

Tomasz Michalski

Uniwersytet Gdański

Gdańsk

tomasz.michalski@ug.edu.pl

ZMIANY W SYTUACJI ZDROWOTNEJ LUDNOŚCI POLSKI I UKRAINY

CHANGES IN THE HEALTH SITUATION OF THE POPULATION OF POLAND AND UKRAINE

Zarys treści: Celem opracowania jest porównanie zmian w sytuacji zdrowotnej w Polsce i na Ukrainie w latach 1989-2012. Analizie poddano sześć zmiennych: umieralność ogółem, umieralność niemowląt, standaryzowaną wiekowo nadumieralność mężczyzn w wieku 25-64 lat, zachorowalność z powodu gruźlicy, zachorowalność z powodu kiły i rzeżączki, zachorowalność z powodu AIDS. O ile na początku okresu transformacji Polska i Ukraina miały zbliżoną sytuację zdrowotną, o tyle w kolejnych latach widać jej gwałtowne pogarszanie się na Ukrainie, przy niezmienionym poziomie lub nieznacznym polepszeniu w Polsce. Przyczyn tego należy upatrywać w zaniechaniu lub nieudolnym przeprowadzeniu reform na Ukrainie, większym rozpowszechnieniu antyzdrowotnego stylu życia, bardzo złym funkcjonowaniem systemu służby zdrowia.

Słowa kluczowe: zdrowie, Polska, Ukraina

Key words: health, Poland, Ukraine

Wstęp

W opracowaniu porównano zmiany w sytuacji zdrowotnej w Polsce i na Ukrainie w latach 1989-2012, czyli w okresie od ostatniego roku dominacji komunizmu w tych krajach do ostatniego roku, dla którego są pełne dane statystyczne. Patrząc na europejskie kraje postkomunistyczne, zgodnie z klasyfikacją Michalskiego (2010), oba kraje znajdują się w całkowicie odmiennej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. O ile Polska jest w grupie krajów o korzystnej sytuacji przez cały analizowany okres, o tyle Ukraina wręcz przeciwnie – nie dość, że miała niekorzystną sytuację zdrowotną ludności w momencie upadku systemu państw socjalistycznych, to dodatkowo w wielu aspektach sytuacja ta uległa dalszemu pogorszeniu.

Oceny sytuacji zdrowotnej dokonano pod kątem czynników wpływających na nią. Dlatego w analizie posłużono się sześcioma zmiennymi. Są to:

1. Umieralność (tzw. surowa) ogółem na 1000 mieszkańców.
2. Umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych.
3. Standaryzowana wiekowo nadumieralność mężczyzn w wieku 25-64 lat na 100 tys. mieszkańców.
4. Zachorowalność z powodu gruźlicy na 100 tys. mieszkańców.
5. Zachorowalność z powodu głównych chorób przenoszonych drogą płciową (kiła i rzeżączka) na 100 tys. mieszkańców.
6. Zachorowalność z powodu AIDS na 100 tys. mieszkańców.

Umieralność jest kompleksowym wskaźnikiem pokazującym sytuację zdrowotną społeczeństwa. Ponieważ zależy bardzo mocno od struktury wiekowej społeczeństwa, dlatego najczęściej stosuje się jej dwa wskaźniki: tzw. umieralność surową (czyli odzwierciedlającą faktyczne natężenie zgonów) oraz umieralność standaryzowaną wiekowo (czyli pokazującą, jaki byłby wskaźnik, gdyby struktura wiekowa badanej populacji była taka, jak uznana za modelową) (por. Hinde 2009; Kędelski 1990; Muromceva 2006). Dodatkowego wyjaśnienia wymaga termin śmiertelność. Oznacza on co innego niż umieralność. Śmiertelność jest to proporcja między zgonami z powodu danej choroby a liczbą zarejestrowanych jej przypadków. Natomiast umieralność z powodu danej choroby oznacza stosunek liczby zgonów z jej powodu w analizowanej populacji do liczebności tejże populacji. Innymi słowy: umieralność z powodu danej choroby zależy zarówno od częstości jej występowania, jak i od jej ciężkości, natomiast śmiertelność tylko od ciężkości tejże choroby (Zieliński 2007).

Umieralność niemowląt jest bardzo czułym wskaźnikiem sytuacji zdrowotnej, gdyż zależy zarówno od zachowań prozdrowotnych rodziców (zwłaszcza matki w okresie ciąży), jak i od warunków życia czy jakości opieki medycznej (por. Masuy-Stroobat 2006; Szczyt 2006). Nic zatem dziwnego, że ulega szybkiemu podwyższeniu w przypadku niestabilnej sytuacji, by następnie ulec zmniejszeniu. Za ilustrację tej tezy można uznać współczynnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wynoszący w 1950 r. w Polsce 111,2 zgonów, by 10 lat później spaść do 54,8 (*Polska...* 1989). W porównaniach międzynarodowych istotnym czynnikiem utrudniającym ich przeprowadzanie jest częste zaniżanie liczby zarejestrowanych zgonów noworodków. W tym konkretnym przypadku umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2000 r. podana przez polskie władze wynosiła 8,11, a estymowana przez WHO i UNICEF – 8, podczas gdy dla Ukrainy było to odpowiednio 11,96 i 16 (*HFA-DB...* 2014). O ile więc poziom umieralności niemowląt podawany przez polskie władze był prawie identyczny z faktycznym, o tyle na Ukrainie zaniżono go o 33,8%. W dalszej części opracowania, ze względu na dostępność danych, oparto się na tych zaniżonych podawanych przez ukraińskie władze.

Większość krajów wschodniej Europy od lat odznacza się wyższym poziomem umieralności przedwczesnej mężczyzn względem kobiet (Watson 1995). Wyróżniamy umieralność przedwczesną mężczyzn I fazy produkcyjnej (wiek 20-44 lata) oraz II fazy (wiek 45-65 lat) (Andryszek i in. 1996). W literaturze przedmiotu funkcjonuje także pojęcie nadumieralności mężczyzn, które oznacza różnicę we współczynnikach zgonów mężczyzn i kobiet w poszczególnych kohortach (Marcinkowska-Suchowierska, Brzozowski 1985). Różnice między obiema płciami w poziomie umie-

ralności są warunkowane przez czynniki biologiczne i pozabiologiczne. Uwarunkowania biologiczne powodują, że przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzny jest krótsze niż kobiety o rok do dwóch lat (Abdulraheem i in. 2011; Luty 2003; Ram 1993). Większe różnice są już warunkowane przez czynniki pozabiologiczne. Ze względu na sposób agregacji danych przez Światową Organizację Zdrowia w obliczeniach posłużono się zgonami standaryzowanymi wiekowo osób w wieku 25-64 lat. Wskaźnik nadumieralności obliczono jako różnicę między standaryzowanym wiekowo wskaźnikiem umieralności mężczyzn a kobiet.

Gruźlica (ICD-10¹: A15-A19) może być rozpatrywana jako choroba zakaźna powiązana z poziomem zamożności społeczeństwa (głównie w sensie jego warunków mieszkaniowych oraz odżywiania). Postęp cywilizacyjny oraz poprawa warunków życia spowodowały, że przez długi czas wydawało się, że w krajach rozwiniętych gospodarczo gruźlica jest już w odwrocie. Lecz działania wojenne lub kryzysy skutkująceubożeniem społeczeństwa, cięciami w programach pomocy i profilaktycznych etc. powodują „odrodzenie” tej choroby. Dobrym przykładem może być tu wzrost liczby zachorowań na gruźlicę w Bośni i Hercegowinie w następstwie działań wojennych z niewiele ponad zera z 1991 r. do 52,5 zachorowania na 100 tys. mieszkańców 5 lat później (szerzej na ten temat Puvacic i in. 1997).

Inne jest uzasadnienie analizy chorób przenoszonych drogą płciową, w tym kiły (ICD-10: A50-A53) i rzeżączki (ICD-10: A54). Zachorowalność na nie możemy potraktować jako ważny wskaźnik informujący o kondycji psychicznej społeczeństw. Choroby przenoszone drogą płciową, zwłaszcza kiła, ulegają bowiem znacznym wahaniom pod wpływem wszelkiego rodzaju katastrof i kryzysów. Brak perspektyw w życiu powoduje m.in. wzrost mechanizmów ucieczkowych przed „niewygodną” rzeczywistością. Jednym z tych mechanizmów jest chociażby ucieczka w seks. Nie bez znaczenia są także programy profilaktyczne, które w warunkach kryzysu pierwsze doświadczają cięć środków finansowych.

Podobne uzasadnienie analizy jest w przypadku zachorowalności na AIDS² (ICD-10: B20-B24). Rosińska (2007) wśród przyczyn szerzenia się HIV/AIDS zwraca uwagę na: pauperyzację społeczeństwa i analfabetyzm, marginalizację i dyskryminację grup społecznych, wzmożone migracje, niski status kobiet, wysoką zachorowalność na choroby przenoszone drogą płciową.

Dane statystyczne użyte w opracowaniu pochodzą z dwóch baz internetowych (HFA-DB i HFA-MDB) prowadzonych przez Europejski Oddział Światowej Organizacji Zdrowia. Pomocniczo pobrano także dane z Banku Danych Lokalnych GUS. W analizie posłużono się przede wszystkim regresją liniową i linearyzowaną – pod

¹ ICD-10 to Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta.

² AIDS, czyli zespół nabytego niedoboru odporności jest skutkiem zakażenia wirusem HIV (ludzkiego wirusa niedoboru odporności). Dane na temat liczby nosicieli HIV są niepełne, zwłaszcza w krajach biednych. Stąd do porównań międzynarodowych bardziej użyteczne są dane na temat zachorowalności AIDS, kiedy zakażenie HIV jest już nie do ukrycia. Przy czym należy wziąć pod uwagę, że czynniki podane przez Rosińską (2007) mają większe znaczenie w przypadku HIV, albowiem w krajach zamożnych, dodatkowo o dobrze rozwiniętym systemie wykrywania zakażeń HIV, od momentu zakażenia do momentu wystąpienia objawów może upłynąć bardzo długi okres, podczas gdy w pozostałych państwach jest on dużo krótszy.

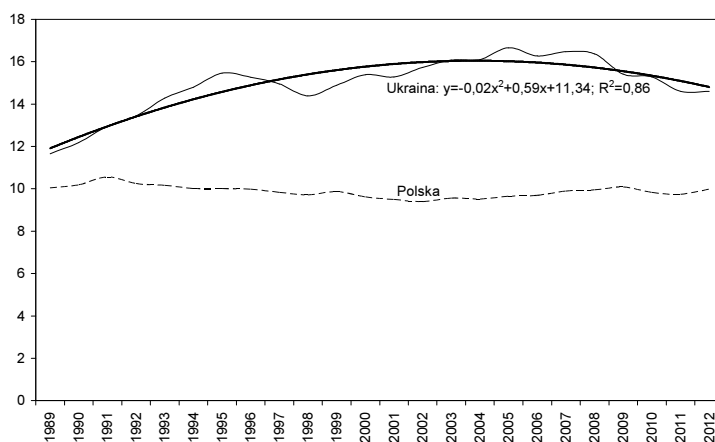
uwagę brano tylko te równania regresji, dla których współczynnik determinacji wynosił co najmniej 0,70. Uwzględniono równania: liniowe, potęgowe, wykładnicze, logarytmiczne oraz wielomianu 2 stopnia.

Zmiany w poszczególnych składowych sytuacji zdrowotnej

Średni poziom umieralności w okresie 1989-2012 w Polsce wynosił 9,9 zgonu na 1000 obywateli i był dużo niższy niż na Ukrainie (14,9). Proces ten, jeśli nie wystąpią nadzwyczajne zdarzenia, odznacza się bardzo małą zmiennością w czasie. Tak było w Polsce (współczynnik zmienności właściwej wyniósł 2,7%), natomiast na Ukrainie fluktuacje były dużo wyższe (współczynnik zmienności właściwej osiągnął 8,5%).

Na ryc. 1. przedstawiono zmienność w czasie analizowanej umieralności. Jej poziom w Polsce prawie nie zmienił się, lecz towarzyszyły mu fluktuacje, więc nie udało się na zadowalającym poziomie wyznaczyć trendu zmian. W Polsce ścierają się dwa wyraźne czynniki wpływające na umieralność ogółem. Z jednej strony następuje polepszanie m.in. jakości opieki medycznej, co wpływa na obniżanie poziomu umieralności³. Z drugiej strony postępuje starzenie społeczeństwa, co sprzyja wzrostowi poziomu tzw. surowej umieralności.

Z odmiennym procesem mamy do czynienia na Ukrainie. Cechą charakterystyczną tego procesu jest jego szybki wzrost na początku analizowanego okresu i późniejsza stabilizacja na dość wysokim poziomie. Następnie w okresie 2008-2012 zaznaczyła się tendencja spadkowa, ale można domniemywać, że obecna sytuacja w kraju zahamuje tę korzystną zmianę. Pomimo znacznych fluktuacji udało się te przemiany opisać równaniem uwidocznionym na ryc. 1. W przypadku Ukrainy mamy do czynienia (podobnie



Ryc. 1. Zmienność umieralności na 1000 mieszkańców w latach 1989-2012 w Polsce i na Ukrainie
Fig. 1. Death rate per 1.000 inhabitants in the years 1989-2012 in Poland and Ukraine

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *HFA-DB...* 2014 i *BDL...*

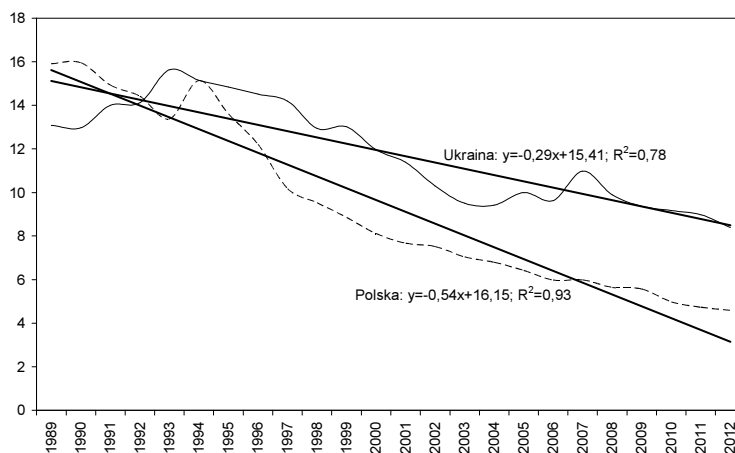
³ W okresie 1989-2011 poziom standaryzowanej wiekowo umieralności w Polsce zmniejszył się z 1118 na 100 tys. ludności do 748 (*HFA-MDB...* 2014).

jak w Polsce) ze starzeniem się społeczeństwa i (odmiennie niż w Polsce) z brakiem zmian w umieralności standaryzowanej wiekowo⁴.

Na różnice w poziomie i zmianach umieralności między Ukrainą i Polską mają wpływ dwa czynniki. Pierwszym są wzorce kulturowe zachowań pro-/antyzdrowotnych, a te są bardziej niekorzystne na Ukrainie, jak zresztą na większości proradzieckiego obszaru (por. Cockerham i in. 2006a, b).

Średnio w okresie 1989-2012 umieralność niemowląt w Polsce była znacząco niższa (9,4 zgonu na 1000 urodzeń żywych) niż na Ukrainie (11,8). Natomiast zaskoczeniem skonstatowano, że ta sytuacja była dużo bardziej zmienna w Polsce niż na Ukrainie⁵. Tak dużą zmienność umieralności niemowląt w Polsce można próbować tłumaczyć silną tendencją spadkową.

Wprawdzie w obu krajach dominuje tendencja spadkowa analizowanej umieralności, jednak w Polsce jest ona dużo wyraźniejsza, gdyż występuje przez cały analizowany okres i jest prawie dwukrotnie silniejsza niż na Ukrainie (ryc. 2). Wyjątek od tego stanowi 1994 r., lecz wzrost w tym roku jest bardziej pochodną zmian w sprawozdawczości medycznej⁶ niż faktycznego wzrostu umieralności niemowląt. Natomiast na Ukrainie sytuacja na początku badanego okresu była nawet lepsza niż w Polsce, lecz szybko pogarszała się do 1993 r. i dopiero wtedy nastąpiło przesilenie. Tak duże różnice w polepszaniu sytuacji między oboma państwami trudno jest jedno-



Ryc. 2. Zmienność umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych w latach 1989-2012 w Polsce i na Ukrainie

Fig. 2. Infant mortality per 1.000 live births during the years 1989-2012 in Poland and Ukraine

Źródło: opracowanie własne na podstawie: HFA-DB... 2014 i BDL...

⁴ W 1989 r. były to 1104 zgony na 100 tys. mieszkańców, w 2012 r. podobnie – 1087 (HFA-MDB... 2014).

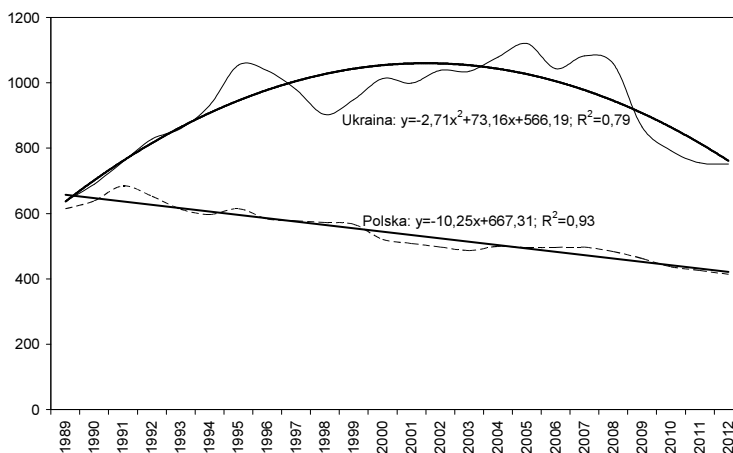
⁵ Współczynnik zmienności właściwej wynosił odpowiednio 41,1% i 19,1%.

⁶ Patrz: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 kwietnia 1994 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.

znacznie wytłumaczyć. Zbliżony poziom umieralności neonatalnej⁷ niemowląt i wyższy poziom umieralności postneonatalnej⁸ na Ukrainie wskazywałyby, że głównym czynnikiem jest opieka nad dzieckiem już po urodzeniu. Ale należy mieć również świadomość, że w oficjalnej sprawozdawczości ukraińskiej liczba zgonów jest niedoszacowana o około 30% w stosunku do rzeczywistej ich liczby (o czym pisano we wstępie). Z dużą dozą prawdopodobieństwa można postawić tezę, że niedoszacowana jest głównie umieralność wczesna neonatalna. Można więc pokusić się o stwierdzenie, że przyczyną wyższej umieralności niemowląt na Ukrainie oraz wolniejszego jego spadku niż w Polsce jest całokształt czynników związanych z opieką medyczną nad matką w ciąży, podczas porodu i nad niemowlęciem, a następnie warunki życia i opieka w domu.

Standaryzowana wiekowo nadumieralność mężczyzn w wieku 25-64 lat na 100 tys. mieszkańców (liczona jako różnica między wartością takiego wskaźnika dla kobiet i mężczyzn) oscylowała w okresie 1989-2012 wokół wartości 539 w Polsce i aż 927 na Ukrainie. Natomiast zmienność analizowanej nadumieralności mężczyzn w obu krajach była zbliżona⁹.

Jak można zauważyć na ryc. 3., początkowo poziom standaryzowanej wiekowo nadumieralności mężczyzn w wieku 25-64 lat był w obu krajach zbliżony. W początkowym okresie nastąpiło jego zwiększenie w obu krajach, lecz o ile w Polsce było ono niewielkie i obejmowało jedynie okres 1989-1991, o tyle na Ukrainie był to wzrost zarówno dużo wyraźniejszy, jak i dłuższy (do 1995 r.). W efekcie możemy



Ryc. 3. Standaryzowana wiekowo nadumieralność mężczyzn w wieku 25-64 lat na 100 000 mieszkańców w latach 1989-2012 w Polsce i na Ukrainie

Fig. 3. Age standardized premature mortality for men aged 25-64 per 100.000 inhabitants in the years 1989-2012 in Poland and Ukraine

Źródło: opracowanie własne na podstawie: HFA-MDB... 2014

⁷ Na przykład współczynnik umieralności neonatalnej na Ukrainie wynosił w 2000 r. 6,7 na 1000 urodzeń żywych, podczas gdy w Polsce 5,6 (HFA-DB... 2014).

⁸ Na przykład współczynnik umieralności postneonatalnej na Ukrainie wynosił w 2000 r. 5,3 na 1000 urodzeń żywych, podczas gdy w Polsce 2,5 (HFA-DB... 2014).

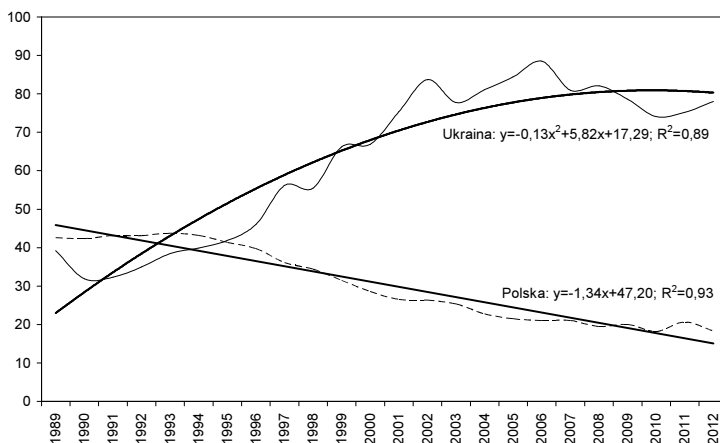
⁹ Współczynnik zmienności właściwej dla Polski wynosił 13,7%, a dla Ukrainy 14,7%.

stwierdzić, że różnice w poziomie umieralności między kobietami i mężczyznami powoli, ale jednak się zmniejszają. Na Ukrainie zaś ulegają ciągłym fluktuacjom, z tym że po 2008 r. pojawiła się wyraźna tendencja spadkowa. Pozostaje otwarte pytanie – na ile działania wojenne prowadzone na wschodzie Ukrainy i związane z nimi straty ludnościowe (można domniemywać, że większe wśród mężczyzn niż kobiet) – przełożą się na odwrócenie po 2013 r. tej korzystnej tendencji.

Głównych przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać w różnym rozprzestrzenieniu niktynizmu¹⁰ i alkoholizmu¹¹, a także w częściowo powiązanych z nimi (zwłaszcza alkoholizmem) wypadkach¹² (por. Cockerham i in. 2005, Levchuk 2009).

Średni poziom zachorowalności na gruźlicę (ICD-10: A15-A19) w okresie 1989-2013 był w Polsce ponad dwukrotnie niższy (30,5 zachorowania na 100 tys. ludności) niż na Ukrainie (62,9). Zmienność zachorowań na tę chorobę była w obu krajach zbliżona¹³.

Analizując zmienność w czasie zachorowalności z powodu gruźlicy, dostrzegamy, że mamy do czynienia z kompletnie odmienną sytuacją na Ukrainie i w Polsce (ryc. 4).



Ryc. 4. Zachorowalność z powodu gruźlicy na 100 000 mieszkańców w latach 1989-2012 w Polsce i na Ukrainie

Fig. 4. Incidence of tuberculosis per 100.000 inhabitants in the years 1989-2012 in Poland and Ukraine

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *HFA-DB...* 2014

¹⁰ Wprawdzie w 2000 r. standaryzowana wiekowo umieralność mężczyzn w wieku 25-64 lat z tej przyczyny była w Polsce 7,2 razy wyższa niż kobiet, ale jej poziom dla kobiet wynosił 0,3 zgonu na 100 tys. kobiet, podczas gdy na Ukrainie była wprawdzie 5,6 razy wyższa wśród mężczyzn, niż kobiet, ale jej poziom dla tych drugich wynosił 1,5 zgonu na 100 tys. kobiet (*HFA-MDB...* 2014).

¹¹ Było tu podobnie, jak przy niktynizmie, czyli wprawdzie w 2000 r. standaryzowana wiekowo umieralność mężczyzn w wieku 25-64 lat z powodu zatrucia alkoholowego była w Polsce ponad 8,4 razy wyższa niż kobiet, ale jej poziom dla kobiet wynosił 1,1 zgonu na 100 tys. kobiet. Na Ukrainie była wprawdzie 5 razy wyższa wśród mężczyzn niż kobiet, ale jej poziom dla tych drugich wynosił 11,6 zgonu na 100 tys. kobiet (*HFA-MDB...* 2014).

¹² W 2000 r. standaryzowana wiekowo umieralność mężczyzn w wieku 25-64 lat z tej przyczyny była wyższa w obu krajach 5,7 razy niż kobiet. Ale było to od poziomu 13,4 zgonu na 100 tys. kobiet w Polsce oraz 36,2 na Ukrainie (*HFA-MDB...* 2014).

¹³ Współczynnik zmienności właściwej wynosił dla Polski 31,5%, a dla Ukrainy 30,7%.

O ile w Polsce przez cały analizowany czas występuje bardzo wyraźna tendencja spadkowa, której towarzyszą relatywnie niewielkie fluktuacje, o tyle w przypadku Ukrainy daje się zauważyć tendencję wzrostową, która po początkowym gwałtownym przyroście (do 2002 r.) uległa spowolnieniu. Jednocześnie towarzyszą jej spore fluktuacje w układzie rok do roku. Warto odnotowania jest jeszcze fakt, że do 1995 r. zachorowalność na gruźlicę w Polsce była nieznacznie wyższa niż na Ukrainie¹⁴.

Jeszcze większe różnice na niekorzyść społeczeństwa ukraińskiego dostrzegamy, gdy weźmiemy pod uwagę umieralność (standaryzowaną wiekowo) z powodu gruźlicy. Zmienność w czasie tej umieralności w Polsce jest podobna do zachorowalności, czyli cały czas mamy do czynienia ze spadkiem (od 5,0 zgonów na 100 tys. ludności w 1989 r. do 1,4 w 2011 r.). Natomiast na Ukrainie początkowo odnotowano bardzo gwałtowny wzrost umieralności – od 8,5 w 1989 r. do 24,3 w 2005 r., a następnie mniej gwałtowny spadek do 14,0 w 2012 r. (*HFA-MDB...* 2014).

Na przykładzie średniego poziomu oraz zmian w zachorowalności na gruźlicę widzimy, jak całokształt pozytywnie przeprowadzonych reform o charakterze ekonomicznym w Polsce wpłynął korzystnie na warunki życia ludności w porównaniu z Ukrainą, gdzie reformy były rachityczne i częstokroć deklaratywne, nie przynosząc polepszenia warunków życia obywateli. W przypadku umieralności na gruźlicę możemy ponadto mówić o pozytywnym wpływie udanych reform ekonomicznych na funkcjonowanie systemu służby zdrowia i to zarówno w zakresie lecznictwa, jak i profilaktyki. Niestety, można z dużą dozą prawdopodobieństwa przypuszczać, że katastrofa humanitarna w obwodach ługańskim i donieckim na Ukrainie oraz koszty związane z prowadzonymi tam działaniami spowodują po 2013 r. wzrost zarówno zachorowalności, jak i umieralności z powodu gruźlicy. Ponadto należy wziąć pod uwagę, że występują uwarunkowane społecznie związki między liczbą chorych na gruźlicę a liczbą zakażonych wirusem HIV (Caroll 2013; Dubrovina i in. 2008; Raykhert i in. 2008). Powiązania te są szczególnie silne w społeczeństwach spauperyzowanych i przy mało wydolnym systemie służby zdrowia – a tak, niestety, jest na Ukrainie.

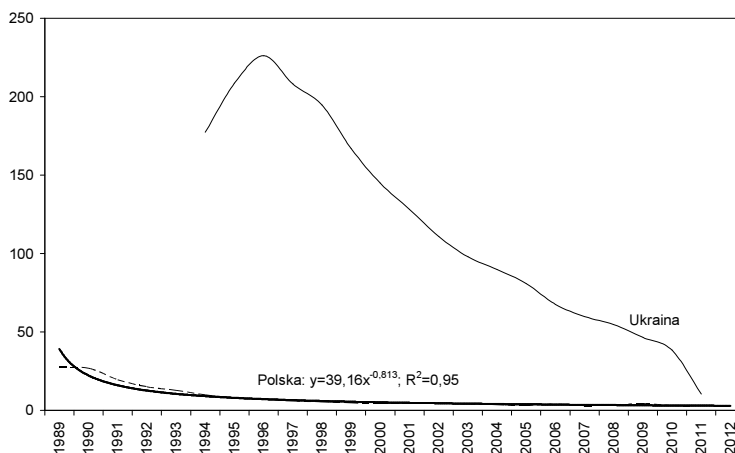
Pełne dane na temat zachorowalności na kiłę i rzeżączkę na Ukrainie są dostępne dla lat 1994-2011, a dla Polski dla lat 1989-2012. Średni poziom zachorowalności w tym okresie na Ukrainie wyniósł 117,3 na 100 tys. mieszkańców i był aż 109 razy wyższy niż w Polsce (gdzie osiągnął poziom 8,3 przypadków na 100 tys. mieszkańców). Zmienność natężenia zachorowalności w czasie była dość wysoka¹⁵.

Analizując zmiany w czasie zachorowalności z powodu kiły i rzeżączki liczonych razem – widzimy, że sytuacja w Polsce i na Ukrainie jest praktycznie nieporównywalna (ryc. 5). Nie dość, że w Polsce w momencie uzyskiwania niezawisłości poziom zachorowalności na obie choroby był średni, to w dalszych latach następował jego wyraźny spadek. Natomiast na Ukrainie należy domniemywać, że początkowo następował gwałtowny wzrost poziomu zachorowalności, którego

¹⁴ Podczas gdy w ostatnim roku badanego okresu była już na Ukrainie ponad 4 razy wyższa niż w Polsce.

¹⁵ Współczynnik zmienności właściwej dla Ukrainy wynosił 55,4%, a dla Polski aż 86,5% (obejmował dłuższy okres).

przesileniem był rok 1996¹⁶, po czym odnotowano równie wyraźny spadek zachorowalności.



Ryc. 5. Zachorowalność z powodu kiły i rzeżączki (liczonych razem) na 100 000 mieszkańców w Polsce (lata 1989-2012) i na Ukrainie (lata 1994-2011)

Fig. 5. Incidence of syphilis and incidence of gonococcal infection (counted together) per 100.000 inhabitants in Poland (the years 1989-2012) and Ukraine (1994-2011)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *HFA-DB...* 2014

Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy na Ukrainie upatruje się bardzo szybkiego rozwoju prostytucji (gdzie prezerwatywa nie jest lubianym przez mężczyzn środkiem zapobiegawczym infekcji), zwiększenia liczby uchodźców oraz bezdomnych w miastach, słabego funkcjonowania publicznej służby zdrowia (głównie za sprawą jej chronicznego niedofinansowania), ułomności regulacji prawnych (por. Buromensky 1999; Ivanov 1999; Ruchens, Mircea 2009). Na ważny aspekt tak szybkiego wzrostu zachorowań zwracają uwagę Mavrov i Bondarenko (2002) – ich zdaniem sytuacja na Ukrainie przypomina to, co działo się w Europie Zachodniej w latach 60. ubiegłego wieku. Na Ukrainie po wiekach socjalistycznej purystycznej moralności nastąpiła „eksplozja” źle pojmowanej wolności w sferze seksualnej.

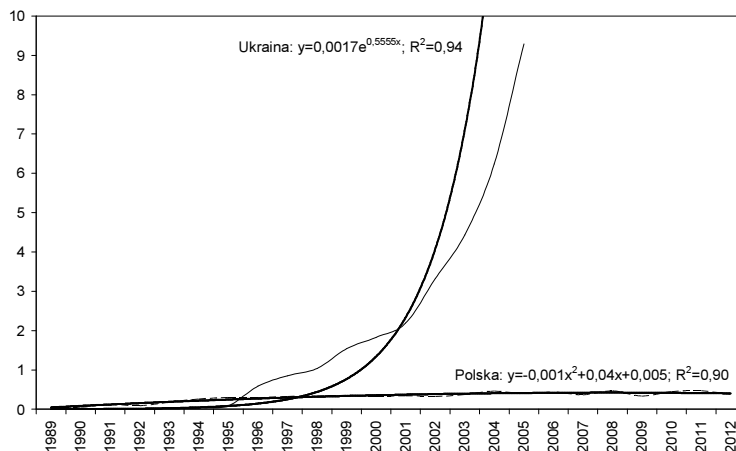
Niestety, biorąc pod uwagę to, co dzieje się aktualnie na Ukrainie i znając przyczyny tak znacznego szerzenia się chorób przenoszonych drogą płciową, można przypuszczać, że w najbliższych latach nastąpi ponowne zwiększenie zachorowalności na te choroby (lecz tym razem już z mniejszym wpływem czynnika behawioralnego w postaci poczucia wolności seksualnej, a bardziej w związku z przyczynami o charakterze materialnym, jak bezdomność, bieda, niewydolność systemu służby zdrowia).

Kompletne dane na temat zachorowalności na AIDS na Ukrainie są dostępne dla lat 1989-2005, a dla Polski dla całego okresu analizy. Średni poziom zachorowalności w tym okresie na Ukrainie wyniósł 1,9 przypadku na 100 tys. mieszkańców, na-

¹⁶ Kiedy odnotowano 226,1 zachorowań na 100 tys. mieszkańców (*HFA-DB...* 2014).

tomiast w Polsce było to 0,3. Zmienność natężenia zachorowalności w tym czasie była bardzo wysoka, zwłaszcza na Ukrainie¹⁷.

W omawianym okresie zachorowalność na AIDS rosła w Polsce powoli – od 0,06 zachorowania na 100 tys. obywateli w latach 1989-1990, tak by po 2002 r. ustabilizować się na poziomie około 0,42 (ryc. 6). Natomiast na Ukrainie po okresie stosunkowo niskiej zachorowalności w latach 1989-1995 (średnia 0,03 zachorowania na 100 tys. mieszkańców) rozpoczął się dość szybki wzrost. Po 2001 r., zgodnie zresztą z wcześniejszymi analizami (Burnett i in. 2000), przeszedł on w bardzo gwałtowny wzrost, osiągając w 2005 r. poziom 9,29 zachorowań na 100 tys. mieszkańców.



Ryc. 6. Zachorowalność na AIDS na 100 000 mieszkańców w Polsce (lata 1989-2012) i na Ukrainie (lata 1989-2005)

Fig. 6. AIDS incidence per 100.000 inhabitants in Poland (the years 1989-2012) and in Ukraine (1989-2005)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *HFA-DB...* 2014

Przyczyn takiego stanu rzeczy należy doszukiwać się w tej samej grupie czynników, które zaważyły na zmianach w zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową. Lecz szczególnie ważny jest tutaj fakt, że zakażenie HIV przez długi okres jest bezobjawowe, co przy całkowicie niewydolnym publicznym systemie służby zdrowia na Ukrainie prawie zawsze prowadzi do rozwoju pełnoobjawowego AIDS¹⁸, podczas gdy chociażby w Polsce udaje się zatrzymać tę chorobę na wcześniejszym stadium. Dodatkowo cztery czynniki sprzyjają dużo szerszemu, niż w Polsce, szerzeniu się AIDS na Ukrainie. Pierwszy jest związany z osobami przyjmującymi narkotyki dożylnie, kiedy od połowy lat 90. XX wieku nastąpiło zwiększenie ich liczby w południowo-wschodniej Ukrainie (*Health Profile: Ukraina 2010*). Drugi czynnik jest związany z niekorzystnymi regulacjami prawnymi oraz ostracyzmem społecznym

¹⁷ Współczynnik zmienności właściwej dla Ukrainy wynosił aż 137,4%, podczas gdy dla Polski aż 39,2% (i to dla dłuższego okresu).

¹⁸ W 2009 r. zaledwie 16% zarażonych HIV było leczonych (*Health Profile: Ukraina 2010*).

wobec osób homoseksualnych (co jest szczególnie istotne w kontekście słabo rozwiniętych anonimowych badań na nosicielstwo HIV, które w Polsce są już od lat standardem). Trzeci wynika z bardzo złej sytuacji w ukraińskich więzieniach, co zresztą sprzyja nie tylko szerzeniu się HIV i rozwojowi AIDS, ale także m.in. szerzeniu się gruźlicy i chorób przenoszonych drogą płciową. Czwarty jest związany z zakażeniami okołoporodowymi, co jest pochodną wspomnianego już słabego stanu publicznej służby zdrowia na Ukrainie¹⁹.

Zakończenie

Ukraina i Polska u progu procesów transformacji społeczno-ekonomicznej i politycznej miały zbliżoną sytuację zdrowotną. Patrząc na przeprowadzoną analizę, widać, że przy niektórych wskaźnikach sytuacji zdrowotnej społeczeństwa lepiej w 1989 r. było w Polsce, a przy innych na Ukrainie. Większe koszty związane z rozpadem systemu tzw. demokracji ludowej oraz nieudolność w przeprowadzaniu reform spowodowały, że sytuacja zdrowotna na Ukrainie, w odróżnieniu od Polski, zaczęła się gwałtownie pogarszać.

O ile wszystkie europejskie kraje postkomunistyczne wyraźnie ponoszą „koszty demograficzne” procesu transformacji ustrojowej po upadku systemu socjalistycznego (por. Michalski 2012), o tyle „koszty zdrowotne” są już rozłożone dużo bardziej nierównomiernie (por. Field 1995; Michalski 2010; Nolte i in. 2005). A, jak to już zasygnalizowano, Ukraina ponosi je w dużo większym stopniu niż Polska.

Tego, że sytuacja zdrowotna jest na Ukrainie dużo gorsza, można upatrywać w trzech czynnikach. Po pierwsze jest to zaniechanie lub nieudolne przeprowadzenie tam systemowych reform, skutkiem tego jest wyższy poziom pauperyzacji społeczeństwa ukraińskiego niż polskiego. Lecz także skutkuje to chociażby słabszymi zachowaniami prozdrowotnymi, mniejszymi własnymi nakładami obywateli na zachowanie dobrostanu zdrowotnego, mniejszym poziomem rozwoju społeczeństwa obywatelskiego itd. (por. Gorobets 2008). Po drugie wpływ wywiera także bardziej antyzdrowotny styl życia, chodzi tu zwłaszcza o nikotynizm i alkoholizm (por. Cockerham i in. 2005, 2006a, b; Popowa i in. 2007). Po trzecie mniejsze nakłady finansowe, w połączeniu z brakiem reform oraz wszechobecną korupcją powodują, że ukraiński system służby zdrowia jest dużo mniej wydolny niż polski (por. Lavigne 2000; Lekhan i in. 2010; Tymkovich 2005).

Literatura

Abdulraheem I.S., Jimom A.A.G., Oladipo A.R., 2011, *Gender differential in life expectancy: trends, determinants and empirical findings*, *Journal of Peace, Gender and Development Studies*, 1(1), s. 15-27

¹⁹ Szerzej te wszystkie czynniki opisano w pracach Atlani i in. (2000), Burnett i in. (2000), Danilova (2012), *HIV/AIDS in prisons...* (2006), *Vulnerability Assessment...* (2008).

- Andryszek C., Indulski J.A., Worach-Kardas H., 1996, *Dynamika i zróżnicowanie przestrzenne umieralności przedwczesnej populacji w wieku produkcyjnym – przesłanki do pogłębionych badań przyczyn i uwarunkowań tego zjawiska*, *Medycyna Pracy*, XLVII(6), s. 577-596
- Atlani L., Caraël M., Brunet J.-B., Frasca T., Chaika N., 2000, *Social change and HIV in the former USSR: the making of a new epidemic*, *Social Science & Medicine*, 50, s. 1547-1556
- BDL: *Bank Danych Lokalnych GUS*, Warszawa, http://stat.gov.pl/bdl/epp/strona.html?p_name=indeks z dnia 3.08.2014
- Burnett T., Whiteside A., Khodakevich L., Kruglov Y., Stetschenko V., 2000, *The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact*, *Social Science & Medicine*, 51, s. 1387-1403
- Buromensky M., 1999, *STD legislation in Ukraine: legal and ethical issues and the implications for HIV/AIDS*, *Medicine and Law*, 18(2-3), s. 327-333
- Caroll J.J., 2013, *Barriers to Treatment Adherence in Ukrainian Tuberculosis Control Programs*, Washington, www.irex.org/sites/default/files/Carroll%20Research%20Brief.pdf z dnia 6.08.2014
- Cockerham W.C., Hinote B.P., Abbott P., Haerpfer Ch., 2005, *Health lifestyles in Ukraine*, *International Journal of Public Health*, 50, s. 264-271
- Cockerham W.C., Hinote B.P., Abbott P., 2006a, *Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine*, *Social Science & Medicine*, 63, s. 2381-2394
- Cockerham W.C., Hinote B.P., Cockerham G.B., Abbott P., 2006b, *Health lifestyles and political ideology in Belarus, Russia, and Ukraine*, *Social Science & Medicine*, 62, s. 1799-1809
- Danilova M., 2012, *Ukraine: corruption blamed for AIDS non-treatment*, bigstory.ap.org/article/ukraine-corruption-blamed-aids-non-treatment z dnia 8.08.2014
- Dubrovina I., Miskinis K., Lyepshina S., Yann Y., Hoffmann H., Zaleskis R., Nunn P., Zignol M., 2008, *Drug-resistant tuberculosis and HIV in Ukraine: a threatening convergence of two epidemics?*, *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(7), s. 756-767
- Field M.G., 1995, *The health crisis in the former Soviet Union: a report from the 'post-war' zone*, *Social Science & Medicine*, 41, s. 1469-1478
- Gorobets A., 2008, *An independent Ukraine: Sustainable or unsustainable development?*, *Communist and Post-Communist Studies*, 41, s. 93-103
- Health Profile: Ukraine*, 2010, Washington, www.usaid.gov/where-we-work/europe-and-eurasia/ukraine z dnia 8.08.2014
- HFA-DB, 2014: European health for all database*, 2014, Copenhagen, www.euro.who.int/en/home, aktualizacja z kwietnia 2014 r. z dnia 3.08.2014
- HFA-MDB, 2014: European mortality database*, 2014, Copenhagen www.euro.who.int/en/home, aktualizacja z kwietnia 2014 r., z dnia 3.08.2014
- Hinde A., 2009, *Demographic Methods*, London
- HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union*, 2006, Canadian HIV/AIDS Legal Network, www.aidslex.org/site_documents/PR-0001E.pdf z dnia 8.08.2014
- Ivanov D.I., 1999, *Sexually Transmitted Diseases in Ukraine*, *Emerging Infectious Diseases*, 5(3), s. 486-487
- Kędleski M., 1990, *Analiza czynników i skutków zmian struktury ludności według płci i wieku*. W: *Demografia*, red. M. Kudelski, J. Paradysz, Poznań, s. 165-178
- Lavigne M., 2000, *Ten years of transition: a review article*, *Communist and Post-Communist Studies*, 33, s. 475-483
- Lekhan V., Rudy V., Richardson E., 2010, *Ukraine: Health system review*, *Health Systems in Transition*, 12(8), s. 1-183
- Levchuk N., 2009, *Alcohol and Mortality in Ukraine*, Rostock

- Luty M., 2003, *Cause of Male Excess Mortality: Insights from Cloistered Population*, *Population and Development Review*, 29(4), s. 647-676
- Marcinkowska-Suchowierska E., Brzozowski R., 1985, *Analiza nadumieralności mężczyzn w Polsce*, *Zdrowie Publiczne*, 96(11), s. 481-488
- Masuy-Stroobart G., 2006, *The Determinants of Infant Health and Mortality*. W: *Demography: Analysis and synthesis. A Treatise in Population Studies. Vol. 2.*, red. G. Castelli, J. Vallin, G. Wunsch, Amsterdam-Boston-Heidelberg-London-New York-Oxford-Paris-San Diego-San Francisco-Singapore-Sydney-Tokyo, s. 71-79
- Mavrov G.I., Bondarenko G.M., 2002, *The evolution of sexually transmitted infections in the Ukraine*, *Sexually Transmitted Infections*, 78, s. 219-221
- Michalski T., 2010, *Sytuacja zdrowotna w europejskich krajach postkomunistycznych w dobie transformacji*, Gdańsk
- Michalski T., 2012, *Przemiany w liczbie ludności i ruchu rzeczywistym w Europie Środkowej i Środkowo-Wschodniej w okresie transformacji*, Pelplin
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10, Kategorie 3-znakowe*, 1996, Kraków
- Muromceva Ū.I., 2006, *Demografiâ, Kiïv*
- Nolte E., McKee M., Gilmore A., 2005, *Morbidity and mortality in the transition countries in Europe*. W: *The new demographic regime. Population challenges and policy responses*, red. M. Macura, A.L. MacDonald, W. Haug, New York-Geneva, s. 153-176
- Polska 1918-1988*, 1989, Warszawa
- Popowa S., Rehm J., Patra J., Zatonski W., 2007, *Comparing alcohol consumption In Central and Eastern Europe to other European countries*, *Alcohol and Alcoholism*, 42(5), s. 465-473
- Puvacic Z., Hrabac B., Jaganac N., Gabrielli N., Chavez N., Puvacic S., 1997, *Vaccination Coverage in Bosnia and Herzegovina During the 1992-1995 War*, *Croatian Medical Journal*, 38, s. 140-142
- Ram B., 1993, *Sex differences in mortality as a social indicator*, *Social Indicator Research*, 29, s. 83-108
- Raykhert I., Miskinis K., Lepshyna S., Kosinova O., Kovalyova A., Zaleskis R., Nunn P., Zignol M., 2008, *HIV seroprevalence among new TB patients in the civilian and prisoner populations of Donetsk Oblast, Ukraine*, *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 40(8), s. 655-662
- Rosińska M., 2007, *Epidemiologia HIV/AIDS ze szczególnym uwzględnieniem krajów rozwijających się*. W: *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, red. J. Cianciara, J. Juszczyk, Lublin, s. 381-386
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 kwietnia 1994 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania* (DzU 1994, nr 56, poz. 234)
- Ruchens J., Mircea B., 2009, *Report of the Mission to Assess availability of and Access to STI services for most at risk and vulnerable populations in Ukraine*, Kyiv
- Szczyt M., 2006, *Tendencje zmian umieralności niemowląt w Polsce w latach 1970-2002*. W: *Prace statystyczne i demograficzne. Zeszyty Naukowe 69*, red. I. Roeske-Słomka, s. 60-80
- Tymkovych B., 2005, *Reform of Healthcare Service Provision and Finance in Ukraine*. W: *Decentralization in Healthcare. Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s, Local Government and Public Service Reform Initiative*, red. G. Shakarishvili, Budapest, s. 487-537
- Vulnerability Assessment of People Living With HIV (PLHIV) in Ukraine. Final Report*, 2008, Kiev, europeandcis.undp.org/rhdr.aids2008/report/hiv_ukraine_en.pdf z dnia 8.08.2014

- Watson P., 1995, *Explaining rising mortality among men in Eastern Europe*, *Social Science & Medicine*, 41(7), s. 923-934
- Zieliński A., 2007, *Wprowadzenie do epidemiologii chorób zakaźnych*. W: *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, red. J. Cianciara, J. Juszczyk, Lublin, s. 12-19

Summary

The objective of the study is to compare changes in the health situation in Poland and Ukraine in the years 1989-2012. Six variables were analysed: total death rate, infant mortality, age standardized premature mortality of men aged 25-64 years, incidence of tuberculosis, incidence of syphilis and gonorrhoea, AIDS incidence. Although at the beginning of the period of transformation Poland and Ukraine had a similar health situation, in the following years one can observe its rapid deterioration in Ukraine, with an unchanged level or a slight improvement in Poland. The reasons for this must be found in: (1) failure, or an inept attempt to carry out reforms in Ukraine, (2) a greater prevalence of non-healthy lifestyle in Ukraine, (3) very poor functioning of the healthcare system in Ukraine.