

∫ + U D I A  
J D E M Ø  
2/178 G R E F I  
◐ Z N E

J + U D I A  
D E M Ø  
2/178 G R E F I  
8 C Z N E

**Wydawca:** Kolegium Analiz Ekonomicznych Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie

**Publisher:** Collegium of Economic Analysis of SGH Warsaw School of Economics

*Publikacja dofinansowana ze środków MNiSW na podstawie umowy nr 224/WCN/2019/1 z dn. 2.07.2019 r. w ramach programu „Wsparcie dla czasopism naukowych” oraz przez Szkołę Główną Handlową w Warszawie.*

The publication is financed by the Ministry of Science and Higher Education under the program No. 224/WCN/2019/1 of 2.07.2019 and SGH Warsaw School of Economics.

Od 1999 r. *STUDIA DEMOGRAFICZNE* są wydawane dwa razy w roku.

**Redaktor naczelna:** Anita ABRAMOWSKA-KMON  
**Editor in Chief:**

**Redaktor Prowadząca:** Wiktoria WRÓBLEWSKA  
**Issue Editor:**

**Komitet Redakcyjny:** Anita ABRAMOWSKA-KMON, Zuzanna BRZOZOWSKA,  
**Editorial Committee:** Grażyna DEHNEL, Agnieszka FIEHEL, Martin KREIDL,  
Anna KUROWSKA, Monika MYNARSKA, Beata NOWOK,  
Beata OSIEWALSKA, Wiktoria WRÓBLEWSKA  
(zastępca redaktor naczelnej)

**Administracja Redakcji:** Sylwia TIMOSZUK  
**Managing Editor**

**Rada Redakcyjna:** Jakub BIJAK, Piotr BŁĘDOWSKI,  
**Editorial Board:** Agnieszka CHŁOŃ-DOMIŃCZAK, Dariusz CHOJECKI,  
Andreas EDEL, Elżbieta GOŁATA (przewodnicząca),  
Agata GÓRNY, Jolanta GROTOWSKA-LEDER,  
Irena E. KOTOWSKA, Jolanta KURKIEWICZ,  
Ireneusz KUROPKA, Aušra MASLAUSKAITĖ, Anna MATYSIAK,  
Daniela SZYMAŃSKA, Bogdan WOJTYNIAK

**Kontakt z redakcją:** studia.demograficzne@sgh.waw.pl  
**Contact:**

**Strona internetowa:** <https://econjournals.sgh.waw.pl/SD>  
**Website:**

© Kolegium Analiz Ekonomicznych Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie

Redakcja deklaruje, że wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna.

**Projekt okładki:**  
Urszula Jedynak

**Skład i łamanie:**  
DM Quadro

**Druk i oprawa:**  
QUICK-DRUK s.c.

**Zamówienie:**  
150/XII/20

**Nakład:**  
150 egz.

## Od redaktor numeru

Zdrowie definiowane jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko braku choroby lub kalectwa” (WHO, 1948) jest kapitałem ludzkim i odgrywa ważną rolę jako czynnik wzrostu ekonomicznego, istotny także dla systemu finansów publicznych oraz poziomu życia gospodarstw domowych. Zdrowie w holistycznym ujęciu opisanym przez model społeczno-ekologiczny jest rozumiane jako proces zależny od osoby będącej podmiotem odpowiedzialnym za swój stan zdrowia, m.in. przez styl życia, oraz od zasobów społecznych, kulturowych, ekonomicznych i wielu innych determinant środowiskowych mających wpływ na zdrowie, także w wymiarze decyzyjnym (Wróblewska, 2020). Dostęp do tak szeroko rozumianych zasobów na poziomie jednostkowym i społecznym jest zróżnicowany, co wiąże się z występowaniem wielu nierówności w zdrowiu i umieralności. Osobom o wyższym statusie społecznym i ekonomicznym częściej udaje się zachować dobre zdrowie, nawet jeśli warunki zewnętrzne, systemowe i środowiskowe nie sprzyjają zdrowiu.

Zdrowie jest szczególnym dobrem, na które zgłasza popyt całe społeczeństwo. Jest równocześnie dobrem wyjątkowo kruchym, które wymaga ochrony. Dostrzegamy to bardzo wyraźnie w czasie trwającej od marca 2020 roku pandemii koronawirusa. Jak wynika z danych opublikowanych na stronach Światowej Organizacji Zdrowia, do 28 listopada br. odnotowano blisko 62 mln przypadków zakażenia SARS-CoV-2, a w związku z COVID-19 zmarło już 1,45 mln osób na świecie. W Europie zdiagnozowano ponad 18,3 mln zakażeń i 410 tys. zgonów, z czego na Polskę przypada już blisko 1 mln zakażeń i 17 tys. zgonów. Należy tu dodać, że w sytuacji pandemii głównym przedmiotem zainteresowania staje się biomedyczne ujęcie stanu zdrowia definiowane jako niewystępowanie choroby, a także stan zasobów ochrony zdrowia.

Znajomość teorii przejścia epidemiologicznego pozwala na określenie zdarzenia wystąpienia pandemii w XXI wieku terminem „szary łabędź”, którego krótkookresowe

prawdopodobieństwo jest trudne do oszacowania, ale możliwe, a jego zajście może pogrzebać dotychczasowy porządek (Wróblewska, 2009). Abdel Omran formułując teorię przejścia epidemiologicznego, nie zakładał liniowości jego etapów i wskazywał, że choroby przewlekłe nie muszą wypierać całkowicie chorób zakaźnych. Wiele krajów rozwijających się boryka się wciąż z wysoką zachorowalnością na choroby wirusowe i bakteryjne, które współwystępują z chorobami przewlekłymi. Na przykład, z badania zapadalności i umieralności na malarię wynika, że na świecie jest notowanych rocznie ponad 200 mln przypadków malarii i blisko 500 tys. zgonów. W 2018 roku odrą zaraziło się niemal 10 mln ludzi na całym świecie, z czego 142 tys. zmarło, w większości dzieci do 5. roku życia. Pod koniec XX wieku zaobserwowano ekspansję wielu chorób endemicznych na całe kontynenty oraz pojawienie się nowych chorób zakaźnych, które nie występowały nigdzie wcześniej. W 1998 roku została opublikowana praca, której autorem jest S. Jay Olshansky z zespołem, zawierająca dramatyczne pytanie o to, czy kolejna faza przejścia epidemiologicznego nie okaże się powrotem do etapu dominacji chorób zakaźnych? (Olshansky, Carnes, Rogers, Smith, 1998). Szukając przyczyn tego stanu rzeczy, można wskazać na procesy globalizacyjne na świecie, które połączyły i wymieszały problemy zdrowotne populacji różnych regionów i kontynentów tak, że ludzie na całym globie, bez względu na status rozwoju i zasobów, żyją w obrębie jednej ekologii chorób zakaźnych. W tym kontekście szczególnym wyzwaniem są zaniedbania dotyczące stanu zdrowia i opieki zdrowotnej w wielu regionach świata, w tym w leczeniu chorób zakaźnych. Założeniem ekologii integralnej, o której pisze papież Franciszek w encyklice *Laudato si*, jest to, że wszystko w świecie jest ze sobą powiązane, środowisko naturalne i zamieszkujące go organizmy, populacje zwierząt i populacje ludzkie.

Jak uczy historia, epidemie nie są stałym trendem, lecz krótkotrwałym wydarzeniem i w którymś momencie ulegają wyciszeniu. Przykładowo, epidemia grypy hiszpanki przed stu laty trwała dwa lata. Uwzględniając zaplecze laboratoryjne, medyczne i technologiczne oraz środki finansowe przeznaczone na walkę z pandemią koronawirusa, można mieć nadzieję na rychłe jej wygaśnięcie. Skutki pandemii w wymiarze stanu zdrowia populacji, te bezpośrednie i pośrednie, będą zapewne jeszcze długo obserwowane. Zależą one m.in. od obecnego stanu zdrowia populacji, struktur wieku i dominujących schorzeń przewlekłych, a także systemu opieki zdrowotnej i jego zasobów.

Teksty zamieszczone w niniejszym numerze Studiów Demograficznych dotyczą problematyki zdrowia i umieralności w Polsce i innych krajach Europy, w tym w krajach poskomunistycznych, w okresie przed pandemią koronawirusa. Dostarczają one wielu cennych informacji o: obecnej sytuacji zdrowotnej, wyzwaniach dla systemu zdrowia publicznego i statystyki przyczyn zgonów, ocenie jakości życia osób

niepełnosprawnych, nowych metodach analizy dynamiki umieralności oraz szacowaniu tablic trwania życia.

Tekst Bogdana Wojtyniaka i Jakuba Stokwiszewskiego dotyczy przedwczesnej umieralności w ostatnich dwudziestu latach w Polsce i krajach Europy Środkowej z przyczyn, które uznaje się za możliwe do uniknięcia dzięki profilaktyce lub leczeniu. Prezentowane wyniki badania mogą pośrednio odpowiadać na pytanie, w jakim stopniu profilaktyka i opieka zdrowotna mogą przyczynić się do poprawy stanu zdrowia populacji i zapobiegania zgonów. Autorzy korzystając z nowej listy możliwych do uniknięcia i uleczalnych przyczyn zgonów oraz narzędzi stosowanych w tego typu analizach, pokazali, że we wszystkich krajach umieralność z przyczyn, których można było uniknąć dzięki profilaktyce lub leczeniu, miała znaczący pozytywny wpływ na ogólną zmianę oczekiwanej długości życia. Badanie to ujawniło także zróżnicowany przebieg zmian w umieralności zależny od grupy przyczyn, płci i regionu. Wskazano także na znaczne możliwości tkwiące przede wszystkim w profilaktyce chorób będących przyczynami zgonów przedwczesnych, w tym pozwalające na zmniejszenie nadmiernej umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet w krajach Europy Środkowej.

Tematyka nierówności w zdrowiu mężczyzn i kobiet w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, należących do byłego ZSRR oraz bloku państw socjalistycznych, mierzonych długością trwania życia jest przedmiotem artykułu Tomasza Michalskiego i Wioletty Szymańskiej. Autorzy analizują prawidłowości w zmianach różnicy średniej długości życia mężczyzn i kobiet, które zaszły w tych krajach od 1990 roku w ujęciu przestrzennym, z odniesieniem nie tylko do uwarunkowań kulturowych i niesprzyjającego zdrowiu stylu życia mężczyzn, ale także uwarunkowań historycznych i niższego statusu kobiet w krajach, które w przeszłości znajdowały się pod panowaniem Imperium Osmańskiego. Weryfikują znaczenie reform gospodarczych oraz społeczno-ustrojowych, które z jednej strony mogły przyczynić się do wzrostu zamożności krajów, a z drugiej były źródłem wystąpienia nowych sytuacji powodujących wzrost stresu populacji określanych jako *homo post-sovieticus*.

Wydłużanie średniej długości trwania życia łączy się ze wzrostem udziału osób starszych w populacji, a co za tym idzie wzrostem częstości współwystępowania kilku chorób przewlekłych i w konsekwencji złożonych procesów i przyczyn prowadzących do zgonu. Chociaż pierwsze analizy dotyczące wieloprzyczynowości zgonów były opublikowane kilkadziesiąt lat temu, to podejście takie nabrało znaczenia w ostatnich latach, co jest warunkowane gromadzeniem wysokiej jakości danych o przyczynach zgonów. Analiza Agnieszki Fihel jest pierwszą tego typu analizą dla Polski i dotyczy wszystkich zgonów, które nastąpiły w 2013 roku. Jej celem jest zbadanie jakości informacji o przyczynach zgonów oraz ocena skali umieralności związanej z wielochorobowością, obejmującą choroby typowe dla starzejącej się populacji. Z analiz wynika

konieczność poprawy jakości danych o przyczynach zgonu w Polsce, dla których znaczna część informacji obejmuje nieznaną lub nieprawidłowo zdefiniowaną przyczynę. Autorka zwraca uwagę na znaczenie chorób, które rzadko są bezpośrednimi przyczynami zgonu, ale często prowadzą do wystąpienia takich chorób.

W Polsce blisko co czwarta osoba w wieku 15 lat i więcej może mieć ograniczenia w codziennej aktywności wynikające ze stanu zdrowia, mierzone wskaźnikiem ADL. Występowanie niepełnosprawności nie oznacza jednak, że osoby te stanowią jednorodną grupę o takiej samej jakości życia, która jest niższa niż osób bez takich ograniczeń. Pokazują to w swojej pracy, opartej na wynikach badania EU-SILC, Radosław Antczak, Izabela Grabowska, Jan Zwierzchowski i Tomasz Panek. Autorzy analizują jakość życia osób z niepełnosprawnościami i osób pełnosprawnych w Polsce w 2015 roku oraz profile wiekowe jakości życia w tych grupach. Wykorzystują w tym celu koncepcję jakości życia opartą na możliwościach funkcjonowania oraz, jako narzędzie pomiaru, model równań strukturalnych, który pozwala na uwzględnienie wielowymiarowości i złożoności analizowanego zagadnienia jakości życia oraz szerokiego zbioru determinant opartego na koncepcji zalecanej przez Eurostat. We wnioskach płynących z analizy jest postulowana konieczność dostosowania i zróżnicowania polityki publicznej dotyczącej osób niepełnosprawnych.

W interesującym od strony metodycznej artykule, Beata Jackowska analizuje zmiany tendencji rozwojowej wzorca umieralności w Polsce od 1958 roku. Analiza jest prowadzona ze względu na wiek i okres dla każdej z płci odrębnie, a do jej przeprowadzenia dokonano wyrównania współczynników zgonów opartego na funkcji sklejania i na tej podstawie oszacowano tablice trwania życia. Analiza intensywności zgonów pozwoliła na identyfikację zmian trendu we wzorcach umieralności oraz identyfikację grup wieku odpowiedzialnych za te zmiany. Do prezentacji występujących relacji i zmian w czasie w prawdopodobieństwie zgonu ze względu na wiek i lata kalendarzowe zastosowano wykresy w postaci map konturowych.

Dane dotyczące poziomu zgonów analizowane w cyklu rocznym podlegają wahaniom sezonowym, które są związane ze zmianami temperatur i występującą sezonowością zachorowań, w szczególności na grypę i infekcje grypopochodne. Zjawisko sezonowości umieralności w ostatnich dwudziestu latach było przedmiotem statystycznej analizy przeprowadzonej przez Ewę Syczewską i Barbarę Cieślak dla wybranych krajów Europy Środkowo-Wschodniej oraz Zachodniej. W analizie wykorzystano miesięczne dane Eurostatu oraz trzy miary sezonowości opisane w literaturze przedmiotu. Okres analizy obejmował dane do czerwca 2019 roku i może stanowić odniesienie dla dalszych badań nadwyżki zgonów w okresie pandemii.

Konstruowane dla danych rocznych przekrojowe tablice trwania życia pozwalają na bieżąco monitorować zmiany umieralności i szacować przeciętne dalsze trwanie

życia. Zastosowanie dynamicznego podejścia do szacowania tablic trwania życia, które zakłada przedłużenie obserwowanych zmian w danym okresie na lata kolejne, pozwala na pokazanie skutków utrzymania się zmian prawdopodobieństwa zgonu dla poziomu parametru trwania życia. Wyniki takich analiz, zastosowane po raz pierwszy dla danych dla Polski, obrazujące możliwe straty w dynamicznej oczekiwanej długości życia, które są rezultatem mniej korzystnych zmian w umieralności, które zaszły w latach 2013–2018 w porównaniu do okresu 2008–2013, przedstawia w swoim opracowaniu Piotr Józwik.

Na koniec jeszcze jedna refleksja i przy okazji zachęta do lektury. Trzeba mieć na uwadze, że od czasu objętego badaniami zawartymi w tym numerze Studiów Demograficznych sytuacja w obszarze stanu zdrowia i umieralności podlega silnym perturbacjom. Po okresie pandemii może wyłonić się jej zmieniony obraz i nowe wyzwania wpisujące się w ogólną historię zdrowia populacji mieszkańców Europy. O zmianach w stanie zdrowia w ujęciu historycznym od początków XVIII wieku pisze Johan P. Mackenbach w wydanej w marcu tego roku książce pt. *A history of population health* (Mackenbach, 2020). W jej końcowym rozdziale Autor stara się odpowiedzieć na pytanie, czy to, co zostało dotychczas osiągnięte w wymiarze stanu zdrowia, jest trwałe w dłuższej perspektywie?

Wiktoria Wróblewska, redaktor numeru

## Bibliografia

- [1] Mackenbach, J.P. (2020). *A History of Population Health*. Leiden, The Netherlands: Brill | Rodopi. DOI: 10.1163/9789004429130.
- [2] Olshansky, S.J., Carnes, B.A., Rogers, R.G., Smith, L. (1998). Emerging infection diseases: The Fifth Stage of the Epidemiologic Transition?, *The World Health Statistics Quarterly*, 51(4), s. 207–213.
- [3] WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946*. Official Records of the WHO, 2(100).
- [4] Wróblewska, W. (2009). Teoria przejścia epidemiologicznego oraz fakty na przełomie wieków w Polsce, *Studia Demograficzne*, 1(155), s. 110–159.
- [5] Wróblewska, W. (2020). Zdrowie i nierówności społeczne w zdrowiu. W: *Statystyka społeczna. Procesy społeczne, źródła danych i metody analizy* (s. 315–357), T. Panek (red.). Warszawa: PWE.