

POLSKA AKADEMIA NAUK  
Wydział Nauk Medycznych  
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:  
**SYTUACJA ZDROWOTNA I JEJ MONITOROWANIE**  
*– Polskie Zdrowie 2.0*

---

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Daniel Rabczenko

**Bogdan Wojtyniak** (red.)

Tomasz Zdrojewski

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:  
**„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu  
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”**

Policy Brief nr I.2  
wersja preprint

Warszawa, wrzesień 2023 r.

# POLICY BRIEF

## Znaczenie dobrego monitorowania stanu zdrowia w Polsce

---

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 regionami, identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego, ocena efektów prowadzonej polityki zdrowotnej.

W ramach długofalowego programu Unii Europejskiej dotyczącego monitorowania zdrowia została opracowana lista 88 wskaźników odnoszących się do różnych wymiarów zdrowia i jego uwarunkowań [1]. Wskaźniki odzwierciedlają z jednej strony potrzeby szeroko rozumianej polityki zdrowotnej a z drugiej fakt zbierania w krajach członkowskich UE konkretnych danych. Niestety nie wszystkie są już dostępne w naszym kraju. Występujący jeszcze w Polsce brak integracji systemów informacji zdrowotnej i trudności z dostępem do szczegółowych danych stanowią dużą przeszkodę dla właściwego monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia całej populacji i czynników zagrażających zdrowiu. Na szczęście od pewnego czasu prowadzone są przez Ministerstwo Zdrowia i podlegające mu Centrum e-Zdrowia intensywne prace w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)”, które powinny w dużym stopniu poprawić możliwości prowadzenia analiz stanu zdrowia ludności Polski [2].

Trzeba jednak zauważyć, że celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 jest „zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu” [3], a obecne rutynowe systemy informacji zdrowotnej niestety zawierają mało informacji o statusie społeczno-ekonomicznym osób.

Najbardziej powszechnym i jednym z najważniejszych systemów informacji o stanie zdrowia ludności jest system rejestracji zgonów i ich przyczyn ze względu na prawny obowiązek rejestracji tego zdarzenia. Taka sytuacja prawna występuje również w Polsce. Uzyskane dane o zgonach i ich przyczynach są powszechnie wykorzystywane do analizy stanu zdrowia ludności Polski, jego zróżnicowania regionalnego, zmian zachodzących w czasie, monitorowania efektów prowadzonej polityki zdrowotnej. Dlatego niezwykle ważne jest, żeby dane dotyczące przyczyn zgonów były wiarygodne i porównywalne w skali całego kraju. Tylko wtedy mogą one dać rzeczywisty obraz ważnych problemów zdrowotnych i nasilenia ich występowania oraz wyboru optymalnych programów zdrowotnych.

Z podobnych względów bardzo ważne jest zapewnienie porównywalności danych krajowych w kontekście międzynarodowym w celu wiarygodnej oceny rozmiaru zagrożeń zdrowotnych ludności Polski w porównaniu z mieszkańcami innych krajów. Niestety do chwili obecnej można mieć uzasadnione zastrzeżenia co do jakości naszych danych o przyczynach zgonów. Istotną poprawę powinno spowodować planowane jeszcze w bieżącym roku wprowadzenie elektronicznej karty zgonu, przygotowywane przez GUS wprowadzenie automatycznego kodowania przyczyn zgonów oraz kursy CMKP dla lekarzy na temat orzekania o przyczynach zgonów.

## Niekorzystne zmiany dot. oczekiwanej długości życia w Polsce po roku 2015

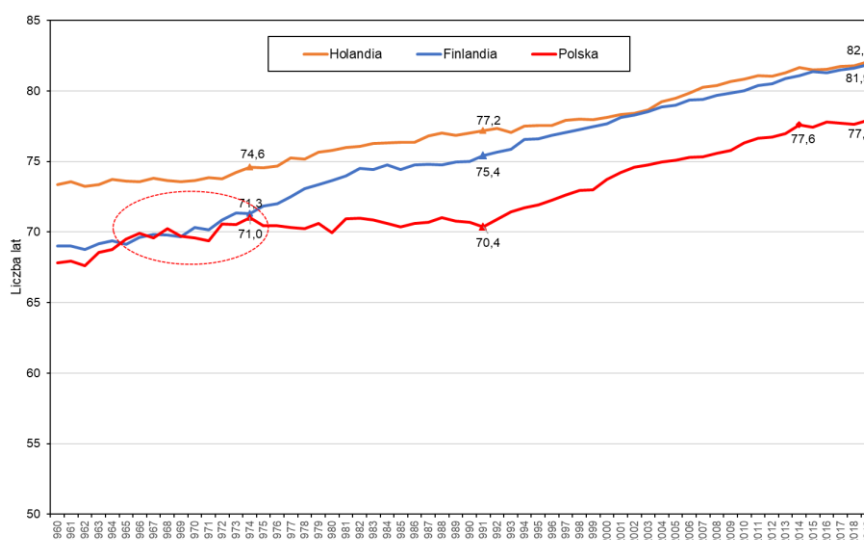
---

Za podstawową miarę stanu zdrowia populacji przyjmuje się przeciętne dalsze trwanie życia, która jest oparta na ww. danych. Można ją zdefiniować jako średnią liczbę lat, jaką ma jeszcze do przeżycia osoba w danym wieku (np. osoby 20-letnie lub 65-letnie) przy założeniu, że umieralność w przyszłości pozostanie na takim poziomie jak obecnie. W przypadku noworodka przy wieku równym „0” oczekiwana długość życia jest określana jako przeciętne trwanie życia w danej populacji. Przedstawione na wykresie 1 zmiany długości trwania życia w Polsce, Finlandii i Holandii w latach 1960-2019 wskazują na dwie niezwykle istotne sprawy. Pierwsza to niewykorzystane z punktu widzenia poprawy zdrowia ludności Polski lata od drugiej połowy lat 60. do początku lat 90. ub. wieku. Natomiast druga to zasadnicza poprawa sytuacji po 1991 r., która jednak wciąż nie jest w stanie zniwelować braków w stanie zdrowia Polaków w porównaniu z mieszkańcami bogatszych krajów UE. Warto przecież tu zauważyć, że Finowie wyrównali różnicę do Holandii.

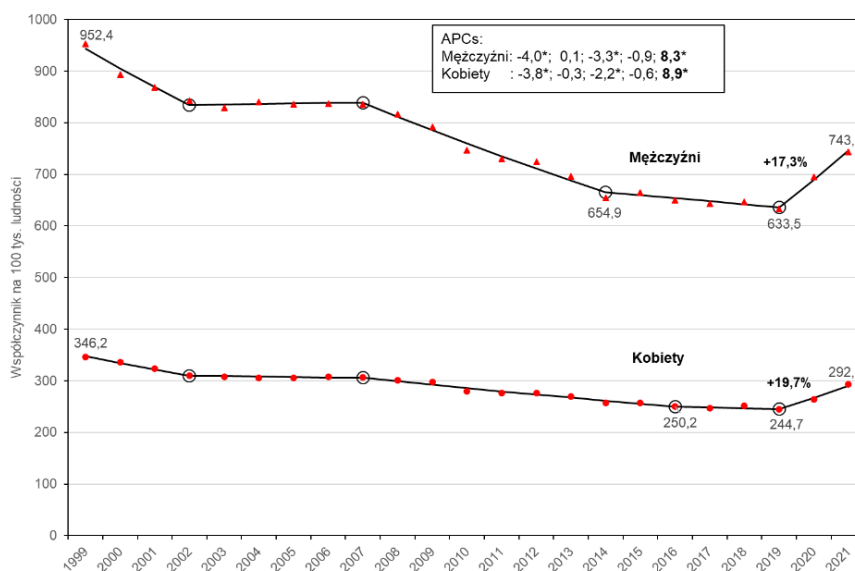
## Kluczowe zagadnienia dla sytuacji zdrowotnej i jej monitorowania w Polsce

1.	W Polsce w latach 70. i 80. ub. wieku doszło do zatrzymania poprawy stanu zdrowia społeczeństwa wyrażającego się zatrzymaniem wzrostu długości życia lub nawet jego redukcją. Regres zdrowotny w tym okresie skutkowało powstaniem bardzo dużych różnic w porównaniu do piętnastu krajów „starej” Unii Europejskiej.
2.	Stan zdrowia dorosłej ludności Polski analizowany na podstawie wskaźników długości życia i umieralności od 1992 r. ulegał stopniowej poprawie, ale tempo tego procesu należy uznać za niewystarczające, bowiem tylko w niewielkim stopniu nadrobiliśmy różnice w stosunku do krajów Europy Zachodniej powstałe w latach 70. i 80. ub. wieku.
3.	Od 2015 r. do pandemii COVID-19 poprawa głównych wskaźników w zakresie umieralności obserwowana w Polsce od początku lat 90. ub. wieku lat uległa zatrzymaniu. Stało się tak pomimo dobrego wzrostu gospodarczego i dużego wzrostu nakładów na zdrowie w latach 2015-2020.
4.	W ubiegłej dekadzie brakowało istotnych nakładów państwa na prewencję kardiologiczną, co skutkowało zahamowaniem spadku umieralności z powodu chorób układu krążenia możliwych do uniknięcia. Przeznaczono duże środki w programie narodowym na rozwój onkologii, ale pomimo tego analiza głównych wskaźników zdrowotnych wskazuje brak poprawy. Przyczyny tego stanu wymagają kompleksowych i pogłębionych analiz, szczególnie w zakresie zachorowań i zgonów możliwych do uniknięcia.
5.	Okres lat 2015-2020 charakteryzuje się bardzo dużym wzrostem liczby zgonów wynikających ze spożywania alkoholu.
6.	Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej z 2015 r. o koniecznej zmianie paradygmatu polityki zdrowotnej rządu, która za pomocą instrumentów ekonomicznych i społecznych powinna doprowadzić do ograniczenia czynników ryzyka i przez to do redukcji wysokiego poziomu zachorowań i umieralności na choroby układu krążenia i nowotwory, jest jeszcze bardziej aktualne niż osiem lat temu.
7.	Duże różnice w stanie zdrowia występują w naszym kraju przypadku osób o różnym poziomie wykształcenia. Wyraźny gradient społeczny w poziomie umieralności ma miejsce w przypadku wszystkich przyczyn zgonów w znacznie większym stopniu wśród mężczyzn niż kobiet.
8.	Wzrost umieralności w okresie pandemii COVID-19 był w Polsce większy niż przeciętny dla ogółu krajów UE, co powiększyło różnicę w długości życia ludności Polski i większości krajów UE. Aktualny trend pozwala prognozować, że w 2023 r. długość życia w naszym kraju osiągnie lub przekroczy tę z 2019 r.
9.	Ważnym i pilnym zadaniem jest opracowanie kompleksowej i spójnej strategii monitorowania stanu zdrowia ludności w Polsce umożliwiającej integrację danych na poziomie krajowym oraz porównania międzynarodowe. Niezbędne jest zaplanowanie i wdrożenie, wzorem innych krajów, wieloletnich programów badań przekrojowych w celu okresowej, powtarzanej systematycznie, oceny występowania czynników ryzyka i stanu zdrowia w reprezentatywnych próbach mieszkańców Polski, wraz zapewnieniem ich finansowania.

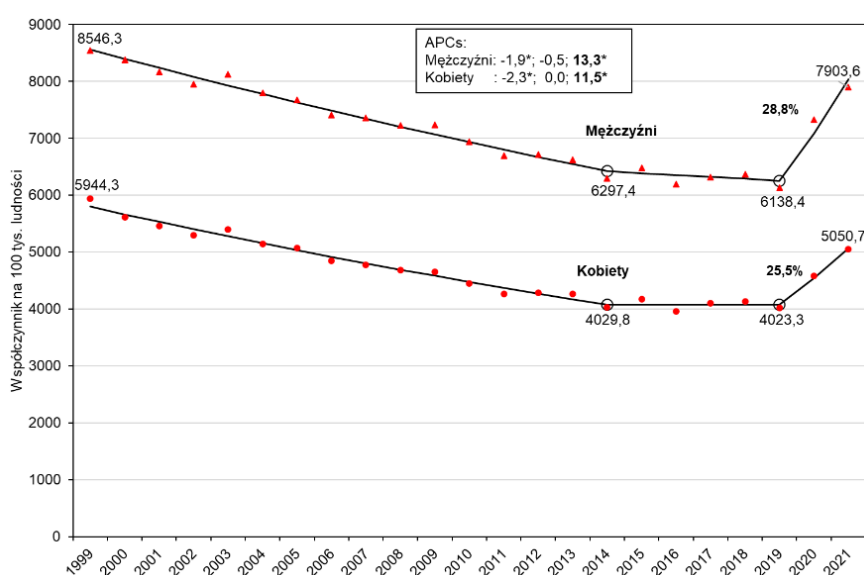
Zwiększanie się długości życia jest wynikiem poprawy stanu zdrowia wynikającego z redukcji poziomu umieralności. Niestety w połowie ubiegłej dekady tempo zmniejszania się umieralności ludności Polski uległo wyraźnemu spowolnieniu, przede wszystkim w grupie osób w starszym wieku (65+), ale również u osób młodszych w wieku 25-64 lata (u mężczyzn po roku 2014, a u kobiet po 2016), co zobrazowano na wykresach 2 i 3. Natomiast pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 spowodowała dramatyczny wzrost umieralności w Polsce w latach 2020-2021, szczególnie wśród osób starszych w kolejnych falach wzrostu zachorowań (wykres 4).



Wykres 1. Oczekiwana długość życia ogółu ludności w Polsce, Finlandii i Holandii w latach 1960-2019  
Źródło: na podstawie [4].

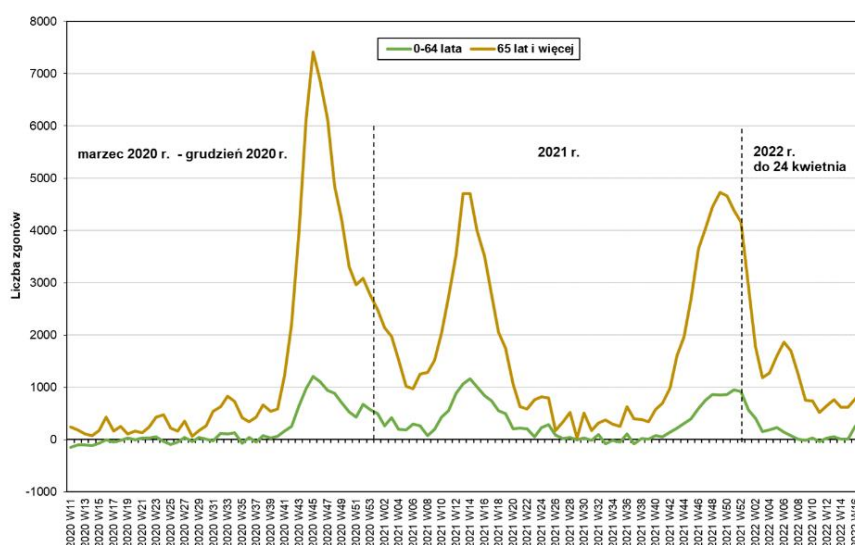


Wykres 2. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn i kobiet w wieku 25-64 lata w Polsce w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne (%) tempo zmian (APC)  
Źródło: [5; s. 100].



Wykres 3. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej w Polsce w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne (%) tempo zmian (APC)

Źródło: [5; s. 101]

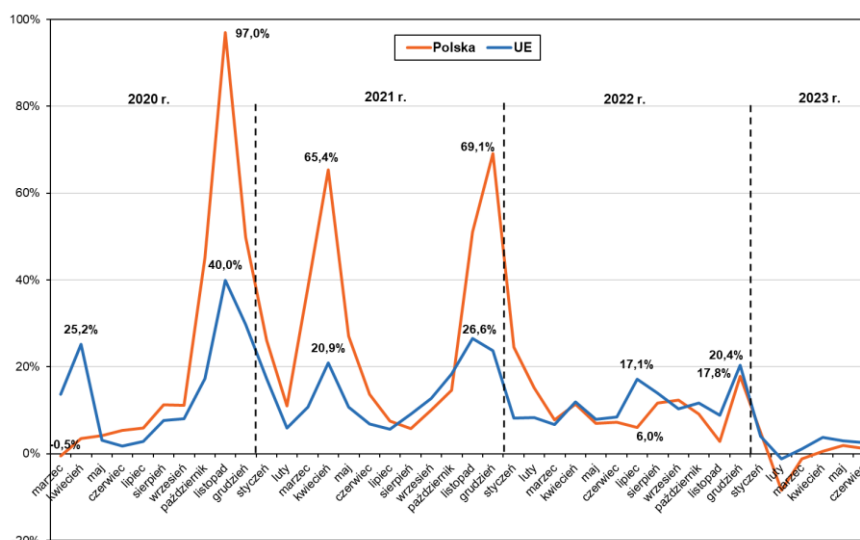


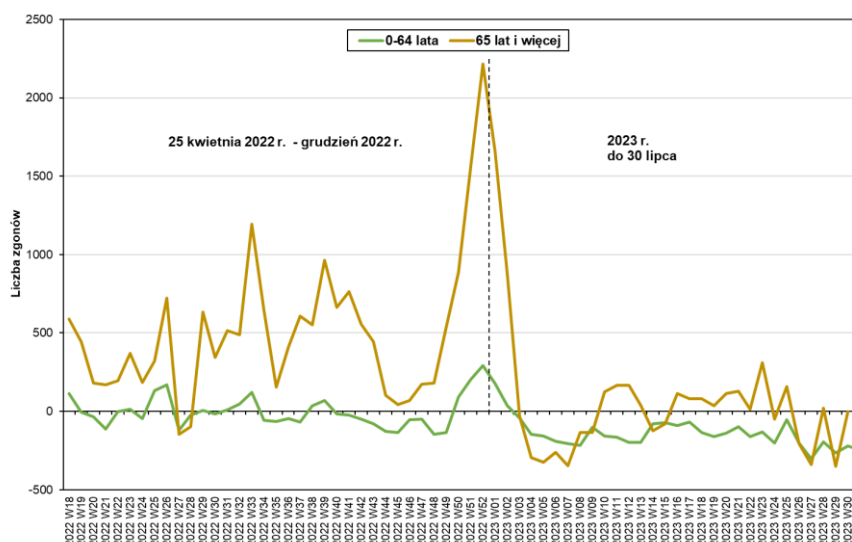
Wykres 4. Nadwyżka obserwowanej liczby zgonów tygodniowych w stosunku do liczby oczekiwanej na podstawie modelu 10-letniego przebiegu dotychczasowej liczby zgonów osób w wieku poniżej 65 lat oraz 65 lat i więcej

Źródło: na podstawie [5; s. 105].

Wzrost umieralności w okresie pandemii COVID-19 był w Polsce większy niż przeciętny dla ogółu krajów UE (wykres 5). W konsekwencji powiększyła się niekorzystna różnica w długości życia ludności Polski i większości krajów UE. Na podstawie wstępnych danych Eurostatu [6] można

stwierdzić, że różnica ta dla ludności ogółem zwiększyła się na przykład w porównaniu z Finlandią z 4,1 lat w roku 2019 do 6,4 lat w roku 2021, w porównaniu z Holandią z 4,2 do 5,9; w porównaniu z Niemcami z 3,3 do 5,3; w porównaniu z Francją z 5,0 do 6,9. Sytuacja w 2022 r. była już bardziej korzystna, gdyż od marca nadwyżki zgonów w Polsce uległy znaczącej redukcji i były na poziomie podobnym do przeciętnego dla krajów UE.





Wykres 6. Nadwyżka obserwowanej liczby zgonów tygodniowych w stosunku do liczby oczekiwanej na podstawie modelu 10-letniego przebiegu liczby zgonów w latach 2010-2019 osób w wieku poniżej 65 lat oraz 65 lat i więcej

Źródło: dane NIZP PZH – PIB na podstawie bazy zgonów GUS.

## Umieralność z powodu zgonów możliwych do uniknięcia

Przy uznaniu za pewien aksjomat twierdzenia, że zasadniczym celem systemu zdrowia jest zabezpieczenie i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, logiczną konsekwencją jest ocena, w jakim stopniu system zdrowia może mieć udział w poprawie/zmianie wskaźników stanu zdrowia ludności. Zadanie to jest trudne ze względu na złożoność problemu i ograniczenia wynikające z braków wszystkich potrzebnych do analiz danych. Zasadniczą sprawą jest wybór takiego wskaźnika stanu zdrowia, który będzie odpowiednio czuły na działanie i interwencje w obszarze zdrowia. Ze względu na ww. ograniczenia uzyskanie porównywalności pomiarów zarówno w wymiarze czasowym, jak i geograficznym analizy takie koncentrują się na wskaźnikach opartych na danych w zakresie umieralności. Odrzucając zbyt ogólne wskaźniki, takie jak długość życia czy ogólny poziom umieralności, rozwinięto koncepcję zgonów możliwych do uniknięcia, a więc przedwczesnych (zwykle dla populacji w wieku poniżej 75 lat), czy to poprzez działania zapobiegające zachorowaniu i zgonom medycyny naprawczej, czy też w zakresie zdrowia publicznego [8-9]. Wprawdzie wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia nie stanowią precyzyjnej miary oceny działalności systemu zdrowia, ale można przyjąć, że stanowią one dobry punkt wyjścia do jego oceny i porównań w zakresie funkcjonowania zdrowia publicznego i działalności leczniczej w ograniczaniu przedwczesnych zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać albo które można skutecznie leczyć. Oczywiście wnioski należy wyciągać z ostrożnością, gdyż inne czynniki związane z prawdopodobieństwem



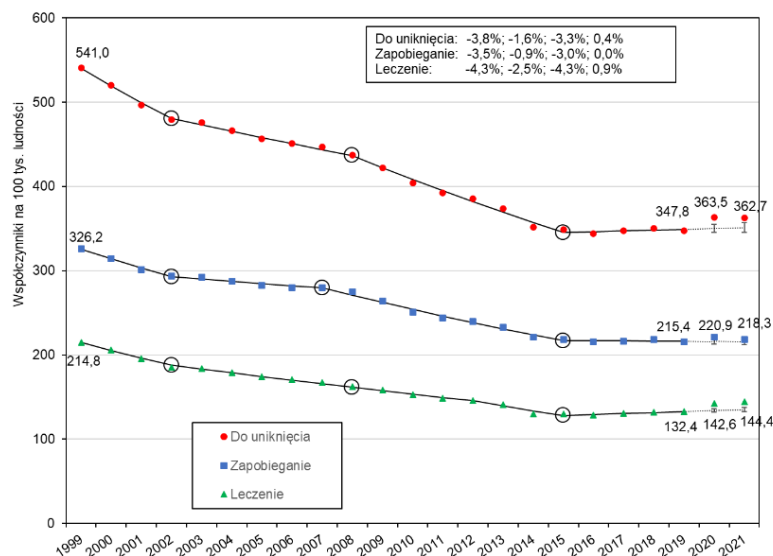
zachorowania lub zasięgnięcia porady lekarskiej – takie jak wykształcenie, pochodzenie społeczne, przekonania zdrowotne, poziom obaw, koszty diagnozy i leczenia – mogą wpływać na liczbę możliwych do uniknięcia zgonów [6].

**Przyczynie zgonu można zapobiec**, jeśli w świetle rozumienia determinant zdrowia w okresie, gdy nastąpił zgon, wszystkim lub większości przyczyn można było zapobiec dzięki interwencjom w zakresie zdrowia publicznego w najszerszym tego słowa znaczeniu. Natomiast **przyczyna zgonu jest podatna na medyczną interwencję**, jeżeli w świetle wiedzy medycznej i dostępnej technologii w okresie, gdy nastąpił zgon, wszystkich lub większości zgonów z jej powodu można by uniknąć dzięki opiece medycznej dobrej jakości. Wyróżnione grupy chorób zostały uzgodnione przez ekspertów Eurostat i OECD i przedstawione w publikacji z listopada 2019 r. [10]. W styczniu 2022 r. została opublikowana wersja uwzględniająca COVID-19 jako chorobę, której zgonom osób w wieku poniżej 75 lat można w przeważającym stopniu zapobiegać poprzez szczepienia.

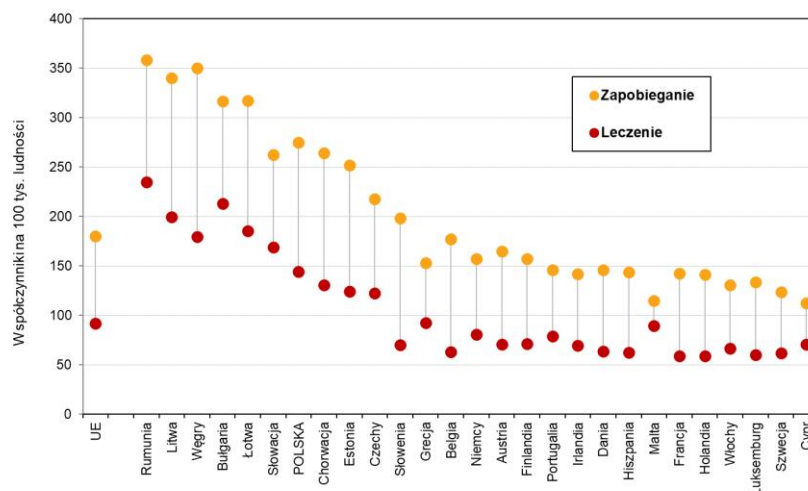
Zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu ogółu przyczyn możliwych do uniknięcia stopniowo, chociaż w zmieniającym się tempie, zmniejszało się do roku 2015 (wykres 7). Względne roczne tempo spadku umieralności z powodu chorób, którym można zapobiegać, we wszystkich podokresach było wolniejsze niż dla chorób, które można skutecznie leczyć. Natomiast w latach 2015-2019 tempo spadku współczynników umieralności zatrzymało się zarówno w pierwszej, jak i drugiej grupie, przy czym w przypadku drugiej grupy (medycyna naprawcza) zaznaczył się nawet słaby trend wzrostowy. Niewątpliwie wskazuje to na pewne zmniejszenie się skuteczności działań systemu ochrony zdrowia zarówno w obszarze zdrowia publicznego, jak i działalności leczniczej.

Zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu ogółu przyczyn możliwych do uniknięcia w latach pandemii 2020-2021 było większe, niż można było oczekiwać z wcześniejszego trendu współczynnika zgonów z powodu tych przyczyn. To odchylenie bardziej zaznaczyło się w przypadku przyczyn, które można skutecznie leczyć, niż tych, którym można zapobiegać.

Jak pokazują najnowsze opublikowane przez Eurostat dane o zgonach z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia w krajach UE w 2020 r. [11], poziom umieralności w Polsce jest wyższy od przeciętnego dla krajów UE o 95 zgonów / 100 tys. ludności w przypadku zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać, i o 53 zgony / 100 tys. z powodu przyczyn, które można leczyć (wykres 8). Trzeba zwrócić uwagę, że Eurostat do zgonów którym można zapobiegać już w tym roku zaliczył zgony z powodu COVID-19. W naszych analizach prezentowanych na wykresie 7 zgony te nie były jeszcze zaliczane do możliwych do uniknięcia.



Wykres 7. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz które można skutecznie leczyć w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne (%) tempo spadku  
Źródło: [5; s. 174].

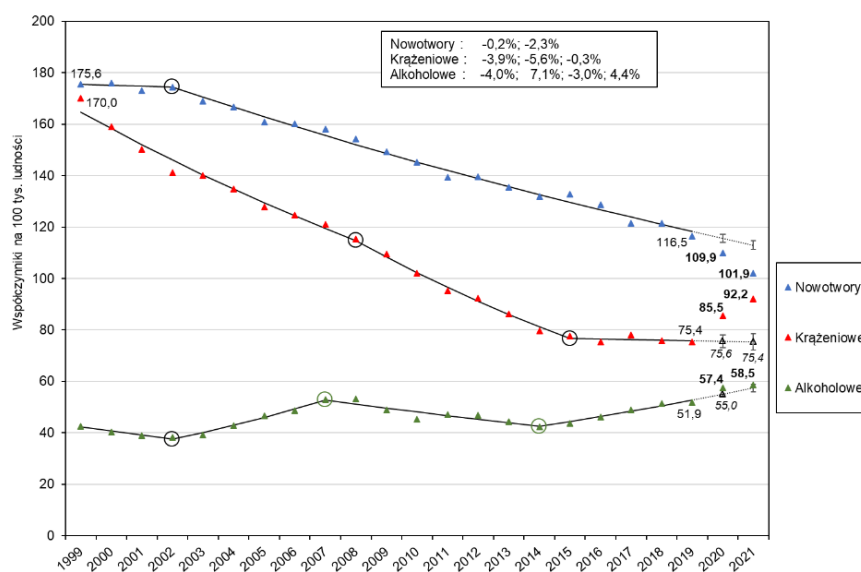


Uwaga: uszeregowanie wg wielkości współczynnika dla zgonów możliwych do uniknięcia ogółem .  
Źródło: Eurostat (online data code: hlth\_cd\_apr)

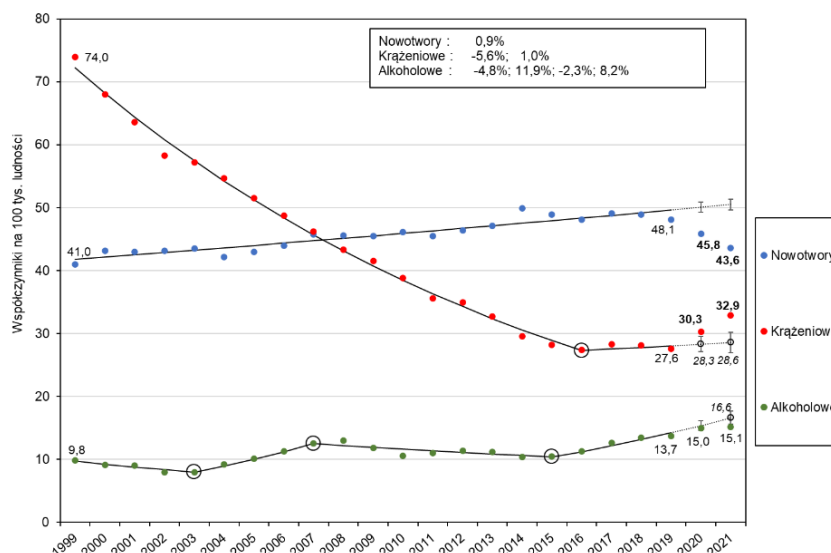
Wykres 8. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz które można skutecznie leczyć w krajach UE w 2020 r.  
Źródło: [11].

Umieralność możliwa do zapobieżenia z powodu nowotworów jest w Polsce obecnie znacznie wyższa niż z powodu chorób układu krążenia (ChUK) zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet (wykresy 9a i 9b). W przypadku kobiet współczynniki zgonów z powodu nowotworów miały w latach 1999-2019 powolny, ale istotny trend rosnący (0,9% rocznie), natomiast systematyczny spadek współczynników zgonów z powodu ChUK zatrzymał się po 2016 r. W przypadku mężczyzn umieralność z powodu ChUK do roku 2015 obniżała się szybciej niż z powodu nowotworów, ale w kolejnych latach ten korzystny trend uległ zahamowaniu, podczas gdy spadkowy trend umieralności z powodu nowotworów nie uległ zmianie.

W okresie pandemii umieralność możliwa do zapobieżenia z powodu nowotworów była wyraźnie niższa od oczekiwanej na podstawie ekstrapolacji wcześniejszego trendu zmian, co mogło być spowodowane współwystępowaniem COVID-19 i związanym z tym orzekaniem o przyczynie zgonu. Równocześnie umieralność z powodu ChUK była wyraźnie wyższa od oczekiwanej – w 2021 r. o 22% u mężczyzn i kobiet. W przypadku umieralności z powodu przyczyn związanych bezpośrednio z konsumpcją alkoholu rosnący trend współczynników zgonów mężczyzn utrzymał się w okresie pandemii, natomiast kobiet uległ pewnemu zahamowaniu.

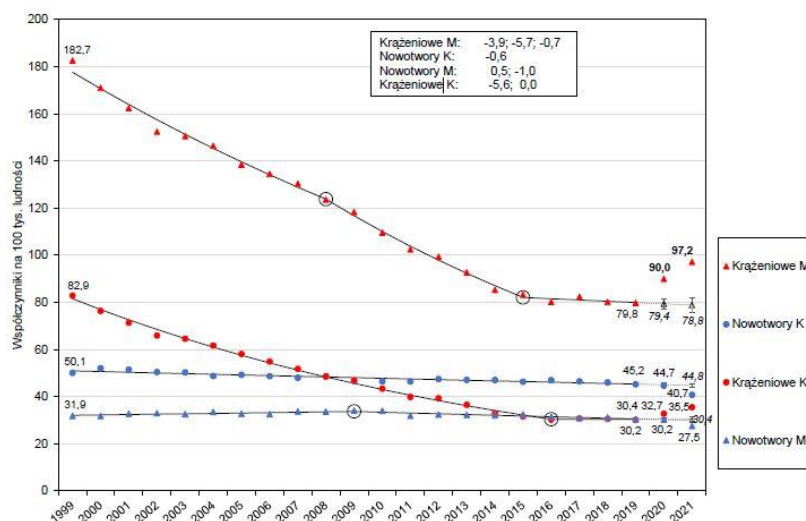


Wykres 9a. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn poniżej 75 lat z powodu ChUK, nowotworów oraz przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, którym można zapobiegać, w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne tempo spadku  
Źródło: [5; s. 176].



Wykres 9b. Standardyzowane współczynniki zgonów kobiet poniżej 75 lat z powodu ChUK, nowotworów, przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, którym można zapobiegać, w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne tempo spadku  
Źródło: [5; s. 176].

W przypadku umieralności z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów, które można skutecznie leczyć, w latach 1999-2021 warto zwrócić uwagę na następujące fakty (wykres 10). Umieralność mężczyzn z powodu ChUK możliwych do leczenia jest znacznie wyższa niż umieralność z powodu nowotworów, natomiast wśród kobiet sytuacja jest odwrotna. Ponadto, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet współczynniki zgonów z powodu nowotworów mają bardzo powolny, ale istotny trend spadkowy, mężczyźni dopiero od roku 2009. Natomiast poziom umieralności z powodu ChUK charakteryzował się szybkim obniżaniem się do połowy ubiegłej dekady, jednak w ostatnim okresie ten spadkowy trend uległ zahamowaniu.



Wykres 10. Standardyzowane współczynniki zgonów mężczyzn (M) oraz kobiet (K) poniżej 75 lat z powodu ChUK oraz nowotworów, które można skutecznie leczyć, w latach 1999-2021 – ich trendy oraz średnioroczne względne tempo spadku  
Źródło: [5; s. 179].

W okresie pandemii umieralność z powodu nowotworów, które można skutecznie leczyć, była trochę niższa od oczekiwanej na podstawie ekstrapolacji wcześniejszego trendu zmian, co mogło być spowodowane współwystępowaniem COVID-19 i związanym z tym orzekaniem o przyczynie zgonu. Natomiast umieralność z powodu ChUK, które można skutecznie leczyć, była w okresie pandemii wyraźnie wyższa od oczekiwanej – w 2021 r. o 23% u mężczyzn i 17% u kobiet. Mogło to być częściowo spowodowane znaczącym pogorszeniem się opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia w pierwszym roku pandemii COVID-19 [12].

Podsumowując przedstawione zmiany przedwczesnej umieralności z powodu przyczyn zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce w latach 1999-2021, można stwierdzić, że problemy w działalności systemu ochrony zdrowia zarówno w obszarze zdrowia publicznego, jak i medycyny naprawczej pojawiły się już na kilka lat przed pandemią COVID-19. Świadczy o tym zahamowanie spadkowego trendu chorób układu krążenia z powodu przyczyn, którym można zapobiegać, oraz przyczyn, które można skutecznie leczyć, od połowy drugiej dekady obecnego wieku, bardzo nieznaczny postęp w redukcji umieralności z powodu chorób nowotworowych, które można leczyć, a także rosnąca umieralność kobiet z powodu nowotworów, którym można zapobiegać, rosnąca umieralność mieszkańców Polski z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu. Wskazuje to na konieczność spojrzenia na problemy systemu zdrowia w znacznie szerszej perspektywie niż tylko niedomagania systemu w okresie pandemii.

## Obciążenie najważniejszymi problemami zdrowotnymi

---

Ważnych informacji o stanie zdrowia ludności Polski dostarczają wyniki projektu *Global Burden of Disease and Risk Study* (GBD) realizowanego przez Instytut Miar Zdrowia i Ewaluacji (*Institute for Health Metrics and Evaluation*, IHME) Uniwersytetu Waszyngtońskiego w Seattle w Stanach Zjednoczonych. Szacowane w ramach projektu wskaźniki obciążenia chorobami i urazami, a także warunkującymi zdrowie czynnikami ryzyka są wynikiem modelowania matematycznego i analiz danych gromadzonych na całym świecie. Pełne i wyczerpujące analizy na temat obciążenia chorobowego, opierające się na porównywalnym i wystandaryzowanym narzędziu prowadzone są już od 30 lat [13-15]. Szczegółowe informacje dotyczące przebiegu procesu tworzenia szacunków GBD zawierają publikowane przez IHME materiały źródłowe, opisujące poszczególne etapy szacowania przyczyn zgonów, DALY, czynników ryzyka i pozostałych wskaźników [15-16].

Podstawową miarą obciążenia danej populacji określonym problemem zdrowotnym jest wskaźnik DALY (*Disability Adjusted Life-Years* – lata życia skorygowane niesprawnością). Wskaźnik DALY jest więc sumą liczby utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu spowodowanego daną chorobą (*Years of Life Lost* – YLL) oraz liczby lat przeżytych przy

obniżonej jakości życia z powodu danej choroby (*Years of Life with Disability – YLD*) [17]. Jeden DALY oznacza zatem utratę jednego roku życia w zdrowiu. Wskaźnik ten często nazywany jest „obciążeniem chorobowym”, ponieważ łączy w sobie dwie składowe, tzn. życie z chorobą (problemem zdrowotnym) i zgon z jej powodu.

W tabelach 1a i 1b przedstawiono problemy zdrowotne stanowiące największe obciążenie zdrowotne ludności Polski i krajów UE ogółem wg ostatnich opublikowanych analiz GBD. Największe obciążenie zdrowotne mężczyzn i kobiet stanowią choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe. Wśród mężczyzn w Polsce obie te grupy chorób w podobnym stopniu przyczyniają się do utraty zdrowia, w krajach UE choroby nowotworowe w większym stopniu niż ChUK. Natomiast wśród kobiet różnica na niekorzyść ChUK jest bardziej wyraźna. Niekorzystna różnica w obciążeniu zdrowia w Polsce i krajach UE jest większa w przypadku ChUK niż w przypadku chorób nowotworowych. Warto w tym miejscu dodać, że – jak wynika z własnych analiz – to właśnie wyższa umieralność z powodu chorób układu krążenia w Polsce niż w innych krajach jest najważniejszą przyczyną tego, że Polacy żyją krócej niż mieszkańcy większości krajów Unii Europejskiej [5].

Tabela 1a. Obciążenie chorobowe (DALY) z powodu najważniejszych problemów zdrowotnych mężczyzn w Polsce i krajach UE ogółem w 2019 r.

Problem zdrowotny	Polska		Unia Europejska	
	wsp. na 100 tys.	udział w całkowitym obciążeniu	wsp. na 100 tys.	udział w całkowitym obciążeniu
Choroby układu krążenia	8480,5	22,8%	6284,9	19,9%
Nowotwory	8453,9	22,8%	7021,2	22,2%
Urazy	5488,2	14,8%	3327,2	10,5%
Problemy układu mięśniowo-szkieletowego	1948,8	5,3%	2340,6	7,3%
Choroby układu trawiennego	1942,4	5,2%	1436,9	4,5%
Cukrzyca i choroby nerek	1668,9	4,5%	1543,9	4,9%
Zaburzenia neurologiczne	1507,5	4,1%	1672,4	5,3%
Zaburzenia z powodu używania substancji psychoaktywnych	1428,9	3,9%	944,6	3,0%
Zaburzenia psychiczne	1310,1	3,5%	1733,3	5,4%
Przewlekłe choroby układu oddechowego	1120,1	3,0%	1450,0	4,6%

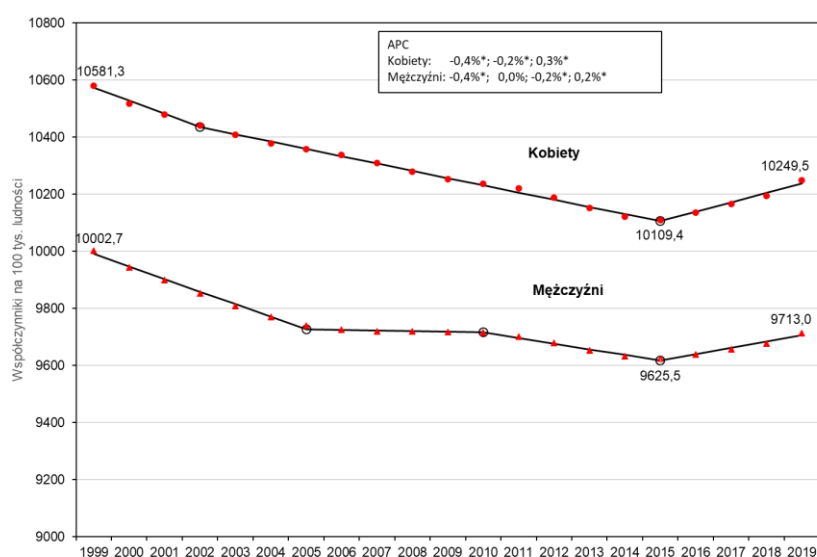
Źródło: opracowanie na podstawie [16].

Tabela 1b. Obciążenie chorobowe (DALY) z powodu najważniejszych problemów zdrowotnych kobiet w Polsce i krajach UE ogółem w 2019 r.

Problem zdrowotny	Polska		Unia Europejska	
	wsp. na 100 tys.	udział w całkowitym obciążeniu	wsp. na 100 tys.	udział w całkowitym obciążeniu
Choroby układu krążenia	6618,3	22,9%	5294,7	17,9%
Nowotwory	5671,7	19,6%	5063,4	17,1%
Problemy układu mięśniowo-szkieletowego	2508,4	8,6%	3308,4	11,1%
Zaburzenia neurologiczne	2243,0	7,7%	2544,9	8,6%
Urazy	2120,8	7,3%	1868,4	6,3%
Zaburzenia psychiczne	1518,7	5,2%	2348,0	7,9%
Cukrzyca i choroby nerek	1501,7	5,2%	1449,8	4,9%
Choroby narządów zmysłu	1119,4	3,9%	893,9	3,0%
Choroby układu trawienego	1099,2	3,9%	1045,1	3,5%
Przewlekłe choroby układu oddechowego	857,4	3,8%	1201,4	4,1%

Źródło: opracowanie na podstawie [16].

Analiza zmian w czasie szacowanego w projekcie GBD wskaźnika YLD (a więc wskaźnika nieodnoszącego się do faktu zgonu) potwierdza naszą wcześniejszą obserwację wynikającą ze zmian umieralności ludności Polski. Jak pokazuje wykres 11 spadkowe trendy współczynnika lat życia z obniżoną jakością z powodu choroby uległy odwróceniu w 2015 r. i mają obecnie trend wzrostowy. Jest to kolejny argument przemawiający za stwierdzeniem, że niekorzystne zmiany w stanie zdrowia ludności Polski zaczęły się na kilka lat przed pandemią COVID-19. Ustalenie przyczyn tego stanu rzeczy jest niezwykle potrzebne dla trafnego zaplanowania działań polityki zdrowotnej w celu poprawy zdrowia Polaków.



Wykres 11. Standaryzowane współczynniki lat życia przeżytych przy obniżonej jego jakości z powodu choroby lub urazu (YLD) mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w latach 1999-2019 – ich trendy oraz średnioroczne względne tempo spadku

Źródło: [16] oraz obliczenia własne NIZP PZH – PIB.

## Nierówności w zdrowiu w Polsce

Nierówności w stanie zdrowia ludności, szczególnie w krajach gorzej rozwiniętych, są niestety ciągle powszechne, mają różnorodne wymiary i uwarunkowania. Monitorowanie i usuwanie nierówności w zdrowiu stało się w XXI w. jednym z głównych celów polityki zdrowotnej na świecie. Związek pomiędzy czynnikami społecznymi oraz społeczno-ekonomicznymi i zdrowiem jest złożony. Mężczyźni, osoby mieszkające w niektórych regionach, osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym częściej niż inni charakteryzują się ryzykownymi zachowaniami, takimi jak palenie tytoniu, alkoholizm i nieadekwatne odżywianie, a także narażenie na niekorzystne czynniki środowiskowe związane np. z gorszymi warunkami mieszkaniowymi. Jednocześnie osoby w różnych grupach mogą posiadać ograniczony poziom wiedzy na temat relacji pomiędzy zdrowiem a zachowaniami wspierającymi zdrowie i w konsekwencji mogą w mniejszym stopniu angażować się w zachowania prozdrowotne. Ponadto przynależność do danej grupy społecznej czy ekonomicznej może być czynnikiem moderującym relację z systemem ochrony zdrowia.

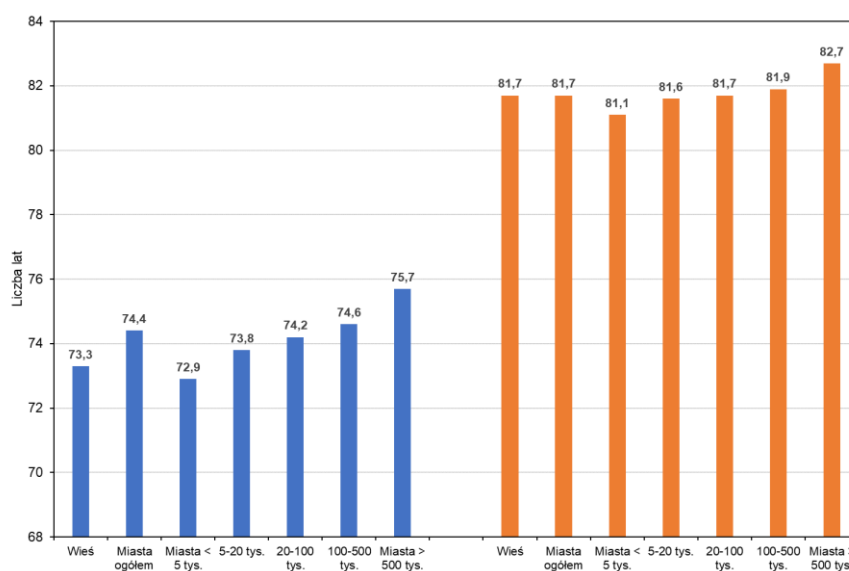
Gorszy stan zdrowia mężczyzn niż kobiet wyrażający się m.in. ich wyższą umieralnością, a w konsekwencji krótszym trwaniem życia obserwuje się powszechnie na świecie. W Polsce problem ten występuje jednak znacznie ostrzej niż przeciętnie w Europie i o ile średnia różnica w długości trwania życia kobiet i mężczyzn wg wstępnych szacunków Eurostatu dla 27 krajów



Unii Europejskiej w 2021 r. wynosiła 5,7 lat to w naszym kraju była równa 8,0 lat [18]. Na szczególną uwagę zasługują mężczyźni w grupie wieku 20-44 lata, którzy są ponad trzykrotnie bardziej niż kobiety zagrożeni zgonem.

Wbrew częstym opiniom różnice w stanie zdrowia mieszkańców miast i wsi wyrażone różnicą w długości trwania życia nie są duże i na dodatek w przypadku kobiet do pandemii COVID-19 były na korzyść mieszkanki wsi albo nie występowały. W latach 2020-2021 sytuacja ta uległa zmianie. Natomiast w przypadku mężczyzn sytuacja jest lepsza wśród mieszkańców miast, w ostatnich latach wynosi około jednego roku.

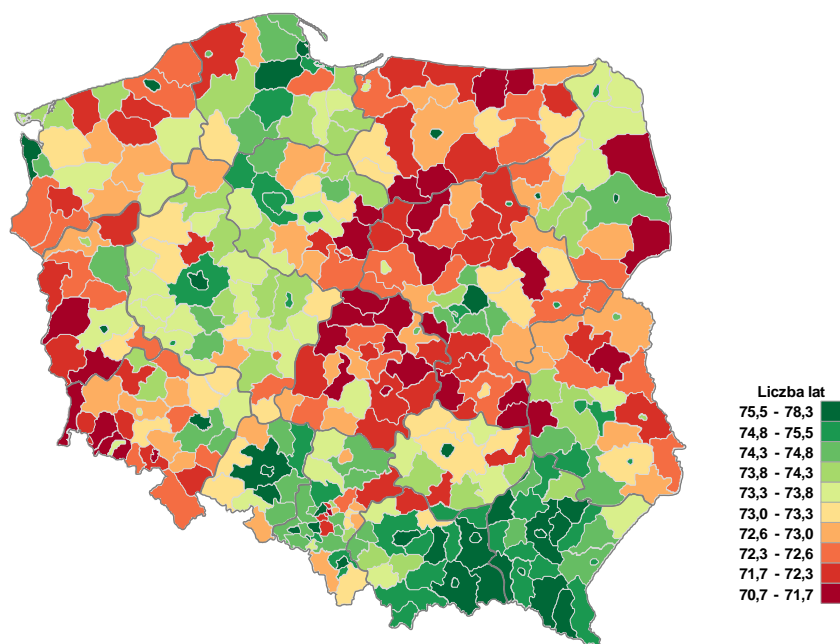
W najbardziej niekorzystnej sytuacji pod względem długości życia są osoby mieszkające w małych miastach poniżej 5 tys. ludności. Mężczyźni z tych miast w latach 2018-2019 żyli przeciętnie o 2,8 lat krócej niż mieszkańcy największych miast powyżej 500 tys. ludności. W przypadku kobiet różnica wynosiła 1,6 roku (wykres 12).



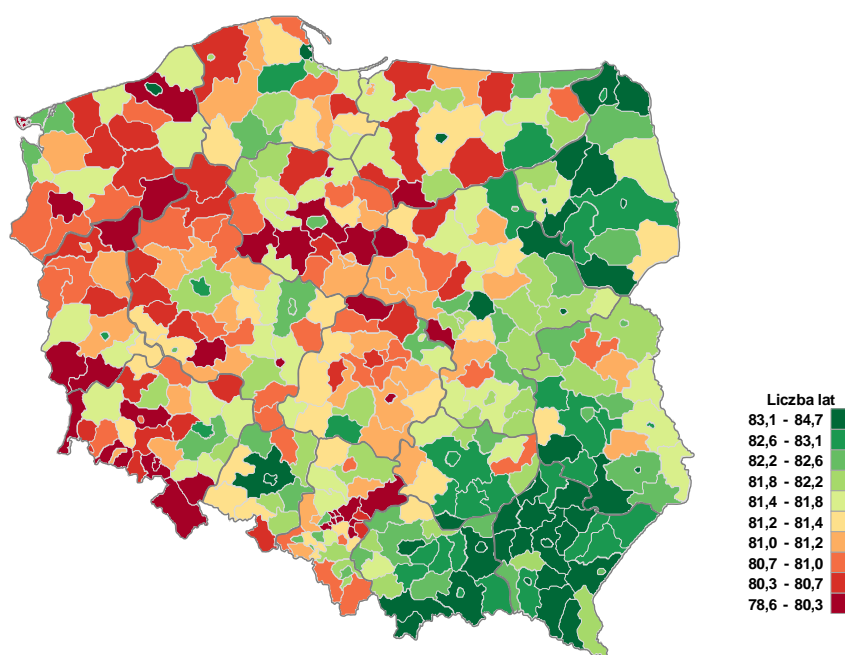
Wykres 12. Oczekiwana długość życia mężczyzn i kobiet mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2018-2019

Źródło: dane NIZP PZH – PIB.

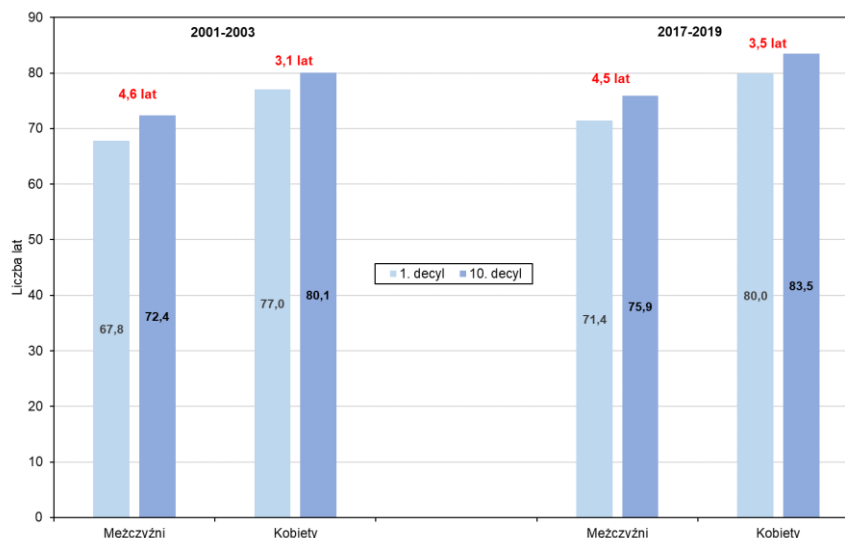
Od wielu lat jest obserwowane wyraźne zróżnicowanie długości życia mieszkańców Polski w zależności od powiatu zamieszkania (il. 1a i 1b). Jest ono większe w przypadku mężczyzn niż kobiet. Na wykresie 13 przedstawiono wartości przeciętnej długości życia (mediany) w 10% powiatów o najmniejszej długości (1. decyl) i 10% powiatów o największej długości (10. decyl) w trzyletnich okresach 2001-2003 oraz 2017-2019. Mężczyźni w pierwszym decylu żyli w obu okresach przeciętnie o około cztery i pół roku krócej niż mężczyźni w dziesiątym decylu. Wśród kobiet różnica wynosiła ponad 3 lata. Oczywiście różnica między powiatami skrajnymi była większa – dla mężczyzn była równa 7,6 lat, dla kobiet 6,1 lat.



Ilustracja 1a. Oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2017-2019 wg powiatu zamieszkania  
 Źródło: dane NIZP PZH – PIB.



Ilustracja 1b. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2017-2019 wg powiatu zamieszkania  
 Źródło: dane NIZP PZH – PIB.



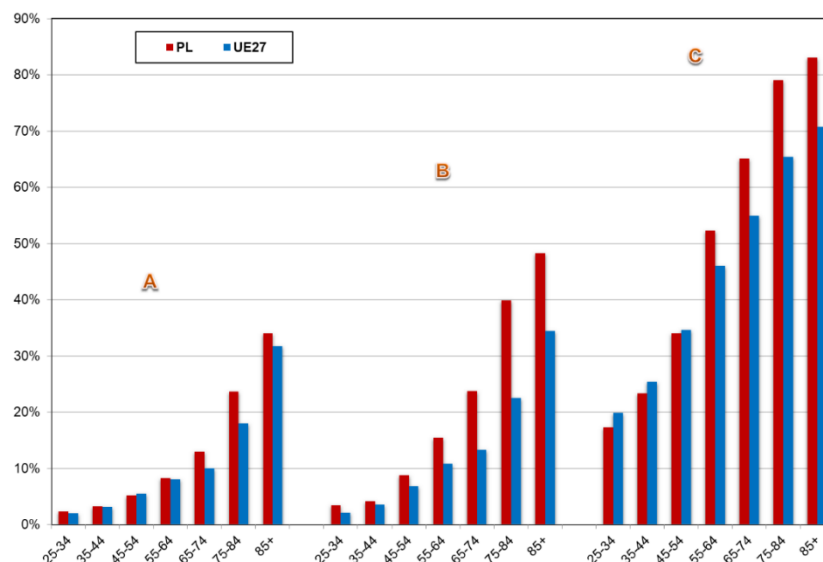
Wykres 13. Mediana oczekiwanej długości życia mężczyzn i kobiet w 1. i 10. decylnie powiatów uszeregowanych wg długości życia w latach 2001-2003 oraz 2017-2019  
Źródło: dane NIZP PZH – PIB.

Niekorzystny jest fakt, że zróżnicowanie to ma dosyć trwały charakter, tzn. uszeregowanie powiatów wg długości trwania życia w latach 2017-2019 i 16 lat wcześniej (2001-2003) było silnie skorelowane, a więc podobne, zwłaszcza w przypadku mężczyzn (współczynniki korelacji Spearmana wynoszą 0,804 i 0,609 odpowiednio dla mężczyzn i kobiet).

Duże różnice w stanie zdrowia występują w przypadku osób o różnym poziomie wykształcenia. Wyraźny gradient społeczny w poziomie umieralności ma miejsce w przypadku wszystkich przyczyn zgonów w znacznie większym stopniu wśród mężczyzn niż kobiet. W konsekwencji osoby z wykształceniem podstawowym żyją znacznie krócej niż osoby z wykształceniem wyższym i u mężczyzn w wieku 30 lat różnica ta w 2017 r. (ostatnim, dla którego Eurostat opublikował dane) wynosiła 11 lat, a u kobiet 3,4 lat [19].

## Stan zdrowia Polaków według ich samooceny

Realizowane w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej „Badania dochodów i warunków życia ludności” (EU-SILC) pozwala na ocenę tego, jak mieszkańcy Polski sami oceniają swój stan zdrowia, i na porównanie tej oceny z uśrednioną dla ogółu krajów UE. Na wykresie 14 pokazano, jak wraz z wiekiem zmieniają się trzy główne wskaźniki zdrowotne zbierane w ramach tego badania w Polsce na tle sytuacji przeciętnej dla krajów UE27.



Wykres 14. Odsetek ludności w grupach wieku 25 lat i powyżej: (A) mającej długotrwałe poważne ograniczenie wykonywania czynności z powodów zdrowotnych, (B) oceniającej swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, (C) mającej długotrwałą chorobę lub problem zdrowotny, 2019 r.

Źródło: dane za [20].

Panel A pokazuje rozpowszechnienie długotrwałego poważnego ograniczenia z powodów zdrowotnych wykonywania czynności, które ludzie zwykle wykonują. O ile wśród osób w wieku 55-74 lata problem ten dotyczy tylko ok. 10% populacji, to w przypadku najstarszych seniorów w wieku 85+ ponad jedna trzecia (36%) populacji polskiej ma poważne ograniczenia w wykonywaniu tych czynności. Są to osoby potencjalnie potrzebujące pomocy, a ich liczba będzie się radykalnie zwiększała w dalszych latach w wyniku starzenia się populacji. Natężenie tego problemu jest w Polsce dosyć podobne jak w krajach UE ogółem.

Panel B pokazuje odsetek osób, które oceniają swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Wyraźny jest wzrost częstości tej grupy osób wraz z wiekiem, przy czym ich częstość skokowo zwiększa się wśród osób w wieku 75+; widoczna jest duża różnica na niekorzyść seniorów w Polsce w stosunku do ogółu seniorów w Unii Europejskiej.

Panel C pokazuje z kolei, iż ponad 80% osób w wieku 75+ ma długotrwały problem zdrowotny lub chorobę przewlekłą. Również tak zdefiniowany brak zdrowia wyraźnie częściej występuje wśród polskich seniorów niż wśród ogółu ich rówieśników w krajach UE.

## Potrzeba populacyjnych badań epidemiologicznych

---

Pogłębiony obraz występowania problemów zdrowotnych i ich uwarunkowań w odniesieniu szczególnych grup chorób czy podpopulacji mogą dać tylko specjalnie zaplanowane epidemiologiczne badania populacyjne. W tym miejscu trzeba wspomnieć o ostatnio zrealizowanych dwóch dużych, ogólnopolskich badaniach epidemiologicznych: kompleksowym badaniu stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II (realizowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie terenowe przeprowadzono w latach 2018-2019) oraz o badaniu poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem – PolSenior2 (realizowane przez Gdański Uniwersytet Medyczny, badanie terenowe przeprowadzono w latach 2018-2019). Obydwa były przeprowadzone w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Uzyskane wyniki i wnioski wskazują na ogromną potrzebę formalnie ustanowionej, zatwierdzonej i zabezpieczonej finansowo okresowej realizacji takich badań.

Jak pokazują autorzy w podsumowaniu wyników badania EZOP II [21], zaburzenia rozwojowe stwierdzono u około 16% dzieci do szóstego roku życia, rozpowszechnienie tych zaburzeń na wsi jest prawie dwukrotnie większe niż w miastach; oszacowano, że ponad pół miliona dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat cierpi na zaburzenia psychiczne, przy czym ich rozpowszechnienie u dzieci i młodzieży w rodzinach, które korzystały z pomocy społecznej, było prawie dwukrotnie większe niż u młodych osób w rodzinach, które z tej pomocy nie korzystały; w populacji dorosłych w wieku 18+ jakiegokolwiek z analizowanych zaburzeń psychicznych w ciągu ostatnich 12 miesięcy ujawniło 7,9% osób. Niezwykle ważną obserwacją, którą dostarczyło badanie, jest stwierdzenie dużych rozbieżności w oszacowaniu liczby cierpiących na zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat na podstawie wyników badania i na podstawie danych NFZ. O ile te drugie mówią o liczbie nieprzekraczającej 70 tys., to te pierwsze wskazują na prawie 400 tys. Wyniki badania pokazują, że proporcje chłopców i dziewcząt, mężczyzn i kobiet są wyrównane, natomiast dane NFZ świadczą o przewadze liczebnej dziewcząt i kobiet.

Z kolei badanie PolSenior2 [22] pozwoliło po raz drugi w polskiej geriatricy i gerontologii, dzięki kompleksowemu badaniu przekrojowemu, uzyskać ważne informacje o stanie zdrowia i czynnikach społecznych w ocenie starzenia się i starości. Celem zadania było określenie sytuacji zdrowotnej starszych osób w Polsce oraz zdefiniowanie związanych z nią potrzeb. Badanie objęło aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne. Projekt PolSenior2 realizowano w całej Polsce w latach 2018-2019. Ogółem zbadano reprezentatywną próbę 5 987 mieszkańców Polski w wieku 60+ (zakres wieku 60-106 lat). W samej części medycznej projektu szczegółowej ocenie poddano 38 najważniejszych problemów zdrowotnych pod względem ich rozpowszechnienia, wykrywania oraz kontroli ich terapii. Bardzo ważne jest, by wiedza, jaką zgromadzono, została właściwie wykorzystana przez Rząd RP, Parlament, wszystkie urzędy marszałkowskie, powiaty i gminy w Polsce oraz przez wiele organizacji pozarządowych i innych podmiotów zajmujących się szeroko pojętą polityką senioralną.

Ważnym elementem monitorowania sytuacji zdrowotnej w kraju powinny być populacyjne badania społeczne i epidemiologiczne. W tabelach 2a-2c zaprezentowano przegląd badań prowadzonych w wybranych krajach w celu systematycznej oceny stanu zdrowia populacji.

Tabela 2a. Przegląd badań epidemiologicznych (badania przekrojowe) prowadzonych w celu monitorowania stanu zdrowia ludności w wybranych krajach

Kraj	Badanie	Liczebność (tys.)	Częstotliwość	Zakres czasowy	Podmiot prowadzący lub finansujący
USA	National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)	5-6	co rok	od 1960	CDC NCHS
USA	Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)	400	co rok	od 1984	CDC
USA	Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBS)	15	co 2 lata	od 1991	CDC
USA	National Immunization Survey (NIS)	30	co rok	od 1994	CDC
Wielka Brytania	Health Survey for England (HSE)	8	co rok	od 1991	NHS Digital
Finlandia	FinHealth Study / wcześniej Finriski Study (FinHealth/FINRISK)	10	co 5 lat	od 1972	NIHW
Wielka Brytania	National Diet and Nutrition Survey (NDNS)	1	co rok wyniki publikowane co kilka lat	od 2008	PHE FSA

CDC – Centers for Disease Control and Prevention; FSA – Food Standards Agency; NCHS – National Center for Health Statistics; NHS Digital – National Health Service Digital; NIHW – National Institute for Health and Welfare; PHE – Public Health England

Źródło: opracowanie własne.

Wyróżnić można trzy typy badań, z których każdy służy do monitorowania i badania nieochronionych aspektów stanu zdrowia populacji. Badania ekologiczne bazują na istniejących, rutynowo zbieranych danych. Pozwalają na monitorowanie wskaźników stanu zdrowia takich jak umieralność, chorobowość, zapadalność, a także wskaźników narażenia o charakterze populacyjnym takich jak poziom zanieczyszczenia powietrza. Badania prospektywne polegają

na monitorowaniu przez kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt lat poprzez wywiady i pomiary w wybranej populacji lub wybranych grupach osób (kohortach) stanu zdrowia oraz występowania czynników ryzyka. Pozwalają na ocenę wpływu czynników ryzyka na odległe efekty zdrowotne. Badania przekrojowe polegają na jednoczesnej ocenie występowania czynników ryzyka i stanu zdrowia w reprezentatywnej dla populacji grupie osób. Czynniki ryzyka i stan zdrowia badać można przy zarówno pomocy wywiadów, jak i badań przedmiotowych. Badania te pozwalają na stosunkowo szybkie uzyskanie informacji, a powtarzane dają możliwość monitorowania zachodzących zmian w częstości występowania i jakości kontroli danego problemu lub problemów zdrowotnych. Należy podkreślić, że trzy typy badań uzupełniają się i dla uzyskaniu jak najbardziej pełnego obrazu zdrowia populacji wskazane jest prowadzenie każdego z nich.

Tabela 2b. Przegląd badań epidemiologicznych prowadzonych w celu monitorowania stanu zdrowia ludności w Polsce

Kraj	Badanie	Liczebność (tys.)	Częstotliwość	Zakres czasowy	Podmiot prowadzący lub finansujący
Polska	Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Akceptowalności Zabiegów Sercowo-Naczyniowych (WOBASZ)	19,2	dwie edycje	2003/2005 2014/2015	Instytut Kardiologii
Polska + kraje EU + kilka innych krajów europejskich	European Health Interview Survey (EHIS)	50	co 5 lat (w Polsce)	2009 2014 2019	Eurostat GUS
Polska	Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem (PolSenior-2)	6	dwie edycje	2008 2018	druga edycja: Gdański Uniwersytet Medyczny
Polska	Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej (EZOP)	10	dwie edycje	2018	Instytut Psychiatrii i Neurologii
Polska+kraje EU	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	ok. 30 / rok	co rok	od 2005	Eurostat GUS

Źródło: opracowanie własne.

W tabelach 2a-2c przedstawiono autorski wybór ważnych projektów prowadzonych niekiedy od kilku już dekad na świecie. Zwraca uwagę, że ważne badania epidemiologiczne inicjowane lub organizowane są prawie zawsze przez instytucje państwowe. W Unii Europejskiej badania stanu zdrowia ludności są przeprowadzane przez Eurostat, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz przez Europejskie Centrum ds. Monitorowania Zdrowia (EMC). W Wielkiej Brytanii przez Narodowy Instytut Zdrowia (NIHR), Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego (NCPH) oraz przez Urząd ds. Statystyki Narodowej, a w Stanach Zjednoczonych badania stanu zdrowia ludności są przeprowadzane przez Narodowy Instytut Zdrowia (NIH) oraz przez Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC). Zwraca uwagę duże spektrum badań – zarówno przesiewowych-ankietowych, jak i zawierających badania przedmiotowe oraz o charakterze prospektywnym (kohortowym). Duże, wieloaspektowe programy (NHANES, HSE) są uzupełniane przez inne badania, nakierowane na konkretne problemy, często prowadzone w konkretnych subpopulacjach (dzieci, osoby starsze). Ważnymi projektami są te związane z tworzeniem biobanków, czyli zbiorów próbek biologicznych i związanych z nimi informacji, które mogą być wykorzystane do prowadzenia różnego rodzaju badań naukowych nad chorobami i czynnikami ryzyka. Przykładami takich badań są UK Biobank i Estonian Biobank.

W Polsce zbierane są dane tworzące bazę do prowadzenia badań o charakterze ekologicznym. Niestety nie są one zintegrowane wspólnymi celami i strategią w zakresie monitorowania stanu zdrowia ludności, co więcej – z różnych powodów trudne jest łączenie baz danych. Dane dotyczące umieralności wraz z przyczynami zgonu zbierane są przez Główny Urząd Statystyczny, dane dotyczące usług zdrowotnych przez NFZ, dane dotyczące chorobowości hospitalizowanej, a także chorób zakaźnych przez NIZP – PZH. Dlatego bardzo potrzebne jest zapewnienie integrowania baz danych. Jest to niezwykle ważne zadanie Centrum e-Zdrowia.

W naszym kraju ważnymi badaniami przekrojowymi są EU-SILC oraz prowadzone co 5 lat badanie EHIS; są to badania jedynie ankietowe – nie zawierają badań przedmiotowych. Ważnym badaniem jest europejskie prospektywne badanie SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), które dotyczy problemów starzenia się i prowadzone jest w populacji w wieku 50+, w ramach którego wykonywane są pomiary ciśnienia krwi, pomiary antropometryczne, testy sprawności fizycznej, a także testy poznawcze. W ostatnich dwóch dekadach przeprowadzono również kilka badań, które obejmowały badania przedmiotowe (NATPOL 2002, NATPOL 2011, PolSenior, PolSenior2, NOMED-AF, WOBASZ, WOBASZ II). Badania EZOP i EZOP-2 zawierały ocenę jednostek chorobowych związanych ze zdrowiem psychicznym w oparciu o bardzo poszerzony wywiad. W projektach tych badacze każdorazowo uzyskiwali na ich wykonanie finansowanie bez gwarancji kontynuacji.

Podsumowując, za ważne i pilne zadania w dziedzinie monitorowania zdrowia ludności należy uznać:

1. Utworzenie zespołu badawczego, którego zadaniem byłoby zaprojektowanie i systematyczne prowadzenie zestawu standardowych analiz, które pozwoliłyby na monitorowanie sytuacji



zdrowotnej w ujęciu populacyjnym – na różnych poziomach – od ogólnokrajowego nawet do gminnego. Wyniki tych analiz powinny być publikowane w standardowy sposób w określonych odstępach czasu. Szczególnie ważne byłoby umożliwienie łączenia danych z różnych baz danych w taki sposób, by można było śledzić stan zdrowia ankietowanego objętego konkretnym programem, przy jednoczesnym zachowaniu zasad związanych z ochroną danych osobowych.

2. Prowadzenie badań epidemiologicznych (zarówno przekrojowych, jak i kohortowych), które miałyby charakter powtarzalny – co można osiągnąć poprzez wykonywanie ich przez tę samą instytucję, z zapewnieniem ciągłości metodyki i prezentacji wyników, a także zapewnionym finansowaniem.

3. Rozważenie uznania za substytut drogich i trudnych w przeprowadzeniu badań kohortowych umożliwienia połączenia ogólnopolskich badań ankietowych prowadzonych na reprezentatywnej próbie z informacjami o problemach zdrowotnych tych osób na podstawie danych NFZ, a także z informacjami dotyczącymi umieralności.

Tabela 2c. Przegląd badań epidemiologicznych (badania kohortowe) prowadzonych w celu monitorowania stanu zdrowia ludności w wybranych krajach

Kraj	Badanie	Liczebność (tys.)	Częstotliwość	Zakres czasowy	Podmiot prowadzący lub finansujący
Francja	Constance	200	badanie prospektywne	od 2012	MSP INSERM
Europa	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	120	od 2004 liczba krajów uczestniczących zwiększa się	od 2004	Komisja Europejska + narodowe agencje
Wielka Brytania	UK Biobank	500	badanie prospektywne	od 2007	finansowany przez instytucje rządowe, akademickie i prywatne
USA	All of Us Research Program	docelowo 1000	badanie prospektywne	od 2015	NIH
Wielka Brytania / Szkocja	Generation Scotland	24	badanie prospektywne	od 2006	instytucje rządowe i akademickie
Holandia	Lifelines	167	badanie prospektywne	od 2006	instytucje rządowe i akademickie
USA	Framingham Heart Study	ponad 14 w kilku kohortach	badanie prospektywne	od 1948	NHLBI
Wielka Brytania	Whitehall Study	ok. 50 w czterech kohortach	badanie prospektywne	od 1967	NIHR DHSC
USA	Nurses' Health Study	ponad 250 w trzech kohortach	badanie prospektywne	od 1976	NIH
Wielka Brytania	British Birth Cohort Studies	ok. 4,5 w trzech kohortach	badanie prospektywne	NCDS – 1958 BCS – 1970 MCS 2000	instytucje rządowe i akademickie
Estonia	Estonian Biobank	200	badanie prospektywne	od 2002	Estonian Genome Center (Uniwersytet w Tartu)
Czechy, Polska, Rosja, Litwa	Health, Alcohol and Psychosocial Factors in Eastern Europe	36,5	badanie prospektywne	2006	Wellcome Trust EU Framework Programme NIH
Polska+27 krajów europejskich	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	ok 6 w Polsce	badanie prospektywne	od 2004	EU, instytucje rządowe i akademickie

DHSC – Department of Health and Social Care; INSERM – Institut national de la santé et de la recherche médicale; MSP – Ministère de la Santé et de la Prévention; NHLBI – National Heart, Lung, and Blood Institute; NIH – National Institutes of Health; NIHR – National Institute for Health Research

Źródło: opracowanie własne.

## Bibliografia

1. European Commision. *European Core Health Indicators (ECHI)*. [Online] 10.09.2023. [https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi\\_en](https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en)
2. Centrum e-Zdrowia. [Online] 10.09.2023. <https://www.cez.gov.pl/>
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. *Dz. U.* 2021, poz. 642.
4. *Human Mortality Database*. [Online] 10.09.2023. <https://www.mortality.org/>
5. Wojtyniak Bogdan i in. Długość życia i umieralność ludności Polski. [w:] Wojtyniak Bogdan i Goryński Paweł [red.]. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2022, s. 67-195.
6. Eurostat. *Life expectancy by age and sex*. [Online] 28.04.2023. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_MLEXPEC/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLEXPEC/default/table?lang=en)
7. GUS. *Trwanie życia w 2022 r.* Warszawa: GUS, 2023. [Online] 10.09.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2022-roku,2,17.html>
8. Nolte Ellen i McKee Martin. *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London: Nuffield Trust, 2004. [Online] 10.09.2023. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/does-healthcare-save-lives-avoidable-mortality-revisited>
9. Gay Juan G. i in. *Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: estimates and methodological issues*. *OECD Health Working Papers*, 55. Paryż: OECD Publishing, 2011. [Online] 10.09.2023. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mortality-amenable-to-health-care-in-31-oecd-countries\\_5kgj35f9f8s2-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mortality-amenable-to-health-care-in-31-oecd-countries_5kgj35f9f8s2-en)
10. OECD i Eurostat. *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death*. [Online] 10.09.2023. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>
11. Eurostat. *Preventable and treatable mortality statistics*. [Online] 10.09.2023. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable\\_and\\_treatable\\_mortality\\_statistics#cite\\_note-1](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics#cite_note-1)
12. Feusette Piotr i in. Choroby kardiologiczne w okresie pandemii COVID-19 w Polsce. [w:] Wojtyniak Bogdan i Goryński Paweł [red.]. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2022, s. 233-267.
13. Murray Christopher J. L. i Lopez Alan D. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996. [Online] 10.09.2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41864>
14. Murray Christopher J. L. i in. [red.]. *Summary measures of population health : concepts, ethics, measurement and applications*. Genewa: WHO, 2002. [Online] 10.09.2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42439>
15. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Data tools and practices*. [Online] 10.09.2023. <https://www.healthdata.org/data-tools-practices>
16. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) data resources*. [Online] 10.09.2023. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>
17. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Protocol for the global burden of diseases, injuries, and risk factors study (GBD), version 4.0, March 2020*. [Online] 10.09.2023. [https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/March2020\\_GBD%20Protocol\\_v4.pdf](https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/March2020_GBD%20Protocol_v4.pdf)
18. Eurostat. *Life expectancy by age and sex*. [Online] 10.09.2023. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/DEMO\\_MLEXPEC\\$DEFAULTVIEW](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/DEMO_MLEXPEC$DEFAULTVIEW)
19. Eurostat. *Life expectancy by age, sex and educational attainment level*. [Online] 10.09.2023. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_MLEXPECEDU\\_custom\\_6169753/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLEXPECEDU_custom_6169753/default/table?lang=en)

20. Eurostat. *Income and living conditions*. [Online] 10.09.2023. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/database>
21. Moskalewicz Jacek i Wciórka Jacek [red.]. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2021.
22. Błądowski Piotr i in. [red.]. *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny, 2021.