

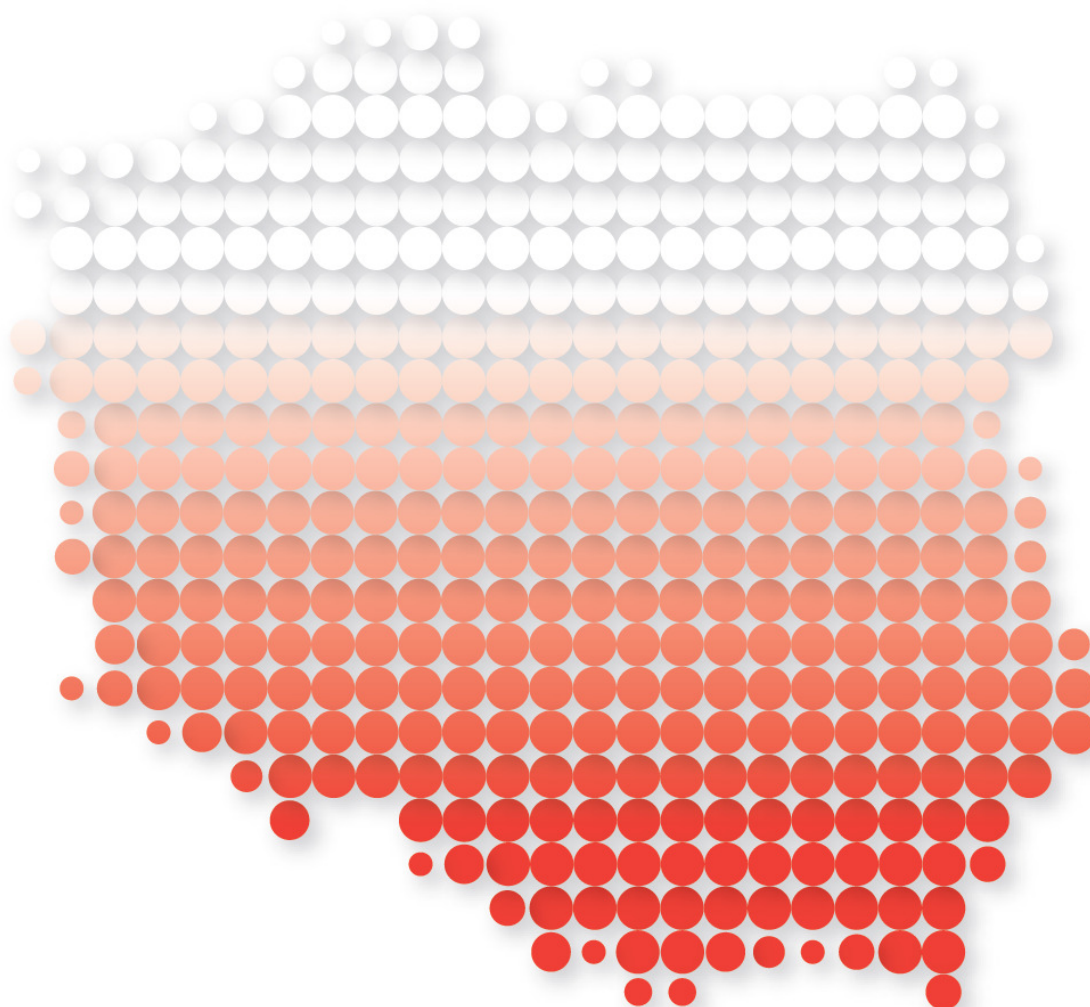


REGIONAL OFFICE FOR

**World Health
Organization**

Europe

Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce



Abstrakt

Niniejsze opracowanie stanowi pierwszą próbę podsumowania obecnego stanu wiedzy o skali istniejących w Polsce nierówności w zdrowiu, metodach pomiaru wykorzystywanych do ich oceny oraz ryzyku występowania nierówności zdrowotnych w różnych grupach, populacjach i województwach. Dane liczbowe uzupełniono opisami działań profilaktycznych i podejmowanych w całym kraju interwencji zmierzających do zmniejszenia nierówności w zdrowiu.

Opracowanie składa się z czterech rozdziałów, z których dwa dotyczą czynników warunkujących nierówności (w wymiarze makro i indywidualnym), a dwa kolejne konkretnych populacji (dzieci i dorosłych).

W pierwszym rozdziale omówiono wybrane makrospołeczne czynniki determinujące stan zdrowia mieszkańców Polski, takie jak relatywne ubóstwo, wykształcenie i wydatki na opiekę zdrowotną. Polska znajduje się w grupie krajów OECD, w których poziom nakładów na opiekę zdrowotną należy do najniższych w relacji do PKB. Poziom relatywnego ubóstwa jest w Polsce zbliżony do przeciętnej dla krajów UE, jednak w przeciwieństwie do wielu innych państw Unii wskaźnik relatywnego ubóstwa wśród dzieci i młodzieży jest bardzo wysoki, chociaż w latach 2002–2007 spadł z 29% do 22%. Systematycznie poprawia się poziom wykształcenia polskiego społeczeństwa i rośnie odsetek osób z wykształceniem wyższym – pomiędzy 2002 a 2007 r. odsetek ten wśród osób powyżej 13 roku życia zwiększył się o niemal połowę.

W rozdziale drugim przedstawiono wyniki kompleksowego badania umożliwiającego ocenę zagrożeń spowodowanych przez główne czynniki ryzyka w populacji dorosłych Polaków.

Trzeci rozdział zawiera analizę nierówności w zdrowiu wśród dzieci i młodzieży. Z badania umieralności niemowląt według wykształcenia matki wynika, że mimo znacznego spadku ogólnego współczynnika umieralności, nierówności społeczne się nasilają. Spadek umieralności w latach 2000–2007 dotyczył wszystkich grup społecznych według wykształcenia matki, jednak był proporcjonalnie większy wśród kobiet z wyższym wykształceniem.

Ostatni rozdział składa się z trzech części, z których pierwsza poświęcona jest analizie umieralności dorosłych, druga zawiera analizę związku stanu zdrowia z poziomem wykształcenia, a trzecia wyniki analiz przeprowadzonych na poziomie województw. Analiza obejmuje trzy grupy wieku i cztery główne przyczyny zgonów w ramach każdej grupy: choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, przyczyny zewnętrzne i choroby układu trawiennego. Interesującym czynnikiem różnicującym poziom zagrożenia życia Polaków jest płeć – umieralność mężczyzn okazuje się znacznie wyższa niż kobiet i największa różnica ujawnia się w stosunkowo młodym wieku, tzn. w przedziale 25–44 lata. Relatywnie niewielki wpływ na zróżnicowanie umieralności Polaków ma fakt mieszkania w mieście lub na wsi, natomiast bardziej istotne jest województwo zamieszkania, zwłaszcza w przypadku zagrożenia życia chorobami układów trawiennego i oddechowego oraz przyczynami zewnętrznymi. Wojewódzkie zróżnicowanie umieralności z powodu nowotworów złośliwych i chorób układu krążenia okazuje się mniejsze. Zgodnie z oczekiwaniami, wskaźniki umieralności są wyższe wśród osób gorzej wykształconych. Przeciętna długość życia osób w wieku 25 lat z wykształceniem pomaturalnym lub wyższym była w roku 2002 o 13 lat większa w przypadku mężczyzn i 9 lat większa w przypadku kobiet (w porównaniu z osobami posiadającymi wykształcenie podstawowe).

W końcowej części opracowania sformułowano zalecenia.

Kluczowe slowa

NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU
CZYNNIKI SPOŁECZNO-EKONOMICZNE
GRUPY SPOŁECZNE
ZAGROŻENIA
POLSKA

Zapytania na temat publikacji proszę kierować do Europejskiego Biura Regionalnego WHO na adres:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Można również wypełnić formularz na stronie internetowej w celu uzyskania dokumentacji, informacji, zgody na wykorzystanie cytatów lub na tłumaczenie tekstu publikacji: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

© World Health Organization 2011

Wszystkie prawa zastrzeżone. Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia wymaga zezwolenia albo zgody na tłumaczenie i powielanie całościowe lub częściowe publikacji.

Opisy i materiały wykorzystane dla potrzeb tej publikacji nie reprezentują oficjalnej opinii Światowej Organizacji Zdrowia w sprawach dotyczących statusu prawnego danego państwa, terytorium, miasta lub obszaru czy też jego władz oraz przebiegu granic. Linie kropkowane na mapach pokazują przybliżone granice, które nie są w pełni uznane.

Nadmienienie w tekście nazwy marek, produktów, firm nie oznacza, że są one aprobowane lub rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia ani w żaden sposób faworyzowane w stosunku do innych im podobnych, które nie zostały nadmienione. Nazwy własne produktów pisane są co do zasady wielką literą, z wyjątkiem tych, gdzie popełniono błąd lub które zostały pominięte.

Światowa Organizacja Zdrowia podjęła wszelkie racjonalne kroki w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji, jednakże nie udziela żadnych gwarancji w stosunku do publikowanego materiału. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie podanych informacji spoczywa na odbiorcy. Światowa Organizacja Zdrowia nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek szkody powstałe w związku z wykorzystaniem niniejszej publikacji. Poglądy wyrażone przez autorów, redaktorów i ekspertów niekoniecznie reprezentują decyzje lub politykę Światowej Organizacji Zdrowia.

Spis treści

	strona
Wykaz ilustracji.....	viii
Skróty i akronimy	xii
Autorzy	xiii
Podziękowania	xiii
Przedmowa.....	2
Konspekt.....	4
Wprowadzenie	12
1. Makrospoleczne uwarunkowania nierownosci w zdrowiu.....	6
1.1. Ubóstwo.....	22
1.2. Edukacja	27
1.3. Wydatki na opiekę zdrowotną	27
1.4. Pozostałe czynniki wpływające na nierownosci w zdrowiu na poziomie województw	34
1.4.1. Sytuacja demograficzna	37
1.4.2. Wykształcenie i sytuacja na rynku pracy	37
1.4.3. Sytuacja ekonomiczna.....	38
1.4.4. Status gospodarstw domowych	39
1.5. Wymiary społeczno-ekonomiczne stanu zdrowia – podsumowanie analizy województw	40
2. Przeciwdziałanie społecznym czynnikom ryzyka powodującym nierownosci w zdrowiu w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem chorób niezakaźnych i stylu życia	42
2.1. Wprowadzenie	43
2.2. Wybrane, modyfikowalne czynniki ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych	47
2.2.1. Palenie tytoniu.....	48
2.2.2. Cholesterol, nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom glukozy we krwi.....	51
2.2.3. Nadwaga i otyłość	53
2.2.4. Niski poziom aktywności fizycznej	55
2.2.5. Sposób odżywiania.....	57
2.2.6. Spożycie alkoholu	58
2.3. Przewlekłe choroby niezakaźne – działania profilaktyczne.....	59
3. Nierownosci w zdrowiu dzieci i młodzieży	64
3.1. . Umieralność	65
3.1.1. Umieralność niemowląt.....	65
3.1.2. Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat.....	67
3.1.3. Zróznicowanie regionalne umieralności niemowląt, dzieci i młodzieży	69

3.2.	Zdrowie subiektywne.....	71
3.2.1.	Gradient spoleczny w samoocenie zdrowia	71
3.2.2.	Zmiany zwiazane z wiekiem	72
3.2.3.	Zdrowie subiektywne mlodziezy szkolnej przewlekle chorej	73
3.2.4.	Zlozone uwarunkowania	74
3.3.	Dzialanie podejmowane w celu ograniczania nierownosci w zdrowiu dzieci i mlodziezy.....	75
3.3.1.	Niwelowanie skali i skutkow ubostwa	75
3.3.2.	Poprawa opieki medycznej.....	75
3.3.3.	Przyjazne srodowiska dorastania.....	75
3.4.	Podsumowanie.....	76
3.4.1.	Aspekty metodologiczne	76
3.4.2.	Wyniki badan	77
3.4.3.	Programy interwencyjne	78
4.	Regionalne i spoleczne roznice stanu zdrowia doroslych mieszkancow Polski w latach 2005–2007	79
4.1.	Stan zdrowia Polakow na tle mieszkancow krajow UE15.....	80
4.2.	Umieralnosc ludnosci Polski w wieku 25–44 lata	83
4.2.1.	Nowotwory zlosliwe	84
4.2.2.	Choroby ukladu krążenia	85
4.2.3.	Przyczyny zewnetrzne.....	86
4.2.4.	Choroby ukladu trawiennego	88
4.3.	Umieralnosc ludnosci Polski w wieku 45–64 lata	89
4.3.1.	Nowotwory zlosliwe	90
4.3.2.	Choroby ukladu krążenia	91
4.3.3.	Przyczyny zewnetrzne.....	93
4.3.4.	Choroby ukladu trawiennego	94
4.4.	Umieralnosc ludnosci Polski w wieku 65 lat i wiecej.....	95
4.4.1.	Nowotwory zlosliwe	97
4.4.2.	Choroby ukladu krążenia	98
4.4.3.	Przyczyny zewnetrzne.....	99
4.4.4.	Choroby ukladu oddechowego.....	100
4.5.	Roznice stanu zdrowia Polakow w zaleznosci od poziomu wyksztalcenia	105
5.	Zalecenia.....	114
5.1.	Zalecenia dotyczace formulowania strategii i polityk oraz monitoringu i koordynacji	115
5.2.	Zalecenia w zakresie dzialan zmierzajacych do poprawy statusu spoleczno-ekonomicznego ludnosci..	116
5.3.	Zalecenia dotyczace interwencji w obszarze zdrowia publicznego	120
	Materiały źródłowe	1143

Wykaz ilustracji

strona

Rycina

Ryc. 0.1. Społeczne czynniki oddziałujące na stan zdrowia.....	13
Ryc. 1.1. Zagrożenie ubóstwem w krajach UE w 2007 r.....	22
Ryc. 1.2. Zagrożenie ubóstwem dzieci w wieku 0–17 lat w krajach UE, 2005–2008.....	23
Ryc. 1.3. Zagrożenie ubóstwem (1993–2008) i stopa bezrobocia (1997–2008) w Polsce	24
Ryc. 1.4. Zagrożenie relatywnym ubóstwem według typu gospodarstw domowych w Polsce w 2008r.....	25
Ryc. 1.5. Zagrożenie relatywnym ubóstwem w poszczególnych województwach w 2008 r.	26
Ryc. 1.6. Struktura wykształcenia ludności w wieku 13 lat i więcej w Polsce, 2001–2007	27
Ryc. 1.7. Struktura Wydatki publiczne na cele społeczne w grupach wydatków, jako procent dochodu narodowego netto, w 2005 r.	29
Ryc. 1.8. Wydatki na opiekę zdrowotną jako % PKB w krajach OECD, 2007 r.....	30
Ryc. 1.9. Wydatki na opiekę zdrowotną a PKB per capita w krajach UE i Norwegii w 2007 r.	31
Ryc. 1.10. Długość trwania życia w momencie urodzenia a wydatki na zdrowie jako procent PKB w 2007 r. (lub wg ostatnich dostępnych danych)	31
Ryc. 1.11. Wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca (USD PPP), publiczne i prywatne w krajach OECD, 2007 r.	32
Ryc. 1.12. Wzrost wydatków na zdrowie i PKB na mieszkańca (USD PPP) w Polsce 1991–2007	33
Ryc. 2.1. Przyczyny redukcji zgonów z powodu choroby wieńcowej w Polsce w okresie 1991–2005	46
Ryc. 2.2. Przyczyny redukcji zgonów z powodu choroby wieńcowej w Polsce w okresie 1991–2005 z analizą zmian poszczególnych czynników ryzyka w populacji	46
Ryc. 2.3. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród mężczyzn w poszczególnych województwach.....	49
Ryc. 2.4. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród kobiet w poszczególnych województwach.....	50
Ryc. 2.5. Standaryzowany względem wieku odsetek osób palących i niepalących w wieku 20 lat i więcej według wykształcenia	51
Ryc. 2.6. Rozpowszechnienie otyłości brzusznej według województw	54
Ryc. 2.7. Standaryzowany względem wieku odsetek osób dorosłych (20 lat i więcej) z nadwagą według wykształcenia, 2004 r.	56
Ryc. 2.8. Średnia wielkość spożycia owoców i warzyw na osobę w miesiącu według gospodarstw domowych i kwintyla dochodów, 2008 r.....	58
Ryc. 3.1. Umieralność niemowląt w Polsce na tle krajów UE15	66
Ryc. 3.2. Zmiany regresji umieralności niemowląt względem populacji uszeregowanej według wykształcenia matki.....	67
Ryc. 3.3. Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat z przyczyn zewnętrznych (a) i pozostałych (b) w Polsce oraz w krajach UE15 w latach 1990–2009	68
Ryc. 3.4. Odsetek młodzieży 15-letniej oceniającej swoje zdrowie jako złe lub takie sobie	71
Ryc. 3.5. Zmiany regresji odsetka 15-latków oceniających zdrowie jako złe lub takie sobie względem populacji uszeregowanej według skali FAS – Polska i UE15	72

Ryc. 3.6. Młodzież niezadowolona z życia według wieku i zamożności rodziny	73
Ryc. 3.7. Prawdopodobieństwo złej samooceny zdrowia w zależności od występowania choroby przewlekłej i zamożność rodziny.....	74
Ryc. 4.1. Różnica przeciętnego dalszego trwania życia w wieku 15 i 65 lat mieszkańców Polski i UE15 według płci, w latach 1970–2008	82
Ryc. 4.2. Nadwyżka (w %) umieralności w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu w UE(15) w populacji ogółem, w wieku 25–64 lata oraz 65 lat i więcej według głównych grup przyczyn zgonów, 2008 r.	82
Ryc. 4.3. Wielkość zróżnicowania standaryzowanych współczynników zgonów osób w wieku 25–44 lata w zależności od płci (mężczyźni – kobiety), charakteru miejsca zamieszkania (miasto – wieś) oraz województwa zamieszkania (max. – min.) dla wybranych przyczyn zgonu.....	102
Ryc. 4.4. Wielkość zróżnicowania standaryzowanych współczynników zgonów osób w wieku 45–64 lata w zależności od płci (mężczyźni – kobiety), charakteru miejsca zamieszkania (miasto – wieś) oraz województwa zamieszkania (max. – min.) dla wybranych przyczyn zgonu.....	103
Ryc. 4.5. Wielkość zróżnicowania standaryzowanych współczynników zgonów osób w wieku 65 lat i więcej w zależności od płci (mężczyźni – kobiety), charakteru miejsca zamieszkania (miasto – wieś) oraz województwa zamieszkania (max. – min.) dla wybranych przyczyn zgonu.....	103
Ryc. 4.6. Przeciętna długość życia mieszkańców wsi oraz miast o różnej wielkości według płci, 2006– 2008	104
Ryc. 4.7. Przeciętna długość życia ogółem, długość życia w zdrowiu – bez ograniczonej sprawności oraz długość życia przy braku zdrowia – z ograniczoną sprawnością, osób w wieku 25 lat według płci i poziomu wykształcenia w Polsce, 2002 r.	107
Ryc. 4.8. Przeciętna długość życia ogółem oraz długość życia w zdrowiu – bez ograniczonej sprawności mieszkańców miast i wsi w wieku 25 lat według płci i poziomu wykształcenia w Polsce, 2002r.	108
Ryc. 4.9. Iloraz standaryzowanych współczynników zgonów (SWZ) osób w wieku 25 lat i starszym z wykształceniem podstawowym i osób z wykształceniem powyżej średniego według płci i głównych przyczyn zgonów w Polsce, 2002 r.....	108
Ryc. 4.10. Udział głównych przyczyn zgonów w skracaniu długości życia osób w wieku 25 lat z wykształceniem podstawowym w stosunku do długości życia osób z wykształceniem wyższym według płci w Polsce, 2001–2003	109
Ryc. 4.11. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat według poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2008 r. (lub ostatni dostępny)	110
Ryc. 4.12. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat według poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2008 r. (lub ostatni dostępny).....	112
Ryc. 4.13. Standaryzowany odsetek osób w wieku 15 lat i więcej oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły według płci i poziomu wykształcenia w Polsce i UE(27), 2007 r.....	112
Ryc. 4.14. Standaryzowany odsetek osób w wieku 15 lat i więcej z długotrwałym problemem zdrowotnym według płci i poziomu wykształcenia w Polsce i UE, 2007 r.	113

Ryc. 4.15. Standaryzowany odsetek osób w wieku 15 lat i więcej z ograniczoną ze względów zdrowotnych zdolnością wykonywania zwykłych czynności według płci i poziomu wykształcenia w Polsce i UE, 2007 r.....	113
---	-----

Tabele

Tab. 1.1. Standaryzowane współczynniki zgonów i średnie dalsze oczekiwane trwanie życia w województwach, 2008 r.	35
Tab. 1.2. Proponowane wskaźniki społeczne i ekonomiczne, 2008 r.	36
Tab. 2.1. Porównanie wpływu 10 czynników ryzyka chorób niezakaźnych na zdrowie populacji w Polsce i w krajach Unii Europejskiej (% ogółu zgonów).....	44
Tab. 2.2. Programy i czynniki ryzyka chorób niezakaźnych objętych działaniami programów finansowanych ze źródeł publicznych	60
Tab. 3.1. Zgony dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat według województw i miejsca zamieszkania (średnia z lat 2004–2006)	70
Tab. 4.1. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007	83
Tab. 4.2. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007.....	84
Tab. 4.3. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007	86
Tab. 4.4. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007	87
Tab. 4.5. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007.....	88
Tab. 4.6. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007	89
Tab. 4.7. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007.....	90
Tab. 4.8. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007	92
Tab. 4.9. Standaryzowane współczynniki zgonów z przyczyn zewnętrznych mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007	93
Tab. 4.10. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007.....	94
Tab. 4.11. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mieszkańców Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007.....	96
Tab. 4.12. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007.....	97

Tab. 4.13. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia mieszkańców	
Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007	98
Tab. 4.14. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mieszkańców	
Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007	100
Tab. 4.15. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego mieszkańców	
Polski w wieku 65 i więcej lat wg płci i miejsca zamieszkania w latach 2005-2007	101
Tab. 4.16. Struktura procentowa przyczyn zgonów osób zmarłych w latach 2005–2007 według płci, poziomu wykształcenia i grup wieku.....	106

Wykaz skrótów i akronimów

BMI	Wskaźnik masy ciała
CSAP	Europejski Program Planowania Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci
CSDH	Komisja ds. Społecznych Determinantów Zdrowia
FCTC	Konwencja Ramowa o Zwalczaniu Palenia Tytoniu
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HBSC	Badanie nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej
IMiD	Instytut Matki i Dziecka
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NTS	Nomenklatura jednostek terytorialnych dla celów statystycznych
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PKB	Produkt krajowy brutto
POLKARD	Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego
UE	Unia Europejska
UE15	15 państw będących członkami UE przed 1 maja 2004 r.
UE27	27 państw będących członkami UE od 1 maja 2004 r.
UNDP	Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju
SHE	Sieć Szkół dla Zdrowia w Europie
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

Autorzy

Koordynator opracowania

Dr Michał Marek

Departament Ubezpieczeń Zdrowotnych
Ministerstwo Zdrowia
Warszawa, Polska

Dorota Poznańska

Departament Analiz Strategicznych
Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
Warszawa, Polska

Dr Agnieszka Chłoń-Domińczak

Zakład Demografii
Instytut Statystyki i Demografii
Szkoła Główna Handlowa
Warszawa, Polska

Jakub Stokwiszewski

Zakład – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu
Zdrowia Ludności
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –
Państwowy Zakład Higieny
Warszawa, Polska

Dr n. med. Dorota Kaleta

Zakład Medycyny Zapobiegawczej
Łódzki Uniwersytet Medyczny
Łódź, Polska

Prof. Bogdan Wojtyniak

Zakład – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu
Zdrowia Ludności
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –
Państwowy Zakład Higieny
Warszawa, Polska

Dr n. med. Joanna Mazur

Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i
Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka
Warszawa, Polska

Dr hab. med. Tomasz Zdrojewski

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
Gdański Uniwersytet Medyczny
Gdańsk, Polska

Paulina Miśkiewicz

Światowa Organizacja Zdrowia
Europejskie Biuro Regionalne
Biuro w Polsce
Warszawa, Polska

Podziękowania

W opracowaniu uwzględniono istotne uwagi przekazane przez prof. Petera Goldblatta i prof. Margaret Whitehead, jak również panią Chris Brown, Kierownik Programu w Europejskim Biurze WHO ds. Inwestycji w Zdrowie i Rozwój. Niemniej odpowiedzialność za ostateczny kształt opracowania spoczywa wyłącznie na autorach.

Autorzy pragną podziękować pani Paulinie Miśkiewicz, Dyrektor Biura WHO w Polsce, za znaczące wsparcie prac nad przygotowaniem opracowania, pani Nicole Satterley za dokładną redakcję tekstu oraz pani Antonelli Biasiotto z Europejskiego Biura WHO ds. Inwestycji w Zdrowie i Rozwój za profesjonalne i przyjazne wsparcie administracyjne.

Przedmowy

Trwające w Polsce od dłuższego czasu przemiany będące w dużym stopniu skutkiem przeprowadzonych w kraju reform, a także naszego członkostwa w Unii Europejskiej korzystnie wpływają na jakość życia i stan zdrowia Polaków. Niestety, tym pozytywnym tendencjom towarzyszy wzrost nierówności w zdrowiu obserwowany wśród poszczególnych grup ludności wynikający ze zróżnicowania statusu społeczno-ekonomicznego i warunków pracy, czyli z czynników społecznych warunkujących stan zdrowia. Nierówności w zdrowiu stanowią wyzwanie dla zdrowia publicznego, którego znaczenie w ostatnim okresie istotnie wzrosło zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. Efektywne, definiowane na poziomie polityki działania mają złożony charakter i wymagają opracowania szeregu międzysektorowych strategii o udowodnionej skuteczności, wielu metod oddziaływania społecznego i prężnej współpracy na forum międzynarodowym. Dlatego Polska aktywnie uczestniczy w działaniach Światowej Organizacji Zdrowia, która w 2005 r. powołała do życia Komisję ds. Społecznych Determinantów Zdrowia i wzięła udział w zainicjowanym w 2009 r. europejskim przeglądzie czynników społecznych warunkujących stan zdrowia i podziały w obszarze zdrowia. Celem tych inicjatyw jest między innymi wzmocnienie bazy dowodów potwierdzających skuteczność stosowanych metod i opracowanie scenariuszy politycznych zmierzających do zmniejszenia wspomnianych, możliwych do uniknięcia różnic w stanie zdrowia poprzez oddziaływanie na czynniki społeczne. Gotowość do współpracy z pozostałymi sektorami, krajami i międzynarodowymi partnerami potwierdza fakt, że wspomniane zagadnienia znalazły się w programie polskiej prezydencji w UE w 2011 r.

Niniejsze opracowanie stanowi istotny wkład w proces właściwego rozpoznania występujących w Polsce nierówności w zdrowiu. Jest ważnym punktem wyjścia do dalszych krajowych i międzynarodowych dyskusji o sposobach zapewnienia Polakom możliwie najlepszego stanu zdrowia bez względu na ich status społeczno-ekonomiczny.

Jakub Szulc

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia-

Stan zdrowia mieszkańców europejskiego regionu WHO poprawia się, ale proces ten nie postępuje tak szybko, jak można byłoby oczekiwać, a tempo jego przebiegu jest zróżnicowane. Dane gromadzone przez WHO na całym świecie i w Europie wyraźnie wskazują na różnice w stanie zdrowia wśród mieszkańców poszczególnych krajów. Rozkład różnic wynika z pewnego wzorca zależnego od poziomu osiąganych dochodów, bezpieczeństwa, warunków mieszkaniowych, poziomu wykształcenia, możliwości i warunków zatrudnienia, jak również dostępu do odpowiednich świadczeń zdrowotnych i ochrony socjalnej. Normy związane z pochodzeniem etnicznym i płcią oraz wartości społeczne wpływają na możliwość życia w zdrowiu, ale też ryzyko złego stanu zdrowia i przedwczesnego zgonu. Istnienie możliwych do uniknięcia różnic w zdrowiu stanowi wyzwanie w świetle rozwoju społeczno-ekonomicznego społeczeństwa i przestrzegania kluczowych wartości europejskich, jakimi są sprawiedliwość i spójność. Na wiele z tych czynników, znanych jako społeczne determinanty zdrowia, możemy oddziaływać, wykorzystując narzędzia polityki publicznej i mechanizmy angażujące wszystkie szczeble władz oraz całe społeczeństwo w działania na rzecz promocji i ochrony zdrowia. Dysponujemy nowymi dowodami i technologiami, które mogą wspierać inicjatywy realizowane na szczeblu lokalnym, krajowym i europejskim zmierzające do ograniczenia różnic w zdrowiu poprzez oddziaływanie na czynniki społeczne warunkujące stan zdrowia. Nasze podejście do zarządzania na rzecz zdrowia w XXI wieku, które wymaga angażowania obywateli,

kształtowania wielosektorowej polityki i lepszey integracji systemów leczenia i opieki – pozwala na zapewnienie jednostkom i całym społecznościom większych możliwości życiowych i lepszego stanu zdrowia. Niniejsze opracowanie poświęcone społecznym nierównościom w zdrowiu w Polsce stanowi solidną podstawę dla przyszłych decyzji dotyczących polityki oraz sojuszy na rzecz zdrowia, które mogą powstawać na szczeblach krajowym i lokalnym. Jest ważnym krokiem w kierunku realizacji potencjału zdrowotnego Polaków i przyczynia się do tworzenia bardziej sprawiedliwego i zrównoważonego społeczeństwa zgodnie z podstawowymi wartościami i celami nowej europejskiej polityki zdrowia – Zdrowie 2020 – pomagając w ich praktycznym wdrażaniu.

Zsuzsanna Jakab
WHO Regional Director for Europe

Konspekt

Najczęściej wykorzystywana definicja nierówności w zdrowiu opiera się na założeniu, że nierówności odzwierciedlają *niepotrzebne i możliwe do uniknięcia* różnice w stanie zdrowia, które uważane są za *niesprawiedliwe*. Zmniejszenie różnic zdrowotnych stanowi nakaz etyczny, akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw.

Jednym z istotnych przełomów, które nastąpiły w ciągu ostatnich kilku lat działalności Światowej Organizacji Zdrowia, było utworzenie w 2005 r. Komisji ds. Społecznych Determinantów Zdrowia (CSDH). Raport komisji z 2008 r. (1) przedstawia metody interwencji podejmowanych w celu oddziaływania na czynniki społeczne warunkujące stan zdrowia w sposób, który umożliwia wyrównywanie różnic społecznych.

W Polsce zmniejszanie nierówności w zdrowiu jest jednym z nadrzędnych celów Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015 (NPZ). Polska ogłosiła również zamiar przystąpienia do CSDH, a także zadeklarowała podjęcie kolejnych działań w obszarze zdrowia określonych w NPZ i pozostałych dokumentach strategicznych. Po ukazaniu się raportu CSDH stwierdzono, że należałoby przygotować krajowe opracowanie, aby pokazać, w jaki sposób wyniki analizy i sformułowane zalecenia mają zastosowanie do sytuacji w Polsce. Podobnie postąpiły inne kraje. Opracowanie może stanowić punkt wyjścia do dyskusji na temat narodowej strategii zwalczania nierówności w zdrowiu i podstawę do wdrożenia systemu ich monitorowania.

W pracach nad stworzeniem koncepcji opracowania i przygotowaniem poszczególnych jego części wzięli udział pracownicy naukowcy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Instytutu Statystyki i Demografii SGH, Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, a także pracownicy administracji rządowej i Biura WHO w Warszawie.

Opracowanie zawiera podsumowanie aktualnego stanu wiedzy na temat skali występujących w Polsce nierówności w zdrowiu, przedstawia wykorzystywane metody pomiarów oraz zagrożenia nierównościami społecznymi obserwowane w różnych grupach wieku, ludności i poszczególnych województwach. Opisy działań profilaktycznych podejmowanych w całym kraju stanowią uzupełnienie danych liczbowych, choć na obecnym etapie trudno było dokonać systematycznego przeglądu prowadzonych interwencji.

W opracowaniu znajdują się dwa rozdziały poświęcone czynnikom (makrospołecznym i indywidualnym) warunkującym występowanie nierówności oraz dwa rozdziały dotyczące konkretnych populacji (dzieci i dorosłych).

W końcowej części przedstawiono zalecenia sformułowane na podstawie zebranych danych i obecnego stanu wiedzy.

1. Makrospołeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu

W pierwszym rozdziale omówiono wybrane makrospołeczne czynniki warunkujące stan zdrowia mieszkańców Polski, takie jak ubóstwo relatywne, wykształcenie i wydatki na opiekę zdrowotną.

Polska to kraj o niewielkim poziomie ubóstwa absolutnego, które obecnie definiowane jest przez Bank Światowy jako dochód na osobę poniżej 2,15 USD dziennie, oraz zbliżonym do przeciętnej dla krajów UE poziomem relatywnego ubóstwa¹ (w 2008 r. wynosiło 16,9% w Polsce w porównaniu z 16,4% we wszystkich państwach UE27). Jednak w przeciwieństwie do wielu innych państw UE, poziom relatywnego ubóstwa wśród dzieci i młodzieży okazuje się w Polsce bardzo wysoki. Pozytywnym zjawiskiem było zmniejszenie w latach 2005–2008 relatywnego ubóstwa w tej grupie z 29% do 22% i był to największy spadek odnotowany w UE. Wskaźnik ten rośnie wraz z liczbą dzieci pozostających na utrzymaniu rodziny. Prawie połowa rodzin z 4 lub więcej dziećmi na utrzymaniu żyje w ubóstwie.

Dlatego w tym kontekście polityka państwa powinna skupiać się nie tylko na tworzeniu gospodarstw domowym warunków do osiągania wyższych dochodów (m.in. za pomocą polityki zatrudnienia), lecz również na zapewnieniu bezpośredniego wsparcia dla gospodarstw domowych o niskich dochodach. Należałoby w szczególności poprawić funkcjonowanie istniejącego systemu pomocy społecznej, w taki sposób, by z zachowaniem zasady preferowania pracy nad biernością wspierał on w pierwszej kolejności rodziny znajdujące się w najtrudniejszej sytuacji dochodowej, tj. najczęściej rodziny wielodzietne, posiadające dzieci niepełnosprawne i rodziców samotnie wychowujących dzieci. Polityka zatrudnienia wpływa na ograniczenie i wyrównywanie nierówności w perspektywie długookresowej, natomiast pomoc socjalna potrzebna jest do zaspokojenia najpilniejszych potrzeb ubogich grup ludności.

¹ Mierzonego zgodnie z definicją Eurostat jako 60% mediany dochodów przypadających na osobę w gospodarstwach domowych.

Systematycznie poprawia się poziom wykształcenia polskiego społeczeństwa, w tym rośnie odsetek osób z wykształceniem wyższym – pomiędzy 2002 a 2007 r. odsetek ten wśród osób powyżej 13 roku życia zwiększył się o niemal połowę, z 11,1% do 16,5%. Programy zmierzające do ograniczenia nierówności w zdrowiu powinny uwzględniać wynikające z wykształcenia różnice w zakresie zachowań prozdrowotnych osób o różnym poziomie wykształcenia i możliwości (lub ich brak) zmiany zachowań oraz innych czynników warunkujących stan zdrowia.

Polska należy do grupy krajów OECD, w których poziom wydatków na opiekę zdrowotną jest jednym z najniższych w relacji do PKB. Obecny poziom finansowania opieki zdrowotnej w Polsce:

- niekorzystnie wpływa na możliwość podejmowania skutecznych działań w celu ograniczenia różnic między stanem zdrowia społeczeństwa polskiego i społeczeństw rozwiniętych krajów Europy Zachodniej;
- stanowi jeden z czynników sprzyjających powstawaniu i utrzymywaniu się społecznych nierówności w zdrowiu.

Należy sprawić, aby wraz ze stopniowym wzrostem nakładów na sektor ochrony zdrowia podejmowano odpowiednie działania zmierzające do: (1) wyeliminowania publicznego finansowania procedur, które nie są efektywne kosztowo z punktu widzenia kryteriów medycznych i finansowych; (2) poprawy systemu płatności za usługi opieki zdrowotnej. Kolejnym istotnym warunkiem dla ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu jest podnoszenie świadomości zdrowotnej wśród osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.

2. Przeciwdziałanie społecznym czynnikom ryzyka powodującym nierówności w zdrowiu w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem chorób niezakaźnych i stylu życia

Choroby niezakaźne stanowią główną przyczynę umieralności, chorobowości i niepełnosprawności w populacjach europejskich. Spośród siedmiu chorób, które przyczyniają się do największej liczby zgonów w Europie, aż sześć to choroby niezakaźne: choroba niedokrwienna serca, zaburzenia depresyjne, choroby układu krwionośnego mózgu, choroby od-alkoholowe, przewlekła obturacyjna choroba płuc i rak płuc. Większość z nich jest powodowana przez kilka czynników ryzyka, którym w dużym stopniu można zapobiec. Do

czynników tych należą: wysokie ciśnienie krwi tętniczej, używanie tytoniu, szkodliwe i ryzykowne picie alkoholu, wysoki poziom cholesterolu, nadwaga, niskie spożycie warzyw i owoców. Wiele z tych czynników ryzyka ściśle wiąże się z nierównością społeczną. Skuteczne zwalczanie nierówności w zdrowiu wymaga podjęcia działań w zakresie wszystkich przyczyn, chociaż oddziaływanie interwencji podejmowanych w skali populacji będzie prawdopodobnie bardziej zróżnicowane niż tych podejmowanych najbliżej miejsca rozwoju choroby.

W rozdziale drugim przedstawiono wyniki kompleksowego badania umożliwiającego ocenę zagrożeń spowodowanych przez główne czynniki ryzyka w populacji dorosłych Polaków. W ramach Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ przeprowadzonego wśród ponad 14 tys. dorosłych Polaków w latach 2003–2005 uzyskano rzetelne wskaźniki dla poszczególnych województw. Zebrano dużą ilość danych liczbowych dotyczących różnorodności czynników ryzyka chorób niezakaźnych według poziomu wykształcenia, wieku, płci i miejsca zamieszkania, uwzględniając jego wielkość i województwo.

Niezbędne jest podniesienie efektywności odpowiednich programów zdrowia publicznego. Z analizy wynika, że jedynie nieliczne programy uwzględniają zagadnienia społecznych nierówności w zdrowiu. Pożądane byłoby sprawdzenie, w jakim stopniu programy te docierają do różnych grup społecznych.

3. Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży

Odrębny rozdział poświęcono nierównościom w zdrowiu dzieci i młodzieży. Istnieje związek między warunkami życia młodzieży a stanem zdrowia w starszym wieku. Należy zapobiegać przenoszeniu nierówności zdrowotnych z pokolenia na pokolenie i w ramach kilku pokoleń (dziedziczenie nierówności).

Na podstawie danych międzynarodowych z ostatniego dostępnego roku można stwierdzić, że poziom umieralności niemowląt obserwowany w Polsce nadal znacznie przekracza poziom UE15 (ryc. 3.1). Dystans, jaki dzieli Polskę od średniego poziomu umieralności niemowląt notowanego w UE, jest większy przypadku zgonów w pierwszym miesiącu (i pierwszym tygodniu) życia niż w przypadku zgonów niemowląt w wieku powyżej 28 dni.

Pomimo trendu spadkowego, umieralność dzieci i młodzieży powyżej pierwszego roku życia pozostaje w Polsce wyższa niż w większości państw UE. Obecnie różnica między Polską a

państwami UE15 jest większa w przypadku wskaźnika zgonów z powodu wypadków, zatrucia i urazów niż jakichkolwiek innych przyczyn.

Z analizy umieralności niemowląt według wykształcenia matki wynika, że mimo znacznego spadku ogólnego współczynnika, nierówności społeczne się nasilają. Spadek umieralności w latach 2000–2007 dotyczył wszystkich grup społecznych według wykształcenia matki, jednak był proporcjonalnie większy wśród kobiet z wyższym wykształceniem.

Międzynarodowe Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) mają szczególną wartość jako źródła informacji o nierównościach w zdrowiu wśród młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat. Badania dostarczają wskaźników subiektywnej oceny zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem młodzieży, jak również istotnych wskaźników dotyczących stylu życia. Wykorzystanie tego typu danych wydaje się niezmiernie ważne, zważywszy, że w tej grupie wieku wskaźniki umieralności nie odzwierciedlają rzeczywistych problemów zdrowotnych.

W badaniach HBSC status społeczno-ekonomiczny rodziny mierzony jest na ogół za pomocą skali zamożności rodziny, stanowiącej przybliżoną miarę dochodów rodziny. Polskie opracowania przygotowane na podstawie danych HBSC podkreślają znaczenie szerszej oceny środowiska dorastania i kapitału społecznego w rejonie zamieszkania. Sprzyjające środowisko szkolne i domowe oraz wsparcie społeczne, jak również wzmocnienie potencjału zasobów indywidualnych mogą stanowić czynniki chroniące przed ujemnymi skutkami wychowywania się w gorszych warunkach.

Należy podjąć działania na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa ekonomicznego rodzin z małymi dziećmi.

Należy zabezpieczyć podstawowy poziom odpowiednich świadczeń (opieki zdrowotnej i edukacji) w miejscu zamieszkania. W pierwszej kolejności świadczenia należy skierować do regionów zaniedbanych i grup najbardziej potrzebujących. Przykłady programów wdrażanych w innych krajach, skutecznie niwelujących nierówności społeczne, obejmują system pomocy dla rodzin rozszerzony o edukację rodziców, czyli zapewnienie wiedzy o potrzebach rozwojowych dzieci wraz ze wskazówkami, w jaki sposób potrzeby te powinny być zaspokajane. Za skuteczne uważa się także kompleksowe programy pomocy we wczesnym okresie rozwojowym dzieci, jak również zapewniające równy dostęp do opieki zdrowotnej i edukacji w różnych etapach życia.

4. Regionalne i społeczne różnice stanu zdrowia dorosłych mieszkańców Polski w latach 2005–2007

Ostatni rozdział składa się z dwóch części. Pierwsza poświęcona jest analizie umieralności dorosłych, natomiast w drugiej przeanalizowano związek stanu zdrowia z poziomem wykształcenia.

Analiza wskazuje, że umieralność wśród dorosłych Polaków nadal jest bardzo wysoka w porównaniu z bardziej rozwiniętymi państwami UE15, a przeciętna długość życia jest w Polsce znacznie krótsza, zwłaszcza w przypadku mężczyzn. Ponadto w ostatnich latach ta niekorzystna różnica zaczęła się powiększać. Warto zauważyć, że długość życia w zdrowiu Polaka w wieku 25 lat jest o trzy lata krótsza niż średnia państw UE15, natomiast w przypadku kobiet różnica ta praktycznie nie występuje.

Analiza obejmuje trzy grupy wieku i cztery główne przyczyny zgonów w ramach każdej grupy: choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, przyczyny zewnętrzne i choroby układu trawiennego (w starszej grupie zastąpione chorobami układu oddechowego). W oparciu o dane za lata 2005–2007 przeanalizowano zróżnicowanie umieralności według płci, miejsca zamieszkania w mieście lub na wsi i województwa zamieszkania. Płeć to bardzo ważny czynnik różnicujący poziom zagrożenia życia Polaków – umieralność mężczyzn jest znacznie wyższa niż kobiet i największa różnica występuje w młodym wieku, tzn. w przedziale 25–44 lata. Stosunkowo niewielkie znaczenie w różnicowaniu zagrożenia życia Polaków ma fakt mieszkania w mieście lub na wsi, natomiast bardziej istotne jest województwo zamieszkania, zwłaszcza w przypadku zagrożenia życia chorobami układów trawiennego i oddechowego oraz przyczynami zewnętrznymi. Wojewódzkie zróżnicowanie umieralności z powodu nowotworów złośliwych i chorób układu krążenia jest mniejsze.

Duże różnice w stanie zdrowia obserwuje się wśród osób o różnym poziomie wykształcenia. Tak jak można byłoby oczekiwać, wskaźniki umieralności są wyższe wśród osób gorzej wykształconych. Przeciętna długość życia osób w wieku 25 lat z wykształceniem pomaturalnym lub wyższym była w roku 2002 o 13 lat dłuższa w przypadku mężczyzn i 9 lat dłuższa w przypadku kobiet w porównaniu z osobami posiadającymi wykształcenie podstawowe. Różnica ta wzrasta o kolejne 1,5 roku przy uwzględnieniu długości życia w zdrowiu. Zróżnicowanie stanu zdrowia wynikające z poziomu wykształcenia jest większe niż średnia różnica w tym zakresie w państwach UE, szczególnie w krajach bardziej rozwiniętych, takich jak Finlandia, Włochy, Malta, Norwegia czy Szwecja. Ponadto różnice wśród osób lepiej wykształconych są znacznie mniejsze niż wśród tych posiadających niższe

wykształcenie, co oznacza, że ta ostatnia grupa mieszkańców Polski znajduje się w szczególnie niekorzystnej sytuacji zdrowotnej.

5. Wnioski

Zarówno międzynarodowe, jak i krajowe badania wyraźnie wskazują, że nierówności w zdrowiu uwarunkowane społecznie, a więc niewynikające z przyczyn biologicznych, są jedną z najistotniejszych, modyfikowalnych przyczyn nadumieralności w Polsce. Dlatego w ostatnim rozdziale sformułowano zalecenia dotyczące działań, których wdrożenie powinno doprowadzić do znaczącej poprawy stanu zdrowia, zwłaszcza osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym. Sformułowane zalecenia można podzielić na trzy kategorie:

- zalecenia dotyczące formułowania strategii i polityk oraz monitoringu i koordynacji;
- zalecenia w zakresie działań ukierunkowanych na poprawę statusu społeczno-ekonomicznego ludności;
- zalecenia dotyczące interwencji w obszarze zdrowia publicznego.

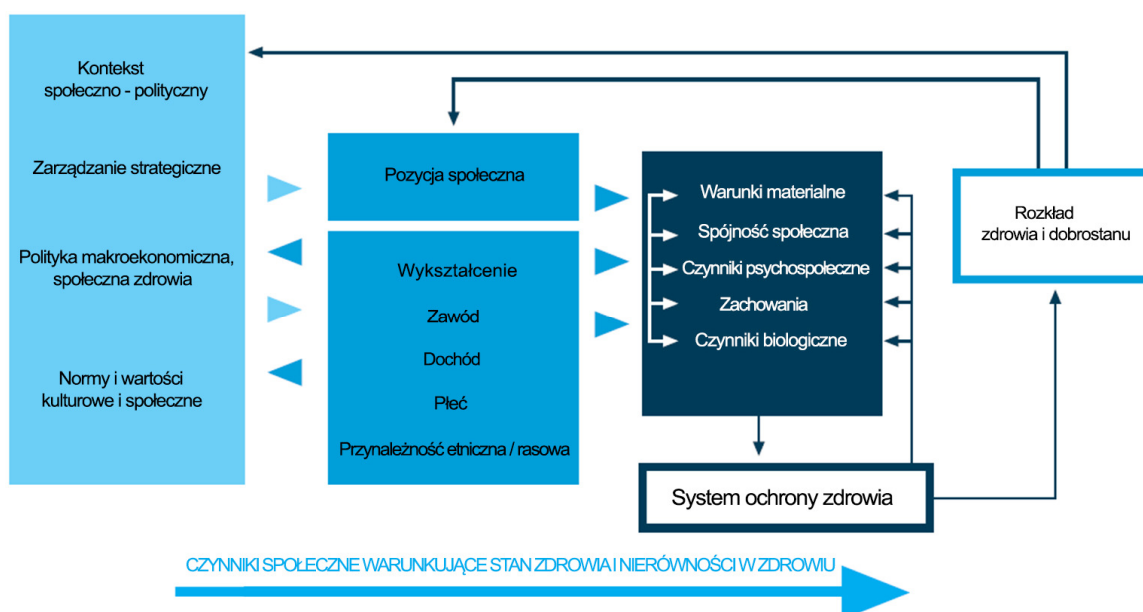
Wprowadzenie

Michał Marek

Prawie we wszystkich krajach europejskich stale wydłuża się przeciętna długość życia i następuje wyraźna poprawa stanu zdrowia. Jednak tym pozytywnym zjawiskom towarzyszy powstawanie coraz większych nierówności w zdrowiu pomiędzy różnymi grupami społecznymi. Nierówności te wynikają z faktu, że choć umieralność zmniejsza się we wszystkich grupach społeczno-ekonomicznych, to w grupach o wyższym statusie proces ten jest szybszy.

Nierówności w zdrowiu spowodowane są przede wszystkim czynnikami społecznymi kształtującymi warunki, w których ludzie się rodzą, wychowują, pracują czy leczą. Do czynników tych zalicza się różnorodne czynniki makrospołeczne (określony rodzaj polityki gospodarczej, ubóstwo, bezrobocie, zagrożenia zdrowia w miejscu pracy, kapitał społeczny czy organizacja i sposób funkcjonowania ochrony zdrowia), a także zachowania człowieka (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, aktywność fizyczna, sposób odżywiania się) oraz funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej (2). Wszystkie wymienione tu czynniki ze zmienną intensywnością wpływają na poszczególne grupy społeczne, co stanowi jedną z głównych przyczyn powstawania społecznych nierówności w zdrowiu. Niniejsze wprowadzenie stanowi próbę zilustrowania złożonych wzajemnych relacji między oddziałującymi czynnikami społecznymi a stanem zdrowia (ryc. 0.1).

Ryc. 0.1. Społeczne czynniki oddziałujące na stan zdrowia



Źródło: CSDH (1)

We wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej, dla których dostępne są dane, wskaźniki przedwczesnej umieralności i chorobowości są na ogół wyższe wśród grup osób o niższym wykształceniu, wykonujących prace fizyczne, oraz o niskich dochodach – niż w pozostałych grupach społecznych. Nierówności te pojawiają się we wszystkich grupach wiekowych, dotyczą obu płci, ale okazują się mniejsze w przypadku kobiet niż mężczyzn.

Nierówności te stwarzają bardzo poważne zagrożenia społeczne. Przykładowo, gdyby na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia wskaźniki zgonów wszystkich mężczyzn pracujących w Anglii i Walii na stanowiskach robotniczych były takie same jak mężczyzn pracujących na stanowiskach wymagających kwalifikacji, wówczas liczba zgonów byłaby mniejsza o 17 tys. rocznie. Z podobnych analiz prowadzonych w Hiszpanii wynika, że w biedniejszych regionach Hiszpanii odnotowuje się o 35 tys. zgonów więcej niż w regionach najbogatszych (3).

Jednak nierówności w zdrowiu nie występują tylko pomiędzy najuboższymi i najbogatszymi grupami społecznymi, lecz także pomiędzy grupami o trochę wyższym/niższym statusie społecznym. Zjawisko to nazywane jest gradientem społecznym.

W działaniach podejmowanych na rzecz ograniczania społecznych różnic w zdrowiu przyjmowane są następujące trzy cele, które powinny być realizowane jednocześnie:

1. Poprawa stanu zdrowia grup społecznych żyjących w ubóstwie;
2. Zmniejszanie nierówności w zdrowiu pomiędzy grupami znajdującymi się na przeciwstawnych krańcach drabiny społecznej – o najniższym i najwyższym statusie społeczno-ekonomicznym;
3. Zmniejszanie nierówności w zdrowiu w całym społeczeństwie.

W 2005 r. Światowa Organizacja Zdrowia powołała Komisję do spraw Społecznych Determinantów Zdrowia (Commission on Social Determinants of Health, CSDH) zajmującą się m.in. wypracowaniem skutecznych metod ograniczania opisywanych tu różnic. Polska jest jednym z krajów należących do komisji. W 2008 r., po kilku latach prac, powstał raport komisji określający podstawowe problemy społeczne wpływające na zdrowie oraz sposoby ich rozwiązania. Jednocześnie WHO opracowała *Globalną Strategię Zapobiegania i Zwalczania Chorób Niezakaźnych 2008–2013*. Powstało również Europejskie Biuro WHO do spraw Inwestycji w Zdrowie i Rozwój (w Wenecji), którego zadaniem jest rozwijanie prac w tym obszarze. Polska od kilku lat współpracuje z wenecką placówką WHO.

W Polsce także zaczyna się przywiązywać coraz większą wagę do problemów przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu. Dlatego właśnie nadrzędnym celem Narodowego Programu Zdrowia jest: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” (4). Cel ten ma być osiągany przez:

- promocję zdrowego stylu życia w społeczeństwie;
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu;
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Realizacja przedstawionego tu celu wymaga podejmowania długofalowych działań międzysektorowych, zgodnie z koncepcją *Zdrowia we wszystkich politykach*². W myśl tej koncepcji należy wzmacniać powiązania pomiędzy polityką zdrowotną a innymi obszarami polityki społecznej i gospodarczej – m.in. polityką dotyczącą rolnictwa, edukacji, środowiska, polityką finansową, mieszkaniową i transportową.

Realizacja wymienionego tu celu wymaga ponoszenia nakładów, ale może przynieść korzyści ekonomiczne takie jak: zmniejszenie umieralności osób w wieku produkcyjnym, podniesienie w przyszłości wieku emerytalnego (w niektórych krajach jest to 70 lat dla kobiet i mężczyzn) oraz obniżenie absencji chorobowej, co przekłada się m.in. na niższe koszty pracy. Jednak głównym powodem przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu nie są korzyści ekonomiczne, ale prawo człowieka do życia w zdrowiu.

Nierówności w zdrowiu wynikające z czynników społecznych stanowią przedmiot badań na całym świecie. Zwraca się w nich uwagę na jednoczesne oddziaływanie czynników biologicznych i społecznych. Dlatego cele zdrowotne powinny nie tylko być ustalane na podstawie analizy umieralności i chorobowości, ale także uwzględniać społeczne czynniki warunkujące zdrowie.

Czynniki społeczne mogą zwiększać ryzyko oddziaływania szkodliwych czynników biologicznych, chemicznych czy fizycznych. Na przykład, przyjęte kulturowo wzory żywienia przyczyniają się do zwiększonej chorobowości wynikającej z nadciśnienia tętniczego i otyłości poprzez sankcjonowanie siedzącego trybu życia. Ponadto osłabienie

² Stahl T et al, *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006. (22).

więzi społecznych, ograniczenie wsparcia społecznego, brak integracji społecznej czy też pojawienie się długotrwałego stresu również mogą negatywnie oddziaływać na stan zdrowia.

Badania na temat społecznych nierówności w zdrowiu prowadzone są także w Polsce – m.in. przez Instytut Matki i Dziecka, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, uniwersytety medyczne w Gdańsku i Łodzi.

Pierwszym w Polsce programem zdrowotnym zajmującym się tą problematyką był siedmioletni Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD rozpoczęty w 2002 r. Celem tego programu, finansowanego ze środków Ministra Zdrowa, było zarówno zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jak i rozwój działalności profilaktycznej. POLKARD realizowano m.in. w 400 małych miastach liczących do 5 tys. mieszkańców, znajdujących się w 12 województwach kraju. Miasta te położone są z dala od dużych metropolii, a ich mieszkańcy od lat borykają się z licznymi trudnościami ekonomicznymi, którym towarzyszą niekorzystne wskaźniki stanu zdrowia (5).

Niniejsze krótkie opracowanie ma na celu podsumowanie stanu wiedzy na temat występujących w Polsce społecznych nierówności w zdrowiu i przedstawienie wstępnych zaleceń dla długofalowej, wielosektorowej ogólnokrajowej polityki zdrowotnej.

W opracowaniu przedstawiono analizę stanu zdrowia ludności, jak również występujących w całym okresie życia nierówności w zdrowiu. Przeprowadzono porównanie stanu zdrowia ludności Polski z 15 państwami będącymi członkami UE przed 1 maja 2004 r. (UE15). W poszczególnych rozdziałach omówiono nierówności w zdrowiu w kontekście warunkujących zdrowie czynników społecznych, takich jak wiek, płeć, poziom wykształcenia, status społeczno-ekonomiczny, miejsce zamieszkania (miasto – wieś) oraz innych charakterystycznych czynników społecznych, natomiast jako drugi punkt odniesienia przyjęto jednostki podziału terytorialnego kraju, przedstawiając zróżnicowanie warunków między poszczególnymi województwami.

Autorzy opracowania starali się uzyskać odpowiedź na co najmniej dwa pytania:

1. Jaki dystans istnieje między naszym krajem a rozwiniętymi krajami Europy Zachodniej;
2. Jakie stoją przed Polską wyzwania dotyczące społecznych nierówności w zdrowiu.

Ponadto w poszczególnych częściach opracowania dokonano wstępnego przeglądu dotychczas podejmowanych działań prozdrowotnych.

W pierwszym rozdziale przedstawiono wybrane czynniki makros społeczne mające wpływ na powstawanie tych nierówności w zdrowiu – tendencje w zakresie relatywnego ubóstwa, wykształcenia i wydatków na ochronę zdrowia. Zaobserwowano istotny spadek wskaźnika relatywnego ubóstwa, ale liczba dzieci żyjących w warunkach ubóstwa należy do najwyższych w UE. Stwierdzono również bardzo pozytywny trend w edukacji – szybki wzrost liczby osób posiadających wyższe wykształcenie. Średnie łączne wydatki na opiekę społeczną finansowane ze środków publicznych są wyższe w Polsce niż średnie nakłady na ten cel w państwach OECD. Jednakże środki przeznaczane na finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce okazują się znacznie niższe niż średnie wydatki na ochronę zdrowia w większości państw OECD.

W drugim rozdziale opisano siedem czynników ryzyka wywierających silny wpływ na stan zdrowia ludności i wielkość społecznych nierówności w zdrowiu w naszym kraju – palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cholesterol, otyłość, spożycie alkoholu, niskie spożycie owoców i warzyw, brak aktywności fizycznej. Na zagrożenia związane z tymi czynnikami poszczególni ludzie mają znacznie większy wpływ niż na zagrożenia wynikające z czynników makros społecznych. W rozdziale drugim przedstawiono również krótki przegląd działań podejmowanych w celu zmniejszenia zagrożeń. Większość realizowanych w Polsce programów zdrowia publicznego nie odnosi się do problemów dotyczących społecznych nierówności w zdrowiu. Dlatego, zdaniem ekspertów WHO³, realizacja programów prowadzi do zwiększenia (a nie zmniejszenia) społecznych nierówności w zdrowiu.

W rozdziałach trzecim i czwartym omówiono stan zdrowia ludności kraju, zwracając szczególną uwagę na ocenę rozmiaru zróżnicowania stanu zdrowia w zależności od wieku, płci, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania (miasto – wieś; województwo).

W trzecim rozdziale przedstawiono analizę nierówności w zdrowiu wśród dzieci i młodzieży. Pomimo że umieralność niemowląt w Polsce zmniejsza się, nadal jest ona wyższa niż w państwach UE15. W tej części opracowania zawarto sugestię, że w najbliższej przyszłości wskaźnik umieralności niemowląt zmniejszy się do 4 przypadków na 1000 żywych urodzeń. Niemniej odnotowano również wzrost nierówności. Obserwuje się, że średnio więcej zgonów

³ Misja WHO w Polsce, Warszawa, 11–13 maja 2007 r.

noworodków i niemowląt występuje w rodzinach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym niż w rodzinach o wyższym statusie.

W przypadku młodzieży główną przyczyną zgonów są czynniki zewnętrzne (wypadki). Dlatego proponuje się opracowanie krajowego programu ochrony dzieci i młodzieży przed wypadkami. Zaobserwowano również istotne różnice w samoocenie stanu zdrowia młodzieży pochodzącej z różnych grup społeczno-ekonomicznych.

W czwartym rozdziale przeprowadzono analizę w trzech grupach wiekowych: 22–44, 45–65 i 65+. W Polsce przeciętna długość życia, jak również długość życia w zdrowiu jest krótsza niż w państwach UE15. Największe różnice w zakresie umieralności obserwuje się w przypadku kobiet i mężczyzn w wieku 25–64 lata. Zmniejszanie tych różnic przebiega powoli. Przyczyną wyższej umieralności, którą odnotowuje się w Polsce, są głównie choroby układu krążenia, nowotwory i czynniki zewnętrzne (wypadki).

Przedstawiono również analizę czynników społecznych warunkujących stan zdrowia (wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania: miasto – wieś) i ich oddziaływanie na nierówności w zdrowiu. Ponadto dla głównych przyczyn umieralności obliczono liczbę zgonów możliwych do uniknięcia w danym województwie. Wyniki tych analiz stały się podstawą do sformułowania zestawu propozycji dotyczących dalszych prac mających na celu ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Opracowanie stanowi punkt wyjścia do dalszych rozważań dotyczących tak istotnych i zróżnicowanych zagadnień, jak: (a) udoskonalenie baz danych; (b) opracowanie i wdrożenie wielosektorowych polityk zdrowotnych; (c) zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej oraz (d) rozwiązania organizacyjne w celu uzyskania poprawy w wynikach leczenia głównych chorób niezakaźnych. Ponadto niezbędna jest kontynuacja wybranych analiz. Dlatego też w umowie dwuletniej (obejmującej lata 2010 i 2011), zawartej między Ministerstwem Zdrowia RP a Europejskim Biurem Regionalnym WHO, przewidziano dalsze działania poświęcone problematyce społecznych nierówności w zdrowiu.

W pracach nad stworzeniem koncepcji opracowania i przygotowaniem poszczególnych jego części wzięli udział pracownicy naukowcy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Państwowego Zakładu Higieny, Instytutu Statystyki i Demografii SGH, Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, a także pracownicy Biura WHO w Warszawie i organów administracji publicznej. Poprzez zaproszenie do współpracy

wszystkich autorów opracowania starano się rozpocząć praktyczną współpracę pomiędzy ekspertami zajmującymi się problematyką zdrowotną i społeczną, a także ekspertami i pracownikami administracji, gdyż ich współdziałanie jest konieczne dla powodzenia obecnych i przyszłych wysiłków podejmowanych na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

Wraz z niniejszym opracowaniem ukaże się kolejna praca pt. *Charakterystyka zdrowotna i społeczno-ekonomiczna ludności powiatów Polski*. Dwa uzupełniające się opracowania zostały pomyślane jako dwie części kompleksowej prezentacji tematu. Praca dotycząca ludności powiatów powstała dzięki wsparciu WHO (w ramach Dwuletniej Umowy o Współpracy 2010–2011). W drugim opracowaniu przedstawiono:

- charakterystykę społeczno-ekonomiczną powiatów dokonaną na podstawie pięciu grup wskaźników dotyczących: demografii, sytuacji ekonomicznej i rynku pracy, spójności społecznej, dostępu do opieki zdrowotnej i edukacji;
- analizę stanu zdrowia mieszkańców powiatów na podstawie następujących wskaźników: długości trwania życia w momencie urodzenia, standaryzowanych współczynników zgonu dla głównych przyczyn umieralności i współczynników umieralności niemowląt.

Według modelu regresji, czynniki pozazdrowotne są w dużym stopniu związane z umieralnością mieszkańców powiatu i długością trwania życia w momencie urodzenia. Czynniki społeczno-ekonomiczne tłumaczą również 30–40% zróżnicowanie umieralności z powodu nowotworów obserwowane na poziomie powiatów, a także umieralności z przyczyn zewnętrznych wśród młodych mężczyzn. Wybrane wskaźniki wyjaśniają także 20% zróżnicowanie umieralności z powodu chorób układu krążenia w całej populacji oraz z powodu chorób układu trawiennego wśród młodszych mieszkańców niektórych powiatów.

Analiza modeli wskazuje, że niektóre spośród wszystkich grup wybranych czynników częściej odgrywają istotną rolę w objaśnianiu zróżnicowania umieralności. Są to między innymi następujące czynniki: odsetek gospodarstw domowych wyposażonych w łazienkę, frekwencja w wyborach samorządowych, wyniki egzaminu gimnazjalnego z przedmiotów humanistycznych, odsetek zatrudnionych w rolnictwie, gęstość zaludnienia i stopa bezrobocia.

Jeśli uwzględni się pozostałe zmienne/czynniki, to okazuje się, że gęstość zaludnienia, wielkość dochodów gminy na mieszkańca, jak również odsetek dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym wydają się mieć mniejszy i niejednoznaczny wpływ na poziom umieralności.

Jest to pierwsza tego typu analiza skupiona na wymiarze terytorialnym, którą przeprowadzono po reformie administracji terytorialnej (przywracającej powiaty) w 1999 r.

Niniejsze opracowanie może służyć między innymi jako podstawa empiryczna do:

- sporządzania kompleksowych okresowych analiz społecznych i terytorialnych różnic w stanie zdrowia społeczności powiatów;
- ustalania długofalowych celów i priorytetów polityk zdrowotnych opracowywanych na szczeblach krajowym, regionalnym i lokalnym;
- opracowywania i ewaluacji wielosektorowych, kompleksowych strategii ukierunkowanych na ogólną poprawę stanu zdrowia całej populacji, jak również zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu występujących w poszczególnych powiatach;
- wypracowania stałego mechanizmu finansowania działań podejmowanych w celu ograniczenia społecznych i terytorialnych nierówności w zdrowiu;
- dokonywania cyklicznej oceny skuteczności długookresowych działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia i ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu w konkretnych powiatach lub wśród wybranych grup ludności.

W związku z tym proponuje się przeprowadzanie podobnych analiz w cyklu kilkuletnim.

1. Uwarunkowania makrospołeczne nierówności w zdrowiu

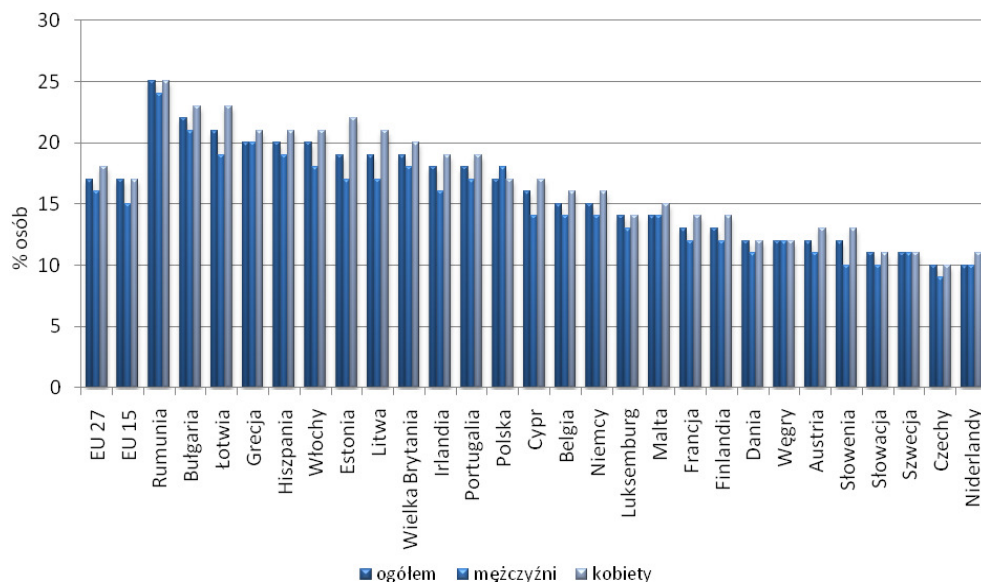
Agnieszka Chłóń-Domińczak

1.1. Ubóstwo

Z perspektywy makros społecznych uwarunkowań polityki zdrowotnej jednym z istotnych czynników jest zagrożenie ubóstwem. Ryzyko ubóstwa powszechnie uznaje się za wskaźnik obrazujący nie tylko ubóstwo materialne, ale również istotny czynnik wykluczenia społecznego, rozumianego także jako ograniczony dostęp do różnego rodzaju usług, w tym także do świadczeń zdrowotnych.

Zagrożenie ubóstwem stanowi jeden ze wskaźników strukturalnych, monitorowanych na poziomie Unii Europejskiej i jej państw członkowskich. Jako ten wskaźnik przyjęty został odsetek osób, których dochód nie przekracza 60% mediany dochodów przypadających na osobę w gospodarstwach domowych. Jak widać, jest to więc miara relatywna. Przy tak przyjętej definicji Polska należy do krajów, w których ryzyko ubóstwa kształtuje się na poziomie zbliżonym do średniej UE. Jednocześnie warto zauważyć, że należymy do nielicznych państw, w których zagrożenie ubóstwem kobiet jest nieznacznie niższe niż zagrożenie ubóstwem mężczyzn.

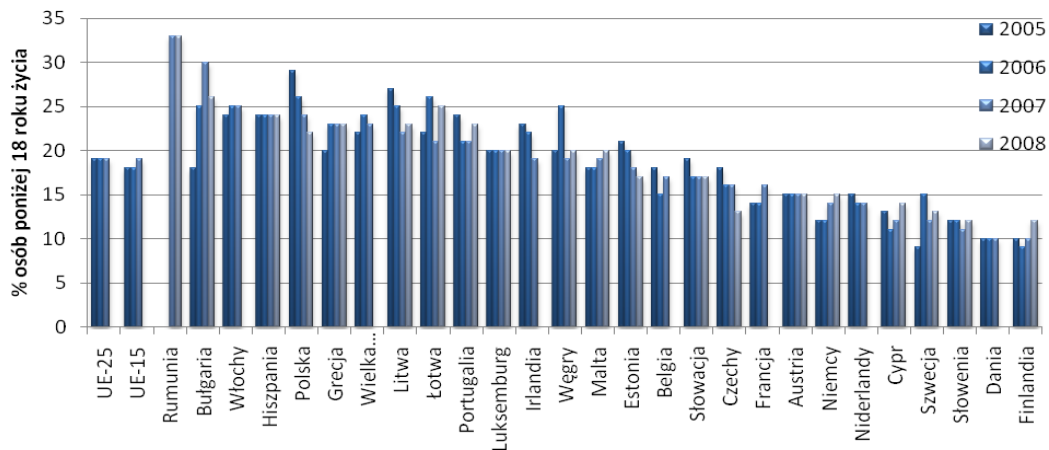
Ryc. 1.1. Zagrożenie ubóstwem w krajach UE w 2007 r.



Źródło: Eurostat (6)

Pomimo zagrożenia ogółem kształtującego się na średnim poziomie krajów UE (ryc. 1.1), w Polsce występuje duże zagrożenie ubóstwem dzieci i młodzieży. W 2007 r. zagrożenie ubóstwem w tej grupie wieku w Polsce wynosiło 24%, w porównaniu z 17% ryzyka ubóstwem ogółem (ryc. 1.2).

Ryc. 1.2. Zagrożenie ubóstwem dzieci w wieku 0–17 lat w krajach UE, 2005–2008



Źródło: Eurostat (6)

Do pozytywnych zjawisk należy natomiast zaliczyć zmniejszanie się ryzyka ubóstwa dzieci w Polsce. Pomiedzy 2005 a 2008 r. wskaźnik ten spadł z 29% do 22%. Był to największy spadek ryzyka ubóstwa w tej grupie wieku odnotowany w krajach UE. W efekcie zagrożenie ubóstwem dzieci w Polsce w 2008 r. było niższe niż w Hiszpanii, Grecji, Portugalii czy też w krajach bałtyckich (Litwa, Łotwa, Estonia). Nadal jednak był to poziom wyższy niż średnia UE (20,2%).

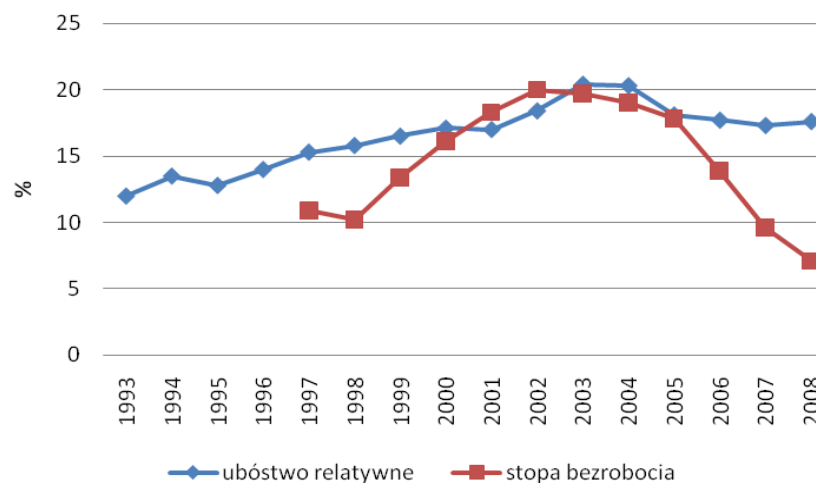
Obserwując kształtowanie się ryzyka ubóstwa w Polsce w czasie, można zauważyć, że ryzyko to stopniowo wzrastało po 1993 r. (ryc. 1.3). Wzrost ten był szczególnie istotny w okresie rosnącego bezrobocia na początku XXI w. Silne powiązanie wskaźnika zagrożenie ubóstwem relatywnym⁴ i stopy bezrobocia wskazuje, iż jedną z podstawowych przyczyn zagrożenia ubóstwem jest właśnie brak pracy. Opracowanie Banku Światowego (7) dowodzi, jak istotną rolę odgrywa status zatrudnienia przy określaniu prawdopodobieństwa zagrożenia

⁴ W statystyce polskiej jako granicę zagrożenia ubóstwem przyjmuje się 50% średnich wydatków gospodarstw domowych. W statystyce europejskiej jest to 60% mediany dochodów osób w gospodarstwach domowych. Ze względu na to, iż te wartości się od siebie różnią, prezentowane dane dla Polski nie są porównywalne z danymi dla krajów UE, prezentowanymi wcześniej.

ubóstwem. Na poziomie zagregowanym wskazuje również bliski związek między trendami występowania ubóstwa i stopy zatrudnienia.

Ponadto podkreśla znaczenie narastających nierówności w zakresie dochodów z pracy, czyli kwoty dochodów osiąganych przez gospodarstwo domowe z tytułu pracy, jako przyczyny wzrostu nierówności w latach 1992–2001. Ponieważ zarówno brak pracy, jak i ryzyko ubóstwa stanowią czynniki, które wpływają na stan zdrowia, łączne ich występowanie może dodatkowo ten wpływ zwiększyć.

Ryc. 1.3. Zagrożenie ubóstwem (1993–2008) i stopa bezrobocia (1997–2008) w Polsce



Uwaga: a) relatywne ubóstwo liczone jako wydatki poniżej 50% średnich miesięcznych wydatków budżetów domowych; b) stopa bezrobocia – średnia roczna stopa bezrobocia według badania Labour Force Survey

Źródło: GUS (8), (9) (zagrożenie ubóstwem), (10) (stopa bezrobocia); ryc. 1.7, cz. 2

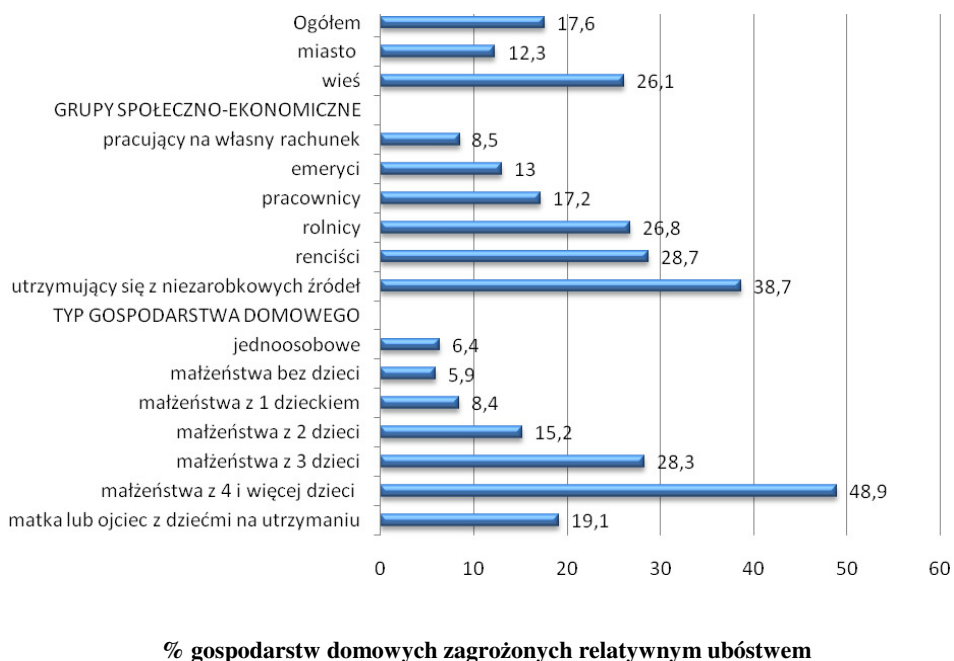
Polska charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem ubóstwa pod względem miejsca zamieszkania, grup społeczno-ekonomicznych, a także typów gospodarstw domowych. Ryzyko ubóstwa dotyka przede wszystkim osób zamieszkałych na wsiach, znacznie rzadziej mieszkańców miast. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (11) wskazuje na duże zróżnicowanie poziomu życia w zależności od województwa i miejsca zamieszkania (miasto – wieś). Najtrudniejszą sytuację obserwuje się w województwach, w których sytuacja na rynku pracy jest najbardziej niekorzystna. Dotyczy to na przykład północnych województw, które ucierpiały na skutek upadku państwowych gospodarstw rolnych i w których sektory pozarolnicze są słabo rozwinięte. Województwa o stosunkowo niskim poziomie życia znajdują się również na tzw. ścianie wschodniej, czyli na wschodzie Polski, i charakteryzują

się niskimi wskaźnikami urbanizacji i uprzemysłowienia, a także słabym stanem infrastruktury.

Najczęściej w warunkach relatywnego ubóstwa żyją rodziny z małych miast i wsi, natomiast rzadziej zdarza się to w przypadku mieszkańców dużych aglomeracji miejskich. W miastach również istnieją enklawy ubóstwa, które wymagają szczególnej uwagi w kontekście lokalnej polityki zdrowia i działań na rzecz integracji społecznej.

Ubóstwo zależy także od źródła utrzymania. Najwyższe występuje wśród osób utrzymujących się z transferów społecznych (innych niż emerytury i renty), rencistów i rolników. Najmniej zagrożone ryzykiem ubóstwa są gospodarstwa domowe osób pracujących na własny rachunek i emerytów. Ryzyko ubóstwa wzrasta też wraz z liczbą dzieci będących na utrzymaniu rodzin. Połowa rodzin z 4 i więcej dzieci pozostających na utrzymaniu jest zagrożona ubóstwem (ryc. 1.4).

Ryc. 1.4. Zagrożenie relatywnym ubóstwem według typu gospodarstw domowych w Polsce w 2008 r.



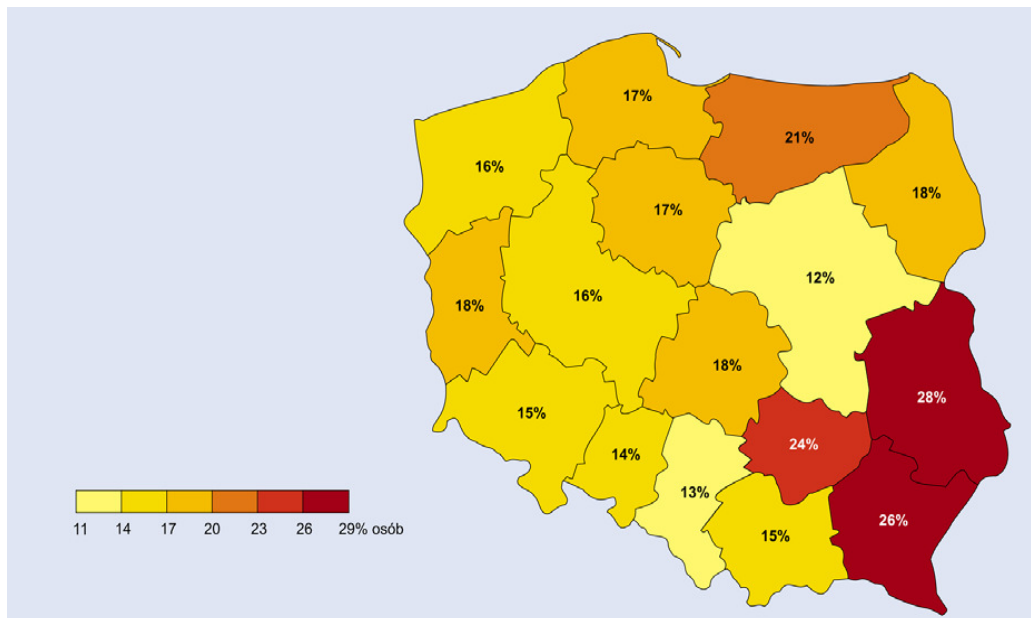
Źródło: GUS (12)

Ponadto w kraju występują wyraźne różnice w poziomie ubóstwa w poszczególnych województwach. Wynika to z analiz wykorzystujących zarówno monetarne, jak i niemonetarne wskaźniki dotyczące tego zjawiska. W 2007 r. zdecydowanie największym zasięgiem zagrożenia ubóstwem monetarnym charakteryzowały się województwa lubelskie,

podkarpackie, warmińsko-mazurskie i świętokrzyskie, najniższym zaś województwa śląskie, opolskie i mazowieckie. Wyniki te są zgodne z odsetkiem osób żyjących w ubóstwie. Natomiast największy zasięg zagrożenia ubóstwem niemonetarnym wystąpił w województwach dolnośląskim i łódzkim, a najmniejszy w województwach podlaskim, wielkopolskim i opolskim (13). Dane te są spójne z wynikami Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia (EU-SILC) z 2008 r.

Zgodnie z progami ubóstwa przyjętymi w badaniach UE, monetarne wskaźniki ubóstwa w poszczególnych województwach wahały się w przedziale 12–28% (14). Najniższe wskaźniki ubóstwa odnotowano w województwach mazowieckim i śląskim, a najwyższe w lubelskim, podkarpackim i świętokrzyskim (ryc. 1.5). Należy również pamiętać, że istnieje duże zróżnicowanie ubóstwa w ramach samych województw. Program Rozwoju Narodów Zjednoczonych – UNDP (15) podaje szacunkowe wskaźniki ubóstwa w powiatach w 2005 r., posługując się metodą estymacji dla małych obszarów, i wskazuje, że w województwie mazowieckim istnieje największe zróżnicowanie wskaźników ubóstwa wśród powiatów, podczas gdy województwa łódzkie, wielkopolskie i opolskie wykazują bardziej jednorodną strukturę.

Ryc. 1.5. Zagrożenie relatywnym ubóstwem w poszczególnych województwach w 2008 r.

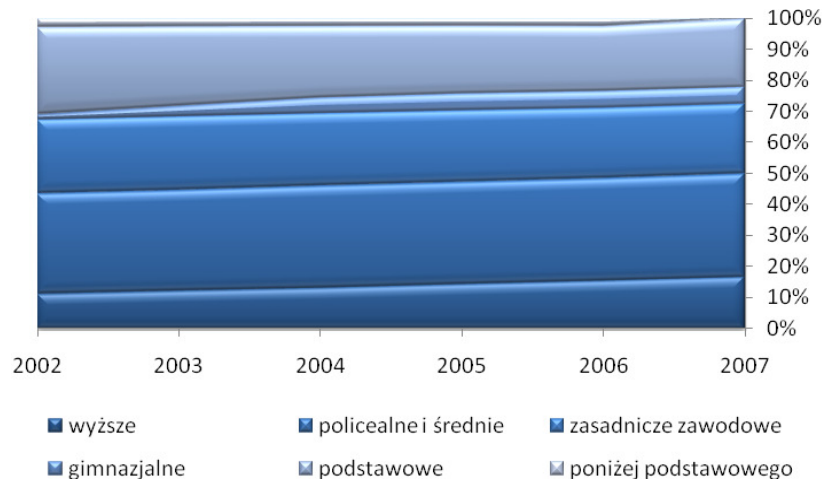


Źródło: GUS (14)

1.2. Edukacja

W literaturze jako jeden z czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności wymienia się poziom wykształcenia. Osoby wyżej wykształcone z reguły charakteryzują się bardziej zdrowym stylem życia, ich dochody pozwalają też na utrzymanie zdrowszej diety. Pośrednio także poziom wykształcenia ma wpływ na warunki pracy.

Ryc. 1.6. Struktura wykształcenia ludności w wieku 13 lat i więcej w Polsce, 2001–2007



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS (16)

Z tej perspektywy należy zauważyć, iż poziom wykształcenia ludności Polski stopniowo się poprawia. Wzrasta odsetek osób z wykształceniem wyższym – pomiędzy 2002 a 2007 r. odsetek ten wśród osób powyżej 13 roku życia zwiększył się o niemal połowę – z 11,1% do 16,5% (ryc. 1.6). Jednocześnie spada udział osób z wykształceniem podstawowym lub niższym. O ile w 2001 r. stanowiły one niemal 31% osób w wieku 13 lat i więcej, o tyle w 2008 r. odsetek ten spadł do 22,2%.

1.3. Wydatki na opiekę zdrowotną

Zdrowie i zamożność gospodarek są ze sobą powiązane (17), (18). Bloom i inni (19) wskazują, że lepszy stan zdrowia społeczeństwa zwiększa stopę wzrostu gospodarczego. Dla krajów o wysokich dochodach korelacja z dalszym trwaniem życia jest mniejsza, aczkolwiek literatura wskazuje na pozytywne związki pomiędzy dobrym stanem zdrowia i rozwojem gospodarczym, podczas gdy zły stan zdrowia ludności osłabia możliwości rozwoju. Większe zróżnicowania społeczno-ekonomiczne oznaczają także gorszy stan zdrowia.

Suhrcke i inni (18) stwierdzają: „Istnieje silna teoretyczna i empiryczna podstawa do twierdzenia, że kapitał ludzki przyczynia się do wzrostu gospodarczego. Jako że kapitał ludzki ma znaczenie dla sytuacji gospodarczej, a zdrowie stanowi ważny czynnik kapitału ludzkiego, zdrowie ma znaczenie dla sytuacji gospodarczej. Jednocześnie sytuacja gospodarcza ma także wpływ na zdrowie”.

Społeczne nierówności w zdrowiu prowadzą do istotnego zmniejszenia zamożności społeczeństw oraz utrudniają osiąganie celów związanych ze wzrostem i rozwojem danego kraju, niezależnie od warunków ekonomicznych.

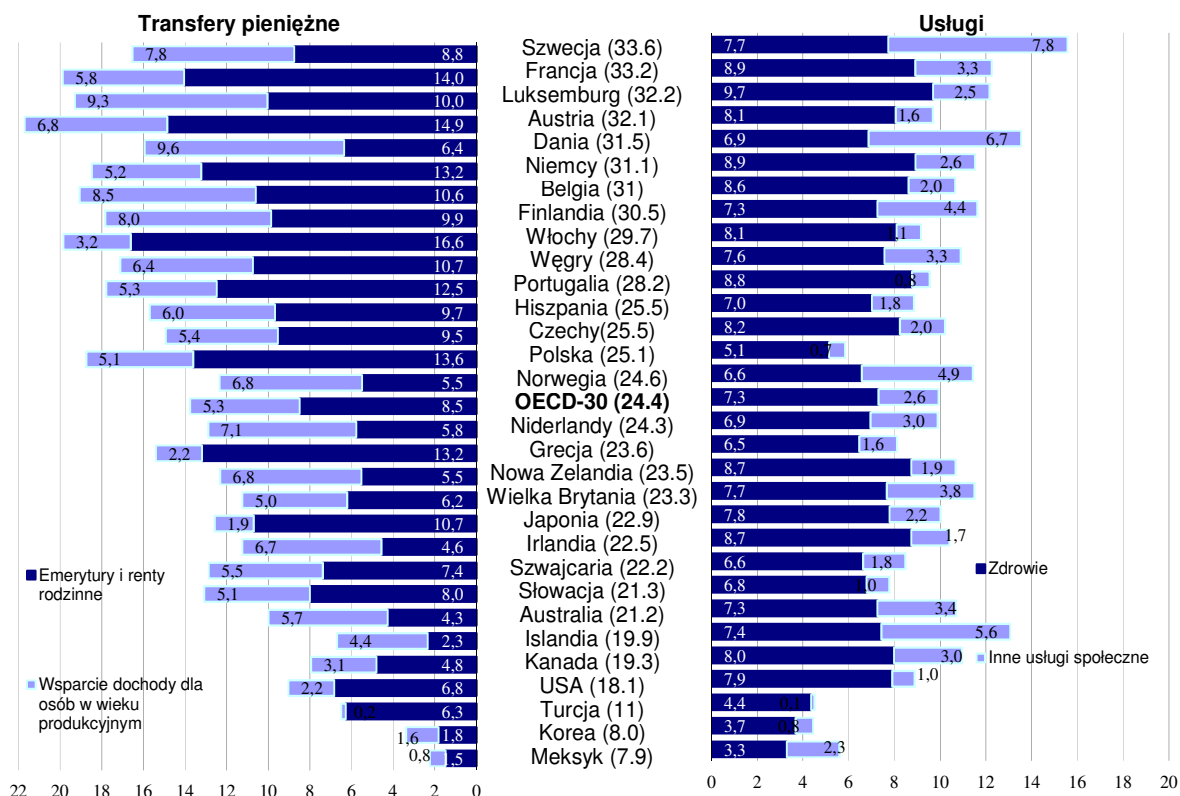
Z analiz prowadzonych w krajach Unii Europejskiej wynika, że koszt nierówności w zdrowiu jest wysoki (20). Dla przykładu, oszacowanie rocznych strat spowodowanych nierównościami w zdrowiu pokazuje, że stanowią one około 15% wydatków systemów ubezpieczeń społecznych i 20% wydatków systemów opieki zdrowotnej w krajach o średnim i wysokim dochodzie. Te same szacunki pozwalają na stwierdzenie, że straty spowodowane nierównościami z zdrowiu traktowanymi jako dobro kapitałowe w krajach UE wynoszą 141 miliardów euro. Osiągnięcie 10-procentowego ograniczenia nierówności w zdrowiu oznaczałoby korzyści ekonomiczne wynoszące:

- 14 miliardów euro dzięki zyskom w zdrowiu traktowanym jako dobro kapitałowe;
- 70 miliardów euro dzięki zyskom w zdrowiu traktowanym jako dobro konsumpcyjne;
- 18 miliardów euro dzięki ograniczeniu wydatków na opiekę zdrowotną;
- 6 miliardów euro przez zmniejszenie kosztów ubezpieczeń społecznych.

Biorąc pod uwagę powyższe, występowanie społecznych nierówności w stanie zdrowia stanowi istotne wyzwanie dla kształtowania polityki zdrowotnej.

Zgodnie z przedstawionymi poniżej danymi OECD (ryc. 1.7), średnio wydatki na cele społeczne w krajach OECD sięgały w 2005 r. niemal jednej czwartej dochodu narodowego netto.

Ryc. 1.7. Struktura Wydatki publiczne na cele społeczne w grupach wydatków, jako procent dochodu narodowego netto, w 2005 r.



Uwaga: Kraje są uszeregowane według malejących wydatków społecznych w relacji do dochodu narodowego netto. Wydatki na aktywne polityki rynku pracy nie mogą być podzielone na transfery i usługi, są włączone do całkowitych wydatków. (pokazanych w nawiasach)

Źródło: OECD (21)

Wydatki ogółem na te cele w Polsce kształtowały się na poziomie nieco powyżej średniej. Niemniej nakłady na zdrowie w Polsce (5,1% DNN) wynosiły istotnie mniej niż średnio w krajach OECD (7,3%); znacznie większy niż średnia był natomiast udział wydatków na transfery pieniężne – głównie emerytury i renty rodzinne. Można zatem postawić hipotezę, iż wysokie wydatki na transfery pieniężne w Polsce doprowadziły do ograniczenia nakładów na usługi społeczne, w tym na świadczenia zdrowotne.

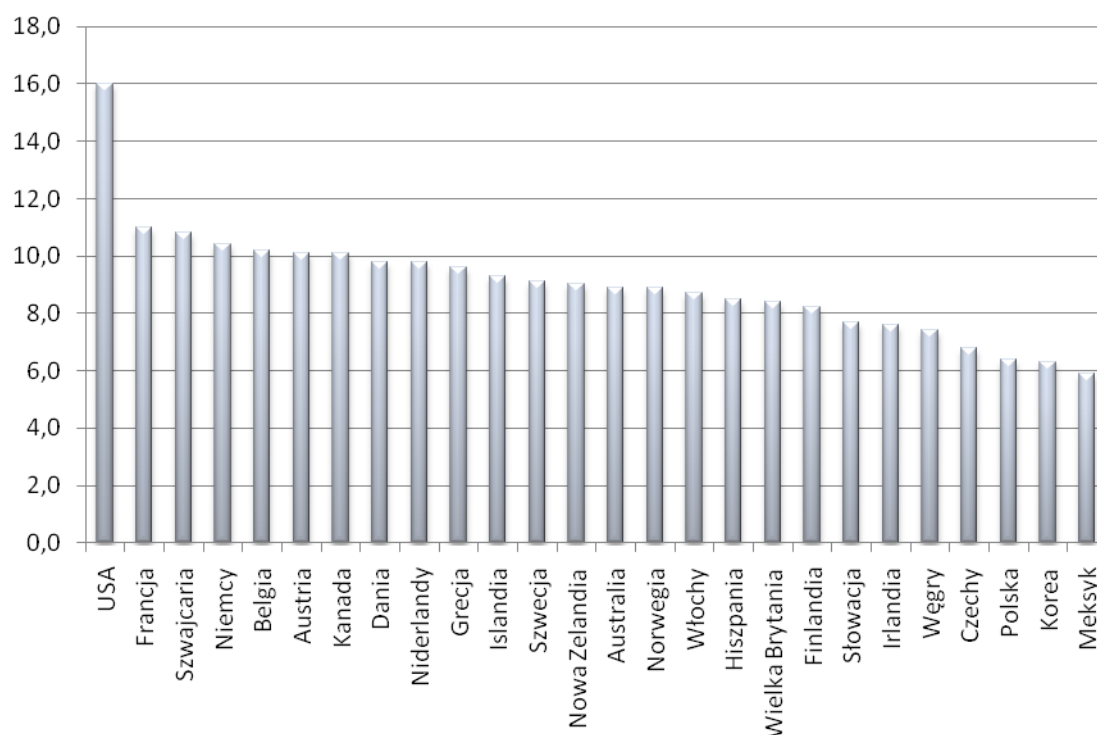
Z koncepcji *Zdrowia we wszystkich politykach* wynika, iż działania i wydatki z różnych obszarów polityki publicznej determinują rozkład czynników społecznych mających wpływ na stan zdrowia (np. Ståhl (22) i Suhreke (18)). Jednak najbardziej istotnym obszarem są wydatki na opiekę zdrowotną.

Wydatki zdrowotne stanowią istotną część wydatków publicznych krajów OECD. W 2007 r. wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce wyniosły 6,4% PKB, poniżej średniej OECD (8,9%

PKB). Polska w relacji do PKB wydaje na opiekę zdrowotną mniej niż inne kraje w regionie – Czechy, Węgry czy Słowacja (ryc. 1.8).

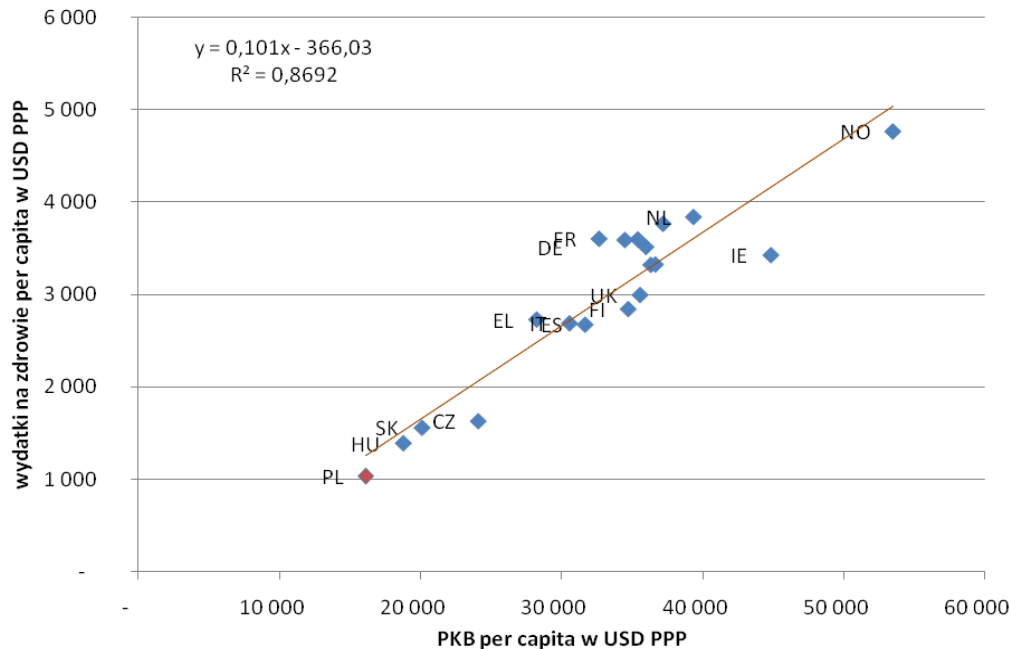
Powiązania pomiędzy rozwojem gospodarczym a polityką zdrowotną w krajach UE ilustruje ryc. 1.9. Jak widać, istnieje bardzo silny dodatni związek pomiędzy wielkością PKB na mieszkańca a wydatkami zdrowotnymi, a sytuacja w Polsce plasuje nasz kraj dokładnie w linii trendu. Z kolei wielkość wydatków na zdrowie jest dodatnio skorelowana z długością trwania życia w momencie urodzenia, co ilustruje ryc. 1.10.

Ryc. 1.8. Wydatki na opiekę zdrowotną jako % PKB w krajach OECD, 2007 r.



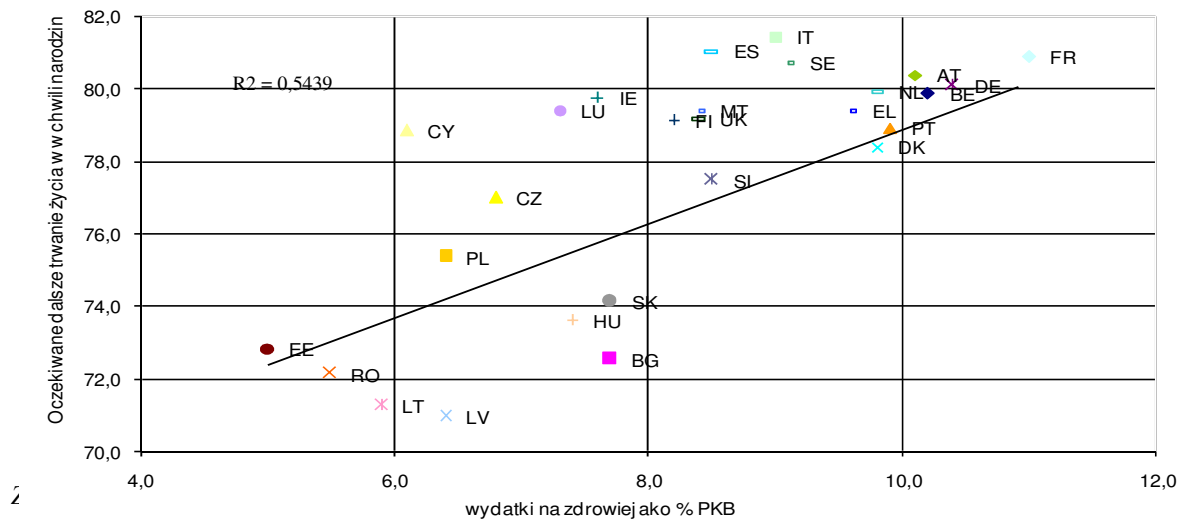
Źródło: OECD (23)

Ryc. 1.9. Wydatki na opiekę zdrowotną a PKB per capita w krajach UE i Norwegii w 2007 r.



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych OECD (23)

Ryc. 1.10. Długość trwania życia w momencie urodzenia a wydatki na zdrowie jako procent PKB w 2007 r. (lub wg ostatnich dostępnych danych)



Istotne znaczenie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia i ich kondycji dla Europejczyków potwierdzają badania opinii społecznej. W ramach badania Eurobarometru (27) 26% respondentów uznało opiekę zdrowotną za jeden z pięciu najważniejszych problemów dla krajów UE (obok bezrobocia, kosztów życia, emerytur i przestępczości). Także dla Polaków kwestie opieki zdrowotnej są istotne i zostały wskazane przez 40%

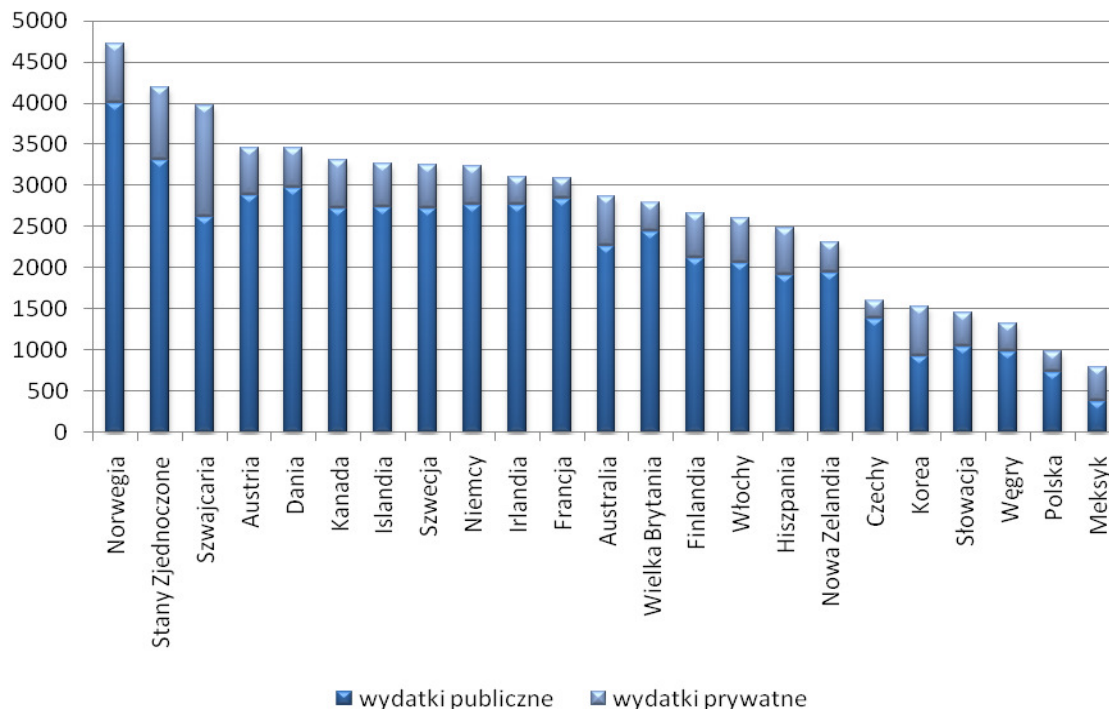
respondentów jako jeden z dwóch najważniejszych problemów krajowych (obok systemu emerytalno-rentowego, na który wskazał taki sam odsetek respondentów).

Zdaniem 17% Europejczyków, kwestie opieki zdrowotnej będą także istotnym problemem dla przyszłych pokoleń.

Duży odsetek osób wskazujących kwestie opieki zdrowotnej jako ważny problem w Polsce może być też powiązany z relatywnie znacznym udziałem wydatków prywatnych w wydatkach zdrowotnych ogółem. Udział ten w Polsce w 2007 r. wynosił 29,2% ogółu wydatków, w porównaniu z 27% średniej w krajach OECD (ryc. 1.11).

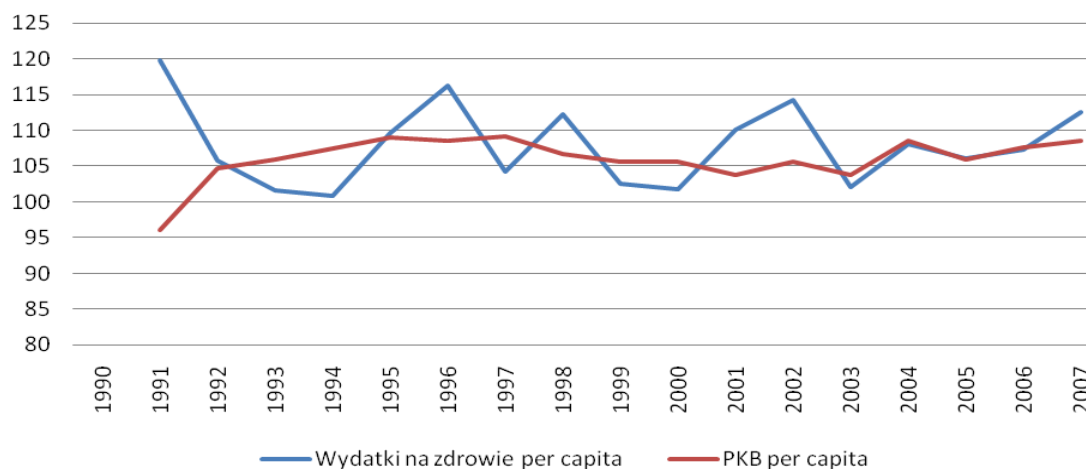
Jak już zostało wspomniane, Polska znajduje się w grupie krajów OECD, w których poziom wydatków na opiekę zdrowotną jest jednym z najniższych w relacji do PKB. Jednocześnie należy zauważyć, iż dynamika wzrostu wydatków zdrowotnych w okresie do 2002 r. w relacji do dynamiki wzrostu PKB cechowała się dużą zmiennością – przy czym skumulowany wskaźnik wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną był wyższy niż wzrost PKB na mieszkańca. Od 2003 r. obserwujemy zbliżoną dynamikę wzrostu obu analizowanych wskaźników (ryc. 1.12).

Ryc. 1.11. Wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca (USD PPP), publiczne i prywatne w krajach OECD, 2007 r.



Źródło: OECD (23)

Ryc. 1.12. Wzrost wydatków na zdrowie i PKB na mieszkańca (USD PPP) w Polsce 1991–2007



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych OECD (23)

Istniejący poziom finansowania ochrony zdrowia w kraju:

- zmniejsza możliwość podejmowania skutecznych działań ograniczających różnice w stanie zdrowia społeczeństwa polskiego oraz społeczeństw rozwiniętych krajów Europy Zachodniej;
- stanowi jeden z czynników powstawania lub utrzymywania się społecznych nierówności w zdrowiu.

Jak wiadomo, ludzie żyjący w ubóstwie są bardzo silnie uzależnieni od dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż na ogół nie mają możliwości opłacenia z własnych środków tych świadczeń, jak i korzystania z prywatnych ubezpieczeń. Dlatego ograniczenia w dostępie do świadczeń mają silniejszy wpływ na ich możliwości korzystania z leczenia niż osób o wyższych dochodach. Tymczasem w Polsce czas oczekiwania na część świadczeń opieki zdrowotnej jest często długi (28).

1.4. Pozostałe czynniki wpływające na nierówności w zdrowiu na poziomie województw

Ten rozdział zawiera analizę innych niż zdrowotne czynników, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia na poziomie województwa (NTS3)⁵ w Polsce. Do analizy zostały wybrane wskaźniki pozwalające na ocenę sytuacji w poszczególnych obszarach problemowych, mieszczących się w koncepcji *Zdrowia we wszystkich politykach*. Analiza ma na celu stwierdzenie potencjalnie istniejących wojewódzkich zróżnicowań w zakresie wybranych wskaźników społecznych i gospodarczych oraz odnoszących się do stanu zdrowia. Część tych wskaźników (poziom wykształcenia dorosłej populacji, dochody gospodarstw domowych i ubóstwo) nie występuje w rozbiciu na niższe szczeble podziału terytorialnego kraju. Wskaźniki zostały pogrupowane w trzech kategoriach: sytuacja demograficzna, rynek pracy i edukacja, sytuacja gospodarcza i stan gospodarstw domowych. Do analizy przyjęto wskaźniki empiryczne, które mają charakter zobiektywizowany oraz w większości są dostępne w systemie statystyki publicznej, za pośrednictwem Banku Danych Regionalnych GUS⁶. Wskaźniki te dotyczą co do zasady roku 2008. Dzięki temu analiza nawiązuje do pozostałych części opracowania, jak również kolejnego raportu, w którym przedstawiono nierówności w zdrowiu na poziomie powiatów. Pełen zestaw wskaźników dostępny jest za okres jednego roku, więc wszystkie wskaźniki można przeanalizować w ujęciu rocznym.

Warto zauważyć, że różnice między województwami są prawdopodobnie mniejsze niż te obserwowane na niższych szczeblach podziału terytorialnego (NTS3). Druga część niniejszego opracowania analizuje w pogłębiony sposób różnice w zakresie czynników pozazdrowotnych występujących na poziomie lokalnym (NTS3) oraz ich potencjalny związek z poszczególnymi zmiennymi dotyczącymi stanu zdrowia. W tab. 1.1 przedstawiono wybrane wskaźniki zdrowotne na poziomie województw.

⁵ Nomenklatura jednostek terytorialnych dla celów statystycznych – nomenklatura geograficznego podziału terytorium UE na trzy szczeble administracji (NTS 1, 2 i 3).

⁶ Bank Danych Regionalnych udostępnia informacje i dane statystyczne do poziomu NTS-2 i niżej. Bank zasilany jest przez statystykę publiczną.

Tab. 1.1. Standaryzowane współczynniki zgonów i średnie dalsze oczekiwane trwanie życia w województwach, 2008 r.

Województwo:	Standaryzowane współczynniki zgonów			Średnie dalsze trwanie życia			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni wiek 0	Mężczyźni wiek 65	Kobiety wiek 0	Kobiety wiek 65
Łódzkie	914,408	1281,93	643,701	69,1	14,1	78,9	18,5
Mazowieckie	779,443	1075,03	556,489	71,7	15,3	80,6	19,4
Małopolskie	754,516	1026,06	550,541	72,9	15,2	80,9	19,4
Śląskie	858,885	1148,23	636,405	70,9	14,6	78,9	18,5
Lubelskie	839,635	1196,71	567,455	70,2	14,4	80,5	19,1
Podkarpackie	741,938	1029,15	527,376	73,1	15,2	81,3	19,5
Podlaskie	752,568	1062,43	513,4	72,0	15,2	81,4	19,9
Świętokrzyskie	815,795	1143,87	564,164	71,2	14,8	80,7	19,5
Lubuskie	855,409	1188,12	611,982	70,5	14,1	79,3	18,8
Wielkopolskie	817,005	1110,39	599,064	71,8	14,7	79,9	18,8
Zachodniopomorskie	846,615	1173,95	602,147	70,6	14,2	79,6	18,8
Dolnośląskie	854,735	1179,07	619,42	70,4	14,3	79,0	18,7
Opolskie	791,513	1071,31	577,558	71,9	14,8	80,0	18,9
Kujawsko-pomorskie	842,106	1160,79	610,613	71,0	14,4	79,6	18,8
Pomorskie	794,279	1065,42	589,174	72,1	14,9	79,9	19,0
Warmińsko-mazurskie	834,564	1162,07	589,67	70,6	14,4	79,8	19,0

Źródło: B. Wojtyniak (współczynniki zgonów) i Bank Danych Lokalnych GUS (średnie dalsze trwanie życia)

W celu oceny zależności między wskaźnikami przyjętymi do analizy i stanem zdrowia ludności, dla wszystkich wskaźników przedstawiono korelacje ze standaryzowanymi wskaźnikami zgonów oraz długością dalszego trwania życia (w momencie urodzenia i wieku 65 lat dla kobiet i mężczyzn). W tab. 1.2 zaprezentowano wartości wskaźników, jak również korelacji i współczynników odchylen (nieważonych) dla wszystkich wybranych wskaźników.

W poszczególnych podrozdziałach omówiono analizowane wskaźniki, podając krótkie uzasadnienie ich wyboru oraz źródła danych. W końcowej części przedstawiono główne wnioski z analizy.

Tab. 1.2. Proponowane wskaźniki społeczne i ekonomiczne, 2008 r.

Województwo:	Demograficzne		Rynek pracy			Gospodarka		Społeczne						
	Współczynnik feminizacji	Wskaźnik obciążenia demograficznego	Wskaźnik zatrudnienia (15–64)	Stopa bezrobocia	% osób z wykształceniem wyższym (BAEL)	PKB per capita (PL = 100)	Dochody własne samorządów per capita	Dochody gospodarstw domowych per capita	Ubóstwo relatywne	Minimum egzystencji	Posiadanie komputera z Internetem	% 4-latków w edukacji przedszkolnej	Mieszkania wyposażone w łazienkę – miasta	Mieszkania wyposażone w łazienkę – tereny wiejskie
Łódzkie	96,5	28,5	61,3	6,8	14,9	93,1	1585,9	1013,4	18,4	4,6	40,6	53,3	86,2	65,0
Mazowieckie	100,5	27,2	64,6	5,9	21,9	157,7	2709,4	1336,5	12,4	3,4	49,4	58,1	93,9	69,5
Małopolskie	99,3	25,3	60,9	6,4	15,5	86,3	1463,9	1000,7	14,6	4,6	51,0	50,7	95,1	82,3
Śląskie	98,2	25,7	56,3	6,6	13,9	108,0	1908,4	1041,1	13,0	4,6	51,3	63,2	91,5	86,7
Lubelskie	92,4	27,2	59,0	9,3	14,7	69,4	1047,5	880,6	27,6	8,3	36,4	41,6	92,6	60,3
Podkarpackie	95,6	24,4	57,8	8,6	13,6	69,0	1076,0	791,3	25,5	5,3	41,9	39,8	94,6	77,4
Podlaskie	94,2	27,3	61,7	6,6	14,7	73,0	1243,9	935,5	17,9	8,4	44,1	45,0	94,2	62,7
Świętokrzyskie	92,4	27,9	60,8	9,1	14,3	80,0	1122,3	878,2	23,6	11,3	32,5	39,4	91,5	62,3
Lubuskie	96,3	22,0	56,9	6,6	12,1	85,8	1414,5	1058,9	18,5	3,8	45,8	53,6	91,6	82,4
Wielkopolskie	97,8	22,7	60,1	6,1	13,3	104,4	1607,7	1018,5	16,3	5,4	42,9	57,7	93,2	83,3
Zachodniopomorskie	96,3	22,7	54,2	9,6	15,5	90,7	1689,1	1048,9	16,3	5,7	46,4	46,7	93,4	85,4
Dolnośląskie	97,7	24,8	56,9	9,2	14,7	107,6	1963,6	1118,6	14,8	5,3	46,4	53,1	89,2	80,6
Opolskie	100,0	25,4	57,4	6,5	13,5	84,8	1403,5	1080,1	13,9	1,8	44,1	68,2	93,3	86,4
Kujawsko-pomorskie	97,3	23,7	55,6	9,2	12,2	86,4	1447,1	949,9	16,7	7,5	43,1	40,9	90,4	78,4
Pomorskie	99,1	23,0	58,7	5,5	15,3	94,9	1862,9	1102,2	16,5	6,3	53,0	44,6	94,5	84,8
Warmińsko-mazurskie	93,7	21,8	55,8	7,4	12,5	74,2	1313,9	979,1	20,5	9,4	39,0	41,8	94,9	76,1
Korelacja:														
Ze standaryzowanymi współczynnikami zgonów	-0,153	-0,022	-0,357	0,241	-0,263	0,073	0,099	0,110	-0,030	0,007	-0,197	0,143	-0,804	-0,010
Ze średnim dalszym oczekiwanym trwaniem życia mężczyzn w wieku 0	0,325	-0,129	0,233	-0,309	0,141	-0,031	-0,052	-0,101	-0,094	-0,133	0,335	-0,031	0,758	0,270
Ze średnim dalszym oczekiwanym trwaniem życia mężczyzn w wieku 65	0,266	0,280	0,593	-0,391	0,474	0,177	0,120	0,037	-0,100	-0,045	0,253	-0,003	0,651	-0,102
Ze średnim dalszym oczekiwanym trwaniem życia kobiet w wieku 0	-0,244	0,275	0,491	-0,013	0,262	-0,256	-0,341	-0,357	0,390	0,292	-0,198	-0,409	0,669	-0,419
Ze średnim dalszym oczekiwanym trwaniem życia kobiet w wieku 65	-0,285	0,314	0,532	-0,029	0,309	-0,194	-0,259	-0,265	0,319	0,374	-0,175	-0,435	0,601	-0,490
Współczynnik zmienności	0,03	0,09	0,05	0,19	0,15	0,23	0,26	0,12	0,24	0,40	0,12	0,17	0,03	0,12

Źródło: obliczenia własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

1.4.1. Sytuacja demograficzna

Do oceny sytuacji demograficznej w województwach wykorzystano dwa wskaźniki. Pierwszy to wskaźnik feminizacji, obliczony jako grupa kobiet przypadająca na 100 mężczyzn w grupie wieku 25–34 lata. Jest to jeden z najważniejszych wskaźników deformacji struktury demograficznej powstałej w wyniku długotrwałych selektywnych migracji.

Drugi to wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi. Zdefiniowano go jako grupę ludności w wieku poprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym, zgodnie z definicją GUS⁷. Wskaźniki obliczono na podstawie danych ludności Banku Danych Lokalnych GUS.

W analizie wskaźników województw zwraca uwagę fakt, że wskaźnik feminizacji ujemnie (nieistotnie) jest skorelowany z umieralnością ogółem, natomiast dodatnio skorelowany z długością dalszego trwania życia mężczyzn i ujemnie z długością dalszego trwania życia kobiet. Wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi wykazuje dodatnią korelację z większością wskaźników dalszego trwania życia.

Można przyjąć, że istnieje pewien – jednak nie bardzo istotny – związek między sytuacją demograficzną w danym województwie a ogólnym stanem zdrowia jego mieszkańców.

1.4.2. Wykształcenie i sytuacja na rynku pracy

W przypadku tego obszaru analizy przyjęto trzy wskaźniki. Pierwszym z nich jest wskaźnik zatrudnienia w grupie wieku 15–64 lata; drugi wskaźnik to stopa bezrobocia, a trzeci – odsetek osób z wyższym wykształceniem. Uwzględnienie danych związanych z poziomem wykształcenia wynika ze wskazywanego w literaturze powiązania pomiędzy statusem edukacyjnym a stanem zdrowia. Wszystkie trzy wskaźniki oszacowane są na podstawie wyników Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL).

W porównaniu z pozostałymi grupami powyższe wskaźniki są stosunkowo istotnie powiązane zarówno ze wskaźnikami zgonów, jak i z długością dalszego trwania życia. W szczególności wojewódzkie wskaźniki zatrudnienia i odsetka osób z wyższym wykształceniem są silnie dodatnio skorelowane z długością dalszego trwania życia mężczyzn

i kobiet w wieku 65 lat. Zwłaszcza ten ostatni wskaźnik może oznaczać, że czynniki pozazdrowotne dotyczące zatrudnienia i wykształcenia mają wpływ na stan zdrowia ludności.

Korelacja zaznacza się silniej w przypadku wskaźnika zatrudnienia niż stopy bezrobocia, co może oznaczać, że posiadanie pracy jest ważniejszym czynnikiem z punktu widzenia analizy społecznych nierówności w zdrowiu. Jednocześnie stopa bezrobocia wykazuje stosunkowo silne powiązanie z długością dalszego trwania życia mężczyzn (zarówno w momencie urodzenia, jak i w wieku 65 lat), co wskazuje, że bezrobocie w większym stopniu może być związane z sytuacją zdrowotną mężczyzn niż kobiet.

Podsumowując, można stwierdzić, że korzystna sytuacja na rynku pracy i lepsze wykształcenie sprzyjają dobremu zdrowiu, natomiast mniej korzystne uwarunkowania rynku pracy oddziałują na gorszy stan zdrowia ludności.

1.4.3. Sytuacja ekonomiczna

Trzecia grupa wskaźników opisuje sytuację gospodarczą województw. Pierwszym wskaźnikiem jest poziom PKB na mieszkańca (przyjmując poziom polskiego PKB jako 100). Drugi wskaźnik odnosi się do średniej wielkości dochodów własnych gmin na mieszkańca i tym samym wiąże się z poziomem płaconych podatków (udział budżetów lokalnych we wpływach z podatków VAT, PIT i CIT).

Wybrane wskaźniki dotyczące sytuacji ekonomicznej są w niewielkim stopniu powiązane z umieralnością ogółem. Zarówno PKB na mieszkańca, jak i przychody z tytułu podatków wykazują stosunkowo istotną ujemną korelację z długością dalszego trwania życia. Oznacza to, że poziom rozwoju gospodarczego nie wpływa dodatnio na stan zdrowia mieszkańców województwa. Co więcej, obserwuje się odwrotne zjawisko. Można jednocześnie zauważyć, że sytuacja i uwarunkowania istniejące w bardziej rozwiniętych województwach są powiązane z długością dalszego trwania życia (związek ten jest największy w województwie śląskim, które nadal cechuje wysoki poziom PKB na mieszkańca, a jednocześnie odnotowuje się tam stosunkowo niekorzystne wskaźniki związane ze stanem zdrowia).

⁷ W grupie w wieku poprodukcyjnym znajdują się kobiety w wieku 60 lat i więcej oraz mężczyźni w wieku 65 lat i więcej. W Polsce wiek produkcyjny zdefiniowany jest w przedziale 18–59 lat dla kobiet i 18–64 lata dla mężczyzn.

1.4.4. Status gospodarstw domowych

Czwarta grupa obejmuje wskaźniki odnoszące się do statusu społecznego gospodarstw domowych i wyodrębniono w niej trzy kategorie wskaźników. Pierwsza dotyczy osiąganych dochodów i poziomu ubóstwa wśród gospodarstw domowych. Druga odnosi się do infrastruktury społecznej, a trzecia do wyposażenia gospodarstw domowych w wybrane dobra.

W pierwszej grupie wyróżniono trzy wskaźniki. Pierwszym jest średni dochód na osobę w gospodarstwie domowym, uwzględniając wszystkie źródła dochodów. Wskazuje on ogólny poziom zamożności gospodarstw domowych na poziomie województwa. Drugi wskaźnik to poziom relatywnego ubóstwa wśród gospodarstw domowych – wskazuje on odsetek gospodarstw domowych, których dochód nie przekracza 60% mediany dochodów przypadających na osobę w gospodarstwach domowych⁸. Trzeci wskaźnik obrazuje odsetek gospodarstw domowych, w których dochód przypadający na osobę jest poniżej poziomu minimum egzystencji. Poziom minimum egzystencji jest obliczany przez Instytut Pracy i Spraw Społecznych; to ogólnie przyjęty w Polsce wskaźnik skrajnego ubóstwa (29). Wszystkie trzy wskaźniki obliczono na podstawie danych Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia EU-SILC pochodzących z Banku Danych Lokalnych. Badanie EU-SILC dostarcza danych dotyczących dochodów i warunków życia gospodarstw domowych reprezentatywnych dla szczebla NTS2. Źródło to nie daje możliwości wnioskowania na niższym szczeblu podziału terytorialnego.

W drugiej grupie ujęty jest wskaźnik przedstawiający odsetek dzieci w wieku 4 lat objętych wychowaniem przedszkolnym. Również Eurostat wykorzystuje ten wskaźnik, mierząc aktywność edukacyjną kohort najstarszych dzieci, których nie obejmuje już obowiązek szkolny. Odsetek 4-latków w edukacji przedszkolnej wskazuje na dostęp dzieci do placówek oświatowych, ale też może być miarą ogólnego dostępu do infrastruktury społecznej w województwie. Prowadzenie przedszkoli należy do zadań samorządów, można więc założyć, że dostęp do tego typu placówek jest większy na obszarach posiadających lepiej rozwiniętą infrastrukturę społeczną.

Trzecia grupa obejmuje wskaźniki opisujące stan wyposażenia gospodarstw domowych. Zaproponowano tutaj trzy wskaźniki. Pierwszym jest odsetek gospodarstw domowych

⁸ Jest to próg relatywnego ubóstwa stosowany przez Eurostat.

posiadających komputer z dostępem do Internetu, obliczony w oparciu o dane z badania EU-SILC. Kolejny wskaźnik pokazuje odsetek gospodarstw domowych – w miastach i na wsiach – wyposażonych w łazienkę i został obliczony na podstawie danych z Banku Danych Lokalnych. Wskaźniki te odzwierciedlają jakość zasobów mieszkaniowych w miastach i wsiach poszczególnych województw.

Analizując zależności między wartościami wybranych wskaźników a stanem zdrowia, należy zauważyć, że trzecia grupa wskaźników odnosząca się do statusu gospodarstw domowych wykazuje największą korelację ze wskaźnikami odnoszącymi się do stanu zdrowia. Szczególnie silna jest korelacja odsetka gospodarstw domowych w miastach wyposażonych w łazienkę ze standaryzowanym współczynnikiem zgonów. Uwidacznia się również istotny związek z długością dalszego trwania życia. Bardziej zastanawiający obraz pojawia się w analizie gospodarstw domowych posiadających komputer z dostępem do Internetu, gdzie obserwowana jest dodatnia korelacja tego wskaźnika z długością dalszego trwania życia mężczyzn (w obu grupach wieku), natomiast ujemna korelacja z długością dalszego trwania życia kobiet. To zjawisko wymaga dalszego zbadania różnic według płci obserwowanych w zakresie zarówno wskaźników zdrowia, jak i pozazdrowotnych.

Wskaźniki dotyczące dochodów i ubóstwa stosunkowo słabo korelują ze współczynnikami zgonów, choć wykazują silniejszą korelację z długością dalszego trwania życia kobiet. Niemniej zastanawiający wydaje się kierunek tej korelacji, ponieważ w województwach z wyższymi wskaźnikami ubóstwa ogółem odnotowuje się dłuższe dalsze trwanie życia kobiet. Prawdopodobnie zjawisko to można tłumaczyć występowaniem innych czynników, nie ujętych w zaprezentowanej analizie.

Wydaje się, że argument o istotnym oddziaływaniu czynników społecznych na stan zdrowia ludności jest w tym kontekście uzasadniony.

1.5. Wymiary społeczno-ekonomiczne stanu zdrowia – podsumowanie analizy województw

Podsumowując, można stwierdzić, iż w każdym z analizowanych wymiarów – sytuacji demograficznej, wykształcenia i sytuacji na rynku pracy, sytuacji ekonomicznej i statusu gospodarstw domowych – niektóre z analizowanych wskaźników są powiązane z poziomem umieralności.

Związek niektórych wskaźników lub ich grup ze stanem zdrowia ludności wydaje się mieć szczególne znaczenie. Należą do nich przede wszystkim wskaźniki związane z wykształceniem ludności – im wyższy poziom wykształcenia, tym mniejsza umieralność na poziomie województw. Istotne są też inne wskaźniki związane z rozwojem społecznym, w tym wyposażenie mieszkań w łazienkę czy udział dzieci w wychowaniu przedszkolnym.

W grupie wskaźników rynku pracy można orzec, iż lepsza jakość rynku pracy (większe zatrudnienie, mniejsze bezrobocie) przekłada się na zmniejszenie ryzyka umieralności, a w szczególności na wydłużenie dalszego trwania życia. Wydaje się, że sytuacja gospodarcza w poszczególnych województwach nie jest powiązana z poziomem umieralności czy też długością dalszego trwania życia mieszkańców.

W zakresie wskaźników demograficznych zwraca uwagę wskaźnik feminizacji. Wysoki wskaźnik feminizacji, wynikający po części z dużej atrakcyjności danego województwa, powodujący m.in. napływ nowych mieszkańców, powiązany jest z mniejszą umieralnością.

Należy też zwrócić uwagę na sposób przeprowadzenia analizy, która objęła poziom województw, pomijając zróżnicowanie obserwowane w ich granicach, co może mieć istotny wpływ na wyniki dotyczące stanu zdrowia. Na dalszym etapie prac uwzględnienie w analizie poziomu powiatowego i zastosowanie bardziej zaawansowanych metod analitycznych pozwoli na szerszą ocenę wpływu czynników demograficznych, gospodarczych, społecznych oraz położenia geograficznego na stan zdrowia ludności.

2. Przeciwdziałanie społęcznym czynnikom ryzyka powodującym nierówności w zdrowiu w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem chorób niezakaźnych i stylu życia

Dorota Kaleta, Paulina Miśkiewicz, Tomasz Zdrojewski

2.1. Wprowadzenie

Choroby niezakaźne stanowią główną przyczynę umieralności i niepełnosprawności w Europejskim Regionie WHO. Według *Europejskiego raportu o stanie zdrowia z 2005 r.* choroby niezakaźne w 2002 r. spowodowały ponad 8 mln. zgonów w Europie i są odpowiedzialne za około 77% obciążenia chorobami populacji (30).

Spośród siedmiu chorób, które stanowią przyczynę największej liczby zgonów w Europie, aż sześć to choroby niezakaźne: choroba niedokrwienna serca, depresja, choroby naczyniowe mózgu, choroby od-alkoholowe, przewlekła obturacyjna choroba płuc i rak płuca. Większość z nich jest powodowana przez kilka czynników ryzyka, którym w dużym stopniu można zapobiec. Do czynników tych należą: wysokie ciśnienie krwi tętniczej, używanie tytoniu, szkodliwe i ryzykowne picie alkoholu, wysoki poziom cholesterolu, nadwaga, niskie spożycie warzyw i owoców i mała aktywność fizyczna.

Podobne trendy są obserwowane w kraju, z tym, że populacja polska charakteryzuje się zdecydowanie wyższym wpływem używania tytoniu niż większość państw regionu europejskiego, w tym Unii Europejskiej. Wśród 27 państw należących do UE od stycznia 2007 r. (UE27) wyższy wskaźnik miały tylko Węgry i Dania.

W tab. 2.1 przedstawiono porównanie wpływu najważniejszych poszczególnych wiodących czynników ryzyka w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej na stan zdrowia populacji mierzony ich udziałem w łącznej liczbie zgonów.

Z tabeli wynika, że wiele czynników ryzyka, które w Polsce mają silny wpływ na stan zdrowia ludności, w innych krajach Unii Europejskiej stanowią znacznie mniejsze zagrożenie. Na przykład, w Polsce używanie tytoniu odpowiada za 25,3% zgonów ogółem, gdy tymczasem w Szwecji czynnik ten odpowiada za 10,8%, a w Austrii za 9,2% łącznej liczby zgonów. Nadużywanie alkoholu w Polsce powoduje 6,7% zgonów, a w takich krajach, jak Włochy czy Niemcy, wskaźnik ten jest znacznie niższy. Porównanie to może być wykorzystane do wyznaczania długofalowych celów polskiej polityki zdrowia publicznego.

Skutki polityk mających na celu ograniczenie czynników ryzyka zdrowotnego można oszacować na podstawie wyników różnych badań. W Polsce od 1991 r. notuje się spadek

umieralności z powodu choroby wieńcowej. W 2005 r. w grupie wieku 25–74 lata odnotowano z tego powodu ponad 26 tys. mniej zgonów. Obserwowany w Polsce wzrost długości trwania życia przypisuje się w dużej mierze spadkowi umieralności z powodu chorób układu krążenia. Analiza z wykorzystaniem modelowania statystycznego z użyciem algorytmu IMPACT wskazuje, że około połowa (54%) odnotowanego w Polsce w latach 1991–2005 spadku umieralności z powodu choroby wieńcowej może wynikać z redukcji rozpowszechnienia czynników ryzyka w populacji (ryc. 2.1).

Najważniejsze osiągnięcia w tej dziedzinie obejmują (ryc. 2.2):

- spadek średniego poziomu cholesterolu w populacji Polski związany ze zmianą stylu życia (około 40% mniej zgonów);
- zmniejszenie liczby palących mężczyzn (11% mniej zgonów);
- zwiększenie aktywności fizycznej.

Tab. 2.1. Porównanie wpływu 10 czynników ryzyka chorób niezakaźnych na zdrowie populacji w Polsce i w krajach Unii Europejskiej (% ogółu zgonów)

Kraj	Odsetek zgonów ogółem przypisanych do 10 wiodących czynników ryzyka w Polsce i państwach UE									
	Tytoń	Wysokie ciśnienie krwi	Wysoki cholesterol	Wysoki BMI	Alkohol	Niskie spożycie owoców i warzyw	Niska aktywność fizyczna	Zanieczyszczenie powietrza	Niebezpieczny seks	Ołów
Polska	25.3	25.0	13.8	10.6	6.7	6.6	6.1	1.7	1.1	0.9
Czechy	21.8	26.8	18.3	11.4		5.2	7.3	0.6	0.9	
Słowacja	19.2	29.7	14.3	14.0	11.5	7.4	7.2	1.9	0.9	1.0
Węgry	26.3	26.0	17.2	11.1	11.4	10.3	7.5	1.1		0.8
Austria	15.8	22.8	14.3	9.6	2.2	4.2	6.0	0.5	0.8	
Belgia	23.3	13.4	11.2	7.3		3.3	4.5	0.5	0.7	
Bułgaria	13.5	40.0	14.3	14.2	6.5	7.4	7.1	2.0	0.8	1.3
Cypr	9.7	23.6	9.8	4.3	0.9	4.8	4.4	1.2	0.4	
Dania	25.7	11.8	11.5	8.4		3.4	5.1	0.5	0.8	
Estonia	17.4	28.3	23.7	11.4	10.9	12.6	9.1	1.2	0.8	0.8
Finlandia	13.9	22.0	17.3	8.9		4.5	6.3	0.6	0.5	
Francja	16.2	12.8	6.4	6.5	4.6	2.3	3.3		0.8	
Grecja	19.3	25.0	11.6	8.3		3.9	5.0	0.6	0.5	
Hiszpania	16.8	15.6	8.9	7.9	0.8	3.0	4.2		0.8	
Holandia	23.7	17.4	8.1	7.8		3.2	4.5	0.5	0.6	
Włochy	18.8	21.7	11.1	10.0	0.6	3.5	5.0	0.6	0.6	
Irlandia	23.2	18.0	14.4	8.4		4.1	5.6		0.5	
Litwa	17.8	33.0	23.2	10.5	10.7	12.0	9.1	1.2	1.1	0.8
Luksemburg	17.7	15.2	10.7	7.9	3.1	3.2	4.5	0.5	0.6	
Łotwa	16.5	31.7	23.0	11.1	10.8	12.4	8.9	1.2	1.0	0.9
Malta	15.4	25.0	19.9	11.7		4.9	7.2	0.6	0.6	

Kraj	Odsetek zgonów ogółem przypisanych do 10 wiodących czynników ryzyka w Polsce i państwach UE									
	Tytoń	Wysokie ciśnienie krwi	Wysoki cholesterol	Wysoki BMI	Alkohol	Niskie spożycie owoców i warzyw	Niska aktywność fizyczna	Zanieczyszczenia powietrza	Niebezpieczny seks	Ołów
Niemcy	18.3	25.9	15.1	9.9		4.1	5.9	0.6	0.7	
Portugalia	12.1	23.0	10.7	10.2	3.1	3.6	5.0	0.5	1.6	
Rumunia	16.3	31.8	14.4	13.9	12.4	7.1	6.6	2.1	1.2	1.3
Słowenia	19.7	17.8	12.1	10.0	6.5	3.6	5.1	0.5	0.8	
Szwecja	10.8	25.2	14.5	8.4		3.8	5.7	0.5	0.6	
Wlk. Brytania	24.4	19.4	13.3	8.0		4.0	5.5	0.6	0.6	

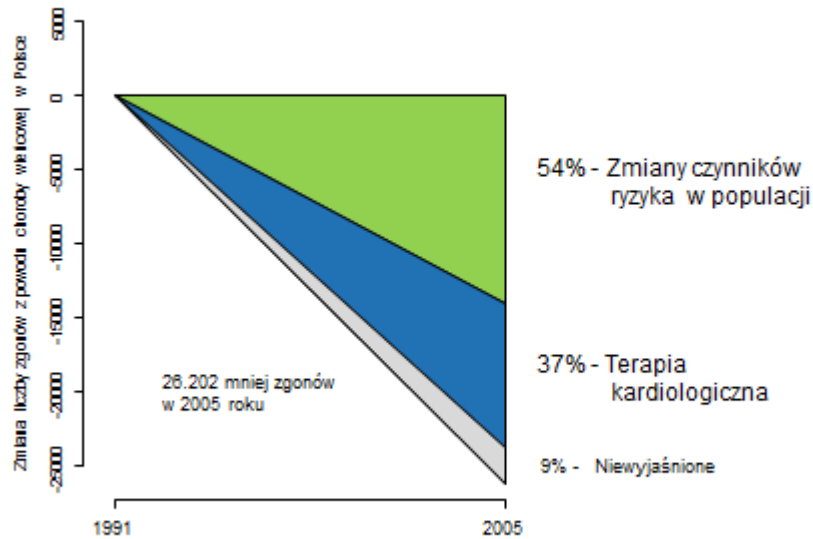
Źródło: Europejskie Biuro Regionalne WHO (30)

Nowoczesne terapie, które intensywnie wdrażano w Polsce, przyniosły 37% spadek umieralności z powodu choroby wieńcowej. Są to:

- nowoczesne procedury szpitalne w leczeniu zawału mięśnia sercowego i niestabilnej dusznicy bolesnej – 9%;
- profilaktyka wtórna po przebytych zawale mięśnia sercowego lub rewaskularyzacji – 6%;
- leczenie przewlekłej dusznicy (w tym rewaskularyzacja chirurgiczna) – 3%;
- leczenie farmakologiczne niewydolności mięśnia sercowego – 12%;
- terapia farmakologiczna nadciśnienia tętniczego – 2%;
- leczenie farmakologiczne hipercholesterolemii u pacjentów bez przebytego incydentu sercowo-naczyniowego – 3%.

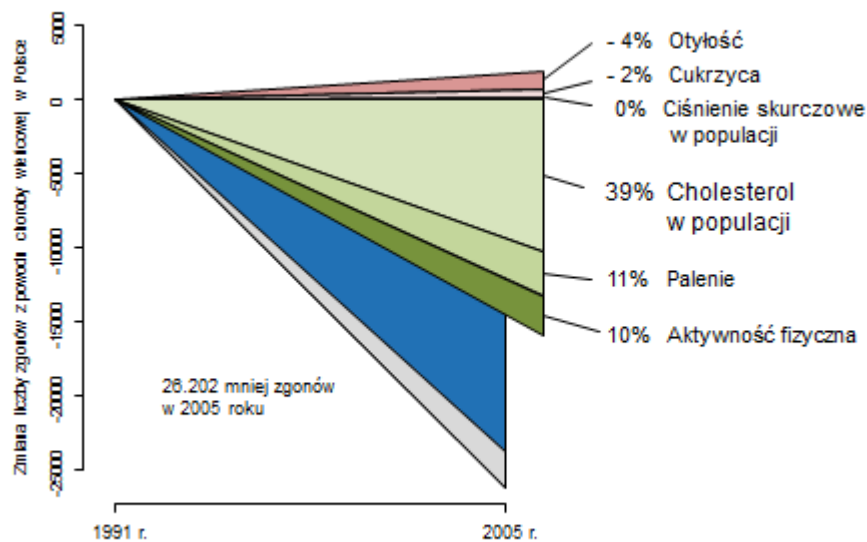
Przedwczesna umieralność z powodu chorób układu krążenia jest w Polsce prawie dwukrotnie wyższa niż w innych państwach Europy Zachodniej. Zasadniczą przyczynę tego zjawiska stanowią czynniki związane z zachowaniami indywidualnych osób – głównie sposobem odżywiania i paleniem. Istotną rolę odgrywa tutaj występujące w Polsce zróżnicowanie czynników społecznych warunkujących stan zdrowia (opisanych w pozostałych rozdziałach).

Ryc. 2.1. Przyczyny redukcji zgonów z powodu choroby wieńcowej w Polsce w okresie 1991–2005



Źródło: Bandosz P et al. (31)

Ryc. 2.2. Przyczyny redukcji zgonów z powodu choroby wieńcowej w Polsce w okresie 1991–2005 z analizą zmian poszczególnych czynników ryzyka w populacji



Źródło: Bandosz P et al. (31)

Dlatego też długookresowe polityki zdrowia powinny skupiać się na:

- dalszym obniżaniu średniego ciśnienia tętniczego w populacji (np. dzięki ograniczeniu spożycia soli poprzez wpływ na przemysł spożywczy i odpowiednią edukację społeczeństwa z użyciem nowoczesnego marketingu społecznego);
- dalszym obniżaniu średniego poziomu cholesterolu (np. poprzez ograniczenie dostępu do niezdrowych artykułów spożywczych w szkołach);
- dalszym eliminowaniu biernego palenia (np. poprzez wprowadzenie nowych ograniczeń prawnych i ich egzekwowanie).

Tego typu zmiany dają potencjalnie większe możliwości uratowania życia wielu osobom niż wydatki poniesione na leczenie chorób układu krążenia.

Większość czynników ryzyka jest silnie związanych ze stylem życia, a w szczególności z modelami konsumpcji. Indywidualne zachowania, takie jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu lub brak aktywności fizycznej, wpływają na stan zdrowia całej populacji i są kształtowane społecznie, dlatego sprzyjają powstawaniu nierówności społecznych w zdrowiu (2).

2.2. Wybrane, modyfikowalne czynniki ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych

Etiologia przewlekłych chorób niezakaźnych ma zazwyczaj charakter złożony i wieloczynnikowy. Z punktu widzenia profilaktyki chorób przewlekłych kluczowe okazują się tak zwane czynniki poddające się modyfikacji związane ze stylem życia (32). Do najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób przewlekłych w Polsce należą:

- palenie tytoniu;
- nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cholesterolu i podwyższony poziom glukozy we krwi;
- nadwaga i otyłość;
- niska aktywność fizyczna;
- niskie spożycie warzyw i owoców;
- nadmierne spożycie alkoholu.

Poniżej omówiono każdy z tych czynników.

2.2.1. Palenie tytoniu

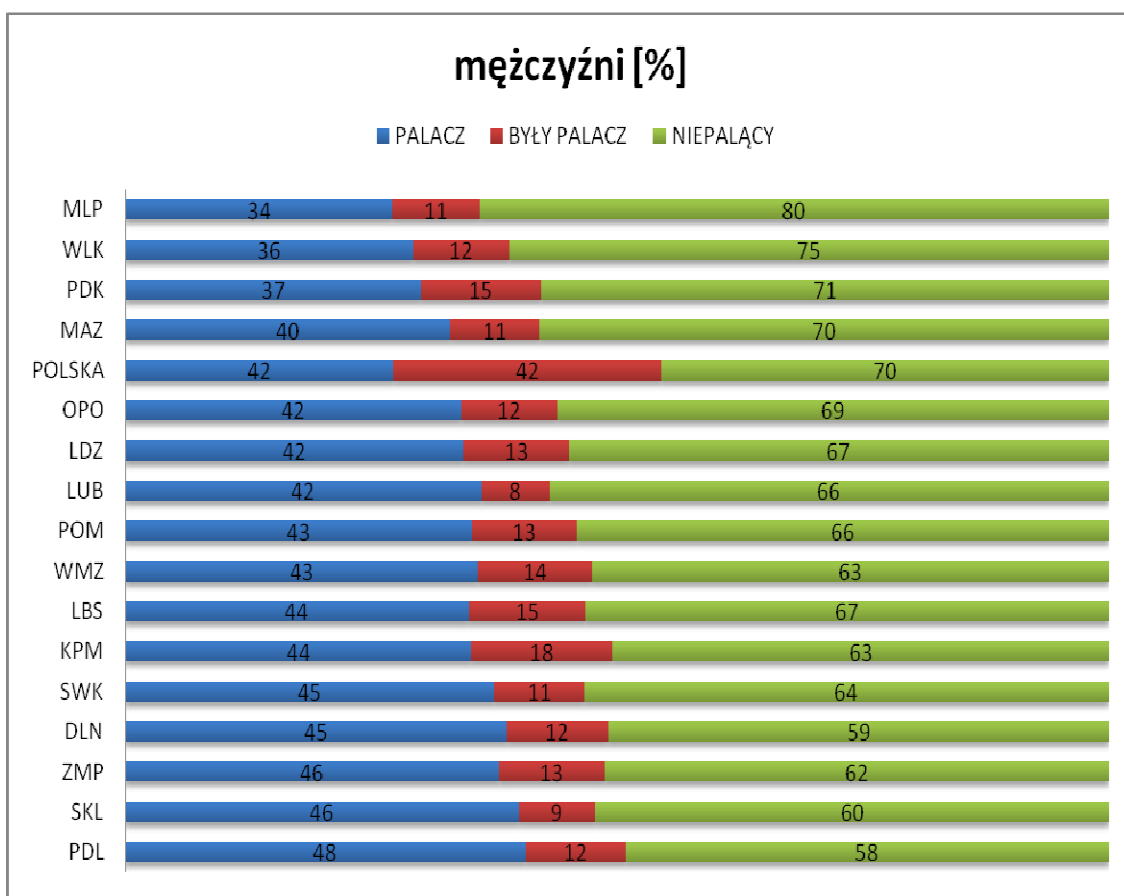
Palenie tytoniu powszechnie uważa się za najpoważniejszy poznany czynnik ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych, a w szczególności chorób układów krążenia i oddechowego oraz nowotworów. W społeczeństwach krajów uprzemysłowionych palenie papierosów jest główną usuwalną przyczyną zgonów, zwłaszcza przedwczesnych. Jak wskazują wyniki badań przeprowadzonych w 14 krajach europejskich, Polska należy do krajów o dużym nasileniu zjawiska nikotynizmu oraz o największej dynamice umieralności na choroby od-tytoniowe.

Analiza wyników Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ przeprowadzonego wśród ponad 14 tys. dorosłych Polaków w latach 2003–2005 wskazuje, że około 42% mężczyzn oraz 25% kobiet wypala więcej niż jednego papierosa dziennie (33). Obserwuje się istotne zróżnicowanie częstości palenia między poszczególnymi województwami – od 34% (woj. małopolskie) do 48% (woj. podlaskie) wśród mężczyzn oraz od 16% (woj. podkarpackie) do 34% (woj. warmińsko-mazurskie) wśród kobiet (ryc. 2.3 i 2.4).

Najwięcej mężczyzn pali w województwach podlaskim, śląskim, zachodniopomorskim (46–48%), a najmniej w małopolskim (34%) (ryc. 2.3).

W dziesięciu województwach pali ponad 25% kobiet, najczęściej w warmińsko-mazurskim, lubuskim i dolnośląskim (32–34%). Najrzadziej nałóg palenia wśród kobiet występuje w województwach podkarpackim oraz małopolskim (20%) (ryc. 2.4).

Ryc. 2.3. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród mężczyzn w poszczególnych województwach



MLP – małopolskie, WKL – wielkopolskie, PDK – podkarpackie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, LDZ – łódzkie, LUB – lubelskie, POM – pomorskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, LBS – lubuskie, KPM – kujawsko-pomorskie, SWK – świętokrzyskie, DLN – dolnośląskie, ZPM – zachodniopomorskie, SKL – śląskie, PDL – podlaskie

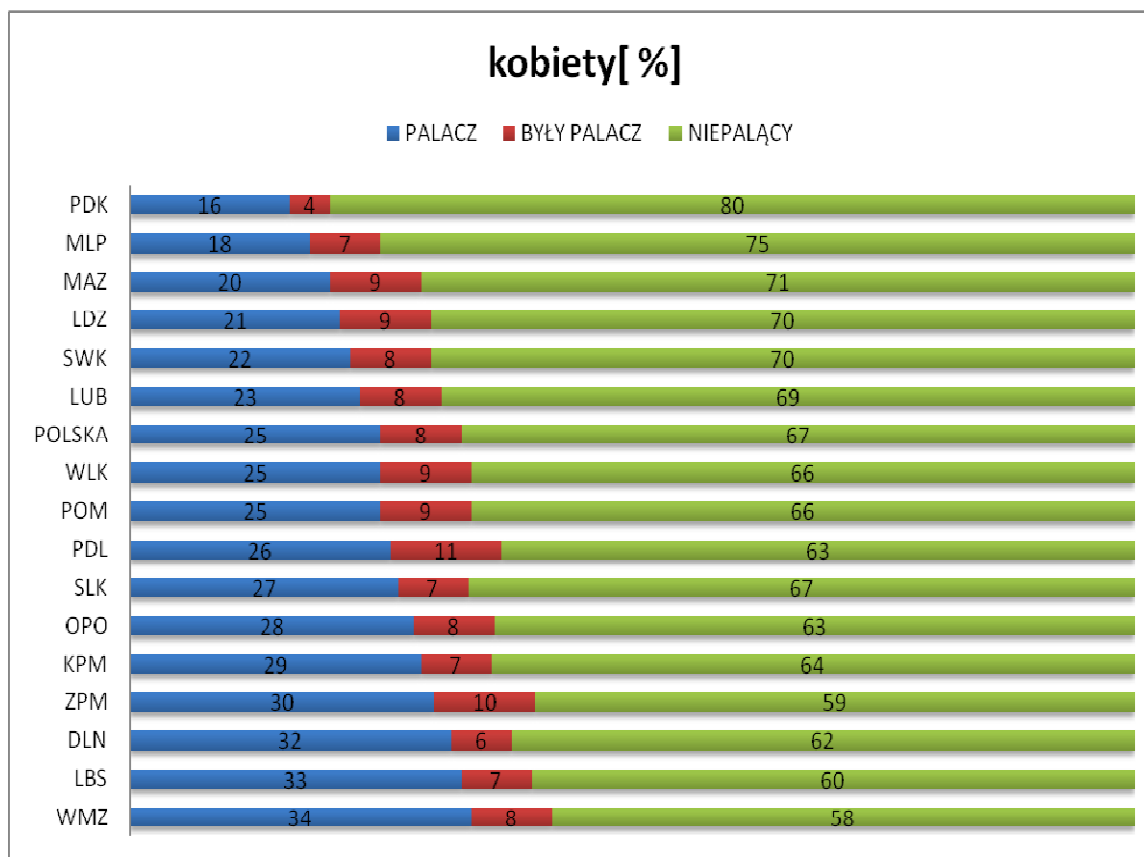
Źródło: w oparciu o dane WOBASZ (33)

Biedniejsi znacznie częściej niż bogaci zapadają na choroby związane z paleniem tytoniu i częściej z ich powodu przedwcześnie umierają. Nie są w stanie wyjść z błędnego koła biedy i chorób. Chociaż zagrożenia związane ze spożyciem tytoniu nie podlegają żadnym granicom społeczno-ekonomicznym, epidemia spożycia tytoniu uderza najmocniej w te gospodarstwa i państwa, które są najbiedniejsze.

Analiza danych uzyskanych w trakcie badania przeprowadzonego przez GUS wśród dorosłej populacji Polski w 2004 r. wykazała, że istnieje zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a rozpowszechnieniem palenia wśród zarówno mężczyzn, jak i kobiet (ryc. 2.5). Standaryzowany odsetek kobiet w wieku 20 lat lub więcej aktualnie palących w grupie z wyższym wykształceniem był najniższy i wynosił 16%, w grupie z wykształceniem średnim i policealnym 21%, w grupie z wykształceniem zasadniczym zawodowym sięgał 27%, a najwyższy był w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym – wynosił 33%. Wśród

mężczyzn aktualne palenie tytoniu najwięcej, bo 51% mężczyzn, deklarowało w grupie z wykształceniem podstawowym oraz odpowiednio 43%, 30%, 21% w grupach z wykształceniem zasadniczym zawodowym, średnim i policealnym oraz wyższym.

Ryc. 2.4. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród kobiet w poszczególnych województwach

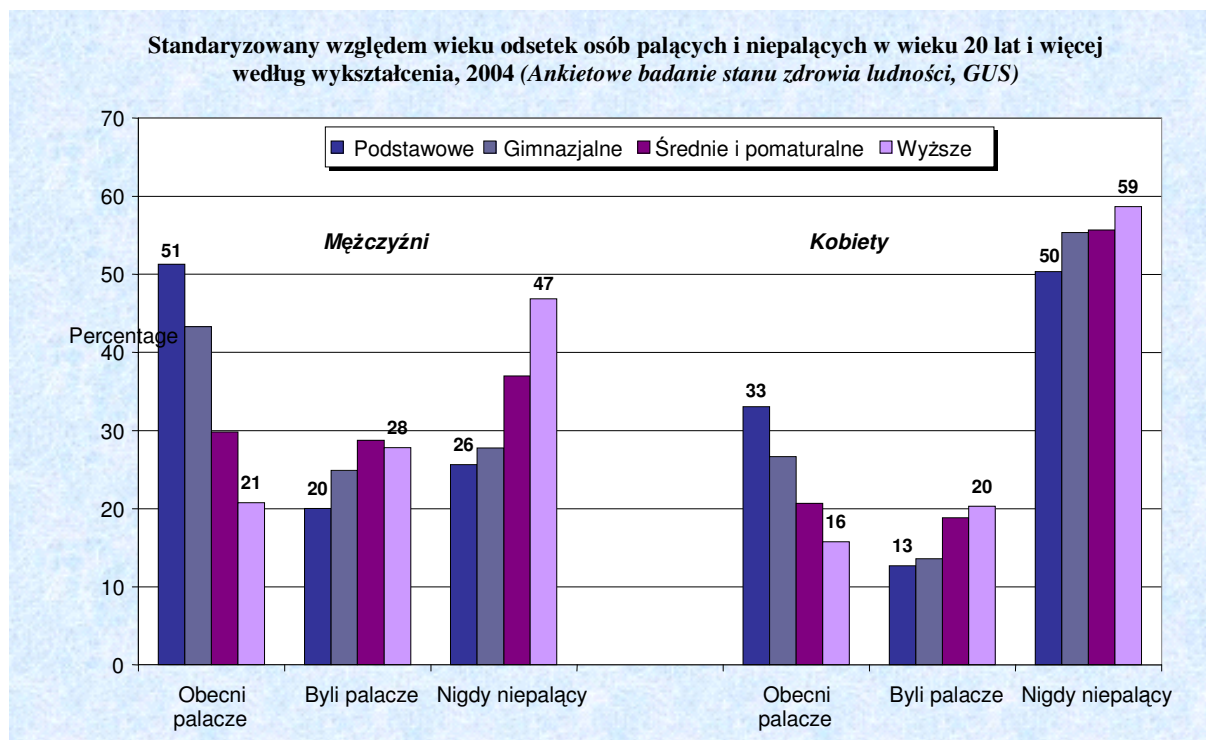


PDK – podkarpackie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, LDZ – łódzkie, SWK – świętokrzyskie, LUB – lubelskie, WKL – wielkopolskie, POM – pomorskie, PDL – podlaskie, SKL – śląskie, OPO – opolskie, KPM – kujawsko-pomorskie, ZPM – zachodniopomorskie, DLN – dolnośląskie, LBS – lubuskie, WMZ – warmińsko-mazurskie

Źródło: w oparciu o dane WOBASZ (33)

Podobnie analiza czynników determinujących palenie tytoniu przeprowadzona na reprezentatywnej grupie mieszkańców województwa łódzkiego w wieku produkcyjnym wykazała, że istotnie częściej paliły osoby z małej gminy niż z gminy liczącej powyżej 40 tys. mieszkańców (34). Ryzyko palenia papierosów było mniejsze dla osób po 64 roku życia. Istotnie częściej palili mężczyźni z wykształceniem podstawowym/zawodowym niż osoby posiadające wyższe wykształcenie oraz kobiety rozwiedzione i wdowy. Wśród mężczyzn ryzyko palenia papierosów było większe przy niskim dochodzie na członka rodziny.

Ryc. 2.5. Standaryzowany względem wieku odsetek osób palących i niepalących w wieku 20 lat i więcej według wykształcenia



Źródło: opracowanie własne B. Wojtyński (obliczenia na podstawie ankietowego badania stanu zdrowia ludności GUS)

Związek między rozpowszechnieniem palenia tytoniu a miejscem zamieszkania i poziomem wykształcenia potwierdziły wyniki badania dotyczącego używania tytoniu przez osoby dorosłe (Global Adults Tobacco Survey, GATS) przeprowadzonego w Polsce w latach 2009–2010 na reprezentatywnej próbie 14 tys. gospodarstw domowych. Wyniki badania wskazują, że pali 36,9% dorosłych mężczyzn, 24,4% dorosłych kobiet i 30,3% wszystkich dorosłych. W przeciwieństwie do badania GUS z 2004 r., najwyższy odsetek użytkowników tytoniu odnotowano wśród osób z wykształceniem zawodowym. Poza tym odsetek dorosłych użytkowników wyrobów tytoniowych był wyższy w miastach (31,9%) niż na wsiach (26%) (35).

2.2.2. Cholesterol, nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom glukozy we krwi

W 2002 r. w Polsce dokonano oceny rozpowszechnienia głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych na podstawie badań obejmujących reprezentatywną próbę dorosłych mieszkańców kraju. Z badań tych wynika, że najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka są zaburzenia lipidowe (stwierdzono u ponad połowy dorosłych) oraz nadciśnienie tętnicze. Ocenia się, że w Polsce 8,6 mln. dorosłych choruje na nadciśnienie tętnicze, a

prawie 9 mln. osób ma wysokie prawidłowe ciśnienie krwi. Ważnym czynnikiem ryzyka jest także cukrzyca, szczególnie typu 2. Szacuje się, że liczba chorych na nią wzrośnie dwukrotnie w latach 2005–2030. Obecnie rozpowszechnienie cukrzycy w populacji dorosłych wynosi prawie 6% (ok. 1,8 mln osób).

Nadciśnienie tętnicze stanowi jeden z głównych niezależnych czynników ryzyka choroby wieńcowej, udaru mózgu, niewydolności serca, miażdżycy tętnic obwodowych i niewydolności nerek, zaś leczenie hipotensyjne istotnie zmniejsza ryzyko powikłań. Metaanaliza Collinsa i MacMahona wykazała, że terapia nadciśnienia tętniczego i redukcja ciśnienia rozkurczowego o 5–6 mm Hg zmniejsza ryzyko udaru mózgu o 38%, zaś incydentów sercowo-naczyniowych o 16% (Metaanaliza Collinsa i MacMahona) (36).

Wyniki badania mieszkańców 400 małych miast w Polsce potwierdziły silny wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na wskaźniki zdrowotne. Największe znaczenie dla zdrowia, oprócz wieku, miało wykształcenie. Natomiast wysoki dochód w tym wypadku nie okazał się czynnikiem pozytywnie wpływającym na wskaźniki zdrowotne. Wprawdzie wiązał się z minimalnym pozytywnym wpływem na nadciśnienie tętnicze, ale także z wyraźnie podwyższonym poziomem glukozy i cholesterolu oraz zwiększonym obwodem talii.

Łącznie badane czynniki społeczno-ekonomiczne wyjaśniają 14,4% zmienności w poziomie cholesterolu całkowitego, 34,0% zmienności w poziomie ciśnienia tętniczego krwi i 13,3% zmienności w poziomie glukozy. Wysokie poziomy zmienne: wsparcie społeczne, miejsce zamieszkania i wykształcenie są powiązane z niskim poziomem cholesterolu, ciśnienia tętniczego i glukozy. Natomiast wysokie poziomy zmienne: depresja i wiek są powiązane z wysokimi poziomami trzech wcześniej wymienionych czynników ryzyka.

Analiza ogólnych efektów w formie standaryzowanej pokazuje, że w modulowaniu poziomu cholesterolu najważniejszą rolę odgrywają wiek i stan cywilny osoby, następnie płeć, wykształcenie, dochód i miejsce zamieszkania. Zmienne: depresja i wsparcie społeczne wydają się nie mieć wpływu na poziom cholesterolu.

Na poziom **ciśnienia tętniczego** krwi największy wpływ mają wiek i płeć, a następnie wykształcenie, stan cywilny i wsparcie społeczne. Pozostałe zmienne społeczno-demograficzne, czyli depresja i dochód, wywierają jedynie minimalny wpływ na poziom ciśnienia tętniczego.

Poziom glukozy we krwi zależy w największym stopniu od wieku i płci, potem od wykształcenia i dochodu. Depresja, wsparcie społeczne, miejsce zamieszkania i stan cywilny wywierają minimalny wpływ na poziom glukozy.

Biologiczne mechanizmy wpływu statusu społeczno-ekonomicznego na parametry zdrowia są wciąż w wielu punktach niejasne.

2.2.3. Nadwaga i otyłość

Nadwaga i otyłość należą do czynników ryzyka zwiększonej zachorowalności i umieralności w zakresie wielu chorób przewlekłych, a w szczególności chorób układu krążenia, nowotworów oraz cukrzycy. Ponadto istotnie przyczyniają się do rozwoju chorób układu ruchu o etiologii przeciążeniowej. Nadwadze i otyłości często towarzyszą nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia metaboliczne, jak np. hiperlipidemia czy hiperglikemia. Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie ma wyraźny związek z występowaniem określonych powikłań, a szczególnie niekorzystna jest otyłość typu brzuszego. Szacuje się, iż w Europejskim Regionie WHO 150 mln osób dorosłych oraz 15 mln dzieci spełnia kryteria rozpoznania otyłości (37).

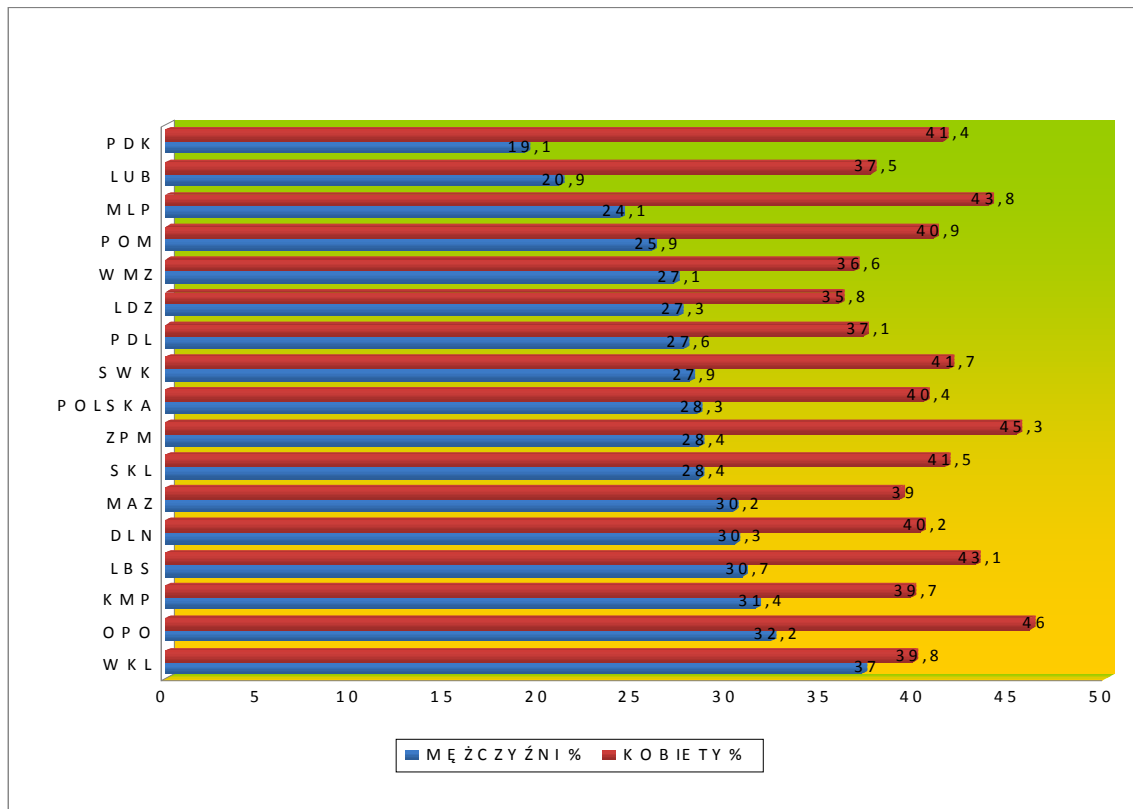
Aktualnie w Polsce odsetek osób z prawidłową masą ciała jest wyższy wśród kobiet (49,7%) niż wśród mężczyzn (38,4%). Nadwaga ($BMI\ 25-29, 9\ kg/m^2$) dotyczy 40,4% mężczyzn oraz 27,9% kobiet, natomiast rozpowszechnienie otyłości ($BMI \geq 30\ kg/m^2$) jest zbliżone u obu płci (20,6% mężczyzn oraz 20,2% kobiet). Istnieją również znaczne różnice w występowaniu otyłości, w tym także otyłości brzusznej, w poszczególnych województwach.

Częstość występowania otyłości wśród mężczyzn jest dwukrotnie większa w województwie wielkopolskim niż małopolskim (28,2% vs 14,2%). Najwięcej kobiet z otyłością odnotowano w województwie opolskim (24%), a najmniej na Podkarpaciu (16,1%) (ryc. 2.6).

Wśród kobiet objętych badaniem GUS w 2004 r. standaryzowany odsetek kobiet z nadwagą lub otyłością był największy w grupie badanych z wykształceniem podstawowym (36%), a najniższy wśród kobiet z wykształceniem wyższym (21%). Natomiast wśród mężczyzn różnice te nie były tak istotne (ryc. 2.7). Także w badaniu przeprowadzonym na losowo wybranej grupie pracowników w Łodzi wyższy poziom wykształcenia oraz wyższy status społeczno-ekonomiczny wiązały się z niższym ryzykiem wystąpienia nadmiernej masy ciała u uczestników badania (38). Wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet poziom wykształcenia był

zdecydowanie powiązany z BMI. U mężczyzn z wykształceniem podstawowym ryzyko wystąpienia nadwagi lub otyłości było prawie trzykrotnie wyższe niż u mężczyzn z wykształceniem wyższym. Wśród kobiet z wykształceniem podstawowym ryzyko wystąpienia nadwagi lub otyłości było ponad pięciokrotnie wyższe niż u kobiet z wykształceniem wyższym. W grupie mężczyzn o najniższym poziomie przychodów miesięcznych na członka rodziny ryzyko BMI > 25 (kg/m²) było prawie dwukrotnie wyższe niż u mężczyzn, których miesięczny przychód przekraczał 250 euro. W grupie kobiet o najniższym poziomie przychodów miesięcznych na członka rodziny ryzyko BMI > 25 (kg/m²) było wyższe niż u kobiet, których miesięczny przychód przekraczał 250 euro.

Ryc. 2.6. Rozpowszechnienie otyłości brzusznej według województw



PDK – podkarpackie, LUB – lubelskie, MLP – małopolskie, POM – pomorskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, LDZ – łódzkie, PDL – podlaskie, SWK – świętokrzyskie, ZPM – zachodniopomorskie, SKL – śląskie, MAZ – mazowieckie, DLN – dolnośląskie, LBS – lubuskie, KPM – kujawsko-pomorskie, OPO – opolskie, WKL – wielkopolskie

Źródło: w oparciu o dane WOBASZ (39)

W Europie szczególnie niepokojące są trendy narastania otyłości pośród młodzieży oraz młodszych dzieci, których liczba wzrosła dziesięciokrotnie na przestrzeni ostatnich czterdziestu lat. W Polsce nadwagę stwierdza się u 8,5%, a otyłość u 4,5% dzieci w wieku

13–15 lat, przy czym 2/3 tej grupy stanowią dziewczęta. Nadmiar masy ciała częściej występuje w województwach podlaskim i pomorskim, a najrzadziej w województwie kujawsko-pomorskim.

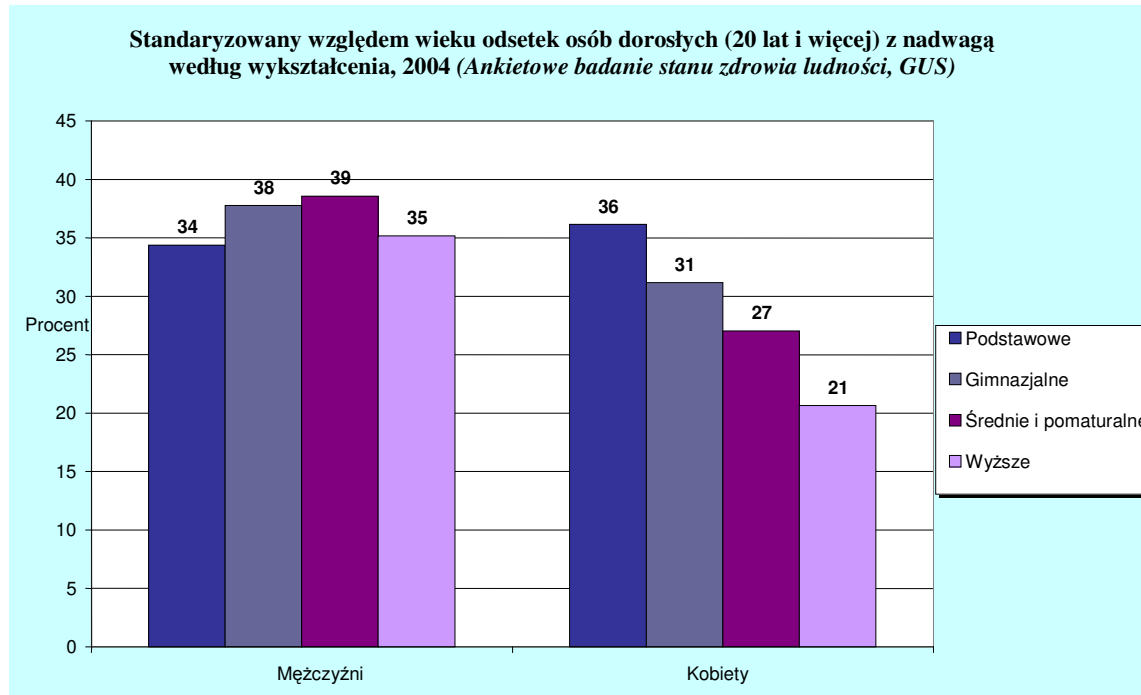
2.2.4. Niski poziom aktywności fizycznej

Niski poziom aktywności fizycznej jest w krajach uprzemysłowionych jednym z najbardziej rozpowszechnionych czynników zagrożenia chorobami układu krążenia, nowotworami, cukrzycą oraz chorobami układu ruchu (40). Opublikowane ostatnio metaanalizy kilkudziesięciu najlepszych badań epidemiologicznych wskazują, że regularny wysiłek fizyczny może obniżyć nawet o około 30% ryzyko umieralności ogólnej.

W Polsce, zgodnie z wynikami badania WOBASZ, 35% populacji (37% kobiet i 32% mężczyzn) nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych trwających minimum 30 minut dziennie w czasie wolnym od pracy i nauki. Mała aktywność fizyczna w dalszym ciągu należy w Polsce do najbardziej rozpowszechnionych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz innych chorób przewlekłych. Wyniki uzyskane w ramach projektu WOBASZ wskazują na istotne różnice w poziomach aktywności fizycznej wśród różnych grup demograficznych i społeczno-ekonomicznych (41). Kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały prowadzenie siedzącego trybu życia, zarówno w odniesieniu do pracy zawodowej, jak i czasu wolnego. Znaczącym czynnikiem jest także wiek.

Brak aktywności ruchowej najczęściej obserwowano wśród osób w wieku powyżej 65 roku życia, a wynik ten był znacznie wyższy niż wśród seniorów pochodzących z niektórych krajów europejskich czy USA (30%). Brak ruchu w czasie wolnym jest mniej prawdopodobny wśród osób poniżej 35 roku życia, osób z wykształceniem wyższym oraz mieszkańców obszarów wiejskich. Najniższy poziom aktywności ruchowej w czasie wolnym, w pracy oraz w trakcie dojazdów z i do miejsca pracy został potwierdzony wśród mieszkańców dużych aglomeracji miejskich. Wyniki te są zbieżne z poprzednio opublikowanymi raportami w tym zakresie i potwierdzają, że stopień urbanizacji wpływa na zachowania związane ze stylem życia.

Ryc. 2.7. Standaryzowany względem wieku odsetek osób dorosłych (20 lat i więcej) z nadwagą według wykształcenia, 2004 r.



Źródło: opracowanie własne B. Wojtyniak (obliczenia na podstawie ankietowego badania stanu zdrowia ludności GUS)

W Polsce pod względem społecznym wciąż utrzymują się rozbieżności, które mogą odzwierciedlać różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn na rynku pracy. Długotrwałe bezrobocie dotyka o wiele częściej kobiety (4,5%) niż mężczyzn (3,5%). Przebieg kariery zawodowej kobiet jest krótszy, wolniejszy i wiąże się z niższym wynagrodzeniem, co wpływa na większe narażenie kobiet na ubóstwo, zwłaszcza tych, które przekroczyły 65 rok życia (21%, czyli o pięć punktów procentowych więcej niż w przypadku mężczyzn).

Różnica w poziomie zatrudnienia mężczyzn i kobiet wynosiła w 2007 r. 13%, odsetek zatrudnionych kobiet (w wieku 15–64 lata) wynosił 50,6%, a mężczyzn – 63,6%. Różnica ta pogłębia się w starszych grupach wieku (55–64) i wynosi 22% (42, 43). Ponadto różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn mogą się utrzymywać we wszystkich innych aspektach, jakości pracy, takich jak godzenie życia zawodowego z życiem prywatnym, organizacja pracy, która nie w pełni wykorzystuje kompetencje, czy aspekty zdrowia i bezpieczeństwa pracy. Świadczy o tym znaczny spadek stopy zatrudnienia kobiet mających dzieci (średnio o 13%). Stopa zatrudnienia kobiet mających dzieci wynosi jedynie 60,8%, zaś mężczyzn w tej samej sytuacji 88%. Ponad trzy czwarte zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy to kobiety (76,5%), czyli jedna kobieta na trzy, w porównaniu z jednym mężczyzną na

dziesieciu. Rowniez wiecej kobiet pracuje na podstawie umow na czas okreslony. Luka miedzy placami kobiet i męzczyzn w Polsce jest stosunkowo niewielka. W 2006 r. miesieczne wynagrodzenia kobiet (w przeliczeniu na pelen etat) byly nizsze przecietnie o 12% niz wynagrodzenia męzczyzn. Odnotowuje sie wysokie rozbieznosci w zarobkach kobiet i męzczyzn przede wszystkim w gornej czesci rozkladu wynagrodzen. Faktycznie, o ile miesieczne place 10% najnizej zarabiajacych pracownikow w obu grupach sa porownywalne, to roznice w gornym decylu rozkladu (tj. wzrod najlepiej zarabiajacych 10%) przekraczaja 20%. Warto dodac, ze istotne roznice w gornym decylu rozkladu wynikaja w duzej mierze z niedoreprezentowania kobiet na najlepiej wynagradzanych stanowiskach kierowniczych. W 2006 r. kobiety stanowiły niewiele ponad 35% kierownikow wysokiego szczebla w firmach. Zrodlem kilkunastoprocentowych roznic w wynagrodzeniach miedzy męzczyznami i kobietami (po uwzglednieniu czasu pracy) moga byc odmienne poziomy wyksztalcenia i kapitału ludzkiego tych grup, roznice w obserwowalnych charakterystykach wplywajacych na indywidualna produktywnosc (np. wiek, staz pracy), ale i nieobserwowalnych (motywacja do pracy, wysilek), roznice w charakterystykach miejsca pracy, a takze „czysta dyskryminacja”, czyli roznice w placach kobiet i męzczyzn o identycznych charakterystykach indywidualnych i miejsca pracy. Przecietny wiek opuszczania rynku pracy przez kobiety w 2006 r. wynosil 57 lat, a wzrod męzczyzn – 62 lata. Polska jest wiec krajem, w ktorym wzglednie wiele kobiet uczestniczy w rynku pracy, bedac w sile wieku, lecz zarazem kobiety w Polsce najszybciej (wzrod krajow europejskich) i wyraznie przed ustawowym wiekiem emerytalnym wycofuja sie z rynku pracy, co przeklada sie na bardzo niska podaz pracy i zatrudnienie osob w wieku przedemerytalnym (44).

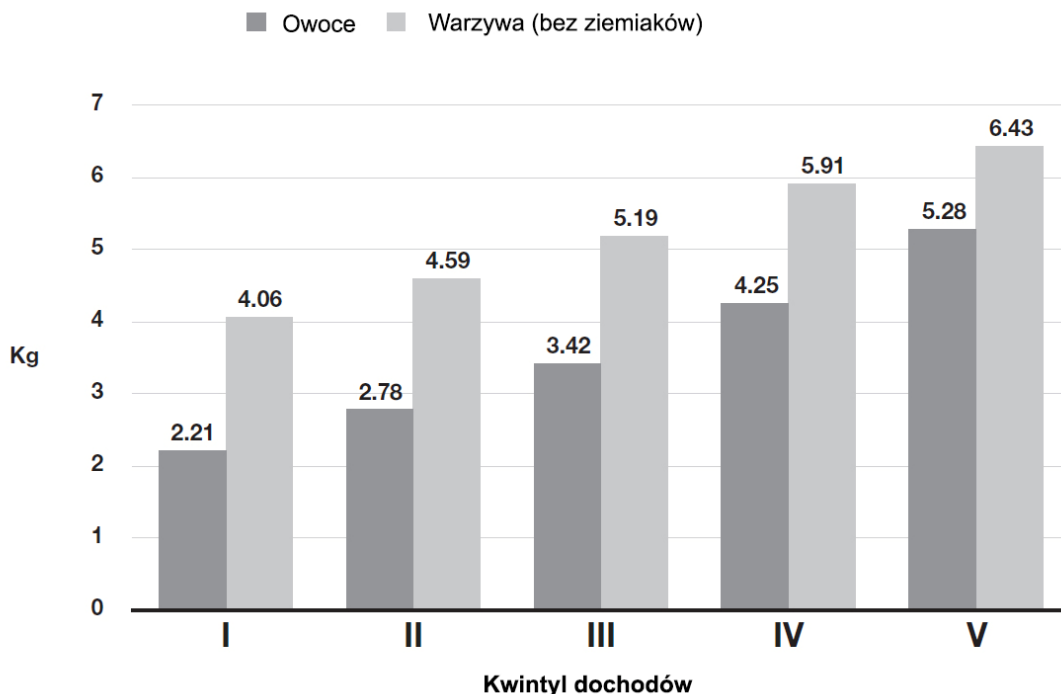
2.2.5. Sposob odzywiania

Sposob odzywiania jest jednym z najwazniejszych czynnikow determinujacych stan zdrowia spolecznostwa. W swietle aktualnej wiedzy nieprawidlowa dieta w istotnym stopniu przyczynia sie do rozwoju oraz stopnia zaawansowania chorob dietozaleznych, takich jak choroby ukladu sercowo-naczyniowego, rozne rodzaje nowotworow, otylosc, cukrzyca czy osteoporoza (45).

Ocena sposobu odzywiania przeprowadzona na podstawie szczegolowych kwestionariuszy zywniowych wykazala, ze przecietna dieta doroslych mieszkancow Polski znacznie odbiega od miedzynarodowych rekomendacji (46). Przede wszystkim zwraca uwage wysoka

aterogenność diety wynikająca z nadmiernego spożycia tłuszczów pochodzenia zwierzęcego. Niepokojąca okazuje się także niedostateczna zawartość składników mineralnych w diecie, a zwłaszcza wapnia, magnezu oraz witaminy B₁. Niedobór szeregu minerałów może wynikać z niskiego spożycia produktów zbożowych i mlecznych. Jako zadowalającą należy także uznać wielkość codziennego spożycia warzyw i owoców, gdyż w większości województw przekracza ona minimalną zalecaną wielkość 400 g dziennie. Według danych GUS, istnieje silna zależność między poziomem dochodów a średnim spożyciem warzyw i owoców na osobę w miesiącu (ryc. 2.8).

Ryc. 2.8. Średnia wielkość spożycia owoców i warzyw na osobę w miesiącu według gospodarstw domowych i kwintyla dochodów, 2008 r.



2.2.6. Spożycie alkoholu

Od końca lat dziewięćdziesiątych XX w. istotnie zmieniła się w naszym kraju struktura spożywanych alkoholi. Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), w 2007 r. spożycie piwa (w przeliczeniu na jednego mieszkańca) wyniosło 93,4 litra; wina i miodów pitnych – 8,6 litra; zaś wódki i innych wysokoprocentowych alkoholi (w przeliczeniu na 100%) – około 3,0 litra (48). Z rocznych sprawozdań PARPA wynika, że w ostatnich kilkunastu latach spożycie 100% alkoholu na

jednego mieszkańca w Polsce wzrosło o 2,69 litra z 6,52 w 1993 r. do 9,21 litra w roku 2007. Mężczyźni piją średnio 4,5 razy więcej alkoholu niż kobiety (49). Największe spożycie alkoholu odnotowuje się w grupie 30–39 lat i 40–49 lat, wśród mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym, bezrobotnych, pracowników niewykwalifikowanych, mieszkających w miastach od 50 do 500 tys. mieszkańców. Natomiast wśród kobiet największe spożycie alkoholu odnotowuje się w grupie wieku 18–29 lat i 30–39 lat, w grupie kobiet niezamężnych, wśród kobiet legitymujących się wyższym wykształceniem, mieszkanki miast powyżej 50 tys. mieszkańców, kobiet będących gospodyniami domowymi oraz pracownic umysłowych bez wyższego wykształcenia.

W populacji młodzieży skokowy wzrost konsumpcji alkoholu miał miejsce w ciągu dekady 1984–1994.

2.3. Przewlekłe choroby niezakaźne – działania profilaktyczne

Zapobieganie chorobom przewlekłym o najpoważniejszych implikacjach zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych ma w wielu krajach stosunkowo długą historię.

Skutecznymi działaniami w tej dziedzinie mogą się poszczycić Wielka Brytania, Kanada oraz kraje skandynawskie, a także Finlandia (50). W Polsce również podejmuje się wiele działań mających na celu walkę z chorobami niezakaźnymi.

Najlepsze doświadczenia tych krajów, szczególnie Projektu Północnej Karelii (North Karelia Project), zostały wykorzystane w opracowaniu o realizacji Programu Zintegrowanej Profilaktyki Przewlekłych Chorób Niezakaźnych Światowej Organizacji Zdrowia (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme, CINDI WHO) (50). Do najbardziej znanych inicjatyw programu CINDI w Polsce należą: ogólnopolska kampania antytytoniowa „Rzuć Palenie i Wygraj” (Quit & Win) oraz pierwsza w Polsce narodowa kampania aktywności fizycznej „Postaw Serce na Nogi” (Revitalize Your Heart) (52). Wśród najbardziej aktywnych w realizacji Programu obszarów demonstracyjnych należy wymienić Łódź, Toruń, Chorzów, Ostrów Wielkopolski, Kalisz, Cieszyn, Chojnice i Rawę Mazowiecką.

Programy zdrowia publicznego finansowane zarówno z budżetu centralnego, jak i w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, odnoszą się w ogromnej części do działań związanych z redukowaniem czynników ryzyka chorób niezakaźnych i promocji zdrowia. Wiele

programów jest nakierowanych na jeden główny czynnik ryzyka (np. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy program ograniczenia następstw palenia tytoniu), przedmiotem zainteresowania innych jest konkretna grupa chorób, a tym samym kilka czynników ryzyka (np. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych) (tab. 2.2). Niemniej żaden z nich nie uwzględnia wielu aspektów dotyczących czynników społecznych warunkujących stan zdrowia, ich powstawania i utrzymywania się. Także planowane działania określone w programach nie są nakierowane na zmniejszanie różnic w zdrowiu wewnątrz populacji polskiej. Wyjątek stanowią Narodowy Program Zdrowia (NPZ) 2007–2015 oraz Polski Projekt 400 miast (PP400M) realizowany w ramach Narodowego Programu Profilaktyki Chorób Sercowo-Naczyniowych POLKARD.

Tab. 2.2. Programy i czynniki ryzyka chorób niezakaźnych objętych działaniami programów finansowanych ze źródeł publicznych

Programy	1 Tytoń	2 Alkohol	3 Dieta uboga w warzywa i owoce	4 Niska aktywność fizyczna	5 Wysokie ciśnienie krwi	6 Wysoki poziom cholesterolu	7 Otyłość i nadwaga	8 Wysoki poziom glukozy we krwi	Odniesienie do społecznych determinantów zdrowia
Program ograniczenia następstw palenia tytoniu	X								
Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006–2010		X							
Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej			X	X			X		
Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD	X		X	X	X	X	X	X	X
Program badań przesiewowych populacji w kierunku nadciśnienia tętniczego	X				X				
Program prewencji i leczenia cukrzycy								X	

Źródło: na podstawie: Wojtyniak B, Goryński P. (53)

NPZ 2005–2015 jest narodową strategią zdrowia publicznego, która jako główny cel ustanawia poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

W ostatnich latach realizowane były dwa programy: Narodowy Program Ochrony Serca oraz Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu na lata 1993–2001. Ich główne założenie sprowadzało się do zahamowania niekorzystnej dynamiki umieralności z powodu chorób układu krążenia oraz poprawy dostępności świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Jako kontynuację tych programów w 2002 r. grupa ekspertów powołana przez Ministerstwo Zdrowia opracowała Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD (54). Głównym celem programu były: utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce, co najmniej na poziomie obserwowanym w latach 1990–2000, a także redukcja do 2012 r. umieralności u osób poniżej 65 roku życia o 30%. Ponadto POLKARD realizowano między innymi w 400 małych miastach do 8000 mieszkańców, rozproszonych w obrębie 12 województw. Te miejscowości położone są z dala od dużych miast, a ich mieszkańcy od lat borykają się z licznymi problemami ekonomicznymi, którym towarzyszą niekorzystne wskaźniki zdrowotne (5).

Kolejnym ważnym przedsięwzięciem w zakresie epidemiologii i profilaktyki chorób przewlekłych jest badanie NATPOL III PLUS – program wdrożony w 2002 r. (55). Badaniem, przeprowadzonym jednocześnie w 300 różnych placówkach na terenie kraju, objęto reprezentatywną grupę 3051 osób w wieku 18–94 lata.

W przyszłości programy profilaktyki przewlekłych chorób cywilizacyjnych nie powinny ograniczać się jedynie do stosowania bardziej skutecznych badań przesiewowych. Powinny również odnosić się do społecznych nierówności w zdrowiu. Ze względu na znaczące zróżnicowanie obciążenia chorobami przewlekłymi i występowanie czynników ryzyka w Polsce za priorytet należałoby uznać przeprowadzenie pogłębionej analizy przyczyn obserwowanego zróżnicowania, a następnie wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych, które byłyby w równym stopniu dostępne i dostosowane do potrzeb wszystkich grup demograficznych i społeczno-ekonomicznych. Dlatego wykonanie analizy uwarunkowań społecznych nierówności w zdrowiu powinno stanowić jedno z

najważniejszych zadań dla krajowych baz danych i statystyki. Niestety, obecnie stosowane w Polsce metody koncentrują się głównie na zbieraniu, analizie i publikacji danych z punktu widzenia ogólnego stanu zdrowia ludności i bez uwzględnienia charakterystyki społeczno-ekonomicznej. W świetle podstawowych wymogów i istniejących barier wydaje się, że należy przeprowadzić szereg prac w celu domknięcia luki w badaniach dotyczących społecznych nierówności w zdrowiu. Dla wskazania czynników społecznych warunkujących nierówności zdrowotne jednym z możliwych projektów byłoby przeprowadzenie ponownej analizy dużego zestawu danych w tym obszarze z badań, które istnieją, lecz nie były dotychczas wykorzystane lub opublikowane. Drugą opcją byłoby opracowanie pełnego programu nowych badań, obejmującego nie tylko czynniki dotyczące płci, ale również między innymi czynniki społeczne warunkujące stan zdrowia.

Istotnymi barierami dla realizacji tych celów są ograniczony dostęp do baz danych i brak środków finansowych na działanie systemu monitorowania stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych ludności i ich uwarunkowań w Polsce.

Ponadto najtrudniejszym problemem do pokonania jest spowodowanie, by działania zapobiegawcze nie miały charakteru akcyjnego, jak np. projekt WOBASZ czy inne inicjatywy tego rodzaju, tylko były stopniowo wbudowywane w istniejące systemy społeczne. Pozwoliłoby to zapewnić odpowiednie warunki do systematycznego, trwałego działania na rzecz poprawy stanu zdrowia. Konieczne wydaje się także stworzenie platformy informacyjnej dostarczającej danych na temat przeprowadzonych programów profilaktycznych i ewaluacji ich skuteczności. Ważne jest zapewnienie dostępu osobom odpowiedzialnym za tworzenie polityk mających wpływ na zdrowie, naukowcom i samorządowcom przykładów dobrych praktyk o udowodnionej skuteczności, które po stosownej modyfikacji mogłyby być wdrażane lub wykorzystywane jako punkt wyjścia w nowo przygotowywanych programach profilaktycznych.

Doświadczenie wielu krajów dowodzi, że chcąc doprowadzić do ograniczenia występowania głównych czynników ryzyka, a w konsekwencji do zmniejszenia rozpowszechnienia chorób przewlekłych i umieralności, należy połączyć działania wielu sektorów, czyli opieki zdrowotnej, władz centralnych i regionalnych, organizacji społecznych, mediów i całego społeczeństwa. Biorąc pod uwagę przykłady skutecznych programów prewencji realizowanych w innych krajach, zauważamy, że więcej uwagi należy poświęcić

kompleksowym, wielokierunkowym i wielosektorowym programom realizowanym przy aktywnym zaangażowaniu wspomnianych podmiotów.

Istnieje wyraźna potrzeba opracowania nowych – lub wdrożenia już przygotowanych – długookresowych krajowych programów ukierunkowanych na problemy otyłości, cukrzycy i innych zaburzeń metabolicznych i koncentrujących się na społeczno-ekonomicznych nierównościach w zdrowiu. Nowe programy profilaktyczne powinny mieć zapewnione stabilne i stałe finansowanie bez względu na bieżącą sytuację ekonomiczną i polityczną.

3. Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży

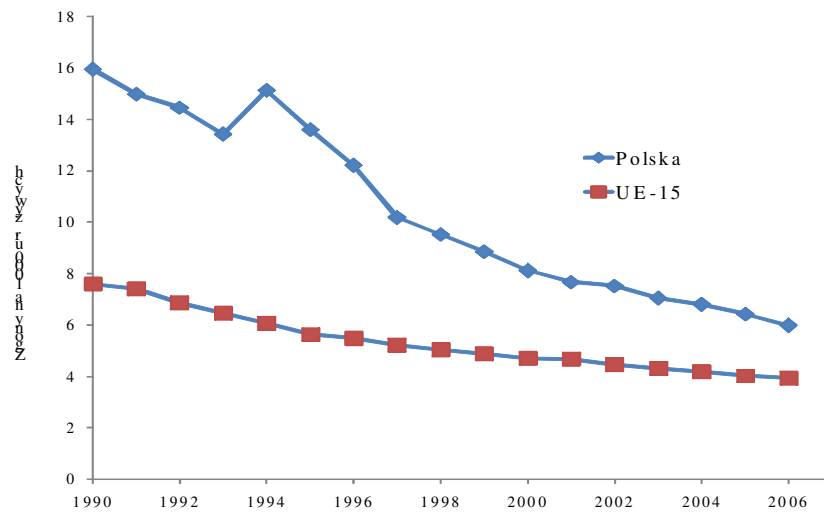
Joanna Mazur

Dostęp do wysokiej jakości źródeł danych, które można byłoby wykorzystać do analizy społecznych czynników warunkujących stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, jest nadal ograniczony. Jedną z podstawowych przesłanek podjęcia badań w zakresie nierówności zdrowotnych w tej grupie wieku stanowi przekonanie, że stan zdrowia ludności może być kształtowany przez czynniki społeczno-ekonomiczne występujące we wczesnym okresie życia. Podmioty odpowiedzialne za opracowanie polityki zdrowia i realizację programów ochrony zdrowia powinny wykorzystywać analizy nierówności zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży do planowania, wdrażania i monitorowania programów interwencyjnych, spójnych z wcześniej opracowaną strategią narodową. Niniejszy rozdział odwołuje się do różnych danych dostępnych w przekrojach społecznych i regionalnych, w tym danych dotyczących umieralności oraz wyników systematycznie prowadzonych badań, takich jak badanie nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HSBC).

3.1. Umieralność

3.1.1. Umieralność niemowląt

W latach 1990–2008 zanotowano w Polsce spadek częstości zgonów niemowląt z 19,4 do 5,6 przypadków na 1000 urodzeń żywych (ryc. 3.1). Tendencja spadkowa nadal się utrzymuje, ale po osiągnięciu pewnego poziomu dalszy spadek będzie coraz trudniejszy do osiągnięcia. Nadal jednak możliwe jest ograniczanie nierówności pomiędzy różnymi grupami społecznymi i województwami. Mimo że niemowlęta stanowią niewielką część populacji wieku rozwojowego, ich udział w statystyce zgonów jest przeważający. Inna okazuje się też struktura przyczyn zgonów niż w starszych grupach wieku, z dominującym udziałem tzw. przyczyn okołoporodowych, w tym powikłań skróconego czasu trwania ciąży. Jakość opieki w okresie prenatalnym i wiele czynników społeczno-ekonomicznych o szerszym oddziaływaniu nie tylko pozwalają zmniejszyć ryzyko śmierci, ale również wpływają na ogólny stan zdrowia niemowląt. Zgodnie z teorią Barkera, obecność negatywnych czynników w okresie życia płodowego i w pierwszym roku życia może w istotny sposób oddziaływać na stan zdrowia osoby dorosłej (56).

Ryc. 3.1. Umieralność niemowląt w Polsce na tle krajów UE15

Źródło: Europejskie Biuro Regionalne WHO, baza danych Health for All (57)

Na podstawie danych międzynarodowych z ostatniego dostępnego roku można stwierdzić, że poziom umieralności niemowląt obserwowany w Polsce nadal znacznie przekracza poziom UE15 (ryc. 3.1). Dystans, jaki dzieli Polskę od średniego poziomu umieralności niemowląt notowanego w UE, jest większy w przypadku zgonów w pierwszym miesiącu (i pierwszym tygodniu) życia niż w przypadku zgonów niemowląt w wieku powyżej 28 dni.

Porównania międzynarodowe wskazują, że realne byłoby obniżenie umieralności niemowląt w Polsce do poziomu poniżej 4 zgonów na 1000 urodzeń żywych. Tak niski poziom umieralności niemowląt jest już notowany w wielu krajach europejskich i zbliżają się do niego niektóre regiony w Polsce.

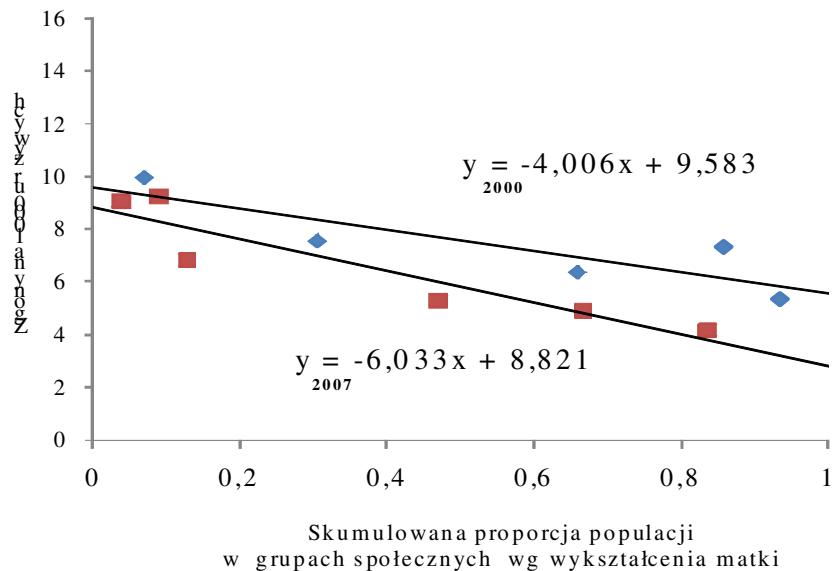
Według raportu projektu PERISTAT European Perinatal Health Report (58), umieralność dzieci urodzonych przedwcześnie jest w Polsce nadal dużo wyższa niż w krajach zachodnioeuropejskich. Należałoby się natomiast zastanowić, w jakim stopniu obniżenie wczesnej umieralności niemowląt zależy od czynników społeczno-ekonomicznych, a w jakim od jakości opieki perinatalnej.

Z analizy umieralności niemowląt według wykształcenia matki wynika, że mimo znacznego spadku ogólnego współczynnika, nierówności społeczne nasilają się.

W latach 2000–2007 poziom umieralności niemowląt obniżył się w Polsce z 8,11 do 5,99 na 1000 urodzeń żywych. Spadek umieralności dotyczył wszystkich grup społecznych według

wykształcenia matki, jednak był proporcjonalnie większy wśród kobiet z wyższym wykształceniem. Jednocześnie ponad dwukrotnie zwiększył się udział kobiet z wyższym wykształceniem w populacji rodzących. Ryc. 3.2 obrazuje zmiany nasilenia nierówności w zdrowiu oszacowane na podstawie metody regresyjnej. Linie regresji wskazują gradient społeczny i pozwalają określić, o ile różni się poziom umieralności niemowląt na dole i na górze drabiny społecznej. W 2000 r. bezwzględny regresyjny wskaźnik nierówności wynosił -4,0, wobec wartości -6,0 w roku 2007. Dzięki metodzie regresyjnej można porównać dane mimo zmiany kategorii wykształcenia matki w statystyce urodzeń (dodano wykształcenie gimnazjalne).

Ryc. 3.2. Zmiany regresji umieralności niemowląt względem populacji uszeregowanej według wykształcenia matki



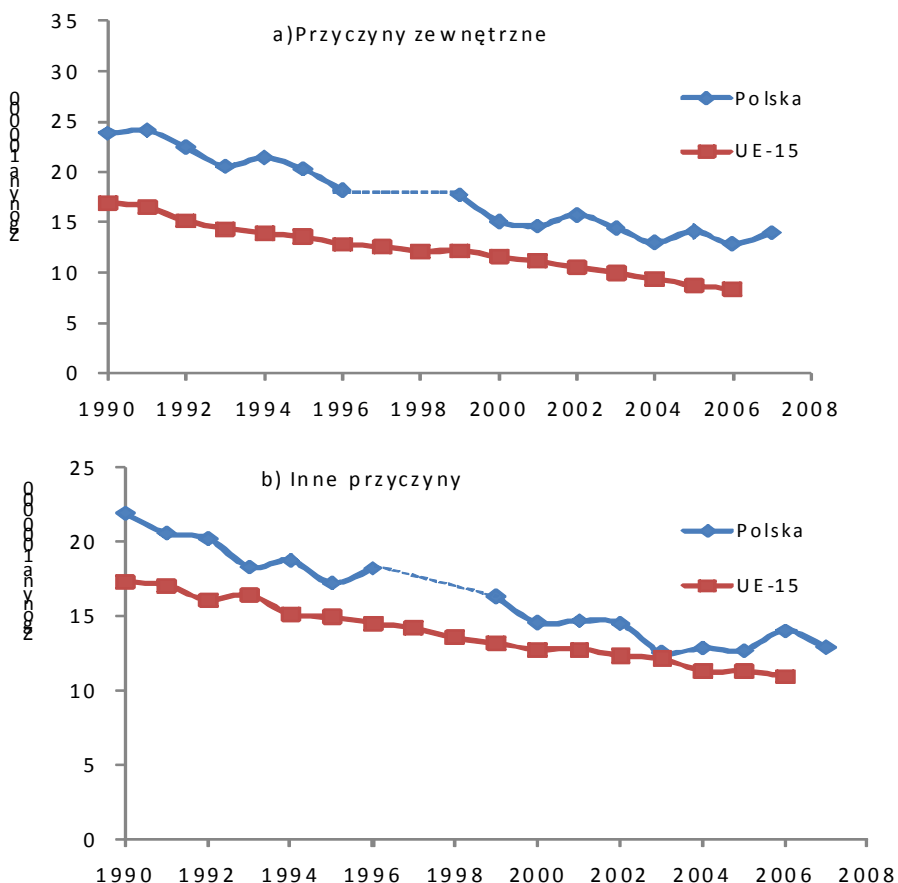
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS (59)

3.1.2. Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat

W 2008 r. zanotowano 2346 przypadków zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat, czyli 28,9 na 100 tys. osób. Stale utrzymuje się większa umieralność chłopców niż dziewcząt i większa umieralność na wsiach niż w miastach. Mimo tendencji spadkowej, umieralność dzieci i młodzieży utrzymuje się w Polsce na poziomie wyższym od obserwowanego w większości krajów Unii Europejskiej (19 pozycja w rankingu 27 krajów). Szczególnie niekorzystną pozycję zajmuje Polska w zestawieniach dotyczących zgonów z przyczyn zewnętrznych. Obecnie różnica między Polską a średnią dla UE15 jest większa w odniesieniu

do poziomu współczynników zgonów z powodu wypadków, zatruc i urazów, niż w odniesieniu do pozostałych przyczyn (ryc. 3.3).

Ryc. 3.3. Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat z przyczyn zewnętrznych (a) i pozostałych (b) w Polsce oraz w krajach UE15 w latach 1990–2009



Źródło: Europejskie Biuro Regionalne WHO, baza danych Health for All (60)

W latach 1990–2007 najsilniejszą tendencję spadkową zanotowano w grupie wieku 1–4 lata, w której udział przyczyn zewnętrznych wśród przyczyn zgonów jest mniejszy. W starszych grupach wieku obserwowana wcześniej spadkowa tendencja umieralności uległa zahamowaniu po 2000 r. Biorąc pod uwagę, że znaczna część zgonów następuje z powodu wypadków, należałoby na większą skalę wzmocnić działania na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Realizowane w ostatnich latach programy europejskie, takie jak Child Safety Action Plan (CSAP) i AdRisk, powinny stanowić podstawę budowy i wdrożenia narodowego programu działań na rzecz prewencji urazów u dzieci i młodzieży. Problem ten zostanie szerzej omówiony w specjalnym numerze „Medycyny Wieku Rozwojowego” poświęconym

zdrowiu dzieci i młodzieży (61). Dokument WHO z 2009 r. nakreślający założenia polityki wskazuje, że osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym i mieszkające w rejonach poszkodowanych społecznie są bardziej narażone na urazy, a także ryzyko zgonu i niepełnosprawności (62).

3.1.3. Zróżnicowanie regionalne umieralności niemowląt, dzieci i młodzieży

Umieralność niemowląt wykazuje również znaczne zróżnicowanie wewnątrz kraju. Według najnowszego raportu Rządowej Rady Ludnościowej (63), średnioroczne współczynniki wojewódzkie dla okresu 2000–2008 wahały się od 5,05 w województwie opolskim do 7,53 na 1000 urodzeń żywych w województwie dolnośląskim. Autorzy raportu podkreślają, że różnice regionalne są wypadkową lokalnych uwarunkowań, szczególnie różnic w zakresie stanu środowiska, dostępności placówek służby zdrowia i wyposażenia w infrastrukturę społeczną. Zagadnienie to wymaga pogłębionych analiz, z wyróżnieniem umieralności neonatalnej i postneonatalnej. Niektórzy autorzy twierdzą, że przeżycie noworodka z niską masą urodzeniową zależy przede wszystkim od wysokiej jakości opieki w okresie ciąży i porodu (64). Jednak według ostatnio opublikowanego raportu dotyczącego wszystkich pojedynczych urodzeń żywych w Anglii i Walii w latach 2005–2006, występowanie przedwczesnych urodzeń, noworodków z niską wagą urodzeniową i małych w stosunku do wieku ciążowego nasila się wraz ze wzrostem poziomu deprivacji (65).

W tab. 3.1 porównano wojewódzkie współczynniki umieralności dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat. Według średnich danych dla okresu 2004–2006, ogólny współczynnik wahał się w tej grupie wieku od 45,2 na 100 tys. w województwie opolskim do 60,1 w województwie lubuskim. W skali całego kraju różnica między poziomem umieralności dzieci i młodzieży w mieście i na wsi jest nieznaczna (52,3 wobec 54,3 zgonów na 100 tys. osób w wieku 0–19 lat). Sześć województw zajmujących ostatnie miejsce w rankingu współczynników umieralności charakteryzuje się szczególnie wysoką „nadumieralnością” mieszkańców wsi. Są jednak przykłady województw, w których zgony dzieci i młodzieży częściej występują w miastach.

Obecnie Główny Urząd Statystyczny udostępnia również dane regionalne w bardziej szczegółowym przekroju, według podregionów i powiatów. W odniesieniu do populacji dzieci i młodzieży dostępne są tylko dane dotyczące umieralności niemowląt.

Od 1 stycznia 2008 r. zaczął obowiązywać nowy podział Polski według nomenklatury jednostek terytorialnych NTS3 (obowiązującej w państwach UE), zgodnie z którym wyróżnia się 66 podregionów. Analiza regionalnego zróżnicowania umieralności niemowląt, dzieci i młodzieży powinna w przyszłości opierać się na tym podziale. Na razie ogólnie dostępne są dla NTS3 tylko dane dotyczące 2007 r. (66), dlatego trudno jest ocenić stabilność współczynników w 66 podregionach. Współczynniki zgonów niemowląt wykazywały prawie trzykrotne zróżnicowanie, wahając się od 3,30 (podregion opolski) do 9,46 na 1000 urodzeń żywych (podregion katowicki). Zidentyfikowano 19 podregionów, w których współczynnik umieralności niemowląt przekraczał 6,60 na 1000 urodzeń żywych (osiągając poziom dwukrotnie wyższy od minimalnego). W regionach tych urodziło się 28,3% noworodków. Oznacza to, że około 1/3 noworodków żyje w regionach, w których szanse przeżycia pierwszego roku są ponad dwukrotnie mniejsze niż w najbardziej korzystnym regionie w kraju.

Wydaje się, że w przypadku regionów wielkomiejskich czynnikiem ochronnym jest dostęp do wysokospecjalistycznej opieki medycznej w okresie okołoporodowym, czego przykładem może być Łódź i działające w mieście Centrum Zdrowia Matki Polki.

Tab. 3.1. Zgony dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat według województw i miejsca zamieszkania (średnia z lat 2004–2006)

Województwo	Liczba ludności			Liczba zgonów			Zgony na 100 000		
	Miasto	Wieś	Og	Miasto	Wieś	Og	Miasto	Wieś	Og
Opolskie	119727	119445	239172	60	48	108	50,4	39,9	45,2
Małopolskie	349131	469742	818872	164	225	389	47,1	47,8	47,5
Świętokrzyskie	124853	179884	304738	59	89	148	47,3	49,5	48,6
Pomorskie	327401	222592	549993	163	115	278	49,7	51,8	50,5
Łódzkie	332296	228601	560898	165	122	287	49,7	53,5	51,2
Warmińsko-mazurskie	205536	166350	371886	96	96	193	46,9	57,9	51,8
Mazowieckie	678306	489723	1168029	329	284	613	48,6	58,0	52,5
Wielkopolskie	432314	407224	839538	233	210	443	53,8	51,6	52,7
Podkarpackie	205236	352146	557383	112	183	295	54,4	52,0	52,9
Śląskie	781102	248552	1029653	448	111	559	57,3	44,7	54,3
Kujawsko-pomorskie	285052	223698	508750	140	139	279	49,0	62,3	54,8
Podlaskie	174350	115328	289678	88	72	160	50,5	62,1	55,1
Zachodniopomorskie	253938	146439	400377	143	90	232	56,2	61,2	58,0
Lubelskie	237503	306123	543626	131	186	317	55,3	60,7	58,3
Dolnośląskie	418931	216548	635479	236	137	373	56,4	63,1	58,7
Lubuskie	147938	98471	246409	87	61	148	58,8	61,9	60,1
Ogółem	5073614	3990865	9064480	2654	2167	4821	52,3	54,3	53,2

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS

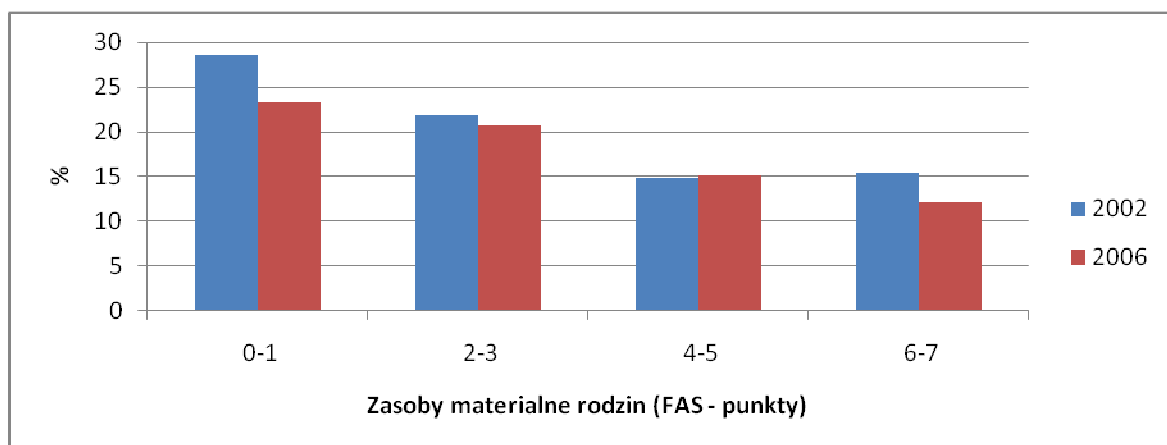
3.2. Zdrowie subiektywne

Wskaźniki umieralności i przyczyny zgonów, które są na ogół wykorzystywane w analizach stanu zdrowia populacji dorosłych, mają ograniczone zastosowanie w badaniach dotyczących dzieci i młodzieży. *Europejska strategia na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży* z 2005 r. (67) wskazuje obszary priorytetowe, które należy uwzględnić w organizacji opieki zdrowotnej, profilaktyce powszechnie występujących zaburzeń i programach promocji zdrowia dzieci i młodzieży. Strategia zwraca również uwagę na nowe problemy, które powinny być ujęte w analizie nierówności zdrowotnych. Zważywszy na spadek wskaźników umieralności, należy więcej uwagi poświęcić sytuacji dzieci przewlekle chorych, w których przypadku może wystąpić skumulowanie skutków choroby i ubóstwa. W niniejszym podrozdziale jako główną zmienną przyjmuje się samoocenę stanu zdrowia, ponieważ stanowi ona uznany i pewny miernik ogólnej kondycji zdrowotnej.

3.2.1. Gradient społeczny w samoocenie zdrowia

Według wyników badań HBSC z 2006 r., 16,3% ankietowanych w Polsce 15-latków uznało swoje zdrowie za złe lub takie sobie. Odsetek młodzieży gorzej oceniającej zdrowie jest wyraźnie większy w rodzinach ubogich. W latach 2002–2006 odsetek 15-latków gorzej oceniających zdrowie obniżył się o 2,6%, przy czym poprawa nastąpiła tylko w grupach o skrajnie niskiej i wysokiej zamożności (ryc. 3.4). W tym samym czasie odsetek 15-latków wychowujących się w rodzinach skrajnie ubogich (FAS < 2 punktów) zmniejszył się o połowę, z 12,6% do 6,7%. Metoda regresyjna wskazuje na nieznaczne zmniejszenie poziomu nierówności w samoocenie zdrowia; bezwzględny regresyjny indeks nierówności zmniejszył się w tym okresie z -15,3 do -13,4.

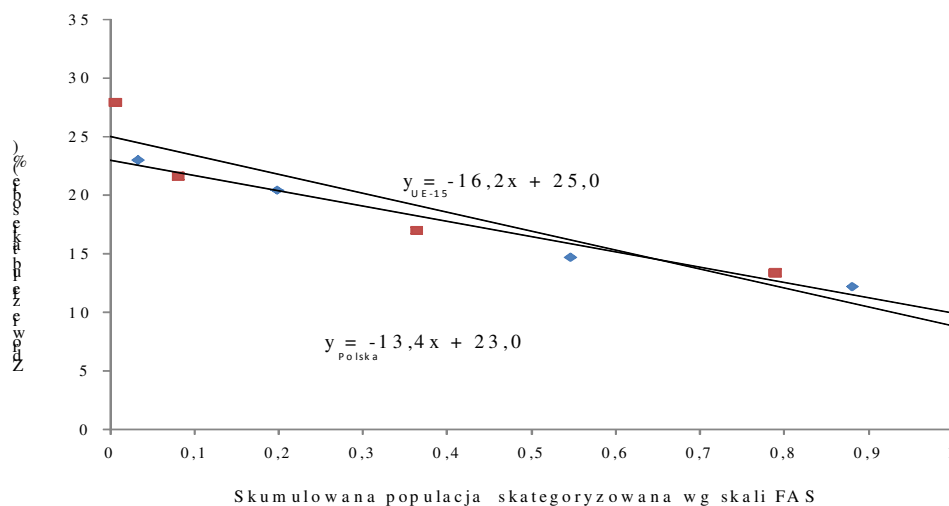
Ryc. 3.4. Odsetek młodzieży 15-letniej oceniającej swoje zdrowie jako złe lub takie sobie.



Źródło: Mazur J et al. (68)

Porównano też nasilenia nierówności w samoocenie zdrowia młodzieży szkolnej w Polsce i w krajach UE15, wykorzystując dane z badań HBSC 2005/06. W populacji 15-latków odsetek oceniających zdrowie jako złe lub takie sobie jest niemal identyczny w Polsce i w UE15 (16,3%). W krajach UE15 nasilenie nierówności w samoocenie zdrowia okazuje się nawet większe niż w Polsce. Analogicznie obliczony wskaźnik regresyjny nierówności w zdrowiu osiągnął wartość -16,2 dla krajów UE15 (ryc. 3.5).

Ryc. 3.5. Zmiany regresji odsetka 15-latków oceniających zdrowie jako złe lub takie sobie względem populacji uszeregowanej według skali FAS – Polska i UE15

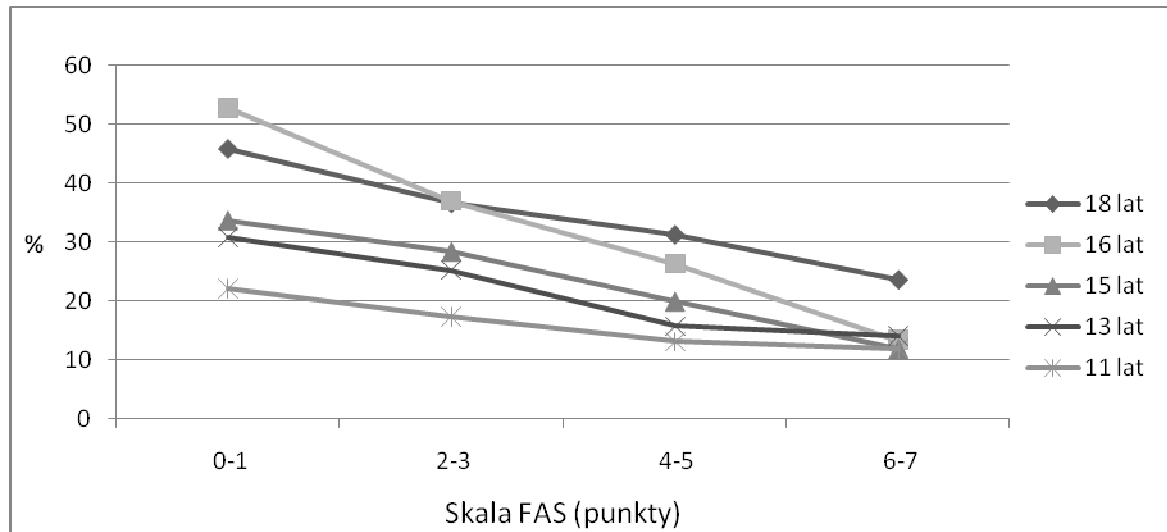


Źródło: obliczenia własne na podstawie danych HBSC

3.2.2. Zmiany związane z wiekiem

W wydanej w 2009 r. pracy (69) opisano zmiany poziomu zadowolenia z życia młodzieży szkolnej w wieku 11–18 lat, łącząc informację z badań HBSC przeprowadzonych w 2006 r. w grupie uczniów w wieku 11–15 lat oraz podobnych badań przeprowadzonych w 2007 r. przez IMiD wśród uczniów w wieku 16–18 lat. Wykazano istnienie silnego gradientu społecznego, to znaczy pogarszającą się ocenę zadowolenia z życia wraz z pogorszeniem warunków materialnych rodziny. Siła związku różni się w kolejnych grupach wieku. Najsilniejszy gradient obserwujemy w III klasie gimnazjum i w I klasie szkoły ponadgimnazjalnej (ryc. 3.6). Wskazuje to na konieczność wzmocnienia systemu wsparcia młodzieży w krytycznym dla niej okresie przekraczania kolejnego progu edukacyjnego.

Ryc. 3.6. Młodzież niezadowolona z życia według wieku i zamożności rodziny



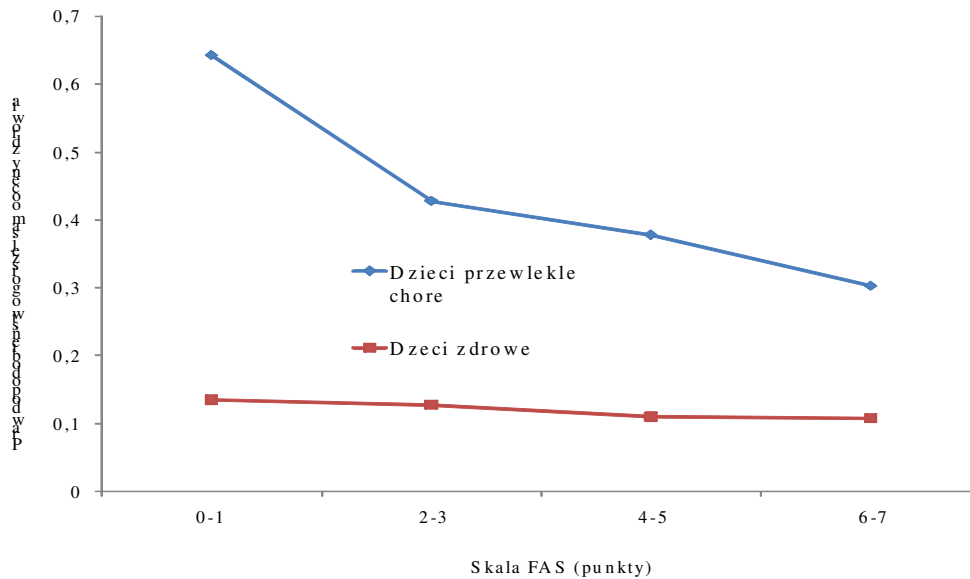
Źródło: Mazur J et al. (68)

Prezentowane badania korespondują z prowadzoną od lat dyskusją na temat istnienia bądź zanikania nierówności w zdrowiu w okresie adolescencji, wywołaną przez pracę P. Westa wysuwającą teorię zanikania nierówności (70). Jeżeli za miernik szeroko pojętego zdrowia przyjmiemy zadowolenie z życia (jakość życia), łączące w sobie komponenty zdrowia fizycznego i psychospołecznego, okazuje się, że w Polsce zanikanie nierówności obserwowane jest tylko wśród uczniów szkół podstawowych, do 11–12 roku. Okres nauki w gimnazjum i przejścia do szkoły ponadgimnazjalnej wiąże się w gwałtownym nasileniem nierówności w zdrowiu.

3.2.3. Zdrowie subiektywne młodzieży szkolnej przewlekle chorej

W ostatnich latach podjęto badania nad funkcjonowaniem dzieci i młodzieży przewlekle chorych w kontekście czynników społeczno-ekonomicznych. Wykazano, że status materialny rodziny ma niewielki wpływ na częstość występowania chorób przewlekłych w populacji młodzieży uczącej się. Stwierdzono natomiast, że gradient społeczny samooceny zdrowia jest silniejszy w grupie dzieci przewlekle chorych niż w grupie zdrowych rówieśników (ryc. 3.7).

Ryc. 3.7. Prawdopodobieństwo złej samooceny zdrowia w zależności od występowania choroby przewlekłej i zamożność rodziny



Źródło: Mazur J (72)

3.2.4. Złożone uwarunkowania

W wielu cytowanych wcześniej opracowaniach badanie wpływu czynników społecznych na zdrowie i styl życia dzieci i młodzieży wykracza poza analizę statusu społeczno-ekonomicznego rodziny oraz wpływu miejsca zamieszkania (miasto – wieś). W kwestionariuszu badania HBSC wprowadzono skalę mierzącą kapitał społeczny i nasilenie lokalnych problemów w miejscu zamieszkania (np. zły stan sanitarny otoczenia, grupy młodzieży stwarzającej problemy). O ile pierwsza skala została wprowadzona dopiero do kwestionariusza badań HBSC planowanych w Polsce na rok 2010, druga była już szeroko opisana na podstawie wcześniejszych badań polskich HBSC. Analizując wpływ okolicy miejsca zamieszkania na zdrowie subiektywne młodzieży, zdefiniowano grupę uczniów wykazujących co najmniej jeden problem w zakresie zdrowia subiektywnego (gorsza ocena zdrowia, niezadowolenie z życia według skali Cantrila, powtarzające się dolegliwości subiektywne) (71). Okazało się, że nasilenie lokalnych problemów w okolicy zamieszkania jest silniejszym predyktorem problemów w zakresie zdrowia subiektywnego niż ubóstwo rodziny. Kolejnym istotnym predyktorem omawianych zaburzeń były problemy z funkcjonowaniem w szkole, zła komunikacja z rodzicami oraz brak wsparcia ze strony rówieśników. Wskazuje to na konieczność analizowania nierówności w zdrowiu w szerszym kontekście proksymalnych i dystalnych uwarunkowań społecznych.

3.3. Działanie podejmowane w celu ograniczania nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży

3.3.1. Niwelowanie skali i skutków ubóstwa

Działania podejmowane w celu zwalczania ubóstwa i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży obejmują: państwowy system ochrony socjalnej, inne różnego rodzaju programy socjalne, inne szersze programy przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu czy też programy zrównoważonego rozwoju regionalnego.

Państwowe programy ochrony socjalnej obejmują dotychczas przede wszystkim:

- system świadczeń rodzinnych dla rodzin o określonych dochodach;
- zasiłki finansowe i dodatki mieszkaniowe udzielane w ramach pomocy społecznej;
- państwowy program pomocy żywieniowej;
- system pomocy stypendialnej;
- ulgi podatkowe dla rodzin z dziećmi;
- inne działania rządowe objęte np. Krajowym Planem Działań na rzecz Integracji Społecznej.

3.3.2. Poprawa opieki medycznej

W Polsce od lat są opracowywane i wdrażane standardy opieki medycznej, w tym opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą w różnych grupach wieku. Programy te mają powszechny zasięg, a więc powinny obejmować wszystkie rodziny. Niemniej większą uwagę należy zwrócić na dzieci najbardziej potrzebujące tej opieki. Wśród działań podejmowanych w ostatnich latach należy wymienić: wdrażanie Programu Poprawy Opieki Perinatalnej, wdrożenie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami oraz zainicjowany ostatnio projekt opracowania nowych standardów opieki nad niemowlęciem i małym dzieckiem (73).

3.3.3. Przyjazne środowiska dorastania

Działania w tym zakresie realizowane są w szkołach i w środowiskach lokalnych, a ich adresatami mogą być dzieci, rodzice lub całe rodziny. Można tu wymienić:

- Sieć Szkół dla Zdrowia w Europie (SHE), działająca wcześniej jako Sieć Szkół Promujących Zdrowie;

- Programy budowy ogólnodostępnych, wielofunkcyjnych obiektów sportowo-rekreacyjnych w każdej gminie (74);
- Program „Niewidzialne dzieci” pilotażowo realizowany przez Fundację „Dzieci Niczyje”, wzorowany na cytowanym dalej brytyjskim programie Sure Start, a skierowany w Polsce do małych dzieci z obszarów wiejskich.

3.4. Podsumowanie

3.4.1. Aspekty metodologiczne

Wnioskowanie na temat nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży zależy od przyjętych mierników zdrowia i pozycji społecznej oraz od metody analizy. Należy w przyszłości opracować zestaw wskaźników i wdrożyć metody analizy, które są w Polsce realne do uzyskania i optymalne z punktu widzenia ewaluacji planowanych działań interwencyjnych.

Tradycyjne analizy, wykorzystujące statystyki zgonów, będą miały jeszcze przez szereg lat duże znaczenie, ponieważ nadal istnieją wyraźne różnice regionalne wewnątrz kraju, a Polskę dzieli spory dystans od najlepiej rozwiniętych krajów UE. Należy jednak rozważyć wykorzystanie innych informacji odnoszących się do ważnych, rzeczywistych problemów zdrowotnych populacji wieku rozwojowego, trudnych do uchwycenia w statystyce umieralności.

Szczególnym wyzwaniem współczesności jest zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej, programów wczesnych interwencji i poprawy warunków życia dzieciom przewlekle chorym i niepełnosprawnym. W systemie edukacji rozpoznaje się grupę dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, natomiast sytuacja dzieci o specjalnych potrzebach medycznych rzadko stanowi przedmiot prowadzonych w Polsce dyskusji. Są to dzieci, które na skutek choroby i wrodzonych lub nabytych dysfunkcji wymagają pomocy medycznej w większym stopniu niż ich rówieśnicy. Nierówność w dostępie do leczenia i rehabilitacji wynikającą ze statusu społeczno-ekonomicznego i mniej korzystnego miejsca zamieszkania należy traktować jako wyraźną oznakę niesprawiedliwości społecznej. Patrząc na to z szerszej perspektywy, można stwierdzić, że dzieci przewlekle chore i niepełnosprawne są szczególnie zagrożone wykluczeniem społecznym. Należy oczekiwać, że liczba dzieci przewlekle chorych będzie rosła ze względu na spadające wskaźniki umieralności niemowląt i

wydłużenie trwania życia w przypadku chorób, które wcześniej przyczyniały się do wyższych wskaźników umieralności.

Wśród uwarunkowań społecznych zdrowia i stylu życia dzieci i młodzieży powinno się uwzględnić szerszą ocenę środowiska dorastania, nie ograniczając się do warunków materialnych i prostej klasyfikacji miejsca zamieszkania. Sprzyjające środowisko szkolne i domowe oraz wsparcie społeczne, jak również wzmocnienie potencjału zasobów indywidualnych mogą stanowić czynniki chroniące przed ujemnymi skutkami wychowywania się w gorszych warunkach. Tradycyjne zestawienia w przekroju miasto – wieś powinny być stopniowo uzupełniane analizami uwzględniającymi rzeczywiste problemy w okolicy zamieszkania lub rozwój kapitału społecznego.

3.4.2. Wyniki badań

Cyklicznie powtarzane badania ankietowe (takie jak HBSC) pozwalają śledzić zmiany w zakresie szeregu wskaźników zdrowia i stylu życia młodzieży szkolnej ogółem i w grupach społecznych. W obecnej postaci badania te nie dostarczają wskaźników na poziomie regionalnym i lokalnym (powiatu), natomiast dają możliwość oceny klasy i szkoły jako środowiska lokalnego.

Poprawa ogólnego wskaźnika nie zawsze wiąże się z ograniczaniem społecznych nierówności w zdrowiu. Znamienny jest też fakt, że nierówności w zdrowiu w równym stopniu dotyczą kraje biedne i bogate; gradient społeczny może być nawet silniejszy w kraju bogatym. Rzeczywisty odsetek populacji cierpiącej z powodu skutków ubóstwa jest jednak większy w krajach biedniejszych.

Pod względem wielu wskaźników zdrowia subiektywnego Polska nie różni się od państw UE15, jeśli weźmiemy pod uwagę zarówno wskaźnik ogólny, jak i wskaźniki swoiste dla grup społecznych. Odsetek rodzin ubogich jest jednak w Polsce dużo większy niż w Europie Zachodniej.

3.4.3. Programy interwencyjne

Można podać przykłady wielu programów realizowanych na poziomach centralnym, wojewódzkim lub lokalnym, przy dużym zaangażowaniu organizacji pozarządowych. Trudno jest jednak obecnie określić, które z nich podlegały ewaluacji i czy badano skuteczność programu w różnych grupach społecznych.

Kilka wysokorozwiniętych krajów zaczęło wdrażać kompleksowe strategie poprawy warunków życia i rozwoju młodego pokolenia. Należałoby skupić się na tym, czego można się od nich nauczyć, szczególnie od państw mających niepodważalne osiągnięcia w dziedzinie niwelowania nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży.

Należy podjąć działania na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa ekonomicznego rodzin z małymi dziećmi, ponieważ wiele badań wskazuje na związek między niskim statusem społeczno-ekonomicznym a występowaniem chorób i zaburzeń rozwojowych we wszystkich okresach rozwojowych. Należy zabezpieczyć podstawowy poziom odpowiednich świadczeń (opieki zdrowotnej i edukacji) w miejscu zamieszkania. W pierwszej kolejności świadczenia powinny być skierowane do regionów zaniedbanych i grup najbardziej potrzebujących. Przykłady programów wdrażanych w innych krajach, skutecznie niwelujących nierówności społeczne, obejmują systemy pomocy dla rodzin rozszerzone o edukację rodziców, czyli zapewnienie wiedzy o potrzebach rozwojowych dzieci wraz ze wskazówkami, w jaki sposób potrzeby te powinny być zaspokajane. Za skuteczne uważa się także kompleksowe programy pomocy we wczesnym okresie rozwojowym dzieci, jak również zapewniające równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i edukacji na poszczególnych etapach życia.

Programy niwelujące nierówności w zdrowiu powinny zapobiegać transmisji nierówności między pokoleniami i w cyklu życia jednego pokolenia. Pomimo że za najbardziej skuteczne uważa się programy ukierunkowane na małe dzieci, to wykorzystanie możliwości rozwojowych należy zapewnić dzieciom wychowującym się w trudniejszych warunkach w całym okresie edukacji szkolnej. Niezbędnym warunkiem dla wdrożenia programów wspierających rozwój dzieci i młodzieży jest współpraca międzysektorowa, zwłaszcza między Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej.

4. Regionalne i społeczne różnice stanu zdrowia dorosłych mieszkańców Polski w latach 2005–2007

Bogdan Wojtyniak, Jakub Stokwiszewski

Społeczne przyczyny zróżnicowania stanu zdrowia ludności stanowią obecnie jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego krajów europejskich. Celem poniższego rozdziału jest ocena rozmiaru zróżnicowania stanu zdrowia, mierzonego przede wszystkim wielkością zagrożenia życia dorosłego społeczeństwa polskiego w zależności od płci, miejsca zamieszkania w mieście lub na wsi, województwa i poziomu wykształcenia. We wstępnej części opisano różnice stanu zdrowia dorosłych Polaków w porównaniu z sytuacją istniejącą w krajach UE15. Większość przedstawionych wyników stanowią obliczenia własne autorów, a ponadto wykorzystano wskaźniki publikowane przez GUS oraz dane dostępne w międzynarodowych bazach danych Europejskiego Biura Regionalnego WHO – przede wszystkim w bazie danych Health for All (styczeń 2010) (26), European Mortality Database (styczeń 2010) (75) i Eurostatu (6) oraz finansowanego przez UE projektu monitorowania stanu zdrowia w Europie – European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) (76). Do standaryzacji względem wieku współczynników zgonów dla mężczyzn i kobiet, mieszkańców miast i wsi oraz województw 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. Obliczenia liczby zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce przeprowadzono, zakładając, że poziom umieralności mężczyzn i kobiet jest w każdym województwie taki sam, jak w tym, w którym jest on najniższy osobno w miastach i na terenach wiejskich.

4.1. Stan zdrowia Polaków na tle mieszkańców krajów UE15

Stan zdrowia dorosłych mieszkańców Polski jest gorszy od przeciętnego w krajach Unii Europejskiej, a zwłaszcza w krajach UE15 o wyższym poziomie rozwoju ekonomicznego. O ile mężczyźni w wieku 25 lat mieszkający w UE15 mogli w roku 2006 oczekiwać, że przeciętnie będą jeszcze żyli 53,5 roku, to Polacy w tym samym wieku mogli w roku 2007 oczekiwać, że ich życie będzie trwać 47,4 roku, a więc o ponad 6 lat mniej. W przypadku kobiet różnica jest mniejsza i wynosi 3 lata (58,9 vs 55,8 roku). Należy zauważyć, że zmniejszanie niekorzystnej różnicy w długości trwania życia dorosłych mieszkańców Polski i UE15 przebiega bardzo powoli, zwłaszcza w przypadku mężczyzn, dla których w ciągu

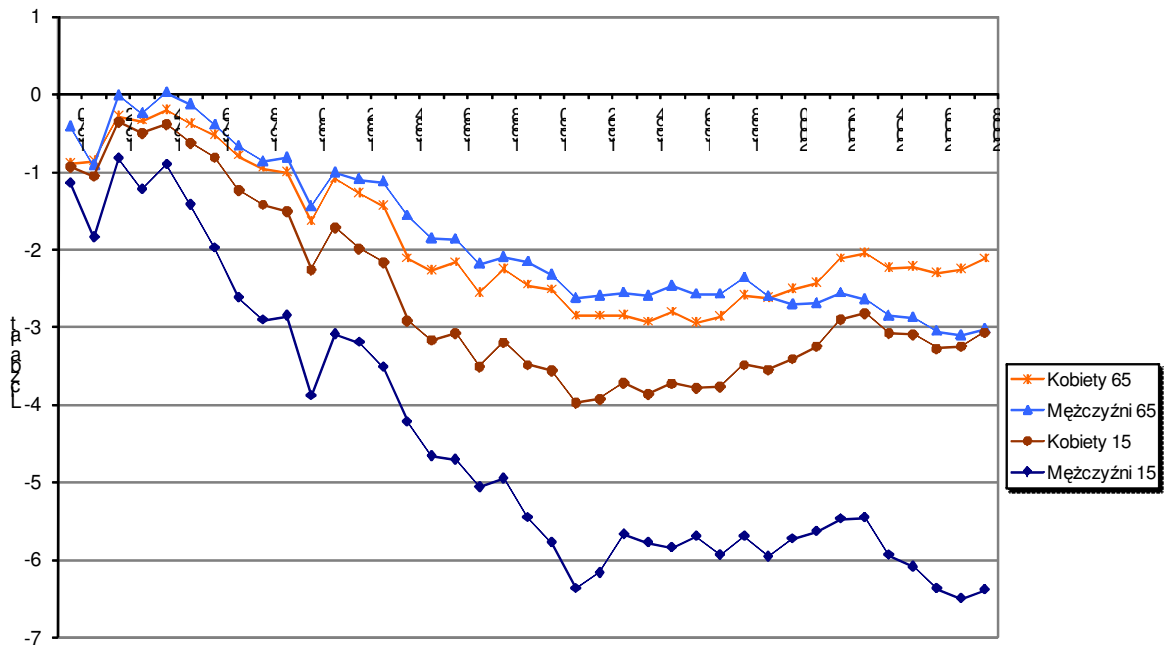
ostatnich lat różnica ta nawet zwiększała się, natomiast w przypadku kobiet przestała się zmniejszać (ryc. 4.1).

Według szacunków projektu UE EHEMU, wykorzystujących wyniki europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC przeprowadzonego przez GUS na losowej próbie ludności, dalsza długość życia w zdrowiu (tzn. bez ograniczonej sprawności) mieszkańców Polski w wieku 25 lat w roku 2008 wynosiła 38,9 roku w przypadku kobiet (co stanowi 70% oczekiwanej długości życia) i 35,2 roku w przypadku mężczyzn (co stanowi 74% oczekiwanej długości życia). W grupie mężczyzn wartość ta była niższa od przeciętnej dla UE15 (38,2 roku) o 3 lata, natomiast w grupie kobiet wyższa od przeciętnej w UE15 (38,8 roku) o 0,1 roku.

Mniejsza długość dalszego życia dorosłych Polaków w porównaniu z mieszkańcami UE15 wynika z większego zagrożenia ich życia chorobami będącymi najważniejszymi przyczynami zgonów. Jak wynika z ryc. 4.2, ta nadwyżka umieralności szczególnie dotyczy populacji w wieku aktywności zawodowej (25–64 lata). W Polsce umieralność mężczyzn w tym wieku jest aż dwukrotnie wyższa, a kobiet o połowę wyższa niż w UE15. Występuje ona przede wszystkim w przypadku zgonów z powodu chorób układu krążenia (ponad dwuipółkrotnie wyższa umieralność polskich mężczyzn i ponad dwukrotnie wyższa kobiet) oraz z przyczyn zewnętrznych (blisko dwuipółkrotnie wyższa umieralność polskich mężczyzn), ale także chorób układu trawiennego.

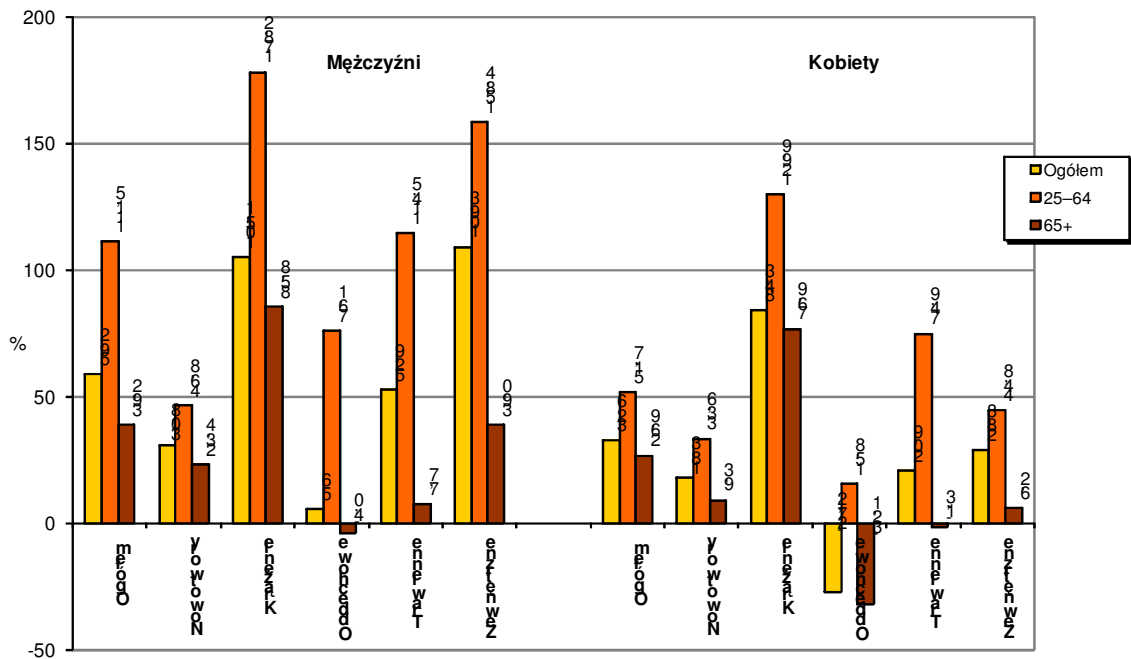
W dalszej części pracy przedstawiono, w jakim stopniu ta niekorzystna sytuacja dorosłych mieszkańców Polski jest związana z województwem zamieszkania oraz faktem zamieszkiwania w mieście lub na wsi. Analizę prowadzono osobno dla trzech grup wieku: 25–44 lata, 45–64 lata, a także 65 lat i więcej oraz trzyletniego okresu 2005–2007, biorąc pod uwagę najważniejsze przyczyny zgonów.

Ryc. 4.1. Różnica przeciętnego dalszego trwania życia w wieku 15 i 65 lat mieszkańców Polski i UE15 według płci, w latach 1970–2008



Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych z bazy danych WHO Health for All (26)

Ryc. 4.2. Nadwyżka (w %) umieralności w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu w UE(15) w populacji ogółem, w wieku 25–64 lata oraz 65 lat i więcej według głównych grup przyczyn zgonów, 2008 r.



Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych z bazy danych WHO Health for All (26)

4.2. Umieralność ludności Polski w wieku 25–44 lata

W latach 2005–2007 zmarło w Polsce 50 271 osób w wieku 25–44 lata i osoby te stanowiły 4,5% ogółu zmarłych Polaków. Mężczyźni stanowili 77% zmarłych.

W tab. 4.1 przedstawiono standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów mieszkańców poszczególnych województw w podziale na mieszkańców miast i wsi. Ogólny współczynnik umieralności mężczyzn jest 3,3 razy większy niż kobiet. Większa nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet występuje na wsiach (współczynnik zgonów mężczyzn wyższy 3,9 razy) niż w miastach (współczynnik wyższy trzykrotnie). Różnice w umieralności mieszkańców miast i wsi okazują się stosunkowo niewielkie i o ile w przypadku mężczyzn umieralność w miastach jest niższa o 10% niż na wsi, to życie mieszkanki miast jest o 18% bardziej zagrożone niż mieszkanki wsi.

Tab. 4.1. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	162,2	247,2	75,8	157,8	237,4	80,4	169,5	262,6	68,2
Dolnośląskie	174,4	261,9	86,0	174,1	260,4	89,0	176,0	266,4	78,8
Kujawsko-pomorskie	166,4	254,8	78,1	159,9	245,3	78,4	177,1	269,9	77,7
Lubelskie	180,5	284,1	72,5	166,5	261,7	75,6	193,5	303,5	69,5
Lubuskie	167,3	251,4	81,5	157,1	235,2	80,0	185,5	278,9	84,6
Łódzkie	230,1	358,1	100,8	230,2	354,7	111,5	230,1	364,5	79,7
Małopolskie	127,6	195,2	58,4	122,7	185,1	61,8	132,5	205,3	55,0
Mazowieckie	164,9	257,7	71,6	148,3	227,3	72,6	196,9	311,9	69,9
Opolskie	119,0	174,4	62,3	127,0	184,3	70,5	110,7	164,2	53,7
Podkarpackie	126,8	194,3	56,7	121,3	183,3	61,8	130,6	201,3	53,2
Podlaskie	164,1	261,7	62,9	146,0	236,0	60,4	193,8	299,5	67,6
Pomorskie	144,0	212,6	74,3	143,2	209,2	78,0	146,1	220,3	67,1
Śląskie	164,6	242,2	86,3	171,7	250,1	93,2	140,0	215,8	61,8
Świętokrzyskie	170,9	271,4	64,9	158,5	247,8	71,6	181,4	290,9	58,8
Warmińsko-mazurskie	183,4	283,3	80,8	157,4	241,1	76,9	222,3	342,2	86,9
Wielkopolskie	147,8	219,0	76,2	136,7	198,8	77,0	162,4	244,7	75,0
Zachodniopomorskie	165,1	245,4	83,1	155,9	228,5	84,1	185,4	281,1	80,9

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Zdecydowanie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności w tej grupie wieku występuje w województwie łódzkim – w przypadku mężczyzn jest on o 45% wyższy od ogólnopolskiego, a w przypadku kobiet o jedną trzecią, z tym, że życie mieszkanki miast w

tym województwie jest aż o 47% bardziej zagrożone niż ogółu polskich kobiet, podczas gdy mieszkanki wsi tylko o 5%.

Jeśli chodzi o mężczyzn, to bardzo zła sytuacja panuje w województwie warmińsko-mazurskim na wsi – ich umieralność jest o 38% wyższa niż ogółu polskich mężczyzn. Wśród kobiet wysokie zagrożenie życia występuje w przypadku mieszkanki miast w województwach śląskim i dolnośląskim – wyższe od ogólnopolskiego odpowiednio o 23% i 17%. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie (łódzkim) i najlepszym (opolskim w przypadku mężczyzn i podkarpackim w przypadku kobiet) jest mniej więcej dwukrotna.

Gdyby przyjąć, że we wszystkich województwach umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 25–44 lata jest na najniższym możliwym poziomie (tzn. takim, jaki występuje w najlepszym województwie), wówczas w Polsce w latach 2005–2007 umierałoby w ciągu roku o 4,6 tys. osób mniej (co stanowi 28% zgonów w tej grupie wieku).

4.2.1. Nowotwory złośliwe

Nowotwory złośliwe są odpowiedzialne za 15,7% zgonów osób w wieku 25–44 lata, przy czym w przypadku kobiet aż za 35% zgonów, a w przypadku mężczyzn – tylko za 10%. Mimo tak znacznej różnicy w udziale zgonów nowotworowych w umieralności mężczyzn i kobiet poziom zagrożenia życia z ich powodu w obydwu grupach płci jest bardzo podobny (tab. 4.2). Różnica w umieralności z powodu chorób nowotworowych wśród mieszkańców miast i wsi na poziomie całego kraju okazuje się bardzo niewielka.

Zdecydowanie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z powodu nowotworów w tej grupie wieku występuje w województwie kujawsko-pomorskim – w przypadku mężczyzn i kobiet jest on wyższy od ogólnopolskiego o ponad jedną piątą, przy czym ta nadwyżka okazuje się trochę większa w miastach niż na terenach wiejskich. Niekorzystna sytuacja występuje również w województwie dolnośląskim, a w przypadku mieszkańców wsi – także w wielkopolskim. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie i najlepszym (lubelskim w przypadku mężczyzn i podkarpackim w przypadku kobiet) jest rzędu 50%.

Tab. 4.2. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	25,8	25,1	26,6	25,7	24,6	26,8	26,0	25,7	26,3
Dolnośląskie	29,5	29,5	29,3	29,1	29,1	29,0	30,5	30,7	30,3
Kujawsko-pomorskie	31,3	30,4	32,2	31,8	30,7	32,9	30,6	30,1	31,1
Lubelskie	21,6	19,7	23,6	21,7	20,1	23,3	21,5	19,4	23,9
Lubuskie	24,8	22,1	27,6	21,6	20,0	23,2	30,2	25,3	35,5
Łódzkie	26,6	25,6	27,5	25,8	24,3	27,1	28,0	27,8	28,1
Małopolskie	22,3	22,3	22,3	22,1	22,0	22,2	22,5	22,6	22,5
Mazowieckie	24,1	22,6	25,6	23,6	21,7	25,3	25,2	24,3	26,0
Opolskie	22,0	22,4	21,6	23,0	24,5	21,5	20,9	20,1	21,8
Podkarpackie	21,2	21,6	20,9	20,1	19,6	20,7	22,0	22,8	21,1
Podlaskie	25,4	25,0	25,8	24,7	23,8	25,5	26,6	26,7	26,4
Pomorskie	27,9	28,4	27,4	28,2	27,7	28,8	27,0	29,3	24,6
Śląskie	28,3	27,7	28,8	29,1	27,7	30,4	25,3	27,5	23,1
Świętokrzyskie	24,8	26,6	22,9	22,8	21,7	23,8	26,5	30,5	22,2
Warmińsko-mazurskie	24,6	22,8	26,4	24,1	23,1	25,0	25,3	22,1	28,8
Wielkopolskie	27,9	26,0	29,8	25,4	23,0	27,6	31,0	29,6	32,6
Zachodniopomorskie	27,1	25,3	29,0	26,2	25,0	27,4	29,1	25,8	32,7

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba zmarłych na nowotwory złośliwe w ciągu roku zmniejszyłaby się o ok. 600 osób (24% zgonów z powodu nowotworów w tej grupie wieku).

4.2.2. Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia przyczyniają się do 16,2% zgonów osób w wieku 25–44 lata i udział ten jest bardzo zbliżony w przypadku mężczyzn (16,5%) i kobiet (15,1%). Jednak współczynnik umieralności mężczyzn był 3,6 razy wyższy niż kobiet (tab. 4.3). Różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi na poziomie całego kraju nie jest zbyt duża – w przypadku mężczyzn zagrożenie życia mieszkających w miastach okazuje się o ok. 10% niższe niż mieszkających na wsi, a w przypadku kobiet panuje sytuacja odwrotna.

Zdecydowanie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia w tej grupie wieku występuje w województwie łódzkim – w przypadku mężczyzn jest on o 34% wyższy od ogólnopolskiego, a w przypadku kobiet – o 40%, z tym, że życie mieszkanki miast w tym województwie jest aż o blisko 60% bardziej zagrożone niż ogółu polskich kobiet, podczas gdy mieszkanki wsi – tylko o 4%. Niekorzystna sytuacja występuje

również w województwie świętokrzyskim, zwłaszcza w przypadku mężczyzn, a w województwie podlaskim zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi okazuje się o połowę większe niż w całym kraju. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie i najlepszym (opolskim w przypadku mężczyzn i podlaskim w przypadku kobiet) jest około dwukrotna.

Tab. 4.3. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	26,8	41,9	11,6	25,5	39,4	12,0	29,0	45,6	11,0
Dolnośląskie	28,9	46,6	11,2	27,6	44,7	11,0	32,1	50,8	12,0
Kujawsko-pomorskie	27,3	42,3	12,3	26,8	42,0	12,5	28,0	43,0	11,9
Lubelskie	23,4	37,5	8,8	20,1	33,0	8,1	26,4	41,2	9,6
Lubuskie	27,4	41,7	12,8	27,5	39,8	15,5	27,1	44,9	7,9
Łódzkie	36,3	56,3	16,2	33,6	49,9	18,3	41,1	66,9	12,0
Małopolskie	21,4	32,9	9,5	19,2	30,5	8,3	23,5	35,3	10,8
Mazowieckie	24,5	39,3	9,6	20,3	32,1	9,0	32,1	51,4	10,7
Opolskie	21,1	30,7	11,2	21,0	28,3	13,8	21,1	32,6	8,4
Podkarpackie	23,4	35,9	10,6	24,1	36,4	12,6	23,1	35,8	9,2
Podlaskie	28,6	49,0	7,5	21,9	39,3	5,6	39,4	62,8	11,2
Pomorskie	28,9	45,2	12,3	28,1	45,0	11,4	30,5	45,7	14,2
Śląskie	28,5	43,7	13,1	28,9	44,0	14,0	26,8	42,8	10,2
Świętokrzyskie	33,4	53,7	12,0	31,7	50,1	14,1	34,7	56,7	10,0
Warmińsko-mazurskie	22,5	34,2	10,6	18,1	26,7	10,0	29,0	44,5	11,6
Wielkopolskie	27,3	41,7	12,9	27,4	41,5	13,9	27,3	42,1	11,5
Zachodniopomorskie	28,6	42,7	14,3	26,0	38,6	13,7	34,1	51,1	15,5

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba osób zmarłych w ciągu roku w wieku 25–44 lata z powodu chorób układu krążenia zmniejszyłaby się o ok. 0,9 tys. (34% zgonów z powodu chorób układu krążenia w tej grupie wieku).

4.2.3. Przyczyny zewnętrzne

Przyczyny zewnętrzne odpowiadają za najwięcej zgonów mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata – za 36,5% tych zgonów (41% mężczyzn i 21% kobiet). W analizowanym okresie współczynnik umieralności mężczyzn był ponad sześciokrotnie wyższy niż kobiet, a na wsiach nawet ponad ośmiokrotnie (tab. 4.4).

Różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi jest dosyć wyraźna na poziomie zarówno całego kraju, jak i poszczególnych województw, ale ma odmienny charakter w przypadku mężczyzn i kobiet. W odniesieniu do mężczyzn to mieszkańcy wsi są o ponad jedną piątą bardziej narażeni na zgon z powodu tych przyczyn, natomiast w przypadku kobiet panuje sytuacja odwrotna.

Tab. 4.4. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	57,8	99,1	15,7	51,3	86,5	16,8	68,3	118,6	13,8
Dolnośląskie	59,1	99,7	17,9	56,7	94,1	19,7	65,2	113,5	13,4
Kujawsko-pomorskie	62,9	110,6	15,0	54,8	96,2	15,0	75,7	132,6	15,0
Lubelskie	46,9	81,5	10,7	33,7	57,3	10,7	59,2	102,3	10,7
Lubuskie	66,1	114,5	16,6	57,2	98,2	16,7	81,8	142,1	16,5
Łódzkie	76,4	132,0	20,1	67,3	114,8	21,6	93,4	161,8	17,2
Małopolskie	47,4	83,6	10,4	40,3	69,0	12,2	54,2	97,1	8,6
Mazowieckie	58,8	101,9	15,3	47,0	79,7	15,6	81,4	141,9	14,8
Opolskie	42,0	69,7	13,8	43,2	71,2	15,5	40,9	68,4	12,0
Podkarpackie	47,1	81,2	11,7	40,2	68,9	12,3	51,7	88,7	11,4
Podlaskie	63,0	111,5	12,6	52,6	94,8	12,2	80,4	136,8	13,4
Pomorskie	53,7	88,6	18,3	50,6	81,9	19,7	60,0	101,9	15,4
Śląskie	54,3	91,2	17,0	54,8	91,2	18,2	52,8	91,6	12,8
Świętokrzyskie	65,8	114,2	14,6	51,6	87,8	16,0	77,9	135,6	13,3
Warmińsko-mazurskie	77,2	132,1	20,6	59,8	102,1	18,9	103,5	174,7	23,2
Wielkopolskie	55,6	93,9	17,0	45,3	74,5	17,0	69,0	118,2	16,9
Zachodniopomorskie	66,4	112,9	18,7	60,2	99,9	20,6	80,1	140,3	14,4

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Zdecydowanie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych w tej grupie wieku występuje w województwach warmińsko-mazurskim i łódzkim – jest on o jedną trzecią wyższy od ogólnopolskiego, przy czym trochę większa nadwyżka dotyczy mężczyzn niż kobiet. W województwie łódzkim wysokie zagrożenie życia występuje zarówno na wsi, jak i w miastach, w województwie warmińsko-mazurskim szczególnie duże jest zagrożenie życia mieszkańców wsi. Różnica poziomu umieralności w obu najgorszych województwach i najlepszym (opolskim w przypadku mężczyzn i małopolskim w przypadku kobiet) jest około dwukrotna.

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba osób zmarłych w ciągu roku w wieku 25–44 lata z powodu przyczyn zewnętrznych zmniejszyłaby się o ok. 2,3 tys. (37%).

4.2.4. Choroby układu trawiennego

Choroby układu trawiennego powodują 8,4% zgonów osób w wieku 25–44 lata i udział ten jest bardzo zbliżony w przypadku mężczyzn (8,4%) i kobiet (8,2%). Jednak współczynnik umieralności mężczyzn w miastach był 3,1 razy wyższy niż kobiet, a na wsiach nawet 4,7 razy (tab. 4.5). Różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi jest wyraźna – w przypadku mężczyzn panuje o połowę większe zagrożenie życia mieszkających w miastach niż mieszkających na terenach wiejskich, a w przypadku kobiet jest wyższe nawet ponad dwukrotnie.

Tab. 4.5. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mieszkańców Polski w wieku 25–44 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	13,8	21,2	6,3	16,1	24,5	8,0	10,2	16,4	3,5
Dolnośląskie	18,6	27,3	9,9	20,6	29,8	11,7	14,0	21,8	5,6
Kujawsko-pomorskie	10,7	17,3	4,2	12,1	20,8	3,9	8,7	12,4	4,8
Lubelskie	12,8	20,7	4,6	15,0	22,6	7,6	10,8	18,9	1,6
Lubuskie	11,2	15,7	6,6	12,0	16,4	7,5	9,9	14,6	4,9
Łódzkie	25,6	39,4	11,7	30,3	46,6	14,7	17,1	27,3	5,8
Małopolskie	9,6	14,3	4,9	11,3	15,9	6,8	8,0	12,8	2,9
Mazowieckie	14,0	22,5	5,4	14,6	23,6	6,0	12,9	20,8	4,2
Opolskie	9,0	13,7	4,1	9,6	14,0	5,3	8,3	13,3	2,8
Podkarpackie	10,4	16,9	3,6	12,5	19,8	5,6	8,9	15,0	2,2
Podlaskie	13,1	21,3	4,6	15,0	25,1	5,5	9,9	15,7	3,0
Pomorskie	11,7	17,2	6,2	14,4	20,6	8,2	6,8	11,2	2,1
Śląskie	17,5	25,7	9,1	19,6	28,6	10,6	9,8	15,9	3,6
Świętokrzyskie	10,3	17,5	2,8	13,8	24,8	3,2	7,4	11,9	2,4
Warmińsko-mazurskie	11,9	17,9	5,8	13,3	20,5	6,5	9,8	14,3	4,6
Wielkopolskie	11,7	18,2	5,2	13,6	20,8	6,7	9,4	15,3	3,1
Zachodniopomorskie	11,5	16,9	6,0	12,5	18,0	7,1	9,4	14,8	3,5

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Zdecydowanie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu trawiennego w tej grupie wieku występuje w województwie łódzkim – zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet jest on o około 85% wyższy od ogólnopolskiego, przy czym większa nadwyżka dotyczy mieszkańców miast niż wsi. Niekorzystna sytuacja występuje również w województwach dolnośląskim i śląskim, ale w przypadku tego ostatniego tylko w miastach. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie i najlepszym (opolskim w przypadku mężczyzn i świętokrzyskim w przypadku kobiet) jest blisko trzykrotna w przypadku mężczyzn i ponad czterokrotna w przypadku kobiet.

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomie liczba osób zmarłych w ciągu roku w wieku 25–44 lata z powodu chorób układu trawiennego zmniejszyłaby się o ok. 0,6 tys. (43%).

4.3. Umieralność ludności Polski w wieku 45–64 lata

W latach 2005–2007 zmarło w Polsce 268 217 osób w wieku 45–64 lata i osoby te stanowiły 24,1% ogółu zmarłych Polaków. Znaczna większość zmarłych (71%) to mężczyźni. W tab. 4.6 przedstawiono standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów mieszkańców poszczególnych województw w podziale na mieszkańców miast i wsi. Ogólny współczynnik umieralności mężczyzn był 2,66 razy większy niż kobiet. Trochę większa nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet występuje na terenach wiejskich (współczynnik zgonów mężczyzn wyższy 3,5 razy) niż w miastach (współczynnik wyższy trzykrotnie). Różnice w umieralności mieszkańców miast i wsi okazują się stosunkowo niewielkie i o ile w przypadku mężczyzn umieralność w miastach jest niższa o 3% niż na wsi, to w przypadku kobiet życie mieszkanek miast jest o 16% bardziej zagrożone niż mieszkanek wsi.

Tab. 4.6. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007.

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	925,3	1379,1	518,8	919,4	1364,6	542,8	937,1	1405,8	468,0
Dolnośląskie	959,3	1407,0	559,9	943,1	1390,2	563,4	1008,9	1455,8	550,3
Kujawsko-pomorskie	951,6	1387,5	565,8	931,0	1360,8	574,8	991,3	1435,8	545,8
Lubelskie	923,8	1457,7	446,5	859,9	1338,5	471,4	991,3	1568,5	419,8
Lubuskie	957,4	1412,0	545,7	916,9	1353,0	541,4	1045,1	1530,0	557,2
Łódzkie	1143,1	1746,5	618,4	1170,5	1787,6	666,3	1083,0	1663,6	501,1
Małopolskie	793,7	1184,5	441,7	788,6	1180,2	461,5	801,3	1192,5	414,9
Mazowieckie	897,6	1363,6	491,6	863,4	1293,9	511,8	974,5	1504,6	441,7
Opolskie	842,6	1235,3	481,5	835,0	1230,7	493,2	853,8	1242,8	463,8
Podkarpackie	741,1	1126,3	388,4	716,3	1071,7	412,8	763,2	1169,4	368,3
Podlaskie	877,1	1361,5	439,6	824,0	1266,0	457,5	970,8	1505,4	412,2
Pomorskie	900,0	1299,3	536,9	880,7	1272,4	542,1	956,5	1373,0	523,6
Śląskie	992,7	1446,2	585,8	1025,3	1489,6	616,3	850,5	1267,0	446,6
Świętokrzyskie	888,2	1365,5	443,5	841,5	1284,5	466,1	937,3	1441,1	417,9
Warmińsko-mazurskie	999,1	1494,1	546,7	959,0	1449,0	538,2	1074,0	1572,5	565,7
Wielkopolskie	889,9	1299,5	522,9	869,6	1271,4	530,9	922,3	1340,9	509,1
Zachodniopomorskie	942,5	1375,0	542,2	902,1	1319,6	532,8	1057,3	1521,8	572,6

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Zdecydowanie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności w tej grupie wieku występuje w województwie łódzkim – w przypadku mężczyzn jest on o 27% wyższy od ogólnopolskiego, a w przypadku kobiet – o 19%, przy czym większa nadwyżka umieralności istnieje w miastach niż na wsi. Również niekorzystna, chociaż w mniejszym stopniu, sytuacja dotyczy mieszkańców województwa śląskiego, ale tylko w miastach. Jeśli chodzi o mieszkańców wsi, to zła jest sytuacja w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim – umieralność jest tam wyższa niż ogólnopolska odpowiednio o 15% i 13%. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie (łódzkim) i najlepszym (podkarpackim) wynosi blisko 60%. Gdyby przyjąć, że we wszystkich województwach umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 45–64 lata jest na najniższym możliwym poziomie, tzn. takim, jaki występuje w najlepszym województwie, wówczas w Polsce w latach 2005–2007 umierałoby w ciągu roku o 19 tys. osób mniej (21%).

4.3.1. Nowotwory złośliwe

Nowotwory złośliwe stanowią najczęstszą przyczynę zgonów osób w wieku 45–64 lata i są odpowiedzialne za co trzeci zgon (34,0%) w tej grupie wieku, przy czym w przypadku kobiet aż za prawie połowę zgonów (48%), a w przypadku mężczyzn za ponad jedną czwartą (28%). Mimo tak znacznej różnicy w udziale zgonów nowotworowych w umieralności mężczyzn i kobiet, to poziom zagrożenia życia mężczyzn ogółem z ich powodu jest o 60% większy (tab. 4.7). Różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi na poziomie całego kraju nie wydaje się zbyt duża – w przypadku mężczyzn zagrożenie życia mieszkających w miastach jest o 6% niższe niż mieszkających na terenach wiejskich, a w przypadku kobiet panuje sytuacja odwrotna i umieralność kobiet z powodu nowotworów złośliwych w miastach jest wyższa o 19%.

Najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z powodu nowotworów w tej grupie wieku występuje w województwie kujawsko-pomorskim – w przypadku mężczyzn i kobiet jest on wyższy od ogólnopolskiego o 12%. Niekorzystna sytuacja występuje również w województwie pomorskim, a przypadku mieszkańców miast – śląskim. Zwraca również uwagę wysoka umieralność mężczyzn mieszkających na wsi w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie i najlepszym (podkarpackim w przypadku mężczyzn i lubelskim oraz podkarpackim w przypadku kobiet) wynosi odpowiednio 34% i 43%.

Tab. 4.7. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	318,0	400,7	246,2	319,6	392,2	259,5	315,0	416,2	217,8
Dolnośląskie	326,0	401,9	260,3	322,6	391,6	265,4	336,0	429,6	243,2
Kujawsko-pomorskie	356,4	449,4	276,6	352,5	439,3	282,2	363,8	467,9	263,5
Lubelskie	264,2	346,0	193,8	268,4	331,7	218,1	260,4	359,4	167,2
Lubuskie	331,0	417,0	255,2	318,1	391,3	256,1	359,5	470,5	253,7
Łódzkie	334,4	423,6	259,4	337,8	414,5	276,8	327,4	442,3	217,5
Małopolskie	287,9	364,4	221,0	283,1	346,2	231,3	294,3	386,4	206,9
Mazowieckie	307,0	387,0	239,6	302,7	366,8	251,9	316,6	428,7	209,1
Opolskie	310,4	394,2	234,9	312,5	391,5	244,8	307,6	398,8	219,5
Podkarpackie	260,1	334,2	194,5	259,6	321,8	207,2	261,1	344,4	183,8
Podlaskie	289,5	368,6	220,6	287,9	352,5	235,6	294,8	393,1	198,0
Pomorskie	349,4	437,4	270,9	340,2	416,1	275,5	374,9	493,8	254,7
Śląskie	334,2	416,9	261,7	344,8	424,7	276,0	288,1	384,9	196,5
Świętokrzyskie	294,4	383,1	214,3	291,2	361,9	232,1	298,1	403,3	194,2
Warmińsko-mazurskie	339,5	432,7	256,3	325,1	404,8	257,7	366,7	480,7	254,3
Wielkopolskie	342,6	425,6	270,3	342,9	420,9	278,3	341,8	432,4	255,9
Zachodniopomorskie	332,0	413,4	258,0	321,0	386,5	263,6	363,1	483,5	241,7

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba zmarłych na nowotwory złośliwe w ciągu roku zmniejszyłaby się o ok. 5,9 tys. osób (20%).

4.3.2. Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia są odpowiedzialne za 29,8% zgonów osób w wieku 45–64 lata, w większym stopniu u mężczyzn (31,9%) niż u kobiet (24,8%). Współczynnik umieralności mężczyzn jest 3,4 razy wyższy niż kobiet (tab. 4.8). Różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi na poziomie całego kraju okazuje się nieznaczna – zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet zagrożenie życia mieszkających w miastach jest nieznacznie niższe niż mieszkających na terenach wiejskich (odpowiednio o 5% i 1%).

Tab. 4.8. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	279,5	446,7	130,5	271,3	438,6	130,3	295,7	461,3	131,1
Dolnośląskie	312,6	493,9	151,8	301,4	484,5	146,8	346,5	519,1	169,5
Kujawsko-pomorskie	285,3	439,6	149,1	271,0	424,0	144,4	313,4	468,1	159,1
Lubelskie	266,2	433,3	118,6	240,0	396,2	113,9	293,3	467,9	124,2
Lubuskie	291,5	459,6	139,3	279,0	449,1	132,8	318,4	479,2	154,8
Łódzkie	321,4	517,0	152,8	314,2	508,0	156,9	338,2	535,1	143,0
Małopolskie	246,5	399,5	109,7	236,8	392,8	107,2	259,2	407,8	113,5
Mazowieckie	242,0	393,7	110,8	223,1	364,7	108,0	285,0	452,9	117,8
Opolskie	268,6	428,0	122,9	260,8	419,4	124,6	279,9	439,5	121,0
Podkarpackie	244,6	402,8	100,3	237,0	390,6	105,8	251,3	412,7	95,9
Podlaskie	248,5	417,3	97,5	221,2	373,8	95,4	292,8	479,4	100,7
Pomorskie	262,9	415,2	124,7	255,4	410,6	121,6	285,4	428,9	136,5
Śląskie	325,7	508,3	162,7	331,5	518,8	167,2	300,2	464,2	141,7
Świętokrzyskie	286,8	473,5	113,7	259,5	446,4	101,5	315,3	498,4	127,3
Warmińsko-mazurskie	260,7	417,7	118,5	243,1	402,4	106,9	294,1	445,1	142,6
Wielkopolskie	275,1	440,7	126,9	264,3	432,9	122,4	292,4	452,2	135,2
Zachodniopomorskie	294,6	460,7	141,3	274,8	441,0	128,0	351,5	514,2	182,2

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Generalnie można stwierdzić, że najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia w tej grupie wieku występuje w trzech województwach: śląskim, łódzkim oraz dolnośląskim, przy czym w województwie śląskim dotyczy to mieszkańców miast. Ogólna nadwyżka umieralności w tych województwach wynosi odpowiednio 17%, 15% i 12%, przy czym w przypadku kobiet jest ona wyższa niż w odniesieniu do mężczyzn. W przypadku mieszkańców wsi wysoka umieralność występuje także w województwie zachodniopomorskim – życie mieszkanki wsi w tym województwie jest o blisko 40% bardziej zagrożone niż ogółu polskich kobiet.

Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie (łódzkim u mężczyzn i śląskim u kobiet) i najlepszym (mazowieckim u mężczyzn i podlaskim u kobiet) wynosiła odpowiednio 31% i 67%.

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba osób zmarłych w ciągu roku w wieku 45–64 lata z powodu chorób układu krążenia zmniejszyłaby się o 4,8 tys. (18%).

4.3.3. Przyczyny zewnętrzne

Przyczyny zewnętrzne są odpowiedzialne za co dziesiąty zgon mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata, przy czym ich udział jest dwukrotnie większy w zgonach mężczyzn (12,6%) niż kobiet (5,7%). W analizowanym okresie współczynnik umieralności mężczyzn w miastach był pięciokrotnie wyższy niż kobiet, a na terenach wiejskich nawet siedmiokrotnie (tab. 4.9).

Tab. 4.9. Standaryzowane współczynniki zgonów z przyczyn zewnętrznych mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	93,7	164,3	28,9	84,6	148,4	29,7	111,2	192,1	27,1
Dolnośląskie	95,5	164,5	32,5	90,0	156,2	32,5	111,8	186,9	32,6
Kujawsko-pomorskie	87,3	154,1	26,4	77,0	136,2	26,8	106,9	184,8	25,6
Lubelskie	78,8	144,7	18,0	55,6	101,8	17,6	102,8	184,1	18,4
Lubuskie	94,4	161,7	32,0	86,9	149,9	31,8	110,2	185,1	32,4
Łódzkie	120,2	214,3	36,1	106,5	191,5	35,7	150,8	259,4	36,9
Małopolskie	86,1	151,5	25,7	80,5	143,8	26,8	93,4	160,8	24,1
Mazowieckie	94,6	169,0	28,0	78,6	140,5	27,3	129,4	224,0	29,9
Opolskie	82,8	145,2	23,5	78,4	142,2	22,2	88,3	148,7	25,1
Podkarpackie	74,9	133,9	19,2	58,2	105,0	17,8	89,1	156,4	20,5
Podlaskie	110,8	201,6	26,5	86,3	158,0	25,5	152,4	266,4	28,6
Pomorskie	92,7	158,9	31,2	86,2	148,8	31,4	109,0	182,5	30,3
Śląskie	93,3	158,8	33,3	92,9	157,2	35,2	94,5	165,5	24,3
Świętokrzyskie	94,7	168,4	24,4	72,5	126,7	26,2	117,8	207,7	22,4
Warmińsko-mazurskie	112,0	198,8	30,7	100,7	180,8	31,0	131,9	228,0	30,1
Wielkopolskie	88,9	152,5	30,4	79,3	135,5	31,1	103,9	176,9	29,2
Zachodniopomorskie	97,6	167,5	31,8	90,8	157,0	31,8	114,9	191,5	31,8

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Różnica w umieralności mężczyzn mieszkających w miastach i na wsiach jest dosyć wyraźna na poziomie zarówno całego kraju, jak i poszczególnych województw – mieszkańcy wsi ogółem są o 30% bardziej narażeni na zgon z przyczyn zewnętrznych niż mieszkańcy miast, a w województwie lubelskim nawet o 80%. W przypadku kobiet różnice w umieralności mieszkanki miast i wsi są znacznie mniejsze i to w obu kierunkach – w niektórych województwach, np. śląskim i świętokrzyskim, odnotowuje się większą umieralność kobiet w miastach, natomiast w innych, np. mazowieckim i opolskim, większą umieralność wśród mieszkanki wsi.

Zdecydowanie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z przyczyn zewnętrznych w tej grupie wieku występuje w województwie łódzkim – jest on o blisko 30% wyższy od ogólnopolskiego, przy czym nadwyżka jest trochę większa w przypadku mężczyzn niż

kobiet. W zasadzie tylko w województwie łódzkim wysokie zagrożenie życia dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet, mieszkańców wsi oraz miast. W województwie śląskim wysoki poziom umieralności dotyczy przede wszystkim mężczyzn, a w podlaskim – mężczyzn mieszkających na terenach wiejskich (ich współczynnik zgonów, podobnie jak w województwie łódzkim, jest o ok. 60% większy od współczynnika zgonów dla ogółu mężczyzn w tym wieku w Polsce).

Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie (łódzkim) i najlepszym (podkarpackim w przypadku mężczyzn i lubelskim w przypadku kobiet) wynosi odpowiednio dla mężczyzn i kobiet 60% i 100%.

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba osób zmarłych w ciągu roku w wieku 45–64 lata z powodu przyczyn zewnętrznych zmniejszyłaby się o 2,8 tys. (29%).

4.3.4. Choroby układu trawiennego

Choroby układu trawiennego powodują 6,9% zgonów osób w wieku 45–64 lata i udział ten jest dość zbliżony w przypadku mężczyzn (7,2%) i kobiet (6,2%). Jednak współczynnik umieralności mężczyzn w miastach był 2,9 razy wyższy niż kobiet, a na wsi nawet 3,8 razy (tab. 4.10). Różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi jest wyraźna – w przypadku mężczyzn zagrożenie życia mieszkających w miastach jest przeciętnie o ponad jedną trzecią wyższe niż mieszkających na terenach wiejskich (w województwach łódzkim i śląskim nawet o 60%), a w przypadku kobiet wyższe o prawie 80% (w województwach świętokrzyskim i śląskim ponad dwukrotnie).

Wyraźnie zła sytuacja i wysoki poziom umieralności z powodu chorób układu trawiennego w tej grupie wieku występuje w województwach łódzkim, śląskim i dolnośląskim. W województwach tych nadwyżka umieralności w stosunku do poziomu ogólnopolskiego waha się w zależności od podpopulacji od 22% dla mężczyzn w województwie dolnośląskim do 45% dla kobiet w województwie śląskim. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie i najlepszym (podkarpackim) jest w przybliżeniu dwukrotna w przypadku mężczyzn i dwuipółkrotna w przypadku kobiet.

Tab. 4.10. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego mieszkańców Polski w wieku 45–64 lata według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	62,1	95,7	31,6	68,6	105,9	36,8	49,6	77,9	20,6
Dolnośląskie	77,1	116,8	41,3	79,5	120,2	44,6	70,5	108,7	30,9
Kujawsko-pomorskie	53,8	83,9	26,7	57,4	91,4	29,0	46,9	71,2	22,3
Lubelskie	52,2	87,0	20,5	56,7	97,7	23,2	47,5	77,2	17,4
Lubuskie	61,3	96,9	28,9	58,3	94,2	27,1	68,1	102,9	33,3
Łódzkie	85,3	130,6	45,5	96,3	149,0	52,8	60,8	93,8	27,4
Małopolskie	45,7	72,7	21,0	51,0	80,7	25,9	39,4	64,2	14,4
Mazowieckie	61,1	97,6	28,8	65,5	104,1	33,6	51,4	84,7	16,9
Opolskie	47,8	72,1	25,1	49,9	75,2	28,0	44,7	67,8	20,7
Podkarpackie	41,0	65,5	18,0	44,8	71,7	21,6	37,9	60,8	14,8
Podlaskie	58,4	91,7	27,8	62,5	97,4	33,4	52,5	84,8	17,3
Pomorskie	65,7	94,4	39,2	70,9	104,3	41,8	52,4	71,4	32,2
Śląskie	80,6	118,8	45,8	87,1	128,4	50,3	51,8	79,0	25,0
Świętokrzyskie	50,9	81,0	22,2	61,1	97,3	30,2	40,2	65,8	12,9
Warmińsko-mazurskie	65,5	102,2	31,6	70,1	109,6	36,0	57,0	89,8	22,5
Wielkopolskie	50,6	78,3	25,4	53,8	82,7	29,1	45,5	71,9	19,0
Zachodniopomorskie	57,7	87,8	29,6	60,8	92,7	32,3	50,1	77,3	21,2

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba osób zmarłych w ciągu roku w wieku 45–64 lata z powodu chorób układu trawiennego zmniejszyłaby się o ok. 2 tys. (32%).

4.4. Umieralność ludności Polski w wieku 65 lat i więcej

W latach 2005–2007 zmarło w Polsce 775 688 osób w wieku 65 lat i więcej; osoby te stanowiły 69,6% ogółu zmarłych Polaków. Ponad połowa zmarłych (54%) to kobiety. Ponieważ w populacji w tej grupie wieku kobiety stanowią wyraźną większość, a ich przewaga liczebna zwiększa się jeszcze bardziej w starszym wieku, to ogólny standaryzowany względem wieku współczynnik zgonów mężczyzn był o 62% większy niż kobiet. W tab. 4.11 przedstawiono standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów mieszkańców poszczególnych województw w podziale na mieszkańców miast i wsi. Nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet jest zbliżona na wsiach (65%) i w miastach (59%). Poziom umieralności mieszkańców miast okazuje się trochę niższy niż mieszkańców wsi, w przypadku mężczyzn o 7%, a kobiet – o 4%.

Tab. 4.11. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ogółu przyczyn mieszkańców Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	4979,2	6533,6	4042,4	4848,3	6328,1	3978,6	5165,5	6814,9	4127,2
Dolnośląskie	5024,9	6691,6	4087,1	4918,5	6506,8	4024,4	5297,1	7193,7	4227,9
Kujawsko-pomorskie	5162,0	6797,5	4193,8	4961,7	6573,2	4052,8	5500,4	7164,1	4433,1
Lubelskie	5074,7	6802,7	4018,9	4744,4	6264,1	3847,7	5259,4	7096,9	4110,0
Lubuskie	5215,8	6806,1	4285,8	5093,9	6635,7	4205,1	5435,9	7123,6	4423,8
Łódzkie	5285,9	7035,6	4292,0	5203,8	7015,4	4242,9	5396,9	7044,6	4351,2
Małopolskie	4788,2	6207,6	3910,0	4668,2	5988,8	3868,2	4909,6	6422,3	3949,3
Mazowieckie	4679,7	6119,2	3806,2	4505,3	5854,8	3712,6	4978,6	6549,4	3959,6
Opolskie	4971,6	6518,9	4050,8	4882,6	6361,9	4033,2	5060,2	6670,9	4068,6
Podkarpackie	4844,8	6292,0	3943,3	4569,6	5869,1	3762,4	4993,3	6514,3	4038,5
Podlaskie	4718,6	6150,4	3778,0	4440,7	5858,5	3588,8	4955,4	6377,4	3936,1
Pomorskie	4831,0	6326,6	3905,0	4683,3	6055,2	3836,3	5257,5	7087,5	4109,0
Śląskie	5129,2	6563,5	4227,3	5115,8	6528,0	4226,2	5161,4	6653,3	4220,2
Świętokrzyskie	4982,7	6644,2	3974,5	4894,8	6487,9	3968,0	5037,3	6762,8	3967,9
Warmińsko-mazurskie	5027,1	6906,4	3939,8	4838,3	6599,8	3832,4	5318,8	7373,0	4109,1
Wielkopolskie	5105,2	6680,5	4170,6	4933,4	6408,3	4087,0	5347,1	7042,1	4290,0
Zachodniopomorskie	5069,5	6710,2	4111,9	4942,9	6492,8	4038,9	5389,0	7279,1	4285,9

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Generalnie można stwierdzić, że międzywojewódzkie zróżnicowanie umieralności wśród osób starszych mierzone wskaźnikami względnymi jest znacznie mniejsze niż w młodszych grupach wieku. Wynika to ze znacznie większych wartości współczynników umieralności w tej grupie wieku, jak i chyba mniejszych różnic w stanie zdrowia w najstarszej populacji. Najwyższy poziom umieralności osób w wieku 65 lat i więcej występuje w województwie łódzkim – w przypadku mężczyzn jest on o 7,7% wyższy od ogólnopolskiego, a w przypadku kobiet – o 6,2%, przy czym większa nadwyżka umieralności istnieje w miastach niż na wsiach. Należy również zwrócić uwagę na niekorzystną sytuację mieszkańców wsi w województwach kujawsko-pomorskim, zachodniopomorskim i lubuskim. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie (łódzkim) i najlepszym (mazowieckim dla mężczyzn i podlaskim dla kobiet) wynosi zaledwie ok. 15%. Gdyby przyjąć, że we wszystkich województwach umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej jest na najniższym możliwym poziomie (tzn. takim, jaki występuje w najlepszym województwie), wówczas w Polsce w latach 2005–2007 umierałoby o w ciągu roku o 19,7 tys. osób mniej (8%). Tak więc taka radykalna poprawa sytuacji w tej najstarszej grupie wieku dałaby mniejsze efekty – zarówno względne, jak i bezwzględne, jeżeli chodzi o zmniejszenie liczby przedwczesnych zgonów – niż obniżenie umieralności osób w wieku 45–64 lata.

4.4.1. Nowotwory złośliwe

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów osób w wieku 65 lat i więcej i odpowiadają za 22,5% zgonów w tej grupie wieku, przy czym w przypadku kobiet za 18,5%, a w przypadku mężczyzn – za 27,3%. Poziom zagrożenia życia mężczyzn ogółem z ich powodu jest ponad dwukrotnie większy niż kobiet (tab. 4.12). Różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi na poziomie całego kraju okazuje się stosunkowo niewielka w przypadku mężczyzn – zagrożenie życia mieszkających w miastach jest o 5% wyższe niż mieszkających na terenach wiejskich, natomiast uwidacznia się w przypadku kobiet – umieralność w miastach jest wyższa o ponad jedną czwartą (27%), głównie z powodu nowotworów płuc, sutka i szyjki macicy.

Tab. 4.12. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	1109,5	1678,9	770,9	1159,3	1718,0	840,1	1035,6	1629,8	662,1
Dolnośląskie	1186,2	1823,9	833,3	1190,2	1784,8	861,3	1181,2	1942,4	756,8
Kujawsko-pomorskie	1234,7	1882,8	854,2	1250,7	1865,3	910,0	1211,1	1926,4	753,8
Lubelskie	897,3	1417,1	580,8	959,6	1461,1	669,9	862,6	1400,4	526,2
Lubuskie	1123,3	1677,3	807,8	1148,6	1679,6	852,3	1079,0	1683,1	722,9
Łódzkie	1067,2	1651,9	735,6	1098,3	1695,5	783,8	1016,4	1593,3	650,2
Małopolskie	1052,7	1587,3	728,2	1113,2	1621,4	820,8	990,1	1557,1	628,8
Mazowieckie	1086,9	1622,8	767,1	1143,5	1674,1	843,2	988,7	1549,9	623,2
Opolskie	1087,2	1622,8	777,5	1122,3	1623,1	834,8	1055,1	1622,5	723,3
Podkarpackie	997,9	1549,3	660,0	1040,3	1548,6	740,4	975,7	1554,8	613,4
Podlaskie	1053,0	1604,5	697,4	1117,5	1692,5	782,1	1000,0	1543,1	617,2
Pomorskie	1293,9	1931,5	910,5	1312,5	1916,9	953,6	1241,0	1971,7	785,6
Śląskie	1130,8	1664,4	808,0	1168,7	1708,8	845,9	999,5	1517,7	673,6
Świętokrzyskie	983,4	1550,6	635,8	1040,6	1590,8	712,9	946,5	1531,6	581,7
Warmińsko-mazurskie	1195,1	1907,6	785,9	1208,4	1882,8	825,1	1174,6	1945,3	726,1
Wielkopolskie	1204,6	1788,1	858,0	1224,2	1793,0	902,2	1177,2	1785,3	792,6
Zachodniopomorskie	1180,9	1761,8	844,8	1196,3	1739,9	883,3	1144,2	1826,2	745,6

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z powodu nowotworów w tej grupie wieku występuje w województwie pomorskim – w przypadku mężczyzn i kobiet jest on wyższy od ogólnopolskiego odpowiednio o 15% i 18%. Niekorzystna sytuacja występuje również w województwach kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i dolnośląskim. Zwraca także uwagę wysoka umieralność mężczyzn w województwie warmińsko-mazurskim.

Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie (pomorskim) i najlepszym (lubelskim) wynosi odpowiednio dla mężczyzn i kobiet 36% i 57%.

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba zmarłych na nowotwory złośliwe w ciągu roku zmniejszyłaby się o 9,9 tys. osób (17%).

4.4.2. Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia to najczęstsza przyczyna zgonów osób w wieku 65 lat i więcej odpowiedzialna za ponad połowę z nich (54,0%), w większym stopniu u kobiet (58,7%) niż u mężczyzn (48,6%). Po uwzględnieniu różnic w liczbie oraz strukturze wieku mężczyzn i kobiet w tej grupie wieku standaryzowany współczynnik umieralności mężczyzn jest o 39% wyższy niż kobiet i różnica taka występuje zarówno w miastach, jak i na wsiach (tab. 4.13). W skali kraju poziom umieralności mieszkańców miast jest o około 13% niższy niż mieszkańców terenów wiejskich, w przypadku zarówno mężczyzn, jak i kobiet (największa różnica, powyżej 20%, istnieje w województwie mazowieckim).

Tab. 4.13. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia mieszkańców Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	2687,7	3248,0	2337,9	2537,0	3067,5	2209,6	2905,8	3491,8	2527,2
Dolnośląskie	2837,7	3493,2	2461,0	2736,3	3364,3	2376,0	3092,3	3833,1	2664,0
Kujawsko-pomorskie	2757,8	3291,9	2426,6	2583,9	3129,1	2256,8	3049,0	3540,2	2721,6
Lubelskie	2941,0	3618,4	2524,5	2714,0	3323,6	2352,5	3070,4	3780,5	2623,8
Lubuskie	2653,8	3258,8	2286,2	2534,1	3145,3	2167,1	2865,4	3458,2	2497,2
Łódzkie	2917,8	3554,9	2551,7	2706,2	3376,3	2346,2	3237,4	3783,8	2881,2
Małopolskie	2701,6	3233,8	2360,6	2578,6	3089,1	2254,6	2827,2	3374,7	2469,7
Mazowieckie	2377,5	2839,2	2087,0	2146,6	2547,7	1892,4	2772,4	3295,6	2429,9
Opolskie	2911,2	3553,5	2514,0	2794,0	3360,7	2453,9	3024,7	3737,9	2571,7
Podkarpackie	2756,7	3326,2	2392,0	2554,7	3100,2	2204,9	2866,4	3445,5	2494,2
Podlaskie	2212,1	2704,4	1882,0	1968,1	2476,2	1657,9	2417,5	2878,4	2076,3
Pomorskie	2387,1	2871,2	2062,2	2268,1	2716,7	1965,8	2729,0	3305,6	2343,4
Śląskie	2898,4	3434,8	2538,6	2835,8	3344,3	2488,9	3104,7	3715,3	2705,0
Świętokrzyskie	2743,9	3311,7	2386,1	2636,9	3237,4	2278,7	2814,2	3369,6	2455,5
Warmińsko-mazurskie	2412,6	2974,0	2080,6	2296,2	2839,8	1977,7	2592,5	3179,0	2241,0
Wielkopolskie	2636,6	3229,2	2274,4	2517,8	3078,4	2185,0	2803,7	3429,0	2402,5
Zachodniopomorskie	2767,3	3412,6	2380,1	2645,1	3256,5	2273,5	3071,7	3804,6	2643,8

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Generalnie można stwierdzić, że najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia w tej grupie wieku występuje w czterech województwach: lubelskim, łódzkim, opolskim i śląskim, a także wśród mieszkańców miast województwa dolnośląskiego. Ogólna nadwyżka umieralności w tych województwach nie przekracza jednak 10%. Jeżeli natomiast z ogólnopolskim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia porówna się umieralność mieszkańców wsi w tych województwach, to jest ona wyższa o ok. 12%. Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie (lubelskim w przypadku mężczyzn oraz łódzkim w przypadku kobiet) i najlepszym (podlaskim) wynosiła około jednej trzeciej.

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba osób zmarłych w ciągu roku w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu krążenia zmniejszyłaby się o 27,6 tys. (20%).

4.4.3. Przyczyny zewnętrzne

Przyczyny zewnętrzne odpowiadają tylko za 2,6% zgonów mieszkańców Polski w wieku 65 lat i więcej, przy czym ich udział jest trochę większy w zgonach mężczyzn (3,0%) niż kobiet (2,2%). Standaryzowany współczynnik umieralności mężczyzn jest ok. dwukrotnie wyższy niż kobiet, a w województwie warmińsko-mazurskim nawet ponad trzykrotnie (tab. 4.14).

Zagrożenie życia mężczyzn mieszkających w miastach jest trochę niższe (średnio o 13%) niż mieszkających na wsiach. Natomiast w przypadku kobiet w skali całego kraju umieralność w miastach i na terenach wiejskich utrzymuje się na zbliżonym poziomie, ale na przykład w województwach podlaskim i świętokrzyskim jest o prawie jedną trzecią wyższa w miastach, a z kolei w województwach opolskim i warmińsko-mazurskim – o ponad jedną piątą większa na wsiach.

Tab. 4.14. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych mieszkańców Polski w wieku 65 i więcej lat według płci i miejsca zamieszkania w latach 2005–2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	130,2	191,2	91,4	126,8	180,9	93,1	136,3	207,5	89,2
Dolnośląskie	121,7	192,3	81,0	118,8	187,6	79,5	131,0	207,8	85,4
Kujawsko-pomorskie	84,2	142,2	48,0	81,3	138,0	47,2	89,8	150,3	49,5
Lubelskie	115,2	175,3	77,9	97,6	128,3	74,3	125,6	200,1	79,5
Lubuskie	101,3	169,8	60,4	89,7	141,8	58,3	124,5	220,7	66,5
Łódzkie	134,2	203,4	93,1	128,2	196,4	90,5	144,3	215,1	97,4
Małopolskie	120,0	176,6	83,0	112,5	156,8	84,9	128,3	197,5	81,2
Mazowieckie	143,1	206,4	103,0	134,6	185,1	102,8	159,7	243,8	103,8
Opolskie	112,2	178,9	69,7	103,1	174,9	61,6	121,3	183,6	77,6
Podkarpackie	105,9	164,1	66,4	101,9	150,3	70,8	108,9	173,1	63,9
Podlaskie	156,1	214,7	113,8	158,8	199,0	130,4	156,5	231,5	99,2
Pomorskie	129,7	186,4	90,7	126,0	178,2	90,2	140,4	209,4	92,0
Śląskie	147,1	200,9	111,0	147,0	199,2	111,8	146,6	205,1	108,3
Świętokrzyskie	131,4	202,6	86,7	145,5	219,2	102,4	125,0	197,4	77,8
Warmińsko-mazurskie	91,4	163,2	48,7	85,5	156,4	44,9	100,2	172,4	54,7
Wielkopolskie	171,6	222,4	139,1	164,8	209,2	137,8	182,0	241,8	141,5
Zachodniopomorskie	119,4	180,3	81,7	120,5	175,7	86,4	117,9	193,6	70,1

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Zdecydowanie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z przyczyn zewnętrznych w tej grupie wieku występuje w województwie wielkopolskim – jest on o ponad 30% wyższy od ogólnopolskiego, przy czym w przypadku kobiet nadwyżka przekracza 50%. Wyraźnie wyższe od przeciętnego zagrożenie życia odnotowuje się również w województwie podlaskim (ogółem o 20%), a w przypadku kobiet również w śląskim (o 21%). Różnica poziomu umieralności w najgorszym województwie i najlepszym (kujawsko-pomorskim) wynosi dla mężczyzn 56%, a kobiet 190% (a więc jest blisko trzykrotna).

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba osób w wieku 65 lat i więcej zmarłych w ciągu roku z powodu przyczyn zewnętrznych zmniejszyłaby się o 2,4 tys. (37%).

4.4.4. Choroby układu oddechowego

W przypadku osób w wieku powyżej 65 lat choroby układu oddechowego stanowią większe zagrożenie życia niż choroby układu trawiennego. Są one odpowiedzialne za 6,0% ogółu zgonów osób w tym wieku, podczas gdy druga wspomniana grupa chorób – za 3,4%. Udział ten okazuje się wyższy w przypadku mężczyzn (7,5%) niż kobiet (4,7%) i współczynnik

umieralności mężczyzn w miastach był 2,3 razy wyższy niż kobiet, a na wsiach nawet 3,2 razy (tab. 4.15).

Różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi jest większa w przypadku mężczyzn – zagrożenie życia mieszkających na wsiach okazuje się we wszystkich województwach większe niż mieszkańców miast, przeciętnie o ok. jedną czwartą, ale w 6 województwach nawet o ponad 50%. W przypadku kobiet umieralność mieszkanek miast była przeciętnie trochę wyższa niż mieszanek wsi, a w województwie łódzkim nawet o 50%.

Tab. 4.15. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego mieszkańców Polski w wieku 65 i więcej lat wg płci i miejsca zamieszkania w latach 2005-2007

Województwo	Ogółem			Miasto			Wieś		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Polska	293,4	492,0	187,3	279,5	444,6	195,4	315,1	561,8	175,0
Dolnośląskie	241,0	409,4	152,7	227,7	382,3	145,7	275,1	480,4	170,7
Kujawsko-pomorskie	333,5	564,1	212,9	308,4	509,2	211,6	376,4	656,5	214,6
Lubelskie	246,3	462,1	123,8	204,5	350,4	126,7	272,2	527,9	121,7
Lubuskie	272,9	471,6	169,7	257,7	421,9	173,2	302,9	561,6	165,7
Łódzkie	340,6	572,3	222,4	349,3	551,2	254,8	329,7	609,3	169,1
Małopolskie	274,5	437,4	184,8	238,1	360,0	171,4	312,0	513,6	199,0
Mazowieckie	339,9	540,1	230,5	331,1	501,8	244,1	357,9	610,9	206,3
Opolskie	231,6	405,4	138,5	227,4	405,6	138,9	236,7	406,7	139,1
Podkarpackie	203,2	372,8	110,2	164,0	279,1	98,8	224,8	422,1	115,9
Podlaskie	327,5	542,3	199,4	262,5	411,4	182,7	383,9	644,4	213,9
Pomorskie	293,3	474,5	197,2	271,0	418,9	194,7	357,7	630,1	204,9
Śląskie	293,0	476,7	198,9	292,9	467,3	203,7	292,8	506,2	182,0
Świętokrzyskie	307,3	550,8	176,6	301,7	499,2	205,5	313,6	591,7	158,5
Warmińsko-mazurskie	467,6	760,2	316,1	426,7	657,5	308,9	530,3	916,3	327,3
Wielkopolskie	243,2	439,9	140,6	214,2	358,6	143,6	284,6	548,8	136,4
Zachodniopomorskie	267,7	461,1	167,9	245,8	403,9	167,4	325,3	614,9	168,3

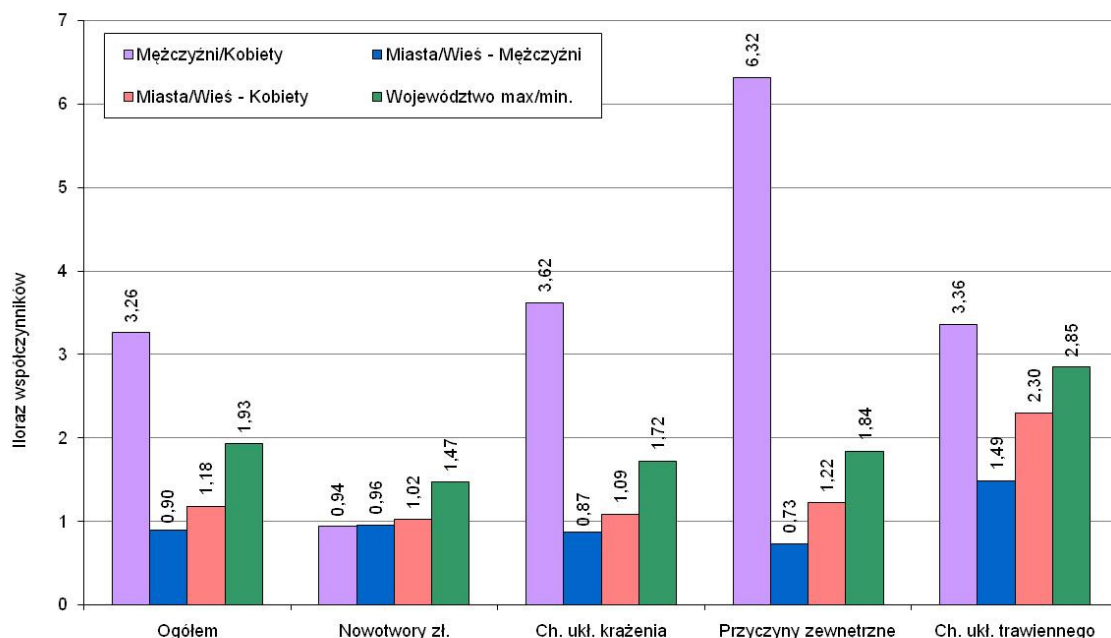
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Wyraźnie najgorsza sytuacja i najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu oddechowego w tej grupie wieku występuje w województwie warmińsko-mazurskim. Umieralność mężczyzn i kobiet z powodu tych chorób jest wyższa niż przeciętna w kraju odpowiednio aż o 54% i 69%, przy czym nadwyżka umieralności mieszkańców wsi okazuje się jeszcze większa. Różnica poziomu umieralności w województwach warmińsko-mazurskim i podkarpackim, gdzie panuje najniższa umieralność, jest dwukrotna w przypadku mężczyzn i prawie trzykrotna w przypadku kobiet.

Przy obniżeniu umieralności do najniższego możliwego w Polsce poziomu liczba osób w wieku 65 lat i więcej zmarłych w ciągu roku z powodu chorób układu oddechowego zmniejszyłaby się o 5,5 tys. (36%).

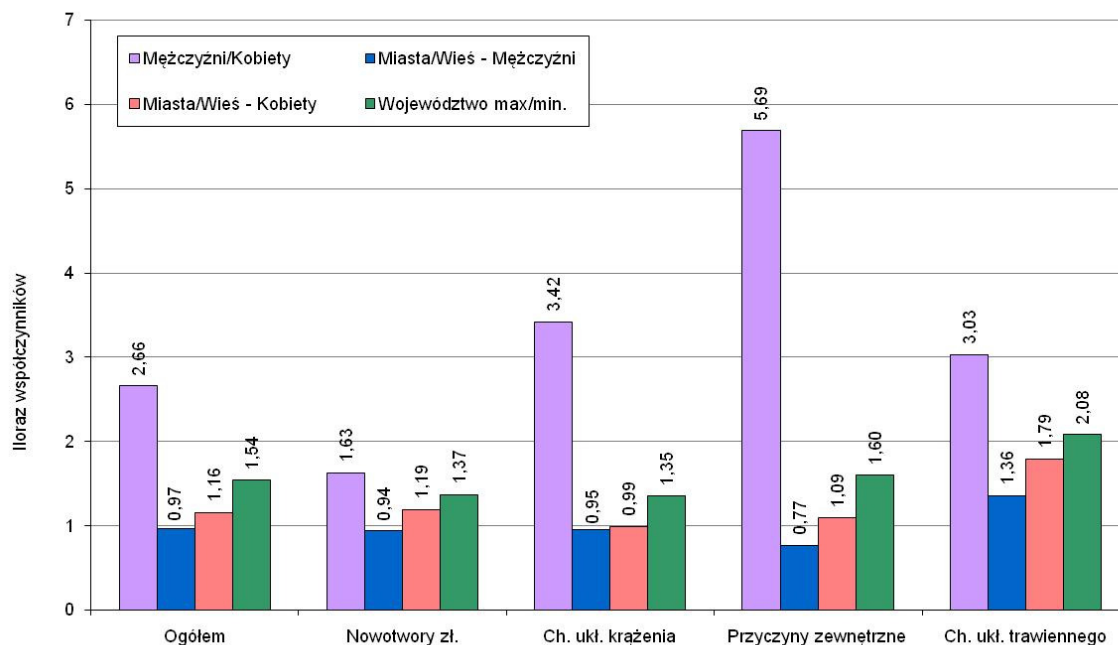
Podsumowując przedstawiony powyżej obraz zróżnicowania poziomu umieralności dorosłych mieszkańców Polski, można stwierdzić, że wybijającym się czynnikiem różnicującym poziom zagrożenia życia Polaków jest płeć – panuje znacznie większa umieralność mężczyzn niż kobiet i największa różnica uobecnia się w młodym wieku, tzn. w przedziale 25–44 lata (ryc. 4.3, 4.4, 4.5). Z wyjątkiem najstarszych osób nadumieralność mężczyzn w stosunku do kobiet jest największa w przypadku zewnętrznych przyczyn zgonu. Należy podkreślić, że nadmierna umieralność mężczyzn stanowi w Polsce znacznie poważniejszy problem niż w państwach UE15. W związku z tym różnica w poziomie umieralności mieszkańców Polski i krajów UE15 jest znacznie bardziej zauważalna i niepokojąca w przypadku mężczyzn niż kobiet.

Ryc. 4.3. Wielkość zróżnicowania standaryzowanych współczynników zgonów osób w wieku 25–44 lata w zależności od płci (mężczyźni – kobiety), charakteru miejsca zamieszkania (miasto – wieś) oraz województwa zamieszkania (max. – min.) dla wybranych przyczyn zgonu



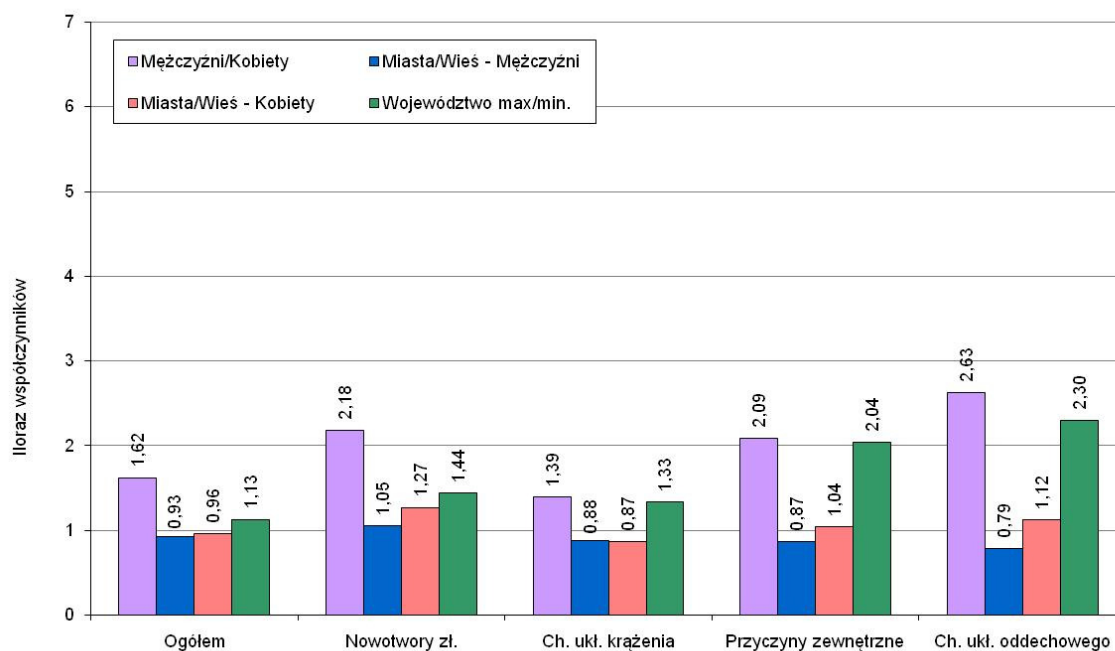
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych w tab. 4.1–4.5

Ryc. 4.4. Wielkość zróżnicowania standaryzowanych współczynników zgonów osób w wieku 45–64 lata w zależności od płci (mężczyźni – kobiety), charakteru miejsca zamieszkania (miasto – wieś) oraz województwa zamieszkania (max. – min.) dla wybranych przyczyn zgonu



Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych w tab. 4.6–4.10

Ryc. 4.5. Wielkość zróżnicowania standaryzowanych współczynników zgonów osób w wieku 65 lat i więcej w zależności od płci (mężczyźni – kobiety), charakteru miejsca zamieszkania (miasto – wieś) oraz województwa zamieszkania (max. – min.) dla wybranych przyczyn zgonu

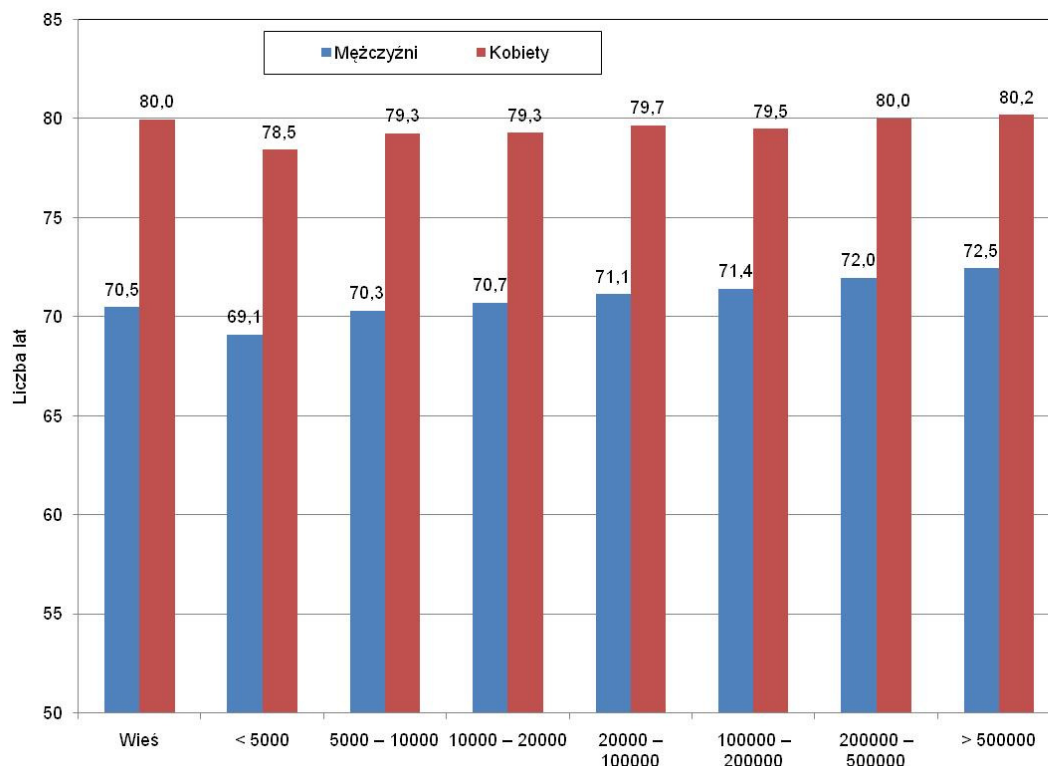


Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych w tab. 4.11–4.15

Stosunkowo niewielkie znaczenie w różnicowaniu zagrożenia życia Polaków ma fakt zamieszkiwania w mieście lub na wsi, co jest zdecydowanie pozytywnym zjawiskiem, choć osoby decydujące o polityce zdrowia często nie są tego świadome, podobnie jak i faktu, że najmniej korzystna sytuacja zdrowotna – mierzona długością trwania życia – panuje w najmniejszych miastach (ryc. 4.6).

Większe znaczenie ma województwo zamieszkania, zwłaszcza w przypadku zagrożenia życia chorobami układów trawiennego i oddechowego oraz przyczynami zewnętrznymi. Wojewódzkie zróżnicowanie umieralności z powodu nowotworów złośliwych i chorób układu krążenia jest mniejsze. Widać wyraźnie, że nie ma jednego najlepszego czy najgorszego województwa, w którym zagrożenie życia mieszkańców byłoby najniższe lub najwyższe we wszystkich grupach chorób. Rozkład regionalny ryzyka zgonu dla każdej z analizowanych grup przyczyn zgonu – jak również grupy wieku – kształtuje się odmiennie. Regionalne różnice poziomów umieralności związane są z oddziaływaniem wielu czynników, które opisano w pozostałych rozdziałach niniejszego opracowania.

Ryc. 4.6. Przeciętna długość życia mieszkańców wsi oraz miast o różnej wielkości według płci, 2006–2008



Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

4.5. Różnice stanu zdrowia Polaków w zależności od poziomu wykształcenia

Poziom wykształcenia stanowi jeden z najważniejszych czynników różnicujących stan zdrowia ludności. Określenie znaczenia tego czynnika jest często utrudnione z powodu braku odpowiednich danych statystycznych. W przypadku Polski dane o wykształceniu osób zmarłych zbierane są od wielu lat i umożliwiają porównanie struktury przyczyn zgonów osób o różnym poziomie wykształcenia. W tab. 4.16 przedstawiono udział procentowy najważniejszych przyczyn zgonów według grup wykształcenia mieszkańców Polski. Niewątpliwie najbardziej rzucającą się w oczy różnicą w rozkładach przyczyn zgonów jest zwiększający się udział chorób nowotworowych wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Nie oznacza to jednak, iż osoby z wyższym wykształceniem częściej umierają z powodu nowotworów niż osoby z wykształceniem, na przykład, podstawowym. Żeby móc to stwierdzić, potrzebna jest znajomość ogólnej liczby mieszkańców Polski w grupach wieku i wykształcenia. Taką informację można uzyskać tylko ze Spisów Powszechnych Ludności, z których ostatni przeprowadzono w Polsce w roku 2002. Ponadto, zbierając dane do spisu powszechnego, respondentom zadawano pytanie dotyczące całkowitego lub poważnego ograniczenia możliwości wykonywania zwykłych czynności (odpowiednio do wieku) z powodu niepełnosprawności lub choroby przewlekłej. W związku z tym bardziej szczegółowe analizy długości dalszego trwania życia i dalszego trwania życia w zdrowiu oraz umieralności mieszkańców Polski według poziomu wykształcenia można przeprowadzić za 2002 r. lub okres 2001–2003.

Analiza długości dalszego trwania życia oraz dalszego trwania życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn i kobiet w Polsce wskazuje silne obniżenie gradientu wraz z niższym poziomem wykształcenia (ryc. 4.7) (77). Warto zauważyć, że przeciętna długość życia mężczyzn w wieku 25 lat o wykształceniu pomaturalnym lub wyższym była w roku 2002 o 13,1 roku większa niż mężczyzn z wykształceniem podstawowym, a długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) nawet o 14,6 roku większa. W przypadku kobiet te różnice są trochę mniejsze i wynoszą odpowiednio ok. 9 lat i prawie 11 lat. Kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, zarówno przy zachowaniu pełnej, jak i ograniczonej sprawności, jednakże proporcja życia bez ograniczonej sprawności jest nieznacznie wyższa w przypadku mężczyzn, bez względu na poziom ich wykształcenia. Warto również odnotować, że spadek długości dalszego trwania życia oraz dalszego trwania życia w zdrowiu związany z niższym

wykształceniem bardziej uwidacznia się wśród mieszkańców miast niż wsi (ryc. 4.8). Co istotne, długość zarówno dalszego trwania życia, jak i dalszego trwania życia w zdrowiu mężczyzn i kobiet z wykształceniem średnim lub niższym jest większa w przypadku mieszkańców wsi niż miast.

Tab. 4.16. Struktura procentowa przyczyn zgonów osób zmarłych w latach 2005–2007 według płci, poziomu wykształcenia i grup wieku

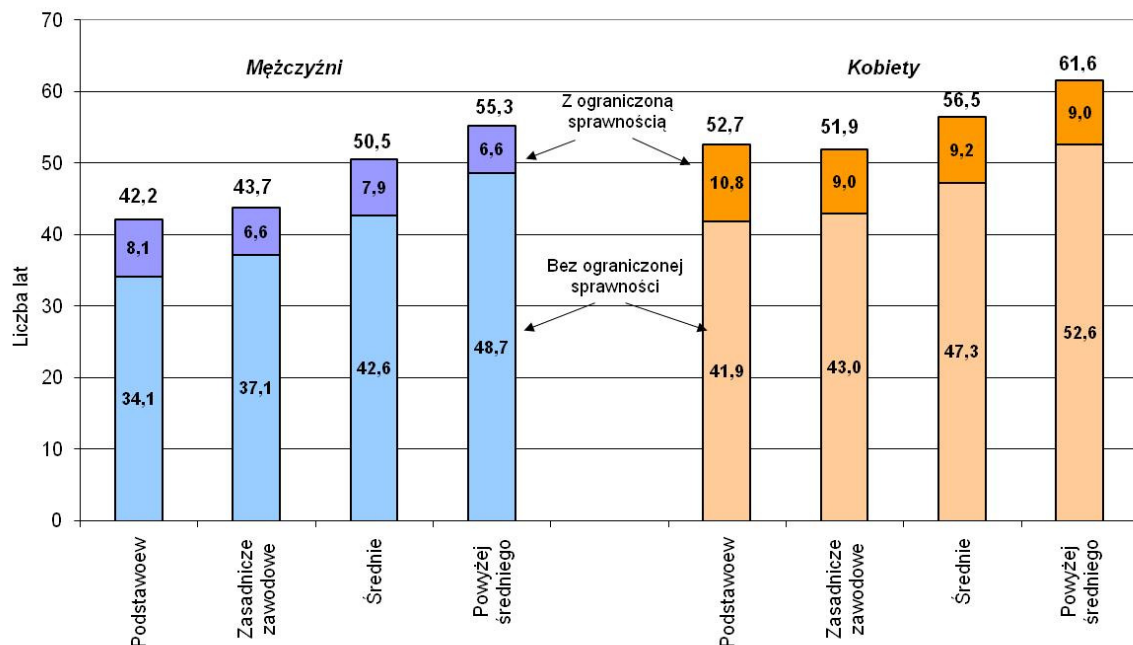
Przyczyna zgonu	Mężczyźni				Kobiety			
	Wyższe	Średnie	Zasadnicze zawodowe	Podstawowe	Wyższe	Średnie	Zasadnicze zawodowe	Podstawowe
25–44 lata								
Ogółem w tym:	100	100	100	100	100	100	100	100
Nowotwory zł.	20,7	13,2	10,0	6,5	45,7	40,3	35,0	23,0
Ukł. Krążenia	14,3	16,4	17,1	16,2	10,0	14,6	16,0	17,0
Ukł. Oddechowy	0,5	1,4	2,0	3,3	0,7	1,6	2,5	5,1
Ukł. Trawienny	5,9	8,5	8,7	8,5	2,8	6,5	9,2	11,7
Prz. Zewnętrzne	45,0	42,6	41,4	38,9	30,9	21,6	19,5	18,4
45–64 lata								
Ogółem w tym:	100	100	100	100	100	100	100	100
Nowotwory zł.	34,0	30,8	28,5	27,5	61,9	53,1	46,6	41
Ukł. Krążenia	32,8	33,5	32,4	31,3	15,4	21,3	26,2	30,7
Ukł. Oddechowy	1,8	2,4	3,0	4,2	2,0	2,2	2,6	3,9
Ukł. Trawienny	8,3	7,8	7,5	6,3	4,4	6,4	6,3	5,4
Prz. Zewnętrzne	9,8	11,2	13,4	13	6,4	6,1	6,2	5,4
65 lat i więcej								
Ogółem w tym:	100	100	100	100	100	100	100	100
Nowotwory zł.	32,7	31,5	30,8	24,4	30,9	26,3	25,1	16,2
Ukł. Krążenia	45,3	46,5	46,4	50,3	46,5	50,7	52,5	60,5
Ukł. Oddechowy	5,3	5,8	6,4	8,5	4,3	5,0	4,4	4,7
Ukł. Trawienny	3,7	3,9	3,6	3,3	3,3	4,1	4,2	3,6
Prz. Zewnętrzne	2,7	2,4	3,1	3,0	3,2	2,5	2,6	2,2

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

W Polsce wyraźnie widać silny związek współczynników umieralności dla wszystkich głównych przyczyn zgonów z poziomem wykształcenia. Najwyższe zagrożenie życia występuje w przypadku osób posiadających wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe, natomiast najniższe wśród osób z wykształceniem wyższym. Na ryc. 4.9 przedstawiono wskaźniki ilorazowe standaryzowanych współczynników umieralności z powodu głównych przyczyn zgonów osób posiadających wykształcenie podstawowe i

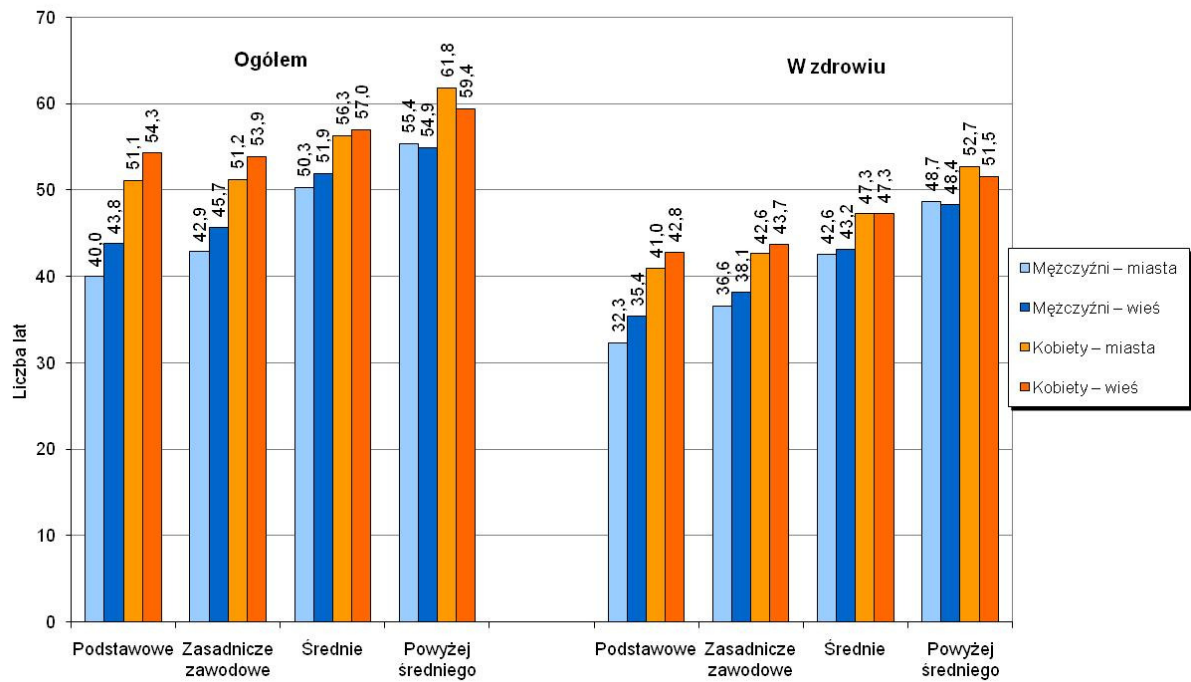
ponadmaturalne. Warto zauważyć, że różnice w umieralności według poziomu wykształcenia są większe w przypadku mężczyzn niż kobiet, przy czym dotyczą one wszystkich głównych przyczyn zgonów z wyjątkiem chorób układu krążenia. Co więcej, podczas gdy wśród kobiet wartości wskaźników ilorazowych współczynników umieralności są podobne dla wszystkich głównych przyczyn zgonów, to w przypadku mężczyzn widać wyraźne różnice, a najwyższą wartość osiąga iloraz współczynników z przyczyn zewnętrznych (dla mężczyzn z wykształceniem podstawowym współczynnik umieralności jest 4,7 razy wyższy niż dla posiadających wykształcenie ponadmaturalne). Wysoki wskaźnik ilorazowy współczynnika umieralności mężczyzn z przyczyn niedokładnie określonych (76) jednoznacznie wskazuje na trudności z odpowiednim ustaleniem i kodowaniem przyczyn zgonu osób słabo wykształconych. Może to również oznaczać brak właściwej opieki medycznej podczas choroby wśród osób gorzej wykształconych, ponieważ dane (które nie zostały zamieszczone w niniejszym opracowaniu) wskazują, że mężczyźni z wykształceniem niższym niż średnie umierali w szpitalach rzadziej niż ci lepiej wykształceni.

Ryc. 4.7. Przeciętna długość życia ogółem, długość życia w zdrowiu – bez ograniczonej sprawności oraz długość życia przy braku zdrowia – z ograniczoną sprawnością, osób w wieku 25 lat według płci i poziomu wykształcenia w Polsce, 2002 r.



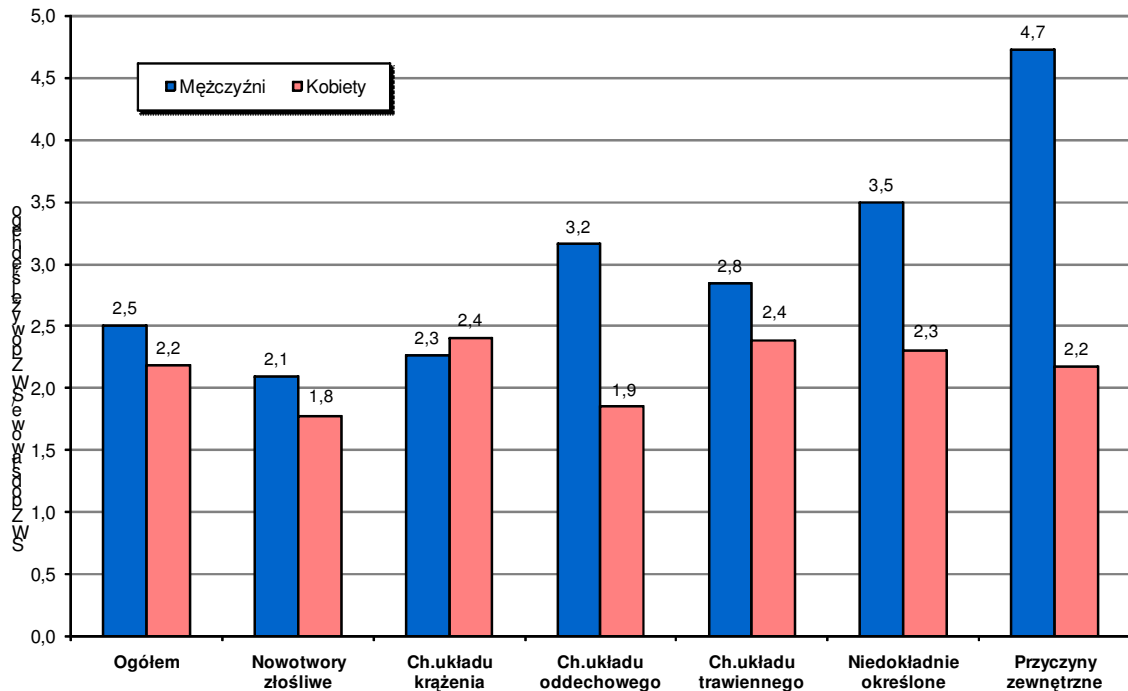
Źródło: Wojtyniak B et al. (77)

Ryc. 4.8. Przeciętna długość życia ogółem oraz długość życia w zdrowiu – bez ograniczonej sprawności mieszkańców miast i wsi w wieku 25 lat według płci i poziomu wykształcenia w Polsce, 2002 r.



Źródło: Wojtyński B et al. (77)

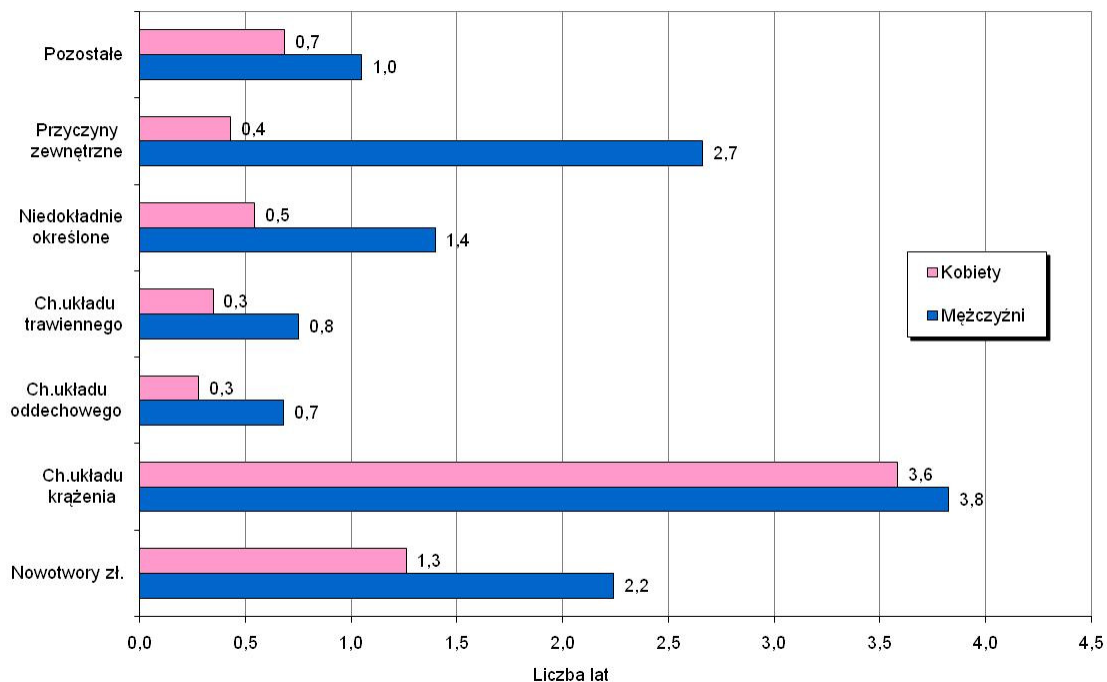
Ryc. 4.9. Iloraz standaryzowanych współczynników zgonów (SWZ) osób w wieku 25 lat i starszym z wykształceniem podstawowym i osób z wykształceniem powyżej średniego według płci i głównych przyczyn zgonów w Polsce, 2002 r.



Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach, gromadzonych przez GUS

Ponieważ współczynniki zgonów dla wszystkich głównych przyczyn są wyższe wśród osób o niskim poziomie wykształcenia niż tych lepiej wykształconych, oznacza to, że wszystkie choroby wpływają na skrócenie okresu życia osób gorzej wykształconych. Rozmiar tego wpływu nie wynika wyłącznie z różnic w umieralności stwierdzonych wśród poszczególnych grup, ale również z liczby zgonów z powodu poszczególnych przyczyn. Obliczyliśmy, w jakim stopniu główne przyczyny zgonów wpływają na skrócenie dalszego trwania życia osób w wieku 25 lat posiadających wykształcenie podstawowe w porównaniu z osobami z wyższym wykształceniem. Ryc. 4.10 wskazuje, że choroby układu krążenia są najważniejszą przyczyną krótszego dalszego trwania życia osób gorzej wykształconych w porównaniu z lepiej wykształconymi. Odpowiadają one za połowę różnicy w dalszej długości trwania życia kobiet (3,6 roku), natomiast w przypadku mężczyzn odpowiadają one za 30% (3,8 roku) różnicy w długości dalszego trwania życia. Wśród mężczyzn istotną rolę odgrywają również przyczyny zewnętrzne i nowotwory.

Ryc. 4.10. Udział głównych przyczyn zgonów w skracaniu długości życia osób w wieku 25 lat z wykształceniem podstawowym w stosunku do długości życia osób z wykształceniem wyższym według płci w Polsce, 2001–2003



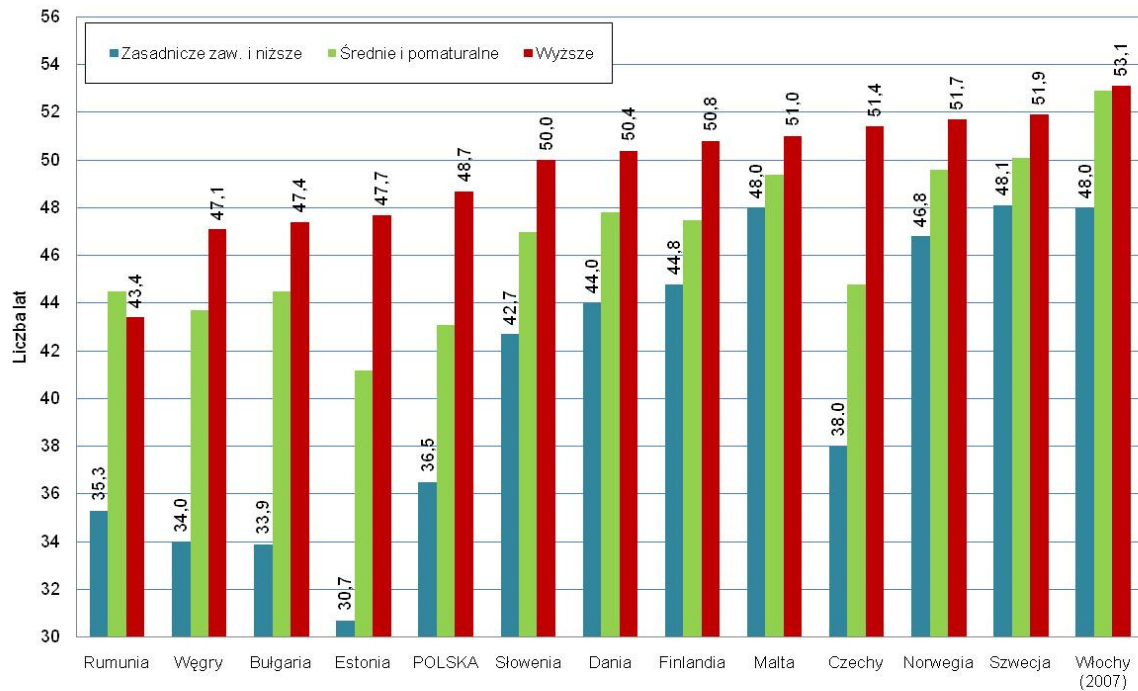
Źródło: Wojtyniak B et al. (77)

Różnice w poziomie umieralności ogółem związane z poziomem wykształcenia występują praktycznie we wszystkich krajach UE. Jak wynika z ostatnio prowadzonych analiz obejmujących 22 kraje europejskie, w Polsce są one podobne do tych w Czechach i na

Węgrzech, ale wyraźnie większe niż w bardziej rozwiniętych gospodarczo krajach UE (75). Także dane z Polski i innych państw europejskich z bazy danych Eurostat dotyczące długości trwania życia według poziomu wykształcenia pokazują, że zróżnicowanie wynikające z poziomu wykształcenia jest większe w Polsce niż w państwach bardziej rozwiniętych, takich jak Finlandia, Włochy, Malta, Norwegia czy Szwecja (ryc. 4.11 i 4.12). Zwraca uwagę fakt, że różnica długości trwania życia mieszkańców Polski lepiej wykształconych w porównaniu z długością życia mieszkańców innych krajów jest znacznie mniejsza niż wśród tych posiadających niższe wykształcenie, a tym samym ta ostatnia grupa mieszkańców Polski znajduje się w szczególnie niekorzystnej sytuacji zdrowotnej.

Ważnym elementem porównawczej oceny stanu zdrowia różnych grup społeczeństwa stało się w ostatnich latach porównywanie pewnych aspektów tego stanu wynikających z samooceny pytaných osób. Badane aspekty stanu zdrowia dotyczą: (1) jego ogólnej oceny, (2) występowania długotrwałych problemów zdrowotnych lub choroby przewlekłej trwających 6 miesięcy lub dłużej oraz (3) występowania ograniczonej zdolności wykonywania zwykłych czynności z powodu problemów zdrowotnych trwających 6 miesięcy lub dłużej. Informacje te są zbierane w krajach UE w ramach prowadzonego pod auspicjami Eurostatu europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC, które w Polsce realizuje GUS. Na ryc. 4.13, 4.14 i 4.15 przedstawiono standaryzowane względem wieku częstości osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, mających długotrwałe problemy zdrowotne oraz o ograniczonej (poważnie lub w mniejszym stopniu) zdolności wykonywania zwykłych czynności w zależności od poziomu wykształcenia w Polsce i przeciętnie w krajach UE. Wszystkie trzy wskaźniki stanu zdrowia są wyraźnie związane z wykształceniem zarówno w Polsce, jak i w całej Unii, przy czym stosunkowo najslabiej w przypadku występowania długotrwałych problemów zdrowotnych. Należy zauważyć, że różnice w częstości występowania negatywnych parametrów stanu zdrowia wśród osób o podstawowym i wyższym wykształceniu w populacji polskiej są większe niż przeciętne dla krajów UE.

Ryc. 4.11. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat według poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2008 r. (lub ostatni dostępny)

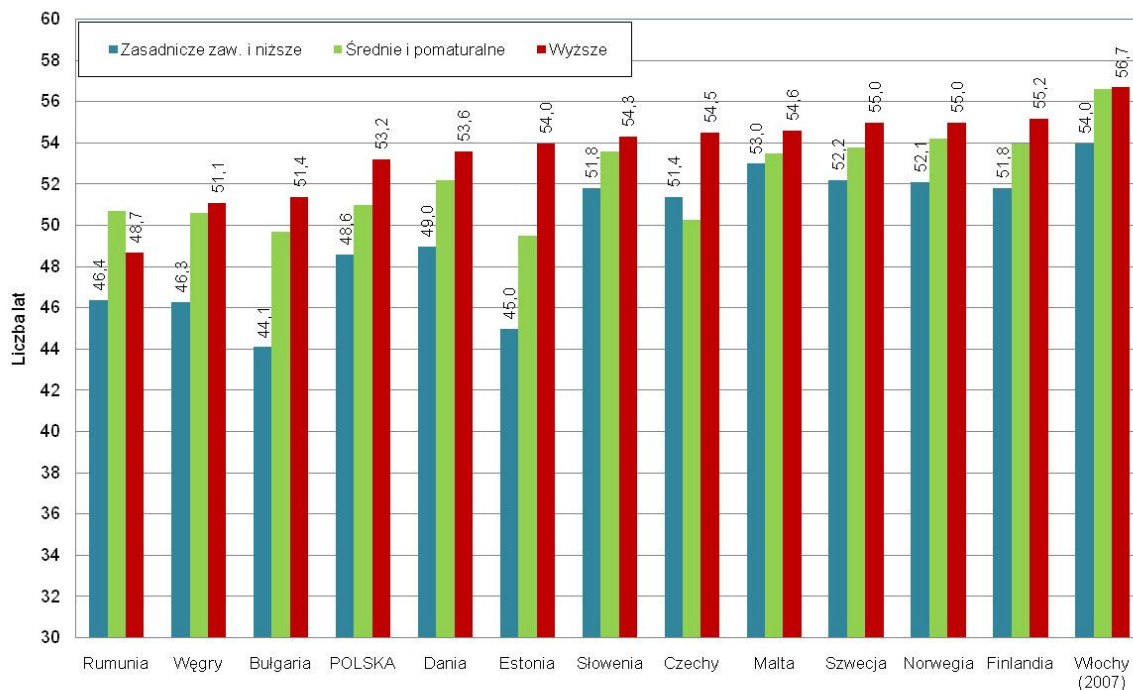


Źródło: Eurostat (6)

Podsumowując przedstawione powyżej wyniki, można stwierdzić, że stan zdrowia dorosłych mieszkańców Polski mierzony zarówno w tak poważnym wymiarze, jak umieralność, ale również poprzez subiektywne oceny niektórych jego aspektów, wykazuje wyraźne różnice związane z poziomem wykształcenia, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, mieszkańców miast i wsi. Różnice te występują także w skali całej Unii Europejskiej, ale na ogół są przeciętnie mniejsze. Należy również podkreślić, że różnice w zakresie stanu zdrowia mieszkańców Polski i krajów UE o bardziej rozwiniętych gospodarkach okazują się szczególnie widoczne w przypadku osób o niższym poziomie wykształcenia.

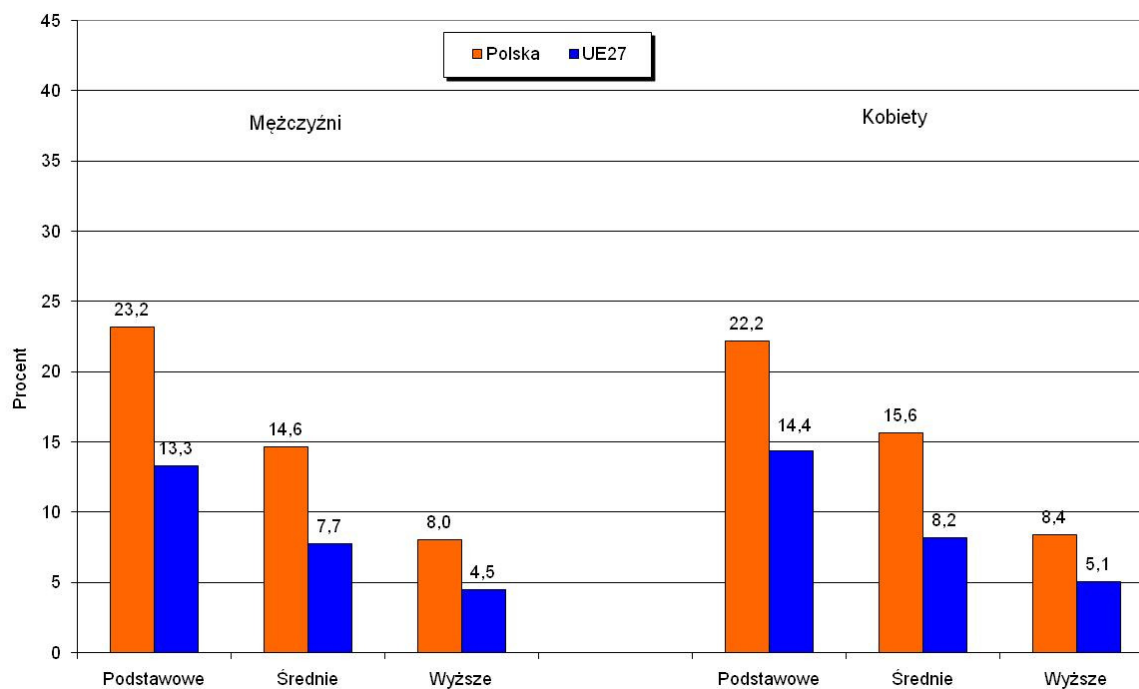
Należy wyraźnie stwierdzić, że pomimo iż w przypadku wszystkich głównych grup chorób współczynniki zgonów są wyższe wśród gorzej wykształconych mężczyzn i kobiet, główną przyczyną krótszego trwania życia osób o niższym wykształceniu w porównaniu z osobami posiadającymi wyższe wykształcenie są choroby układu krążenia, a w przypadku mężczyzn również zewnętrzne przyczyny zgonu, czyli wypadki drogowe i samobójstwa.

Ryc. 4.12. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat według poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich, 2008 r. (lub ostatni dostępny)



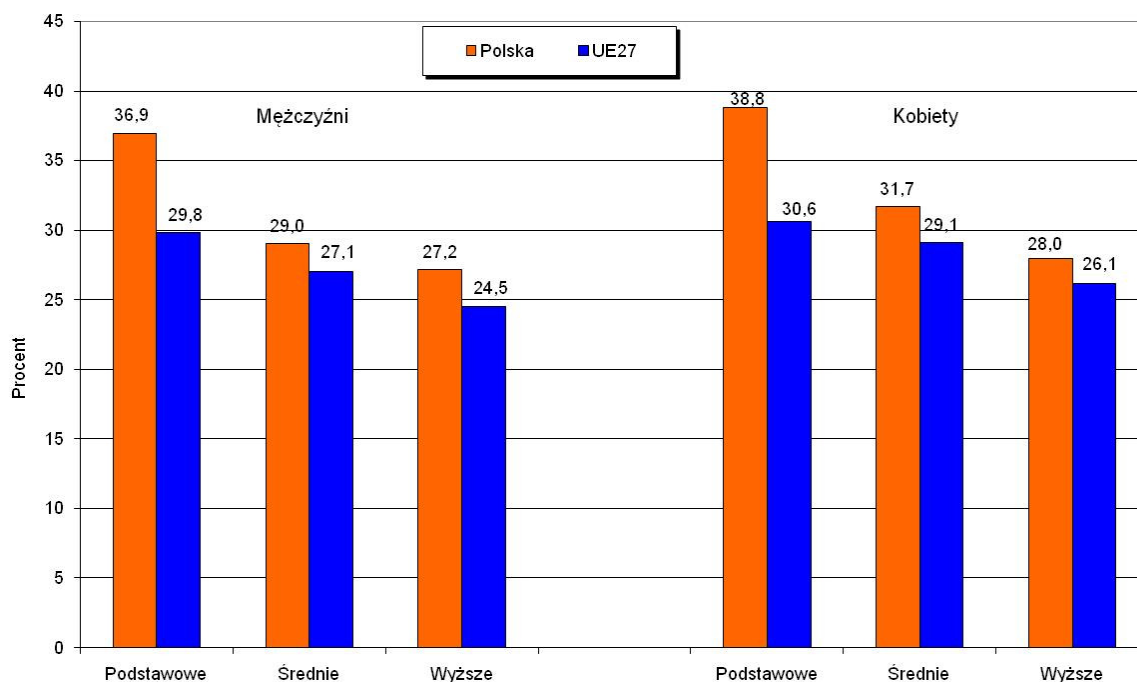
Źródło: Eurostat (6)

Ryc. 4.13. Standaryzowany odsetek osób w wieku 15 lat i więcej oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły według płci i poziomu wykształcenia w Polsce i UE(27), 2007 r.



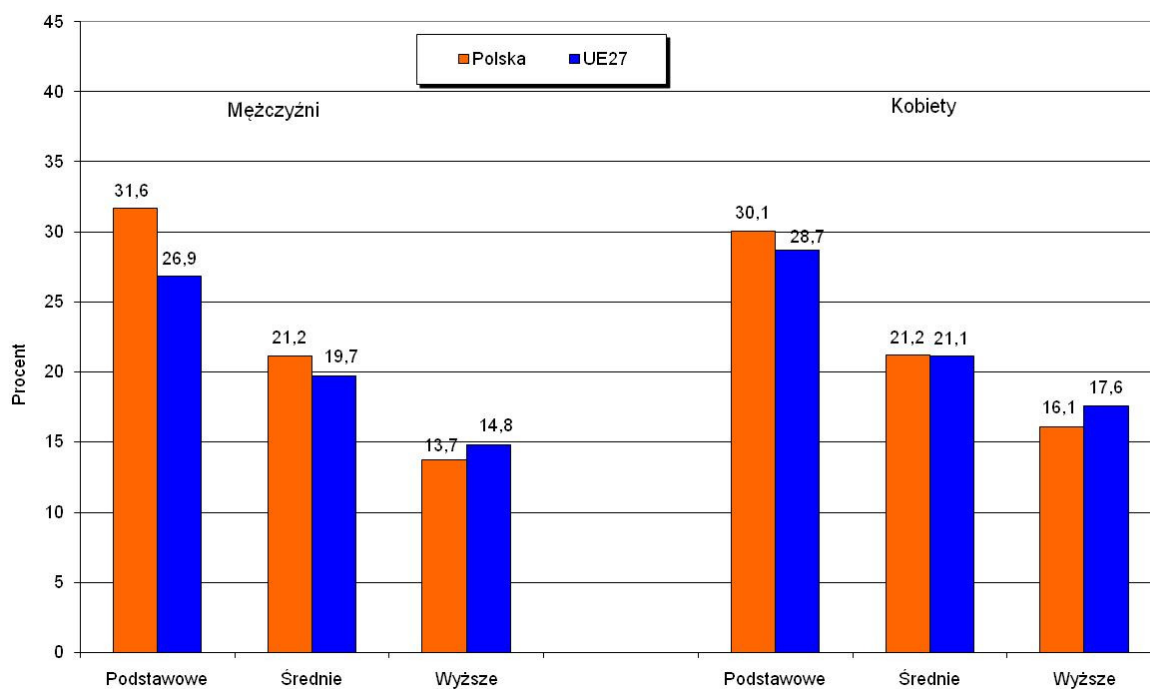
Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych Eurostatu (6)

Ryc. 4.14. Standaryzowany odsetek osób w wieku 15 lat i więcej z długotrwałym problemem zdrowotnym według płci i poziomu wykształcenia w Polsce i UE, 2007 r.



Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych Eurostatu (6)

Ryc. 4.15. Standaryzowany odsetek osób w wieku 15 lat i więcej z ograniczoną ze względów zdrowotnych zdolnością wykonywania zwykłych czynności według płci i poziomu wykształcenia w Polsce i UE, 2007 r.



Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych Eurostatu (6)

5. Zalecenia

Dorota Poznańska

Zarówno międzynarodowe, jak i krajowe badania wyraźnie wskazują, że uwarunkowane społecznie, a więc niewynikające z przyczyn biologicznych nierówności w zdrowiu są jedną z najistotniejszych, modyfikowalnych przyczyn nadumieralności. Dlatego w niniejszym rozdziale przedstawiono propozycje działań, których wdrożenie może przynieść znaczącą poprawę stanu zdrowia, zwłaszcza wśród osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym. Sformułowane zalecenia można podzielić na trzy kategorie:

1. zalecenia dotyczące formułowania strategii i polityk oraz monitoringu i koordynacji;
2. zalecenia w zakresie działań ukierunkowanych na poprawę statusu społeczno-ekonomicznego ludności;
3. zalecenia dotyczące interwencji w obszarze zdrowia publicznego.

5.1. Zalecenia dotyczące formułowania strategii i polityk oraz monitoringu i koordynacji

Obok nadrzędnego celu, jakim jest poprawa stanu zdrowia ludności, wskazane w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 zadanie zmniejszenia społecznych nierówności w zdrowiu powinno stanowić jeden z celów Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju oraz realizujących ją w tym zakresie poszczególnych strategii zintegrowanych, tj. Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego i Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego, jak również lokalnych strategii dotyczących problemów społecznych. Włączenie tego celu do systemu dokumentów strategicznych wymaga stworzenia systemu umożliwiającego pełne monitorowanie zjawiska gradientu społecznego związanego z występowaniem nierówności w zdrowiu.

Jak rekomenduje WHO, należy podejmować działania zmierzające do „stworzenia możliwości i osiągnięcia potencjału zdrowotnego przez wszystkich obywateli. Oznacza to konieczność sprawiedliwego podziału zasobów ochrony zdrowia, zapewnienia równości szans oraz sprawiedliwości w opiece przysługującej w przypadku choroby” (3). Zgodnie z koncepcją *Zdrowie we wszystkich politykach*, poprawa stanu zdrowia ludności wymaga podejmowania skoordynowanych działań obejmujących nie tylko sektor ochrony zdrowia, ale także politykę fiskalną, zabezpieczenia społecznego, infrastruktury, edukacji, pracy, sportu,

bezpieczeństwa transportu, środowiska i ochrony konsumentów. Ponieważ na stan zdrowia ludności wpływa szereg polityk realizowanych także poza sektorem ochrony zdrowia, skalę tego wpływu należałoby uwzględniać, dokonując obowiązkowych ocen skutków regulacji wykonywanych przed opracowaniem projektów aktów prawnych.

Ponadto w związku z dużą liczbą rozproszonych programów (realizowanych zarówno lokalnie, jak i na szczeblu ogólnopolskim), których celem jest poprawa sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej grup najbardziej upośledzonych społecznie, konieczne wydaje się:

- zintegrowanie wybranych programów zdrowia publicznego realizowanych na szczeblu lokalnym w celu osiągnięcia lepszych wyników i poprawy efektywności kosztowej ich wdrażania;
- wdrożenie systemu długookresowego monitoringu efektów realizacji ogólnopolskich i lokalnych programów z uwzględnieniem analiz efektywności kosztowej (ocena efektów w stosunku do poniesionych nakładów), mającego na celu wyłonienie najlepszych praktyk oraz rezygnację lub modyfikację programów o niskiej efektywności kosztowej;
- stworzenie ogólnodostępnej bazy najlepszych praktyk rozwiązywania wybranych problemów, która zostałaby zasilona przykładami polityk o udowodnionej skuteczności, wykorzystującej doświadczenia zarówno zagraniczne, jak i krajowe (co będzie możliwe dzięki realizacji działań opisanych powyżej).

5.2. Zalecenia w zakresie działań zmierzających do poprawy statusu społeczno-ekonomicznego ludności

Jak wynika z zawartych w raporcie analiz, poprawa stanu zdrowia ludności może zostać osiągnięta przede wszystkim dzięki ulepszeniu sytuacji społeczno-ekonomicznej i zmniejszeniu liczebności grup o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym. Jednym z najważniejszych w tym zakresie działań jest poprawa adaptacyjności rynku pracy poprzez między innymi rozwój uczenia się przez całe życie, polityki wspierającej przekwalifikowanie zawodowe, efektywne pośrednictwo pracy, zwiększanie dostępności transportowej oraz infrastruktury opieki nad dziećmi, a także preferencje w polityce redystrybucyjnej państwa dla programów promujących pracę. Rezultatem tych działań powinno być zmniejszenie

zagrożenia długotrwałym bezrobociem i biernością, czego skutkiem będą poprawa warunków życia oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu.

Istotne jest także zapewnienie wsparcia dla rozwoju kapitału społecznego i społeczeństw lokalnych, w szczególności poprzez dofinansowanie realizacji programów: rozwiązujących lokalne problemy, tworzących ogólnodostępne miejsca spędzania wolnego czasu, w tym zwłaszcza służące propagowaniu zdrowego stylu życia oraz wspieraniu lokalnych wspólnot i grup samopomocowych.

Jedną z najważniejszych przyczyn zróżnicowania stanu zdrowia oraz długości trwania życia w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego jest kumulowanie się niekorzystnych czynników, głównie tych występujących we wczesnych latach życia, a nawet w okresie prenatalnym. Dlatego strategia zmierzająca do zapewnienia równości szans musi uwzględniać poprawę sytuacji dzieci i młodzieży, przede wszystkim z rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym pochodzących z rejonów poszkodowanych społecznie lub zagrożonych niepełnosprawnością. Działania niezbędne dla realizacji tego celu obejmują:

- wdrażanie programów o udowodnionej skuteczności, skierowanych do określonych grup, takich jak programy wczesnej interwencji, rodzicielstwa i partnerstwa rodzinnego; programy zapobiegania paleniu i ekspozycji na bierne palenie przez kobiety ciężarne oraz małe dzieci, programy zapobiegające spożywaniu alkoholu w okresie ciąży, suplementacja żywieniowa w okresie okołoporodowym (np. kwas foliowy), promocja karmienia piersią i programy zapobiegania niepożądaney ciąży wśród małych dzieci;
- wdrożenie mechanizmów pomocy dla rodzin z małymi dziećmi (w wieku 0–3 lata) doświadczających problemów rozwojowych lub zagrożonych niepełnosprawnością, aby nie dopuszczać do pogłębienia istniejących deficytów i tam, gdzie jest to właściwe, rozpocząć wczesną rehabilitację (ważne, aby tego typu działania nie powodowały stygmatyzacji dzieci lub ich rodziców);
- rozwój opieki przedszkolnej nastawionej na wyrównywanie szans edukacyjnych oraz zapewnienie lepszego rozwoju społecznego, emocjonalnego i poznawczego dzieci w wieku przedszkolnym;
- stworzenie systemu wsparcia w wypełnianiu funkcji rodzicielskich i wychowawczych (asystenci rodzinni, umożliwienie uczestnictwa w terapii rodzinnej lub terapii poznawczo-behawioralnej, organizowanie opieki nad dziećmi i inna pomoc w

przewycięzeniu problemów życiowych) z jednoczesnym ograniczeniem praktyk umieszczania dziecka poza rodziną biologiczną z powodów takich, jak ubóstwo czy zaniedbania higieniczne;

- zmianę modelu pieczy zastępczej nad dziećmi pozbawionymi należytej opieki rodzicielskiej (rozwój modelu rodzin zastępczych i przyspieszenie likwidacji dużych placówek opiekuńczo-wychowawczych);
- realizację programów wyrównujących szanse edukacyjne oraz kształtujących nawyki prozdrowotne w przedszkolach i szkołach – na wszystkich poziomach edukacji – poprzez wdrażanie we wszystkich placówkach działań edukacyjnych takich, jak:
 - ✓ uwzględnienie w ogólnej podstawie programowej treści związanych z promocją aktywności fizycznej, jak również rozwijaniem umiejętności życiowych pozwalających na podejmowanie właściwych decyzji w zakresie zdrowia czy ergonomii uczenia się;
 - ✓ szkolenia dla nauczycieli w celu umożliwienia im rozpoznania symptomów bardzo wczesnego (tj. występującego nawet w wieku 9–10 lat) palenia, co – jak wynika z badań – stanowi silny predyktor niebezpiecznych zachowań w późniejszym okresie życia;
 - ✓ wzmacnianie mechanizmów ochronnych u dzieci, co pozwoli im na zachowanie większej kontroli w zakresie spraw życia codziennego, stylu życia i zachowania oraz unikanie szczególnie ryzykownych lub szkodliwych zachowań, takich jak przyjmowanie używek i narkotyków, angażowanie się w działalność przestępczą, stosowanie przemocy i agresji oraz podejmowanie przypadkowych kontaktów seksualnych;
 - ✓ ograniczanie sprzedaży niezdrowej żywności w szkołach;
- realizację w szkołach położonych na wybranych obszarach programów zapewniających równość szans wynikających z występujących lokalnie problemów lub dostosowanych do lokalnej specyfiki, takich jak:
 - ✓ zdrowe posiłki dofinansowywane dla wszystkich dzieci w szkołach położonych na obszarach charakteryzujących się szczególnie wysokim ryzykiem ubóstwa;
 - ✓ budowa sieci szkół promujących zdrowie, działających obecnie w ramach projektu Sieć Szkół dla Zdrowia w Europie (SHE);

- ✓ zajęcia dotyczące bezpiecznego zachowania, przy czym tematyka zajęć powinna być dostosowana do specyfiki uwarunkowań lokalnych (np. bezpieczna praca w gospodarstwie rolnym lub bezpieczeństwo na drodze).

Całkowity poziom wydatków socjalnych jest w Polsce nieco wyższy od średniej dla państw OECD. O ile jednak nakłady na transfery finansowe należą w Polsce do najwyższych, to wydatki na świadczenia rzeczowe (w szczególności na ochronę zdrowia) są jednymi z najniższych wśród wszystkich państw należących do tej organizacji. Zbyt wysokie nakłady na transfery finansowe mogą zniechęcać do podejmowania pracy i wpędzać beneficjentów w pułapkę świadczeń, natomiast nadmiernie zaniżone wydatki na świadczenia rzeczowe ograniczają dostęp do istotnych dóbr publicznych, zwłaszcza osobom z grup upośledzonych społecznie. Tego typu sytuacja jest niepożądana z punktu widzenia zarówno makroekonomicznego, jak i równości społecznej. Dlatego jednym z priorytetów polityki redystrybucyjnej państwa powinna być stopniowa zmiana tej niekorzystnej relacji.

Polska należy do krajów o niewielkim poziomie ubóstwa absolutnego, które obecnie definiowane jest przez Bank Światowy jako dochód na osobę poniżej 2,15 USD dziennie, oraz zbliżonym do przeciętnej dla krajów UE poziomie ubóstwa relatywnego. Jednak w przeciwieństwie do wielu innych państw Unii najwyższy poziom zagrożenia ubóstwem dotyczy w Polsce nie osób starszych, lecz dzieci i młodzieży w wieku do 17 lat. Mimo istotnej poprawy, jaka nastąpiła w tym zakresie w latach 2005–2008, ryzyko to znajduje się nadal na poziomie wyższym od przeciętnej dla krajów UE15 i UE27. Wyzwaniem na kolejne lata jest poprawa funkcjonowania istniejącego systemu pomocy socjalnej w taki sposób, by z zachowaniem zasady o preferowaniu pracy nad biernością wspierał on w pierwszej kolejności rodziny znajdujące się w najtrudniejszej sytuacji dochodowej, tj. najczęściej rodziny wielodzietne, posiadające dzieci niepełnosprawne i rodziców samotnie wychowujących dzieci.

Mimo poważnego sukcesu w zakresie ograniczenia umieralności niemowląt między rokiem 1990 a 2008, poziom umieralności niemowląt w Polsce jest wciąż wyższy niż w krajach UE15. Międzynarodowe analizy porównawcze wskazują, że możliwe powinno być zmniejszenie umieralności niemowląt do poziomu poniżej 4 zgonów na 1000 żywych urodzeń. Co istotne, pomimo że spadek umieralności niemowląt odnotowano we wszystkich grupach społecznych definiowanych według poziomu wykształcenia matki, był on proporcjonalnie większy w przypadku matek posiadających wyższe wykształcenie.

Charakterystyczna w przypadku Polski jest także wyższa umieralność noworodków do 7 dnia życia, przy nieco niższym od średniej dla krajów UE15 odsetku noworodków o masie urodzeniowej poniżej 2,5 kg. Wskazuje to na potrzebę dalszego rozwoju infrastruktury szpitalnej i poprawy organizacji służby zdrowia służącej opiece nad noworodkiem.

Spadkowi umieralności niemowląt i wzrostowi wskaźników przeżycia dzieci z wadami wrodzonymi lub zaburzeniami metabolizmu towarzyszy wzrost odsetka dzieci przewlekłe chorych, które powinny mieć dostęp do odpowiedniego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Należy przeciwdziałać tendencji „odpływania” rodzin posiadających dzieci przewlekłe chore do niższych warstw społecznych, zwiększając dostęp do wysokiej jakości systematycznej opieki. Efektywność tych działań zależy od zdiagnozowania tego typu zaburzeń na odpowiednio wczesnym etapie, co wymaga stworzenia sieci placówek wczesnej interwencji, jednoznacznego zdefiniowania podstaw prawnych dla finansowania świadczeń i pomocy socjalnej dla rodzin, które nadal mają trudności z przystąpieniem do programów terapeutycznych. Działania związane z zaspokojeniem szczególnych potrzeb medycznych powinny w pierwszej kolejności być kierowane do rodzin o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Chociaż z samooceny stanu zdrowia wynika, że status finansowy w mniejszym stopniu wpływa na występowanie chorób przewlekłych wśród młodzieży, to jednak prawdopodobieństwo wskazania w ankiecie „słabego” lub „złego” stanu zdrowia jest wyższe w przypadku gorszej sytuacji finansowej rodziny.

Wydaje się, że specjalne programy należałoby skierować do jednostek edukacyjnych, zwłaszcza szkół gimnazjalnych. Okres nauki w gimnazjum i przejścia do szkoły ponadgimnazjalnej wiąże się w gwałtownym nasileniem nierówności w zdrowiu. Należałoby zbadać, czy wybrane szkoły mogłyby stać się miejscem efektywnej realizacji programów i interwencji zmierzających do ograniczenia nierówności społecznych w zdrowiu.

5.3. Zalecenia dotyczące interwencji w obszarze zdrowia publicznego

Zjawisko gradientu społecznego występuje wyraźnie w przypadku zgonów z powodu chorób układów krążenia i oddechowego. W latach 2005–2015 można byłoby w Polsce uniknąć ponad 300 tys. zgonów (wynikających głównie z przywołanych przyczyn) przy wdrożeniu

ogólnospołecznych strategii mających na celu ograniczenie spożycia tytoniu oraz soli (79). Pozwoliłoby to również zmniejszyć nierówności społeczne w zdrowiu.

Aby obniżyć spożycie tytoniu, w Konwencji Ramowej o Zwalczaniu Palenia Tytoniu (FCTC) WHO zaproponowała szereg polityk mających na celu ograniczenie popytu na wyroby tytoniowe. W Polsce ekspozycja na dym tytoniowy i palenie tytoniu są szczególnie rozpowszechnione. Obecnie najważniejsze działania obejmują utrzymanie efektywnego zakazu palenia w miejscach publicznych, dalsze podnoszenie podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe, zapewnienie kompleksowych informacji na temat palenia tytoniu, w tym publikowanie danych porównawczych ilustrujących szkodliwość papierosów różnych marek (80) oraz prowadzenie reklamy antytytoniowej. Niezmiernie istotne jest także zapewnienie skutecznych usług zachęcających palaczy do zaniechania palenia i wspierających ich w staraniach o rzucenie tego nałogu. Dane dotyczące aktualnych i byłych palaczy oraz osób, które nigdy nie paliły, wyraźnie wskazują, że palenie jest silnie związane ze statusem społeczno-ekonomicznym mierzonym poziomem wykształcenia. Przykładowo, w przypadku osób posiadających najniższe wykształcenie prawdopodobieństwo palenia papierosów jest największe, a najmniej prawdopodobne to, że zaprzestaną palenia. Dlatego bardzo ważne staje się przeprowadzenie badań, a następnie właściwe odniesienie się do czynników społecznych utrudniających zaprzestanie palenia.

Drugim ważnym wyzwaniem w celu zmniejszenia nierówności w zdrowiu i zapobiegania przedwczesnym zgonom jest ograniczenie spożycia soli. W polskiej diecie stosuje się dużo soli. Widoczny jest także związek między wielkością spożycia soli a miejscem zamieszkania i poziomem osiąganych dochodów (81).

Ponieważ większość soli znajduje się w żywności przetworzonej, zmniejszenie spożycia soli można osiągnąć, ograniczając ilość soli i przypraw dodawanych przez producentów do przetworzonych produktów spożywczych. Istotne byłoby także przeprowadzenie kampanii informacyjnej w mediach zachęcającej gospodarstwa domowe i społeczność (80) do zmiany nawyków żywieniowych (podobna inicjatywa znalazła się już w pierwszym module jednego z programów zdrowia publicznego – Narodowego programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym – opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia na lata 2007–2011). Działania te mogą przynieść pożądane efekty, ponieważ w miarę spadku spożycia soli konsumenci zaczynają preferować produkty mniej słone. Prawdopodobnie wiąże się to ze zjawiskiem akomodacji receptorów smaku, które zachodzi w ciągu kilku tygodni lub miesięcy. W

Wielkiej Brytanii ograniczenie spożycia soli o 10% zostało osiągnięte w ciągu czterech lat, bez spadku sprzedaży produktów spożywczych biorących udział w realizacji projektu oraz jakichkolwiek skarg dotyczących zmiany smaku (82). Potencjalnym skutkiem ubocznym tego typu interwencji może być jedynie niedobór jodu. Z tego powodu kampanii informacyjnej zachęcającej do ograniczenia spożycia soli powinny towarzyszyć działania związane z suplementacją jodu, aby zapewnić ochronę osobom spożywającym wcześniej 5 g soli dziennie (79).

Z przedstawionych w opracowaniu analiz wynika, że część modyfikowalnych czynników ryzyka, mających wpływ na stan zdrowia całej ludności oraz na powstawanie społecznych nierówności w zdrowiu, nie tylko nie maleje, ale rośnie. Dotyczy to np. spożycia alkoholu lub otyłości. W tej sytuacji niezbędne jest szczegółowe zbadanie przyczyn tego zjawiska w celu zwiększenia skuteczności odpowiednich programów zdrowia publicznego. Z analizy wynika też, że tylko nieliczne z tych programów uwzględniają kwestię nierówności społecznych w zdrowiu. Pożądane byłoby sprawdzenie, w jakim stopniu programy te docierają do różnych grup społecznych.

1. CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008
(http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf, wg stanu na dzień 17 sierpnia 2010).
2. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007:23
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
3. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
4. *Narodowy Program Zdrowia 2007–2015*. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia, 2007:15
(http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
5. Zdrojewski T et al. Attempt to eliminate health inequalities in Poland arising at the time of political and economic transformation: Polish 400 cities project. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2006, 13(5):832–838.
6. Eurostat. Your key to European statistics [web site]. Brussels, European Commission, 2009
(<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>, wg stanu na dzień 9 listopada 2009).
7. *Poland: growth, employment and living standards in pre-accession Poland*. Washington, DC, World Bank, 2004.
8. *Sytuacja gospodarstw domowych w 2003 i 2008 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, 2008*. Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, 2004:16.
9. *Sytuacja gospodarstw domowych w 2003 i 2008 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, 2008* Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, 2009:14.
10. Bezrobocie Rejestrowane, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa, Główny Urząd Statystyczny
(http://www.stat.gov.pl/gus/5840_2047_PLK_WAI.htm, luty 2012).
11. *Krajowy Raport na rzecz Zabezpieczenia i Integracji Społecznej*, Warszawa, Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych, 2008.
12. *Sytuacja gospodarstw domowych w 2008 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, 2008*
(http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1160_PLK_HTML.htm?action=show_archive, wg stanu na dzień 26 sierpnia 2010).
13. Panek T. *Wielowymiarowe ubóstwo w Polsce w 2007 r. w ujęciu wojewódzkim, Analizy prowadzone na podstawie danych GUS, Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności EU-SILC, wersja z 1 sierpnia 2009 r.* Warszawa, Szkoła Główna Handlowa, 2009.
14. *Informacja Sygnalna. Ubóstwo w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w świetle Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia – EU-SILC*. Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, 2008.
15. *Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Ujęcie wskaźnikowe*. New York, NY, United Nations Development Programme, 2006.
16. *Mały Rocznik Statystyczny 2009 i 2006*. Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, 2009 i 2006.
17. Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 countries. *New England Journal of*

- Medicine*, 2008, 358:2468–2481 (<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0707519>, wg stanu na dzień 26 sierpnia 2010).
18. Suhrcke M et al. *The contribution of health to the economy of the European Union*. Luxembourg, European Union Publications Office, 2005.
 19. Bloom D, Conning D, Jamison D. Health, wealth and welfare. *Finance and Development*, 2004, 41(1):10–15.
 20. Mackenbach J, Bakker M, ed. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
 21. OECD. Society at a glance 2009: OECD social indicators. *Social Issues/Migration/Health*, 2009, 6:1–135.
 22. Ståhl T et al. *Health in all policies. Prospects and potentials*. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
 23. Health Data 2009 [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (November update) (<http://www.oecd.org/els/social/expenditure>, wg stanu na dzień 9 listopada 2009).
 24. European Communities. *Europe in figures. Eurostat yearbook 2008*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
 25. *OECD health data 2009: statistics and indicators for 30 countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (June update).
 26. European Health for All database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (January update) (www.euro.who.int/hfad, wg stanu na dzień 6 lipca 2010).
 27. *European social reality. Special Eurobarometer No. 273*. Brussels, European Commission, 2007.
 28. *Sprawozdanie Roczne NFZ za rok 2009*. Warszawa, Narodowy Fundusz Zdrowia, 2010.
 29. Kurowski P. Koszyki minimum socjalnego i minimum egzystencji – dotychczasowe podejście. Podsumowanie referatów przedstawionych podczas seminarium zorganizowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych i Sejmową Komisję Polityki Społecznej i Rodziny zatytułowane *Kategorie i instrumenty interwencji państwa w sytuacji ubóstwa. Czym jest minimum socjalne?* Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 10 grudnia 2002 (<http://www.ipiss.com.pl/teksty/kurowski.pdf>, wg stanu na dzień 29 września 2011).
 30. *The European health report 2005; public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
 31. Bandosz P et al.: Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study. *BMJ*. 2012 Jan 25;344:d8136. doi: 10.1136/bmj.d8136.
 32. Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex [HFA-MDB] (offline database). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-detailed-mortality-database-dmdb2>, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
 33. Polakowska M. Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 2005, 63 (Supl. IV):1–6.
 34. Kaleta D et al. Czynniki warunkujące palenie tytoniu wśród osób dorosłych-wyniki badania WOBASZ w województwie łódzkim. *Medycyna Pracy*, 2008, 59(2):143–148.

35. *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010*. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia, 2010
(http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf, wg stanu na dzień 25 maja 2011).
36. Collins R et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet*, 1990, 335:827–838.
37. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
38. Kaleta D, Makowiec-Dabrowska T, Jegier A. Occupational and leisure-time energy expenditure and body mass index. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 2007, 20(1):9.
39. Biela U. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 2005, 63 (Suppl.IV).
40. Schnohr P et al. Long-term physical activity in leisure time and mortality from coronary heart disease, stroke, respiratory diseases, and cancer. The Copenhagen City Heart Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention Rehabilitation*, 2006, 13(2):173–179.
41. Drygas W et al. Epidemiology of physical inactivity in Poland: prevalence and determinants in a former communist country in socioeconomic transition. *Public Health*, 2009, 123(9):592–597.
42. *Sprawozdanie Komisji dla Rady Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów na temat równości kobiet i mężczyzn – 2008*. Bruksela, Komisja Europejska, 23 stycznia 2008.
43. *Commission staff working document. Accompanying document to the report from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Equality between women and men – 2009*. Brussels, European Commission, 27 luty 2009 (SEC(2009) 165).
44. Bukowski M. *Zatrudnienie w Polsce 2008-Praca w cyklu życia*. Warszawa, Instytut Badań Strukturalnych, 2010
(http://www.ibs.org.pl/site/upload/publikacje/ZWP2007/ZWP_2007.pdf,%20, wg stanu na dzień 17 sierpnia 2010).
45. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, 916). (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/>, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
46. Waśkiwicz A. Wartość energetyczna i odżywcza diety dorosłych mieszkańców Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 2005, 63 (Suppl. IV).
47. *Statistical information and elaborations. Household budget surveys*. Warsaw, Polish Central Statistical Office (GUS), 2009.
48. Spożycie alkoholu [strona internetowa]. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), 2010
(http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16, na sierpień 2010).
49. Badania [strona internetowa]. Warszawa, Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), 2010
(http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%20202%20metody_poprMFdoc.pdf, na sierpień 2010).

50. Pardell H et al. East-west differences in reported preventive practices. *European Journal of Public Health*, 2001, 11:393–396.
51. *Highlights on health in Poland 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (EUR/05/5046415N). (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/103565/E88745.pdf, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
52. Ruszkowska-Majzel J, Drygas W. Wielka Ogólnopolska Kampania Aktywności Fizycznej ‘Postaw Serce na Nogi’ jako skuteczna metoda promowania aktywnego trybu życia w Polsce. *Przegląd Lekarski*, 2005, 62(Suppl. 3):23–26.
53. Wołyniak B, Goryński P. *Ocena krajowych programów zdrowotnych dotyczących niezakaźnych chorób przewlekłych finansowanych z funduszy publicznych w aspekcie głównych czynników ryzyka tych chorób oraz prewencji*. Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, 2009.
54. Rada Zespołu Ekspertów. *Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-naczyniowego na lata 2003–2005*. Gdańsk, Via Medica, 2003.
55. Zdrojewski T et al. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w Polsce: wyniki badania NATPOL Plus 2004. *Kardiologia Polska*, 2004, 61(Suppl. 4):1–26.
56. Barker DJ. The long-term outcome of retarded foetal growth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1997, 40(4):853–863.
57. European Health for All mortality database (HFA-MDB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (July update) (<http://data.euro.who.int/dmdb/>, wg stanu na dzień 27 sierpnia 2011).
58. *European perinatal health report*. EURO-PERISTAT, in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT, 2008 (<http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-healthreport.shtml>, wg stanu na dzień 18 sierpnia 2010).
59. *Rocznik demograficzny 2008*. Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, 2008.
60. European Health for All database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (July update) (<http://www.euro.who.int/hfadb>, wg stanu na dzień 27 sierpnia 2011).
61. Mazur J, Malinowska-Cieślak M. Perspektywy dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2010, XIV, 2:150–159.
62. Laflamme L et al. *Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96457/E92197.pdf, wg stanu na dzień 29 września 2011).
63. *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010*. Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, 2010.
64. Gray R, McCornick M. Socioeconomic inequalities in survival in neonates. *British Medical Journal*, 2009, 339:1265.
65. Oakley L et al. Multivariate analysis of infant death in England and Wales in 2005–06, with focus on socioeconomic status and deprivation. *Health Statistics Quarterly*, 2009, 42:22–39.
66. *Rocznik Statystyczny Województw 2008*. Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, 2008.
67. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf, wg stanu na dzień 8 czerwca 2012).
68. Mazur J et al., eds. *Family socioeconomic status and local area deprivation as determinants of self-perceived health and lifestyle in Polish 15-year-old adolescence*. Warszawa, IMD, 2007.

69. Mazur J et al. Drabina Cantrila w badaniach stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu uczniów w wieku 11–18 lat. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 90(3):355–361.
70. West P. Evidence on equalization in health in youth from the west of Scotland. *Social Science and Medicine*, 2004, 59(1):13–27.
71. Mazur J. Społeczne uwarunkowania zdrowia subiektywnego młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat w Polsce na tle danych europejskich. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2010, XIV, 2:169–178.
72. Mazur J. Family wealth modifies the relationship between self-rated health and chronic diseases status in early adolescence. *European Journal of Epidemiology*, 2009, 24(Suppl.1):54.
73. Jodkowska M, Oblacińska A, Mikiel-Kostyra K. Wstępna ocena opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, ponimowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 90(3):347–354.
74. Orlik2012 [strona internetowa]. Warszawa, Ministerstwo Sportu i Turystyki, 2011 (<http://www.orlik2012.pl/index.php>, wg stanu na dzień 23 października 2011).
75. European Health for All mortality database (HFA-MDB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>, wg stanu na dzień 27 sierpnia 2010).
76. EHEMU [web site]. Montpellier, European Health Expectancy Monitoring Unit, 2010 (<http://www.chemu.eu/index.php>, wg stanu na dzień 8 kwietnia 2010).
77. Wojtyniak B et al. Długość życia i umieralność ludności Polski, w: Wojtyniak B Goryński P: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2008:31–86.
78. Chapter XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, In: *International Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th revision*. Geneva, World Health Organization, 2004.
79. Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*, 2007 [online, 5 December], DOI:10.1016/S0140-6736(07)61698-5.
80. Abegunde DO et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007 [online, 5 December], DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61696-1.
81. Sekuła W, Ołtarzewski M, Barysz A. Ocena spożycia chlorku sodu w Polsce na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 2008, XXXV(4):265–282.
82. Bibbins-Domingo K et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, 2010, 362(7):590–599.