

Rozmowa  
z Grzegorzem  
Juszczakiem,  
dyrektorem  
Narodowego  
Instytutu Zdrowia  
Publicznego –  
Państwowego  
Zakładu Higieny.



PAP/Wojciech Orlowski

# Pandemiczny portret zdrowotny Polaków

**Jak zmieniło się zdrowie Polaka podczas pandemii COVID-19 – w 2020 i 2021 r.? O ile skróciła się długość życia?**

Już przed pandemią stan zdrowia naszych obywateli był gorszy w porównaniu ze średnią wartością wskaźników zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej, do której odnosimy krajowe statystyki. Niewątpliwie w ten trudny czas weszliśmy z większym deficytem zdrowotnym niż inni Europejczycy. Przykładowo – od 2015 r. zahamowaniu uległ korzystny trend wzrostu oczekiwanej długości życia, a różnica między tymi wartościami u kobiet i mężczyzn, wynosząca w Polsce niemal 8 lat, jest jedną z najwyższych w Europie.

Zdrowie polskich mężczyzn diametralnie różni się od zdrowia kobiet. Różnice te mają także charakter geograficzny – mężczyźni mieszkający w Sopocie żyje średnio dłużej o 8 lat niż mieszkańcy powiatu kutnowskiego. Wiemy także, że powszechne choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, skutki długofalowego palenia tytoniu, takie jak POChP, częściej dotyczą mężczyzn, a ponadto są dodatkowymi czynnikami

zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 i zgonu. Trudno mówić o „przeciętnym” Polaku przy takich różnicach między płciami i powiatami, ale faktem jest, że nasz stan zdrowia jest coraz gorszy.

Innym ważnym wskaźnikiem obrazującym stan zdrowia jest liczba utraconych lat życia w zdrowiu (DALY). Oblicza się go według metodologii światowego badania epidemiologicznego Globalnego Obciążenia Chorobami (GDB). Wskaźnik ten łączy utratę zdrowia związaną z przedwczesnym zgonem z pogorszeniem jakości życia w trakcie trwania choroby. Łącznie w 2019 r. suma DALY wynosiła 12,6 mln lat, z czego 55 proc. dotyczy mężczyzn. Zgodnie z wyliczeniami tego wskaźnika w największym stopniu Polacy tracą zdrowie z powodu choroby niedokrwiennej serca, raka płuca oraz bólu dolnego odcinka kręgosłupa. To może zaskakiwać, ale problem ten jest powszechny i długotrwały, stąd jego wysoka pozycja w tym rankingu. W dalszej kolejności są udar niedokrwieny, cukrzyca typu 2, upadki i rak jelita grubego. Widać więc wyraźnie, że mamy możliwości zapobiegania i skutecznego

leczenia wielu tych problemów. Jeśli zaś chodzi o czynniki ryzyka występowania chorób, najważniejsze z nich na radarze zdrowia publicznego to palenie tytoniu, wysoki wskaźnik masy ciała (BMI) oraz wysokie ciśnienie skurczowe krwi. Dodatkowo – wysokie stężenie glukozy na czczo i spożywanie alkoholu.

### Na co wskazują wyniki uzyskane w badaniu NIZP-PZH?

Wiosną 2020 r. nadwagę (BMI  $\geq 25$ ) miało 54,5 proc. Polaków – 64,2 proc. mężczyzn i 45,5 proc. kobiet. Zbyt duża masa ciała częściej była problemem mężczyzn. Widać zatem skalę wyzwań dla systemu ochrony zdrowia. Nadal jednak brakuje aktualnych danych z pomiarów prowadzonych w trakcie epidemii, która utrudniła nawet badania realizowane przez ankieterów czy wywiady telefoniczne z powodu lockdownu. Większość danych, na których się opieramy, dotyczy okresu sprzed pandemii. Trzeba jednak założyć, że sytuacja pogorszyła się w wielu wymiarach.

Według wstępnych danych opublikowanych przez Eurostat w Norwegii, Finlandii i Danii nie odnotowano skrócenia oczekiwanej długości życia w 2020 r., w pozostałych krajach Europy jego wartość waha się od 0,7 do 1,4 roku. W Polsce jest to 1,1 roku dla kobiet i 1,5 roku dla mężczyzn. W wymienionych krajach nordyckich korzystnym czynnikiem ułatwiającym kontrolę pandemii jest m.in. struktura społeczna gospodarstw domowych (mniej osób zamieszkujących jedno mieszkanie lub dom) i rozproszenie geograficznie miejscowości. Ważnym czynnikiem było też ogromne zaangażowanie obywatelskie mieszkańców lokalnych społeczności w monitorowanie zakażeń i śledzenie kontaktów.

### Instytut opublikował raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020”. Jakie są wnioski?

Jako możliwe do uniknięcia można określić 65 proc. zgonów do 75. roku życia, a aż dwie trzecie w tej grupie stanowią zgony możliwe do uniknięcia przez zapobieganie. Należy zatem przyjąć, że leczymy choroby znacznie skuteczniej, niż im zapobiegamy. Większe obciążenie tymi zgonami obserwujemy wśród mieszkańców wsi niż miast, co jest kolejnym wskazaniem kluczowych obszarów do działań z zakresu zdrowia publicznego.

W raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020” opublikowaliśmy obliczenia skali zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce. Zgodnie z definicją koncepcja umieralności możliwej do uniknięcia (*avoidable mortality*) opiera się na założeniu, że przedwczesne zgony z powodu pewnych problemów powinny być rzadkie, a najlepiej nie powinny w ogóle wystąpić, jeśli istnieją terminowe i skuteczne interwencje medyczne lub z zakresu zdrowia publicz-

„Jako możliwe do uniknięcia można określić 65 proc. zgonów do 75. roku życia, a aż dwie trzecie w tej grupie stanowią zgony możliwe do uniknięcia przez zapobieganie. Należy zatem przyjąć, że leczymy choroby znacznie skuteczniej, niż im zapobiegamy”

nego. Przyjmuje się, że nie powinny także występować przed osiągnięciem 75. roku życia. Zgony te dzielą się na dwie kategorie: te, którym można zapobiec (np. poprzez szczepienia, eliminację ryzyka, jak rak płuca czy POChP, urazy wypadkowe), oraz te, które są podatne na medyczną interwencję i można je skutecznie leczyć (rak piersi, jelita grubego, choroba wrzodowa żołądka, przepukliny itp.). Niektóre przyczyny należą do obu kategorii pół na pół, przykładowo rak szyjki macicy czy cukrzyca, gdzie i zapobieganie, i skuteczne leczenie ogranicza ryzyko zgonu.

### Czy w najbliższych latach długość życia nadal będzie się zmniejszać ze względu na rok pandemiczny i kłopoty z dostępem do świadczeń?

W czerwcu tego roku nie obserwowaliśmy nadwyżki umieralności, zatem takie oszacowanie będzie możliwe dopiero po zakończeniu pełnego roku kalendarzowego. Dotychczasowe fale pandemiczne występowały wiosną i jesienią, więc system zdrowia publicznego i ochrony zdrowia przygotowuje się na ryzyko ewentualnej fali jesiennej. Ograniczenie dostępu do świadczeń w szpitalach skoncentrowanych na opiece nad pacjentami z COVID-19 czy zmiana modelu ich udzielania na teleporady mogły utrudnić wczesną diagnostykę, toteż skutki najprawdopodobniej będą rozłożone w czasie. We wszystkich krajach na świecie choroby przewlekłe nie zniknęły w styczniu 2020 r., a zdolności adaptacji do tak masowego zjawiska zdrowotnego jak pandemia są ograniczone. Przypomnijmy, że od zakończenia zimnej wojny, do kiedy to zasoby medyczne były planowane z dużą rezerwą strategiczną, nie myśleliśmy o potrzebach związanych z pandemią. Długoletni czas pokoju sprzyjał optymalizacji kosztów, a utrzymywanie rezerwowych łóżek czy zasobów kadrowych było akceptowalne raczej w kontekście obrony przed wrogiem. Tym razem wrogiem okazał się wirus.

„Ważny byłby stały odpis ze składki zdrowotnej na działania profilaktyczne, które będą wykraczały poza typowe świadczenie zdrowotne, jakim jest badanie diagnostyczne i porada”

Mówi pan o tym, że „zasoby medyczne były planowane z dużą rezerwą strategiczną”. Jak zatem znaleźć złoty środek? Czy warto mieć rezerwę łóżek, która w czasie spokoju służyłaby na przykład do opieki jednodniowej?

Tak, to trafna rekomendacja, nawet jeśli te łóżka będą „ponadnormatywnie” wyposażone, ponieważ nie wiemy, jaki będzie model leczenia nowo powstających chorób zakaźnych. Przypomnijmy sobie, że w pierwszym okresie pandemii to Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych i Agencja Rezerw Materiałowych zapewniały materiały niezbędne do działania: sprzęt medyczny, środki ochrony indywidualnej, testy diagnostyczne. Gdy dostępność rynkowa jest już wystarczająca i podmioty mogą dokonywać własnych zakupów, pojawia się pytanie, czy budować kolejne rezerwy, skoro takie zakupy stały się obiektem gorącej dyskusji politycznej z argumentacją, że to mogą być nieuzasadnione wydatki. Zauważmy też, że w okresie epidemii łatwiej jest zmobilizować środki finansowe niż zasoby ludzkie i materialne. Zastanawiamy się np., czy udałoby się zapobiec rozwojowi pandemii, gdyby łatwiej było podjąć decyzję polityczną na poziomie Komisji Europejskiej o sfinansowaniu kosztów lockdownu w ogniskach COVID-19 we Włoszech w lutym 2020 r. Środki unijne gwarantowałyby gigantyczne rekompensaty finansowe za utracone dochody dla zamkniętych w domach Włochów, ich wysokość przekraczałaby na pewno możliwości rządu Włoch. Obecnie powstaje urząd ds. koordynacji przeciwepidemicznych działań europejskich – HERA (*Health Emergency Preparedness and Response Authority*) z finansowaniem zakupów centralnych dla krajów członkowskich. Mamy nadzieję, że pozwoli też na finansowanie kosztów lockdownów, dzięki którym można efektywnie hamować szerzenie się zakażeń.

**Jak długo będziemy powracać do stanu zdrowotnego Polaków sprzed COVID-19?**

Jeszcze za wcześnie na takie szacunki. Między 2010 a 2019 r. oczekiwana długość życia wzrosła o ok. 2 lata, zatem to są procesy długotrwałe. Wiele zależy od przyjętej strategii odbudowy zdrowia Polaków – mamy już pierwsze założenia w zakresie poprawy dostępu do świadczeń poprzez zwiększenie finansowania ochrony zdrowia czy znoszenie limitów przyjęć. Ważny jest przekaz za-

chęcający do wykonywania badań profilaktycznych, ale także budowanie świadomości odwiedzania lekarza w celach prewencyjnych. W przypadku mężczyzn to zjawisko rzadkie, występujące chyba tylko w obowiązkowych badaniach medycyny pracy, a skutki omawialiśmy na początku rozmowy. Działania te są zatem ukierunkowane na szybką identyfikację choroby i wdrożenie skutecznego leczenia, finansowanego ze zwiększonej puli środków. Z perspektywy zdrowia publicznego kluczowe będą decyzje zmierzające do zapobiegania chorobom – mam na myśli działania redukujące wpływ czynników ryzyka, szczególnie tych uniwersalnych dla wielu chorób przewlekłych, jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta czy mała aktywność fizyczna.

**Co można zrobić, aby to przyspieszyć?**

Powinniśmy zbudować narrację opartą na doświadczeniach z pandemii – nie dbaliśmy o swoje zdrowie i mieliśmy mniejsze szanse na pokonanie nowego wirusa. Mówię tu o przekazie społecznym, bo dyskusje w gronie osób zarządzających systemem ochrony zdrowia niespecjalnie interesują obywateli. Musimy bardzo dokładnie i fachowo przeanalizować nasze działania, ale konstruktywnie, aby usprawnić przygotowania na kolejne zagrożenia. Obecne pokolenia nie zetknęły się z realnym i nagłym zagrożeniem dla zdrowia, jak w przypadku pandemii COVID-19, od czasu II wojny światowej. Osoby palące, otyłe, z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą – teraz i w przypadku kolejnych nowo powstających chorób zakaźnych stanowią główną grupę ryzyka. A co do działań praktycznych – proszę zauważyć, że z jednej strony jest pewna moda na zdrowy styl życia wśród osób z wyższym statusem społeczno-ekonomicznym, mieszkańców dużych miast, z drugiej natomiast rozproszone przedsięwzięcia mobilizujące i wspierające takie decyzje prozdrowotne, które mogłyby docierać do mniejszych miejscowości i wsi. Tam jednak brakuje zasobów kadrowych i finansowych, aby te działania wdrażać. Dotyczy to szczególnie małych gmin, gdzie trudniej np. organizować akcje szczepień przeciw COVID-19, uczyć młodzież unikania produktów zawierających nikotynę czy wprowadzania zdrowych nawyków żywieniowych, a osoby dorosłe doboru adekwatnej do sytuacji zdrowotnej formy aktywności fizycznej. Na pewno zatrudnienie w gminie osoby wykształconej kierunkowo, np. absolwenta kierunku zdrowie publiczne, pomogłoby w planowaniu i realizowaniu takich działań. Wyrównywanie szans na poprawę zdrowia warto zacząć od analizy tego systemu, który obecnie nie gwarantuje spektakularnego sukcesu profilaktyki.

**Co wynika z danych dotyczących aktywności fizycznej młodszej części społeczeństwa?**

Nasze analizy dotyczą Polaków w wieku powyżej 20 lat. Według badania ankietowego przeprowadzonego przez NIZP-PZH w 2020 r. jedynie 32,8 proc. Pola-

ków w tym przedziale wiekowym regularnie uprawiało sport lub podejmowało rekreacyjną aktywność fizyczną – na przykład jazdę na rowerze, pływanie, fitness, spacer. Wyników badań w zakresie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży dostarcza Instytut Matki i Dziecka, prowadzący od lat międzynarodowe reprezentatywne badanie HBSC (*Health Behaviour in School-age Children*), którego ostatnie podsumowanie opublikowano w ubiegłym roku. Niestety, badania realizowane jeszcze przed pandemią wykazały, że dwie lub więcej godzin aktywności fizycznej w tygodniu deklarowało tylko 43 proc. 11-latków i 36 proc. 11-latek, a w kolejnych latach życia te odsetki spadały do poziomu 35 proc. i 22 proc. Z takimi wskaźnikami weszliśmy w ponadroczny lockdown i przebywanie w domu. Zdecydowanie teraz naszedł czas, aby młodzież „rozruszać”.

Dodatkowo badanie wykazało, że samopoczucie psychiczne dzieci i młodzieży pogarszało się wraz z wiekiem, szczególnie u dziewcząt. Już wtedy polskie dziewczęta najczęściej spośród wszystkich 45 krajów biorących udział w badaniu deklarowały, że postrzegają siebie jako grube – dotyczy to 39 proc. dziewcząt w wieku 11 lat, a już 52 proc. w wieku 15 lat! Polscy chłopcy zajęli w tym rankingu drugie miejsce. Działania zmierzające do zmniejszenia wagi były podobnie częste u młodzieży z nadwagą co z prawidłową masą ciała.

**Może w takim razie konieczne jest dodatkowe finansowanie i nowe kompetencje jednostek administracji, które odpowiadają za profilaktykę?**

Zdecydowanie tak. Znamy główne czynniki ryzyka utraty lat życia w zdrowiu, wiemy z analiz epidemiologicznych, gdzie i w jakich grupach wiekowych takie ryzyko jest nasilone, powinniśmy przekuć to w spójną strategię zdrowia publicznego. Ramy dla tego systemu wyznacza ustawa o zdrowiu publicznym i rozporządzenie o Narodowym Programie Zdrowia. Od kilku lat jako środowisko ekspertów zajmujących się zdrowiem publicznym postulujemy integrację bardzo rozproszonych środków wydawanych na interwencje z tego zakresu w spójny i stabilny Fundusz Zdrowia Publicznego, z którego organizacje administracji rządowej, samorządowej i pozarządowej będą mogły finansować zweryfikowane naukowo i efektywne kosztowo działania. Już dziś z monitorowania realizacji Narodowego Programu Zdrowia wynika, że na kilkadziesiąt tysięcy interwencji w roku instytucje rządowe i samorządy przeznaczają 4–5 mld zł. Fundusz mógłby być zasilany z różnych źródeł obecnie finansujących takie przedsięwzięcia, jak choćby opłaty za sprzedaż napojów alkoholowych czy podatek cukrowy. Ważny byłby także stały odpis ze składki zdrowotnej na działania profilaktyczne, które będą wykraczały poza typowe świadczenie zdrowotne, jakim jest badanie diagnostyczne i porada.

„Najważniejszy wniosek z pandemii to określenie i utrzymywanie rezerwy w obszarze nadzoru sanitarno-epidemiologicznego i ochrony zdrowia”

**O jakich działaniach pan myśli?**

Chodzi m.in. o działania skierowane nie do pojedynczego pacjenta, ale do grup i społeczności – edukację zdrowotną, trening umiejętności dokonywania zdrowszych wyborów, kampanie uświadamiające wagę wybranych problemów zdrowotnych, przygotowywanie materiałów dydaktycznych i warsztatów. Z funduszu można by także dofinansowywać interwencje środowiskowe – prowadzenie lekcji o zdrowiu, dodatkowe zajęcia sportowe, budowę ścieżek rowerowych ułatwiających dojazd do pracy czy szkoły i wiele innych. Byłby on dostępny dla samorządów, które koordynują lokalną politykę zdrowotną, ale w taki sposób, aby zachęcać do inwestowania w działania oparte na analizie potrzeb.

**Jakie wnioski można do tej pory wyciągnąć z pandemii?**

Skupię się na konstruktywnym zdefiniowaniu tych, które można przekuć na działanie. Nie możemy zmienić przeszłości – powinniśmy patrzeć w przyszłość. Doświadczenia z epidemiami w XXI w. – grypy ptasiej i świńskiej, SARS i ebola – uczą, że o tych wydarzeniach szybko się zapomina, bo nie były tak dotkliwe jak COVID-19. Z perspektywy ochrony zdrowia publicznego najważniejszy wniosek to określenie i utrzymywanie rezerwy pandemicznej w obszarze nadzoru sanitarno-epidemiologicznego i ochrony zdrowia. Na wzór wojsk ochrony terytorialnej powinniśmy dysponować mechanizmem mobilizacji epidemiologicznej – osób regularnie szkolących się np. w dochodzeniach epidemiologicznych. Mogą to być absolwenci kierunków medycznych, takich jak zdrowie publiczne, fizjoterapia, farmacja, techniki dentystyczne. Podczas epidemii nie będą na pierwszej linii leczenia pacjentów, ale mogą szybko wesprzeć kluczowy proces śledzenia kontaktów i izolowania. To ciekawa, detektywistyczna praca wykonywana przez inspekcję sanitarną, więc zapewne byłiby chętni do szkolenia się w tym obszarze. W planowaniu zasobów ochrony zdrowia też należy uwzględnić funkcję pandemiczną w sieci szpitali, które będą gotowe do przyjęcia pacjentów z nową chorobą zakaźną. Taka sieć powinna być finansowana niezależnie od realnego zagrożenia, co pozwoli na szkolenia i utrzymanie infrastruktury. Może to kierunek rozwoju Wojsk Obrony Terytorialnej, bardzo zaangażowanych w działania przeciwepidemiczne?

Rozmawiał Krystian Lurka