

Trendy czasowe umieralności ogółem oraz z powodu głównych grup przyczyn: chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych oraz przyczyn zewnętrznych w Polsce na tle sytuacji w krajach UE15

Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski

Zakład-Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności NIZP-PZH, Warszawa

Adres do korespondencji: Bogdan Wojtyniak, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, bogdan@pzh.gov.pl

■ Abstract

Changes in mortality from cardiovascular diseases, cancer and external causes in Poland 1991–2013 compared to the situation in the group of EU15 countries

The aim of the study was to analyze the level and dynamics of changes in mortality from all causes of death as well as the main groups of causes i.e. cardiovascular diseases, cancer and external causes in Poland in the years 1999–2013 compared to the situation in the group of 15 countries that make up the European Union before the accession of new members in 2004. The analysis was carried out for the total population, people aged 25–64 years and older population of people aged 65 years and more.

The results of the analysis indicate a gradual improvement of the health status of the Polish population as evidenced by the declining fairly steadily mortality rates from main causes of death for people in the younger as well as older age groups. At the same time it should be stressed that, compared with the situation in the EU15 situation we observe in Poland cannot be regarded as satisfactory particularly in the case of men of working age.

Certainly cardiovascular diseases have to be considered as one of the most important health problems in Poland being a major threat to the life of Polish population which, while systematically decreasing, is still significantly higher than in most European Union countries. In addition, the pace of decline in mortality rates due to these diseases when compared to the situation in the EU15 is still too slow to achieve in the real future average level of mortality in those countries. It should be noted that excess mortality from cardiovascular disease in men and women in Poland in relation to the inhabitants of EU15 countries is much larger than in the case of cancer mortality which proves the urgent need for more intensive and better targeted health policy in the prevention and treatment of cardiovascular diseases.

Key words: Poland, European Union 15, cardiovascular diseases, mortality, neoplasms, mortality rates, causes of death, neoplasm diseases

Słowa kluczowe: trendy umieralności, współczynniki zgonów, choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, zewnętrzne przyczyny zgonów, różnice umieralności kobiet i mężczyzn, Polska i UE 15

Informacje o zgonie osoby, ze względu na prawny obowiązek rejestracji faktu zgonu oraz jego przyczyny, są w wielu krajach jednym z podstawowych i ważnych źródeł danych o stanie zdrowia populacji. Taka sytuacja prawna występuje również w Polsce i stąd od wielu lat

analiza poziomu oraz trendów zarówno czasowych, jak i przestrzennych współczynników umieralności służy do oceny stanu zdrowia ludności Polski, jego zróżnicowania regionalnego oraz zmian zachodzących w czasie [1], a także monitorowania rezultatów prowadzonej polityki

zdrowotnej, w tym efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia [2].

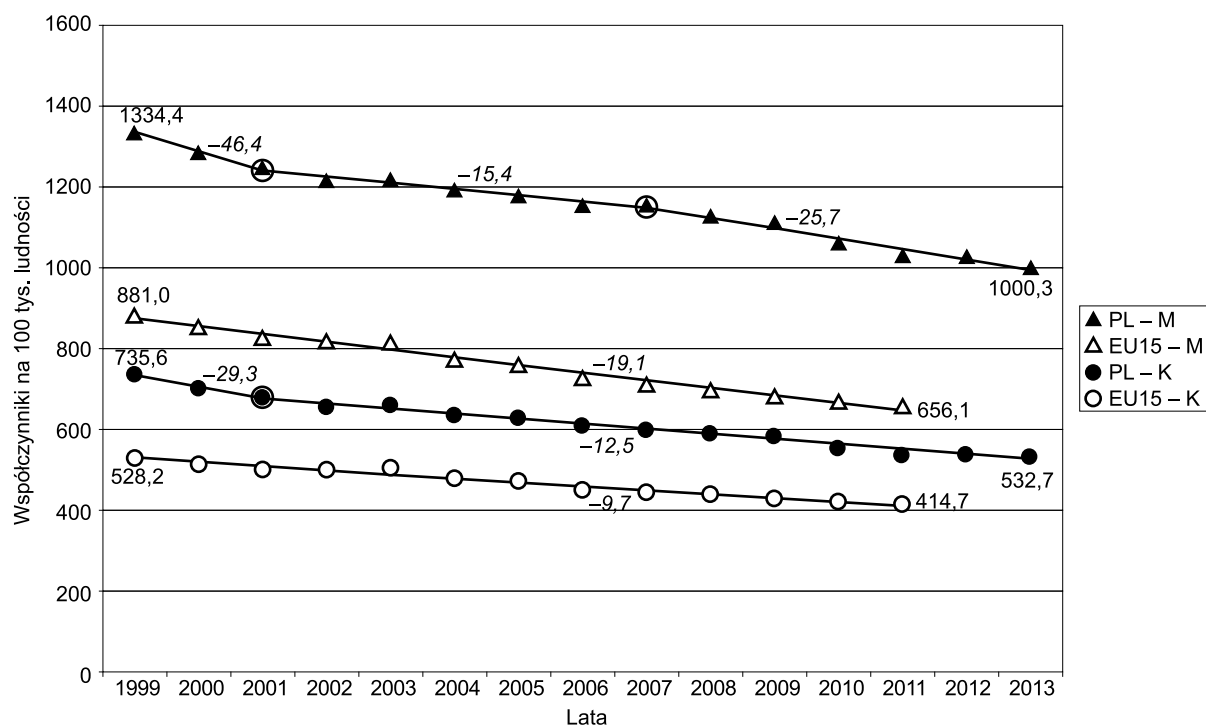
Celem pracy była analiza poziomu oraz dynamiki zmian natężenia umieralności z powodu grup chorób będących głównymi przyczynami zgonów w Polsce w latach 1999–2013 w porównaniu z sytuacją w grupie 15 krajów tworzących Unię Europejską przed akcesją nowych członków w 2004 roku (tzw. stara Unia). Analizę prowadzono dla ogółu ludności, osób w wieku 25–64 lata oraz populacji osób w starszym wieku – 65 lat i więcej. W przypadku analizy umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych, ze względu na znaczenie tych przyczyn w umieralności również młodzieży, uwzględniono grupę osób w wieku poniżej 65 lat.

Analiza umieralności mieszkańców Polski jest oparta na indywidualnych danych z rejestru zgonów mieszkańców Polski prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny. Rejestr ten (z pewnymi niezbędnymi ograniczeniami wynikającymi z obowiązujących regulacji prawnych) jest udostępniany Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny (NIZP-PZH) w celu prowadzenia zgodnie ze statutem NIZP-PZH analiz stanu zdrowia mieszkańców Polski. Prezentowane wyniki stanowią przede wszystkim obliczenia własne, a ponadto wykorzystano dane o współczynnikach zgonów w krajach UE15 dostępne w bazie Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze (*European mortality database HFA MDB April 2014*). 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 standaryzowanych współczynników zgonów w Polsce i przeciętnych dla Unii Europejskiej oraz oszacowanie ich średniorocznego bezwzględnego tempa zmian przeprowadzono za pomocą modeli jointpoint i programu Jointpoint Regression Program (*Version 4.2.0.0 April 2015; National Cancer Institute, USA*). Wartości względne tempa zmian obliczono, odnosząc oszacowane tempo bezwzględne do średniego poziomu odpowiadających mu wartości współczynników zgonów.

Umieralność z powodu ogółu przyczyn

Ogólny poziom umieralności w Polsce systematycznie obniża się w latach 1999–2013, ale jest on wciąż znacznie wyższy od poziomu przeciętnego dla krajów UE15. Standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce w 2013 roku był wyższy o 52% od współczynnika dla UE15 w roku 2011, a w przypadku kobiet nadwyżka ta wynosiła 28%. Przeciętne roczne tempo spadku standaryzowanego współczynnika zgonów mężczyzn w Polsce w ostatnich latach (2007–2013), które wynosiło 25,7 zgonu/100 tys., jest większe niż średnie dla krajów UE15 – 19,1 zgonu/100 tys., jednak względne tempa spadku w Polsce i UE15 praktycznie nie różniły się (wynosiły odpowiednio –2,4% i –2,5%) (**Wykres 1**). Bezwzględna nadwyżka umieralności polskich mężczyzn za-



Wykres 1. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.

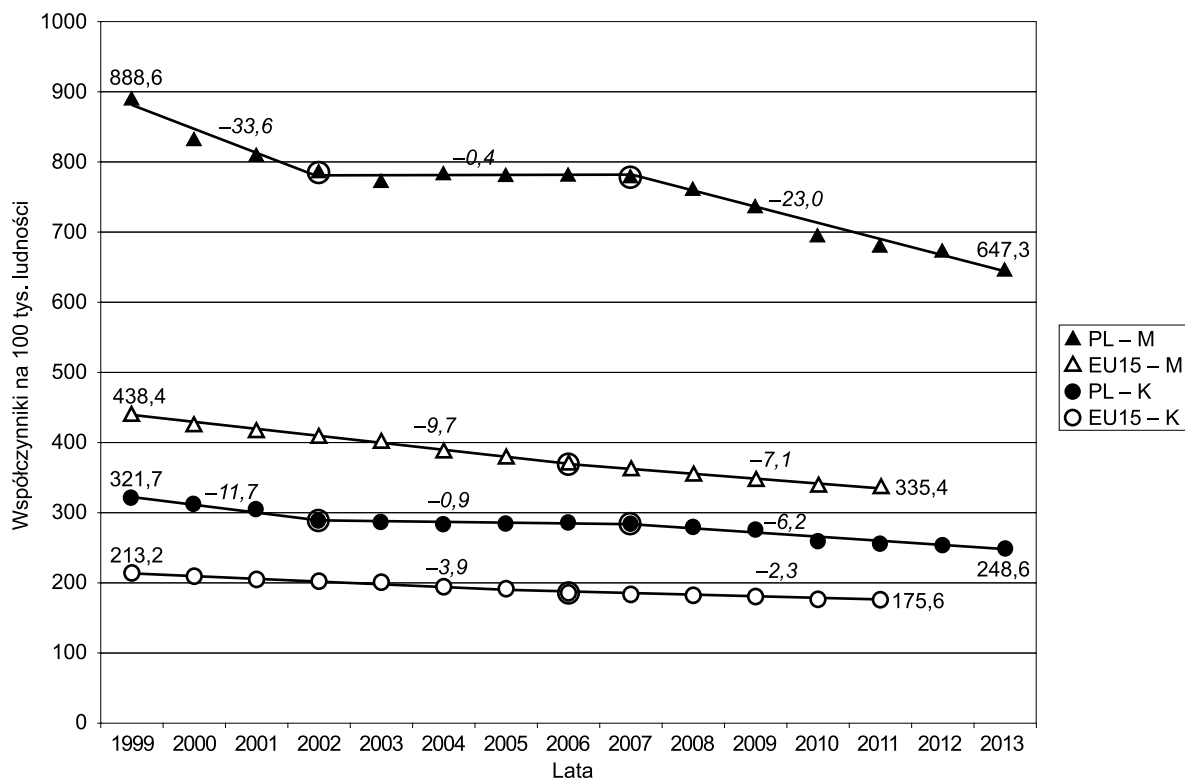
Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.

częła się znowu powoli zmniejszać po przerwie w latach 2001–2007, jednak względna nadwyżka (%) nieznacznie się zwiększa. Jeżeli tempo spadku współczynników w Polsce nie zmieni się, to poziom umieralności mężczyzn, jaki obecnie występuje w krajach UE15, zostanie osiągnięty dopiero około roku 2026–2027. Natomiast w przypadku kobiet średnioroczne tempo spadku standaryzowanego ogólnego współczynnika zgonów w Polsce jest w miarę stałe po roku 2001, wynosi 12,5 zgonu/100 tys. i jest również trochę większe od średniego dla krajów UE15 – 9,7 zgonu/100 tys. (względne tempa spadku są jednakowe: –2,1%). Jeżeli tempo spadku umieralności kobiet w Polsce się nie zmieni, to obecny średni poziom umieralności w UE15 zostanie osiągnięty w naszym kraju około roku 2022–2023.

Obserwując dynamikę współczynników umieralności ogółem w grupie wiekowej 25–64 lata w Polsce i krajach UE15 w latach 1999–2013, należy zwrócić uwagę na odwrócenie niekorzystnego trendu stabilizacji współczynników zgonów mężczyzn w Polsce, który występował w latach 2002–2007 (**Wykres 2**). Obserwowane ostatnio (2007–2013) przeciętne roczne tempo spadku zarówno bezwzględne (23,0 zgonu/100 tys. mężczyzn), jak i względne (–3,2%) są wyraźnie większe od tempa spadku dla krajów UE15 w latach 2006–2011 (odpowiednio 7,1/100 tys. oraz –2,0%). Jednak różnica poziomów umieralności jest tak znaczna

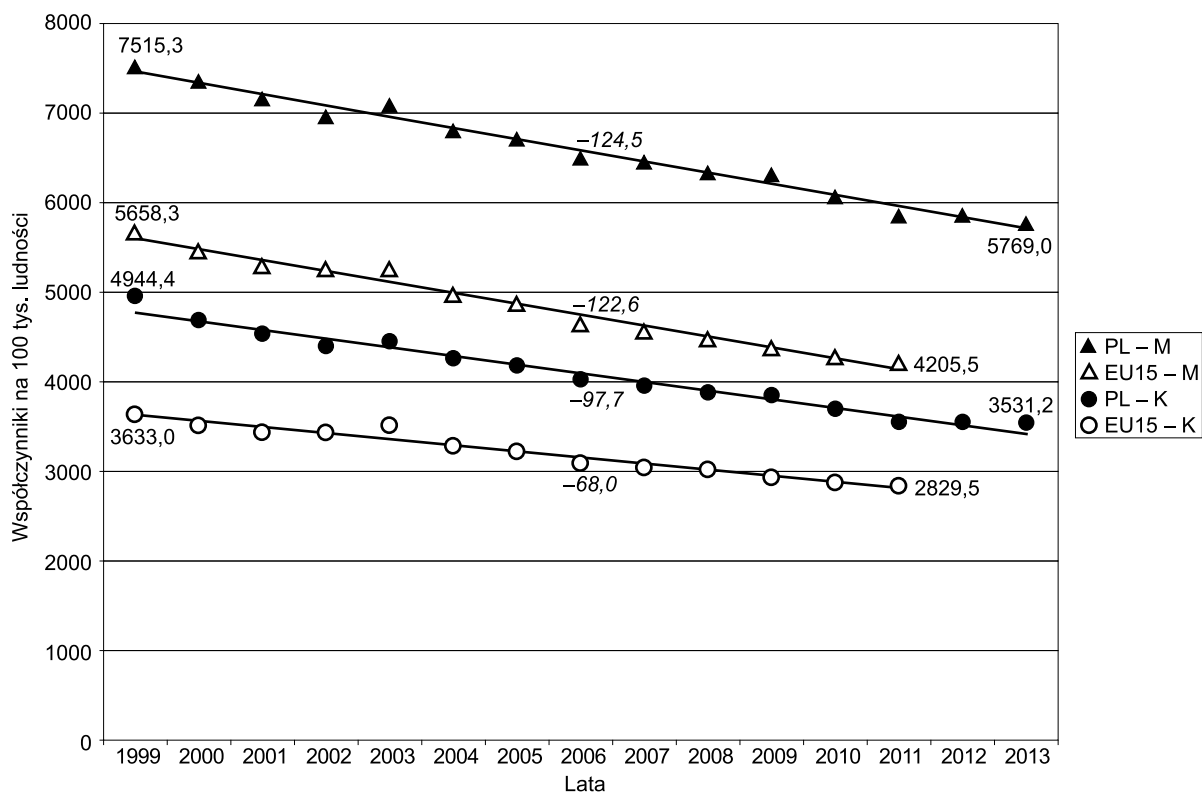
(umieralność w Polsce jest blisko dwukrotnie – o 92% – wyższa), że przy obecnym tempie spadku umieralności w Polsce obecny średni poziom umieralności w krajach UE osiągniemy dopiero około roku 2026–2027. Również tempo spadku umieralności kobiet w Polsce zwiększyło się w latach 2007–2013 i jeżeli utrzyma się na tym poziomie (6,2/100 tys./rok), to obecny średni poziom umieralności w krajach UE15 polskie kobiety osiągną około roku 2025, a więc niewiele wcześniej niż mężczyźni.

Trendy umieralności osób w wieku 65 lat i więcej w latach 1999–2013 charakteryzują się wyraźnym, stabilnym trendem spadkowym, którego bezwzględne tempo w Polsce wśród mężczyzn było zbliżone do obserwowanego w krajach UE15 (względne tempo było trochę mniejsze), co oznacza, że nadwyżka umieralności mężczyzn w naszym kraju (około 37%) ma lekką tendencję wzrostową (**Wykres 3**). Przy aktualnym tempie spadku umieralności w Polsce mężczyzn w starszym wieku obecny średni poziom umieralności w krajach UE15 osiągniemy około roku 2025–2026. Natomiast w przypadku kobiet sytuacja jest bardziej korzystna ze względu na mniejszą nadwyżkę umieralności (około 25%) i szybsze bezwzględne i względne tempo spadku umieralności niż w UE15. Obecny poziom umieralności w UE15 polskie kobiety w wieku 65 lat i starszym mogą osiągnąć w 2020 roku.



Wykres 2. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.

Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.



Wykres 3. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 65 lat i więcej w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.

Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.

Umieralność z powodu chorób układu krążenia

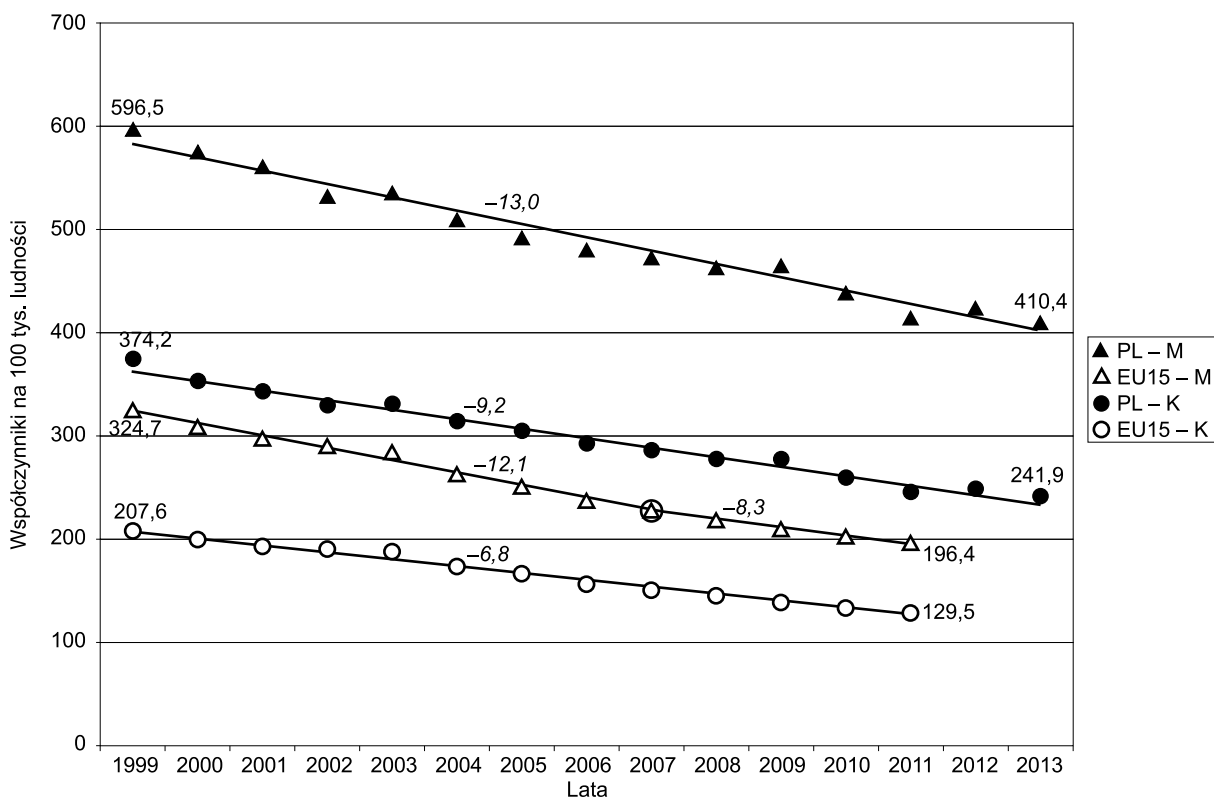
Choroby układu krążenia (ChUK) są od lat wyraźnie dominującą przyczyną umieralności mieszkańców Polski, aczkolwiek po roku 1991 ich znaczenie jako przyczyny zgonu pomału zmniejsza się, zarówno jeśli chodzi o udział wśród ogółu przyczyn zgonów, jak i natężenie umieralności z ich powodu. Z powodu ChUK w 2013 roku zmarły w Polsce 177 433 osoby (461 na każde 100 tys. ludności), a więc ChUK były odpowiedzialne za 45,8% ogółu zgonów Polaków (40,9% zgonów mężczyzn i 51,1% zgonów kobiet).

ChUK są najważniejszą przyczyną zgonów ludności Polski ogółem dopiero w wieku 70 lat i więcej, przy czym sytuacja jest niejednakowa w grupach płci. Wśród mężczyzn choroby te są najczęstszą przyczyną zgonów, poczynając już od wieku powyżej 45 lat, natomiast w przypadku kobiet dopiero powyżej 70 lat.

Wprawdzie częściej z powodu ChUK umierają kobiety niż mężczyźni (w 2013 roku współczynniki rzeczywiste dla obu grup wynosiły odpowiednio 478 i 443 na 100 tys.), ale wynika to ze starszej struktury wieku kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku obu grup płci okazuje się, że choroby te są znacznie większym zagrożeniem życia mężczyzn, gdyż standaryzowany współczynnik zgonów w 2013 roku dla mężczyzn był o 70% wyższy niż dla kobiet (Wykres 4).

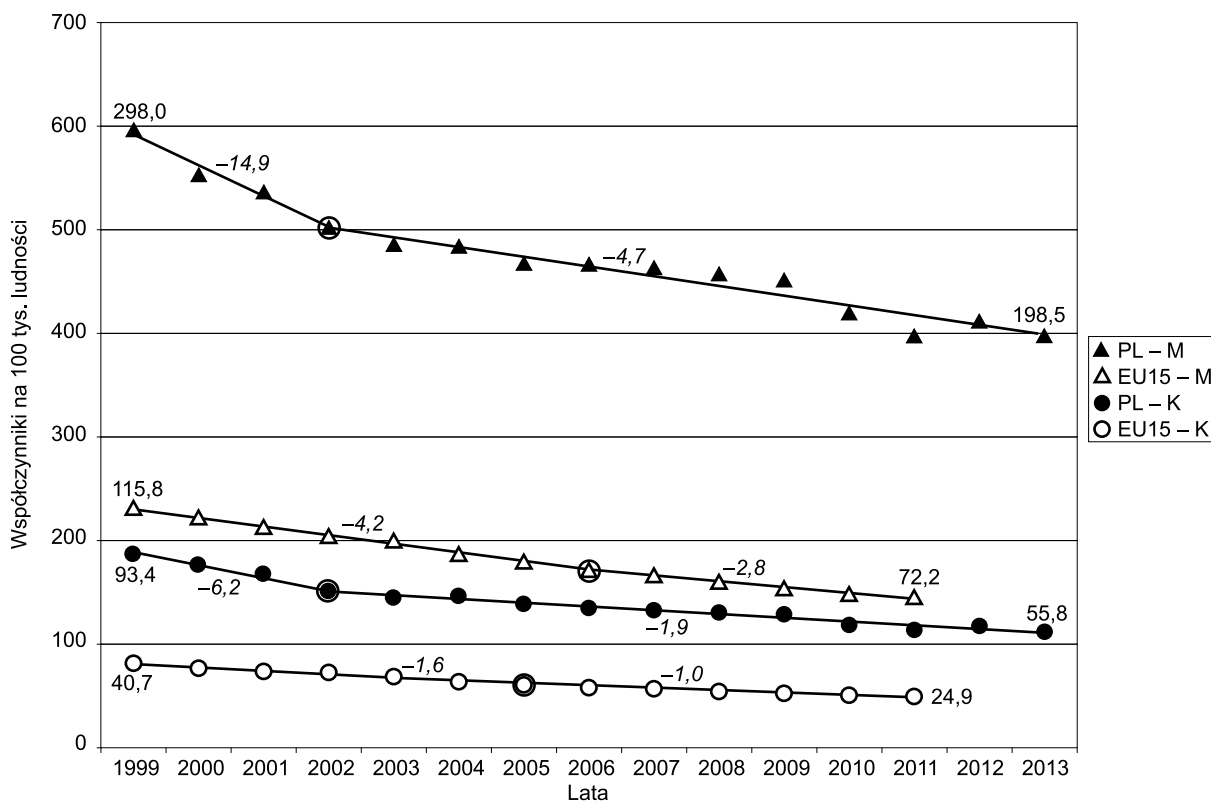
W latach 1999–2013 zagrożenie życia spowodowane ChUK ogółem zmniejszało się w mniej więcej stałym tempie – standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn obniżały się przeciętnie rocznie o 13,0 zgonów/100 tys., a kobiet o 9,2 zgonu/100 tys. (Wykres 4). Biorąc pod uwagę różnicę poziomu współczynników umieralności mężczyzn i kobiet, względne roczne tempo spadku umieralności kobiet (3,1%) było większe niż mężczyzn (2,6%). Bezwzględne tempo spadku współczynników w Polsce jest tylko trochę szybsze niż przeciętne dla krajów UE15 (ale względne tempo spadku jest już wolniejsze), natomiast umieralność z powodu ChUK jest cały czas znacznie wyższa w Polsce niż w tych krajach. W 2013 roku umieralność w Polsce była wyższa od przeciętnej w UE15 w 2011 roku aż o 109% w przypadku mężczyzn i 87% w przypadku kobiet. Jeżeli obserwowane obecnie w naszym kraju tempo spadku współczynników zgonów nie ulegnie zmianie, to mężczyźni osiągną obecny średni poziom umieralności w krajach UE15 dopiero około roku 2029, a kobiety około pięć lat wcześniej.

Wyraźnemu spowolnieniu po roku 2002 uległo natomiast w Polsce tempo spadku współczynników umieralności z powodu ChUK osób w wieku aktywności zawodowej 25–64 lata (Wykres 5). Jest ono obecnie niewiele szybsze niż tempo spadku średnie dla krajów UE15, natomiast względne tempo spadku jest wolniejsze, co oznacza, że bezwzględna nadwyżka umieralności



Wykres 4. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.

Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.



Wykres 5. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 25–64 lata w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.

Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.

w naszym kraju zmniejsza się tylko w niewielkim stopniu, a nadwyżka względna nawet nieznacznie wzrasta. A różnica poziomów umieralności jest bardzo duża, gdyż umieralność polskich mężczyzn w wieku produkcyjnym jest obecnie wyższa aż o 175%, kobiet zaś o 124% w porównaniu z rówieśnikami w krajach UE15 w 2011 roku. Przy utrzymaniu się obecnego tempa spadku umieralności w naszym kraju mężczyźni osiągną aktualny średni poziom umieralności w krajach UE15 dopiero około roku 2040, a kobiety około dziesięć lat wcześniej.

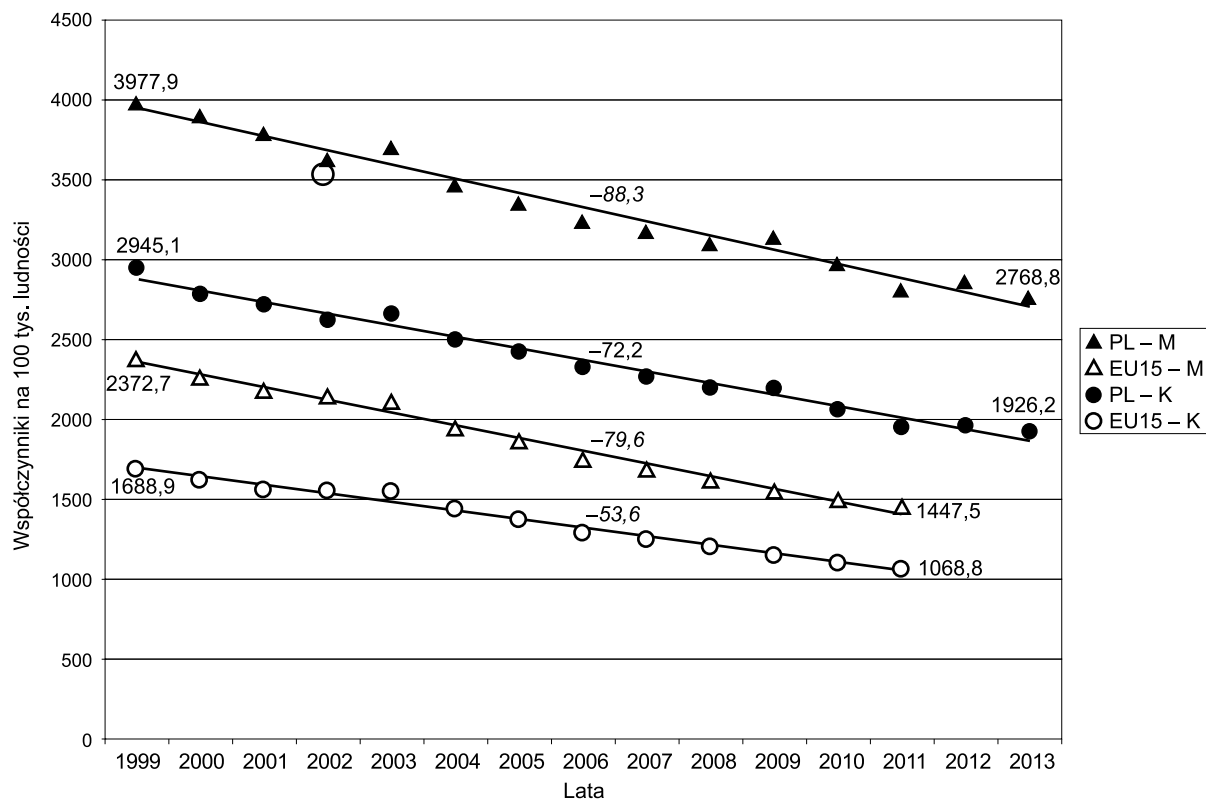
Trendy standaryzowanych współczynników umieralności z powodu ChUK osób w wieku 65 lat i więcej w latach 1999–2013 charakteryzują się wyraźnym, stabilnym trendem spadkowym, którego bezwzględne tempo w Polsce wśród mężczyzn (88,3 zgonu/100 tys.) było szybsze od obserwowanego w krajach UE15 (79,6 zgonu/100 tys.), natomiast tempo względne jest wyraźnie wolniejsze (odpowiednio –2,7 i –4,2%). Bezwzględna nadwyżka umieralności mężczyzn w naszym kraju w stosunku do rówieśników w UE15 powoli się zmniejsza, natomiast nadwyżka względna nieznacznie wzrasta i wynosi obecnie ponad 90% (Wykres 6). Przy aktualnym tempie spadku współczynników zgonów mężczyzn w starszym wieku w Polsce obecny średni poziom umieralności w krajach UE15 zostanie osiągnięty około roku 2027–2028. Natomiast w przypadku kobiet sytuacja jest trochę bardziej korzystna niż w przypadku mężczyzn

przede wszystkim ze względu na niższy poziom umieralności z powodu ChUK, trochę szybsze względne tempo spadku umieralności niż u mężczyzn (3,0 vs 2,7%) oraz mniejszą względną nadwyżkę umieralności w odniesieniu do rówieśniczek w UE15 (około 80%). Obecny poziom umieralności w UE15 polskie kobiety w wieku 65 lat i starszym mogą osiągnąć w 2024 roku.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych

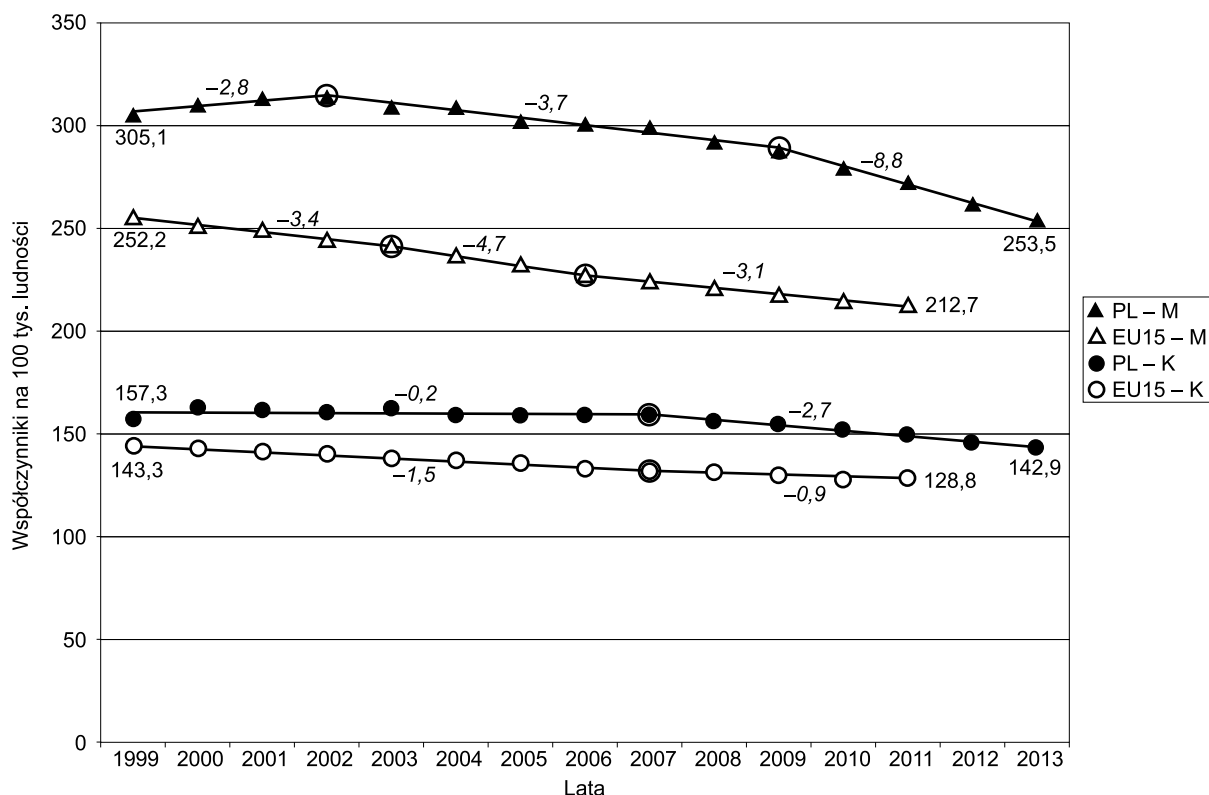
Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości grupą przyczyn zgonów, przy czym w ostatnich latach ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów oraz standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu powoli się zmniejszają. W 2013 roku zmarło w Polsce z ich powodu 94 117 osób (245 na każde 100 tys. ludności), a więc były one odpowiedzialne za 24,3% ogółu zgonów Polaków (25,9% zgonów mężczyzn i 22,6% zgonów kobiet). Jednak wśród kobiet w wieku 35–69 lat, a za ich przyczyną wśród ogółu Polaków w wieku 50–69 lat, to właśnie nowotwory złośliwe stanowią największe zagrożenie życia.

Nowotwory złośliwe bardziej zagrażają życiu mężczyzn niż kobiet i w roku 2013 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był o 77,5% wyższy od współczynnika zgonów kobiet (Wykres 7). Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworów



Wykres 6. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu chorób układu krążenia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 65 lat i więcej w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.

Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.



Wykres 7. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu nowotworów złośliwych mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.

Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.

złośliwych ogółem zaczęły się zmniejszać po roku 2002, przy czym od roku 2009 obserwuje się przyspieszenie tempa spadku i jest ono większe zarówno w wartości bezwzględnej, jak i względnej (–3,3%) niż tempo spadku przeciętne dla krajów UE15 (–1,4%). Zagrożenie życia kobiet spowodowane ogółem nowotworów złośliwych utrzymywało się praktycznie na stałym poziomie w latach 1999–2007 i dopiero po tym okresie standardyzowane współczynniki zgonów zaczęły się zmniejszać, przy czym zarówno bezwzględne, jak i względne (–1,8%) tempo spadku ich wartości jest mniejsze niż wśród mężczyzn, ale szybsze niż wśród kobiet w krajach UE15 (–0,7%). Przy utrzymaniu się obecnego tempa spadku współczynników zgonów w naszym kraju mężczyźni osiągną aktualny średni poziom umieralności w krajach UE15 już w roku 2018, a kobiety rok później.

W populacji osób w wieku 25–64 lata dynamika zmian współczynników zgonów nie różni się zasadniczo od obserwowanej wśród ogółu ludności, z tym że wśród mężczyzn zagrożenie życia spowodowane chorobami nowotworowymi powoli zmniejszało się już od początku analizowanego okresu (1999 rok), a przyspieszenie tempa spadku standardyzowanych współczynników zgonów nastąpiło po roku 2004 (Wykres 8). Zarówno bezwzględne, jak i względne obecne tempo spadku współczynników zgonów jest większe wśród mężczyzn (–3,0%) niż kobiet (–2,1%), ale w obu grupach płci jest ono większe niż w krajach UE15 (odpowiednio –2,0 i –1,2%). Przy

utrzymaniu się aktualnego tempa spadku współczynników zgonów w naszym kraju mężczyźni osiągną poziom umieralności obserwowany obecnie w krajach UE15 w latach 2020–2021, a kobiety w 2022–2023. Obecna nadwyżka poziomu umieralności z powodu nowotworów złośliwych mężczyzn i kobiet w wieku aktywności zawodowej w Polsce w stosunku do mieszkańców krajów UE15 wynosi odpowiednio 33 i 27%, a więc jest większa niż w populacji ogółem, ale jest znacznie mniejsza niż w przypadku nadumieralności mieszkańców Polski w tym wieku z powodu chorób układu krążenia.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych osób w wieku 65 lat i starszym w Polsce nie różni się bardzo od umieralności ich rówieśników w krajach UE15. Obecna nadwyżka standardyzowanych współczynników zgonów mężczyzn i kobiet w naszym kraju w stosunku do współczynników dla mieszkańców UE15 wynosi odpowiednio 13 i 2%. Trendy współczynników zgonów osób w tej grupie wieku mają podobny przebieg do obserwowanych wśród ogółu ludności (Wykres 9). Zarówno bezwzględne, jak i względne obecne tempo spadku współczynników zgonów jest większe wśród mężczyzn (–3,0%) niż kobiet (–1,7%) i w obu grupach płci jest większe niż w krajach UE15 (odpowiednio –1,1 i –0,4%). Przy utrzymaniu się aktualnego tempa spadku współczynników zgonów w naszym kraju mężczyźni osiągną poziom umieralności obserwowany obecnie w krajach UE15 w roku 2017, a kobiety nawet w 2015.

Umieralność z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu

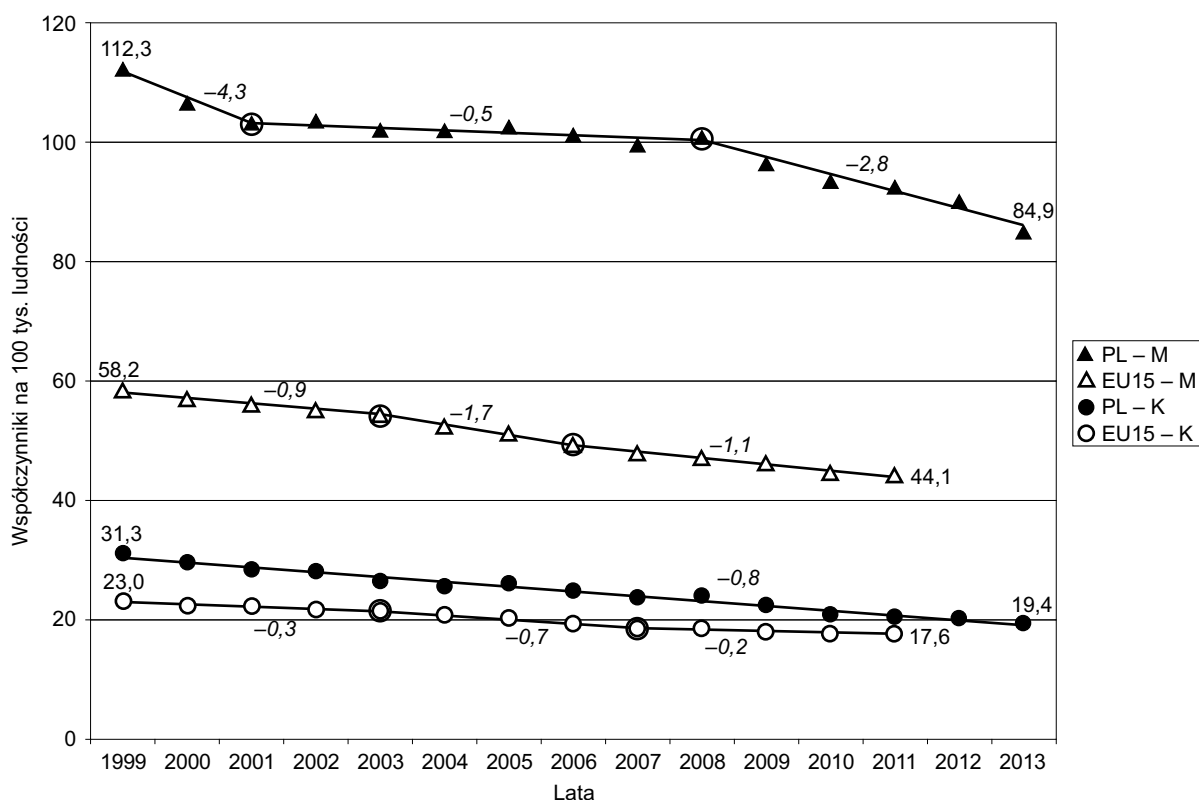
Przyczyny zewnętrzne są ostatnio w zależności od roku trzecią (2012, 2001–2009) albo czwartą (2013, 2010–2011) co do częstości grupą przyczyn zgonów, zamieniając miejsce z grupą przyczyn niedokładnie określonych lub nieznanymi. W ostatnich latach ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów oraz standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu powoli się zmniejszają. W 2013 roku zmarło w Polsce z ich powodu 22 438 osób (58 na każde 100 tys. ludności), a więc były one odpowiedzialne za 5,8% ogółu zgonów Polaków (8,4% zgonów mężczyzn i 2,9% zgonów kobiet). Trzeba jednak podkreślić, że wśród ogółu Polaków w wieku 5–44 lata to właśnie zewnętrzne przyczyny stanowią największe zagrożenie życia.

Zewnętrzne przyczyny są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i w roku 2013 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 4,4 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet. Po okresie utrzymywania się na w miarę stałym poziomie w latach 2001–2008 standaryzowane współczynniki zgonów ogółu mężczyzn w Polsce obniżają się ostatnio w tempie szybszym niż przeciętne dla krajów UE15 (odpowiednio $-3,0$ i $-2,3\%$), niemniej nadwyżka umieralności polskich mężczyzn w porównaniu z mężczyznami z UE15 wynosi obecnie ponad 90% (Wykres 10). Przy utrzymaniu się aktualnego tempa spadku współczynni-

ków zgonów w naszym kraju polscy mężczyźni osiągną poziom umieralności obserwowany obecnie w krajach UE15 dopiero w roku 2028. Natomiast znacznie lepsza jest sytuacja wśród polskich kobiet, gdyż zagrożenie ich życia z powodu tych przyczyn jest znacznie mniejsze niż mężczyzn, obniża się systematycznie w stałym tempie i jest na poziomie tylko o 10% wyższym niż w UE15, a obecny poziom umieralności w tych krajach polskie kobiety mogą osiągnąć już w 2015 roku.

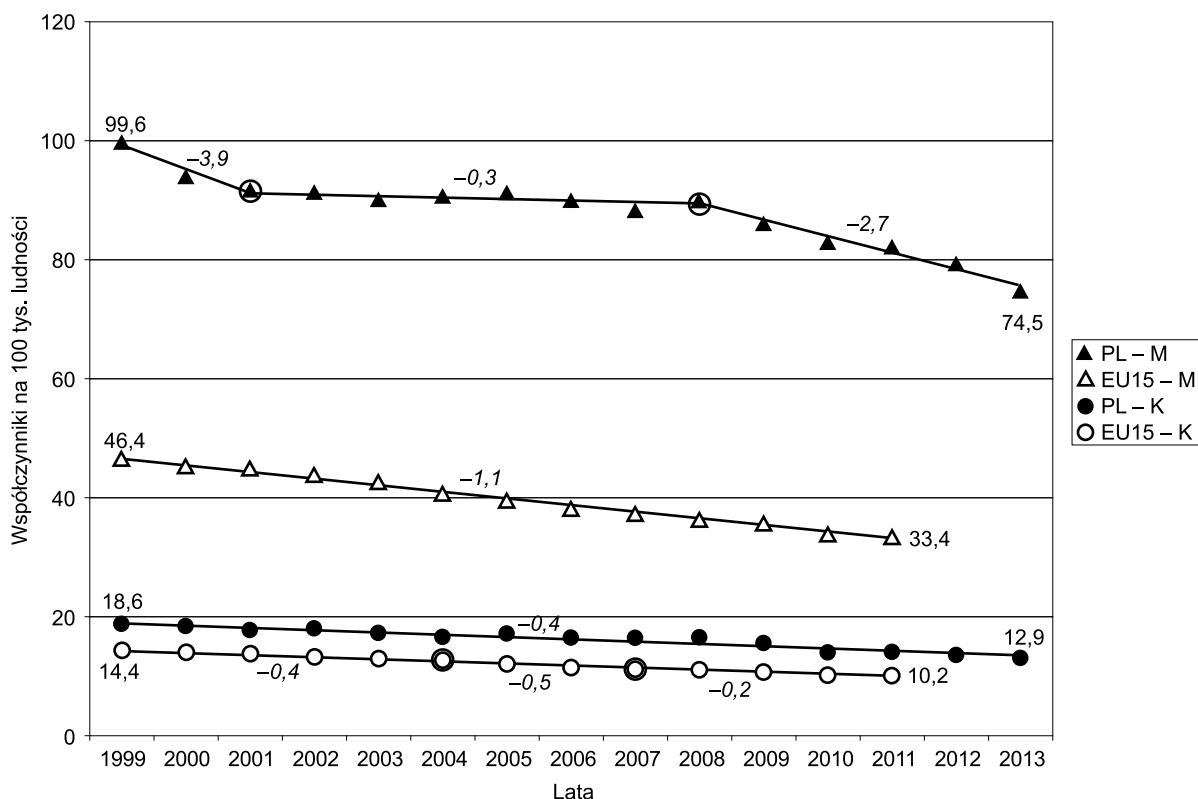
W populacji osób w wieku poniżej 65 lat w Polsce dynamika zmian współczynników zgonów nie różni się zasadniczo od obserwowanej wśród ogółu ludności (Wykres 11), natomiast większa jest nadwyżka umieralności mieszkańców naszego kraju w porównaniu z umieralnością mieszkańców krajów UE15 – umieralność mężczyzn jest obecnie wyższa 2,2 razy, a kobiet o 27%. Osiągnięcie przez młodszą grupę polskich mężczyzn obecnego poziomu umieralności w UE15 może nastąpić w tym samym czasie jak dla ogółu mężczyzn, a w przypadku młodszych kobiet o 6–7 lat później niż dla ogółu kobiet.

Trendy standaryzowanych współczynników umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych mężczyzn w wieku 65 lat i więcej w latach 1999–2013 charakteryzują się wyraźnym, stabilnym trendem spadkowym, którego bezwzględne średnioroczne tempo w Polsce (2,8 zgonu/100 tys.) było tylko trochę szybsze od obserwowanego w krajach UE15 (2 zgonu/100 tys.) (względne tempo było takie samo: $-1,4\%$), co oznacza, że bezwzględna nadwyżka



Wykres 10. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu zewnętrznych przyczyn zgonu mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.

Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.



Wykres 11. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu zewnętrznych przyczyn zgonu mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku poniżej 65 lat w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku. Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.

umieralności mężczyzn w naszym kraju w stosunku do rówieśników w UE15 powoli się zmniejsza, natomiast nadwyżka względna nie ulega większym zmianom i wynosi obecnie ponad 30% (Wykres 12). Osiągnięcie przez starszą grupę polskich mężczyzn obecnego poziomu umieralności w UE15 może nastąpić w roku 2028, tak samo jak w przypadku młodszych mężczyzn. Wyraźnemu spowolnieniu natomiast uległo po roku 2009 tempo spadku współczynników zgonów polskich kobiet, ale nastąpiło to po zrównaniu się ich poziomu z przeciętnym poziomem współczynników w krajach UE15.

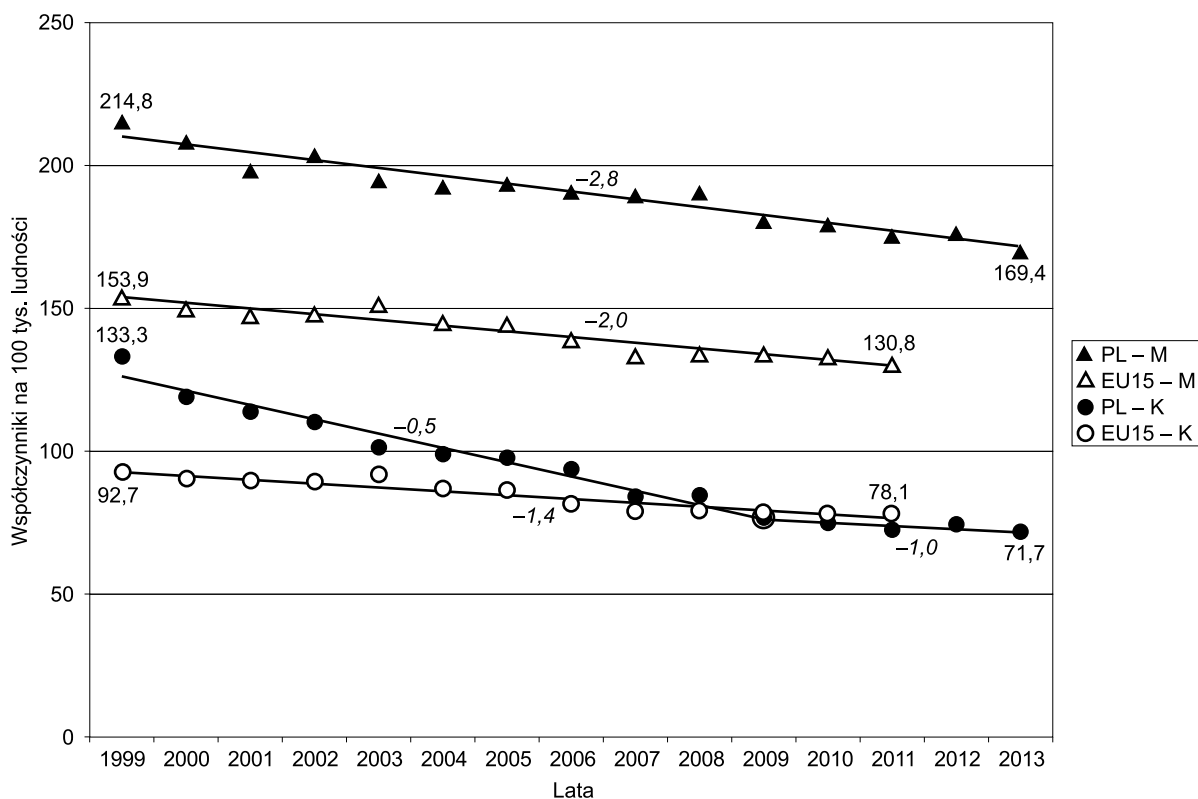
Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują na postępującą poprawę stanu zdrowia ludności Polski, czego dowodem jest obniżający się dosyć systematycznie poziom umieralności ogółem oraz z powodu najważniejszych przyczyn zgonów zarówno osób w młodszym, jak i starszym wieku. Równocześnie trzeba jednak stwierdzić, że na tle krajów UE15 sytuacja, jaką obserwujemy w Polsce, nie może być uznana za w pełni zadowalającą, szczególnie w przypadku mężczyzn w wieku aktywności zawodowej.

Niewątpliwie za jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych w Polsce można uznać zagrożenie ChUK, co wynika nie tylko z przedstawionej analizy, lecz także

z szerszych opracowań [3]. Choroby te stanowią główne zagrożenie życia Polaków, które wprawdzie systematycznie się zmniejsza, ale jest wciąż na znacznie wyższym poziomie niż w większości krajów Unii Europejskiej. Ponadto tempo zmniejszania się współczynników zgonów z powodu tych chorób na tle sytuacji w krajach UE15 jest wciąż zbyt wolne, by w realnej przyszłości osiągnąć przeciętny poziom umieralności w tamtych krajach. Należy zwrócić uwagę, że nadwyżka poziomu umieralności z powodu ChUK mężczyzn i kobiet w Polsce w stosunku do mieszkańców krajów UE15 jest znacznie większa niż w przypadku nowotworów złośliwych, co podkreśla pilną potrzebę bardziej intensywnej i lepiej ukierunkowanej polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania i leczenia chorób serca i naczyń. Trzeba niestety w tym miejscu dodać, że znacznie utrudnione jest prowadzenie analiz porównawczych dla bardziej szczegółowych przyczyn zgonów sercowo-naczyniowych ze względu na niezadowalającą jakość polskich danych o przyczynach zgonów dla tych grup [4–6]. Poprawa jakości kodowania przyczyn zgonów jest niewątpliwie jedną z najpilniejszych potrzeb w zakresie statystyki zdrowia w Polsce.

Z pewnym opóźnieniem w stosunku do umieralności spowodowanej ChUK zaczęła się poprawiać sytuacja w zakresie umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi. Bardzo pozytywny jest fakt przyspieszenia spadku współczynników zgonów mężczyzn po roku



Wykres 12. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu zewnętrznych przyczyn zgonu mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku 65 lat i więcej w Polsce oraz średnie dla krajów UE15 w latach 1999–2013 – ich trendy oraz średnioroczne tempo spadku.
Źródło: Opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych WHO HFA MDB oraz GUS.

2009 i kobiet po roku 2007. Spadek ten zarówno w wymiarze bezwzględny, jak i względny jest większy wśród mężczyzn niż kobiet. W przypadku mężczyzn jest to związane między innymi z przyspieszeniem obniżania się umieralności z powodu raka tchawicy, oskrzela i płuca oraz zahamowaniem wzrostu umieralności z powodu raka jelita grubego. W przypadku kobiet nie można wskazać znaczących grup nowotworów, które by się do tego przyczyniły, ale warto wspomnieć o odwróceniu wzrostowego trendu umieralności z powodu raka płuca u kobiet w wieku 25–64 lata (nie znajduje to jednak wyraźnego odbicia we współczynnikach dla kobiet ogółem).

Nadumieralność ludności Polski w stosunku do mieszkańców krajów UE15 z powodu przyczyn zewnętrznych jest szczególnym problemem w przypadku mężczyzn, wśród których jej rozmiar jest niewiele mniejszy od obserwowanego w przypadku ChUK. Głównymi przyczynami tak niekorzystnej sytuacji są wypadki komunikacyjne (nadwyżka umieralności ponad 80%), samobójstwa (nadwyżka również ponad 80%), upadki (nadwyżka ponad 100% i tendencja wzrostowa w ostatnich trzech latach). Do korzystnych zmian należy zaliczyć spadkowy trend zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych, natomiast nie ma w ostatnich latach postępu w zapobieganiu zgonom z powodu samobójstw.

Rezultatem zmniejszającej się umieralności mieszkańców Polski jest wzrastająca długość ich życia. W ana-

lizowanym okresie lat 1999–2013 zwiększyła się ona o 4,2 roku w przypadku mężczyzn i o 3,7 roku w przypadku kobiet (GUS), lecz nadal jest ona znacznie krótsza niż długość życia mieszkańców krajów UE15 – w 2013 roku różnica wynosiła odpowiednio 5,9 roku dla mężczyzn i 2,9 roku dla kobiet (dane WHO HFA Database). Za różnicę odpowiada przede wszystkim wyższa umieralność ludności Polski z powodu ChUK, a w mniejszym stopniu również nowotworów złośliwych oraz zewnętrznych przyczyn zgonu [3]. Zwrócenie większej uwagi w zadaniach zdrowia publicznego na istotną redukcję rozpowszechnienia modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz nowotworów złośliwych, co proponuje projekt przekazanego do konsultacji społecznych nowego Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) 2016–2020¹, powinno przyczynić się do zmniejszenia nadwyżki umieralności ludności Polski w stosunku do mieszkańców krajów UE15, a w konsekwencji zmniejszyć różnice w długości życia i zredukować rozmiar utraconych lat życia w zdrowiu przez Polaków. Według szacunków Institute for Health Metrics and Evaluation USA² ponad 40% utraconych lat życia w zdrowiu przez Polaków w 2010 roku było związanych z chorobami układu krążenia oraz chorobami nowotworowymi przypisanymi modyfikowalnym czynnikom ich ryzyka: niewłaściwemu odżywianiu, paleniu tytoniu, otyłości, spożywaniu alkoholu, brakowi aktywności fizycznej. Równocześnie

ograniczanie rozpowszechnienia używania alkoholu (NPZ cel operacyjny 2) i poprawa dobrostanu psychicznego (NPZ cel operacyjny 3) powinny przyczynić się do zmniejszenia zagrożenia życia trzecią grupą przyczyn, czyli istotnymi przyczynami zewnętrznymi, takimi jak samobójstwa, wypadki komunikacyjne i inne rodzaje wypadków. Skuteczna realizacja proponowanych celów NPZ może spowodować przyspieszenie zmniejszania się różnicy w stanie zdrowia ludności Polski i krajów UE15.

Przypisy

¹ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12279052>; dostęp: 10.12.2015.

² http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_poland.pdf; dostęp: 30.11.2015.

Piśmiennictwo

1. Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P., Poznańska A., *Długość życia i umieralność ludności Polski*, w: Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut
2. Goryński P., Wojtyniak B., Kuszewski K. (red.), *Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, PZH, Warszawa 2004.
3. Wojtyniak B., *Choroby układu krążenia jako priorytet zdrowia publicznego: Polska, Europa*, w: Strzelecki Z., Szymborski J. (red.), *Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015.
4. Cierniak-Piotrowska M., Marciniak G., Stańczak J., *Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia*, w: Strzelecki Z., Szymborski J. (red.), *Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015.
5. Wojtyniak B., Jankowski K., Zdrojewski T., Opolski G., *Regional differences in determining cardiovascular diseases as the cause of death in Poland: time for change*, „Kardiologia Polska” 2012; 70 (7) 329–340.
6. Mathers C.D., Ma Fat D., Inoue M., Rao C., Lopez A.D., *Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data*, „Bulletin of the World Health Organization” 2005; 83: 171–177.