szczepionych w tym okresie stanowiły dzieci w wieku poniżej 5 r.ż. W rezultacie, w 2007 r. przeciw zakażeniom Hib zaszczyconych (pełnym cyklem) było 49,1% dzieci w 2 r.ż. (ryc. 6.14) oraz 73,9% w 3 r.ż., 49,0% w 4 r.ż. i 35,5% w 5 r.ż. Ponieważ ryzyko zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wywołanego przez Hib jest najwyższe w pierwszych latach życia (w 2005 r. w ogólnej liczbie zarejestrowanych w Polsce zachorowań udział dzieci w wieku do lat 5 wynosił 71,2%), weryfikacja skuteczności wprowadzonych szczepień odbywa się „na bieżąco”.

6.2. Inne choroby zakaźne

6.2.1. AIDS i zakażenia HIV

W 1986 r., w którym zarejestrowano w Polsce pierwszy przypadek AIDS (zapadalność 0,003 na 100 000 ludności), współczynnik zapadalności na tę chorobę w Szwajcarii wynosił już 3,17, we Francji 2,27, a w Danii 1,35. Przeciętna zapadalność w krajach UE (w jej obecnym kształcie) wynosiła wówczas 0,79 i z roku na rok szybko rosła (ryc. 6.19). Zapadalność na AIDS w UE znacząco spadła po 1994 r., m.in. pod wpływem wprowadzenia leczenia antyretrowirusowego, które zapobiega występowaniu chorób wskaźnikowych AIDS wśród osób zakażonych. W Polsce najwyższą - jak dotychczas - liczbę zachorowań i najwyższą zapadalność odnotowano w 2004 r. - 176 zachorowań, tj. 0,46 na 100 000. W tym samym roku przeciętna zapadalność w UE wynosiła 1,80 i była prawie 4-krotnie wyższa. Nie można jednak nie zauważyć, że w odróżnieniu od ogólnych trendów w UE, w Polsce zapadalność ma wprawdzie słabą, ale wyraźną tendencję do podwyższania się. Nie przeczy temu niewielka liczba zachorowań (128) zarejestrowanych w 2007 r., ponieważ nawet do 50% przypadków zgłaszanych bywa z opóźnieniem, w następnym roku kalendarzowym w stosunku do roku rozpoznania choroby.

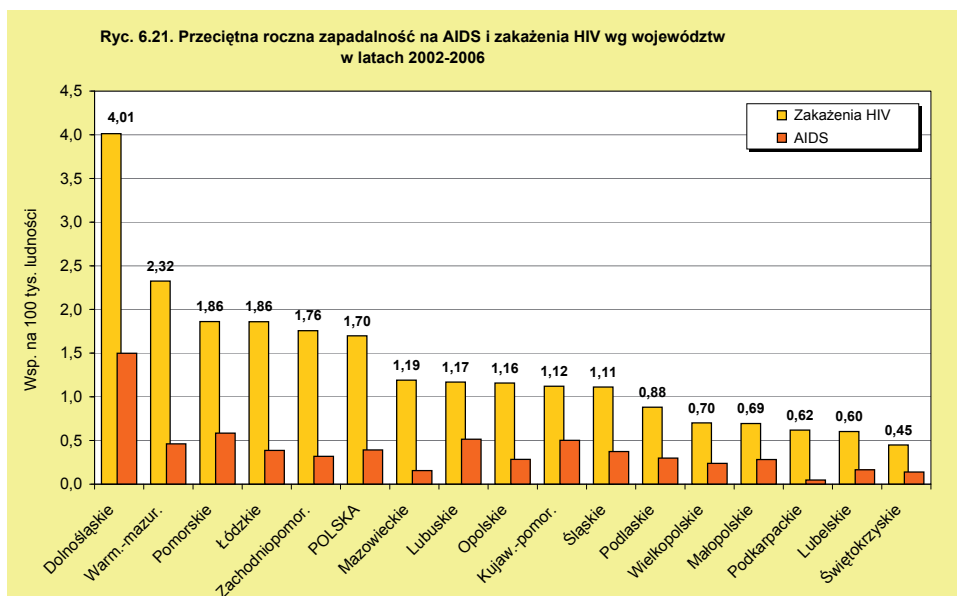
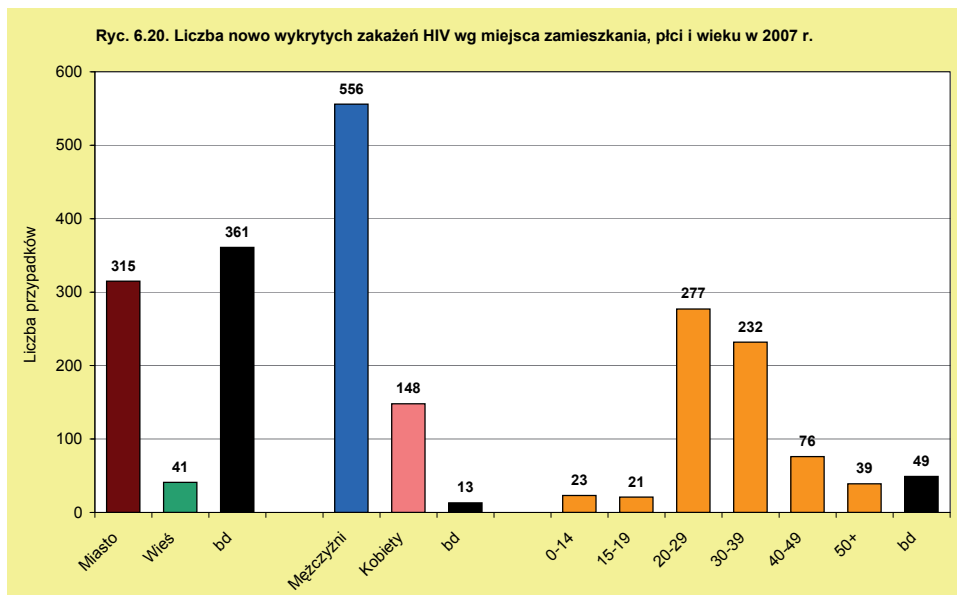


Wpływ na odmienne trendy zapadalności na AIDS w Polsce i w krajach Europy zachodniej ma zwiększający się podczas ostatnich kilku lat udział tzw. późnych rozpoznań (zakażenie HIV rozpoznawane jest w fazie głębokiego upośledzenia odporności). Ich liczba od końca lat 1990. wzrosła prawie dwukrotnie i w latach 2005-2007 stanowiła 57% wszystkich rozpoznanych zachorowań na AIDS w Polsce. Dodatkowo znaczącą grupę wśród nowych zachorowań na AIDS tworzą osoby uzależnione, których objęcie opieką medyczną jest z różnych względów utrudnione. Stanowią one 60-80% grupy osób z wcześniej rozpoznany zakażeniem HIV. Z drugiej strony, wiele krajów UE podnosi problem zmniejszającej się czułości nadzoru nad AIDS. Wynika to z faktu, że monitorowanie AIDS w dobie dostępności leczenia antyretrowirusowego przestało stanowić wskaźnik rozwoju epidemii i nacisk jest obecnie kładziony na monitorowanie wykrywalności zakażeń HIV oraz zmian rozpowszechnienia zakażenia w populacji.

Przyspieszony wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń, który nastąpił w UE po 2000 r. (ryc. 6.19), odpowiada wystąpieniu ogniska wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w krajach Europy Wschodniej, a także wzrostowi zakażeń na drodze heteroseksualnej, związanych z osobami pochodzącymi z krajów o uogólnionej epidemii (głównie Afryka) oraz wśród mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z mężczyznami. W Polsce, podobnie jak w całej Europie Środkowej, do dziś utrzymuje się względnie korzystna sytuacja epidemiologiczna. Najwyższą jak dotąd liczbę nowo wykrytych zakażeń zarejestrowano w 1990 r. - 809 zakażeń, głównie związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków. Na początku lat 1990. nastąpił znaczący spadek, a od 1993 r. ponownie stopniowy wzrost. Obecnie wykrywa się ponad 700 zakażeń rocznie, a częstość wykrywania jest na podobnym poziomie, jak podczas trwania ogniska na przełomie lat 1980-1990. Należy jednak stwierdzić, że w chwili obecnej duża część osób żyjących z HIV nie ma tego świadomości. Przemawia za tym rosnący wskaźnik późnych rozpoznań, jak również wskaźnik wykonywanych w Polsce badań w kierunku HIV (około 3-5 na 1 mln mieszkańców), który jest jednym z najniższych w UE.

Zakażenia HIV są nadal częstsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet (ryc. 6.20). Ogółem do końca roku 2007 kobiety stanowiły 24%, z tym, że najwyższy odsetek odnotowano w 2003 r. (29%), po którym nastąpił spadek do 21% w 2007 r. Odsetek kobiet jest znacznie wyższy w przypadku zakażeń wykrywanych u osób poniżej 30 roku życia, zwłaszcza wśród nastolatków. W danych skumulowanych 48% zakażeń HIV zostało rozpoznanych wśród osób w wieku 20-29 lat. Po 2000 r. obserwuje się zmniejszający się udział procentowy osób poniżej 30 r.ż. na korzyść osób starszych. W 2007 r. osoby w wieku 20-29 lat stanowiły 39%, a kolejne 32% osoby w wieku 30-39 lat i w tej grupie odnotowano ostatnio największy wzrost. Grupa wiekowa 15-19 lat jest w zasadzie jedyną grupą, gdzie odnotowano tendencję spadkową liczby nowo wykrywanych zakażeń.

Prawie 90% zakażeń wykrywanych jest wśród mieszkańców miast (ryc. 6.20). Sytuacja wykazuje również duże zróżnicowanie terytorialne (ryc. 6.21). Najwyższą częstość wykrywania HIV notuje się w ostatnich latach w województwie dolnośląskim i warmińsko-mazurskim, gdzie nadal odsetkowo większy niż dla całego kraju udział mają zakażenia iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Często podnosi się jednak kwestię zróżnicowania w poziomie diagnostyki pomiędzy województwami. Podczas gdy może ona wpływać na notowane wskaźniki, pewne tendencje znajdują potwierdzenie w niezależnych źródłach danych, takich jak częstość wykrywania HIV wśród dawców krwi. Wśród dawców wielokrotnych



wskaźnik dwukrotnie przewyższający średnią krajową odnotowano w Centrach znajdujących się w województwach dolnośląskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim i świętokrzyskim. W województwie dolnośląskim, a w ostatnich latach również mazowieckim i małopolskim, notuje się wzrost nowo wykrywanych zakażeń.

Niepokój budzi zwiększająca się liczba zakażeń wertykalnych, które dotyczą w zasadzie wyłącznie dzieci kobiet z nierozpoznanym zakażeniem HIV. Liczba wykrytych zakażeń

wertykalnych w przeliczeniu na 1000 żywych urodzeń ulega pewnym wahaniom, ale od 2001 do 2006 roku wzrosła od 0,01 do 0,04.

Nadzór nad HIV/AIDS w Polsce w ostatnich latach nie dostarcza jednak kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji polskiej, choć szereg danych wskazuje na zwiększanie się udziału zakażeń przenoszonych drogą seksualną (stosunki heteroseksualne i seks pomiędzy mężczyznami). Nieznajomość głównych dróg transmisji wirusa HIV w danym miejscu i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się zakażeń.

6.2.2. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Wirusowe zapalenie wątroby typu C stanowi poważny i narastający problem epidemiologiczny. Wzr C jest chorobą, której początek bywa bezobjawowy w ponad 50% przypadków. Ponadto, znacznie częściej niż w wzr typu B, w przebiegu wzr C występuje faza przewlekła zapalenia, prowadząca do marskości wątroby (około 20%). Zakażenie to stanowi poważny czynnik ryzyka raka pierwotnego wątroby.

Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C przenoszone jest, podobnie jak zakażenie wirusem typu B, najczęściej z krwią i płynami ustrojowymi przy uszkodzeniu tkanek. Są to więc zakażenia związane z opieką medyczną oraz dożylnym przyjmowaniem substancji odurzających, ale także z wykonywaniem tatuażu i zabiegów kosmetycznych. Płciowa droga przenoszenia w epidemiologii wzr C odgrywa mniejszą rolę, choć i na tej drodze może dochodzić do zakażenia.

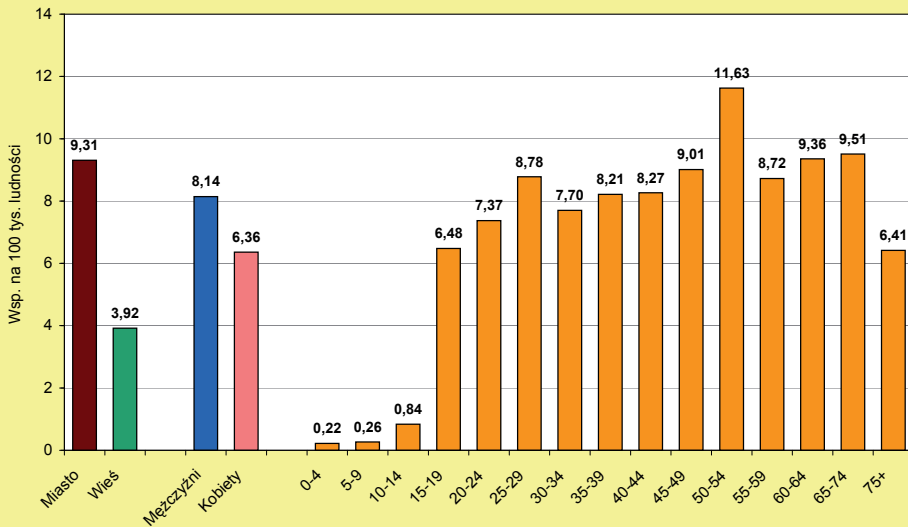
Tym, co najmocniej odróżnia wzr C od wzr B, jest brak szczepień przeciw pierwszej z tych chorób. Brak możliwości czynnego uodpornienia przeciw wzr C sprawia, że zapadalność na wzr C jest dobrym wskaźnikiem niedostatecznego poziomu sterylizacji i higieny szpitalnej oraz ryzykownych zachowań osób uzależnionych.

Zapadalność na wzr C narastała w Polsce od początku oddzielnej rejestracji tego zakażenia w 1997 r., w którym wyniosła 2,58 na 100 000 ludności do 7,85 w 2005 r. W kolejnych dwóch latach odnotowano nieznaczny spadek zapadalności. W 2006 r. wyniosła 7,73, a w 2007 r. 7,22. Należy jednak pamiętać, że wirusowe zapalenia wątroby typu B i C są chorobami przewlekłymi i stosunkowo niewielka zapadalność roczna kumuluje się poprzez lata, prowadząc do wysokiej chorobowości, która w Polsce w populacji ogólnej przekracza 1%, a wśród osób uzależnionych może dochodzić w niektórych ośrodkach nawet do kilkudziesięciu procent.

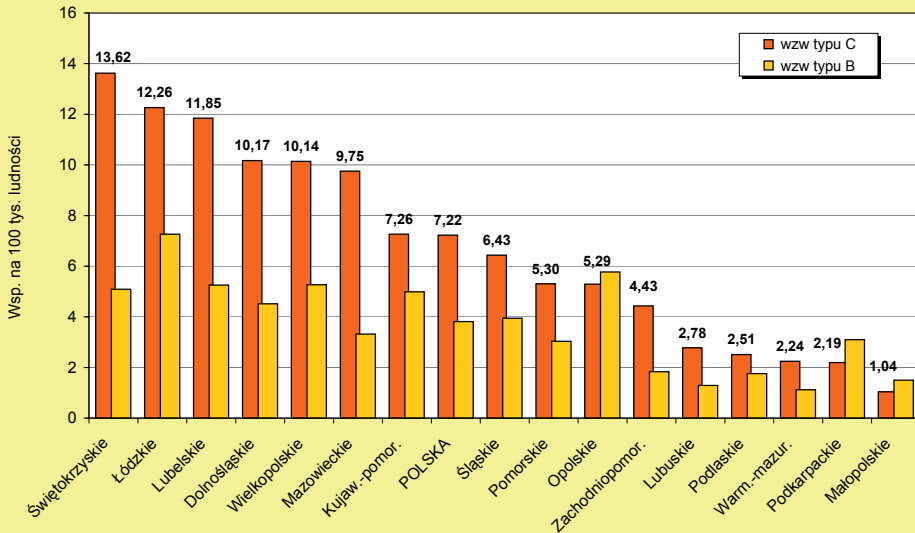
Podobnie jak w przypadku wzr typu B, zapadalność na wzr typu C jest wyższa w miastach niż na wsi i częściej chorują mężczyźni niż kobiety. W grupach wieku do 15 roku życia zapadalność jest stosunkowo niska, ale w grupie 15-19 lat następuje gwałtowny skok zapadalności, który najprawdopodobniej zależy od dożylnego przyjmowania narkotyków w tej grupie wiekowej. W następnych grupach wieku różnice w zapadalności na wzr C są stosunkowo niewielkie (ryc. 6.22).

Z podobieństwa dróg szerzenia się wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz typu B wynikają wyraźne podobieństwa w terytorialnym zróżnicowaniu zapadalności na wzr C i B (ryc. 6.23)

Ryc. 6.22. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu C wg miejsca zamieszkania, płci i wieku w 2007 r.

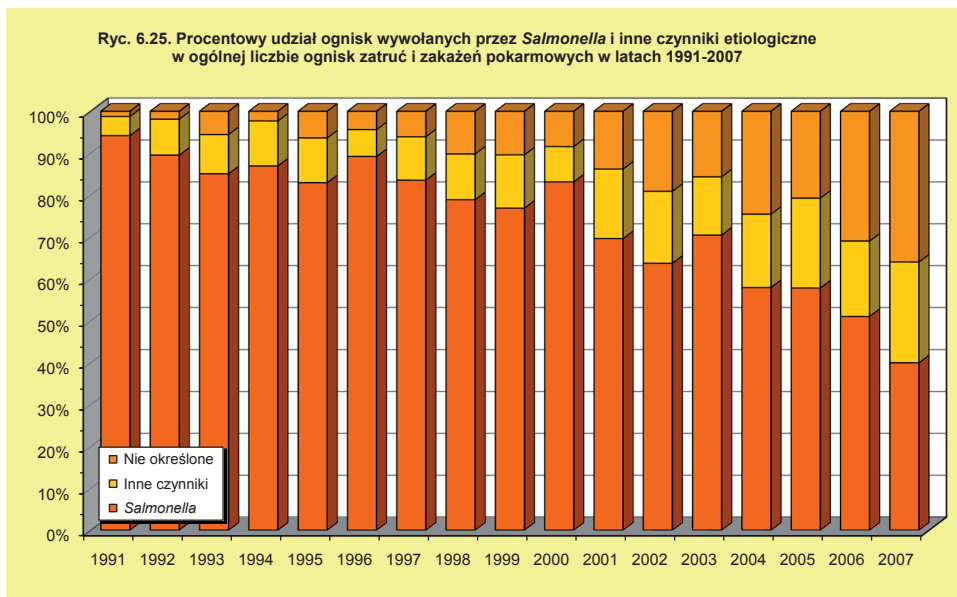
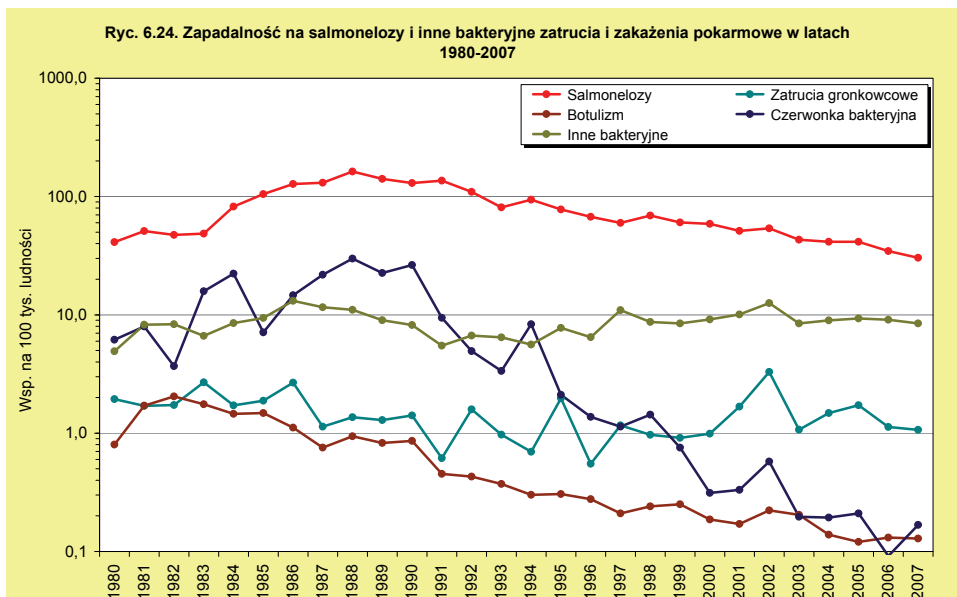


Ryc. 6.23. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu C oraz typu B wg województw w 2007 r.



6.2.3. Zatrucia i zakażenia pokarmowe

Zatrucia i zakażenia pokarmowe stanowią grupę chorób różniących się wywołującymi je czynnikami, a częstokroć również objawami klinicznymi, których wspólną cechą jest droga zakażenia związana z przyjmowaniem pokarmu. Wyodrębnienie tak szerokiej i złożonej grupy chorób w nadzorze epidemiologicznym podyktowane było ich ważną rolą w zdrowiu



publicznym oraz tym, że stanowią podstawową miarę bezpieczeństwa żywności i poziomu higieny gospodarstw domowych oraz miejsc przyrządzania posiłków w skali populacji.

Dynamikę zapadalności na bakteryjne zakażenia i zatrucia pokarmowe od 1980 r. przedstawia rycina 6.24. Przedstawione (w skali logarytmicznej) wykresy obrazują wielkie różnice w zapadalności pomiędzy poszczególnymi chorobami i dobrze ilustrują malejące trendy zapadalności na salmonelozę, czerwonkę bakteryjną czy zatrucia jadem kiełbasianym

oraz względnie stabilną sytuację epidemiologiczną w zakresie zatruc gronkowcowych oraz zakażeń nie zdiagnozowanych pod względem etiologicznym.

W Polsce przez wiele lat dominującym czynnikiem będącym przyczyną zakażeń pokarmowych były bakterie rodzaju *Salmonella*, wśród których dominującym gatunkiem była *S. Enteritidis*. W 1991 r. odsetek ogółu ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych wywołanych tym patogenem przekraczał 90% (ryc. 6.25). Inne czynniki występowały znacznie rzadziej i badania w ich kierunku rzadziej były podejmowane. Okresem szczególnego wzrostu zapadalności na salmonelozę była druga połowa lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Mogło to być związane m.in. z wczesnym okresem wprowadzania hodowli drobiu na masową skalę. 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 odbiega istotnie od średniej dla krajów UE. (ryc. 6.26).

Zapadalność na zatrucia i 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 2007 r. 261,4 na 100 000, a w drugim roku życia nawet 371,5, po czym ulegała obniżeniu aż do najniższego poziomu - 12,0 w grupie wieku 45-49 lat i następnie nieznacznie wzrastała - do 19,9 u osób powyżej 74 roku życia. Nieco wyższa jest zapadalność wśród mężczyzn niż wśród kobiet i na wsi niż w mieście (ryc. 6.27). Występują znaczne różnice terytorialne. W 2007 r. zapadalność na obszarze poszczególnych województw wahała się w granicach od 17,9 na 100 000 ludności w woj. śląskim do 50,0 w woj. lubelskim (ryc. 6.28).

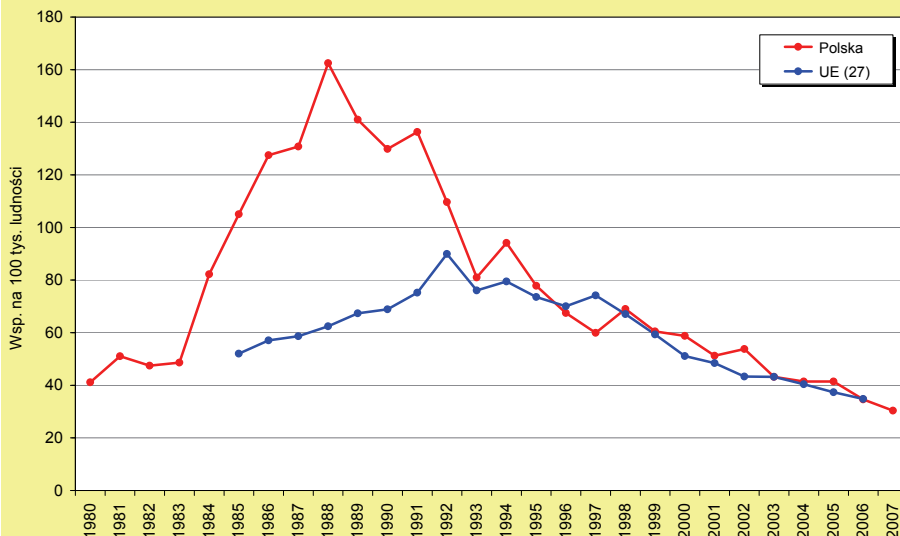
Zapoczątkowany w latach dziewięćdziesiątych trend spadkowy odsetka zakażeń wywołanych przez pałeczki *Salmonella* w ogniskach nasilił się wyraźnie po 2000 r. W 2007 r. odsetek tych zakażeń, podobnie jak w krajach Europy Zachodniej spadł do wartości poniżej 40%. Jednocześnie powyżej 20% wzrósł odsetek zakażeń pokarmowych wywołanych przez inne zdiagnozowane czynniki, wśród których obserwowana jest tendencja wzrostowa zakażeń wywołanych przez wirusy. Coraz częstsze są zakażenia wywołane norowirusami. Niestety, w 2007 r. niemal w 40% ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce czynnik etiologiczny nie został wykryty.

Ten wysoki odsetek nie zdiagnozowanych pod względem czynnika chorobotwórczego zakażeń pokarmowych jest w dużym stopniu związany z niedostatkami bazy laboratoryjnej oraz braku zainteresowania dokładniejszą diagnostyką lekarzy leczących tę grupę chorych. Jednak w tym zakresie sytuacja ulega stopniowej poprawie.

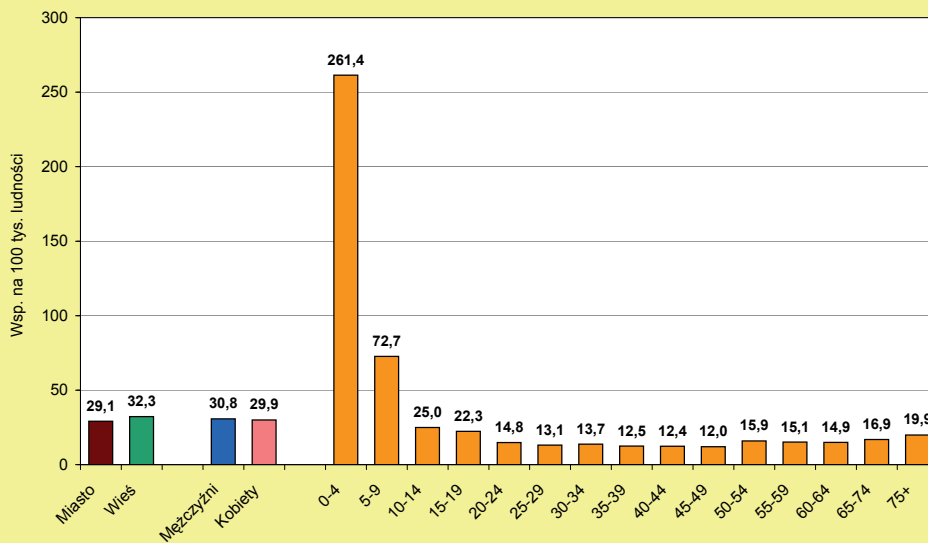
Dwa ważne rodzaje bakterii, wywołujących zakażenia pokarmowe - *Campylobacter* i *Yersinia* są diagnozowane coraz częściej, choć nadal dużo rzadziej niż w krajach Europy Zachodniej.

Od 2002 r. zachorowania spowodowane *Campylobacter spp.* są obowiązkowo zgłaszane w ramach systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi. Liczba rozpoznawanych i zgłaszanych przypadków kamylobakteriozy powiększa się z każdym rokiem. W latach 2003 i 2004 zgłoszenia pochodziły jedynie z województw małopolskiego i mazowieckiego. W kolejnych latach dołączały następne województwa, na terenie których sukcesywnie wprowadzana jest w laboratoriach metoda wykrywania pałeczek z rodzaju *Campylobacter* w materiale klinicznym. W 2007 r. zgłoszono do systemu 192 zachorowania na kamylobakteriozę, co prawdopodobnie jest konsekwencją zarówno wzrostu liczby laboratoriów prowadzących badania w tym kierunku, jak i wzrostu świadomości lekarzy o możliwości zakażeń jelitowych

Ryc. 6.26. Zapadalność na salmonelozę w Polsce i przeciętna w krajach UE w latach 1980-2007
(dane WHO HFA DB i NIZP-PZH)

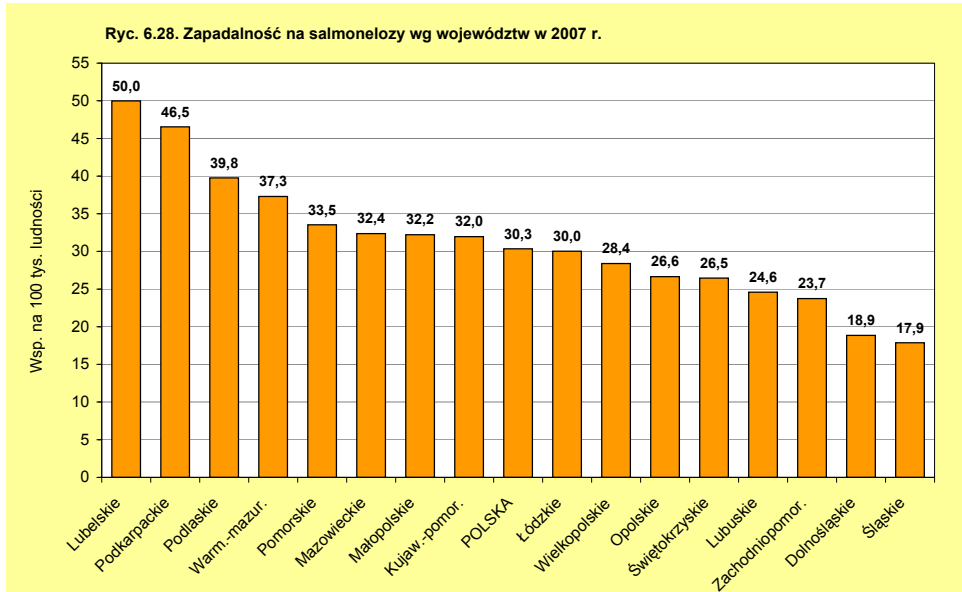


Ryc. 6.27. Zapadalność na salmonelozę wg miejsca zamieszkania, płci i wieku w 2007 r.



wywołanych tym patogenem oraz o istnieniu obowiązku zgłaszania tej jednostki chorobowej. O ile w 2003 r. odsetek osób hospitalizowanych, u których stwierdzono kamylobakteriozę wynosił prawie 87%, to w kolejnych latach ulegał zmniejszeniu i w 2007 r. wyniósł 63%.

Zakażenia pałeczkami *Yersinia* są również rejestrowane coraz częściej. W dwóch pierwszych latach (2003 r. i 2004 r.) raportowania tej choroby liczba przypadków zgłoszonych wyniosła odpowiednio 71 i 84. W roku 2005 do systemu nadzoru zgłoszono już 136 przypadków zachorowań. W roku 2006 zarejestrowano podobną liczbę - 140 przypadków



a w 2007 r. - 233. Czynniki wpływające na wzrost liczby zgłaszanych zachorowań są prawdopodobnie takie same jak w przypadku kamylobakteriozy.

Od początku okresu raportowania jersiniozy odsetek osób hospitalizowanych w wyniku zachorowania był bardzo wysoki i wahał się od 59,2% w roku 2003 do 83,1 w 2005. W roku 2006 wyniósł on 67,9%, a w 2007 - 60,5%. Takie odsetki hospitalizacji w kolejnych latach mogą świadczyć przede wszystkim o tym, że jersinioza jest rozpoznawana w przypadkach, gdy zachorowanie ma ciężki przebieg i wymaga hospitalizacji.

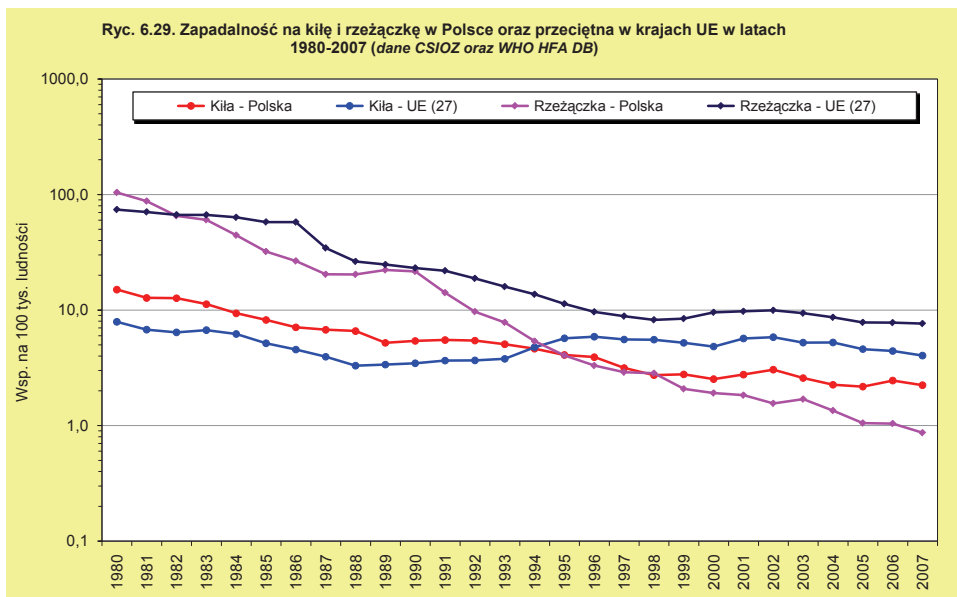
Ponieważ mamy do czynienia z początkiem rejestracji kamylobakteriozy i jersiniozy, jako wyodrębnionych w nadzorze jednostek chorobowych, aby dokonać oceny sytuacji zachorowań wywołanych zakażeniem pałeczkami *Campylobacter* czy *Yersinia* na terenie kraju niezbędne jest gromadzenie informacji na temat ich występowania przez kilka następnych lat.

Ważnym wskaźnikiem bezpieczeństwa żywności i stanu sanitarnego kraju są rejestrowane liczby ognisk zatruc pokarmowych. W latach 1988-1991 liczba rocznie rejestrowanych ognisk przekraczała 700, a od 1996 pozostaje poniżej 400, za wyjątkiem lat 1998 i 2005, kiedy to nieznacznie przekroczyła tę liczbę.

Pozostałe choroby przenoszone drogą pokarmową rejestrowane w Polsce od szeregu lat, jak zatrucia jadem kielbasianym, zatrucia toksyną gronkowcową, czerwotka bakteryjna i wirusowe zapalenie wątroby typu A, obecnie w Polsce występują w niewielkich liczbach i odgrywają znacznie mniejszą rolę jako zagrożenia dla zdrowia publicznego (tabela 6.1)

6.2.4. Choroby przenoszone drogą płciową

W okresie po drugiej wojnie światowej zachorowania na kiłę miały rozmiary groźnej epidemii z liczbą zachorowań na kiłę wczesną objawową rzędu 55 tys. i zapadalnością odnotowaną w 1948 r. na poziomie 230 zachorowań na 100 000 ludności. Szeroko prowa-



dzona akcja zwalczania kiły doprowadziła do znacznego obniżenia zapadalności. Trend spadkowy utrzymuje się również w ostatnim 25-leciu (ryc. 6.29) Polska mająca w 1980 r. niemal dwukrotnie większą zapadalność na kiłę od średniej krajów UE, od 1994 r. ma zapadalność niższą, z utrzymującą się nadal tendencją spadkową (w 2006 r.: Polska 2,45 na 100 000; UE 4,04).

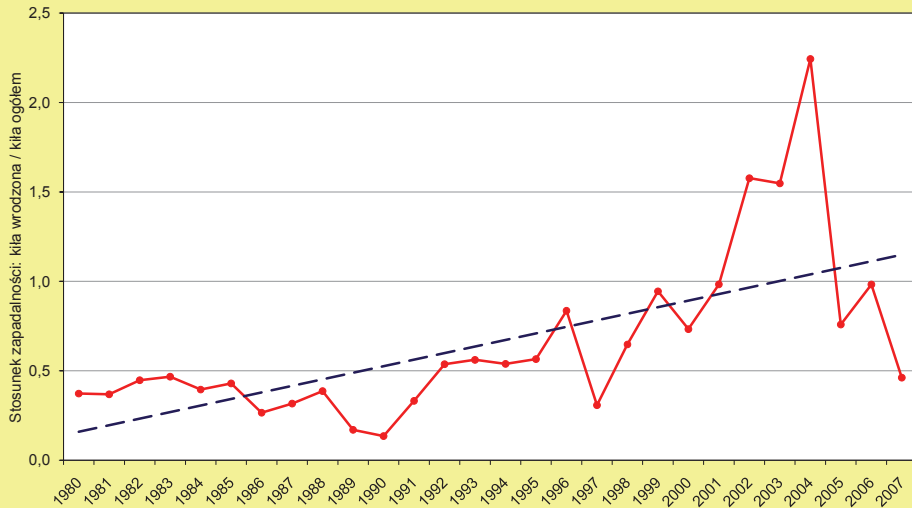
Jednak w ostatnich dwóch dekadach obserwowane jest bardzo niepokojące zjawisko w postaci trendu wzrostowego stosunku zapadalności na kiłę wrodzoną do kiły ogółem (ryc. 6.30). Kiła wrodzona stanowi odbicie zapadalności na kiłę kobiet w wieku rozrodczym. Pojawianie się, a szczególnie narastanie liczby tych przypadków przy ogólnym spadku liczby rejestrowanych zachorowań na kiłę, stanowi sygnał wskazujący na możliwość obniżania się czułości nadzoru. Może to skutkować niedostatecznym rozeznaniem sytuacji epidemiologicznej i niedostateczną mobilizacją administracji zdrowia publicznego w kierunku podnoszenia świadomości społecznej oraz promocji działań profilaktycznych i leczniczych.

Obserwowana w latach 80. silna tendencja spadkowa zapadalności na rzeżączkę, w świetle danych nadzoru epidemiologicznego już w 1984 r. uplasowała Polskę poniżej średniej Unii Europejskiej (ryc. 6.31). W 2007 r. zapadalność na rzeżączkę wyniosła w Polsce 0,87 na 100 000, podczas, gdy w krajach UE wskaźnik ten wynosił średnio 7,63. Również i w tym przypadku wskazana byłaby jednak weryfikacja przytoczonych danych przez ocenę czułości nadzoru epidemiologicznego.

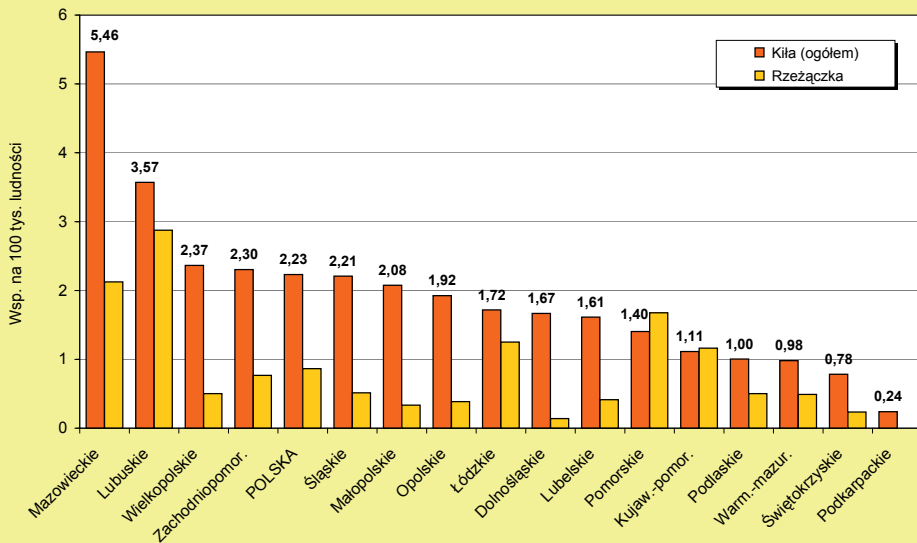
Nierzeżączkowe zakażenia cewki moczowej i narządu rodno, które są wskaźnikami o ograniczonej swoistości, lecz stanowią odbicie zakażeń *Chlamydia trachomatis*, sygnalizują kolejny, ważny problem kliniczny i epidemiologiczny w zakresie zakażeń przenoszonych drogą płciową, którego właściwa ocena możliwa będzie po sprawdzeniu jakości nadzoru nad tymi zakażeniami.

Choroby przenoszone drogą płciową zdecydowanie częściej rejestrowane są u mężczyzn niż u kobiet. W 2007 r. w Polsce zapadalność mężczyzn na kiłę ogółem była ponad 3-krotnie

Ryc. 6.30. Stosunek współczynnika zapadalności na kiłę wrodzoną (na 100 tys. urodzeń żywych) i na kiłę ogółem (na 100 tys. ludności) w latach 1980-2007 (dane CSIOZ)



Ryc. 6.31. Zapadalność na kiłę oraz rzeżączkę wg województw w 2007 r. (dane CSIOZ)



wyższa niż zapadalność kobiet (odpowiednio: 3,46 i 1,08 na 100 000), a na rzeżączkę prawie 9-krotnie (odpowiednio: 1,60 i 0,18). Różnice te w dużym stopniu mogą być spowodowane różnym stopniem wykrywalności tych chorób u kobiet i u mężczyzn.

W ocenie danych nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami przenoszonymi drogą płciową zwracają uwagę znaczne różnice terytorialne w zakresie raportowanej liczby osób leczonych na te choroby, a tym samym oceny zapadalności. Istnieją poważne przesłanki,

że przynajmniej częściowo, za różnice te odpowiada nierównomierna jakość nadzoru w poszczególnych województwach (ryc. 6.31).

Groźna sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową w niektórych krajach ościennych i znaczna mobilność społeczeństwa polskiego w ostatnich latach zwiększa prawdopodobieństwo zawleceń zakażeń przenoszonych drogą płciową do naszego kraju. Dlatego tak ważne jest właściwe rozeznanie sytuacji epidemiologicznej oraz zapewnienie wczesnego rozpoznawania i leczenia nowych przypadków tych zakażeń.

Odrębny problem, nie podlegający nadzorowi epidemiologicznemu, ale niesłuchanie ważny ze względu na jego kliniczne konsekwencje, stanowią zakażenia narządów płciowych wirusami papiloma (HPV). Potwierdzone w licznych badaniach podstawowych i epidemiologicznych zależności między występowaniem raka szyjki macicy a zakażeniami wywołanymi przez niektóre typy HPV, a także wyprodukowanie skutecznych szczepionek przeciw tym typom wirusa, stwarzają potrzebę opracowania i wprowadzenia programu szczepień zintegrowanego z odpowiednimi programami przesiewowymi, mającymi na celu wczesne wykrywanie i leczenie nowych przypadków tego nowotworu.

6.2.5. Grypa

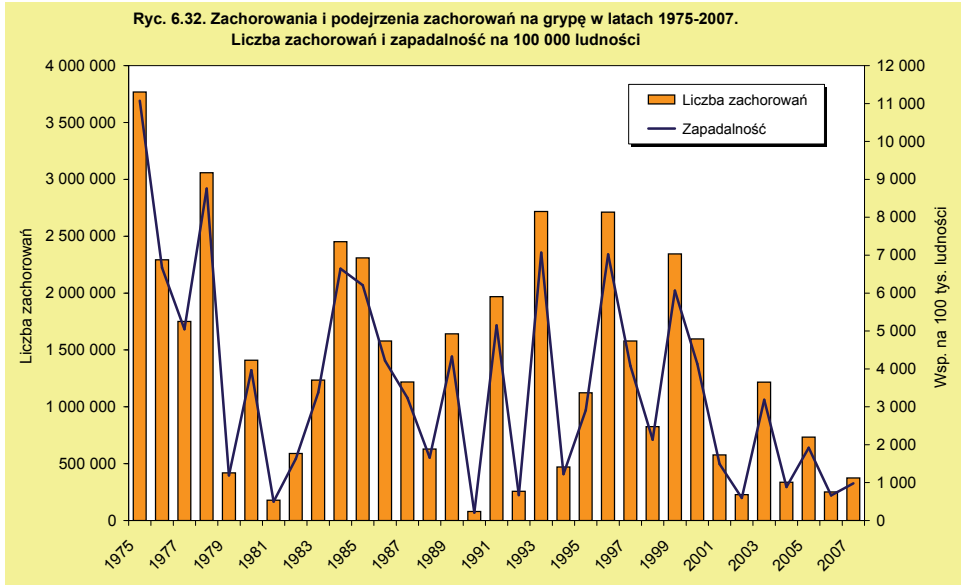
Grypa sezonowa jest chorobą o wysokiej zapadalności, nasilającej się rokrocznie w sezonie jesienno-zimowym. Coroczne sezony grypowe wiążą się absencją chorobową, wzrostem liczby zgonów, szczególnie osób w starszych grupach wiekowych, przeciążeniem instytucji medycznych i znacznymi kosztami społecznymi. Nadzór epidemiologiczny w Polsce opiera się na objawowym rejestrowaniu zakażeń górnych dróg oddechowych, określanych jako „zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę”, wśród których grypa stanowi wysoki, ale nie do końca zidentyfikowany odsetek. Taki tryb zgłaszania jest wystarczający do oceny trendów zapadalności oraz do porównania poszczególnych sezonów między sobą, jednak nie może stanowić podstaw do porównań międzynarodowych.

Od czasu ostatniej pandemii grypy Hong Kong, która rozpoczęła się w 1968 r. i trwała do 1970 r. nie obserwowano nowej pandemii, a tylko zachorowania sezonowe w liczbach zmieniających się corocznie bez określonego wieloletniego trendu (ryc. 6.32). Skala tych rocznych wahań wyniosła od około 80 tys. w 1990 r. do 3,8 mln w 1975 r., a biorąc pod uwagę sezony - od około 81 tys. w sezonie 1989/90 do 4,9 mln w sezonie 1975/76. W 2007 zgłoszono 374 042 zachorowania a zapadalność wyniosła 981,3 na 100 000 ludności.

Poziom zaszczepienia społeczeństwa przeciw grypie sezonowej nie przekracza 10%. Jest on niedostateczny i powinien być zwiększony.

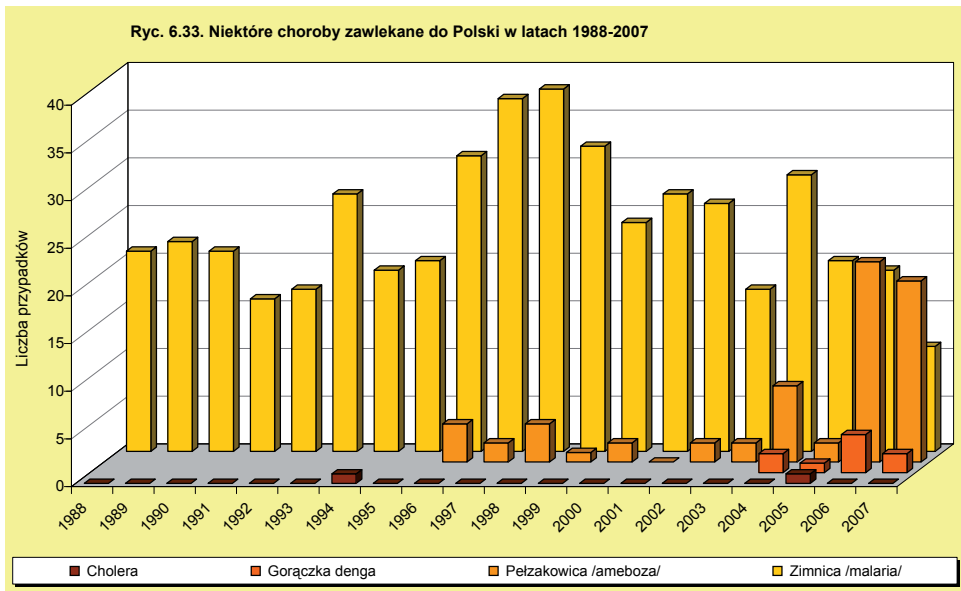
W oczekiwaniu na kolejną pandemię trwają działania przygotowawcze o charakterze organizacyjnym. Mają one na celu przygotowanie zaplecza szpitalnego oraz służb medycznych i innych, mających na celu zapewnienie funkcjonowania infrastruktury administracyjnej i gospodarczej, transportu, zapasów leków przeciwgrypowych oraz szczepionek, które mogłyby zapobiec najgroźniejszej jej postaci, jaką mogłaby stanowić grypa ptaków H5N1.

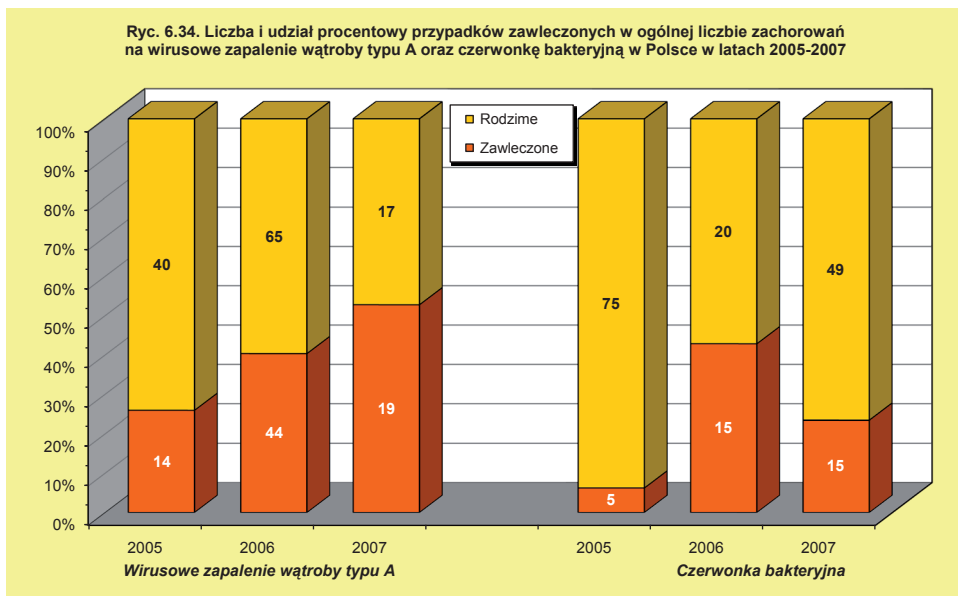
W zakresie przygotowań do pandemii grypy Polska jest właściwie przygotowana organizacyjnie oraz na miarę swych możliwości ekonomicznych, również pod względem posiadania rezerw leków przeciwgrypowych.



6.2.6. Problem zawlekania do Polski chorób zakaźnych

Budzący często duży niepokój społeczny problem zawlekania do Polski chorób zakaźnych, w tym szczególnie niebezpiecznych gorączek krwotocznych, stanowi poważny przedmiot zainteresowania inspekcji sanitarnej oraz lekarzy chorób zakaźnych. Choroby te, w razie zawleczenia ich do Polski, wymagają przy powzięciu podejrzenia natychmiastowego zgłaszania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz pilnego skierowania do jednej z przygotowanych na taką sytuację placówek leczniczych. Wymagane jest również odpowiednie





zabezpieczenie osób ze styczności i - w zależności od sytuacji - poddanie ich kwarantannie lub nadzorowi lekarskiemu.

Do chwili obecnej żadna z najgroźniejszych gorączek krwotocznych zdolnych zakażać ludzi w bezpośredniej styczności nie została zawleczona do Polski. Rejestrowana sporadycznie w Polsce denga, nie jest chorobą, która (poza wyjątkowymi przypadkami) przenosi się z człowieka na człowieka. Historycznie bardzo ważną, a obecnie w wielu obszarach globu ciągle groźną chorobę, jaką jest cholera, w ostatnich dwu dekadach zawleczono do Polski dwukrotnie (w 1994 r. i 2005 r.). Zawleczenia czterech wybranych chorób przywożonych do Polski z tropików przedstawiono na rycinie 6.33. Jedną z tych chorób jest malaria, której endemiczne ogniska w Polsce wygasły w pierwszych latach po drugiej wojnie światowej.

Obecnie pewien problem stanowi zawlekanie do Polski czerwonki czy wirusowego zapalenia wątroby typu A z podróży zagranicznych lub przez przybywających do Polski uchodźców. W 2007 r. 19 importowanych przypadków stanowiło ponad połowę zachorowań na wzw A zarejestrowanych w Polsce (ryc. 6.34). W warunkach polskich, gdzie bardzo niska endemiczność wzw A jest powodem niskiego rozpowszechnienia odporności naturalnej, zawlekanie tej choroby stwarza groźbę wybuchu epidemii wyrównawczych.

PODSUMOWANIE:

1. Ogólną sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce można określić jako stosunkowo dobrą i względnie stabilną. Zapadalność na większość chorób zakaźnych wykazuje tendencje spadkowe.
2. Mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej, wskaźniki zapadalności na wiele chorób zakaźnych w Polsce są wyższe niż przeciętny poziom zapadalności na te choroby w krajach Unii Europejskiej.

3. Korzystną, stabilną sytuację epidemiologiczną szeregu chorób zakaźnych osiągnięto w Polsce dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych. Kontynuacja i unowocześnianie tych programów stanowi warunek utrzymania osiągniętych rezultatów.
4. W związku z rozszerzeniem w ostatnich latach Programu Szczepień Ochronnych, w perspektywie kilku najbliższych lat oczekuje się przywrócenia w Polsce niskiej zapadalności na krztusiec oraz radykalnego spadku zapadalności na różyczkę, świnkę oraz chorobę wywołaną przez *Haemophilus influenzae* typu B.
5. Nadzór nad HIV/AIDS w Polsce nie dostarcza kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji. Nieznajomość głównych dróg transmisji wirusa HIV w danym miejscu i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się zakażeń.
6. Niebezpieczna tendencja wzrostowa zakażeń wzw C wymaga pilnych działań profilaktycznych, a szczególnie wzmożonej kontroli higieny w instytucjach medycznych, zakładach kosmetycznych i innych, w których może dochodzić do przerwania ciągłości tkanek.
7. Niepokojący jest trend wzrostowy liczby przypadków kiły wrodzonej.
8. Bardzo niska endemiczność wirusowego zapalenia wątroby typu A stwarza niebezpieczeństwo wystąpienia w każdej chwili w Polsce lokalnych lub wyrównawczych epidemii tej choroby.
9. W zakresie przygotowań do pandemii grypy Polska jest właściwie przygotowana organizacyjnie oraz na miarę swych możliwości ekonomicznych, również pod względem posiadania rezerw leków przeciwgrypowych.
10. Poziom zaszczepienia społeczeństwa przeciw grypie sezonowej jest niedostateczny i powinien być zwiększony.
11. Do chwili obecnej żadna z najgroźniejszych gorączek krwotocznych zdolnych zakażać ludzi w bezpośredniej styczności nie została zawleczona do Polski.
12. Niewystarczający rozwój diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt mała dostępność utrudniają rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób, co opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom. Szczególnie dotyczy to zoonoz i chorób przenoszonych drogą pokarmową.
13. Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym i zwalczanie ich wymaga stworzenia systemowych mechanizmów skutecznie przeciwdziałających ograniczaniu zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
14. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania nie będzie możliwe bez podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji.

7. CHOROBY ZAWODOWE I WYPADKI PRZY PRACY

Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Izabela Sakowska

7.1. Choroby zawodowe

Choroby zawodowe w Polsce zgłaszane są zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem¹ na indywidualnych „Kartach stwierdzenia choroby zawodowej”. Dane te gromadzone są w Rejestrze Chorób Zawodowych w Instytucie Medycyny Pracy (IMP) w Łodzi. W niniejszym opracowaniu wykorzystano informacje pochodzące z tego rejestru i opublikowane przez IMP².

W roku 2007 stwierdzono 3285 przypadków chorób zawodowych, a więc o 156 więcej niż rok wcześniej. Po okresie dużego wzrostu rejestrowanych zachorowań w pierwszej połowie lat 90-tych, związanego głównie ze zwiększeniem zgłaszalności, od roku 1994 występował trend spadkowy, który w ostatnich latach ulega wyhamowaniu (ryc. 7.1). Cały czas utrzymuje się wyższa zachorowalność mężczyzn niż kobiet, niemniej nadwyżka ta zmniejszyła się z 45% w pierwszej połowie lat 90-tych do 20% w roku 2007.

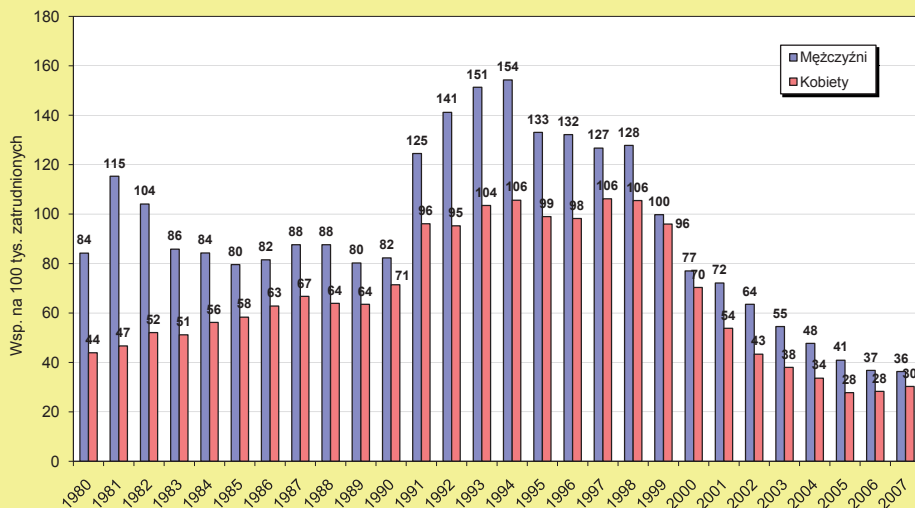
Struktura chorób zawodowych uległa w ostatnich latach niewielkim zmianom. Wprawdzie nadal na pierwszym miejscu znajdują się choroby narządu głosu, ale choroby narządu słuchu spadły z 2. na 4. pozycję. Drugą najczęstszą grupę chorób zawodowych stanowią obecnie pylice płuc, a na trzeciej pozycji znajdują się choroby zakaźne i pasożytnicze (ryc. 7.2).

Porównując współczynniki zachorowalności dla najczęściej występujących chorób zawodowych w latach 2000 – 2007 należy zauważyć, że wielkość ich spadku jest bardzo zróżnicowana (tabela 7.1). Szczególnie duży był on w przypadku chorób narządu słuchu (aż o 84%), co wpłynęło znacząco na częstość występowania tych chorób (w roku 2007 dotyczyły one 252 osób podczas gdy w roku 2000 aż 1597). W przypadku przewlekłych chorób narządu głosu spadek zachorowalności był również znaczny (o 67%), niemniej choroby te nadal zajmują pierwszą pozycję pod względem zachorowalności i w roku 2007 dotyczyły 800 osób (w 2000 r. aż 2479). Natomiast nie uległa praktycznie zmianie zachorowalność na choroby zakaźne i pasożytnicze a tylko niewielki spadek zachorowań występuje w przypadku pylicy.

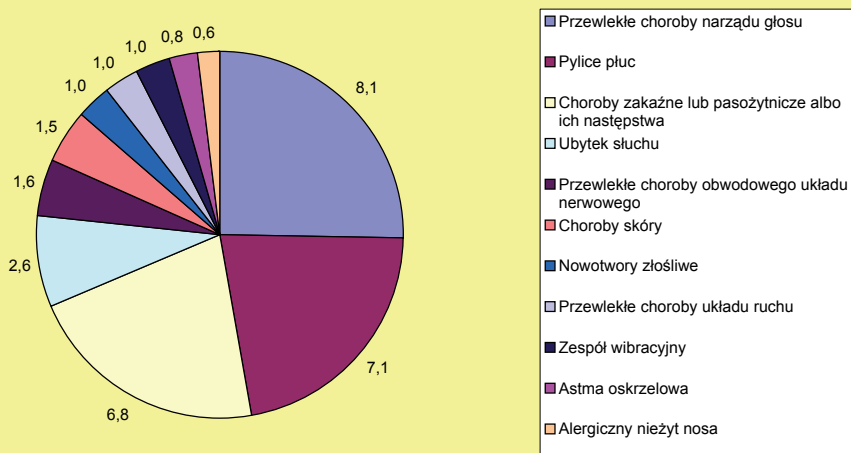
¹ Druk 3-90/62; Dz. Urz. MZiOS nr 9, poz. 52 z dn. 22. 11. 1989 r.

² Bardziej szczegółowe informacje można znaleźć w publikacji N. Szeszeni-Dąbrowskiej i U. Wilczyńskiej „Choroby zawodowe w Polsce – statystyka i epidemiologia”; Łódź, 2007 oraz na stronie internetowej IMP http://www.imp.lodz.pl/?p=/home_pl/about_imp/reg_and_databases/work_dissises1/dane_o_zapadalnosci/&lang=PL

Ryc. 7.1. Choroby zawodowe w Polsce w latach 1980 - 2007 wg płci (dane Instytutu Medycyny Pracy)



Ryc. 7.2. Choroby zawodowe w Polsce w 2007 r. wg jednostek chorobowych - współczynnik na 100 tys. zatrudnionych (dane Instytutu Medycyny Pracy)

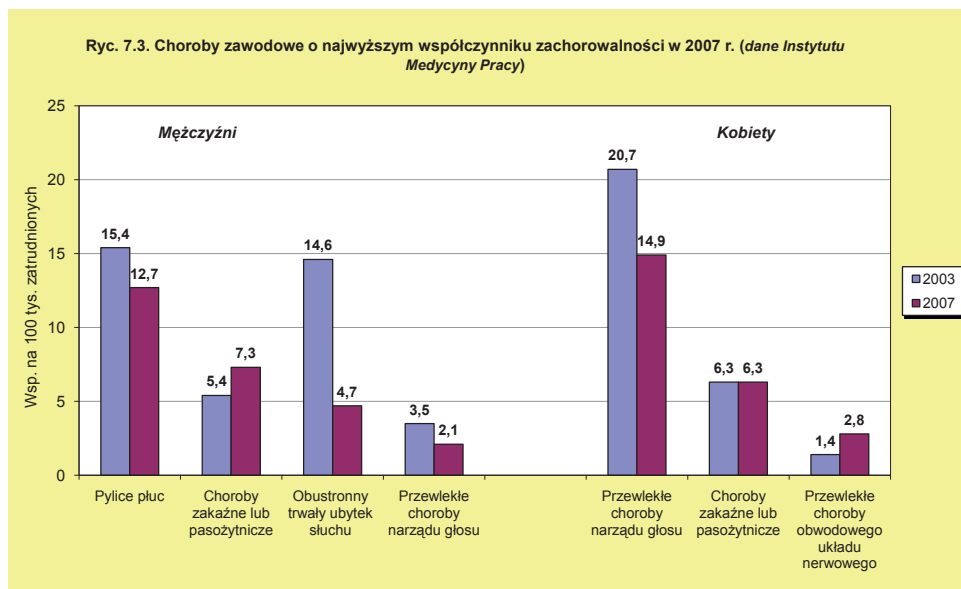


Z faktu wykonywania często odmiennych zawodów wynika różna struktura zachorowań na choroby zawodowe mężczyzn i kobiet. O ile wśród mężczyzn zdecydowanie najczęstszą chorobą zawodową stanowiącą ponad jedną trzecią (35,1%) wszystkich zachorowań są pylice (dominujące w górnictwie) to wśród kobiet są to choroby narządu głosu (edukacja), które stanowią aż połowę (49,3%) wszystkich zachorowań (ryc. 7.3). Podobne zagrożenie w obu grupach stanowią choroby zakaźne i ich następstwa.

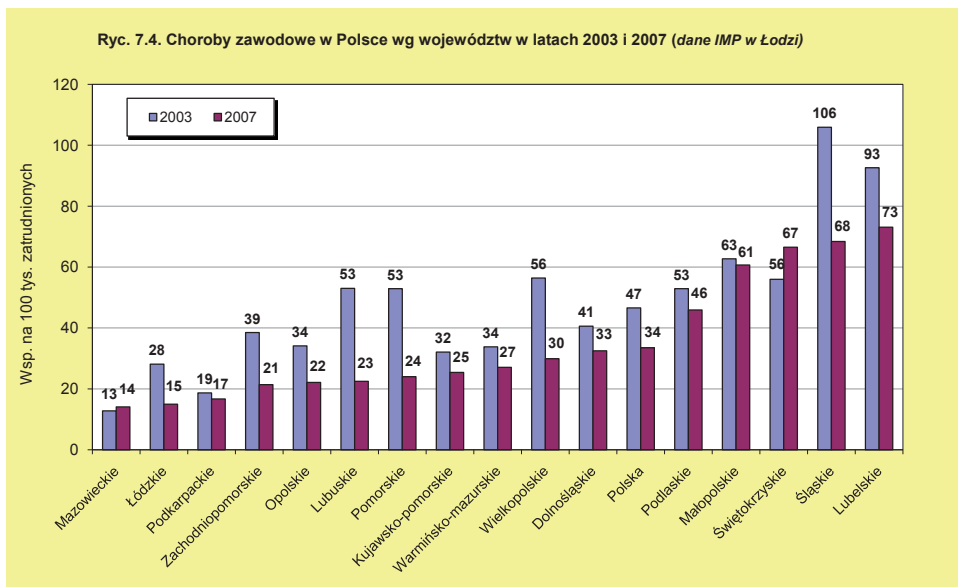
Tabela 7.1. Choroby zawodowe o najwyższej zachorowalności w Polsce w latach 2000, 2003 i 2007

Nazwa choroby	Współczynnik zachorowalności na 100 tys. zatrudnionych			Zmiana w 2007 w stosunku do 2000 (w %)
	2000	2003	2007	
Ogółem	73,9	46,6	33,5	-64,7
Przewlekłe choroby narządu głosu	24,9	11,7	8,1	-67,5
Pylice płuc	7,5	8,6	7,1	-5,3
Choroby zakaźne i pasożytnicze i ich następstwa	6,9	5,9	6,8	-1,4
Ubytek słuchu	16,1	7,9	2,6	-83,9
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	1,5	0,9	1,6	6,7
Choroby skóry	5,1	2,3	1,5	-70,6
Przewlekłe choroby oskrzeli	2,8	1,8	1,0	-64,3
Zespół wibracyjny	2,0	1,7	1,0	-50,0

Ryc. 7.3. Choroby zawodowe o najwyższym współczynniku zachorowalności w 2007 r. (dane Instytutu Medycyny Pracy)



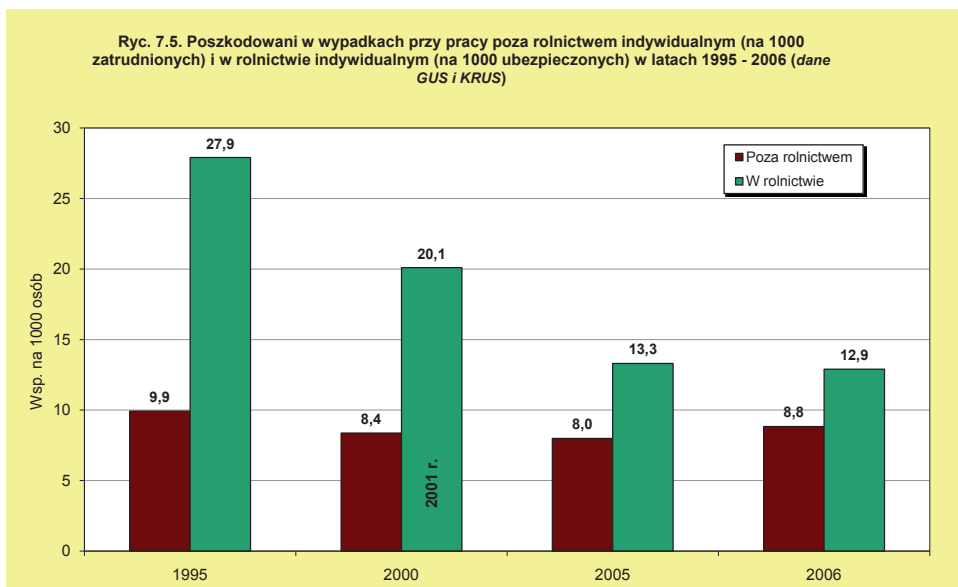
O ile jeszcze w roku 2003 zagrożenie zdrowia chorobami zawodowymi było zdecydowanie najwyższe w woj. śląskim i lubelskim to w roku 2007 wyróżniały się 4 województwa: lubelskie, śląskie, świętokrzyskie i małopolskie przy czym w pierwszych dwóch nastąpił wyraźny spadek częstości tych chorób (odpowiednio o ok. 1/5, choroby narządu głosu, i o ponad 1/3, przede wszystkim choroby narządu słuchu i narządu głosu) (ryc. 7.4). Najbardziej poprawiła się sytuacja w woj. lubuskim i pomorskim gdzie częstość zachorowań w roku 2007 był niższa o ponad połowę w porównaniu do sytuacji sprzed czterech lat, co wynikało

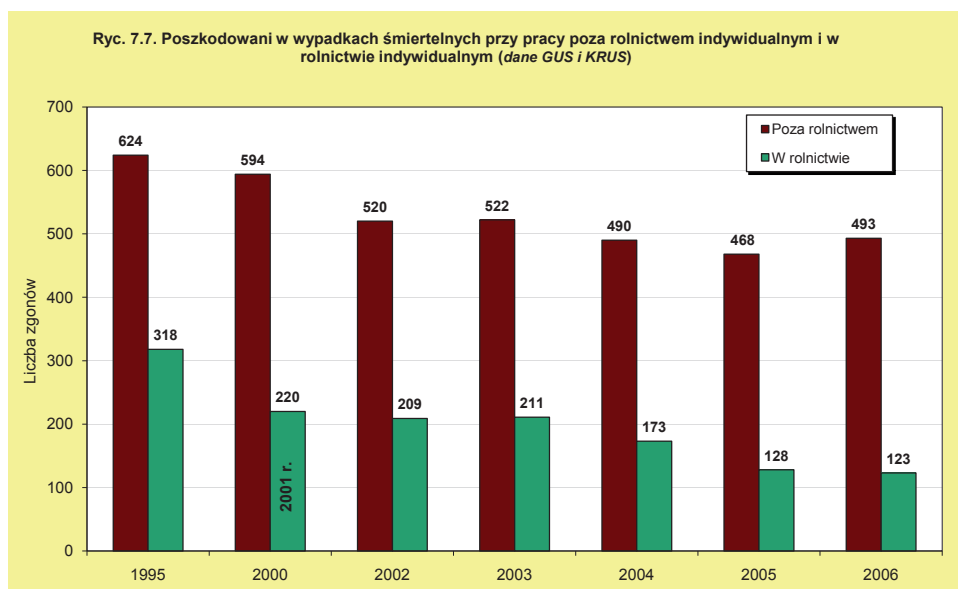
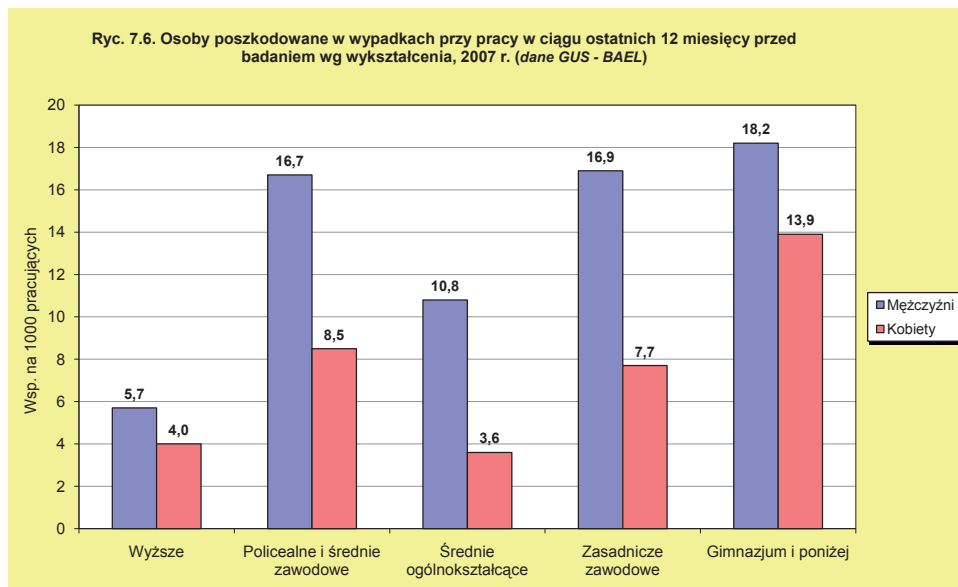


przede wszystkim ze spadku zapadalności na choroby narządu głosu, a w województwie pomorskim również w wyniku rzadziej pojawiającym się ubytkom słuchu.

7.2 Wypadki przy pracy

Informacje o wypadkach przy pracy są zbierane za pomocą statystycznej karty wypadku przy pracy (Z-KW) i przekazywane do GUS-u w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej za pośrednictwem ZUS i KRUS. Ponadto w ramach Badania Aktywno-





ści Ekonomicznej Ludności (BAEL) w 2007 r. przeprowadzono kwestionariuszowe badanie modułowe „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą”³. Przedstawione poniżej wyniki pochodzą z tych dwóch źródeł.

³ Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą; GUS, Warszawa 2008 r.

Wypadki przy pracy znacznie częściej zdarzają się w rolnictwie⁴ niż ogółem poza rolnictwem, niemniej w ostatnich latach zaobserwowano znaczący spadek współczynnika osób poszkodowanych (ryc. 7.5), podczas gdy w pozostałych sekcjach PKD (Polska Klasyfikacja Działalności) współczynnik ten był względnie stały i wahał się w latach 1996 – 2006 między 8 a 10 na 1000 zatrudnionych. Zgłaszalność wypadków w Polsce jest niewątpliwie niepełna, i nawet w przypadku wypadków skutkujących absencją powyżej 3 dni jest szacowana na poniżej 80%.⁵ Oszacowany w badaniu ankietowym BAEL współczynnik wypadkowości wyniósł 11,2/1000 pracujących, przy czym aż 70% poszkodowanych stanowili mężczyźni.

Liczba wypadków przy pracy jest zróżnicowana w zależności od wykształcenia osób pracujących. Najmniej zagrożone wypadkiem przy pracy są osoby z wykształceniem wyższym i średnim ogólnokształcącym, natomiast najbardziej zagrożone są osoby z wykształceniem gimnazjalnym i niższym, co szczególnie zaznacza się w przypadku kobiet (ryc. 7.6).

Ogółem w wypadkach przy pracy zginęło w 2006 r. 616 osób. Obserwowany w latach 1995 – 2002 wyraźny trend spadkowy liczby śmiertelnych ofiar uległ spowolnieniu w późniejszym okresie, zwłaszcza poza rolnictwem. Należy zwrócić uwagę, że przy ogólnej dużej liczbie wypadków w rolnictwie liczba wypadków śmiertelnych jest znacznie mniejsza niż poza rolnictwem (ryc. 7.7).

PODSUMOWANIE:

1. W 2006 r. odnotowano 3285 zachorowań na choroby zawodowe oraz zarejestrowano 116 tys. osób poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, w tym 616 ofiar śmiertelnych. Zarówno w przypadku chorób zawodowych jak i częstości występowania wypadków przy pracy od szeregu lat obserwuje się trend spadkowy, który jednak ulega zahamowaniu w ostatnich latach.
2. Do najczęściej występujących chorób zawodowych należą w przypadku mężczyzn pylice (35%), choroby zakaźne i pasożytnicze (20%), ubytek słuchu (13%) oraz choroby narządu głosu (6%); a w przypadku kobiet choroby narządu głosu (49%), choroby zakaźne i pasożytnicze (21%) oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (9%). Przy ogólnym dużym spadku zagrożenia chorobami zawodowymi bardzo nieznacznie zmniejsza się ono w przypadku pylic oraz chorób zakaźnych i pasożytniczych.
3. Największe zagrożenie chorobami zawodowymi występuje wśród osób pracujących w województwach: lubelskim, śląskim, świętokrzyskim i małopolskim.

⁴ Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2007 roku; KRUS, Warszawa 2008 r.

⁵ Metodyka statystycznych analiz wypadków przy pracy; CIOP, Informacja przygotowana na posiedzenie Rady Ochrony Pracy, 2007 r.

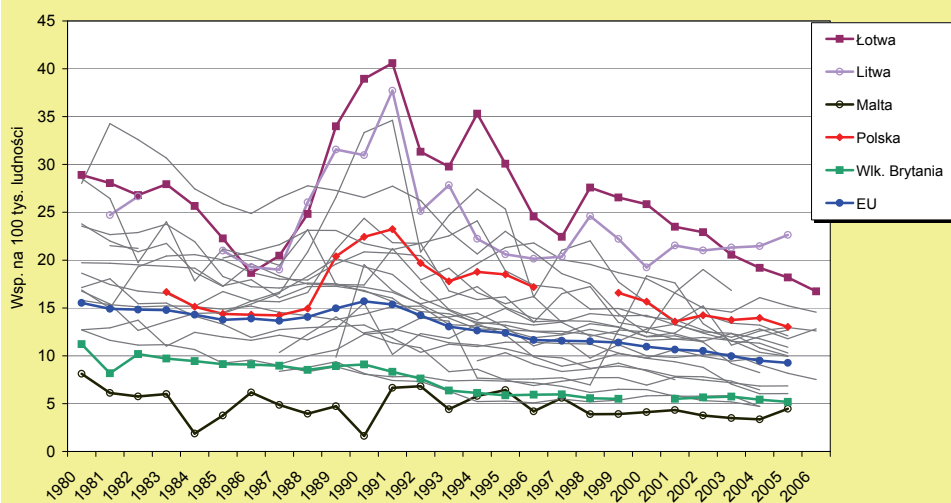
8. WYPADKI DROGOWE

Daniel Rabczenko, Bogdan Wojtyniak

Wypadki drogowe są uznawane za jedno z ważniejszych środowiskowych zagrożeń zdrowia, a zgony z ich powodu zaliczane są obok zgonów z powodu raka oskrzela i płuca oraz marskości wątroby do kategorii zgonów, których rozmiar daje się ograniczyć dzięki odpowiednim działaniom państwa (tzw. zgony możliwe do uniknięcia).

W analizie wykorzystano dane pochodzące z raportów Komendy Głównej Policji (KGP) o wypadkach samochodowych w Polsce w latach 2005, 2006 i 2007, z tworzonej przez WHO bazy Health for All (<http://www.euro.who.int/HFADB>), z tworzonej przez Unię Europejską bazy danych CARE (Community database on Accidents on the Roads in Europe, http://ec.europa.eu/transport/roadsafety/road_safety_observatory/care_en.htm), z bazy danych IRTAD (International Road Traffic and Accident Database, <http://www.irtad.net>) oraz danych o zgonach w wyniku wypadków drogowych Głównego Urzędu Statystycznego. W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że baza danych KGP oraz przekazywane przez nią do wyżej wymienionych baz międzynarodowych dane obejmują wszystkich użytkowników dróg – w tym cudzoziemców. Skutkuje to pewnymi różnicami w prezentowanych zestawieniach

Ryc. 8.1. Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu wypadków drogowych w Polsce i pozostałych krajach Unii Europejskiej, 1980-2006, (dane WHO HFA DB)



dotyczących na przykład liczby zgonów w wypadkach drogowych opartych na danych KGP i GUS. Podawane liczby wypadków obejmują tylko te, w których byli zabici lub ranni.

W 2006 roku w Polsce w wyniku wypadków drogowych zmarło 5041 osób (13,2 na 100 tys. ludności)¹. Liczba ta wpisuje się w lekki trend spadkowy zaznaczający się w ostatnich latach. Współczynnik standaryzowany zgonów z powodu wypadków drogowych pomimo tendencji spadkowej po roku 1991 należy do wysokich w krajach Unii Europejskiej (ryc. 8.1). Wiele lat zajęło odrabianie dramatycznego wzrostu liczby zgonów jaki wystąpił na przełomie lat 1980. i 1990., co dodatkowo utrudniał fakt, że liczba samochodów w Polsce ciągle wzrasta (według danych KGP w 2005 r. było o 50% więcej pojazdów silnikowych niż w 1995 r.).

Zagrożenie życia z powodu wypadków drogowych jest różne w zależności od wieku osób. Tabela 8.1 prezentuje współczynniki zgonów na 100 tys. ludności w grupach wieku w Polsce i średnie dla krajów Unii Europejskiej w 2006 r. We wszystkich grupach wiekowych obserwuje się nadwyżkę umieralności w naszym kraju w stosunku do średniego poziomu dla UE, jednak nadwyżka ta jest największa wśród osób dorosłych, zwłaszcza w wieku 45-74 lata.

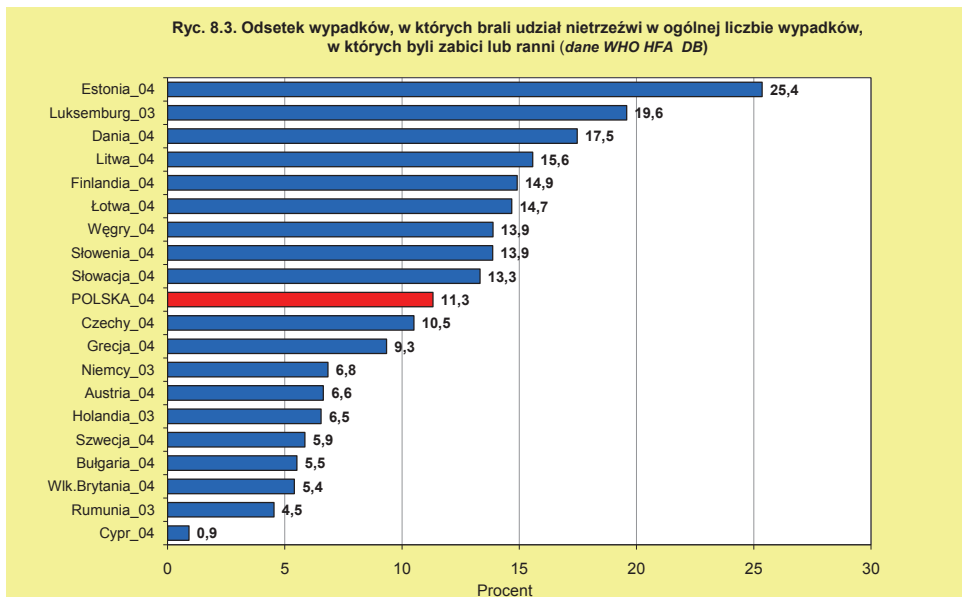
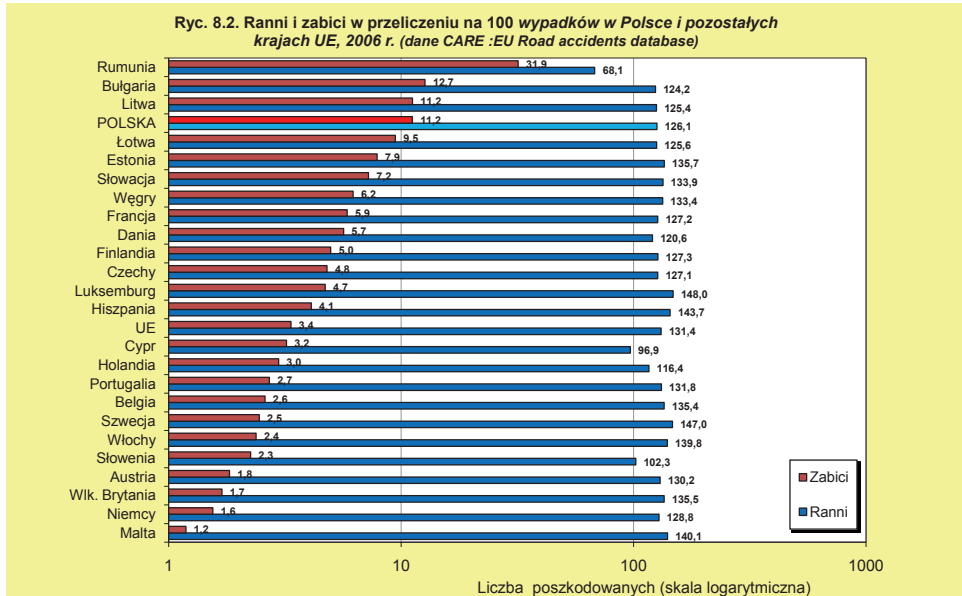
Tabela 8.1. Zgony z powodu wypadków drogowych w Polsce i w Unii Europejskiej ogółem w grupach wieku w 2006 r.

Grupa wieku	Polska	Unia Europejska	% nadwyżki w Polsce
	na 100 tys. ludności		
0-14	2,37	1,88	26,1
15-29	14,99	14,65	2,3
30-44	12,99	9,23	40,7
45-59	14,75	8,55	72,5
60-74	16,28	9,34	74,3
75+	20,00	14,03	42,6

Źródło: WHO HFA Database

Przy porównaniu sytuacji w Polsce i pozostałych krajach UE zwraca uwagę duże zagrożenie życia w naszym kraju pieszych a więc niechronionych uczestników ruchu. Stanowią oni ponad 1/3 ofiar wypadków drogowych i jest to wartość zdecydowanie najwyższa w UE (tabela 8.2). Tylko 48,6% ofiar stanowią kierowcy i pasażerowie samochodów, co jest jednym z niższych wskaźników w Europie. W krajach, w których niewielki odsetek ofiar stanowią kierowcy (Grecja, Holandia, Portugalia, Szwajcaria) obserwuje się wysoki udział zgonów motocyklistów lub rowerzystów. Ogólnie daje się zauważyć, że wyższy udział niechronionych uczestników ruchu wśród ogółu ofiar jest związany z większym zagrożeniem życia uczestników ruchu w obszarach zabudowanych. Odsetek ofiar śmiertelnych w obszarach zabudowanych w ogólnej liczbie ofiar jest w Polsce najwyższy wśród państw Unii Europejskiej, jest on silnie skorelowany z odsetkiem pieszych w ogólnej liczbie osób, które zginęły w wypadkach drogowych.

¹ Według danych KGP w 2007 r. w Polsce w wyniku wypadków drogowych zginęło 5583 osób. Dane te obejmują również cudzoziemców, którzy zginęli na terenie Polski.



W 2007 roku, według danych KGP, w wyniku wypadków drogowych zostało rannych 63224 osób (nie licząc zabitych). Ocena zmienności w czasie oraz porównanie z innymi krajami UE można przeprowadzić odnosząc tę liczbę do ogólnej liczby wypadków. W Polsce od kilku lat sytuacja pozostaje niezmienną i wskaźnik ten oscyluje wokół 126 w przeliczeniu na 100 wypadków, w których byli zabici lub ranni. Przy rozpiętości tego wskaźnika w Unii Europejskiej od 68,1 w Rumunii i 102 w Słowenii do prawie 150 w Luksemburgu i w Szwecji sytuacja w Polsce jest na poziomie przeciętnym dla państw UE.

Tabela 8.2. Struktura użytkowników dróg, którzy zginęli w wypadkach drogowych w 2006 roku i odsetek ofiar śmiertelnych w obszarach zabudowanych w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej.

Kraj	Piesi* [%]	Rowerzyści* [%]	Motocykliści* [%]	Kierowcy i pasażerowie samochodów* [%]	Ofiary śmiertelne w obszarach zabudowanych [%]
Austria	15,1	6,6	18,4	52,6	16,4
Belgia	11,4	8,5	15,5	55,1	13,3
Czechy	19,0	10,3	10,9	53,3	36,7
Dania	19,6	10,1	14,7	47,7	26,8
Finlandia	14,6	8,6	11,0	60,4	22,6
Francja	11,4	3,8	23,1	55,8	21,6
Grecja	16,1	1,3	30,2	43,4	37,8
Hiszpania	14,9	1,8	19,2	51,0	12,3
Holandia	9,0	24,5	16,8	47,1	28,2
Islandia	12,9	0,0	9,7	64,5	.
Niemcy	14,0	9,5	17,7	52,7	14,5
Norwegia	14,5	3,3	15,3	64,5	.
POLSKA	34,4	9,7	4,2	45,7	43,8
Portugalia	16,1	4,1	24,1	38,7	37,6
Słowenia	13,7	5,3	20,5	57,8	24,3
Szwajcaria	20,5	9,5	21,6	42,2	25,1
Szwecja	12,4	5,8	15,7	58,7	17,5
Węgry	22,7	11,7	10,1	48,3	34,8
Wlk.Brytania	21,3	4,6	18,9	50,8	26,9

* nie uwzględniono kategorii inne, procenty nie sumują się do 100

Źródło: dane IRTAD

Ważnym aspektem wypadków drogowych wyróżniającym Polskę na tle krajów Unii Europejskiej jest ich wysoka śmiertelność. Dane o liczbie zabitych i rannych w przeliczeniu na 100 wypadków prezentuje ryc. 8.2. Zwraca uwagę fakt, że przy liczbie rannych pozostającej na przeciętnym poziomie europejskim, liczba zabitych jest jedną z najwyższych w UE.

Zagrożenie wypadkami drogowymi wykazuje znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie (tabela 8.3). Oscyluje ono w granicach 250 wypadków/100 tys. ludności, jednak w województwie lubuskim miało miejsce tylko 175 wypadków a w łódzkim aż dwa razy więcej bo 361 wypadków na 100 tys. ludności. Zwraca uwagę fakt, że jakkolwiek liczba rannych w przeliczeniu na 100 wypadków nie różni się w dużym stopniu pomiędzy województwami, to już liczba zabitych tak – zakres zmienności wynosi od około 7 w województwach małopolskim i śląskim do około 18 w podlaskim i kujawsko-pomorskim. Sytuacja ta pozostaje praktycznie niezmienna w ostatnich latach.

Istotnym czynnikiem wpływającym na liczbę wypadków drogowych jest nietrzeźwy stan użytkowników dróg. Najwięcej wypadków, w których jeden lub więcej uczestników było pod wpływem alkoholu przypadło w Polsce na rok 1997, w którym zanotowano ich 12426. Stanowiły one 18,6% wszystkich wypadków, w których byli zabici lub ranni. Od roku 1997 nastąpiła znaczna poprawa sytuacji. Według danych KGP w 2007 roku osoby

Tabela 8.3. Liczba wypadków oraz liczba zabitych i rannych w wypadkach drogowych w Polsce według województw w 2007 r.

Województwo	Wypadki	Wypadki/ 100 tys. ludności	Zabici	Ranni	Zabici/100 wypadków	Ranni/100 wypadków
Dolnośląskie	3115	207,7	359	4336	11,5	139,2
Kujawsko-pomorskie	2038	190,6	364	2564	17,9	125,8
Lubelskie	2419	216,2	351	3051	14,5	126,1
Lubuskie	908	174,8	155	1191	17,1	131,2
Łódzkie	4847	360,6	447	6037	9,2	124,6
Małopolskie	4720	280,1	341	6146	7,2	130,2
Mazowieckie+KSP	6881	255,3	956	8485	13,9	123,3
Opolskie	1087	202,1	136	1395	12,5	128,3
Podkarpackie	2278	212,5	257	2985	11,3	131,0
Podlaskie	1162	189,6	209	1441	18,0	124,0
Pomorskie	3057	269,9	266	3988	8,7	130,5
Śląskie	6320	261,7	475	7870	7,5	124,5
Świętokrzyskie	1919	292,5	256	2397	13,3	124,9
Warmińsko-mazurskie	1962	268,4	271	2590	13,8	132,0
Wielkopolskie	4886	280,9	511	6338	10,5	129,7
Zachodniopomorskie	1937	222,7	229	2410	11,8	124,4
POLSKA	49536	251,5	5583	63224	11,3	127,6

Źródło: dane z raportu KGP, uwzględniają również cudzoziemców

nietrzeźwe uczestniczyły w 6503 wypadkach drogowych (13,1% ogółu wypadków). Mimo tego trendu spadkowego, który w ostatnich czterech latach niestety uległ zahamowaniu, odsetek wypadków z udziałem nietrzeźwych w Polsce zalicza się do średnich w krajach Unii Europejskiej (ryc. 8.3).

PODSUMOWANIE:

1. Mimo zaznaczającego się od około 10 lat trendu spadkowego poziom umieralności spowodowanej przez wypadki drogowy w Polsce należy do najwyższych w krajach UE. W roku 2007 zginęło w Polsce w wypadkach drogowych 5583 osób (dane KGP).
2. Największa nadwyżka umieralności w stosunku do krajów UE występuje wśród osób w wieku 45-74 lata - o ponad 70 %.
3. W Polsce, w porównaniu z innymi państwami UE, obserwuje się bardzo wysoki odsetek pieszych wśród śmiertelnych ofiar wypadków (34,4% wszystkich ofiar) a także wysoki odsetek zabitych w obszarze zabudowanym (43,8%).
4. Wypadki w Polsce charakteryzują się wysoką śmiertelnością: w 2006 r. liczba osób, które zmarły w wyniku wypadku drogowego (11,2 na 100 wypadków) jest jedną z najwyższych w krajach UE. W roku 2007 sytuacja w Polsce pozostała bez zmian – na 100 wypadków zginęło przeciętnie 11,3 osób.
5. Zarówno liczba wypadków jak i zgonów nimi spowodowanych wykazuje duże, prawie dwukrotne zróżnicowanie międzywojewódzkie. Najwyższą śmiertelnością charakteryzują

się wypadki w woj. podlaskim i kujawsko-pomorskim (18 zabitych na 100 wypadków) natomiast najniższą, mniejszą o ponad połowę, w woj. małopolskim i śląskim (ok. 7 zabitych na 100 wypadków).

6. W 2007 r. nietrzeźwi użytkownicy dróg uczestniczyli w 6503 wypadkach drogowych co stanowi 13,1% ogółu tych wypadków. Odsetek wypadków, w których brali udział nietrzeźwi jest na średnim poziomie dla krajów UE, ale jego trend spadkowy w Polsce uległ zahamowaniu w ostatnich latach.

9. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ REJESTROWANA W SYSTEMIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Anna Wilmowska¹, Paweł Goryński

Niepełnosprawność, według Światowej Organizacji Zdrowia to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Pojęcie niepełnosprawności często jest używane wymiennie z inwalidztwem, choć zakresy obu pojęć nie w pełni pokrywają się, a niepełnosprawność jest pojęciem szerszym, obejmującym także aspekty aktywności życiowej.

Za osoby niepełnosprawne, wg WHO uważa się osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznych lub psychicznych sprawności.

Przyjęto podział skutków choroby na: uszkodzenia, niezdolność i ograniczenie w rolach. Uszkodzenie dotyczy nieprawidłowości budowy i wyglądu ciała oraz funkcji narządów lub układów, niezależnie od przyczyny; oznacza więc zaburzenie na poziomie narządu.

Niezdolność odzwierciedla skutki uszkodzenia w wykonywaniu czynności i aktywności danej osoby. Ograniczenia w rolach są zaś następstwami uszkodzenia i niezdolności, które mają wpływ na międzyludzkie interakcje i przystosowanie do otoczenia. Nadal jednak termin niepełnosprawność nie jest idealny, ale nie znaleziono do tej pory lepszego określenia. Niepełnosprawność zastępuje wiele dotychczasowych pojęć ogólnie przyjętych w społeczeństwie, takich jak np.: ułomność, upośledzenie, niedołążność, które nabrały pejoratywnego znaczenia.

Dotychczas niepełnosprawność, jako następstwo choroby lub urazu, rozpatrywano z medycznego punktu widzenia. Postrzegano ją jako problem jednostkowy osoby wymagającej odpowiedniej opieki medycznej, mającej na celu poprawę stanu zdrowia i stanu funkcjonalnego organizmu. Aspekty psychospołeczne obejmujące rzeczywiste, życiowe problemy osób niepełnosprawnych, jak np.: usuwanie barier ograniczających możliwości ich uczestnictwa w życiu społecznym, nie były dotąd w pełni uwzględniane. Kwestie te wymagają zmiany postaw społecznych i przestrzegania praw człowieka.

Problemami niepełnosprawności zajmowano się także w 1994 r. na Europejskim Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego, które zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako „jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących

¹ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

u niej uszkodzeń, nie może przezwyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie. Bariery te są zbyt często wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa”.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności (ICF) ogłoszonej przez WHO w 2001 r. przyjmuje się całościowy model niepełnosprawności, łączący model medyczny i społeczny. Osoba niepełnosprawna jest więc postrzegana nie tylko jako jednostka z problemami chorobowymi, wymagająca odpowiedniej opieki medycznej, ale jako członek społeczności, którego prawa człowieka dotyczą w takim samym stopniu jak reszty społeczeństwa.

W Polsce od początku lat 90 – tych pojęcie niepełnosprawność zastąpiło pojęcie inwalidztwo.

W międzynarodowej klasyfikacji niepełnosprawności (ICF²), opublikowanej w 2001 r. przez Światową Organizację Zdrowia, wskazano na konieczność prowadzenia wszelkich działań zapobiegających powstawaniu niepełnosprawności, a także umożliwiających osobom niepełnosprawnym powrót do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, dla dobra ich samych i dla dobra całego społeczeństwa.

W systemie ubezpieczenia społecznego pracowników i pochodnych od wielu lat obserwowano systematyczny wzrost liczby osób pobierających świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy i dlatego w dniu 1 września 1997 roku weszła w życie ustawa z 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. Nr 100, poz. 461), wprowadzająca reformę orzecznictwa lekarskiego. Fundamentalne znaczenie tej ustawy polegało na uzależnieniu prawa do renty od utraty lub istotnego ograniczenia zdolności do pracy zarobkowej. Należy to wyraźnie podkreślić, bowiem oznaczało to całkowitą zmianę dotychczasowych zasad orzekania o inwalidztwie. Na mocy tej ustawy orzekanie dla potrzeb ustalenia uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego powierzono lekarzom orzecznikom ZUS.

Zgodnie z ustawą niezdolną do pracy jest osoba, która częściowo lub całkowicie utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu.

Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy.

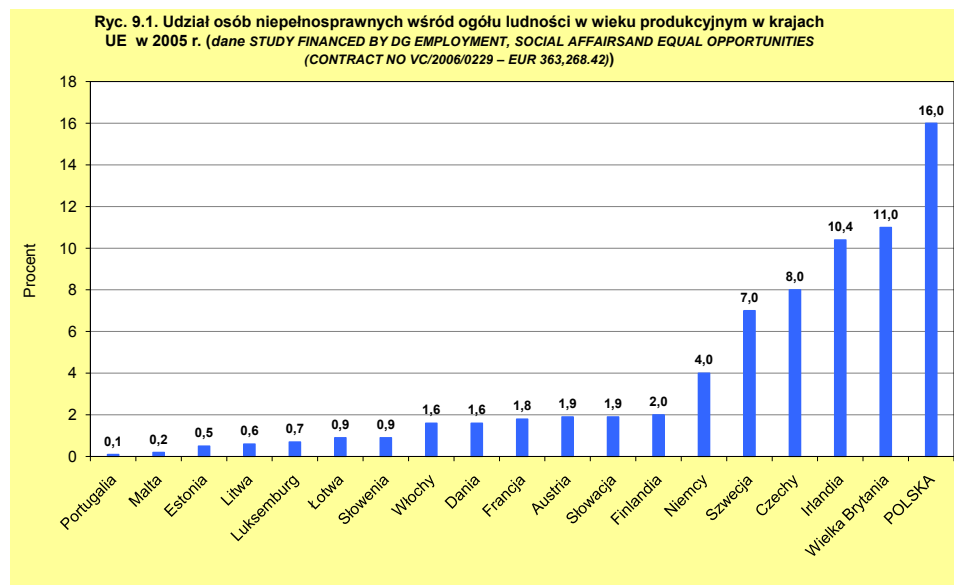
Lekarz orzecznik ustala przewidywany okres niezdolności do pracy, biorąc pod uwagę charakter i stopień naruszenia sprawności organizmu oraz rokowania odzyskania zdolności do pracy. Jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy, lekarz orzecznik orzeka o trwałej niezdolności do pracy.

Przyjęcie nowej definicji niezdolności do pracy zarobkowej miało na celu znaczące uwolnienie systemu ubezpieczeń społecznych od przyznawania świadczeń ze względów socjalnych, na podstawie stwierdzonego inwalidztwa biologicznego. Wymaga podkreślenia, że intencją wprowadzonych zmian nie były restrykcje lub proste zaostreżenie kryteriów orzecznich. Chodziło przede wszystkim o racjonalizację systemu w ten sposób, aby renty otrzymali ubezpieczeni, którzy rzeczywiście utracili zdolność do osiągania dochodów z pracy i którym renta powinna zastąpić część utraconych zarobków. Celem nadrzędnym

² International Classification of Functioning, Disability and Health

było przekształcenie dotychczasowego systemu rentowego w rzeczywiste ubezpieczenie ryzyka utraty zdolności do pracy i zarobkowania.

Według danych z raportu Eurostatu udział niepełnosprawnych w Polsce wśród ogółu ludności w wieku produkcyjnym w 2005 roku wynosił 16% (ryc. 9.1). Jak widać jest to udział największy ze wszystkich krajów UE. Następne z kolei kraje z dużym udziałem niepełnosprawnych to Wielka Brytania i Irlandia, Czechy i Szwecja. W większości krajów udział niepełnosprawnych w grupie osób w wieku produkcyjnym nie przekracza 2%.



W Polsce w 2003 roku nakłady finansowe na świadczenia z ubezpieczenia społecznego z tytułu niezdolności do pracy, znacznie przewyższały nakłady na świadczenia zdrowotne NFZ a obecnie są prawie równe tym nakładom.

Jak wspomniano powyżej w orzecznictwie o niepełnosprawności w Polsce przyjęte są następujące kategorie:

1. całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
2. całkowita niezdolność do pracy;
3. częściowa niezdolność do pracy;
4. uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego

W 2007 roku w Polsce przyznano ogółem w pierwszych trzech ww. kategoriach niepełnosprawności 57465 świadczeń i było to o 18% mniej niż w 2004 roku. Zmiany w zakresie orzekania najbardziej dotyczyły przyznawania kategorii pierwszej a więc całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – zmniejszenie w latach 2004-2007 o prawie 50%. W kategorii drugiej - całkowitej niezdolności do pracy nastąpiła nieznaczna zmiana (o 2%) natomiast w kategorii 3 nastąpił wzrost orzeczeń o 20%. Powyższe dane ukazują zmiany zasad przyznawania kategorii niepełnosprawności. Nieco odmienny problem stanowią świadczenia rehabilitacyjnych co zostało szerzej omówione w dalszej części opracowania.

Wzrastająca liczba osób czynnych zawodowo tracących z powodu chorób i ich następstw zdolność do pracy zarobkowej i otrzymujących z tego tytułu świadczenia rentowe stworzyła konieczność kontynuowania przez instytucje ubezpieczenia społecznego aktywnych działań mających na celu poprawę lub przywrócenie zdolności do zarabkowania lub zapewniających integrację w zakresie zawodowym (nauka nowego zawodu, stworzenie odpowiednich stanowisk pracy).

Jednym z najistotniejszych problemów współczesnej polityki społecznej jest wprowadzenie bądź doskonalenie istniejących już w systemach ubezpieczeń społecznych świadczeń mających na celu przywrócenie ubezpieczonym zdolności do pracy zarobkowej. Dotyczy to zarówno świadczeń w zakresie rehabilitacji medycznej jak i zawodowej.

Celem rehabilitacji medycznej jest zapobieganie zagrażającemu obniżeniu zdolności do zarabkowania bądź poprawa lub przywrócenie tej zdolności osobom ubezpieczonym.

Celem rehabilitacji zawodowej jest zarówno nauka zawodu, przeszkolenie zawodowe, jak i zapewnienie integracji zawodowej przez tworzenie odpowiednich do stwierdzonej niepełnosprawności stanowisk pracy.

Rehabilitacja „przed rentą” służy poprawie lub przywróceniu zdolności do pracy zarobkowej. W Austrii, Francji, Hiszpanii, Niemczech, W. Brytanii, Włoszech i innych krajach przed przyznaniem świadczenia rentowego ocenia się, czy istnieje szansa na poprawę lub wyeliminowanie stwierdzanego lub zagrażającego obniżenia zdolności zarobkowych przez działania medyczne lub przez naukę nowego zawodu.

Przyjęto również zasadę, że rentę z tytułu niezdolności do pracy należy przyznawać po wykorzystaniu wszystkich metod diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych i gdy przeprowadzone postępowanie w zakresie rehabilitacji medycznej i/lub zawodowej nie zapewnia ubezpieczonemu integracji zawodowej.

Efektywność procesu rehabilitacji wymaga, aby działania rehabilitacyjne były podejmowane jak najwcześniej z medycznego punktu widzenia. Uważa się, że wcześniej rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstaniu lub utrwaleniu kalectwa. Rehabilitacja medyczna jest niezbędnym warunkiem późniejszego przygotowania do pracy i odpowiedniego zatrudnienia, przy czym im lepsze jest usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej.

Niedocenie roli rehabilitacji w procesie leczenia powoduje wzrost liczby osób pobierających świadczenia rentowe, a co za tym idzie wzrost nakładów finansowych na te świadczenia.

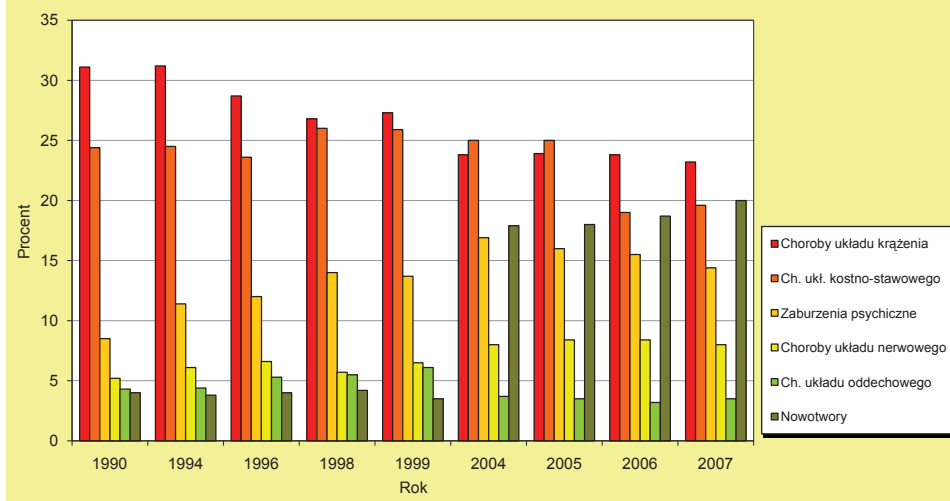
W Polsce ZUS, wzorem instytucji ubezpieczeń społecznych innych krajów, gdzie stosuje się zasadę:

prewencja ⇒ rehabilitacja ⇒ kompensacja

prowadził w latach 1990-1995 badania pilotażowe dotyczące wpływu rehabilitacji leczniczej na powrót do pracy osób ubezpieczonych zagrożonych długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy. W wyniku realizacji programu pilotażowego okazało się, że około 1/3 ubezpieczonych ze schorzeniami układu krążenia i narządu ruchu po rehabilitacji odzyskało zdolność do kontynuowania pracy zarobkowej.

W wyniku prowadzonej przez ZUS analizy przyczyn chorobowych niezdolności do pracy stwierdza się że głównymi przyczynami chorobowymi powodującymi niezdolność do pracy do celów rentowych są schorzenia: układu krążenia, narządu ruchu, psychiczne, układu nerwowego, onkologiczne, układu oddechowego (ryc. 9.2). Struktura orzekanych

Ryc. 9.2. Główne przyczyny chorobowe w pierwszorazowych orzeczeniach o niezdolności do pracy do celów rentowych, 1990-2007



przyczyn niezdolności do pracy była dość stabilna do 2004 roku gdy znacznie wzrósł udział chorób nowotworowych jako przyczyny niezdolności do pracy.

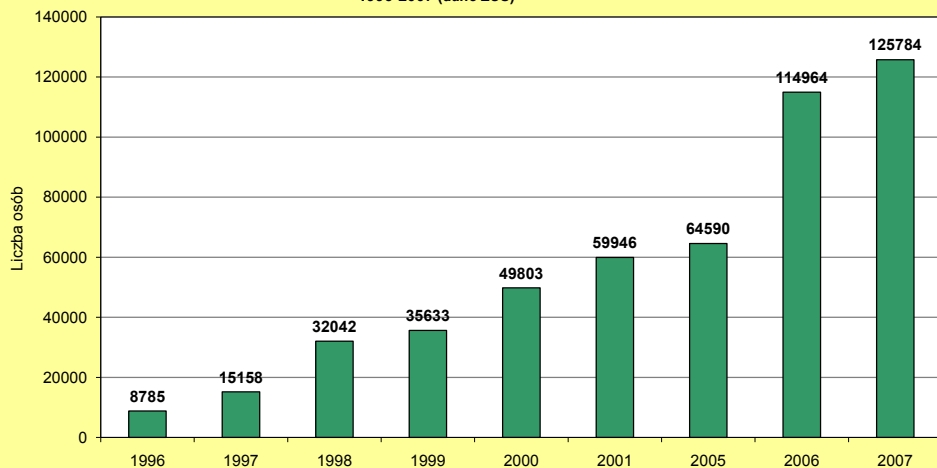
Odporownie do obserwowanej struktury przyczyn niepełnosprawności prowadzone są działania w zakresie rehabilitacji narządu ruchu, układu krążenia oraz układu oddechowego. Realizacja programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych wyposażonych w odpowiednią bazę i sprzęt rehabilitacyjny. Ośrodki te zatrudniają wysoko wykwalifikowaną kadrę specjalistyczną umożliwiającą prowadzenie diagnostyki funkcjonalnej zgodnej ze współczesnymi standardami rehabilitacji o charakterze kompleksowym.

Od roku 1996 systematycznie zwiększa się liczba osób rehabilitowanych w ramach prewencji rentowej ZUS (ryc. 9.3). Po roku 2005 szczególnie wzrosła liczba osób rehabilitowanych a ściślej otrzymujących świadczenie rehabilitacyjne. Ma to związek z wejściem w życie w dniu 08.02.2005 ustawy zmieniającej długość okresu zasiłku chorobowego, który nie ulega przedłużeniu powyżej 182 dni. Dotknęło to zwłaszcza kobiety w ciąży i lekarze orzecznicy przyznają im do dnia przewidywanego porodu świadczenie rehabilitacyjne.

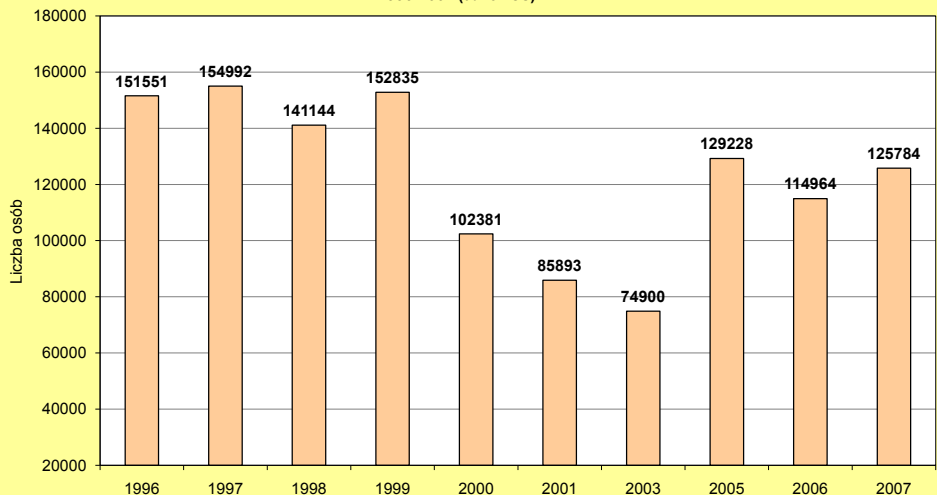
Z badań prowadzonych przez Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że po upływie 12 miesięcy od ukończenia rehabilitacji w 1999 r. 44,1% osób nie pobierało świadczeń rentowych z ubezpieczenia społecznego. Wyniki te wskazują na wymierne korzyści dla osób ubezpieczonych w płaszczyźnie medycznej (znaczna poprawa stanu zdrowia i funkcji organizmu umożliwiającą powrót do pracy zarobkowej) jak i ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Ponadto powracając do pracy osoba ubezpieczona staje się ponownie składkodawcą, zasilając fundusz ubezpieczeń społecznych.

Wprowadzona w 1997 r. reforma ubezpieczenia rentowego, w tym orzecznictwa lekarskiego o niezdolności do pracy, a w 1999 r. reforma ubezpieczenia chorobowego, w tym kontrola orzekania o czasowej niezdolności do pracy, jak również działania Zakładu

Ryc. 9.3. Liczba osób otrzymujących świadczenia rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej ZUS, 1996-2007 (dane ZUS)



Ryc. 9.4. Liczba osób, którym po raz pierwszy przyznano renty z tytułu niezdolności do pracy z FUS, 1996-2007 (dane ZUS)



w zakresie prewencji rentowej spowodowały spadek liczby pierwszorazowych świadczeń rentowych, a także spadek liczby osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy (ryc. 9.4). Po roku 2003 nastąpił ponowny wzrost przyznawanych świadczeń z FUS, nie osiągnięte zostały jednak te liczby przyznawanych świadczeń jakie obserwowano przed 1997 r. a więc przed zmianą ustawodawstwą.

We wszystkich krajach świata, stosowana jest zasada właściwej kolejności działań tj. prewencja, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja i na końcu kompensacja. Działania prewen-

cyjne powinny skutecznie zapobiegać utracie zdrowia, a w dalszej konsekwencji utracie zdolności do pracy. Racjonalizacja systemu opieki zdrowotnej powinna sprawić, aby każdy pacjent był diagnozowany w jak najwcześniejszym okresie choroby. Wczesne rozpoznanie choroby i wczesne wdrożenie właściwego leczenia i rehabilitacji, mogą spowodować poprawę stanu zdrowia i zapobiegać ewentualnym trwałym następstwom chorób, a co za tym idzie zmniejszyć koszty długotrwałego leczenia i niezdolności do pracy.

PODSUMOWANIE:

1. W 2007 roku orzeczono w Polsce 57465 uprawnień do pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy i było to o 18 % mniej niż w 2004 r. W tym samym okresie liczba świadczeń rehabilitacyjnych wzrosła czterokrotnie z liczby 27142 w 2004 r.
2. Liczba niepełnosprawnych osób w Polsce w populacji w i wieku produkcyjnym jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich (16%).
3. W ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost przyznawanych niepełnosprawnym świadczeń rehabilitacyjnych przy stosunkowym zmniejszeniu orzekania trwałej niezdolności do pracy.

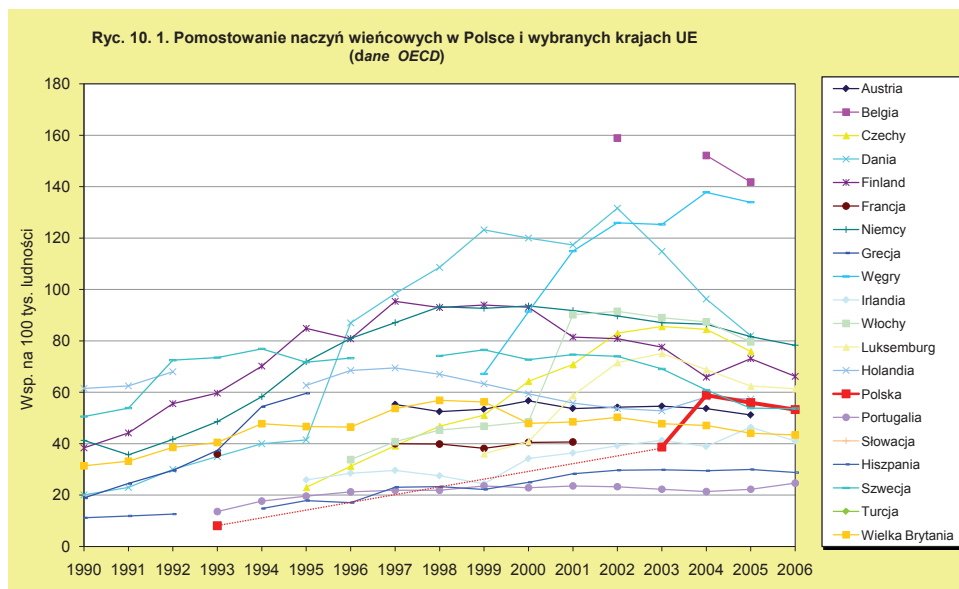
10. PROCEDURY WYSOKOSPECJALISTYCZNE

Paweł Goryński, Krzysztof Kuszewski

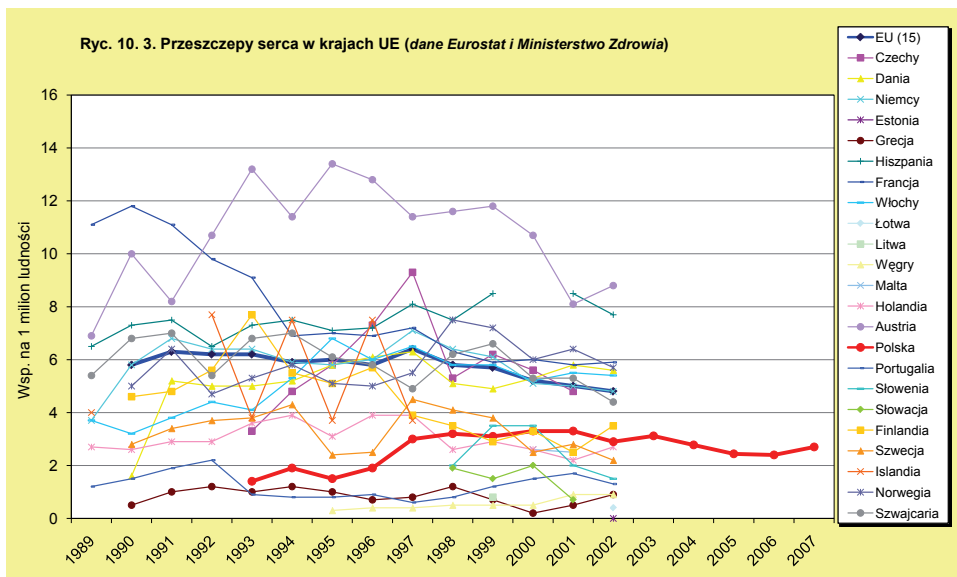
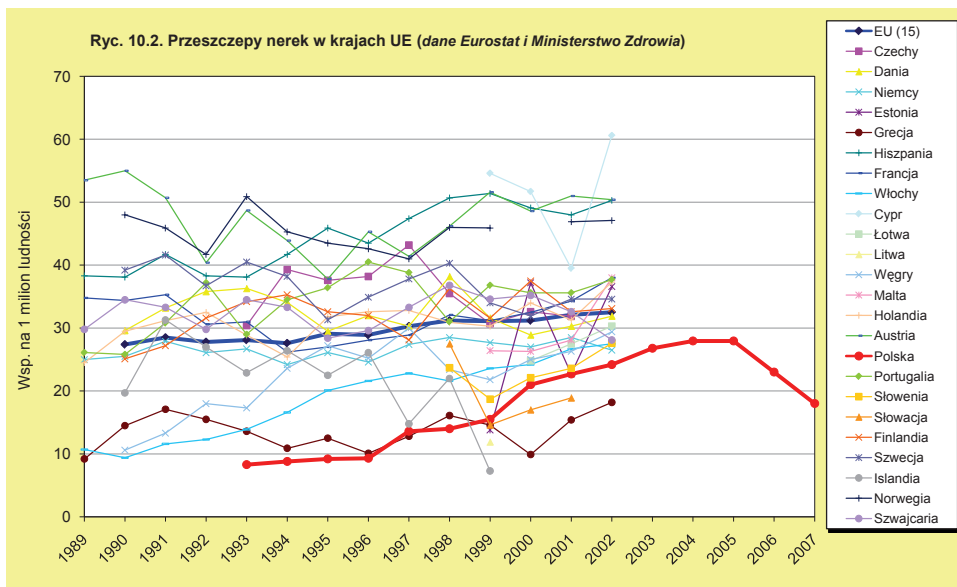
Procedury wysokospecjalistyczne to te, które wprowadzane są w miarę rozwoju i postępu nowoczesnych technologii medycznych, dla których wykonania niezbędna jest odpowiednia aparatura i wysokokwalifikowany personel medyczny.

Większość procedur wysokospecjalistycznych kontraktowana jest bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia choć niektóre z nich stają się standardem i przekazane już zostały do realizacji poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczy np. dializ. Procedury pochłaniają corocznie znaczną kwotę budżetu Ministerstwa (w 2007 392 miliony zł, w 2001 553 miliony zł, 2002 640 milionów zł) i stanowią bardzo istotną, społecznie ważną część realizowanej w kraju medycyny naprawczej. Zmniejszenie kwot przeznaczanych na procedury wysokospecjalistyczne przez MZ tłumaczyć można przekazywaniem finansowania realizacji części tych procedur bezpośrednio do NFZ.

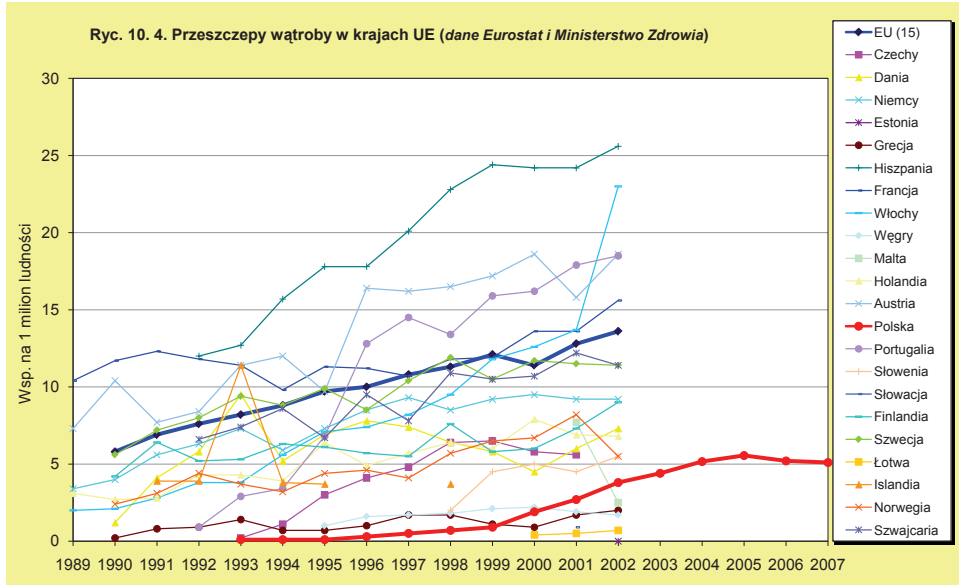
Dostępne dane¹ (tabela 10.1) wskazują iż w latach 1997 - 2007 współczynniki „dostępności” poszczególnych procedur na 100 tys. mieszkańców w zakresie niektórych procedur



¹ Dane Ministerstwa Zdrowia (Departament Polityki Zdrowotnej)



uległy zwiększeniu ale inne jak przeszczep serca i nerki uległy pewnemu zmniejszeniu w okresie ostatnich lat. Dynamiczny wzrost względnej liczby wykonywanych procedur miał miejsce do roku 2002 po czym nastąpiła pewna stagnacja ale pojawiły się równocześnie nowe procedury jak operacje wad wrodzonych serca, których częstość wykonywania wzrosła w stosunku do 1999 roku a ż o 40%. Prawie trzykrotnie w stosunku do 1997 roku wzrosła względna liczba przeszczepów szpiku. Wzrastająca co roku liczba wykonanych dializ, potwierdza coraz większą dostępność tej niezbędnej dla życia procedury, której kontrakto-



wanie i wykonywanie przeszło w ostatnich latach znaczną ewolucję i stanowi standardowy przedmiot kontraktu NFZ realizowany także przy udziale podmiotów prywatnych.

Niezwykle ważne i społecznie oczekiwane są procedury dotyczące układu krążenia. Liczba wykonywanych przeszczepów serca jak zaznaczono wyżej uległa w ostatnich latach pewnemu zmniejszeniu ale dynamicznie rozwija się koronarografia i koronaroplastyka. Wzrastała także liczba operacji kardio - chirurgicznych wad serca dzieci i dorosłych.

Z innych rzadziej wykonywanych procedur warto wymienić przeszczepy rogówki, które finansowano od 2004 roku ale ich liczba po początkowym wzroście do 854 w 2006 roku zmalała do 384 w 2008 r.

Jeśli chodzi o pomostowanie naczyń wieńcowych (ryc. 10.1) to w 1993 roku wykonywano w Polsce 8 zabiegów na 100 tys. ludności i było to prawie tyle samo co w Portugalii i Hiszpanii, w 2006 wg danych OECD wykonujemy 56 procedur tego rodzaju na 100 tys. ludności podczas gdy w Hiszpanii 29 a w Portugalii 25 procedur. Jesteśmy więc na poziomie Szwecji jednak poniżej poziomu Niemiec i Węgier gdzie według OECD w 2005 roku wykonywano 234 pomostowania na 100 tys. ludności. Nieco wyższe wartości dotyczące wykonywanych w Polsce procedur koronaroplastyki pochodzą z Ministerstwa Zdrowia – (tab. 10.1) dla 2002 roku jest to 81 na 100 tys. ludności, niestety brak informacji z ostatnich lat.

Z innych porównań międzynarodowych warto przytoczyć dynamikę wykonywanych przeszczepów nerek w krajach UE (ryc. 10.2)

Interesująco przedstawia się porównanie transplantacji narządów w krajach członkowskich Unii z danymi dla Polski (tabela 10.1). W 1999 roku współczynnik przeszczepów nerek na milion mieszkańców plasował nasz kraj powyżej Hiszpanii i Grecji a transplantacji serca wykonaliśmy więcej niż w Grecji, Holandii, Portugalii i Szwecji. Jest to ciekawy obraz świadczący o tym, że mimo znacznie mniejszych środków ogółem na ochronę zdrowia niż w wymienionych wyżej krajach staramy się nadążyć za nimi w stosowaniu najnowszych

kosztownych technologii medycznych. Liczba przeszczepów serca (ryc. 10.3) wzrastała w latach 90. by osiągnąć 3 na milion, mieszkańców po czym zmalała nieco by w 2007 roku osiągnąć 2,7 na milion mieszkańców. Mniej przeszczepów serca w 2002 roku wykonywano w Szwecji, Finlandii i Słowenii.

Znaczny postęp nastąpił w zakresie przeszczepów wątroby, których liczba wzrastała systematycznie od zerowych wartości w latach 90. by osiągnąć obecnie (2007 r.) 5 przeszczepów na milion mieszkańców (ryc. 10.4). Polska w zakresie przeszczepów wątroby wyprzedza wiele krajów, w tym starych członków UE o znacznie wyższych budżetach przeznaczanych na ochronę zdrowia niż to ma miejsce w naszym kraju.

Tabela 10.1. Liczba wykonanych procedur i współczynniki na 100 tys. ludności w latach 1997-2007

Nazwa procedury		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Przeszczepy												
nerka	N	523	543	617	829	879	937	1023	1067	879	901	681
	Wsp.	1,35	1,40	1,60	2,15	2,27	2,45	2,68	2,79	2,30	2,36	1,79
nerka+trzustka	N	-	-0	3	14	18	12	14	15	20	37	20
	Wsp.	-	-	0,01	0,04	0,05	0,03	0,04	0,04	0,05	0,10	0,05
serce	N	118	123	119	129	130	109	119	106	79	92	66
	Wsp.	0,31	0,32	0,31	0,33	0,34	0,29	0,31	0,28	0,21	0,24	0,17
wątroba	N	17	28	35	73	118	146	168	197	181	199	194
	Wsp.	0,04	0,07	0,09	0,19	0,31	0,38	0,44	0,52	0,47	0,52	0,51
płuco oraz serce+płuco	N	-	-0	3	0	1	2	2	2	3	7	7
	Wsp.	-	-	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02
szpik	N	235	294	481	625	590	698	796	767	649	838	773
	Wsp.	0,61	0,76	1,24	1,62	1,53	1,83	2,08	2,01	1,70	2,20	2,03
Inne procedury												
koronarografia	N	-	-	45395	57738	65640	77181	-	-	-	-	-
	Wsp.	-	-	117,4	149,4	169,9	201,9	-	-	-	-	-
koronaroplastyka	N	-	-	15292	23048	24190	30852	-	-	-	-	-
	Wsp.	-	-	39,6	59,6	62,6	80,7	-	-	-	-	-
operacja wad wrodzonych serca u niemowląt	N			973	1 055	1 148	1 359	1 348	1 441	1 342	1 503	1 414
	Wsp.	-	-	2,52	2,73	2,97	3,56	3,53	3,77	3,52	3,94	3,71
operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym	N			5 395	5 232	4 910	5 217	5 859	6 279	5 909	6 668	7 140
	Wsp.	-	-	14,0	13,5	12,7	13,6	15,3	16,4	15,5	17,5	18,7
liczba osób leczonych dializami	N	6103	6878	7702	8424	9345	10142	Kontraktowane przez NFZ				
	Wsp.	15,8	17,8	19,9	21,8	24,2	26,5					

Źródło: dane Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia

PODSUMOWANIE:

1. Pomimo niewielkich nakładów na ochronę zdrowia w Polsce w porównaniu z państwami UE, w zakresie częstości wykonywania niektórych procedur wysokospecjalistycznych (przeszczepy nerek, serca) wyprzedzaliśmy w 2002 roku kilka krajów dawnej unijnej 15 tki m.in. Hiszpanię, Grecję i Portugalię.

11. WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA ZDROWOTNEGO ZWIĄZANE ZE STYLEM ŻYCIA

Izabela Sakowska, Bogdan Wojtyniak

Stały wzrost zachorowalności na tzw. choroby cywilizacyjne dotykający kraje rozwinięte powoduje zwiększenie zainteresowania czynnikami ryzyka tych chorób. Szczególnie dotyczy to tych czynników ryzyka, którym można skutecznie przeciwdziałać poprzez działania promocji zdrowia, a więc czynników zależnych od prowadzonego stylu życia. Powiązania między poszczególnymi czynnikami ryzyka i ich skutkami zdrowotnymi są często bardzo złożone i trudne do oszacowania. Niemniej wyróżnić można kilka czynników ryzyka, których znaczenie nie budzi wątpliwości, a stosowane metody pomiaru pozwalają na porównanie sytuacji Polski z innymi krajami Unii Europejskiej. Należą do nich między innymi palenie papierosów, nieprawidłowa dieta, nadmierne spożycie alkoholu, otyłość czy mała aktywność fizyczna. Właśnie te czynniki według szacunków WHO dla roku 2002 były odpowiedzialne w Polsce za ok. 55% zgonów i prawie 40% utraconych lat życia przeżytego w zdrowiu.¹

11.1. Palenie papierosów

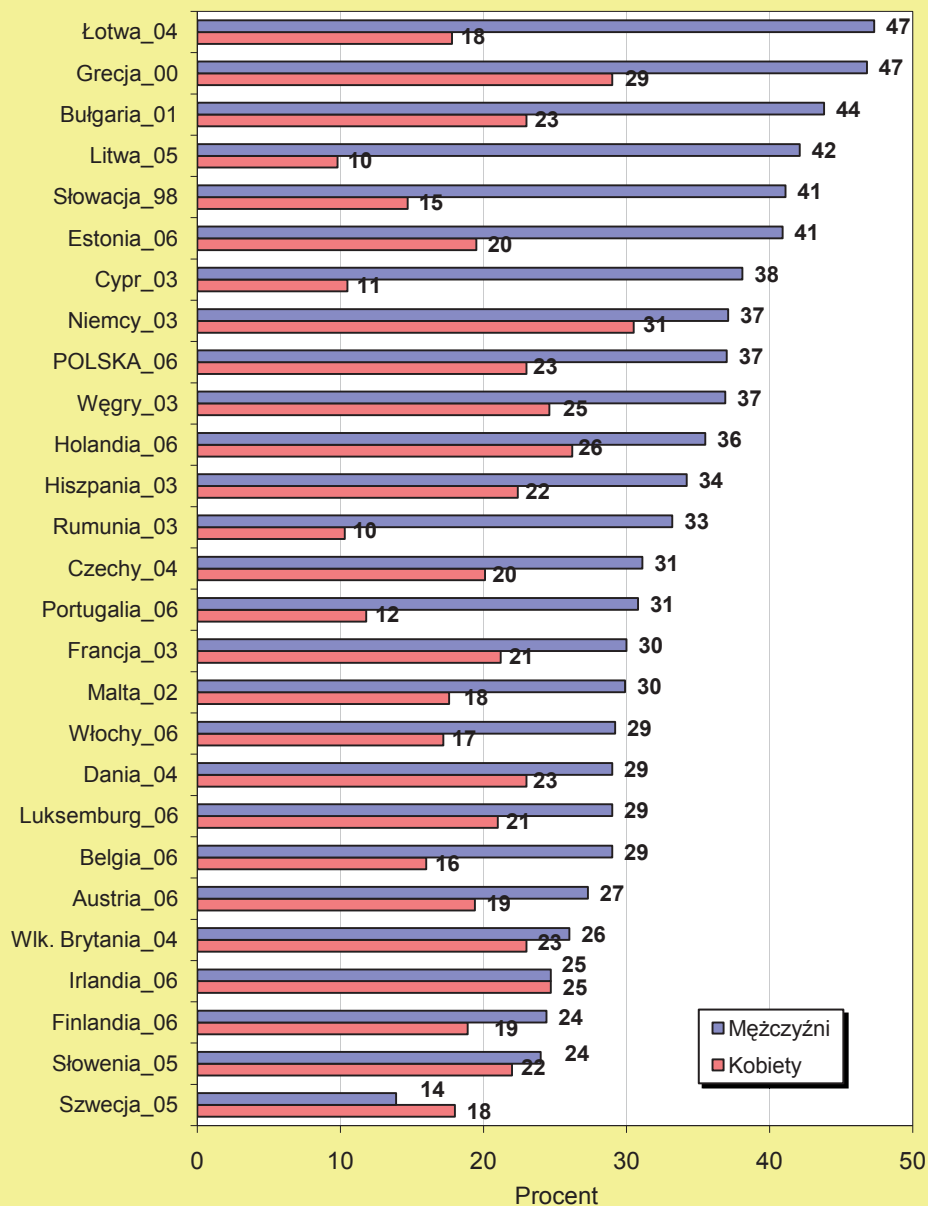
Palenie papierosów (lub innych wyrobów tytoniowych, które wszystkie rozpatrujemy łącznie) jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnej umieralności oraz czynnikiem ryzyka występowania takich chorób jak: choroby układu krążenia i układu oddechowego, niektórych nowotworów złośliwych, a szczególnie raka płuca.

Pod względem odsetka osób palących papierosy codziennie Polska, według danych WHO, zajmuje 9. miejsce wśród krajów UE (ryc. 11.1). W 2006 r. 23% kobiet i aż 37% mężczyzn deklarowało, że pali codziennie. Wyniki badań ankietowych GUS² pokazują, że w latach 1996-2004 odsetek mężczyzn w wieku 15 lat i więcej palących codziennie spadł o 1/6 (z 41% do 34%), natomiast rozpowszechnienie palenia papierosów wśród kobiet nie uległo zmianie (19%). Również młodzi mężczyźni w wieku 15-24 lata w 2004 r. palili papierosy rzadziej niż w 1996 r. (odpowiednio 20,7% i 22,7%), natomiast odsetek palaczy wśród młodych kobiet zwiększył się z tym okresem z 10,0% do 12,2%. Należy podkreślić, że rozpowszechnienie palenia wśród młodych osób w Polsce jest jednym z najniższych w krajach UE (UNECE Statistical Division Database)

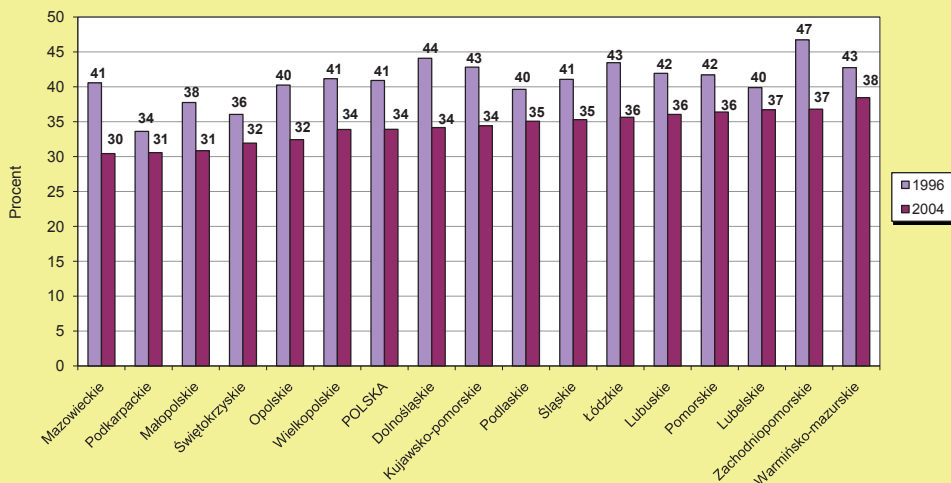
¹ The European health reports 2005:public health action for healthier children and populations. WHO Europe 2005.

² Stan zdrowia ludności Polski w 1996r. i w 2004r.

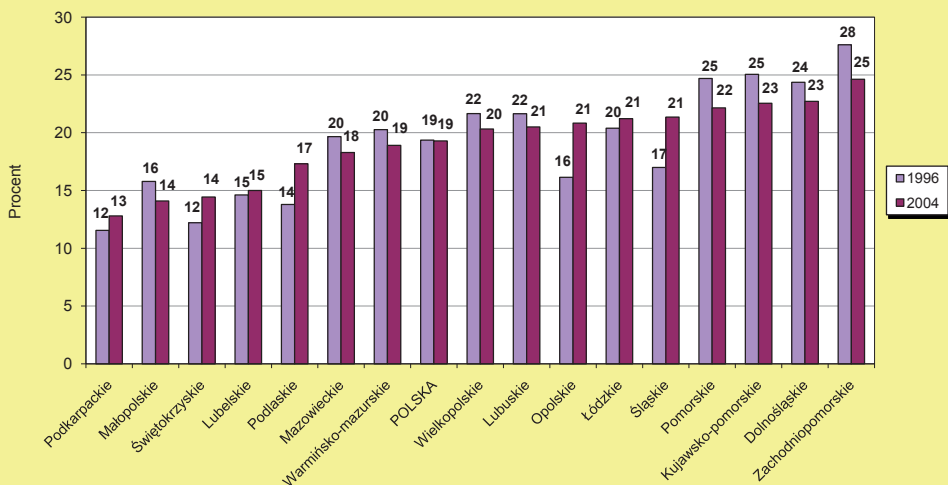
Ryc. 11.1. Odsetek osób powyżej 15 roku życia palących papierosy codziennie w krajach UE - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA DB)



Ryc. 11.2. Odsetek mężczyzn palących papierosy codziennie wg województw w latach 1996 i 2004
(dane GUS)

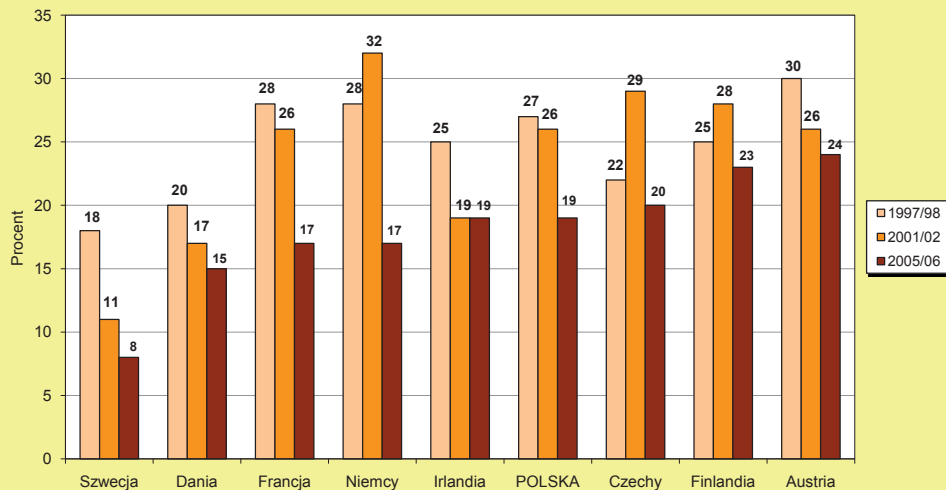


Ryc. 11.3. Odsetek kobiet palących papierosy codziennie wg województw w latach 1996 i 2004
(dane GUS)

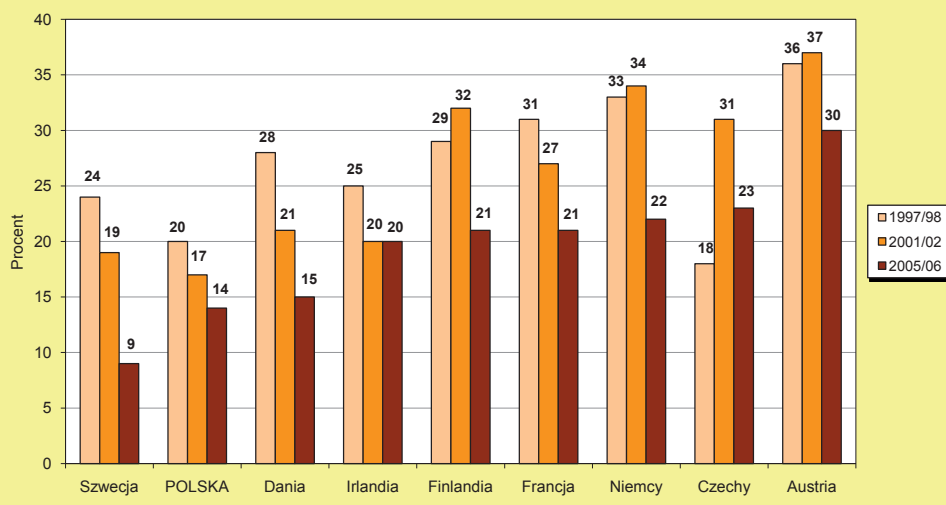


Porównując wyniki dla poszczególnych województw stwierdzono, że wśród mężczyzn odsetek palących codziennie spadł we wszystkich województwach, przy czym największy spadek odnotowano w województwie mazowieckim, co spowodowało, że obecnie w tym województwie mężczyźni najrzadziej palą papierosy (ryc. 11.2). Równocześnie zmniejszyły się zróżnicowanie województw pod względem rozpowszechnienia palenia tytoniu przez mężczyzn. Różnica między pierwszym a ostatnim województwem w 2004 r. wynosiła 8 punktów procentowych, podczas gdy w 1996 r. było to 13 punktów procentowych. Nałóg

Ryc. 11.4. Odsetek chłopców w wieku 15 lat palących papierosy przynajmniej raz w tygodniu w wybranych krajach UE (dane WHO HBSC)



Ryc. 11.5. Odsetek dziewcząt w wieku 15 lat palących papierosy przynajmniej raz w tygodniu w wybranych krajach UE (dane WHO HBSC)



ten nadal jest szczególnie nasilony w województwie zachodniopomorskim, mimo że odsetek palących mężczyzn zmniejszył się aż o 1/5, co jest jednym z największych spadków. Problem palenia papierosów przez kobiety wykazuje większe zróżnicowanie terytorialne. Z jednej strony odsetek palących kobiet w 9 województwach uległ zmniejszeniu, jednak aż w 7 województwach liczba kobiet palących codziennie zwiększyła się, a różnica pomiędzy pierwszym i ostatnim województwem jest niemal dwukrotna i wynosiła w 2004 r. 12 punktów procentowych. Również w przypadku kobiet największy odsetek palących codziennie

odnotowano w woj. zachodniopomorskim, natomiast w woj. podkarpackim kobiety pała papierosy najrzadziej (ryc. 11.3).

Według badań HBSC³ przeprowadzonych pod auspicjami WHO, w Polsce odsetek palącej młodzieży, zarówno w przypadku chłopców jak i dziewcząt, zmniejsza się w czasie, co jest zgodne z tendencją europejską (ryc. 11.4 i 11.5). W porównaniu z innymi krajami sytuacja dziewcząt jest lepsza niż chłopców. Nie odnotowano zależności pomiędzy zamożnością rodziny a paleniem papierosów przez młodzież. W Raporcie „Flash Eurobarometer No 233 – Young people and drugs” oceniającym opinie osób w wieku 15 – 24 lat na temat różnego rodzaju używek zwrócono uwagę, że młodzi ludzie w Polsce wysoko oceniają zagrożenie zdrowotne związane z paleniem papierosów, aż 36% osób uważa, że palenie jest związane z wysokim ryzykiem, a 51%, że ryzyko jest umiarkowane, tylko 12% odpowiedziało, iż ryzyko to jest niewielkie (odpowiednie średnie dla UE27 – 28%, 52%, 19%). Pod względem wysokiej oceny ryzyka związanego z paleniem papierosów Polska znalazła się na 3 pozycji wśród 27 krajów UE.

11.2 Spożycie alkoholu

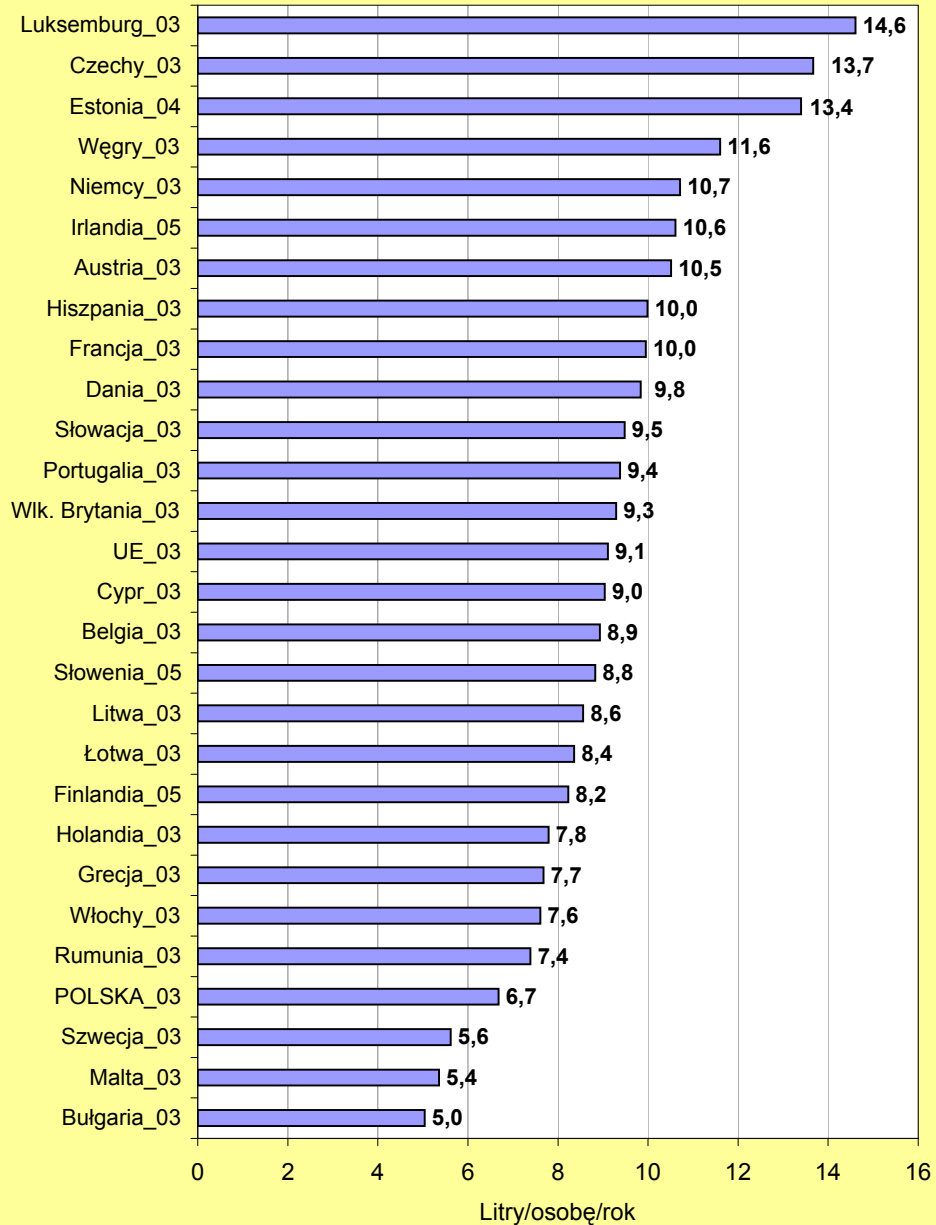
Alkohol stanowi ważny czynnik sprzyjający powstawaniu nie tylko problemów zdrowotnych związanych z uzależnieniem osoby pijącej, ale również problemów społecznych, do których zaliczyć należy przemoc fizyczną i psychiczną, popełnianie przestępstw po spożyciu alkoholu czy absencję w pracy.

Całkowite spożycie alkoholu w Polsce w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej wypada dość korzystnie (ryc. 11.6). Również wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w krajach UE w 2006 r. (Specjal Eurobarometer 272 – Attitudes towards Alcohol) potwierdzają lepszą od przeciętnej sytuację w Polsce. Tylko 14% badanych dorosłych Polaków, którzy pili alkohol w ciągu ostatnich 30 dni robiło to częściej niż jeden raz w tygodniu podczas gdy przeciętny odsetek dla 25 krajów UE wynosił 44%. Zmienił się udział poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych w całkowitym spożyciu alkoholu. Zmiany te rozpoczęły się w latach 90-tych, kiedy to spożycie całkowite było zdominowane przez napoje spirytusowe (ryc. 11.7). Obecnie Polacy piją najwięcej piwa, którego udział stanowi ponad 50% całkowitego spożycia alkoholu (ryc 11.8).

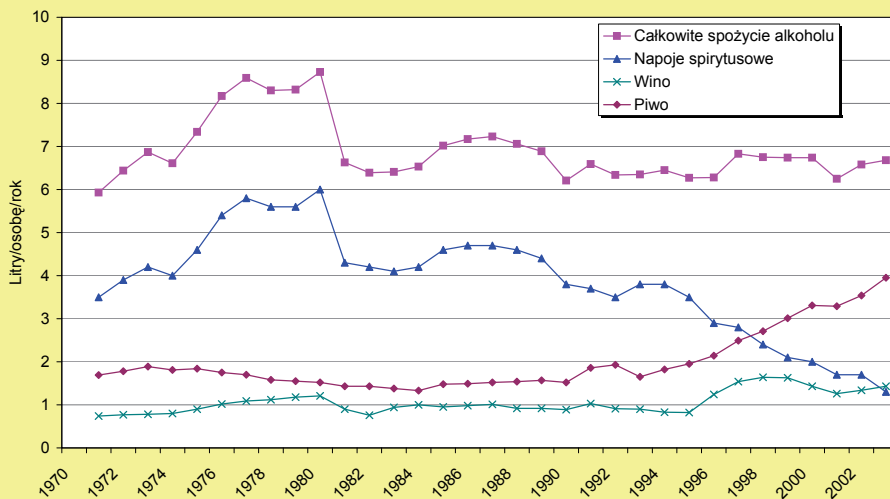
Jak wynika z badań HBSC picie alkoholu przez 15-latnią młodzież (zwłaszcza dziewczęta) jest w Polsce mniejszym problemem niż w wielu krajach UE (ryc. 11.9 i 11.10), ale i tak co szósty chłopiec w tym wieku w naszym kraju przyznaje się do picia alkoholu przynajmniej raz w tygodniu (ryc. 11.9.). Korzystnym zjawiskiem jest to, że w ciągu ostatnich lat odsetek pijących zmniejszył się. Nie odnotowano zależności pomiędzy zamożnością rodziny a piciem alkoholu przez młodzież. W Raporcie „Flash Eurobarometer No 233 – Young people and drugs” młodzi ludzie w Polsce ocenili zagrożenie związane ze spożyciem alkoholu na poziomie średniej unijnej, 26% osób oceniło ryzyko jako wysokie, 59% jako umiarkowane, a 13% jako niskie (odpowiednie średnie dla krajów UE27 – 24%, 59%, 15%).

³ Health Behaviours In School-Aged Children (HBSC) 1997/98, 2001/02, 2005/06

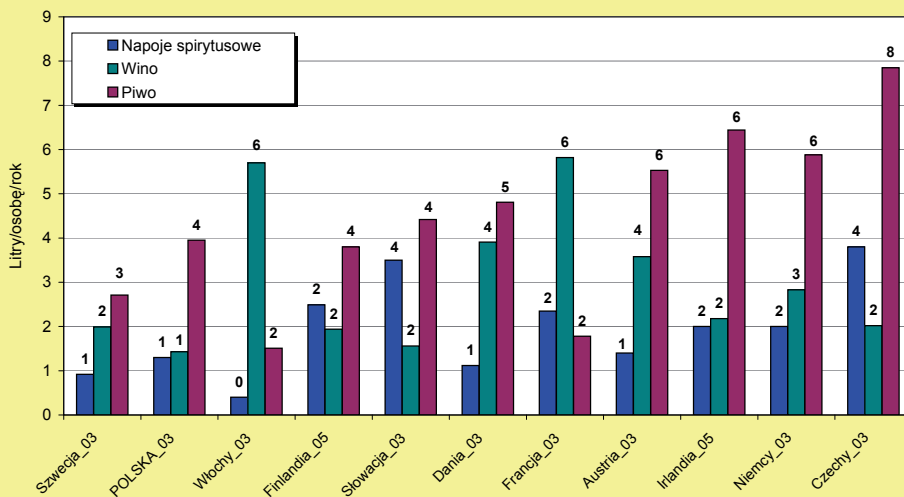
Ryc. 11.6. Całkowite spożycie alkoholu na jednego mieszkańca w przeliczeniu na czysty etanol - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA DB)



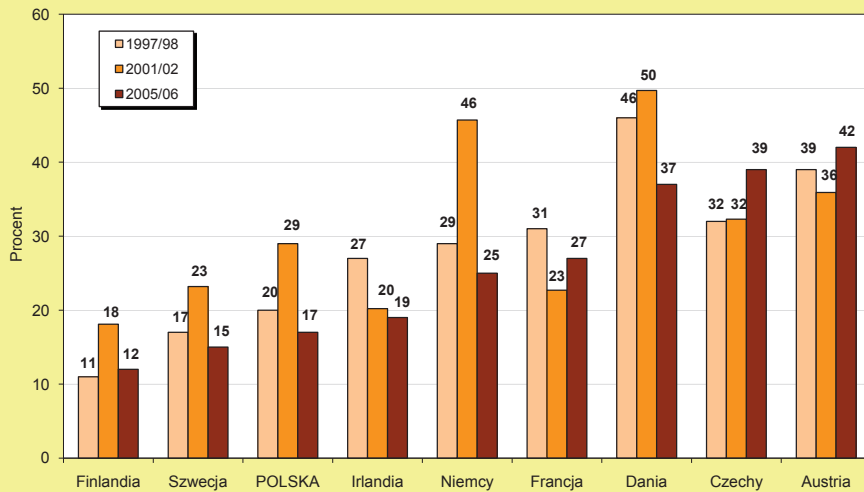
Ryc. 11.7. Spożycie napojów alkoholowych w Polsce w latach 1970-2003 wg rodzaju napojów - w litrach czystego etanolu (dane WHO HFA DB)



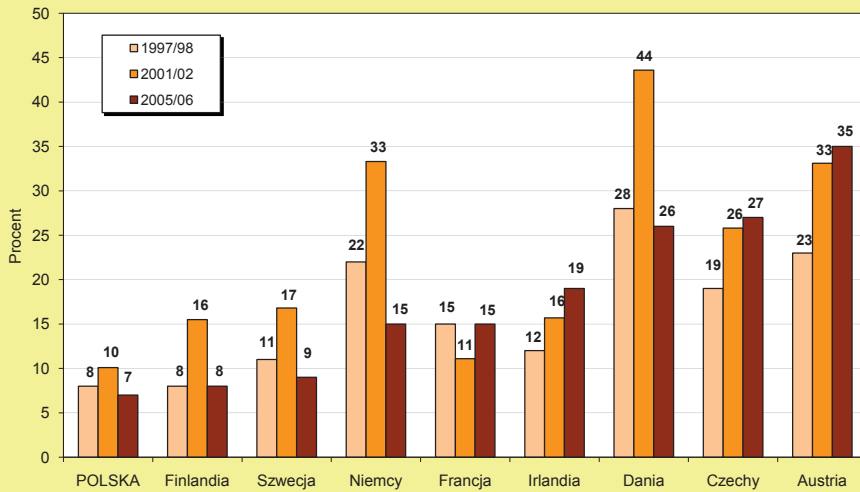
Ryc. 11.8. Spożycie napojów alkoholowych w wybranych krajach UE wg rodzajów napojów alkoholowych w przeliczeniu na czysty etanol - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA DB)



Ryc. 11.9. Odsetek chłopców w wieku 15 lat pijących alkohol przynajmniej raz w tygodniu w wybranych krajach UE (dane WHO HBSC)



Ryc. 11.10. Odsetek dziewcząt w wieku 15 lat pijących alkohol przynajmniej raz w tygodniu w wybranych krajach UE (dane WHO HBSC)

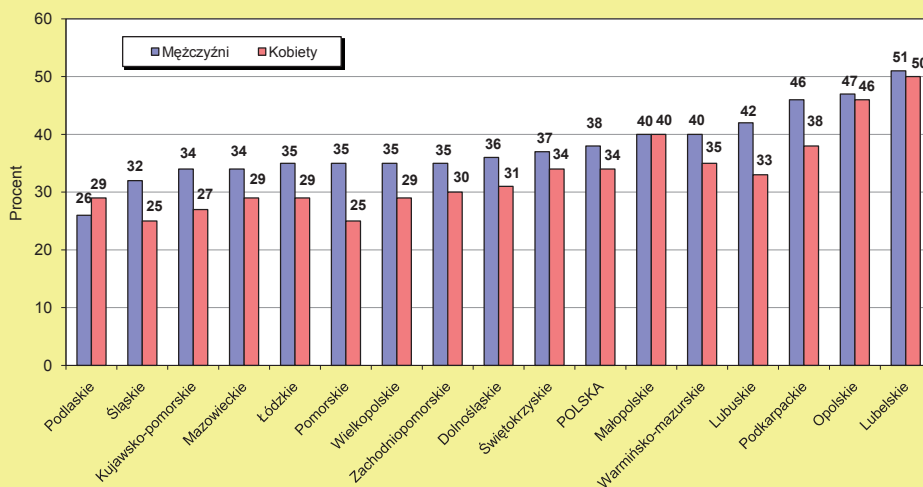


11.3. Aktywność fizyczna

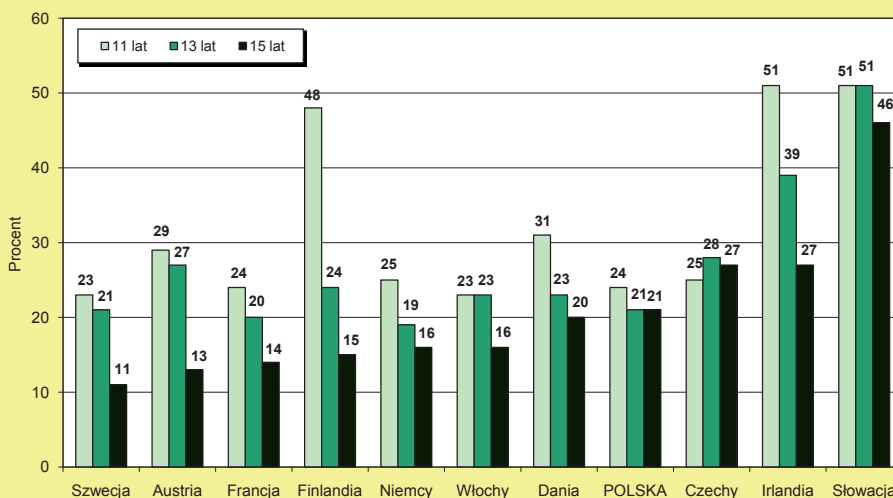
Aktywność fizyczna jest uznawana za najważniejszy czynnik podtrzymujący zdrowie i przeciwdziałający występowaniu chorób cywilizacyjnych oraz ich czynników ryzyka takich jak: udary, choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość czy hipercholesterolemia.

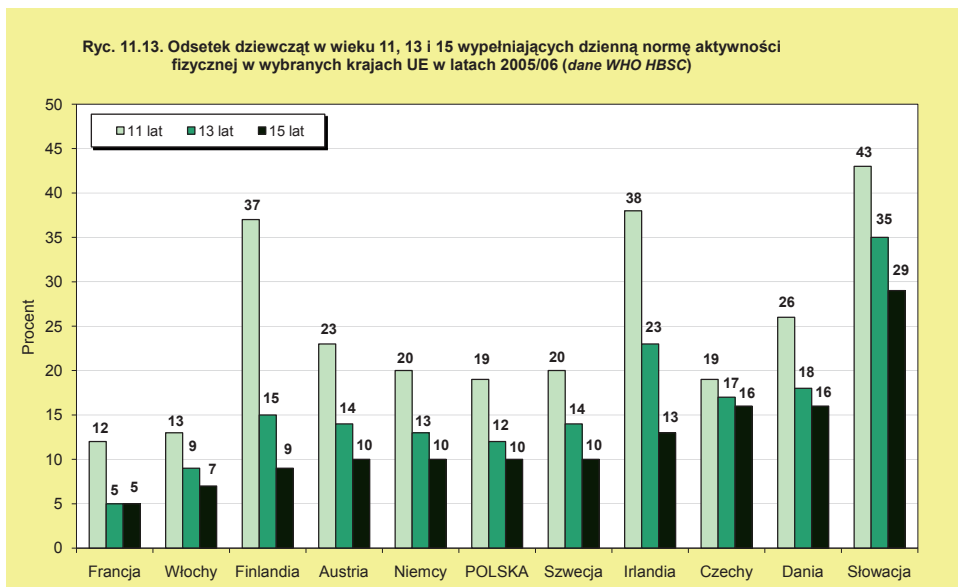
Aktywność fizyczną najczęściej definiuje się jako „każdy wysiłek, angażujący mięśnie szkieletowe, który prowadzi do zwiększenia wydatku energetycznego powyżej poziomu spoczynkowego”. Dla dorosłej populacji ogólnej przyjmuje się, że zadowalający poziom

Ryc. 11.11. Odsetek osób w wieku 20 lat i więcej o prawidłowej aktywności fizycznej w czasie wolnym w latach 2003-04 (dane z badania WOBASZ)



Ryc. 11.12. Odsetek chłopców w wieku 11, 13 i 15 lat wypełniających dzienną normę aktywności fizycznej w wybranych krajach UE w latach 2005/06 (dane WHO HBSC)





aktywności fizycznej osiągnięty jest wtedy, gdy ćwiczenia fizyczne o umiarkowanej intensywności wykonywane są przynajmniej przez pół godziny dziennie. Umiarkowana aktywność fizyczna osiągnięta jest wtedy, gdy czynność serca jest przyspieszona, osoba ćwicząca odczuwa ciepło i niewielkie przyspieszenie oddechu.

Brak międzynarodowych badań uwzględniających populację Polski na tle innych krajów Unii Europejskiej, niemniej na podstawie badań Eurobarometer⁴ oraz badania WOBASZ⁵ można wnioskować, że aktywność fizyczna Polaków jest zbliżona do średniej dla krajów UE.

Istnieją znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi województwami w odsetku populacji, która deklaruje podejmowanie aktywności fizycznej, np. w województwie podlaskim ćwiczy zaledwie 26% mężczyzn, podczas gdy w województwie lubelskim ponad połowa (ryc. 11.11).

Wśród młodzieży obserwuje się obniżenie aktywności fizycznej w starszych grupach wiekowych w wielu krajach UE (ryc. 11.12 i 11.13). Szczególnie duży spadek występuje wśród dziewcząt, z których w Polsce co piąta w wieku 11 lat deklaruje umiarkowaną lub dużą codzienną aktywność fizyczną, a w wieku 15 lat już tylko co dziesiąta. Odnotowano również zależność pomiędzy zamożnością rodziny a aktywnością fizyczną zarówno chłopców jak i dziewcząt; wyższy poziom aktywności fizycznej był skorelowany z większą zamożnością rodziny.

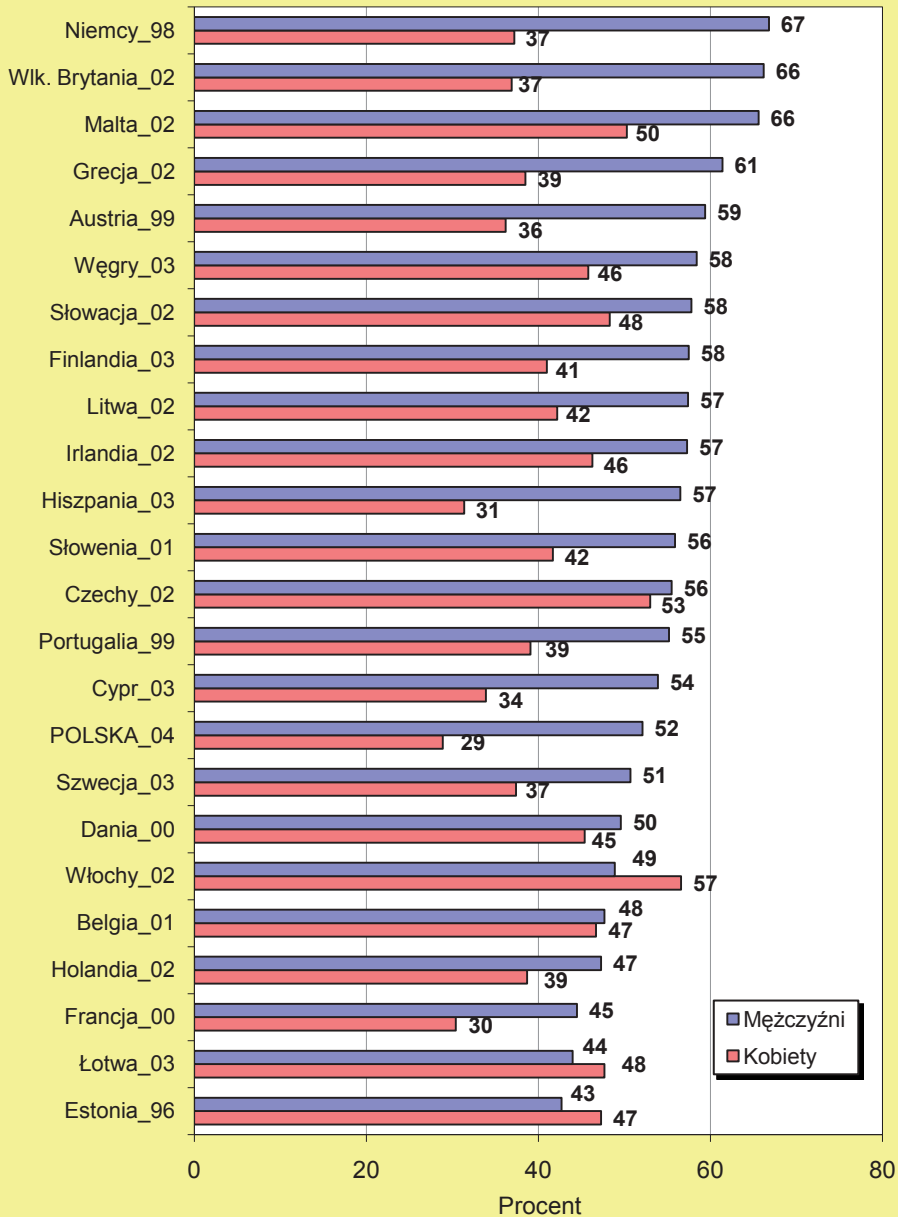
11.4. Nadwaga i otyłość

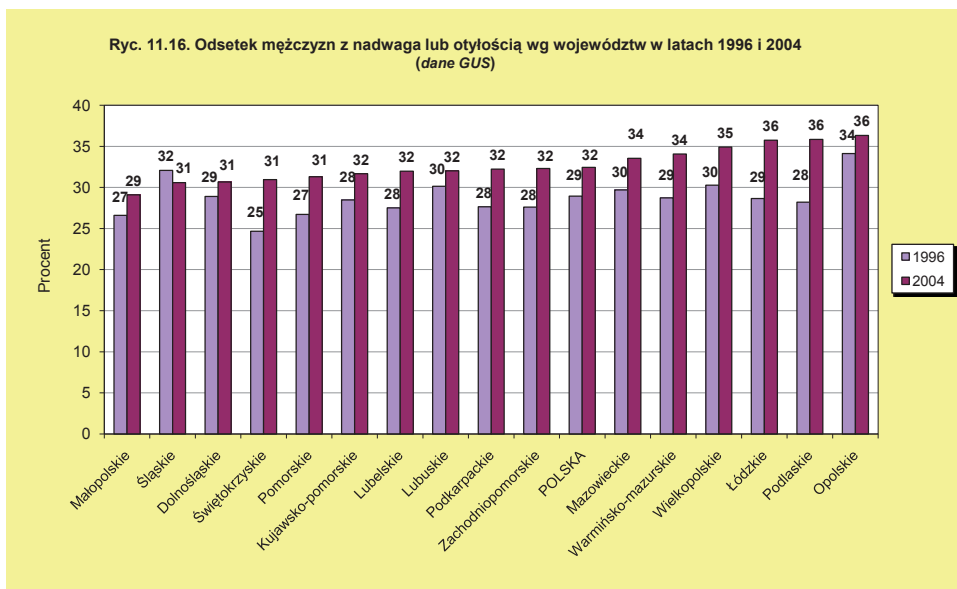
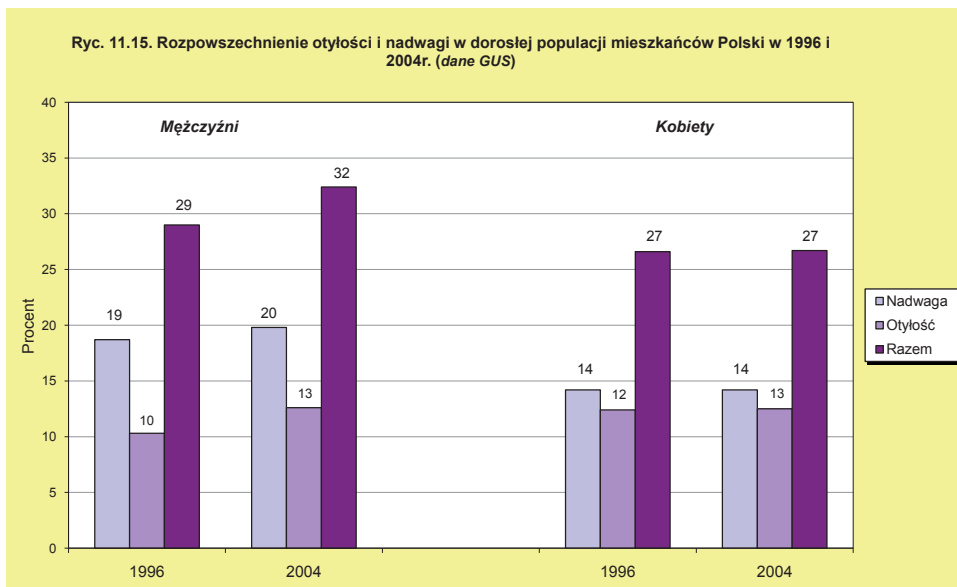
Otyłość sama w sobie może być traktowana jako choroba, ale również jako czynnik ryzyka wielu chorób somatycznych takich jak choroby sercowo-naczyniowe (miażdżyca

⁴ Special Eurobarometer 183-6 / Wave 58.2

⁵ Drygas W. et al. Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ. Kardiologia Polska 2005;63:6(supl.4):636-640

Ryc. 11.14. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat z otyłością lub nadwagą w Polsce i krajach UE - ostatni dostępny rok (dane Eurostat, Polska 2004 - GUS)

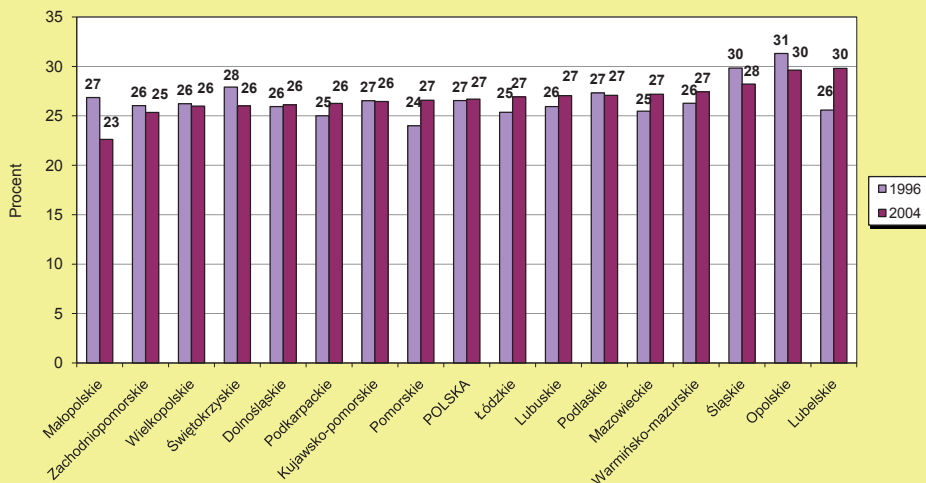




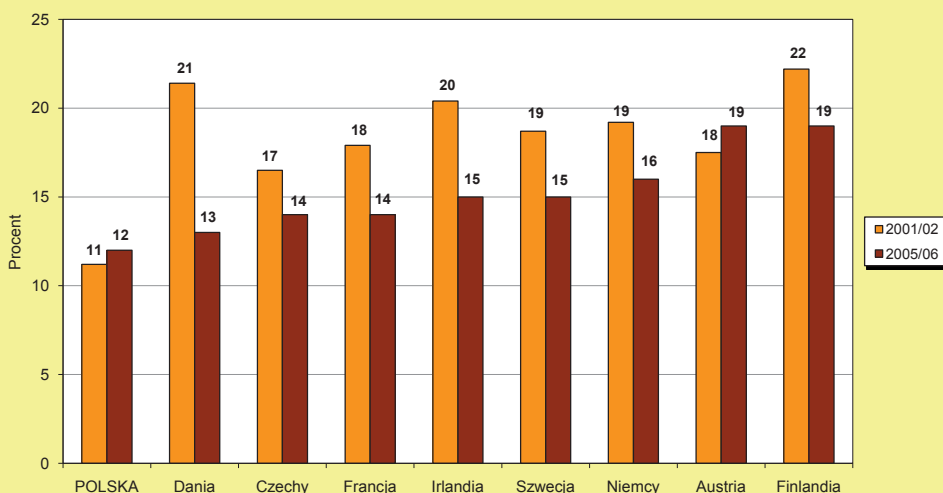
i nadciśnienie tętnicze), cukrzyca typu 2, niektóre nowotwory, chorób zwyrodnieniowych stawów, kamicy pęcherzyka żółciowego, czy zespołu snu z bezdechem.

Obecnie w krajach rozwiniętych obserwuje się wzrost odsetka osób obciążonych otyłością lub nadwagą. Wprawdzie w porównaniu z innymi krajami regionu europejskiego Polska plasuje się w dolnej połowie, jednak problem ten powoli zaczyna narastać i obecnie dotyczy ponad 43% populacji (ryc. 11.14).

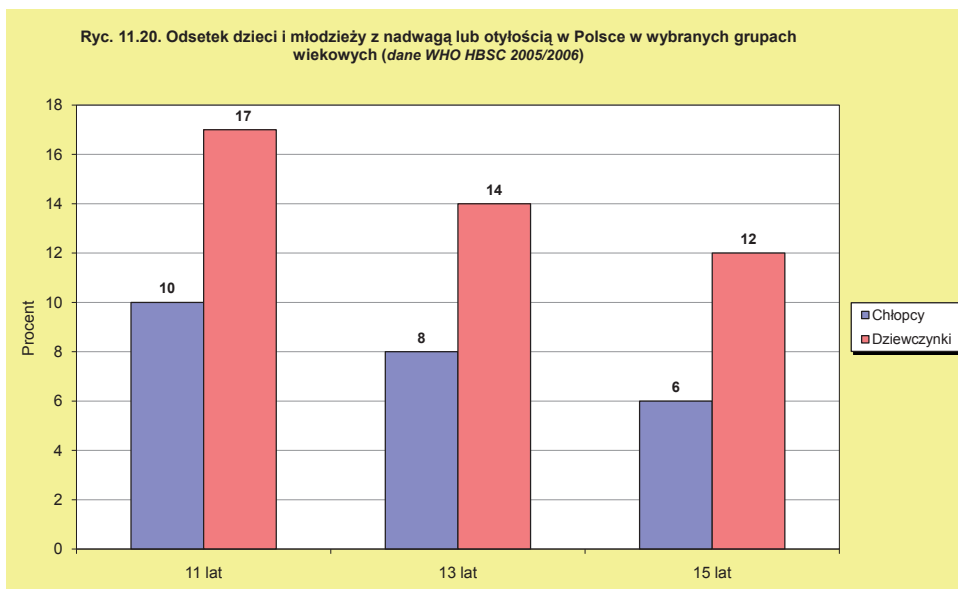
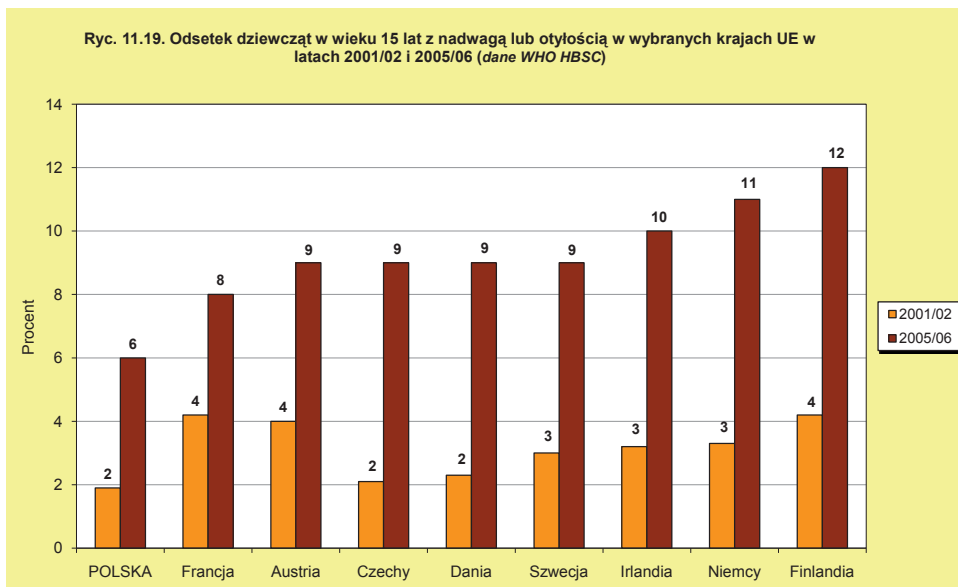
Ryc. 11.17. Odsetek kobiet z nadwagą lub otyłością wg województw w latach 1996 i 2004
(dane GUS)



Ryc. 11.18. Odsetek chłopców w wieku 15 lat z nadwagą lub otyłością w wybranych krajach UE w latach 2001/02 i 2005/06 (dane WHO HBSC)



Problem otyłości i nadwagi w Polsce w większym stopniu dotyczy mężczyzn niż kobiet, przy czym jest to związane głównie z większym rozpowszechnieniem nadwagi wśród mężczyzn. Odsetek otyłych kobiet i mężczyzn jest porównywalny. Według danych GUS w latach 1996 – 2004 odsetek mężczyzn z nadwagą lub otyłością wzrósł o 4,2 punktu procentowego, w tym samym czasie wśród kobiet odpowiednie wartości pozostały bez zmian (ryc. 11.15.).



Największy odsetek mężczyzn z nadwagą i otyłością odnotowano w województwie opolskim, natomiast kobiet w województwie lubelskim (niemniej województwo opolskie znajduje się na drugiej pozycji) (ryc. 11.16 i 11.17). Porównując rok 1996 i 2004 odsetek osób z otyłością i nadwagą wzrósł w większości województw. W przypadku mężczyzn odwrotny trend odnotowano jedynie w województwie śląskim, które w roku 1996 plasowało się na drugiej pozycji pod względem liczby osób z nadmierną masą ciała, a w roku 2004 spadło na 15 pozycję, a odsetek mężczyzn z nadwagą lub otyłością zmniejszył się o 1,5%.

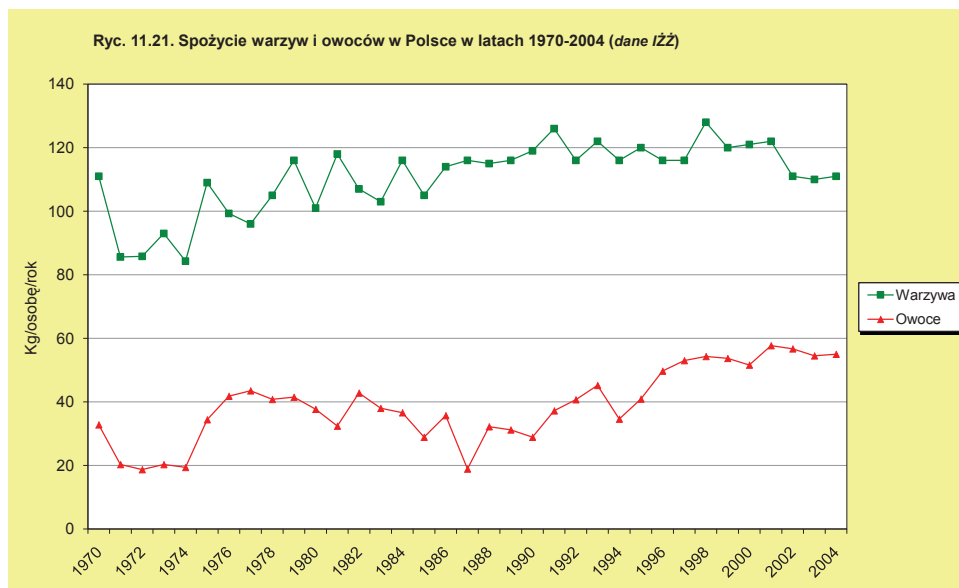
W przypadku kobiet obserwuje się większą dbałość o zachowanie prawidłowej masy ciała i w połowie województw odsetek kobiet z nadwagą lub otyłością uległ zmniejszeniu, przy czym największy spadek odnotowano w województwie małopolskim – o prawie 1/6.

Wśród dzieci i młodzieży niepokojący jest znaczny wzrost odsetka dziewcząt z nadwagą i otyłością w latach 2001-2006 (ryc. 11.18 i 11.19). Również większy odsetek nadwagi i otyłości notuje się w młodszych grupach wiekowych (ryc. 11.20). Ponieważ nadwaga w dzieciństwie jest czynnikiem ryzyka wystąpienia otyłości w życiu dorosłym można spodziewać się zwiększenia odsetka osób z nadwagą i otyłością w przyszłości. W badaniu HBSC nie zaobserwowano związku pomiędzy zamożnością rodziny a wagą ciała dzieci w Polsce podczas gdy w większości krajów nadwaga i otyłość wśród dzieci wiązały się z niższym statusem ekonomicznym rodziców.

11.5. Spożycie owoców i warzyw

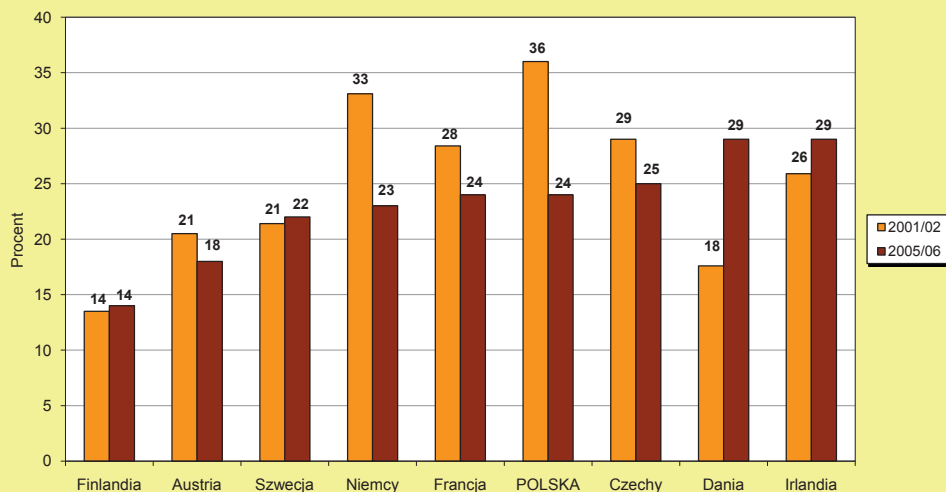
Nieprawidłowa dieta, a szczególnie niedobór owoców i warzyw mogą prowadzić do otyłości, hipercholesterolemii, niedoborów witamin, sprzyjają również rozwojowi nowotworów.

Pod względem ilości dostępnych warzyw i owoców przypadających na jednego mieszkańca Polska zajmuje przedostatnią pozycję wśród krajów unijnych (HFA DB). W tym kontekście za niepokojące należy uznać wyniki analiz prowadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia⁶, które pokazują, że spożycie warzyw i owoców w Polsce nie wzrasta w ciągu ostatnich lat (ryc. 11.21). Niekorzystny jest również fakt dużych różnic w spożyciu warzyw i owoców w zależności od sytuacji ekonomicznej osób. Wyniki badania budżetów gospo-

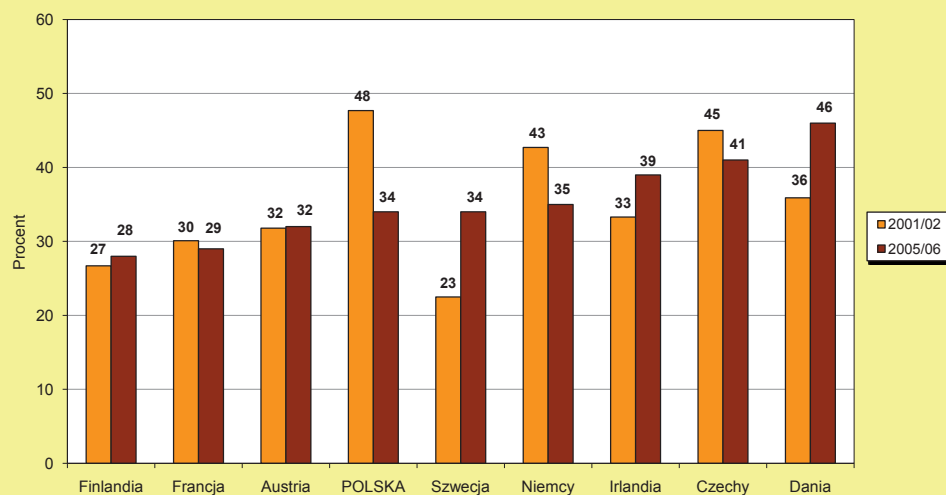


⁶ Sekuła W, Figurska K, Barysz A. *Wyniki monitoringu żywienia ludności oraz uwarunkowań społeczno-ekonomicznych w Polsce. Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków.* Warszawa 2006.

Ryc. 11.22. Odsetek chłopców w wieku 15 lat spożywających owoce codziennie w Polsce i wybranych krajach UE w latach 2001/02 i 2005/06 (dane WHO HBSC)



Ryc. 11.23. Odsetek dziewcząt w wieku 15 lat spożywających owoce codziennie w Polsce i wybranych krajach UE w latach 2001/02 i 2005/06 (dane HBSC)



darstw domowych w 2007 r.⁷ pokazują, że osoby z najniższej grupy kwintylowej dochodu rozporządzalnego na osobę spożywały o 37% mniej warzyw i aż o 60% mniej owoców niż osoby z grupy najwyższej.

Obserwowane w krajach UE w ostatnich latach zmiany w spożyciu owoców przez dzieci i młodzież mają zróżnicowany charakter – w niektórych krajach występuje wzrost

⁷ Główny Urząd Statystyczny. Budżety gospodarstw domowych w 2007 r., Warszawa 2008.

spożycia, w innych spadek. W Polsce zarówno wśród dziewcząt jak i chłopców w wieku 15 lat, odsetek spożywających owoce codziennie spadł w latach 2001-2006 odpowiednio o 14 i 12 punktów procentowych (ryc. 11.22 i 11.23). W porównaniu z innymi krajami spadek ten należał do największych. Odnotowano również dodatnią korelację częstości spożywania owoców przez młodzież z zamożnością rodziny; osoby pochodzące z rodzin o wyższym statusie ekonomicznym częściej spożywały owoce.

PODSUMOWANIE:

1. Sytuacja Polski na tle innych krajów unijnych odnośnie omawianych czynników ryzyka jest zróżnicowana.
2. Wprawdzie odsetek Polaków palących papierosy (37% mężczyzn i 23% kobiet) jest wyższy od przeciętnego dla krajów UE, ale wśród mężczyzn liczba palaczy zmniejsza się. Zmniejsza się również rozpowszechnienie palenia wśród młodzieży, a samo palenie papierosów jest postrzegane przez osoby w wieku 15-24 lata jako obciążone dużym ryzykiem zdrowotnym i odsetek palaczy w tej grupie wiekowej jest jednym z najniższych w UE. Niepokojące jest utrzymywanie się odsetka palących dorosłych kobiet na stałym poziomie.
3. Spożycie alkoholu w Polsce jest niższe niż przeciętne dla krajów UE. Zmieniła się struktura spożycia napojów alkoholowych, wzrósł udział napojów o niższej zawartości alkoholu. Również wśród młodzieży sytuacja jest korzystna w porównaniu z innymi krajami UE, ale co szósty chłopiec w wieku 15 lat pije alkohol przynajmniej raz w tygodniu.
4. Wyniki badań wskazują, że aktywność fizyczna Polaków jest zbyt niska. Obserwuje się również spadek aktywności dzieci i młodzieży w starszych grupach wiekowych.
5. Pod względem występowania otyłości i nadwagi Polska nadal plasuje się poniżej średniej unijnej, a problem ten dotyczy głównie mężczyzn. Sytuacja dzieci i młodzieży w porównaniu z innymi krajami UE jest bardzo korzystna, niemniej odnotowano wzrost odsetka osób z nadwagą w młodszych grupach wiekowych.
6. Spożycie owoców i warzyw utrzymuje się w Polsce na niskim poziomie, a wśród młodzieży odnotowano spadek spożycia owoców w ostatnich latach.

12. WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W POLSCE

Sylvia Szafraniec-Buryło, Izabela Sakowska

Podstawowym wskaźnikiem wydatków na ochronę zdrowia w danym kraju jest udział tych wydatków w produkcie krajowym brutto (PKB). Całkowite wydatki na ochronę zdrowia szacowane są przy użyciu metodologii opracowanej przez Organizację Ekonomicznej Współpracy i Rozwoju (OECD). Są one definiowane jako suma wydatków na czynności, które mają na celu promocję zdrowia i szeroko rozumianą opiekę zdrowotną. Czynności takie jak kontrola żywności czy badania naukowe w zakresie medycyny nie są składową całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Na rycinie 12.1 przedstawiono sytuację Polski na tle krajów Unii Europejskiej w zakresie wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB dla ostatniego dostępnego roku. Dane w tym rozdziale pochodzą z bazy WHO HFA DB¹. Dla krajów członkowskich OECD przyjęto wartości podawane przez OECD², natomiast dla pozostałych krajów przyjęto wartości szacowane przez WHO podawane w bazie WHO HFA DB.

Na całkowite wydatki na ochronę zdrowia składają się wydatki publiczne i prywatne. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia to wydatki z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz wydatki obligatoryjnych instytucji ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia to wydatki gospodarstw domowych, przedsiębiorstw i instytucji. Wydatki gospodarstw domowych to bezpośrednie zakupy leków, opłaty i dopłaty do świadczeń publicznej i prywatnej służby zdrowia oraz wykup komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wydatki przedsiębiorstw i instytucji – to finansowanie zakładowej służby zdrowia oraz ponadobowiązkowych ubezpieczeń i abonamentów w prywatnej służbie zdrowia. Na rycinie 12.2 przedstawiono wydatki całkowite na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 osobę (*per capita*) oraz wydatki publiczne na ochronę zdrowia *per capita*.

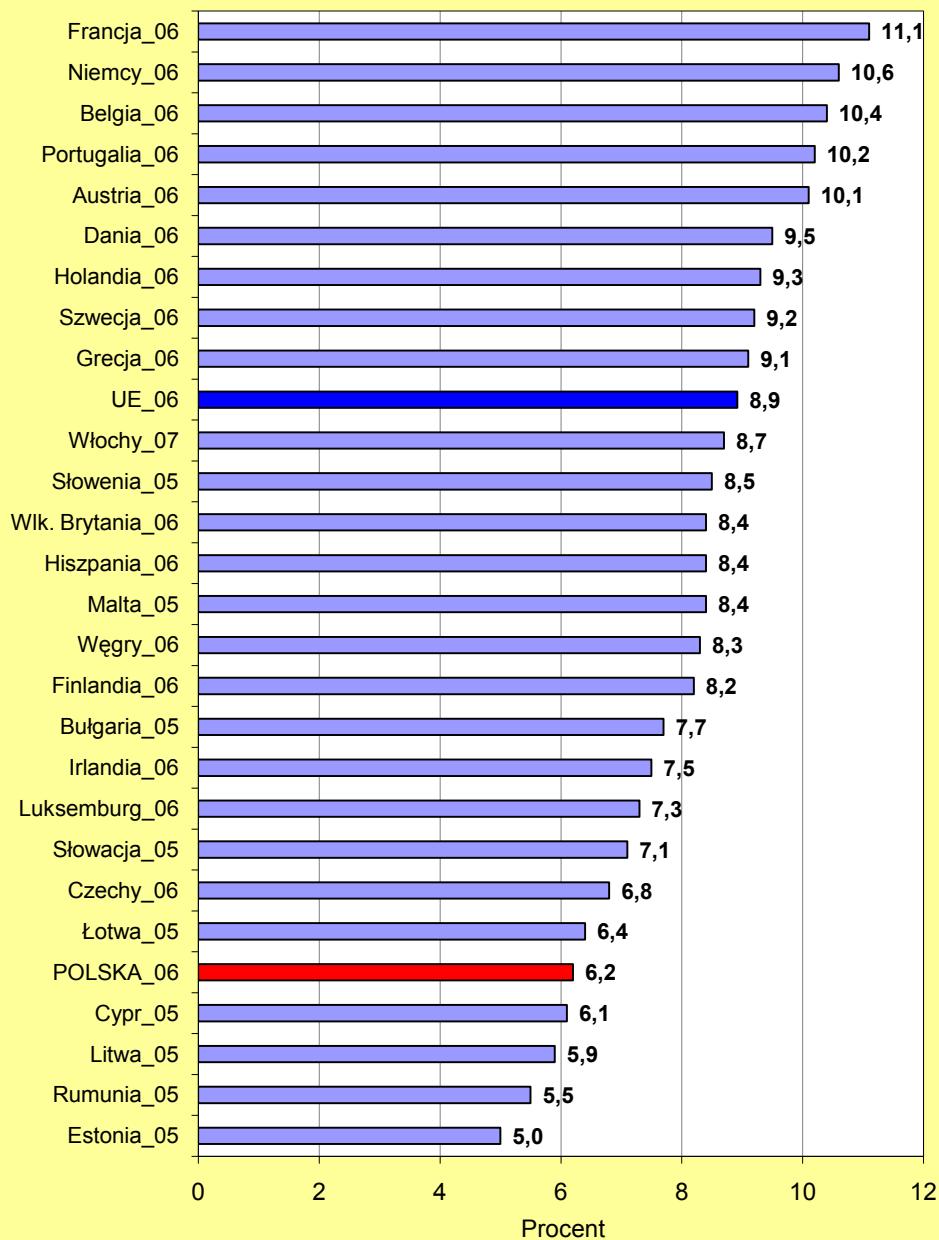
Jak wynika z rycinach 12.1 i 12.2, jeśli chodzi o wydatki na zdrowie Polska należy do krajów o nakładach niższych niż średnie w Unii Europejskiej zarówno biorąc pod uwagę wydatki całkowite jako procent PKB, jak i wydatki całkowite i publiczne *per capita*. W Polsce w roku 2006 całkowite wydatki na zdrowie stanowiły 6,2% PKB, podczas gdy średnia dla Unii Europejskiej wynosi 8,9% PKB. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego³ na całkowite wydatki na zdrowie w roku 2006 składały się w 64,6% wydatki publiczne

¹ <http://www.euro.who.int/HFADB>

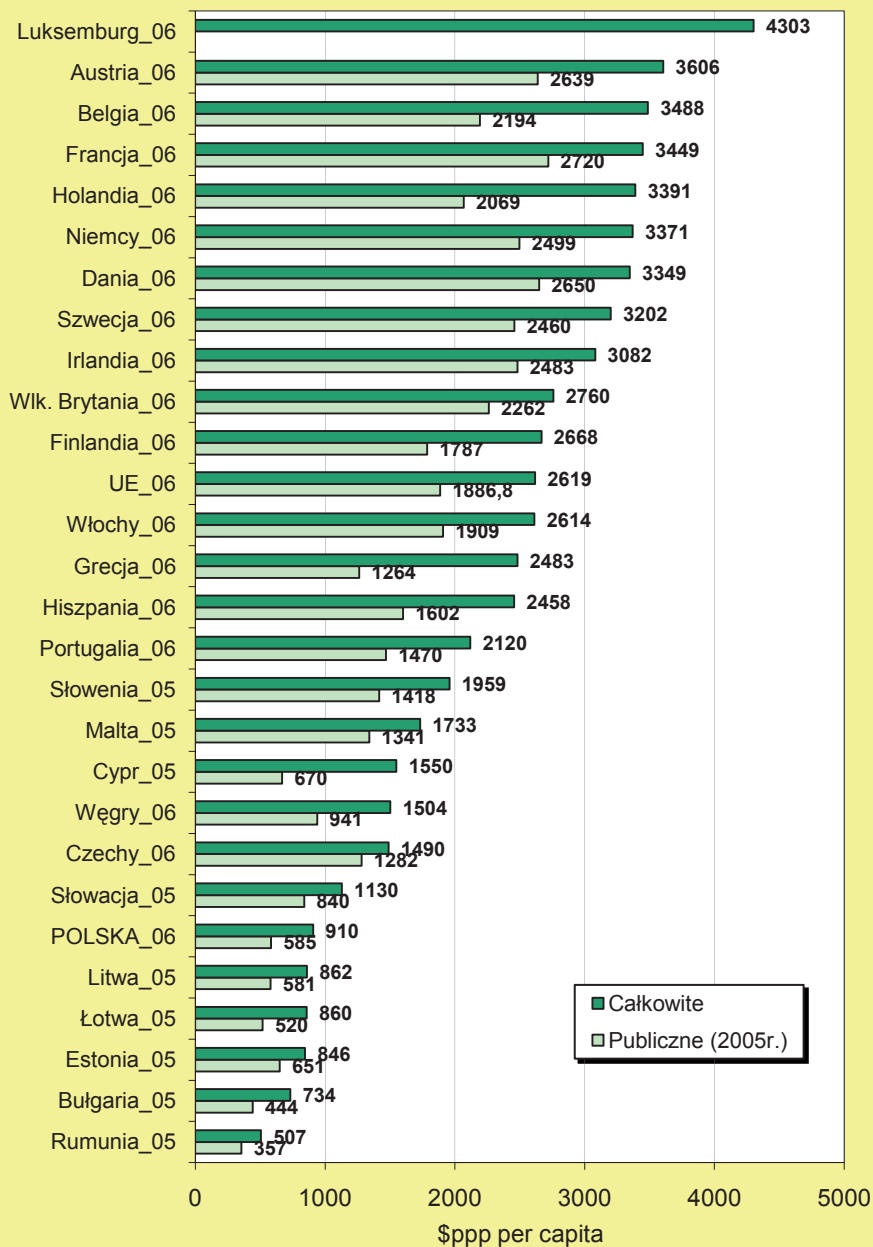
² <http://oberon.sourceoecd.org/vl=1629231/cl=58/nw=1/rpsv/health2007/index.htm>

³ Główny Urząd Statystyczny, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 r., Warszawa 2007

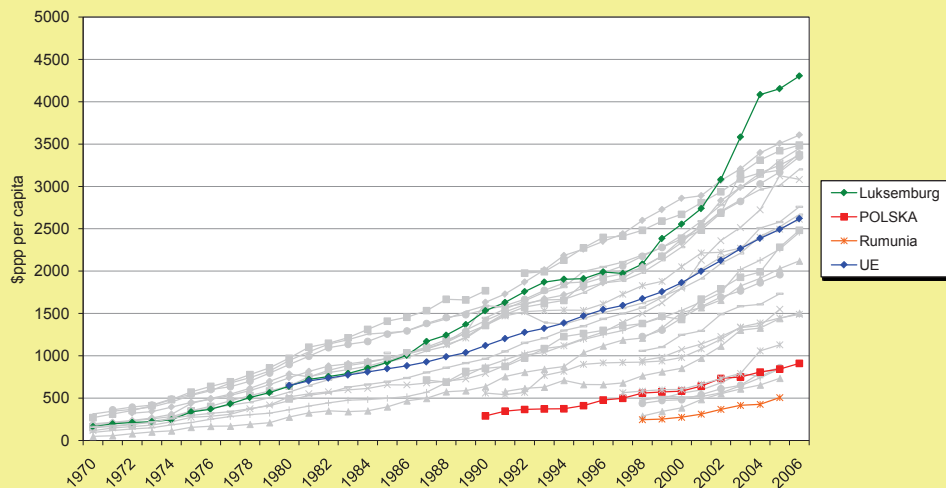
Ryc. 12.1. Wydatki na zdrowie jako procent PKB - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA DB)



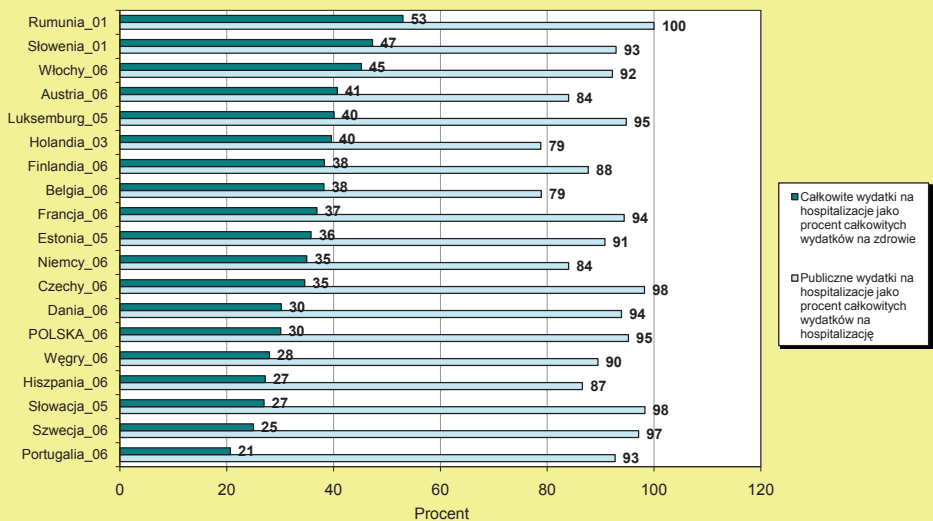
Ryc. 12.2. Całkowite oraz publiczne wydatki na zdrowie jako \$ppp na 1 osobę - ostatni dostępny rok (dane OECD i WHO HFA DB)



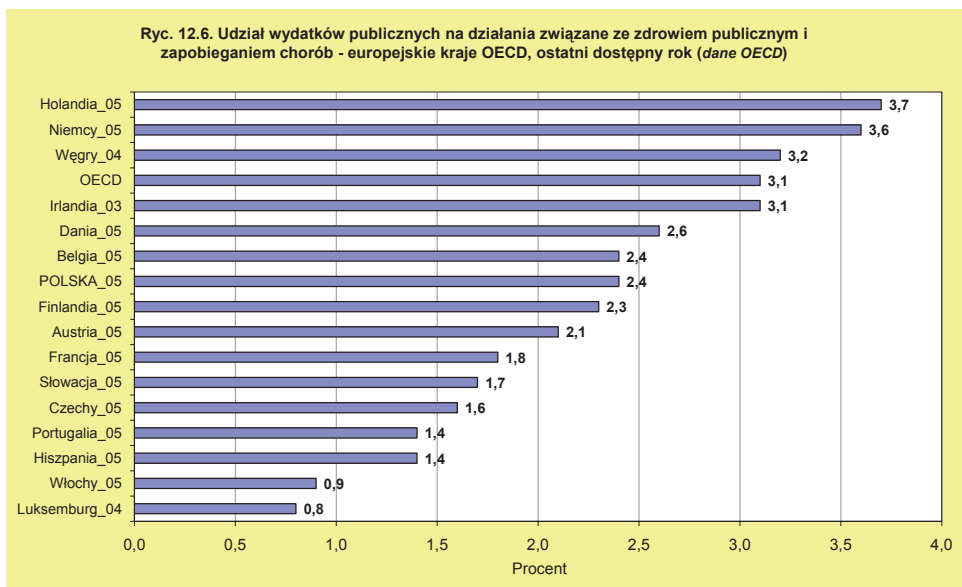
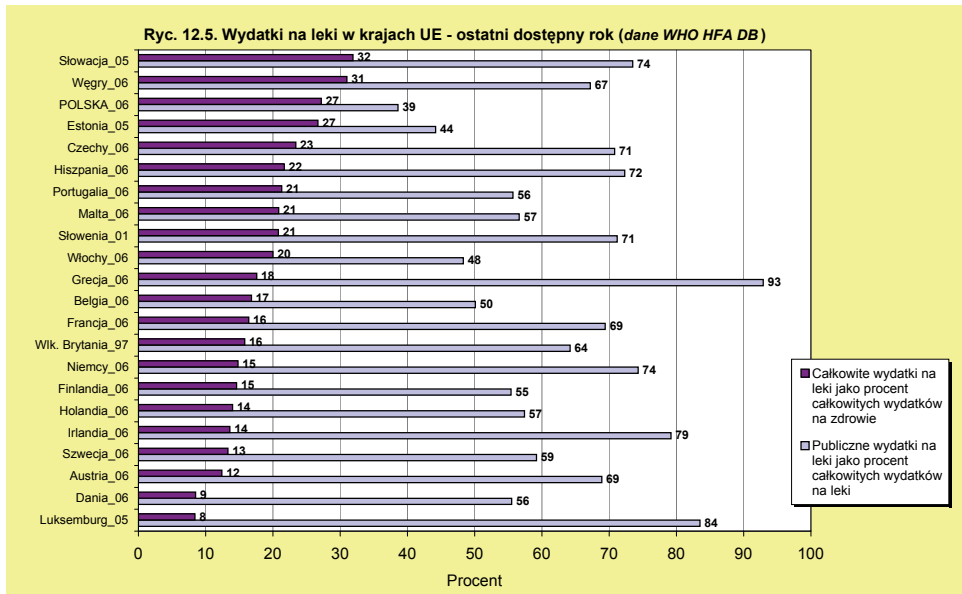
Ryc. 12.3. Wydatki na zdrowie w krajach UE, \$ppp na 1 osobę w latach 1970-2006
(dane WHO HFA DB)



Ryc. 12.4. Wydatki na hospitalizację w krajach UE - ostatni dostępny rok (dane WHO HFA DB)



(wydatki budżetu państwa 5,2%, wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego 1,6%, wydatki funduszy ubezpieczenia społecznego 57,9%), w 29,5% wydatki prywatne (26,1% wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych, 3,4% inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia) i w 5,9% inwestycje. Udział wydatków publicznych w Polsce stanowił więc 65% całkowitych wydatków na zdrowie podczas gdy średnia dla krajów UE wynosiła 72%. Należy podkreślić, że niekorzystna na tle pozostałych krajów UE sytuacja Polski pod względem całkowitych wydatków w ciągu ostatnich lat pogłębia się (ryc. 12.3).



Całkowite wydatki na hospitalizacje w Polsce stanowią 30% całkowitych wydatków na zdrowie i są niższe od średniej dla krajów UE. Niemniej, udział wydatków publicznych jest wysoki i stanowi aż 95% całkowitych nakładów na hospitalizacje, co plasuje Polskę w czołówce państw UE (ryc. 12.4). Dla porównania Niemcy wydają na hospitalizacje 35% ogółu wydatków na zdrowie, ale z wydatków publicznych pokrywane jest 84% tej kwoty, a aż 16% stanowią źródła prywatne.

Całkowite wydatki na leki w Polsce są stosunkowo wysokie (27% całkowitych wydatków na zdrowie), wśród krajów dla których dostępne są porównywalne dane Polska zajmuje 3. pozycję. Jednocześnie udział wydatków publicznych to zaledwie 39% całkowitych wydatków na leki (ryc. 12.5). Jest to najniższy wskaźnik wśród 22 krajów UE, dla których dostępne są takie dane. Jednakże jak wynika z analizy danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) dla roku 2005⁴ dla leków refundowanych wydatki publiczne wynosiły 6 181 330 980 zł i stanowiły 75,45% całkowitych wydatków na leki refundowane (przy przyjęciu ustalonych limitów jako cen leków). 52% wydatków publicznych stanowiły wydatki na refundację leków dostępnych na rycałt, 18% wydatków wyniosła refundacja leków dostępnych za odpłatnością 30% do wysokości ustalonego limitu, 16% całkowitych wydatków publicznych NFZ na leki stanowiły dopłaty do leków wydawanych za odpłatnością 50% do wysokości ustalonego limitu, a tylko 13% refundacji to opłaty za leki dostępne bezpłatnie do wysokości ustalonego limitu.

Z danych OECD wynika, że 2,4% wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce zostało w roku 2005 przeznaczonych na zdrowie publiczne i zapobieganie chorobom (ryc. 12.6). Jest to poziom plasujący Polskę poniżej średniej dla krajów OECD, wynoszącej 3,1%, aczkolwiek niższy niż Polska udział procentowy wydatków na zdrowie publiczne ma 9 krajów europejskich OECD.

PODSUMOWANIE:

1. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. W 2006 r. wydatki na mieszkańca w Polsce były o blisko 2/3 niższe od średniej dla krajów UE. Jednocześnie w ostatnich latach pogłębia się różnica pomiędzy nakładami w Polsce a średnim poziomem nakładów na zdrowie w krajach UE.
2. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE niemniej należy zauważyć, że poziom współpłacenia pacjentów jest niski.
3. Udział wydatków na leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych.
4. Udział wydatków na zdrowie publiczne i zapobieganie chorobom jest nieco niższy niż średnia w krajach OECD ale jest wyższy niż w większości europejskich krajów członkowskich OECD.

⁴ www.nfz.gov.pl