

STANISŁAW MLEKODAJ, PIOTR KRASUCKI

**Wskaźniki umieralności w Polsce
w latach 1995 – 2006****Mortality rates in Poland
in the years 1995 – 2006****Streszczenie**

Najbardziej wiarygodnym wskaźnikiem stanu zdrowia społeczeństwa i wydolności systemu opieki zdrowotnej jest umieralność w różnych grupach wiekowych. Ponieważ śmierć jest nieuchronnym następstwem narodzin, najlepszą miarą skuteczności systemu jest przesunięcie umieralności w kierunku wyższych przedziałów wiekowych.

Analizując umieralność w różnych przedziałach wiekowych w Polsce w latach 1995-2006 autorzy odnotowali wyraźne przesunięcie ku górnym przedziałom wiekowym, zwłaszcza gdy chodzi o choroby serca (głównie zawał). Ma to związek z wprowadzaniem w latach 1975-1995 skutecznym programem profilaktyki kardiologicznej. Pewien postęp, choć mniej znaczący, został też osiągnięty na polu dwóch następnych w kolejności „zabójców”: raka i urazów.

Abstract

The most credible indicator of the health of the population and the efficiency of medical care are mortality rates in various age groups. Since death is the inevitable consequence of being born, the system efficiency is best measured by the shift of mortality towards older age bands.

While analyzing the age structure of mortality in Poland in the years 1995-2006, the authors noticed its apparent shift towards the top age bands, especially in cardiovascular diseases (mostly infarct). This seems to be related to the endorsement of an effective cardiac prevention program in the years 1975-1995. Some progress, although not so impressive, has also been made as regards two other most dangerous “killers”: cancer and injuries.

Słowa kluczowe: umieralność, wskaźniki, Polska.**Key words:** mortality rate, indexes, Poland.

Tocząca się od wielu lat dyskusja, dotycząca stanu ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego, w zasadzie ma charakter ogólny i podkreślając jej niewydolność, nie określa się, jaka jest aktualna skuteczność systemu opieki zdrowotnej oraz na czym jego niewydolność polega i jakie są jej przyczyny.

System opieki zdrowotnej społeczeństwa składa się, bowiem z wielu ogniw, z których za najważniejsze należy uznać ilość i jakość kadry medycznej, wyposażenie w nowoczesną aparaturę diagnostyczną i leczniczą, wielkość nakładów finansowych ponoszonych na ochronę zdrowia i wreszcie jego organizację, która umożliwiałaby racjonalne i skuteczne wykorzystanie tych zasobów.

Stan zdrowia społeczeństwa zależy od działań na dwu obszarach, które mają podstawowe znaczenie i są to:

1. Zapobieganie powstawaniu chorób, a więc szeroko pojęta profilaktyka, którą z wyjątkiem szczepień ochronnych zapobiegających chorobom zakaźnym, stanowi obszar działań ogólnie oświatowych z nieznacznym tylko udziałem systemu ochrony zdrowia;
2. Procedury diagnostyczno-lecznicze mające na celu wczesne rozpoznanie choroby i skuteczne jej leczenie.

Efektywność ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki można by mierzyć skalą zapadalności na określone choroby, co aktualnie w Polsce stosowane jest tylko w odniesieniu do chorób zakaźnych i nowotworów złośliwych. Jakość działalności diagnostyczno-leczniczej można aktualnie ocenić tylko poprzez kształtowanie się umieralności w poszczególnych grupach wiekowych. Podstawowym celem tych działań jest przesuwanie umieralności w możliwie najstarsze roczniki życia. Drugim ważnym z punktu widzenia społeczeństwa czynnikiem, dokumentującym jakość świadczeń jest ich ogólnospołeczna dostępność.

Skuteczność ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego, mierzoną kształtowaniem się umieralności w poszczególnych grupach wiekowych – w roku 2006 w porównaniu z tymi samymi wskaźnikami w roku 1995, przedstawia tabela 1.

TABELA 1. Umieralność w 1995 i 2006 roku w poszczególnych grupach wiekowych.

Wiek	1-19	20-39	40-59	60-79	80+	Ogółem
1995	87,5	151,3	703,4	3238,8	6932,9	997,7
2006	39,2	99,1	671,6	2770,7	10638,8	969,9
%	-54,2	-34,5	-4,5	-14,4	+34,8	-2,9

Źródło: Roczniki Demograficzne 1996, 2007.

Zastosowany miernik oceny skuteczności systemu ochrony zdrowia, daje podstawy do stwierdzenia, iż w omawianym okresie uległa ona dynamicznej poprawie manifestującej się spadkiem umieralności w najmłodszych grupach wiekowych.

Aby dokonać bliższej oceny skuteczności poszczególnych działów medycznych specjalności, wskazana jest podobna ocena umieralności w zależności od podstawowego schorzenia.

Spośród 44 przyczyn zgonów ujętych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zgonów, głównymi przyczynami zgonów są: choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, wypadki, samobójstwa i zabójstwa (Tabela 2).

TABELA 2. Najważniejsze przyczyny zgonów w Polsce w 2006 roku.

Przyczyna	Liczba zgonów	%
Nowotwory	91.632	24,8
Układ krążenia	194.710	52,7
Wypadki	25.188	6,8
Pozostałe	58.156	15,7

Kształtowanie się umieralności w następstwie nowotworów w roku 1995 w porównaniu z rokiem 2006 przedstawiono w tabeli 3.

TABELA 3. Umieralność w roku 1995 i 2006 w następstwie nowotworów.

Wiek	1- 19	20-39	40-59	60-79	80+	Ogółem
1995	4,8	24,2	205,3	859,5	805,5	202,2
2006	4,0	11,6	204,2	886,9	1446,8	246,0
%	-16,7	-52,1	-0,53	3,1	79,6	21,7

Źródło: Roczniki Demograficzne 1996, 2007.

Z danych zawartych w tabeli 3 wynika duży spadek umieralności w następstwie nowotworów w populacji do 60 roku życia przy jednoczesnym wzroście umieralności wśród ludności po 60 roku życia. Przy wzroście, w omawianych latach, zapadalności we wszystkich grupach wiekowych, stwierdzany spadek umieralności w populacji do 60 roku życia, jest następstwem wybitnej poprawy we wczesnym wykrywaniu tych schorzeń oraz wprowadzanie nowoczesnych (niemniej wysoce kosztownych) metod leczenia, głównie nowoczesnej chemioterapii, przeszczepu szpiku kostnego, radioterapii i leczenia chirurgicznego. Umieralność w następstwie chorób układu krążenia przedstawiono w tabeli 4.

TABELA 4. Umieralność w roku 1995 i 2006 w następstwie chorób układu krążenia.

Wiek	1-19	20-39	40-59	60-79	80+	Ogółem
1995	2,2	22,1	235,0	1.715,1	4.159,5	504,0
2006	1,5	11,5	185,2	1.235,8	6.663,3	416,0
%	-31,8	-47,9	-21,2	-27,9	+32,2	-12,3

Źródło: Roczniki Demograficzne 1997, 2008.

W omawianym okresie dokonano radykalnego przełomu w skuteczności leczenia tego społecznie najgroźniejszego schorzenia, uzyskując niemal 30% spadek umieralności w populacji do 80 roku życia. W leczeniu chorób układu krążenia na specjalne podkreślenie zasługują wyniki leczenia najgroźniejszej postaci tych chorób, tj. zawału mięśnia sercowego. Przedstawia to tabela 5.

TABELA 5. Umieralność w następstwie zawału mięśnia sercowego w roku 1995 i 2006.

Wiek	1-19	20-39	40-59	60-79	80+	Ogółem
1995	0,0	6,6	78,4	310,7	321,5	70,5
2006	0,0	1,8	50,0	206,4	489,6	65,0
%	0,0	-72,7	-36,2	33,6	+34,3	-13,3

Źródło: Roczniki Demograficzne 1997, 2008.

Ta radykalna poprawa w skuteczności leczenia najgroźniejszej choroby społecznej, możliwa była dzięki olbrzymiemu wysiłkowi organizacyjnemu i szkoleniowemu, jak również olbrzymim nakładom finansowym, związanymi z opracowanym w latach siedemdziesiątych i sukcesywnie w następnych latach wdrażanym do praktyki społecznej „Programem Zwalczania Chorób Układu Krążenia”. Program ten składał się z kilku elementów, z których najważniejsze zasługują na podkreślenie. Są nimi:

1. wyszkolenie kadry medycznej na odpowiednio wysokim poziomie;
2. zorganizowanie właściwej struktury organizacyjnej i określenie zadań poczynając od lekarza działalności podstawowej, poprzez przychodnie specjalistyczne, do oddziałów specjalistycznych w klinikach i szpitalach;
3. wyposażenie tych placówek w odpowiedni sprzęt diagnostyczno-leczniczy;
4. wdrożenie nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych do praktyki społecznej.

Realizacja tego programu możliwa była dzięki sięgającym miliardy złotych nakładom finansowym zasilającym ten program z funduszy:

1. Ministerstwa Zdrowia;
2. Samorządów Terytorialnych;
3. indywidualnych sponsorów szczególnie Orkiestry Świątecznej Pomocy Jerzego Owsiaaka.

Z tych środków, sięgających w omawianym okresie miliardów złotych, pokrywano koszty inwestycji polegających na tworzeniu nowoczesnej bazy łóżkowej i pracowni diagnostycznych, oraz zakupu nowoczesnej aparatury diagnostyczno leczniczej. Fundusz Ochrony Zdrowia pokrywał wysokie koszty procedur diagnostycznych i leczniczych. Dzięki tym nakładom oraz wysiłkowi kadry medycznej osiągnięto tak radykalną poprawę skuteczności zwalczania najgroźniejszej choroby cywilizacyjnej, jaką stanowią choroby układu krążenia.

Trzecią główną przyczyną zgonów, są zgony określone w Międzynarodowej Klasyfikacji Zgonów, jako „Zewnętrzne Przyczyny Zgonów”. Zalicza się do tej grupy zgony w następstwie wypadków, zabójstw i samobójstw. Ochrona zdrowia może mieć tylko ograniczony wpływ na kształtowanie się tych zjawisk w części dotyczącej leczenia rannych w następstwie wypadków. Przyczyn zgonów w następstwie zabójstw i samobójstw należy raczej poszukiwać w obszarach socjopsychologicznych a nie medycznych.

Umieralność z tych przyczyn w latach 1995 i 2006 przedstawia tabela 6.

TABELA 6. Umieralność z przyczyn zewnętrznych w roku 1995 i 2006.

Wiek	1-19	20-39	40-59	60-79	80+	Ogółem
1995	21,6	71,8	102,5	99,8	182,2	75,1
2006	14,7	48,6	93,4	90,5	250,1	66,2
%	-31,9	-32,3	-9,2	-9,4	+27,1	-12,0

Źródło Rocznik Demograficzny GUS 1997, 2008

Przedstawione dane wykazują spadek zgonów z przyczyn zewnętrznych w populacji do 80 roku życia, który jest bardzo silnie zaznaczony w grupie wiekowej do 40 roku życia. Z tego zestawienia nie można ustalić jak kształtowała się umieralność w następstwie wypadków, zabójstw

i samobójstw. Wartości te zostały przedstawione w rocznikach tylko w skali ogólnej bez możliwości ich prześledzenia w grupach wiekowych.

TABELA 7. Umieralność w roku 1995 i 2006 w następstwie wypadków komunikacyjnych i samobójstw.

Rok	Wypadki komunikacyjne	Samobójstwa
1995	25,0	13,1
2006	15,0	15,3
Różnica %	-40,0	+13,3

Stwierdza się w okresie między rokiem 1995 a 2006 istotny spadek umieralności w następstwie wypadków a wzrost w następstwie samobójstw. Zgony z pozostałych 38 przyczyn stanowią 15,8 % wszystkich zgonów. Omawianie kształtowania się tych zgonów oddzielnie dla każdej przyczyny, przekroczyłoby znacznie zakres niniejszego opracowania, przedstawiamy je łącznie, jako „pozostałe”, poza zgonami z powodu nowotworów, chorób układu krążenia i wypadków

TABELA 8. Zgony w roku 1996 i 2006 z pozostałych przyczyn.

Wiek	1-19	20-39	40-59	60-79	80+	Ogółem
1995	57,1	33,2	160,5	563,8	1425,8	288,1
2006	21,4	28,9	124,5	557,3	2.278,5	233,1
%	-62,4	-12,9	-22,4	-1,5	+ 37,4	-23,3

Również umieralność z powodu tych pozostałych przyczyn zmalała wśród ludności do 80 roku życia, a wzrasta w grupie osób po 80 roku życia.

Na spadek umieralności w tej grupie przyczynowej niewątpliwie miały wpływ zachowania mające znaczenie profilaktyczne, a wynikające między innymi z poprawy warunków higieniczno-sanitarnych, bardziej racjonalnego odżywiania, zdrowszego trybu życia. Niemniej główną rolę w tym procesie należy przypisać wybitnej poprawie skuteczności leczenia tych chorób.

Informacje o Autorach

Prof. dr. hab. STANISŁAW MLEKODAJ – emerytowany profesor – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa; dr n. med. PIOTR KRASUCKI – emerytowany adiunkt – Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Adres do korespondencji

Prof. dr. hab. Stanisław Mlekodaj
ul. Francuska 20/5, 03-906 Warszawa
tel. (22) 617 66 81;

Dr n. med. Piotr Krasucki
ul. Pereca 13/19 m. 1407, 00-849 Warszawa
tel. (22) 624 99 33
e-mail Piotr_Krasucki@yahoo.com