



AKADEMIA KALISKA

im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

# O POTRZEBIE SOLIDNYCH DANYCH ORAZ RZETELNYCH OCEN I INTERPRETACJI WYNIKÓW BADAŃ W ZDROWIU PUBLICZNYM

---

Prof. dr hab. n. med. Janusz Szymborski, Akademia Kaliska, Rządowa Rada Ludnościowa,

Konferencja GUS: *Statystyka w służbie polityki społeczno-gospodarczej: nowe badania, metody i narzędzia.*  
Warszawa, 23.-24. 03.2023



# Plan prezentacji

---

1. Wstęp
2. Korelacja a związek przyczynowo-skutkowy: *case study* - starzenie się ludności
3. Zwodnicze interpretacje sytuacji zdrowotnej
4. Rzetelność danych: *case study* - grypa pandemiczna AH1N1
5. Dane o COVID-19, ich interpretacja naukowa i odbiór społeczny
6. Czy medycyna potrafi wykorzystywać dane?
7. GUS jako ostoja solidności danych dla zdrowia publicznego

# Wstęp

---

**SYSTEM ZDROWOTNY** – wszystkie organizacje, instytucje i ludzie formalnie odpowiedzialni za utrzymanie/poprawę (promocja zdrowia) ochronę (profilaktyka chorób) i restytucję zdrowia (medycyna)

**ZDROWIE PUBLICZNE** – systemowe działania w zakresie promocji zdrowia/edukacji zdrowotnej, profilaktyki chorób i restytucji zdrowia w kontekście socjoekologicznym (4 filary zdrowia)

**DETERMINANTY ZDROWIA** – właściwie interpretowane 4 pola Lalonda + determinanta prawna i determinanta komercyjna (obie mają oblicze pozytywne i negatywne)

MEDYCYNĄ jest ważna ale ZDROWIE jest ważniejsze, bo zależy głównie od pozamedycznych uwarunkowań. Rola ALFABETYZACJI ZDROWOTNEJ (ang. *health literacy*)

ŚCISŁOŚĆ vs. SZCZEROŚĆ w dochodzeniu do prawdy obiektywnej w dobie gwałtownego rozwoju mediów (Harry G. Frankfurt); WYZWANIA dla systemu zdrowotnego a jego CELE

Zmiana relacji PACJENT-LEKARZ oraz ESTABLISHMENT ZDROWOTNY-SPOŁECZEŃSTWO

## 2. Korelacja a związek przyczynowo-skutkowy: *case study* – „wiek jest przyczyną ..., ..., ...”(sic!)

---

Zależność pomiędzy starzeniem się ludności a wzrostem wydatków na zdrowie nie jest tak sztywna, jak się często twierdzi. Są one wypadkową wielu innych niż demografia czynników, w tym decyzji politycznych dotyczących kosztów administracyjnych, kosztów procedur medycznych, cen leków, sprzętu i aparatury. **Z tymi kosztami starzenie się społeczeństwa ma niewiele wspólnego.**

Wydatki na zdrowie i zapotrzebowanie na usługi zdrowotne są nie tyle związane z wiekiem kalendarzowym, co ściśle uzależnione ( w USA w 84%) od narastania epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych dotykających nie tylko osoby starsze ale ludzi w wieku poniżej 65 lat – w USA stanowią aż 2/3 tych chorych.

Jeżeli rzeczywiście chcemy działać na rzecz obniżenia tempa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, to powinniśmy nadać najwyższy priorytet promocji zdrowia i prewencji chorób przewlekłych u ludzi w każdym wieku.



# Polityka senioralna wymaga rygorystycznej bazy dowodowej

---

**Tylko ścisłe dane** o sytuacji osób starszych umożliwiają optymalne przełożenie pozyskanej wiedzy na decyzje w obrębie polityk publicznych.

**Tylko rzetelne oceny** są pomocne dla wyboru efektywnych interwencji zdrowotnych i socjalnych oraz dla zobiektywizowania efektów działań promocyjnych, prewencyjnych, leczniczych, opiekuńczych i socjalnych podejmowanych przez odpowiedzialne instytucje i organy.

## Dyskursy „przykrywki”

**1. Interpretowanie procesu starzenia się ludności**, jako głównej przyczyny dysfunkcji systemu zdrowotnego, systemu opieki społecznej i niekorzystnych trendów zdrowotności, prowadzi do: szkodliwych stereotypów; zakłócenia relacji międzypokoleniowych; stygmatyzacji osób starszych; bagatelizowania znaczenia epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych; zmniejszenia wrażliwości społecznej na zjawisko nadumieralności; utrwalenia zjawiska *garbage codes*.



# Zwodnicze interpretacje sytuacji zdrowotnej, c.d.

---

**2. Interpretowanie niskiej świadomości zdrowotnej społeczeństwa** wyłącznie w kategoriach indywidualnej odpowiedzialności, dowodzi niezrozumienia idei pól Lalonda i prowadzi do marginalizowania roli polityk publicznych i systemu zdrowotnego w budowaniu alfabetyzacji zdrowotnej.

**3. Upatrując w stosunkowo niskich nakładach finansowych na zdrowie i niedoborze personelu** zasadniczych czynników wpływających na złą kondycję zdrowotną społeczeństwa i dysfunkcjonalność systemu zdrowotnego, pomija się wyniki badań pokazujące, że nie ma sztywnej zależności między tymi zmiennymi ( np. USA, UK).

**4. Eksponując wyłącznie 1-3 oraz pandemię COVID-19**, umniejsza się rolę lub zarzuca zasłonę milczenia na systemowe deficyty „utowarowionego” w latach 1999-2004 systemu zdrowotnego, który przyczynił się do przedpandemicznej recesji zdrowotnej i miał wpływ na rozmiar pandemicznego kryzysu zdrowotnego.

Rzetelność danych:

*case study* - grypa pandemiczna AH1N1

---

Niska wiarygodność systemu rejestracji zachorowań.

Rozbieżne informacje w sprawie systemu SENTINEL.

Nieprawdziwe informacje, iż w tym okresie w Polsce dominowała grypa sezonowa, tymczasem było wiadomo, że grypa pandemiczna AH1N1 wyparła grypę sezonową. Miało to istotne konsekwencje dla postępowania lekarskiego.

Niesprawdzone informacje o śmiertelnych powikłaniach po nowej szczepionce, co sprawiło, że dynamicznie rozwinął się ruch antyszczepionkowy.

# Dane o COVID-19, ich interpretacja naukowa i odbiór społeczny

---

**Niewiarygodne dane o zachorowalności spowodowanej przez SARS-CoV-2, bo nie odnosiły się do wielkości populacji w regionach i do liczby wykonanych testów diagnostycznych.**

Częstość testowania (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców ) w kierunku zakażeń SARS-CoV-2 była znacznie niższa w Polsce niż mediana dla UE/EOG . Znacznie wyższy odsetek wyników dodatnich wskazuje, że poziom testowania wynikał bardziej z przyjętych zasad i dostępności niż z mniejszej liczby przypadków.

Kwestia zrozumienia i zaufania społecznego do zaleceń a alfabetyzacja zdrowotna (ang. *Health literacy*).

Znaczenie solidnych danych dla polityki zdrowotnej na przyszłość.

Po 3 latach trwania pandemii, której ostra faza jeszcze się nie zakończyła, szacuje się, że na świecie ok. 65 mln ludzi zmaga się z długotrwałymi, trwającymi miesiące i lata, powikłaniami po przebyciu infekcji (ang. Long COVID).



# „Nadmiarowe zgony”

---

Wg danych GUS liczba zgonów ogółem w 2020 roku przekroczyła o ponad 100 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50. lat (477 tys. do 364 tys.). Liczba zgonów ogółem w 2021 roku przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50. lat (519,5 tys. do 366 tys.).

WG NIZP-PZH-PIB COVID-19 jako przyczyna występował w przypadku zgonu 41451 osób (108,1 na 100 tys.) w 2020 r. i 92780 osób (243,1 na 100 tys.) w 2021 r. Umieralność z powodu COVID-19 bardzo zwiększała się wraz z wiekiem i była wyższa wśród mężczyzn niż kobiet. Połowa zmarłych była w wieku starszym niż 80 lat w przypadku kobiet i 74 (2020 r.) i 72 (2021 r.) w przypadku mężczyzn. Natomiast zgony z powodu COVID-19 odgrywały prawie dwukrotnie większą rolę w umieralności mężczyzn z wyższym wykształceniem niż podstawowym.

Potrzeba szerszych analiz, w tym porównań międzynarodowych.

# „Dane w medycynie. Po co je zbieramy, skoro nie potrafimy ich wykorzystać?”

(Sesja VIII Kongresu Wyzwań Zdrowotnych – HCC Katowice, 9-10 marca 2023)

---

Brak nadzoru nad rzetelnością wprowadzanych informacji, złe kryteria i parametry oceny, utrudnione porównywanie różnych rejestrów.

NFZ zbiera informacje z całej Polski, ale są one warunkowane kodowaniem pod kątem rozpoznaw z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ale jednostki kodują rozpoznania głównie z punktu widzenia najlepszego rozliczenia finansowego, co może nie odzwierciedlać rzeczywistego obrazu zachorowań na dane choroby w ogólnej populacji.

Systemy do zarządzania dokumentacją w placówkach medycznych, dostarczane przez komercyjne firmy, nie są ze sobą kompatybilne.

„Nadchodzi rewolucja w zbieraniu danych medycznych” w postaci planowanej regulacji unijnej, zakładającej koncepcję tzw. europejskiej przestrzeni danych medycznych. Regulacja ma m.in. określać, kto jest podmiotem zarządzającym danymi (z ang. **data holder**), a kto użytkownikiem (pacjenci). Ponadto jaką rolę mają do odegrania instytucje na poziomie centralnym odpowiadające za standaryzację danych i organizowanie środowiska do przetwarzania informacji. I wreszcie, kto z tych danych może korzystać (z ang. **data users**).

# Zakończenie i wnioski

---

Potrzeba gruntownej transformacji systemu zdrowotnego.

Potrzeba wiarygodnych ocen i interpretacji danych GUS przez establishment zdrowotny i polityków.

Potrzeba edukacji o danych począwszy od przedszkola?

GUS jako ostoja solidności danych dla zdrowia publicznego.

# Bibliografia

---

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, *Zalecenia w long COVID/post-COVID* – 05.12.2021 r.

Główny Urząd Statystyczny – Umieralność, zgony wg przyczyn 2020-2021

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2023. Foundations of Data Science for Students in Grades K-12: Proceedings of a Workshop. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26852>.

Styczyński J: *Zbieramy mnóstwo danych o pacjentach. Wiele z nich jest jednak bezużytecznych*. Rynek Zdrowia, 19 marca 2023.

SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI I JEJ UWARUNKOWANIA 2022. B. Wojtyniak, P. Goryński – red. NIZP-PZH-PIB, Warszawa 2022

Szyborski J: *Opinia w sprawie sytuacji epidemiologicznej grypy AH1N1 w Polsce -BRPO*. [W:] A. Dmochowski, *Afera grypowa*. Prohibita, Warszawa 2015. s.187-198

Szyborski J, Marciniak G: *Zdrowotne następstwa przemian demograficznych w Polsce - przyczyna czy usprawiedliwienie problemów w ochronie zdrowia?* Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Zeszyty Ekonomiczne, Nr 223, Katowice 2015 s.11-20.

Szyborski J: *Kryzys zdrowotny w okresie pandemii – Wnioski*. Kontrola Państwowa, Nr 1/styczeń-luty/2023 s.78-107, DOI: 10.53122/ISSN.0452-5027/2023.1.05.

Zatoński WA, Zatoński M, Janik-Koncewicz K, Wojtyła A. Alcohol-related deaths in Poland during a period of weakening alcohol control measures. *JAMA* 2021; 325(11): 1108-1109.

