

Czy na pewno wiemy, jakie są przyczyny zgonów w Polsce?

prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Jankowski

I Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków



Wiedza o liczbie i przyczynach zgonów w populacji jest niezmiernie ważna z punktu widzenia zdrowia publicznego. Pozwala ocenić stan zdrowia populacji, jego zmiany w czasie i różnice międzyregionalne. Ponadto pomaga oszacować najważniejsze czynniki stanowiące dla niego zagrożenie, potrzeby zdrowotne populacji, zwłaszcza

w odniesieniu do chorób, które charakteryzują się wysoką śmiertelnością lub występują często (np. choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory), a także monitorować efekty zmian w polityce zdrowotnej państwa. Naturalnie funkcje te mogą być spełniane, jeśli informacje o liczbie i przyczynach zgonów są wiarygodne. Niewystarczającą jakością w tym zakresie dostrzeżono w latach 90. ubiegłego wieku i m.in. dlatego w 1997 r. wprowadzono istotne zmiany w kodowaniu przyczyn zgonów. Jedną z podstawowych modyfikacji było stworzenie w każdym województwie centralnego systemu kodowania przyczyn zgonów. System ten opiera się na działaniu specjalnie przeszkolonych osób zajmujących się kodowaniem kart zgonów. W wyniku tych zmian znacząco zmniejszono liczbę zgonów, których przyczynę zakwalifikowano jako „miażdżyca”. Jednocześnie wzrosła liczba zgonów, których przyczynę zakodowano jako „choroba niedokrwienna serca”. Powszechnie uznano, że przed 1997 r. liczba zgonów i współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca był zaniżony (o ok. 35%) [1]. W 2010 r. na łamach „Kardiologii Polskiej” Jasiński i wsp. [1] opublikowali pracę, w której przedstawili skorygowane współczynniki umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca.

Artykuł Wojtyniaka i wsp. [2] dotyczy podobnego problemu, tzn. wiarygodności danych dotyczących przyczyn zgonów w polskiej populacji. Jak pokazali Autorzy, wg danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Katowicach jest 3-krotnie większy niż we Wrocławiu, z powodu niewydolności serca ok. 50-krotnie większy we Wrocławiu niż w Krakowie, a z powodu miażdżycy 10-krotnie większy we Wrocławiu i Krakowie niż w Białymstoku. Autorzy słusznie wnioskują, że regionalne różnice w wartościach współczynników umieralności najpewniej nie odpowiadają rzeczywi-

stości. Wydaje się, że główną przyczyną tak dużego zróżnicowania są niejednakowe zasady orzekania i kodowania przyczyn zgonów.

Wyniki badań Wojtyniaka i wsp. [2] mogą też wskazywać, że współczynniki umieralności dla całego kraju są niedokładnie szacowane. Zagadnienie to ma bardzo duże znaczenie, gdyż m.in. na podstawie danych gromadzonych przez GUS podejmuje się najważniejsze decyzje z zakresu polityki zdrowotnej państwa. Każdy uważny Czytelnik artykułu zastanowi się, czy podobny problem nie dotyczy współczynników umieralności z innych przyczyn (np. chorób układu pokarmowego lub nowotworów). Prawdopodobnie metoda wykorzystana przez Wojtyniaka i wsp. [2] mogłaby być zastosowana do oceny wiarygodności współczynników umieralności z innych przyczyn. Wyniki komentowanej analizy podważają też wiarygodność wielu analiz opartych na współczynnikach umieralności.

Jednym ze wskaźników jakości rozpoznania przyczyn zgonów jest współczynnik umieralności z przyczyn nieznanymi lub niedokładnie określonymi. Duże zróżnicowanie międzyregionalne stwierdzono także w zakresie wartości tego współczynnika. Chociaż współczynnik umieralności z przyczyn nieznanymi lub niedokładnie określonymi zmniejszył się w Polsce w ciągu ostatnich 10 lat o 42% (sugerując znaczącą poprawę w zakresie jakości orzekania i kodowania przyczyn zgonów), to jednak wciąż jest wyższy o 151% w stosunku do średniej w Unii Europejskiej i o 89% w porównaniu ze średnią w państwach, które wstąpiły do Unii w 2004 i 2007 r. [3].

Reasumując, stwierdzona sytuacja wymaga podjęcia szybkich i zdecydowanych działań prowadzących do ujednolicenia zasad i poprawy jakości w zakresie orzekania i kodowania przyczyn zgonów.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Jasiński B, Bandosz P, Wojtyniak B et al. Mortality from ischaemic heart disease in Poland in 1991–1996 estimated by the coding system used since 1997. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 520–527.
2. Wojtyniak B, Jankowski K, Zdrojewski T, Opolski G. Regional differences in determining cardiovascular diseases as the cause of death in Poland: time for change. *Kardiol Pol*, 2012; 70: 695–701.
3. European mortality database. <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.