

Piotr Szukalski
Instytut Socjologii
Uniwersytet Łódzki
piotr.szukalski@uni.lodz.pl

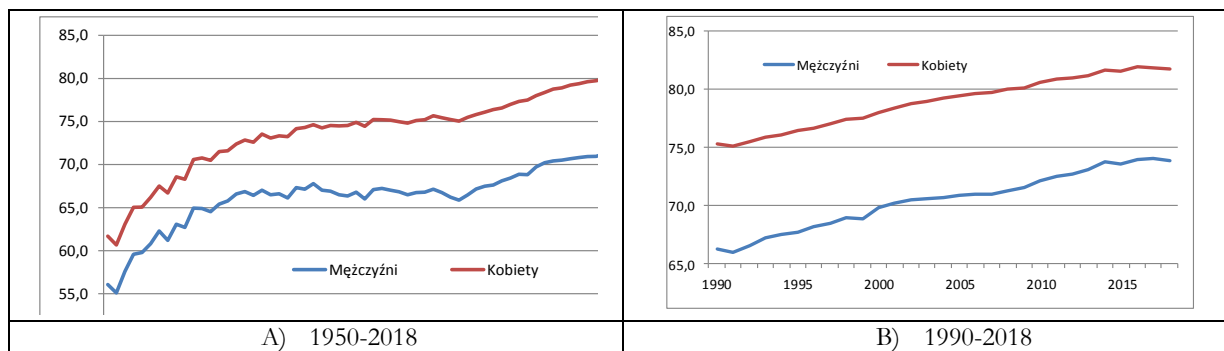


Dlaczego w ostatnich latach w Polsce trwanie życia nie rośnie?

Przywykliśmy od wielu lat, iż we wszystkich dziedzinach życia społecznego widoczna jest poprawa. Konstatacja taka dla zdecydowanej większości Polaków jest oczywistością, wszak – pomijając tak oczywiste sfery jak poziom życia, wynagrodzenia, pewność pracy, jakość środowiska naturalnego – stale jesteśmy informowani o pozytywnych zmianach, jakie zachodzą. Takie pozytywne zmiany – pomijając nadzwyczajne sytuacje związane z epidemiami lub czynnikiem pogodowym – odnoszą się i do naszego stanu zdrowia. Wymiernym potwierdzeniem powyższego oczekiwania są obserwowane w ostatnich dekadach zmiany pośredniego, syntetycznego wskaźnika zdrowia, jakim jest trwanie życia noworodka. Miernik ten, w najczęściej używanej formie, tj. obliczony na podstawie podejścia przekrojowego, informuje nas, ile lat ma przed sobą – przy założeniu długotrwałego braku zmian natężenia zgonów w poszczególnych grupach wieku – nowo narodzone dziecko. Z uwagi na duże różnice pomiędzy wartościami tego parametru pomiędzy przedstawicielami obu płci, wskaźnik ten osobno obliczany jest dla kobiet i mężczyzn.

Po II wojnie światowej zmiany trwania życia podzielić można na 3 podokresy (rys. 1A). Pierwsze powojenne ćwierćwiecze, gdy w wyniku poprawy wyżywienia, higieny, dostępu do opieki lekarskiej stan zdrowia Polek i Polaków szybko się poprawiał. Druga połowa lat 1960. przyniosła ze sobą symptomy kryzysu zdrowotnego, ujawniającego długofalowe słabości socjalistycznego państwa, nieradzącego sobie z zapewnieniem wysokiej jakości życia, z zanieczyszczeniami środowiska naturalnego, z zapewnieniem odpowiedniej opieki lekarskiej i z oddziaływaniem na styl życia mieszkańców. W efekcie poziom umieralności generalnie ustabilizował się do końca PRL-u, co przejawiało się znaczącym spowolnieniem spadku natężenia zgonów kobiet i wzrostem umieralności mężczyzn. Również pierwsze 2-3 lata po upadku PRL były okresem kontynuacji tej tendencji (rys. 1B).

Rysunek 1
Trwanie życia noworodków w latach 1950-2018 według płci



Źródło: dane GUS

Szczęśliwie, kolejne lata to okres wyłonienia się nowego trendu, przejawiającego się trwałym obniżaniem częstości zgonów. Działo się to w stopniu szybszym (2,5-3 lata przyrostu w trakcie dekady) niż spadek umieralności w Europie Zachodniej, co powoli prowadziło do zmniejszania skali naszego zapóźnienia w sferze umieralności.

W trakcie ostatniego ćwierćwiecza oczywiście zdarzały się przypadki zahamowania tempa zmian lub nawet spadku trwania życia pod wpływem czynnika pogodowego i powiązanych z tym wzrostów częstości niektórych chorób (przede wszystkim grypy) – zob. rys. 1B. Miały one jednak charakter krótkich odstępstw od trendu – w przypadku mężczyzn spadki występowały w latach 1999, 2015, 2018, wśród kobiet w latach 2015, 2017, 2018; z kolei niewielkie wzrosty, tj. nie większe niż 0,1 roku, odpowiednio w latach 2003, 2007 i 2017 oraz 2009 i 2012. Co więcej, z reguły po wystąpieniu takiego „wyjątkowego” roku w kolejnym następował przyrost trwania życia przekraczający średnią, przynajmniej częściowo kompensując niekorzystne zmiany i utrwalając trend.

Tak pozytywna sytuacja w ostatnich latach, niestety, uległa zmianie. Od 2015 występują zadziwiająco często lata charakteryzujące się spadkiem trwania życia, albo jego słabymi przyrostami (tab. 1).

Ostatnie, niekorzystne zmiany widać również w przypadku województw, gdzie generalnie w ostatnim ćwierćwieczu również przeważały lata charakteryzujące się poprawą długości życia (tab. 1).

Tabela 1
Trwanie życia noworodka w województwach według płci w latach 1995-2018

Województwo	Trwanie życia noworodka:															
	mężczyźni								kobiety							
	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018
Dolnośląskie	67,0	68,8	70,4	71,7	73,2	73,5	73,5	73,2	75,7	77,6	78,9	80,2	81,0	81,4	81,1	81,3
Kujawsko-pomorskie	67,4	69,6	70,6	71,4	73,5	73,7	74,0	73,5	75,9	77,5	79,1	79,8	81,3	81,4	81,0	81,1
Lubelskie	67,5	69,1	69,9	71,2	73,3	73,6	73,6	73,5	77,2	78,5	79,9	81,0	82,4	82,7	82,2	82,3
Lubuskie	67,1	69,2	70,2	71,5	72,8	73,0	73,4	73,0	75,6	77,4	79,0	80,1	80,9	81,4	81,2	80,9
Łódzkie	66,0	67,9	68,6	70,1	71,4	72,0	71,9	72,0	75,6	77,2	78,3	79,4	80,4	80,8	80,8	80,7
Małopolskie	69,2	71,3	72,3	73,7	75,1	75,3	75,4	75,3	77,0	78,8	80,2	81,4	82,4	82,9	82,6	82,9
Mazowieckie	67,7	69,8	71,1	72,6	74,0	74,1	74,0	74,0	76,7	78,6	80,2	81,0	82,0	82,3	82,1	82,0
Opolskie	68,3	70,7	71,9	73,0	73,8	74,4	74,1	74,6	76,4	78,2	79,5	80,4	81,4	81,8	81,6	81,8
Podkarpackie	69,1	71,2	72,0	73,7	74,9	75,4	75,6	75,5	77,6	79,0	80,3	81,8	82,5	83,0	83,1	83,2
Podlaskie	67,9	70,5	71,0	72,5	73,8	74,2	74,2	74,1	77,6	79,1	80,4	81,9	82,6	82,8	82,9	82,7
Pomorskie	68,5	70,6	71,7	73,0	74,2	74,5	74,8	74,7	76,3	78,1	79,8	80,8	81,4	81,7	81,7	81,9
Śląskie	67,5	69,6	70,5	71,6	73,0	73,5	73,4	73,5	75,7	77,2	78,5	79,7	80,3	80,9	80,8	80,9
Świętokrzyskie	68,2	70,5	70,6	71,8	73,0	73,7	73,8	73,6	77,2	78,6	80,2	80,9	82,2	82,1	82,2	82,1
Warmińsko-mazurskie	66,9	69,2	70,0	71,3	72,7	72,7	73,0	72,5	76,8	78,6	79,4	80,4	81,1	81,1	81,4	81,6
Wielkopolskie	67,4	69,7	71,3	72,5	73,7	74,2	74,1	74,0	76,2	77,5	79,2	80,5	81,2	81,5	81,6	81,3
Zachodniopomorskie	66,5	69,0	70,6	71,3	73,5	73,5	73,7	73,6	75,8	77,5	78,8	80,1	81,1	81,6	81,2	81,2
Polska	67,6	69,7	70,8	72,1	73,6	73,9	74,0	73,8	76,4	78,0	79,4	80,6	81,6	81,9	81,8	81,7

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>

W skali województw ów bardzo długi okres poprawy warunków zdrowia nie był już tak jednoznaczny, albowiem jedynie 7-krotnie wśród mężczyzn i 6-krotnie wśród kobiet wystąpił rok kalendarzowy, kiedy nie odnotowano spadku trwania życia noworodka w ani jednym województwie.

W rzeczywistości obserwować można było zatem równoczesne występowanie zmian dwukierunkowych, choć z pozytywną wypadkową, a zarazem wyodrębnić można pewne regiony szczególnie podatne na stałą poprawę zdrowia i takie, w których zaobserwować można labilność w tym zakresie (tab. 2).

Tabela 2

Lata charakteryzujące się spadkiem trwania życia noworodków według płci i województw (1995-2018)

Województwo	Lata charakteryzujące się spadkiem u:	
	mężczyzn	kobiet
Dolnośląskie	1999, 2006, 2017, 2018	1999, 2007, 2012, 2015, 2017
Kujawsko-pomorskie	2007, 2018	2007, 2009, 2017
Lubelskie	2005, 2007, 2017, 2018	2017
Lubuskie	1998, 2003, 2007, 2013, 2015, 2018	2006, 2011, 2013, 2017, 2018
Łódzkie	1999, 2005, 2006, 2015, 2017	2005, 2015, 2018
Małopolskie	1999, 2004, 2015, 2018	2005, 2015, 2017
Mazowieckie	1999, 2007, 2017	2006, 2009, 2012, 2017, 2018
Opolskie	2002, 2006, 2008, 2012, 2015, 2017	2003, 2005, 2010, 2012, 2017
Podkarpackie	2004, 2015, 2018	2003, 2009, 2015
Podlaskie	2005, 2009, 2012, 2015, 2018	2003, 2011, 2015, 2018
Pomorskie	2007, 2012, 2015, 2018	2002, 2007, 2012, 2015, 2017
Śląskie	1999, 2004, 2015, 2017	1999, 2003, 2015, 2017
Świętokrzyskie	1999, 2005, 2015, 2018	1999, 2005, 2010, 2016, 2018
Warmińsko-mazurskie	1998, 2003, 2007, 2015, 2018	2001, 2013, 2015
Wielkopolskie	2003, 2015, 2017, 2018	2012, 2013, 2018
Zachodniopomorskie	1999, 2002, 2006, 2015, 2018	2009, 2017
Polska	1999, 2015, 2018	2015, 2017, 2018

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>

W ciągu tych 24 badanych lat największą stabilnością charakteryzowały się w przypadku mężczyzn województwa kujawsko-pomorskie, podkarpackie i mazowieckie, zaś w przypadku kobiet lubelskie i zachodniopomorskie. Z kolei najwięcej zawirowań doświadczały w pierwszym przypadku lubuskie i opolskie, zaś w przypadku kobiet dolnośląskie, lubuskie, mazowieckie, opolskie, pomorskie i świętokrzyskie.

Samoistnie rodzi się pytanie, jakie były przyczyny obserwowanych w ostatnich latach, w zarówno w skali Polski, jak i większości województw, odstępstw od długoterminowego trendu. Jak się wydaje, można mówić o kilku przyczynach, które jednocześnie mogą być traktowane jako czynniki wyjaśniające niekorzystne zmiany.

Szukając wyjaśnień, odwołać się można do kilku narracji, które – choć każda z nich może wyglądać na w pełni wyjaśniającą zachodzące zmiany – traktować należy jako uzupełniające się elementy wyjaśniające rzeczywiste odejście do tendencji o ćwierćwiecznej historii. Wymieniać je będę w kolejności odzwierciedlającej mój tok myślenia, nie zaś domniemaną ważność.

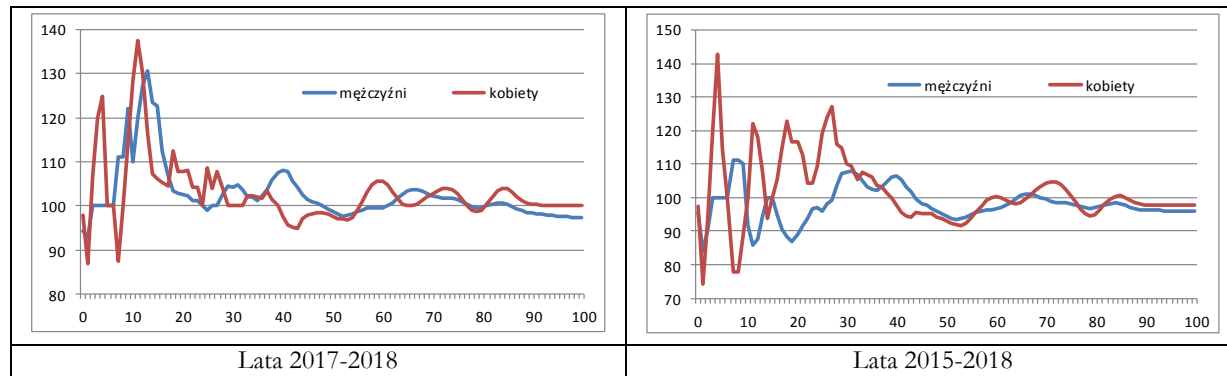
Po pierwsze, rodzi się pytanie, na ile zachodzące zmiany nie są efektem czynnika kohortowego, a mianowicie odzwierciedleniem zaszłości prowadzących do zróżnicowanego stanu zdrowia poszczególnych pokoleń, co byłoby rezultatem powtarzających się w przeszłości kryzysów. Generalnie istnieją w życiu każdej jednostki dwie fazy życia szczególnie niebezpieczne z punktu widzenia niedożywienia lub nieodpowiedniego dostępu do żywności o odpowiednim składzie

odżywczych i mikroelementach. Zgodnie z hipotezą Barkera drugi trymestr ciąży, a zatem okres życia prenatalnego, jest bardzo ważny, zaś zakłócenia dostępu do żywności odpowiedniej jakości prowadzą do zaburzeń w rozwoju drugorzędnych układów: o ile w takiej sytuacji organizm nie szczędzi w inwestowanie w układ nerwowy, krążenia i oddychania, o tyle słabiej rozwijane są mniej istotne organy – nerki, wątroba itp. W efekcie osoby, które w okresie życia prenatalnego miały problem z dostępem do żywności dobrej jakości, częściej w okresie dorosłości chorują na specyficzne choroby związane z niedorozwojem „niedoinwestowanych” w okresie prenatalnym narządów. Stąd też należałoby oczekiwać, że osoby urodzone w okresie np. niedostatków żywnościowych początku lat 1980., lub np. w uboższych środowiskach, dotkniętych bezrobociem i ubóstwem lat 1990., częściej będą chorować i umierać w porównaniu z osobami urodzonymi w „normalnych” czasach. Drugi, szczególnie wrażliwy etap życia jest zależny od płci. W przypadku mężczyzn jest to okres dorastania, gdy w ciągu 2-3 lat chłopcy zmieniają się w mężczyzn, szybko rosnąc i zwiększając masę ciała. W przypadku kobiet to okres ciąży, gdy płód – szybko rozwijając się – nieco „pasożytuje” na matce, wykorzystując np. wapń zawarty w jej ciele. Jeśli w tych krytycznych okresach życia wystąpią problemy z dostępem do dobrej jakościowo żywności, pojawiają się na późniejszych etapach problemy zdrowotne. Ponownie zatem można oczekiwać, że osoby – które znajdowały się na powyższych etapach życia w niesprzyjających okresach naszej historii – częściej będą umierać w stosunku do osób urodzonych wcześniej i później.

Chcąc to ustalić, w pierwszej kolejności wypada przyjrzeć się temu, czy obserwowane zmiany odnoszą się do ogółu ludności, czy może skoncentrowane są jedynie w pewnych jej podgrupach, przede wszystkim w pewnych grupach wieku (rys. 2).

Rysunek 2

Zmiany prawdopodobieństw zgonu w ostatnich latach wg płci i wieku (poziom wyjściowy = 100)



Źródło: Baza Danych GUS *Demografia*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>

O ile odnotowywane wyższe poziomy umieralności wśród dzieci i młodzieży – z uwagi na ich bardzo niski poziom – wynikać mogą z czynnika przypadkowego (widać to choćby po bardzo dużej zmienności odpowiednich indeksów – rys. 2A, 2B) – o tyle niepokoją niekorzystne zmiany obserwowane u osób w wieku 30-40 lat (a zatem osób urodzonych w ostatniej dekadzie PRL) i u osób na etapie wczesnej starości (60-70 lat – urodzone w latach 1950.). To właśnie w tych przedziałach wieku zaobserwować można – niezależnie od tego, czy porównujemy lata 2015-2018 czy 2017-2018 – najbardziej niepokojące zmiany. Czy jednak w pełni wspomniane grupy swoją wyższą umieralność „zawdzięczają” okresowi w przeszłości, gdy przychodziły na świat? Odpowiedź w mej opinii jest niesatysfakcjonująca.

Po drugie, ponownie mówiąc o wpływie przeszłości i czynnika kohortowym, być może obecny wzrost umieralności to odwleczony w czasie rezultat wzrostu w latach 1950. i 1960. częstości korzystania z tytoniu i papierosów [Janssen, 2019]. W takim razie efekty zmian zachowań sprzed 50-

60 lat byłyby widoczne w postaci wyższej umieralności tych roczników, które na masową skalę uprzyjemniały sobie życie „papieroskiem”.

Po trzecie, pojawia się problem długotrwałego niedoinwestowania sfery ochrony zdrowia i tegoż konsekwencji. W sytuacji, gdy mimo starzenia się ludności i systematycznego wzrostu średnich cen stosowanych procedur medycznych wskutek stosowania coraz bardziej zaawansowanych technologicznie rozwiązań brak jest odpowiednio dużego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, gdy zadłużenia szpitali (mimo powtarzanych akcji oddłużania) stale rośnie, nie poprawia się dostępność do leczenia, a zwłaszcza nie zwiększa się skala prowadzonych działań o charakterze profilaktycznym. W takim przypadku zwiększa się umieralność będąca wynikiem zaniedbań w sferze ochrony zdrowia, utrudnień dostępu do nowoczesnych procedur leczniczych i leków.

Po czwarte, może wyższa umieralność to skutek sukcesu gospodarczego ostatnich lat, tego, iż w warunkach wyższych dochodów następuje, z jednej strony, zwiększenie zakupów minimalizujących wysiłek fizyczny (np. elektryczne hulajnogi), z drugiej zaś – wzrost zakupu żywności przetworzonej, żywności bogatej w tłuszcze, cukier itp. oraz alkoholu, tj. składniki prowadzące do masowej otyłości. Jeśli do tego dodać – wynikającą z niższego bezrobocia – niższą obawę przed zwolnieniem z pracy w sytuacji np. spożywania w czasie pracy alkoholu (nagminny problem w budownictwie i rolnictwie), dochodzimy do wniosku, że ekonomiczna *prosperity* nie zawsze musi pozytywnie oddziaływać na sferę zdrowia.

Po piąte, co powiązane jest z poprzednim punktem, może wraz ze wzrostem zamożności następuje długofalowa, niezależna od koniunktury gospodarczej, westernizacja zwyczajów żywieniowych, prowadząca do częstszego jedzenia poza domem, zwłaszcza „jedzenia śmieciowego” lub przygotowywania jedzenia z przetworzonych półproduktów, prowadząca do większej konsumpcji soli, cukru, tłuszczu, a w efekcie prowadząca do narastającej epidemii otyłości i chorób pochodnych [Gromek, 2020].

Po szóste, a może obserwowany wzrost umieralności – występujący nie tylko w Polsce, ale np. we Francji [Pison, 2019] i USA [Barbieri, 2019] – odzwierciedla długofalowe zmiany klimatu, przejawiające się częstszymi i gwałtowniejszymi frontami atmosferycznymi, dłuższymi okresami upałów, co prowadzi do występowania wyższej umieralności w pewnych specyficznych grupach wieku.

* * *

Przeprowadzona w niniejszym opracowaniu analiza wskazuje na istnienie wielości narracji mogących – choć częściowo – wyjaśniać obserwowane w ostatnich latach niekorzystne zmiany. Trudno jednoznacznie wskazać jedną, kluczową determinantę. Jednakże z praktycznego punktu widzenia – tj. możliwości oddziaływania władz publicznych – najważniejsze są narracje trzecia, czwarta i piąta. W przypadku trzeciej rozwiązaniem byłby długookresowy wzrost nakładów na funkcjonowanie ochrony zdrowia i na kształcenie specjalistów w tym zakresie. Z kolei w przypadku wszystkich wspomnianych przed momentem narracji ważnym działaniem powinny być akcje o charakterze oddziaływania na styl życia, mające zachęcać do podejmowania zachowań prozdrowotnych, a unikania tych związanych z niekorzystnym wpływem na stan zdrowia.

Kończąc, wypada wyrazić nadzieję, iż ostatnie niekorzystne lata były swoistym „wypadkiem przy pracy”. Najświeższe dane za 2019 rok, odnoszące się do trwania życia w miesiącach dla obu płci łącznie, wyliczane przez GUS do celów obliczania świadczeń emerytalnych wypłacanych przez ZUS, wskazują bowiem na to, iż po dwóch latach ewidentnego pogarszania się sytuacji zdrowotnej, nastąpiła w poprzednim roku niewielka poprawa. Jej rezultatem jest „powrót do przeszłości”, parametry tablic życia za 2019 rok osiągnęły bowiem wartości w zasadzie równe tym z roku 2017 (tab. 3).

Tabela 3
Liczba miesięcy dalszego trwania życia według wieku w latach 2000-2019

Rok	Liczba miesięcy dalszego trwania życia w wieku lat:			
	30	40	50	60
2000	541,2	428,7	324,3	230,7
2005	553,8	440,8	335,8	242,4
2010	566,7	452,9	346,2	251,5
2015	580,1	465,6	356,9	259,5
2016	584,1	469,7	360,9	263,2
2017	583,6	469,2	360,3	262,2
2018	582,1	467,9	359,1	260,7
2019	583,6	469,5	360,3	261,5

Komunikaty Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn z odpowiednich lat, Baza Internetowy System Aktów Prawnych – ISAP, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/home.xsp>

Nade wszystko musimy być świadomi, że niezależnie od poziomu natężenia zgonów w długim okresie i tak skazani jesteśmy w efekcie starzenia się ludności naszego kraju na wzrost liczby zgonów [Szukalski, 2016], a tym samym na częstsze doświadczanie w naszym życiu straty kogoś bliskiego. Tym samym pojawiać się może w przyszłości różnica pomiędzy obiektywnie niższą częstością zgonów a subiektywnym częstszym stykaniem się ze zgonami.

Literatura:

- Barbieri M., 2019, *La baisse de l'espérance de vie aux États-Unis depuis 2014*, "Population et Sociétés", n° 570, <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/baisse-espérance-de-vie-usa-depuis-2014/>
- GUS, *Komunikaty Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn z odpowiednich lat*, Baza Internetowy System Aktów Prawnych – ISAP, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/home.xsp>
- Gromek N., 2020, *Problem nadwagi i otyłości – skala zjawiska oraz czynniki ryzyka*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 2, <https://ws.stat.gov.pl/Issue/2020/2>
- Janssen F., 2019, *L'influence du tabac sur la mortalité en Europe*, "Population et Sociétés", n° 571, <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/influence-du-tabac-sur-mortalite-europe/>
- Pison G., 2019, *Pourquoi l'espérance de vie augmente-t-elle moins vite en France?*, "Population et Sociétés", n° 564, <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/pourquoi-espérance-vie-augmente-moins-vite-france/>
- Szukalski P., 2016, *Liczba zgonów w Polsce w przyszłości*, „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn Informacyjny”, nr 3, <http://hdl.handle.net/11089/18418>
- Szukalski P., 2018, *Nadumieralność mężczyzn w Polsce w układzie regionalnym*, „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn Informacyjny”, nr 8, <http://hdl.handle.net/11089/26010>