

## 1. Streszczenie

Po znaczącym wzroście oczekiwanej długości życia w Polsce od początku lat 90. (wynikającym m.in. ze stałego spadku konsumpcji papierosów i zmiany struktury spożycia tłuszczów), zaobserwowano niespodziewane spowolnienie przyrostu zdrowia na początku lat 2000. Wzrost oczekiwanej długości życia obserwowany od 1991 roku zahamował od 2002 roku, a następnie od około 2014 roku zatrzymał się do 2019 roku.

Niniejsza praca doktorska przedstawia opis dokonujących się zmian epidemiologicznych w Polsce w latach 2000-2019 na tle historii stanu zdrowia od początku XX wieku. Zawiera szczegółową analizę epidemiologiczną dwóch głównych czynników ryzyka zdrowotnego (tytoniu i alkoholu) oraz spowodowanych nimi zgonów. Ocena stanu zdrowia opiera się na analizie liczb i współczynników zgonów na raka płuca i choroby w 100% związane z alkoholem. Praca przedstawia wyniki analizy umieralności w kontekście zmian w trendach oczekiwanej długości życia w Polsce. W niniejszej dysertacji założono, że w latach 2000-2019 doszło w Polsce do osłabienia filarów polityki zdrowia publicznego, a wynikające z tego zmiany w spożyciu tytoniu i alkoholu przyczyniły się w istotny sposób do zmiany stanu zdrowia dorosłych Polaków i między innymi zahamowania i zatrzymania przyrostu długości życia w Polsce.

Przeprowadzone badania potwierdzają, że zarówno palenie papierosów, jak i spożywanie alkoholu w znaczący sposób determinowały stan zdrowia Polaków. Polska stanowi przykład pozytywnego wpływu, jaki może mieć prewencja pierwotna na zmniejszenie zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe w populacji. W Polsce tempo spadku częstości palenia tytoniu było jednym z najszybszych w Europie zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, a po wprowadzeniu wielostronnych przepisów prawa w latach 90. oraz działań na rzecz ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu, na początku XXI wieku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła, że Polska stanowi przykład dla innych krajów.

Częstość palenia w Polsce spadała od 1973 roku u mężczyzn i od 1982 roku u kobiet, a w latach 2000-2019 w grupie wieku 15 lat i więcej spadła z 44% do 26% u mężczyzn i z 24% do 17% u kobiet. Ta pozytywna tendencja doprowadziła do zahamowania, a później spadku zachorowań i zgonów z powodu chorób odtytoniowych. W obserwowanym okresie umieralność na raka płuca spadła wśród mężczyzn w wieku 45-64 lata ze 161/100 000 do 79/100 000 (-51%). U kobiet w tym samym wieku poziom umieralności w 2002 roku

wynosił 38 zgonów na 100 000 populacji, później wzrósł do 47/100 000 w 2014 roku, a następnie zaczął spadać, osiągając ponownie poziom 38/100 000 w 2019 roku.

W Polsce obserwuje się znaczące różnice w obrazie epidemiologicznym umieralności na raka płuca ze względu na płeć oraz przesunięcie czasowe, co związane jest m.in. z wielkością zjawiska i historią zmian częstości palenia. Najbardziej znacząca i najszybsza zmiana umieralności u mężczyzn dotyczyła najmłodszej grupy dorosłych (20-44 lata) z 6,7 do 1,0 na 100 000 (w latach 1981-2019). U kobiet natomiast przesunięcie czasowe ekspozycji na tytoń spowodowało opóźnienie w załamaniu trendu umieralności na raka płuca widoczne w grupie osób młodych i w średnim wieku. W najmłodszej grupie dorosłych kobiet (20-44 lata) i w średnim wieku (45-64 lata) wyraźny spadek umieralności na raka płuca zaobserwowano w latach 1999-2019. Natomiast epidemiologiczne efekty, wynikające ze spadku liczby palących Polek w najstarszej grupie wieku, dopiero zostaną zaobserwowane.

W niniejszej pracy wykazało, że pomimo stałego i znaczącego spadku palenia papierosów, częstość używania ENDS wśród dorosłych w Polsce jest niska i nie wzrosła w ostatnich latach. Częstość regularnego używania ENDS w Polsce w 2019 roku wyniosła 3% wśród mężczyzn i mniej niż 1% wśród kobiet. Na tej podstawie oszacowano, że w ogólnej populacji dorosłych (w wieku 20 lat i więcej) w Polsce w 2019 roku było około 700 tys. osób używających ENDS regularnie (560 tys. mężczyzn w łącznej populacji 14,6 mln mężczyzn i 140 tys. Kobiet w łącznej populacji 16 mln kobiet). Z punktu widzenia zdrowia publicznego, stosowanie ENDS w Polsce nie stanowi istotnego problemu, szczególnie ze względu na nieporównywalnie większy wymiar szkód zdrowotnych wywołanych paleniem konwencjonalnych papierosów.

Jednak ENDS stają się rosnącym problemem w przypadku dzieci i młodzieży. Częstość palenia papierosów w tej grupie maleje, a zainteresowanie ENDS rośnie. W przeciwieństwie do krajów takich jak Wielka Brytania, w Polsce ENDS nie wydają się odgrywać znaczącej roli w ułatwianiu rzucania palenia. Są za to sposobem na przyciągnięcie przez przemysł nowych konsumentów nikotyny, zwłaszcza dzieci i młodzieży.

Do końca XX wieku zgony z powodu alkoholowej marskości wątroby w Polsce były rzadsze niż w innych krajach europejskich, np. na Węgrzech, Litwie czy w Estonii. Jednak od 2002 roku zmiany w spożyciu alkoholu wiązały się ze znacznie zwiększoną umieralnością z powodu marskości wątroby związanej z alkoholem.

Od początku XXI wieku w Polsce obserwuje się osłabienie polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu. Na początku 2002 roku obniżono akcyzę na napoje spirytusowe o 30%, a w 2001 roku poluzowano restrykcje dotyczące piwa i reklama piwa została ponownie wprowadzona do telewizji. Następnie w 2010 roku branża alkoholowa rozpoczęła niekontrolowaną przez państwo kampanię marketingową prowadzącą do dramatycznego wzrostu sprzedaży małych butelek wódki, tzw. „małpek”. Doprowadziło to do zwiększenia dostępności i wzrostu spożycia alkoholu, a także zmiany stylu picia. Rejestrowane spożycie alkoholu na osobę (w wieku 15 lat i więcej) wzrosło z 8,1 l czystego spirytusu w 2002 roku do 11,0 l w 2019 roku.

W konsekwencji, od 2002 roku w Polsce obserwuje się rosnące trendy wskaźników obciążenia zdrowotnego alkoholem. Od początku lat 2000. umieralność z powodu chorób w całości przypisanych alkoholowi (AAC) wzrosła zarówno u mężczyzn jak i kobiet, we wszystkich grupach wieku. Główną przyczyną zgonów pośród tych w 100% związanych z alkoholem była alkoholowa marskość wątroby (ALC). W 2019 roku odpowiadała ona za 50% zgonów AAC u mężczyzn i 69% u kobiet. W latach 2002-2019 umieralność z powodu ALC zwiększyła się u obu płci i we wszystkich dorosłych grupach wiekowych.

U mężczyzn standaryzowane współczynniki zgonów wzrosły z 13,1/100 000 w 2002 roku do 45,8/100 000 w 2019 roku w grupie wiekowej 45-64 lata, z 6,3/100 000 do 40,4/100 000 w grupie 65 lat i więcej oraz z 2,9/100 000 do 8,9/100 000 w najmłodszej grupie wiekowej dorosłych (20-44 lata). U kobiet współczynniki wzrosły odpowiednio z 2,1/100 000 do 15,8/100 000, z 0,6 do 9,9/100 000 oraz z 0,6/100 000 do 3,3/100 000. Roczna bezwzględna liczba zgonów na alkoholową marskość wątroby u dorosłych Polaków (20 lat i więcej) była w 2019 roku w porównaniu do 2002 roku 4,5 razy większa u mężczyzn oraz 9 razy większa u kobiet. Jednak największy przyrost liczby zgonów zanotowano w najstarszych grupach wiekowych.

W obserwowanym okresie trendy narażenia populacji na rakotwórcze czynniki dymu tytoniowego oraz alkohol biegły w przeciwnych kierunkach. Miało to odzworowanie w malejących trendach umieralności na raka płuca oraz rosnących trendach umieralności na choroby wynikające z picia alkoholu. Rosnące trendy umieralności przypisanej alkoholowi

następowały z jednocześnie obserwowanym w tle spadkiem umieralności z powodu raka płuca, ale także chorób układu krążenia i innych chorób odtytoniowych. Wobec malejących trendów palenia i umieralności na choroby układu krążenia oraz raka płuca, wydaje się, że to alkohol w głównej mierze mógł wpłynąć na obserwowane pogorszenie stanu zdrowia Polaków do 2019 roku i zahamowanie przyrostu długości życia. Stanowi to poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego w Polsce.

Polska jest przykładem ogromnego sukcesu polityki ograniczenia zdrowotnych skutków palenia tytoniu prowadzącego do malejącej umieralności na raka płuca. Z drugiej jednak strony jest krajem doświadczającym osłabienia polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu i rosnącej epidemii zgonów alkoholowych, czego wyrazem jest najwyższy w historii poziom zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby.

Pomimo tego znaczącego postępu, wiele jeszcze pozostaje do zrobienia w zakresie kontroli palenia tytoniu w Polsce. Nadal około 7 mln Polaków codziennie pali papierosy. Niemniej kontynuacja dotychczasowych efektywnych interwencyjnych programów antytytoniowych może pomóc w dalszym zmniejszaniu skutków zdrowotnych palenia tytoniu w Polsce.

Szczególnie istotne byłoby przywrócenie kompleksowej strategii działań na rzecz ograniczenia konsumpcji tytoniu, aktualizacja polskiego ustawodawstwa w zakresie kontroli tytoniu, z uwzględnieniem dobrych praktyk z całego świata (w tym całkowitego zakazu palenia w miejscach publicznych, jednolitych opakowań papierosów i znaczących podwyżek akcyzy na papierosy, które byłyby dostosowane do poziomu inflacji). Niezbędne jest także przywrócenie systematycznych i dobrej jakości badań naukowych, na podstawie których można kontrolować poziom palenia tytoniu w populacji i wyznaczać dalsze skuteczne działania prewencyjne.

Ponadto, jeśli chodzi o politykę zdrowia publicznego wobec alkoholu, w Polsce należy pilnie wznowić, rozmontowany na początku XXI wieku program kontroli alkoholowych szkód zdrowotnych. Powinien zostać stworzony narodowy program strategiczny, który będzie obejmować m.in. anty-promocyjną politykę cenową państwa wobec alkoholu, zakaz reklamy, środki mające na celu ograniczenie dostępności alkoholu, dobrze finansowane i skuteczne kampanie edukacyjne, ciągły i znaczący wzrost podatków na alkohol – uwzględniający stale rosnącą inflację, a także system monitorowania szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.

Uzyskane wyniki badań stanowią istotne przesłanki do zrozumienia zmian w stanie zdrowia populacji polskiej w ostatnich dekadach oraz niezbędnych dalszych badań, które byłyby podstawą do opracowania rekomendacji dla polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu i tytoniu na kolejne lata.