

Wpływ czynników ryzyka na stan zdrowia ludności Polski

Potencjał poprawy stanu zdrowia ludności Polski poprzez wielosektorowe oddziaływanie na determinanty zdrowia

Stefan Bogusławski, Rafał Halik, Bogdan Wojtyniak,
Katarzyna Lewtak

Opracowano w ramach zadań badawczych prowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy finansowanych przez Ministra Zdrowia na podstawie umowy nr NIZP PZH-PIB/2021/1094/1056.

Warszawa 2025 r.

Spis treści

1.	Wstęp	2
2.	Podsumowanie - główne wnioski raportu	4
3.	Sytuacja zdrowotna ludności Polski.....	7
3.1.	Syntetyczna ocena obecnej sytuacji zdrowotnej ludności Polski	7
3.2.	Najważniejsze przyczyny zróżnicowania sytuacji zdrowotnej mieszkańców Polski	19
3.3.	Ocena wielkości potencjału skutecznego oddziaływania w celu poprawy stanu zdrowia mieszkańców Polski (zgony możliwe do uniknięcia).....	25
4.	Determinanty zdrowia	29
4.1.	Model społecznych uwarunkowań zdrowia Dahlgrena i Whitehead	29
4.2.	Współwystępowanie i koncentracja czynników ryzyka w określonych grupach/subpopulacjach	31
5.	Wymierne oddziaływanie czynników ryzyka na stan zdrowia mieszkańców Polski	34
5.1.	Ocena wielkości utraty zdrowia mieszkańców Polski w wyniku problemów zdrowotnych i przedwczesnych zgonów (założenia DALY).....	34
5.2.	Czynniki ryzyka przypisane poszczególnym problemom zdrowotnym, ocena stopnia wpływu na umieralność i utratę zdrowia ludności Polski (GBD).....	36
5.2.1.	Obciążenie zdrowotne wynikające z działania głównych grup czynników ryzyka w Polsce na tle Unii Europejskiej (2010–2023).....	36
5.2.2.	Obciążenie zdrowotne wynikające z najważniejszych kategorii behawioralnych czynników ryzyka w Polsce na tle Unii Europejskiej (2010–2023).....	46
5.2.3.	Obciążenie zdrowotne wynikające z najważniejszych kategorii metabolicznych czynników ryzyka w Polsce na tle Unii Europejskiej (2010–2023).....	60
5.2.4.	Obciążenie zdrowotne wynikające z najważniejszych kategorii środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka w Polsce na tle Unii Europejskiej (2010–2023)	70
6.	Nierówności przestrzenne w rozpowszechnieniu czynników ryzyka i sytuacji zdrowotnej ludności Polski.....	75
6.1.	Opis stopnia zróżnicowania przestrzennego sytuacji zdrowotnej ludności Polski.....	75
6.2.	Związek zróżnicowania sytuacji zdrowotnej na terenie województw z czynnikami ryzyka (GBD).....	82

1. Wstęp

Wieloletnie badania stanu zdrowia ludności Polski oraz determinant zdrowia modyfikujących jego poziom, prowadzone w NIZP PZH – PIB, jednoznacznie potwierdzają obserwacje światowe: stan zdrowia ludności zależy przede wszystkim od czynników społeczno-ekonomicznych, behawioralnych i środowiskowych, w mniejszym stopniu od działań medycyny naprawczej.

Stwierdzenie to ma zasadnicze znaczenie dla planowania działań w zakresie długofalowego, wieloletniego zarządzania systemem ochrony zdrowia. Przeciwdziałanie powstawaniu chorób i pogarszaniu się dobrostanu mieszkańców Polski w znacznej (i większej niż dotychczas) mierze powinny być nakierowane na te determinanty zdrowia, których udział w utracie zdrowia mieszkańców Polski jest najwyższy.

Zrozumiałe jest, iż oczekiwania społeczne koncentrują się głównie na dostępności i efektywności świadczeń medycznych. Te oczekiwania stale rosną, stan zdrowia społeczeństwa nie poprawia się tak szybko jak przed 2016 rokiem, zatem wyzwanie polegające na zarządzaniu rosnącymi kosztami systemu ochrony zdrowia, już w stopniu zagrażającym stabilności finansów publicznych państwa, musi być adresowane również poprzez działania na rzecz zmniejszenia popytu na świadczenia polegające na ograniczaniu wpływu czynników ryzyka zdrowotnego.

Światowa literatura naukowa wskazuje, iż programy i interwencje w zakresie zdrowia publicznego mają wyższą efektywność zdrowotną i kosztową niż działania w obszarze medycyny naprawczej. Zapobieganie chorobom jest wielokrotnie tańsze niż ich leczenie, co jest prawdą oczywistą, ale zbyt rzadko stanowiącą skuteczne wskazanie w podejmowaniu decyzji zarządczych zarówno na poziomie kraju, jak i regionalnym.

Wynika to, między innymi z faktu, iż większość programów i interwencji w zakresie zdrowia publicznego musi mieć złożony, interdyscyplinarny charakter. Prowadzone działania zazwyczaj powinny dotyczyć edukacji i komunikacji społecznej, programów zabezpieczenia społecznego, motywacji ekonomicznej (np. podatki), profilaktyki chorób prowadzonej przez personel medyczny czy wreszcie różnego rodzaju regulacji prawnych (np. dotyczących dostępu określonych produktów do rynku). Takie interdyscyplinarne interwencje są skuteczne, ale trudne do wprowadzenia. Przykłady innych krajów, w tym głównie członków UE, wskazują jednak, że są one możliwe. Najlepszym bodaj przykładem jest widoczne zahamowanie wzrostowej dynamiki rozpowszechnienia palenia tytoniu (a nawet spadek tego rozpowszechnienia), czy też działanie zwiększające bezpieczeństwo na drogach.

Zmiany społeczne, których jesteśmy świadkami w ostatnich dekadach, przynoszą nowe wyzwania dla zdrowia publicznego. Komercyjne determinanty zdrowia prowadzące do rozpowszechnienia zachowań szkodliwych dla zdrowia, zagrożenia pochodzące ze świata cyfrowego, inne czynniki wpływające na pogorszenie się stanu psychicznego ludności, zwłaszcza dzieci i młodzieży już teraz zwiększają obciążenia systemu ochrony zdrowia. Polska nie stoi przed pytaniem **czy** intensyfikować działania w zakresie zdrowia publicznego. Pytanie

brzmi: **jak to robić**? W jakich grupach społecznych i w jakich determinantach zdrowia osiągniemy najszybszy i największy efekt zdrowotny poprzez interwencje zdrowia publicznego? Jaka jest efektywność zdrowotna i ekonomiczna poszczególnych interwencji? Jakie obszary życia publicznego i jakie instytucje powinny być zaangażowane w planowanie i wdrażanie takich interwencji?

Niniejszy raport, będący w znacznej mierze podsumowaniem obserwacji ujętych w cyklu publikacji „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025” i w wynikach badania *Global Burden of Disease* syntetycznie przedstawia aktualną diagnozę zdrowia mieszkańców Polski, identyfikując główne zjawiska wymagające działań z dziedziny zdrowia publicznego. Im szybciej je podejmiemy, tym wcześniej uzyskamy szansę na zrównoważony system ochrony zdrowia, dobrze służący osobom chorym i zdrowym.

2. Podsumowanie - główne wnioski raportu

1. Oczekiwana długość życia przy urodzeniu ludności Polski (LE_0) jest nadal znacząco niższa w porównaniu do średniej europejskiej – o 4,2 roku dla mężczyzn i 1,9 roku dla kobiet. Różnica wobec państw "starej Unii – UE15" jest jeszcze większa i wynosi 2,6 lat dla kobiet i 5,9 lat dla mężczyzn. Różnice te wskazują na potencjał poprawy stanu zdrowia w Polsce, zależny w największym stopniu od działań w zakresie zdrowia publicznego.
2. Od około 10 lat (z pominięciem nietypowego okresu pandemii) obserwujemy spowolnienie wzrostu LE_0 w porównaniu do lat 1991-2015. Polska przestała zmniejszać dystans dzielący ją od średniej UE i krajów o najwyższym LE_0 , mimo szybko rosnących nakładów na medycynę naprawczą. Z wysokim prawdopodobieństwem świadczy to, iż przyczyna niekorzystnego stanu rzeczy leży w determinantach zdrowia niezależnych od sektora ochrony zdrowia - nierównościach społeczno-ekonomicznych, negatywnych trendach w niektórych determinantach behawioralnych, braku wystarczającej poprawy w niektórych determinantach środowiskowych (zwłaszcza zanieczyszczeniu powietrza).
3. Przyspieszenie wzrostu LE_0 w Polsce w latach 2023 i 2024 jest trudne do interpretacji ze względu na możliwy efekt nadmiarowych zgonów w okresie pandemii i, przynajmniej w obecnym czasie, nie można go uznać za trwałą zmianę trendu, zwłaszcza w świetle danych GBD o obciążeniu ludności Polski czynnikami ryzyka.
4. Dane wskazują jednoznacznie na bardzo duże zróżnicowanie stanu zdrowia i obciążenia czynnikami ryzyka w różnych grupach społeczno-ekonomicznych. Na przykład, osoby o niższym wykształceniu czy mieszkające w obszarach o dużym stopniu zanieczyszczenia powietrza zapadają na choroby wcześniej a ich przebieg jest często cięższy, w efekcie żyją krócej niż przeciętnie w Polsce. W przypadku mężczyzn w wieku produkcyjnym (25-64 lat) choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory i zewnętrzne przyczyny zgonów, które są najczęstszymi przyczynami przedwczesnych zgonów są znacznie większym zagrożeniem życia polskich mężczyzn niż mężczyzn w krajach Europy Zachodniej. Wszystkie te przyczyny mogą być adresowane w dużym stopniu za pomocą zapobiegania. Dane wskazują, że potencjał poprawy zdrowia jest największy w subpopulacjach o niskim LE_0 .
5. Poziom zróżnicowania przestrzennego (regionalnego) LE_0 może być także wskazówką co do szacunkowej skali potencjału możliwej poprawy zdrowia w Polsce. W przypadku mężczyzn różnica między LE_0 mieszkańców małych i dużych miast wynosi aż 1,8-2,0 lata. Skrajne różnice międzywojewódzkie w przypadku mężczyzn wynoszą 3,0 lata a kobiet 2,5 roku. W przypadku powiatów ta różnica jest jeszcze większa i wynosi prawie 9 lat u mężczyzn i ponad 6 lat u kobiet.
6. Opisany wyżej potencjał wzrostu LE_0 w Polsce może być zrealizowany w dużym stopniu (40% - udział zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać w

- populacji osób w wieku poniżej 75 lat) właśnie poprzez działania polegające na profilaktyce chorób i zmniejszaniu rozpowszechnienia czynników ryzyka.
7. Dane GBD wskazują, iż poziom utraty zdrowia w Polsce na skutek oddziaływania czynników ryzyka zmniejsza się konsekwentnie w ostatnich dziesięcioleciach, równocześnie jednak dystans wobec średniej UE nie zmniejsza się istotnie, w niektórych kategoriach czynników ta różnica nawet wzrasta.
 8. Rocznie 100000 mieszkańców Polski traci prawie 10500 lat życia w zdrowiu z powodu zagrożeń związanych z stylem życia ryzykownym dla zdrowia, ponad 9100 lat z powodu ryzyk metabolicznych, także często związanych ze stylem życia oraz prawie 4000 lat życia z powodu zanieczyszczenia powietrza i innych czynników środowiskowych i zawodowych. Tych liczb nie powinno się sumować wprost, są one powiązane ze sobą, jednak każda z nich obrazuje skalę zagrożenia dla zdrowia określonej kategorii czynników ryzyka.
 9. W poszczególnych kategoriach klasyfikacji wpływu czynników ryzyka na utratę zdrowia (na poziomie 1 klasyfikacji) nadwyżka utraty zdrowia mieszkańców Polski wobec średniej UE (standaryzowane DALY/100000) waha się pomiędzy +33,2% (ryzyka behawioralne), poprzez +37,7% (ryzyka metaboliczne) do +44,4% (ryzyka środowiskowe i zawodowe).
 10. Przytoczone powyżej dane jasno wskazują na jedną z głównych przyczyn niekorzystnych różnic oczekiwanej długości życia wśród ludności Polski w porównaniu do średniej UE. Mieszkańcy Polski żyją krócej i w gorszym zdrowiu niż przeciętnie mieszkańcy UE z powodu zdecydowanie wyższego niż średnie zagrożenia modyfikowalnymi czynnikami ryzyka zdrowotnego, w tym czynnikami behawioralnymi.
 11. Co więcej, niekorzystne zmiany demograficzne w Polsce nasilają negatywne trendy w oddziaływaniu czynników ryzyka. Utrata zdrowia mierzona bez standaryzacji względem wieku wskazuje, co prawda, na nieco niższy poziom nadwyżki w porównaniu do UE, ale dynamika spadku ich oddziaływania jest niższa niż w krajach Unii, a w przypadku wzrostu zagrożenia ryzykami metabolicznymi jest wyższa (szybszy w Polsce proces starzenia się ludności). To zjawisko przyniesie negatywne skutki dla systemu ochrony zdrowia przez jego dodatkowe obciążenie kosztami leczenia rosnącej liczby chorych.
 12. Na podstawie analizy wpływu czynników ryzyka na zdrowie mieszkańców Polski na poziomie 2 klasyfikacji GBD można wnioskować, że w prawie wszystkich, najważniejszych kategoriach nasilenie ich negatywnych skutków zdrowotnych jest znacząco wyższe niż przeciętnie w UE.
 13. Zwracają uwagę wysokie nadwyżki utraty zdrowia w Polsce w stosunku do krajów UE wskutek oddziaływania używania alkoholu i niskiej aktywności fizycznej, ale także wynikające z ryzyk żywieniowych. Używanie tytoniu nadal powoduje dużą utratę zdrowia, ale trzeba zwrócić uwagę na skuteczność podjętych interwencji w zakresie zdrowia publicznego w tym obszarze. Zarówno w Polsce, jak i w UE stopień utraty

zdrowia, wskutek tego czynnika ryzyka spada – ogółem i w poszczególnych grupach wiekowych.

14. Stosowanie narkotyków przynosi w Polsce mniejsze negatywne skutki dla zdrowia niż przeciętnie w UE, jednak dynamika tego zjawiska jest w Polsce bardzo wysoka. Jest to szybko narastający problem zdrowia publicznego, który bez przeciwdziałania stanie się dodatkową ważną przyczyną utraty zdrowia i dodatkowym obciążeniem dla systemu medycyny naprawczej i zaopatrzenia społecznego.
15. Dane GBD potwierdzają negatywne skutki zdrowotne wysokiego rozpowszechnienia otyłości i nadwagi w Polsce. Skutki otyłości w postaci zaburzeń gospodarki węglowodanowej i lipidowej są w Polsce dużo wyższe od średniej w UE. Bez wątplenia jest to jedno z największych wyzwań w Polsce – równocześnie dla zdrowia publicznego i systemu medycyny naprawczej.
16. Izolowanym czynnikiem ryzyka, który przynosi w Polsce najwięcej szkód zdrowotnych w porównaniu do UE jest zanieczyszczenie powietrza. Nadwyżka utraty sięga 80% u kobiet i prawie 90% u mężczyzn. Wydaje się, że jest to obszar, w którym stosunkowo najszybciej można osiągnąć poprawę przez celowane inwestycje w szeroko rozumiane programy polityk społecznych.
17. Warto podkreślić, iż choć poszczególne czynniki ryzyka w różnym stopniu przyczyniają się do utraty zdrowia kobiet i mężczyzn, to jednak ich ogólna skala negatywnego wpływu na zdrowie jest podobna u obu płci.
18. Przytoczone w raporcie dane i wyniki badań wyraźnie wskazują, iż:
 - a. Modyfikowalne determinanty zdrowia mają realny wpływ na zdrowie populacji i popyt na świadczenia zdrowotne.
 - b. Programy/polityki społeczne i zdrowotne oraz interwencje zdrowia publicznego mają wymierny potencjał poprawy stanu zdrowia ludności i względnego zmniejszenia obciążenia systemu ochrony zdrowia.
 - c. Inne kraje UE mają niższe poziomy obciążenia zdrowia wywołanych przez modyfikowalne czynniki ryzyka, a zatem możliwe jest wdrażanie skutecznych interwencji.
 - d. Programy/polityki społeczne i zdrowotne, w zależności od celu powinny mieć wymiar ogólnokrajowy lub lokalny/regionalny lub być adresowane do specyficznych subpopulacji.
 - e. Dane i wiedza dostępne obecnie w Polsce mogą służyć do właściwej diagnozy, doboru działań oraz ich ewaluacji. W szczególności, można na tym fundamencie opierać założenia Narodowych Programów Zdrowia.

3. Sytuacja zdrowotna ludności Polski

3.1. Syntetyczna ocena obecnej sytuacji zdrowotnej ludności Polski

3.1.1. Ogólna sytuacja zdrowotna w latach 2023–2024

W 2024 r. LE_0 w Polsce dla kobiet i mężczyzn przekroczyła poziomy sprzed pandemii COVID-19, co oznacza odbudowę przeciętnego stanu zdrowia mierzonego tym parametrem, po spadkach z lat 2020–2021. Jednocześnie charakter zmian obserwowanych w latach 2022–2024 wskazuje, że proces ten ma przede wszystkim charakter **kompensacyjny**, a nie rozwojowy.

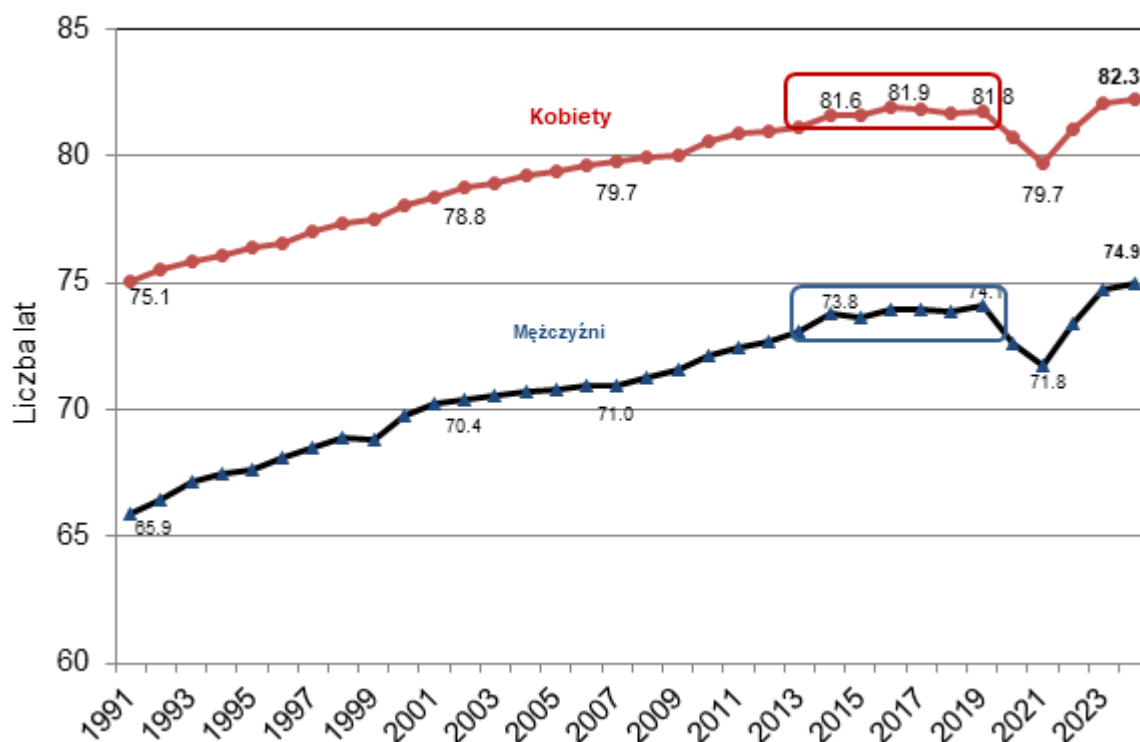
Najważniejsze obserwacje:

- wszystkie trzy kluczowe wskaźniki (LE_0 , LE_{0-65} , LE_{65}) osiągnęły lub przekroczyły wartości z 2019 r.,
- tempo poprawy pozostaje jednak, jak dotąd, niewielkie w stosunku do roku 2019, trudno określić, czy stanowi kontynuację **stagnacji zdrowotnej**, która rozpoczęła się około 2016 r., czy też wyznaczy **nowy trend**,
- odbudowa po pandemii nie doprowadziła jak dotąd do znaczącego przyspieszenia długoterminowej poprawy zdrowia populacji,
- różnice płciowe utrzymują się na poziomie zbliżonym do sprzed pandemii, a ich podstawą pozostaje wysoka przedwczesna umieralność mężczyzn.

Wniosek ogólny

Dane demograficzne za rok 2024 przedstawiają obraz populacji, która **odtworzyła utracone lata życia**, lecz nie powróciła na wcześniejszą ścieżkę dynamicznej poprawy. Polska pozostaje w fazie **stabilizacji** długości życia, z umiarkowanymi wzrostami i trwałymi, strukturalnymi nierównościami między płciami.

3.1.2. Oczekiwana długość życia przy urodzeniu



Ryc. 3.1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat w latach 1991–2024 (dane GUS)

Mężczyźni

- 74,9 roku w 2024
- 74,1 roku w 2019

→ +0,8 roku względem 2019 r.

Kobiety

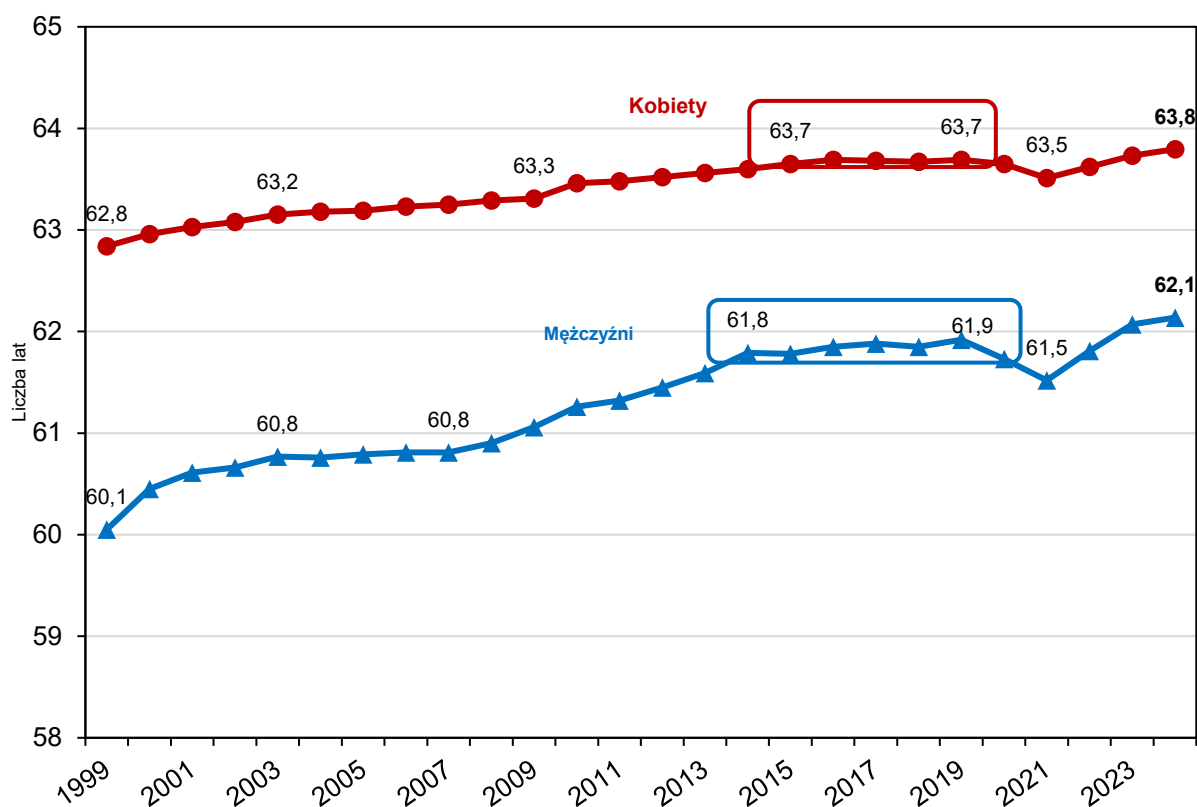
- 82,3 roku w 2024
- 81,8 roku w 2019

→ +0,5 roku względem 2019 r.

Interpretacja

W 2024 r. LE_o wyraźnie przekroczyła poziom sprzed pandemii. Dynamika wzrostu pozostaje umiarkowana, ale wartości dla obu płci są wyższe niż w roku 2019, co oznacza pełną odbudowę i widoczną poprawę w stosunku do okresu sprzed kryzysu pandemicznego.

3.1.3. Oczekiwana długość życia w wieku 0–65 lat



Ryc. 3.2. Przeciętne trwanie życia rodzących się mężczyzn i kobiet w przedziale wieku 0-65 lat w latach 1999–2024 (obliczenia własne autorów na podstawie danych o zgonach GUS)

Mężczyźni

- 62,1 roku w 2024
- 61,9 roku w 2019

→ +0,2 roku względem 2019 r.

Kobiety

- 63,8 roku w 2024
- 63,7 roku w 2019

→ 0,1 roku (praktycznie brak zmiany)

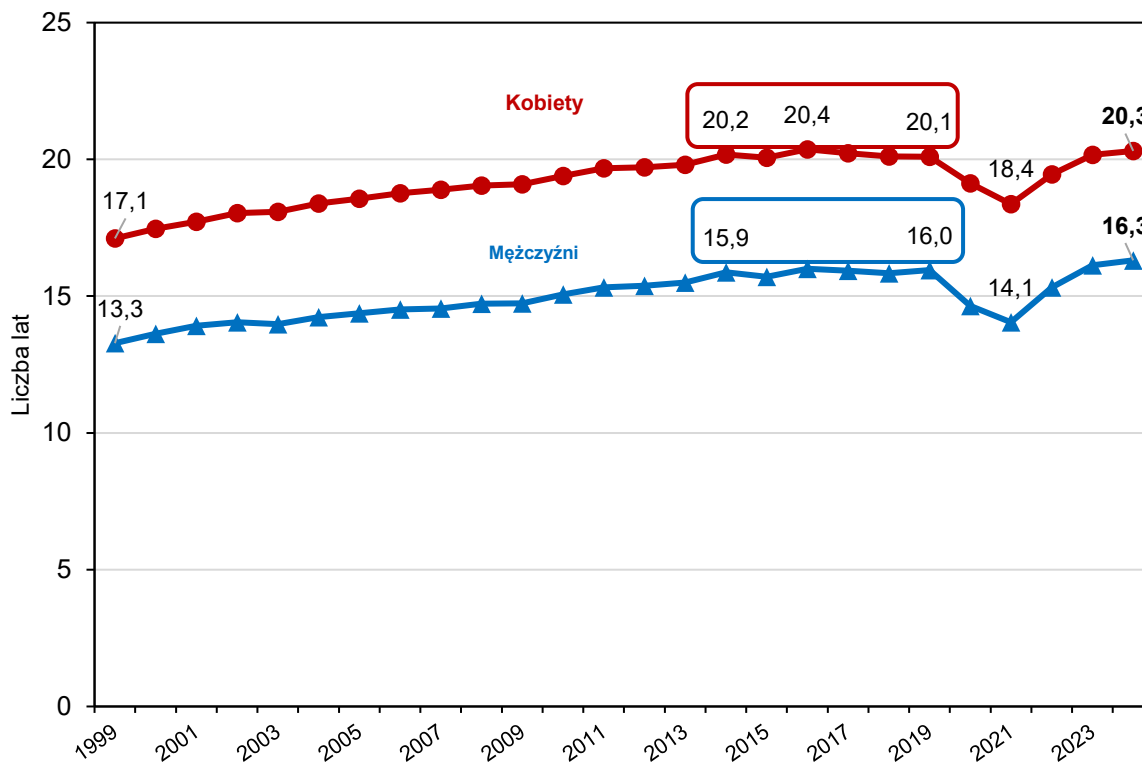
Interpretacja

Długość życia w wieku 0–65 lat w 2024 r.:

- u mężczyzn jest nieznacznie wyższa niż przed pandemią,
- u kobiet powróciła prawie dokładnie do poziomu sprzed pandemii.

Oznacza to, że w młodszych grupach wieku straty pandemiczne zostały w pełni odrobione, ale nie obserwuje się wyraźnego przyspieszenia poprawy zdrowia w stosunku do trendów sprzed 2020 r.

3.1.4. Dalsze trwanie życia w wieku 65 lat



Ryc. 3.3. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat w latach 1999–2024 (dane GUS)

Mężczyźni

- 16,3 roku w 2024
- 16,0 roku w 2019

→ +0,3 roku względem 2019 r.

Kobiety

- 20,3 roku w 2024
- 20,1 roku w 2019

→ 0,2 roku względem 2019 r.

Interpretacja

Wskaźnik dalszego trwania życia w wieku 65 lat w 2024 r. u mężczyzn i u kobiet przekroczył poziom sprzed pandemii.

Jest to zgodne z obserwacją, że pandemia w większym stopniu dotknęła mężczyzn 65+, stąd odbudowa jest w tej grupie bardziej dynamiczna. Jednocześnie w obu populacjach tempo wzrostu pozostaje zgodne z długotrwałą stagnacją obserwowaną od około 2016 r.

3.1.5. Trendy długoterminowe 1991–2024

Analiza zmian długości życia w Polsce w latach 1991–2024 pozwala wyodrębnić pięć dość wyraźnych faz, różniących się dynamiką poprawy stanu zdrowia mierzonego LE_o oraz (prawdopodobnie) czynnikami wpływającymi na kształt wskaźników zdrowotnych.

1991–2010 – okres szybkiej poprawy

Był to etap najbardziej dynamicznego wzrostu długości życia w Polsce po 1990 r.

Charakterystyka:

- średnie tempo wzrostu: **0,20 – 0,30 roku rocznie**,
- szybka poprawa warunków życia i dostępu do opieki zdrowotnej,
- gwałtowny spadek ryzyka zgonu z przyczyn możliwych do uniknięcia,
- po roku 2002 widoczne zwolnienie tempa poprawy u mężczyzn, wynikające z rosnącej umieralności związanej z konsumpcją alkoholu.

Jest to okres, który ukształtował największą część „kapitału zdrowotnego”, widoczną dziś w poziomach długości życia.

2010–2016 – okres spowolnienia

W kolejnych latach tempo poprawy wyraźnie malało.

Cechy okresu:

- średni wzrost: **0,10 – 0,15 roku rocznie**,
- stopniowe wygaszanie efektów transformacyjnych,
- wolniejsze tempo redukcji umieralności w średnich i starszych grupach wieku.

To pierwszy sygnał, że Polska weszła w fazę trudniejszej, bardziej złożonej poprawy zdrowia populacji.

2016–2019 – okres stagnacji

To kluczowy etap dla obecnej interpretacji trendów zdrowotnych w Polsce.

Najważniejsze elementy:

- tempo wzrostu długości życia **praktycznie zerowe** (CAGR 2016-2019 ok. +0,02–0,05 roku),
- płaska trajektoria zarówno dla wartości przy urodzeniu, jak i LE 0–65 oraz LE65,
- brak trwałej poprawy w populacji mężczyzn i kobiet.

Jest to moment, w którym proces długoterminowej poprawy zdrowia ludności zatrzymał się *jeszcze przed pandemią*.

Zrozumienie tego faktu jest kluczowe: późniejsze załamanie pandemiczne **nakłada się na istniejącą stagnację, a nie jest jej przyczyną**.

2020–2021 – załamanie pandemiczne

Pandemia COVID-19 doprowadziła do największego spadku LE_0 w Polsce od kilkudziesięciu lat, jakiego wcześniej nie obserwowano w czasach pokojowych.

Charakterystyka:

- silny wzrost nadmiernej umieralności,
- szczególnie wysoka w grupie 65+, ale także znacząca w wieku <65,
- przerwanie wielu ścieżek diagnostycznych i terapeutycznych,
- gwałtowne obniżenie długości życia przy urodzeniu oraz dalszego trwania życia w wieku 65 lat.

Jest to wyraźny, ale krótkoterminowy szok zdrowotny.

2022–2024 – odbudowa i stabilizacja

W latach 2022–2024 wskaźniki długości życia zaczęły stopniowo wracać do wartości sprzed pandemii, co doprowadziło do pełnego odzyskania poziomów z 2019 r. i ich przekroczenia w latach 2023 i 2024.

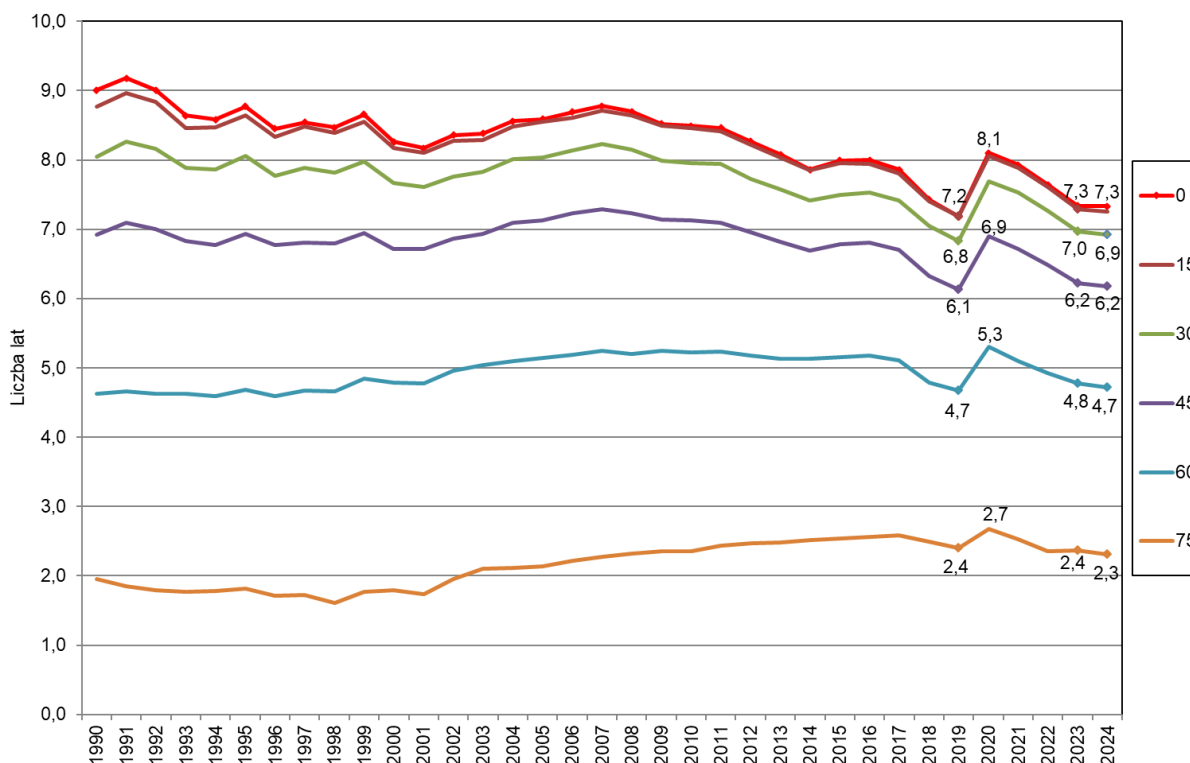
Najważniejsze elementy:

- **2022** – początek odbudowy po pandemii,
- **2023** – pełny powrót do poziomu sprzed pandemii,
- **2024** – dalsza poprawa, ale o niewielkiej skali.

W 2024 r. wszystkie trzy kluczowe wskaźniki (LE_0 , LE_{0-65} , LE_{65}):

- znajdują się **na poziomie wyższym niż w 2019 r.**,
- lecz rosną **wyraźnie wolniej niż w okresie szybkiej poprawy**,
- trudno na razie ocenić, czy wpisują się w **trend stagnacji trwający od 2016 roku**, czy **wyznaczają nowy trend**.

3.1.6. Różnice oczekiwanej długości życia między kobietami a mężczyznami



Ryc. 3.4. Różnice przeciętnego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn wg wieku w latach 1991–2024 (na podstawie danych GUS)

Różnice w długości życia kobiet i mężczyzn stanowią trwałą cechę polskiej sytuacji zdrowotnej. W roku 2019 różnica LE_o wynosiła **7,7 roku** (81,8 vs 74,1). Pandemia COVID-19 zwiększyła tę dysproporcję, ale proces odbudowy w latach 2022–2024 doprowadził do przywrócenia jej **zbliżonego poziomu**, przy jednoczesnym utrzymaniu strukturalnych uwarunkowań.

Rok 2024

- różnica LE_o wyniosła **7,4 roku** (82,3 vs 74,9),
- jest to wartość zbliżona do poziomu sprzed pandemii (2019: 7,7 roku).

Struktura różnicy

Analiza składowych wskazuje, że:

- ponad połowa różnicy w długości życia między płciami wynika z **wyższej umieralności mężczyzn w wieku poniżej 65 lat**,
- głównymi przyczynami wyższej umieralności mężczyzn w wieku poniżej 65 lat są choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory oraz zgony z przyczyn zewnętrznych (urazy, zatrucia).

Zmiany 2019–2024

- wskaźniki długości życia dla kobiet i mężczyzn w 2024 r. przekroczyły poziomy z 2019 r.,
- sama **różnica LE_0 związana z płcią** uległa nieznacznemu zmniejszeniu (z 7,7 do 7,4 roku),
- jednak zmiana ta jest niewielka i może nie stanowić trwałego trendu — jest raczej skutkiem odbudowy po-pandemicznej, a nie zmiany strukturalnej.

Interpretacja

Nierówności w zakresie LE_0 pomiędzy płciami pozostają istotną i stabilną cechą profilu zdrowotnego Polski. O ile długość życia rośnie u obu płci, to różnica między nimi utrzymuje się i wynika przede wszystkim z przedwczesnej umieralności mężczyzn. W 2024 r. nie obserwuje się trwałych przesłanek wskazujących na istotną zmianę tej struktury.

3.1.7. Porównania międzynarodowe

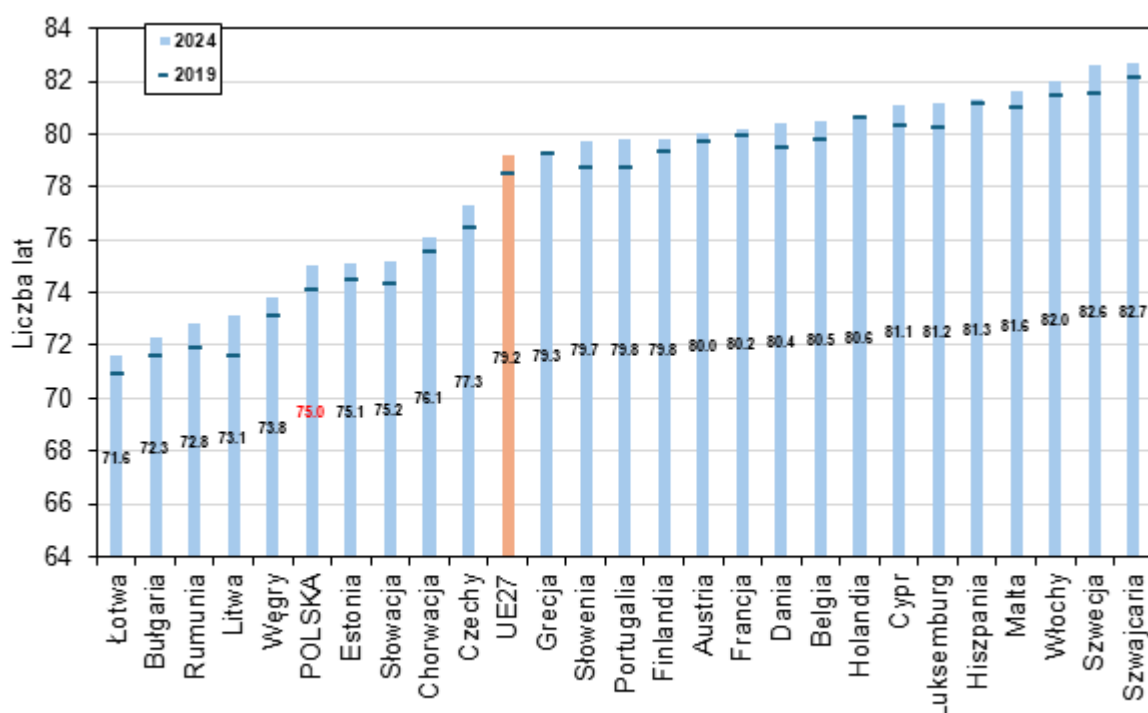
Międzynarodowe porównania oczekiwanej długości życia ludności, wykonywane w wielu przekrojach pozwalają na uzyskanie bardzo ważnego wglądu w potencjał wydłużania oczekiwanej długości życia ludności w Polsce. Taki efekt może być uzyskany tylko poprzez przekrojowe, wielopłaszczyznowe działania w zakresie zdrowia publicznego (wszystkich trzech głównych rodzajów determinant zdrowia wg WHO) oraz poprzez energiczne działania w zakresie niwelowania nierówności zdrowiu.

Główne obserwacje i wnioski

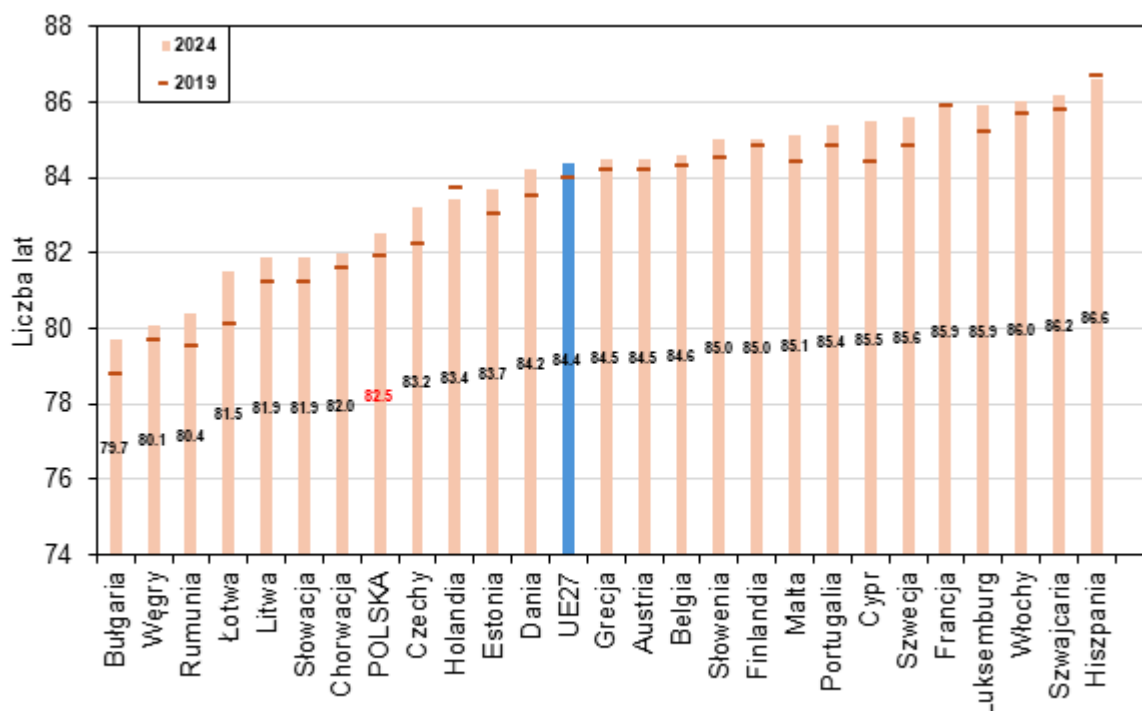
1. **Różnica długości życia między Polską a średnią UE-27 pozostaje dosyć stabilna w ujęciu długoterminowym.**
W ostatnim dziesięcioleciu luka wynosiła około 3 lat (kobiety: ok. 2 lata; mężczyźni: 4–5 lat), bez wyraźnej tendencji trwałego zmniejszania lub zwiększania.
2. **Dystans Polski do państw UE-15 („stara Unia”) jest wyraźniejszy niż względem średniej UE-27.**
W 2024 r. kobiety w Polsce żyły o ok. **2,6** roku krócej, a mężczyźni o ok. **5,6** roku krócej niż średnia państw UE-15. Różnice te utrzymują się w podobnym zakresie od co najmniej dziesięciu lat.
3. **Pozycja Polski względem UE-11 („nowa Unia”) jest zróżnicowana i niejednoznaczna.**
W 2024 r. kobiety w Polsce miały LE_0 o około 0,5 roku wyższą, a mężczyźni o ok. 0,3 roku wyższą niż średnia UE-11, lecz część państw UE-11 (np. Czechy, Słowenia) ma wartości wyższe niż Polska.
4. **Dystans Polski do krajów o najwyższej długości życia w UE pozostaje znaczący.**
W 2024 r. kobiety w Polsce osiągały wyniki o ok. 4 lata niższe niż Hiszpania, a mężczyźni o 7–8 lat niższe niż Szwecja.

5. Zróżnicowanie strukturalne wg wieku między kobietami i mężczyznami.
 - o u mężczyzn największe różnice LE_0 w porównaniu z Europą Zachodnią obserwuje się w wieku produkcyjnym (25–64 lata) i wynikają one z wyższej umieralności w tym przedziale,
 - o u kobiet dominującą rolę w różnicach LE_0 pełni umieralność w wieku 65+, choć umieralność w wieku 25–64 także pozostaje istotna.
6. Wskazać zatem można, iż **potencjał wzrostu LE_0 ludności w Polsce wynosi co najmniej 2,6 roku dla kobiet i 5,6 roku dla mężczyzn.**

3.1.7. 1. Oczekiwana długość życia – porównanie pozycji Polski względem krajów UE



Ryc. 3.5. Oczekiwana długość życia MĘŻCZYŹN w Polsce i w pozostałych krajach UE-27 w 2019 oraz 2024 r. (dane Eurostat database, dla Polski i UE-27 dane wstępne, szacowane)



Ryc. 3.6. Oczekiwana długość życia KOBIET w Polsce i w pozostałych krajach UE-27 w 2019 oraz 2024 r. (dane Eurostat database, dla Polski i UE-27 dane wstępne, szacowane)

W 2024 r. długość życia kobiet w Polsce wynosiła 82,5 roku, a mężczyzn 75,0 roku (dane Eurostat, nieco różniące się od danych GUS, ze względu na metodę obliczeń).

Wartości dla UE-27 wynosiły odpowiednio 84,4 roku i 79,2 roku.

Różnice między Polską a UE-27 pozostają stabilne w porównaniu z sytuacją sprzed dekady:

- kobiety: około –1,8 do –2,1 roku,
- mężczyźni: około –4,0 do –5,0 lat,
- ogółem: około –3,0 lat.

Pandemia COVID-19 jedynie chwilowo powiększyła tę różnicę; następnie powróciła ona do poziomów zbliżonych do tych sprzed 2020 r.

3.1.7.2. Pozycja Polski względem UE-15

Porównanie z państwami UE-15 2024 (Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Luksemburg, Portugalia, Szwecja, Włochy, pominięto Niemcy i Irlandię ze względu na niedostępność danych) stanowi inny punkt odniesienia niż UE-27.

W 2024 r.:

- kobiety w Polsce: ok. –2,6 roku względem średniej UE-15,
- mężczyźni: ok. –5,6 roku.

Historyczne szeregi (ostatnie dziesięciolecie) wskazują na stabilność tych różnic: około 2,5–3 lata u kobiet i 5–6 lat u mężczyzn.

Oznacza to utrzymywanie się trwałego dystansu strukturalnego, którego wielkość pozostaje podobna niezależnie od krótkookresowych wahań.

3.1.7.3. Pozycja Polski względem UE-11

UE-11 obejmuje następujące kraje: Bułgaria, Chorwacja, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Węgry, Polska, Rumunia, Słowacja, Słowenia.

W 2024 r.:

- kobiety w Polsce: ok. +0,5 roku względem średniej UE-11,
- mężczyźni: ok. +0,3 roku.

Jednocześnie:

- Czechy i Słowenia mają wartości wyższe niż Polska,
- Chorwacja w części lat również ma wyniki wyższe,
- Bułgaria, Litwa, Łotwa, Rumunia i Węgry – wartości niższe.

Pozycja Polski względem UE-11 jest więc pośrednia, a niewielka przewaga nad średnią wynika m.in. z wyraźnie niższych wyników LE w niektórych państwach regionu.

3.1.7.4. Dystans do krajów o najwyższej długości życia w UE

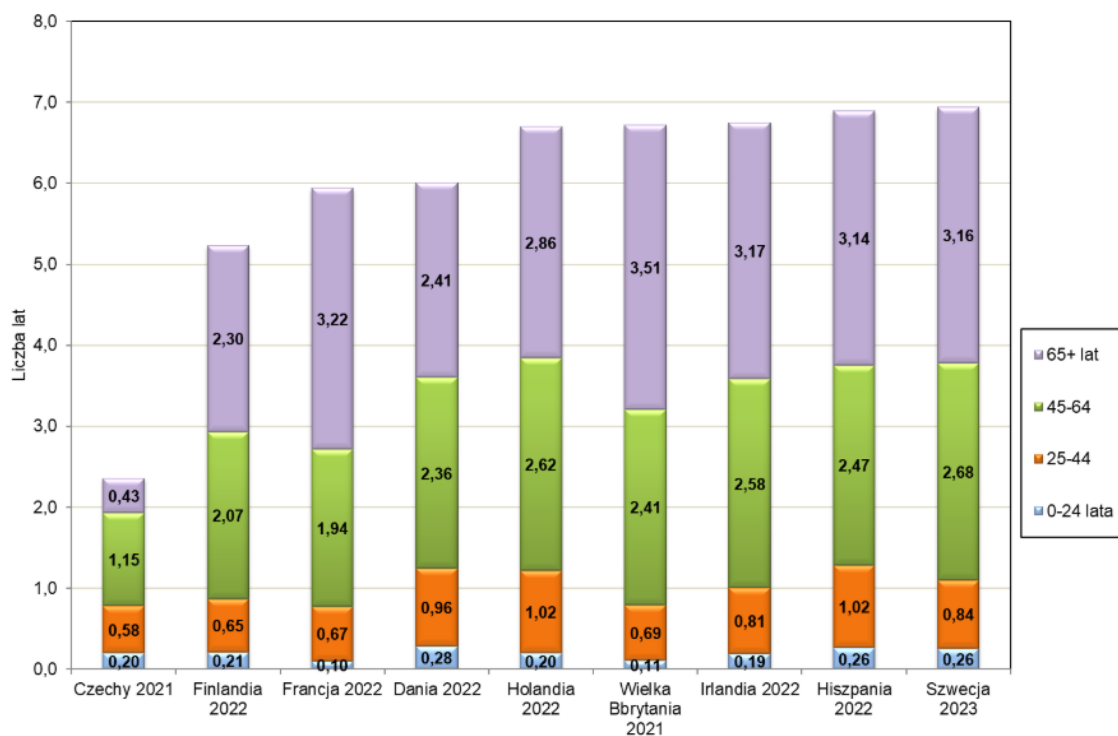
Porównanie z europejskimi liderami pod względem LE_0 obrazuje skalę możliwych różnic:

- **kobiety:** Hiszpania 86,6 vs Polska 82,5 (–4,1 roku),
- **mężczyźni:** Szwecja 82,6 vs Polska 75,0 (–7,6 roku).

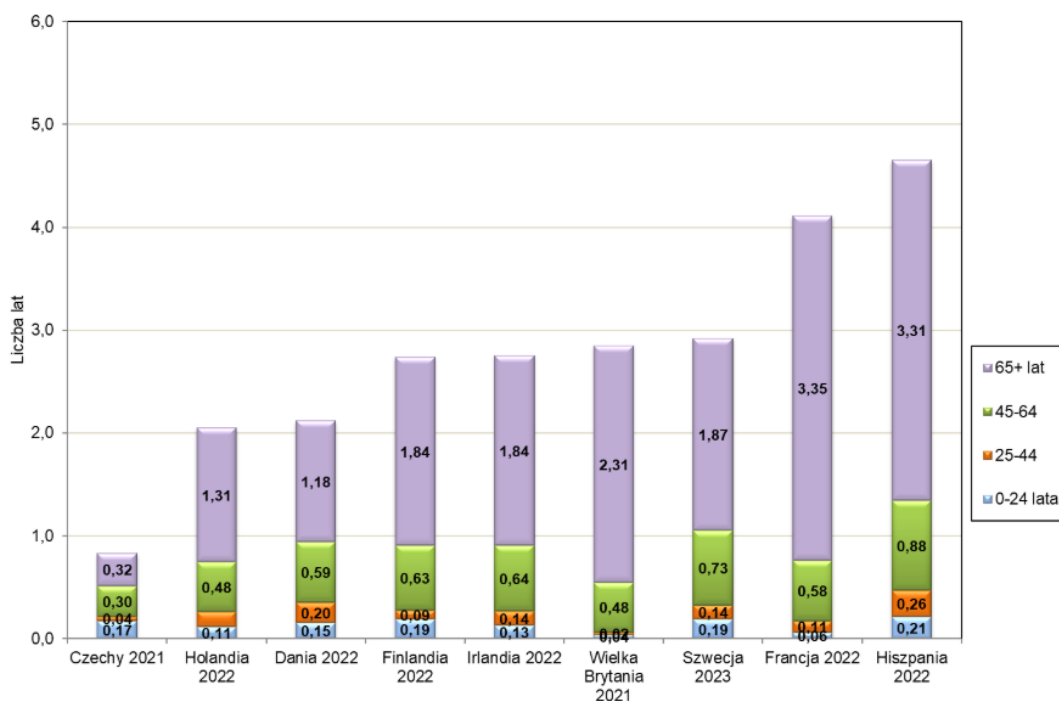
Różnice te pozostają stabilne w czasie i odzwierciedlają utrwalone różnice strukturalne w poziomie umieralności.

3.1.7.5. Różnice oczekiwanej długości życia Polska vs UE według płci

Analizy dekompozycyjne różnic długości życia pokazują odmienne profile dla kobiet i mężczyzn:



Ryc. 3.7. Liczba lat krótszej długości życia mężczyzn w Polsce w porównaniu z mężczyznami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności mieszkańców Polski w poszczególnych grupach wieku (za „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, NIZP PZH - PIB)



Ryc. 3.8. Liczba lat krótszej długości życia kobiet w Polsce w porównaniu z kobietami w innych krajach wynikająca z wyższej umieralności mieszkanki Polski w poszczególnych grupach wieku (za „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, NIZP PZH - PIB)

Mężczyźni

Wkład poszczególnych grup wieku do różnic długości życia między Polską a krajami UE-15 wskazuje, że **największy udział ma umieralność mężczyzn w wieku 25–64 lata**. Różnice te wynikają głównie z wyższych poziomów umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów oraz przyczyn zewnętrznych w Polsce w porównaniu z krajami Europy Zachodniej.

Kobiety

Największy udział w różnicach w długości życia w porównaniu z krajami UE-15 ma **umieralność w grupie 65+**, choć umieralność w wieku 25–64 lat również pozostaje istotna, szczególnie w różnicach względem Francji, Holandii, Austrii i Czech.

3.2. Najważniejsze przyczyny zróżnicowania sytuacji zdrowotnej mieszkańców Polski

Główne obserwacje i wnioski

1. Rodzaj miejsca zamieszkania (miasta o różnej wielkości, wieś) jest istotnie związany z oczekiwaną długością życia, szczególnie wśród mężczyzn.
Najniższe wartości oczekiwanej długości życia notuje się w małych miastach (<10 tys.), a najwyższe w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców. Różnice te są wyraźniejsze u mężczyzn (ok. 1,8–2 lat) niż u kobiet (ok. 0,7–1 roku).
2. W latach 2017–2023 rozpiętość między najniższymi a najwyższymi wartościami oczekiwanej długości życia zwiększyła się przede wszystkim za sprawą odbudowy zdrowia po pandemii. W 2023 r. różnice powróciły do poziomów obserwowanych przed pandemią lub nieznacznie je przekroczyły.
3. Wykształcenie jest jednym z najsilniejszych czynników różnicujących przeżycie i umieralność. Różnice oczekiwanej długości życia w wieku 30 lat między najwyższym a najniższym poziomem wykształcenia wynoszą ok. 12 lat u mężczyzn i ok. 9 lat u kobiet.
4. Umieralność z powodu przyczyn zgonów możliwych do uniknięcia silnie zależy od wykształcenia. Wskaźniki dla osób z najniższym poziomem wykształcenia są ok. czterokrotnie wyższe u mężczyzn i ok. trzykrotnie wyższe u kobiet w porównaniu z osobami z wykształceniem wyższym.
5. Różnice związane z wykształceniem są większe niż różnice związane z miejscem zamieszkania. Status społeczno-ekonomiczny mierzony poziomem wykształcenia jest silniejszym predyktorem ryzyka zgonu niż lokalizacja (miejska vs wiejska).
6. Przytoczone analizy pokazują, iż zróżnicowanie oczekiwanej długości życia oraz umieralności w Polsce ma wyraźny charakter społeczno-ekonomiczny. Różnice według

miejsca zamieszkania są zauważalne, szczególnie u mężczyzn, lecz to poziom wykształcenia generuje największe kontrasty zarówno w długości życia, jak i w umieralności z przyczyn możliwych do uniknięcia. Dane potwierdzają, że struktura społeczna populacji ma większy wpływ na stan zdrowia i ryzyko zgonu niż różnice przestrzenne w sensie typu miejsca zamieszkania.

1. Różnice długości życia według miejsca zamieszkania (2017–2023)

1.1. Mężczyźni

Dane wskazują na wyraźne zróżnicowanie LE_0 mężczyzn według wielkości miejscowości:

- Najwyższe wartości obserwuje się w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców (w 2023 r.: 75,8 roku),
- Najniższe wartości odnotowano w małych miastach poniżej 10 tys. mieszkańców (w 2023 r.: 74,0 roku) oraz na wsi (74,2 roku).

W całym okresie 2017–2023 **różnica między najniższą a najwyższą wartością wynosiła** przeciętnie ok. **1,5–2,0 lat**, co oznacza relatywnie duże zróżnicowanie przestrzenne.

Wpływ pandemii COVID-19 w latach 2020–2021 widoczny jest we wszystkich analizowanych obszarach zamieszkania, lecz:

- **największe spadki** LE_0 zanotowano w dużych miastach (np. z 75,5 w 2019 r. do 73,8 w 2020 r.),
- **najwolniejszy powrót do poziomów sprzed pandemii** również dotyczył największych miast, choć w 2023 r. przekroczyły one wartości z 2019 r.

1.2. Kobiety

Wśród kobiet zróżnicowanie przestrzenne LE_0 są mniejsze:

- **Najniższa** w 2023 r.: **81,7 roku** (miasta <10 tys.),
- **Najwyższa** w 2023 r.: **82,4 roku** (miasta ≥ 200 tys.).

Różnica między skrajnościami wynosi ok. **0,7 roku**, czyli jest znacznie mniejsza niż u mężczyzn.

Podobnie jak w przypadku mężczyzn, pandemia spowodowała obniżenie długości życia we wszystkich grupach, z odbudową do poziomów zbliżonych do lat 2018–2019 w latach 2022–2023.

Tabela 3.1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat (LE_0) mieszkających na wsi oraz w miastach wg liczby mieszkańców w latach 2017–2023

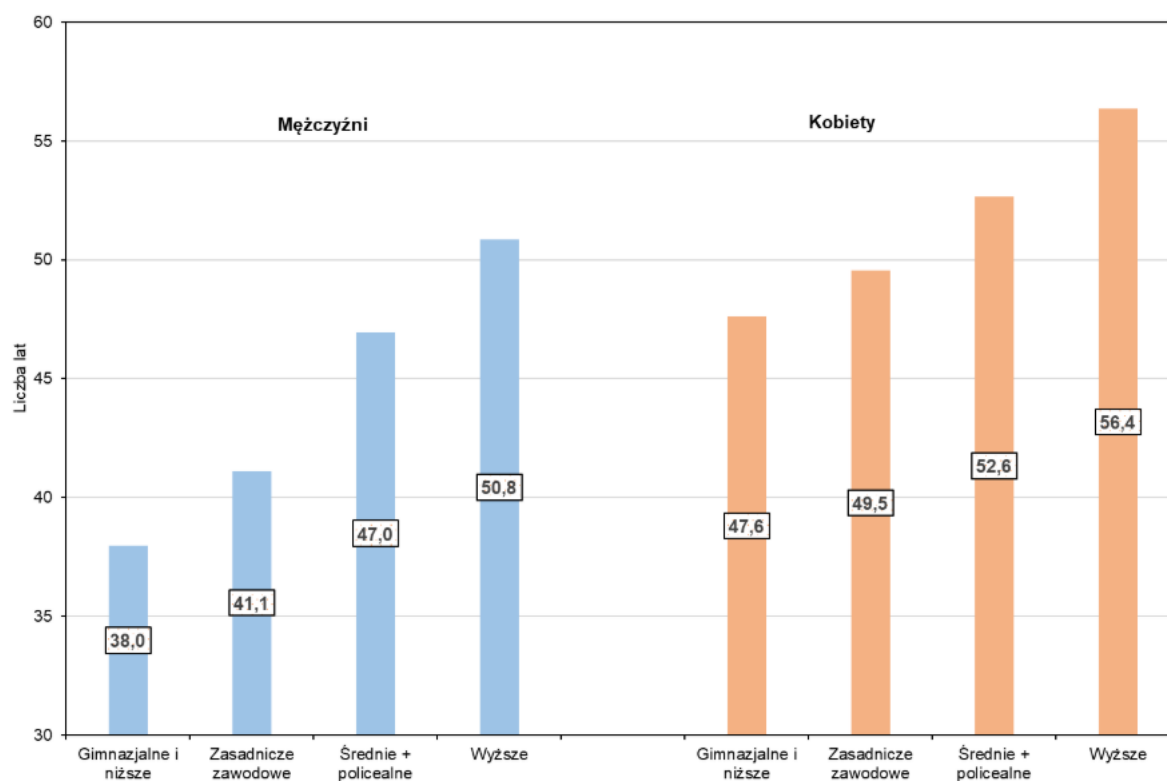
Miejsce zamieszkania	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mężczyźni							

Wieś	73,2	73,1	73,3	72,1	71,4	73,0	74,2
Miast-ogółem	74,2	74,1	74,6	72,7	71,8	73,7	75,0
Miasta do 10 tys.	72,9	73,1	73,4	71,5	71,0	72,7	74,0
Miasta 10-20 tys.	73,6	73,5	73,9	72,1	71,4	73,0	74,3
Miasta 20-50 tys.	74,0	73,9	74,3	72,3	71,5	73,5	74,9
Miasta 50-100 tys.	73,9	73,7	74,5	72,7	71,4	73,3	74,7
Miasta 100-200 tys.	74,3	74,1	74,2	72,5	71,4	73,7	74,9
Miasta 200 tys. i więcej	75,1	74,9	75,5	73,8	72,7	74,6	75,8
Kobiety							
Wieś	81,6	81,6	81,7	80,6	79,6	81,1	82,0
Miast-ogółem	81,5	81,4	81,7	80,6	79,6	81,0	82,1
Miasta do 10 tys.	81,2	81,2	81,2	80,1	79,2	80,6	81,7
Miasta 10-20 tys.	81,4	81,3	81,6	80,4	79,3	80,8	81,8
Miasta 20-50 tys.	81,6	81,5	81,6	80,7	79,3	81,1	82,2
Miasta 50-100 tys.	81,4	81,3	81,4	80,2	79,3	80,8	81,7
Miasta 100-200 tys.	81,2	81,3	81,3	80,2	79,0	80,7	81,5
Miasta 200 tys. i więcej	81,9	81,9	82,3	81,1	80,3	81,6	82,4

Źródło: obliczenia własne autorów na podstawie danych GUS

2. Różnice długości życia według poziomu wykształcenia (wiek 30 lat)

Analiza oparta na rycinie 3.9 (średnia z lat 2020–2022) wskazuje, że wykształcenie jest jednym z najważniejszych czynników różnicujących długość życia.



Ryc. 3.9. Oczekiwana dalsza długość życia mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenie w latach 2020-2022 („Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, NIZP PZH - PIB)

2.1. Mężczyźni

Oczekiwana długość życia w wieku 30 lat:

- wykształcenie co najwyżej gimnazjalne: **38,0 roku**,
- zasadnicze zawodowe: **41,1 roku**,
- średnie + policealne: **47,0 roku**,
- wyższe: **50,8 roku**.

Różnica między skrajnościami wynosi **12,8 roku**.

2.2. Kobiety

Oczekiwana długość życia w wieku 30 lat:

- wykształcenie co najwyżej gimnazjalne: **47,6 roku**,
- zasadnicze zawodowe: **49,5 roku**,
- średnie + policealne: **52,6 roku**,
- wyższe: **56,4 roku**.

Różnica między skrajnościami wynosi **8,8 roku**.

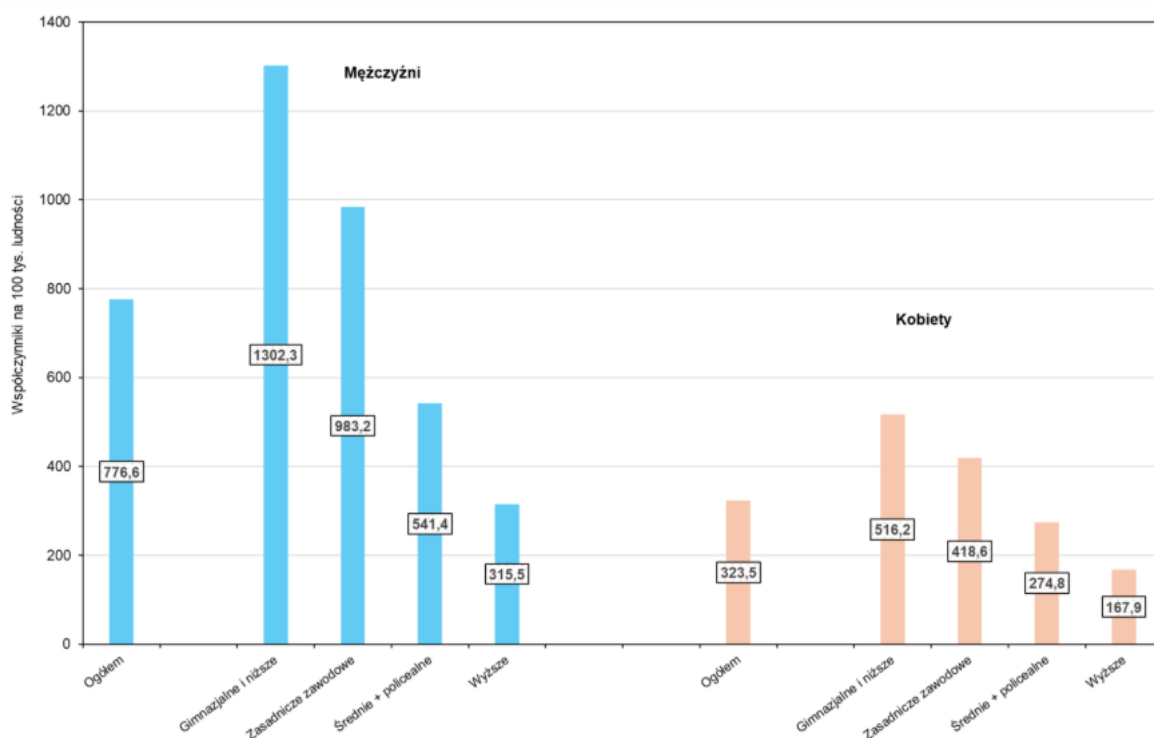
Różnice te są wyraźnie większe niż zróżnicowanie według miejsca zamieszkania, co podkreśla dominującą rolę czynników społeczno-ekonomicznych w determinowaniu stanu zdrowia, a co za tym idzie, długości życia. Choć dane te odnoszą się do okresu pandemii COVID19, obserwowane zróżnicowanie tym bardziej podkreśla nierówności w zdrowiu, związane z poziomem wykształcenia. Podkreślić należy, iż konieczne są szczegółowe analizy określające przyczyny obserwowanych zjawisk.

Jest to także wskazówka co do skali możliwej poprawy stanu zdrowia populacji Polski. Wydłużenie oczekiwanej długości życia mężczyzn i kobiet o gimnazjalnym i niższym lub zasadniczym zawodowym powinno być łatwiejsze do osiągnięcia niż osób o wykształceniu wyższym, których oczekiwana długość życia jest wyższa od średnich w krajach UE o najwyższej wartości tej miary.

3. Umieralność możliwa do uniknięcia według poziomu wykształcenia (30–74 lata)

Do kategorii „zgonów możliwych do uniknięcia” zalicza się m.in. choroby, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, zakażenia HIV/AIDS, nowotwór płuca, chorobę nadciśnieniową, znaczną część przypadków choroby niedokrwiennej serca i udaru, POChP, choroby związane z konsumpcją alkoholu i używaniem substancji psychoaktywnych, urazy (transportowe i inne) oraz samobójstwa.

Obserwacje sformułowane w punkcie 2 powyżej są potwierdzone przez analizę umieralności możliwej do uniknięcia w grupach ludności według wykształcenia. Rycinie 3.10 pokazuje silny gradient miary wykształcenia w odniesieniu do umieralności z powodu przyczyn zgonów możliwych do uniknięcia. Jest to kolejna obserwacja potwierdzająca konieczność i racjonalność interdyscyplinarnych działań w zakresie zdrowia publicznego (determinant zdrowia) adresowanych do grup społecznych w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Behawioralne determinanty zdrowia takie jak konsumpcja alkoholu, palenie tytoniu i stosowanie jego zamienników, używanie substancji psychoaktywnych, nieprawidłowa dieta są przyczynami zwiększonej chorobowości i przedwczesnej umieralności. Ta sytuacja generuje zwiększone koszty w zakresie medycyny naprawczej (NFZ), większe koszty zabezpieczenia społecznego oraz obniża produktywność ludności Polski.



Ryc. 3.10. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia mężczyzn i kobiet w wieku 30-74 lata wg poziomu wykształcenia w trzyletnim okresie 2020-2022 („Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, NIZP PZH - PIB)

Główne obserwacje:

3.1. Mężczyźni

Standaryzowane współczynniki umieralności (na 100 tys.):

- gimnazjalne i niższe: **ok. 1302**,
- zasadnicze zawodowe: **ok. 983**,
- średnie i policealne: **ok. 541**,
- wyższe: **315**.

Umieralność mężczyzn w grupie wiekowej 30-74 lat z najniższym poziomem wykształcenia jest ponad czterokrotnie wyższa niż w grupie z wykształceniem wyższym.

3.2. Kobiety

- gimnazjalne i niższe: **ok. 516**,
- zasadnicze zawodowe: **ok. 418**,
- średnie i policealne: **ok. 275**,
- wyższe: **168**.

Umieralność kobiet w grupie wiekowej 30-74 lat z najniższym poziomem wykształcenia jest około trzykrotnie wyższa niż w grupie z wykształceniem wyższym.

3.3. Ocena wielkości potencjału skutecznego oddziaływania w celu poprawy stanu zdrowia mieszkańców Polski (zgony możliwe do uniknięcia)

Umieralność możliwa do uniknięcia obejmuje zgony, którym można zapobiec poprzez działania systemu ochrony zdrowia, w tym szeroko rozumiane interwencje zdrowia publicznego. W praktyce pojęcie to dzieli się na dwa komponenty:

- Zgony możliwe do uniknięcia, którym można skutecznie zapobiegać zarówno na poziomie populacyjnym, jak i indywidualnym. Dotyczy to m.in. ograniczenia narażeń środowiskowych, wywierania wpływu na styl życia, szczepień, działań profilaktycznych czy redukcji ryzyk behawioralnych (np. palenia tytoniu, niewłaściwej diety, nadużywania alkoholu). Wysoki poziom tego wskaźnika jest sygnałem, że system zdrowia publicznego i polityki zdrowotne nie w pełni ograniczają czynniki ryzyka prowadzące do przedwczesnych zgonów.
- Zgony możliwe do uniknięcia, które można skutecznie leczyć - wynikające z chorób, które — przy odpowiednio wczesnej diagnostyce i właściwej opiece medycznej — nie powinny prowadzić do śmierci. Wysokość tego wskaźnika świadczy o efektywności systemu opieki zdrowotnej, w tym dostępności świadczeń, jakości leczenia, terminowości interwencji czy skuteczności terapii.

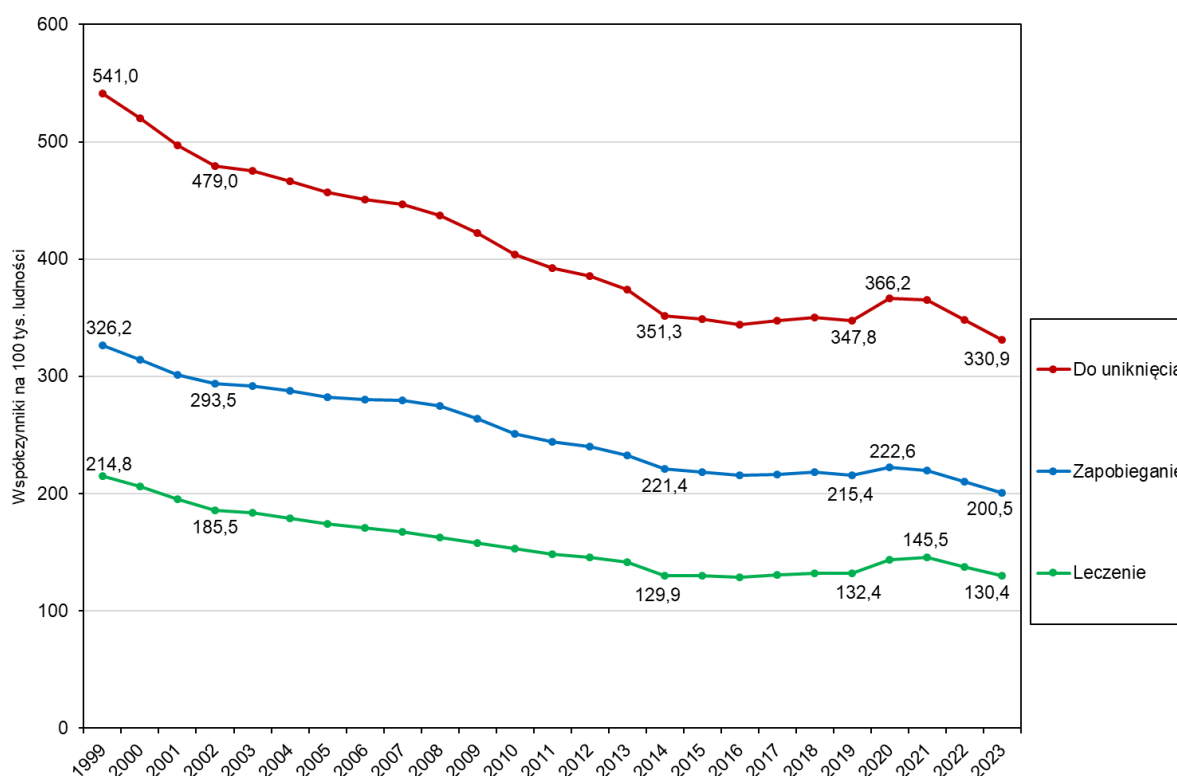
Rozróżnienie to pozwala określić w analizach zdrowotnych, na którym etapie łańcucha działań prozdrowotnych (zapobieganie vs leczenie) pojawiają się największe rezerwy oraz w jakim stopniu przedwczesne zgony można wiązać z ekspozycjami i stylami życia/funkcjonowaniem zdrowia publicznego a w jakim z organizacją, dostępnością lub jakością usług medycznych.

Zestawienie tych dwóch kategorii stanowi ważny element monitorowania stanu zdrowia populacji oraz oceny skuteczności polityk zdrowotnych.

Główne obserwacje dotyczące trendów przyczyn zgonów możliwych do uniknięcia (Polska, 1999–2023)

1. Zgony możliwe do uniknięcia — ogółem
 - W latach 1999-2023 nastąpił spadek wskaźnika z poziomu ok. 541 do ok. 331 na 100 tys. mieszkańców, co oznacza znaczącą poprawę - o około 40%,
 - Zgonów z przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać jest stale o ponad 50% więcej, niż zgonów z przyczyn, które można skutecznie leczyć.
2. Zgony z przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać

- W latach 1999-2023 nastąpił spadek wskaźnika z 326 do ok. 200 na 100 tys. mieszkańców,
 - Najszybsza poprawa była obserwowana do około 2013 r.; w ostatniej dekadzie dynamika spadku uległa spowolnieniu (z wyłączeniem okresu pandemii).
3. Zgony z przyczyn możliwych do uniknięcia, które można skutecznie leczyć
- W latach 1999-2023 nastąpił spadek wartości wskaźnika z ok. 215 do ok. 130 na 100 tys. mieszkańców.



Ryc. 3.11. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz które można skutecznie leczyć w latach 1999-2023 (obliczenia autorów własne na podstawie danych GUS)

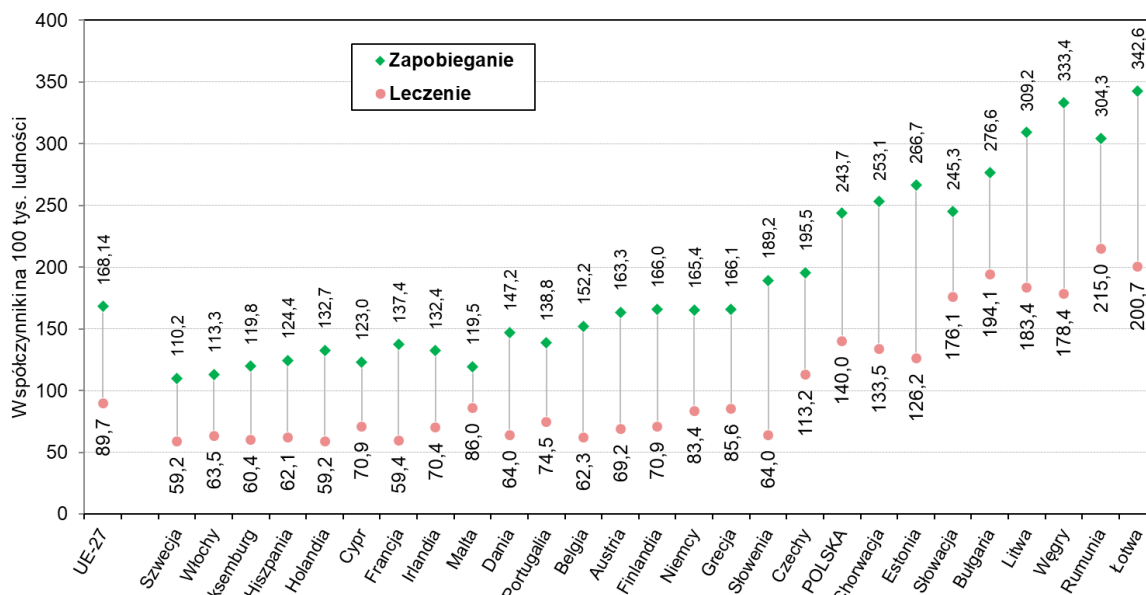
- Również w ostatniej dekadzie wartości wskaźnika stabilizują się na poziomie 130 na 100 tys. mieszkańców (z wyłączeniem okresu pandemii).

Główne obserwacje dotyczące przyczyn zgonów możliwych do uniknięcia

Poziom zgonów możliwych do uniknięcia (łącznie, z przyczyn możliwych do uniknięcia i możliwych do zapobiegania):

- Wskaźniki dotyczące Polski są wyższe niż średnia UE-27, co jest zjawiskiem niekorzystnym,

- Wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia mieszczą się w przedziale ok. **245–253 na 100 tys.**, co sytuuje Polskę obok państw Europy Środkowo-Wschodniej (Czechy, Słowacja), ale wyraźnie powyżej poziomu krajów takich jak Francja, Hiszpania czy Szwecja. Na tle państw Europy Zachodniej wskaźniki w Polsce są więc wyraźnie wyższe, szczególnie w zakresie przyczyn możliwych do zapobiegania.



Uwaga: kraje są uszeregowane wg wielkości współczynnika ogółu zgonów możliwych do uniknięcia

Ryc. 3.12. Standaryzowane współczynniki zgonów osób w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać i które można skutecznie leczyć w krajach UE-27 w 2022 r. (na podstawie danych Eurostat)

3. Interpretacja

Wyniki analiz sugerują, że:

- W zakresie zgonów możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać, Polska wciąż ma duży potencjał redukcji zgonów, szczególnie w obszarach zależnych od zdrowia publicznego (m.in. styl życia, ekspozycje środowiskowe, prewencja pierwotna, wczesne wykrywanie).
- W obszarze zgonów możliwych do uniknięcia, które można skutecznie leczyć, obciążenia są niższe niż dla zgonów którym można zapobiegać, ale nadal powyżej średniej UE, co świadczy o istniejących rezerwach w zakresie diagnostyki, terminowego dostępu i skuteczności leczenia.
- Polska odnotowuje istotną poprawę, lecz dynamika spadku wyraźnie osłabła po 2013 r. W perspektywie długookresowej (1999–2023) nastąpiła znaczna redukcja wskaźnika zgonów

możliwych do uniknięcia, jednak poprawa ta nie doprowadziła do konwergencji z krajami o najlepszych wynikach.

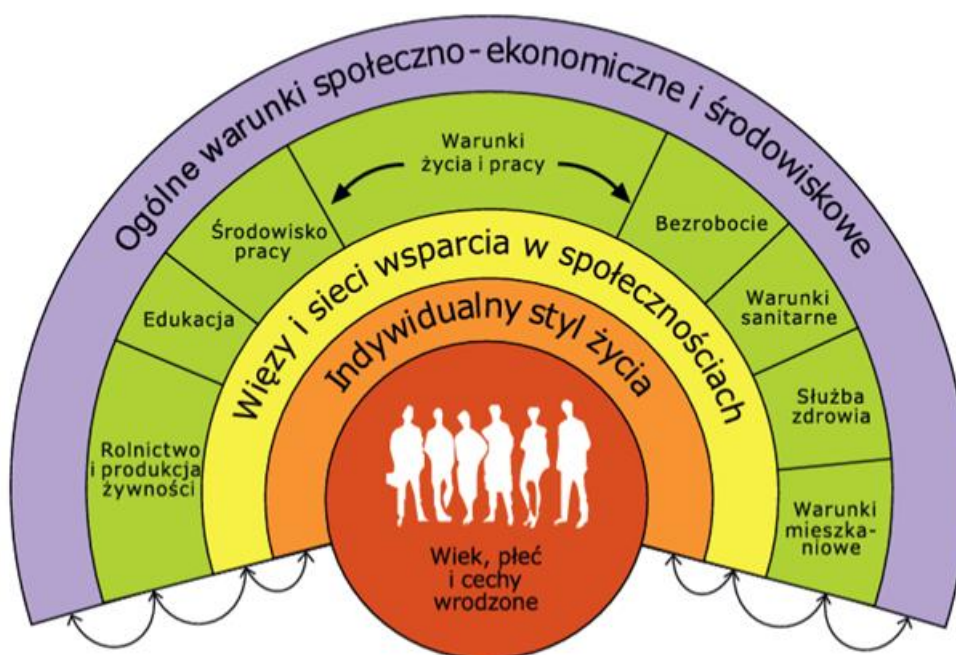
4. Można przyjąć (porównując wskaźniki dla Polski do średniej UE i np. do Czech), że **wielkość potencjalnej poprawy wskaźnika wynosi nie mniej niż 30-60 zgonów możliwych do uniknięcia w każdej z obu kategorii osobno.**

4. Determinanty zdrowia

4.1. Model społecznych uwarunkowań zdrowia Dahlgrena i Whitehead

W ostatnich dekadach powstało wiele interpretacji uwarunkowań chorób i rozwoju zdrowia. Aktualnie, w odniesieniu do genezy zdrowia dominują teorie wieloprzyczynowe, określane najczęściej wspólnym mianem modeli społeczno-środowiskowych. Jednym z nich, wydającym się najlepiej opisywać złożoność tego procesu (i zarazem najbardziej popularnym), jest model społecznych uwarunkowań zdrowia autorstwa G. Dahlgrena i M. Whitehead z 1991 r. Model ten znakomicie wyjaśnia skomplikowane relacje między człowiekiem i grupą osób, a ich szeroko rozumianym otoczeniem.

G. Dahlgren, M. Whitehead. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm 1991.



Ryc. 4.1. Model społecznych uwarunkowań zdrowia wg Dahlgrena i Whitehead (1991). [źródło: Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego; 2014 red. D. Cianiara <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>]

W centrum schematu są ludzie, którzy mają swoje bliskie (bezpośrednie) uwarunkowania zdrowia, takie jak wiek, płeć biologiczna i predyspozycje genetyczne. Są to czynniki nie podlegające modyfikacji. Te bliskie uwarunkowania są poddane kontroli kolejnych warstw modelu. Są to dalsze uwarunkowania zdrowia, które mogą być poddawane modyfikacjom.

Pierwsza warstwa to styl życia. Styl życia oznacza sposób życia, który daje się poznać po określonych zachowaniach. Te zaś są odzwierciedleniem cech indywidualnych (np. wiedzy, przekonań, postaw) oraz zbiorowych (np. relacji społecznych, czynników kulturowych i ekonomicznych).

Druga – to wpływy społeczno-kulturowe, czyli normy i zwyczaje grupowe. Ponieważ ludzie zazwyczaj robią to, co inni w ich otoczeniu, to wpływy te mogą wspierać lub blokować odpowiednie zachowania i działania.

Kolejna, trzecia warstwa to warunki życia (między innymi warunki mieszkaniowe i warunki pracy, dostęp do wykształcenia i edukacji zdrowotnej oraz podjętej na czas i dobrej jakościowo opieki medycznej). Warunki te prowadzą do ukształtowania się społecznych norm i wartości z poprzedniej warstwy.

Ostatni półokrąg to ogólna sytuacja kulturowa, społeczna, ekonomiczna i polityczna. W tym szerokim kontekście społeczno-ekonomicznym zapadają decyzje o tym, w jakich warunkach żyjemy.

Model ten zakłada, że:

- Istnieją wzajemne związki człowieka z otoczeniem społecznym.
- Istnieją liczne uwarunkowania zdrowia, które zgrupowane są na kilku poziomach:
 - na poziomie najniższym dotyczącym osoby, jednostki (intrapersonalnym), znaczenie dla zdrowia mają cechy genetyczne, wiedza, postawy i zachowania,
 - na poziomie interpersonalnym znaczenie mają sieci społeczne i normy grupowe, wsparcie społeczne ze strony rodziny, bliskich, rówieśników,
 - na poziomach społeczności i instytucjonalnym znaczenie mają czynniki wynikające z relacji między organizacjami, które determinują warunki nauki, pracy, usługi publiczne, transport, itp.,
 - na poziomie najwyższym, społecznym, ekonomicznym i politycznym, znaczenie mają polityki publiczne, prawo oraz normy kulturowe.

Poziom polityki wywiera wpływ na poziom organizacji oraz społeczności, te oddziałują na poziom interpersonalny, ten zaś wpływa na poziom jednostki. Do zmiany sytuacji zdrowotnej wybranej grupy zazwyczaj potrzebne są działania na wszystkich poziomach uwarunkowań.

Model ten wyjaśnia też, jak powstaje zjawisko tzw. nierówności w zdrowiu (ang. health inequalities).

Nierówności w zdrowiu to wyraźne zróżnicowanie stanu zdrowia całych grup społecznych według statusu społecznego i pozycji społecznej. Najczęściej obserwuje się też gradient zróżnicowania sytuacji zdrowotnej: im lepsze wykształcenie i lepsza sytuacja materialna ludzi, tym lepsza ich sytuacja zdrowotna. Nierówności w zdrowiu są niesprawiedliwe i możliwe do uniknięcia poprzez inną dystrybucję zasobów społecznych. Są także szkodliwe społecznie, prowadzą do wykluczenia społecznego grup słabszych. Przeciwdziałanie nierównościom w

zdrowiu jest obecnie jednym z głównych celów polityki społecznej i funkcjonowania systemów zdrowotnych.

Charakterystyczną cechą koncepcji społecznych uwarunkowań zdrowia jest zwrócenie uwagi, że zdrowie jest determinowane przez liczne czynniki, które można uporządkować w grupy o różnej podatności na modyfikację. Aby osiągnąć poprawę sytuacji zdrowotnej zazwyczaj potrzebne są działania realizowane na wszystkich poziomach uwarunkowań - na poziomie jednostkowym, poziomie interpersonalnym, działania na poziomie instytucji i społeczności, a także polityki publicznej. Ponadto, wielość tych czynników oddziałuje na zdrowie nie poprzez proste sumowanie ich wpływu, lecz jako efekt ich wzajemnych interakcji.

4.2. Współwystępowanie i koncentracja czynników ryzyka w określonych grupach/subpopulacjach

Współwystępowanie czynników ryzyka zdrowotnego i ich koncentracja w pewnych grupach ludności są zjawiskami dobrze udokumentowanymi w badaniach prowadzonych w wielu krajach, w tym w Polsce. Opisano m. in. współwystępowanie nadmiernego picia alkoholu i palenia tytoniu czy koncentrację behawioralnych czynników ryzyka wśród osób o niższym poziomie wykształcenia i statusie społeczno-ekonomicznym. Badania takie są szczególnie istotne w krajach, gdzie odsetek zgonów powodowanych m.in. przez choroby układu krążenia jest wyraźnie wyższy od przeciętnego w UE. Współwystępowanie czynników ryzyka ma swoje istotne konsekwencje dla planowania i realizacji działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

W badaniu prowadzonym w NIZP PZH-PIB w 2023 r. na podstawie analizy wyników ogólnopolskiego badania ankietowego na próbie 3000 mieszkańców, reprezentatywnej dla kraju pod względem płci, wieku i klasy miejscowości zamieszkania, dokonano identyfikacji grup dorosłych Polaków różniących się rozpowszechnieniem czynników ryzyka zdrowotnego oraz cechami społeczno-demograficznymi.

Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka zdrowotnego w badanej grupie przedstawiało się następująco: palenie tytoniu - 30% ludności, problematyczne spożycie alkoholu - 13%, aż 67% respondentów nadużywało niezdrowych produktów w diecie, ten sam odsetek spożywał zbyt mało warzyw i owoców, 47% biorących udział w badaniu nie podejmował aktywności fizycznej w czasie wolnym, 50% osób miało nadwagę, a 44% nie brało udziału w żadnych badaniach kontrolnych ani w szczepieniach ochronnych.

Analizowane cechy nie były rozłożone w populacji równomiernie i na tej podstawie wyróżniono 4 klastry ludności, którym nadano subiektywne etykiety: 1 – „najmłodszy”, 2 – „współwystępujące czynniki ryzyka”, 3 – „najstarsi”, 4 – „zdrowy styl życia”.

Klaster 1 „najmłodszy” (879 osób, 29% ogółu);

przeciętny wiek 33 lata, najrzadziej w małżeństwie/stałym związku (49%), ponadprzeciętnie wykształceni (56% z wykształceniem średnim, 24% z wyższym), względna równowaga płci (54% kobiet), najaktywniejsi fizycznie (24% nie podejmuje rekreacyjnej aktywności fizycznej), stosunkowo niskie rozpowszechnienie nadwagi (22%) i otyłości (4%), nieco częściej niż przeciętnie spożywali warzywa i owoce (39% je 5 porcji dziennie), najczęściej ze wszystkich grup spożywali dania typu fast food (23% kilka razy w tygodniu, 19% raz w tygodniu), słodczy (59% kilka razy w tygodniu) i napoje gazowane (55% kilka razy w tygodniu), przeciętnie często ryby, przeciętnie często palili tytoń, nieco rzadziej niż przeciętnie deklarowali problemy z alkoholem (9%), rzadko podejmowali działania profilaktyczne (badania – 24%, szczepienia – 5%). Główne czynniki ryzyka na tle populacji: dużo niezdrowych produktów w diecie i brak udziału w szczepieniach/badaniach profilaktycznych.

Klaster 2 „współwystępujące czynniki ryzyka” (789 osób, 26% ogółu);

duża przewaga mężczyzn (81%), przeciętny wiek 50 lat, nadwyżka osób w wieku 40-59 lat, najwyższy odsetek z wykształceniem zawodowym (55%), najniższy z wyższym (8%), najwyższy odsetek w małżeństwie/stałym związku (89%), bardzo wysoki udział palaczy (59%) i mających problemy z alkoholem (35%), wysoki udział nieaktywnych fizycznie (64%), osób z nadwagą (73%), najniższe spożycie warzyw i owoców oraz ryb, najwyższe słodczy, dań fast food, napojów gazowanych, rzadsze niż przeciętnie działania profilaktyczne (badania - 34%, szczepienia – 6%). Wszystkie czynniki ryzyka dużo częstsze niż w populacji: palenie tytoniu, problemy z alkoholem, brak aktywności fizycznej, nadwaga, zła dieta (mało warzyw i owoców, ryb, dużo niezdrowych produktów), brak szczepień ochronnych.

Klaster 3 „najstarsi” (795 osób, 27%);

62% w wieku 60+, 10% poniżej 39 lat, przewaga kobiet (66%), słabiej wykształceni (duża nadwyżka osób z wykształceniem podstawowym – 26%), najniższy odsetek palaczy (8%), b. mało osób z problematycznym spożyciem z alkoholu (2%), najrzadziej aktywni fizycznie, najczęściej występująca nadwaga (90%), przeciętne spożycie warzyw i owoców, nieco częstsze niż przeciętne ryb, najrzadziej niezdrowe jedzenie, działania profilaktyczne – częściej niż przeciętnie (80%). Główne czynniki ryzyka na tle populacji: brak aktywności fizycznej i nadwaga/otyłość.

Klaster 4 „zdrowy styl życia” (549 osób, 18%);

duża przewaga kobiet (79%), przeciętny wiek 43 lata, najwyższy odsetek osób z wyższym wykształceniem (31%), niski udział osób z wykształceniem podstawowym (7%) i zawodowym (15%), częściej niż przeciętnie w stałym związku (74%), relatywnie niski udział osób o niskim poziomie aktywności fizycznej (32%), rzadziej niż przeciętnie palący (21%) i zgłaszający problemy z alkoholem (5%), niskie rozpowszechnienie nadwagi (1,5%), tylko 1 przypadek (0.2%) otyłości, stosunkowo najczęściej spożywali warzywa i owoce (rekomendowane 5 porcji dziennie – 49%, a tylko 2% nie jadło codziennie warzyw lub owoców) oraz ryby (raz w tygodniu lub częściej je 61%, 13% kilka razy w tygodniu), rzadziej niż przeciętnie spożywanie niezdrowego jedzenia (dania typu fast-food kilka razy w tygodniu - 8%, napoje gazowane -

33%, słodocze – 51%), niemal wszyscy poddawali się badaniom profilaktycznym. Wszystkie czynniki ryzyka występowały dużo rzadziej niż w populacji ogólnej.

Podsumowując wyniki badania, grupa 2 “współwystępujące czynniki ryzyka”, obejmująca szacunkowo jedną czwartą dorosłej populacji, wymaga pilnych działań interwencyjnych z zakresu zdrowia publicznego, również podejmowanych na poziomie lokalnym, ukierunkowanych na zmianę trybu życia, pomagających wyeliminować lub ograniczyć występowanie kilku czynników ryzyka u jednej osoby.

W przeprowadzonym badaniu potwierdzono także obserwowane wielokrotnie, również w odniesieniu do innych krajów UE, zjawisko częstszego współwystępowania zachowań ryzykownych dla zdrowia wśród osób o niższym poziomie wykształcenia.

Model uwarunkowań zdrowia zaproponowany przez Dahlgrena i Whitehead stanowi podstawę planowania działań na rzecz poprawy zdrowia oraz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Uwzględnia on współwystępowanie czynników ryzyka, zarówno w grupach społecznych, jak i na poziomie jednostki i grupuje je na kilku zależnych od siebie poziomach. Ponieważ uwarunkowania zdrowia z każdej warstwy modelu są ze sobą wzajemnie powiązane, a dodatkowo obserwujemy współwystępowanie czynników ryzyka w populacji, istnieje konieczność działania na wszystkich poziomach determinat zdrowia jednocześnie. Dlatego też interwencje zdrowia publicznego w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia wymagają ukierunkowania na więcej niż jedną grupę czynników warunkujących zdrowie jednocześnie oraz działań na poziomie jednostkowym, interpersonalnym, instytucji i społeczności, a także polityki publicznej.

5. Wymierne oddziaływanie czynników ryzyka na stan zdrowia mieszkańców Polski

5.1. Ocena wielkości utraty zdrowia mieszkańców Polski w wyniku problemów zdrowotnych i przedwczesnych zgonów (założenia DALY)

W ostatnich dekadach można zaobserwować wyraźne zmiany w strukturze i nasileniu czynników ryzyka zdrowotnego w populacji. Zmiany te są wynikiem przemian demograficznych i społeczno-ekonomicznych, zmian kulturowych, środowiska naturalnego i życia człowieka oraz wzorców oraz zakresu korzystania z opieki zdrowotnej a także działań w zakresie zdrowia publicznego. Analiza trendów w zakresie rozpowszechnienia poszczególnych czynników ryzyka takich jak: palenie tytoniu, niezdrowa dieta, niedostateczna aktywność fizyczna lub jej brak, otyłość, zanieczyszczenie powietrza czy spożycie alkoholu i innych substancji psychostymulujących pozwala lepiej zrozumieć dynamikę zagrożeń zdrowotnych i ich potencjalny wpływ na zdrowie publiczne, a w konsekwencji efekty prowadzonej polityki zdrowotnej.

Od momentu ogłoszenia koncepcji pól zdrowia przez Lalonde'a w 1974 roku podejmowane są próby określenia wpływu stylu życia na zdrowie ludności. Przykładowo, w latach 90. XX wieku szacowano, że styl życia odpowiada za około 50% wszystkich zgonów, podczas gdy czynniki biologiczne oraz środowiskowe/społeczne miały po 20% udziału, a system opieki zdrowotnej – 10%. Współcześnie przeprowadzane w wielu krajach epidemiologiczne badania obserwacyjne pokazują, że powyższa koncepcja jest zbyt uproszczona i trzeba również patrzeć na wzajemne powiązania, oddziaływania różnych czynników mających wpływ na zdrowie. Wskazywane mechanizmy powiązań i oddziaływań są często specyficzne dla poszczególnych, badanych populacji i ich uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, kulturowych i środowiskowych. W Polsce, mimo upowszechnionych stereotypów o niezmienności determinant sytuacji zdrowotnej oraz utrwalonym stylu życia ludności, dane wskazują na wyraźne przesunięcia w wielkości oddziaływania poszczególnych czynników ryzyka, na co wskazują też i cykliczne raporty nt. sytuacji zdrowotnej ludności publikowane przez NIZP-PZH PIB od ponad 40 lat. Od początku transformacji ustrojowej w latach 90. XX wieku obserwujemy znaczące zmiany zarówno w stylu życia, jak i w strukturze ryzyk zdrowotnych. Niektóre czynniki, wcześniej dominujące, tracą na znaczeniu, podczas gdy inne, wcześniej marginalne, są coraz bardziej istotne w kształtowaniu profilu zdrowotnego społeczeństwa. Pojawiają się też nowe zagrożenia, które są wynikiem zmian cywilizacyjnych, czego przykładem są zagrożenia z używaniem mediów społecznościowych czy tzw. kryzys opioidowy w Ameryce Płn.

W poniższym opracowaniu omówiono wpływ czynników ryzyka na utratę zdrowia polskiego społeczeństwa. Ocena taka jest możliwa dzięki zastosowaniu globalnych

modeli epidemiologicznych, spośród których najbardziej uznanym jest Global Burden of Disease (GBD) – międzynarodowy projekt badawczy prowadzony przez Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) na Uniwersytecie Waszyngtońskim w Seattle w USA. Model GBD jest obecnie podstawowym narzędziem porównawczym wykorzystywanym przez WHO, OECD oraz Komisję Europejską w analizach zdrowia publicznego. GBD łączy dane epidemiologiczne, kliniczne i demograficzne z ponad 200 krajów świata, tworząc spójny system oceny obciążenia chorobami i urazami oraz ich przyczynami.

Jak należy czytać wyniki analiz GBD w kontekście oceny wpływów czynników ryzyka?

Główną jednostką miary stosowaną w modelu GBD są lata życia skorygowane niepełnosprawnością oznaczane angielskim akronimem DALY (*Disability-Adjusted Life Years*). Jest to wskaźnik, który łączy liczbę lat życia utraconych z powodu przedwczesnej śmierci (*YLL - Years of Life Lost*) oraz lata przeżyte z niepełnosprawnością wywołaną przez chorobę albo uraz (*YLD - Years Lived with Disability*). Skrótowno można zilustrować DALY jako miernik ogólnej utraty zdrowia w danej populacji. W celu oceny wpływu czynników ryzyka na utratę zdrowia, GBD stosuje metodę *comparative risk assessment (CRA)*, która szacuje, jaka część całkowitego obciążenia zdrowotnego (DALY, YLL i YLD) może być przypisana danemu czynnikowi ryzyka w oparciu o trzy kluczowe elementy:

- rozpowszechnienie czynnika ryzyka w populacji (np. odsetek osób palących, spożywających alkohol, z otyłością itp.);
- względne ryzyko (*RR – relative risk*), czyli prawdopodobieństwo wystąpienia określonej choroby lub zgonu u osób narażonych w porównaniu z osobami nienarażonymi;
- scenariusz minimalnego ryzyka (*theoretical minimum risk exposure level – TMREL*), definiujący poziom ekspozycji, przy którym ryzyko zdrowotne jest najniższe;
- na podstawie tych danych obliczany jest *Population Attributable Fraction (PAF)* – odsetek obciążenia chorobami, który można przypisać danemu czynnikowi ryzyka. W praktyce oznacza to, że jeśli określony procent populacji pali tytoń, a ryzyko choroby wieńcowej u palaczy jest kilkukrotnie wyższe niż u niepalących, GBD wylicza, jaki odsetek przypadków tej choroby można przypisać właśnie paleniu. Analiza ta stanowi podstawę do identyfikacji priorytetowych obszarów interwencji zdrowia publicznego oraz planowania skutecznych strategii prewencyjnych, mających na celu ograniczenie negatywnego wpływu modyfikowalnych czynników ryzyka na zdrowie społeczeństwa;
- w badaniu GBD czynniki ryzyka są uporządkowane w rozbudowanej strukturze hierarchicznej, która odzwierciedla złożoność ich wpływu na zdrowie populacji. Główne kategorie obejmują:
 - Czynniki behawioralne tj. np. palenie tytoniu, dieta, aktywność fizyczna,
 - Czynniki metaboliczne tj. np. nadciśnienie tętnicze, hiperglikemia, wysokie BMI,
 - Czynniki środowiskowe i zawodowe jak np. zanieczyszczenie powietrza, ekspozycja na substancje chemiczne.

- Każda z powyższych kategorii dzieli się na bardziej szczegółowe podkategorie tj. na przykład „niewłaściwa dieta” jest rozdzielona na kilkanaście konkretnych komponentów, takich jak niskie spożycie owoców, wysokie spożycie sodu czy niedobór błonnika. Struktura kategoryzacji czynników ryzyka została zaprojektowana tak, aby umożliwić analizę wpływu na utratę zdrowia. Ze względu na współwystępowanie i związki między czynnikami ryzyka, model GBD nie jest addytywny. Oznacza to, że nie można zsumować obciążeń zdrowotnych przypisanych do poszczególnych podkategorii i oczekiwać, że wynik będzie równy lub niższy niż wartość dla kategorii głównej. Na przykład nadwaga może wpływać na rozwój nadciśnienia, które z kolei zwiększa ryzyko chorób serca, zatem jeśli obciążenie przypisane każdemu z tych czynników zostanie zliczone osobno, część efektu zostanie policzona podwójnie.
- Aby uniknąć takich błędów, GBD stosuje zaawansowane metody statystyczne, które uwzględniają interakcje między ryzykami oraz ich wpływ pośredni. **W efekcie, całkowite obciążenie zdrowotne przypisane do wszystkich czynników ryzyka jest skorygowane o nakładanie się efektów i może być niższe niż suma obciążeń przypisanych do poszczególnych podkategorii.** To podejście zapewnia bardziej realistyczny obraz wpływu czynników ryzyka na zdrowie populacji, ale wymaga ostrożności przy interpretacji danych zwłaszcza w analizach porównawczych i planowaniu interwencji zdrowotnych. W październiku 2025 IHME opublikował oszacowania obciążeń zdrowotnych dla roku 2023, które jest o tyle cenne w kwestiach pomiaru oddziaływania czynników ryzyka na sytuację zdrowotną, że pozwala zmierzyć wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie populacji poszczególnych krajów.

W niniejszym opracowaniu przedstawiono częstość występowania wybranych behawioralnych czynników ryzyka w Polsce na podstawie opublikowanego przez NIZP PZH – PIB w bieżącym roku Raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”. W ramach Raportu nie tylko dokonano analizy danych gromadzonych w ramach statystyk publicznych, a dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności, ale i również opublikowano wyniki ankietowego Badania Zdrowia i Czynników Ryzyka przeprowadzonego przez NIZP-PZH PIB w 2025 r. na losowej próbie 3000 osób w wieku 20 lat i starszym.

5.2. Czynniki ryzyka przypisane poszczególnym problemom zdrowotnym, ocena stopnia wpływu na umieralność i utratę zdrowia ludności Polski (GBD)

5.2.1. Obciążenie zdrowotne wynikające z działania głównych grup czynników ryzyka w Polsce na tle Unii Europejskiej (2010–2023)

5.2.1.1. Metodyka

Źródła danych i zakres

Analiza obejmuje trzy główne grupy czynników ryzyka:

- **ryzyka behawioralne** - w tym kategorii wyszczególnione w tej grupie: ryzyka żywieniowe, używanie alkoholu, stosowanie narkotyków, niska aktywność fizyczna,
- **ryzyka metaboliczne** - w tym kategorii wyszczególnione w tej grupie: wysoki wskaźnik BMI, wysokie skurczowe ciśnienie krwi, stężenie glukozy w osoczu na czczo, wysoki poziom cholesterolu, upośledzona czynność nerek,
- **ryzyka środowiskowe i zawodowe** - w tym kategorii wyszczególnione w tej grupie: zanieczyszczenie powietrza, ryzyka zawodowe (występujące w miejscu pracy), nieoptymalna temperatura.

Uwzględniono dwa typy współczynników dla DALY:

1. Standaryzowane względem wieku (*age-standardized - ASR*) – odzwierciedla obciążenie zdrowotne populacji związane z danym czynnikiem ryzyka przy przyjęciu stałej, niezmienniej (standardowej) struktury wieku ludności.
2. Rzeczywiste (*crude rate*) - pokazuje rzeczywiste, przy faktycznej strukturze wieku ludności, obciążenia zdrowotne populacji związane z danym czynnikiem ryzyka, zależne od bezwzględnego, obserwowanego nasilenia występowania czynnika ryzyka.

Przytoczone poniżej dane dotyczą lat od **2010 do 2023**, dla **Polski i UE**, dla populacji ogółem oraz oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

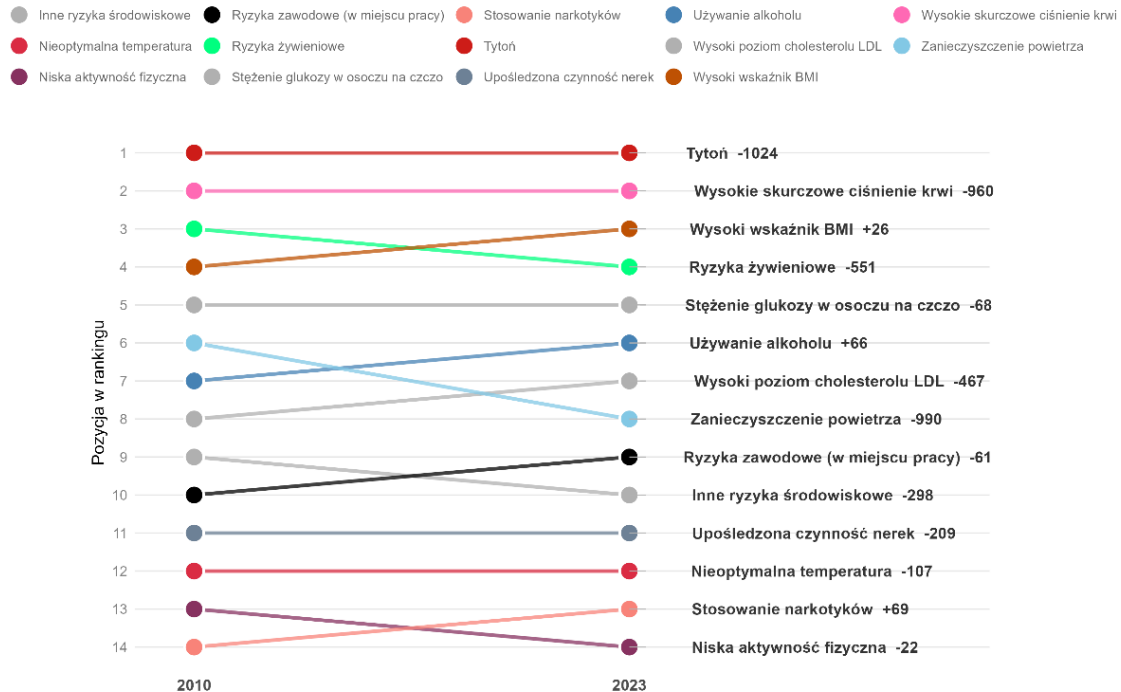
Dynamika zmian jest opisana wskaźnikiem APC (*Annual Percent Change*) dla lat 2010-2023. APC to miara statystyczna określająca średnią roczną zmianę wartości danej zmiennej, w procentach, w określonym przedziale czasu, biorąca pod uwagę zmienność zjawiska we wszystkich latach z danego przedziału. Używana jest często w analizach trendów.

W dalszej części raportu poziom lub wielkość zmiany obciążenia zdrowia wywołanej działaniem danego czynnika ryzyka mierzone współczynnikiem - liczbą DALY na 100000 osób będzie skrótowo opisywana jako DALY (kierunek zmiany +/-)(liczba DALY)/1000000 – np. DALY +551/100000. Określenie „standaryzowane” będzie oznaczało, iż wartość była standaryzowana względem wieku, określenie „rzeczywiste” będzie oznaczało, że wartość DALY została obliczona przy rzeczywistej strukturze wieku ludności.

5.2.1.2. Jakie najważniejsze kategorie czynników obciążały zdrowie mieszkańców Polski i UE w latach 2010-2023?

Ranking czynników ryzyka według wartości wsp. DALY

Polska Porównanie lat 2010 i 2023



Zródło: Global Burden of Disease Study

Ryc. 5.1. Ranking najważniejszych kategorii czynników ryzyka przyczyniających się do utraty zdrowia ludności Polski standaryzowanych w DALY/100000 wraz ze zmianą ich wartości pomiędzy 2010 a 2023 (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

Interpretacja

Utrzymująca się dominacja dwóch typów czynników ryzyka:

- używanie tytoniu oraz wysokie skurczowe ciśnienie tętnicze krwi nadal powodują najwyższe obciążenia zdrowia wyrażone w DALY, mimo wyraźnego spadku wartości współczynników standaryzowanych.

Poprawa w zakresie nasilenia oddziaływania niektórych czynników ryzyka

- używanie tytoniu: największy spadek poziomu standaryzowanego DALY wśród głównych ryzyk (spadek współczynnika o $-1024/100\ 000$),
- ciśnienie tętnicze krwi: wyraźny spadek standaryzowanego DALY o ok. $-960/100\ 000$,
- ryzyka żywieniowe: umiarkowana poprawa standaryzowanego DALY ($-551/100\ 000$),

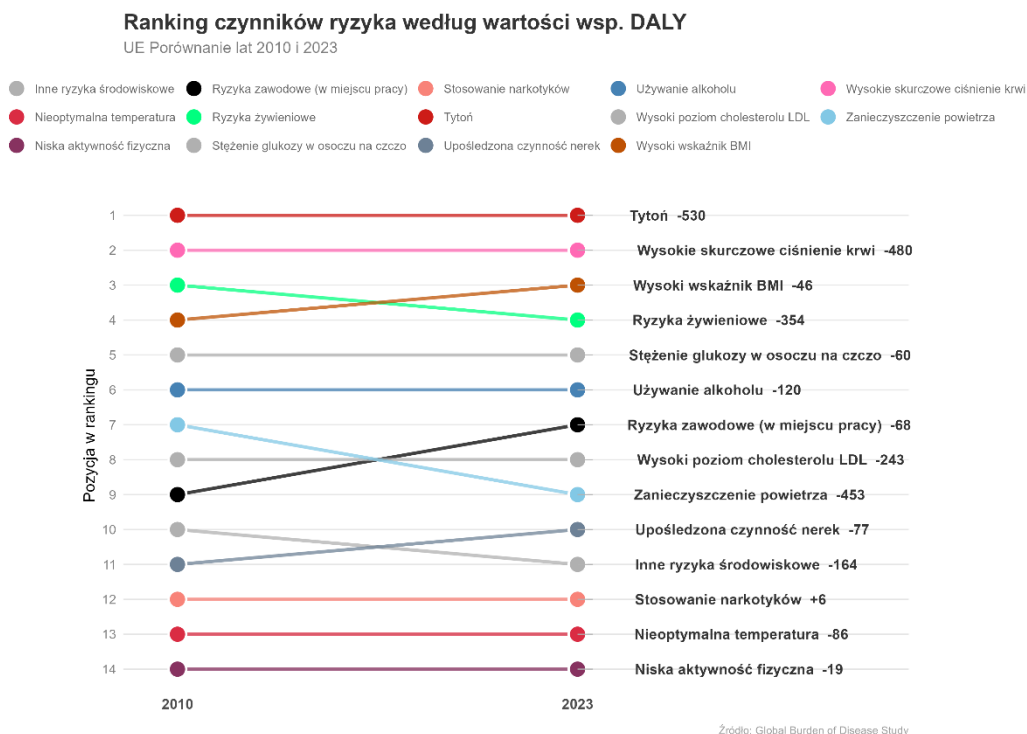
- zanieczyszczenie powietrza - spadek standaryzowanego DALY (o -990/100 000) i przesunięcie w dół rankingu, co zapewne odzwierciedla poprawę jakości powietrza w niektórych regionach kraju od 2010 roku.

Niepokojące zmiany w zakresie nasilenia oddziaływania niektórych ryzyk metabolicznych związanych z żywieniem

- ograniczony spadek standaryzowanego DALY z powodu zaburzeń glikemii (spadek zaledwie o -68/100 000),
- wzrost negatywnego wpływu nadwagi i otyłości i ich awans na 3 miejsce w rankingu czynników przyczyniających się do utraty zdrowia ludności.

Wzrost utraty zdrowia z powodu niektórych ryzyk behawioralnych związanych ze zdrowiem psychicznym

- awans negatywnego wpływu spożycia alkoholu na 6 miejsce wśród czynników przyczyniających się do utraty zdrowia przez ludność Polski i równocześnie wzrost DALY o +66/100 000,
- stosowanie narkotyków: wzrost DALY o +69/100 000), wskazujący na rosnące znaczenie problemu uzależnień od substancji psychostymulujących.



Ryc. 5.2. Ranking najważniejszych kategorii czynników ryzyka przyczyniających się do utraty zdrowia ludności Unii Europejskiej wg standaryzowanych DALY/100000 wraz ze zmianą ich wartości pomiędzy 2010 a 2023 (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

Interpretacja

- Obserwuje się poprawę średniej standaryzowanego współczynnika DALY w krajach UE we wszystkich kategoriach ryzyk z wyłączeniem niewielkiego wzrostu w przypadku stosowania narkotyków.
- Problem nadwagi, otyłości oraz nieprawidłowej glikemii wyraźnie się zaznacza w Polsce i w UE z tym, że w Polsce ta tendencja wydaje się być silniejsza.
- W Polsce obserwowany jest na tle UE niepokojący wzrost oddziaływania ryzyk behawioralnych związanych z substancjami psychostymulującymi np. alkoholu i narkotyków.

5.2.1.3. Współczynniki DALY standaryzowane wg głównych grup czynników ryzyka

Tabela 5.1. Standaryzowany DALY/100 000 wg głównych grup czynników ryzyka – obie grupy płci
(źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE %
UE	Ryzyka behawioralne	6012,8	5512,1	5211,6	5165,9	5081,6	5126,9	5054,2	-1,3	
UE	Ryzyka metaboliczne	4181,4	3839,1	3638,3	3635,4	3597,4	3619,1	3578,7	-1,1	
UE	Ryzyka środowiskowe/ zawodowe	2247,4	1971,2	1719,6	1692,4	1678,9	1685,0	1581,7	-2,6	
Polska	Ryzyka behawioralne	8181,2	7440,0	7219,5	7199,1	6976,5	6991,6	6729,9	-1,3	33,2%
Polska	Ryzyka metaboliczne	6004,5	5319,5	5164,0	5189	5022,6	5070,5	4929,4	-1,3	37,7%
Polska	Ryzyka środowiskowe/ zawodowe	3480,5	2966,7	2596,4	2548,8	2448	2462,3	2284,1	-3,0	44,4%

Interpretacja

- Po uwzględnieniu różnic w strukturze demograficznej obciążenia zdrowotne w Polsce pozostają wyższe niż w UE we wszystkich głównych grupach ryzyk.
- Największe dysproporcje poziomu utraty zdrowia występują w ryzykach środowiskowych i zawodowych, a także w ryzykach, przy nieco mniejszej, ale nadal wyraźnie niekorzystnej różnicy w ryzykach metabolicznych i behawioralnych.

- W obu regionach obserwuje się powolny spadek standaryzowanych DALY zaś dynamika redukcji jest dość podobna, z wyjątkiem ryzyk środowiskowych i zawodowych, gdzie w Polsce stopień poprawy jest nieco wyższy.
- Różnice względem UE utrzymują się w czasie, co wskazuje na trwały charakter nierówności w obciążeniach zdrowotnych.

5.2.1.4 Współczynniki rzeczywiste wg głównych grup czynników ryzyka

Tabela 5.2. Rzeczywisty DALY/100 000 wg głównych grup czynników ryzyka – obie grupy płci (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/ UE
UE	Ryzyka behawioralne	8801,7	8445,7	8177,1	8144,9	8027,6	8144,8	8039,5	-0,6	
UE	Ryzyka metaboliczne	7605,2	7612,4	7571,2	7638,5	7595,3	7770,2	7703,6	0,2	
UE	Ryzyka środowiskowe/ zawodowe	3804,6	3564,9	3215,5	3175,6	3170,4	3243,1	3029,8	-1,6	
Polska	Ryzyka behawioralne	11073,3	10807,4	10969	11037,9	10661,8	10822,7	10439,9	-0,2	29,9%
Polska	Ryzyka metaboliczne	8970,6	8798,2	9193,2	9389,8	9090,2	9406	9176,7	0,5	19,1%
Polska	Ryzyka środowiskowe/ zawodowe	5019,1	4687,5	4374,4	4357,9	4169	4288,6	3977,6	-1,5	31,3%

Interpretacja

- Współczynniki rzeczywiste odzwierciedlają faktyczne obciążenia zdrowotne w populacji, odzwierciedlając wpływ różnic struktury demograficznej pomiędzy krajami. W całym analizowanym okresie wartości dla Polski są wyraźnie wyższe niż dla UE, co oznacza znacząco większe obciążenie w populacji Polski.
- Największe różnice występują w ryzykach środowiskowych i zawodowych oraz behawioralnych, przy mniejszej, ale nadal silnie niekorzystnej dla Polski różnicy w ryzykach metabolicznych.
- Tempo zmian zarówno w UE, jak i w Polsce jest niewielkie – obserwuje się stabilizację lub bardzo wolne spadki, a w przypadku ryzyk metabolicznych brak poprawy, co wynika, poza innymi czynnikami, ze starzeniem się populacji.

- Różnice Polska względem UE utrzymują się w czasie, co wskazuje na trwały charakter dysproporcji między regionami.

5.2.1.5. Współczynniki standaryzowane wg głównych grup czynników ryzyka - kobiety

Tabela 5.3. Standaryzowany DALY/100 000 wg głównych grup czynników ryzyka – kobiety (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010 - 2023) %	Nadwyżka Polska/U E
UE	Ryzyka behawioralne	4144	3899, 5	3732, 4	3720, 1	3672, 3	3691, 2	3657	-0,9	
UE	Ryzyka metaboliczne	3347, 3	3093, 4	2926, 8	2922, 4	2901, 1	2913, 5	2887	-1,1	
UE	Ryzyka środowiskowe / zawodowe	1535, 1	1359, 8	1190, 4	1169, 9	1168, 6	1175, 4	1098, 8	-2,4	
Polska	Ryzyka behawioralne	5096, 1	4674, 4	4527, 6	4503, 7	4382, 8	4384, 8	4278, 7	-1,2	17,0%
Polska	Ryzyka metaboliczne	4604, 4	4096, 9	3975, 8	3987, 3	3869, 4	3902, 2	3843, 1	-1,2	33,1%
Polska	Ryzyka środowiskowe / zawodowe	2416, 8	2065, 3	1835, 3	1804, 6	1744, 1	1758, 4	1652, 6	-2,8	50,4%

Interpretacja

- Po uwzględnieniu struktury wieku obciążenia zdrowotne w Polsce pozostają wyraźnie wyższe niż w UE we wszystkich głównych grupach ryzyka.
- Największe różnice dotyczą ryzyk środowiskowych i zawodowych, a także metabolicznych; różnica w ryzykach behawioralnych jest mniejsza, ale nadal wyraźna.
- W obu regionach obserwuje się spadek standaryzowanych współczynników, przy czym tempo redukcji w Polsce jest zbliżone do UE.
- Dysproporcje względem UE utrzymują się w czasie, co wskazuje na trwały charakter nierówności w obciążeniach zdrowotnych kobiet.

5.2.1.6 Współczynniki standaryzowane wg głównych grup czynników ryzyka – mężczyźni

Tabela 5.4. Standaryzowany DALY/100 000 wg głównych grup czynników ryzyka – mężczyźni (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Ryzyka behawioralne	8170,4	7355,3	6884,2	6798,7	6669,1	6739,5	6623,5	-1,6	
UE	Ryzyka metaboliczne	5147	4690,5	4442,4	4439,8	4380,6	4411,8	4355,9	-1,2	
UE	Ryzyka środowiskowe/ zawodowe	3090,3	2683,4	2327,6	2290,2	2261,5	2266,4	2132,8	-2,8	
Polska	Ryzyka behawioralne	11957,9	10768,2	10395,3	10369,6	10009,4	10034,3	9596,8	-1,4	44,9%
Polska	Ryzyka metaboliczne	7714,3	6794,9	6576,1	6616,1	6387,7	6449,3	6215,2	-1,4	42,7%
Polska	Ryzyka środowiskowe/ zawodowe	4840,2	4101,6	3538,8	3468,5	3314	3325,3	3060,7	-3,3	43,5%

Interpretacja

- W całym analizowanym okresie obciążenia zdrowotne w Polsce pozostają aż o blisko 50% wyższe niż w UE, mimo uwzględnienia różnic w strukturze wieku.
- Nadwyżka DALY/100000 w Polsce jest większa u mężczyzn niż u kobiet w ryzykach behawioralnych i metabolicznych.
- W obu regionach obserwuje się powolny spadek standaryzowanych współczynników, jednak tempo redukcji w Polsce jest zbliżone do UE i nie prowadzi do ograniczenia różnic.
- Różnice względem UE utrzymują się w czasie, co wskazuje na trwały charakter nierówności w obciążeniach zdrowotnych.

5.2.1.7 Podsumowanie przekrojowe

Analiza DALY (standaryzowanych i rzeczywistych) wskazuje, że obciążenia zdrowotne wynikające z ryzyk behawioralnych, metabolicznych oraz środowiskowych i zawodowych są w

Polsce trwale i znacząco wyższe niż w Unii Europejskiej. Różnice te utrzymują się przez cały okres 2010–2023 i dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Największe dysproporcje w 2023 r. odnotowano w przypadku ryzyk środowiskowych i zawodowych. Obciążenia były w Polsce wyższe o:

- 44% w populacji ogółem (standaryzowane),
- ponad 50% wśród kobiet (standaryzowane),
- ok. 43% wśród mężczyzn (standaryzowane).

Wyraźne nadwyżki dotyczą również ryzyk metabolicznych:

- +37,7% ogółem (standaryzowane),
- +33,1% wśród kobiet (standaryzowane),
- +42,7% wśród mężczyzn (standaryzowane).

Wciąż znaczące różnice obserwuje się w ryzykach behawioralnych:

- +33,2% ogółem (standaryzowane),
- +17,0% wśród kobiet (standaryzowane),
- +44,9% wśród mężczyzn (standaryzowane).

Wyniki te wskazują, że Polska zmagą się z większą ekspozycją na główne kategorie czynników ryzyka oraz bardziej nasilonymi konsekwencjami zdrowotnymi niż średnio kraje UE.

Dynamika zmian obciążeń zdrowotnych (APC 2010–2023)

Ryzyka behawioralne

Standaryzowane DALY w Polsce spadały średnio o 1,3% rocznie, co w przybliżeniu odpowiada tempu obserwowanemu w UE.

- Kobiety: spadek o 1,2% (UE: –0,9%)
- Mężczyźni: spadek o 1,4% (UE: –1,6%)

Postęp jest umiarkowany i nie wpływa na zmniejszenie dystansu względem UE.

Ryzyka metaboliczne

Standaryzowane DALY wskazują na spadek obciążeń:

- Polska: –1,3% rocznie
- UE: –1,1% rocznie

W ujęciu rzeczywistych DALY jednak obciążenia rosną:

- Polska: +0,5%
- UE: +0,2%

Ryzyka środowiskowe i zawodowe

Jest to kategoria o względnie najszybszym tempie spadku:

- Polska: –3,0% rocznie (standaryzowane)
- UE: –2,6% rocznie (standaryzowane)

Kluczowe wnioski:

1. Obciążenia zdrowotne wynikające z najważniejszych grup ryzyka są w Polsce wyraźnie wyższe niż w UE i utrzymują się na tym poziomie w całym analizowanym okresie.
2. Największe różnice dotyczą ryzyk środowiskowych i zawodowych, szczególnie wśród kobiet, ale we wszystkich kategoriach różnice są niekorzystne dla Polski.
3. Ryzyka metaboliczne wykazują tendencję spadkową DALY po standaryzacji, jednak w ujęciu rzeczywistym rosną, na co wpływ (poza innymi czynnikami) może mieć starzenie się ludności Polski.
4. Ryzyka behawioralne są szczególnie obciążające dla mężczyzn, gdzie nadwyżka względem UE wynosi ok. 45%.
5. Tempo poprawy w Polsce nie różni się na tyle znacząco od tempa zmian średniej UE, aby zmniejszać różnice względem UE – dystans pozostaje stabilny.

5.2.2. Obciążenie zdrowotne wynikające z najważniejszych kategorii behawioralnych czynników ryzyka w Polsce na tle Unii Europejskiej (2010–2023)

5.2.2.1 Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii behawioralnych czynników ryzyka

Tabela 5.5 Standaryzowany DALY/100 000 wg najważniejszych kategorii czynników ryzyka behawioralnych – obie grupy płci (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Niska aktywność fizyczna	133,9	122,7	117,2	116,8	114,9	116,1	115	-1,1	
UE	Ryzyka żywieniowe	1578,8	1404,4	1299,8	1293,8	1272,1	1250,7	1224,4	-1,8	
UE	Stosowanie narkotyków	297,5	282,4	289	293,1	295,7	304,9	303,7	0,3	
UE	Tytoń	2303,7	2061,1	1894	1848,1	1797,6	1809,5	1773,5	-2,0	
UE	Używanie alkoholu	1013	926,6	890,7	886,3	875,7	906,3	892,8	-0,9	
Polska	Niska aktywność fizyczna	216,2	201,5	201,1	202,6	195,1	198	194,4	-0,6	69,0%
Polska	Ryzyka żywieniowe	2421,5	2144,5	2047,7	2045,3	1958,9	1947,7	1870,3	-1,7	52,8%
Polska	Stosowanie narkotyków	206,1	211,1	254,8	270,8	280,1	287,5	275,1	3,1	-9,4%
Polska	Tytoń	3517,1	3063,8	2805,3	2743,4	2605,6	2601,8	2493	-2,5	40,6%
Polska	Używanie alkoholu	1362,3	1364,5	1464,5	1494,1	1471,9	1484,3	1428,7	0,8	60,0%

Interpretacja

- Największe nadwyżki DALY/100000 względem UE dotyczą niskiej aktywności fizycznej, używania alkoholu oraz ryzyk żywieniowych, natomiast w przypadku palenia tytoniu różnica stopniowo maleje, choć nadal pozostaje wyraźna.

- Zarówno w Polsce, jak i przeciętnie w UE, obserwuje się stosunkowo powolny spadek obciążeń dla większości ryzyk (z wyjątkiem używania narkotyków), poprawę widać w przypadku Polski w obszarze palenia tytoniu - wyraźnie szybszą niż przeciętnie w UE. Niepokoi zaś wzrost obciążeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w Polsce (szybki w przypadku narkotyków) i wolniejszy (alkohol) i co koresponduje ze stopniowym pogarszaniem się sytuacji w zakresie narkotyków w także w UE, ale wskazuje na bardzo negatywny trend w przypadku alkoholu.
- Bardzo znaczące dysproporcje względem UE utrzymują się w czasie, co wskazuje na trwałe charakter różnic w strukturze ryzyk behawioralnych.

5.2.2.2. Współczynniki rzeczywiste wg najważniejszych kategorii behawioralnych czynników ryzyka

Tabela 5.6. Rzeczywisty DALY/100 000 wg najważniejszych kategorii czynników ryzyka behawioralnych – obie grupy płci (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Niska aktywność fizyczna	260,5	261,8	262,5	264,1	261,3	268,9	266,9	0,3	
UE	Ryzyka żywieniowe	2801,7	2702,2	2613,7	2625,6	2593,3	2586,3	2540,5	-0,6	
UE	Stosowanie narkotyków	339,4	324,9	330,8	335,2	337,3	348	346,1	0,3	
UE	Tytoń	3722,7	3521,2	3355,7	3299,9	3228,3	3280,4	3231,8	-1,1	
UE	Używanie alkoholu	1396,2	1321,4	1295,4	1294,5	1280,1	1325,6	1304,7	-0,4	
Polska	Niska aktywność fizyczna	330,5	347,1	378,3	388,6	375,1	391,4	386,1	1,5	44,7%
Polska	Ryzyka żywieniowe	3620	3547,5	3644,2	3696,5	3538,9	3612,9	3482,6	0,0	37,1%
Polska	Stosowanie narkotyków	250,8	254,8	302,4	320	329,5	337	320,1	2,7	-7,5%
Polska	Tytoń	5145,3	4870	4702,8	4649,7	4437,3	4486,7	4310,4	-1,2	33,4%
Polska	Używanie alkoholu	1772,3	1849,6	2034,7	2091,7	2064,2	2087,7	2009,7	1,4	54,0%

Interpretacja

- Największe nadwyżki DALY/100000 względem UE dotyczą używania alkoholu i niskiej aktywności fizycznej, a także ryzyk żywieniowych; w przypadku palenia tytoniu przewaga Polski jest nadal wyraźna, ale stopniowo maleje, natomiast dla stosowania narkotyków Polska ma nadal niższe wartości niż przeciętne UE.
- Trendy są niekorzystne – w Polsce rzeczywiste obciążenia rosną dla alkoholu, niskiej aktywności fizycznej i narkotyków, podczas gdy w UE te ryzyka są stabilne lub maleją; jedynie negatywne skutki używania tytoniu w Polsce obniżają się, choć nadal są znacząco wyższe od średniej UE.
- Brak poprawy w ryzykach żywieniowych oraz pogorszenie się oddziaływania w przypadku alkoholu mogą wskazywać na utrwalanie się niekorzystnych wzorców zachowań w populacji.
- Duży niepokój powinien budzić szybki wzrost utraty zdrowia w Polsce na skutek używania narkotyków.
- Rzeczywiste nasilenie negatywnego wpływu omawianych czynników ryzyka w Polsce względem UE nie zmniejsza się lub rośnie, z wyjątkiem używania tytoniu.

5.2.2.3. Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii behawioralnych czynników ryzyka - kobiety

Tabela 5.7 Standaryzowany DALY/100 000 wg najważniejszych kategorii czynników ryzyka behawioralnych – kobiety (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska /UE
UE	Niska aktywność fizyczna	147,5	133,8	126,5	125,9	123,8	124,7	123,4	-1,3	
UE	Ryzyka żywieniowe	1050,2	932,1	857,2	852,1	837,7	824,6	807,3	-1,9	
UE	Stosowanie narkotyków	154,4	152,8	158,8	160,5	162,6	168,2	167,6	0,7	
UE	Tytoń	1252,8	1176,9	1108,4	1082,8	1059,7	1064,3	1044,9	-1,4	
UE	Używanie alkoholu	428,9	395,5	377,7	375	370,3	377,9	372	-1,1	
Polska	Niska aktywność fizyczna	233,6	215,8	212,4	212,9	205	207,3	204,5	-0,9	65,7%
Polska	Ryzyka żywieniowe	1539,3	1364,6	1306,5	1301,9	1244,4	1246,1	1215,8	-1,6	50,6%
Polska	Stosowanie narkotyków	106,8	112,1	135,6	142,9	150,3	154,9	149,7	3,3	-10,7%
Polska	Tytoń	1863,7	1680,2	1552,1	1511,7	1448,8	1436,2	1396,3	-2,2	33,6%
Polska	Używanie alkoholu	422,4	443,4	486,9	498,8	495,8	493,9	482,7	1,4	29,8%

Interpretacja

- Największe nadwyżki DALY/100000 w Polsce względem UE dotyczą niskiej aktywności fizycznej oraz ryzyk żywieniowych, a także palenia tytoniu; różnica w używaniu alkoholu jest nieco mniejsza, ale nadal wyraźna, natomiast w przypadku stosowania narkotyków Polska utrzymuje niższe wartości niż UE.
- Trendy są zróżnicowane – w obu regionach obserwuje się spadek obciążeń dla palenia tytoniu i ryzyk żywieniowych, natomiast w Polsce rosną wartości dla alkoholu i narkotyków, co pogłębia różnice w tych obszarach.

- Tempo poprawy w Polsce jest wyraźnie wolniejsze niż w UE, z wyjątkiem używania tytoniu, gdzie spadek jest większy. W przypadku używania alkoholu i stosowania narkotyków (tu obserwujemy wyraźną, negatywną dynamikę) obserwuje się wzrost obciążeń, co dodatkowo pogłębia różnice względem UE.

5.2.2.4. Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii behawioralnych czynników ryzyka - mężczyźni

Tabela 5.8 Standaryzowany DALY/100 000 wg najważniejszych kategorii czynników ryzyka behawioralnych – mężczyźni (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Niska aktywność fizyczna	113,2	106,4	103,9	103,8	102,4	103,9	103,1	-0,6	
UE	Ryzyka żywieniowe	2195,6	1948,4	1803,5	1795,8	1764,2	1732,6	1695,8	-1,8	
UE	Stosowanie narkotyków	442,7	414	420,5	426,9	429,9	442,6	440,6	0,1	
UE	Tytoń	3552	3097,5	2803,8	2731,9	2648,1	2667,2	2611,3	-2,4	
UE	Używanie alkoholu	1646,7	1499,9	1440,7	1433,6	1415,4	1469,2	1446,6	-0,9	
Polska	Niska aktywność fizyczna	183,8	175,6	180,3	183,2	176,4	179,8	175,6	-0,1	70,3%
Polska	Ryzyka żywieniowe	3541,2	3122,2	2961,3	2959,6	2832,7	2804,9	2672,2	-1,8	57,6%
Polska	Stosowanie narkotyków	309	312,6	375,8	400,3	411,1	421,5	401,6	2,9	-8,9%
Polska	Tytoń	5649,5	4819,9	4368	4274,3	4036,5	4042,4	3851,3	-2,8	47,5%
Polska	Używanie alkoholu	2405,8	2379,8	2532,1	2580,7	2534,5	2559,7	2457,2	0,6	69,9%

Interpretacja

- Największe nadwyżki DALY/100000 w Polsce względem UE dotyczą używania alkoholu i niskiej aktywności fizycznej, a także palenia tytoniu; niekorzystna różnica w ryzykach żywieniowych jest również bardzo wysoka, natomiast w przypadku stosowania narkotyków w Polsce utrzymują się niższe wartości niż UE.

- Trendy pokazują wyraźne różnice względem kobiet – u mężczyzn spadek szkód zdrowotnych wywołanych używaniem tytoniu jest większy niż u kobiet, co jest pozytywnym zjawiskiem.
- Tempo poprawy w Polsce (tam, gdzie ona występuje) jest niewystarczające, aby zmniejszyć dystans względem UE; w większości kategorii różnice pozostają wysokie
- W przypadku alkoholu i narkotyków obciążenia zdrowia w Polsce rosną mimo spadków w UE, co oznacza, że ich niekorzystny wpływ na zdrowie w naszym kraju będzie się zwiększał w porównaniu do UE.

5.2.2.5 Podsumowanie przekrojowe

Powyższe wyniki te wskazują, że od lat Polska zmagą się z większą ekspozycją na główne kategorie ryzyka behawioralnego niż średnio kraje UE co wywiera bardzo negatywny wpływ na zdrowie ludności naszego kraju.

Behawioralne czynniki ryzyka - dynamika zmian obciążeń zdrowotnych (APC 2010–2023)

Współczynniki rzeczywiste DALY/100000:

- Ogółem obie płci: w Polsce większość kategorii wykazuje niekorzystne trendy:
- Alkohol: +1,4% rocznie (UE: -0,4%),
- Niska aktywność fizyczna: +1,5% rocznie (UE: +0,3%),
- Narkotyki: +2,7% rocznie (UE: +0,3%),
- Tytoń: -1,2% rocznie (UE: -1,1%) – jedyna kategoria z poprawą podobną jak w UE.

Tytoń:

- jedyny obszar, w którym notuje się znaczącą poprawę – spadek standaryzowanych DALY/100000 o -2,5% rocznie (UE: -2,0%),
- Mimo poprawy, nadwyżka DALY/100000 względem UE wynosi nadal 40,6% (standaryzowane) i 33,4% (rzeczywiste),
- U mężczyzn spadek nieco bardziej dynamiczny (-2,8%) niż u kobiet (-2,2%).

Ryzyka żywieniowe:

- Standaryzowane DALY/100000: spadek o -1,7% rocznie (UE: -1,8%),
- Rzeczywiste DALY/100000: stagnacja (0,0% w Polsce vs -0,6% w UE),
- Nadwyżka względem UE: 52,8% (standaryzowane) i 37,1% (rzeczywiste).

Tempo spadku jest zbyt wolne by uzyskać w Polsce poprawę w porównaniu do UE.

Niska aktywność fizyczna:

- Standaryzowane DALY/100000: słaby spadek $-0,6\%$ rocznie (UE: $-1,1\%$),
- Rzeczywiste DALY/100000: wzrost $+1,5\%$ rocznie (UE: $+0,3\%$),
- Najwyższa nadwyżka DALY/100000 względem UE: $69,0\%$ (standaryzowane) i $44,7\%$ (rzeczywiste),
- Problem nieco bardziej dotyczy mężczyzn ($70,3\%$ nadwyżki współczynnika standaryzowanego) niż kobiet ($65,7\%$), choć różnica jest niewielka.

Najwyższy względny dystans wobec UE z analizowanych czynników behawioralnych.

Używanie alkoholu:

- Niepokojący wzrost zarówno standaryzowanych ($+0,8\%$) jak i rzeczywistych ($+1,4\%$) DALY/100000 w Polsce,
- Wartość przeciętna APC dla UE wykazuje spadek DALY/100000 standaryzowanych i rzeczywistych ($-0,9\%$ i $-0,4\%$),
- Nadwyżka względem UE: $54,0\%$ (standaryzowane) i $29,8\%$ (rzeczywiste),
- Problem szczególnie dotyczy mężczyzn ($69,9\%$ nadwyżki) niż kobiet, choć jest obecny w przypadku obu płci.

Stosowanie narkotyków:

- Dynamiczny wzrost DALY/100000 w Polsce: $+3,1\%$ rocznie (standaryzowane) i $+2,7\%$ (rzeczywiste),
- W UE nieznaczny trend wzrostowy - $+0,3\%$, (standaryzowane, ogółem),
- Jedyna kategoria, gdzie Polska nie ma nadwyżki wobec UE - $-9,4\%$ (standaryzowane, ogółem),
- Wzrost standaryzowanych DALY/100000 bardziej wyraźny u kobiet ($+3,3\%$) niż u mężczyzn ($+2,9\%$).

Kluczowe wnioski:

1. Obserwowana rozbieżność między trendami DALY/100000 standaryzowanych a rzeczywistych (standaryzowane wskaźniki sugerują poprawę, ale rzeczywiste obciążenia rosły w takich kategoriach jak spożycie alkoholu, niska aktywność fizyczna, narkotyki), może odzwierciedlać starzenie się społeczeństwa, ale także świadczy o utrwalaniu się niekorzystnych wzorców zachowań.

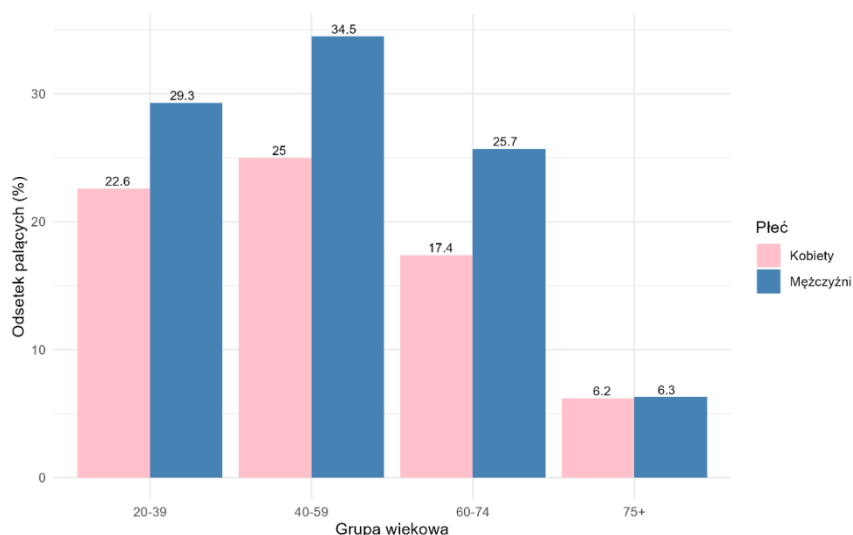
2. Nasilenie analizowanych kategorii ryzyk behawioralnych w porównaniu do UE jest szczególnie wyższe w przypadku mężczyzn.
3. Tempo poprawy w Polsce nie jest na tyle szybkie, aby zmniejszać różnice względem UE w przypadku ryzyk żywieniowych, a w pozostałych obszarach (alkohol, narkotyki, niska aktywność fizyczna) nawet się pogłębia.
4. Jedyny obszar wyraźnej poprawy to używanie tytoniu, gdzie Polska osiąga wyższe tempo spadku negatywnego wpływu tego czynnika ryzyka na zdrowie niż średnia UE, szczególnie wśród mężczyzn.
5. Niepokojące trendy dotyczą używania substancji psychoaktywnych – dane dotyczące wpływu na zdrowie alkoholu i narkotyków wskazują wzrost obciążeń w Polsce, podczas gdy w UE są stabilne lub maleją, co pogłębia dysproporcje.

5.2.2.6 Behawioralne czynniki ryzyka – najważniejsze wnioski i obserwacje z Raportu “Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”

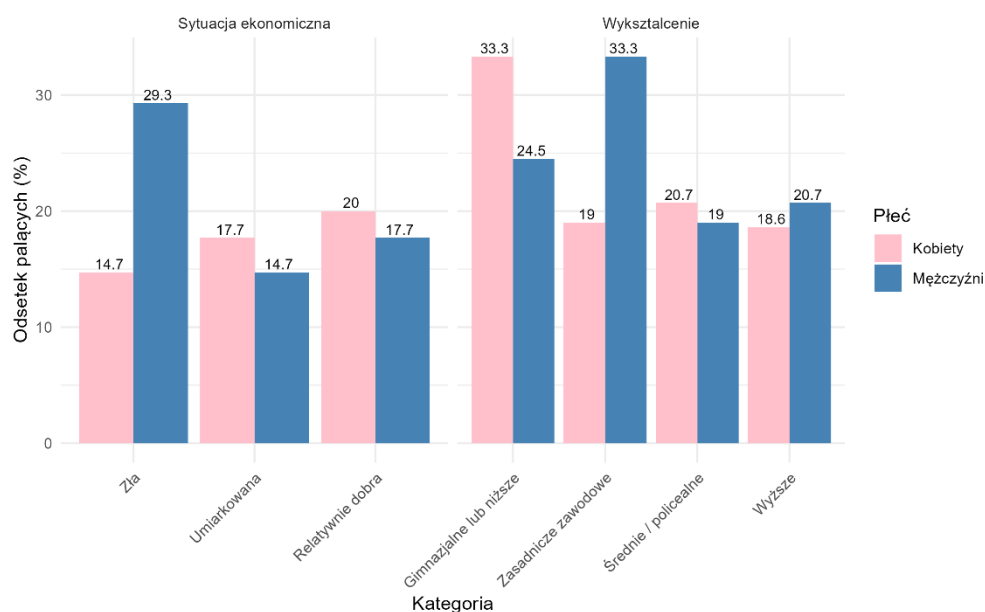
Dane przytoczone poniżej wskazują obciążenie populacji mieszkańców Polski wybranymi czynnikami ryzyka. Pośrednio, wskazują one na grupy o większych odsetkach osób prowadzących styl życia niekorzystny dla ich zdrowia, wyznaczając więc główne kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego.

Używanie tytoniu

- Odsetek palących w populacji powyżej 20 lat:
 - Mężczyźni: 28,8% (nieco powyżej średniej UE),
 - Kobiety: 20,3% (średnia UE).
- Trend:
 - Od 2014 r. zahamowanie spadku odsetka palących codziennie w Polsce.
- Różnice wg wieku:
 - Najwyższe wskaźniki: 40–59 lat (mężczyźni 34,5%, kobiety 25,0%).



Ryc. 5.3. Odsetki palących codziennie tytoń wg grup wiekowych (źródło: badania czynników ryzyka przeprowadzone w ramach Raportu “Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”)



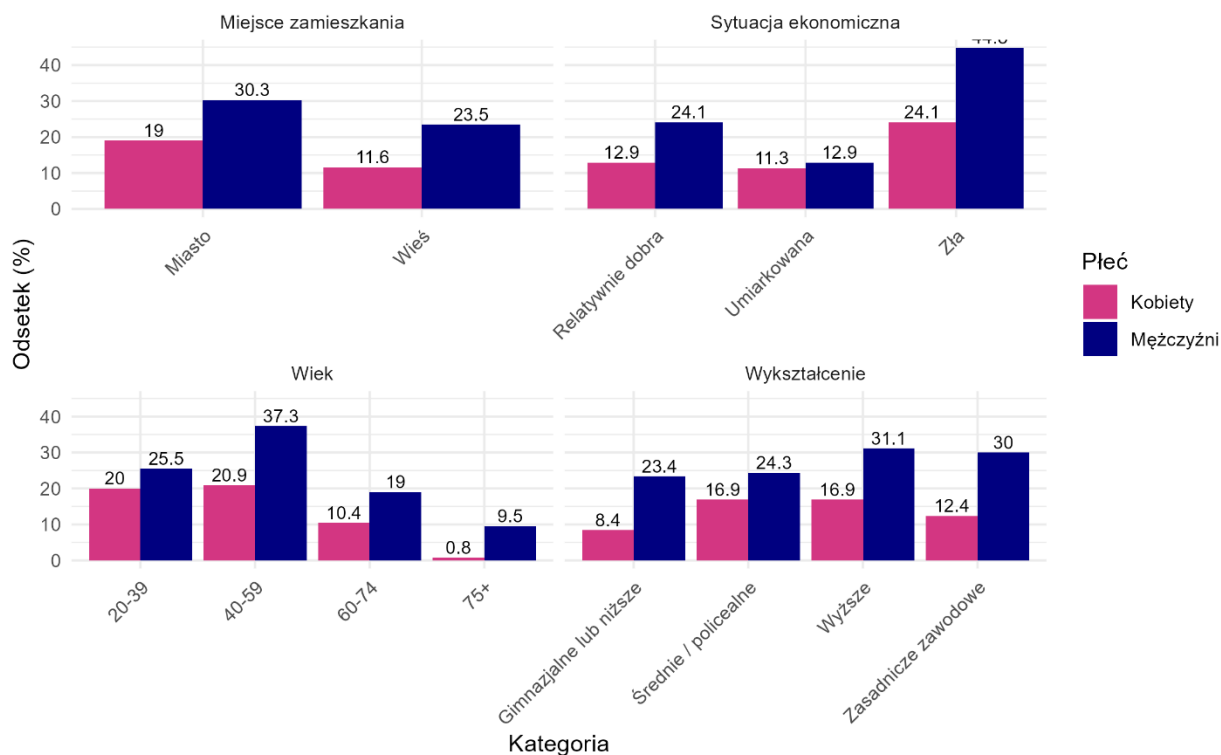
Ryc. 5.4. Odsetki palących codziennie tytoń wg grup społecznych (źródło: badania czynników ryzyka przeprowadzone w ramach Raportu “Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”)

- Różnice wg wykształcenia:
 - Mężczyźni: najwyższy odsetek wśród osób o wykształceniu zasadniczym zawodowym.
 - Kobiety: najwyższy odsetek wśród osób o wykształceniu gimnazjalnym lub niższym.

- Sytuacja ekonomiczna:
 - odsetek palących wśród osób znajdujących się w złej sytuacji ekonomicznej jest o 50% wyższy niż w innych grupach.
- E-papierosy:
 - Najwyższe odsetki wśród młodych dorosłych: wiek 20–39 lat: mężczyźni 19,8%, kobiety 12,0%.
 - Wiek 40–59 lat: mężczyźni 7,9%, kobiety 6,8%.

Używanie alkoholu

- Odsetek osób ryzykownie pijących:
 - Mężczyźni: 27,2%,
 - Kobiety: 15,7%.
- Zależność od wieku:
 - Spadek ryzykownego picia wraz z wiekiem.
- Zależność od wykształcenia:
 - Mężczyźni: najwyższy odsetek wśród osób o wykształceniu wyższym i zasadniczym zawodowym.
 - Kobiety: najwyższy odsetek wśród osób o wykształceniu wyższym i średnim/policealnym.
- Sytuacja ekonomiczna:
 - Najwyższy odsetek wśród osób o w grupie oceniającej swoją sytuację ekonomiczną jako złą.
- Miejsce zamieszkania:
 - Mieszkańcy miast (mężczyźni) o około 1/3 częściej deklarują ryzykowne picie alkoholu niż mieszkańcy wsi,
 - Mieszkanki miast (kobiety) o blisko 2/3 częściej deklarują ryzykowne picie alkoholu niż mieszkanki wsi.



Ryc. 5.5. Odsetek osób ryzykownie pijących alkohol, w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz sytuacji ekonomicznej, w podziale na płeć (źródło: badania czynników ryzyka przeprowadzone w ramach Raportu "Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025")

Stosowanie narkotyków według deklaracji

Marihuana

- Mężczyźni częściej niż kobiety:
 - Ogółem: 16,3% vs 11,5%,
 - W ostatnich 12 miesiącach: 6,1% vs 3,7%.
- Najczęściej osoby <60 r.ż.:
 - 20–39 lat: 18,8% (kiedykolwiek w życiu), 8,9% (ostatnie 12 miesięcy),
 - 40–59 lat: 21,1% (kiedykolwiek w życiu), 6,0% (ostatnie 12 miesięcy).
- Najwyższe wskaźniki:
 - Wykształcenie gimnazjalne lub niższe: 23,7% (kiedykolwiek w życiu), 11,9% (ostatnie 12 miesięcy),
 - Zła sytuacja ekonomiczna: 25,6% (kiedykolwiek w życiu), 11,8% (ostatnie 12 miesięcy).

Substancje psychostymulujące

- Mężczyźni częściej niż kobiety:
 - Ogółem: 7,3% vs 3,9%,
 - W ostatnich 12 miesiącach: 3,9% vs 1,1%.
- Problem głównie u osób <60 r.ż.:
 - 20–39 lat: 10,4% (kiedykolwiek w życiu), 6,3% (ostatnie 12 miesięcy),
 - 40–59 lat: 6,4% (kiedykolwiek w życiu), 1,3% (ostatnie 12 miesięcy).
- Najwyższe wskaźniki:
 - Wykształcenie gimnazjalne lub niższe: 16,1% (kiedykolwiek w życiu), 4,5% (ostatnie 12 miesięcy),
 - Zła sytuacja ekonomiczna: 14,5% (kiedykolwiek w życiu), 7,9% (ostatnie 12 miesięcy).
- Zwraca uwagę częste stosowanie substancji psychostymulujących wśród osób w złej sytuacji ekonomicznej.

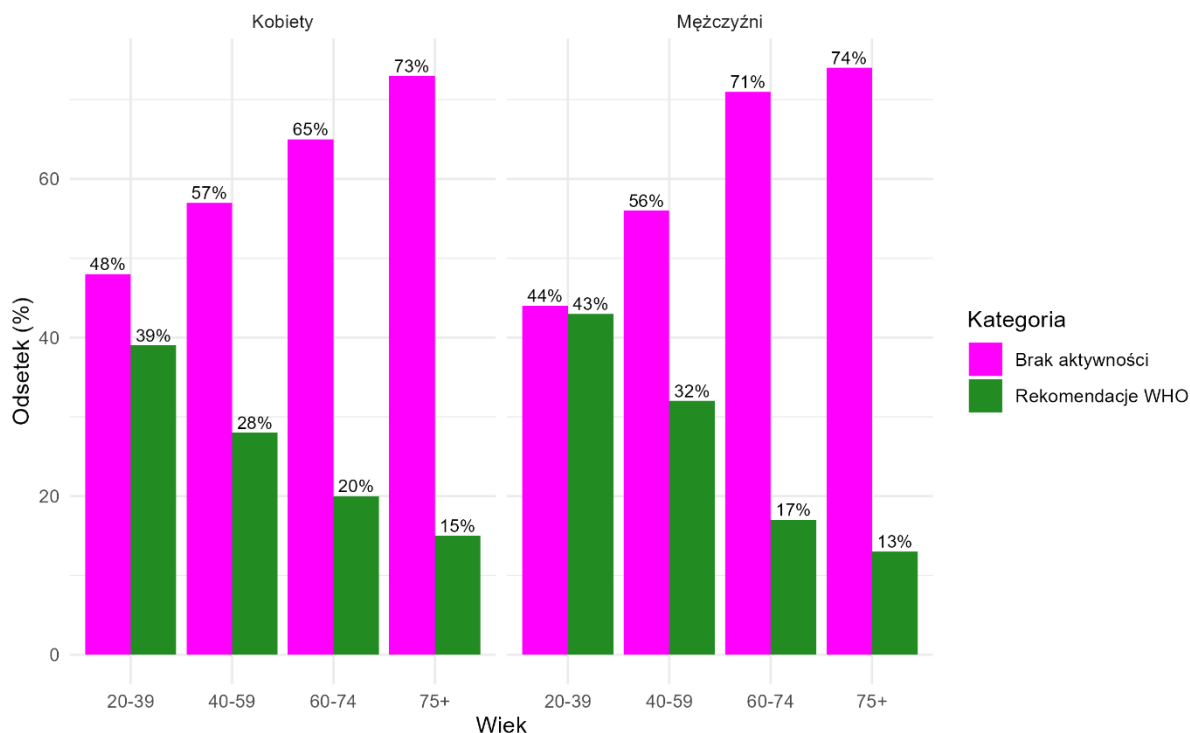
Aktywność fizyczna według deklaracji

Brak ćwiczeń:

- 58% Polaków nie wykonuje ćwiczeń wymagających umiarkowanego wysiłku,
- 27% nie ćwiczy w ogóle ani nie spaceruje.

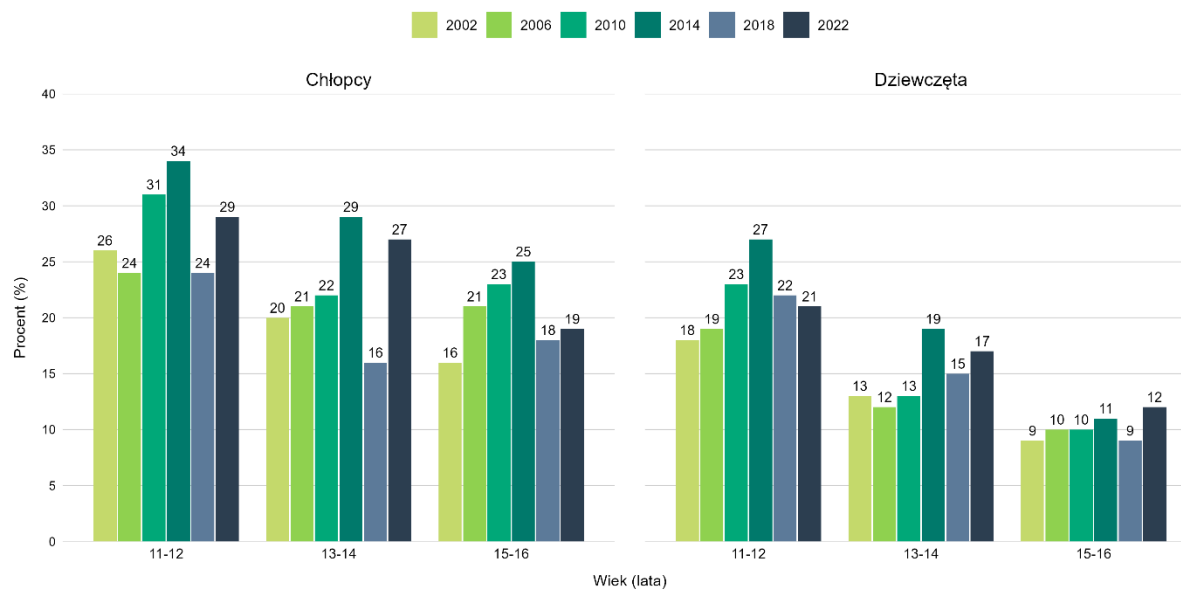
Spełnianie zaleceń WHO w zakresie wysiłku fizycznego: tylko 29% Polaków.

- Wiek:
 - Spadek aktywności z wiekiem (20–39 lat: 54% vs. 75+: 26%).
- Płeć:
 - Mężczyźni aktywniejsi w młodszych grupach, kobiety po 60 r.ż.



Ryc. 5.6. Aktywność fizyczna Polaków w wieku 20 lat lub więcej według płci i wieku w 2025 – odsetki niepodjmujących rekreacyjnych ćwiczeń fizycznych oraz wypełniających zalecenia WHO w zakresie czasu aktywności fizycznej (wartości na etykietach zaokrąglone do 1%) (źródło: badania czynników ryzyka przeprowadzone w ramach Raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”)

- **Wykształcenie:**
 - Osoby z wykształceniem wyższym podejmują aktywność fizyczną zgodną z rekomendacją WHO 2,4 (w przypadku mężczyzn) i 3,6 razy częściej w przypadku kobiet niż pozostałe osoby.
- **Sytuacja ekonomiczna:**
 - Trudności finansowe → mniej aktywności, 64% z tej grupy nie ćwiczy lub prowadzi ograniczoną aktywność fizyczną.
- **Młodzież (wyniki z badania HBSC 2022):**
 - Spełnianie zaleceń WHO: chłopcy 29–19%, dziewczęta 21–12% (spadek z wiekiem).



Ryc. 5.7. Odsetek młodzieży szkolnej wypełniających dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006, 2010, 2014, 2018, 2022 według płci i wieku (źródło: badanie HBSC)

5.2.3. Obciążenie zdrowotne wynikające z najważniejszych kategorii metabolicznych czynników ryzyka w Polsce na tle Unii Europejskiej (2010–2023)

5.2.3.1. Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii metabolicznych czynników ryzyka

Tabela 5.9 Standaryzowany DALY/100 000 wg najważniejszych kategorii czynników ryzyka metabolicznych – obie grupy płci (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Stężenie glukozy w osoczu na czczo	1160,7	1109,9	1090,5	1094,1	1088,8	1100,9	1101	-0,4	
UE	Upośledzona czynność nerek	509,1	470,7	441,8	442,6	435,7	435,6	432,2	-1,2	
UE	Wysoki poziom cholesterolu LDL	837,2	695,5	628	624,4	611,9	611,2	594,4	-2,5	
UE	Wysoki wskaźnik BMI	1373	1332,3	1315,4	1321,7	1318,9	1331,6	1327,4	-0,2	
UE	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	1921,5	1661,8	1509,1	1506,7	1476,5	1475,3	1441,6	-2,1	
Polska	Stężenie glukozy w osoczu na czczo	1850,6	1788,1	1802,2	1821,6	1776,4	1801,4	1782,5	-0,1	61,9%
Polska	Upośledzona czynność nerek	701,2	541,5	526,7	530,8	503,4	507,4	492,4	-2,4	13,9%
Polska	Wysoki poziom cholesterolu LDL	1331,3	1053	972	969,8	919,3	915	864	-2,9	45,4%

Polska	Wysoki wskaźnik BMI	1895,6	1880,8	1927,3	1952,8	1925,6	1953,1	1921,2	0,3	44,7%
Polska	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	3011,1	2404	2235,1	2237,9	2128,3	2145,7	2051	-2,7	42,3%

Interpretacja

- Największe nadwyżki standaryzowanego DALY/100000 w Polsce względem UE dotyczą wysokiego stężenia glukozy na czczo, co wskazuje na poważne problemy związane z cukrzycą; bardzo duże nadwyżki występują także w przypadku wysokiego poziomu cholesterolu LDL, w ryzykach związanych z BMI i nadciśnieniem tętniczym, natomiast w przypadku zaburzeń czynności nerek różnice są mniejsze.
- Analiza trendów wskazuje, że obciążenie poziomu zdrowia ludności związane z nadwagą i otyłością w Polsce rośnie, przeciwnie do trendu obserwowanego w UE (choć różnice nie są duże), a w przypadku nieprawidłowej glikemii obserwowana poprawa jest niewielka, zarówno w Polsce, jak i w UE, co oznacza utrwalanie się problemu. Zmniejszenie obciążenia czynnikami ryzyka związanymi z nadciśnieniem tętniczym i zaburzeń gospodarki lipidowej wykazują względnie dużą dynamikę, w Polsce nieco większą niż średnia UE.
- Tempo poprawy w Polsce jest niewystarczające, aby zmniejszyć dystans względem UE w kluczowych obszarach, takich jak podwyższona glikemia i wysoki wskaźnik BMI – nadwyżki DALY/100000 utrzymują się na wysokim poziomie, a w przypadku nieprawidłowego BMI problem w naszym kraju się pogłębia.

5.2.3.2 Współczynniki rzeczywiste wg najważniejszych kategorii metabolicznych czynników ryzyka

Tabela 5.10 Rzeczywisty DALY/100 000 wg najważniejszych kategorii metabolicznych czynników ryzyka – obie grupy płci (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Stężenie glukozy w osoczu na czczo	2128,3	2214,5	2284,1	2313,3	2314,9	2378,2	2386,2	1,0	
UE	Upośledzona czynność nerek	966,1	999,5	997	1010,2	999,9	1023,3	1016,8	0,5	
UE	Wysoki poziom cholesterolu LDL	1475,8	1326	1249,4	1252	1231,8	1250,3	1219,6	-1,3	
UE	Wysoki wskaźnik BMI	2342,6	2436,9	2505,7	2541,4	2549,5	2607,5	2608,4	0,9	
UE	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	3651,9	3489,3	3342,6	3370,5	3319,7	3382,4	3315,7	-0,6	
Polska	Stężenie glukozy w osoczu na czczo	2791	2998,6	3264,5	3356	3281,2	3404,6	3380,6	1,7	41,7%
Polska	Upośledzona czynność nerek	1031,7	902,5	960,7	988,4	931	973,4	946,2	-0,2	-6,9%
Polska	Wysoki poziom cholesterolu LDL	1978,7	1722,2	1699,9	1718,4	1624,5	1658,5	1570,1	-1,4	28,7%
Polska	Wysoki wskaźnik BMI	2796,7	3029,5	3309,6	3399,9	3366,6	3477,5	3433,4	1,9	31,6%
Polska	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	4557,9	4062,2	4089,4	4166,9	3954,2	4102,1	3938,7	-0,8	18,8%

Interpretacja

- Największe nadwyżki rzeczywistego obciążenia DALY/100000 w Polsce względem UE dotyczą wysokiego stężenia glukozy na czczo oraz, w mniejszym stopniu, wysokiego wskaźnika BMI i ryzyka związanego z zaburzeniami gospodarki lipidowej, co w wskazuje, że choroby związane z cukrzycą i nadmierną wagą generują w Polsce szczególnie wysokie obciążenie zdrowotne; natomiast rzeczywiste różnice DALY/1000000 wynikające z nadciśnienia tętniczego są mniejsze, a w przypadku upośledzenia czynności nerek Polska osiąga nawet niższe wartości niż UE.
- Analiza trendów wskazuje na znacząco szybsze niż średnia w UE pogłębianie się problemu w Polsce związanego z zaburzeniami poziomu glikemii i skutkami podwyższonego BMI; negatywne skutki obciążenia zdrowia podwyższonym poziomem cholesterolu i nadciśnieniem tętniczym wykazują spadki w Polsce, zbliżone wielkością do spadków w UE, zaś zaburzenia czynności nerek wywołują nieznacznie mniejsze skutki zdrowotne niż w przeszłości, co jest odmienne od trendu obserwowanego w innych krajach Unii Europejskiej.
- Tempo poprawy w Polsce jest niewystarczające, aby zmniejszyć dystans względem UE w kluczowych obszarach, takich jak podwyższona glikemia i nieprawidłowe BMI – nadwyżki utrzymują się na bardzo wysokim poziomie, a w ich negatywne oddziaływanie w Polsce się pogłębia, znacząco szybciej niż w UE.

5.2.3.3. Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii metabolicznych czynników ryzyka – kobiety

Tabela 5.11 Standaryzowany DALY/100 000 wg najważniejszych kategorii metabolicznych czynników ryzyka – kobiety (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Stężenie glukozy w osoczu na czczo	899,1	860,3	847,2	850,1	846,5	853,1	854,3	-0,4	
UE	Upośledzona czynność nerek	394,8	366,4	341,6	342	337,3	336,8	334,7	-1,3	
UE	Wysoki poziom cholesterolu LDL	533,3	434,2	384,4	380,1	372,1	369,7	358,5	-2,9	
UE	Wysoki wskaźnik BMI	1155,6	1128,5	1114,2	1118,8	1117,7	1125,7	1124,6	-0,2	

UE	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	1414,7	1214,7	1084,7	1080,7	1062,6	1056,2	1032,5	-2,4	
Polska	Stężenie glukozy w osoczu na czczo	1473,4	1425,4	1435,2	1447,4	1415,4	1430,4	1428,4	-0,2	67,2%
Polska	Upośledzona czynność nerek	546,6	422,7	410,8	414,6	390,7	394,4	387,3	-2,3	15,7%
Polska	Wysoki poziom cholesterolu LDL	830,7	633,4	585,7	579,8	542,4	543,3	522,2	-3,3	45,7%
Polska	Wysoki wskaźnik BMI	1544,4	1544,9	1578,4	1594,7	1574,4	1590,8	1582,6	0,3	40,7%
Polska	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	2103	1636	1497,6	1494,4	1418,3	1431,1	1389,9	-3,0	34,6%

Interpretacja

- Podobnie jak w populacji ogółem, największe nadwyżki DALY/100000 w Polsce względem UE u kobiet dotyczą zaburzeń metabolizmu glukozy, w mniejszym, ale nadal bardzo wysokim stopniu zaburzeń gospodarki lipidowej, nieprawidłowego BMI i nadciśnienia tętniczego.
- Analiza trendów wskazuje, że problem nadwagi i otyłości wśród kobiet w Polsce utrzymuje się i pogłębia, zaś w UE ten trend jest odwrotny, nasilenie tego zjawiska powoli, ale spada. Dla odmiany w obu regionach następuje zmniejszenie obciążenia zaburzeń gospodarki lipidowej i nadciśnienia tętniczego, w obu zjawiskach tempo poprawy jest nieznacznie wyższe w Polsce.
- Tempo poprawy w Polsce pozostaje niewystarczające, aby zmniejszyć dystans względem średniej UE w ważnym obszarze, jakim są zaburzenia glikemii – nadwyżki utrzymują się na bardzo wysokim poziomie. Co więcej, w przypadku nieprawidłowego BMI problem w populacji kobiet narasta, co jest odmiennym trendem niż rejestrowany w UE.

5.2.3.4. Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii metabolicznych czynników ryzyka – mężczyźni

Tabela 5.12 Standaryzowany DALY/100 000 wg najważniejszych kategorii czynników ryzyka metabolicznych – mężczyźni (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Stężenie glukozy w osoczu na czczo	1477,8	1407	1375,9	1379,3	1371,5	1389,2	1387,8	-0,4	
UE	Upośledzona czynność nerek	660	605,2	568,2	569,4	559,5	559	553,5	-1,3	
UE	Wysoki poziom cholesterolu LDL	1170,7	980,5	892,5	889,4	871,8	872,7	850,2	-2,3	
UE	Wysoki wskaźnik BMI	1609,6	1552,1	1531,2	1539,1	1534,3	1552,2	1544,5	-0,2	
UE	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	2510,5	2172,9	1989,3	1988	1942,5	1946,4	1901,4	-2,0	
Polska	Stężenie glukozy w osoczu na czczo	2330,6	2236,7	2247,1	2274,9	2212,9	2249,5	2211	-0,2	59,3%
Polska	Upośledzona czynność nerek	908	695,7	673,7	678	646,4	650,2	625,9	-2,5	13,1%
Polska	Wysoki poziom cholesterolu LDL	1908,3	1532,6	1409,3	1411	1344,7	1335,2	1251,6	-2,8	47,2%
Polska	Wysoki wskaźnik BMI	2294	2255	2311,7	2347,8	2311,6	2350,7	2293,4	0,2	48,5%
Polska	Wysokie skurczowe ciśnienie krwi	4130,4	3350,6	3132,9	3142,3	2988,9	3007,4	2850,3	-2,5	49,9%

Interpretacja

- Największe nadwyżki DALY/100000 w Polsce względem UE u mężczyzn dotyczą nieprawidłowej glikemii, w nieco mniejszym, ale nadal bardzo wysokim stopniu i nadciśnienia tętniczego, podwyższonego BMI i zaburzeń gospodarki lipidowej. Dodatkowo różnice w obszarze nadciśnienia tętniczego i BMI w porównaniu do średniej UE są wyraźnie większe u mężczyzn niż w grupie kobiet, co wskazuje na silniejszy, negatywny wpływ tych czynników ryzyka na zdrowie polskich mężczyzn w tych obszarach.
- Analiza trendów wskazuje, że problem nadwagi i otyłości pogłębia się w Polsce także u mężczyzn. Podobnie jak u kobiet następuje dość szybkie zmniejszenie negatywnego wpływu zaburzeń gospodarki lipidowej i nadciśnienia tętniczego na stan zdrowia mężczyzn w Polsce, znów, nieco szybciej niż średnia w UE.
- Tempo poprawy w zakresie wpływu metabolicznych czynników ryzyka na zdrowie mężczyzn w Polsce jest niewystarczające, aby efektywnie zmniejszać dystans względem średniej UE.

5.2.3.5 Podsumowanie przekrojowe

Powyższe dane wskazują, że Polska zmagą się z wyraźnie większą ekspozycją na główne kategorie ryzyka metabolicznego oraz bardziej nasilonymi konsekwencjami zdrowotnymi niż średnio kraje UE. Nadwyżki obciążeń dotyczą najważniejszych metabolicznych czynników ryzyka tj. nieprawidłowej glikemii, wysokiego poziomu cholesterolu LDL, nieprawidłowego BMI oraz podwyższonego ciśnienia skurczowego krwi i są obserwowane zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, utrzymując się przez cały okres 2010–2023.

Dynamika zmian obciążeń zdrowotnych (APC 2010–2023)

Współczynniki rzeczywiste DALY/100000, obie grupy płci:

- Podwyższone stężenie glukozy na czczo: +1,7% rocznie (UE: +1,0%)
- Wysoki wskaźnik BMI: +1,9% rocznie (UE: +0,9%)
- Upośledzona czynność nerek: –0,2% rocznie (UE: +0,5%)
- Wysoki poziom cholesterolu LDL: –1,4% rocznie (UE: –1,3%)
- Wysokie ciśnienie skurczowe krwi: –0,8% rocznie (UE: –0,6%)

Najbardziej niepokojące są dane wskazujące na rosnące obciążenia podwyższonym poziomem glikemii i nieprawidłowym BMI. W pozostałych kategoriach metabolicznych czynników ryzyka w Polsce obserwuje się poprawę, jednak nie jest ona na tyle szybka, aby istotnie zmniejszać dystans względem średniej UE.

Podwyższone stężenie glukozy na czczo:

- Nadwyżka względem UE pozostaje bardzo wysoka: 61,9% (standaryzowane) i 41,7% (rzeczywiste) (obie płci),
- Różnice pomiędzy Polską a UE są szczególnie widoczne u kobiet +67,2% (standaryzowane),
- Sytuacja w obserwowanym okresie się istotnie nie zmieniła – dla obu płci razem standaryzowane DALY/100000 spadają tylko o –0,1% rocznie.

Wysoki poziom cholesterolu LDL:

- Standaryzowane DALY/100000 dla obu płci razem spadają: –2,9% rocznie (UE: –2,5%),
- Nadwyżka względem UE pozostaje duża: standaryzowane 45,4% i rzeczywiste 28,7% (obie płci),
- Mimo wyraźnej poprawy przejawiającej się w spadkowych trendach obciążenia, skala różnic wobec średniej UE pozostaje wysoka.

Wysoki wskaźnik BMI:

- Standaryzowane DALY/100000 dla obu płci praktycznie nie maleją w Polsce: +0,3% rocznie (UE: –0,2%),
- Wysoka nadwyżka DALY/100000 względem UE: standaryzowane 44,7% i rzeczywiste 31,6% (obie płci),
- Problem szczególnie nasilonej utraty zdrowia na skutek działania tego czynnika ryzyka dotyczy w większym stopniu mężczyzn –48,5% niż kobiet –40,7% (standaryzowane DALY/100000).

Jest to kategoria metabolicznych czynników ryzyka, w której obserwujemy w Polsce bardzo niekorzystne trendy.

Wysokie skurczowe ciśnienie krwi:

- Standaryzowane DALY/100000: znaczący spadek obciążenia –2,7% (UE: –2,1%),
- Nadwyżka względem UE nadal pozostaje bardzo duża: standaryzowane 42,3% i rzeczywiste 18,8% (obie płci),
- U mężczyzn obciążenia są szczególnie wysokie (49,9% nadwyżki), u kobiet niższe (34,6%).

Pomimo poprawy, Polska wciąż znacznie odbiega od średniego poziomu w UE.

Upośledzona czynność nerek:

- Standaryzowane DALY/100000 w Polsce spadają dynamicznie: $-2,4\%$ rocznie (UE: $-1,2\%$),
- Jest to jedyna kategoria metabolicznych czynników ryzyka, w której w ujęciu rzeczywistym Polska wypada lepiej niż UE: ($-6,9\%$),
- Jednak w ujęciu standaryzowanym nadal istnieje nadwyżka: $+13,9\%$, zatem jest to relatywnie najmniej obciążająca kategoria ryzyk metabolicznych w porównaniu do średniej UE.

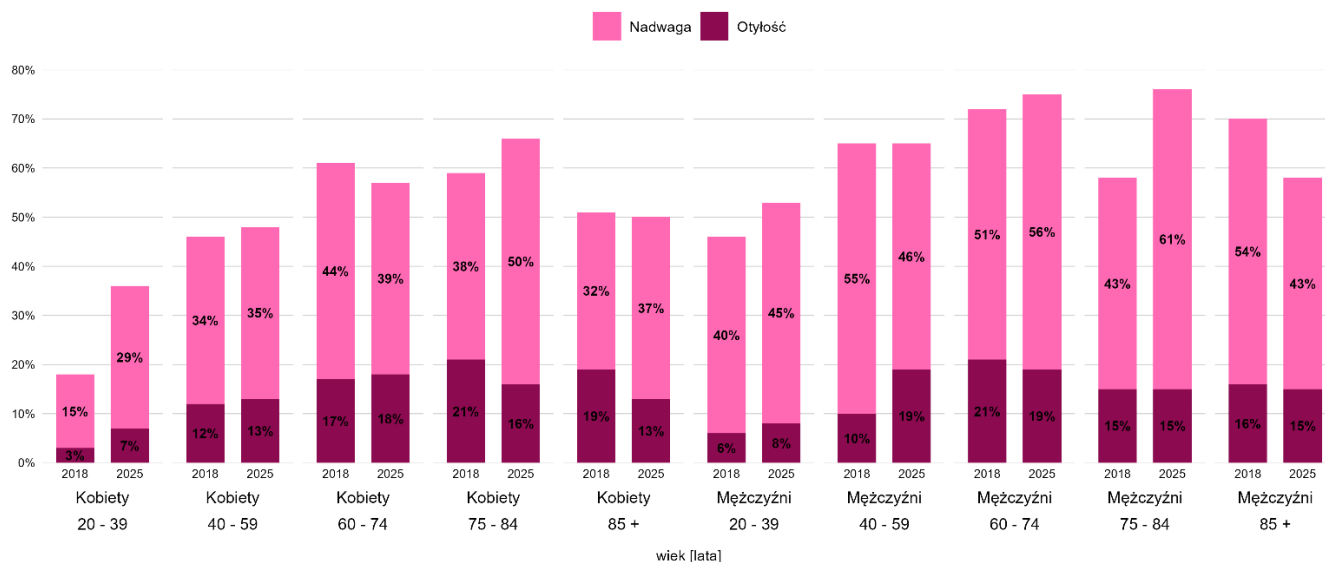
Kluczowe wnioski:

1. Obserwujemy rozbieżność między obciążeniem zdrowia w DALY/100000 standaryzowanymi a rzeczywistymi – podczas gdy wskaźniki standaryzowane wskazują na względną poprawę w części kategorii, rzeczywiste obciążenia w Polsce rosną (szczególnie podwyższona glikemia i nieprawidłowe BMI), co może jednocześnie odzwierciedlać dwa zjawiska: starzenie się społeczeństwa oraz narastanie problemów otyłości i cukrzycy.
2. Ryzyka metaboliczne są szczególnie obciążające dla mężczyzn, u których nadwyżki względem UE są wyraźnie większe niż u kobiet (nieprawidłowe BMI, podwyższone ciśnienie tętnicze, podwyższony poziom LDL).
3. Tempo poprawy w Polsce (tam, gdzie ją obserwujemy) jest niewystarczające, aby znacząco zmniejszać różnice względem UE. Dystans pozostaje stabilny, a w niektórych kategoriach (podwyższona glikemia, nieprawidłowe BMI) nawet się pogłębia.
4. Najbardziej niepokojące trendy dotyczą ryzyk: podwyższonej glikemii i nieprawidłowego BMI, gdzie obciążenia w Polsce rosną szybciej niż w UE, co z całą pewnością przyniesie w przyszłości zwiększoną chorobowość i rosnące obciążenia systemu ochrony zdrowia.

5.2.3.6 Wysoki wskaźnik BMI – najważniejsze wnioski z Raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”

- Rozpowszechnienie wśród osób powyżej 20 lat (2025):
 - Nadwaga (BMI ≥ 25): mężczyźni 64%, kobiety 48%,
 - Otyłość (BMI ≥ 30): mężczyźni 15%, kobiety 13%,
 - Problemy niewłaściwej wagi znacznie częściej dotyczą mężczyzn, których połowa waży zbyt dużo już w wieku 20–39 lat, a w starszych kategoriach (60–84 lata) ich udział przekracza $\frac{1}{4}$.
- Wiek:

- Nadwaga: najczęściej osoby w wieku 75–84 lata (mężczyźni 76%, kobiety 66%).
- Otyłość najczęściej osoby 60–74 lata wśród kobiet (18%) oraz 40–59 i 60–74 lata wśród mężczyzn (po 19%).



Ryc. 5.8. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności Polski w wieku 20 lat i więcej w latach 2018 i 2025 według płci i wieku (źródło: badania czynników ryzyka przeprowadzone w ramach Raportu "Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025")

5.2.4. Obciążenie zdrowotne wynikające z najważniejszych kategorii środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka w Polsce na tle Unii Europejskiej (2010–2023)

5.2.4.1. Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka – obie płci

Tabela 5.13. Standaryzowany DALY/100 000 w wyniku najważniejszych środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka – obie płci (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Nieoptymalna temperatura	287	246,7	222,9	214	225,4	213,6	200,6	-2,1	
UE	Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	687,3	679,2	638,6	643,4	635,4	625,8	619,6	-0,9	
UE	Zanieczyszczenie powietrza	922,6	723,4	552,9	531,4	528,8	558,4	469,7	-4,9	
Polska	Nieoptymalna temperatura	402,7	337,7	311,5	315,9	333,4	331,3	296,2	-1,5	47,7%
Polska	Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	703,5	733,3	684,3	681,9	665,8	663,2	642,9	-0,7	3,8%
Polska	Zanieczyszczenie powietrza	1837,4	1376,3	1074,4	1029,8	963,3	964,4	847,3	-5,7	80,4%

Interpretacja

- Największa nadwyżka utraconych DALY w Polsce w porównaniu do UE dotyczy zanieczyszczenia powietrza, które stanowi kluczowy problem zdrowia środowiskowego. W przypadku nieoptymalnej temperatury poziom jest również znacząco wyższy, co wymaga pogłębionych analiz. Nadwyżka DALY/100000 w ryzykach zawodowych jest zaś niewielka.
- W obszarze zanieczyszczenia powietrza poprawa w Polsce jest szybka i wyraźnie szybsza niż w UE, ale różnica w poziomie obciążenia jest tak duża, że perspektywa szybkiego wyrównania do poziomu średniej UE jest ograniczona.
- W ryzykach zawodowych tempo redukcji obciążenia w Polsce jest podobne jak w UE, co oznacza utrzymanie niewielkiego dystansu.
- W przypadku nieoptymalnej temperatury poprawa w Polsce postępuje wolniej niż w UE, co powoduje wzrost nadwyżki.

5.2.4.2. Współczynniki rzeczywiste wg najważniejszych kategorii środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka – obie płci

Tabela 5.14. Rzeczywisty DALY/100 000 najważniejszych środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka – obie płci (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Nieoptymalna temperatura	578,3	547,4	523,9	508,8	540,1	518	491,1	-0,6	
UE	Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	944,3	960,1	909,7	913,8	902,4	899,9	893	-0,6	
UE	Zanieczyszczenie powietrza	1649	1417,5	1140,4	1107,8	1110,2	1197	1004,8	-3,5	
Polska	Nieoptymalna temperatura	639	597,6	602,8	627,3	658	663,3	594,9	0,4	21%
Polska	Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	911,6	1003,2	948,9	945	922,2	924,3	897,1	-0,2	0%
Polska	Zanieczyszczenie powietrza	2682,5	2234,4	1882,9	1836,5	1711,3	1758,3	1549,6	-4,0	54%

Interpretacja

- Polska ma wyższe rzeczywiste obciążenie zdrowotne środowiskowymi i zawodowymi czynnikami ryzyka niż UE w dwóch głównych kategoriach: zanieczyszczenie powietrza i nieoptymalna temperatura. Nadwyżka wynikająca z zanieczyszczenia powietrza jest duża i stanowi kluczowy problem zdrowia publicznego. W przypadku nieoptymalnej temperatury poziom jest zaś widocznie wyższy niż w UE.
- W ryzykach zawodowych różnica w poziomach DALY/100000 w Polsce i UE praktycznie nie występuje.
- W obszarze zanieczyszczenia powietrza poprawa w Polsce jest szybsza niż w UE, ale skala nadwyżki DALY/100000 pozostaje wysoka, co oznacza brak perspektywy szybkiego wyrównania się różnic.
- W ryzykach zawodowych tempo redukcji obciążenia w Polsce jest zbliżone do UE, co powoduje utrzymanie praktycznie zerowego dystansu.
- W przypadku ryzyka w postaci nieoptymalnej temperatury poprawa w Polsce jest wolniejsza niż w UE, co prowadzi do wzrostu nadwyżki.

5.2.4.3. Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka – kobiety

Tabela 5.15. Standaryzowany DALY/100 000 najważniejszych środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka – kobiety (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Nieoptymalna temperatura	227,9	192,7	172	164,5	173,7	163,6	154,1	-2,4	
UE	Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	378,5	396,4	387,7	392,3	391,4	387,1	384,7	0,1	
UE	Zanieczyszczenie powietrza	699,5	559,6	433,2	417,1	416,4	438,4	371,7	-4,6	
Polska	Nieoptymalna temperatura	321,8	258,2	234,7	237,7	249,9	244,9	221	-2,1	43,4%
Polska	Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	434,6	460,3	453,1	456,3	453,9	455	448,6	0,3	16,6%
Polska	Zanieczyszczenie powietrza	1305,8	1000,1	796,6	764,8	718,6	720,7	644,9	-5,2	73,5%

Interpretacja

- W Polsce obserwujemy wyższy poziomy standaryzowanego DALY/100000 niż UE we wszystkich kategoriach. Największe obciążenie powstaje w wyniku zanieczyszczenia powietrza, a wyraźnie podwyższony jest obserwowany także z powodu nieoptymalnej temperatury. W przypadku ryzyk zawodowych u kobiet pojawia się umiarkowana nadwyżka względem UE, co odróżnia tę grupę na tle ogółu populacji.
- W obszarze zanieczyszczenia powietrza poziom utraty zdrowia mierzony w DALY/100000 w Polsce obniża się szybciej niż w UE, lecz pozostaje zdecydowanie wysoki, co powoduje utrzymanie dużego dystansu i ogranicza perspektywę szybkiego wyrównania.
- W ryzykach zawodowych tempo redukcji utraty zdrowia jest zbliżone do UE, co oznacza utrzymywanie się nadwyżki.

5.2.4.4. Współczynniki standaryzowane wg najważniejszych kategorii środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka – mężczyźni

Tabela 5.16. Standaryzowany DALY/100 000 najważniejszych środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka – mężczyźni (źródło: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2023). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Data Resources. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Dostęp: 30.11.2025)

	Kategoria	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	APC (2010- 2023) %	Nadwyżka Polska/UE
UE	Nieoptymalna temperatura	369,9	318,3	288,3	277,1	291	276,1	259,1	-2,0	
UE	Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	1039,2	998,7	918,3	921,9	905,6	891	880,3	-1,5	
UE	Zanieczyszczenie powietrza	1181,2	910,2	686,7	658,8	653,7	691,9	578,1	-5,2	
Polska	Nieoptymalna temperatura	531,1	453	420	426,6	449,6	448,1	398,5	-1,3	53,8%
Polska	Ryzyka zawodowe (w miejscu pracy)	1021,1	1059,1	954,4	944	911,3	905,2	869,3	-1,3	-1,2%
Polska	Zanieczyszczenie powietrza	2512,4	1845,9	1413,7	1352,5	1259,1	1257,9	1091	-6,1	88,7%

Interpretacja

- W Polsce obserwujemy wyższe poziomy utraty zdrowia mierzonego w DALY/100000 niż średnia w UE w dwóch kategoriach: zanieczyszczenie powietrza i nieoptymalna temperatura. Szczególnie duża nadwyżka występuje w przypadku zanieczyszczenia powietrza, co wskazuje na bardzo duży stopień utraty zdrowia mężczyzn w wyniku działania tego czynnika, nawet w porównaniu do kobiet.
- W ryzykach zawodowych nie obserwujemy nadwyżki, poziom utraty zdrowia wskutek działania tych czynników ryzyka są zbliżone, a sytuacja jest nawet bardziej korzystna w Polsce niż przeciętnie w krajach UE.
- W kluczowym obszarze zanieczyszczenia powietrza poziom DALY/100000 w Polsce spada szybciej niż w UE, ale mimo dynamicznej poprawy różnica pozostaje bardzo znacząca, co oznacza brak realnej perspektywy szybkiego wyrównania.
- W przypadku czynnika ryzyka jakim jest nieoptymalna temperatura mężczyzn w Polsce wykazują wyższy poziom utraty zdrowia niż kobiety, a zmniejszanie oddziaływania tego czynnika przebiega wolniej. Jednocześnie różnica między Polską a

średnią UE w grupie mężczyzn rośnie – wskaźniki poprawiają się w Polsce wolniej niż w przeciętnie w krajach unijnych.

5.2.4.5 Podsumowanie przekrojowe

Powyższe dane wskazują, że Polska doświadcza znacznie większego obciążenia zdrowotnego wynikającego z działania kluczowych czynników środowiskowych i zawodowych niż średnio kraje UE. Największe różnice dotyczą **zanieczyszczenia powietrza** oraz **nieoptymalnej temperatury**, podczas gdy w ryzykach zawodowych poziomy są zbliżone. Nadwyżki te utrzymują się konsekwentnie w całym okresie 2010–2023, a poprawa – choć w niektórych obszarach szybsza niż w UE – nie prowadzi do realnego zmniejszenia dystansu.

Dynamika zmian obciążeń zdrowotnych (APC 2010–2023)

Współczynniki rzeczywiste DALY:

- Zanieczyszczenie powietrza: –4,0% (UE: –3,5%)
- Nieoptymalna temperatura: +0,4% (UE: –0,6%)
- Ryzyka zawodowe: –0,2% (UE: –0,6%)

Najbardziej niepokojącym zjawiskiem jest rosnące rzeczywiste obciążenie wynikające z nieoptymalnej temperatury, co wymaga pogłębionych analiz.

Zanieczyszczenie powietrza

- Największa nadwyżka względem UE: standaryzowane 80,4% oraz rzeczywiste 54% (obie płci).
- Szybsza poprawa w Polsce niż w UE, lecz poziomy obciążen pozostają bardzo wysokie.
- U mężczyzn nadwyżka standaryzowanych DALY/100000 osiąga 88,7%, u kobiet stosunkowo niewiele mniej – 73,5%.

Nieoptymalna temperatura

- Nadwyżka wobec UE: standaryzowane 47,7% () i rzeczywiste 21% (obie płci).
- Poprawa wolniejsza niż w UE – dystans rośnie.
- U kobiet i mężczyzn widoczne są duże nadwyżki, przy czym mężczyźni ponoszą większe obciążenia (53,8%).
- Rzeczywiste współczynniki w Polsce rosną.

Ryzyka zawodowe

- Nadwyżka w Polsce w porównaniu do UE jest niewielka: standaryzowane 3,8% i rzeczywiste 0% (obie płci).

- Obserwowane trendy są zbliżone do średniej w UE – brak wyraźnego zbliżania się lub oddalania.
- Choć u mężczyzn nie obserwujemy nadwyżki w Polsce vs UE (–1,2%), to u kobiet należy odnotować widoczną nadwyżkę +16,6% (standaryzowane).

Kluczowe wnioski

1. Największe dysproporcje między Polską a UE w zakresie oddziaływania środowiskowych i zawodowych czynników ryzyka na zdrowie dotyczą zanieczyszczenia powietrza, gdzie dane z Polski wskazują na drastycznie większe obciążenia w porównaniu do średniej UE, mimo dynamicznego spadku DALY/100000 w Polsce. Różnica jest zbyt duża, aby mogła zostać szybko zredukowana.
2. Nieoptymalna temperatura staje się narastającym problemem, szczególnie że rzeczywiste obciążenia w Polsce rosną, choć w wolnym tempie, podczas gdy w UE spadają (obciążenie rzeczywiste).
3. Różnice między wskaźnikami standaryzowanymi a rzeczywistymi sugerują, że starzenie się społeczeństwa zwiększa poziom obciążenia rzeczywistych, zwłaszcza w obszarze ekspozycji na nieoptymalną temperaturę.
4. Mężczyźni ponoszą większe obciążenia środowiskowe, zwłaszcza w zakresie zanieczyszczenia powietrza i nieoptymalnych temperatur. U kobiet obserwuje się natomiast umiarkowaną nadwyżkę utraty zdrowia wskutek działania ryzyk zawodowych.
5. Tempo poprawy jest niewystarczające, aby istotnie zredukować różnice względem UE, nawet tam, gdzie dynamika spadków jest wyższa (jak przy zanieczyszczeniu powietrza).

6. Nierówności przestrzenne w rozpowszechnieniu czynników ryzyka i sytuacji zdrowotnej ludności Polski

6.1. Opis stopnia zróżnicowania przestrzennego sytuacji zdrowotnej ludności Polski

Główne obserwacje i wnioski

Przestrzenne zróżnicowanie długości życia w Polsce jest duże i utrzymuje się na stałym poziomie od wielu lat. Różnice rzędu 2,5–3,0 lat (kobiety, mężczyźni) między województwami i ponad 6,5–8,7 lat (maksymalna różnica LE_o, kobiety, mężczyźni) między powiatami wskazują na znaczący, niewykorzystany potencjał zdrowotny. Zróżnicowanie to odzwierciedla trwałe różnice społeczno-ekonomiczne, środowiskowe i behawioralne. O ile pandemia wprowadziła

krótkotrwałe wahania, o tyle rdzeń strukturalnego zróżnicowania pozostał niezmieniony. Najważniejszy wniosek: jeśli najstarsze regiony osiągnęłyby poziom najlepszych, oczekiwana długość życia w Polsce mogłaby wzrosnąć o kilka lat, co pokazuje, że podejmowane interwencje w zdrowiu publicznym powinny być kierowane w regiony o najniższej oczekiwanej długości życia.

Zróżnicowanie między województwami

Dane wskazują, że różnice w długości życia między województwami są trwałe i stabilne, a ich skala od lat zmienia się w niewielkim stopniu. Oznacza to, że regionalne uwarunkowania zdrowia – społeczne, środowiskowe i behawioralne – mają charakter strukturalny, a nie incydentalny.

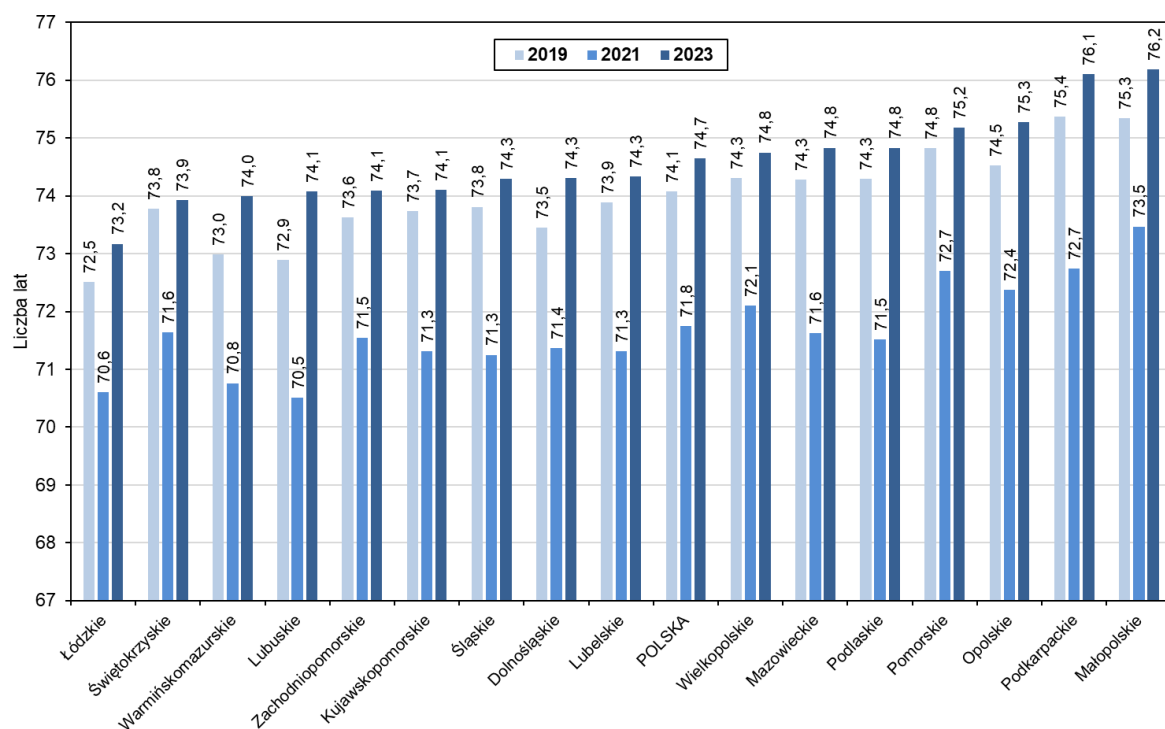
Mężczyźni

- Najniższe LE_0 występuje w województwie łódzkim, a najwyższe w małopolskim i podkarpackim.
- Trwale obserwowana różnica między tymi województwami wynosi ok. 3 lata.
- Oznacza to, że przeciętny mężczyzna urodzony w woj. małopolskim może oczekiwać życia o ok. 3 lata dłuższego niż jego rówieśnik z woj. łódzkiego – różnica porównywalna z obserwowaną między poszczególnymi państwami UE.

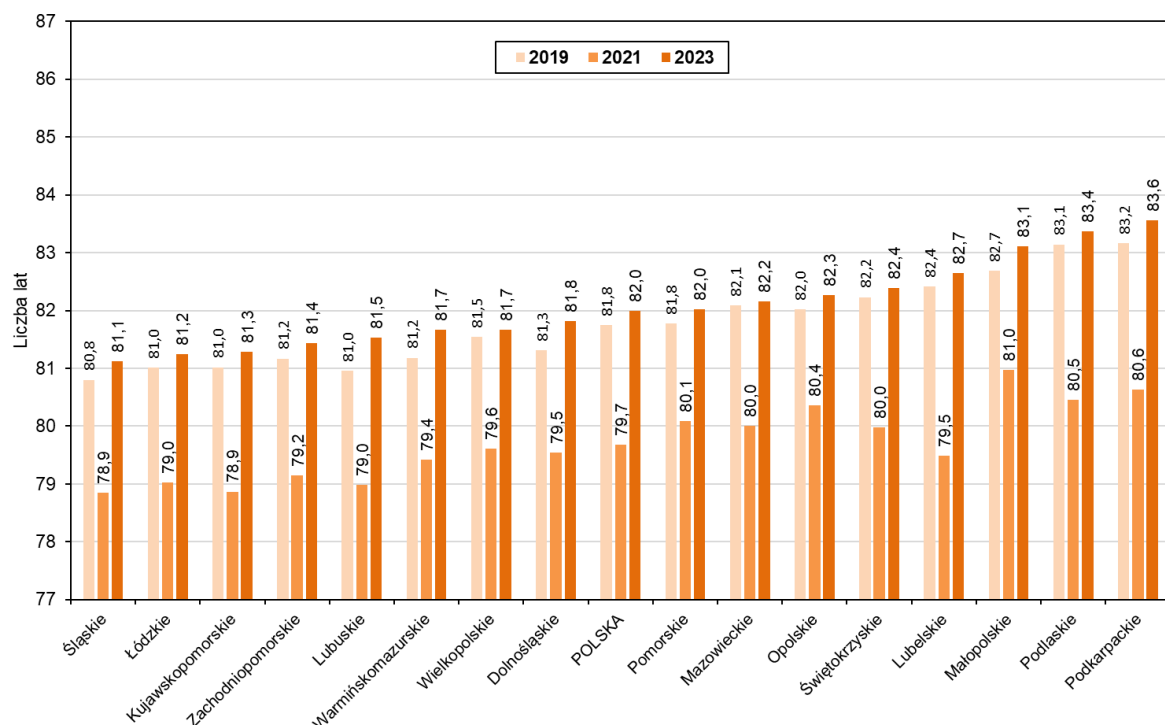
Kobiety

- Najwyższe LE_0 notuje się w woj. podkarpackim i podlaskim, najniższe zaś w śląskim, łódzkim i kujawsko-pomorskim.
- Różnice między skrajnymi województwami wynoszą ok. 2,5 roku, co potwierdza, że także w populacji kobiet utrzymują się istotne dysproporcje regionalne.

Działania ukierunkowane terytorialnie mogą przynieść duże efekty zdrowotne.



Ryc. 6.1. Oczekiwana długość życia mężczyzn według województw w 2019 r., 2021 r. i 2023 r. (dane GUS)



Ryc. 6.2. Oczekiwana długość życia kobiet według województw w 2019 r., 2021 r. i 2023 r. (dane GUS)

Zróżnicowanie między powiatami

Zróżnicowanie LE_0 na poziomie powiatów jest wyraźnie większe niż między województwami, choć wymaga ostrożnej interpretacji – relatywnie niewielkie liczebności mieszkańców powiatów powodują znaczące wahania umieralności rok do roku.

Mężczyźni

- Najwyższe LE_0 : miasto Sopot – ok. 78,9 lat.
- Najniższe LE_0 : powiat olecki – ok. 70,2 lat.
- Różnica: aż ok. 8,7 roku, czyli prawie trzykrotnie większa niż różnice między województwami.

Kobiety

- Najwyższe LE_0 : powiat tatrzański – ok. 84,3 lat.
- Najniższe LE_0 : miasto Chorzów – ok. 77,8 lat.
- Różnica: ok. 6,5 roku, również prawie trzykrotnie większa niż różnice między województwami.

Różnice strukturalne

- Powiaty o najdłuższym LE_0 u mężczyzn koncentrują się w Polsce południowej i (w mniejszym stopniu) środkowo-zachodniej.
- Powiaty o najdłuższym LE_0 u kobiet – w południowo-wschodniej i wschodniej Polsce.
- Powiaty o najkrótszym LE_0 dominują w części powiatów województw śląskiego, łódzkiego, kujawsko-pomorskiego oraz warmińsko-mazurskiego.

Zróżnicowanie wewnątrzwojewódzkie:

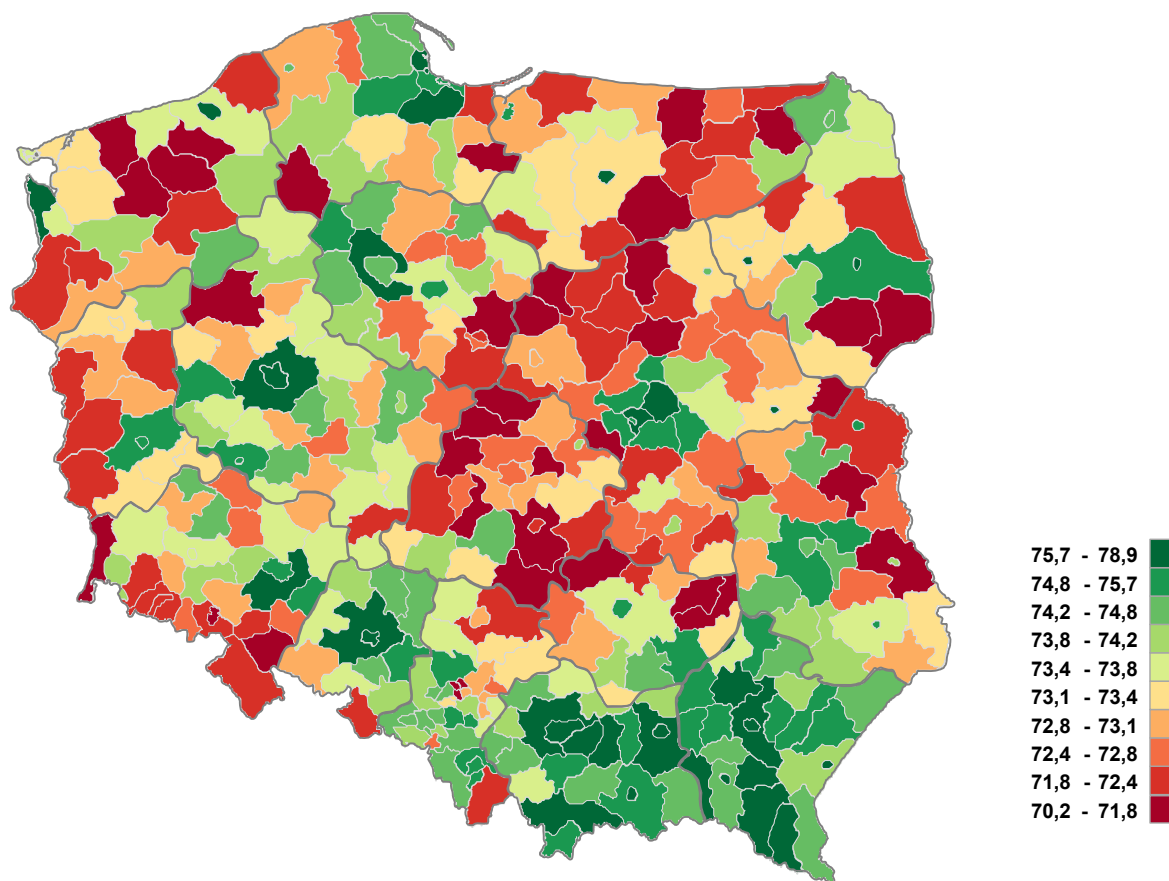
- Skala różnic pomiędzy powiatami w obrębie województw jest znacząca:
 - Największe w przypadku mężczyzn: woj. pomorskie – ok. 7,7 roku (głównie z powodu Sopotu); bez Sopotu to ok. 4,8 roku.
 - Największe w przypadku kobiet: woj. mazowieckie – ok. 4,5 roku.
 - Najmniejsze w przypadku mężczyzn: woj. lubuskie, łódzkie i podkarpackie – ok. 3,2 roku.
 - Najmniejsze w przypadku kobiet: woj. podkarpackie: 1,7 roku.

Powyższe różnice długości życia dotyczą powiatów skrajnych w wśród 380, natomiast porównanie przeciętnej wartości (mediany) dla 10% powiatów o najkrótszej długości życia i 10% powiatów o najdłuższym trwaniu życia jako miary bardziej odpornej na skrajne wartości wskazuje nadal na znaczące różnice.

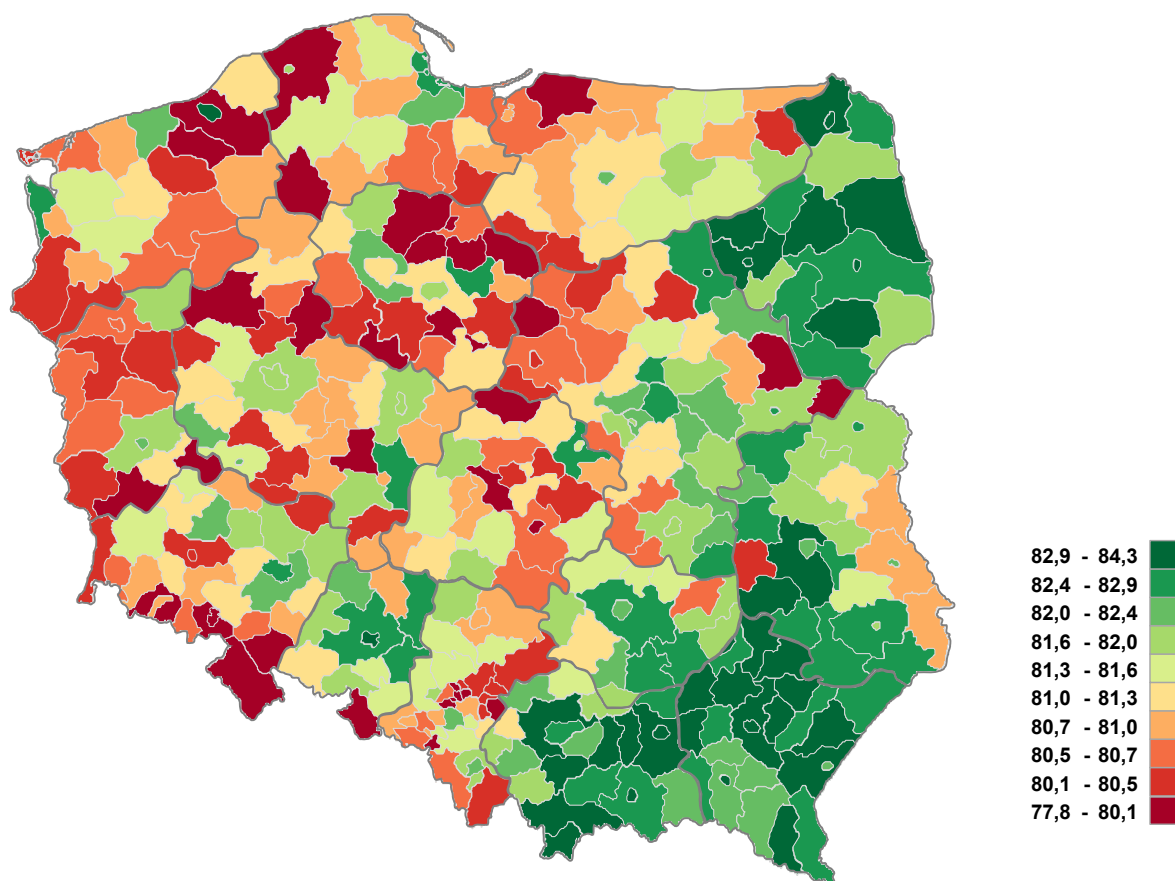
- mężczyźni: 4,6 roku różnicy między 10% powiatów o LE_0 najwyższym i 10% powiatów o LE_0 najniższym (71,5 vs 76,1).

- kobiety: 3,6 roku różnicy między 10% powiatów o LE_o najwyższym i 10% powiatów o LE_o najniższym (79,7 vs 83,3).

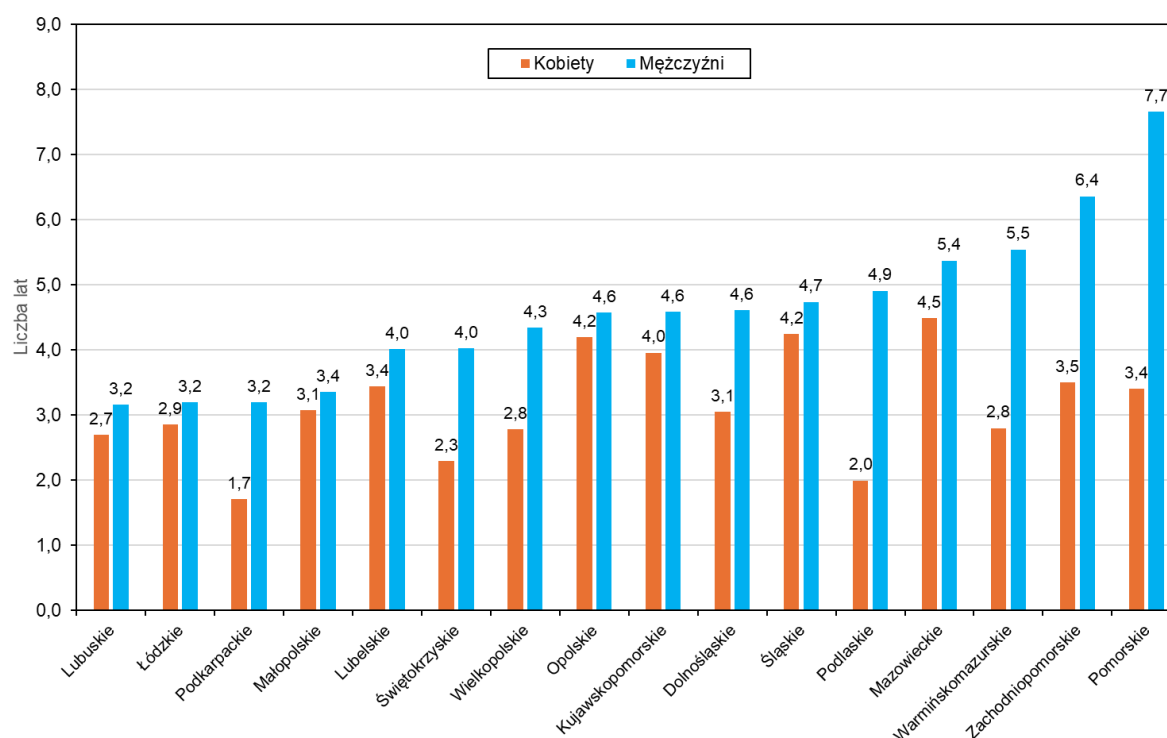
Miary te przyjmują wartości niemal identyczne jak przed pandemią, co potwierdza trwały charakter różnic terytorialnych.



Ryc. 6.3. Oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2022-2023 wg powiatu zamieszkania
(„Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, NIZP PZH - PIB)



Ryc. 6.4. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2022-2023 wg powiatu zamieszkania („Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, NIZP PZH - PIB)



Ryc. 6.5. Różnica między najdłuższą i najkrótszą oczekiwaną długością życia mężczyzn i kobiet w powiatach danego województwa w latach 2022-2023 („Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, NIZP PZH - PIB)

Kluczowe wnioski i interpretacje syntetyczne

- a) Duże i stabilne różnice regionalne: zarówno między województwami, jak i powiatami, różnice LE_0 mają charakter trwały – skrajne regiony są względnie niezmiennie od wielu lat.
- b) Układ województw o najkrótszym i najdłuższym LE_0 jest również bardzo stabilny od wielu lat, co oznacza, że regionalne uwarunkowania zdrowia – społeczno-ekonomiczne, środowiskowe i behawioralne – mają charakter strukturalny, a nie incydentalny.
- c) Potencjał poprawy zdrowia jest znaczny:
 - i. „luka zdrowotna” (za której miarę przyjmujemy różnice w LE_0) między województwami wynosi ok. 2-5 - 3 lat u mężczyzn i kobiet.
 - ii. na poziomie powiatów ta luka to 3,6 do 4,6 lat (różnica LE_0 między skrajnymi decylami powiatów, kobiety, mężczyźni), co dobrze pokazuje skalę możliwej poprawy, gdyby JST o mniej korzystnych dla zdrowia warunkach osiągnęły poziom zbliżony do najlepszych.
- d) Największe zróżnicowanie dotyczy mężczyzn, co odzwierciedla silniejszy wpływ stylu życia, warunków pracy i czynników społecznych na osoby tej płci.

6.2. Związek zróżnicowania sytuacji zdrowotnej na terenie województw z czynnikami ryzyka (GBD)

Zróżnicowanie przestrzenne stanu zdrowia mierzone na poziomie województw ma różne źródła w oddziaływaniu czynników ryzyka. Przytoczone niżej dane, opisujące utratę zdrowia (w DALY/100000) w poszczególnych województwach na skutek działania wybranych czynników ryzyka nie ujawnia prostych zależności.

Wnioski syntetyczne

1. **Profil ryzyka wśród województw jest niejednorodny**, a w poszczególnych regionach dominują różne komponenty ryzyka.
2. Województwa śląskie i dolnośląskie utrzymują wysokie obciążenie zarówno w ryzykach środowiskowych, jak i metabolicznych, co znajduje częściowe potwierdzenie w danych szczegółowych o dotyczących poziomu utraty zdrowia na skutek działania czynników ryzyka (wysokie ciśnienie tętnicze i nieprawidłowe BMI).
3. Województwa południowo-wschodnie (małopolskie, podkarpackie) są w najkorzystniejszej sytuacji pod względem występowania ryzyk behawioralnych, co jest odzwierciedlone poprzez niższe wartości DALY/100000 dotyczące używania alkoholu i ryzyk żywieniowych.
4. Województwo lubuskie wyróżnia się jako region o najwyższym obciążeniu metabolicznym, na co wskazują wysokie wartości wskaźników DALY/100000 w zakresie podwyższonego ciśnienia skurczowego krwi, podwyższonej glikemii oraz nieprawidłowego BMI.
5. Dane DALY/100000 dotyczące województw północnych (warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie) obrazują relatywnie niskie obciążenie ryzykami środowiskowymi równocześnie wskazując, że w zakresie ryzyk behawioralnych (np. alkohol, tytoń) sytuacja jest w nich niekorzystna.

Tabela 6.1. Główne grupy czynników ryzyka wg województw-współczynniki standaryzowane – uszeregowanie od województwa z największymi obciążeniami w wyniku oddziaływania czynników ryzyka do najmniej obciążonych

Województwo	Ryzyka środowiskowe/zawodowe	Ryzyka behawioralne	Ryzyka metaboliczne
Polska	2284,1	6729,9	4929,4
Lubuskie	2326,6	7002,5	5712,4
Dolnośląskie	2410,3	7244,9	5164,7
Śląskie	2585,4	7004	5122,8
Kujawsko-Pomorskie	2329,7	7245,1	5065,3
Lubelskie	2402,6	6856,9	5233,8
Łódzkie	2432,1	7081,3	4971,3
Świętokrzyskie	2385,8	6663,8	5119,3
Zachodniopomorskie	2005,9	7112,5	4920,8
Opolskie	2297,9	6345,5	5022,7
Pomorskie	2134,3	6622,9	4818,3
Warmińsko-Mazurskie	2008,4	6922,2	4596,6
Wielkopolskie	2176,5	6540,4	4792,9
Mazowieckie	2104,6	6649,0	4640,5
Podlaskie	2068,2	6538,7	4666,4
Małopolskie	2418,1	6036,7	4778,4
Podkarpackie	2141,2	6016,3	4848,6

Tabela 6.2. Najważniejsze kategorie ryzyk wg województw-współczynniki standaryzowane –
uszeregowanie od województwa z największymi obciążeniami w wyniku oddziaływania czynników
ryzyka do najmniej obciążonych

Województwo	Tytoń	Stężeni e glukozy w osoczu na czczo	Używani e alkoholu	Wysoki wskaźni k BMI	Wysokie skurczow e ciśnienie krwi	Ryzyka żywieniow e
Polska	2493	1782,5	1428,7	1921,2	2051	1870,3
Lubuskie	2478,9	1909,1	1255,4	2065,3	2599,9	2386,7
Kujawsko- Pomorskie	2993,8	1832,1	1334,0	2059,7	2064,8	1986,7
Dolnośląskie	2770,2	1650,2	1402,5	1991,4	2242,7	2119,8
Lubelskie	2529,7	1855,8	1384,7	1987,6	2269,1	2115,0
Zachodniopomorsk ie	2745,0	1735,6	1538,9	1908,3	2065,9	1890,4
Łódzkie	2441,1	1899,0	1782,9	1923,1	2044,0	1751,0
Śląskie	2323,3	1799,4	1604,4	1922,5	2211,3	1936,7
Świętokrzyskie	2325,4	1712,6	1509,5	1950,0	2364,2	1922,4
Opolskie	2265,4	1860,6	1247,7	1969,9	2046,6	1920,9
Pomorskie	2363,5	1867,9	1492,4	1889,8	1869,5	1804,0
Warmińsko- Mazurskie	2585,2	1787,5	1611,8	1738,6	1823,8	1723,4
Wielkopolskie	2580,4	1788,5	1332,7	1881,7	1890,5	1754,3
Mazowieckie	2599,8	1771,1	1442,1	1836,7	1831,1	1676,7
Podlaskie	2199	1665,1	1520,8	1936,8	1921,1	1803,2
Podkarpackie	2119,9	1747,6	1210,3	1978,7	2071,9	1825,9
Małopolskie	2331,8	1729,1	1153	1903,4	1981,9	1803,3

Analiza potwierdza istotne różnice regionalne pomiędzy województwami w zakresie głównych grup czynników ryzyka, a dane szczegółowe o wybranych kategoriach ryzyka na poziomie 2 pozwalają określić, które komponenty ryzyka w największym stopniu odpowiadają za wysokie lub niskie wartości ogólne.

6.2.1. Czynniki środowiskowe i zawodowe

Wszystkie analizowane województwa przewyższają średnią unijną, jeśli chodzi o poziom współczynnika standaryzowanego DALY/100000 (1581,7), a Polska jako całość jest o 44,4% powyżej tego poziomu (2284,1). Najbardziej niekorzystna sytuacja występuje w województwach śląskim (2585,4; +63,5% wobec UE, +13,2% wobec Polski), łódzkim (2432,1; +53,8% UE, +6,5% wobec Polski) oraz małopolskim (2418,1; +52,9% UE, +5,9% wobec Polski). Z kolei województwa o najniższych wartościach współczynnika to zachodniopomorskie (2005,9; +26,8% UE, -12,2% wobec Polski) i warmińsko-mazurskie (2008,4; +27% UE, -12,1% wobec Polski). Rozstęp między skrajnymi wartościami to 579,5, czyli około 25% wartości dla Polski, co wskazuje na umiarkowane zróżnicowanie, ale wyraźnie identyfikuje województwa wymagające interwencji.

6.2.2 Czynniki behawioralne

Wszystkie analizowane województwa znacząco przewyższają średnią unijną standaryzowanego DALY/100000 (5054,2), a Polska jako całość jest o 33% powyżej tego poziomu. Najbardziej niekorzystna sytuacja występuje w kujawsko-pomorskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim, gdzie DALY/100000 są najwyższe – odpowiednio 7245,1, 7244,9 i 7112,5. W tych regionach nadwyżki wobec UE sięgają ponad 40%, a wobec Polski wynoszą od 5,7% do 7,7%, co oznacza, że obciążenie ryzykami behawioralnymi jest szczególnie wysokie. Dla porównania, województwa o najniższych wartościach, takie jak podkarpackie i małopolskie, pozostają ponad 10% poniżej średniej krajowej, choć nadal przewyższają poziom unijny o około 19%. Rozstęp między skrajnymi wartościami to 1229, czyli 18% wartości dla Polski, co wskazuje na umiarkowane zróżnicowanie, ale wyraźnie identyfikuje obszary wymagające priorytetowych działań prewencyjnych.

6.2.3. Czynniki metaboliczne

Analiza obciążenia DALY/100000 z powodu ryzyk metabolicznych pokazuje, że wszystkie województwa znacząco przewyższają średnią unijną (3578,7), a Polska jako całość jest o 37,7% powyżej tego poziomu (4929,4). Najbardziej niekorzystna sytuacja występuje w woj. lubuskim, gdzie wartość współczynnika wynosi 5712,4, co oznacza nadwyżkę wobec UE na poziomie +59,6% i wobec Polski aż +15,9%. Wysokie obciążenie obserwujemy także w lubelskim (5233,8; +46,2% względem UE, +6,2% względem Polski) oraz dolnośląskim (5164,7; +44,3% względem UE, +4,8% względem Polski). Z kolei najniższe wartości występują w warmińsko-mazurskim (4596,6; -6,8% wobec Polski, ale nadal +28,4% względem UE), mazowieckim (4640,5; -5,9% wobec Polski). Rozstęp między skrajnymi wartościami wynosi 1115,8, co odpowiada 22,6% wartości dla Polski, co wskazuje na wyraźne zróżnicowanie

regionalne. Dane te identyfikują województwa lubuskie, lubelskie i dolnośląskie jako obszary wymagające priorytetowych działań prewencyjnych w zakresie ryzyk metabolicznych.