

7 LAT RÓŻNICY

ZDROWIE MĘŻCZYZN W POLSCE 2026

Skala przedwczesnej straty, miejsca, w których system ochrony zdrowia traci pacjenta, i decyzje możliwe do podjęcia bez czekania na nową ustawę.

7,11

roku krótszego życia mężczyzn niż kobiet
GUS, dane za 2025%

28/34

miejsce Polski wśród krajów europejskich
Eurostat i GUS, dane za 2024

51,9%

tej różnicy powstaje przed 65. rokiem życia
NIZP PZH-PIB, dane za 2023

83,2%

osób zmarłych w wyniku zachowań samobójczych to mężczyźni
KGP, dane za 2025

Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

7 LAT RÓŻNICY

7 LAT RÓŻNICY

ZDROWIE MĘŻCZYZN W POLSCE 2026

Skala przedwczesnej straty, miejsca, w których system ochrony zdrowia traci pacjenta, i decyzje możliwe do podjęcia bez czekania na nową ustawę. Dokument scala perspektywę epidemiologiczną, systemową i kliniczną, a zamyka go dyskusja zestawiająca skalę opisywanej straty ze skalą korzyści, którą w medycynie klinicznej uznajemy dziś za sukces.

Sanitas sanitatum, omnia sanitas.

Zdrowie nad zdrowiami, wszystko jest zdrowiem.

Benjamin Disraeli, przemówienie w Manchesterze, 3 kwietnia 1872 r.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Nota wydawnicza

TYTUŁ	7 lat różnicy. Zdrowie mężczyzn w Polsce 2026
WYDANIE	Pierwsze
AUTOR I REDAKCJA	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski; Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
WYDAWCA	Pharma Medical House Sp. z o.o.
MIEJSCE I ROK	Warszawa, 2 września 2026 r.
DATA ODCIĘCIA DANYCH	1 sierpnia 2026 r.
DATA CUT-OFF	1 August 2026. Every value in the full Polish text is reported with its year of observation and its source.
NOTA PRAWNOAUTORSKA	© Pharma Medical House Sp. z o.o., 2026. Wszelkie prawa zastrzeżone
ZAKRES	Siedem części, dwadzieścia siedem rozdziałów, trzydzieści siedem tabel, czternaście rycin, indeks 151 wartości liczbowych oraz streszczenie w języku angielskim
CHARAKTER DOKUMENTU	Opracowanie medyczne i organizacyjne oparte na polskich rejestrach publicznych, danych zharmonizowanych Eurostatu i wytycznych towarzystw naukowych. Publikacja ma charakter informacyjny i analityczny
PRAWA	Materiał może być cytowany z podaniem źródła, tytułu, numeru wydania oraz roku obserwacji przywoływanej wartości.
ISBN WYDANIA Drukowanego	978-83-954821-3-7
ISBN WYDANIA Elektronicznego (PDF)	978-83-954821-4-4
ZALECANY SPOSÓB CYTOWANIA	Radziszewski P., 7 lat różnicy. Zdrowie mężczyzn w Polsce 2026. Wydanie pierwsze. Pharma Medical House Sp. z o.o., Warszawa 2026.
SUGGESTED CITATION	Radziszewski P., Seven Years' Difference. Men's Health in Poland 2026. First edition. Warsaw; 2026.

Spis treści

Dla mediów	7
Streszczenie	9
Pięć implikacji decyzyjnych	11
Przedmowy	12
Wstęp	17

CZĘŚĆ I

SKALA I ROZKŁAD ZJAWISKA	21
1 Anatomia siedmiu lat	22
2 Zróżnicowanie wewnętrzne populacji mężczyzn	27
3 Segmentacja populacji mężczyzn	33
4 Hierarchia strat	36
5 Dokąd to zmierza	40

CZĘŚĆ II

OBSZARY UTRATY ZDROWIA I ŻYCIA	43
6 Serce, metabolizm, nerki	44
7 Nowotwory: trzy różne zadania	50
8 Układ oddechowy: choroba, której się nie rozpoznaje	54
9 Wątroba: narząd docelowy ekspozycji opisanej wcześniej	56
10 Choroby zakaźne: mały udział, duża lekcja	58
11 Zdrowie psychiczne i zachowania samobójcze	60
12 Przemoc i zabójstwa	66
13 Tytoń, alkohol, masa ciała, urazy	69
14 Praca jako czynnik ryzyka i jako miejsce kontaktu	73
15 Dwa krańce wieku	79
16 Wspólny mechanizm	83

CZĘŚĆ III**UROLOGIA 89**

17	Urologia jako filar zdrowia mężczyzn	90
----	--	----

CZĘŚĆ IV**SYSTEM OPIEKI 113**

18	Kaskada opieki	114
19	Polskie programy profilaktyczne	117
20	Bariery korzystania z opieki	122
21	Programy zdrowia mężczyzn w innych krajach	125
22	Ramy oceny ekonomicznej	130

CZĘŚĆ V**DECYZJE I ROZLICZALNOŚĆ 135**

23	Portfel odpowiedzi	136
24	Pomiar, odpowiedzialność i wskaźniki	145

CZĘŚĆ VI**HISTORIE PACJENTÓW 149**

25	Trzy historie w systemie, który mamy	150
26	Te same trzy historie w systemie, który da się zbudować	155

CZĘŚĆ VII**DYSKUSJA 159**

27	Dyskusja	160
----	----------------	-----

ZAKOŃCZENIE 169

	Wnioski końcowe	169
	Recenzje	171
	Summary	181
	Foreword • Original text	184
	Review • Original text	187

APARAT DOKUMENTU 189

	Indeks liczb	189
	Wykaz źródeł	197
	Spis tabel	200
	Spis rycin	201
	Nota o dokumencie	202

Dziesięć liczb i jedno zdanie, które z nich wynika

Każda wartość ma rok obserwacji i źródło. Żadnej nie wolno czytać bez mianownika podanego obok – i to właśnie w mianownikach ginie w Polsce większość doniesień o zdrowiu mężczyzn.

Verba volant, scripta manent.

Słowa ulatują, pismo pozostaje.

Sentencja łacińska, przypisywana wystąpieniu Kajusza Tytusa w senacie rzymskim

7,11 roku – o tyle krócej żył w 2025 roku przeciętny mężczyzna w Polsce niż kobieta: 75,37 wobec 82,48 roku. Wobec 2024 roku różnica zmalała o 0,22 roku, ponieważ mężczyźni zyskali 0,4 roku, a kobiety 0,2. [GUS, dane za 2025];

3,70 roku – różnica lat przeżytych w zdrowiu w 2024 roku. Cała ówczesna luka 7,33 roku dzieli się niemal równo: połowa to lata zdrowia, połowa to lata sprawności, których mężczyzna nie przeżyje, bo do nich nie dożyje. [GUS, dane za 2024];

51,9% różnicy powstaje przed 65. r.ż. – w okresie aktywności zawodowej, rodzinnej i społecznej. To nie jest problem geriatrici. [NIZP PZH-PIB, dekompozycja luki 7,3 roku za 2023];

13 lat – o tyle różni się dalsze trwanie życia trzydziestoletnich mężczyzn w zależności od wykształcenia. Podział wewnątrz populacji mężczyzn jest większy niż podział między płciami. [NIZP PZH-PIB, lata 2020–2022];

83,2% zgonów samobójczych dotyczy mężczyzn: 3 975 z 4 776. Mierzone latami utraconymi przed 75. r.ż., samobójstwa odbierają mężczyznom więcej lat niż rak płuca, udar czy zawał rozpatrywane osobno. [KGP, dane za 2025];

64% dorosłych mężczyzn ma wskaźnik masy ciała co najmniej 25, 28,8% pali codziennie, 27,2% pije ryzykownie. Odsetek nie wolno sumować – to w dużej mierze te same osoby. [NIZP PZH-PIB, dane za 2025];

+114% powyżej średniej unijnej wynosiła umieralność polskich mężczyzn z przyczyn w całości przypisywanych alkoholowi. To największa pojedyncza przewaga nad Europą w całym raporcie. [Eurostat i NIZP PZH-PIB, dane za 2022];

66,2% mężczyzn po czterdziestce zgłasza co najmniej jeden objaw z dolnych dróg moczowych. Leczenie otrzymuje co czwarta osoba z objawem. [Badanie LUTS POLAND, próba 6 005 osób, 2019];

23 710 nowych rozpoznań raka gruczołu krokowego – najczęstszego nowotworu u mężczyzn, jedna czwarta wszystkich zachorowań. Za jedną czwartą zgonów nowotworowych odpowiada jednak rak płuca. [*Krajowy Rejestr Nowotworów, dane za 2023*];

37,45% uczestników programu „Moje Zdrowie” to mężczyźni. Jest to skład uczestników, nie zaś w populacji – a sprawozdawczość programu kończy się na drugim z sześciu etapów. [*Centrum e-Zdrowia, pierwszy rok programu, maj 2026*];

Polska ma problem wysokiej i możliwej do ograniczenia przedwczesnej umieralności mężczyzn, skoncentrowanej przed 65. rokiem życia i w grupach o niższym statusie społecznym. System liczy kontakty i świadczenia. Nie liczy tego, ilu mężczyzn przeszło całą drogę od objawu do skutecznie kontrolowanego leczenia.

Trzy zdania, których ten raport nie mówi

Nie mówi, że mężczyźni są zaniedbywani przez system, a kobiety uprzywilejowane. Kobiety żyją dłużej, ale dłużej też żyją w chorobie: w 2024 roku różnica lat przeżytych z ograniczeniem sprawności wynosiła 3,63 roku na ich niekorzyść. To dwa odrębne problemy, wymagające dwóch odrębnych odpowiedzi, i nie pozostają wobec siebie w relacji konkurencji.

Nie mówi, że winna jest niechęć mężczyzn do lekarzy. Trzy z czterech kosztów, jakie pacjent ponosi przy kontakcie z opieką, mają charakter organizacyjny – godziny przyjęć, liczba wymaganych kroków, brak informacji zwrotnej. Struktura poddaje się zmianie szybciej niż postawy.

Nie mówi, że rozwiązaniem jest kolejna kampania. Kampanie aktywizują tych, którzy i tak się badają. Największy potencjał leży w domykaniu ścieżek, które już istnieją i które urywają się po nieprawidłowym wyniku.

Dziesięć ustaleń, na których powinny opierać się decyzje

Tytułowe siedem lat nie opisuje jednego problemu ani jednej specjalności. Jest syntetycznym wynikiem przedwczesnych zgonów, nierówności społecznych, nakładających się ekspozycji i miejsc, w których pacjent nie przechodzi od wykrytego ryzyka do skutecznie kontrolowanego leczenia.

Multum, non multa.

Wiele, lecz nie wiele rzeczy.

Pliniusz Młodszy, Listy VII, 9, 15

Teza przewodnia

Polska ma problem wysokiej, możliwej do ograniczenia przedwczesnej umieralności mężczyzn, skoncentrowanej przed 65. r.ż. i w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. System mierzy przede wszystkim kontakty i świadczenia, lecz rzadko pokazuje, ilu mężczyzn wysokiego ryzyka przechodzi pełną drogę od dotarcia do skutecznie kontrolowanego leczenia.

1. Różnica wynosi 7,11 roku. W 2025 roku przeciętne trwanie życia mężczyzn w Polsce wynosiło 75,37 roku, kobiety – 82,48 roku. Wobec 2024 roku różnica zmalała o 0,22 roku, ponieważ trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o 0,4 roku, a kobiet o 0,2. Zmiana jednoroczna mieści się w zakresie wahań i nie stanowi podstawy do wnioskowania o zmianie trendu. Sama luka nie może być jedynym celem, ponieważ maleje także przy pogorszeniu wyników kobiet.
2. Luka dzieli się niemal na pół. Dla 2024 roku – jedyne, dla którego opublikowano obie miary – różnica 7,33 roku rozkłada się na 3,70 roku różnicy lat przeżytych w zdrowiu i 3,63 roku różnicy lat przeżytych z długotrwałym ograniczeniem aktywności. Połowa to lata, których mężczyzna nie przeżyje wcale; druga połowa to lata z niesprawnością, których nie przeżyje, bo do nich nie dożyje.
3. Ponad połowa straty powstaje przed 65. r.ż. Dekompozycja Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wskazuje, że w 2023 roku 51,9% różnicy – wynoszącej wówczas 7,3 roku – wynikało z wyższej umieralności mężczyzn poniżej 65. r.ż. Interwencja adresowana wyłącznie do wieku podeszłego nie może zmienić opisywanej tu wielkości.
4. Zróżnicowanie wewnątrz populacji mężczyzn przekracza różnicę między płciami. Różnica dalszego trwania życia trzydziestolatków według wykształcenia sięga trzynastu lat. Korelacja rang między trwaniem życia mężczyzn a latami przeżyтыми przez nich w zdrowiu, w szesnastu województwach wynosi –0,06 i jest nieodróżnialna od zera: regiony najdłuższego życia nie są regionami najdłuższej sprawności.
5. Polska zajmuje 28. miejsce wśród 34 krajów europejskich. W zharmonizowanej serii Eurostatu mężczyzna w Polsce mógł w 2024 roku oczekiwać 74,8 roku życia wobec 78,9 roku średniej unijnej. Rozpiętość różnicy między płciami w Unii Europejskiej – od 2,8 roku w Holandii do 9,8 roku na Łotwie – wskazuje, że wartość ta jest w istotnej części modyfikowalna.

6. Priorytety zależą od przyjętej miary. Choroby układu krążenia i nowotwory odpowiadały każda za około 21% potencjalnych utraconych lat życia mężczyzn przed 75. r.ż. Samobójstwa, odległe w rankingu liczby zgonów, zajmują wysoką pozycję po uwzględnieniu wieku zdarzenia. Wybór miary nie jest kwestią techniczną – rozstrzyga, co uznaje się za priorytet.
7. Struktura umieralności nowotworowej różni się od struktury zachorowań. Rak gruczołu krokowego był najczęstszym rozpoznaniem u mężczyzn – 23 710 przypadków, około jedna czwarta zachorowań – lecz odpowiadał za 11,0% zgonów nowotworowych. Rak płuca odpowiadał za 25,4%. Z tego rozkładu wynikają trzy odrębne zadania organizacyjne.
8. Zachowania samobójcze pozostają zjawiskiem o wyraźnej przewadze płci męskiej. W 2025 roku mężczyźni stanowili 83,2% osób zmarłych w wyniku takich zachowań: 3 975 z 4 776. Najlepiej udokumentowanym okresem podwyższonego ryzyka jest czas bezpośrednio po próbie samobójczej i po wypisie z oddziału psychiatrycznego – a więc odcinek, na którym kontakt z opieką bywa przerywany.
9. Urologia jest pełnoprawnym filarem zdrowia mężczyzn. Rak gruczołu krokowego jest najczęstszym nowotworem mężczyzn, rak pęcherza ma istotną umieralność, a objawy z dolnych dróg moczowych, nokturia, zaburzenia erekcji, nietrzymanie moczu i niepłodność wpływają na funkcję oraz kontakt z opieką. Objaw urologiczny może też ujawnić ryzyko ogólne – pod warunkiem właściwej oceny i przekazania pacjenta.
10. Kaskada pozostaje niewidoczna. Publiczne dane pozwalają policzyć wykonane ankiety, badania i świadczenia, ale rzadko pełny ciąg: wynik, konsultacja, leczenie, kontrola. W programie „Moje Zdrowie” udział mężczyzn wśród uczestników wynosił 37,45%; nie jest to współczynnik uczestnictwa mężczyzn w populacji.

Od ustaleń do decyzji

Pięć zasad projektowania działań, pomiaru i odpowiedzialności w systemie.

Mierz wynik zdrowotny, nie samą różnicę

Miernikiem nadrzędnym powinien być bezwzględny wynik zdrowotny mężczyzn – przedwczesna i możliwa do uniknięcia umieralność, potencjalne utracone lata życia, lata w zdrowiu i nierówności – a nie wyłącznie różnica wobec kobiet.

Domykaj ścieżki, które już istnieją

Największy krótkoterminowy potencjał leży w domykaniu istniejących ścieżek: po nieprawidłowym wyniku, wypisie psychiatrycznym, objawie alarmowym, rozpoznaniu ryzyka lub rozpoczęciu leczenia.

Wykorzystuj kontakt urologiczny wysokiej wartości

Kontakt urologiczny powinien rozwiązywać problem urologiczny i – gdy wskazuje na to objaw lub profil – uruchamiać krótką ocenę ryzyka sercowo-metabolicznego, snu, zdrowia psychicznego albo uzależnień.

Rozliczaj pełną kaskadę, nie liczbę działań

Programy nie powinny być oceniane liczbą zaproszeń, ankiet czy pojedynczych badań. Potrzebują mianowników populacyjnych, pełnej kaskady, pomiaru wyniku, kosztu i nierówności.

Łącz punkty kontaktu zamiast je przeciwstawiać

Punkty kontaktu nie konkurują o rolę pierwszego kontaktu. Medycyna pracy, podstawowa opieka, urologia, onkologia, psychiatria, apteka i oddział ratunkowy powinny być projektowane jako elementy jednej ścieżki.

PROF. DR HEIN VAN POPPEL

*Przewodniczący Biura Polityki Zdrowotnej
Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU Policy Office)
Katedra Urologii, Katolicki Uniwersytet w Leuven*

Siedem lat to w ludzkim życiu dużo. To może oznaczać zobaczenie, jak dorastają dzieci, poznanie wnuków i cieszenie się nimi albo po prostu więcej czasu z tymi, których kochamy. Kiedy mężczyźni żyją o siedem lat krócej niż kobiety, nie należy tego traktować jako demograficznej ciekawostki. Jest to znak, że czas życia skracają ryzyka, które rozpoznajemy, okazje, które przeoczymy, i systemy, które zbyt często odpowiadają niewłaściwie albo za późno.

Przez trzydzieści pięć lat pracy w urologii na Katolickim Uniwersytecie w Leuven i przez blisko dziesięć lat zajmowania się europejską polityką zdrowotną w Europejskim Towarzystwie Urologicznym nauczyłem się, że rozpoznanie problemu jest dopiero początkiem. Trudniejsze zadanie polega na wskazaniu, gdzie zmiana jest potrzebna i wydaje się możliwa oraz w jaki sposób przełożyć dowody na skuteczne działanie. Tego właśnie podejmuje się profesor Piotr Radziszewski w tym raporcie. Łączy dowody epidemiologiczne, doświadczenie kliniczne i rozumienie tego, jak pacjenci rzeczywiście poruszają się – albo nie poruszają – w systemie ochrony zdrowia.

Choć raport został napisany z perspektywy urologa, świadomie przekracza granice jednej specjalności. To jedna z jego mocnych stron. Urologia często ma do czynienia z mężczyznami, którzy wcześniej niemal nie zetknęli się z opieką profilaktyczną. Radziszewski widzi w konsultacji urologicznej nie tylko sposobność do rozpoznania i leczenia choroby urologicznej, lecz również możliwy punkt wejścia do szerszej oceny stanu zdrowia mężczyzny.

Jednym z najcenniejszych wkładów tego raportu jest skupienie uwagi na tym, co dzieje się pomiędzy poszczególnymi etapami opieki: między zaproszeniem a zgłoszeniem się, między nieprawidłowym wynikiem a rozpoznaniem oraz między rozpoznaniem a leczeniem. To właśnie w tych szelinach pacjenci bywają gubieni – nawet wtedy, gdy poszczególne części systemu wydają się działać, lecz nie są ze sobą powiązane.

Raport pokazuje również rodzaj przywództwa, którego nasz zawód potrzebuje. Autor nie sugeruje, że urologia sama rozwiąże szerszy kryzys zdrowia mężczyzn. Wykorzystuje natomiast autorytet kliniczny naszej specjalności, by zdefiniować większy problem, wskazać, gdzie można zacząć działać, i zaprosić do współodpowiedzialności medycynę, zdrowie publiczne i rządzących. Ta gotowość do spojrzenia poza tradycyjne granice własnej dziedziny, przy jednoczesnym skupieniu na rozwiązaniach praktycznych, świadczy o prawdziwym przywództwie.

Dla decydentów raport niesie równie ważne przesłanie. Zamknięcie siedmioletniej luki wymaga czegoś więcej niż pojedynczych kampanii czy odosobnionych programów. Wymaga ciągłości między profilaktyką, podstawową opieką zdrowotną, wczesnym wykrywaniem, specjalistyczną diagnostyką i leczeniem, a wraz z nią odpowiedzialności za całą ścieżkę pacjenta. Przedstawione tu ustalenia i propozycje powinny zatem zasilić debatę krajową i przyszłe decyzje dotyczące zdrowia mężczyzn w Polsce, a także stanowić wskazówkę dla decydentów w innych krajach, które mierzą się z podobną różnicą umieralności między płciami.

Łącząc realia kliniczne, epidemiologiczne i organizacyjne, profesor Radziszewski wyprowadza polską dyskusję poza sam opis nierówności. Buduje poważny fundament pod działanie na poziomie krajowym i wyznacza polskiej urologii ważne miejsce w szerszej debacie europejskiej, zarazem jasno wskazując, że odpowiedzialność za zdrowie mężczyzn musi być wspólna. Osiągnięciem tego raportu nie jest podanie łatwej odpowiedzi, lecz sprawienie, że dalsza polityczna obojętność i bezczynność stają się coraz trudniejsze do usprawiedliwienia.

PETER BAKER

Dyrektor generalny, Global Action on Men's Health

W latach 2000–2012 dyrektor generalny Men's Health Forum

Mężczyźni są nadreprezentowani w statystykach przedwczesnej umieralności i niemal nieobecni w polityce zdrowia publicznego. Wśród osób podejmujących najważniejsze decyzje w ochronie zdrowia przeważają wprawdzie mężczyźni, nie przełożyło się to jednak na należyte uwzględnienie ich potrzeb zdrowotnych w dokumentach polityki lokalnej, krajowej ani globalnej.

Są jednak powody do optymizmu. Dziewięć krajów przyjęło krajowe polityki zdrowia mężczyzn; ostatnim z nich jest Anglia, która ogłosiła pierwszą oficjalną strategię zdrowia mężczyzn w 2025 roku. Kanada będzie dziesiąta – jej dokument zapowiadany jest na koniec 2026 roku. Europejski plan walki z rakiem zalecił szczepienie przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego zarówno dziewcząt, jak i chłopców, a wszystkie dwadzieścia siedem państw Unii Europejskiej prowadzi dziś powszechne programy obejmujące obie płcie. Ten sam dokument wskazał potrzebę krajowych programów wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego, w ślad za czym podjęto duże badanie ich wykonalności.

Rządy mogą zostać skłonione do działania również dlatego, że coraz wyraźniej widać, iż złe zdrowie mężczyzn jest niekorzystne także dla zdrowia kobiet – i nie tylko w oczywistym obszarze zdrowia seksualnego – a przy tym bardzo kosztowne: w wydatkach na leczenie, w świadczeniach socjalnych i w utraconych wpływach podatkowych. Dysponujemy już dobrymi dowodami na to, co poprawia zdrowie mężczyzn: albo przeniesienie świadczeń tam, gdzie mężczyźni już są i czują się swobodniej – na przykład do miejsca pracy – albo uczynienie opieki istniejącej łatwiej dostępną i bardziej dla nich zrozumiałą.

Ten bardzo potrzebny raport bez wątpienia pobudzi dyskusję w Polsce, a szerzej także w Europie, o tym, w jaki sposób rządy mogą podejmować decyzje strategiczne prowadzące do lepszego zdrowia populacji mężczyzn, a w konsekwencji – do lepszego zdrowia wszystkich.

PROF. DR HAB. N. MED. ROBERT J. GIL

Kierownik Kliniki Kardiologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie

Członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

(councillor, kadencja 2026–2028)

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2023–2025

Szanowni Czytelnicy!

Przez lata uważano, że polskie dane epidemiologiczne nie są do końca wiarygodne, a przy tym oderwane od codziennej rzeczywistości. Opinia ta na szczęście odeszła do lamusa i właściwie nie ma chwili, w której nie ukazywałby się jakiś nowy raport epidemiologiczny. Przyznaję, że do lektury opracowania prof. P. Radziszewskiego przystępowałem z pewnym niepokojem, czy nie jest to kolejny raport „o wszystkim i o niczym”, którego nie da się wykorzystać do poprawy sytuacji zdrowotnej Polaków. Sam tytuł – 7 lat różnicy. Zdrowie mężczyzn w Polsce 2026 – brzmiał ciekawie i muszę powiedzieć, że od pierwszych stron nie miałem wątpliwości: ten raport jest rzetelny, oparty na aktualnym profesjonalnym piśmiennictwie, poświęcony rzeczywiście mężczyznom, a przy tym napisany niesłychanie ciekawie, tak że czytałem go z ogromną przyjemnością. Co więcej, przedstawione fakty i ich analiza pozwoliły mi uwierzyć, że nie potrzebujemy rewolucji burzącej obecnie funkcjonujący system ochrony zdrowia, aby poprawić rokowanie przeciętnego Polaka w średnim wieku. Wystarczy skupić się na optymalizacji jego możliwości, a te zostały tu nieźle przedstawione.

Osią tego opracowania jest krótsza o siedem lat przeciętna długość życia polskich mężczyzn w stosunku do kobiet. Niby o tym wiadomo, ale nie stało się to dotąd powodem debaty społecznej ani powszechnej dyskusji specjalistów ochrony zdrowia. W toczących się rozmowach i polemikach skupiamy się raczej na tematach ogólnych, zwracając ewentualnie uwagę na różnice między kobietami a mężczyznami związane z rolą kobiecych hormonów płciowych. Ten raport stworzył wybitny urolog i znawca zdrowia mężczyzn – nie powinno więc dziwić, że skupił się na problemach zdrowotnych polskich mężczyzn.

Warto uświadomić sobie, że według niniejszego raportu aż 51,9% różnicy w długości życia między płciami powstaje przed 65. r.ż. Pokazuje to, że przedwczesna umieralność dotyczy mężczyzn w okresie ich największej aktywności zawodowej, rodzinnej i społecznej, a nie osób w wieku geriatrycznym. Już tylko ten fakt dowodzi, jak ważna jest reorientacja polityki zdrowotnej z medycyny geriatrycznej i naprawczej na wczesną profilaktykę skierowaną do mężczyzn w wieku 30–60 lat. W swoim raporcie prof. P. Radziszewski pokazuje, gdzie i dlaczego polscy mężczyźni tracą te lata, dlaczego tak często trafiają do systemu ochrony zdrowia zbyt późno oraz co można realnie zmienić w profilaktyce, diagnostyce i organizacji opieki zdrowotnej.

Zwróciło moją uwagę to, że wśród przyczyn takiego stanu rzeczy Autor nie skupia się wyłącznie na głównych czynnikach ryzyka, znanych z opracowań kardiologicznych i onkologicznych, lecz

wskazuje również te niedoceniane: nierówności społeczne i wykształcenie, kryzys zdrowia psychicznego, niezdrowy styl życia wraz z niską aktywnością fizyczną, nałogi – ze szczególnym podkreśleniem roli alkoholu – oraz brak zainteresowania profilaktyką, przede wszystkim pierwotną.

Podsumowując: zachęcam do zapoznania się z tym raportem i zapewniam, że się Państwo nie rozczarują.

Pacjent, o którym jest ten raport

Ma pięćdziesiąt dwa lata. Nie jest niczym pacjentem, ponieważ nie istnieje – jest złożeniem wartości statystycznych opisanych na kolejnych stronach. Każda liczba w tym opisie ma źródło i rok obserwacji. Nie ma w nim ani jednego szczegółu, którego nie dałoby się wyprowadzić z danych publicznych.

Mutato nomine de te fabula narratur.

Zmień tylko imię, a opowieść jest o tobie.

Horacy, Satyry I, 1, 69–70

Pracuje fizycznie. Należy do tej większości dorosłych mężczyzn, u których wskaźnik masy ciała przekracza 25 – jest ich 64% wobec 48% kobiet. Nie uważa się z tego powodu za chorego i ma rację w tym sensie, że nadwaga nie jest rozpoznaniem. Ma jej jednak dokładnie tyle, ile potrzeba, żeby przez następne kilkanaście lat rozwijała się insulinooporność, o której się nie dowie.

Pali. Robi to codziennie, jak 28,8% mężczyzn w Polsce. Pije w sposób, który w klasyfikacji epidemiologicznej nazywa się ryzykownym – jak 27,2%. Sam nazwałby to inaczej i nie byłby w tym odosobniony. Warto powiedzieć wprost, co ta klasyfikacja znaczy, ponieważ termin „picie ryzykowne” jest jednym z najgorzej rozumianych pojęć w polskiej debacie o zdrowiu. Nie oznacza uzależnienia i nie jest rozpoznaniem klinicznym. Opisuje wzorec spożycia, przy którym prawdopodobieństwo szkody zdrowotnej – marskości, nadciśnienia, zaburzeń rytmu, urazu, nowotworu przewodu pokarmowego – jest istotnie wyższe niż w populacji niepijącej, choć szkoda jeszcze nie wystąpiła. W praktyce epidemiologicznej granicę wyznacza się liczbą porcji standardowych w tygodniu oraz liczbą porcji wypijanych przy jednej okazji; drugi z tych warunków ma w polskiej populacji męskiej znaczenie większe niż pierwszy. Nasz pacjent nie pije codziennie i nie pije rano. Pije w piątek i w sobotę, w ilości, którą jego otoczenie uznaje za normalną, a epidemiolog liczy jako epizod spożycia dużej ilości w krótkim czasie. Właśnie dlatego nie rozpoznaje w opisie siebie: opis dotyczy nie tego, jak często sięga po alkohol, lecz ile wypija naraz.

Ostatni raz był u lekarza rodzinnego kilka lat temu. Nie wie tego o sobie, bo nikt tego nie liczy: odsetek mężczyzn po 45. r.ż. bez kontaktu z podstawową opieką przez dwadzieścia cztery miesiące nie jest w Polsce wskaźnikiem publikowanym. Wiadomo natomiast, że grupa 25–44 lat ma najniższą częstość kontaktów w całym cyklu życia – i że właśnie w tym okresie rozpoczyna się proces, który go zabije.

Raz na kilka lat bywa u lekarza medycyny pracy. Ma tam mierzone ciśnienie i jeżeli okaże się podwyższone, dowie się o tym ustnie. Zapis nie trafi do jego lekarza rodzinnego, ponieważ taki przepływ informacji nie istnieje. Przepis pozwalający lekarzowi medycyny pracy skierować go za jego zgodą do programu zdrowotnego obowiązuje od lat; nikt nie wie, ile razy w Polsce z niego skorzystano, ponieważ nie jest to rejestrowane.

Dostał w zeszłym roku wiadomość o programie „Moje Zdrowie”. Nie wypełnił ankiety. Mężczyźni stanowią 37,45% osób, które ją wypełniły. Gdyby wypełnił i gdyby badania wykazały nieprawidłowość, nie wiedzielibyśmy, co dalej – cztery z sześciu etapów tego programu nie są sprawozdawane publicznie.

Śpi źle i chrapie. Jego partnerka od dwóch lat mówi mu, że w nocy przestaje na chwilę oddychać, a on uważa to za przesadę. Wstaje w nocy dwa razy, żeby oddać mocz, i uważa to za prostatę, ponieważ tak mu powiedziano. Nokturia jest objawem co najmniej pięciu różnych stanów, z których każdy prowadzi do innego postępowania – a jeden z nich, obturacyjny bezdech senny, tłumaczyłby także jego ciśnienie i senność w pracy.

Od kilkunastu miesięcy ma zaburzenia erekcji. To jest ta jedna dolegliwość, z którą w końcu przyjdzie do lekarza, ponieważ przeszkadza mu codziennie i nie da się jej przeczekać. Przyjdzie do urologa – i będzie to pierwszy od lat moment, w którym system ochrony zdrowia będzie miał go u siebie, z objawem o udokumentowanej wartości predykcyjnej wobec choroby wieńcowej, w wieku, w którym powstaje największa część różnicy w umieralności.

To jest cała treść tego raportu w jednym zdaniu: on przyjdzie sam, a my nie mamy przygotowanego pytania, które należałoby mu przy tej okazji zadać, ani ścieżki, którą po usłyszeniu odpowiedzi moglibyśmy go poprowadzić dalej.

Przyjdzie bowiem na wizytę, która potrwa kwadrans i będzie dotyczyła jednego układu narządów. Wyjdzie z niej z receptą. Nikt nie zmierzy mu ciśnienia, nie zapyta o sen, o alkohol, o nastrój – nie dlatego, że lekarz nie umie, lecz dlatego, że nie jest to niczym zadaniem, nie jest wycenione i nie jest mierzone.

Jeżeli nic się nie zmieni, umrze mniej więcej w wieku siedemdziesięciu pięciu lat. Kobieta urodzona w tym samym roku ma przed sobą siedem lat i miesiąc dłużej. Połowa tej różnicy to lata, których on nie przeżyje w ogóle. Druga połowa to lata z ograniczoną sprawnością, których nie przeżyje, bo do nich nie dożyje. Ponad połowa całej różnicy powstanie, zanim skończy sześćdziesiąt pięć lat – a więc w okresie, który właśnie trwa.

Trzy pytania

Trzy pytania, wokół których zbudowano ten dokument

1. Jak duża jest przedwczesna strata zdrowia i życia mężczyzn w Polsce i gdzie się koncentruje?

Odpowiada na to część I: skala, rozkład według wieku, wykształcenia, regionu i formy zatrudnienia.

2. Które przyczyny, czynniki ryzyka i miejsca utraty pacjenta powinny decydować o kolejności działań?

Odpowiadają na to części II i III: jedenaście domen klinicznych, w tym rozbudowany rozdział urologiczny.

3. Które warianty odpowiedzi mają wystarczającą podstawę, by je wdrażać albo oceniać – i jak zmierzyć, czy zadziałały?

Odpowiadają na to części IV i V: kaskada opieki, ocena istniejących programów, bariery dostępu, porównanie międzynarodowe, portfel działań i system wskaźników. Części VI i VII sprawdzają te odpowiedzi dwoma niezależnymi sposobami: na pojedynczych ścieżkach pacjentów oraz przez zestawienie rzędu wielkości możliwej poprawy z rzędem wielkości, który w medycynie klinicznej uznajemy dziś za sukces.

Powyższy opis pacjenta jest konstrukcją złożoną z wartości populacyjnych i nie dotyczy żadnej rzeczywistej osoby. Współwystępowanie wszystkich wymienionych cech u jednego mężczyzny jest prawdopodobne, ponieważ czynniki te kumulują się w tych samych grupach, co opisuje rozdział 13.

Skala i rozkład zjawiska

Od tytułowej liczby do mierzalnego problemu decyzyjnego.

Pięć rozdziałów opisujących, jak duża jest różnica, z czego się składa, kiedy powstaje, gdzie się koncentruje i dokąd zmierza.

Omnia in mensura et numero et pondere disposuisti.

Wszystko urządziłeś według miary, liczby i wagi.

Księga Mądrości 11, 21 (Wulgata)

PRZYPowieść PIERWSZA · O MIERZENIU

W latach pięćdziesiątych XIX wieku Londyn miał cholere i miał teorię. Teoria mówiła, że chorobę przenosi zepsute powietrze, i była wygodna, ponieważ pozwalała działać wszędzie i nigdzie zarazem. John Snow nie obalił jej argumentem. Naniósł zgony na plan miasta, policzył je wokół każdej studni i zobaczył, że skupiają się przy jednej – przy Broad Street. Potem zdjął z pompy rączkę.

Zwykle opowiada się tę historię jako triumf odwagi. Jest to raczej triumf mianownika. Snow nie odkrył nowego zjawiska: zgony leżały na ulicy, widzieli je wszyscy. Odkrył podział – ile zgonów przypada na ilu ludzi korzystających z której studni. Dopiero iloraz zamienił obserwację w decyzję, a decyzja zajęła jedno popołudnie i nie kosztowała nic.

Ta część raportu jest zdejmowaniem rączki z pompy w tym jednym sensie: nie dodaje nowych danych, tylko podaje mianowniki do liczb, które w Polsce od lat leżą na wierzchu.

Anatomia siedmiu lat

Różnica między płciami i dystans do Europy to dwie odrębne wielkości, opisujące dwa różne zjawiska. Ich rozdzielenie porządkuje całą dalszą analizę.

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile.

Życie krótkie, sztuka długa, sposobność przelotna, doświadczenie zwodnicze, sąd trudny.

Hipokrates, Aforyzmy I, 1, w klasycznym przekładzie łacińskim

W 2025 roku przeciętne trwanie życia mężczyzn w Polsce wynosiło 75,37 roku, kobiety – 82,48 roku. Różnica wynosiła 7,11 roku. Wobec 2024 roku trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o 0,4 roku, kobiet o 0,2 roku; różnica zmniejszyła się zatem o 0,22 roku. Główny Urząd Statystyczny odnotował w komentarzu do publikacji powrót tempa wydłużania życia do poziomu zbliżonego do okresu sprzed pandemii.

Wartość tę podajemy w zapisie dziesiętnym i tylko w takim. Opis słowny „siedem lat i cztery miesiące”, powtarzany w części doniesień, jest błędny: 0,11 roku odpowiada około miesiącowi i dwóm tygodniom. Rzecz nie jest błaha – raport, którego tytuł jest liczbą, nie może tej liczby przeciągać niepoprawnie.

Przeciętne trwanie życia jest miarą syntetyczną i wymaga precyzyjnego odczytania. Nie jest prognozą dla konkretnej osoby ani dla rocznika. Opisuje hipotetyczną liczbę lat, jaką przeżyłby noworodek, gdyby przez całe życie natężenie zgonów w kolejnych grupach wieku pozostało takie jak w roku obserwacji. Wartość tej miary dla analizy zdrowia publicznego wynika z trzech cech: reaguje na zmiany umieralności w krótkim czasie, jest liczona jednolicie od dziesięcioleci i pozwala na porównania międzynarodowe. Opisuje wynik, nie przyczynę.

Od 1990 do 2019 roku przeciętne trwanie życia mężczyzn wzrosło z 66,2 do 74,1 roku. W 2021 roku, w okresie największej nadumieralności pandemicznej, obniżyło się do 71,8 roku. Do 2025 roku odrobiono stratę i przekroczono poziom sprzed pandemii o około 1,3 roku u mężczyzn i 0,7 roku u kobiet.

Odbicie po kryzysie bywa przedstawiane jako wynik samodzielny. Jest nim w takim zakresie, w jakim powrót do stanu wyjściowego stanowi wynik. Krzywe bieżą równolegle: różnica była duża przed pandemią, w jej trakcie i po niej. Zmniejszenie o 0,22 roku w ciągu jednego roku mieści się w zakresie wahań rocznych i nie stanowi jeszcze podstawy do wnioskowania o zmianie trendu.

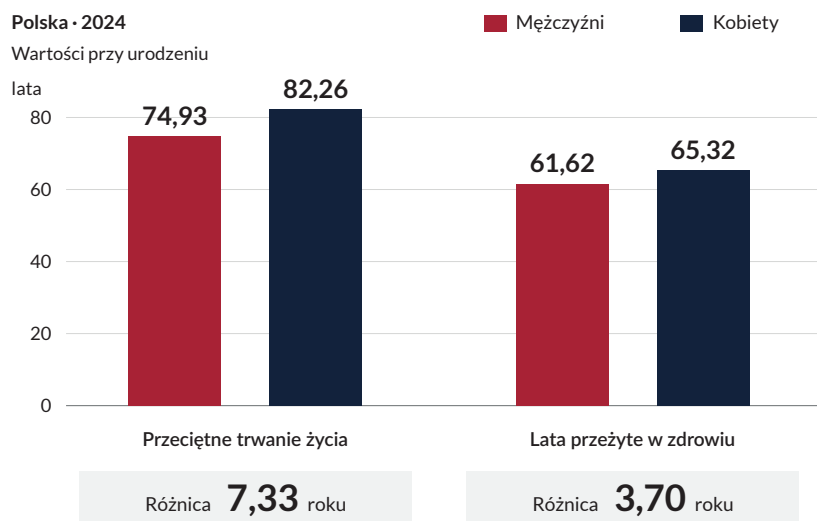
Interpretacja samej różnicy wymaga ostrożności z jeszcze jednego powodu. Wartość ta maleje zarówno wtedy, gdy poprawia się wynik mężczyzn, jak i wtedy, gdy pogarsza się wynik kobiet. Odczyt różnicy bez podania obu wartości składowych nie pozwala rozstrzygnąć, który z tych mechanizmów zadziałał. W 2025 roku zadziałał pierwszy: obie wartości wzrosły, mężczyzn szybciej.

Tytułowa różnica jest w tym raporcie liczbą diagnostyczną, nie miernikiem sukcesu. Program, który zmniejszyłby lukę przez pogorszenie zdrowia kobiet, byłby porażką opisaną jako sukces.

Miernikami wyniku są wielkości bezwzględne opisujące mężczyzn: trwanie życia, umieralność przedwczesna i możliwa do uniknięcia, potencjalne utracone lata życia oraz nierówności wewnątrz populacji męskiej.

Dwie miary różnicy

Trwanie życia nie opisuje całości zjawiska. Drugą miarą jest oczekiwana liczba lat przeżytych w zdrowiu, definiowana jako lata bez długotrwałego ograniczenia aktywności. W 2024 roku wynosiła 61,62 roku dla mężczyzn i 65,32 roku dla kobiet. Wskaźnik za 2025 rok nie został jeszcze opublikowany; Główny Urząd Statystyczny wydaje go zwykle w listopadzie roku następującego po roku obserwacji.



Źródło: GUS „Trwanie życia w 2025 r.” (tablica porównawcza za 2024) oraz „Trwanie życia w zdrowiu w 2024 r.”

RYCINA 1

Różnica trwania życia jest niemal dwukrotnie większa niż różnica lat w zdrowiu. Polska, wartości przy urodzeniu; oba wskaźniki dla roku obserwacji 2024 – jedynego, dla którego opublikowano obie wartości. Wskaźnik lat w zdrowiu łączy tablice trwania życia z deklarowanym ograniczeniem aktywności w Europejskim Badaniu Dochodów i Warunków Życia.

Z czego składa się siedem lat

Zestawienie obu miar w jednym roku pozwala rozłożyć tytułową różnicę na dwa składniki, które muszą się do niej sumować. Mężczyzna przeżywa z długotrwałym ograniczeniem aktywności 13,31 roku – to różnica między 74,93 a 61,62 – kobieta natomiast 16,94 roku. Różnica tych dwóch wielkości wynosi 3,63 roku. Różnica lat przeżytych w zdrowiu wynosi 3,70 roku. Suma: 7,33 roku, czyli dokładnie tyle, ile wynosiła luka trwania życia w 2024 roku.

Odczyt tego rozkładu jest jednoznaczny i nie jest pocieszający. Połowa tytułowej różnicy to lata, których mężczyzna nie przeżyje w ogóle. Druga połowa to lata, których nie przeżyje w stanie ograniczonej sprawności – ponieważ do tego okresu nie dożyje.

Zestawienie obu miar prowadzi też do wyniku, który bywa odczytywany opacznie. Lata przeżyte w zdrowiu stanowiły 82,2% oczekiwanego trwania życia mężczyzn i 79,4% życia kobiet. Wyższy udział u mężczyzn nie wskazuje na lepszy stan zdrowia. Wynika w znacznej mierze z tego, że życie mężczyzn kończy się wcześniej – przed okresem, w którym najsilniej narasta niesprawność. Krótsze życie podnosi tę proporcję mechanicznie.

Właściwy odczyt dotyczy obu płci rozdzielnie. U mężczyzn przedmiotem opisu jest przedwczesny zgon. U kobiet – dłuższy okres życia z ograniczeniem sprawności. Są to dwa odrębne zjawiska, wymagające odrębnych narzędzi analitycznych, i nie pozostają wobec siebie w relacji konkurencji.

Za obserwacją tą stoi jeszcze jedna prawidłowość. Różnica lat w zdrowiu mierzona w wieku 50 lat wynosi 2,1 roku, a w wieku 65 lat – 0,8 roku. Luka zwęża się z wiekiem, co potwierdza, że powstaje wcześniej. Do sześćdziesiątego piątego roku życia najistotniejsza jej część została już wytworzona.

Kiedy powstaje różnica

Pytanie o moment powstawania straty jest ważniejsze niż pytanie o jej wielkość, ponieważ z niego wynika, do którego poziomu opieki należy adresować odpowiedź.

Dekompozycja wykonana przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego wskazuje, że w 2023 roku 51,9% różnicy trwania życia – wynoszącej wówczas 7,3 roku – wynikało z wyższej umieralności mężczyzn poniżej 65. r.ż. Wartość ta nie opisuje odsetka zgonów; odpowiada na pytanie, które grupy wieku wnoszą do różnicy największy wkład.

DWA ZASTRZEŻENIA DO ODCZYTU

Rok obserwacji. Wartość 51,9% odnosi się do luki 7,3 roku za 2023 rok i nie może być podawana w jednym zdaniu z luką 7,11 roku za 2025 rok.

Kategoria. „Poniżej 65 lat” jest kategorią wieku, nie kategorią aktywności zawodowej. Obejmuje mężczyzn poza rynkiem pracy, na rentach, bezrobotnych i pracujących za granicą. Przesunięcie punktu ciężkości ku podstawowej opiece, medycynie pracy i psychiatrii dorosłych pozostaje uzasadnione – ale wynika z profilu wiekowego, nie ze statusu zatrudnienia.

Praktyczna konsekwencja jest daleko idąca. Interwencja adresowana wyłącznie do wieku podeszłego nie może zmienić wielkości opisywanej w tym raporcie, ponieważ dotyczy okresu, w którym większość straty już powstała. Nie oznacza to postulatu przenoszenia zasobów z opieki nad osobami starszymi – oznacza, że są to dwa różne problemy i dwa różne budżety.

Czego dekompozycja wiekowa nie mówi

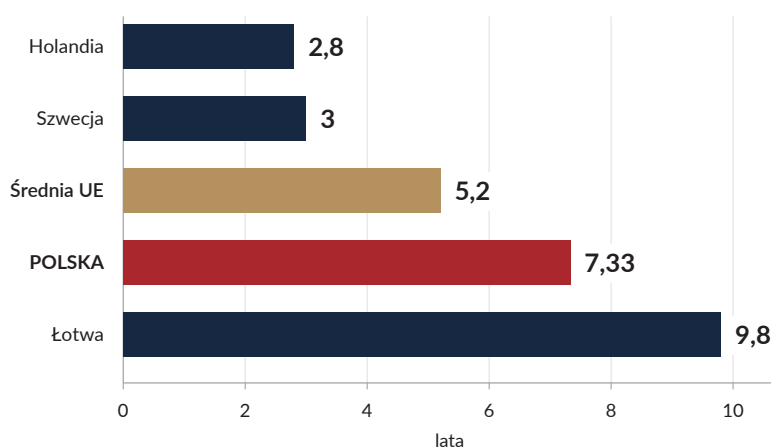
Znamy grupy wieku, w których powstaje różnica. Nie znamy natomiast rozkładu, który dla polityki zdrowotnej byłby najważniejszy: **wkładu poszczególnych grup przyczyn zgonu do samej różnicy 7,11 roku**. Dekompozycja różnicy trwania życia według wieku i przyczyn nie została w Polsce wykonana, a jej zastąpienie rankingiem potencjalnych utraconych lat życia byłoby podstawieniem, którego nie da się obronić: obie miary mają inny mianownik, inny punkt odcięcia wieku i inną interpretację. Do czasu wykonania właściwej analizy raport nie zawiera zdania w postaci „choroby układu krążenia odbierają polskim mężczyznom określoną liczbę lat życia wobec kobiet”.

Pozycja Polski w Europie

Druga miara różnicy jest wyznaczana przez porównanie międzynarodowe. W zharmonizowanej serii Eurostatu mężczyzna w Polsce mógł w 2024 roku oczekiwać 74,8 roku życia wobec 78,9 roku średniej unijnej – dystans 4,1 roku. Pod względem trwania życia mężczyzn Polska zajmowała 28. miejsce wśród 34 krajów europejskich objętych analizą; dla kobiet miejsce 25.

Różnica siedmiu lat nie jest stałą biologiczną

Różnica trwania życia kobiet i mężczyzn - 2024



Źródło: Eurostat, zharmonizowana seria trwania życia, dane za 2024 r.; wartość dla Polski obliczona z tablic GUS za ten sam rok.

RYCINA 2

Różnica siedmioletnia nie jest wartością stałą właściwą gatunkowi ludzkiemu. Różnica trwania życia kobiet i mężczyzn, wybrane państwa Unii Europejskiej, dane za 2024 rok. Wartość dla Polski za ten rok wynosi 7,33 roku.

Zestawienie to nie dowodzi przenośności rozwiązań stosowanych w Holandii czy w Szwecji. Dowodzi czegoś węższego i wystarczającego: rozpiętość od 2,8 do 9,8 roku między krajami o zbliżonym poziomie rozwoju gospodarczego wskazuje na istotny udział czynników modyfikowalnych – struktury ryzyka, warunków pracy, wzorca używania substancji i organizacji opieki. Gdyby różnica miała podłoże wyłącznie biologiczne, jej wartość byłaby w tych krajach zbliżona.

Perspektywa ta zmienia charakter pytania. Różnica między płciami prowadzi do pytania o mechanizmy związane z płcią. Dystans do średniej europejskiej prowadzi do pytania o różnice w konfiguracji ryzyka i organizacji opieki między krajami – a to pytanie ma odpowiedzi możliwe do zweryfikowania: kontrola nadciśnienia tętniczego, leczenie uzależnienia od nikotyny, organizacja badań przesiewowych, czas od objawu do rozpoznania, ciągłość opieki po kryzysie psychicznym.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 1

- 1** Różnica trwania życia wynosi 7,11 roku i maleje wolno; zmiana o 0,22 roku w ciągu roku mieści się w zakresie wahań.
- 2** Luka dzieli się na dwa niemal równe składniki: 3,70 roku różnicy lat w zdrowiu i 3,63 roku różnicy lat z ograniczeniem sprawności. Oba są konsekwencją tego samego mechanizmu – wcześniejszego zgonu.
- 3** Wyższy odsetek życia w zdrowiu u mężczyzn – 82,2% wobec 79,4% – wynika z krótszego życia, nie z lepszego zdrowia.
- 4** Ponad połowa różnicy powstaje przed 65. r.ż. Jest to kategoria wieku, nie kategoria aktywności zawodowej.
- 5** Rozpiętość różnicy w Unii Europejskiej – od 2,8 do 9,8 roku – wskazuje, że wartość ta jest w istotnej części modyfikowalna.

Zróżnicowanie wewnętrzne populacji mężczyzn

Średnia krajowa opisuje zjawisko, które rozkłada się nierównomiernie. Różnice wewnątrz populacji mężczyzn są większe niż różnica między płciami – a dwie miary, którymi je opisujemy, rysują dwie różne mapy Polski.

Fallaces sunt rerum species.

Zwodnicze są pozory rzeczy.

Seneka Młodszy, O dobrodziejstwach IV, 34, 1

Wykształcenie: trzynaście lat wobec siedmiu

Najsilniejszą osią zróżnicowania nie jest płeć. Różnica dalszego trwania życia trzydziestolatków według poziomu wykształcenia sięgała w latach 2020–2022 około trzynastu lat – niemal dwukrotnie więcej niż różnica między płciami w tym samym okresie.

Zestawienie tych dwóch wielkości ma znaczenie porządkujące dla całego raportu. Mężczyzna z wykształceniem wyższym i mężczyzna z wykształceniem podstawowym różnią się pod względem oczekiwanego trwania życia bardziej niż przeciętny mężczyzna i przeciętna kobieta. Polityka zdrowotna adresowana do „mężczyzn” jako jednorodnej kategorii rozmija się zatem z celem w sposób systematyczny: kieruje ten sam przekaz i ten sam tryb dostępu do grup różniących się ryzykiem wyjściowym o rząd wielkości.

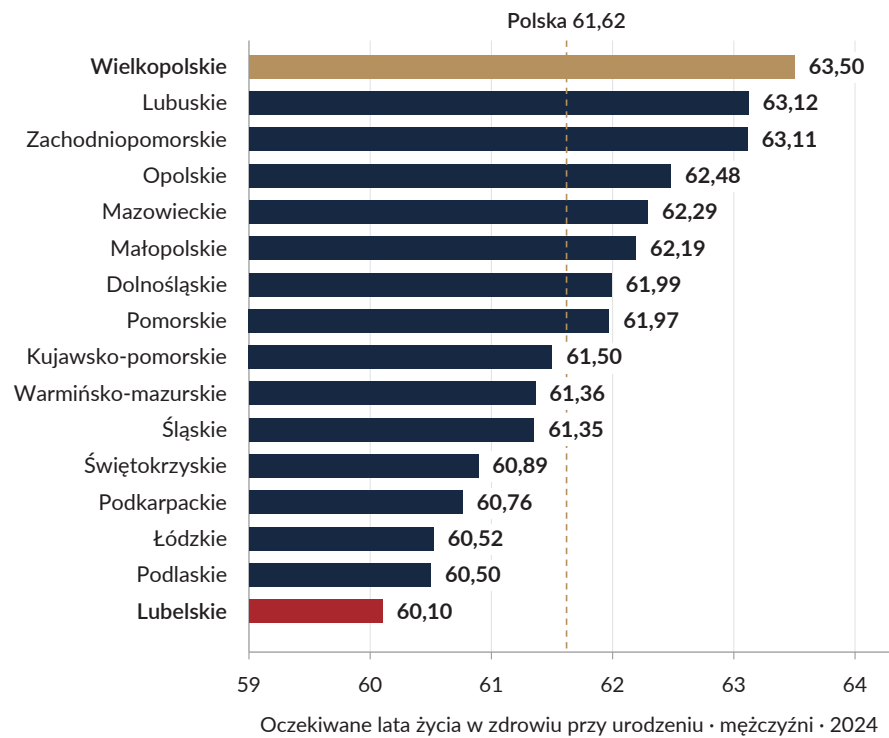
Gradient ten działa przez mechanizmy, z których żaden nie jest tajemnicą: ekspozycję zawodową, wzorzec palenia i spożycia alkoholu, dostęp do opieki wymagającej dysponowania czasem oraz zdolność do samodzielnego poruszania się w systemie. Cztery z tych pięciu mechanizmów mają charakter organizacyjny lub środowiskowy, nie postawowy. Standaryzowane zagrożenie zgonem z powodu chorób układu krążenia w grupie o niższym wykształceniu przekraczało dwuipółkrotnie wartość odnotowaną wśród osób z wykształceniem wyższym.

Region: dwie mapy, które nie mają ze sobą związku

Informacja sygnałna Głównego Urzędu Statystycznego zawiera pełną tablicę szesnastu województw dla lat przeżytych w zdrowiu. Rozpiętość między skrajnymi wartościami wynosi 3,40 roku. Zestawienie tej miary z przeciętnym trwaniem życia mężczyzn w tych samych województwach daje wynik, którego nie widać w żadnym pojedynczym wskaźniku.

Korelacja rang między trwaniem życia mężczyzn a liczbą lat, które przeżywają w zdrowiu, wynosi $-0,06$. Jest nieodróżnialna od zera.

Rozpiętość 3,40 roku między województwami — i brak związku z długością życia



Źródło: GUS, „Trwanie życia w zdrowiu w 2024 r.”, pełna tablica 16 województw. Korelacja rang między trwaniem życia a latami w zdrowiu wynosi $\rho = -0,06$.

RYCINA 3

Lata życia w zdrowiu mężczyzn w szesnastu województwach. Rozpiętość wynosi 3,40 roku; dla kobiet 2,79 roku. Wskaźnik opiera się na badaniu prowadzonym na próbie, wobec czego małe różnice między województwami wymagają ostrożności.

TABELA 1

Trwanie życia i lata przeżyte w zdrowiu mężczyzn w szesnastu województwach: dwa uszeregowania, które się nie pokrywają

WOJEWÓDZTWO	LATA W ZDROWIU	RANGA	TRWANIE ŻYCIA	RANGA	LATA Z OGRANICZENIEM
Wielkopolskie	63,50	1	74,88	7	11,38
Lubuskie	63,12	2	74,26	15	11,14
Zachodniopomorskie	63,11	3	74,33	13	11,22
Opolskie	62,48	4	75,28	6	12,80
Mazowieckie	62,29	5	75,32	5	13,03
Małopolskie	62,19	6	76,21	1	14,02
Dolnośląskie	61,99	7	74,42	11	12,43
Pomorskie	61,97	8	75,39	4	13,42
Kujawsko-pomorskie	61,50	9	74,46	10	12,96

WOJEWÓDZTWO	LATA W ZDROWIU	RANGA	TRWANIE ŻYCIA	RANGA	LATA Z OGRANICZENIEM
Warmińsko-mazurskie	61,36	10	74,29	14	12,93
Śląskie	61,35	11	74,64	9	13,29
Świętokrzyskie	60,89	12	74,35	12	13,46
Podkarpackie	60,76	13	75,95	2	15,19
Łódzkie	60,52	14	73,63	16	13,11
Podlaskie	60,50	15	75,44	3	14,94
Lubelskie	60,10	16	74,66	8	14,56
Polska	61,62	–	74,93	–	13,31

Źródło: opracowanie własne autora.

Mężczyźni, rok obserwacji 2024. Kolumna lat w zdrowiu – wartości publikowane; trwanie życia i lata z ograniczeniem – obliczenie na wartościach publikowanych.

Podkarpackie zajmuje drugie miejsce pod względem trwania życia mężczyzn i trzynaste pod względem lat przeżytych w zdrowiu.

Podlaskie – trzecie i piętnaste. Lubuskie – piętnaste i drugie. Kolumna ostatnia pokazuje mechanizm: w podkarpackim mężczyzna przeżywa z ograniczeniem sprawności 15,19 roku, w lubuskim 11,14 roku, przy średniej krajowej 13,31.

W praktyce oznacza to, że w jednych województwach mężczyźni żyją długo, ale znaczną część tego czasu w gorszym zdrowiu, a w innych krócej, lecz w lepszej sprawności. Są to dwa różne problemy zdrowotne, dwa różne profile potrzeb i dwa różne rodzaje interwencji.

IMPLIKACJA DLA ALOKACJI ZASOBÓW

Alokacja oparta na jednej z tych dwóch miar będzie systematycznie mijać się z drugą. Region wybrany jako priorytetowy na podstawie trwania życia może być regionem o dobrym wyniku w zakresie lat przeżytych w zdrowiu – i odwrotnie. Podkarpackie i podlaskie mają problem jakości lat, nie ich liczby; lubuskie i zachodniopomorskie – odwrotnie.

Wniosek operacyjny: alokacja wymaga zestawu kilku wskaźników rozpatrywanych łącznie oraz średnich wieloletnich, nie pojedynczego rocznika.

Trzy ograniczenia trzeba wypowiedzieć wprost, ponieważ wynik jest mocny, a podstawa niepewna. Wskaźnik lat w zdrowiu opiera się na deklarowanym długotrwałym ograniczeniu aktywności w badaniu prowadzonym na próbie; część rozproszenia rang może odzwierciedlać błąd próby. Deklaracja ograniczenia aktywności zależy od norm kulturowych i od tego, co w danym środowisku uznaje się za sprawność – a te różnią się między regionami. Analiza dotyczy wreszcie jednego rocznika.

Miasto i wieś

Mężczyźni w miastach mogli w 2025 roku oczekiwać 75,67 roku życia – o 0,8 roku dłużej niż mieszkańcy wsi. U kobiet analogiczna różnica wynosiła około 0,1 roku. Zróżnicowanie terytorialne jest zatem u mężczyzn wielokrotnie silniejsze niż u kobiet, co samo w sobie stanowi wskazówkę: czynniki działające w tym przekroju – struktura zatrudnienia, ekspozycja zawodowa, odległość od placówki, wzorzec spożycia alkoholu – dotyczą przede wszystkim populacji męskiej.

W układzie wojewódzkim oczekiwane trwanie życia mężczyzn wynosiło w 2025 roku od 73,89 roku w łódzkim do 77,06 roku w podkarpackim. Wśród największych miast najwyższą wartość odnotowano w Warszawie – 78,54 roku – a najniższą w Łodzi, 74,09 roku. W pełnym zestawieniu podregionów minimum wystąpiło w podregionie skierniewickim: 72,86 roku. Rozpiętość między skrajnymi podregionami przekracza zatem pięć lat.

Etap życia jako oś zróżnicowania

Trzecią osią jest wiek – nie jako zmienna ciągła, lecz jako wyznacznik odmiennego profilu ryzyka i odmiennego sposobu kontaktu z systemem.

TABELA 2

Cztery etapy życia mężczyzny: dominujące ryzyko, charakter kontaktu z systemem i właściwy punkt wejścia

ETAP WIEK	DOMINUJĄCE RYZYKO	KONTAKT Z SYSTEMEM	WŁAŚCIWY PUNKT WEJŚCIA
15-24	Zdarzenia: wypadki, urazy, zatrucia, zachowania samobójcze, pierwsze kontakty z substancjami	Epizodyczny, ratunkowy	Szkoła, oddział ratunkowy, pierwszy kontakt kształtujący wzorzec
25-44	Kumulacja ekspozycji bez objawów; początek procesu sercowo- metabolicznego	Najniższy w całym cyklu życia	Medycyna pracy – często jedyny regularny kontakt
45-64	Ujawnianie się procesu: nadciśnienie, cukrzyca, nowotwory, zaburzenia czynnościowe	Reaktywny, wywołany objawem	Podstawowa opieka, urologia, medycyna pracy
65+	Wielochorobowość, wielolekowość, upadki, niedożywienie, otępienia	Wysoki, ale późny	Podstawowa opieka, opieka koordynowana, geriatria

Źródło: opracowanie własne autora.

Wiersz drugi zasługuje na uwagę szczególną. Grupa 25–44 lat charakteryzuje się najniższą częstością kontaktów z podstawową opieką w całym cyklu życia i jednocześnie jest okresem, w którym proces sercowo-metaboliczny rozpoczyna się i przez kilkanaście lat pozostaje bezobjawowy. Jest to zatem jednocześnie okno o najwyższej wartości profilaktycznej i o najniższej częstości kontaktu – a badanie okresowe medycyny pracy pozostaje w tym okresie jedynym regularnym spotkaniem znacznej części mężczyzn z lekarzem.

Grupy nieobecne w rejestrach

Rejestry zdrowotne i ubezpieczeniowe w Polsce są zbudowane wokół osoby ubezpieczonej, zatrudnionej i zameldowanej. Każda analiza oparta na danych zagregowanych jest wobec pozostałych ślepa. Nie oznacza to, że grupy te są małe ani że ich ryzyko jest przeciętne – przeciwnie, w większości przypadków jest ono najwyższe w populacji.

Mężczyźni bez stabilnego zatrudnienia i samozatrudnieni. Nieobjęci automatycznie badaniami okresowymi; nieobecni w statystyce absencji chorobowej w części odpowiadającej ich rzeczywistej chorobowości.

Mężczyźni w kryzysie bezdomności. Wysoka zapadalność na choroby zakaźne, urazy i uzależnienia przy najniższym w populacji poziomie ciągłości opieki. Brak stałego adresu wyklucza z każdego mechanizmu zapraszania.

Mężczyźni po opuszczeniu zakładu karnego. Okres bezpośrednio po zwolnieniu wiąże się z podwyższonym ryzykiem zgonu z powodu przedawkowania, samobójstwa i nagłych zdarzeń sercowo-naczyniowych; przekazanie do opieki nie jest przedmiotem systematycznego pomiaru.

Pracujący za granicą. Dane pozostają w rejestrach innych państw; zdarzenia zdrowotne nie wchodzą do polskiej statystyki, choć konsekwencje wracają do polskiego systemu.

Rolnicy ubezpieczeni w systemie odrębnym. Odrębność ubezpieczenia utrudnia zestawienie ryzyka zawodowego z wynikiem zdrowotnym w skali kraju.

Liczebności tych grup nie oszacowano i nie zostaną w tym raporcie podane. Publiczne dane nie pozwalają na ich wyznaczenie, a wpisanie wartości przybliżonej stworzyłoby pozór wiedzy, której nie ma.

Kto korzysta ze świadczeń wymagających zgłoszenia

Świadczenie wymagające samodzielnego zgłoszenia jest wykorzystywane przede wszystkim przez osoby dysponujące czasem, wiedzą i doświadczeniem kontaktu z instytucjami – a więc przez grupę o niższym wyjściowym ryzyku zdrowotnym. Skutkiem jest utrzymywanie się różnic mimo formalnej równości dostępu.

Mechanizm jest w całości organizacyjny. Skorzystanie z bezpłatnego badania wymaga wiedzy o jego istnieniu, umiejętności umówienia terminu, możliwości dojazdu i dysponowania czasem w godzinach pracy placówki. Każdy z tych warunków jest łatwiejszy do spełnienia przy wyższym wykształceniu, stabilnym zatrudnieniu i dostępie do transportu własnego.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 2

1

Różnica trwania życia według wykształcenia – około trzynastu lat – jest niemal dwukrotnie większa niż różnica między płciami. Polityka adresowana do „mężczyzn” jako kategorii jednoodrodnej rozmijsię z celem systematycznie.

2

W przekroju szesnastu województw trwanie życia mężczyzn i liczba lat przeżytych przez nich w zdrowiu są wielkościami niezależnymi.

3

Zróźnicowanie miasto–wieś jest u mężczyzn wielokrotnie silniejsze niż u kobiet: 0,8 wobec 0,1 roku.

4

Grupa 25–44 lat łączy najniższą częstość kontaktu z systemem z najwyższą wartością profilaktyczną okna czasowego.

5

Grupy nieobecne w rejestrach mają najwyższe ryzyko i zerową widoczność statystyczną.

Segmentacja populacji mężczyzn

Zdanie „mężczyźni pracujący fizycznie są grupą wysokiego ryzyka” jest obserwacją. Zdanie „segment liczący 2,1 miliona mężczyzn odpowiada za 31% utraconych lat życia” jest wynikiem. Rozdział ten opisuje, ile z tego drugiego zdania da się dziś napisać.

Quod non est in actis, non est in mundo.

Czego nie ma w aktach, tego nie ma na świecie.

Paremia prawa kanonicznego, utrwalona w praktyce procesowej średniowiecza

Opis grup nie jest segmentacją. Segmentacja użyteczna analitycznie wymaga czterech wymiarów: liczebności, profilu ryzyka, sposobu kontaktu z opieką oraz wkładu segmentu do utraconych lat życia. Ostatni wymiar odróżnia segmentację od opisu – i jest jedynym, którego w Polsce policzyć nie można.

Kryterium podziału: sposób kontaktu z systemem

Podział wg wieku i wykształcenia jest w epidemiologii standardowy. Dla celów tego raportu ważniejsze jest jednak kryterium drugie: przez jaki kanał dany mężczyzna w ogóle spotyka się z ochroną zdrowia. Dostęp zależy od formy zatrudnienia bardziej niż od czegokolwiek innego.

TABELA 3

Sześć segmentów populacji mężczyzn według kanału kontaktu z ochroną zdrowia – i stan danych pozwalających je policzyć

SEGMENT	KRYTERIUM	DLACZEGO WYODRĘBNIONY	LICZEBNOŚĆ
Objęci badaniami okresowymi	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy	Jedyny segment z regularnym, obowiązkowym kontaktem. Największy potencjał wykrywczy w całym systemie	Nie do wyznaczenia: liczba pracujących według formy zatrudnienia jest zbierana, lecz nie jest publikowana w zestawieniu z objęciem badaniami okresowymi
Pracujący bez badań okresowych	Samozatrudnieni, umowy cywilnoprawne, ubezpieczeni w systemie rolniczym	Ryzyko zawodowe bez odpowiadającego mu kontaktu. Segment pomijany przez każde rozwiązanie oparte na zakładzie pracy	Jak wyżej – brak wspólnego zestawienia formy zatrudnienia z objęciem opieką profilaktyczną
Poza rynkiem pracy w wieku produkcyjnym	Bezrobotni, bierni zawodowo, pobierający świadczenia	Najwyższa kumulacja ekspozycji przy najniższym kontakcie z opieką	Około 5 070 tys. biernych zawodowo, 15–89 lat

TABELA 3*(kontynuacja)*

SEGMENT	KRYTERIUM	DLACZEGO WYODRĘBNIONY	LICZEBNOŚĆ
Korzystający z opieki równoległej	Objęci abonamentem pracodawcy lub ubezpieczeniem prywatnym 65 lat i więcej	Wysoki kontakt, dane niewidoczne w rejestrach publicznych. Segment zniekształcający obraz statystyczny w obie strony	Brak danych publicznych
Po zakończeniu aktywności zawodowej	65 lat i więcej	Odmienna struktura ryzyka; wielochorobowość i wielolekowość	Możliwa do podania z bieżącej statystyki ludności według płci i wieku
Poza rejestrami	Kryzys bezdomności, po opuszczeniu zakładu karnego, migrujący	Najwyższe ryzyko przy zerowej widoczności statystycznej	Niemożliwe do oszacowania

Źródło: opracowanie własne autora.

Trzy wielkości ramowe

Współczynnik aktywności zawodowej mężczyzn w wieku 15–89 lat wynosił w pierwszym kwartale 2025 roku 65,4% wobec 51,4% u kobiet. Wśród osób biernych zawodowo w wieku produkcyjnym – 3 859 tysięcy obu płci – najczęstszą przyczyną bierności była nauka, 30,6%, a drugą choroba lub niepełnosprawność, 25,1%.

Blisko milion osób w wieku produkcyjnym pozostaje poza rynkiem pracy z powodu stanu zdrowia. Jest to jednocześnie wynik zdrowotny i przyczyna dalszego pogorszenia: utrata zatrudnienia oznacza utratę badań okresowych, a więc utratę jedyne regularnego kontaktu z lekarzem.

Czego wyznaczyć się nie dało – i dlaczego jest to samo w sobie wynikiem

Trzy z sześciu segmentów nie mają możliwości do podania liczebności, a żaden nie ma wyznaczonego wkładu do utraconych lat życia. Powody są różne i warto je rozdzielić, ponieważ prowadzą do różnych wniosków.

Powód pierwszy – dane istnieją, ale nie w potrzebnym przekroju. Liczba pracujących mężczyzn według formy zatrudnienia jest zbierana; jej zestawienie z objęciem badaniami okresowymi nie jest publikowane. To luka sprawozdawcza możliwa do usunięcia decyzją administracyjną.

Powód drugi – dane są w rejestrach niepowiązanych. Wkład segmentu do utraconych lat życia wymaga połączenia informacji o zgonie z informacją o statusie zatrudnienia i wykształceniu. Oba zbiory istnieją; ich połączenie wymaga podstawy prawnej i bezpiecznego środowiska analitycznego.

Powód trzeci – dane nie istnieją. Liczebność mężczyzn w kryzysie bezdomności, po opuszczeniu zakładu karnego i migrujących nie jest w Polsce mierzona w sposób pozwalający na powiązanie z wynikiem zdrowotnym. Jest to luka wymagająca badania, nie decyzji administracyjnej.

Rozdzielenie tych trzech powodów ma znaczenie praktyczne: pierwszy da się usunąć w miesiącach, drugi w latach, trzeci wymaga projektu badawczego. Wszystkie trzy są jednak wskazywane w debacie publicznej jednym słowem „brak danych”, co uniemożliwia sensowną priorytetyzację.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 3

1

Opis grup nie jest segmentacją. Segmentacja użyteczna decyzyjnie wymaga czterech wymiarów, a ostatni z nich – wkład segmentu do utraconych lat życia – jest jedynym, którego w Polsce policzyć nie można.

2

Kryterium podziału o największej wartości praktycznej jest kanał kontaktu z ochroną zdrowia, a ten zależy od formy zatrudnienia bardziej niż od czegokolwiek innego.

3

Trzy z sześciu segmentów nie mają możliwości do podania liczebności, a żaden nie ma wyznaczonego wkładu do utraconych lat życia.

4

Blisko milion osób w wieku produkcyjnym pozostaje poza rynkiem pracy z powodu stanu zdrowia. Jest to jednocześnie wynik zdrowotny i przyczyna dalszego pogorszenia: utrata zatrudnienia oznacza utratę badań okresowych.

5

Trzy powody braku danych – luka sprawozdawcza, brak połączenia rejestrów i brak pomiaru – wymagają odpowiednio miesięcy, lat i projektu badawczego. Wskazywanie ich jednym słowem „brak danych” uniemożliwia priorytetyzację.

Hierarchia strat

Pytanie o przyczyny ma trzy poprawne odpowiedzi, zależnie od zastosowanej miary. Każda prowadzi do innego uszeregowania priorytetów. Wybór miary nie jest kwestią techniczną – rozstrzyga o tym, które zjawiska uznaje się za priorytetowe, i powinien być w każdym dokumencie decyzyjnym podany jawnie.

Numerantur enim sententiae, non ponderantur.

Głosy się bowiem liczy, a nie waży.

Pliniusz Młodszy, Listy II, 12, 5

Miara pierwsza: liczba zgonów

Opisuje skalę zjawiska i obciążenie systemu opieki. Przy tej mierze dominują choroby układu krążenia – 36,9% wszystkich zgonów w Polsce w 2023 roku, wobec 39,4% w 2019 roku – oraz nowotwory, odpowiadające za około 26% zgonów mężczyzn.

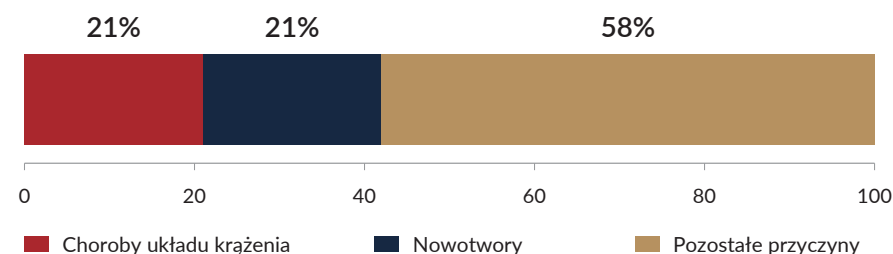
Spadek udziału chorób krążenia nie oznacza proporcjonalnego spadku ryzyka jednostkowego. Równolegle zmienia się struktura pozostałych przyczyn oraz struktura wieku populacji; udział procentowy jest ilorazem, w którym zmieniają się obie wielkości.

Miara druga: potencjalne utracone lata życia

Miara ta waży każdy zgon wiekiem, w którym nastąpił, i odpowiada na pytanie, które zgony następują najwcześniej. Choroby układu krążenia i nowotwory odpowiadały w 2023 roku każde za około 21% potencjalnych utraconych lat życia przed 75. r.ż. u mężczyzn – łącznie za około dwie piąte.

Udział potencjalnych utraconych lat życia mężczyzn

Przed 75. r.ż. • 2023 • udziały w %



Źródło: NIZP PZH-PIB, „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, dane za 2023 r. Udziały dwóch szerokich grup zaokrąglono do około 21% każda.

RYCINA 4

Dwie szerokie grupy tworzą około dwóch piątych przedwczesnej straty. Pozostałe 58% rozkłada się na przyczyny zewnętrzne, choroby układu oddechowego i trawiennego, zaburzenia psychiczne i pozostałe rozpoznania.

Przy tej samej mierze zachowania samobójcze wyprzedzają raka płuca, choroby naczyń mózgowych i zawał serca rozpatrywane osobno, mimo znacznie niższej częstości. Powód jest arytmetyczny: przeważa czwarta i piąta dekada życia, wobec czego każdy zgon przekłada się na kilkadziesiąt utraconych lat.

Miara trzecia: lata życia skorygowane niesprawnością

Miara ta łączy zgon przedwczesny z okresem życia w gorszym zdrowiu. W modelu Global Burden of Disease za 2021 rok współczynnik dla polskich mężczyzn wynosił 45 307,2 na 100 tysięcy; choroby układu krążenia stanowiły 19,5% tej wartości, nowotwory 18,4%, a zakażenia układu oddechowego wraz z gruźlicą i COVID-19 – 14,4%.

Ostatnia pozycja wskazuje na ograniczenie tej miary. Rok 2021 był rokiem pandemicznym, a wartości pochodzą z modelu, nie z rejestru. Struktura obciążenia w latach późniejszych przedstawia się odmiennie i nie została dotąd policzona w porównywalnej metodyce.

Czynniki ryzyka i zasada, której nie wolno złamać

W tych samych oszacowaniach tytoń odpowiadał za 13,5% obciążenia zdrowotnego mężczyzn, wysokie skurczowe ciśnienie za 9,6%, a alkohol za 8,9%.

ZASADA NIESUMOWANIA FRAKcji

Powyższych trzech wartości nie wolno dodawać do siebie. Frakcje przypisywalne poszczególnym czynnikom ryzyka odnoszą się do tych samych chorób i zdarzeń, częściowo się nakładają i nie podlegają sumowaniu – mężczyzna palący, z podwyższonym ciśnieniem i pijący **ryzykownie jest w każdej z tych trzech wartości liczony osobno**. Wartości podawane są wyłącznie rozdzielnie, każda jako jedna z największych pojedynczych determinant. Zasada obowiązuje w całym dokumencie.

Trzy czynniki różnią się charakterem, co ma znaczenie dla organizacji opieki i uzasadnia odmienne narzędzia. Podwyższone ciśnienie pozostaje przez lata bezobjawowe; jego kontrola zależy od tego, czy zostało zmierzone, czy rozpoczęto leczenie i czy pacjent zgłosił się na kontrolę – jest to zatem problem organizacji opieki. Uzależnienie od nikotyny wymaga leczenia oraz regulacji ograniczającej ekspozycję – jest to problem kliniczny i regulacyjny łącznie. Alkohol łączy oba mechanizmy z wymiarem dostępności i ceny.

Czwarta miara – ta, której brakuje

Żadna z trzech powyższych nie odpowiada na pytanie właściwe dla tego raportu: jaki jest wkład poszczególnych grup przyczyn zgonu do różnicy 7,11 roku między mężczyznami a kobietami.

Rozróżnienie to nie jest formalne. Choroba może mieć duży udział w umieralności mężczyzn i jednocześnie niewielki udział w różnicy między płciami, jeżeli w podobnym stopniu dotyczy kobiet. I odwrotnie – przyczyna o niewielkim udziale w ogólnej liczbie zgonów może wносить do różnicy nieproporcjonalnie dużo, jeżeli występuje niemal wyłącznie u mężczyzn. Zachowania samobójcze, w których mężczyźni stanowią 83,2% zmarłych, są tego kandydatem oczywistym; przypuszczenie to jednak nie zostało policzone, a raport nie podaje przypuszczeń jako wyników.

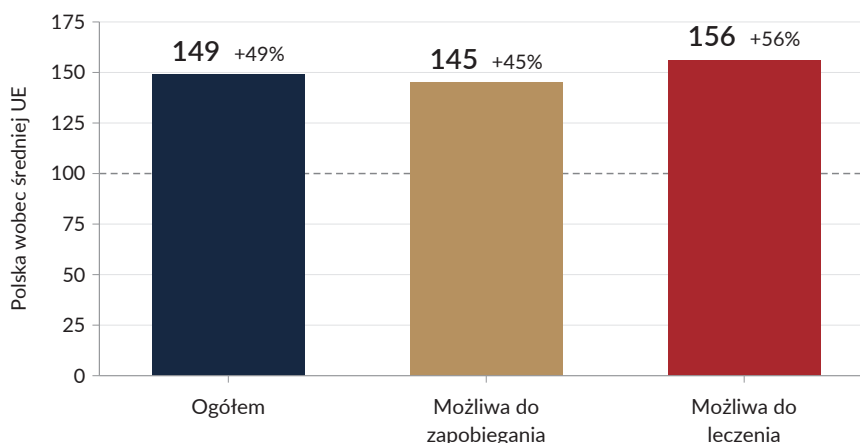
Umieralność możliwa do uniknięcia

Odrębną i użyteczną decyzyjnie miarą jest umieralność możliwa do uniknięcia, dzielona na część możliwą do zapobiegania działaniami profilaktycznymi i część możliwą do leczenia terminową i skuteczną opieką. W 2022 roku standaryzowana umieralność możliwa do uniknięcia w Polsce przewyższała średnią unijną o 49%: część możliwa do zapobiegania o 45%, część możliwa do leczenia o 56%.

Rozkład ten jest informacją o systemie. Gdyby przewaga dotyczyła wyłącznie części możliwej do zapobiegania, wskazywałaby przede wszystkim na ekspozycje i zachowania. Gdyby dotyczyła wyłącznie części możliwej do leczenia – na dostępność i jakość opieki. Dotyczy obu, przy czym część związana z opieką wypada gorzej. Nie jest to ocena pracy lekarzy; jest to wynik systemowy, zależny również od stopnia zaawansowania choroby w chwili zgłoszenia, a więc od wszystkiego, co dzieje się wcześniej.

Umieralność możliwa do uniknięcia w Polsce na tle średniej UE, 2022

Średnia UE = 100



Źródło: Eurostat, standaryzowana umieralność możliwa do uniknięcia, dane za 2022 rok. Obliczenie własne wobec średniej UE przyjętej jako 100.

RYCINA 5

Gorzej wypada ta część umieralności, która zależy od opieki, nie od zachowań. Standaryzowana umieralność możliwa do uniknięcia w Polsce wobec średniej unijnej przyjętej jako 100, dane za 2022 rok. Gdyby przewaga dotyczyła wyłącznie części możliwej do zapobiegania, wskazywałaby na ekspozycje i zachowania; dotyczy obu, przy czym część związana z opieką wypada gorzej.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 4**1**

Uszeregowanie przyczyn zależy od zastosowanej miary. Liczba zgonów, potencjalne utracone lata życia i obciążenie chorobami prowadzą do trzech różnych list priorytetów.

2

Zachowania samobójcze wyprzedzają raka płuca w mierze potencjalnych utraconych lat życia, mimo znacznie niższej częstości – ponieważ dotyczą osób młodszych.

3

Udziały czynników ryzyka nie podlegają sumowaniu: tytoń 13,5%, ciśnienie skurczowe 9,6%, alkohol 8,9% – każdy jako wartość odrębna.

4

Umieralność możliwa do uniknięcia przewyższa średnią unijną o 49%, przy czym część możliwa do leczenia wypada gorzej niż część możliwa do zapobiegania.

Dokąd to zmierza

Opis stanu i trendu nie odpowiada na pytanie, gdzie Polska będzie w 2040 roku ani ile lat da się odzyskać. Rozdział podaje odpowiedź arytmetyczną wraz z pełnym wykazem założeń – i wyjaśnia, czego z niej wyprowadzać nie wolno.

Sed fugit interea, fugit irreparabile tempus.

Lecz ucieka tymczasem, ucieka bezpowrotnie czas.

Wergiliusz, Georgiki III, 284

CZYM JEST, A CZYM NIE JEST TEN ROZDZIAŁ

Nie zawiera modelu demograficznego. Model wymaga założeń o umieralności w poszczególnych grupach wieku i grupach przyczyn, a te wymagają dekompozycji, której w Polsce nie wykonano. To, co następuje, jest ekstrapolacją arytmetyczną trzech scenariuszy o jawnie podanym tempie – konstrukcją prostszą od modelu i uczciwiej opisującą to, co można dziś policzyć.

Wartość takiej ekstrapolacji polega nie na trafności przewidywania, lecz na tym, że przekłada tempo obserwowane w przeszłości na datę. Data jest sprawdzalna i zmusza do rozmowy o horyzoncie.

Założenia – wszystkie

TABELA 4

Pełny wykaz założeń trzech scenariuszy ekstrapolacji do 2040 roku

ZAŁOŻENIE	WARTOŚĆ	PODSTAWA
Punkt wyjścia, mężczyźni	75,37 roku (2025)	GUS
Punkt wyjścia, kobiety	82,48 roku (2025)	GUS
Scenariusz A – kontynuacja. Tempo wydłużania życia mężczyzn	+0,222 roku rocznie	Średnie tempo 2010–2019; okres przedpandemiczny, wolny od zaburzenia z lat 2020–2021
Scenariusz C – spowolnienie. Tempo wydłużania życia mężczyzn	+0,125 roku rocznie	Średnie tempo 2015–2019; ostatnie pięciolecie przed pandemią, w którym tempo wyraźnie osłabło
Tempo wydłużania życia kobiet, oba scenariusze	+0,133 roku rocznie	Średnie tempo 2010–2019
Scenariusz B – konwergencja. Punkt docelowy	78,9 roku	Trwanie życia mężczyzn w Unii Europejskiej w 2024 roku; wartość stała, nie uwzględnia dalszego wydłużania życia w UE
Horyzont	2040	Piętnaście lat od punktu wyjścia

Źródło: opracowanie własne autora.

Trzy wyniki

Wynik pierwszy. Przy tempie z lat 2010–2019 trwanie życia polskich mężczyzn osiągnęłoby w 2040 roku wartość 78,7 roku, a poziom 78,9 – czyli obecną średnią unijną – w 2041 roku.

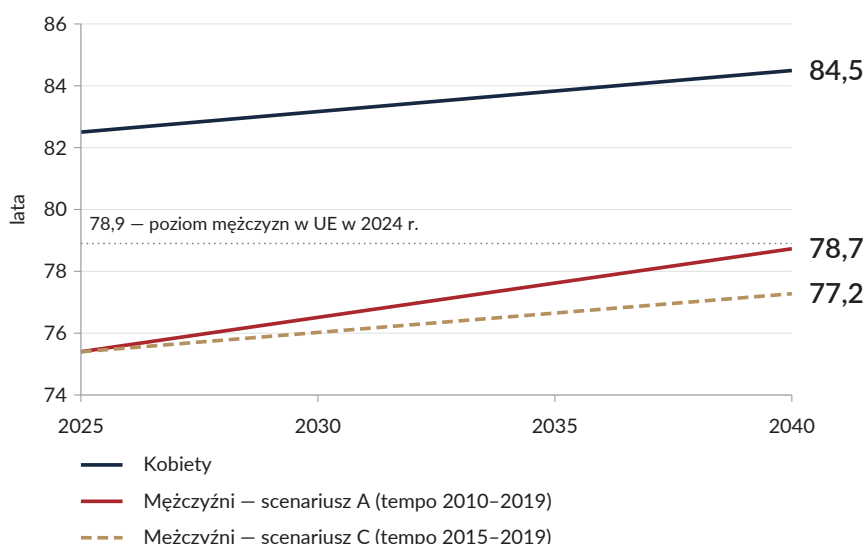
Utrzymanie tempa sprzed pandemii oznacza, że polscy mężczyźni osiągną w 2041 roku poziom, który mężczyźni w Unii Europejskiej mieli w 2024. Opóźnienie: siedemnaście lat.

Jest to najważniejsza pojedyncza liczba tego rozdziału i wymaga jednego doprecyzowania, bez którego byłaby myląca. Wartość 78,9 nie stoi w miejscu – mężczyźni w Unii Europejskiej również żyją coraz dłużej. Rok 2041 opisuje zatem domknięcie dzisiejszej luki, nie dogonienie Europy. Dogonienie wymagałoby tempa wyższego od unijnego, a nie samego jego utrzymania.

Wynik drugi. Przy utrzymaniu spowolnienia obserwowanego bezpośrednio przed pandemią – tempa z lat 2015–2019 – trwanie życia mężczyzn osiągnęłoby w 2040 roku około 77,2 roku, a domknięcie dzisiejszej luki wobec Unii przesunęłoby się poza rok 2050. Różnica między scenariuszem A a C jest w horyzoncie piętnastoletnim większa niż całkowity efekt jakiegokolwiek pojedynczego programu profilaktycznego opisanego w tym raporcie.

Wynik trzeci. Przy obu scenariuszach różnica między płciami maleje, lecz powoli: tempo wydłużania życia kobiet jest niższe niż mężczyzn w scenariuszu A i wyższe w scenariuszu C. W pierwszym przypadku luka zwęża się do około 5,8 roku w 2040 roku; w drugim rośnie. Kierunek zmiany luki zależy zatem nie od działań adresowanych do kobiet, lecz wyłącznie od tego, czy tempo poprawy u mężczyzn utrzyma się na poziomie sprzed pandemii.

Przy tempie sprzed pandemii dzisiejsza luka wobec UE domyka się w 2041 roku



RYCINA 6

Różnica między utrzymaniem tempa sprzed pandemii a jego spowolnieniem jest w horyzoncie piętnastu lat większa niż efekt jakiegokolwiek pojedynczego programu opisanego w tym raporcie. Ekstrapolacja arytmetyczna, nie prognoza: linia 78,9 opisuje poziom mężczyzn w Unii Europejskiej w 2024 roku i w rzeczywistości również rośnie, wobec czego rok 2041 oznacza domknięcie dzisiejszej luki, nie dogonienie Europy.

Czego z tej ekstrapolacji wyprowadzać nie wolno

Nie wolno traktować jej jako prognozy. Ekstrapolacja liniowa nie uwzględnia efektu kohortowego – a ten w Polsce działa: kolejne roczniki mężczyzn wchodzi w wiek średni z niższą ekspozycją na dym tytoniowy niż roczniki poprzednie, co powinno samoistnie poprawiać wynik. Nie uwzględnia też zdarzeń nadzwyczajnych, zmian w dostępności leczenia ani wpływu starzenia się populacji na strukturę zgonów.

Nie wolno również mnożyć uzyskanego dystansu przez liczbę żyjących mężczyzn. Dystans 4,1 roku wobec średniej unijnej przekłada się na około 410 tysięcy osobolat w przeliczeniu na hipotetyczną kohortę stu tysięcy noworodków płci męskiej – i jest to jedyna dopuszczalna postać tego przeliczenia. Wartość ta opisuje kohortę hipotetyczną, nie populację żyjącą, i pomnożenie jej przez liczbę mężczyzn w Polsce dałoby wynik pozbawiony sensu.

Wartość rozdziału polega na czymś innym: pokazuje, że przy zachowaniu obecnego kierunku działań domknięcie dzisiejszej luki wobec Europy zajmie kilkanaście lat, a przy spowolnieniu – ponad dwadzieścia pięć. Jest to horyzont, w którym większość decyzji opisanych w części V zdąży zadziałać i zostać zmierzona.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 5

1

Rozdział nie zawiera modelu demograficznego, lecz ekstrapolację arytmetyczną trzech scenariuszy o jawnie podanym tempie. Jej wartość polega nie na trafności przewidywania, lecz na przełożeniu tempa na datę.

2

Przy tempie z lat 2010–2019 trwanie życia mężczyzn osiąga w 2040 roku 78,7 roku, a poziom dzisiejszej średniej unijnej w 2041 – opóźnienie siedemnastu lat.

3

Rok 2041 opisuje domknięcie dzisiejszej luki, nie dogonienie Europy. Wartość 78,9 nie stoi w miejscu.

4

Przy utrzymaniu spowolnienia z lat 2015–2019 domknięcie przesuwają się poza rok 2050. Różnica między scenariuszami przekracza w horyzoncie piętnastu lat efekt jakiegokolwiek pojedynczego programu opisanego w tym raporcie.

5

Dystans do średniej unijnej przekłada się na około 410 tysięcy osobolat na hipotetyczną kohortę stu tysięcy noworodków płci męskiej i jest to jedyna dopuszczalna postać tego przeliczenia.

Obszary utraty zdrowia i życia

Jedenaście domen klinicznych i społecznych opisanych według jednego wzoru: skala zjawiska, mechanizm powstawania straty, miejsce, w którym system traci pacjenta, oraz to, co da się zmienić bez czekania na zmianę postaw.

*Principiis obsta; sero medicina paratur,
cum mala per longas convaluere moras.*

Przeciwstawiaj się początkom; za późno przygotowuje się lekarstwo,
gdy choroba przez długą zwłokę nabrała sił.

Owidiusz, *Lekarstwa na miłość* 91–92

PRZYPowieść DRUGA • O DZIURZE W KADŁUBIE

W czasie drugiej wojny światowej analitycy badali wracające z misji bombowce, żeby wiedzieć, gdzie dołożyć pancierz. Naniesiono na rysunek samolotu wszystkie przestrzeliny. Skupiały się na skrzydłach i na ogonie; wokół silników i kabiny było prawie pusto. Wniosek nasuwał się sam: wzmocnić skrzydła. Abraham Wald powiedział coś odwrotnego. Wzmocnić trzeba silniki i kabinę – bo maszyny trafione w te miejsca nie wróciły i nie ma ich na rysunku.

Ta część raportu opisuje jedenaście domen. Dla części z nich mamy gęsty rysunek przestrzelin: liczby hospitalizacji, procedur, rozpoznań. Dla innych rysunek jest pusty – nie dlatego, że tam nie strzelano, lecz dlatego, że pacjent, którego to dotyczy, nie wraca do rejestru. Mężczyzna, który po nieprawidłowym wyniku nie zgłosił się dalej, nie generuje żadnego zdarzenia sprawozdawczego. W statystyce wygląda identycznie jak zdrowy.

Pancierz zwykle dokładamy tam, gdzie widać dziury. Trzeba go dokładać tam, gdzie dziur nie widać, ponieważ trafienia w te miejsca kończą lot.

Serce, metabolizm, nerki

Jedno ryzyko rozpisane na trzy poradnie. Przez kilkanaście lat istnieje okno, w którym rozpoznanie jest technicznie łatwe i tanie – a powód, dla którego pacjent miałby przyjść do gabinetu, nie występuje.

Omnium rerum principia parva sunt.

Początki wszystkich rzeczy są małe.

Cycon, *O granicach dobra i zła* V, 58

Choroby układu krążenia pozostają największym pojedynczym obszarem utraty życia w Polsce: 36,9% wszystkich zgonów w 2023 roku. Standaryzowane zagrożenie zgonem z tej przyczyny było u mężczyzn niemal o połowę wyższe niż u kobiet, a w grupie o niższym wykształceniu przekraczało dwuipółkrotnie wartość odnotowaną wśród osób z wykształceniem wyższym. Zestawienie tych dwóch wielkości opisuje zjawisko jednocześnie kliniczne i społeczne – i żadna z tych perspektyw osobno nie wystarcza do zaprojektowania odpowiedzi.

Okno diagnostyczne

Ostry zespół wieńcowy u pięćdziesięciolatka jest wynikiem procesu trwającego zwykle kilkanaście do dwudziestu lat. Składają się na niego nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, nieprawidłowa glikemia, nadmierna masa ciała, ekspozycja na dym tytoniowy, spożycie alkoholu, przewlekła choroba nerek, niedostateczna aktywność fizyczna i przewlekłe skrócenie czasu snu. Każdy z tych czynników jest w tym okresie wykrywalny badaniem prostym i tanim. Żaden nie daje objawu składającego do zgłoszenia się do lekarza.

Przez kilkanaście lat istnieje okno, w którym rozpoznanie jest technicznie łatwe, a powód, dla którego pacjent miałby przyjść do gabinetu, nie występuje.

Mierzalne jest przy tym coś konkretnego i to właśnie powinno być mierzone: odsetek mężczyzn po 45. r.ż. bez kontaktu z podstawową opieką przez dwadzieścia cztery miesiące. Wskaźnik ten jest możliwy do wyprodukowania z danych płatnika i obecnie nie jest publikowany. Bez niego wielkość okna, o którym mowa, pozostaje nieznana.

Skala zjawiska metabolicznego

W badaniu z 2025 roku, przeprowadzonym na próbie 3 000 osób w wieku 20 lat i więcej, wskaźnik masy ciała wynoszący co najmniej 25 kg/m^2 dotyczył 64% dorosłych mężczyzn i 48% kobiet. Otyłość, definiowana jako wskaźnik co najmniej 30 kg/m^2 , obejmowała odpowiednio 15% i 13%.

Istotniejsza od każdej z tych wartości jest różnica między nimi. Odsetek otyłości u obu płci jest zbliżony; odsetek nadwagi różni się o szesnaście punktów procentowych. Oznacza to, że bardzo liczna grupa mężczyzn znajduje się w przedziale nadwagi – a więc przed rozwinięciem powikłań, w okresie, w którym interwencja jest najtańsza i najskuteczniejsza, i w którym pacjent nie uważa się za chorego.

Wskaźnik masy ciała nie stanowi rozpoznania klinicznego i nie opisuje rozmieszczenia tkanki tłuszczowej ani składu ciała. Na poziomie populacji ujawnia skalę ekspozycji na ryzyko cukrzycy typu 2, nadciśnienia, chorób sercowo-naczyniowych, bezdechu sennego i części nowotworów. Na poziomie jednostki wymaga uzupełnienia o obwód pasa, ciśnienie tętnicze, glikemię, lipidogram i ocenę kliniczną. U mężczyzn przewaga rozmieszczenia brzuszego oznacza wyższe ryzyko metaboliczne przy tej samej wartości wskaźnika.

Współwystępowanie i jego konsekwencja organizacyjna

Nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca typu 2, otyłość i przewlekła choroba nerek występują u tych samych osób, wzmacniają się wzajemnie i mają wspólny zestaw działań wczesnych. W organizacji polskiej opieki prowadzone są jednak jako odrębne szlaki. Pomiar ciśnienia następuje w jednym miejscu, nieprawidłowa glikemia ujawnia się w innym, objawy bezdechu sennego lub zaburzeń erekcji nie są zestawiane z ryzykiem naczyniowym, a pacjent otrzymuje zalecenie kontroli bez wskazania, kto tę kontrolę prowadzi.

Ostatnie zdanie wymaga rozwinięcia, ponieważ opisuje najczęstszy pojedynczy sposób, w jaki polski system gubi pacjenta sercowo-metabolicznego. Prześledźmy je krok po kroku. Pacjent z ciśnieniem 156/98 mm Hg zmierzonym przy okazji innej sprawy słyszy, że wartość jest za wysoka i że powinien to skontrolować. W tym zdaniu nie ma ani jednej informacji operacyjnej. Nie ma terminu – a bez daty zalecenie konkuruje z resztą życia pacjenta i przegrywa. Nie ma miejsca – a pacjent nie wie, czy kontrola oznacza pomiar domowy, wizytę u lekarza rodzinnego, wizytę u kardiologa czy całodobowy pomiar automatyczny; są to cztery różne świadczenia o czterech różnych trybach dostępu. Nie ma progu decyzyjnego – a więc pacjent nie wie, przy jakiej wartości ma zgłosić się pilnie, a przy jakiej może poczekać do najbliższego wolnego terminu. Nie ma osoby odpowiedzialnej – jeżeli pacjent nie zgłosi się, nikt tego nie odnotuje, ponieważ w żadnym rejestrze nie powstało zdarzenie „oczekiwanie na kontrolę”. Nie ma wreszcie zapisu, który dałoby się później odczytać: informacja przekazana ustnie przy wyjściu z gabinetu nie istnieje dla kolejnego lekarza, choćby ten miał dostęp do pełnej dokumentacji.

Suma tych pięciu braków ma nazwę i jest nią przekazanie otwarte. Przekazanie otwarte kończy się w momencie wypowiedzenia zalecenia. Przekazanie domknięte kończy się dopiero w chwili, w której jednostka przyjmująca potwierdza, że pacjent do niej dotarł. Różnica między nimi nie

polega na jakości pracy lekarza ani na treści zalecenia – polega wyłącznie na tym, po której stronie leży ciężar wykonania następnego kroku. Przy przekazaniu otwartym leży on po stronie osoby najsłabiej przygotowanej do jego udźwignięcia: chorego, który dowiedział się właśnie, że coś jest nie w porządku, i który nie zna ani nazwy świadczenia, ani drogi do niego.

Konsekwencją jest przeniesienie ciężaru koordynacji na pacjenta. Koordynację przejmują skutecznie ci, którzy dysponują czasem, wiedzą i elastycznością zatrudnienia – czyli grupa o niższym wyjściowym ryzyku. Osoba pracująca zmianowo, dojeżdżająca, bez elastyczności godzin poniesie ten koszt najtrudniej – a jest to jednocześnie osoba o najwyższym ryzyku wyjściowym. Mechanizm ten działa niezależnie od intencji i niezależnie od jakości pracy poszczególnych lekarzy.

Warto pokazać, z czego dokładnie ten ciężar się składa, ponieważ w debacie publicznej występuje on zwykle pod jednym hasłem „pacjent nie dba o siebie”, a w rzeczywistości jest listą czynności administracyjnych. Mężczyzna z rozpoznanym ryzykiem sercowo-metabolicznym musi w ciągu roku: umówić wizytę u lekarza rodzinnego w godzinach pracy placówki; uzyskać skierowania na badania; zgłosić się na pobranie krwi na czczo, a więc zwykle rano, w kolejnym dniu roboczym; odebrać wyniki; umówić drugą wizytę w celu ich omówienia; przy nieprawidłowym wyniku uzyskać skierowanie do poradni specjalistycznej; zarejestrować się w niej i odczekać do terminu; stawić się na wizytę; wykupić leki; a następnie powtórzyć oznaczenia po trzech miesiącach i umówić wizytę kontrolną. To jest jedenaście czynności, z których co najmniej sześć wymaga obecności w placówce w godzinach pracy i co najmniej cztery – samodzielnej inicjatywy bez żadnego przypomnienia z zewnątrz.

Dla kierownika projektu z elastycznym czasem pracy jest to uciążliwość. Dla kierowcy w transporcie międzynarodowym, operatora maszyn na trzy zmiany albo rolnika w sezonie jest to kilka dni roboczych rozłożonych w roku – i nie chodzi tu wyłącznie o utracony dochód, lecz o konieczność uzgadniania nieobecności z pracodawcą albo z porą prac polowych. Prawdopodobieństwo ukończenia jedenastoetapowej sekwencji jest iloczynem prawdopodobieństw poszczególnych kroków; jeżeli każdy z nich pacjent wykonuje z prawdopodobieństwem 0,9 – wartością wysoką i optymistyczną – to całą sekwencję kończy mniej niż co trzeci. Nie jest to argument przeciwko sekwencji, lecz argument za tym, żeby skracać ją wszędzie, gdzie się da, i żeby każdy skrócony krok liczyć jako wynik zdrowotny, a nie jako uproszczenie administracyjne. Konsultacja, na której wykonuje się pomiar, pobranie i omówienie wyniku, jest z tego punktu widzenia interwencją zdrowotną – mimo że w sprawozdawczości wygląda identycznie jak konsultacja, po której pacjent otrzymał trzy skierowania i zniknął.

Pięć etapów procesu i miejsc, w którym pomiar się kończy

TABELA 5

Pięć etapów opieki nad ryzykiem sercowo-metabolicznym: gdzie się odbywają, czym się je mierzy i które z tych miar są w Polsce produkowane

ETAP	ZAWARTOŚĆ MERYTORYCZNA	MIESCE REALIZACJI	MIARA WYKONANIA	MIERZONE?
Identyfikacja	Wiek, wywiad rodzinny, ciśnienie, masa ciała i obwód pasa, ekspozycja na nikotynę, spożycie alkoholu	Podstawowa opieka lub medycyna pracy	Odsetek grupy docelowej z kompletną oceną	Częściowo
Stratyfikacja	Ocena ryzyka łącznego, choroby współistniejące, pilność	Lekarz prowadzący	Odsetek wyników nieprawidłowych z przypisaną kategorią pilności	Nie
Plan	Uzgodniona zmiana zachowań, leczenie, skierowanie, termin kontroli	Podstawowa opieka	Odsetek pacjentów wysokiego ryzyka z planem i terminem	Nie
Kontrola	Osiągnięcie celów terapeutycznych, ocena działań niepożądanych i stosowania się do zaleceń	Podstawowa opieka i opieka specjalistyczna	Kontrola ciśnienia, glikemii i lipidów w zdefiniowanym okresie	Nie
Ciągłość	Identyfikacja pacjenta, który nie zgłosił się na kontrolę, i ponowienie kontaktu	Podmiot prowadzący	Odsetek pacjentów, z którymi utracono kontakt	Nie

Źródło: opracowanie własne autora.

Kolumna ostatnia opisuje, czy dana miara jest w Polsce systematycznie produkowana i publikowana

Cztery pierwsze etapy funkcjonują w polskiej praktyce w takiej lub innej postaci. Piąty nie jest przedmiotem systematycznego pomiaru. Nie istnieje wskaźnik opisujący odsetek pacjentów, u których stwierdzono nieprawidłowy wynik i którzy nie podjęli dalszego postępowania.

POJEDYNCZA NAJWAŻNIEJSZA LUKA POMIAROWA SYSTEMU

Bez wskaźnika ciągłości nie da się odróżnić programu, który wykrywa i domyka, od programu, który wykrywa i porzuca – a wartość zdrowotna tego drugiego może być ujemna. Generuje koszt, obciąża diagnostykę i pozostawia pacjenta z wynikiem, którego nikt nie zinterpretował, co obniża zaufanie do kolejnych zaproszeń.

Cukrzyca typu 2: trzy cechy istotne dla organizacji opieki

Opóźnienie rozpoznania. Rozpoznanie następuje często z opóźnieniem liczonym w latach, w okresie, w którym powikłania **naczyniowe już się rozwijają**. Część chorych ma w chwili rozpoznania obecną retinopatię albo albuminurię – a więc następstwa procesu trwającego wcześniej. Odsetek rozpoznań stawianych na etapie bezpowikłaniowym nie jest w Polsce wyznaczany.

Wyrównanie, nie rozpoznanie, decyduje o rokowaniu. Rozpoznanie jest warunkiem koniecznym i niewystarczającym. O ryzyku zawału, udaru, niewydolności nerek i amputacji rozstrzyga osiągnięcie celów terapeutycznych – glikemii, ciśnienia i lipidów łącznie, nie każdego z osobna. Wskaźnik opisujący pacjentów z osiągniętą kontrolą wszystkich trzech parametrów nie jest w Polsce publikowany, mimo że dane potrzebne do jego wyznaczenia są gromadzone w rozliczeniach świadczeń i w dokumentacji.

Stan pocukrzycowy jako okno o najwyższej wartości. Nieprawidłowa glikemia na czczo i nieprawidłowa tolerancja glukozy poprzedzają rozpoznanie o lata i są odwracalne. Jest to jedyny etap tego procesu, na którym interwencja behawioralna ma udokumentowaną skuteczność porównywalną z farmakologiczną – i jednocześnie etap całkowicie bezobjawowy.

TABELA 6

Pięć powikłań cukrzycy typu 2: mechanizm, czynnik rozstrzygający o wystąpieniu i stan pomiaru w Polsce

POWIKŁANIE	MECHANIZM	CO ROZSTRZYGA O WYSTĄPIENIU	W POLSCE
Sercowo-naczyniowe	Makroangiopatia	Kontrola ciśnienia i lipidów bardziej niż samej glikemii	Pośrednio
Nefropatia	Mikroangiopatia kłębuszków	Wczesne wykrycie albuminurii i wdrożenie leczenia nefroprotektoryjnego	Nie
Retinopatia	Mikroangiopatia siatkówki	Regularne badanie dna oka; odsetek chorych objętych – nieznany	Nie
Zespół stopy cukrzycowej	Neuropatia i niedokrwienie łącznie	Badanie stóp przy każdej wizycie; liczba amputacji jest wskaźnikiem jakości opieki	Częściowo
Zaburzenia erekcji	Neuropatia, dysfunkcja śródbłonna, hipogonadyzm	Bywa pierwszym objawem powikłań naczyniowych	Nie

Źródło: opracowanie własne autora.

Wiersz ostatni wymaga podkreślenia, ponieważ w polskiej praktyce bywa pomijany. U mężczyzn z cukrzycą zaburzenie erekcji nie jest dolegliwością towarzyszącą – jest objawem powikłania mikro- i makronaczyniowego, często wyprzedzającym objawy z innych układów. Jego zgłoszenie powinno uruchamiać ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego, a nie kończyć się wyłącznie leczeniem objawowym.

Grupy o największym potencjale wykrywczym

Efekt zdrowotny wykrycia jest największy tam, gdzie ryzyko kumuluje się z ograniczeniem dostępu. W praktyce dotyczy to czterech grup: mężczyzn wykonujących pracę zmianową lub fizyczną, mieszkańców obszarów o najwyższej umieralności przedwczesnej, osób z niższym wykształceniem oraz pacjentów zgłaszających się z powodu niezwiązanego z ryzykiem sercowo-metabolicznym – z urazem, dolegliwościami kręgosłupa albo objawem ze strony układu moczowo-płciowego.

Ostatnia grupa ma znaczenie szczególne, ponieważ nie wymaga zapraszania ani wyszukiwania. Ci pacjenci znajdują się już w gabinecie. Warunkiem wykorzystania tego kontaktu jest czas konsultacji, zakres kompetencji przypisanych do świadczenia i sposób jego rozliczenia.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 6

1

Proces sercowo-metaboliczny ma kilkunastoletnie okno, w którym badanie jest tanie, a objaw nie występuje.

2

Nadwaga, nie otyłość, jest u mężczyzn zjawiskiem dominującym liczbowo – a więc interwencja ma największy zasięg przed rozwinięciem powikłań.

3

Przekazanie otwarte kończy się na zaleceniu; przekazanie domknięte kończy się potwierdzeniem, że pacjent dotarł. Polski system produkuje niemal wyłącznie przekazania otwarte.

4

Jedenaście czynności administracyjnych wymaganych w rocznym cyklu opieki nad ryzykiem jest samodzielnym czynnikiem różnicującym dostęp według formy zatrudnienia.

5

Piąty etap procesu – ciągłość – nie jest w Polsce mierzony. Jest to pojedyncza najważniejsza luka pomiarowa opisana w tym raporcie.

Nowotwory: trzy różne zadania

Struktura zachorowań i struktura zgonów układają się odmiennie. Z tego rozkładu wynikają trzy odrębne zadania organizacyjne, których nie obejmuje jedna strategia.

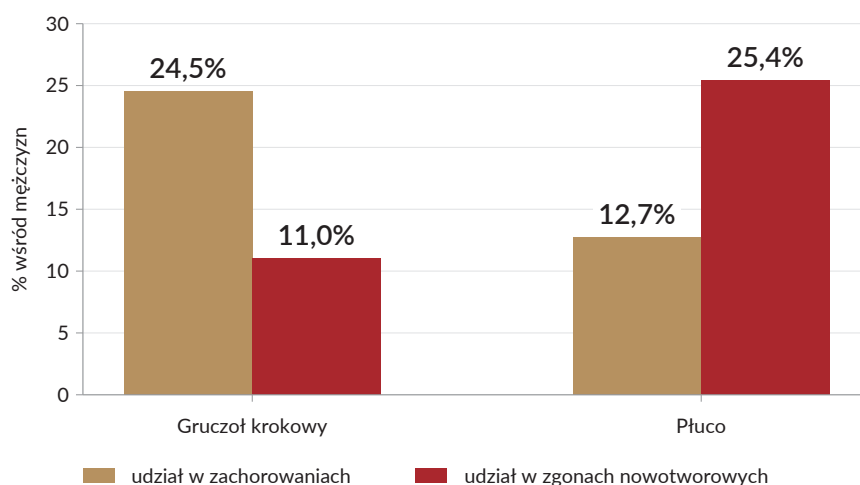
Aegrescit medendo.

Choroba pogarsza się od leczenia.

Wergiliusz, Eneida XII, 46

W 2023 roku Krajowy Rejestr Nowotworów odnotował u mężczyzn 96 925 pierwszorazowych zgłoszeń nowotworów złośliwych. Nowotwory stanowiły drugą przyczynę zgonów mężczyzn, odpowiadając za około 26% z nich. Najczęściej rozpoznawano raka gruczołu krokowego – 23 710 przypadków, około jednej czwartej wszystkich zachorowań mężczyzn – który odpowiadał jednak za 11,0% zgonów nowotworowych. Rak płuca, stanowiący około 12,7% zachorowań, odpowiadał za 25,4% zgonów.

Nowotwór najczęściej rozpoznawany nie jest nowotworem najczęściej zabijającym



Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów, dane za 2023 rok. Udział raka gruczołu krokowego w zachorowaniach obliczono jako 23 710 z 96 925 zgłoszeń pierwszorazowych.

RYCINA 7

Nowotwór najczęściej rozpoznawany nie jest nowotworem najczęściej zabijającym. Udział raka gruczołu krokowego i raka płuca w zachorowaniach oraz w zgonach nowotworowych mężczyzn, dane za 2023 rok. Proporcje odwracają się w obu kierunkach ponaddwukrotnie – i z tego odwrócenia wynikają dwa różne zadania organizacyjne.

TABELA 7

Trzy nowotwory, trzy odmienne logiki organizacyjne: punkt wyjścia, postępowanie i właściwa miara wyniku

UMIEJSCOWIENIE	PUNKT WYJŚCIA	POSTĘPOWANIE	MIARA WYNIKU
Płuco	Ryzyko związane z ekspozycją na dym tytoniowy i czynniki zawodowe; pozycja dominująca w strukturze zgonów	Leczenie uzależnienia od nikotyny; kwalifikacja grupy wysokiego ryzyka do badań przesiewowych zgodnie z kryteriami opartymi na dowodach; skrócenie drogi diagnostycznej dla objawów alarmowych	Udział grupy ryzyka objętej postępowaniem, czas diagnostyki, stopień zaawansowania, umieralność
Jelito grube	Program przesiewowy funkcjonuje; dostępność nie przekłada się bezpośrednio na uczestnictwo ani na domknięcie diagnostyki	Zaproszenie imienne z wyznaczonym terminem; pełna diagnostyka po wyniku wymagającym wyjaśnienia	Kolonoskopie w grupie docelowej, odsetek zakończonych skierowań, stopień zaawansowania
Gruzoł krokowy	Duża liczba rozpoznań przy istotnym prawdopodobieństwie nadrozpoznavalności	Wspólna decyzja o oznaczeniu PSA; ocena ryzyka; jakość diagnostyki obrazowej i biopsji	Udokumentowana świadoma decyzja, czas do rozpoznania, stopień zaawansowania, adekwatność leczenia do ryzyka

Źródło: opracowanie własne autora.

Rak płuca: zagadnienie ekspozycji

Umieralność z tego powodu wykazuje w Polsce trend malejący od 1997 roku, co jest następstwem zmian ekspozycji na dym tytoniowy w kolejnych kohortach. Badanie niskodawkową tomografią komputerową działa w populacji wysokiego ryzyka, nie w populacji ogólnej; pilotaż prowadzony w latach 2021–2025 zakończono, a w 2026 roku zapowiedziano przejście do świadczenia ogólnopolskiego. Każdy kontakt w takim programie powinien obejmować rzeczywistą ofertę leczenia uzależnienia od tytoniu – interwencję behawioralną i farmakoterapię zgodnie z wytycznymi – nie samo zalecenie zaprzestania palenia. Badanie obrazowe nie jest zamiennikiem rzucenia palenia i nie powinno być tak komunikowane.

Rak jelita grubego: zagadnienie wykorzystania narzędzia

Program obejmuje osoby w wieku 50–65 lat oraz 40–49 lat z krewnym pierwszego stopnia z rozpoznaniem tego nowotworu, jeżeli w ostatnich dziesięciu latach nie wykonano kolonoskopii; badanie nie wymaga skierowania. Pokrycie populacji wynosiło 15,84% w 2025 roku i 15,9% w pierwszym kwartale 2026 roku.

Polskie badanie z randomizacją wśród osób, które nie odpowiedziały na pierwsze zaproszenie, wykazało, że proste ponowne zaproszenie zwiększało odpowiedź i wykonanie kolonoskopii w porównaniu z zaproszeniem na spotkanie edukacyjne. Interwencja tania i pozbawiona treści edukacyjnej okazała się skuteczniejsza od interwencji drogiej i edukacyjnej – wynik wart zapamiętania przy projektowaniu każdego kolejnego programu.

Rak gruczołu krokowego: zagadnienie jakości decyzji

Rak gruczołu krokowego łączy dwie cechy rzadko występujące razem: bardzo dużą liczbę rozpoznań i stosunkowo niski udział w zgonach. Część tej różnicy wynika z rzeczywiście lepszego rokowania i skuteczności leczenia. Część – z rozpoznawania nowotworów, które nie zdążyłyby dać objawów w ciągu życia pacjenta.

Konsekwencją drugiego mechanizmu nie jest wniosek o zaniechaniu diagnostyki. Jest nim wniosek o konieczności rozdzielenia dwóch decyzji, które w praktyce bywają zlewane w jedną: decyzji o oznaczeniu PSA i decyzji o leczeniu radykalnym po rozpoznaniu. Pierwsza powinna być podejmowana wspólnie z pacjentem, po przedstawieniu korzyści i możliwych następstw, w tym prawdopodobieństwa wykrycia zmiany niewymagającej leczenia. Druga powinna wynikać z oceny ryzyka, nie z samego faktu rozpoznania. Jakość diagnostyki obrazowej i biopsji rozstrzyga o tym, czy rozdzielenie to jest w ogóle wykonalne. Pełny opis ścieżki zawiera rozdział 17.

Czas jako zmienna niezależna

W publicznym opisie opieki onkologicznej dominuje zagadnienie dostępu do terapii. Dla rokowania znaczenie ma również zmienna opisywana znacznie rzadziej: liczba tygodni między pierwszym objawem alarmowym a potwierdzeniem rozpoznania.

Zmienna ta nie zależy od dostępności nowych substancji czynnych. Zależy od tego, czy lekarz podstawowej opieki dysponuje ścieżką pilnego skierowania, czy termin wyznaczony w ramach tej ścieżki jest realny i czy istnieje mechanizm potwierdzenia, że skierowanie zostało zrealizowane. Wszystkie trzy warunki są organizacyjne i wszystkie trzy są tańsze niż jakakolwiek terapia.

Publiczne dane nie pozwalają obecnie przedstawić w Polsce czasu od pierwszego objawu do rozpoznania w podziale na płeć i umiejscowienie. Częściowymi dysponentami tej informacji są płatnik, rejestr nowotworów oraz podmioty prowadzące diagnostykę; zestawienie tych zbiorów jest wykonalne w istniejących ramach prawnych i nie wymaga nowego badania.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 7

1

W 2023 roku odnotowano u mężczyzn 96 925 pierwszorazowych zgłoszeń nowotworów złośliwych; nowotwory odpowiadały za około 26% zgonów mężczyzn.

2

Rak gruczołu krokowego stanowi około jednej czwartej zachorowań i 11,0% zgonów nowotworowych; rak płuca – około 12,7% zachorowań i 25,4% zgonów.

3

Z rozkładu tego wynikają trzy odrębne zadania organizacyjne o różnych miarach wyniku; jedna strategia onkologiczna ich nie obejmuje.

4

W raku gruczołu krokowego rozstrzygające jest rozdzielenie decyzji o oznaczeniu PSA od decyzji o leczeniu radykalnym.

5

Czas od objawu do rozpoznania jest zmienną organizacyjną, tańszą do poprawy niż dostęp do terapii, i nie jest w Polsce mierzony w podziale na płeć.

Układ oddechowy: choroba, której się nie rozpoznaje

Przewlekła obturacyjna choroba płuc dotyczy w Polsce około dwóch milionów osób. Ponad 30% z nich nie ma rozpoznania. Jest to jedyna domena w tym raporcie, w której narzędzie diagnostyczne kosztuje kilkadziesiąt złotych, trwa kilka sekund i nie jest stosowane.

Fere libenter homines id quod volunt credunt.

Ludzie na ogół chętnie wierzą w to, czego pragną.

Juliusz Cezar, *O wojnie galijskiej* III, 18

Cechy choroby stwierdza się u około 10% populacji po 40. r.ż. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc ustanowiło rok 2026 rokiem tej choroby, wskazując ponad trzydziestoprocentowy odsetek chorych pozostających bez rozpoznania. Chorobą częściej dotknięci są mężczyźni; w krajach o dłuższej historii palenia wśród kobiet różnica między płciami zaciera się, ale w Polsce, gdzie codzienne palenie deklaruje 28,8% mężczyzn wobec 20,3% kobiet, przewaga męska pozostaje wyraźna.

Dlaczego rozpoznanie nie następuje

Mechanizm jest tu inny niż w chorobach opisanych w rozdziale 6 i wart osobnego nazwania, ponieważ nie polega na braku objawu.

Objaw występuje: przewlekły kaszel, odkrztuszanie plwociny, duszność narastająca przez lata. Problem polega na tym, że pacjent i jego otoczenie mają dla tego objawu gotowe wyjaśnienie, które nie jest rozpoznaniem – „kaszel palacza”, „słabsza kondycja”, „wiek”. Wyjaśnienie to jest społecznie akceptowane, nie budzi niepokoju i skutecznie blokuje zgłoszenie się przez kilkanaście lat, w trakcie których ubytek czynności płuc jest nieodwracalny.

W chorobach sercowo-metabolicznych brakuje objawu, który skłoniłby do wizyty. Tutaj objaw jest, ale pacjent postawił sobie rozpoznanie uspokajające. To przypadek trudniejszy: wymaga zakwestionowania wyjaśnienia, które chory uważa za wystarczające.

Spirometria jako przypadek szczególny

Badanie rozstrzygające o rozpoznaniu jest tanie, nieinwazyjne, trwa kilka sekund i nie wymaga przygotowania pacjenta. Pod względem stosunku wartości diagnostycznej do kosztu i uciążliwości nie ma w tym raporcie odpowiednika.

Wynika stąd wniosek organizacyjny o wąskim zakresie i wysokiej pewności: jeżeli istnieje badanie, którego zastosowanie u palącego mężczyzny po 40. r.ż. z przewlekłym kaszlem jest uzasadnione klinicznie i kosztuje niewiele, to pytanie brzmi nie „czy je stosować”, lecz dlaczego nie jest stosowane systematycznie w punktach kontaktu, do których ten pacjent i tak trafia. Punktami tymi są: badanie okresowe medycyny pracy, wizyta w podstawowej opiece z powodu infekcji dróg oddechowych oraz programy profilaktyczne.

Polska nie prowadzi rejestru chorych na tę chorobę. Wartości podane wyżej mają charakter szacunkowy, nie rejestrowy, i nie są dostępne w przekroju według płci – co samo w sobie jest informacją o stanie danych w domenie dotyczącej dwóch milionów osób.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 8

1

Cechy choroby stwierdza się u około 10% populacji po 40. r.ż., a ponad 30% chorych pozostaje bez rozpoznania.

2

Mechanizm jest inny niż w chorobach sercowo-metabolicznych: objaw występuje, ale pacjent ma dla niego gotowe wyjaśnienie, które nie jest rozpoznaniem i które skutecznie blokuje zgłoszenie się przez kilkanaście lat.

3

Spirometria ma najkorzystniejszy stosunek wartości diagnostycznej do kosztu i uciążliwości spośród wszystkich badań opisanych w tym raporcie – i nie jest stosowana systematycznie w punktach kontaktu, do których ten pacjent i tak trafia.

4

Polska nie prowadzi rejestru chorych. Podane wartości mają charakter szacunkowy i nie są dostępne w przekroju według płci, co samo w sobie jest informacją o stanie danych w domenie dotyczącej dwóch milionów osób.

Wątroba: narząd docelowy ekspozycji opisanej wcześniej

W 2022 roku standaryzowana umieralność polskich mężczyzn z przyczyn w całości przypisywanych alkoholowi przewyższała średnią unijną o 114%. Jest to największa pojedyncza przewaga nad średnią europejską odnotowana w tym raporcie.

Nihil aliud est ebrietas quam voluntaria insania.

Pijaństwo nie jest niczym innym niż dobrowolnym szaleństwem.

Seneka Młodszy, *Listy moralne do Lucyliusza* 83, 18

Definicja obejmuje wyłącznie rozpoznania, w których alkohol jest czynnikiem koniecznym – alkoholową chorobę wątroby, zatrucie **alkoholem, alkoholowe zaburzenia psychiczne – i z założenia zaniża pełne obciążenie**. Alkohol współuczestniczy bowiem w zdarzeniach klasyfikowanych w innych kategoriach: urazach, wypadkach drogowych, zachowaniach samobójczych i przemocy. Nawet w tak wąskim ujęciu Polska wypada ponad dwukrotnie gorzej od średniej europejskiej.

Struktura spożycia ma znaczenie odrębne od jego wielkości

Wzorzec obejmujący spożywanie dużych ilości w krótkim czasie wiąże się z wyższym ryzykiem zdarzeń ostrych – zaburzeń rytmu serca, udaru, urazu, zatrucia – niż spożycie tej samej ilości rozłożone równomiernie. Wzorzec ten jest w populacji polskich mężczyzn częstszy niż w krajach Europy Południowej, co częściowo tłumaczy różnicę w umieralności przy zbliżonym spożyciu rocznym na mieszkańca.

Ryzykowne picie deklarowało w 2025 roku 27,2% mężczyzn i 15,7% kobiet. W modelowanych oszacowaniach za 2021 rok alkohol odpowiadał za 8,9% obciążenia zdrowotnego mężczyzn – wartość obejmującą wyłącznie udział przypisany modelowo.

Trzy elementy postępowania, z których realizowany jest jeden

Postępowanie kliniczne obejmuje systematyczne rozpoznawanie wzorca spożycia narzędziem przesiewowym, krótką interwencję u osób pijących ryzykownie oraz skierowanie do leczenia u osób z rozpoznaniem uzależnieniem. Pierwszy z tych elementów jest w polskiej praktyce realizowany częściej niż drugi i trzeci.

Konsekwencją jest sytuacja, w której system rozpoznaje problem i nie ma dokąd skierować pacjenta. Rozpoznanie bez ścieżki jest kosztem bez efektu.

Wątroba jest narządem, w którym ekspozycja ta ujawnia się najczęściej i najpóźniej. Alkoholowa choroba wątroby przez lata przebiega bezobjawowo, a pierwszym objawem bywa powikłanie marskości – a więc stan, w którym możliwości interwencji są już zasadniczo ograniczone. Jest to zatem ta sama struktura problemu, co w chorobach sercowo-metabolicznych: długie okno diagnostyczne, tanie badanie, brak powodu do wizyty.

Różnica polega na czymś innym i wymaga wypowiedzenia. W chorobach sercowo-metabolicznych pacjent nie wie, że jest zagrożony. W chorobie alkoholowej wątroby najczęściej wie, lecz uznaje, że rozmowa o tym w gabinecie skończy się oceną moralną, nie leczeniem. Jest to bariera, której nie usunie żadne badanie przesiewowe – usuwa ją wyłącznie dostępna, konkretna oferta terapeutyczna po drugiej stronie rozmowy.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 9

1

Standaryzowana umieralność mężczyzn z przyczyn w całości przypisywanych alkoholowi przewyższała w 2022 roku średnią unijną o 114% – jest to największa pojedyncza przewaga nad średnią europejską odnotowana w tym raporcie.

2

Definicja obejmuje wyłącznie rozpoznania, w których alkohol jest czynnikiem koniecznym, i z założenia zaniża pełne obciążenie, pomijając 2 urazy, wypadki, zachowania samobójcze i przemoc.

3

Struktura spożycia ma znaczenie odrębne od jego wielkości: wzorzec obejmujący duże ilości w krótkim czasie wiąże się z wyższym ryzykiem zdarzeń ostrych niż ta sama ilość rozłożona równomiernie.

4

Z trzech elementów postępowania klinicznego realizowany jest przede wszystkim pierwszy. Rozpoznanie bez dostępnej ścieżki leczenia jest kosztem bez efektu.

5

Barierą nie jest niewiedza pacjenta, lecz oczekiwanie oceny moralnej zamiast leczenia. Usuwa ją wyłącznie konkretna oferta terapeutyczna po drugiej stronie rozmowy.

Choroby zakaźne: mały udział, duża lekcja

Udział tej domeny w różnicy trwania życia jest niewielki. Jej wartość dla raportu jest inna: to najczystszy dostępny przykład ubytku pacjentów na kolejnych etapach opieki – i jedyny obszar, w którym wskaźniki rosną trzykrotnie w ciągu pięciu lat.

Latet anguis in herba.

Wąż kryje się w trawie.

Wergiliusz, Bukoliki III, 93

Zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności

W 2025 roku odnotowano w Polsce 2 755 nowo wykrytych zakażeń. Zapadalność wzrosła z 2,43 na 100 tysięcy ludności w 2020 roku do 7,37 w 2025 – trzykrotnie w ciągu pięciu lat. Liczba pacjentów w opiece wzrosła w tym samym okresie z 20 046 do 31 738, a koszt refundacji terapii z 436 do 728 milionów złotych.

Wzrost liczby wykryć łączy rzeczywisty wzrost zakażeń z nadrobieniem testowania ograniczonego w okresie pandemii; rozdzielenie obu składowych wymaga modelowania. Niezależnie od proporcji dwie okoliczności czynią ten obszar szczególnie użytecznym dla tezy całego raportu.

Okoliczność pierwsza. Szacuje się, że nawet co trzecia osoba zakażona nie zna swojego statusu. Jest to bezpośrednio mierzalny ubytek na pierwszym etapie kaskady opieki – i jeden z niewielu w polskim systemie, dla których w ogóle istnieje oszacowanie.

Okoliczność druga. W ponad połowie przypadków nie udaje się ustalić drogi zakażenia. Tam, gdzie dane są dostępne, dominują kontakty seksualne. Stygmatyzacja jest przez konsultanta krajowego wskazywana jako główna przyczyna unikania badań.

Koszt tożsamościowy zgłoszenia się jest tu najwyższy w całym raporcie, a konsekwencja jego nieponiesienia – najpoważniejsza, ponieważ obejmuje dalszą transmisję.

Zakażenia przenoszone drogą płciową

Wzrost nie ogranicza się do jednego patogenu. Liczba przypadków kiły wzrosła ponad czterokrotnie w porównaniu z początkiem pandemii; podobne tendencje odnotowuje się dla rzeżączki i chlamydiozy.

Ma to bezpośredni związek z rozdziałem 17. Punkt kontaktu, w którym mężczyzna z objawem ze strony układu moczowo-płciowego zgłasza się sam, jest jednocześnie punktem, w którym diagnostyka w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową jest klinicznie uzasadniona i organizacyjnie możliwa – a rozmowa o ryzyku jest naturalną częścią konsultacji, nie dodatkiem do niej.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C i gruźlica

Obie choroby łączą trzy cechy istotne dla tego raportu: przewagę płci męskiej, niski odsetek rozpoznań w stosunku do szacowanej liczby zakażonych oraz koncentrację w grupach opisanych w rozdziale 3 jako nieobecne w rejestrach.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C wiąże się dodatkowo z domeną z rozdziału 9: jest jedną z przyczyn marskości i raka wątrobowokomórkowego, a przy współistniejącym spożyciu alkoholu ryzyko rośnie ponadaddytywnie. Dostępne leczenie przeciwwirusowe pozwala na eliminację zakażenia u zdecydowanej większości leczonych – co czyni wykrycie interwencją o wyjątkowo korzystnym stosunku efektu do nakładu.

Dlaczego ta domena znalazła się w raporcie o różnicy siedmiu lat

Nie ze względu na udział w umieralności, który jest niewielki. Ze względu na trzy własności, których nie ma żadna inna domena.

Ubytek na pierwszym etapie kaskady jest oszacowany – co trzecia osoba nie zna statusu. W żadnej innej domenie opisanej w tym raporcie takiego oszacowania nie ma.

Interwencja jest jednoznaczna i tania – badanie anonimowe, bezpłatne, bez skierowania, w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym.

Bariera jest w całości tożsamościowa, nie organizacyjna ani finansowa. Jest to jedyny przypadek w raporcie, w którym można obserwować działanie tej pojedynczej składowej w izolacji od pozostałych.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 10

1

Zapadalność na zakażenie HIV wzrosła trzykrotnie w ciągu pięciu lat – z 2,43 do 7,37 na 100 tysięcy – a liczba pacjentów w opiece z 20 046 do 31 738.

2

Szacuje się, że nawet co trzecia osoba zakażona nie zna swojego statusu. Jest to jeden z niewielu bezpośrednio oszacowanych ubytków kaskady opieki w polskim systemie.

3

Bariera ma tu charakter w całości tożsamościowy, nie organizacyjny ani finansowy – jest to jedyny obszar, w którym można obserwować działanie tej składowej w izolacji od pozostałych.

4

Kontakt z powodu objawu ze strony układu moczowo-płciowego jest jednocześnie punktem, w którym diagnostyka zakażeń przenoszonych drogą płciową jest klinicznie uzasadniona i organizacyjnie możliwa.

Zdrowie psychiczne i zachowania samobójcze

Różnica między płciami lokuje się nie w częstości kryzysu, lecz w jego przebiegu – i na odcinku między kryzysem a podjęciem opieki.

Curae leves loquuntur, ingentes stupent.

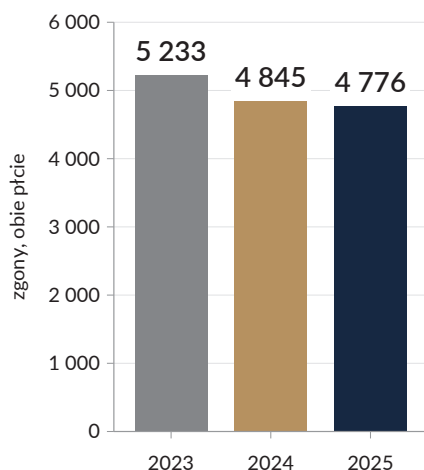
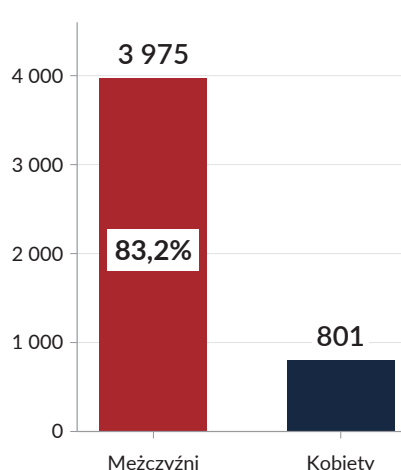
Małe troski mówią, wielkie milczą.

Seneka Młodszy, Fedra 607

W rejestrze Komendy Głównej Policji za 2025 rok odnotowano 4 776 zgonów w wyniku zachowań samobójczych, w tym 3 975 mężczyzn i 801 kobiet; udział mężczyzn wynosił 83,2%. Prób samobójczych zarejestrowano 10 159. Łączna liczba odnotowanych zachowań samobójczych wyniosła 14 935.

Zestawienie liczby zgonów z liczbą prób prowadzi do obserwacji istotniejszej niż sam udział procentowy. Mężczyźni stanowią zdecydowaną większość zgonów przy znacznie bardziej wyrównanym udziale w próbach. Różnica lokuje się zatem nie w częstości kryzysu psychicznego, lecz w jego przebiegu – w metodzie, w dostępności pomocy w momencie kryzysu, w używaniu substancji i w tym, czy w tygodniach poprzedzających doszło do kontaktu z opieką.

Liczba zgonów samobójczych wykazuje powolny trend spadkowy: 5 233 w 2023 roku, 4 845 w 2024 i 4 776 w 2025. Trend ten należy odczytywać ostrożnie, z uwagi na zmiany sposobu rejestracji. Rejestr policyjny jest rejestrem operacyjnym, prowadzonym w innym celu i według innej definicji niż statystyka przyczyn zgonów; dane policyjne są dostępne szybciej i lepiej służą reagowaniu operacyjnemu, dane statystyki publicznej pozostają referencyjne dla porównań międzynarodowych.

Powolny spadek
liczby zgonówStruktura płci
w 2025 roku

Źródło: Komenda Główna Policji, dane za lata 2023–2025. Rejestr policyjny jest rejestrem operacyjnym prowadzonym według innej definicji niż statystyka przyczyn zgonów.

RYCINA 8

Powolny spadek liczby zgonów przy niezmienionej strukturze płci. Zgony w wyniku zachowań samobójczych, rejestr Komendy Głównej Policji. Udział mężczyzn wynosi 83,2% przy znacznie bardziej wyrównanym udziale w próbach – różnica lokuje się zatem w przebiegu kryzysu, nie w jego częstotliwości.

Mierzone potencjalnymi utraconymi latami życia przed 75. r.ż. samobójstwa odebrały polskim mężczyznom w 2023 roku więcej lat niż rak płuca, choroby naczyń mózgowych czy zawał serca rozpatrywane osobno. Wynika to z wieku, w którym zdarzenia te następują: przeważa czwarta i piąta dekada życia.

Okres podwyższonego ryzyka

Najlepiej udokumentowanym w piśmiennictwie okresem podwyższonego ryzyka zgonu samobójczego jest czas bezpośrednio po próbie samobójczej, po samouszkodzeniu, po zatruciu oraz po wypisie z oddziału psychiatrycznego. Ryzyko w pierwszych tygodniach po wypisie przekracza wielokrotnie ryzyko populacyjne i pozostaje podwyższone przez kolejne miesiące.

Jest to jednocześnie odcinek, na którym kontakt z opieką bywa przerywany. Pacjent po zdarzeniu opuszcza placówkę z zaleceniem zgłoszenia się do poradni; realizacja tego zalecenia zależy od jego stanu, motywacji i dostępności terminu. W tym stanie klinicznym są to warunki trudne do spełnienia.

Wniosek organizacyjny jest bezpośredni: inicjatywa kontaktu musi przejść z pacjenta na placówkę.

Rozwiązania duńskie i norweskie, opisane w rozdziale 21, opierają się dokładnie na tym przesunięciu – termin pierwszej wizyty ambulatoryjnej ustalany przed opuszczeniem placówki, odpowiedzialność za nawiązanie kontaktu po stronie podmiotu leczniczego, zdefiniowane okno czasowe i protokół ponowienia.

Polska nie publikuje wartości bazowej, wobec której taką zmianę można by ocenić: mediana czasu od wypisu psychiatrycznego do pierwszego kontaktu ambulatoryjnego oraz odsetek kontaktów w ciągu siedmiu dni nie są wyznaczone, mimo że dane potrzebne do ich obliczenia znajdują się w zbiorach płatnika.

Cztery elementy rozwiązań o udokumentowanym efekcie

TABELA 8

Cztery elementy opieki następczej po kryzysie psychicznym i miary, którymi można je rozliczyć

ELEMENT	TREŚĆ	MOŻLIWOŚĆ POMIARU
Inicjatywa po stronie placówki	Kontakt nawiązywany przez podmiot leczniczy, nie oczekiwany od pacjenta	Odsetek pacjentów, z którymi nawiązano kontakt w wyznaczonym terminie
Termin ustalony przed wypisem	Konkretna data i miejsce wizyty przekazane pacjentowi przed opuszczeniem placówki	Odsetek wypisów z umówionym terminem
Niski próg wejścia	Pomoc dostępna bez wymogu spełnienia kryteriów rozpoznania psychiatrycznego	Liczba osób objętych pomocą w stosunku do liczby zdarzeń
Ograniczony i określony zakres	Zdefiniowana liczba sesji, jasny moment zakończenia lub przekazania do dalszej opieki	Odsetek zakończonych cykli; odsetek przekazanych

Źródło: opracowanie własne autora.

Wspólną cechą tych elementów jest przesunięcie ciężaru inicjatywy z pacjenta na organizację – rozwiązanie odpowiadające charakterystyce stanu klinicznego. W polskiej sprawozdawczości nie jest mierzony żaden z nich.

Punkty kontaktu poza opieką psychiatryczną

Pomoc dostępna wyłącznie w poradni zdrowia psychicznego dociera do osób, które zdefiniowały swój problem jako psychiczny i podjęły decyzję o zgłoszeniu się. Znaczna część mężczyzn wysokiego ryzyka nie spełnia tego warunku – nie z powodu postawy, lecz dlatego, że własne cierpienie interpretują jako zmęczenie, trudność zawodową, problem z alkoholem lub dolegliwość somatyczną.

Miejscami, w których osoby te faktycznie się pojawiają, są: podstawowa opieka zdrowotna, szpitalny oddział ratunkowy, poradnia leczenia uzależnień, medycyna pracy, gabinet urologiczny, urząd pracy, ośrodek pomocy społecznej i instytucje wymiaru sprawiedliwości. Większość z nich leży poza systemem ochrony zdrowia, a te, które w nim leżą, nie mają zdefiniowanego zadania w tym zakresie.

Depresja u mężczyzn: obraz nieoczywisty

Depresja u mężczyzn bywa maskowana drażliwością, wycofaniem, zachowaniami ryzykownymi, dolegliwościami somatycznymi lub nasilonym spożyciem alkoholu. Żaden z tych sygnałów nie jest swoisty i żaden nie stanowi podstawy rozpoznania. Ich znaczenie polega na czym innym: na obniżeniu progu do przeprowadzenia pełnej oceny psychiatrycznej.

Ma to bezpośrednie przełożenie na praktykę specjalności zabiegowych, w tym urologii.

Pacjent zgłaszający się z zaburzeniem erekcji, u którego rozpoznano wyłącznie problem naczyniowy lub hormonalny, może mieć nierozpoznaną depresję – a zależność między tymi dwoma stanami jest dwukierunkowa i obejmuje również następstwa leczenia. Dwa pytania przesiewowe o obniżenie nastroju i utratę zainteresowań mieszczą się w czasie konsultacji i nie wymagają kompetencji psychiatrycznych; wymagają jedynie ścieżki, którą można pacjenta przekazać dalej.

Absencja jako sygnał wyprzedzający

W 2025 roku zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania odpowiadały za 34,1 mln dni absencji chorobowej – druga pozycja w strukturze przyczyn, wobec 30,3 mln dni w 2024 roku. Wzrost o 3,8 mln dni w ciągu roku jest najszybszym w całym zestawieniu. U mężczyzn ubezpieczonych w powszechnym systemie absencja z powodu zaburzeń psychicznych wyniosła 12,83 mln dni.

Zwolnienie lekarskie z tego powodu jest zdarzeniem administracyjnym o wysokiej wartości informacyjnej: oznacza, że pacjent zetknął się z systemem, że rozpoznanie zostało postawione i że stan był na tyle poważny, by uniemożliwić pracę. Jest to zatem moment, w którym kontakt następczy jest jednocześnie uzasadniony klinicznie i wykonalny organizacyjnie – a nie jest podejmowany.

Samotność i utrata roli społecznej

Samotność nie jest tożsama z zamieszkiwaniem w pojedynkę, a brak partnerki nie stanowi miary izolacji. Ocena wymagałaby informacji o jakości relacji, możliwości uzyskania praktycznej pomocy, poczuciu przynależności i częstotliwości kontaktów. Polska statystyka publiczna opisuje strukturę gospodarstwa domowego, nie sieć wsparcia.

Okresami podwyższonego ryzyka są utrata pracy, rozstanie lub rozwód, choroba ograniczająca sprawność, zadłużenie, migracja i przejście na emeryturę. Wspólną cechą tych zdarzeń jest to, że zmieniają jednocześnie sytuację ekonomiczną, rolę społeczną i dostęp do opieki – a system rejestruje z tego wyłącznie zdarzenie administracyjne.

Ta ostatnia myśl wymaga rozwinięcia, ponieważ opisuje mechanizm powtarzający się w kilku miejscach tego raportu i nigdzie nieuchwycony w danych. Prześledźmy jedno takie zdarzenie. Mężczyzna pięćdziesięciopięcioletni traci pracę. W rejestrach powstaje z tego jeden zapis: wyrejestrowanie z ubezpieczenia przez pracodawcę i ewentualnie rejestracja w urzędzie pracy. Zapis ten opisuje zmianę statusu ekonomicznego i tylko ją. Nie opisuje natomiast czterech zmian, które nastąpiły równocześnie i które mają znaczenie kliniczne.

Zmiana pierwsza – utrata regularnego kontaktu z lekarzem. Wraz z zatrudnieniem znika badanie okresowe, czyli – dla znacznej części mężczyzn – jedyny mechanizm, który sam z siebie doprowadzał ich do gabinetu. Moment utraty pracy jest zatem momentem, w którym ryzyko rośnie, a częstość kontaktu z systemem spada. Te dwie krzywe rozchodzą się dokładnie wtedy, kiedy powinny się zbiegać.

Zmiana druga – utrata struktury dnia i roli. Praca u mężczyzn w tej grupie wieku jest zwykle główną, a często jedyną, instytucją porządkującą tydzień i podstawą samookreślenia. Piśmiennictwo socjologii medycyny konsekwentnie wiąże utratę roli zawodowej u mężczyzn ze wzrostem spożycia alkoholu, pogorszeniem snu i nasileniem objawów depresyjnych – przy czym siła tego związku jest wyższa niż u kobiet, dla których sieć ról społecznych jest zwykle szersza.

Zmiana trzecia – kurczenie się sieci kontaktów. Znaczna część relacji dorosłego mężczyzny ma charakter sytuacyjny i jest związana z miejscem pracy. Ustanie codziennego kontaktu zwykle kończy te relacje bez żadnej decyzji którejkolwiek ze stron. Nie jest to samotność deklarowana i nie zostanie wychwycona pytaniem o samotność; jest to zanik sieci, o którym sam zainteresowany dowiaduje się dopiero wtedy, gdy potrzebuje pomocy i nie ma do kogo zadzwonić.

Zmiana czwarta – przesunięcie priorytetów wydatkowych. Przy spadku dochodu wydatki zdrowotne ponoszone z własnej kieszeni – dojazd, leki, konsultacja prywatna skracająca oczekiwanie – są zwykle wśród pierwszych ograniczanych, ponieważ ich rezygnacja nie daje natychmiastowej dolegliwości. Odroczenie leczenia choroby przewlekłej jest w krótkim horyzoncie bezkosztowe, co czyni je decyzją racjonalną z perspektywy gospodarstwa domowego i szkodliwą z perspektywy rokowania.

Cztery zmiany, jeden zapis administracyjny. Wnioskiem nie jest postulat, by rejestrować stan psychiczny osób tracących pracę – byłoby to i nadmierne, i niewykonalne. Wnioskiem jest coś węższego: zdarzenia administracyjne o wysokiej wartości informacyjnej istnieją, są już rejestrowane i nie są wykorzystywane jako moment kontaktu. Utrata pracy, wypis ze szpitala, zwolnienie lekarskie z rozpoznaniem psychiatrycznym, opuszczenie zakładu karnego i przejście na emeryturę tworzą listę pięciu takich momentów. Każdy z nich jest datą znaną instytucji publicznej. W żadnym z nich nie następuje dziś kontakt zdrowotny.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 11

1

W 2025 roku odnotowano 4 776 zgonów w wyniku zachowań samobójczych, w tym 3 975 mężczyzn – 83,2%.

2

Różnica między płciami lokuje się w przebiegu kryzysu, nie w jego częstotliwości: udział mężczyzn w próbach jest znacznie bardziej wyrównany niż udział w zgonach.

3

Najlepiej udokumentowanym okresem podwyższonego ryzyka jest czas bezpośrednio po próbie i po wypisie z oddziału psychiatrycznego. Jest to jednocześnie odcinek, na którym inicjatywa kontaktu spoczywa wyłącznie na pacjencie – w stanie klinicznym, który tę inicjatywę odbiera.

4

Mediana czasu od wypisu do pierwszego kontaktu ambulatoryjnego oraz odsetek kontaktów w ciągu siedmiu dni nie są w Polsce wyznaczane, mimo że dane potrzebne do ich obliczenia znajdują się w zbiorach płatnika.

5

Utrata pracy, wypis ze szpitala, zwolnienie lekarskie z rozpoznaniem psychiatrycznym, opuszczenie zakładu karnego i przejście na emeryturę tworzą listę pięciu dat znanych instytucji publicznej. W żadnej z nich nie następuje dziś kontakt zdrowotny.

Przemoc i zabójstwa

Domena obecna w każdym międzynarodowym opracowaniu o zdrowiu mężczyzn. Udział liczbowy niski, udział w utraconych latach życia wysoki – z tego samego powodu co przy zachowaniach samobójczych. Jest to także jedyny rozdział tego raportu opisujący sukces, i dlatego wart osobnej uwagi: warto wiedzieć, jak wygląda poprawa, kiedy już nastąpi.

Silent enim leges inter arma.

Milkną bowiem prawa wśród oręża.

Cycon, *Mowa w obronie Milona* 11

Skala i kierunek zmiany

W 2025 roku Policja odnotowała 501 zabójstw i usiłowań zabójstw kwalifikowanych z artykułu 148 Kodeksu karnego, wobec 1 325 w 2001 roku – spadek o ponad 62% w ciągu dwudziestu czterech lat. Tempo spadku było znacznie szybsze niż tempo zmian liczby ludności, co wskazuje na rzeczywistą poprawę, nie na efekt demograficzny.

Jest to jedyna domena w tym raporcie, w której wynik poprawił się radykalnie – i jedyna, w której poprawa nastąpiła bez programu zdrowotnego.

Dwa zjawiska, które trzeba rozdzielić przed analizą

Mężczyźni stanowią większość zarówno ofiar, jak i sprawców zabójstw. Obserwacja ta jest w polskim dyskursie publicznym słabo obecna, ponieważ uwaga – z uzasadnionych powodów – koncentruje się na przemocy wobec kobiet, która ma odmienny mechanizm, odmiennego sprawcę i odmiennie miejsce zdarzenia.

Rozdzielenie tych dwóch zjawisk jest warunkiem sensownej analizy i nie jest ich przeciwstawieniem. Przemoc wobec kobiet i przemoc wobec mężczyzn różnią się w czterech wymiarach naraz, a ponieważ w debacie publicznej bywają zlewane w jedną kategorię, warto te wymiary wypisać.

TABELA 9

Dwa różne zjawiska pod jedną nazwą: charakterystyka zabójstw kobiet i zabójstw mężczyzn

WYMIAR	ZABÓJSTWO KOBIETY	ZABÓJSTWO MĘŻCZYZNY	KONSEKWENCJA DLA INTERWENCJI
Relacja ze sprawcą	Najczęściej relacja bliska: partner obecny lub były	Najczęściej osoba niebędąca partnerem: znajomy, przypadkowy uczestnik konfliktu	Pierwsze wymaga rozpoznania relacji przemocowej; drugie – ograniczenia sytuacji konfliktowej
Miejsce zdarzenia	Najczęściej miejsce zamieszkania	Najczęściej przestrzeń publiczna lub półpubliczna	Pierwsze jest dostępne dla służb dopiero po zgłoszeniu; drugie podlega także działaniom porządkowym
Poprzedzająca historia	Zwykle poprzedzone eskalacją trwającą miesiącami lub latami	Zwykle zdarzenie jednorazowe, poprzedzone krótkim konfliktem	Pierwsze daje okno do wczesnego rozpoznania; drugie zasadniczo go nie daje
Rola alkoholu	Obecny często po stronie sprawcy	Obecny często po obu stronach zdarzenia	W drugim przypadku ograniczenie dostępności i wzorca spożycia działa na obie strony naraz

Źródło: opracowanie własne autora.

Zestawienie ma charakter porządkujący i opiera się na powtarzalnych obserwacjach z piśmiennictwa kryminologicznego, nie na polskiej analizie wykonanej dla potrzeb tego raportu. Wskazane prawidłowości opisują częstości, nie reguły bez wyjątków.

Wniosek jest jeden: są to dwa różne problemy zdrowia publicznego, wymagające dwóch różnych interwencji, a traktowanie ich jako jednej kategorii uniemożliwia zaprojektowanie którejkolwiek.

Dlaczego spadek nastąpił

Mechanizm nie został w Polsce policzony, lecz kierunek zmian jest zbieżny z obserwowanym w innych krajach europejskich. Wymienia się cztery grupy przyczyn i warto je rozdzielić, ponieważ mają różną wagę i różną przenośność na inne domeny.

Zmiana struktury wieku populacji. Zabójstwa i ciężkie pobicia koncentrują się w wąskiej grupie mężczyzn między dwudziestym a trzydziestym piątym rokiem życia. Kurczenie się tej grupy w populacji obniża liczbę zdarzeń bez jakiegokolwiek zmiany zachowań. Jest to składowa czysto demograficzna i nie należy jej zaliczać na poczet skuteczności działań.

Zmiana wzorca spożycia alkoholu w przestrzeni publicznej. Ograniczenie spożycia w miejscach publicznych, zmiana kultury lokali i wzrost udziału napojów o niższej zawartości alkoholu przekładają się na mniejszą liczbę sytuacji, w których konflikt między nietrzeźwymi mężczyznami przechodzi w przemoc.

Poprawa skuteczności ratownictwa medycznego. Jest to czynnik najmniej widoczny w debacie i prawdopodobnie jeden z najsilniejszych. Skrócenie czasu dotarcia zespołu, standaryzacja

postępowania w urazie i rozwój chirurgii urazowej sprawiają, że znaczna część zdarzeń, które trzydzieści lat temu kończyły się zgonem, dziś kończy się hospitalizacją. Statystyka zabójstw spada, choć liczba zdarzeń przemocowych spada wolniej – bo część zabójstw zamieniła się w ciężkie uszkodzenia ciała.

Zmiany w organizacji porządku publicznego. Czynn timer najbardziej widoczny w debacie i prawdopodobnie nie najważniejszy. Monitoring, obecność patroli i szybkość reakcji ograniczają część zdarzeń, lecz ich wpływ trudno oddzielić od trzech poprzednich składowych bez analizy, której w Polsce nie wykonano.

Rozdzielenie tych czterech składowych ma konsekwencję metodologiczną wykraczającą poza rozdział. Gdyby zabójstwa były domeną zdrowotną z własnym programem, spadek o 62% zostałby ogłoszony jako sukces tego programu – mimo że co najmniej jedna z czterech składowych jest czysto demograficzna, a jedna opisuje przesunięcie zdarzeń do innej kategorii statystycznej, nie ich zniknięcie. Jest to dokładnie ten błąd atrybucji, przed którym rozdział 19 ostrzega przy ocenie programów profilaktycznych.

Co z tego wynika dla polityki zdrowotnej

Wniosek jest ograniczony, ale wart wypowiedzenia. Domena, w której Polska osiągnęła poprawę największą, jest jednocześnie domeną, w której udział ochrony zdrowia był najmniejszy – a udział czynników pozazdrowotnych największy. Jest to argument nie przeciw programom zdrowotnym, lecz za tym, żeby przy każdej domenie pytać, gdzie faktycznie leży dźwignia. W przemocy leżała ona w demografii, alkoholu, ratownictwie i porządku publicznym. W chorobach opisanych w rozdziałach 6–9 leży w organizacji opieki. Rozpoznanie właściwej dźwigni jest tańsze niż jakiegokolwiek działanie i jest warunkiem tego, żeby działanie miało sens.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 12

1

Liczba zabójstw i usiłowań spadła z 1 325 w 2001 roku do 501 w 2025 – o ponad 62%, szybciej niż zmieniała się liczba ludności.

2

Zabójstwa kobiet i zabójstwa mężczyzn różnią się relacją ze sprawcą, miejscem, historią poprzedzającą i rolą alkoholu. Są to dwa problemy, nie jeden.

3

Spadek ma co najmniej cztery składowe, z których jedna jest demograficzna, a jedna opisuje przesunięcie zdarzeń z kategorii zgonów do kategorii hospitalizacji.

4

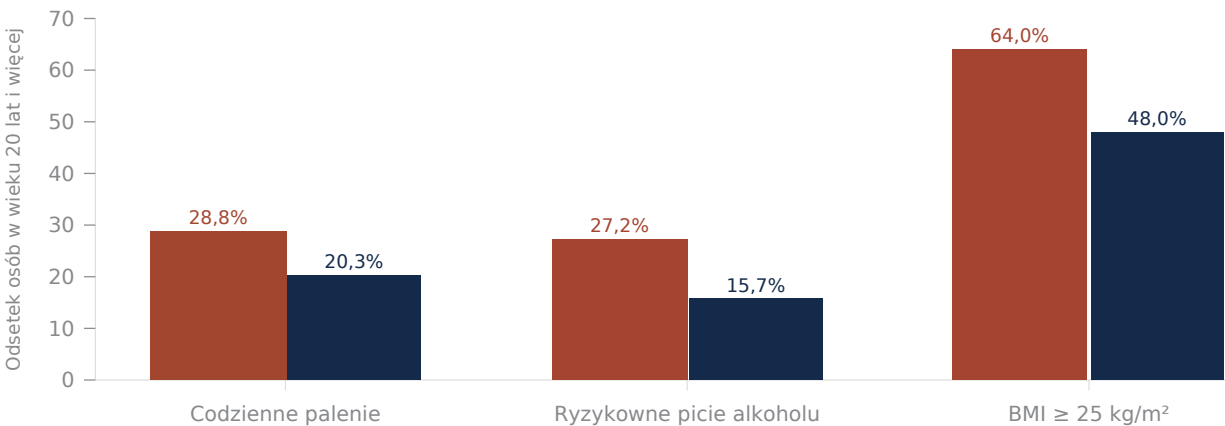
Największa poprawa w całym raporcie nastąpiła w domenie o najmniejszym udziale ochrony zdrowia. Pytanie o umiejscowienie dźwigni należy zadawać przed wyborem interwencji, nie po nim.

Tytoń, alkohol, masa ciała, urazy

Cztery ekspozycje o największym udziale w obciążeniu. Nie rozkładają się w populacji niezależnie – kumulują się w tych samych grupach, co zmienia zarówno arytmetykę, jak i sposób projektowania interwencji.

Gutta cavat lapidem, consumitur anulus usu.
Kropla drąży kamień, pierścień zużywa się od noszenia.
Owidiusz, Listy z Pontu IV, 10, 5

Trzy ekspozycje, trzy różne interwencje – i te same osoby



Źródło: NIZP PZH-PIB, ogólnopolskie badanie zdrowia i czynników ryzyka, 2025; próba 3 000 osób, dane deklaratywne. Kategorie są odrębne i nie podlegają sumowaniu.

RYCINA 9

Trzy ekspozycje wymagają trzech różnych interwencji. Osoby w wieku 20 lat i więcej, dane za 2025 rok, próba 3 000 osób. Kategorie są odrębne i nie podlegają sumowaniu. Wartości deklarowane mogą być zaniżone, przy czym stopień zaniżenia bywa odmienny w obu grupach.

TABELA 10

Cztery ekspozycje o największym udziale w obciążeniu zdrowotnym mężczyzn: wartości, rok obserwacji i charakter danych

EKSPOZYCJA	MĘŻCZYŻNI	KOBIETY	ROK OBS.	CHARAKTER DANYCH
Codzienne palenie tytoniu	28,8%	20,3%	2025	Deklaracja, próba 3 000 osób
Picie ryzykowne	27,2%	15,7%	2025	Deklaracja, próba 3 000 osób
Wskaźnik masy ciała ≥ 25 kg/m ²	64%	48%	2025	Deklaracja, próba 3 000 osób

TABELA 10
(kontynuacja)

EKSPOZYCJA	MĘŻCZYŹNI	KOBIETY	ROK OBS.	CHARAKTER DANYCH
Wskaźnik masy ciała $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	15%	13%	2025	Deklaracja, próba 3 000 osób
Ryzyko urazowe	Przekrój według płci niepublikowany	Przekrój według płci niepublikowany	2025	–

Źródło: opracowanie własne autora.

Tytoń

Ekspozycja na dym tytoniowy odpowiadała w modelowanych oszacowaniach za 13,5% obciążenia zdrowotnego mężczyzn – najwyższa wartość spośród wszystkich analizowanych czynników ryzyka. Uzależnienie od nikotyny jest zaburzeniem o rozpoznanych kryteriach diagnostycznych i opisanym postępowaniu, obejmującym interwencję behawioralną oraz – przy odpowiednich wskazaniach – leczenie farmakologiczne. Skuteczność samej porady lekarskiej bez wsparcia farmakologicznego jest oceniana jako niska, choć istotna w skali populacyjnej ze względu na liczbę kontaktów.

Gradient społeczny w zakresie palenia należy do najsilniejszych spośród wszystkich zachowań zdrowotnych. Częstość palenia wśród mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym przekracza wielokrotnie częstość odnotowywaną wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym. Skuteczność interwencji populacyjnej zależy zatem od tego, czy dociera ona do grup o najwyższej ekspozycji, a nie od jej zasięgu ogólnego.

Odrębnym zagadnieniem jest zmiana struktury rynku. Pojęcie ekspozycji na nikotynę obejmuje obecnie papierosy, papierosy elektroniczne, wyroby tytoniowe do podgrzewania, saszetki nikotynowe i inne produkty. Brak wspólnego sposobu kodowania w dokumentacji medycznej ogranicza możliwość obserwacji zmian rynku oraz oceny skutków regulacji. Dokumentowanie rodzaju produktu, częstotliwości używania, historii prób zaprzestania i otrzymanego leczenia wymagałoby uzupełnienia słownika danych, nie zmiany organizacji opieki.

Alkohol: umieralność, której nie da się przypisać niczemu innemu

W 2022 roku standaryzowana umieralność polskich mężczyzn z przyczyn w całości przypisywanych alkoholowi była o 114% wyższa od średniej unijnej. Definicja obejmuje wyłącznie rozpoznania, w których alkohol jest czynnikiem koniecznym, i z założenia zaniża pełne obciążenie, ponieważ pomija zgony, w których alkohol był jednym z kilku czynników.

Jest to jedna z nielicznych wartości w tym raporcie, wobec której trudno o interpretację alternatywną: definicja nie pozostawia miejsca na wątpliwość co do przyczyny.

Masa ciała

Nadmierna masa ciała dotyczyła w 2025 roku 64% dorosłych mężczyzn. Znaczenie tej wartości wynika nie z niej samej, lecz z jej rozkładu: dominuje przedział nadwagi, poprzedzający rozwinięcie powikłań metabolicznych. Współistnienie otyłości brzusznej z bezdechem sennym, nadciśnieniem tętniczym i zaburzeniami gospodarki węglowodanowej tworzy zespół o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym, którego rozpoznanie jest możliwe przy użyciu narzędzi dostępnych w każdym gabinecie podstawowej opieki.

Dostępność leczenia farmakologicznego otyłości zmieniła się w ostatnich latach istotnie wraz z upowszechnieniem analogów peptydu glukagonopodobnego. Zmiana ta dotyczy jednak przede wszystkim osób zdolnych do poniesienia kosztu terapii, co przy silnym gradiencie społecznym otyłości może pogłębiać różnice zamiast je zmniejszać.

Urazy

Wstępne dane Policji za 2025 rok obejmują około 21 tysięcy wypadków drogowych, 1 651 zgonów i 24 715 osób rannych. Wstępne dane statystyki publicznej o wypadkach przy pracy za ten sam rok wskazują 66 733 osoby poszkodowane, w tym 486 w wypadkach ciężkich i 189 w wypadkach śmiertelnych. Wszystkie te wartości dotyczą ogółu populacji; publikowane zestawienia nie zawierają podziału według płci.

Urazy stanowią przyczynę zgonów o odmiennym charakterystyce wiekowej niż choroby przewlekłe. Dotyczą osób młodszych, co przekłada się na wysoki udział w utraconych latach życia przy stosunkowo niskiej liczbie zdarzeń. W grupie 15–19 lat urazy i zatrucia odpowiadały za 28,5% hospitalizacji, a w wieku 40–59 lat za 14,0%.

Analiza ryzyka urazowego wymaga mianownika opisującego ekspozycję. Liczba wypadków przy pracy zmienia się wraz z liczbą pracujących i strukturą branżową zatrudnienia; liczba wypadków drogowych – wraz z przejechanymi kilometrami i natężeniem ruchu. Bez tych wielkości zmiana liczby zdarzeń nie pozwala wnioskować o zmianie ryzyka jednostkowego.

Kumulacja: dlaczego cztery ekspozycje to nie cztery problemy

Cztery ekspozycje nie rozkładają się w populacji niezależnie. Palenie, ryzykowne spożycie alkoholu, nadmierna masa ciała i wysokie ryzyko urazowe kumulują się w tych samych grupach: mężczyzn pracujących fizycznie, zatrudnionych w systemie zmianowym, o niższym wykształceniu i niższym dochodzie. Ma to dwa następstwa analityczne o przeciwnych znakach.

Następstwo pierwsze – arytmetyczne. Sumowanie udziałów zawyża obraz, ponieważ te same osoby i te same zdarzenia są liczone wielokrotnie.

Następstwo drugie – operacyjne. Interwencja skierowana do jednego czynnika trafia w populację obciążoną także pozostałymi. Zmniejsza to spodziewany efekt jednostkowy – pacjent, który rzuci palenie, nadal pije ryzykownie i ma nadwagę – ale zwiększa efekt łączny przy podejściu

zintegrowanym, ponieważ jeden kontakt pozwala zaadresować kilka ekspozycji naraz. Uzasadnia to krótką ocenę wieloczynnikową zamiast kampanii poświęconych pojedynczym czynnikom.

Kumulacja tłumaczy również, dlaczego gradient według wykształcenia jest tak silny. Nie działa tu jeden mechanizm o dużej sile, lecz kilka mechanizmów o umiarkowanej sile, występujących u tych samych osób.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 13

1

Ekspozycja na dym tytoniowy odpowiadała za 13,5% obciążenia zdrowotnego mężczyzn – najwyższa wartość spośród wszystkich analizowanych czynników ryzyka

2

Cztery ekspozycje nie rozkładają się w populacji niezależnie. Kumulują się w tych samych grupach, co zawyża każde sumowanie udziałów i obniża spodziewany efekt jednostkowy interwencji skierowanej do jednego czynnika.

3

Kumulacja uzasadnia krótką ocenę wieloczynnikową przy jednym kontakcie zamiast kampanii poświęconych pojedynczym czynnikom, a także tłumaczy, dlaczego gradient według wykształcenia jest tak stromy.

4

Analiza ryzyka urazowego wymaga mianownika opisującego ekspozycję: bez liczby pracujących i przejechanych kilometrów zmiana liczby zdarzeń nie pozwala wnioskować o zmianie ryzyka jednostkowego. Publikowane zestawienia wypadków drogowych i wypadków przy pracy nie zawierają przy tym podziału według płci.

Praca jako czynnik ryzyka i jako miejsce kontaktu

Badanie okresowe jest dla znacznej części mężczyzn w wieku produkcyjnym jedynym regularnym kontaktem z lekarzem. Most między medycyną pracy a profilaktyką populacyjną istnieje w prawie od dawna – i nie jest mierzony.

Labor omnia vicit improbus et duris urgens in rebus egestas.

Wszystko zwyciężył móżół nieustępliwy i niedostatek naglący w twardych warunkach.

Wergiliusz, Georgiki I, 145–146

Praca występuje w tym raporcie w trzech odrębnych rolach: jako źródło ekspozycji na czynniki szkodliwe, jako determinanta dostępu do opieki poprzez godziny i elastyczność zatrudnienia oraz jako miejsce regularnego kontaktu z lekarzem. Trzecia rola jest najsłabiej wykorzystana.

Absencja chorobowa: cztery różne liczby

Wartość 290,5 mln dni absencji chorobowej w 2025 roku bywa cytowana jako agregat opisujący obciążenie chorobowe. Obejmuje ona jednak trzy różne kategorie i trzy różne populacje – a wybór niewłaściwego mianownika zmienia wynik kilkukrotnie.

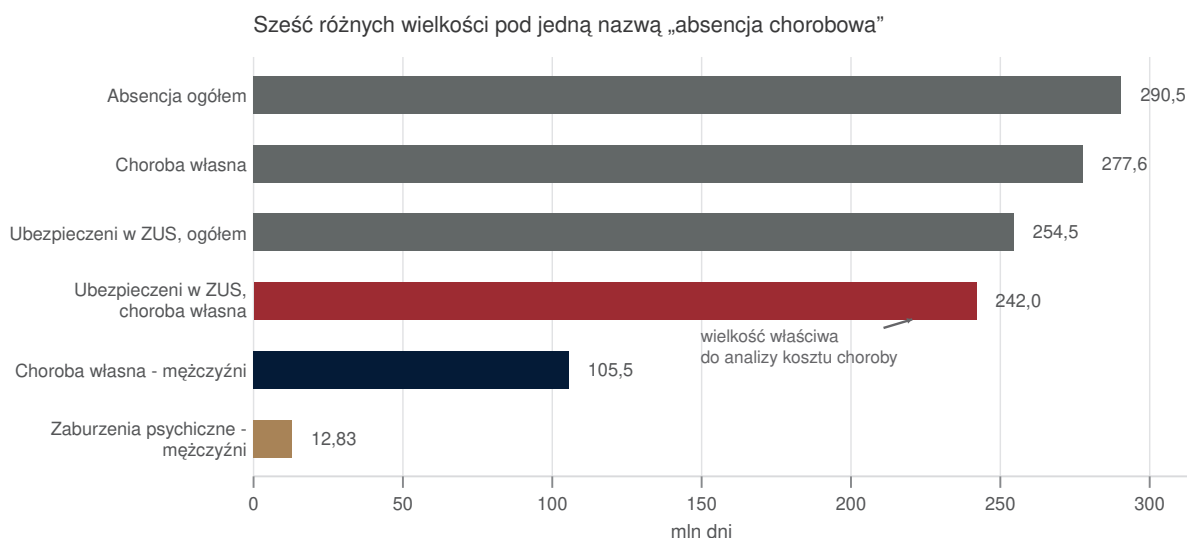
TABELA 11

Sześć różnych wielkości ukrytych pod jedną nazwą „absencja chorobowa”, rok 2025

WIELKOŚĆ	2025	ZAKRES
Zaświadczenia lekarskie ogółem	27,5 mln	Wszystkie tytuły
Absencja ogółem	290,5 mln dni	Choroba własna, opieka nad dzieckiem i nad innym członkiem rodziny
Absencja z tytułu choroby własnej	277,6 mln dni	Wszystkie populacje objęte rejestrem
Absencja ubezpieczonych w ZUS, ogółem	254,5 mln dni	Choroba własna i opieka
Absencja ubezpieczonych w ZUS z tytułu choroby własnej	242,0 mln dni	Wielkość właściwa do analizy kosztu choroby
Choroba własna – mężczyźni	105,5 mln dni	Ubezpieczeni w ZUS; podział według płci opublikowany
Zaburzenia psychiczne – mężczyźni	12,83 mln dni	Część absencji z choroby własnej

Źródło: opracowanie własne autora.

Przeciętna długość zaświadczenia: 11 dni. Pozycja „ciąża, poród i połóg” – 31,6 mln dni – z definicji nie dotyczy mężczyzn i stanowi 10,9% absencji ogółem; jest to jedyny składnik, dla którego przypisanie płci jest możliwe bez dodatkowych danych.



Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dane za 2025 rok. Wielkości nie podlegają sumowaniu - opisują zawierające się w sobie populacje i zakresy.

RYCINA 10

Wybór niewłaściwego mianownika zmienia wynik kilkukrotnie. Sześć wielkości publikowanych pod wspólną nazwą „absencja chorobowa”, dane za 2025 rok. Nie podlegają sumowaniu: opisują zawierające się w sobie populacje i zakresy.

Dane o absencji publikowane są w podziale na płeć: odsetek zaświadczeń wystawionych kobietom i mężczyznom, przeciętna długość absencji osobno dla obu płci, struktura dni według płci i grup wieku oraz ranking jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy odrębnie dla obu populacji. Brakuje natomiast jednolitego przekroju łączącego płeć, wiek, rozpoznanie i kwotę wypłaconego świadczenia w jednym zestawieniu – bez niego nie da się przypisać kosztu absencji do grup rozpoznań u mężczyzn.

Badanie okresowe: największy program, który nie jest programem profilaktycznym

Badania okresowe w medycynie pracy stanowią pod względem liczby wykonanych świadczeń największy program obejmujący mężczyzn w wieku produkcyjnym w sposób systematyczny. Ich zakres wynika jednak z czynników szkodliwych występujących na stanowisku pracy, nie z ryzyka populacyjnego danej grupy wieku, a wynik nie jest przekazywany do podstawowej opieki zdrowotnej.

Program o niemal pełnym zasięgu w populacji mężczyzn pracujących nie jest zaliczany do programów profilaktyki zdrowotnej i nie jest w tych kategoriach oceniany. Nie prowadzi się żadnej sprawozdawczości opisującej, ile ryzyka wykryto i co się z tym wykryciem stało.

Co obejmuje badanie okresowe, a czego nie obejmuje

Ponieważ zdanie o „niemal pełnym zasięgu” bywa czytane jako zarzut wobec medycyny pracy, warto opisać, co ta specjalność faktycznie wykonuje. Zakres badania profilaktycznego jest wyznaczany przez wskazówki metodyczne określające, jakie badania i z jaką częstotliwością należy wykonać przy określonych czynnikach szkodliwych i uciążliwych występujących na danym stanowisku. Struktura jest zatem stanowiskowa, nie populacyjna: nie pyta, ile pacjent ma lat i jakie ma ryzyko sercowo-naczyniowe, lecz na co jest narażony w pracy.

TABELA 12

Zakres badania profilaktycznego w medycynie pracy: co jest wykonywane rutynowo, co warunkowo i czego zakres nie obejmuje

ELEMENT	KIEDY WYKONYWANY	WARTOŚĆ DLA RYZYKA POPULACYJNEGO MĘŻCZYZNY
Wywiad i badanie przedmiotowe	Zawsze	Wysoka, ale ukierunkowana na zdolność do pracy; wywiad rodzinny, sen, nastrój i spożycie alkoholu nie są elementem obowiązkowym
Pomiar ciśnienia tętniczego	Zwykle, jako element badania przedmiotowego	Bardzo wysoka – jest to najczęstszy pomiar ciśnienia u mężczyzn w wieku 25–44 lat w całym systemie
Masa ciała i wzrost	Zwykle	Umiarkowana; obwód pasa, istotniejszy u mężczyzn, nie jest standardem
Badanie okulistyczne, w tym ostrość widzenia	Przy pracy przy monitorach, kierowaniu pojazdami, pracy na wysokości	Ograniczona wobec ryzyka sercowo-metabolicznego; wysoka wobec ryzyka urazowego
Badanie słuchu, audiometria	Przy ekspozycji na hałas	Ograniczona; dotyczy narządowego skutku ekspozycji zawodowej
Spirometria	Przy ekspozycji na pyły, dymy, czynniki drażniące	Bardzo wysoka i w praktyce niewykorzystana: to samo badanie rozstrzyga o rozpoznaniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc u palącego mężczyzny, niezależnie od stanowiska
Zdjęcie klatki piersiowej	Przy wybranych ekspozycjach i przy pracach szczególnych	Ograniczona i nieprzeznaczona do wykrywania nowotworu; nie zastępuje kwalifikacji do tomografii niskodawkowej
Morfologia, glukoza, badanie ogólne moczu	Warunkowo, zależnie od czynnika i rodzaju pracy	Wysoka, gdy wykonane; brak jednolitego wymogu oznacza, że u dwóch mężczyzn w tym samym wieku i o tym samym ryzyku zakres bywa różny
Lipidogram	Zasadniczo poza zakresem badania profilaktycznego	Luka najistotniejsza dla ryzyka sercowo-naczyniowego mężczyzn w wieku 40–60 lat
Ocena spożycia alkoholu narzędziem przesiewowym	Poza zakresem	Luka istotna, wzmocniona strukturalnym konfliktem: wynik badania decyduje o dopuszczeniu do pracy

TABELA 12
(kontynuacja)

ELEMENT	KIEDY WYKONYWANY	WARTOŚĆ DLA RYZYKA POPULACYJNEGO MĘŻCZYZNY
Przesiew w kierunku obniżenia nastroju	Poza zakresem	Luka istotna w grupie wieku, w której zachowania samobójcze wnoszą najwięcej utraconych lat życia
Ocena snu, chrapania, senności dziennej	Poza zakresem, poza wybranymi stanowiskami kierowców	Luka istotna: obturacyjny bezdech senny jest u mężczyzn częsty, niedodiagnozowany i powiązany z nadciśnieniem opornym
Przekazanie wyniku do podstawowej opieki	Nie następuje	Luka o charakterze systemowym, opisana niżej

Źródło: opracowanie własne autora.

Zestawienie opisuje typowy zakres wynikający z przepisów o badaniach profilaktycznych i wskázówek metodycznych; poszczególne stanowiska mogą wymagać badań szerszych. Kolumna trzecia zawiera ocenę autora, nie treść przepisu.

Odczyt tej tabeli jest jednoznaczny. Medycyna pracy wykonuje bardzo dużo badań, lecz dobór wynika z ekspozycji stanowiskowej. W efekcie mężczyzna pracujący przy monitorze otrzyma badanie okulistyczne, a nie otrzyma lipidogramu; mężczyzna narażony na hałas otrzyma audiometrię, a nie otrzyma pytania o sen; palacz zatrudniony w warunkach bez ekspozycji na pyły nie otrzyma spirometrii, choć to on jej potrzebuje. Zakres jest racjonalny wobec celu orzeczniczego i nieadekwatny wobec profilu ryzyka populacyjnego – a te dwa cele nie są tożsame i nie powinny być mylone.

Trzy luki mają przy tym charakter szczególny, ponieważ dotyczą badań tanich, wykonalnych w tym samym kontakcie i o wysokiej wartości dla przedwczesnej umieralności mężczyzn: lipidogramu wraz z glikemią u mężczyzn po czterdziestym roku życia, spirometrii u palących niezależnie od stanowiska oraz krótkiej oceny snu, nastroju i spożycia alkoholu. Żadna z nich nie wymaga nowego świadczenia ani nowej infrastruktury. Wszystkie trzy wymagają rozstrzygnięcia, kto je zleca, kto za nie płaci i komu przekazuje wynik.

Obowiązek kierowania na badania wstępne, okresowe i kontrolne dotyczy pracowników zatrudnionych na podstawie stosunku pracy i nie jest uzależniony od wielkości pracodawcy; pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego. Poza automatycznym zakresem tego obowiązku pozostają osoby samozatrudnione, wykonujące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz ubezpieczone w systemie rolniczym. Właściwym kryterium podziału jest zatem forma zatrudnienia, nie wielkość firmy.

Most, który już istnieje

KODEKS PRACY, Artykuł 229 § 6¹

Jeżeli pracownik skierowany na badanie wstępne, okresowe albo kontrolne spełnia warunki objęcia programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej, lekarz przeprowadzający to badanie kieruje go – za jego zgodą – do udziału w takim programie. Badania wykonane zgodnie z programem są finansowane na zasadach w nim określonych; jeżeli ich zakres nie pokrywa pełnego zakresu wymagającego do wydania orzeczenia, lekarz wystawia skierowanie na badania pozostałe. Wykaz programów ogłasza, w drodze obwieszczenia, minister właściwy do spraw zdrowia.

Oznacza to, że most między medycyną pracy a profilaktyką populacyjną istnieje w prawie i nie wymaga nowej ustawy. Nie jest natomiast publikowany żaden wskaźnik opisujący, jak często to skierowanie następuje, ilu pracowników wyraża zgodę i czym kończy się udział. Rejestr takich zdarzeń nie jest prowadzony. Zagadnienie przenosi się zatem z warstwy legislacyjnej do warstwy operacyjnej i pomiarowej – co zmienia zarówno koszt, jak i horyzont możliwego działania.

Trzy uwarunkowania rozszerzenia zakresu badania okresowego

Uwarunkowanie pierwsze – mandat. Medycyna pracy realizuje zadanie orzecznicze na zlecenie pracodawcy. Rozszerzenie zakresu o profilaktykę ogólną wykracza poza to zadanie; przytoczony przepis tworzy ścieżkę skierowania, a nie rozszerzenia badania – i rozróżnienie to ma znaczenie dla projektu każdego rozwiązania.

Uwarunkowanie drugie – zaufanie badanego. Pracownik udziela informacji o spożyciu alkoholu, jakości snu i stanie psychicznym w warunkach, w których wynik badania decyduje o dopuszczeniu do pracy. Wiarygodność wywiadu jest w tym układzie ograniczona strukturalnie, niezależnie od postawy lekarza. Rozdzielenie funkcji orzeczniczej od profilaktycznej – wraz z zabezpieczeniem danych profilaktycznych przed dostępem pracodawcy – jest warunkiem uzyskania danych o wartości klinicznej, nie jego uzupełnieniem.

Uwarunkowanie trzecie – zasięg. Rozwiązanie oparte wyłącznie na zakładzie pracy pomija osoby samozatrudnione, na umowach cywilnoprawnych i ubezpieczone w systemie rolniczym, a więc zwiększałoby istniejące zróżnicowanie dostępu. Każdy wariant oparty na medycynie pracy musi mieć zatem ścieżkę równoległą dla tych grup – inaczej poprawia wynik w populacji o niższym ryzyku wyjściowym i pogłębia różnicę.

Przepływ informacji i zróżnicowanie branżowe

Wynik badania okresowego pozostaje w dokumentacji medycyny pracy i nie jest zestawiany z dokumentacją podstawowej opieki. Pacjent, u którego stwierdzono podwyższone ciśnienie podczas badania okresowego, otrzymuje informację ustną; nie powstaje zapis możliwy do wykorzystania

przez lekarza rodzinnego ani mechanizm potwierdzenia, że pacjent zgłosił się do dalszej diagnostyki. Techniczne warunki takiego przepływu istnieją. Ograniczeniem jest zakres uprawnień, definicja minimalnego zbioru danych podlegających przekazaniu oraz zasady ochrony informacji przed dostępem pracodawcy – a więc trzy rozstrzygnięcia organizacyjne, nie inwestycja.

Ryzyko zawodowe rozkłada się w populacji mężczyzn nierównomiernie. Branże o najwyższej wypadkowości – budownictwo, transport, przetwórstwo przemysłowe, górnictwo, rolnictwo – zatrudniają przeważająco mężczyzn i charakteryzują się jednocześnie wyższą częstością palenia, ryzykownego spożycia alkoholu i pracy zmianowej. Ta sama grupa jest zatem narażona równocześnie na ryzyko urazowe i na ryzyko sercowo-metaboliczne. Dane pozwalające na precyzyjne opisanie tego zróżnicowania są rozproszone i nie są publikowane w jednym zestawieniu w podziale na płeć, branżę i grupę wieku.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 14

1

Absencja ogółem w 2025 roku wyniosła 290,5 mln dni, a wielkością właściwą do analizy kosztu choroby jest 242,0 mln dni. Dane publikowane są w podziale na płeć, lecz brakuje jednolitego przekroju łączącego płeć, wiek, rozpoznanie i kwotę świadczenia.

2

Zakres badania okresowego jest wyznaczany stanowiskowo, nie populacyjnie. Trzy tanie badania o najwyższej wartości dla mężczyzn – lipidogram z glikemią, spirometria u palących i krótka ocena snu, nastroju i alkoholu – pozostają poza zakresem.

3

Artykuł 229 § 6¹ Kodeksu pracy tworzy istniejącą podstawę skierowania z medycyny pracy do programu zdrowotnego. Wykorzystanie tego przepisu nie jest rejestrowane ani mierzone.

4

Rozszerzenie roli medycyny pracy wymaga rozdzielenia funkcji orzeczniczej od profilaktycznej oraz ścieżki równoległej dla osób spoza stosunku pracy.

Dwa krańce wieku

Mężczyźni przed 25. i po 70. r.ż. – dwie grupy o odmiennej epidemiologii, połączone niską reprezentacją w opisie i w organizacji świadczeń. U młodszych każdy zgon przekłada się na największą liczbę utraconych lat; u starszych o wyniku decyduje w znacznej mierze jakość opieki.

Cursus est certus aetatis et una via naturae, eaque simplex.

Bieg wieku jest określony, a droga natury jedna i prosta.

Cycon, Katon Starszy o starości 33

Mężczyźni w wieku 15–24 lat

W grupie 15–19 lat urazy i zatrucia odpowiadały za 28,5% hospitalizacji chłopców i młodych mężczyzn – najwięcej spośród wszystkich kategorii. Jest to okres, w którym obciążenie zdrowotne wynika nie z chorób przewlekłych, lecz ze zdarzeń: wypadków drogowych, urazów, zatruc, zachowań samobójczych i pierwszych kontaktów z substancjami psychoaktywnymi.

Konsekwencje dla organizacji opieki są odmienne niż w pozostałych grupach. Wczesne wykrywanie chorób przewlekłych nie ma w tym wieku zastosowania. Znaczenie mają trzy inne elementy: bezpieczeństwo środowiska, dostępność pomocy w kryzysie oraz jakość pierwszego kontaktu z systemem opieki.

Ostatni z tych elementów jest najsłabiej opisany, a ma konsekwencje najdłuższe. Doświadczenie kontaktu z ochroną zdrowia w wieku kilkunastu lat kształtuje wzorzec korzystania z opieki utrzymujący się przez kolejne dekady. Zależność ta jest w piśmiennictwie socjologii medycyny udokumentowana, natomiast nie jest przedmiotem pomiaru w polskiej sprawozdawczości.

TABELA 13

Pięć obszarów działania u mężczyzn w wieku 15–24 lat i miejsca, w których kontakt faktycznie następuje

OBSZAR	PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA	MIEJSCE KONTAKTU
Bezpieczeństwo drogowe	Młodzi kierowcy, prędkość, alkohol i substancje, jakość szkolenia, egzekwowanie przepisów	System szkolenia kierowców, policja, samorząd, szkoła
Kryzys psychiczny	Dostępność pomocy o niskim progu wejścia i skuteczność przekazania po interwencji	Szkoła, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, telefon zaufania, oddział ratunkowy, POZ
Substancje psychoaktywne	Opóźnienie inicjacji, ograniczenie dostępności, wczesna interwencja przy wzorcu ryzykownym	Szkoła, POZ, poradnia leczenia uzależnień, klub sportowy
Pierwszy kontakt z opieką	Jakość i zrozumiałość obsługi w okresie kształtowania się wzorca korzystania ze świadczeń	POZ, oddział ratunkowy, medycyna sportowa, medycyna pracy przy pierwszym zatrudnieniu
Profilaktyka pierwotna nowotworów	Szczepienie przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego; program powszechny obejmuje chłopców po ukończeniu 9. do ukończenia 14. roku życia	Szkoła, POZ

Źródło: opracowanie własne autora.

Ostatni wiersz zasługuje na komentarz. Jest to jedyne w polskim systemie działanie profilaktyki pierwotnej nowotworów adresowane do chłopców – i jedyny obszar, w którym decyzja podjęta w wieku kilkunastu lat przekłada się na ryzyko onkologiczne mężczyzny czterdzieści lat później. Komunikacja przedstawiająca zakażenie wyłącznie przez pryzmat raka szyjki macicy obniża uczestnictwo chłopców, a publikowanie odsetka pierwszych dawek zamiast pełnego schematu zawyża obraz uczestnictwa.

Mężczyźni po 70. roku życia

Współczynnik hospitalizacji wynosił u mężczyzn 3 907 na 10 tysięcy wobec 3 255 u kobiet. Różnica narasta z wiekiem i wynika z nakładania się wielochorobowości, gorszej kontroli czynników ryzyka w poprzednich dekadach oraz późniejszego zgłaszania się po pomoc. Mężczyzna starszy trafia do szpitala częściej niż rówieśniczka i częściej w trybie nagłym.

Wielolekowość

Pacjent siedemdziesięcioletni przyjmujący siedem preparatów od czterech lekarzy nie jest sytuacją wyjątkową. Zjawisko to zasługuje na osobny opis, ponieważ jest jedynym w tym raporcie przypadkiem, w którym szkodę wytwarza sam system opieki – działający zgodnie z zasadami sztuki w każdym pojedynczym punkcie.

Mechanizm powstawania jest addytywny i banalny. Każdy specjalista prowadzi jedno rozpoznanie zgodnie z wytycznymi właściwymi dla swojej dziedziny. Kardiolog dokłada lek obniżający ciśnienie i lek przeciwplatek. Diabetolog dokłada lek przeciwcukrzycowy. Urolog dokłada alfa-adrenolityk z powodu objawów z dolnych dróg moczowych. Neurolog dokłada lek przeciwbólowy działający ośrodkowo. Lekarz rodzinny dokłada inhibitor pompy protonowej, żeby osłonić żołądek przed pozostałymi. Każda z tych decyzji z osobna jest prawidłowa. Nikt nie odpowiada za sumę.

Sumowanie ma jednak konsekwencje, których nie ma żadna z decyzji składowych. Wymieńmy pięć, które w populacji starszych **występują najczęściej.**

TABELA 14

Pięć mechanizmów szkody wynikającej z wielolekowości u starszego mężczyzny i możliwe postępowanie

MECHANIZM	TYPOWA POSTAĆ KLINICZNA	POSTĘPOWANIE O UDOKUMENTOWANEJ WARTOŚCI
Interakcja farmakokinetyczna	Wzrost stężenia jednego leku pod wpływem drugiego; częste przy lekach przeciwkrzepliwych i przeciwartmicyznych	Przegląd lekowy z oceną interakcji; uzgodnienie jednej listy leków
Sumowanie działań o tym samym kierunku	Hipotonia ortostatyczna przy skojarzeniu leku hipotensyjnego, alfa- adrenolityku i diuretyku – a więc kombinacji typowej dla mężczyzny z nadciśnieniem i objawami z dolnych dróg moczowych	Pomiar ciśnienia w pozycji stojącej; rozważenie zmiany klasy leku urologicznego
Kaskada preskrypcyjna	Działanie niepożądane jednego leku rozpoznane jako nowa choroba i leczone kolejnym lekiem	Przy każdym nowym objawie pytanie o lek włączony w poprzedzających tygodniach – przed rozszerzeniem diagnostyki
Obciążenie antycholinergiczne	Zaburzenia poznawcze, suchość w jamie ustnej, zaparcia, zaleganie moczu; szczególnie istotne przy lekach stosowanych w pęcherzu nadaktywnym	Ocena łącznego obciążenia antycholinergicznego; wybór preparatów o mniejszym przenikaniu do ośrodkowego układu nerwowego
Spadek stosowania się do zaleceń	Przy więcej niż pięciu preparatach i różnych porach przyjmowania rośnie odsetek dawek pominiętych i przyjętych podwójnie	Uproszczenie schematu; preparaty złożone; jedna karta leków u pacjenta

Źródło: opracowanie własne autora.

Narzędzie odpowiadające temu problemowi jest znane, tanie i dobrze udokumentowane: przegląd lekowy prowadzony przez jedną osobę odpowiedzialną, z dostępem do pełnej listy preparatów przyjmowanych faktycznie, a nie wypisanych. Różnica między tymi dwiema listami bywa znaczna i sama w sobie ma wartość diagnostyczną. Warunkiem przeglądu nie jest nowa technologia, lecz rozstrzygnięcie, kto go wykonuje i kiedy – przy hospitalizacji, przy wizycie kontrolnej w podstawowej opiece, czy w aptece w zakresie odpowiadającym kompetencjom farmaceuty.

Dla tego raportu istotne jest jedno spostrzeżenie dodatkowe. Wielolekowość jest lustrzanym odbiciem problemu opisanego w rozdziale 16: proces rozpisany na pięć specjalności wraca do pacjenta jako pięć list leków. Rozproszona koordynacja wytwarza w wieku średnim opóźnione rozpoznanie, a w wieku podeszłym – nadmiar leczenia. Jest to ten sam defekt organizacyjny oglądany z dwóch końców życia.

Upadki

Wiążą się z przyjmowanymi lekami, hipotonią ortostatyczną, zaburzeniami widzenia, sarkopenią oraz – co ma znaczenie w kontekście tego raportu – z nocnym oddawaniem moczu. Objaw

urologiczny staje się w tym wieku czynnikiem ryzyka złamania bliższego końca kości udowej, a złamanie to bywa początkiem trwałej utraty samodzielności.

Późne rozpoznania

Objaw przypisywany wiekowi bywa objawem choroby poddającej się leczeniu. Granica między uzasadnioną powściągliwością diagnostyczną, a zaniechaniem wymaga oceny indywidualnej, nie reguły opartej na wieku metrykalnym.

Niedożywienie i sarkopenia

U mężczyzny mieszkającego samotnie utrata partnerki bywa początkiem niedożywienia. Rozpoznanie następuje zwykle dopiero przy hospitalizacji z innego powodu.

Sieć wsparcia po utracie partnerki

Obserwacja kliniczna wskazuje, że starszy mężczyzna po utracie partnerki częściej niż kobieta w analogicznej sytuacji pozostaje bez sieci wsparcia. Możliwym wyjaśnieniem jest utrwalony podział ról, w którym utrzymywanie kontaktów rodzinnych i koordynowanie spraw zdrowotnych należało do partnerki. Utrata tej osoby oznacza wówczas jednoczesną utratę wsparcia emocjonalnego, sieci społecznej i faktycznego koordynatora opieki.

Polskie dane publiczne opisują strukturę gospodarstwa domowego, a nie jakość i zasięg sieci wsparcia, wobec czego weryfikacja tej obserwacji wymagałaby badania o odpowiednim projekcie. Jej znaczenie praktyczne jest jednak niezależne od skali: mężczyzna, który stracił partnerkę, traci jednocześnie osobę, która pilnowała jego wizyt kontrolnych – a system nie ma mechanizmu, który by to zastąpił.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 15

1

W grupie 15–19 lat urazy i zatrucia odpowiadają za 28,5% hospitalizacji – obciążenie wynika w tym wieku ze zdarzeń, nie z chorób przewlekłych. Znaczenie ma natomiast jakość pierwszego kontaktu z opieką, która kształtuje wzorzec korzystania ze świadczeń na kolejne dekady i nie jest przedmiotem pomiaru.

2

Szczepienie przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego jest jedynym działaniem profilaktyki pierwotnej nowotworów adresowanym do chłopców. Publikowanie odsetka pierwszych dawek zamiast pokrycia pełnym schematem zawyża obraz uczestnictwa.

3

Współczynnik hospitalizacji mężczyzn wynosi 3 907 na 10 tysięcy wobec 3 255 u kobiet; różnica narasta z wiekiem, a mężczyzna starszy trafia do szpitala częściej i częściej w trybie nagłym.

4

Wielolekowość jest jedynym opisanym w tym raporcie przypadkiem, w którym szkodę wytwarza system działający zgodnie ze sztuką w każdym pojedynczym punkcie. Odpowiadającym jej narzędziem jest przegląd lekowy prowadzony przez jedną osobę odpowiedzialną.

Wspólny mechanizm

Kardiolog, diabetolog, psychiatra, urolog i specjalista medycyny pracy opisują u tego samego mężczyzny ten sam proces, posługując się pięcioma odrębnymi słownikami. Rozdział opisuje, co te słowniki mają wspólnego, w jakiej kolejności rozwijają się opisywane przez nie stany i jaka jest cena rozpisania jednego procesu na pięć niezależnych ścieżek.

Quod medicorum est, promittunt medici; tractant fabrilis fabri.

Co należy do lekarzy, obiecują lekarze; rzemieślnicy zajmują się rzemiosłem.

Horacy, Listy II, 1, 115–116

Podział na specjalności jest użyteczny sprawozdawczo i mylący przyczynowo. Mężczyzna pięćdziesięcioletni z nadciśnieniem tętniczym, nadmierną masą ciała, uzależnieniem od nikotyny, zaburzeniem snu, obniżonym nastrojem i zaburzeniem erekcji nie ma sześciu chorób. Ma jeden proces, którego objawy trafiają do sześciu różnych gabinetów.

Pięć ogniw, które łączą pozornie odrębne rozpoznania

Powiązanie tych rozpoznań nie ma charakteru wyłącznie statystycznego. Opisano dla niego wspólne ogniwa patofizjologiczne. Poniżej opisuję pięć, ponieważ bez nich teza o wspólnym mechanizmie pozostaje metaforą, a z nimi staje się twierdzeniem sprawdzalnym.

Ogniwo pierwsze: dysfunkcja śródbłonna. Śródbłonek naczyniowy nie jest wyściółką bierną – reguluje napięcie naczynia, krzepnięcie i przyleganie leukocytów, przede wszystkim przez wytwarzanie tlenku azotu. Ekspozycja na dym tytoniowy, hiperglikemia, dyslipidemia i podwyższone ciśnienie zmniejszają jego dostępność. Skutkiem jest upośledzenie rozszerzania naczyń zależnego od przepływu – mechanizmu, który w prąciu odpowiada za wzwód, a w krążeniu wieńcowym za rezerwę przepływu. To jest ten sam defekt, oglądany w dwóch łożyskach o różnej średnicy. Dlatego zaburzenie erekcji o podłożu naczyniowym i choroba wieńcowa nie są dwiema chorobami, które „często współwystępują”, lecz dwoma objawami jednego procesu w dwóch różnych miejscach.

Ogniwo drugie: insulinooporność i przewlekły stan zapalny o niskim nasileniu. Tkanka tłuszczowa trzewna jest narządem wydzielniczym. Uwalnia wolne kwasy tłuszczowe oraz mediatory prozapalne, które upośledzają przekaznictwo insulinowe w mięśniach i w wątrobie. Powstaje układ samonapędzający się: insulinooporność sprzyja odkładaniu tłuszczu trzewnego, a tłuszcz trzewny nasila insulinooporność. Ten sam mechanizm wytwarza stłuszczenie wątroby, dyslipidemię aterogenną i – przez wzrost aktywności aromatazy w tkance tłuszczowej – obniżenie stężenia testosteronu. Zależność między otyłością brzuszną a hipogonadyzmem jest dwukierunkowa, co ma bezpośrednie konsekwencje terapeutyczne opisane w rozdziale 17.

Ogniwo trzecie: aktywacja układu współczulnego. Przewlekłe pobudzenie współczulne podnosi ciśnienie, przyspiesza czynność serca, sprzyja zaburzeniom rytmu i pogarsza wrażliwość na insulinę. Jego wyzwalaczami są obciążenie psychospołeczne, praca zmianowa naruszająca rytm okołodobowy, przewlekłe skrócenie snu oraz bezdech senny. Jest to ogniwo, w którym warunki pracy przestają być kontekstem socjologicznym, a stają się zmienną fizjologiczną.

Ogniwo czwarte: zaburzenia snu, w szczególności obturacyjny bezdech senny. Powtarzające się epizody niedotlenienia i wybudzeń wywołują wyrzuty katecholamin, wzrost ciśnienia w nocy, stres oksydacyjny i zaburzenia wydzielania peptydów natriuretycznych. Wynikiem jest nadciśnienie oporne na leczenie, zaburzenia rytmu, insulinooporność, obniżenie nastroju oraz nocna poliuria. Objaw zgłaszany urologowi jako nocne oddawanie moczu bywa objawem choroby rozpoznawanej w pracowni snu – i jest to jedno z najlepiej udokumentowanych, a najłabiej wykorzystywanych powiązań w całej medycynie mężczyzny.

Ogniwo piąte: oś podwzgórze–przysadka–nadnercza. Przewlekła aktywacja osi stresu zmienia wydzielanie kortyzolu, sprzyja odkładaniu tłuszczu trzewnego, pogarsza kontrolę glikemii, obniża wydzielanie gonadotropin i wiąże się z zaburzeniami nastroju oraz ze wzorcem używania substancji psychoaktywnych. Jest to ogniwo, w którym stan psychiczny i stan metaboliczny przestają być odrębnymi przedmiotami opisu.

Pięć słowników opisujących ten sam proces

TABELA 15

Ten sam proces w pięciu słownikach specjalistycznych: objaw zgłaszany, rozpoznanie stawiane i wspólne ogniwo patofizjologiczne

SPECJALNOŚĆ	OBJAW, Z KTÓRYM ZGŁASZA SIĘ PACJENT	ROZPOZNANIE W SŁOWNIKU SPECJALNOŚCI	WSPÓLNE OGNIWO
Kardiologia	Duszność wysiłkowa, ból w klatce piersiowej, nadciśnienie w pomiarze przygodnym	Nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność serca	Dysfunkcja śródbłónka, aktywacja współczulna
Diabetologia i leczenie otyłości	Przyrost masy ciała, wzmożone pragnienie, zmęczenie	Stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, otyłość	Insulinooporność, przewlekły stan zapalny
Psychiatria	Zaburzenia snu, drażliwość, wycofanie	Epizod depresyjny, zaburzenia	Oś stresu, zaburzenia snu, substancje
Urologia i andrologia	Zaburzenia erekcji, nokturia, objawy z dolnych dróg moczowych	Zaburzenia erekcji, łagodny rozrost gruczołu krokowego, hipogonadyzm	Dysfunkcja śródbłónka, insulinooporność, bezdech senny
Medycyna pracy	Brak objawu; kontakt wynika z obowiązku badania okresowego	Orzeczenie o zdolności do pracy	Ekspozycje zawodowe, praca zmianowa, obciążenie psychospołeczne

Źródło: opracowanie własne autora.

Ostatni wiersz różni się od pozostałych i ma dla całości znaczenie szczególne. Medycyna pracy jest jedyną specjalnością z tej listy, do której pacjent trafia bez objawu – a więc w momencie, w którym proces jest najwcześniejszy i najlepiej poddaje się modyfikacji.

Sekwencja czasowa

Wymienione stany nie pojawiają się jednocześnie. Piśmiennictwo opisuje typową sekwencję: najpierw ekspozycje behawioralne i zawodowe, następnie zaburzenia metaboliczne, następnie zaburzenia czynnościowe, w tym seksualne i snu, a na końcu zdarzenia ostre. Odstępy między tymi etapami liczone są w latach.

TABELA 16

Typowa sekwencja rozwoju procesu u mężczyzny: co się dzieje, co można wykryć i kto ma wówczas kontakt z pacjentem

FAZA	ORIENTACYJNY WIEK	CO SIĘ DZIEJE	CO DA SIĘ WYKRYĆ TANIO	KTO MA WTEDY KONTAKT
I. Ekspozycja	20–35 lat	Palenie, wzorzec spożycia alkoholu, praca zmianowa, przyrost masy ciała, skrócenie snu	Wywiad, masa ciała, obwód pasa, ciśnienie	Medycyna pracy – zwykle jedyny kontakt
II. Zaburzenia metaboliczne	35–45 lat	Insulinooporność, dyslipidemia, nadciśnienie, stłuszczenie wątroby – bezobjawowo	Ciśnienie, glikemia, lipidogram, aktywność aminotransferaz	Medycyna pracy; podstawowa opieka przy okazji innej sprawy
III. Zaburzenia czynnościowe	45–55 lat	Zaburzenia erekcji, nokturia, objawy z dolnych dróg moczowych, chrapanie z bezdechami, obniżenie nastroju	Wywiad ukierunkowany, dzienniczek mikcji, dwa pytania o nastrój	Urologia – pacjent zgłasza się sam
IV. Zdarzenie ostre	55–70 lat	Zawał, udar, ostry zespół wieńcowy, dekompensacja cukrzycy, próba samobójcza	Nic nowego – wszystko było wykrywalne wcześniej	Ratownictwo, szpital
V. Następstwa	65 lat i więcej	Wielochorobowość, wielolekowość, ograniczenie sprawności, upadki	Przegląd lekowy, ocena sprawności, ocena stanu odżywienia	Podstawowa opieka, geriatria, opieka koordynowana

Źródło: opracowanie własne autora.

Zestawienie ma charakter poglądowy i opisuje przebieg typowy, nie obowiązujący. Wiek podano orientacyjnie; u mężczyzn o wysokim ryzyku wyjściowym cała sekwencja bywa przesunięta o dekadę wcześniej.

Odczyt tej tabeli daje wynik, którego nie widać w żadnym pojedynczym wierszu. Kolumna czwarta zawiera badania tanie i powszechnie dostępne we wszystkich fazach poza czwartą. Kolumna piąta pokazuje natomiast, że w fazach I i II jedynym regularnym kontaktem jest medycyna pracy – czyli miejsce, które z tych badań nie wykonuje większości. W fazie III pojawia się urologia, ponieważ dopiero wtedy pojawia się objaw skłaniający mężczyznę do zgłoszenia się. W fazie IV pojawia się cały system.

System spotyka tego mężczyznę trzykrotnie: bez objawu, gdy nie ma czym go zainteresować; z objawem czynnościowym, gdy przychodzi sam; i ze zdarzeniem ostrym, gdy jest już po wszystkim. Drugie spotkanie jest jedynym, które łączy gotowość pacjenta z odwracalnością procesu – i jedynym, którego dziś nie wykorzystujemy.

Sekwencja a wartość predykcyjna objawu

Sekwencja ta ma znaczenie dla wartości predykcyjnej objawów. Zaburzenie erekcji o podłożu naczyniowym pojawia się w piśmiennictwie zwykle na kilka lat przed pierwszym zdarzeniem wieńcowym. Wartość tego objawu jako sygnału wynika nie z jego wagi klinicznej, lecz z jego umiejscowienia w czasie i z tego, że jest to objaw skłaniający pacjenta do zgłoszenia się. Analogiczną, choć słabiej udokumentowaną rolę pełnią: nokturia jako możliwy pierwszy objaw bezdechu sennego lub niewyrównanej cukrzycy, chrapanie z obserwowanymi bezdechami jako sygnał ryzyka nadciśnienia opornego oraz nawracające zapalenia w obrębie układu moczowo-płciowego jako sygnał niewyrównanej gospodarki węglowodanowej.

Cena rozpisania procesu na pięć ścieżek

Rozpoznanie jednego z tych stanów zwiększa prawdopodobieństwo współistnienia pozostałych na tyle, że uzasadnia ukierunkowaną ocenę. Nie jest to postulat rozszerzania panelu badań u każdego pacjenta – jest to stwierdzenie, że pewne rozpoznania mają wartość predykcyjną wobec innych i że wartość ta nie jest w polskiej praktyce systematycznie wykorzystywana.

Proces przebiegający jako całość jest obsługiwany przez pięć niezależnych ścieżek. Każda ma odrębne skierowanie, odrębną kolejkę, odrębną dokumentację i odrębny termin kontroli. Pacjent, u którego rozpoznano wszystkie pięć składowych, musi w ciągu roku odbyć kilkanaście wizyt w różnych miejscach i w różnych terminach. Do tego dochodzi zjawisko opisane w rozdziale 15: pięć ścieżek wytwarza pięć list leków, których nikt nie uzgadnia.

Nakład czasu wymagany od pacjenta jest odwrotnie skorelowany z jego zasobami. Osoba pracująca zmianowo, dojeżdżająca, bez elastyczności godzin poniesie ten koszt najtrudniej – a jest to jednocześnie osoba o najwyższym ryzyku wyjściowym.

Trzy zastrzeżenia, bez których teza tego rozdziału byłaby nadużyciem

Zastrzeżenie pierwsze. Trafniejsze od metafory „jednego procesu” jest pojęcie klastra wielochorobowości: rozpoznania mają częściowo wspólne czynniki ryzyka i mechanizmy, ale zachowują odrębną diagnostykę, leczenie, rokowanie i możliwość występowania niezależnego. Mężczyzna z zaburzeniem erekcji może nie mieć choroby wieńcowej, a mężczyzna z nokturią może nie mieć bezdechu sennego.

Zastrzeżenie drugie. Wspólnota mechanizmu nie oznacza wspólnoty leczenia. Nie istnieje jedna interwencja usuwająca wszystkie pięć ogniw; istnieje natomiast jedna ocena, która pozwala rozpoznać, które z nich u danego pacjenta działają.

Zastrzeżenie trzecie. Wniosek organizacyjny z tego rozdziału jest węższy, niż sugerowałaby jego treść kliniczna. Nie brzmi „stwórzmy poradnię zdrowia mężczyzny”. Brzmi: skoro proces jest wspólny, a specjalności są odrębne, to wartość ma nie scalanie specjalności, lecz zapewnienie, że każda z nich potrafi rozpoznać sygnał spoza własnego zakresu i przekazać go dalej z potwierdzeniem odbioru.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 16

1

Pięć ogniw – dysfunkcja śródbłonna, insulinooporność ze stanem zapalnym, aktywacja współczulna, zaburzenia snu i oś stresu – łączy rozpoznania obsługiwane przez pięć odrębnych specjalności.

2

Proces przebiega w pięciu fazach, z których trzy pierwsze są tanie do wykrycia i bezobjawowe albo skąpoobjawowe.

3

W fazach najwcześniejszych jedynym regularnym kontaktem jest medycyna pracy; w fazie objawów czynnościowych – urologia, do której pacjent zgłasza się sam.

4

Rozpisanie jednego procesu na pięć ścieżek przenosi koszt koordynacji na pacjenta, a w wieku podeszłym wytwarza wielolekowość.

5

Wnioskiem nie jest scalanie specjalności, lecz zdolność każdej z nich do rozpoznania sygnału spoza własnego zakresu i domkniętego przekazania go dalej.

Urologia

Nowotwory o dużym znaczeniu populacyjnym, powszechne zaburzenia oddawania moczu, zdrowie seksualne, płodność, zakażenia i następstwa leczenia – oraz objaw, z którym mężczyzna zgłasza się sam, w wieku, w którym powstaje największa część różnicy w umieralności.

Non est vivere, sed valere vita est.

Życiem jest nie to, żeby żyć, lecz żeby być zdrowym.

Marcjalis, Epigramy VI, 70, 15

PRZYPowieŚĆ TRZECIA • O DRZWIACH, KTÓRE SĄ OTWARTE

Pewien rabin miał zwyczaj mawiać, że najtrudniej jest wejść do domu, którego drzwi są zamknięte, ale najczęściej mija się dom, którego drzwi są otwarte – bo nikt nie zauważa, że wejście jest możliwe.

Mężczyzna czterdziestoosmioletni nie pójdzie do lekarza rodzinnego z powodu ciśnienia, o którym nie wie, ani z powodu glikemii, której nie zmierzył. Pójdzie natomiast do urologa, bo nie może spać, bo wstaje pięć razy w nocy, bo od pół roku nie ma erekcji i nie da się tego dłużej odkładać. Drzwi są otwarte. Otworzył je sam, bez zaproszenia, bez kampanii i bez przypomnienia.

Cały problem polega na tym, co jest po drugiej stronie. Jeżeli po drugiej stronie stoi lekarz, który zajmie się wyłącznie jednym układem narządów, to drzwi zamkną się po piętnastu minutach i przez kolejne pięć lat pozostaną zamknięte. Jeżeli stoi tam ktoś, kto zada trzy dodatkowe pytania i zmierzy ciśnienie, to ten sam kwadrans staje się jedynym punktem, w którym system dotknął mężczyzny w wieku, w którym powstaje ponad połowa całej różnicy.

Nie ma potrzeby wywierać drzwi. Trzeba zauważyć, że są otwarte, i mieć przygotowane pytanie.

Urologia jako filar zdrowia mężczyzn

Układ moczowo-płciowy obejmuje nowotwory o dużym znaczeniu populacyjnym, powszechne zaburzenia oddawania moczu, seksualność, płodność i następstwa leczenia, które decydują o długości oraz jakości życia. Jednocześnie objaw urologiczny bywa jednym z nielicznych powodów, dla których mężczyzna rzeczywiście zgłasza się do lekarza.

Ex pede Herculem.

Po stopie [poznasz] Herkulesa.

Przysłowie łacińskie wywodzone z metody Pitagorasa, przekazane przez Aulusa Gelliusza, Noce attyckie I, 1

17.1. Pięć pól, nie jedno

Urologia obejmuje znacznie więcej niż gruczoł krokowy. Zajmuje się całym układem moczowym obu płci oraz męskim układem płciowym. W perspektywie zdrowia mężczyzn łączy pięć odmiennych pól, z których każde ma inną epidemiologię, inną logikę wczesnego wykrywania i inny właściwy miernik wyniku.

1. Nowotwory – przede wszystkim gruczołu krokowego, pęcherza moczowego, nerki, jądra i prącia.
2. Choroby i zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych – objawy fazy gromadzenia, mikcji i po mikcji, przeszkoda podpęcherzowa, zaburzenia czynności pęcherza, zatrzymanie moczu, nietrzymanie moczu.
3. Zdrowie seksualne – zaburzenia erekcji, ejakulacji i libido, następstwa leczenia onkologicznego i zabiegowego, choroba Peyroniego.
4. Zdrowie reprodukcyjne – diagnostyka męskiego czynnika niepłodności, choroby jąder, zaburzenia hormonalne, zachowanie płodności przed leczeniem gonadotoksycznym.
5. Zakażenia, kamica, urazy i stany nagłe – grupa, w której o wyniku decyduje czas rozpoznania przeszkody, zakażenia ogólnoustrojowego albo zagrożenia narządu.

Nie każde z tych pól tłumaczy różnicę długości życia między kobietami a mężczyznami w takim samym stopniu. Wszystkie natomiast wpływają na sprawność, sen, życie intymne, relacje, pracę, poczucie samodzielności i gotowość do korzystania z opieki. Utrata erekcji, wyciek moczu, czterokrotne wstawanie w nocy, krwimocz czy trudność w uzyskaniu ciąży nie są problemami drobniejszymi dlatego, że rzadziej bezpośrednio prowadzą do zgonu. Dla pacjenta często właśnie one stają się miarą zdrowia – i to one, a nie ryzyko populacyjne, przyprowadzają go do gabinetu.

17.2. Urologia w liczbach – i czego te liczby nie znaczą

TABELA 17

Urologiczne obciążenie zdrowia mężczyzn w liczbach: wartość, populacja, rok obserwacji i właściwy sposób odczytu

ZJAWISKO	WARTOŚĆ	POPULACJA I ROK	WŁAŚCIWA INTERPRETACJA
Nowe rozpoznania raka gruczołu krokowego	23 710	mężczyźni, KRN, 2023	Liczba nowych rozpoznań w rejestrze; nie liczba wszystkich żyjących z chorobą
Zgony z powodu raka gruczołu krokowego	5 859	mężczyźni, KRN, 2023	Zgony w danym roku; nie wolno dzielić przez zachorowania z tego samego roku
Nowe rozpoznania raka pęcherza moczowego	5 398	mężczyźni, KRN, 2023	Obciążenie zachorowaniami; przebieg wymaga wielokrotnych procedur i długiego nadzoru
Zgony z powodu raka pęcherza moczowego	2 997	mężczyźni, KRN, 2023	Umieralność istotna mimo mniejszej liczby rozpoznań niż w raku prostaty
Co najmniej jeden objaw z dolnych dróg moczowych – definicja szersza	66,2%	mężczyźni ≥40 lat, 2019	Częstość objawów; nie częstość łagodnego rozrostu gruczołu krokowego i nie odsetek wymagający zabiegu
To samo – definicja surowsza	46,2%	ta sama próba	Wynik zależy od progu częstości objawu; mianownik musi pozostać widoczny
Nokturia	30,8%	ta sama próba	Objaw co najmniej pięciu odrębnych stanów; nie jest synonimem choroby gruczołu krokowego
Częstomocz	27,9%	ta sama próba	Objaw fazy gromadzenia; wymaga różnicowania z poliurią
Pęcherz nadaktywny w narzędziu przesiewowym	26,8%	ta sama próba	Wynik narzędzia badawczego; wymaga oceny klinicznej, nie stanowi automatycznie rozpoznania
Nietrzymanie moczu wysiłkowe	8,9%	mężczyźni ≥60 lat, PolSenior2	Odsetek zależny od definicji i wieku badanej populacji; nie przenosić PolSenior2 na wszystkich dorosłych

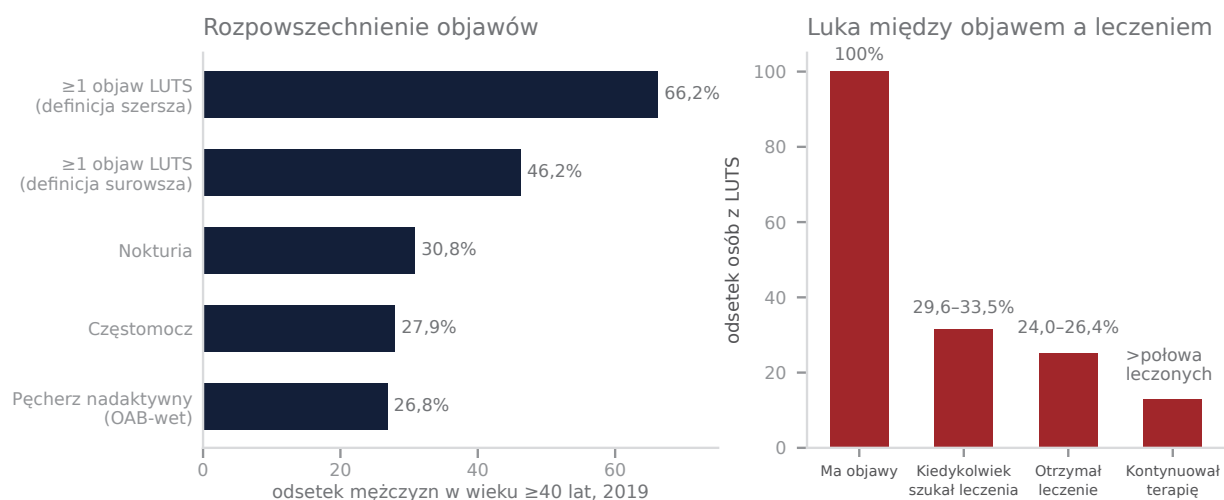
Źródło: opracowanie własne autora.

Nietrzymanie moczu wysiłkowe 8,9% mężczyźni ≥60 lat, Odsetek zależny od definicji i wieku badanej populacji; nie przenosić PolSenior2 na wszystkich dorosłych.

Nietrzymanie moczu nagłace 16,0% mężczyźni ≥60 lat, Wartość opisuje objaw zgłaszany, nie rozpoznanie postawione PolSenior2.

Źródła: Krajowy Rejestr Nowotworów, publikacja 2026; badanie LUTS POLAND na próbie 6 005 osób w wieku co najmniej 40 lat; badanie PolSenior2. Rok w kolumnie trzeciej jest rokiem obserwacji, nie rokiem publikacji.

Do liczb tych trzeba dodać jedną, która opisuje nie chorobę, lecz system. W analizie tej samej polskiej próby jedynie 29,6–33,5% osób z objawami z dolnych dróg moczowych – zależnie od przyjętej definicji – kiedykolwiek szukało z ich powodu leczenia, 24,0–26,4% je otrzymało, a około połowa leczonych kontynuowała terapię. Są to wyniki łączne dla obu płci i nie wolno ich przedstawiać jako odsetków wyłącznie męskich.



Źródło: LUTS POLAND, próba 6 005 osób ≥40 lat; zachowania lecznicze — analiza tej samej próby, wyniki łączne dla obu płci.

RYCINA 11

Objaw występuje u dwóch trzecich populacji, leczenie otrzymuje co czwarta osoba z objawem. Wartości dla dwóch definicji objawu nie podlegają sumowaniu: opisują tę samą populację przy różnym progu częstości.

Luka między objawem a leczeniem nie powstaje w gabinecie. Powstaje przed nim – w tej części ścieżki, której polska sprawozdawczość nie widzi w ogóle.

CZEGO NIE WOLNO WYWNIOSKOWAĆ Z TABELI 17

Powszechność objawów nie oznacza, że każdy mężczyzna powinien trafić do urologa. Wysoka liczba rozpoznań raka gruczołu krokowego nie uzasadnia corocznego oznaczania PSA u każdego mężczyzny niezależnie od wieku, ryzyka i przewidywanej długości życia. Krwiomocz nie jest synonimem raka, ale wymaga wyjaśnienia zgodnie z ryzykiem, ponieważ bywa jego pierwszym objawem. Zaburzenie erekcji nie rozpoznaje choroby wieńcowej, lecz powinno uruchomić ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego. Pojedyncze obniżone stężenie testosteronu nie rozpoznaje hipogonadyzmu.

17.3. Objaw urologiczny jako brama diagnostyczna

Pacjent nie zgłasza się z nazwą mechanizmu patofizjologicznego. Zgłasza się, ponieważ wstaje cztery razy w nocy, nie może rozpocząć mikcji, zauważył krew w moczu, traci mocz, ma ból albo nie uzyskuje erekcji. Zadaniem systemu nie jest natychmiastowe przypisanie objawu do jednego narządu, lecz rozpoznanie przyczyn najgroźniejszych i najbardziej prawdopodobnych, ocena wpływu na funkcję, a następnie doprowadzenie pacjenta do kontroli wyniku.

TABELA 18

Osiem objawów urologicznych jako brama diagnostyczna: możliwe przyczyny miejscowe, możliwy sygnał ogólnoustrojowy i pytanie organizacyjne, które trzeba zadać

OBJAW LUB PROBLEM	MOŻLIWE PRZYCZYNY UROLOGICZNE	MOŻLIWY SYGNAŁ SPOZA UROLOGII	NAJWAŻNIEJSZE PYTANIE ORGANIZACYJNE
Nokturia	Zaburzenia fazy gromadzenia, zmniejszona pojemność czynnościowa pęcherza, przeszkoda podpęcherzowa	Bezdech senny, cukrzyca, niewydolność serca, obrzęki obwodowe, pora przyjmowania leków moczopędnych	Czy wykonano dzienniczek mikcji i ocenę przyczyn ogólnych przed leczeniem „prostaty”?
Słaby strumień, parcie, niepełne opróżnienie	Przeszkoda podpęcherzowa, zwężenie cewki, osłabienie kurczliwości wypieracza	Choroby neurologiczne, działanie leków	Czy rozpoznano mechanizm i ryzyko zalegania, zamiast wnioskować wyłącznie z objawu?
Krwiomocz widoczny	Nowotwór pęcherza lub górnych dróg moczowych, kamica, zakażenie, uraz, choroba gruczołu krokowego	Skaza krwotoczna lub leczenie przeciwkrzepliwie może ujawnić krwawienie, lecz nie wyjaśnia jego źródła	Czy pacjent ma szybką, zamkniętą ścieżkę diagnostyczną z potwierdzeniem wykonania?
Zaburzenie erekcji	Naczyniowe, neurogenne, hormonalne, polekowe, pooperacyjne, psychogenne	Miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie, depresja, zaburzenia snu	Czy oprócz leczenia objawu oceniono ryzyko sercowo-naczyniowe i metaboliczne?
Nietrzymanie moczu	Nagłące, wysiłkowe z przepełnienia, po leczeniu gruczołu krokowego, neuro-urologiczne	Ograniczenie ruchowe, zaburzenia poznawcze, wielolekowość	Czy mierzony jest wynik funkcjonalny i czy pacjent ma dostęp do rehabilitacji oraz leczenia zabiegowego?
Nawracające zakażenia lub gorączka z objawami moczowymi	Zakażenie pęcherza, gruczołu krokowego, nerek; kamień lub przeszkoda	Cukrzyca, immunosupresja	Czy pobrano posiew i wykluczono przeszkodę albo zajęcie narządowe?
Brak ciąży w parze	Zaburzenia spermatogenezy, drożności dróg wyprowadzających, ejakulacji, żylaki powróżka, przebyte zakażenia lub leczenie	Choroby endokrynne, genetyczne, ogólnoustrojowe, ekspozycje zawodowe	Czy oboje partnerzy są oceniani równolegle, a mężczyzna otrzymuje pełną ocenę zamiast samego badania nasienia?
Guz lub powiększenie moszny	Nowotwór jądra, wodniak, żylaki powróżka, przepuklina, zapalenie, skręt	–	Czy istnieje tryb pilnej oceny i ultrasonografii w odpowiedniej sytuacji klinicznej?

Źródło: opracowanie własne autora.

Wysoka wartość kontaktu urologicznego nie wynika z przekonania, że wszystkie problemy mężczyzn są urologiczne. Wynika z przeciwnego założenia: objaw moczowo-płciowy bywa miejscowy, ogólnoustrojowy albo mieszany. Urologia jest wartościowa wtedy, gdy prawidłowo rozróżnia te trzy możliwości i prowadzi pacjenta między poziomami opieki – a nie wtedy, gdy zatrzymuje go u siebie.

17.4. Objawy z dolnych dróg moczowych: od etykiety „prostata” do rozpoznania mechanizmu

Objawy z dolnych dróg moczowych obejmują objawy fazy gromadzenia moczu – częstomocz, parcia naglące, nokturie i nietrzymanie moczu – objawy fazy opróżniania: słaby lub przerywany strumień, trudność w rozpoczęciu mikcji, parcie tłoczną brzuszną – oraz objawy po mikcji, takie jak uczucie niepełnego opróżnienia i wyciek po mikcji. Mogą współwystępować w różnych konfiguracjach. Ich obecność opisuje doświadczenie pacjenta, lecz sama nie przesądza o przyczynie.

Łagodny rozrost gruczołu krokowego jest rozpoznaniem histologicznym. Łagodne powiększenie gruczołu krokowego opisuje jego wielkość, a łagodna przeszkoda sterczowa – mechanizm utrudnienia odpływu. Terminy te są powiązane, ale nie są wymienne. Mężczyzna może mieć powiększony gruczoł bez uciążliwych objawów, nasilone objawy bez dominującej przeszkody sterczowej albo kilka mechanizmów równocześnie. Rozróżnienie to nie jest sporem językowym: decyduje o wyborze leczenia i o tym, czy leczenie ma szansę usunąć problem pacjenta.

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w wersji 2026 podkreślają wieloczynnikowe pochodzenie tych objawów oraz konieczność poszukiwania rozpoznań różnicowych i chorób współistniejących. Zalecają pełny wywiad, ocenę leków, stylu życia i czynników psychologicznych, kwestionariusz objawów wraz z oceną uciążliwości oraz badanie ogólne i urologiczne. Badanie ogólne moczu należy do oceny podstawowej. Dzienniczek mikcji jest szczególnie ważny w nokturii; zalecany okres zapisu wynosi co najmniej trzy doby.

Nokturia – objaw, który rozcina granicę specjalności

Nokturia jest najlepszym przykładem tego, dlaczego ocena urologiczna nie może kończyć się na gruczole krokowym. Nocne oddawanie moczu może wynikać z nadmiernej produkcji moczu w nocy, zmniejszonej pojemności czynnościowej pęcherza, poliurii całodobowej, zaburzeń snu albo ze współwystępowania tych mechanizmów. Na obraz kliniczny wpływają płyny i alkohol przyjmowane wieczorem, obrzęki, niewyrównana cukrzyca, niewydolność serca, obturacyjny bezdech senny, leki moczopędne i pierwotne zaburzenia snu.

Pytanie „ile razy Pan wstaje?” jest niewystarczające. Potrzebne są godziny i objętości mikcji, czas snu i przyjmowania płynów oraz informacja, czy pacjenta budzi potrzeba oddania moczu, czy oddaje mocz dlatego, że już się obudził. Dzienniczek mikcji przenosi rozmowę z poziomu wrażenia na poziom możliwego mechanizmu. Nie rozwiązuje diagnostyki samodzielnie, ale zmniejsza ryzyko automatycznego leczenia gruczołu krokowego u chorego, którego dominującym problemem jest nocna poliuria albo zaburzenie snu.

TABELA 19

Sześć przyczyn nokturii: sygnał kierunkowy w wywiadzie i postępowanie właściwe dla rozpoznanego mechanizmu

PRZYCZYNA	SYGNAŁ KIERUNKOWY W WYWIADZIE	WŁAŚCIWE POSTĘPOWANIE
Obturacyjny bezdech senny	Chrapanie, bezdechy obserwowane przez otoczenie, senność dzienna, nadciśnienie oporne	Diagnostyka snu; leczenie bezdechu zwykle redukuje nokturie
Niewyrównana cukrzyca	Wzmoczone pragnienie, poliuria całodobowa, przyrost lub spadek masy ciała	Oznaczenie glikemii; wyrównanie metaboliczne
Niewydolność serca	Obrzęki podudzi w ciągu dnia, duszność wysiłkowa, mobilizacja płynu w pozycji leżącej	Diagnostyka kardiologiczna; optymalizacja leczenia
Przyczyna polekowa	Diuretyk przyjmowany wieczorem; inne leki wpływające na diurezę	Zmiana pory przyjmowania – interwencja o zerowym koszcie
Nocna poliuria bez przyczyny wtórnej	Dzienniczek: objętość nocna przekracza udział właściwy dla wieku przy prawidłowej objętości dobowej	Modyfikacja przyjmowania płynów, ocena rozkładu dobowego; leczenie zgodne z wytycznymi
Łagodny rozrost gruczołu krokowego	Współwystępujące objawy przeszkodowe: słaby strumień, parcie, uczucie niepełnego opróżnienia	Ocena urologiczna i leczenie właściwe dla rozpoznanego mechanizmu

Źródło: opracowanie własne autora.

W wieku podeszłym nokturia jest ponadto czynnikiem ryzyka upadku i złamania bliższego końca kości udowej – zdarzenia o wysokiej śmiertelności rocznej. Objaw z układu moczowego przewiduje zatem zdarzenie ortopedyczne kończące samodzielność pacjenta. Zależność ta nie występuje w żadnym polskim programie profilaktycznym.

Ocena ma opisać pacjenta, nie tylko jego gruczoł

Podstawowa ocena mężczyzny z objawami z dolnych dróg moczowych powinna odpowiedzieć na pięć pytań.

1. Jakie objawy dominują i jak bardzo przeszkadzają pacjentowi?
2. Czy występują sygnały alarmowe lub powikłania: krwimocz, gorączka, nawracające zakażenia, ból, zatrzymanie moczu, zaburzenie czynności nerek, podejrzenie nowotworu, objawy neurologiczne?
3. Czy przeważa problem gromadzenia moczu, opróżniania, nadmiernej produkcji moczu, czy mechanizm mieszany?
4. Jakie choroby, leki, zachowania i funkcje – w tym funkcje seksualne – wpływają na objawy i wybór leczenia?
5. Jaki wynik jest ważny dla pacjenta: spokojny sen, rzadsze oddawanie moczu, mniejsze ryzyko zatrzymania, zachowanie ejakulacji, uniknięcie zabiegu, czy szybka poprawa mimo akceptacji określonych działań niepożądanych?

Kwestionariusz nasilenia objawów porządkuje ich uciążliwość, lecz nie wskazuje przyczyny i nie obejmuje całego spektrum nietrzymania moczu. Badanie przepływu moczu i objętości zalegającej po mikcji dostarcza informacji obiektywnych, ale również nie rozpoznaje mechanizmu

w pojedynkę: niski przepływ może wynikać z przeszkody, ze słabej kurczliwości wypieracza albo ze zbyt małej objętości oddanego moczu, a duże zaleganie nie jest automatycznie dowodem przeszkody sterczowej. Diagnostyka powinna być stopniowana, a badania inwazyjne wykonywane wtedy, gdy ich wynik zmieni decyzję.

Wytyczne zalecają ocenę funkcji seksualnych już na etapie wywiadu. Część leków i procedur może pogorszyć ejakulację lub erekcję, a część metod zabiegowych lepiej zachowuje ejakulację kosztem innych ograniczeń, w tym większej potrzeby ponownego leczenia w wybranych technikach. Wybór ma zatem charakter decyzji współdzielonej: zależy od anatomii, mechanizmu, ciężkości objawów, ryzyka progresji i preferencji pacjenta.

TABELA 20

Sześć etapów ścieżki pacjenta z objawami z dolnych dróg moczowych: co powinno się wydarzyć, po czym poznać niepowodzenie i co zmierzyć w pilotażu

ETAP	CO POWINNO SIĘ WYDARZYĆ	SYGNAŁ NIEPOWODZENIA	MIERNIK PROPONOWANY DO PILOTAŻU
1. Rozpoznanie potrzeby	Pacjent lub lekarz rozpoznaje uciążliwy objaw albo powikłanie	Normalizacja objawu jako „wieku”	Czas od początku uciążliwych objawów do pierwszego kontaktu – badanie ankietowe, nie administracyjne
2. Ocena wstępna	Wywiad, uciążliwość, badanie, badanie ogólne moczu; dzienniczek przy nokturii	Automatyczna etykieta „prostata”	Odsetek dokumentacji zawierającej ocenę uciążliwości i sygnałów alarmowych
3. Rozpoznanie mechanizmu	Różnicowanie pęcherza, przeszkody, poliurii, leków i chorób współistniejących	Leczenie niezgodne z profilem objawów	Odsetek pacjentów z udokumentowanym dominującym mechanizmem lub planem jego wyjaśnienia
4. Decyzja	Omówienie korzyści, działań niepożądanych, seksualności i preferencji	Procedura dobrana wyłącznie do dostępności sprzętu	Odsetek pacjentów z odnotowanym celem leczenia i rozmową o funkcjach seksualnych przed zabiegiem
5. Leczenie	Terapia zgodna z mechanizmem i celem pacjenta	Brak kontroli albo utrata pacjenta	Odsetek z kontrolą w terminie wynikającym z rodzaju terapii
6. Ocena wyniku	Porównanie objawu, jakości życia, funkcji i powikłań z wartością wyjściową	Rozliczenie wyłącznie procedury	Zmiana wyniku zgłaszanego przez pacjenta oraz odsetek powikłań i ponownego leczenia

Źródło: opracowanie własne autora.

CO POWINNO BYĆ MIERZONE PO LECZENIU

Objaw i jego uciążliwość. Wynik obiektywny właściwy dla zastosowanej procedury. Powikłania i ponowne leczenie. Funkcje zgłaszane przez pacjenta: trzymanie moczu, erekcja, ejakulacja. Sama liczba wykonanych zabiegów nie jest miernikiem jakości i nie powinna być podstawą kontraktowania.

17.5. Zaburzenia erekcji: funkcja seksualna i marker ryzyka

Zaburzenie erekcji jest trwałą lub nawracającą niemożnością uzyskania albo utrzymania erekcji wystarczającej do satysfakcjonującej aktywności seksualnej. Ma znaczenie samo w sobie: wpływa na dobrostan, relację, samoocenę i zdrowie psychiczne. Nie powinno być redukowane do wskaźnika stanu serca, podobnie jak nie powinno być leczone wyłącznie objawowo bez rozpoznania możliwego tła.

Przyczyny często się nakładają. Należą do nich choroby naczyń, cukrzyca, nadciśnienie, zaburzenia neurologiczne, hipogonadyzm, działania leków, operacje i radioterapia w obrębie miednicy, choroba Peyroniego, używanie substancji, depresja, lęk, trudności w relacji i czynniki sytuacyjne. Podział na zaburzenia organiczne i psychogenne bywa zbyt prosty; u wielu pacjentów czynniki biologiczne i psychiczne wzmacniają się wzajemnie.

Co wiadomo o związku z ryzykiem sercowo-naczyniowym

Europejskie Towarzystwo Urologiczne uznaje zaburzenia erekcji za objaw związany ze zwiększonym ryzykiem chorób układu krążenia, choroby wieńcowej, udaru i umieralności. Ryzyko jest wyższe przy zaburzeniu cięższym i trwającym dłużej. Wytyczne zalecają, aby ocena podstawowa obejmowała pomiar ciśnienia i tętna, jeśli nie wykonano go w ostatnich trzech do sześciu miesiącach, ocenę masy ciała lub obwodu pasa, aktualność pomiaru glikemii albo hemoglobiny glikowanej i profilu lipidowego oraz poranne oznaczenie testosteronu w odpowiednim kontekście klinicznym.

Czwarty Konsensus Princeton wskazuje, że zaburzenie erekcji o podłożu naczyniowym może poprzedzać klinicznie jawną chorobę sercowo-naczyniową o około 2–5 lat. Metaanaliza badań obserwacyjnych opublikowana w 2021 roku wykazała u mężczyzn z tym zaburzeniem wyższą częstość przyszłych zdarzeń sercowo-naczyniowych – łączne ryzyko względne 1,45 przy 95-procentowym przedziale ufności 1,36–1,54. Jest to związek obserwacyjny: nie dowodzi, że zaburzenie erekcji samo powoduje zdarzenie, ani że każdy pacjent ma nierozpoznaną chorobę wieńcową.

Mechanistycznie powiązanie jest wiarygodne i hydrauliczne, dlatego tak dobrze powtarzalne. Dysfunkcja śródbłonna, stan zapalny, miażdżycy i zaburzenia metaboliczne wpływają zarówno na małe naczynia prącia, jak i na większe łóżyska tętnicze. Średnica tętnic prącia jest mniejsza niż średnica tętnic wieńcowych, wobec czego to samo upośledzenie czynności śródbłonna daje objaw kliniczny wcześniej w układzie moczowo-płciowym. Zwężenie o określonym odsetku światła naczynia ogranicza przepływ wcześniej w naczyniu o mniejszej średnicy. Nie jest to zależność wymagająca założeń o zachowaniu pacjenta ani o stylu życia.

Najcenniejsze pytanie nie brzmi „czy zaburzenie erekcji oznacza chorobę wieńcową”, lecz „czy ten mężczyzna ma właściwie ocenione i leczone ryzyko sercowo-naczyniowe”.

Minimalny protokół kontaktu

- 1. Charakterystyka objawu.** Początek, czas trwania, nasilenie, erekcje spontaniczne, libido, ejakulacja, ból lub skrzywienie prącia, sytuacyjność, wpływ na pacjenta i na relację.
- 2. Wywiad medyczny i leczenie.** Choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, choroby neurologiczne i nerek, zabiegi lub napromienianie w miednicy, zdrowie psychiczne, leki, substancje.
- 3. Krótka ocena ogólna.** Ciśnienie, tętno, masa ciała lub obwód pasa, palenie, aktywność fizyczna, sen oraz aktualność podstawowych danych metabolicznych.
- 4. Badanie i badania dodatkowe według wskazań.** Nie każdy pacjent wymaga obrazowania ani rozbudowanej diagnostyki hormonalnej.
- 5. Ocena bezpieczeństwa aktywności seksualnej i leczenia.** Ryzyko sercowo-naczyniowe oraz interakcje lekowe muszą być rozpoznane przed terapią; dotyczy to w szczególności bezwzględnego przeciwwskazania do łączenia inhibitorów fosfodiesterazy typu 5 z azotanami i donorami tlenu azotu.
- 6. Leczenie objawu i przyczyn równolegle.** Modyfikacja ryzyka i stylu życia nie może być powodem odroczenia skutecznego leczenia seksualnego, a przepisanie leku nie może zastępować rozpoznania chorób współistniejących.
- 7. Kontrola.** Skuteczność, prawidłowość stosowania, działania niepożądane, satysfakcja pacjenta oraz – jeśli pacjent tego chce – partnerki lub partnera, a także wykonanie zaleconej dalszej oceny ogólnej.

Nie każde zaburzenie erekcji wyprzedza zdarzenie sercowe. U mężczyzn młodszych duże znaczenie mogą mieć lęk przed niepowodzeniem, depresja, trudności relacyjne, leki i używanie substancji; ich obecność nie zwalnia jednak z oceny somatycznej. U pacjentów po prostatektomii, radioterapii lub z chorobą neurologiczną mechanizm bywa oczywisty, ale ryzyko ogólne nadal wymaga standardowej opieki. Nie należy obiecywać pacjentowi, że leczenie zaburzenia erekcji zapobiegnie zawałowi. Można uczciwie powiedzieć, że objaw daje okazję do oceny i leczenia wspólnych czynników ryzyka.

17.6. Hipogonadyzm: rozpoznawać chorobę, nie medykalizować starzenia

Rosnące zainteresowanie testosteronem tworzy dwa przeciwstawne zagrożenia. Pierwszym jest przeoczenie rzeczywistego hipogonadyzmu, który wpływa na funkcje seksualne, skład ciała, gęstość mineralną kości i dobrostan. Drugim – rozpoznawanie niedoboru testosteronu na podstawie nieswoistych objawów lub pojedynczego pomiaru oraz stosowanie hormonu jako nieswoistego środka na zmęczenie, masę ciała albo starzenie.

Rozpoznanie męskiego hipogonadyzmu wymaga współwystępowania zgodnych objawów lub cech klinicznych oraz powtarzalnie obniżonego całkowitego stężenia testosteronu oznaczonego wiarygodną metodą. Krew należy pobierać rano, między godziną 7.00 a 10.00, na czczo. Wytyczne przyjmują 12 nmol/l jako próg całkowitego testosteronu dla hipogonadyzmu o późnym początku i zalecają potwierdzenie wyniku poniżej tego progu w odrębnych porannych oznaczeniach przed rozpoczęciem leczenia. Dalsza ocena – SHBG i obliczonego wolnego testosteronu, LH, FSH lub prolaktyny – wynika z obrazu klinicznego i celu różnicowania. Próg nie zastępuje objawów ani interpretacji w kontekście metody laboratoryjnej; kwestionariusze objawów mają małą swoistość i nie zastępują oceny klinicznej.

Objawy takie jak zmęczenie, obniżony nastrój, wzrost masy ciała, zmniejszenie siły i gorszy sen występują w wielu stanach i w tej grupie wieku mają najczęściej inne przyczyny: bezdech senny, depresję, nadmierną masę ciała, przewlekłe skrócenie czasu snu, przeciążenie zawodowe. Bardziej swoiste są zaburzenia funkcji seksualnych, zmniejszenie owłosienia, mała objętość jąder, ginekomastia, niepłodność i utrata masy kostnej – lecz również one wymagają różnicowania.

Obniżenie stężenia testosteronu u mężczyzny z otyłością i licznymi chorobami współistniejącymi może mieć charakter czynnościowy i potencjalnie odwracalny. Zależność między otyłością brzuszna a hipogonadyzmem jest dwukierunkowa, a rozstrzygnięcie kolejności ma konsekwencje terapeutyczne – w części przypadków redukcja masy ciała przywraca stężenia bez leczenia substytucyjnego. W zdrowym starzeniu spadek jest mniejszy, niż sugeruje marketing „męskiej menopauzy”.

Testosteronu nie zaleca się mężczyznom z prawidłowym stężeniem w celu poprawy witalności, funkcji poznawczych ani składu ciała. Hamuje on wydzielanie gonadotropin i spermatogenezę, dlatego nie powinien być stosowany jako leczenie męskiej niepłodności ani u mężczyzn aktywnie pragnących zachować płodność. Przed leczeniem należy rozpoznać przeciwwskazania, omówić cele i zaplanować monitorowanie zgodnie z wytycznymi.

TRZY ZDANIA, KTÓRE POWINNY TOWARZYSZYĆ KAŻDEMU MATERIAŁOWI O TESTOSTERONIE

Rozpoznanie wymaga objawów i co najmniej dwóch odpowiednich pomiarów. Otyłość, choroby, sen i leki mogą obniżać stężenie czynnościowo. Egzogenny testosteron może ograniczyć płodność. System powinien monitorować nie liczbę recept, lecz zgodność rozpoznania z kryteriami, udokumentowanie planów prokreacyjnych pacjenta, przeciwwskazań, celu terapii oraz kontroli bezpieczeństwa.

Obszar ten wymaga w polskich warunkach uwagi z jeszcze jednego powodu, wykraczającego poza medycynę. Rynek preparatów i usług adresowanych do mężczyzn z nieswoistymi objawami rozwija się szybciej niż zdolność systemu publicznego do postawienia rozpoznania. Pacjent, który nie uzyska w rozsądnym czasie rzetelnej oceny, uzyska ofertę komercyjną – i będzie ona sformułowana w sposób odpowiadający jego oczekiwaniom, a nie jego rozpoznaniu.

17.7. Rak gruczołu krokowego: od sporu „badać czy nie badać” do jakości całej ścieżki

Rak gruczołu krokowego jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u mężczyzn w Polsce. Sam ten fakt nie rozstrzyga jednak, jak powinno wyglądać wczesne wykrywanie. Przez lata dyskusję redukowano do pytania o wykonanie oznaczenia PSA. Problem współczesny jest szerszy: komu zaproponować świadomą ocenę ryzyka, w jakim wieku, jak interpretować wynik, kiedy go powtórzyć, kiedy wykonać rezonans magnetyczny, komu proponować biopsję, jak odróżnić chorobę istotną klinicznie od mało agresywnej i jak nie utracić pacjenta między kolejnymi etapami.

PSA nie jest biletem do biopsji ani do usunięcia gruczołu krokowego. Jest początkiem procesu, który powinien prowadzić przez ocenę ryzyka, obrazowanie i rozmowę – a w części przypadków kończyć się decyzją o nieleczeniu. Najtrudniejszą decyzją nie jest bowiem to, kogo operować, lecz kogo nie operować.

Co wiadomo o bilansie badań przesiewowych

W opublikowanej w 2025 roku dwudziestotrzyletniej obserwacji europejskiego badania ERSPC zaproszenie do badań przesiewowych wiązało się ze względnym zmniejszeniem ryzyka zgonu z powodu tego nowotworu o 13% – współczynnik ryzyka 0,87 – oraz z bezwzględnym zmniejszeniem ryzyka o 0,22 punktu procentowego. Jednocześnie rozpoznawano więcej raków: względna częstość rozpoznań wynosiła 1,30. Autorzy oszacowali, że jednemu zgonowi z powodu raka zapobiegano na około 456 mężczyzn zaproszonych do badań w długim okresie obserwacji. Jest to rzeczywista korzyść populacyjna, ale niewielka bezwzględnie i uzyskana kosztem dodatkowych rozpoznań.

Aktualizacja przeglądu Cochrane opublikowana w 2026 roku, obejmująca sześć badań i blisko 800 tysięcy uczestników, oceniła z umiarkowaną pewnością, że badanie przesiewowe oparte na PSA może zmniejszyć swoistą umieralność o około dwa zgony na tysiąc badanych w horyzoncie do 23 lat, zwiększając jednocześnie liczbę rozpoznań. Nowsze ścieżki łączące PSA z kalkulatorami ryzyka, markerami i rezonansem magnetycznym wykrywają chorobę istotną klinicznie precyzyjniej, lecz ich wpływ na umieralność nie jest jeszcze tak pewny jak wpływ na trafność diagnostyki.

Amerykańskie badanie PLCO nie wykazało istotnego zmniejszenia umieralności swoistej w ramieniu zaproszonym do badań. Interpretację ogranicza jednak bardzo częste wykonywanie PSA w grupie kontrolnej. Nie było to zatem czyste porównanie badania z brakiem badania, lecz w dużej mierze porównanie programu zorganizowanego z badaniem oportunistycznym.

Zestawienie tych wyników nie uzasadnia ani hasła „PSA nie działa”, ani hasła „każdy mężczyzna musi badać PSA co roku”. Uzasadnia ścieżkę zorganizowaną i dostosowaną do ryzyka.

Progi wieku i postępowanie z wynikiem

Wytyczne z 2026 roku zalecają indywidualną, dostosowaną do ryzyka strategię u dobrze poinformowanych mężczyzn, których przewidywana długość życia wynosi co najmniej 15 lat. Wskazują wiek 50 lat dla mężczyzn bez szczególnych czynników ryzyka, 45 lat przy wywiadzie rodzinnym raka gruczołu krokowego w młodym wieku lub pochodzeniu afrykańskim oraz 40 lat u nosicieli wariantu BRCA2. Są to progi rozpoczęcia rozmowy i oceny ryzyka, nie nakaz corocznego badania; częstość kolejnych oznaczeń powinna zależeć od ryzyka i wcześniejszego wyniku.

Wynik PSA jest zmienny i swoisty dla narządu, lecz nie dla nowotworu. Na jego stężenie mogą wpływać łagodny rozrost, zakażenie, zatrzymanie moczu i warunki pobrania. Wytyczne zalecają powtórzenie wyniku w zakresie 3–10 ng/ml u mężczyzny bez podejrzanego badania palpacyjnego przed przejściem do dalszej diagnostyki – w tym samym laboratorium i w porównywalnych warunkach, po wykluczeniu czynników zaburzających. Do decyzji o biopsji powinny być wykorzystywane

narzędzia dalszej oceny ryzyka: przede wszystkim rezonans magnetyczny gruczołu krokowego, walidowany kalkulator ryzyka albo odpowiedni marker.

Kaskada wczesnego wykrywania

- 1. Zaproszenie do świadomej decyzji.** Mężczyzna z odpowiednim przewidywanym czasem życia otrzymuje informację o możliwej korzyści, nadrozpoznawalności, wynikach fałszywie dodatnich i dalszych etapach.
- 2. Ocena ryzyka wyjściowego.** Wiek, wywiad rodzinny, znane warianty genetyczne, wcześniejsze wyniki, choroby współistniejące i preferencje określają moment pierwszego i kolejnego badania.
- 3. Oznaczenie w kontrolowanych warunkach.** Wynik interpretowany w kontekście, a w zakresie pośrednim powtarzany zgodnie z wytycznymi, zamiast natychmiast uruchamiać biopsję.
- 4. Ocena ryzyka przed biopsją.** Rezonans, kalkulator albo marker ograniczają biopsje mało potrzebne i kierują je do osób z większym prawdopodobieństwem choroby istotnej klinicznie.
- 5. Biopsja o zapewnionej jakości.** Sposób wykonania i pobranie wycinków wynikają z obrazu rezonansu, ryzyka i standardu klinicznego; wynik patomorfologiczny musi zawierać informacje potrzebne do stratyfikacji.
- 6. Decyzja po rozpoznaniu.** Choroba małego ryzyka może wymagać aktywnego nadzoru, nie natychmiastowego leczenia radykalnego. Choroba istotna klinicznie wymaga terminowej oceny wielodyscyplinarnej i leczenia dostosowanego do ryzyka.
- 7. Ocena wyniku onkologicznego i funkcjonalnego.** Przeżycie bez progresji jest ważne, lecz niepełne bez danych o trzymaniu moczu, erekcji, objawach, powikłaniach i jakości życia.

TABELA 21

Cztery decyzje w ścieżce raka gruczołu krokowego: kto je podejmuje, na jakiej podstawie i co musi zostać udokumentowane

DECYZJA	KTO JĄ PODEJMUJE	NA JAKIEJ PODSTAWIE	CO POWINNO ZOSTAĆ UDOKUMENTOWANE
Czy oznaczyć PSA	Pacjent wspólnie z lekarzem	Wiek, wywiad rodzinny, przewidywana dalsza długość życia, preferencje wobec ryzyka nadrozpoznania	Fakt przedstawienia korzyści i możliwych następstw; świadoma decyzja
Czy powtórzyć wynik przed dalszą diagnostyką	Lekarz	Wartość 3–10 ng/ml, brak podejrzanego badania palpacyjnego, czynniki zaburzające	Powtórzenie w tym samym laboratorium i w porównywalnych warunkach
Czy wykonać biopsję	Lekarz wspólnie z pacjentem	Wynik rezonansu, kalkulatora ryzyka albo markera; dynamika wyniku	Narzędzie stratyfikacji użyte przed biopsją albo udokumentowany wyjątek
Czy leczyć radykalnie po rozpoznaniu	Lekarz wspólnie z pacjentem, po pełnej ocenie	Grupa ryzyka, wynik obrazowania i biopsji, choroby współistniejące, przewidywana długość życia	Uzasadnienie wyboru między leczeniem radykalnym a nadzorem aktywnym

Źródło: opracowanie własne autora.

Nadropoznawalność jest częścią bilansu, nie argumentem za bezczynnością

Nadropoznanie oznacza wykrycie nowotworu, który bez badania nie dałby objawów ani nie wpłynąłby na długość życia pacjenta. Nie można wskazać z całkowitą pewnością, którego konkretnego pacjenta ono dotyczy – dlatego system powinien ograniczać ryzyko na każdym etapie: przez właściwy dobór populacji, odstępy oparte na ryzyku, powtarzanie wyniku, badania przed biopsją, jakość patomorfologii i aktywny nadzór.

Szkody nie kończą się na niepokoju po podwyższonym wyniku. Obejmują biopsje, zakażenia i krwawienia, rozpoznanie choroby mało agresywnej, ciężar psychologiczny oraz możliwe następstwa leczenia: nietrzymanie moczu, zaburzenia erekcji, zmiany ejakulacji, powikłania jelitowe i hormonalne. Dlatego wskaźnik „liczba oznaczeń PSA” nie może być samodzielnym miernikiem sukcesu programu.

Warunkiem wykonalności rozdzielenia decyzji o rozpoznaniu od decyzji o leczeniu jest jakość diagnostyki obrazowej i patomorfologicznej. Bez niej nadzór aktywny nie jest realną opcją, ponieważ ani lekarz, ani pacjent nie mają podstaw do zaufania, że zmiana została prawidłowo scharakteryzowana. Dostępność i jakość rezonansu magnetycznego wieloparametrycznego jest zatem zmienną decydującą nie o wygodzie, lecz o tym, czy pacjent w ogóle może uniknąć leczenia, którego nie potrzebuje.

Doświadczenie ośrodka jako zmienna wyniku

Jest jeszcze jedna zmienna, którą trzeba wymienić, choć wykracza poza pojedynczą decyzję kliniczną. Wyniki leczenia nowotworów urologicznych zależą od liczby procedur wykonywanych w danym ośrodku – zależność ta jest w piśmiennictwie chirurgicznym jedną z najlepiej powtarzalnych i dotyczy zarówno powikłań okołozabiegowych, jak i wyników odległych, w tym funkcjonalnych. Wniosek praktyczny jest niewygodny organizacyjnie i prosty merytorycznie: rozproszenie doświadczenia obniża wynik. Zespół urologa, onkologa klinicznego i radioterapeuty zajmujący się stale tym samym rozpoznaniem podejmuje decyzje inaczej niż ośrodek wykonujący kilkanaście takich zabiegów rocznie. Nie jest rozwiązaniem sytuacja, w której każdy ośrodek robi wszystko.

Podaję tę obserwację jako rekomendację ekspercką opartą na piśmiennictwie międzynarodowym, nie jako wynik analizy polskich danych – takiej analizy dla nowotworów urologicznych w Polsce nie opublikowano, a jej wykonanie wymagałoby zestawienia danych płatnika z rejestrem nowotworów i wynikami funkcjonalnymi. Jest to jedno z zestawień wymienionych w rozdziale 24.

MINIMALNY ZESTAW WSKAŹNIKÓW ZORGANIZOWANEJ ŚCIEŻKI

Udział decyzji świadomych. Odsetek nieprawidłowych wyników powtórzonych przed dalszą diagnostyką. Wykorzystanie rezonansu lub innego narzędzia stratyfikacji przed biopsją. Liczba biopsji na jedno rozpoznanie raka istotnego klinicznie. Udział rozpoznań według grup ryzyka. Udział aktywnego nadzoru w grupie odpowiedniej. Czas między kolejnymi etapami. Utrata pacjentów z obserwacji. Wyniki funkcjonalne po leczeniu.

17.8. Rak pęcherza moczowego: krwimocz, którego system nie może zgubić

Rak pęcherza pozostaje w cieniu raka gruczołu krokowego w debacie publicznej, choć jego obciążenie jest istotne, przebieg często wymaga wielokrotnych procedur i długiego nadzoru, a stopień zaawansowania w chwili rozpoznania zasadniczo zmienia rokowanie oraz intensywność leczenia. U mężczyzn występuje znacznie częściej niż u kobiet. Z punktu widzenia organizacji opieki najważniejsza jest możliwość zbudowania ścieżki wokół objawu, a nie populacyjnego badania osób bezobjawowych.

Widoczny krwimocz jest najczęstszym objawem tego nowotworu. Wytyczne z 2026 roku nie zalecają rutynowych badań przesiewowych populacji ogólnej. W diagnostyce podejrzenia cystoskopii pozostaje badaniem koniecznym i nie może być zastąpiona dostępnym testem nieinwazyjnym; obrazowanie dróg moczowych dobiera się do sytuacji i ryzyka, przy czym wytyczne wskazują ultrasonografię lub urografię tomografii komputerowej jako element początkowej oceny.

Krwimocz ma wiele przyczyn. Może towarzyszyć zakażeniu, kamicy, łagodnym chorobom gruczołu krokowego, urazowi, chorobom nerek i leczeniu przeciwkrzepliwemu. Ta różnorodność nie usprawiedliwia jednak uznania go za objaw błahy. Leczenie przeciwkrzepliwie może ujawnić krwawienie, ale samo nie wyklucza obecności choroby nowotworowej. Ustąpienie krwimoczu również nie dowodzi ustąpienia przyczyny.

Palenie tytoniu jest głównym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka tego nowotworu. Kontakt urologiczny z powodu krwimoczu, guza lub nawrotu jest zatem właściwym momentem do zaoferowania rzeczywistego leczenia uzależnienia od nikotyny, nie tylko odnotowania faktu palenia. Korzyść wykracza poza urologię: dotyczy także nowotworów płuca oraz chorób układu krążenia i oddechowego.

ŚCIEŻKA WIDOCZNEGO KRWIMOCZU – SIEDEM KROKÓW

Rozpoznanie i udokumentowanie objawu wraz z informacją o bólu, skrzepach, zakażeniu, lekach przeciwkrzepliwych i czynnikach ryzyka. Ocena pilności, w tym zatrzymania moczu przez skrzepy, niedokrwistości, zakażenia ogólnoustrojowego lub niestabilności. Plan wyjaśnienia źródła krwimoczu odpowiedni do ryzyka, a nie leczenie najbardziej dostępnej przyczyny. Wskazanie jednostki odpowiedzialnej za kolejny etap oraz potwierdzenie jego wykonania. Cystoskopia i obrazowanie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. Rejestr wyniku: przyczyna rozpoznana, nowotwór wykluczony w zakresie przewidzianym ścieżką albo dalszy nadzór. Aktywne zaoferowanie leczenia uzależnienia od tytoniu osobom palącym.

Największym ryzykiem organizacyjnym nie jest pojedyncza błędna decyzja, lecz przerwanie kaskady: antybiotyków bez zaplanowanej kontroli, skierowanie bez informacji o realizacji, ujemne badanie jednego odcinka dróg moczowych uznane za zakończenie diagnostyki albo zniknięcie pacjenta między obrazowaniem a cystoskopią.

Proponowane wskaźniki jakości to: czas od pierwszego odnotowania widocznego krwimoczu do oceny urologicznej, czas do cystoskopii i obrazowania w grupach ryzyka, odsetek chorych tracących między etapami, kompletność oceny dróg moczowych, odsetek rozpoznań według stopnia zaawansowania oraz udział palaczy, którym nie tylko zalecono rzucenie palenia, lecz zaoferowano interwencję o potwierdzonej skuteczności. Czas powinien być raportowany jako mediana i percentyle, nie wyłącznie jako średnia.

Rak pęcherza pokazuje, że poprawa zdrowia mężczyzn nie zawsze wymaga programu przesiewowego. Niekiedy większą wartość przynosi niezawodne przeprowadzenie pacjenta od sygnału alarmowego do rozpoznania i leczenia.

17.9. Nietrzymanie moczu i życie po leczeniu

Nietrzymanie moczu u mężczyzn bywa niewidoczne z powodu wstydu, normalizacji objawu i skupienia systemu na procedurze, która je poprzedziła. Może mieć charakter nagły, wysiłkowy, mieszany, wynikać z przepełnienia albo z zaburzeń neurologicznych. Szczególne znaczenie ma nietrzymanie po leczeniu raka gruczołu krokowego, ale problem nie ogranicza się do pacjentów pooperacyjnych.

W polskim badaniu populacyjnym objawy nietrzymania należały u mężczyzn do najbardziej uciążliwych objawów z dolnych dróg moczowych. W analizie PolSenior2, obejmującej osoby w wieku co najmniej 60 lat, nietrzymanie wysiłkowe zgłaszało 8,9% mężczyzn, a nagłe 16,0%.

Po leczeniu radykalnym raka gruczołu krokowego wynik onkologiczny pozostaje nadrzędny, lecz nie wyczerpuje oceny jakości. Nietrzymanie moczu i zaburzenie erekcji mogą wpływać na decyzję o leczeniu, na późniejszą aktywność, pracę i relacje. Wyniku nie powinno się mierzyć wyłącznie stwierdzeniem „bez nawrotu”.

Trening mięśni dna miednicy może przyspieszać powrót trzymania moczu po prostatektomii, chociaż wyniki badań są niejednorodne.

Utrwalone umiarkowane lub ciężkie wysiłkowe nietrzymanie moczu ma skuteczne opcje leczenia zabiegowego; sztuczny zwieracz cewki pozostaje standardową metodą w odpowiedniej grupie i powinien być wszczepiany oraz prowadzony w ośrodkach posiadających doświadczenie. Nie oznacza to, że każdy wyciek po operacji wymaga zabiegu ani że jedna metoda jest właściwa dla wszystkich.

STANDARD FUNKCJONALNY ŚCIEŻKI ONKOLOGICZNEJ

Przed leczeniem radykalnym należy w sposób zrozumiały omówić prawdopodobne skutki dla trzymania moczu, erekcji, ejakulacji i płodności oraz odnotować wartości wyjściowe. Po leczeniu te same domeny powinny być mierzone w uzgodnionych punktach czasu za pomocą krótkich, walidowanych narzędzi zgłaszanych przez pacjenta – co najmniej przed leczeniem oraz po 3 i 12 miesiącach.

Ścieżka powinna obejmować informację przed leczeniem, dostęp do fizjoterapii prowadzonej przez kompetentny personel, środki zabezpieczające w okresie przejściowym, kontrolę postępu i skierowanie do ośrodka leczenia utrwalonego nietrzymania. Pacjent nie powinien dowiadywać się po miesiącach, że istnieją dalsze możliwości terapii.

17.10. Zakażenia układu moczowego

Zakażenia układu moczowego u mężczyzn wymagają myślenia o anatomii, funkcji i możliwym zajęciu narządowym. Jednocześnie sama płeć nie powinna zastępować oceny ryzyka. Wytyczne porządkują zakażenia jako miejscowe lub ogólnoustrojowe i zwracają uwagę na czynniki mogące utrudniać leczenie: przeszkodę w odpływie, zaleganie moczu, kamice, cewnik, nieprawidłowości układu moczowego, zaburzenia neuro-urologiczne, niewydolność nerek, cukrzycę, immunosupresję, wcześniejsze antybiotyki oraz oporność drobnoustrojów.

W zakażeniu ogólnoustrojowym należy wykonać badanie ogólne moczu oraz posiew z oceną wrażliwości, a sposób leczenia i obrazowania dostosować do ciężkości, ryzyka oporności i podejrzenia przeszkody. Brak poprawy w ciągu 48–72 godzin wymaga ponownej oceny; u chorego ciężkiego lub z utrzymującymi się objawami trzeba poszukiwać powikłań i przeszkody. U mężczyzny z bólem miednicy lub krocza badanie przez odbytnicę pomaga ocenić ostre zajęcie gruczołu krokowego.

Zasady te mają dwa następstwa systemowe. Po pierwsze, nawracające przepisywanie antybiotyku bez posiewu, kontroli i wyjaśnienia mechanizmu może opóźniać rozpoznanie kamienia, zwięźlenia, zalegania, ropnia albo przewlekłego problemu w obrębie gruczołu krokowego. Po drugie, nadmierna i źle dobrana antybiotykoterapia napędza oporność i naraża pacjenta na działania niepożądane. Diagnostyka nie ma polegać na mnożeniu posiewów u osób bez wskazań, lecz na wykonywaniu ich wtedy, gdy wynik rzeczywiście prowadzi leczenie.

Dla mężczyzny z zakażeniem ogólnoustrojowym, nawrotem albo czynnikiem ryzyka właściwy jest krótki standard dokumentacji: pobranie materiału przed antybiotykiem, jeśli stan na to pozwala; ocena przeszkody i zalegania; przegląd wcześniejszych posiewów i leków; plan kontroli w razie braku poprawy; wskazanie osoby odpowiedzialnej za odczyt wyniku i modyfikację terapii.

17.11. Płodność, andrologia i zdrowie jąder

Niepłodność jest problemem pary, ale męski czynnik zbyt często pozostaje sprowadzony do jednego wyniku badania nasienia. Tymczasem trudność w uzyskaniu ciąży bywa pierwszą okazją do rozpoznania choroby jąder, zaburzenia hormonalnego, genetycznego lub ogólnoustrojowego, następstw leczenia onkologicznego, ekspozycji zawodowej albo problemów seksualnych.

Około 15% par nie uzyskuje ciąży w ciągu 12 miesięcy regularnego współżycia bez antykoncepcji; czynnik związany z mężczyzną występuje w około połowie przypadków, a jako jedyny – w około

jednej piątej. Wartości te pochodzą z piśmiennictwa międzynarodowego i nie są oszacowaniem liczby polskich par.

Pojedyncze badanie nasienia nie rozdziela w sposób absolutny mężczyzn płodnych i niepłodnych. Parametry zmieniają się między próbkami, a wartości referencyjne nie są ostrą granicą biologiczną. Jeśli wynik wyjściowy jest nieprawidłowy, należy wykonać co najmniej dwa kolejne oznaczenia. Ocena męczyzny obejmuje wywiad medyczny i reprodukcyjny, badanie fizykalne oraz dalsze badania hormonalne, obrazowe lub genetyczne według wskazań. Oboje partnerzy powinni być oceniani równolegle, ponieważ czas i czynniki po obu stronach wpływają na decyzje.

Badanie fizykalne nie jest dodatkiem do wyniku laboratoryjnego: pozwala ocenić objętość i konsystencję jąder, nasieniowody, żyłki powrózka, cechy niedoboru androgenów i inne nieprawidłowości. Rozpoznanie niepłodności męskiej wiąże się w badaniach z większym ryzykiem wybranych chorób nowotworowych i nienowotworowych, w tym raka jądra – co uzasadnia pełną ocenę zdrowia zamiast traktowania męczyzny wyłącznie jako dostarczyciela próbki.

Trudność w uzyskaniu ciąży jest jednym z niewielu powodów, dla których męczyzna w trzeciej lub czwartej dekadzie życia wchodzi do opieki specjalistycznej – a więc w grupie wieku o najniższej częstości kontaktu z systemem.

Nieprawidłowe parametry nasienia współwystępują ponadto z zaburzeniami metabolicznymi, otyłością, ekspozycjami zawodowymi i paleniem. Punkt kontaktu, o którym mowa, dociera zatem do populacji, do której nie dociera żaden inny mechanizm: męczyzn trzydziestoletnich bez lekarza rodzinnego, jeszcze nieobjętych programami adresowanymi do osób po czterdziestce.

Egzogenny testosteron i androgeny anaboliczne hamują oś podwzgórze–przysadka–jądro i mogą istotnie ograniczyć albo zatrzymać spermatogenezę. Pacjent może paradoksalnie otrzymać testosteron z powodu zmęczenia lub objawów seksualnych dokładnie w okresie, w którym planuje ojcostwo. Pytanie o plany reprodukcyjne powinno zatem poprzedzać leczenie, a w onkologii rozmowa o zachowaniu płodności powinna odbyć się przed rozpoczęciem terapii gonadotoksycznej, jeśli sytuacja kliniczna na to pozwala.

Osobnej ścieżki wymaga zdrowie jąder poza niepłodnością. Ostry ból moszny, wyczuwalny guz, zmiana wielkości lub konsystencji jądra, uraz i zaburzenia dojrzewania wymagają pilnej oceny: przy podejrzeniu skrętu opóźnienie liczone w godzinach przekłada się na utratę gonady, przy guzie – na stopień zaawansowania w chwili rozpoznania. Rak jądra dotyczy często młodszych i w większości przypadków jest wyleczalny, lecz nie ma podstaw do wprowadzania populacyjnego badania ultrasonograficznego ani obowiązkowego samobadania jako programu przesiewowego. Wartością edukacji jest zmniejszenie zwłoki po zauważeniu nieprawidłowości, nie liczba wykonanych badań. Brak bólu nie uspokaja – większość guzów jądra jest niebolesna.

Polska nie dysponuje publiczną, stabilną i porównywalną w czasie serią jakości nasienia. Nie pozwala to przedstawiać zmian w tym obszarze jako policzonego trendu, a dane z klinik leczenia

niepłodności nie mogą być bez korekty uznawane za reprezentatywne dla wszystkich mężczyzn. Potrzebny jest wielośrodkowy, zapewniony jakościowo moduł danych andrologicznych: powód badania, wiek, czas starań, sposób pobrania, parametry według jednolitego standardu, rozpoznania, ekspozycje i wynik ścieżki.

17.12. Kamica, urazy i stany nagłe

Ostatnie z pięciu pól urologii jest w opracowaniach o zdrowiu publicznym pomijane najczęściej, ponieważ nie poddaje się logice programu profilaktycznego. Kolka nerkowa, ostre zatrzymanie moczu, skręt jądra, załupęk, priapizm, uraz nerki i uraz cewki są stanami, w których o wyniku decyduje czas i dostępność właściwej procedury, a nie wcześniejsze wykrycie.

Dla organizacji opieki mają jednak dwie cechy istotne. Pierwsza: są to zdarzenia, w których mężczyzna trafia do systemu niezależnie od swojej gotowości do korzystania z opieki – a więc obejmują również tych, których nie osiąga żaden mechanizm zapraszania. Druga: kamica nawraca, a jej nawrót jest w znacznej części modyfikowalny przez ocenę metaboliczną i zalecenia dotyczące płynów i diety, których w polskiej praktyce po pierwszym epizodzie zwykle się nie wykonuje.

Epizod kamicy albo ostrego zatrzymania moczu jest – analogicznie do zdarzenia ostrego w kardiologii – momentem o wysokiej gotowości pacjenta do zmiany zachowań i do wykonania badań. Dane rozliczeniowe zawierają procedurę, nie zawierają natomiast informacji o tym, czy po epizodzie wykonano ocenę metaboliczną i czy pacjent wrócił na kontrolę.

17.13. Dlaczego urolog bywa dla mężczyzny lekarzem pierwszego kontaktu

Zaburzenie erekcji, nokturia, objawy z dolnych dróg moczowych i problem z płodnością mają wspólną cechę wyróżniającą je spośród innych dolegliwości: skłaniają mężczyznę do zgłoszenia się. Dotyczą funkcji ocenianej jako istotna dla sprawności i samooceny, są odczuwalne codziennie i nie poddają się przeczekaniu.

Z perspektywy organizacji opieki ma to znaczenie odrębne od wagi klinicznej tych objawów. W populacji, w której częstość kontaktów z podstawową opieką jest niska, każdy powód zgłoszenia się ma wartość jako punkt wejścia do systemu. Rozdział 20 opisuje cztery koszty, jakie pacjent ponosi, decydując się na kontakt z opieką; objaw urologiczny jest jednym z niewielu bodźców na tyle silnych, by wszystkie cztery przewyciężyć.

Znaczna część mężczyzn w wieku 45–70 lat – a więc w grupie generującej największą część różnicy w umieralności – nie zgłasza się na żadne badanie profilaktyczne, nie odpowiada na zaproszenia i nie ma lekarza rodzinnego, u którego bywa regularnie. Ci sami mężczyźni umawiają się jednak na wizytę urologiczną, z powodu objawu, który uznają za wystarczająco konkretny i wystarczająco uciążliwy.

TABELA 22

Sześć punktów kontaktu z systemem: zasięg, profil ryzyka osób docierających, możliwość krótkiej oceny i mierzalność domknięcia

PUNKT KONTAKTU	ZASIĘG W POPULACJI MĘŻCZYZN	PROFIL RYZYKA OSÓB DOCIERAJĄCYCH	MOŻLIWOŚĆ KRÓTKIEJ OCENY	ZDOLNOŚĆ PRZEKAZANIA DALEJ	MIERZALNOŚĆ DOMKNIECIA
Podstawowa opieka	Wysoki formalnie, nierówny faktycznie	Pełny przekrój, z niedoreprezentowaniem mężczyzn 30–55 lat	Pełna	Pełna	Możliwa; wskaźnik nieprodukowany
Medycyna pracy	Wysoki wśród zatrudnionych w stosunku pracy; zerowy poza nimi	Ryzyko przewlekłe i zawodowe u osób bez kontaktu z POZ	Ograniczona mandatem orzecznictwem	Formalnie istnieje, praktycznie niemierzona	Brak rejestru
Szpital i oddział ratunkowy	Epizodyczny, obejmuje grupy nieobecne gdzie indziej	Wysokie ryzyko; zdarzenie ostre jako wskaźnik ryzyka przewlekłego	Ograniczona czasem i trybem	Wysoka, jeżeli plan ustalono przed wypisem	Możliwa; wskaźnik nieprodukowany
Psychiatria po kryzysie	Wąski, ale najwyższego ryzyka	Najwyższy w całej analizie	Pełna	Wysoka przy modelu inicjatywy placówki	Możliwa; wskaźnik nieprodukowany
Urologia i andrologia	Wąski, skoncentrowany w wieku 45–70 lat; osobne okno	Wysoki; pacjenci często bez kontaktu z POZ	Wysoka przy zakresie proporcjonalnym	Wysoka – do POZ lub właściwego	Możliwa w danych płatnika
Apteka	Bardzo wysoki, powtarzalny	Pełny przekrój, w tym osoby unikające placówek	Ograniczona do problemu lekowego i pomiaru ciśnienia	Ograniczona; wymaga określonej granicy roli	Obecnie brak

Źródło: opracowanie własne autora.

Odczyt tego zestawienia jest jednoznaczny: słabością urologii jest zasięg, siłą – profil ryzyka, wykonalność krótkiej oceny i zdolność przekazania dalej. Urologia nie zastąpi podstawowej opieki, ponieważ dociera do zbyt wąskiej grupy. Dociera jednak do grupy właściwej, w wieku właściwym, z objawem właściwym – a koszt krańcowy dodania krótkiej oceny do wizyty, która i tak się odbywa, jest bliski zeru.

Asymetria między urologią a ginekologią

Ginekologia i położnictwo ukształtowały się jako specjalność obejmująca zarówno stany fizjologiczne, jak i chorobowe. Ciąża, poród i antykoncepcja są stanami fizjologicznymi wymagającymi kontaktu z lekarzem. W cyklu życia kobiety istnieją zatem regularne, przewidywalne i społecznie oczekiwane powody kontaktu ze specjalistą, niezwiązane z chorobą. Urologia nie obejmuje żadnego stanu fizjologicznego wymagającego regularnego kontaktu.

TABELA 23

Pięć różnic strukturalnych między ginekologią a urologią jako punktami wejścia do systemu

CECHA	GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO	UROLOGIA
Dostęp bez skierowania	Tak, w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych	Nie; w typowej ścieżce ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wymagane jest skierowanie
Powód kontaktu	Stany fizjologiczne i chorobowe; znaczna część wizyt dotyczy stanów fizjologicznych	Wyłącznie stany chorobowe albo wynik badania
Regularność	Wzorzec wizyt cyklicznych utrwalony w praktyce i w oczekiwaniu społecznym	Brak wzorca wizyt cyklicznych
Wiek pierwszego kontaktu	Zwykle druga lub trzecia dekada życia	Zwykle piąta lub szósta dekada życia
Powiązanie z profilaktyką	Program przesiewowy zintegrowany z wizytą specjalistyczną	Brak programu przesiewowego zintegrowanego z wizytą

Źródło: opracowanie własne autora.

Stan dostępu bez skierowania odtworzono z informacji publicznych aktualnych na datę odcięcia raportu. Istnieją odrębne tryby dla stanów nagłych oraz inne wyjątki wynikające z przepisów; zestawienie dotyczy standardowej ścieżki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Konsekwencje są organizacyjne, nie kulturowe. Wymóg skierowania oznacza dwa kontakty zamiast jednego oraz odstęp czasowy między decyzją pacjenta a wizytą. Mężczyzna, który po tygodniach lub miesiącach wahania zdecydował się zgłosić z objawem dotyczącym funkcji seksualnej, musi najpierw opowiedzieć o nim lekarzowi rodzinnemu, uzyskać skierowanie, umówić drugą wizytę i opowiedzieć o tym samym ponownie. Każdy z tych kroków jest punktem, w którym decyzja może zostać odwołana. Skierowanie może jednak pełnić także funkcję porządkującą i wstępnie oceniającą, jeżeli podstawowa opieka jest dostępna, a przekazanie sprawne.

Mechanizmy zapraszania, przypominania i monitorowania uczestnictwa rozwijano w Polsce przede wszystkim w programach kierowanych do kobiet. Doświadczenie organizacyjne w docieraniu do populacji mężczyzn jest zatem mniejsze – nie z powodu decyzji o pominięciu, lecz jako następstwo historii programów.

Różnica we wzorcu korzystania ze świadczeń między płciami ma źródło strukturalne, nie postawowe. A struktura poddaje się modyfikacji w horyzoncie krótszym niż postawy.

Nie prowadzi to do postulatu corocznej wizyty kontrolnej u urologa dla wszystkich zdrowych mężczyzn: taki model zwiększyłby wykrywanie wyników przypadkowych, obciążył specjalistów i odciągnął zasoby od pacjentów objawowych albo wysokiego ryzyka. Prowadzi do rozwiązań celowanych: wykorzystania istniejącej wizyty jako punktu krótkiego bilansu ryzyka ogólnego, ujednoliconych ścieżek dla widocznego krwiomoczu, guza jądra, ostrego zatrzymania moczu i niepłodności, możliwości elektronicznego przekazania z potwierdzeniem przyjęcia oraz zaproszenia dostosowanego do ryzyka w ścieżce raka gruczołu krokowego.

17.14. Urologiczny bilans przy okazji wizyty

Najbardziej wykonalnym działaniem nie jest tworzenie nowego, powszechnego przeglądu urologicznego dla każdego mężczyzny, lecz wykorzystanie wizyty, która już się odbywa. Pacjent zgłaszający się z zaburzeniem erekcji, objawami z dolnych dróg moczowych, kamicą, zakażeniem, niepłodnością albo po leczeniu onkologicznym może od lat nie mieć aktualnego pomiaru ciśnienia, danych metabolicznych ani oceny palenia. Krótki bilans nie ma rozszerzać konsultacji do pełnego badania internistycznego. Ma rozpoznać najważniejszy sygnał i skutecznie przekazać go dalej.

TABELA 24

Ośmioelementowy bilans ryzyka ogólnego przy wizycie urologicznej: co ustalić, co zrobić z nieprawidłowością i czego nie robić automatycznie

ELEMENT	CO NALEŻY USTALIĆ	CO ZROBIĆ Z NIEPRAWIDŁOWOŚCIĄ	CZEGO NIE ROBIĆ AUTOMATYCZNIE
Cięnienie i tętno	Pomiar, jeśli brak aktualnego wiarygodnego wyniku albo wskazuje na to stan kliniczny	Powtórzyć prawidłową techniką; pilność dalszej oceny dobrać do wartości	Nie rozpoznawać przewlekłego nadciśnienia z pojedynczego pomiaru bez potwierdzenia
Masa ciała lub obwód pasa	Prosty wskaźnik ryzyka metabolicznego	Przekazać do oceny i leczenia otyłości albo ryzyka w POZ lub odpowiednim programie	Nie przedstawiać samej redukcji masy ciała jako substytutu leczenia objawu urologicznego
Tytoń	Aktualne palenie, wcześniejsze próby, gotowość do zaprzestania	Zaoferować krótką interwencję i dostęp do leczenia uzależnienia	Nie ograniczać się do wpisu „palenie: tak”
Sen	Chrapanie, obserwowane bezdechy, senność dzienna, nokturia	Przy podejrzeniu skierować do odpowiedniej oceny	Nie rozpoznawać bezdechu na podstawie samej nokturii
Metabolizm	Aktualność wyników glikemii albo hemoglobiny glikowanej i lipidogramu	Zlecenie albo przekazanie zależnie od kompetencji i ścieżki	Nie powtarzać badań bez uwzględnienia ich aktualności i profilu ryzyka
Nastroj i cierpienie	Krótkie pytania o obniżenie nastroju, utratę zainteresowań, lęk i wpływ problemu intymnego	Pogłębić ocenę, rozpoznać zagrożenie, skierować zgodnie z potrzebą	Nie uznawać objawu za psychogeny wyłącznie dlatego, że pacjent ma depresję
Leki i substancje	Leki wpływające na mikcję, erekcję, ejakulację i hormony; alkohol, anaboliki	Skorygować albo skonsultować bezpiecznie z lekarzem prowadzącym	Nie odstawiać samodzielnie leku istotnego dla rokowania
Cel pacjenta	Funkcja, której poprawa jest najważniejsza; plany prokreacyjne; akceptowane działania niepożądane	Włączyć do decyzji i do pomiaru wyniku	Nie zakładać, że przepływ moczu albo PSA jest jedynym celem

Źródło: opracowanie własne autora.

Protokół powinien mieć wariant pełny dla nowego pacjenta i skrócony dla wizyty kontrolnej. Część informacji może zostać zebrana przed wizytą w bezpiecznym formularzu, lecz rozmowa o seksualności, płodności i nastroju wymaga prywatności oraz możliwości poprawienia źle zrozumianej odpowiedzi.

Najważniejszym elementem nie jest samo wykrycie podwyższonego ciśnienia czy podejrzenia bezdechu, lecz odpowiedzialność za kolejny krok. „Proszę iść do lekarza rodzinnego” jest zaleceniem, nie ścieżką. Domknięte przekazanie oznacza, że pacjent wie, dokąd i dlaczego ma się zgłosić, jednostka przyjmująca otrzymuje najważniejsze informacje, a wynik dalszej oceny wraca do dokumentacji albo jest potwierdzony w inny dopuszczalny sposób.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 17

1

Urologia łączy duże obciążenie nowotworami, powszechne zaburzenia oddawania moczu, seksualność, płodność i długoterminowe następstwa leczenia. Nie sprowadza się do raka gruczołu krokowego.

2

Objaw urologiczny jest punktem wejścia, nie gotowym rozpoznaniem. Objawy z dolnych dróg moczowych nie są synonimem łagodnego rozrostu gruczołu krokowego, nokturia nie jest automatycznie chorobą prostaty, zaburzenie erekcji nie rozpoznaje choroby wieńcowej, a pojedyncze niskie stężenie testosteronu nie rozpoznaje hipogonadyzmu.

3

Objaw z dolnych dróg moczowych występuje u dwóch trzecich mężczyzn po czterdziestce; leczenie otrzymuje co czwarta osoba z objawem.

4

W raku gruczołu krokowego korzyść bezwzględna badań przesiewowych jest niewielka – jeden uniknięty zgon na około 456 zaproszonych w 23-letniej obserwacji – i okupiona dodatkowymi rozpoznaniem. O jakości decyduje cała kaskada, nie liczba oznaczeń.

5

W raku pęcherza priorytetem jest niezawodna ścieżka krwimoczu, nie badanie populacji bezobjawowej. Palenie należy traktować równocześnie jako urologiczny i ogólny cel leczenia.

6

Zaburzenie erekcji o podłożu naczyniowym poprzedza jawną chorobę sercowo-naczyniową o 2–5 lat i powinno uruchamiać ocenę ryzyka – bez obiecywania pacjentowi, że jego leczenie zapobiegnie zawałowi.

7

Funkcja jest wynikiem leczenia. Trzymanie moczu, erekcja, ejakulacja, sen, uciążliwość objawów i płodność powinny być mierzone obok przeżycia, nawrotu, przepływu i powikłań.

8

Asymetria urologii i ginekologii ma źródło strukturalne: brak wymogu skierowania do ginekologa i wymóg skierowania do urologa są faktem organizacyjnym.

9

Najbardziej wykonalnym działaniem krótkoterminowym jest wykorzystanie wizyty, która już się odbywa.

10

System powinien rozliczać przejścia i wyniki, nie samą aktywność. Rozbudowana urologia nie oznacza przy tym specjalistycznego monopolu: jej siła polega na współpracy z podstawową opieką, kardiologią, onkologią, diabetologią, medycyną snu, psychiatrią, rehabilitacją, mikrobiologią, ginekologią i medycyną rozrodu.

System opieki

Kaskada i miejsca, w których pacjent z niej wypada. Ocena polskich programów w sześciu warstwach. Bariery korzystania z opieki. Doświadczenia innych krajów i ramy oceny ekonomicznej.

Salus populi suprema lex esto.

Dobro ludu niech będzie najwyższym prawem.

Cycon, O prawach III, 3, 8

PRZYPowieś CZWARTA • O WIADRZE BEZ DNA

Gospodarz skarżył się, że studnia jest za płytka, bo choć nosi wodę cały dzień, kadź nigdy nie jest pełna. Kupił dłuższy sznur. Potem drugie wiadro. Potem najął parobka do noszenia. Kadź nadal była pusta, a on wiedział już na pewno, że winna jest studnia.

Sąsiad przyszedł, popatrzył i zapytał, czy ktokolwiek sprawdził kadź. W kadzi była szczelina na wysokości dwóch trzecich, przez którą uchodziło wszystko, co wlano powyżej.

Debata o zdrowiu mężczyzn w Polsce jest w znacznej części debatą o dłuższym sznurze. Więcej badań, więcej zaproszeń, więcej kampanii, więcej wykrytych nieprawidłowości. Wszystko to jest noszeniem wody. Szczelina znajduje się między wykryciem a leczeniem i nikt jej nie mierzy, ponieważ w sprawozdawczości nie ma pozycji „woda, która uszła”.

Zanim dołoży się wiadro, warto policzyć, ile ubywa. To jest jedyne działanie w tym raporcie, które nie kosztuje nic i bez którego wszystkie pozostałe są zgadywaniem.

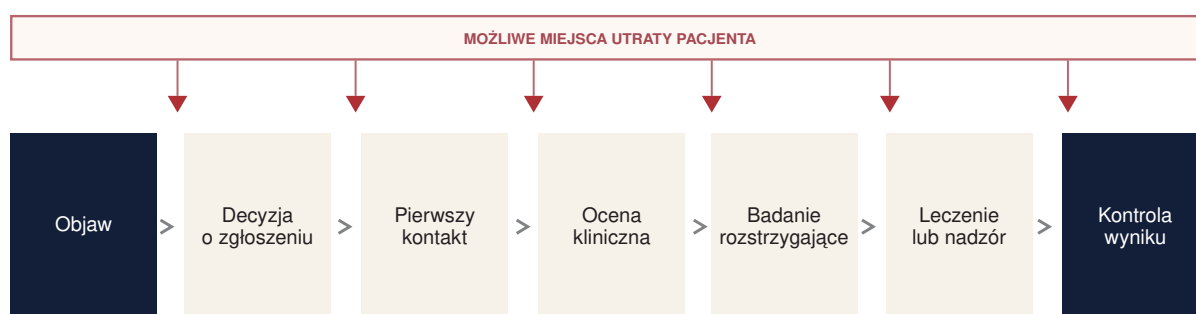
Kaskada opieki

Wynik zdrowotny nie powstaje w żadnym pojedynczym punkcie systemu, lecz na przejściach między nimi: między objawem a decyzją pacjenta o zgłoszeniu się, między zgłoszeniem a uzyskaniem kontaktu, między kontaktem a rozpoznaniem, między rozpoznaniem a rozpoczęciem leczenia i między leczeniem a potwierdzoną kontrolą wyniku. Wykonane badanie ma wartość tylko wtedy, gdy właściwy pacjent otrzyma wynik, zostanie on prawidłowo zinterpretowany, rozpocznie się odpowiednie postępowanie i pacjent wróci na kontrolę. Każde z tych przejść ma inny licznik, inny mianownik i własny mechanizm utraty.

Exitus acta probat.

Wynik ocenia czyny.

Owidiusz, Heroidy II, 85



Publiczne dane opisują świadczenia zrealizowane. Nie opisują przejść między etapami ani miejsc, w których pacjent z kaskady wypada.

RYCINA 12

Siedem przejść, na których pacjent wypada z opieki. Równa szerokość pól odzwierciedla stan wiedzy: nie dysponujemy publicznym pomiarem przejścia między etapami. Sprawozdawczość rejestruje świadczenia zrealizowane – porady, badania, hospitalizacje. Nie rejestruje przypadków, w których po nieprawidłowym wyniku nie nastąpiło dalsze postępowanie.

Droga od czynnika ryzyka do skutecznego leczenia składa się z siedmiu etapów: obecności ryzyka, wystąpienia objawu, decyzji pacjenta o zgłoszeniu się, uzyskania kontaktu z opieką, rozpoznania, rozpoczęcia leczenia i utrzymania go w czasie. Na każdym z nich część pacjentów przestaje przechodzić dalej.

Trzy warstwy oceny programu

W ocenie programów zdrowotnych stosuje się rozróżnienie trzech warstw, które w polskiej sprawozdawczości bywa pomijane. Pierwsza opisuje zasięg: kto otrzymał zaproszenie i kto z niego skorzystał. Druga opisuje rezultat: czy nieprawidłowy wynik doprowadził do diagnostyki lub leczenia. Trzecia opisuje wpływ: czy zmieniły się kontrola czynników ryzyka, stopień zaawansowania w chwili rozpoznania i przedwczesna umieralność.

Poprzestanie na warstwie pierwszej ma określone następstwa. Liczba wykonanych świadczeń może rosnać przez lata bez zmiany wyniku zdrowotnego, jeżeli świadczenia trafiają do osób o niskim ryzyku wyjściowym albo jeżeli nie prowadzą do dalszego postępowania.

Definicje przejść, których w Polsce nie ma

TABELA 25

Pięć przejść kaskady opieki: licznik, mianownik, ramy czasowe i typowy błąd interpretacji

PRZEJŚCIE	LICZNIK	MIANOWNIK	CZAS	RYZIKO BŁĘDNEJ INTERPRETACJI
Dotarcie → ocena	Osoby poddane ocenie	Populacja docelowa	Od zaproszenia do oceny	Liczba ocen bez mianownika nie opisuje zasięgu
Wynik → konsultacja	Osoby skonsultowane	Osoby z wynikiem wymagającym konsultacji	Od udostępnienia wyniku	Wydanie wyniku nie oznacza jego omówienia
Rozpoznanie → leczenie	Osoby rozpoczynające właściwe postępowanie	Osoby ze wskazaniem	Od rozpoznania	Brak leczenia może być prawidłowym aktywnym nadzorem
Leczenie → kontrola	Osoby z oceną wyniku	Osoby objęte leczeniem lub nadzorem	Zgodnie z protokołem	Kontakt kontrolny nie oznacza osiągnięcia celu
Kontrola → ciągłość	Osoby pozostające w opiece	Osoby wymagające dalszej opieki	W zdefiniowanym horyzoncie	Brak wizyty wymaga rozróżnienia decyzji pacjenta i utraty

Źródło: opracowanie własne autora.

Rozwiązania organizacyjne o udokumentowanym efekcie

TABELA 26

Pięć rozwiązań organizacyjnych domykających kaskadę: treść, charakter dowodu i ograniczenie

ROZWIĄZANIE	TREŚĆ	CHARAKTER DOWODU	OGRANICZENIE
Zaproszenie imienne z wyznaczonym terminem	Pacjent otrzymuje datę i miejsce, a nie informację o dostępności świadczenia	Badania z randomizacją w programach przesiewowych; efekt powtarzalny	Wymaga przepustowości odpowiadającej liczbie zaproszeń
Ponowienie kontaktu innym kanałem	Zdefiniowany protokół powtórzenia po określonym czasie, kanałem odmiennym od pierwszego	Badania interwencyjne w programach onkologicznych	Efekt maleje przy kolejnych ponowieniach
Zamknięcie pętli diagnostycznej	Wynik wymagający działania otrzymuje kategorię pilności, termin i status wykonania kolejnego kroku	Badania nad bezpieczeństwem opieki; redukcja opóźnień diagnostycznych	Nadmiar powiadomień o jednakowej wadze prowadzi do ich ignorowania

TABELA 26
(kontynuacja)

ROZWIĄZANIE	TREŚĆ	CHARAKTER DOWODU	OGRANICZENIE
Opieka koordynowana z jednym prowadzącym	Jeden podmiot odpowiada za plan i kontrolę u pacjenta z wieloma rozpoznaniem	Przeglądy systematyczne; efekt umiarkowany, zależny od modelu	Wymaga zasobów kadrowych i zmiany sposobu rozliczania
Godziny dostosowane do czasu pracy	Dyżury popołudniowe i sobotnie, pobranie materiału w wielu punktach	Dane obserwacyjne o uczestnictwie w programach	Efekt dotyczy uczestnictwa; wpływ na wynik zdrowotny niebadany bezpośrednio

Źródło: opracowanie własne autora.

Kanał cyfrowy i jego granica

Internetowe Konto Pacjenta obejmowało w maju 2026 roku ponad 20,67 mln aktywnych kont, w tym około 9,62 mln kont mężczyzn i 11,05 mln kobiet. W każdym przedziale wieku dorosłego kobiety częściej dysponowały aktywnym kontem. Skala tego kanału umożliwia kontakt kierowany, przy czym nie obejmuje całej populacji i nie może stanowić jedynej drogi kontaktu.

Informacja przekazana kanałem cyfrowym bez wskazania dostępnej ścieżki do świadczenia zwiększa świadomość ryzyka, nie zwiększając liczby rozwiązanych problemów zdrowotnych. Materiał zawierający kryterium pilności, sposób umówienia świadczenia, informację o korzyściach i możliwych następstwach badania oraz wskazanie momentu, w którym samodzielna obserwacja przestaje wystarczać, spełnia funkcję usługową. Materiał pozbawiony tych elementów spełnia funkcję informacyjną – i tylko taką.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 18

1

Wynik zdrowotny powstaje na przejściach między etapami opieki, a każde z pięciu przejść ma inny licznik, inny mianownik i własny mechanizm utraty.

2

Ocena programu wymaga rozdzielenia zasięgu, rezultatu i wpływu. Poprzestanie na pierwszej warstwie pozwala liczbie wykonanych świadczeń rosnąć przez lata bez zmiany wyniku zdrowotnego.

3

Pięć rozwiązań o udokumentowanym efekcie – zaproszenie imienne z terminem, ponowienie innym kanałem, zamknięcie pętli diagnostycznej, jeden podmiot prowadzący i godziny dostosowane do czasu pracy – ma wspólną cechę: przenoszą inicjatywę z pacjenta na organizację.

4

Internetowe Konto Pacjenta obejmuje ponad 20,67 mln aktywnych kont, lecz informacja przekazana kanałem cyfrowym bez wskazania dostępnej ścieżki zwiększa świadomość ryzyka, nie liczbę rozwiązanych problemów zdrowotnych.

Polskie programy profilaktyczne

Program można uczciwie ocenić dopiero po rozdzieleniu zasięgu, wykonania, wyniku, dalszego postępowania, kosztu i **niezależnej ewaluacji**. Imponująca liczba pierwszych kontaktów nie odpowiada jeszcze na pytanie, ilu pacjentów uzyskało kontrolowany wynik zdrowotny.

Nemo iudex in causa sua.

Nikt nie może być sędzią we własnej sprawie.

Paremia prawa rzymskiego, utrwalona w tradycji kanonistycznej

Sześć warstw oceny

TABELA 27

Sześć warstw oceny programu profilaktycznego: pytanie właściwe dla każdej warstwy i minimalny miernik

WARSTWA	PYTANIE	MINIMALNY MIERNIK
Zasięg	Jaka część właściwie zdefiniowanej populacji została objęta?	Uczestnicy wobec populacji docelowej, według płci, wieku i ryzyka
Wykonanie	Czy wykonano wszystkie zaplanowane kroki?	Ukończony etap wobec osób zakwalifikowanych
Wynik	Czy zmienił się stan zdrowia albo pośredni parametr kliniczny?	Jawna wartość bazowa i wynik w określonym czasie
Dalsze postępowanie	Co stało się po wyniku nieprawidłowym?	Konsultacja, leczenie i kontrola wobec wyników wymagających działania
Koszt	Jaki był pełny koszt programu i następstw diagnostycznych?	Koszt na osobę objętą, na ukończoną ścieżkę i na wykrycie istotne klinicznie
Ewaluacja	Czy efekt można przypisać programowi i czy nie pogłębił nierówności?	Plan porównawczy, dane o nierównościach, niezależna analiza

Źródło: opracowanie własne autora.

„Moje Zdrowie”

Program uruchomiono 5 maja 2025 roku dla osób od 20. roku życia, z częstotliwością powtarzania zależną od wieku: co pięć lat w grupie 20–49 lat i co trzy lata po pięćdziesiątce. Konstrukcja obejmuje ankietę oceny ryzyka wypełnianą przez pacjenta, zlecenie badań dostosowane do wyniku ankiety oraz wizytę podsumowującą z indywidualnym planem zdrowotnym. Jest to pierwszy polski program profilaktyczny zawierający wszystkie trzy elementy.



Źródło: Centrum e-Zdrowia, pierwszy rok programu „Moje Zdrowie”, stan na 5 maja 2026 r. Mężczyźni stanowili 37,45% uczestników – jest to skład uczestników, nie zasięg populacyjny.

RYCINA 13

Sprawozdawczość kończy się na drugim z sześciu etapów. Po pierwszym roku programu wypełniono 3 739 583 ankiety, z czego 3 541 099 podjęto do realizacji – około 94,7%. Liczba badań wykonanych, wizyt podsumowujących, wyników nieprawidłowych i rozpoczętych terapii nie jest publikowana.

Udział mężczyzn wśród uczestników wynosił 37,45%. Jest to skład uczestników, nie współczynnik uczestnictwa: ten drugi wymagałby mianownika w postaci liczby uprawnionych mężczyzn w danej grupie wieku i regionie. Rozróżnienie to jest w polskich komunikatach systematycznie zacierane i prowadzi do wniosków fałszywych w obie strony – raz do twierdzenia, że mężczyźni nie chcą się badać, raz do twierdzenia, że uczestnictwo jest zadowalające.

ZASADA PORÓWNAŃ MIĘDZY KOMUNIKATAMI

Komunikaty z różnych dat nie powinny być zestawiane w jednym ilorazie bez wspólnego dnia odniesienia i wspólnego słownika. Jeżeli publikowane są wartości takie jak „ankieta”, „ankieta podjęta do realizacji”, „badania”, „bilans” i „indywidualny plan zdrowotny”, każdy z tych terminów powinien mieć definicję operacyjną, licznik, mianownik i datę.

Pozostałe programy

Profilaktyka chorób układu krążenia. Historycznie program obejmował pięć roczników. Od 2022 roku świadczenie dotyczy osób w wieku 35–65 lat spełniających kryteria kliniczne i okres karencji; aktualne zasady uwzględniają także odstęp od udziału w programie „Moje Zdrowie”. W latach 2022–2024 skorzystało z niego 1,234 mln osób, w tym 485 345 mężczyzn, czyli 39% uczestników. W 2023 roku liczba uczestników odpowiadała 3% liczby deklaracji podstawowej opieki zdrowotnej, co nie jest równoznaczne z odsetkiem całej populacji faktycznie uprawnionej.

Profilaktyka 40 Plus. Pilotaż trwał od lipca 2021 roku do 30 kwietnia 2025 roku. Zakres badań zależał od ankiety i płci; w późniejszej fazie badania można było powtarzać po dwunastu miesiącach. Program nie zawierał finansowanej, obowiązkowej wizyty podsumowującej ani pełnej ścieżki domknięcia wyniku. Podlegał ewaluacji procesowej, lecz Najwyższa Izba Kontroli wskazała ograniczenia danych i wartości docelowych; dostępny materiał nie pozwala przypisać programowi zmiany zachorowalności ani umieralności.

Wniosek z zakończonego programu jest jednozdaniowy i wart utrwalenia: nie należy finansować wykrycia bez wskazanej jednostki odpowiedzialnej za dalsze postępowanie.

Program badań przesiewowych raka jelita grubego. Obejmuje osoby w wieku 50–65 lat oraz 40–49 lat z krewnym pierwszego stopnia z rozpoznaniem tego nowotworu, jeżeli w ostatnich dziesięciu latach nie wykonano kolonoskopii; badanie nie wymaga skierowania. Pokrycie populacji wynosiło 15,84% w 2025 roku i 15,9% w pierwszym kwartale 2026 roku. Polskie badanie z randomizacją wykazało, że proste ponowne zaproszenie zwiększa odpowiedź skuteczniej niż zaproszenie na spotkanie edukacyjne.

Powszechny Program Szczepień przeciw HPV. Obejmuje dziewczęta i chłopców po ukończeniu 9. do ukończenia 14. r.ż.; szczepienie jest zalecane i dobrowolne. Jest to jedyne w polskim systemie działanie profilaktyki pierwotnej nowotworów adresowane do chłopców. Publikowanie odsetka pierwszych dawek zamiast pokrycia pełnym schematem zawyża obraz uczestnictwa i uniemożliwia ocenę skuteczności kanału dotarcia.

Wczesne wykrywanie raka płuca. Badanie niskodawkową tomografią komputerową jest skierowane do populacji wysokiego ryzyka. Pilotaż prowadzony w latach 2021–2025 zakończono; w 2026 roku zapowiedziano przejście do ogólnopolskiego świadczenia gwarantowanego. Stan na 1 sierpnia 2026 r.: wdrożenie krajowe wymaga potwierdzenia ostatecznym aktem prawnym.

Badania okresowe medycyny pracy. Największy pod względem liczby świadczeń program obejmujący mężczyzn w wieku produkcyjnym w sposób systematyczny – i jedyne, który nie jest zaliczany do programów profilaktycznych ani w tych kategoriach oceniany. Opis w rozdziale 14.

TABELA 28

Siedem programów w pięciu warstwach oceny: zasięg, wykonanie, wynik zdrowotny, domknięcie i ewaluacja

PROGRAM	ZASIĘG	WYKONANIE	WYNIK ZDROWOTNY	DALSZE POSTĘPOWANIE	EWALUACJA
„Moje Zdrowie”	Bez mianownika populacyjnego; 37,45% udziału mężczyzn wśród uczestników	94,7% ankiet podjętych do realizacji; dalsze etapy niepublikowane	Niemierzony	Konstrukcja przewiduje wizytę podsumowującą; realizacja niepublikowana	Brak niezależnej oceny efektu
Profilaktyka chorób układu krążenia	1,234 mln osób w latach 2022–2024; 3% liczby deklaracji POZ	Mierzone	Niemierzony	Brak publicznego wskaźnika domknięcia	Ograniczona
Profilaktyka 40 Plus	Szeroki dostęp bez skierowania	Duża liczba badań	Nieprzypisywalny programowi	Brak finansowanej wizyty podsumowującej	Ewaluacja procesowa; zastrzeżenia NIK
Rak jelita grubego	15,84% populacji w 2025 r.	Mierzone miesięcznie	Mierzalny w rejestrze, nierozdzielony według płci	Kolonoskopia bez skierowania w grupach docelowych	Częściowa; brak stabilnej kaskady płciowej
HPV u chłopców	Populacja 9–14 lat; pokrycie pełnym schematem niepublikowane w jednolitym mianowniku	Mierzone dawkami	Efekt odległy o dekady	Brak automatycznego przypominienia o dawce drugiej	Brak analizy luki płciowej
Rak płuca	Populacja wysokiego ryzyka; kryteria do potwierdzenia	Pilotaż zakończony	Do oceny po wdrożeniu krajowym	Wymaga standardu dalszej diagnostyki zmian ogniskowych	Rekomendacja z 2025 r.
Medycyna pracy	Najwyższy wśród zatrudnionych w stosunku pracy	Mierzone orzeczeniami	Nie jest celem programu	Podstawa prawna istnieje; brak rejestru wykorzystania	Brak

Źródło: opracowanie własne autora.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 19

1

Sprawozdawczość programu „Moje Zdrowie” kończy się na drugim z sześciu etapów: 3 541 099 ankiet z 3 739 583 podjęto do realizacji, a dalsze etapy nie są publikowane.

2

Udział 37,45% opisuje skład uczestników, nie współczynnik uczestnictwa. Rozróżnienie to jest w polskich komunikatach systematycznie zacierane i prowadzi do wniosków fałszywych w obie strony.

3

Żaden z siedmiu opisanych programów nie ma publikowanego wskaźnika domknięcia wyniku nieprawidłowego.

4

Polskie badanie z randomizacją wykazało, że proste ponowne zaproszenie działa skuteczniej niż zaproszenie na spotkanie edukacyjne. Interwencja tania i pozbawiona treści edukacyjnej okazała się skuteczniejsza od drogiej.

5

Wniosek z zakończonego programu jest jednozdaniowy: nie należy finansować wykrycia bez wskazanej jednostki odpowiedzialnej za dalsze postępowanie.

Bariery korzystania z opieki

Rzadszy kontakt mężczyzn z opieką zdrowotną jest w danych potwierdzony i jako całość nie prowadzi do wniosków **operacyjnych**. Rozłożenie go na cztery składowe pozwala rozdzielić czynniki organizacyjne od kulturowych – a trzy z czterech mają charakter organizacyjny.

Ignoranti quem portum petat nullus suus ventus est.

Temu, kto nie wie, do jakiego portu zmierza, żaden wiatr nie sprzyja.

Seneka Młodszy, Listy moralne do Lucyliusza 71, 3

TABELA 29

Cztery koszty, jakie mężczyzna ponosi przy kontakcie z opieką: na czym polegają, jaki mają charakter i co je obniża

KOSZT	NA CZYM POLEGA	CHARAKTER	CO GO OBNIŻA
Koszt czasu	Godziny przyjęć pokrywają się z godzinami pracy; wizyta oznacza ubytek dnia roboczego, a przy pracy godzinowej – ubytek dochodu	Organizacyjny	Dyżury popołudniowe i sobotnie, pobrania w wielu punktach, rezerwacja bez rozmowy telefonicznej
Koszt poznawczy	Liczba kroków, które pacjent musi wykonać sam: skierowanie, rejestracja, kolejka, ponowna wizyta, interpretacja wyniku	Organizacyjny	Domknięte przekazanie, nawigacja, jeden termin zamiast informacji o dostępności
Doświadczenie wcześniejsze	Poprzedni kontakt zakończony bez rozwiązania problemu obniża prawdopodobieństwo kolejnego	Organizacyjny	Informacja zwrotna o wyniku, wskazanie osoby odpowiedzialnej za kolejny krok
Koszt tożsamościowy	Zgłoszenie się wymaga uznania siebie za osobę potrzebującą pomocy – w grupach o silnej normie samowystarczalności jest to koszt realny	Kulturowy	Nazwa świadczenia zgodna ze sposobem, w jaki grupa definiuje uzasadnione działanie

Źródło: opracowanie własne autora.

Podział ten jest ramą porządkującą projektowanie świadczeń. Nie jest wynikiem polskiego badania walidacyjnego i przed przypisaniem wag wymagałby badań jakościowych i ilościowych.

Godziny udzielania świadczeń różnicują dostęp mimo formalnej równości

Program realizowany wyłącznie w dni robocze w godzinach od ósmej do piętnastej różnicuje uczestników według elastyczności zatrudnienia. Mężczyzna pracujący w systemie zmianowym, w transporcie, w budownictwie lub prowadzący jednoosobową działalność ponosi za wizytę koszt

utraconego dnia pracy. Koszt ten nie jest jednakowy dla wszystkich grup: dla pracownika godzinowego bez płatnego urlopu oznacza ubytek dochodu, a dla pracownika biurowego z elastycznym czasem pracy może być niewielki.

Norma męskości jako zmienna, nie jako wyjaśnienie

Socjologia zdrowia opisuje zależność między stopniem identyfikacji z normą samowystarczalności a czasem zgłoszenia objawu i częstością korzystania z profilaktyki. Zależność ta nie jest jednorodna: różni się między pokoleniami, zawodami i środowiskami.

Istotne dla organizacji opieki jest to, że reaguje ona na sposób sformułowania oferty. Ten sam pacjent, który nie zgłasza się na konsultację określoną jako dotycząca stanu psychicznego, zgłasza się na badanie określone jako kontrolne lub wymagane w związku z pracą.

Nie jest to kwestia perswazji. Jest to kwestia zgodności między nazwą świadczenia a sposobem, w jaki dana grupa definiuje uzasadnione działanie.

Analiza norm kulturowych bywa prowadzona w dwóch skrajnych ujęciach, z których żadne nie prowadzi do wniosków użytecznych. Pierwsze traktuje męskość jako czynnik ryzyka sam w sobie i lokuje rozwiązanie w zmianie postaw. Drugie odrzuca kategorię norm kulturowych i sprowadza zjawisko do uwarunkowań biologicznych. Ujęcie przyjęte w tym raporcie traktuje normy kulturowe jako dane wejściowe projektowania świadczenia – analogicznie do godzin pracy czy odległości od placówki. Świadczenie jest wówczas dostosowywane do charakterystyki populacji, a nie warunkowane uprzednią zmianą tej charakterystyki.

Rola osób bliskich i jej granica

Obserwacja kliniczna wskazuje, że znaczna część mężczyzn po pięćdziesiątym roku życia zgłasza się z inicjatywy osoby bliskiej. Fakt ten opisuje rzeczywisty mechanizm i nie stanowi podstawy do budowania na nim rozwiązań systemowych, z dwóch powodów. Po pierwsze, mechanizm nie obejmuje osób bez sieci wsparcia – a więc grupy wysokiego ryzyka opisanej w rozdziałach 2 i 15. Po drugie, inicjatywa osób trzecich może utrzymywać model, w którym mężczyzna nie współdecyduje o własnym zdrowiu.

Mapa punktów kontaktu i warunek ich wartości

TABELA 30

Pięć punktów kontaktu z systemem: możliwy zakres rozpoznania, krok następny i warunek, bez którego kontakt nie ma wartości

PUNKT KONTAKTU	MOŻLIWY ZAKRES ROZPOZNANIA	KROK NASTĘPNY	WARUNEK WARTOŚCI
Podstawowa opieka zdrowotna	Ryzyko łączne, objawy alarmowe, stan psychiczny, używanie substancji	Plan, leczenie, skierowanie, diagnostyka pilna	Czas konsultacji i mechanizm śledzenia wyniku
Medycyna pracy	Ryzyko przewlekłe i zawodowe u osób bez kontaktu z POZ	Skierowanie do POZ lub opieki specjalistycznej	Oddzielenie od orzecznictwa i ochrona danych
Apteka	Problem lekowy, gotowość do zaprzestania palenia, wartość ciśnienia w pomiarze	POZ lub pomoc pilna w zakresie kompetencji	Określona granica roli i ścieżka zwrotna
Oddział ratunkowy i szpital	Zdarzenie ostre jako wskaźnik ryzyka przewlekłego lub kryzysu psychicznego	Kontakt następczy i przekazanie do opieki	Plan i termin ustalone przed wypisem
Urologia i andrologia	Sygnal ryzyka sercowo-metabolicznego, psychicznego lub polekowego	POZ lub właściwy specjalista	Zakres proporcjonalny, bez rozszerzania panelu badań

Źródło: opracowanie własne autora.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 20

1

Rzadszy kontakt mężczyzn z opieką rozkłada się na cztery koszty, z których trzy mają charakter organizacyjny, a jeden kulturowy. Rozdzielenie ich jest warunkiem zaprojektowania odpowiedzi.

2

Godziny udzielania świadczeń różnicują dostęp mimo formalnej równości, a koszt utraconego dnia pracy nie jest jednakowy dla wszystkich grup zatrudnienia.

3

Normy kulturowe należy traktować jako dane wejściowe projektowania świadczenia – analogicznie do godzin pracy czy odległości od placówki – a nie jako warunek, który trzeba najpierw zmienić.

4

Ten sam pacjent, który nie zgłasza się na konsultację określoną jako dotycząca stanu psychicznego, zgłasza się na badanie określone jako kontrolne. Jest to kwestia zgodności nazwy świadczenia z definicją uzasadnionego działania, nie kwestia perswazji.

5

Wartość rozszerzania liczby punktów kontaktu zależy od tego, czy każdy z nich prowadzi do dostępnego kroku następnego i czy otrzymuje potwierdzenie jego wykonania. W przeciwnym razie rośnie rozproszenie opieki, nie jej dostępność.

Programy zdrowia mężczyzn w innych krajach

Strategia przyjęta w innym kraju nie jest dowodem efektu zdrowotnego. Wartość porównania polega na rozpoznaniu konstrukcji programu, sposobu pomiaru oraz warunków, bez których rozwiązanie nie jest przenośne. Poniżej opisuję pięć programów osobno, ponieważ różnią się one nie stopniem zaawansowania, lecz konstrukcją – a to właśnie konstrukcja przesądza o tym, czego można się z nich nauczyć.

Historia vero testis temporum, lux veritatis, vita memoriae, magistra vitae.

Historia zaś jest świadkiem czasów, światłem prawdy, życiem pamięci, nauczycielką życia.

Cycon, O mówcy II, 36

Zdrowie mężczyzn stało się w ostatnich dwóch dekadach przedmiotem odrębnych programów w kilku krajach. Ocena ich skuteczności napotyka jednak ograniczenie metodologiczne wspólne dla całego obszaru: programy te są wdrażane jako polityki krajowe, bez grupy kontrolnej i bez etapowego wprowadzania, co uniemożliwia przypisanie zmian wyniku zdrowotnego konkretnej interwencji.

Irlandia: najdłuższa historia i jedyna niezależna ewaluacja

Irlandia prowadzi politykę zdrowia mężczyzn od blisko dwóch dekad; obecny plan działania obejmuje lata 2024–2028. Konstrukcja opiera się na trzech filarach: szkoleniu osób pracujących z mężczyznami – nie wyłącznie lekarzy, lecz także pracowników socjalnych, trenerów i personelu organizacji lokalnych; na koalicji podmiotów o dobrowolnym udziale; oraz na docieraniu do mężczyzn w miejscach, w których już się gromadzą, a nie w placówkach ochrony zdrowia.

Program ten ma znaczenie szczególne, ponieważ jako jedyny został poddany niezależnej ewaluacji zewnętrznej, a jej wyniki opisują mechanizmy niepowodzenia, nie wyłącznie sukcesu. Ewaluacja wykazała rzeczywisty przyrost w trzech obszarach: kompetencji osób udzielających świadczeń, liczby i trwałości partnerstw międzysektorowych oraz widoczności tematu w dyskursie zawodowym. W trzech innych obszarach wykazała niedostatki: umocowania instytucjonalnego na poziomie umożliwiającym podejmowanie decyzji, stabilności finansowania oraz mierzalnych celów klinicznych.

Program oparty na koalicji podmiotów o dobrowolnym udziale generuje efekty w warstwie procesu – szkolenia, partnerstwa, materiały. Nie wytwarza mechanizmu, który pozwoliłby przypisać mu zmianę wskaźników zdrowotnych. Nie oznacza to braku efektu; oznacza brak możliwości jego wykazania.

Dla Polski wniosek jest podwójny. Filar szkoleniowy jest przenośny, tani i nie wymaga zmian ustawowych. Filar koalicyjny bez umocowania decyzyjnego i bez wskaźników klinicznych powtórzy jednak irlandzki wynik: dorobek w warstwie procesu i brak dowodu w warstwie zdrowia.

Australia: strategia z horyzontem dekady i wbudowanym pomiarem

Australia przyjęła krajową strategię zdrowia mężczyzn na lata 2020–2030. Konstrukcja różni się od irlandzkiej w dwóch punktach istotnych. Po pierwsze, strategia definiuje priorytetowe grupy populacyjne – mężczyzn rdzennych, mieszkańców obszarów oddalonych, mężczyzn o niskim dochodzie, weteranów, mężczyzn opuszczających zakłady karne – zamiast adresować „mężczyzn” jako całość. Po drugie, przewiduje horyzont dziesięcioletni, co przy chorobach o długiej latencji jest jedynym horyzontem, w którym efekt może się ujawnić.

Ograniczeniem jest to samo, co w Irlandii: brak grupy kontrolnej i wdrożenie jednoczesne w całym kraju. Wartość dla Polski leży zatem nie w wyniku, lecz w konstrukcji: strategia adresowana do segmentów jest mierzalna, strategia adresowana do płci nie jest.

Anglia: pierwsza oficjalna strategia i lekcja o kolejności

Anglia ogłosiła pierwszą oficjalną strategię zdrowia mężczyzn w 2025 roku. Jest to dokument najnowszy z całego zestawienia, wobec czego nie podlega jeszcze ocenie efektu i nie należy go w tym charakterze przywoływać. Interesuje nas z innego powodu: powstał po dekadach, w których brytyjska debata publiczna zajmowała się zdrowiem mężczyzn intensywnie, lecz bez dokumentu rządowego. Kolejność była zatem odwrotna niż zwykle zakładana – najpierw rozpoznanie problemu w danych i w dyskursie zawodowym, dopiero potem strategia.

Jest to obserwacja użyteczna dla Polski, ponieważ zdejmuje z porządku dziennego pytanie „czy potrzebujemy strategii”, a stawia pytanie „co musi być policzone, zanim strategia będzie miała co zawierać”.

Światowa Organizacja Zdrowia, Region Europejski: strategia jako rama pojęciowa

Strategia regionalna dotycząca zdrowia i dobrostanu mężczyzn ma inny status niż dokumenty krajowe: nie przydziela zasobów i nie tworzy zobowiązań wykonawczych. Jej wartość polega na dostarczeniu ramy pojęciowej – w szczególności na rozdzieleniu czynników biologicznych, behawioralnych i strukturalnych oraz na wskazaniu, że różnice w zdrowiu mężczyzn między krajami regionu są większe niż różnice między płciami wewnątrz krajów. Jest to dokładnie ta obserwacja, którą rozdziały 1 i 2 tego raportu odtwarzają na danych polskich.

Dania i Norwegia: nie strategia, lecz jeden przepracowany odcinek ścieżki

Ostatni przykład różni się od czterech poprzednich zasadniczo i dlatego jest dla tego raportu najważniejszy. W Danii i w Norwegii nie chodzi o strategię zdrowia mężczyzn, lecz o organizację opieki następczej po próbie samobójczej i po wypisie z oddziału psychiatrycznego. Konstrukcja obejmuje

cztery elementy opisane w rozdziale 11: termin pierwszej wizyty ambulatoryjnej ustalany przed opuszczeniem placówki; odpowiedzialność za nawiązanie kontaktu przeniesiona z pacjenta na podmiot leczniczy; zdefiniowane okno czasowe; oraz protokół ponowienia przy braku odpowiedzi.

Rozwiązanie to jest wąskie, dotyczy jednego odcinka ścieżki i jednej grupy pacjentów – i właśnie dlatego jego efekt daje się badać. Nie wymaga strategii, nowej instytucji ani kampanii. Wymaga produktu rozliczeniowego dla kontaktu następczego, standardu planu wypisu i rozstrzygnięcia zasad przetwarzania danych przy kontakcie inicjowanym przez placówkę.

TABELA 31

Pięć programów zagranicznych: konstrukcja, status dowodu i element możliwy do przeniesienia do Polski

PROGRAM	KONSTRUKCJA	STATUS DOWODU	ELEMENT PRZENOŚNY	ELEMENT NIEPRZENOŚNY
Irlandia, plan działania 2024– 2028	Koalicja podmiotów, szkolenia, docieranie poza placówkami	Jedyna niezależna ewaluacja zewnętrzna; efekt wykazany w warstwie procesu	Filar szkoleniowy; docieranie w miejscach gromadzenia się mężczyzn	Model koalicyjny bez umocowania decyzyjnego i bez wskaźników klinicznych
Australia, strategia 2020– 2030	Priorytetowe segmenty populacji, horyzont dziesięcioletni	Brak grupy kontrolnej; ocena efektu niemożliwa	Adresowanie do segmentów zamiast do płci; długi horyzont	Struktura systemu opieki i sposób finansowania
Anglia, strategia 2025	Dokument rządowy powstały po fazie rozpoznania problemu w danych	Zbyt wczesny na ocenę	Kolejność: najpierw analiza, potem strategia	Treść dokumentu, oparta na brytyjskiej strukturze świadczeń
WHO, Region Europejski	Rama pojęciowa; brak zasobów i zobowiązań wykonawczych	Nie dotyczy – dokument nie jest interwencją	Rozdzielenie czynników biologicznych, behawioralnych i strukturalnych	Oczekiwanie efektu zdrowotnego od dokumentu ramowego
Dania i Norwegia, opieka po kryzysie	Jeden odcinek ścieżki: inicjatywa kontaktu po stronie placówki	Efekt wykazany w odniesieniu do ciągłości opieki	Cztery elementy konstrukcji; mierzalne wskaźniki 7 i 30 dni	Dostępność poradni i model finansowania psychiatrii

Źródło: opracowanie własne autora.

Analiza dokumentów podstawowej opieki zdrowotnej

Organizacja Global Action on Men's Health przeanalizowała 27 dokumentów dotyczących polityki podstawowej opieki zdrowotnej z różnych krajów. W 78% nie stwierdzono żadnego odniesienia do zdrowia mężczyzn; 7% uwzględniało ich potrzeby w sposób oceniony jako znaczący.

Wynik ten dotyczy treści dokumentów, nie zachowań pacjentów ani wyników zdrowotnych, i tak należy go odczytywać. Jego wartość polega na wskazaniu metody możliwej do zastosowania: analogiczna analiza polskich dokumentów – zarządzeń dotyczących podstawowej opieki, programów

polityki zdrowotnej samorządów, materiałów informacyjnych i harmonogramów pracy placówek – pozwoliłaby ustalić, w jakim zakresie organizacja świadczeń uwzględnia charakterystykę osoby pracującej w godzinach przyjęć.

Cztery ograniczenia przenoszenia rozwiązań

Odmienne konstrukcja podstawowej opieki. Rola lekarza rodzinnego, zakres jego kompetencji, sposób finansowania i mechanizm kierowania do specjalisty różnią się między systemami. Rozwiązanie oparte na rozszerzonym zakresie zadań lekarza podstawowej opieki daje odmienne wyniki w systemie o odmiennym obciążeniu tego poziomu opieki.

Nieprzenośność oszacowań kosztowych. Struktura zatrudnienia, poziom wynagrodzeń, konstrukcja świadczeń z tytułu niezdolności do pracy i ceny świadczeń zdrowotnych różnią się między krajami. Oszacowania kosztu uzyskane w jednym systemie nie mają zastosowania w innym bez walidacji.

Odmienne struktura ryzyka. Rozkład ekspozycji behawioralnych i zawodowych różni się między populacjami. Interwencja skuteczna w populacji o niskiej częstości palenia daje odmienny efekt bezwzględny w populacji o częstości wysokiej, nawet przy zachowaniu identycznej skuteczności względnej.

Brak dowodów na skuteczność samego przyjęcia strategii. Nie są dostępne badania wykazujące, że przyjęcie krajowej strategii zdrowia mężczyzn samo w sobie poprawia wskaźniki zdrowotne. Dostępne są natomiast dane wskazujące, że strategia bez umocowania decyzyjnego i bez finansowania nie prowadzi do zmian wykraczających poza warstwę procesu.

Jedna rozbieżność, która ma znaczenie

Zestawienie programów zagranicznych z opisem polskich programów profilaktycznych ujawnia różnicę w jednym punkcie. W części analizowanych systemów wprowadzono mechanizmy przenoszące inicjatywę kontaktu z pacjenta na organizację: zaproszenie imienne z terminem, kontakt następczy po zdarzeniu, ustalenie terminu przed wypisem. W polskich programach profilaktycznych mechanizmy te występowały w zakresie ograniczonym, a w części programów nie występowały wcale.

Rozbieżność ta dotyczy konstrukcji programu, nie postaw populacji. Jest to ustalenie istotne, ponieważ konstrukcja programu poddaje się modyfikacji w horyzoncie krótszym niż postawy.

TABELA 32

Sześć warunków przeniesienia rozwiązania zagranicznego: pytania, które trzeba zadać przed wdrożeniem w Polsce

WARUNEK PRZENIESIENIA	PYTANIE, KTÓRE TRZEBA ZADAĆ PRZED WDROŻENIEM W POLSCE
Mandat prawny	Czy podmiot może aktywnie kontaktować pacjenta i łączyć dane w proponowanym zakresie?
Model podstawowej opieki	Kto ma listę pacjentów, kto koordynuje i kto odpowiada za brak kontroli?
Przepustowość	Czy wzrost wykrycia ma zabezpieczoną diagnostykę, leczenie i kontrolę?
Finansowanie	Czy obejmuje także dalszą ścieżkę, a nie tylko pierwszy test?
Kultura danych	Czy istnieje wspólny identyfikator, definicja zdarzeń i możliwość niezależnej ewaluacji?
Nierówności	Czy rozwiązanie dociera do grup wysokiego ryzyka, czy głównie do osób już dobrze korzystających z opieki?

Źródło: opracowanie własne autora.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 21

1

Programy krajowe wdrażane są bez grupy kontrolnej i bez etapowego wprowadzania, co uniemożliwia przypisanie im zmian wyniku zdrowotnego. Ograniczenie to dotyczy wszystkich opisanych systemów.

2

Jedyna dostępna niezależna ewaluacja zewnętrzna wykazała rzeczywisty dorobek w warstwie procesu i brak możliwości wykazania efektu zdrowotnego. Nie oznacza to braku efektu; oznacza brak mechanizmu, który pozwoliłby go przypisać.

3

Strategia adresowana do priorytetowych segmentów populacji jest mierzalna; strategia adresowana do płci nie jest.

4

Najbardziej przenośnym rozwiązaniem nie jest strategia, lecz jeden przepracowany odcinek ścieżki – opieka następcza po kryzysie psychicznym, o czterech zdefiniowanych elementach i dwóch mierzalnych wskaźnikach.

5

Rozbieżność między systemami dotyczy konstrukcji programu, nie postaw populacji. Jest to ustalenie istotne, ponieważ konstrukcja poddaje się modyfikacji w horyzoncie krótszym niż postawy.

Ramy oceny ekonomicznej

Koszt obciążenia, efektywność kosztowa interwencji i wpływ na budżet to trzy różne pytania. Rozdział przedstawia ramy przyszłej oceny i najważniejsze luki danych; nie podaje zwrotu z nakładów, czasu zwrotu ani analiz wrażliwości bez pełnego, odtwarzalnego modelu.

Cui bono?

Komu to przynosi korzyść?

Lucjusz Kasjusz Longinus, cytowany przez Cyncerona, Mowa w obronie Roscjusza z Amerii 84

TABELA 33

Trzy pytania ekonomiczne, których nie wolno mieszać: treść, wymagana postać wyniku i wykonalność w Polsce

PYTANIE	TREŚĆ	WYMAGANA POSTAĆ WYNIKU	WYKONALNOŚĆ W POLSCE
Koszt obciążenia	Ile dziś kosztuje chorobowość i przedwczesna umieralność mężczyzn	Przedziały kosztów bezpośrednich i pośrednich, osobno metodą kapitału ludzkiego i frykcyjną	Niewykonalne bez podwójnego liczenia – trzy z sześciu kategorii bez źródła danych
Efektywność kosztowa	Czy konkretna interwencja daje efekt wystarczający w relacji do kosztu	Model dla dwóch lub trzech interwencji: populacja, komparator, perspektywa, horyzont, koszty, efekty, analiza niepewności	Niewykonalne – brak wartości bazowych dla wszystkich interwencji
Wpływ na budżet	Jaki wydatek poniesie płatnik, państwo lub pracodawca w kolejnych latach	Roczne przepływy, liczebność populacji, tempo wdrożenia	Wymaga uprzedniego oszacowania kosztu jednostkowego

Źródło: opracowanie własne autora.

Perspektywa analizy przesądza o wyniku

Ta sama utrata zdrowia przedstawia się odmiennie w zależności od przyjętego punktu widzenia. Perspektywa płatnika publicznego obejmuje wyłącznie koszty ponoszone przez podmiot finansujący świadczenia: hospitalizacje, porady ambulatoryjne, procedury diagnostyczne, refundację leków i wyrobów, rehabilitację. Perspektywa społeczna obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez społeczeństwo, niezależnie od tego, kto je ponosi: koszty medyczne bezpośrednie, koszty niemedyczne bezpośrednie, koszty pośrednie wynikające z utraconej produkcji oraz wartość opieki nieformalnej sprawowanej przez osoby bliskie.

W polskim układzie instytucjonalnym koszt wcześniejszego wykrycia i leczenia ryzyka ponosi płatnik świadczeń zdrowotnych, natomiast korzyść w postaci niewypłaconych zasiłków i nieprzyznanych rent powstaje u ubezpieczyciela społecznego, a korzyść w postaci utrzymanej produkcji – u pracodawcy i w dochodach publicznych. Analiza prowadzona w perspektywie płatnika wykaże

zatem dla tej samej interwencji wynik mniej korzystny niż analiza w perspektywie społecznej, ponieważ pierwsza obejmuje pełny koszt i tylko część korzyści.

Dwie metody wyceny utraconej produkcji dają wyniki różniące się o rząd wielkości

Metoda kapitału ludzkiego wycenia utraconą produkcję jako sumę wynagrodzeń, których dana osoba nie uzyska od momentu utraty zdolności do pracy do osiągnięcia wieku emerytalnego, zdyskontowaną do wartości bieżącej. Podejście to zakłada, że praca utraconej osoby nie zostaje zastąpiona.

Metoda frykcyjna wycenia utraconą produkcję jako stratę powstającą wyłącznie w okresie potrzebnym na zastąpienie pracownika – obejmującym rekrutację, wdrożenie i przejściowo obniżoną wydajność. Okres ten szacuje się zwykle na kilka miesięcy, co daje wartość niższą od uzyskanej metodą kapitału ludzkiego o rząd wielkości.

Wybór między tymi metodami nie jest kwestią techniczną. Metoda kapitału ludzkiego odpowiada na pytanie o wartość utraconego potencjału jednostki; metoda frykcyjna – o rzeczywistą stratę produkcyjną gospodarki. Analiza rzetelna przedstawia wynik obiema metodami; podanie jednej wartości bez wskazania metody uniemożliwia jej interpretację.

Trzy mechanizmy podwójnego liczenia

Świadczenie a utracona produkcja. Zasiłek chorobowy jest transferem, nie kosztem wytworzenia. Ujęcie zarówno kwoty wypłaconego zasiłku, jak i wartości utraconej produkcji za ten sam okres liczy jedną nieobecność dwukrotnie.

Opieka nieformalna a opieka formalna. Godziny opieki sprawowanej przez osobę bliską i koszt usług opiekuńczych, które tę opiekę zastępują, opisują tę samą potrzebę. Uwzględnienie obu pozycji dubluje jej wycenę.

Perspektywy nakładające się. Ta sama osoba generuje koszt hospitalizacji, koszt zasiłku, nieobecność w miejscu pracy i obciążenie gospodarstwa domowego. Zsumowanie wartości uzyskanych w perspektywie płatnika, ubezpieczyciela, pracodawcy i gospodarstwa liczy jedno zdarzenie kilkukrotnie.

Uniknięcie tych mechanizmów wymaga danych jednostkowych albo uzgodnionych agregatów opartych na wspólnej definicji populacji. Publiczne dane w Polsce nie spełniają tego warunku – i to jest przyczyna, dla której raport nie przedstawia pojedynczej wartości „kosztu zdrowia mężczyzn”.

Koszt następczy i horyzont

Ocena opłacalności interwencji opiera się na dodatkowym koszcie przypadającym na dodatkową jednostkę efektu zdrowotnego w porównaniu z alternatywą. Rozstrzygające jest ujęcie pełnego kosztu następczego: interwencja wykrywająca ryzyko generuje wydatek na diagnostykę pogłębioną, leczenie osób wykrytych oraz obsługę wyników fałszywie dodatnich. Pominięcie tej pozycji zaniża wynik i przedstawia interwencję jako bardziej opłacalną, niż jest.

Zaniżenie to ma następstwo praktyczne wykraczające poza rachunek. Program uruchomiony bez uwzględnienia kosztu następczego może przekroczyć przepustowość diagnostyki, co prowadzi do sytuacji, w której osoby z wykrytym ryzykiem nie uzyskują dalszego postępowania. Wartość zdrowotna takiego programu może być ujemna.

Interwencje profilaktyczne generują koszty natychmiast, a efekty zdrowotne po latach.

Horyzont analizy musi zatem obejmować cały okres, w którym efekt się ujawnia – w chorobach układu krążenia oznacza to co najmniej dziesięć do dwudziestu lat. Skrócenie horyzontu do trzech lat czyni niemal każdą interwencję profilaktyczną nieopłacalną, ponieważ koszty są w tym okresie w pełni widoczne, a efekty jeszcze nie. Wybór horyzontu należy zatem uzasadnić charakterystyką choroby, nie cyklem budżetowym.

Zwrot nakładów nie jest warunkiem opłacalności. Część interwencji profilaktycznych zwiększa łączne wydatki zdrowotne, ponieważ osoby objęte nimi żyją dłużej i korzystają z opieki dłużej. Nie stanowi to argumentu przeciw nim, lecz wskazuje, że właściwą miarą jest koszt efektu, nie saldo budżetowe.

Cztery wielkości mierzalne w istniejących danych

Niezależnie od ograniczeń pełnej analizy, cztery wielkości są możliwe do wyznaczenia na podstawie danych już gromadzonych i stanowią minimalny zestaw opisujący koszt ekonomiczny zjawiska: hospitalizacje możliwe do uniknięcia u mężczyzn według definicji międzynarodowej, w podziale na płeć i grupy wieku; dni absencji według płci, wieku, rozpoznania i kwoty świadczenia; przejścia na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego według płci, wieku i przyczyny; oraz liczba miesięcy między trwałym wyjściem z rynku pracy a ustawowym wiekiem emerytalnym.

Wszystkie cztery wynikają z danych istniejących w systemach sprawozdawczych. Pełna analiza wymaga spójnego skrzyżowania płci, wieku, rozpoznania, rodzaju świadczenia i kwoty oraz uzgodnionych mianowników – a więc zestawienia, nie nowego badania.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 22

1

Koszt obciążenia, efektywność kosztowa interwencji i wpływ na budżet to trzy różne pytania, wymagające trzech różnych postaci wyniku. Ich mieszanie jest najczęstszym błędem w publicznej dyskusji o kosztach zdrowia.

2

Perspektywa analizy przesądza o wyniku. Koszt wcześniejszego wykrycia ponosi płatnik świadczeń zdrowotnych, a korzyść powstaje u ubezpieczyciela społecznego, u pracodawcy i w dochodach publicznych.

3

Metoda kapitału ludzkiego i metoda frykcyjna dają wyniki różniące się o rząd wielkości. Analiza rzetelna przedstawia oba; podanie jednej wartości bez wskazania metody uniemożliwia jej interpretację.

4

Trzy mechanizmy podwójnego liczenia są przyczyną, dla której raport nie przedstawia pojedynczej wartości kosztu zdrowia mężczyzn.

5

Cztery wielkości są możliwe do wyznaczenia na podstawie danych już gromadzonych i stanowią minimalny zestaw opisujący koszt ekonomiczny zjawiska. Wymagają zestawienia, nie nowego badania.

Decyzje i rozliczalność

Portfel działań opisanych jednolitą kartą: mierzalny problem, zmiana w procesie, jakość dowodów, podmiot wiodący, wymagane zmiany, koszt, mierniki, ryzyka i reguła decyzji. Oraz system wskaźników, bez którego żadnej z tych decyzji nie da się ocenić.

Quidquid agis, prudenter agas et respice finem.

Cokolwiek czynisz, czyń roztropnie i patrz końca.

Gesta Romanorum, rozdz. 103 (zbiór z przełomu XIII i XIV wieku)

PRZYPowieść PIĄTA · O LATARNI I O KLUCZACH

Przechodzień zastał człowieka szukającego czegoś pod latarnią. Zapytał, co zgubił. Klucze. Zapytał, czy zgubił je tutaj. Nie – zgubił je w bramie, po drugiej stronie ulicy. To dlaczego szuka pod latarnią? Bo tu jest widno.

Mierzmy to, co daje się policzyć: liczbę ankiet, liczbę badań, liczbę zabiegów, liczbę wysłanych wiadomości. Wszystkie te wielkości leżą pod latarnią. Klucz – czyli odpowiedź na pytanie, ilu mężczyzn wysokiego ryzyka przeszło pełną drogę od wykrycia do kontrolowanego wyniku – leży w bramie, w której jest ciemno, ponieważ nikt tam nie skierował światła.

Ta część raportu nie proponuje szukać intensywniej. Proponuje przestawić latarnię.

Portfel odpowiedzi

Każdy wariant opisany jednolitą kartą. Obowiązek wypełnienia karty nie daje prawa do wymyślenia kosztu, celu, terminu ani podmiotu wiodącego. Pola bez podstawy analitycznej oznaczono jako nieoszacowane – jest to stan faktyczny, nie brak staranności.

Deliberandum est diu, quod statuendum est semel.

Długo trzeba rozważać to, co ma być postanowione raz.

Publiliusz Syrus, Sentencje

TABELA 34

Cztery kategorie gotowości wdrożeniowej stosowane w kartach wariantów

KATEGORIA	ZNACZENIE
A	Możliwe do wdrożenia w istniejących ramach; wymaga decyzji operacyjnej i pomiaru
B	Wdrożenie etapowe z góry ustaloną regułą decyzji, przed rozstrzygnięciem o rozszerzeniu
C	Analiza wykonalności przed jakąkolwiek decyzją wdrożeniową
D	Poprawa danych – warunek oceny wszystkich pozostałych

Źródło: opracowanie własne autora.

UWAGA O KOLEJNOŚCI – NAJWAŻNIEJSZA W TYM ROZDZIALE

Warianty nie są równoległe. W1 i W6 warunkują ocenę wszystkich pozostałych: bez pomiaru kaskady i bez możliwości zestawienia zbiorów żaden z wariantów W2–W5 nie może zostać oceniony inaczej niż w warstwie procesu – czyli dokładnie tak, jak oceniono program irlandzki, z wynikiem opisanym w rozdziale 21.

Odwrotna kolejność – wdrożenie interwencji przed zbudowaniem pomiaru – jest scenariuszem najbardziej prawdopodobnym i najbardziej kosztownym. Powtórzyłaby wzorzec opisany w rozdziale 19: rosnąca liczba świadczeń, brak możliwości rozstrzygnięcia o efekcie, a po kilku latach zamknięcie programu bez wniosku.

W1 • kategoria A + D – Pomiar pełnej kaskady w programach profilaktycznych i onkologicznych

Mierzalny problem. Sprawozdawczość programu „Moje Zdrowie” kończy się na etapie podjęcia ankiety do realizacji: 3 541 099 z 3 739 583 w pierwszym roku. Cztery z sześciu etapów przesądających o efekcie zdrowotnym nie są mierzone. Grupa docelowa: wszyscy uczestnicy programu, z obowiązkowym przekrojem według płci i grup wieku.

Zmiana w procesie. Rozszerzenie zakresu sprawozdawanych zdarzeń o zlecenie badań, wykonanie badań, wynik wykraczający poza wartości referencyjne, odbyłą wizytę podsumowującą, wydany plan zdrowotny, skierowanie wystawione w jego następstwie oraz jego realizację w oknie 90 dni. Każde zdarzenie z datą i identyfikatorem ankiety, który już istnieje w komunikacie rozliczeniowym.

Jakość dowodów. Nie dotyczy skuteczności klinicznej – jest to zmiana pomiarowa, nie interwencja zdrowotna. Przenoszalność rozwiązań pomiarowych z innych systemów jest wysoka.

Podmiot wiodący i partnerzy. Prowadzenie procesu: Centrum e-Zdrowia. Płatnik: Narodowy Fundusz Zdrowia. Partnerzy: świadczeniodawcy podstawowej opieki. Nadzór merytoryczny: Ministerstwo Zdrowia.

Wymagane zmiany. Prawne: prawdopodobnie żadne w randze ustawy – do potwierdzenia w analizie wykonalności. Informatyczne: rozszerzenie słownika zdarzeń i komunikatu sprawozdawczego. Kadrowe: brak istotnych. Komunikacyjne: informacja dla świadczeniodawców o zakresie nowej sprawozdawczości.

Koszt. Nieoszacowany. Koszt zmiany informatycznej wymaga wyceny przez dysponenta systemu.

Mierniki. Po 12 miesiącach: publikowany odsetek uczestników z wykonanymi badaniami oraz z odbyłą wizytą podsumowującą, w przekroju płeć × grupa wieku. Po 24 miesiącach: publikowany odsetek wyników nieprawidłowych z udokumentowanym dalszym postępowaniem w ciągu 90 dni. Po 36 miesiącach: pierwsza możliwa ocena programu w warstwie rezultatu. Wartość bazowa istnieje wyłącznie dla etapu drugiego i wynosi 94,7%; dla etapów dalszych pierwszy pomiar ustali wartość bazową.

Ryzyka. Operacyjne: obciążenie sprawozdawcze świadczeniodawców. Kliniczne: brak. Równościowe: pozytywne – przekrój według płci i wykształcenia jest warunkiem wykrycia nierówności. Reputacyjne: ujawnienie niskich wartości na dalszych etapach kaskady.

Ostatnie ryzyko jest tu argumentem za pomiarem, nie przeciw niemu: wartość nieznamy nie przestaje istnieć przez to, że nie jest mierzona.

Reguła decyzji. Utrzymać bezwarunkowo – jest to warunek oceny wszystkich pozostałych wariantów. Modyfikować zakres sprawozdawczy, jeżeli obciążenie administracyjne przekroczy możliwości świadczeniodawców przy zachowaniu czterech kluczowych zdarzeń.

W2 • kategoria B – Proaktywny kontakt po próbie samobójczej lub wypisie psychiatrycznym

Mierzalny problem. W 2025 roku odnotowano 4 776 zgonów samobójczych, w tym 3 975 mężczyzn, oraz 10 159 prób. Okres bezpośrednio po próbie i po wypisie psychiatrycznym jest najlepiej udokumentowanym okresem podwyższonego ryzyka. Polska nie publikuje mediany czasu od wypisu do pierwszego kontaktu ambulatoryjnego ani odsetka kontaktów w ciągu siedmiu dni.

Zmiana w procesie. Przeniesienie inicjatywy kontaktu z pacjenta na podmiot leczniczy: termin pierwszej wizyty ambulatoryjnej ustalany przed opuszczeniem placówki, odpowiedzialność za nawiązanie kontaktu po stronie podmiotu, zdefiniowane okno czasowe, protokół ponowienia przy braku odpowiedzi, zakończenie cyklu albo przekazanie do dalszej opieki.

Jakość dowodów. Rozwiązania skandynawskie opisane w piśmiennictwie; efekt wykazany w odniesieniu do ciągłości opieki. Przeniesienie do Polski wymaga wdrożenia etapowego, ponieważ różni się dostępność poradni i model finansowania.

Podmiot wiodący i partnerzy. Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Realizacja: oddziały psychiatryczne, izby przyjęć, centra zdrowia psychicznego. Partnerzy: podstawowa opieka, zespoły interwencji kryzysowej.

Wymagane zmiany. Produkt rozliczeniowy obejmujący kontakt następczy; standard planu wypisu; zasady przetwarzania danych przy kontakcie inicjowanym przez placówkę; szkolenie personelu.

Koszt. Nieoszacowany. Wymaga wyceny kontaktu następczego oraz oszacowania liczby zdarzeń kwalifikujących.

Mierniki. Odsetek wypisów z ustalonym terminem wizyty. Odsetek pacjentów z kontaktem klinicznym w ciągu 7 i 30 dni. Odsetek zakończonych cykli. Ponowne hospitalizacje. Wartość bazowa nie istnieje i zostanie ustalona pierwszym pomiarem.

Ryzyka. Naruszenie prywatności przy kontakcie telefonicznym; przeciążenie poradni; formalne odnotowanie kontaktu bez treści klinicznej.

Reguła decyzji. Rozszerzyć, jeżeli odsetek kontaktów w oknie siedmiodniowym wzrośnie o co najmniej 20 punktów procentowych bez wydłużenia czasu oczekiwania dla pozostałych pacjentów. Zatrzymać, jeżeli kontakt następczy stanie się czynnością sprawozdawczą pozbawioną oceny klinicznej.

W3 • kategoria B + C – Profilaktyczny moduł medycyny pracy oddzielony od orzecznictwa

Mierzalny problem. Badanie okresowe jest dla znacznej części mężczyzn jedynym regularnym kontaktem z lekarzem, a jego zakres wynika z czynników szkodliwych na stanowisku, nie z ryzyka populacyjnego. Artykuł 229 § 6¹ Kodeksu pracy tworzy podstawę skierowania do programu zdrowotnego; wykorzystanie tego przepisu nie jest rejestrowane.

Zmiana w procesie. Dobrowolny moduł profilaktyczny realizowany przy okazji badania okresowego, z dokumentacją odrębną od orzeczniczej i niedostępną dla pracodawcy. Zakres: ciśnienie, masa ciała i obwód pasa, palenie, spożycie alkoholu, sen, dwa pytania o nastrój, data ostatniego kontaktu z POZ oraz – u mężczyzn po 40. r.ż. – lipidogram z glikemią, a u palących spirometria. Wynik przekazywany do podstawowej opieki za zgodą pacjenta, z potwierdzeniem przyjęcia.

Jakość dowodów. B dla skuteczności krótkiej oceny ryzyka przy istniejącym kontakcie; C dla polskiego modelu organizacyjnego i finansowego.

Podmiot wiodący i partnerzy. Ministerstwo Zdrowia wspólnie z ministerstwem właściwym do spraw pracy; realizacja: służba medycyny pracy; partnerzy: podstawowa opieka, Państwowa Inspekcja Pracy, pracodawcy.

Wymagane zmiany. Odrębne finansowanie modułu; rozdzielenie dokumentacji; standard minimalnego zbioru danych przekazywanych do POZ; ścieżka równoległa dla osób spoza stosunku pracy – bez niej wariant pogłębia nierówności.

Koszt. Nieoszacowany. Wymaga wyceny czasu badania, zmian informatycznych i kosztu następczego w podstawowej opiece.

Mierniki. Odsetek badań okresowych z wykonanym modułem. Odsetek wyników wysokiego ryzyka z potwierdzonym kontaktem z POZ w 90 dni. Kontrola ciśnienia po 12 miesiącach w grupie objętej. Udział osób spoza stosunku pracy w ścieżce równoległej.

Ryzyka. Utrata zaufania badanego, jeżeli rozdzielenie od orzecznictwa nie będzie wiarygodne; obciążenie służby medycyny pracy; pogłębienie różnicy w dostępie między formami zatrudnienia.

Reguła decyzji. Rozszerzyć, jeżeli moduł osiągnie uczestnictwo powyżej 50% kwalifikujących się badań przy udokumentowanym domknięciu ponad 60% przekazania. Zatrzymać, jeżeli dane profilaktyczne w jakiegokolwiek formie trafią do pracodawcy.

W4 • kategoria B – Krótka ocena ryzyka podczas istniejących kontaktów z systemem

Mierzalny problem. Mężczyźni w wieku 45–70 lat rzadko zgłaszają się na badania profilaktyczne, lecz zgłaszają się z objawem: urologicznym, urazowym, bólowym. Kontakt już się odbywa i nie jest wykorzystywany do rozpoznania ryzyka ogólnego.

Zmiana w procesie. Jednorazowo w ciągu 12 miesięcy system podpowiada pięciominutowy moduł: ciśnienie, obwód pasa lub masa ciała, palenie, krótki przesiew spożycia alkoholu, sen i nokturia, dwa pytania o nastrój, data ostatniego kontaktu z podstawową opieką. Nieprawidłowość nie rozszerza wizyty do leczenia wszystkich chorób – generuje przekazanie do POZ albo ścieżkę pilną zgodną z objawem. Informacja zwrotna potwierdza, czy przekazanie zakończono. Wdrożenie priorytetowo w poradniach urologicznych, na oddziałach ratunkowych i w aptekach w zakresie odpowiadającym kompetencjom.

Jakość dowodów. B dla powiązania części objawów urologicznych z ryzykiem ogólnym; C dla polskiej organizacji. Dowód o współwystępowaniu nie oznacza, że moduł zmniejszy umieralność.

Podmiot wiodący i partnerzy. Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia z konsultantami krajowymi właściwych dziedzin oraz środowiskiem medycyny rodzinnej. Realizacja: poradnie specjalistyczne, szpitalne oddziały ratunkowe, apteki.

Wymagane zmiany. Oddzielnie wyceniony produkt albo dodatek jakościowy; strukturyzowane pola dokumentacji; elektroniczne przekazanie z potwierdzeniem; szkolenie; algorytm ograniczający niekontrolowany wzrost skierowań.

Koszt. Nieoszacowany. Koszt krańcowy samego modułu jest niski; koszt następczy nie jest.

Mierniki. Odsetek kwalifikujących się wizyt z kompletnym modułem. Odsetek nowych wyników wysokiego ryzyka. Odsetek przekazanych zakończonych kontaktem z POZ w 90 dni. Odsetek z potwierdzoną kontrolą ciśnienia po 12 miesiącach. Dodatkowy czas wizyty. Liczba nieuzasadnionych skierowań pilnych.

Ryzyka. Przeciążenie specjalistów, medykalizacja, zaniedbanie powodu wizyty, nadmiar skierowań, brak informacji zwrotnej zamieniający moduł w rytuał dokumentacyjny.

Reguła decyzji. Rozszerzyć, jeżeli moduł jest ukończony w co najmniej 70% kwalifikujących wizyt, mediana dodatkowego czasu nie przekracza pięciu minut, a co najmniej 60% przekazanych wysokiego ryzyka kończy się kontaktem w 90 dni. Zatrzymać lub przeprojektować, jeżeli pogarsza terminowość diagnostyki właściwej dla danej poradni.

W5 • kategoria B – Zaproszenia imienne, wydłużone godziny i działania kierowane do grup wysokiego ryzyka

Mierzalny problem. Pokrycie programu jelitowego wynosiło 15,84% w 2025 roku; uczestnictwo w programach profilaktycznych nie jest publikowane z mianownikiem populacyjnym według płci i wieku. Świadczenie wymagające samodzielnego zgłoszenia trafia przede wszystkim do osób o niższym ryzyku wyjściowym.

Zmiana w procesie. Zastąpienie informacji o dostępności świadczenia zaproszeniem imiennym z wyznaczonym terminem; protokół ponowienia innym kanałem po określonym czasie; dyżury popołudniowe i sobotnie; pobranie materiału w wielu punktach; priorytetowe kierowanie do obszarów o najwyższej umieralności przedwcześnie.

Jakość dowodów. A i B – zaproszenia imienne i ponowienia mają udokumentowany efekt w badaniach z randomizacją, w tym w polskim badaniu dotyczącym programu jelitowego. Efekt na uczestnictwo, nie bezpośrednio na umieralność.

Podmiot wiodący i partnerzy. Narodowy Fundusz Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, podstawowa opieka; partnerzy: samorządy, pracownie diagnostyczne.

Wymagane zmiany. Mechanizm rezerwacji terminu przed wysyłką zaproszenia; finansowanie godzin poza standardowym harmonogramem; publikacja uczestnictwa z mianownikiem populacyjnym.

Koszt. Nieoszacowany. Wymaga wyceny zaproszeń, ponowień i dodatkowych godzin pracy.

Mierniki. Uczestnictwo wobec populacji docelowej według płci, wieku i wskaźnika deprywacji. Odsetek terminów niewykorzystanych. Odsetek uczestników po ponowieniu. Zmiana różnicy uczestnictwa między grupami społecznymi.

Ryzyka. Zaproszenia bez zabezpieczonej przepustowości; wzrost liczby niewykorzystanych terminów; poprawa średniej krajowej przy niezmiennych nierównościach.

Reguła decyzji. Rozszerzyć, jeżeli uczestnictwo w grupie wysokiego ryzyka wzrośnie o co najmniej 10 punktów procentowych, a odsetek terminów niewykorzystanych nie przekroczy progu ustalonego wcześniej. Modyfikować, jeżeli rośnie uczestnictwo ogólne, lecz nie w grupach docelowych.

W6 • kategoria C + D – Łączenie zbiorów danych na potrzeby analizy zdrowia mężczyzn

Mierzalny problem. Wkład segmentów populacji do utraconych lat życia, czas od objawu do rozpoznania nowotworu według płci, koszt absencji według rozpoznania i płci oraz dekompozycja różnicy trwania życia według przyczyn – żadna z tych analiz nie została w Polsce wykonana, ponieważ wymaga zestawienia zbiorów, które istnieją, lecz nie są łączone.

Zmiana w procesie. Utworzenie bezpiecznego środowiska analitycznego umożliwiającego zestawianie danych płatnika, rejestru nowotworów, statystyki zgonów, ubezpieczeń społecznych i statystyki publicznej na potrzeby analiz zdrowia publicznego, z kontrolą dostępu, minimalizacją danych i publikacją wyłącznie wyników zagregowanych.

Jakość dowodów. Nie dotyczy skuteczności klinicznej. Rozwiązania analogiczne funkcjonują w kilku systemach europejskich; przenoszalność wysoka po stronie technicznej, ograniczona po stronie prawnej.

Podmiot wiodący i partnerzy. Ministerstwo Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Krajowy Rejestr Nowotworów.

Wymagane zmiany. Podstawa prawna zestawiania; wspólny identyfikator albo procedura łączenia probabilistycznego; zasady bezpieczeństwa; procedura dostępu dla ośrodków badawczych.

Koszt. Nieoszacowany.

Mierniki. Liczba analiz wykonanych i opublikowanych z wykorzystaniem zestawionych zbiorów. Pierwszy opublikowany wskaźnik wymagający połączenia dwóch rejestrów. Czas realizacji wniosku badawczego.

Ryzyka. Bezpieczeństwo danych; opóźnienie legislacyjne; wykorzystanie środowiska wyłącznie do celów sprawozdawczych zamiast analitycznych.

Reguła decyzji. Kontynuować niezależnie od wyników pozostałych wariantów – jest to warunek ich oceny. Modyfikować zakres, jeżeli analiza wykonalności prawnej wskaże konieczność węższego rozwiązania sektorowego.

Sześć ścieżek klinicznych uzupełniających warianty systemowe

Warianty W1–W6 opisują szkielet systemowy. Poniższe ścieżki są ich uszczegółowieniem dla domen klinicznych o najlepiej określonym punkcie wejścia. Nie konkurują z W1–W6 o zasoby i wymagają wcześniejszego wdrożenia pomiaru kaskady.

TABELA 35

Sześć ścieżek klinicznych w urologii i andrologii: zmiana w procesie, najważniejszy miernik i reguła decyzji

#	ŚCIEŻKA	ZMIANA W PROCESIE	NAJWAŻNIEJSZY MIERNIK	REGUŁA DECYZJI
U1	Widoczny krwimocz – ścieżka zamknięta	Jeden kod objawu uruchamiający potwierdzenie, badanie moczu, obrazowanie i cystoskopię zgodnie z ryzykiem; nawigator; plan widoczny w koncie pacjenta	Mediana i 90. centyl czasu do rozstrzygnięcia; odsetek pacjentów utraconych między etapami	Rozszerzyć przy spadku mediany o $\geq 30\%$ i rozstrzygnięciu $\geq 85\%$ ścieżek; wstrzymać bez zabezpieczonej przepustowości cystoskopii
U2	Zaburzenie erekcji jako punkt oceny ryzyka	Minimalna ocena: ciśnienie, masa ciała lub obwód pasa, palenie, aktualność glikemii i lipidogramu, dwa pytania o nastrój; leczenie objawu równoległe	Odsetek nowych rozpoznań z pełną minimalną oceną; kontrola ciśnienia po 12 miesiącach	Rozszerzyć przy $\geq 80\%$ kompletności oceny i wzroście domkniętych przekazów o ≥ 15 p.p.
U3	LUTS i nokturia – rozpoznanie mechanizmu	Trzydniowy dzienniczek mikcji, ocena snu, metabolizmu, leków i ryzyka upadku przed leczeniem; udokumentowana decyzja współdzielona przed zabiegiem	Odsetek pacjentów z oceną przyczyn neurologicznych; zgodność uzyskanej funkcji z preferencją pacjenta	Rozszerzyć przy $\geq 80\%$ kompletności; zatrzymać element technologiczny przy przekroczeniu progu reinterwencji
U4	Rak gruczołu krokowego – ścieżka dostosowana do ryzyka	Zaproszenie do świadomej decyzji; powtórzenie PSA 3–10 ng/ml; rezonans lub kalkulator przed biopsją; aktywny nadzór w chorobie niskiego ryzyka	Odsetek biopsji poprzedzonych stratyfikacją; udział aktywnego nadzoru; liczba biopsji na jedno rozpoznanie istotne klinicznie	Rozszerzyć przy $\geq 90\%$ biopsji ze stratyfikacją i $\geq 80\%$ nadzoru w grupie odpowiedniej; wstrzymać przy wzroście leczenia choroby niskiego ryzyka
U5	Wyniki funkcjonalne po leczeniu	Pomiar trzymania moczu, erekcji i ejakulacji przed leczeniem oraz po 3, 12 i 24 miesiącach; automatyczne skierowanie do rehabilitacji	Kompletność pomiaru bazowego i dwunastomiesięcznego	Rozszerzyć przy kompletności $\geq 75\%$; wstrzymać publikację rankingową bez korekty o profil ryzyka
U6	Płodność i zachowanie płodności przed leczeniem gonadotoksycznym	Równoległa ocena obojga partnerów; powtórzenie nieprawidłowego badania nasienia; udokumentowana oferta kriokonserwacji przed terapią	Odsetek terapii gonadotoksycznych poprzedzonych udokumentowaną ofertą; czas oceny męczyzny w ścieżce pary	Rozszerzyć przy $\geq 90\%$ udokumentowanych ofert bez opóźnienia leczenia onkologicznego

Źródło: opracowanie własne autora.

REGUŁA DECYZJI OBOWIĄZUJĄCA DLA WSZYSTKICH KART

Rozszerzaj tylko wtedy, gdy wdrożenie etapowe osiąga z góry określone mierniki bezpieczeństwa, wykonalności, domknięcia kaskady i równości. Modyfikuj, gdy mechanizm działa, lecz pojawia się wąskie gardło możliwe do naprawy. Zatrzymaj, gdy korzyść jest nieudokumentowana, szkody albo nierówności rosną, albo koszt następstw przekracza zdolność systemu bez planu naprawczego.

Brak wyniku nie może być maskowany liczbą rozdanych materiałów, wysłanych wiadomości ani wykonanych testów. Wykrycie bez zabezpieczonego kolejnego etapu jest gorsze niż brak wykrycia, ponieważ wytwarza rozpoznanie ryzyka bez możliwości jego rozstrzygnięcia.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 23

1

Warianty nie są równoległe. Pomiar kaskady i możliwość zestawiania zbiorów warunkują ocenę wszystkich pozostałych; bez nich żaden nie może zostać oceniony inaczej niż w warstwie procesu.

2

Odwroćenie kolejności – wdrożenie interwencji przed zbudowaniem pomiaru – jest scenariuszem najbardziej prawdopodobnym i najbardziej kosztownym.

3

Pola kosztowe pozostawiono nieoszacowane, ponieważ nie mają podstawy analitycznej. Wskaźnik z wymyślonym celem jest gorszy niż wskaźnik bez celu, ponieważ przez kilka lat wygląda na miernik, a nim nie jest.

4

Każdy wariant ma z góry określoną regułę decyzji: kiedy rozszerzyć, kiedy modyfikować, kiedy zatrzymać. Reguła ustalona przed wdrożeniem jest jedynym zabezpieczeniem przed oceną wyniku po fakcie.

5

Wykrycie bez zabezpieczonego kolejnego etapu jest gorsze niż brak wykrycia, ponieważ wytwarza rozpoznanie ryzyka bez możliwości jego rozstrzygnięcia.

Pomiar, odpowiedzialność i wskaźniki

Wskaźnik bez licznika, mianownika i dysponenta danych nie jest wskaźnikiem, lecz postulatem. Poniższy zestaw trzydziestu pozycji opisuje minimalny system pomiaru zdrowia mężczyzn w Polsce.

Quis custodiet ipsos custodes?

Któż będzie pilnował samych strażników?

Juvenalis, Satyry VI, 347–348

Zestaw dzieli się na trzy warstwy. Wskaźniki 1–8 opisują wynik populacyjny i służą ocenie zmiany w horyzoncie wieloletnim. Wskaźniki 9–20 opisują proces i domknięcie kaskady – są to wielkości, które powinny zmieniać się w ciągu miesięcy i które dziś w większości nie są produkowane. Wskaźniki 21–30 opisują domeny kliniczne o najlepiej określonym punkcie wejścia, w tym urologię.

Żaden pojedynczy wskaźnik nie może być użyty jako dowód skuteczności całego portfela. Kolumna „status na starcie” opisuje, czy wartość jest dziś dostępna, możliwa do wyznaczenia z danych istniejących, czy wymaga nowego pola dokumentacji.

TABELA 36

Trzydzieści wskaźników minimalnego systemu pomiaru zdrowia mężczyzn: definicja, źródło, częstość, przekroje i status na starcie

#	WSKAŹNIK I DEFINICJA	ŹRÓDŁO	CZĘSTOŚĆ I PRZEKROJE	STATUS NA STARCIE
1	Przeciętne trwanie życia mężczyzn przy urodzeniu	GUS	Rocznie; województwo, podregion, miasto i wieś	Publikowany
2	Oczekiwane lata życia w zdrowiu mężczyzn przy urodzeniu, w wieku 50 i 65 lat	GUS	Rocznie; województwo	Publikowany
3	Umieralność możliwa do uniknięcia u mężczyzn, w podziale na część możliwą do zapobiegania i do leczenia	Eurostat, NIZP PZH-PIB	Rocznie; wiek, region	Publikowany dla ogółu; wymaga rozdzielenia według płci
4	Potencjalne utracone lata życia mężczyzn przed 75. r.ż. według grup przyczyn	GUS, NIZP PZH-PIB	Rocznie; grupa przyczyn, region	Publikowany częściowo
5	Różnica dalszego trwania życia mężczyzn w wieku 30 lat według wykształcenia	GUS, NIZP PZH-PIB	Co 3 lata	Publikowany nieregularnie

TABELA 36*(kontynuacja)*

#	WSKAŹNIK I DEFINICJA	ŹRÓDŁO	CZĘSTOŚĆ I PRZEKROJE	STATUS NA STARCIE
6	Wkład grup przyczyn zgonu do różnicy trwania życia między płciami – dekompozycja według wieku i przyczyn	GUS	Co 2 lata	Analiza niewykonana; wymaga danych jednostkowych
7	Standaryzowana umieralność mężczyzn z przyczyn w całości przypisywanych alkoholowi	Eurostat, GUS	Rocznie; wiek, region	Możliwy do wyznaczenia NFZ, CeZ, GUS
8	Zgony w wyniku zachowań samobójczych: liczba, współczynnik i udział mężczyzn	GUS, KGP	Rocznie; wiek, region	Publikowany w dwóch odrębnych rejestrach
9	Mężczyźni po 45. r.ż. bez kontaktu z podstawową opieką przez 24 miesiące / wszyscy mężczyźni po 45. r.ż. z deklaracją	NFZ	Rocznie; wiek, województwo	Do wyznaczenia z danych istniejących
10	Współczynnik uczestnictwa mężczyzn w programie „Moje Zdrowie” = uczestnicy / uprawnieni w grupie wieku	CeZ, GUS	Kwartalnie; wiek, województwo	Wymaga publikacji mianownika
11	Pełny bilans = uczestnicy z wykonanymi badaniami i odbytą wizytą podsumowującą / uczestnicy z podjętą ankietą	CeZ, NFZ	Kwartalnie; płeć, wiek	Niepublikowany
12	Domknięcie wyniku nieprawidłowego = osoby z udokumentowanym działaniem w ≤90 dni / wszystkie wyniki nieprawidłowe	CeZ, NFZ	Kwartalnie; płeć, wiek, region	Niepublikowany – kluczowa luka systemu
13	Kontrola ciśnienia, HbA1c i LDL po 12 miesiącach od rozpoznania ryzyka	NFZ, POZ	Rocznie; płeć, wiek	Możliwy po zestawieniu danych
14	Kontakt po wypisie psychiatrycznym = pacjenci z kontaktem ambulatoryjnym w ≤7 i ≤30 dni / wszystkie wypisy	NFZ	Kwartalnie; płeć, wiek, województwo	Do wyznaczenia z danych istniejących
15	Skierowania z medycyny pracy do programu zdrowotnego: liczba i odsetek zgód	Służba medycyny pracy	Rocznie; branża, wiek	Rejestr nieprowadzony
16	Absencja chorobowa mężczyzn według wieku, rozpoznania i kwoty wypłaconego świadczenia w jednym zestawieniu	ZUS	Rocznie	Wymaga jednolitego przekroju
17	Hospitalizacje możliwe do uniknięcia u mężczyzn według definicji międzynarodowej	NFZ	Rocznie; wiek, region	Możliwy do wyznaczenia

#	WSKAŹNIK I DEFINICJA	ŹRÓDŁO	CZĘSTOŚĆ I PRZEKROJE	STATUS NA STARCIE
19	Czas od objawu alarmowego do rozpoznania nowotworu, mediana i 90. centyl	NFZ, KRN	Rocznie; płeć, umiejscowienie	Wymaga zestawienia dwóch rejestrów
20	Odsetek palących z rozpoczętym leczeniem uzależnienia i abstynencja po 12 miesiącach	NFZ, poradnie leczenia uzależnień	Rocznie; płeć, wiek	Niepublikowany
21	Kontakt urologiczny bez POZ = pacjenci poradni urologicznej bez porady POZ w poprzedzających 24 miesiącach / wszyscy pacjenci poradni	NFZ	Rocznie; wiek, województwo	Do wyznaczenia z danych istniejących
22	Czas od skierowania do porady urologicznej; mediana i 90. centyl	NFZ	Kwartalnie; województwo, tryb	Do wyznaczenia
23	Ścieżka krwimoczu = dni od pierwszego zakodowanego kontaktu do zakończenia diagnostyki	NFZ, CeZ	Miesięcznie; region, wiek	Wymaga kodu objawu
24	Rak pęcherza – rozkład stopnia zaawansowania wśród nowych rozpoznań	KRN	Rocznie; płeć, region	Częściowo dostępny
25	Rezonans lub inne narzędzie stratyfikacji przed biopsją / wszystkie biopsje gruczołu krokowego	NFZ, KRN	Kwartalnie; ośrodek	Nowy wskaźnik
26	Aktywny nadzór w chorobie niskiego ryzyka / wszyscy kwalifikujący się	KRN, NFZ	Półrocznie; ośrodek, wiek	Wymaga kryteriów i łączenia zbiorów
27	Wynik funkcjonalny po leczeniu = zmiana zwalidowanego wyniku zgłaszanego przez pacjenta po 3, 12 i 24 miesiącach	Rejestr wyników pacjenckich	Półrocznie; procedura, profil ryzyka	Brak zbierania rutynowego
28	Reinterwencja po leczeniu zabiegowym z powodu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego w 12, 24 i 36 miesięcy	NFZ	Półrocznie; procedura, ośrodek	Możliwe po łączeniu zbiorów
29	Zachowanie płodności = kwalifikujący się mężczyźni z udokumentowaną ofertą przed leczeniem gonadotoksycznym / wszyscy kwalifikujący się	Onkologia, banki tkanek, NFZ	Kwartalnie; nowotwór, wiek	Nowe pole
30	Pokrycie pełnym schematem szczepienia przeciw HPV u chłopców / wszyscy uprawnieni chłopcy danego rocznika	CeZ, NFZ, GUS	Rocznie; rocznik, powiat	Do publikacji w spójnym mianowniku

Źródło: opracowanie własne autora.

Trzy zasady, bez których zestaw nie działa

Zasada mianownika. Każdy wskaźnik musi mieć jawnie podaną populację odniesienia. Udział mężczyzn wśród uczestników nie jest współczynnikiem uczestnictwa mężczyzn; liczba wykonanych badań nie jest zasięgiem; liczba deklaracji podstawowej opieki nie jest liczbą osób uprawnionych.

Zasada przekroju. Wartość krajowa bez podziału według płci, wieku, wykształcenia i regionu ukrywa dokładnie to zjawisko, które ten raport opisuje. Średnia poprawia się także wtedy, gdy szybszą opiekę uzyskują pacjenci w największych miastach, a obszary o gorszym dostępie pozostają bez zmiany.

Zasada wartości bazowej. Wskaźnik publikowany po raz pierwszy nie ma wartości docelowej i nie należy jej wymyślać. Pierwszy pomiar ustala punkt odniesienia; cel można wyznaczyć dopiero po drugim.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 24

1

Zestaw trzydziestu wskaźników dzieli się na trzy warstwy: wynik populacyjny, proces wraz z domknięciem kaskady oraz domeny kliniczne o najlepiej określonym punkcie wejścia.

2

Znaczna część wskaźników procesu jest możliwa do wyznaczenia z danych już istniejących i nie jest produkowana.

3

Zasada mianownika: udział mężczyzn wśród uczestników nie jest współczynnikiem uczestnictwa, liczba wykonanych badań nie jest zasięgiem, a liczba deklaracji podstawowej opieki nie jest liczbą osób uprawnionych.

4

Zasada przekroju: wartość krajowa bez podziału według płci, wieku, wykształcenia i regionu ukrywa dokładnie to zjawisko, które ten raport opisuje.

5

Zasada wartości bazowej: wskaźnik publikowany po raz pierwszy nie ma wartości docelowej i nie należy jej wymyślać. Pierwszy pomiar ustala punkt odniesienia, cel można wyznaczyć dopiero po drugim.

Historie pacjentów

Trzy ścieżki, każda złożona wyłącznie z wartości opisanych w częściach I–V, przeprowadzone najpierw przez system, który mamy, a następnie przez system, który da się zbudować **w opisanych ramach prawnych**. Różnica między tymi dwoma przebiegami jest jedyną treścią tej części.

Nihil recte sine exemplo docetur aut discitur.

Niczego nie naucza się ani nie poznaje należycie bez przykładu.

Kolumella, O rolnictwie XI, 1, 4

PRZYPowieść SZÓSTA • O MAPIE I O TERENIE

Oddział kartografów zgubił się w Alpach podczas zamieci. Po dwóch dniach jeden z żołnierzy znalazł w kieszeni mapę. Rozbili obóz, przeczekali burzę, ruszyli według mapy i wyszli. Dopiero w bazie okazało się, że mapa przedstawiała Pireneje.

Anegdota ta bywa opowiadana jako pochwała działania mimo błędnych danych. Jest w niej jednak coś poważniejszego: mapa nie wyprowadziła ich dlatego, że była trafna, lecz dlatego, że zmusiła do ruchu w uzgodnionym kierunku. To działa **w górach**. W medycynie nie działa – tam mapa niewłaściwego terenu prowadzi dokładnie tam, dokąd wskazuje.

Poprzednie pięć części tego raportu to mapa: liczby, mianowniki, przejścia, wskaźniki. Ta część sprawdza, czy mapa opisuje **teren**. Sprawdzenie polega na przeprowadzeniu przez nią trzech mężczyzn i zobaczeniu, w którym miejscu spadają z krawędzi.

Jeżeli opis systemu jest trafny, historie te powinny dać się przewidzieć z tabel. Właśnie dlatego zostały napisane po nich, a nie przed nimi.

Trzy historie w systemie, który mamy

Marek, Tadeusz i Krzysztof nie istnieją. Każdy szczegół ich historii – wiek, zawód, objaw, czas oczekiwania, treść zalecenia – da się wyprowadzić z wartości podanych w częściach I–V albo z powtarzalnych obserwacji praktyki klinicznej. Nie ma w nich ani jednego zdarzenia nadzwyczajnego. To jest ich najważniejsza cecha.

Homo sum, humani nihil a me alienum puto.

Człowiekiem jestem i nic, co ludzkie, nie jest mi obce.

Terencjusz, *Sam sobie kata* 77

Marek, lat 52. Operator maszyn, praca na trzy zmiany

Rok 2019. Marek ma czterdzieści pięć lat i badanie okresowe co dwa lata. Lekarz medycyny pracy mierzy mu ciśnienie: 148/92 mm Hg. Mówi, że to trochę za wysoko i że warto to sprawdzić u lekarza rodzinnego. Orzeczenie o zdolności do pracy wydaje bez zastrzeżeń, ponieważ wartość ta nie stanowi przeciwwskazania do pracy na stanowisku. Informacja nie trafia nigdzie poza dokumentację medycyny pracy – przepływ do podstawowej opieki nie istnieje. Marek nie idzie do lekarza rodzinnego; nie ma powodu, nic go nie boli, a rejestracja czynna jest w tych samych godzinach, w których on pracuje.

Rok 2021. Kolejne badanie okresowe. Ciśnienie 152/94. Ta sama rozmowa. Marek waży 96 kilogramów przy 178 centymetrach wzrostu – wskaźnik masy ciała 30,3. Pali od dwudziestu ośmiu lat. W piątki i soboty wypija z kolegami po pracy sześć do ośmiu piw; nie uważa się za osobę pijącą ryzykownie, bo w tygodniu nie pije wcale. W klasyfikacji epidemiologicznej jego wzorzec spożycia mieści się w definicji picia ryzykownego, a konkretnie w tej jego postaci, która najsilniej wiąże się z ryzykiem zdarzeń ostrych. Nikt go o to nie pyta, ponieważ ocena spożycia alkoholu nie mieści się w zakresie badania okresowego, a gdyby się mieściła, Marek odpowiedziałby ostrożnie – wynik badania decyduje o dopuszczeniu do pracy.

Rok 2023. Marek zaczyna wstawać w nocy dwa razy, żeby oddać moc. Żona mówi, że chrapie i że czasem przestaje oddychać. On uważa, że to prostata, bo tak mówił kolega z brygady. Nie idzie do lekarza.

Marzec 2025. Od ośmiu miesięcy ma zaburzenia erekcji. To jest ta jedna dolegliwość, której nie da się przeczekać. Prosi lekarza rodzinnego o skierowanie do urologa – jest to jego pierwsza wizyta u lekarza rodzinnego od sześciu lat. Wizyta trwa siedem minut i dotyczy skierowania. Nikt nie mierzy ciśnienia, ponieważ powód wizyty jest inny.

Czerwiec 2025. Wizyta u urologa. Marek opowiada o erekcji i o nokturii. Lekarz zleca PSA i badanie ogólne moczu, bada gruczoł krokowy, stwierdza umiarkowane powiększenie, przepisuje inhibitor fosfodiesterazy typu 5 i alfa-adrenolityk. Wizyta trwa piętnaście minut i jest merytorycznie poprawna w zakresie urologicznym. Nie pada pytanie o chrapanie, o bezdechy, o nastrój ani o alkohol. Nie zostaje zmierzone ciśnienie. Nie zostaje wykonany dzienniczek mikcji. Marek wychodzi z receptą i jest zadowolony – po dwóch tygodniach erekcja wraca, a wstawanie w nocy zmniejsza się z dwóch razy do jednego.

CO SYSTEM WIEDZIAŁ O MARKU W CZERWCU 2025 ROKU

Miał trzy lata udokumentowanego podwyższonego ciśnienia w dokumentacji medycyny pracy. Miał wskaźnik masy ciała 30,3. Palił od dwudziestu ośmiu lat. Miał nokturie, chrapanie i obserwowane bezdechy. Miał zaburzenie erekcji o co najmniej ośmiomiesięcznym czasie trwania. Każda z tych informacji istniała. Żadna nie znajdowała się w jednym miejscu, a cztery z sześciu nie zostały nigdy zapisane.

Luty 2027. Marek trafia na oddział ratunkowy z bólem w klatce piersiowej. Rozpoznanie: zawał serca z uniesieniem odcinka ST. Zabieg przezskórny wykonano w czasie zgodnym ze standardem, wynik dobry. Marek ma pięćdziesiąt cztery lata. W wypisie znajduje się rozpoznanie nadciśnienia tętniczego – postawione po raz pierwszy, osiem lat po pierwszym pomiarze, który je zapowiadał.

Gdzie Marek wypadł z kaskady. Nie w jednym miejscu, lecz w czterech, i wszystkie cztery są opisane w tabeli 25. Przejście „wynik → konsultacja”: ciśnienie zmierzone, wynik przekazany ustnie, konsultacja nie nastąpiła i nikt tego nie odnotował. Przejście „dotarcie → ocena”: siedmiominutowa wizyta po skierowaniu była kontaktem z systemem, który nie został wykorzystany do niczego poza wystawieniem dokumentu. Przejście „rozpoznanie → leczenie”: nokturia została zaleczona objawowo bez rozpoznania mechanizmu, choć chrapanie i bezdechy wskazywały na przyczynę pozaurologiczną. Przejście „leczenie → kontrola”: nie ustalono terminu kontroli ani nie zapytano o cele, które sam Marek uznałby za istotne.

W żadnym z tych czterech punktów nikt nie popełnił błędu w rozumieniu sztuki lekarskiej. Każdy zrobił dokładnie to, co należało do jego zadania. Suma tych zadań nie obejmowała Marka.

Tadeusz, lat 66. Rolnik, ubezpieczony w systemie odrębnym

Wrzesień 2024. Tadeusz zauważa krew w moczu. Zdarza się to dwa razy w ciągu tygodnia, nie boli. Po dziesięciu dniach krwimocz ustępuje samoistnie. Tadeusz uznaje, że przeszło, i wraca do żniw. Nie idzie do lekarza – do najbliższej przychodni jest dwadzieścia trzy kilometry, a wrzesień jest miesiącem, w którym gospodarstwa nie zostawia się na pół dnia.

Styczeń 2025. Krwimocz wraca, tym razem z uczuciem parcia i pieczeniem. Tadeusz zgłasza się do lekarza rodzinnego. Badanie ogólne moczu wykazuje krwinkomocz i leukocyturię. Lekarz rozpoznaje zakażenie układu moczowego, przepisuje antybiotyk i zaleca zgłoszenie się, gdyby objawy nie ustąpiły. Objawy ustępują po pięciu dniach. Tadeusz nie zgłasza się ponownie, ponieważ nie ma po co.

Postępowanie to jest w pojedynczym punkcie obronne: krwimocz z objawami dyzurycznymi u mężczyzny może towarzyszyć zakażeniu. Nie jest obronne w kontekście, którego lekarz nie miał: był to drugi epizod widocznego krwimocz u ciągu czterech miesięcy u sześćdziesięciosześcioletniego palacza. Pierwszy epizod nie istnieje w żadnej dokumentacji, ponieważ Tadeusz nie zgłosił się we wrześniu. Ustąpienie krwimocz u antybiotyku nie dowodzi, że przyczyną było zakażenie – dowodzi tylko, że krwawienie ustało.

Sierpień 2025. Trzeci epizod. Tym razem ze skrzepami i z zatrzymaniem moczu. Tadeusz trafia na oddział ratunkowy w nocy, zakładany jest cewnik, wykonywana ultrasonografia – widoczna zmiana w pęcherzu. Zostaje skierowany do poradni urologicznej. Termin: za jedenaście tygodni.

Listopad 2025. Cystoskopia, następnie przezcewkowa resekcja guza. Rozpoznanie: rak urotelialny naciekający błonę mięśniową. Zaawansowanie wyższe niż w chwili pierwszego epizodu – czternaście miesięcy wcześniej.

CO MOŻNA BYŁO ZMIERZYĆ W HISTORII TADEUSZA

Czas od pierwszego widocznego krwimocz u do oceny urologicznej: jedenaście miesięcy. Czas od pierwszego kontaktu z systemem z powodu krwimocz u do cystoskopii: dziesięć miesięcy. Liczba kontaktów z systemem, przy których krwimocz był odnotowany, a ścieżka nie została uruchomiona: dwa. Żadna z tych trzech wielkości nie jest w Polsce wskaźnikiem publikowanym – są to pozycje 23 i 24 z tabeli 36.

Tadeusz reprezentuje ponadto grupę opisaną w rozdziale 3 jako trudną do ujęcia w analizie: ubezpieczonych w systemie odrębnym. Jego ryzyko zawodowe – ekspozycja na pyły, substancje chemiczne stosowane w gospodarstwie, praca w wymuszonych pozycji – nie jest zestawiane z jego wynikiem zdrowotnym w żadnym krajowym opracowaniu. Nie podlega badaniom okresowym. Nie otrzymuje zaproszeń w tym samym trybie co pracownicy najemni.

Krzysztof, lat 41. Kierownik zmiany w zakładzie produkcyjnym, do marca 2025 roku

Marzec 2025. Zakład ogłasza zwolnienia grupowe. Krzysztof traci pracę po jedenastu latach. W rejestrach powstaje z tego jeden zapis: wyrejestrowanie z ubezpieczenia. Zapis nie odnotowuje czterech zmian, które nastąpiły równocześnie – utraty regularnego kontaktu z lekarzem przez

zniknięcie badań okresowych, utraty struktury dnia i roli, kurczenia się sieci kontaktów związanych z zakładem oraz przesunięcia priorytetów wydatkowych w gospodarstwie domowym.

Maj-wrzesień 2025. Krzysztof śpi po cztery godziny, budzi się nad ranem, chudnie o siedem kilogramów. Pije codziennie, wieczorem, w domu – czego wcześniej nie robił. Żonie mówi, że jest zmęczony i poirytowany szukaniem pracy. Nie używa słowa „depresja” i nie rozpoznaje w sobie osoby chorej; własne cierpienie interpretuje jako sytuację, nie jako stan.

Październik 2025. Krzysztof zgłasza się do lekarza rodzinnego z bólami brzucha i kołataniem serca. Otrzymuje skierowanie na gastroskopię i badania. Wynik: bez istotnych odchyleń. Nie pada pytanie o nastrój, o sen ani o alkohol. Dolegliwości somatyczne u mężczyzny w tym wieku nie uruchamiają automatycznie oceny psychiatrycznej, a dwa pytania przesiewowe, które mieściłyby się w czasie wizyty, nie są elementem standardu.

Grudzień 2025. Próba samobójcza. Krzysztof trafia na oddział ratunkowy, następnie na oddział psychiatryczny. Hospitalizacja trwa dziewiętnaście dni. Stan poprawia się. Przy wypisie otrzymuje zalecenie zgłoszenia się do poradni zdrowia psychicznego oraz receptę na trzydzieści dni leczenia. Nie otrzymuje terminu. Rejestracja do poradni w jego mieście przyjmuje zapisy osobiście albo telefonicznie, a najbliższy wolny termin jest za dziewięć tygodni.

Styczeń 2026. Krzysztof nie zgłasza się. Leki kończą się po trzydziestu dniach. Nikt nie dzwoni, ponieważ inicjatywa kontaktu leży po stronie pacjenta, a jego stan kliniczny jest dokładnie tym stanem, w którym inicjatywa jest najtrudniejsza do podjęcia. W żadnym rejestrze nie powstaje zdarzenie „pacjent po wypisie psychiatrycznym bez kontaktu ambulatoryjnego”, ponieważ takiego zdarzenia system nie definiuje.

Okres bezpośrednio po wypisie z oddziału psychiatrycznego jest najlepiej udokumentowanym okresem podwyższonego ryzyka w całej medycynie. Jest to jednocześnie jedyny okres, w którym polski system całkowicie zdejmuje z siebie inicjatywę.

Co łączy te trzy historie

Nie łączy ich choroba: mamy tu proces sercowo-metaboliczny, nowotwór urotelialny i epizod depresyjny. Nie łączy ich wiek, zawód ani miejsce zamieszkania. Nie łączy ich także błąd lekarski – w żadnej z tych historii nie ma decyzji, którą recenzent uznałby za sprzeczną ze sztuką.

Łączy je jedno: w każdej z nich istniał moment, w którym system miał pacjenta u siebie, dysponował informacją wystarczającą do rozpoznania ryzyka i nie miał zdefiniowanego następnego kroku. U Marka takich momentów było cztery. U Tadeusza dwa. U Krzysztofa dwa. W sumie osiem punktów, w których wystarczyłoby jedno pytanie, jeden pomiar albo jeden telefon – i w których nie było niczym zadaniem, żeby je wykonać.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 25

1

W trzech historiach opisano osiem punktów, w których system miał pacjenta u siebie, dysponował informacją wystarczającą do rozpoznania ryzyka i nie miał zdefiniowanego następnego kroku.

2

W żadnym z tych punktów nie doszło do decyzji, którą recenzent uznałby za sprzeczną ze sztuką lekarską. Każdy zrobił dokładnie to, co należało do jego zadania.

3

Cztery z sześciu informacji, którymi system dysponował o pierwszym z pacjentów, nie zostały nigdy zapisane – istniały, lecz nie w jednym miejscu.

4

Czas od pierwszego widocznego krwimoczu do oceny urologicznej wyniósł w drugiej historii jedenaście miesięcy. Żadna z wielkości opisujących tę zwłokę nie jest w Polsce wskaźnikiem publikowanym.

5

Historie te są konstrukcjami złożonymi z wartości populacyjnych i powtarzalnych obserwacji klinicznych. Nie opisują rzeczywistych osób i ich najważniejszą cechą jest brak jakiegokolwiek zdarzenia nadzwyczajnego.

CZĘŚĆ VI • ROZDZIAŁ 26

Te same trzy historie w systemie, który da się zbudować

Poniżej przebiegają te same trzy ścieżki przy założeniu, że wdrożono rozwiązania opisane w rozdziale 23. Nie zakładam nowych pieniędzy, nowej ustawy ani nowej instytucji. Zakładam wyłącznie to, co w tamtym rozdziale opisano jako wykonalne – i pokazuję, że część historii kończy się mimo to źle.

Non quia difficilia sunt non audemus, sed quia non audemus difficilia sunt.

Nie dlatego nie ważymy się, że rzeczy są trudne, lecz dlatego są trudne, że się nie ważymy.

Seneka Młodszy, *Listy moralne do Lucyliusza* 104, 26

Marek – wariant W3 i W4

Rok 2019. To samo badanie okresowe, to samo ciśnienie 148/92. Zmienia się jedno: badanie obejmuje dobrowolny moduł profilaktyczny prowadzony w dokumentacji odrębnej od orzeczniczej i niedostępnej dla pracodawcy. Marek zgadza się na moduł, ponieważ lekarz mówi wprost, że wyniku nie zobaczy zakład pracy. Moduł obejmuje obwód pasa, dwa pytania o sen, krótki przesiew spożycia alkoholu, dwa pytania o nastrój oraz – z racji wieku – lipidogram z glikemią.

Wynik: obwód pasa 108 cm, cholesterol LDL 4,3 mmol/l, glikemia na czczo 6,3 mmol/l, w przesiewie alkoholowym wynik wskazujący **na picie ryzykowne, chrapanie z obserwowanymi bezdechami**. Lekarz medycyny pracy nie leczy Marka – to nie jest jego zadanie i nie próbuje nim być. Kieruje go, za jego zgodą, do programu zdrowotnego na podstawie artykułu 229 § 6¹ Kodeksu pracy, przekazuje minimalny zbiór danych do wskazanego przez Marka lekarza rodzinnego i otrzymuje elektroniczne potwierdzenie przyjęcia. To ostatnie zdanie jest jedyną rzeczywistą nowością w całym wariantcie.

Rok 2019, sześć tygodni później. Podstawowa opieka wzywa Marka na wizytę w sobotę rano – godziny dostosowane do pracy zmianowej są jednym z elementów wariantu W5. Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego potwierdzone dwoma pomiarami. Włączone leczenie. Skierowanie do diagnostyki snu z powodu podejrzenia bezdechu. Zaproponowane leczenie uzależnienia od nikotyny – nie zalecenie rzucenia palenia, lecz konkretna oferta: interwencja behawioralna z farmakoterapią.

Rok 2021. Marek pali nadal, choć mniej. Ciśnienie kontrolowane, LDL obniżony. Rozpoznano obturacyjny bezdech senny umiarkowanego stopnia; Marek używa aparatu do wentylacji przez trzy noce w tygodniu, co jest wynikiem gorszym od zalecanego i lepszym od zera. Nokturia nie występuje.

Marzec 2025. Marek zgłasza się do urologa z zaburzeniem erekcji. Wizyta obejmuje – poza postępowaniem urologicznym – ośmioelementowy bilans z tabeli 24. Ciśnienie: 132/84. Aktualność danych metabolicznych: sprzed pięciu miesięcy. Dwa pytania o nastrój: bez odchyień. Urolog nie musi niczego wykrywać, ponieważ wszystko zostało wykryte sześć lat wcześniej. Zajmuje się erekcją, co jest powodem wizyty, i odnotowuje w dokumentacji, że ryzyko sercowo-naczyniowe jest prowadzone.

Nie twierdę, że Marek nie dostanie zawału. Twierdę, że jego ryzyko w 2027 roku jest inne niż w scenariuszu pierwszym, i że jest to jedyne uczciwe sformułowanie, na jakie pozwalają dane.

Koszt tej zmiany: jeden lipidogram i jedno oznaczenie glikemii w 2019 roku, sześć dodatkowych minut badania okresowego, jedna sobotnia wizyta w podstawowej opiece, jedno badanie snu, jeden cykl leczenia uzależnienia od nikotyny. Żaden z tych elementów nie wymaga nowego świadczania. Wymaga natomiast rozstrzygnięcia, kto je zleca, kto za nie płaci i komu przekazuje wynik – czyli dokładnie tych trzech rozstrzygnięć, które wymieniono w rozdziale 14.

Tadeusz – ścieżka U1

Wrzesień 2024. Tadeusz zauważa krew w moczu i nie idzie do lekarza. Ten fragment historii się nie zmienia i nie należy udawać, że mógłby się zmienić: żadne rozwiązanie organizacyjne nie dosięga człowieka, który nie zgłosił się nigdzie. Odległość, żniwa i przekonanie, że przeszło, pozostają.

Styczeń 2025. Tadeusz zgłasza się do lekarza rodzinnego z drugim epizodem. Tu zmienia się wszystko. Widoczny krwimocz ma w dokumentacji jeden kod objawu, a wprowadzenie tego kodu uruchamia ścieżkę: badanie ogólne moczu i posiew, ocena pilności, skierowanie do oceny urologicznej z wyznaczonym terminem oraz – co najważniejsze – status ścieżki, który pozostaje otwarty do czasu jej rozstrzygnięcia. Lekarz rodzinny może włączyć antybiotyk, jeżeli uzna to za uzasadnione. Nie może natomiast zamknąć ścieżki, ponieważ ustąpienie objawu nie jest w niej zdarzeniem kończącym.

Luty 2025. Ultrasonografia i cystoskopia w terminie sześciu tygodni od wprowadzenia kodu. Rozpoznanie: rak urotelialny nienaciekający błony mięśniowej, wysokiego stopnia złośliwości. Przewodkowa resekcja, wlewki dopęcherzowe, program nadzoru.

Marzec 2025. Tadeusz otrzymuje ofertę leczenia uzależnienia od nikotyny – nie jako element edukacji zdrowotnej, lecz jako element leczenia onkologicznego, ponieważ palenie jest głównym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka nawrotu tego nowotworu. Przyjmuje ją. Po roku nie pali.

CZEGO TEN WARIANT NIE OBIECUJE

Tadeusz ma raka pęcherza w obu scenariuszach. Różnica dotyczy stopnia zaawansowania w chwili rozpoznania, a przez to intensywności leczenia, ryzyka nawrotu i rokowania – nie samego faktu choroby. Różnica nie jest też pewna: część nowotworów naciekających błonę mięśniową jest taka od początku i wcześniejsze rozpoznanie nie zmieniłoby ich charakteru. Wcześniejsze rozpoznanie zmienia rozkład prawdopodobieństw, nie los pojedynczego człowieka. Tak samo jak wszystko inne w medycynie.

Koszt tej zmiany: jeden kod objawu w dokumentacji, jeden mechanizm otwartego statusu ścieżki i jedno potwierdzenie realizacji skierowania. Nie ma tu ani jednego nowego badania – cystoskopia i ultrasonografia zostały w scenariuszu pierwszym również wykonane, tylko dziewięć miesięcy później.

Krzysztof – wariant W2

Marzec 2025. Krzysztof traci pracę. Ten fragment się nie zmienia.

Październik 2025. Wizyta u lekarza rodzinnego z powodu bólów brzucha i kołatania serca. W wariantcie W4 wizyta obejmuje dwa pytania przesiewowe o obniżenie nastroju i utratę zainteresowań. Krzysztof odpowiada twierdząco na oba. Otrzymuje skierowanie do poradni zdrowia psychicznego z wyznaczonym terminem za trzy tygodnie oraz informację, że jeżeli stan się pogorszy, ma dokąd zadzwonić. Nie jest to leczenie – jest to otwarcie ścieżki.

Listopad 2025. Rozpoznanie epizodu depresyjnego umiarkowanego. Włączone leczenie. Krzysztof pozostaje w opiece.

Wariant drugi, mniej optymistyczny. Załóżmy jednak, że Krzysztof nie zgłasza się w listopadzie – bo tak bywa najczęściej – i że w grudniu dochodzi do próby samobójczej. Hospitalizacja trwa dziewiętnaście dni, tak samo jak poprzednio. Zmienia się natomiast to, co dzieje się przy wypisie i po nim.

Przed opuszczeniem oddziału Krzysztof otrzymuje konkretną datę i miejsce pierwszej wizyty ambulatoryjnej: piąty dzień po wypisie. Odpowiedzialność za nawiązanie kontaktu spoczywa na podmiocie leczniczym, nie na pacjencie. W siódmym dniu, gdy Krzysztof nie stawia się na wizytę, uruchamia się protokół ponowienia: telefon, a przy braku odpowiedzi drugi kontakt innym kanałem po czterdziestu ośmiu godzinach. Krzysztof odbiera za trzecim razem. Wizyta odbywa się w następnym dniu po wypisie.

Cały ten wariant sprowadza się do jednej zmiany: kto dzwoni. W scenariuszu pierwszym nikt, ponieważ inicjatywa należała do pacjenta w stanie, który tę inicjatywę odbiera. W scenariuszu drugim placówka, ponieważ ma za to zapłacone i ma to zapisane w standardzie wypisu.

To nie jest program. To jest telefon wykonany przez właściwą osobę we właściwym tygodniu – i jedyny powód, dla którego dziś nie jest wykonywany, brzmi: nie jest niczym zadaniem, nie jest wycenione i nie jest mierzone.

Trzy zastrzeżenia do tego rozdziału

Zastrzeżenie pierwsze. Historie te są konstrukcjami złożonymi z wartości populacyjnych i powtarzalnych obserwacji klinicznych. Nie są opisem rzeczywistych pacjentów i nie stanowią dowodu skuteczności opisanych rozwiązań. Dowodem skuteczności może być wyłącznie pomiar prowadzony po wdrożeniu, według reguł z rozdziału 23.

Zastrzeżenie drugie. Scenariusz drugi jest korzystniejszy z założenia, ponieważ został napisany przez tę samą osobę, która projektowała rozwiązania. Jest to ograniczenie każdej narracji tego typu i czytelnik powinien traktować ją jako ilustrację mechanizmu, nie jako oszacowanie efektu.

Zastrzeżenie trzecie. W każdej z trzech historii część przebiegu pozostała niezmieniona: Tadeusz nadal nie zgłosił się we wrześniu, Krzysztof nadal stracił pracę, Marek nadal palił. Zrobiono to celowo. Rozwiązania organizacyjne domykają ścieżki wewnątrz systemu i nie mają wpływu na to, co dzieje się przed pierwszym kontaktem. Ta granica jest realna i raport, który by ją zacierał, obiecywałby więcej, niż może dostarczyć.

WNIOKI Z ROZDZIAŁU 26

1

W trzech historiach opisano osiem punktów, w których system dysponował informacją wystarczającą do rozpoznania ryzyka i nie miał zdefiniowanego następnego kroku.

2

W żadnym z tych punktów nie doszło do błędu w rozumieniu sztuki lekarskiej. Wszystkie osiem to defekty przejścia, nie defekty decyzji klinicznej.

3

Zmiany wymagane, by przebieg był inny, sprowadzają się do: przekazania danych z medycyny pracy z potwierdzeniem odbioru, kodu objawu alarmowego z otwartym statusem ścieżki oraz telefonu wykonanego przez placówkę w pierwszym tygodniu po wypisie.

4

Żadna z tych zmian nie wymaga nowej ustawy, nowej instytucji ani nowego świadczenia. Wszystkie trzy wymagają wskazania, kto odpowiada, kto płaci i kto mierzy.

5

Granica skuteczności rozwiązań organizacyjnych przebiega przed pierwszym kontaktem pacjenta z systemem. Tego odcinka nie da się domknąć organizacją.

Dyskusja

Co z zebranego materiału wynika, co nie wynika, jak wypada on wobec piśmiennictwa i wobec skali korzyści, którą w medycynie klinicznej uznajemy dziś za sukces – oraz gdzie przebiegają granice tego opracowania.

Nullius in verba.

Na niczyje słowo.

Dewiza Royal Society, przyjęta w 1663 r., nawiązująca do Horacego, Listy I, 1, 14

PRZYPowieść SIÓDMA · O DWÓCH STOLARZACH

Dwaj stolarze pracowali w tej samej wsi. Pierwszy szlifował fugi tak, że nie dało się wsunąć w nie ostrza noża; nad jedną skrzynią potrafił spędzić miesiąc. Drugi nie umiał tego, co pierwszy, ale zauważył, że we wsi wszystkie stoły chwieją się na tym samym nierównym klepisku, i wyrównał klepiska.

Po roku pierwszy miał trzy doskonałe skrzynie. Drugi miał czterdzieści stołów, które przestały się chwiać, i żadnego dzieła, które dałoby się pokazać.

Medycyna od trzydziestu lat szlifuje fugi i robi to coraz lepiej – słusznie, bo część pacjentów żyje wyłącznie dzięki temu. Ta część raportu jest o klepisku.

Dyskusja

Rozdział porządkuje ustalenia raportu, zestawia je z piśmiennictwem, wprowadza porównanie rządów wielkości z medycyną kliniczną i wskazuje, co należałoby policzyć, żeby wiedzieć więcej niż dziś.

Humanum fuit errare, diabolicum est per animositatem in errore manere.

Rzeczą ludzką było zbłądzić, rzeczą szatańską jest z uporu trwać w błędzie.

Augustyn z Hippony, Kazania 164, 14

Co udało się ustalić i z jaką pewnością

Zebrany materiał pozwala powiedzieć cztery rzeczy, a różnią się one stopniem pewności na tyle, że warto je od siebie oddzielić. W debacie publicznej występują bowiem zwykle jako jedno zdanie, wypowiedane z jednakową stanowczością, co przy pierwszym z nich jest uzasadnione, a przy ostatnim już nie.

Najpewniejsze jest to, że różnica jest duża i w istotnej części poddaje się zmianie. Wynosi 7,11 roku, ponad połowa powstaje przed sześćdziesiątym piątym rokiem życia, a analogiczna wartość w krajach Unii Europejskiej rozciąga się od 2,8 roku w Holandii do 9,8 roku na Łotwie. Ta rozpiętość jest argumentem mocniejszym niż jakiegokolwiek zestawienie z pojedynczym krajem, ponieważ obejmuje państwa o zbliżonym poziomie rozwoju gospodarczego i o wspólnym otoczeniu regulacyjnym. Gdyby siedem lat było stałą biologiczną, wartości te byłyby do siebie podobne. Nie są. Wszystkie trzy liczby pochodzą przy tym ze zharmonizowanych źródeł i nie wymagają żadnych założeń modelowych – czyta się je wprost z tablic.

Niewiele mniej pewne jest ustalenie drugie: zróżnicowanie wewnątrz populacji mężczyzn przewyższa różnicę między płciami. Trzynastcie lat według poziomu wykształcenia wobec siedmiu według płci. Konsekwencja tego zestawienia jest dla polityki zdrowotnej dotkliwa, ponieważ podważa samą kategorię, wokół której buduje się większość działań. Mężczyzna z dyplomem uczelni i mężczyzna z wykształceniem podstawowym różnią się pod względem oczekiwanego trwania życia bardziej niż przeciętny mężczyzna i przeciętna kobieta. Adresowanie programu do płci zamiast do segmentu ryzyka nie jest zatem kwestią akcentu ani wrażliwości językowej – jest błędem konstrukcyjnym, przez który ten sam przekaz i ten sam tryb dostępu trafiają do grup różniących się ryzykiem wyjściowym o rząd wielkości.

Ustalenie trzecie ma status wyraźnie słabszy i chcę to powiedzieć wprost, zanim powie to za mnie ktoś inny. Twierdzę, że głównym miejscem straty jest przejście między etapami opieki, nie decyzja podejmowana w gabinecie. Opieram to jednak nie na pomiarze, lecz na jego nieobecności – na

zestawieniu tego, co w Polsce jest mierzone, z tym, co mierzone nie jest. Argument jest mocny o tyle, że nie da się wskazać ani jednego publikowanego wskaźnika opisującego, co dzieje się z pacjentem po nieprawidłowym wyniku: ani w programach profilaktycznych, ani w onkologii, ani po wypisie ze szpitala psychiatrycznego. Jest natomiast słaby o tyle, że brak wskaźnika nie dowodzi, iż zjawisko jest duże. Może być duże i może być małe; dziś tego nie wiemy. Rozstrzygnięcie wymaga pomiaru opisanego w wariancie W1 i nie da się go zastąpić żadnym rozumowaniem, także moim.

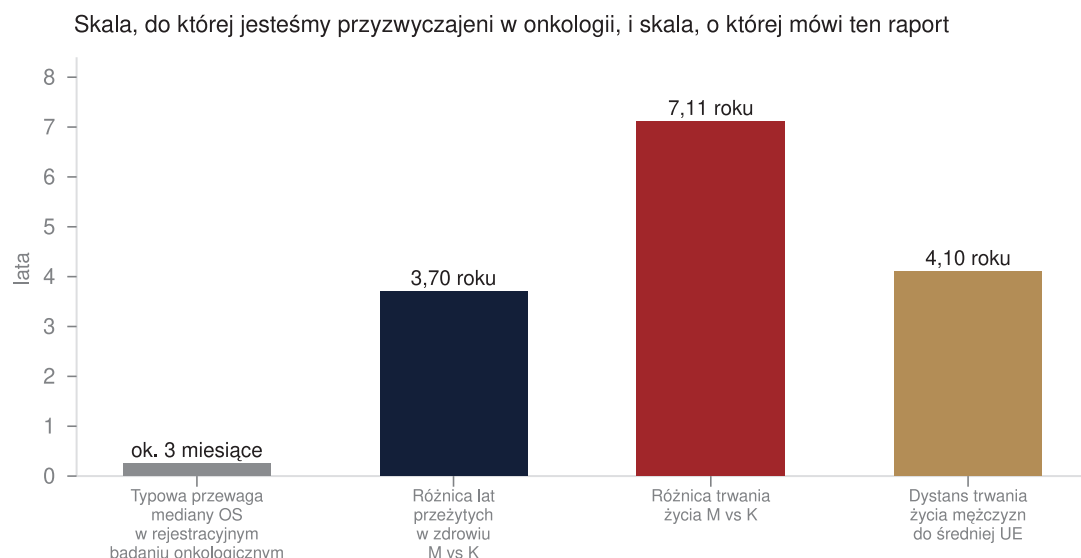
Ustalenie czwarte jest hipotezą i tak je opisuję. Uważam, że kontakt urologiczny jest niewykorzystanym punktem wejścia o wysokiej wartości. Przemawiają za tym trzy okoliczności: struktura wieku pacjentów zgłaszających się do urologa pokrywa się z grupą, w której powstaje największa część różnicy; objawy, z którymi ci mężczyźni przychodzą, mają udokumentowaną wartość predykcyjną wobec chorób o największym udziale w umieralności; a koszt krańcowy dodania krótkiej oceny do wizyty, która i tak się odbywa, jest bliski zeru. Trzy przesłanki nie są jednak dowodem, a ja mam tu oczywisty konflikt perspektywy, do którego wracam pod koniec rozdziału. Weryfikacja wymaga jednego wskaźnika – odsetka pacjentów poradni urologicznej bez kontaktu z podstawową opieką w poprzedzających dwudziestu czterech miesiącach. Da się go policzyć z danych płatnika w ciągu kilku dni i nikt go dotąd nie policzył.

Skala, do której się przyzwyczailiśmy

Przechodzę teraz do porównania, które uważam za najważniejszą treść tej dyskusji i które w polskiej debacie o zdrowiu mężczyzn nie pada nigdy.

Pracuję zawodowo w onkologii urologicznej. Wiem – nie z lektury, lecz z sal operacyjnych, konsyliów i rozmów z chorymi – ile kosztuje wydłużenie przeżycia w chorobie zaawansowanej. Wiem też, jaką skalę korzyści uznajemy w tej dziedzinie za sukces, i jest to skala, którą warto wypowiedzieć głośno obok liczb z części pierwszej tego raportu.

W badaniach rejestracyjnych nowych terapii onkologicznych podstawowymi punktami końcowymi są przeżycie wolne od progresji i przeżycie całkowite. Analizy leków dopuszczonych do obrotu w Europie i w Stanach Zjednoczonych w ostatnich dwóch dekadach wskazywały medianę zysku przeżycia całkowitego rzędu dwóch do trzech miesięcy. W skalach oceny wielkości korzyści klinicznej, którymi posługują się europejskie towarzystwa onkologiczne, wydłużenie mediany przeżycia o mniej więcej trzy miesiące przy odpowiednio niskim ilorazie ryzyka bywa klasyfikowane jako korzyść istotna, a przekroczenie tego progu jest warunkiem ocen najwyższych. Terapia, która wydłuża medianę przeżycia całkowitego o dwanaście miesięcy w chorobie rozsianej, jest zdarzeniem rzadkim – opisuje się ją jako przełom, referuje na sesjach plenarnych największych kongresów i zmienia się po niej wytyczne. Byłem na kilku takich sesjach i pamiętam, jak wygląda sala, kiedy pada taka liczba.



Rycina ilustruje wyłącznie rząd wielkości.

RYCINA 14.

Skala, do której jesteśmy przyzwyczajeni w onkologii, i skala, o której mówi ten raport. Zestawienie porządkujące rzędy wielkości, nie porównanie metodologiczne: mediana przeżycia całkowitego w badaniu klinicznym i przeciętne trwanie życia w populacji mają odmienne mianowniki, odmienne populacje i odmienną interpretację.

Teraz proszę zestawić to z liczbami z rozdziału pierwszego. Różnica trwania życia między mężczyznami a kobietami w Polsce wynosi 7,11 roku. Różnica lat przeżytych w zdrowiu – 3,70 roku. Dystans trwania życia polskich mężczyzn do średniej unijnej – 4,1 roku. Między Holandią a Łotwą rozciąga się siedem lat rozpiętości, i to w obrębie jednego rynku, jednej przestrzeni regulacyjnej i porównywalnego poziomu zamożności.

W onkologii toczymy wieloletnie spory o trzy miesiące i słusznie uznajemy je za wartość wysiłku. W zdrowiu publicznym mężczyzn leżą na stole cztery lata dystansu do Europy – i nie ma o nie sporu, ponieważ nie ma kto go toczyć.

Asymetria uderza także po stronie nakładu i to jest ta jej strona, która nie daje mi spokoju. Wydłużenie mediany przeżycia o trzy miesiące wymaga odkrycia cząsteczki, badań przedklinicznych, trzech faz badań klinicznych, procesu rejestracyjnego, oceny technologii medycznej, negocjacji cenowych i zbudowania ośrodków zdolnych tę terapię bezpiecznie podać – a więc kilkunastu lat pracy tysięcy ludzi i nakładu liczonego w setkach milionów. Skrócenie czasu od widocznego krwimoczu do cytoskopii z dziesięciu miesięcy do sześciu tygodni wymaga jednego kodu objawu w dokumentacji i mechanizmu potwierdzającego, że skierowanie zostało zrealizowane. Pierwsze jest osiągnięciem cywilizacji. Drugie jest decyzją administracyjną, którą można podjąć w kwartale.

Trzy powody, dla których to porównanie trzeba czytać ostrożnie

Zestawienie, które przeprowadziłem powyżej, jest retorycznie mocne i metodologicznie kruche. Ponieważ cały ten dokument opiera się na zasadzie jawnego statusu twierdzeń, nie mogę zostawić go bez komentarza – a komentarz uważam za równie ważny jak samo porównanie.

Po pierwsze, nie są to te same jednostki. Mediana przeżycia całkowitego opisuje czas od randomizacji do zgonu w wyselekcjonowanej populacji chorych na zaawansowany nowotwór. Przeciętne trwanie życia opisuje hipotetyczną liczbę lat, jaką przeżyłby noworodek przy utrzymaniu bieżącego natężenia zgonów w całej populacji. Pierwsza wielkość jest wynikiem interwencji u chorego, druga miarą syntetyczną stanu populacji. Zestawienie ich w jednym zdaniu bez tego zastrzeżenia byłoby dokładnie tym błędem, który w kilku miejscach tego raportu zarzucam innym – podstawieniem miary o innym mianowniku.

Po drugie, przyczynowość jest tu odmiennej natury. Zysk przeżycia w badaniu z randomizacją jest efektem przyczynowym o znanej niepewności; różnica trwania życia między populacjami jest wynikiem obserwacyjnym o wielu składowych, z których część nie poddaje się interwencji zdrowotnej – jak struktura wieku populacji czy czynniki genetyczne. Nie wolno zatem twierdzić, że domknięcie ścieżek „daje cztery lata”. Wolno twierdzić coś węższego i wystarczającego: że cztery lata różnicy istnieją między krajami o podobnym poziomie rozwoju, a więc że istotna jej część jest modyfikowalna.

Po trzecie – i na tym zastrzeżeniu zależy mi najbardziej – nie jest to argument przeciwko onkologii. Byłby to wniosek fałszywy, szkodliwy i sprzeczny z całą moją praktyką zawodową. Terapia wydłużająca życie chorego na raka rozsianego działa u konkretnego człowieka, natychmiast i sprawdzalnie; zmiana organizacyjna działa w populacji, po latach i z niepewnością. Są to dwa różne rodzaje dobra i konkurują ze sobą wyłącznie w budżecie, nie w uzasadnieniu. Twierdzę jedynie, że proporcja uwagi, jaką te dwa obszary otrzymują w debacie publicznej, w piśmiennictwie i w strukturze finansowania, nie odpowiada proporcji lat życia, o które w każdym z nich chodzi.

Wspólna waluta, której nie mamy

Jedynym sposobem uczciwego porównania tych dwóch obszarów jest koszt jednostki efektu zdrowotnego – i tu raport napotyka własne ograniczenie, opisane w rozdziale dwudziestym drugim. Dla terapii onkologicznych koszt uzyskania roku życia skorygowanego o jakość wyliczany jest w Polsce rutynowo, w ramach oceny technologii medycznych. Dla zmian organizacyjnych opisanych w rozdziale dwudziestym trzecim nie jest wyliczany wcale, ponieważ nie istnieją wartości bazowe, wobec których można by mierzyć efekt.

Powstaje z tego asymetria o skutku przeciwnym do zamierzonego. Interwencja droga i policzona wygrywa z interwencją taną i niepoliconą – nie dlatego, że jest lepsza, lecz dlatego, że tylko ona ma postać, w której da się ją w ogóle porównać. Nie jest to wada oceny technologii medycznych; ta robi dokładnie to, do czego została powołana. Jest to wada danych po drugiej stronie porównania. Wniosek nakłada się więc na wariant W1: dopóki nie mierzymy domknięcia kaskady, tanie zmiany organizacyjne pozostaną poza rachunkiem, w którym rozstrzyga się o alokacji – i pozostaną tam niezależnie od tego, jak przekonująco ktoś o nich napisze.

Co na to piśmiennictwo

Ustalenia tego raportu są zbieżne z trzema nurtami piśmiennictwa międzynarodowego i rozbieżne z jednym. Zbieżność sama w sobie nie dowodzi trafności, ponieważ może odzwierciedlać wspólne założenia; rozbieżność natomiast wymaga uzasadnienia i takie uzasadnienie podaję.

Obserwacja, że różnica trwania życia według statusu społeczno-ekonomicznego przewyższa różnicę między płciami, jest w piśmiennictwie europejskim dobrze udokumentowana i powtarza się w kolejnych analizach. Wynik polski nie jest zatem osobliwością, lecz przypadkiem prawidłowości ogólnej – silniejszym niż w krajach Europy Zachodniej. Podobnie dominujący udział tytoniu, alkoholu i ciśnienia tętniczego w obciążeniu zdrowotnym mężczyzn odtwarza wynik znany z analiz globalnych. Polską osobliwością jest tu jedno: wielkość przewagi alkoholowej nad średnią unijną. 114% przy definicji obejmującej wyłącznie przyczyny w całości przypisywane alkoholowi to wartość odstająca nawet na tle regionu, w którym spożycie jest wysokie u wszystkich sąsiadów.

Trzecia zbieżność dotyczy sporu, który w polskiej debacie wciąż uchodzi za otwarty, a w piśmiennictwie otwarty nie jest. Interwencje zmieniające konstrukcję świadczenia – zaproszenie imienne z wyznaczonym terminem, godziny poza standardowym harmonogramem, kontakt inicjowany przez placówkę – dają efekt powtarzalny. Interwencje adresujące postawy dają efekt niepewny i krótkotrwały. Nie oznacza to, że postawy nie mają znaczenia; oznacza, że zmienia się je trudniej i wolniej niż godziny otwarcia rejestracji.

Rozbieżność dotyczy statusu strategii krajowych. W piśmiennictwie rzeczniczym przyjęcie krajowej strategii zdrowia mężczyzn bywa przedstawiane jako warunek poprawy i jako pierwszy krok, od którego wszystko się zaczyna. Materiał zebrany w rozdziale dwudziestym pierwszym tego nie potwierdza. Jedyna dostępna niezależna ewaluacja zewnętrzna – irlandzka – wykazała rzeczywisty dorobek w warstwie procesu i brak możliwości wykazania efektu zdrowotnego, ponieważ program nie miał wbudowanego mechanizmu, który pozwoliłby taki efekt przypisać. Zajmuję wobec tego stanowisko odmienne od głównego nurtu rzeczniczego i formułuję je bez ozdobników: strategia bez pomiaru domknięcia kaskady jest dokumentem, nie interwencją.

Trzy mechanizmy o różnym tempie

Wyjaśnienia różnicy siedmiu lat porządkują się w trzy grupy. Ich rozdzielenie ma znaczenie praktyczne, ponieważ każda prowadzi do innego rodzaju działania i do innego horyzontu, w którym wolno oczekiwać wyniku.

Mechanizm biologiczny jest realny i nie ma sensu go pomijać. Różnica między płciami występuje we wszystkich populacjach ludzkich i w większości gatunków ssaków, a jej podłoże obejmuje uwarunkowania hormonalne, immunologiczne i chromosomalne. Wielkość tej składowej można oszacować od dołu: różnica w krajach o najlepszym wyniku wynosi od 2,8 do 3,0 roku i jest to poziom, poniżej którego żaden kraj europejski nie szedł. Ta składowa nie podlega interwencji i nie powinna być celem żadnego programu.

Mechanizm ekspozycyjny jest największy i najlepiej udokumentowany. Palenie, wzorec spożycia alkoholu, ekspozycja zawodowa, ryzyko urazowe i zachowania samobójcze rozkładają się między płciami wysoce nierównomiernie, a przy tym kumulują się w tych samych grupach społecznych – co opisuje rozdział trzynasty i co tłumaczy, dlaczego gradient według wykształcenia jest tak stromy. Składowa ta podlega interwencji regulacyjnej, cenowej i klinicznej, ale jej efekt ujawnia się w horyzoncie kohortowym, czyli dziesięcioleci. Roczники mężczyzn, które dziś wchodzi w wiek średni z niższą ekspozycją na dym tytoniowy niż ich ojcowie, są tego najlepszym dowodem – i jednocześnie przypomnieniem, że na wynik tej zmiany czeka się trzydzieści lat.

Mechanizm organizacyjny jest najmniej zbadany i najprawdopodobniej najmniejszy z trzech. Obejmuje różnicę w częstości i wzorcu kontaktu z opieką, w czasie od objawu do rozpoznania oraz w ciągłości leczenia. Jest to jednak jedyna składowa, która podlega zmianie w horyzoncie lat, nie dekad – i właśnie ta asymetria między wielkością składowej a szybkością jej modyfikacji uzasadnia proporcje tego raportu, w którym części czwarta i piąta zajmują więcej miejsca niż część druga. Nie dlatego, że organizacja jest ważniejsza od ekspozycji. Dlatego, że jest szybsza.

Udziałów tych trzech mechanizmów nie oszacowałem i nie podam ich. Wymagałoby to dekompozycji różnicy według wieku i przyczyn zgonu, której w Polsce nie wykonano – co jest jednocześnie najczęściej powtarzającym się zastrzeżeniem tego raportu i jego głównym postulatem badawczym.

Dlaczego luka nie może być celem

Zagadnienie to pojawiło się już w rozdziale pierwszym, ale wymaga tu rozwinięcia, ponieważ ma konsekwencje dla konstrukcji każdego programu, który mógłby na podstawie tego raportu powstać.

Różnica między płciami jest różnicą dwóch wielkości, a obie mogą się zmieniać. Program zmniejszający lukę przez pogorszenie wyniku kobiet byłby porażką zdrowotną opisaną jako sukces – i nie jest to zagrożenie teoretyczne. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej okresy zwięźniania się luki bywały w przeszłości okresami stagnacji wyniku kobiet, nie przyspieszenia u mężczyzn. Wskaźnik powinien być zatem konstruowany jako para wielkości bezwzględnych, nie jako ich różnica, i taką postać przyjąłem we wskaźnikach opisujących wynik populacyjny w rozdziale dwudziestym czwartym.

Jest jeszcze druga strona tego paradoksu, rzadziej wypowiedana, a moim zdaniem ważniejsza. Kobiety w Polsce żyją dłużej i jednocześnie dłużej żyją w chorobie – różnica lat przeżytych z ograniczeniem sprawności wynosi 3,63 roku na ich niekorzyść. Opisany tu problem nie jest więc problemem konkurencji między płciami, lecz dwoma odrębnymi problemami o odmiennej strukturze. Męski dotyczy przedwczesnego zgonu; kobiecy – długiego okresu życia w ograniczonej sprawności. Programy adresujące jeden z nich nie odbierają zasobów drugiemu, ponieważ dotyczą innych świadczeń, innych grup wieku i innych punktów kontaktu. Zdanie to wypowiadam świadomie i chciałbym, żeby zostało z tego raportu zapamiętane: to nie jest spór o podział, to są dwa różne zadania.

Mocne strony i granice tego opracowania

Za najmocniejszą stronę dokumentu uważam konsekwentną rozdzielną miar. Trwanie życia jest w nim czym innym niż lata przeżyte w zdrowiu, liczba zgonów czym innym niż utracone lata życia, skład uczestników programu czym innym niż współczynnik uczestnictwa, a rok obserwacji czym innym niż rok publikacji. Te cztery rozróżnienia są w polskiej debacie o zdrowiu mężczyzn zacierane systematycznie i stanowią, jak sądzę, główne źródło twierdzeń nieuzasadnionych – także tych wypowiedzianych w dobrej wierze i przez osoby kompetentne. Z tej samej rodziny jest zasada niesumowania frakcji przypisywalnych czynnikom ryzyka oraz jedyne dopuszczone w tym dokumencie przeliczenie dystansu do Unii Europejskiej, opatrzone wyraźnym zakazem mnożenia przez populację żyjącą.

Wartość dodana leży, jak sądzę, w połączeniu dwóch poziomów, które zwykle opisywane są osobno. Opracowania epidemiologiczne rzadko schodzą do poziomu ścieżki pacjenta, a opracowania kliniczne rzadko wychodzą do poziomu populacyjnego. Tutaj ten sam objaw – nokturia, krwimocz, zaburzenie erekcji – występuje jednocześnie jako problem kliniczny, jako punkt kaskady i jako wskaźnik z licznikiem i mianownikiem. To nie jest zabieg redakcyjny; to jest teza o tym, gdzie leży dźwięnia.

Granic jest natomiast kilka i wolę wymienić je sam. Najpoważniejszą poznawczo jest brak dekompozycji. Opisuję wielkość, której nie rozłożyłem na składniki przyczynowe – a dekompozycja różnicy trwania życia według wieku i przyczyn zgonu jest analizą wykonalną w kilka dni pracy na danych jednostkowych. Do czasu jej wykonania hierarchia domen klinicznych w tym raporcie opiera się na miarach zastępczych o odmiennym mianowniku i czytelnik ma prawo o tym pamiętać przy każdej stronie części drugiej.

Dalej: niemal wszystkie wartości opisują pojedynczy rok obserwacji. Trwanie życia jest miarą przekrojową i nie opisuje losu żadnego konkretnego rocznika; efekty kohortowe działają w tle wszystkich przedstawionych liczb i nie zostały wyodrębnione. Częstość palenia, spożycia alkoholu oraz wskaźnik masy ciała pochodzą z badania na próbie trzech tysięcy osób i opierają się na deklaracji, a wszystkie trzy bywają w takich badaniach zaniżane – przy czym stopień zaniżenia bywa odmienny u obu płci, co oznacza, że rzeczywista różnica może być większa niż podana. Dane o zachowaniach samobójczych pochodzą z rejestru policyjnego, prowadzonego w celu operacyjnym i według innej definicji niż statystyka przyczyn zgonów; szeregów z obu źródeł nie należy zestawiać bez ostrożności, a trendów krótkookresowych odczytywać bez uwzględnienia zmian sposobu rejestracji.

Część twierdzeń klinicznych opiera się wyłącznie na piśmiennictwie międzynarodowym: wartość predykcyjna zaburzenia erekcji wobec zdarzeń sercowo-naczyniowych, sekwencja czasowa rozwoju procesu opisana w rozdziale szesnastym oraz zależność między liczbą procedur wykonywanych w ośrodku a wynikiem leczenia. Ich przenośność na populację polską uważam za prawdopodobną, ale nie jest ona sprawdzona i nie należy jej przedstawiać jako sprawdzonej.

Wreszcie sprawa, którą trzeba nazwać po imieniu: proporcje tego dokumentu odzwierciedlają moją perspektywę zawodową. Rozdział siedemnasty jest najdłuższym rozdziałem raportu i czytelnik ma pełne prawo zapytać, czy wynika to z wagi zagadnienia, czy z tego, że piszę jako urolog.

Odpowiadam: z obu. Argumenty za wagą zagadnienia przedstawiłem w rozdziale siedemnastym i na początku tej dyskusji, a ocenić je można niezależnie od mojej specjalizacji – wskaźnik zaś, który pozwoliłby je zweryfikować, wskazałem wprost i będzie on działał przeciwko mnie równie dobrze jak na moją korzyść.

Osobno wymieniam brak oceny ekonomicznej. Raport nie podaje kosztu obciążenia, efektywności kosztowej ani wpływu na budżet, a przyczyny opisałem w rozdziale dwudziestym drugim – są metodologiczne, nie redakcyjne. Konsekwencja jest jednak praktyczna i dotkliwa: dokument nie dostarcza argumentu w tej postaci, w jakiej oczekuje go decydent budżetowy. Wolę to powiedzieć, niż podać liczbę, której nie umiałbym obronić.

Co z tego wynika w gabinecie

Cztery rzeczy z tego raportu można zacząć stosować jutro rano i nie wymagają one żadnej decyzji systemowej.

Mężczyzna zgłaszający się z objawem urologicznym między czterdziestym piątym a siedemdziesiątym rokiem życia jest z dużym prawdopodobieństwem osobą bez aktualnego pomiaru ciśnienia i bez aktualnych danych metabolicznych; sprawdzenie tego zajmuje kilkanaście sekund i jest tańsze niż jakiekolwiek badanie, które w tym gabinecie zlecamy. Nokturia zgłoszona urologowi wymaga pytania o chrapanie i o obserwowane bezdechy, zanim padnie słowo „prostata” – koszt tego pytania wynosi zero, a konsekwencją jego pominięcia jest leczenie właściwego narządu z niewłaściwego powodu. Widoczny krwimocz nie jest objawem, którego ustąpienie cokolwiek wyjaśnia; reguła praktyczna brzmi krótko: krwimocz zamyka się rozpoznaniem, nie ustąpieniem. I wreszcie zalecenie „proszę się skontrolować” nie jest postępowaniem – postępowaniem jest wskazanie miejsca, terminu i progu, przy którym pacjent ma zgłosić się wcześniej. Różnica między tymi dwoma zdaniami nie wymaga zmiany przepisów. Wymaga trzydziestu sekund więcej.

Co należałoby policzyć

Na koniec porządkuję pracę, którą warto wykonać, według relacji wartości poznawczej do nakładu. Wszystkie pozycje są wykonalne na danych, które już istnieją, i żadna nie wymaga nowego badania populacyjnego.

Najlepszą relację nakładu do wartości ma dekompozycja różnicy trwania życia według wieku i przyczyn zgonu: kilka dni pracy statystyka po udostępnieniu danych jednostkowych, a wynik rozstrzyga hierarchię domen klinicznych, czyli najważniejsze pytanie całego tego dokumentu. Dalej idą trzy zapytania do baz płatnika, z których każde da się wykonać w tydzień – odsetek mężczyzn po czterdziestym piątym roku życia bez kontaktu z podstawową opieką przez dwadzieścia cztery miesiące, który wyznaczy wielkość okna opisanego w rozdziale szóstym; mediana czasu od wypisu psychiatrycznego do pierwszego kontaktu ambulatoryjnego wraz z odsetkiem kontaktów w ciągu siedmiu dni, bez której nie da się ocenić żadnej zmiany w tym obszarze; oraz czas od pierwszego objawu alarmowego do rozpoznania nowotworu według płci i umiejscowienia, wymagający zestawienia danych płatnika z rejestrem nowotworów.

Trudniejsza, bo wymagająca podstawy prawnej, jest analiza wkładu segmentów populacji do utraconych lat życia; ta zamieniłaby opis grup w segmentację użyteczną decyzyjnie. Dodaję do tej listy jeszcze jedną pozycję o innym charakterze: zestawienie liczby procedur wykonywanych w polskich ośrodkach urologicznych z wynikami onkologicznymi i funkcjonalnymi. Jest to jedyna analiza z tego zestawienia, która mogłaby prowadzić do wniosków o organizacji leczenia zabiegowego, i jednocześnie jedyna, która wymagałaby zbierania danych dziś niezbianych – wyników zgłaszanych przez pacjenta.

WNIOSKI Z ROZDZIAŁU 27

1

Ten raport nie odpowiada na pytanie, ile lat życia da się odzyskać. Odpowiada na pytanie węższe i bardziej użyteczne: gdzie te lata są tracone, przy jakich przejściach, w jakich grupach i którymi wskaźnikami dałoby się to policzyć. Cztery ustalenia, które przedstawiłem, mają różny status – dwa są faktami odczytanymi wprost z tablic, jedno argumentem z nieobecności danych, jedno hipotezą wymagającą jednego wskaźnika do weryfikacji – i uważam za istotne, żeby nie były cytowane jako jedno zdanie o jednakowej mocy.

2

Skala korzyści, którą w onkologii uznajemy dziś za istotną i o którą toczone wieloletnie spory, jest rzędu trzech miesięcy mediany przeżycia; różnice opisane w części pierwszej są o dwa rzędy wielkości większe. Porównanie to jest uprawnione jako zestawienie rzędów wielkości i nieuprawnione jako zestawienie metodologiczne, a jego jedyna użyteczna treść brzmi tak: interwencja droga i policzona wygrywa w alokacji z interwencją taną i niepolichoną, więc dopóki nie mierzymy domknięcia kaskady, druga z nich w ogóle nie wchodzi do rachunku.

3

Odpowiedź na pytanie szersze wymaga trzech rzeczy, z których żadna nie jest kosztowna: dekompozycji, która pokaże strukturę straty; pomiaru kaskady, który pokaże jej miejsce; oraz zestawienia zbiorów, które pozwoli pierwsze dwie rzeczy w ogóle wykonać. Kolejność ma znaczenie i jest odwrotna do intuicyjnej – najpierw pomiar, potem interwencja. Odwrócenie tej kolejności, czyli wdrożenie programu przed zbudowaniem miary, jest w polskich warunkach scenariuszem najbardziej prawdopodobnym i jednocześnie jedynym, który gwarantuje, że za pięć lat nie będziemy wiedzieli więcej niż dziś.

W onkologii nauczyliśmy się, że wynik ma punkt końcowy, protokół i datę odczytu. W zdrowiu publicznym mężczyźni mamy kampanie, które nie mają żadnej z tych trzech rzeczy. To jest cała różnica – i jest to różnica do usunięcia bez jednej nowej ustawy.

Wnioski końcowe

Osiem zdań, które przetrwały przejście przez dwadzieścia siedem rozdziałów. Każde z nich ma w tekście źródło, rok obserwacji i wskazany status.

Finis coronat opus.

Koniec wieńczy dzieło.

Paremia łacińska, utrwalona w tradycji średniowiecznej

1

Różnica trwania życia między kobietami a mężczyznami w Polsce wynosi 7,11 roku i dzieli się na dwa niemal równe składniki: 3,70 roku różnicy lat przeżytych w zdrowiu i 3,63 roku różnicy lat przeżytych z ograniczeniem sprawności. Oba są następstwem tego samego mechanizmu – wcześniejszego zgonu. Liczba ta jest w tym raporcie wielkością diagnostyczną, nie miernikiem sukcesu; program, który zmniejszyłby ją przez pogorszenie zdrowia kobiet, byłby porażką opisaną jako osiągnięcie.

2

Ponad połowa różnicy – 51,9% w roku obserwacji 2023 – powstaje przed 65 r.ż. Interwencja adresowana wyłącznie do wieku podeszłego nie może zmienić wielkości opisywanej w tym raporcie, ponieważ dotyczy okresu, w którym większość straty już powstała.

3

Zróznicowanie wewnątrz populacji mężczyzn przewyższa różnicę między płciami: około 13. lat według poziomu wykształcenia wobec 7. według płci. Polityka zdrowotna adresowana do „mężczyzn” jako kategorii jednorodnej rozmią się z celem systematycznie, ponieważ kieruje ten sam przekaz i ten sam tryb dostępu do grup różniących się ryzykiem wyjściowym o rząd wielkości.

4

Trwanie życia mężczyzn i liczba lat, które przeżywają w zdrowiu, są w przekroju 16. województw wielkościami niezależnymi: korelacja rang wynosi $-0,06$. Alokacja zasobów oparta na jednej z tych miar będzie systematycznie mijać się z drugą.

5

Główne miejsce straty leży nie w decyzji klinicznej, lecz w przejściu między etapami opieki. Nie istnieje w Polsce ani jeden publikowany wskaźnik opisujący, co dzieje się z pacjentem po nieprawidłowym wyniku. Jest to pojedyncza najważniejsza luka pomiarowa opisana w tym dokumencie i warunek oceny wszystkich pozostałych działań.

6

Objaw urologiczny jest jednym z nielicznych powodów, dla których mężczyzna w wieku 45–70 lat zgłasza się do lekarza z własnej inicjatywy – a więc w grupie wieku, w której powstaje największa część różnicy. Koszt krańcowy dodania krótkiej oceny ryzyka ogólnego do wizyty, która i tak się odbywa, jest bliski zeru. Twierdzenie o wartości tego punktu wejścia ma status hipotezy i wymaga jednego wskaźnika do weryfikacji.

7

Most między medycyną pracy a profilaktyką populacyjną istnieje w prawie od dawna: artykuł 229 § 6¹ Kodeksu pracy zobowiązuje lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne do skierowania pracownika – za jego zgodą – do programu zdrowotnego, jeżeli spełnia on warunki objęcia. Wykorzystanie tego przepisu nie jest rejestrowane ani mierzone. Zagadnienie leży zatem w warstwie operacyjnej, nie legislacyjnej.

8

Skala korzyści, którą w onkologii uznajemy dziś za istotną i o którą toczymy wieloletnie spory, jest rzędu trzech miesięcy mediany przeżycia. Różnice opisane w części I są o dwa rzędy wielkości większe, a narzędzia ich zmniejszenia – kod objawu, potwierdzenie odbioru skierowania, telefon z placówki w pierwszym tygodniu po wypisie – są nieporównanie tańsze niż jakakolwiek nowa terapia. Nie jest to argument przeciwko onkologii. Jest to obserwacja o proporcji uwagi.

Kolejność jest odwrotna do intuicyjnej: najpierw pomiar, potem interwencja. Odwrócenie tej kolejności jest scenariuszem najbardziej prawdopodobnym i jedynym, który gwarantuje, że po pięciu latach nie będziemy wiedzieli więcej niż dziś.

Recenzje

PROF. DR HAB. N. MED. I N. O ZDR. MARCIN CZECH

Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego (ISPOR Poland)

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019

Publikacja 7 lat różnicy. Zdrowie mężczyzn w Polsce 2026 prof. dr. hab. n. med. Piotra Radziszewskiego zasługuje na szczególną uwagę nie tylko środowiska medycznego, lecz także osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną, organizację systemu ochrony zdrowia, finanse publiczne oraz rozwój społeczno-gospodarczy Polski. Jest to bowiem opracowanie, które wychodzi poza tradycyjny opis chorób i świadczeń medycznych. Punktem wyjścia jest konkretna, łatwa do zrozumienia liczba – 7,11 roku różnicy w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn w Polsce w 2025 roku – ale Autor konsekwentnie pokazuje, że za tą liczbą kryje się znacznie szerszy problem zdrowia publicznego, nierówności społecznych i efektywności funkcjonowania państwa.

Najważniejszą wartością raportu jest jego perspektywa epidemiologiczna. Autor nie porzeka na prezentowaniu liczby zgonów, lecz pokazuje, jak istotne dla decyzji zdrowotnych są wiek, moment wystąpienia zdarzenia, lata życia utracone przedwcześnie, lata przeżyte w zdrowiu oraz nierówności wewnątrz populacji mężczyzn. W 2025 roku mężczyzna w Polsce żył przeciętnie 75,37 roku, podczas gdy kobieta 82,48 roku. Co szczególnie istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego, 51,9% różnicy w długości życia powstaje przed 65. r.ż. Oznacza to, że problem nie może być sprowadzany do starzenia się populacji i opieki geriatrycznej. W znacznej części dotyczy ludzi znajdujących się w wieku aktywności zawodowej, rodzinnej i społecznej.

Raport pokazuje również, że średnia krajowa może być myląca. Różnica dalszego trwania życia trzydziestoletnich mężczyzn w zależności od poziomu wykształcenia sięga około trzynastu lat, a więc jest większa niż przeciętna różnica między płciami. To niezwykle ważna obserwacja z punktu widzenia polityki publicznej. Nie istnieje bowiem jeden „typowy” polski mężczyzna, do którego można kierować jednakowe działania profilaktyczne. Ryzyko zdrowotne jest silnie powiązane z wykształceniem, warunkami pracy, miejscem zamieszkania, stylem życia oraz możliwością i gotowością do korzystania z opieki zdrowotnej. Skuteczna polityka zdrowotna musi więc być nie tylko populacyjna, ale także segmentowana według rzeczywistego poziomu ryzyka.

Znaczenie epidemiologiczne raportu szczególnie dobrze widać w analizie potencjalnych utraconych lat życia. Choroby układu krążenia i nowotwory odpowiadały w 2023 roku każde za około 21% potencjalnych utraconych lat życia mężczyzn przed 75. r.ż. Jednocześnie zachowania samobójcze, mimo mniejszej liczby bezwzględnych zgonów, zajmują bardzo wysoką pozycję, ponieważ dotyczą często osób młodszych. W 2025 roku mężczyźni stanowili 83,2% osób zmarłych w wyniku zachowań samobójczych. Jest to dobry przykład tego, dlaczego polityka zdrowotna nie powinna

opierać priorytetów wyłącznie na liczbie zgonów. Dla państwa równie ważne są lata życia, które można było zachować, oraz lata zdrowia i aktywności, które można było odzyskać.

Z perspektywy zdrowia publicznego szczególnie przekonująca jest analiza czynników ryzyka i ich kumulacji. Nadmierna masa ciała, palenie tytoniu, ryzykowne spożywanie alkoholu, nieleczone lub późno wykrywane czynniki sercowo-metaboliczne, zaburzenia snu, problemy ze zdrowiem psychicznym czy urazy nie są w raporcie traktowane jako odrębne, izolowane problemy. Autor pokazuje ich współwystępowanie oraz punkty, w których system ochrony zdrowia może przerwać niekorzystny ciąg zdarzeń. Jest to podejście bliskie współczesnej koncepcji zintegrowanego zarządzania ryzykiem zdrowotnym, w której celem nie jest wykonanie pojedynczego badania, lecz doprowadzenie pacjenta od identyfikacji ryzyka do skutecznego leczenia i kontroli.

Raport ma także istotny wymiar systemowy. Jedną z jego najważniejszych tez jest stwierdzenie, że polski system ochrony zdrowia zbyt często mierzy kontrakty i wykonane świadczenia, a zbyt rzadko mierzy pełną kaskadę opieki – od wyniku lub objawu, przez konsultację i rozpoznanie, aż do leczenia i kontroli jego efektu. Z punktu widzenia zarządzania systemem jest to fundamentalna różnica. Sam fakt wykonania badania przesiewowego nie jest jeszcze sukcesem zdrowotnym. Sukcesem jest sytuacja, w której osoba z nieprawidłowym wynikiem zostaje skutecznie zidentyfikowana, skierowana do właściwej opieki, objęta leczeniem i pozostaje pod kontrolą. Właśnie w tych przejściach – a nie tylko w pojedynczych świadczeniach – należy szukać znacznej części potencjału poprawy.

To spostrzeżenie ma bezpośrednie znaczenie ekonomiczne. W ekonomice zdrowia koszt choroby nie ogranicza się do wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. Przedwczesny zgon mężczyzny w wieku aktywności zawodowej oznacza jednocześnie utratę potencjalnej produkcji, dochodów gospodarstwa domowego, wpływów podatkowych i składek, a także dodatkowe koszty społeczne ponoszone przez rodziny, pracodawców i system zabezpieczenia społecznego. Choroba przewlekła i niesprawność generują natomiast koszty leczenia, absencji, obniżonej produktywności oraz wcześniejszego opuszczania rynku pracy. Raport słusznie nie podaje jednej arbitralnej kwoty „kosztu zdrowia mężczyzn”, ponieważ bez określenia perspektywy, metody wyceny i sposobu uniknięcia podwójnego liczenia taka liczba mogłaby być pozornie precyzyjna, ale metodologicznie niewiarygodna.

Jednocześnie publikacja bardzo trafnie przypomina, że koszt obciążenia zdrowotnego, efektywność kosztowa interwencji oraz wpływ na budżet są trzema różnymi konstruktami. To rozróżnienie powinno mieć większe znaczenie w polskiej debacie publicznej. Interwencja może być korzystna społecznie i efektywna kosztowo, nawet jeśli zwiększa wydatki płatnika w krótkim okresie. Z kolei koszt ponoszony przez system ochrony zdrowia może przynosić korzyści w innych częściach sektora publicznego – na przykład poprzez mniejszą absencję chorobową, dłuższą aktywność zawodową, ograniczenie świadczeń rentowych czy większe dochody publiczne. Dlatego polityka zdrowotna wymaga patrzenia na zdrowie jako na inwestycję w kapitał ludzki, a nie wyłącznie jako na pozycję kosztową budżetu ochrony zdrowia.

W tym sensie raport ma znaczenie gospodarcze wykraczające poza sektor zdrowia. Zdrowy mężczyzna w wieku produkcyjnym jest pracownikiem, przedsiębiorcą, podatnikiem, członkiem rodziny i uczestnikiem życia społecznego. Przedwczesna utrata zdrowia oznacza więc nie tylko stratę lat życia, lecz także utratę potencjału gospodarczego. Szczególnie ważny jest fakt, że ponad połowa analizowanej różnicy w długości życia powstaje przed 65. r.ż. Każde skuteczne działanie, które ogranicza przedwczesną umieralność lub utratę sprawności w tym okresie, może przynosić równocześnie korzyść zdrowotną, społeczną i ekonomiczną. Z perspektywy państwa inwestycje w profilaktykę, wczesne wykrywanie chorób, prewencję zachorowań, a gdy do nich dojdzie – ciągłość leczenia, należy więc oceniać nie tylko przez pryzmat kosztu świadczenia, lecz również przez wartość zachowanego życia i zdrowia oraz utrzymanej aktywności społecznej i zawodowej.

Nie mniej istotny jest społeczny wymiar publikacji. Zdrowie mężczyzn nie powinno być – co podkreśla sam Autor – przedstawiane jako konkurencja dla zdrowia kobiet. Autor wyraźnie rozdziela te dwa problemy: kobiety żyją dłużej, ale częściej i dłużej żyją z ograniczeniem sprawności. Celem polityki zdrowotnej nie powinno być zatem mechaniczne „wyrównanie” różnicy między płciami, lecz poprawa bezwzględnych wyników zdrowotnych obu populacji. W przypadku mężczyzn oznacza to przede wszystkim ograniczenie możliwej do uniknięcia przedwczesnej umieralności oraz nierówności społecznych. Takie podejście pozwala uniknąć uproszczeń i kieruje uwagę na rzeczywiste determinanty zdrowia.

Szczególne uznanie należy się Autorowi za wskazanie, że barierą korzystania z opieki nie zawsze jest „niechęć mężczyzn do lekarza”. Znaczna część kosztów kontaktu ma charakter organizacyjny: niedostosowane godziny przyjęć, liczba wymaganych kroków, brak informacji zwrotnej czy brak odpowiedzialności za kolejny etap ścieżki. Zmiana organizacji systemu może być w wielu przypadkach szybsza i tańsza niż próba zmiany postaw całej populacji. Właśnie dlatego propozycja domykania istniejących ścieżek – po nieprawidłowym wyniku, objawie alarmowym, wypisie psychiatrycznym czy rozpoznaniu podwyższonego ryzyka – wydaje się jedną z najbardziej praktycznych idei zawartych w raporcie.

Z punktu widzenia ekonomiki zdrowia ważna jest również propozycja, aby decyzje systemowe oceniać poprzez mierzalne wyniki, a nie wyłącznie przez liczbę zaproszeń, ankiet, badań czy wizyt. System powinien wiedzieć, ilu pacjentów weszło na ścieżkę, ilu ją ukończyło, jaki uzyskano efekt zdrowotny, jaki był koszt oraz czy interwencja zmniejszyła nierówności. Takie podejście jest warunkiem racjonalnej alokacji ograniczonych zasobów publicznych. Pozwala także odróżnić działania rzeczywiście skuteczne od tych, które są jedynie intensywnie komunikowane lub administracyjnie raportowane.

7 lat różnicy jest więc czymś więcej niż raportem o zdrowiu mężczyzn. Jest propozycją innego sposobu myślenia o polityce zdrowotnej: od pojedynczego świadczenia do całej ścieżki pacjenta, od liczby zgonów do utraconych lat życia i lat w zdrowiu, od średniej krajowej do nierówności, od kosztu dla płatnika do pełnego kosztu społeczno-gospodarczego oraz od działań deklarowanych do wyników, za które można przypisać odpowiedzialność. Co szczególnie cenne, publikacja nie obiecuje prostych rozwiązań i nie ukrywa ograniczeń danych. Autor wskazuje także obszary,

w których brak jest jeszcze odpowiednich analiz ekonomicznych. Taka metodologiczna ostrożność zwiększa, a nie zmniejsza wartość raportu jako podstawy do dalszej debaty.

Lektura tej publikacji powinna prowadzić nie tylko do refleksji, ale również do odpowiednich decyzji. Polska dysponuje już wieloma elementami infrastruktury potrzebnej do poprawy zdrowia mężczyzn – podstawową opieką zdrowotną, medycyną pracy, urologią, onkologią, psychiatrią, programami profilaktycznymi i systemami informacyjnymi. Problemem pozostaje ich połączenie w spójną, odpowiedzialną i mierzalną ścieżkę. W wielu przypadkach nie potrzeba do tego wielkiej reformy ustawowej. Potrzeba lepszego wykorzystania istniejących punktów kontaktu, jasnego określenia odpowiedzialności, przekazywania informacji i pomiaru efektów.

Z perspektywy zdrowia publicznego i ekonomiki zdrowia przesłanie raportu można zatem ująć w jednym zdaniu: siedem lat różnicy nie jest wyrokiem biologicznym, lecz mierzalnym problemem zdrowotnym, społecznym i gospodarczym, którego znaczną część można ograniczać poprzez wcześniejsze działania, lepszą organizację opieki i racjonalne wykorzystanie zasobów. Dlatego publikację tę warto traktować nie tylko jako diagnozę stanu zdrowia polskich mężczyzn, lecz także jako zaproszenie do bardziej dojrzałej polityki zdrowotnej – takiej, która liczy nie tylko świadczenia i wydatki, ale przede wszystkim zachowane lata życia, lata przeżyte w zdrowiu, aktywność zawodową, jakość życia i korzyści dla całego społeczeństwa.

PROF. DR HAB. N. MED. PIOTR GAŁECKI*Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii**Przewodniczący Rady do spraw Zdrowia Psychicznego**Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Raport 7 lat różnicy. Zdrowie mężczyzn w Polsce 2026 zwraca uwagę na problem, który mimo swojej skali wciąż nie zajmuje należnego miejsca w debacie o zdrowiu publicznym. Jego szczególną wartością jest jednak to, że nie poprzestaje na stwierdzeniu, iż mężczyźni w Polsce żyją krócej. Autor próbuje odpowiedzieć na znacznie ważniejsze pytanie: gdzie tracimy możliwość wcześniejszej interwencji i w którym miejscu system ochrony zdrowia traci pacjenta.

Z perspektywy psychiatrii szczególnie istotna jest część dotycząca zdrowia psychicznego i zachowań samobójczych. Fakt, że ponad 80% osób umierających w wyniku zachowań samobójczych stanowią mężczyźni, powinien być traktowany jako jeden z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego. Raport trafnie zwraca przy tym uwagę nie tylko na sam kryzys, lecz również na ciągłość opieki – zwłaszcza w okresie bezpośrednio po próbie samobójczej i po wypisie ze szpitala psychiatrycznego. To właśnie wtedy odpowiedzialność za ponowne nawiązanie kontaktu nie powinna pozostawać wyłącznie po stronie pacjenta.

Wartością publikacji jest również dostrzeganie zdrowia psychicznego poza gabinetem psychiatrycznym. Depresja, używanie alkoholu, samotność, utrata pracy czy kryzys związany ze zmianą roli społecznej mogą ujawniać się w wielu miejscach systemu, również podczas kontaktu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, z medycyną pracy czy ze specjalistą zajmującym się chorobą somatyczną.

Raport nie daje prostych odpowiedzi i słusznie wskazuje ograniczenia dostępnych danych. Pokazuje natomiast przekonująco, że poprawa zdrowia mężczyzn wymaga nie kolejnych pojedynczych kampanii, lecz lepszej identyfikacji ryzyka, ciągłości opieki i rozliczania systemu z efektów, a nie wyłącznie z liczby wykonanych świadczeń.

To ważna, potrzebna i inspirująca publikacja, która powinna stać się punktem wyjścia do dalszej dyskusji i konkretnych działań.

PROF. DR HAB. N. MED. LESZEK CZUPRYNIAK

*Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Wiceprzewodniczący Rady Globalnej Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (EASD);
członek Zarządu IDF Europe Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w latach 2011–2015*

Raportów o zdrowiu mężczyzn przeczytałem w życiu sporo i większość z nich kończyła się tam, gdzie powinna się zaczynać: na stwierdzeniu, że jest źle. Opracowanie Piotra Radziszewskiego jako pierwsze w Polsce idzie dalej. Autor nie poprzestaje na opisie siedmioletniej różnicy trwania życia, tylko rozkłada ją na części, pokazuje, gdzie dokładnie system gubi pacjenta, i proponuje mierzalne odpowiedzi. Już sama konstrukcja dokumentu zapowiada te ambicje: siedem części i dwadzieścia siedem rozdziałów prowadzi czytelnika od skali zjawiska, przez obszary utraty zdrowia i organizację opieki, do decyzji i rozliczalności, a całość domykają indeks 151 wartości liczbowych, streszczenie angielskie oraz sekcja dla mediów z dziesięcioma liczbami gotowymi do cytowania.

Najbardziej ujęła mnie dyscyplina liczb. Każda wartość ma podany rok obserwacji, źródło i mianownik, a Autor pilnuje rozróżnień, które w naszej debacie publicznej zaciera się nagminnie: trwanie życia to nie to samo co lata przeżyte w zdrowiu, liczba zgonów to nie to samo co utracone lata życia, a skład uczestników programu profilaktycznego nie mówi nic o jego zasięgu w populacji. Z tej samej rodziny jest przypomnienie, że rok obserwacji nie jest rokiem publikacji, zakaz sumowania frakcji przypisywalnych poszczególnym czynnikom ryzyka oraz jedyne dopuszczone w dokumencie przeliczenie dystansu do Unii Europejskiej, opatrzone wyraźnym zastrzeżeniem co do granic jego stosowania. Zapamiętałem też liczby, których wcześniej nie znałem w tej postaci: trzynaście lat różnicy dalszego trwania życia trzydziestolatków w zależności od wykształcenia oraz umieralność z przyczyn w całości przypisywanych alkoholowi wyższą od średniej unijnej o 114%. Obie mówią o Polsce więcej niż tytułowe siedem lat.

Samo tytułowe zjawisko zostaje zresztą rozebrane precyzyjniej, niż przywykliśmy. Ponad połowa różnicy trwania życia powstaje przed 65. r.ż., a więc w wieku aktywności zawodowej; wśród zmarłych w wyniku zachowań samobójczych mężczyźni stanowią przeszło 80%. Zamiast traktować mężczyzn jako jednolitą populację, Autor dzieli ich na sześć grup według sposobu kontaktu z systemem opieki i pokazuje rzecz z pozoru oczywistą, a przeoczaną: dla dużej części tej populacji jedynym regularnym punktem styku z medycyną jest badanie okresowe medycyny pracy, którego wyniki nie przepływają nigdzie dalej. Osobno odnotowuję, że raport nie jest jednostronnie ponury – rozdział o przemocy i zabójstwach uczciwie opisuje domenę, w której polski wynik poprawił się radykalnie.

Jako klinicysta znajduję w raporcie przede wszystkim rzecz w naszym piśmiennictwie rzadką: epidemiologię doprowadzoną do poziomu gabinetu. Osią części systemowej jest kaskada opieki – siedem przejść między nieprawidłowym wynikiem a skutecznie kontrolowanym leczeniem, z których każde ma opisany licznik, mianownik i typowy błąd interpretacji. Nykturia, krwimocz czy zaburzenia erekcji są tu analizowane jednocześnie jako problem kliniczny i jako punkt, w którym pacjent wypada z tej kaskady, a rozdział szesnasty pokazuje, że kardiolog, psychiatra, urolog i lekarz

medycyny pracy opisują często ten sam proces pięcioma różnymi słownikami. W opisanych miejscach utraty chorego rozpoznaje własną codzienną praktykę. Na te właśnie miejsca odpowiadają cztery zalecenia gabinetowe z rozdziału dyskusyjnego – można je stosować od jutra, bez czekania na jakąkolwiek decyzję systemową.

Największe wrażenie zrobiła na mnie jednak część szósta. Trzy historie pacjentów – Marka, Tadeusza i Krzysztofa – są fikcyjne, ale każdy ich szczegół daje się wyprowadzić z danych przedstawionych wcześniej. Historia Marka, operatora maszyn, u którego rozpoznanie nadciśnienia pada po raz pierwszy dopiero w wypisie po zawale, osiem lat po pierwszym nieprawidłowym pomiarze w medycynie pracy, jest opowiedziana bez szukania winnego: na każdym z czterech punktów utraty wszyscy wykonali swoje zadania poprawnie, tyle że – jak pisze Autor – „suma tych zadań nie obejmowała Marka”. Te same trzy historie opowiedziane są następnie powtórnie, w systemie możliwym do zbudowania z rozwiązań opisanych w części piątej. Nie znam w polskim piśmiennictwie medycznym drugiego przykładu tak dosłownego związania narracji z materiałem liczbowym.

Odnotać trzeba uczciwość tego tekstu. Rozdział dyskusyjny wylicza słabości opracowania, zanim robi to recenzent: brak dekompozycji różnicy według wieku i przyczyn zgonu na czele, przekrojowy charakter niemal wszystkich wartości, deklaratywne pochodzenie danych o paleniu, alkoholu i masie ciała. Autor wprost pyta też, czy objętość rozdziału urologicznego nie wynika po prostu z jego specjalizacji, i sam wskazuje wskaźnik, po którym będzie można to zweryfikować. Cenne jest również zestawienie skali opisywanej straty z punktem odniesienia z medycyny klinicznej: skoro w onkologii za sukces uznajemy wydłużenie mediany przeżycia o kilka miesięcy, to rzędy wielkości omawiane w tym raporcie zasługują co najmniej na porównywalną powagę analityczną. Taka konstrukcja budzi zaufanie.

Docenić należy również sposób postawienia kwestii, która psuje wiele dyskusji o zdrowiu mężczyzn. Autor pokazuje, dlaczego sama luka między płciami nie może być celem programu zdrowotnego – jest różnicą dwóch wielkości i potrafi się zwięzać także wtedy, gdy pogarsza się wynik kobiet – i konsekwentnie konstruuje wskaźniki jako parę wartości bezwzględnych. Jedna teza z tego raportu powinna wejść do obiegu na stałe: przedwczesna umieralność mężczyzn i dłuższe o ponad trzy i pół roku życie kobiet z ograniczeniem sprawności, to dwa odrębne problemy, wymagające odrębnych odpowiedzi.

Rekomenduję zapoznanie się z tym opracowaniem klinicystom wszystkich specjalności przyjmującym mężczyzn w wieku średnim, organizatorom ochrony zdrowia, decydentom i dziennikarzom medycznym.

PROF. DR HAB. N. MED. I N. O ZDR. ANETA NITSCH-OSUCH

*Kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Konsultant wojewódzki w dziedzinie epidemiologii dla województwa mazowieckiego
Członek Rady Sanitarno-Epidemiologicznej*

Jako kobieta-epidemiolog – z naukowym rygiorem oraz czysto pragmatyczną nadzieją na spędzenie „jesieni życia” z żywym partnerem – przeczytałam z zainteresowaniem i z ulgą raport prof. Piotra Radziszewskiego „7 lat różnicy. Zdrowie mężczyzn w Polsce 2026”. Wreszcie ktoś przyjrzał się problemowi bez zbędnego moralizatorstwa, za to z rygorystycznym szkiełkiem statystyka. Dokument ten stanowi bezkompromisową, populacyjną sekcję polskiego systemu ochrony zdrowia.

Z epidemiologicznego punktu widzenia tytułowa luka 7,11 roku w oczekiwanej długości życia płci nie jest stałą biologiczną. Dane Eurostatu, plasujące Polskę na odległym 28. miejscu w Europie, dowodzą, że przedwczesne zgony są modyfikowalne. Co dramatyczne, aż 51,9% tej straty powstaje przed 65. r.ż. Polscy mężczyźni przedwcześnie trafiają do statystyk zgonów. Dlaczego tak się dzieje? Autor genialnie obnaża systemowe „dziurawe wiadro” – rejestrujemy procedury, lecz kompletnie nie mierzymy, ilu pacjentów gubimy na kolejnych etapach kaskady opieki. Jeszcze silniejszym czynnikiem różnicującym jest gradient społeczny: dalsze trwanie życia trzydziestolatków różni się o trzynaście lat w zależności od wykształcenia. Najbardziej zaniedbaną profilaktycznie grupą wiekową są zaś panowie w wieku 25–44 lat.

Autor celnie wskazuje na urologiczny „punkt wejścia” zdrowia mężczyzn: aż 66,2% panów po 40. r.ż. zgłasza objawy z dolnych dróg moczowych. Drzwi do gabinetu urologa pozostają szeroko otwarte, bo pacjentów sprowadzają tam uciążliwe symptomy. Tymczasem zaburzenia erekcji to nie tylko kwestia sypialni, lecz bezlitosny, „hydrauliczny” marker ryzyka zawału serca, wyprzedzający jawną chorobę wieńcową o trzy do pięciu lat. System, zamiast zmierzyć ciśnienie, przepisuje niebieską tabletkę i zamyka drzwi na kolejnych pięć lat.

Praca prof. Piotra Radziszewskiego, bogata w łacińskie sentencje, poruszające historie pacjentów i rygorystyczne mianowniki, to doskonałe – choć podszyte czarnym humorem – kompendium.

Jako epidemiolog gorąco popieram postulat: najpierw precyzyjny pomiar kaskady, dopiero potem interwencja. W przeciwnym razie będziemy bez końca i za ogromne pieniądze leczyć zaawansowane powikłania, zachowując się jak lekarze w dziewiętnastowiecznym Londynie podczas epidemii cholery. Tam też bezskutecznie walczono z chorobą, dopóki pionier epidemiologii, John Snow, nie odkrył, że źródłem jest jedna, skażona studnia. Zamiast drogich, chybionych terapii Snow po prostu zdjął z pompy rączkę, odcinając ludzi od zatrutej wody – za darmo i w jedno popołudnie. Polski system wciąż woli kosztownie leczyć chorych, zamiast prostym, bezkosztowym ruchem organizacyjnym zablokować problem u samego źródła.

PROF. ARNULF STENZL, MD

*Sekretarz generalny Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU)
Profesor senior i konsultant kliniczny, Uniwersytet w Tybindze*

Siedem lat za mało. Wyzwanie dla zdrowia mężczyzn

To, że mężczyźni żyją krócej niż kobiety, potwierdzają liczne statystyki. Raport prof. Piotra Radziszewskiego „7 lat różnicy. Zdrowie mężczyzn w Polsce 2026” przypomina jednak, że ważniejsze od pytania o samą skalę tej różnicy jest ustalenie, gdzie i dlaczego ona powstaje – oraz czy można ją zmniejszyć.

W Polsce oczekiwana długość życia mężczyzn nadal pozostaje wyraźnie niższa od średniej Unii Europejskiej, a ponad połowa różnicy między długością życia mężczyzn i kobiet powstaje przed 65. r.ż. Skala zróżnicowania w Europie dowodzi, że nie jest to niezmienna prawidłowość biologiczna. Do różnic obserwowanych między poszczególnymi państwami i regionami przyczyniają się poziom narażenia na tytoń i alkohol, warunki pracy, sytuacja społeczno-ekonomiczna, a także możliwość uzyskania na czas opieki medycznej i jej konsekwentnego kontynuowania.

Najcenniejszy wniosek płynący z raportu ma charakter metodologiczny: mężczyzn nie należy traktować jako jednorodnej populacji. Poziom wykształcenia, sytuacja zawodowa, region zamieszkania i podatność na zagrożenia społeczne kształtują zarówno ryzyko zdrowotne, jak i sposób korzystania ze świadczeń. Średnia krajowa może zatem przesłaniać głębokie nierówności występujące w samej populacji mężczyzn.

Ta sama zasada dotyczy oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Samo zliczanie zaproszeń, badań czy konsultacji nie wystarcza, jeśli pacjenci wypadają z systemu po otrzymaniu nieprawidłowego wyniku, po wypisie ze szpitala lub po pierwszym skierowaniu. W całej Europie skuteczne interwencje coraz częściej koncentrują się na ciągłości opieki: imiennych zaproszeniach, ustalaniu terminu kolejnej wizyty jeszcze przed wypisem, aktywnym kontakcie z pacjentem oraz jednoznacznym przypisaniu odpowiedzialności za następny etap postępowania.

Urologii przypada tu szczególnie ważna rola. Rak gruczołu krokowego stanowi 25% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn – nie tylko w Polsce. Takie objawy i problemy jak zaburzenia erekcji, nykturia, krwimocz czy niepłodność mogą być cennymi sygnałami wskazującymi na szersze ryzyko kardiometaboliczne, psychologiczne lub społeczne. Mogą również wiązać się z dodatkowym obciążeniem psychicznym i zwiększonym ryzykiem samobójstwa wśród mężczyzn. Nie oznacza to, że urologia ma przejąć rolę podstawowej opieki zdrowotnej. Chodzi o wzmocnienie współpracy między specjalnościami oraz o taki system kierowania pacjentów, który pozwala monitorować i domykać dalsze etapy opieki w akceptowalnym czasie.

Raport wyznacza jasny program działań służących poprawie sytuacji zdrowotnej polskich mężczyzn: należy oceniać efekty, kierować działania do osób najbardziej zagrożonych, wzmacniać ciągłość opieki i korzystać z doświadczeń systemów ochrony zdrowia krajów sąsiednich, dostosowując rozwiązania do lokalnych realiów i nawyków. Poprawa zdrowia mężczyzn będzie zależeć nie tyle od kolejnej kampanii, ile od stworzenia takich ścieżek opieki, które pacjenci będą mogli rzeczywiście przejść od początku do końca.

Summary

Seven Years' Difference

Men's Health in Poland 2026. An English-language summary of a report on the male–female life expectancy gap: its size, where it is generated, where the system loses the patient, and what would have to be measured before any of it can be judged.

Nullius in verba.

Take nobody's word for it.

Motto of the Royal Society, adopted in 1663

Scope and sources

This report examines the difference in life expectancy between men and women in Poland using public registry data – the national statistical office, the National Institute of Public Health, the public payer, the social insurance institution, the police headquarters and the national cancer registry – alongside harmonised Eurostat series and international clinical guidelines. Every figure carries its year of observation and its source. Where an analysis has not been performed in Poland, no approximate value has been substituted.

Principal findings

In 2025 life expectancy at birth was 75.37 years for men and 82.48 years for women, a difference of 7.11 years. Combining this with healthy life years for 2024 splits the gap into two nearly equal components: 3.70 years of life in good health and 3.63 years of life with long-standing activity limitation. Both are consequences of the same mechanism – earlier death. More than half the gap, 51.9% in the 2023 decomposition, is generated before the age of 65, which places the problem in primary care, occupational medicine and adult psychiatry rather than in geriatrics.

The dispersion of the same measure across the European Union – from 2.8 years in the Netherlands to 9.8 years in Latvia – rules out a purely biological explanation and establishes that a substantial part of the difference is modifiable. Polish men trail the EU average by 4.1 years and rank 28th among 34 European countries.

Variation within the male population exceeds the difference between the sexes. Life expectancy at age 30 differs by roughly thirteen years according to educational attainment, against seven years according to sex. A policy addressed to „men” as a homogeneous category therefore misses systematically, delivering the same message and the same mode of access to groups whose baseline risk differs by an order of magnitude. Across the sixteen Polish regions, male life expectancy and male healthy life years are statistically independent: the rank correlation is –0.06. Allocation based on either measure alone will consistently miss the other.

Where the system loses the patient

The report argues that the principal site of loss is the transition between stages of care rather than the clinical decision itself. Poland publishes no indicator describing what happens to a patient after an abnormal result – not in preventive programmes, not in oncology, not after discharge from a psychiatric ward. Reporting for the national preventive programme launched in 2025 ends at the second of six stages: 3,541,099 of 3,739,583 questionnaires were taken up for implementation, and the number of tests performed, summary consultations held, abnormal results found and treatments started is not published. This is the single most important measurement gap described in the document, and it is a precondition for evaluating everything else.

A note on magnitude

Registration trials of new oncology therapies over the past two decades have shown median overall survival gains of roughly two to three months, and a gain of about three months at a sufficiently low hazard ratio is classified as substantial clinical benefit by European oncology societies. The differences described in this report are two orders of magnitude larger. The comparison is legitimate as an ordering of magnitudes and illegitimate as a methodological equivalence – median survival in a selected trial population and period life expectancy in a whole population have different denominators and different meanings. It is emphatically not an argument against oncology. It is an observation about the proportion of attention the two fields receive relative to the years of life at stake in each.

A related asymmetry concerns cost. The cost per quality-adjusted life year is calculated routinely for oncology therapies in Poland and not at all for the organisational changes proposed here, because no baseline values exist against which an effect could be measured. An expensive, quantified intervention therefore prevails in allocation over a cheap, unquantified one – not because it is better, but because only one of them has a form in which it can be compared.

Limits of this work

The report describes a quantity it has not decomposed. A decomposition of the life expectancy gap by age and cause of death – feasible within days on unit-level data – has not been performed in Poland, and until it is, the ranking of clinical domains here rests on proxy measures with different denominators. Nearly all values describe a single year of observation; period life expectancy describes no actual birth cohort. Prevalence of smoking, risky drinking and excess body weight comes from a self-reported survey of 3,000 respondents and is likely underestimated, possibly to a different degree in each sex. Data on suicidal behaviour come from an operational police register maintained under a different definition from cause-of-death statistics. Several clinical claims rest on international literature whose transferability to the Polish population is plausible but unverified. The report contains no economic evaluation, for reasons that are methodological rather than editorial.

What should be measured

Five analyses would change the state of knowledge more than any new data source, and all are feasible on data that already exist. In order of value against effort: decomposition of the life expectancy gap by age and cause of death; the proportion of men over 45 with Five analyses would change the state of knowledge more than any new data source, and all are feasible on data that already exist. In order of value against effort: decomposition of the life expectancy gap by age and cause of death; the proportion of men over 45 with no primary care contact for 24 months; the median time from psychiatric discharge to first outpatient contact together with the proportion contacted within seven days; the time from first alarm symptom to cancer diagnosis by sex and site; and the contribution of population segments to years of life lost. To these the report adds one analysis of a different kind – linking procedure volumes in Polish urological centres to oncological and functional outcomes – which alone would require collecting data not currently collected, namely patient-reported outcomes.

The order matters and it is the reverse of the intuitive one: measurement first, intervention second. Reversing it is the most likely scenario in Polish conditions and the only one that guarantees that in five years we shall know no more than we know today.

Foreword · Original text

PROF. DR HEIN VAN POPPEL

*Chairman, EAU Policy Office
Department of Urology, KU Leuven*

Seven years is a long time in human life. It may mean seeing children grow up, meeting and enjoying grandchildren, or simply having more time with those we love. When men live seven years less than women, this should not be treated as a demographic curiosity. It is a sign that lifetime is being shortened by risks that we recognise, opportunities we miss and systems that too often respond inappropriately or too late.

During my 35 years in urology at the KU Leuven (Katholieke Universiteit Leuven, Belgium) and some 10 years in European health policy for the EAU (European Association of Urology), I have learned that identifying a problem is only the beginning. The more difficult task is to show where change is needed and seems possible and how evidence can be translated into effective action. This is what Professor Piotr Radziszewski undertakes in this report. He brings together epidemiological evidence, clinical experience and an understanding of how patients actually move – or fail to move – through the healthcare system.

Although written from the perspective of a urologist, the report deliberately crosses the boundaries of one specialty. This is one of its strengths. Urology often encounters men who have had little previous contact with preventive care. Radziszewski recognises a urological consultation not only as an opportunity to diagnose and manage urological disease, but also as a possible entry point to a broader assessment of a man's health.

One of the report's most valuable contributions is its focus on what happens between individual stages of care: between invitation and attendance, between an abnormal result and diagnosis, and between diagnosis and treatment. It is in these gaps that patients are too often lost, even when individual parts of the system appear to be functioning but are not interconnected.

The report also demonstrates the kind of leadership our profession needs. The author does not suggest that urology can solve the wider crisis in men's health alone. Instead, he uses the clinical authority of our specialty to define a larger problem, identify where action can begin and invite shared responsibility across medicine, public health and government. This willingness to look beyond the traditional boundaries of one's own field, while remaining focused on practical solutions, indicates genuine leadership.

For policymakers, the report carries an equally important message. Closing the seven-year gap will require more than individual campaigns or isolated programmes. It requires continuity between prevention, primary care, timely detection, specialist diagnosis and management,

together with responsibility for the entire patient pathway. The findings and proposals presented here should therefore inform the national debate and future decisions on men's health in Poland and guide policymakers in other countries who face a similar gender gap in mortality rates.

By connecting clinical, epidemiological and organisational realities, Professor Radziszewski moves the Polish discussion beyond describing inequality. He establishes a serious foundation for national action and gives Polish urology an important place in the wider European debate, while making clear that responsibility for men's health must be shared. The achievement of this report is not to offer an easy answer, but to make continued political indifference and non-action increasingly difficult to justify.

PETER BAKER

Chief Executive, Global Action on Men's Health

Men are disproportionately present in the statistics on premature mortality but they are almost invisible in public health policy. The senior decision-makers in health may be mostly men but this has not led to men's needs being properly reflected in most health policies at the local, national or global levels.

But there are some grounds for optimism. Nine countries have developed national men's health policies, most recently England, which published its first official men's health strategy in 2025. Canada will be the 10th, with a policy expected by the end of 2026. The European Commission's Beating Cancer Plan recommended HPV vaccinations for boys as well as girls and all 27 European Union members have now introduced routine universal (gender-neutral) programmes. The Plan also called for national prostate cancer screening programmes and this has been followed by a major research study of their feasibility.

Governments may also be prompted to act as it becomes clearer that poor men's health is bad for women's health too – and not just in the obvious area of sexual health – as well as very expensive in terms of treatment, welfare support and lost tax revenues. And we now have good evidence of what works to improve men's health whether that's taking services to 'where men are' and feel more comfortable (such as workplaces) or making existing services more accessible and appealing.

This very welcome report will undoubtedly stimulate discussion in Poland and more widely in Europe about how governments can make the strategic decisions that will lead to better health for their male populations and, consequently, better health for all.

Review · Original text

PROF. ARNULF STENZL, MD

Secretary General, European Association of Urology (EAU)

Senior Professor and Consultant, University of Tuebingen

Seven Years Too Few: Men's Health Challenge

The fact that men live fewer years than women is reflected in numerous statistics. The report *Seven Years' Difference* by prof. Piotr Radziszewski reminds us that the more important question is not simply how large the gap is, but where and why it arises—and whether it can be reduced.

In Poland, men's life expectancy remains substantially below the European Union average, while more than half of the gap between men and women emerges before the age of 65. The scale of variation across Europe demonstrates that this is not an immutable biological constant. Differences in tobacco and alcohol exposure, working conditions, socioeconomic circumstances and access to timely and pursued care all contribute to observed differences in various countries and regions.

The report's most valuable lesson is methodological. Men should not be treated as a homogeneous population. Educational attainment, employment, geography within a country and social vulnerability shape both health risks and contact with services. A national average can therefore conceal profound inequalities within the male population.

The same applies to healthcare performance. Counting invitations, tests or consultations is insufficient if patients disappear after an abnormal result, a hospital discharge or an initial referral. Across Europe, effective interventions increasingly focus on continuity: personal invitations, appointments arranged before discharge, proactive follow-up and clear responsibility for the next step.

Urology has a particularly important role. Prostate cancer accounts for 25% of all malignant tumors in men (not only in Poland) and symptoms such as erectile dysfunction, nocturia, hematuria and infertility may provide valuable signs to identify wider cardiometabolic, psychological or social risks and may thus be associated with additional psychological distress and increased suicide risk in men. This does not mean transforming urology into general practice but strengthening cooperation across specialties and ensuring closed-loop referrals within an acceptable time frame.

The report offers a clear agenda to improve the situation for Polish men: measure outcomes, target those at greatest risk, improve continuity and learn from neighbouring health systems—while adapting solutions to local realities and habits. Better men's health will depend less on another campaign than on building care pathways that patients can actually complete.

Indeks liczb

Wszystkie wartości liczbowe przywołane w raporcie, wraz z rokiem obserwacji i dysponentem danych. Rok obserwacji nie jest rokiem publikacji. Wartości bez podanego roku nie występują w tym dokumencie.

Numero, pondere et mensura.

Liczbą, wagą i miarą.

Formuła oparta na Księdze Mądrości 11, 21, utrwalona w tradycji naukowej nowożytności

TABELA 37

Indeks liczb raportu: wartość, wielkość opisywana, rok obserwacji, dysponent danych i rozdział, w którym wartość występuje

WARTOŚĆ	CO OPISUJE	ROK OBS.	ŹRÓDŁO	ROZDZ.
75,37 roku	Przeciętne trwanie życia mężczyzn	2025	GUS	1
82,48 roku	Przeciętne trwanie życia kobiet	2025	GUS	1
7,11 roku	Różnica trwania życia między płciami	2025	obliczenie na danych GUS	1
0,22 roku	Zmniejszenie różnicy wobec roku poprzedniego	2024→2025	obliczenie na danych GUS	1
74,93 roku	Trwanie życia mężczyzn	2024	GUS	1
82,26 roku	Trwanie życia kobiet	2024	GUS	1
7,33 roku	Różnica trwania życia między płciami	2024	obliczenie na danych GUS	1
66,2 roku	Trwanie życia mężczyzn – punkt wyjścia serii	1990	GUS	1
74,1 roku	Trwanie życia mężczyzn przed pandemią	2019	GUS	1
71,8 roku	Trwanie życia mężczyzn w roku największej nadumieralności	2021	GUS	1
61,62 roku	Lata przeżyte w zdrowiu, mężczyźni	2024	GUS	1
65,32 roku	Lata przeżyte w zdrowiu, kobiety	2024	GUS	1
3,70 roku	Różnica lat przeżytych w zdrowiu	2024	obliczenie autora	1
13,31 roku	Lata z ograniczeniem sprawności, mężczyźni	2024	obliczenie autora	1
16,94 roku	Lata z ograniczeniem sprawności, kobiety	2024	obliczenie autora	1

TABELA 37
(kontynuacja)

WARTOŚĆ	CO OPISUJE	ROK OBS.	ŹRÓDŁO	ROZDZ.
3,63 roku	Różnica lat z ograniczeniem sprawności	2024	obliczenie autora	1
82,2%	Udział lat w zdrowiu w trwaniu życia, mężczyźni	2024	obliczenie autora	1
79,4%	Udział lat w zdrowiu w trwaniu życia, kobiety	2024	obliczenie autora	1
2,1 roku	Różnica lat w zdrowiu w wieku 50 lat	2024	GUS	1
0,8 roku	Różnica lat w zdrowiu w wieku 65 lat	2024	GUS	1
51,9%	Udział wieku poniżej 65 lat w różnicy trwania życia	2023	NIZP PZH-PIB Ta sama wielkość, 40–59 lat	1
74,8 roku	Trwanie życia mężczyzn, seria zharmonizowana	2024	Eurostat	1
78,9 roku	Trwanie życia mężczyzn w Unii Europejskiej	2024	Eurostat	1
4,1 roku	Dystans Polski do średniej unijnej, mężczyźni	2024	obliczenie na danych Eurostatu	1
28. miejsce	Pozycja Polski wśród 34 krajów, mężczyźni	2024	Eurostat	1
25. miejsce	Pozycja Polski wśród 34 krajów, kobiety	2024	Eurostat	1
2,8 roku	Najmniejsza różnica płciowa w UE (Holandia)	2024	Eurostat	1
9,8 roku	Największa różnica płciowa w UE (Łotwa)	2024	Eurostat	1
ok. 13 lat	Różnica dalszego trwania życia 30-latków wg wykształcenia	2020–2022	GUS, NIZP PZH-PIB	2
3,40 roku	Rozpiętość lat w zdrowiu między województwami, mężczyźni	2024	obliczenie na danych GUS	2
2,79 roku	Rozpiętość lat w zdrowiu między województwami, kobiety	2024	obliczenie na danych GUS	
$\rho = -0,06$	Korelacja rang: trwanie życia a lata w zdrowiu, 16 województw	2024	obliczenie autora	2
75,67 roku	Trwanie życia mężczyzn w miastach	2025	GUS	2
0,8 roku	Różnica miasto–wieś, mężczyźni	2025	GUS	2
ok. 0,1 roku	Różnica miasto–wieś, kobiety	2025	GUS	2
73,89 roku	Najniższe trwanie życia mężczyzn (łódzkie)	2025	GUS	2

WARTOŚĆ	CO OPISUJE	ROK OBS.	ŹRÓDŁO	ROZDZ.
77,06 roku	Najwyższe trwanie życia mężczyzn (podkarpackie)	2025	GUS	2
78,54 roku	Trwanie życia mężczyzn w Warszawie	2025	GUS	2
74,09 roku	Trwanie życia mężczyzn w Łodzi	2025	GUS	2
72,86 roku	Minimum wśród podregionów (skierniewicki)	2025	GUS	2
65,4%	Współczynnik aktywności zawodowej mężczyzn 15–89 lat	I kw. 2025	GUS	3
51,4%	Współczynnik aktywności zawodowej kobiet 15–89 lat	I kw. 2025	GUS	3
5 070 tys.	Bierni zawodowo, 15–89 lat	I kw. 2025	GUS	3
3 859 tys.	Bierni zawodowo w wieku produkcyjnym, obie płcie	I kw. 2025	GUS	3
30,6%	Bierność zawodowa z powodu nauki	I kw. 2025	GUS	3
25,1%	Bierność zawodowa z powodu choroby lub niepełnosprawności	I kw. 2025	GUS	3
36,9%	Udział chorób układu krążenia w zgonach ogółem	2023	GUS	4
39,4%	Ta sama wielkość w roku odniesienia	2019	GUS	4
ok. 26%	Udział nowotworów w zgonach mężczyzn	2023	GUS, KRN	4
ok. 21%	Udział chorób krążenia w utraconych latach życia, mężczyźni	2023	NIZP PZH-PIB	4
ok. 21%	Udział nowotworów w utraconych latach życia, mężczyźni	2023	NIZP PZH-PIB	4
45 307,2/100 tys.	Lata skorygowane niesprawnością, mężczyźni	2021	Global Burden of Disease	4
19,5%	Udział chorób krążenia w powyższej wartości	2021	Global Burden of Disease	4
18,4%	Udział nowotworów w powyższej wartości	2021	Global Burden of Disease	4
14,4%	Udział zakażeń układu oddechowego, gruźlicy i COVID-19	2021	Global Burden of Disease	4
13,5%	Udział tytoniu w obciążeniu zdrowotnym mężczyzn	2021	Global Burden of Disease	4, 13
9,6%	Udział wysokiego ciśnienia skurczowego	2021	Global Burden of Disease	4

TABELA 37
(kontynuacja)

WARTOŚĆ	CO OPISUJE	ROK OBS.	ŹRÓDŁO	ROZDZ.
8,9%	Udział alkoholu	2021	Global Burden of Disease	4, 9
+49%	Przewaga umieralności możliwej do uniknięcia nad średnią UE	2022	Eurostat	4
+45%	Część możliwa do zapobiegania	2022	Eurostat	4
+56%	Część możliwa do leczenia	2022	Eurostat	4
+0,222 roku/rok	Tempo wydłużania życia mężczyzn – scenariusz A	2010–2019	obliczenie autora	5
+0,125 roku/rok	Tempo wydłużania życia mężczyzn – scenariusz C	2015–2019	obliczenie autora	5
+0,133 roku/rok	Tempo wydłużania życia kobiet	2010–2019	obliczenie autora	5
78,7 roku	Trwanie życia mężczyzn w 2040 r., scenariusz A	ekstrapolacja	obliczenie autora	5
2041	Rok domknięcia dzisiejszej luki wobec UE, scenariusz A	ekstrapolacja	obliczenie autora	5
ok. 77,2 roku	Trwanie życia mężczyzn w 2040 r., scenariusz C	ekstrapolacja	obliczenie autora	5
ok. 5,8 roku	Luka płciowa w 2040 r., scenariusz A	ekstrapolacja	obliczenie autora	5
410 tys. osobolat	Dystans do UE na kohortę 100 tys. noworodków płci męskiej	2024	obliczenie autora	5
64%	Wskaźnik masy ciała $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, mężczyźni	2025	badanie na próbie 3 000 osób	6, 13
48%	Wskaźnik masy ciała $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, kobiety	2025	badanie na próbie 3 000 osób	6, 13
96 925	Pierwszorazowe zgłoszenia nowotworów złośliwych, mężczyźni	2023	KRN	7
23 710	Nowe rozpoznania raka gruczołu krokowego	2023	KRN	7, 17
5 859	Zgony z powodu raka gruczołu krokowego	2023	KRN	17
11,0%	Udział raka prostaty w zgonach nowotworowych mężczyzn	2023	KRN	7
ok. 12,7%	Udział raka płuca w zachorowaniach mężczyzn	2023	KRN	7
25,4%	Udział raka płuca w zgonach nowotworowych mężczyzn	2023	KRN	7

WARTOŚĆ	CO OPISUJE	ROK OBS.	ŹRÓDŁO	ROZDZ.
5 398	Nowe rozpoznania raka pęcherza moczowego, mężczyźni	2023	KRN	17
2 997	Zgony z powodu raka pęcherza moczowego, mężczyźni	2023	KRN	17
15,84%	Pokrycie programu przesiewowego raka jelita grubego	2025	NFZ	7, 19
15,9%	Ta sama wielkość	I kw. 2026	NFZ	19
ok. 2 mln	Szacowana liczba chorych na POChP w Polsce	2026	PTChP – oszacowanie	8
ponad 30%	Odsetek chorych na POChP bez rozpoznania	2026	PTChP – oszacowanie	8
ok. 10%	Cechy POChP w populacji po 40. roku życia	2026	PTChP – oszacowanie	8
+114%	Przewaga umieralności alkoholowej mężczyzn nad średnią UE	2022	Eurostat	9, 13
27,2% / 15,7%	Picie ryzykowne: mężczyźni / kobiety	2025	badanie na próbie 3 000 osób	9, 13
28,8% / 20,3%	Codienne palenie tytoniu: mężczyźni / kobiety	2025	badanie na próbie 3 000 osób	8, 13
2 755	Nowo wykryte zakażenia HIV	2025	NIZP PZH-PIB	10
2,43 → 7,37/100 tys.	Zapadalność na HIV: wzrost w pięcioleciu	2020→2025	NIZP PZH-PIB	10
20 046 → 31 738	Liczba pacjentów w opiece z powodu HIV	2020→2025	Krajowe Centrum ds. AIDS	10
436 → 728 mln zł	Koszt refundacji terapii antyretrowirusowej	2020→2025	Krajowe Centrum ds. AIDS	10
4 776	Zgony w wyniku zachowań samobójczych, obie płcie	2025	KGP	11
3 975 / 801	Zgony samobójcze: mężczyźni / kobiety	2025	KGP	11
83,2%	Udział mężczyzn w zgonach samobójczych	2025	obliczenie na danych KGP	4, 11
10 159	Zarejestrowane próby samobójcze	2025	KGP	11
14 935	Zachowania samobójcze ogółem	2025	KGP	11
5 233 / 4 845 / 4 776	Zgony samobójcze – szereg trzyletni	2023–2025	KGP	11
34,1 mln dni	Absencja z powodu zaburzeń psychicznych, obie płcie	2025	ZUS	11
30,3 mln dni	Ta sama wielkość w roku poprzednim	2024	ZUS	11

TABELA 37
(kontynuacja)

WARTOŚĆ	CO OPISUJE	ROK OBS.	ŹRÓDŁO	ROZDZ.
12,83 mln dni	Absencja psychiatryczna mężczyzn ubezpieczonych w ZUS	2025	ZUS	11, 14
501	Zabójstwa i usiłowania z art. 148 k.k.	2025	KGP	12
1 325	Ta sama wielkość w roku odniesienia	2001	KGP	12
-62%	Spadek liczby zabójstw w okresie 24 lat	2001→2025	obliczenie na danych KGP	12
ok. 21 tys.	Wypadki drogowe	2025	KGP – dane wstępne	13
1 651	Zgony w wypadkach drogowych	2025	KGP – dane wstępne	13
24 715	Osoby ranne w wypadkach drogowych	2025	KGP – dane wstępne	13
66 733	Poszkodowani w wypadkach przy pracy	2025	GUS – dane wstępne	13
486 / 189	Wypadki przy pracy: ciężkie / śmiertelne	2025	GUS – dane wstępne	13
28,5%	Udział urazów i zatruc w hospitalizacjach, 15–19 lat	2023	NIZP PZH-PIB	13, 15
27,5 mln	Zaświadczenia lekarskie ogółem	2025	ZUS	14
290,5 mln dni	Absencja chorobowa ogółem	2025	ZUS	14
277,6 mln dni	Absencja z tytułu choroby własnej	2025	ZUS	14
254,5 mln dni	Absencja ubezpieczonych w ZUS ogółem	2025	ZUS	14
242,0 mln dni	Absencja ubezpieczonych w ZUS z choroby własnej	2025	ZUS	14
105,5 mln dni	Absencja z choroby własnej, mężczyźni	2025	ZUS	14
31,6 mln dni	Absencja z tytułu ciąży, porodu i połogu	2025	ZUS	14
10,9%	Udział powyższej pozycji w absencji ogółem	2025	obliczenie na danych ZUS	14
11 dni	Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego	2025	ZUS	14
3 907 / 3 255	Hospitalizacje na 10 tys.: mężczyźni / kobiety	2023	NIZP PZH-PIB	15
66,2%	Objawy z dolnych dróg moczowych, definicja szersza	2019	LUTS POLAND, n = 6 005	17
46,2%	Ta sama wielkość, definicja surowsza	2019	LUTS POLAND	17

WARTOŚĆ	CO OPISUJE	ROK OBS.	ŹRÓDŁO	ROZDZ.
30,8%	Nokturia	2019	LUTS POLAND	17
27,9%	Częstomocz	2019	LUTS POLAND	17
26,8%	Pęcherz nadaktywny w narzędziu przesiewowym	2019	LUTS POLAND	17
29,6–33,5%	Kiedykolwiek szukali leczenia z powodu LUTS, obie płcie	2019	LUTS POLAND	17
24,0–26,4%	Otrzymali leczenie, obie płcie	2019	LUTS POLAND	17
8,9% / 16,0%	Nietrzymanie moczu ≥60 lat: wysiłkowe / nagłące	PolSenior2	PolSenior2	17
0,87	Współczynnik ryzyka zgonu – ERSPC, 23 lata obserwacji	2025	ERSPC	17
0,22 p.p.	Bezwzględne zmniejszenie ryzyka zgonu – ERSPC	2025	ERSPC	17
1,30	Względna częstość rozpoznań – ERSPC	2025	ERSPC	17
ok. 456	Liczba zaproszonych na jeden uniknięty zgon – ERSPC	2025	ERSPC	17
ok. 2/1 000	Redukcja umieralności swoistej – przegląd Cochrane	2026	Cochrane, 6 badań, ~800 tys. uczestników	17
12 nmol/l	Próg testosteronu całkowitego w hipogonadyzmie późnym	wytyczne	EAU 2026	17
3–10 ng/ml	Zakres PSA wymagający powtórzenia oznaczenia	wytyczne	EAU 2026	17
1,45 (1,36–1,54)	Ryzyko względne zdarzeń sercowo-naczyniowych przy ED	2021	metaanaliza badań obserwacyjnych	17
2–5 lat	Wyprzedzenie zdarzenia sercowo-naczyniowego przez ED	Konsensus	IV Konsensus Princeton	16, 17
ok. 15%	Odsetek par bez ciąży po 12 miesiącach starań	piśm. międzynr. TRZY ZASADY CYTOWANIA analizy rejestracji EMA i FDA	EAU	17
20,67 mln	Aktywne Internetowe Konta Pacjenta	maj 2026	CeZ	18
9,62 / 11,05 mln	Konta IKP: mężczyźni / kobiety	maj 2026	CeZ	18

TABELA 37
(kontynuacja)

WARTOŚĆ	CO OPISUJE	ROK OBS.	ŹRÓDŁO	ROZDZ.
3 739 583	Wypełnione ankiety „Moje Zdrowie” w pierwszym roku	2025–2026	CeZ, NFZ	19
3 541 099	Ankiety podjęte do realizacji	2025–2026	CeZ, NFZ	19
94,7%	Udział ankiet podjętych do realizacji	2025–2026	obliczenie autora	19
37,45%	Udział mężczyzn wśród uczestników „Mojego Zdrowia”	2025–2026	NFZ	19
1,234 mln	Uczestnicy programu profilaktyki chorób układu krążenia	2022–2024	NFZ	19
485 345	W tym mężczyźni	2022–2024	NFZ	19
39%	Udział mężczyzn wśród uczestników tego programu	2022–2024	obliczenie na danych NFZ	19
3%	Uczestnicy wobec liczby deklaracji POZ	2023	obliczenie na danych NFZ	19
78% / 7%	Dokumenty POZ bez odniesienia do zdrowia mężczyzn / z odniesieniem znaczącym	analiza 27 dokumentów	Global Action on Men’s Health	21
2-3 miesiące	Mediana zysku przeżycia całkowitego w rejestrach onkologicznych	Piśm. międzynarod.	Analizy rejestracji EMA i FDA	27

Źródło: opracowanie własne autora.

Indeks obejmuje 151 pozycji liczbowych. Wartości oznaczone jako obliczenie autora zostały wyprowadzone z wartości publikowanych i są w tekście opisane wraz z metodą. Wartości oznaczone jako oszacowanie nie pochodzą z rejestru i nie powinny być cytowane jako dane rejestrowe.

TRZY ZASADY CYTOWANIA

Zawsze podawać rok obserwacji, nie rok publikacji. Wartości z różnych lat obserwacji nie mogą występować w jednym zdaniu jako składniki tego samego rachunku. Udziałów czynników ryzyka nie wolno sumować, a udziału mężczyzn wśród uczestników programu nie wolno przedstawiać jako współczynnika uczestnictwa mężczyzn.

Wykaz źródeł

Wykaz uporządkowany według rodzaju źródła, bez numeracji przypisów. Stan na 1 sierpnia 2026 r. Rok obserwacji, rok publikacji i data dostępu są w tekście rozdzielane, a cytowane wersje wytycznych klinicznych odpowiadają stanowi dostępnemu na 1 sierpnia 2026 r.

Fons et origo.

Źródło i początek.

Formuła prawa rzymskiego, utrwalona w tradycji akademickiej

DANE POPULACYJNE I EPIDEMIOLOGICZNE

Podstawą części I są roczne tablice trwania życia oraz informacje sygnałne o trwaniu życia w zdrowiu, wydawane zwykle w listopadzie roku następującego po roku obserwacji. Porównania międzynarodowe opierają się na seriach zharmonizowanych, które różnią się niekiedy o dziesiąte części roku od serii krajowych; wartości z obu źródeł nie były w tym dokumencie mieszane w jednym zestawieniu. Wartości modelowane obciążenia zdrowotnego pochodzą z modelu, nie z rejestru, i tak zostały w tekście opisane.

Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia w 2025 r. Warszawa 2026.

Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia w zdrowiu w 2024 r. Warszawa 2025.

Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia – tablice i szeregi historyczne 1990–2025.

Główny Urząd Statystyczny. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, I kwartał 2025.

Główny Urząd Statystyczny. Wypadki przy pracy w 2025 r. – dane wstępne.

Eurostat. Life expectancy by age and sex, zbiór demo_mlexpec; dane za 2024 r.

Eurostat. Healthy life years statistics.

Eurostat. Avoidable mortality in 2022.

NIZP PZH–PIB. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025.

NIZP PZH–PIB. Ogólnopolskie badanie zdrowia i czynników ryzyka ludności w Polsce, 2025.

Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease 2021 – wyniki dla Polski.

OECD. Health at a Glance 2025: Poland.

OECD. Which diseases affect men and women differently and why this matters. 2025.

Krajowy Rejestr Nowotworów. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 roku. Publikacja 2026.

Komenda Główna Policji. Zamachy samobójcze – dane statystyczne za lata 2023–2025.

Komenda Główna Policji. Wypadki drogowe w Polsce – dane wstępne za 2025 r.

Komenda Główna Policji. Przestępstwa stwierdzone z art. 148 Kodeksu karnego, 2001 i 2025.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Absencja chorobowa w 2025 r.

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc i Polska Koalicja Zdrowe Płuca. Materiały dotyczące przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, 2026.

Dane nadzoru epidemiologicznego dotyczące zakażeń HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową, 2020–2025.

PROGRAMY, DANE SYSTEMOWE I DOKUMENTY INSTYTUCJONALNE

Opis programów profilaktycznych, ich zasięgu i sposobu sprawozdawczości oparto na komunikatach płaćnika i Centrum e-Zdrowia oraz na aktach regulujących poszczególne świadczenia. Ustalenia dotyczące ograniczeń ewaluacji programu Profilaktyka 40 Plus oparto na wystąpieniu pokontrolnym. Dane o absencji chorobowej podano z konsekwentnym rozdzieleniem absencji ogółem,

absencji z tytułu choroby własnej i absencji ubezpieczonych w powszechnym systemie, ponieważ wielkości te opisują odmienne populacje.

Centrum e-Zdrowia. Pierwszy rok programu profilaktycznego „Moje Zdrowie”, maj 2026.

Centrum e-Zdrowia. E-zdrowie w liczbach i faktach – podsumowanie 2025 roku.

Centrum e-Zdrowia. Internetowe Konto Pacjenta – informacje i statystyki.

Ministerstwo Zdrowia. Program profilaktyczny „Moje Zdrowie”.

Ministerstwo Zdrowia. Bezpłatne programy profilaktyczne – zasady programu profilaktyki chorób układu krążenia.

Ministerstwo Zdrowia. Narodowa Strategia Onkologiczna.

Ministerstwo Zdrowia. Powszechny Program Szczepień przeciw HPV.

Narodowy Fundusz Zdrowia. Program badań przesiewowych raka jelita grubego.

Narodowy Fundusz Zdrowia. Profilaktyka 40 Plus – zasady i zakończenie programu.

Najwyższa Izba Kontroli. Realizacja programów profilaktycznych – Profilaktyka 40 Plus.

AOTMiT. Raport w sprawie bilansu zdrowia i programu profilaktyki chorób układu krążenia, 2025.

AOTMiT. Rekomendacja dotycząca niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej, 2025.

Narodowy Instytut Onkologii. Ogólnopolski program wczesnego wykrywania raka płuca, 2026.

Państwowa Inspekcja Pracy. Profilaktyczna ochrona zdrowia pracowników.

Kodeks pracy, art. 229 – badania wstępne, okresowe i kontrolne, w tym § 6¹.

Rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników wraz ze wskazówkami metodycznymi.

Pacjent.gov.pl i Narodowy Fundusz Zdrowia. Informacje o świadczeniach i zasadach kierowania.

Rada Unii Europejskiej. Zalecenie w sprawie wzmocnienia profilaktyki poprzez wczesne wykrywanie – badania przesiewowe w kierunku nowotworów, 2022.

WYTYCZNE KLINICZNE I BADANIA

Część III opiera się na wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w wersji obowiązującej w 2026 roku. Bilans badań przesiewowych w raku gruczołu krokowego oparto na długoterminowej obserwacji europejskiego badania z randomizacją, na badaniu amerykańskim oraz na aktualizacji przeglądu systematycznego. Powiązanie zaburzeń erekcji z ryzykiem sercowonaczyniowym opisano na podstawie konsensusu i metaanalizy badań obserwacyjnych. Polskie dane epidemiologiczne dotyczące objawów z dolnych dróg moczowych pochodzą z badania na próbie 6 005 osób w wieku co najmniej 40 lat, a dane o nietrzymaniu moczu u osób starszych – z badania PolSenior2.

European Association of Urology. Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male LUTS: Diagnostic Evaluation. Wersja 2026.

European Association of Urology. Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male LUTS: Disease Management. Wersja 2026. European Association of Urology. Guidelines on Non-neurogenic Male LUTS – Surgical Management. Wersja 2026.

European Association of Urology. Guidelines on Prostate Cancer: Diagnostic Evaluation. Wersja 2026.

European Association of Urology. Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer: Diagnosis. Wersja 2026.

European Association of Urology. Guidelines on Sexual and Reproductive Health: Management of Erectile Dysfunction. Wersja 2026.

European Association of Urology. Guidelines on Sexual and Reproductive Health: Male Hypogonadism. Wersja 2026.

European Association of Urology. Guidelines on Sexual and Reproductive Health: Male Infertility. Wersja 2026.

- European Association of Urology. Guidelines on Urological Infections. Wersja 2026.
- Roobol MJ, de Vos II, Månsson M i wsp. European Study of Prostate Cancer Screening – 23-Year Follow-up. *New England Journal of Medicine*. 2025.
- Franco JV, Hwang EC, Jung JH i wsp. Prostate-specific antigen test for prostate cancer screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2026;5:CD004720.
- Pinsky PF i wsp. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial. *Cancer*. 2019;125:592–599.
- Kloner RA, Burnett AL, Miner M i wsp. Princeton IV consensus guidelines: PDE5 inhibitors and cardiac health. *Journal of Sexual Medicine*. 2024;21(2):90–116.
- Mostafaei H i wsp. Association of erectile dysfunction and cardiovascular disease: an umbrella review. *BJU International*. 2021.
- Przydacz M, Gołębek T, Dudek P i wsp. Prevalence and bother of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in Poland. *Scientific Reports*. 2020;10:19819.
- Przydacz M, Dudek P, Gołębek T, Chłosta P. Lower Urinary Tract Symptoms and Treatment-Related Behavior in an Eastern European Country. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18:785.
- Kujawska-Danecka H, Mossakowska M, Chudek J i wsp. Lower urinary tract symptoms in older adults – PolSenior2. *Polish Archives of Internal Medicine*. 2025.
- Pisera M i wsp. Reinvitation to screening colonoscopy: a randomized-controlled trial. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2016;28(5):538–542.
- Kamiński MF i wsp. Design of the Polish Colonoscopy Screening Program: a randomized health services study. *Endoscopy*. 2015;47(12):1144–1150.
- World Health Organization. Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults, 2024.
- National Cancer Institute. Bladder Cancer Causes and Risk Factors. Aktualizacja 2025.
- US Preventive Services Task Force. Testicular Cancer: Screening – stanowisko o braku podstaw do przesiewu populacyjnego.
- Cochrane Database of Systematic Reviews. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease.
- European Society for Medical Oncology. Magnitude of Clinical Benefit Scale – skala oceny wielkości korzyści klinicznej terapii onkologicznych.
- Opublikowane analizy zysku przeżycia całkowitego leków onkologicznych dopuszczonych do obrotu przez Europejską Agencję Leków oraz amerykańską Agencję Żywności i Leków w latach 2009–2020.

POLITYKI ZAGRANICZNE I PORÓWNIANIA

Doświadczenia zagraniczne opisano na podstawie dokumentów krajowych oraz niezależnej ewaluacji zewnętrznej jedyne go programu, który takiej ewaluacji poddano. Analizę dokumentów podstawowej opieki zdrowotnej przywołano za organizacją prowadzącą to badanie.

- Department of Health and Social Care. Men's Health Strategy for England, 2025.
- Australian Government. National Men's Health Strategy 2020–2030.
- WHO Regional Office for Europe. Strategy on the Health and Well-being of Men in the WHO European Region. Health Service Executive Ireland. National Men's Health Action Plan 2024–2028.
- Global Action on Men's Health. Independent review of Ireland's men's health policy and action plans, 2025.
- Global Action on Men's Health. No Man's Land, 2024.
- Cytaty łacińskie otwierające części i rozdziały pochodzą z dzieł autorów wskazanych przy każdym z nich; lokalizację w tekście źródłowym podano tam, gdzie jest ustalona. Przekłady polskie są przekładami roboczymi autora raportu, oddającymi sens w kontekście, w jakim cytat został użyty, i nie zastępują istniejących przekładów literackich.

Spis tabel

Pozycja	Tytuł	Strona
Tabela 1.	Trwanie życia i lata przeżyte w zdrowiu mężczyzn w szesnastu województwach: dwa uszeregowania, które się nie pokrywają	28
Tabela 2.	Cztery etapy życia mężczyzny: dominujące ryzyko, charakter kontaktu z systemem i właściwy punkt wejścia	30
Tabela 3.	Sześć segmentów populacji mężczyzn według kanału kontaktu z ochroną zdrowia – i stan danych pozwalających je policzyć	33
Tabela 4.	Pełny wykaz założeń trzech scenariuszy ekstrapolacji do 2040 roku	40
Tabela 5.	Pięć etapów opieki nad ryzykiem sercowo-metabolicznym: gdzie się odbywają, czym się je mierzy i które z tych miar są w Polsce produkowane	47
Tabela 6.	Pięć powikłań cukrzycy typu 2: mechanizm, czynnik rozstrzygający o wystąpieniu i stan pomiaru w Polsce	48
Tabela 7.	Trzy nowotwory, trzy odmienne logiki organizacyjne: punkt wyjścia, postępowanie i właściwa miara wyniku	51
Tabela 8.	Cztery elementy opieki następczej po kryzysie psychicznym i miary, którymi można je rozliczyć	62
Tabela 9.	Dwa różne zjawiska pod jedną nazwą: charakterystyka zabójstw kobiet i zabójstw mężczyzn	67
Tabela 10.	Cztery ekspozycje o największym udziale w obciążeniu zdrowotnym mężczyzn: wartości, rok obserwacji i charakter danych	69
Tabela 11.	Sześć różnych wielkości ukrytych pod jedną nazwą „absencja chorobowa”, rok 2025	73
Tabela 12.	Zakres badania profilaktycznego w medycynie pracy: co jest wykonywane rutynowo, co warunkowo i czego zakres nie obejmuje	75
Tabela 13.	Pięć obszarów działania u mężczyzn w wieku 15–24 lat i miejsca, w których kontakt faktycznie następuje	79
Tabela 14.	Pięć mechanizmów szkody wynikającej z wielolekowości u starszego mężczyzny i możliwe postępowanie	81
Tabela 15.	Ten sam proces w pięciu słownikach specjalistycznych: objaw zgłaszany, rozpoznanie stawiane i wspólne ogniwo patofizjologiczne	84
Tabela 16.	Typowa sekwencja rozwoju procesu u mężczyzny: co się dzieje, co można wykryć i kto ma wówczas kontakt z pacjentem	85
Tabela 17.	Urologiczne obciążenie zdrowia mężczyzn w liczbach: wartość, populacja, rok obserwacji i właściwy sposób odczytu	91
Tabela 18.	Osiem objawów urologicznych jako brama diagnostyczna: możliwe przyczyny miejscowe, możliwy sygnał ogólnoustrojowy i pytanie organizacyjne, które trzeba zadać	93
Tabela 19.	Sześć przyczyn nokturii: sygnał kierunkowy w wywiadzie i postępowanie właściwe dla rozpoznanego mechanizmu	95
Tabela 20.	Sześć etapów ścieżki pacjenta z objawami z dolnych dróg moczowych: co powinno się wydarzyć, po czym poznać niepowodzenie i co zmierzyć w pilotażu	96
Tabela 21.	Cztery decyzje w ścieżce raka gruczołu krokowego: kto je podejmuje, na jakiej podstawie i co musi zostać udokumentowane	101
Tabela 22.	Sześć punktów kontaktu z systemem: zasięg, profil ryzyka osób docierających, możliwość krótkiej oceny i mierzalność domknięcia	108
Tabela 23.	Pięć różnic strukturalnych między ginekologią a urologią jako punktami wejścia do systemu	109
Tabela 24.	Ośmioelementowy bilans ryzyka ogólnego przy wizycie urologicznej: co ustalić, co zrobić z nieprawidłowością i czego nie robić automatycznie	111
Tabela 25.	Pięć przejęć kaskady opieki: licznik, mianownik, ramy czasowe i typowy błąd interpretacji	115
Tabela 26.	Pięć rozwiązań organizacyjnych domykających kaskadę: treść, charakter dowodu i ograniczenie	115

Pozycja	Tytuł	Strona
Tabela 27.	Sześć warstw oceny programu profilaktycznego: pytanie właściwe dla każdej warstwy i minimalny miernik	117
Tabela 28.	Siedem programów w pięciu warstwach oceny: zasięg, wykonanie, wynik zdrowotny, domknięcie i ewaluacja	120
Tabela 29.	Cztery koszty, jakie mężczyzna ponosi przy kontakcie z opieką: na czym polegają, jaki mają charakter i co je obniża	122
Tabela 30.	Pięć punktów kontaktu z systemem: możliwy zakres rozpoznania, krok następny i warunek, bez którego kontakt nie ma wartości	124
Tabela 31.	Pięć programów zagranicznych: konstrukcja, status dowodu i element możliwy do przeniesienia do Polski	127
Tabela 32.	Sześć warunków przeniesienia rozwiązania zagranicznego: pytania, które trzeba zadać przed wdrożeniem w Polsce	129
Tabela 33.	Trzy pytania ekonomiczne, których nie wolno mieszać: treść, wymagana postać wyniku i wykonalność w Polsce	130
Tabela 34.	Cztery kategorie gotowości wdrożeniowej stosowane w kartach wariantów	136
Tabela 35.	Sześć ścieżek klinicznych w urologii i andrologii: zmiana w procesie, najważniejszy miernik i reguła decyzji	143
Tabela 36.	Trzydzieści wskaźników minimalnego systemu pomiaru zdrowia mężczyzn: definicja, źródło, częstość, przekroje i status na starcie	145
Tabela 37.	Indeks liczb raportu: wartość, wielkość opisywana, rok obserwacji, dysponent danych i rozdział, w którym wartość występuje	189

Spis rycin

Pozycja	Tytuł	Strona
Rycina 1.	Różnica trwania życia jest niemal dwukrotnie większa niż różnica lat w zdrowiu	23
Rycina 2.	Różnica siedmioletnia nie jest wartością stałą właściwą gatunkowi ludzkiemu	25
Rycina 3.	Lata życia w zdrowiu mężczyzn w szesnastu województwach	28
Rycina 4.	Dwie szerokie grupy tworzą około dwóch piątych przedwczesnej straty	36
Rycina 5.	Gorzej wypada ta część umieralności, która zależy od opieki, nie od zachowań	38
Rycina 6.	Różnica między utrzymaniem tempa sprzed pandemii a jego spowolnieniem jest większa niż efekt pojedynczego programu	41
Rycina 7.	Nowotwór najczęściej rozpoznawany nie jest nowotworem najczęściej zabijającym	50
Rycina 8.	Powolny spadek liczby zgonów przy niezmienionej strukturze płci	61
Rycina 9.	Trzy ekspozycje wymagają trzech różnych interwencji	69
Rycina 10.	Wybór niewłaściwego mianownika zmienia wynik kilkukrotnie	74
Rycina 11.	Objaw występuje u dwóch trzecich populacji, leczenie otrzymuje co czwarta osoba z objawem	92
Rycina 12.	Siedem przejść, na których pacjent wypada z opieki	114
Rycina 13.	Sprawozdawczość kończy się na drugim z sześciu etapów	118
Rycina 14.	Skala, do której jesteśmy przyzwyczajeni w onkologii, i skala, o której mówi ten raport	162

Nota o dokumencie

Autorstwo i zakres

Raport przygotowałem jako opracowanie autorskie, łącząc perspektywę kliniczną wynikającą z codziennej praktyki w urologii **ogólnej, onkologicznej i czynnościowej z analizą danych rejestrowych i organizacji świadczeń**. Dobór domen, kolejność rozdziałów i proporcje objętości odzwierciedlają moją ocenę tego, gdzie w polskim systemie powstaje największa część opisywanej straty.

Charakter dokumentu

Jest to opracowanie z zakresu zdrowia publicznego i organizacji opieki. Nie jest projektem ustawy, strategią przyjętą przez państwo ani wytyczną kliniczną; nie zastępuje konsultacji lekarskiej ani obowiązujących wytycznych klinicznych. Wskazania podmiotów wiodących w rozdziale 23 mają charakter propozycji analitycznej i wymagają oceny wykonalności prawnej, kadrowej, informatycznej i finansowej po stronie wskazanych instytucji.

Zasady redakcyjne obowiązujące w całym dokumencie

Każda wartość liczbowa ma podany rok obserwacji i dysponenta danych. Luki w danych nie zostały wypełnione wartościami prawdopodobnymi ani przybliżonymi. Frakcje przypisywalne czynnikom ryzyka nie były sumowane. Nie przedstawiono monetyzacji obciążenia zdrowotnego, ponieważ dostępne dane publiczne nie pozwalają jej wykonać bez podwójnego liczenia; powody opisano w rozdziale 22. Twierdzenia mocne mają w tekście wskazany status: fakt, obliczenie autora, korelacja, hipoteza albo rekomendacja ekspercka.

Historie pacjentów

Trzy historie przedstawione w części VI są konstrukcjami złożonymi z wartości populacyjnych opisanych w częściach I–V oraz z powtarzalnych obserwacji praktyki klinicznej. Nie opisują rzeczywistych osób. Wszelkie podobieństwo do konkretnego pacjenta jest niezamierzone i wynika wyłącznie z typowości opisanych przebiegów.

Stan na 1 sierpnia 2026 r. i zasady wykorzystania

W raporcie uwzględniono dane dostępne do 1 sierpnia 2026 r.; wartości opublikowane po tej dacie nie zostały uwzględnione. Materiał może być cytowany bez ograniczeń przy podaniu źródła, tytułu, numeru wydania oraz roku obserwacji przywoływanej wartości. Cytowanie wartości bez roku obserwacji jest cytowaniem nierzetelnym i autor prosi o jego unikanie. Autor pozostaje do dyspozycji redakcji i instytucji w sprawie komentarza, weryfikacji danych i uzupełnienia kontekstu.

Raport opisuje wielkość, której nie rozłożył na składniki, i wskazuje trzy analizy, które należałoby wykonać, żeby to zmienić. Wszystkie trzy są wykonalne na danych, które już istnieją.



PIOTR RADZISZEWSKI (ur. w 1970 roku w Pszczynie) jest profesorem nauk medycznych i specjalistą urologiem. Od 2012 roku kieruje Katedrą i Kliniką Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie od 2016 roku jest profesorem zwyczajnym. Od ponad dwudziestu lat łączy praktykę kliniczną w urologii onkologicznej, czynnościowej i rekonstrukcyjnej z pracą nad organizacją opieki – nad tym, na których etapach i z jakich przyczyn pacjent wypada ze ścieżki opieki, zanim dotrze do leczenia.

Zdrowie publiczne i organizacja opieki

W latach 2016–2018 był ekspertem Ministerstwa Zdrowia do spraw map potrzeb zdrowotnych w urologii i nefrologii, a w latach 2015–2023 zasiadał w Narodowej Radzie Rozwoju, w jej części poświęconej ochronie zdrowia. Od 2020 roku należy do Rady Naukowej przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym przewodniczył senackiej komisji do spraw szpitali klinicznych i współpracy z regionem (2016–2020) oraz zasiadał w radzie społecznej szpitala klinicznego (2012–2018). Od 2012 roku jest prezesem Stowarzyszenia Urologii Akademickiej, a od 2021 roku – prezesem Fundacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Od 2013 roku organizuje kongresy „Debaty Zdrowie” – około dziesięć spotkań rocznie, podczas których klinicyści, płatnik, regulator i organizacje pacjentów rozmawiają o pojedynczych świadczeniach i o całych ścieżkach opieki. Wcześniej, w latach 2011 i 2012, współprzewodniczył interdyscyplinarnym kongresom „Kobieta i Mężczyzna – zdrowie reprodukcyjne i seksualne”; zorganizował też jedenaście międzynarodowych Warszawskich Seminariów Neurourologii i osiem sympozjów uroonkologii. Doradza organizacjom pacjenckim i pozarządowym oraz prowadzi spotkania z pacjentami. Współtworzył polskie wersje wytycznych, które przeniosły ustalenia międzynarodowe do praktyki krajowej. Prowadzi własne kanały edukacji zdrowotnej adresowane bezpośrednio do mężczyzn, którzy jeszcze nie trafili do gabinetu – czyli do tych, których dotyczy ten raport.

Praktyka kliniczna i dorobek

Jako pierwszy na świecie zastosował toksynę botulinową w leczeniu nadreaktywności pęcherza i zespołu bolesnego pęcherza. Wprowadził do praktyki klinicznej resiniferatoksynę, neuromodulację oraz stymulację mięśni okołocewkowych. Opracował diagnostykę zespołu Fowler i sposób leczenia dyssynergii wypieraczowo-zwieraczowej. Wdrożył terapię ogniskową raka gruczołu krokowego, a na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym – chirurgię robotyczną, w której jest certyfikowanym operatorem. Kierował projektem Narodowego Centrum Badań i Rozwoju dotyczącym roli stanu zapalnego dróg moczowych w chorobach gruczołu krokowego. Jest autorem ponad trzystu pięćdziesięciu prac naukowych i kilkunastu podręczników akademickich oraz współautorem europejskich wytycznych postępowania w przypadku pęcherza neurogennego oraz polskich wytycznych dotyczących pęcherza nadreaktywnego, zespołu bolesnego pęcherza i przeszkody podpęcherzowej. Wygłosił ponad sześćset wykładów na zaproszenie, w tym ponad sto pięćdziesiąt poza granicami kraju.

Droga naukowa i kształcenie

Dyplom lekarza uzyskał w 1994 roku na Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, a rozprawę doktorską o unerwieniu zwieracza zewnętrznego cewki moczowej obronił rok później. Tytuł specjalisty urologa oraz tytuł Fellow of the European Board of Urology uzyskał w 2004 roku, habilitację – w 2007 roku, a tytuł profesora nauk medycznych – w 2011 roku. W 2016 roku otrzymał doktorat honoris causa Uniwersytetu Medycyny i Farmacji im. Carola Davila w Bukareszcie.

W latach 2015–2022 odbył dodatkowo szkolenie specjalizacyjne z onkologii klinicznej. Wypromował dziewięciu doktorów, był opiekunem pięciu przewodów habilitacyjnych i kierownikiem dziesięciu specjalizacji z urologii. Został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi i Medalem „Pro Patria”.

Współpraca międzynarodowa i praca redakcyjna

W latach 1995–1996 pracował w Klinice Urologii Uniwersytetu w Lund jako pierwszy Polak ze stypendium naukowym Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. Szkolił się następnie w Klinice Neurourologii University College London, w Nijmegen i w Sheffield. W 2007 roku uczestniczył w wymianie akademickiej między Europejskim a Amerykańskim Towarzystwem Urologicznym. Był profesorem wizytującym w szpitalu Pitié-Salpêtrière w Paryżu oraz w Hamburgu, Tbilisi, Taszkencie i Almaty.

Od 2007 roku pracuje w Komitecie Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. W latach 2009–2017 zasiadał w jego Komitecie Naukowym, a w latach 2006–2009 – w zarządzie Międzynarodowego Towarzystwa Trzymania Moczu i w jego komitetach edukacji oraz standaryzacji. Recenzuje prace dla czasopism międzynarodowych, między innymi „European Urology” i „Urologia Internationalis”, oraz zasiada w komitetach redakcyjnych „Neurourology and Urodynamics”, „Central European Journal of Urology” i „Archives of Medical Science”.

Urologia jest specjalnością, do której mężczyzna trafia najpóźniej i najrzadziej z własnej woli. Gabinet urologiczny jest miejscem, w którym różnica opisana w tym raporcie przestaje być wielkością statystyczną i staje się historią jednego człowieka. Dlatego raport o siedmiu latach napisał urolog.