

©Borgis

Paweł Goryński, *Dorota Cianciara

Sytuacja demograficzna i zdrowotna ludności Polski – wybrane elementy

Demographic situation and health status of the Polish population – selected aspects

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa
Kierownik Zakładu: dr hab. med. Dorota Cianciara

Słowa kluczowe

populacja, stan zdrowia, nierówności
w zdrowiu, czynniki ryzyka, Polska,
Unia Europejska

Keywords

population, health status, health
inequalities, risk factors, Poland,
European Union

Konflikt interesów**Conflict of interest**

Brak konfliktu interesów
None

Adres/address:

*Dorota Cianciara
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia
Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
tel. +48 (22) 560-11-50
dorota.cianciara@cmkp.edu.pl

Streszczenie

W opracowaniu przedstawiono niektóre aspekty sytuacji zdrowotnej ludności Polski w oparciu o dane pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego, międzynarodowych baz danych WHO i Eurostatu oraz opracowań własnych. Sytuacja demograficzna Polski ulega dynamicznym zmianom, gdyż z kraju obecnie o stosunkowo niewielkiej w porównaniu z innymi krajami UE liczbie osób starszych (powyżej 65. r.ż.) w 2050 roku będziemy siódmym z kolei krajem w UE o największej liczbie osób starszych. Wynika to m.in. z malejącej dzietności i wydłużania życia. Ogólnie, sytuacja zdrowotna ludności Polski na tle innych krajów UE kształtuje się poniżej średniej dla całej UE i mieści się w obrębie dawnych krajów tzw. obozu socjalistycznego, lecz lepiej niż w Rumunii, Bułgarii i na Węgrzech, a także lepiej niż w krajach byłego ZSRR. Przewidywana długość życia mężczyzn i kobiet różni się znacznie (ponad 8 lat w 2014 roku), podczas gdy różnica w latach życia w zdrowiu (HLY) wynosi jedynie 4 lata. Rozpowszechnienie czynników ryzyka w Polsce jest szczególnie niekorzystne w zakresie palenia tytoniu i otyłości. Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są najniższe w krajach Unii Europejskiej, poza Estonią.

Summary

The article shows some aspects of the health situation of the Polish population based on the data derived from the Central Statistical Office, international databases of the WHO and Eurostat, and on own calculations of public statistics data. Demographic situation in Poland is in process of dynamic changes – from relatively small share of elderly (over 65 years) compared with other EU countries now to 2050 when we will be a seventh in turn country in the EU with the highest number of elderly people. Observed changes are and will be as the result of the decline in the fertility of women and extending the life expectancy of the population. Generally, the Polish population health against the background of other EU countries is below the average for the EU as a whole and “old” EU countries. But Poland is in better position than so called former “socialist camp” countries like Romania, Bulgaria and Hungary as well as better than in the countries of the former Soviet Union. Life expectancy for men and women differ significantly (over 8 years in 2014), while the difference in healthy life years (HLY) is only 4 years.

WPROWADZENIE

Opracowanie to prezentuje stan zdrowia ludności Polski ze szczególnym uwzględnieniem porównań z krajami Unii Europejskiej (UE) oraz niektóre aspekty różnicowania stanu zdrowia wewnątrz naszego kraju. Zwrócono uwagę na społeczne nierówności w zdrowiu, które występują nie tylko w Polsce, ale również w wysokorozwiniętych krajach Europy. Przedstawiono także istotne czynniki ryzyka chorób przewlekłych, które wpływają na sytuację zdrowotną w rozwiniętych krajach Europy i świata.

Najlepszym narzędziem do dokonania porównań stanu zdrowia ludności w różnych krajach jest baza danych o wskaźnikach zdrowotnych w państwach regionu europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ), tworzona przez biuro kopenhaskie tej organizacji (Health for all database – HFA-DB) (1). Dane zawarte w tej bazie powstają w oparciu o surowe informacje (liczebności i współczynniki dla poszczególnych mierników zdrowia oraz czynników ryzyka) nadsyłane przez kraje członkowskie do Regionalnego Biura ŚOZ

w Kopenhadze. Wyliczenia współczynników rzeczywistych i standaryzowanych dokonywane są według tej samej metodyki, a dla celów standaryzacji stosowana jest przyjęta przez ŚOZ populacja europejska. Ta procedura daje gwarancję porównywalności danych. Dla zilustrowania sytuacji Polski na tle krajów UE wybrano dane dotyczące wszystkich 28 krajów UE i średnią dla Unii.

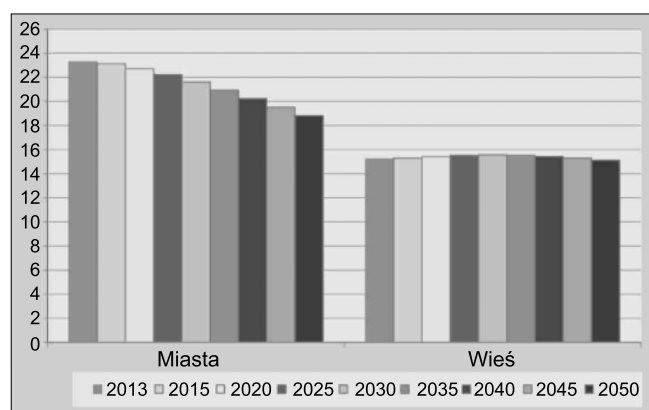
Część prezentowanych informacji i porównań przygotowano we własnym zakresie wykorzystując dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) pochodzące z rejestracji zgonów, a także z ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w Polsce w 2011 roku. Wykorzystano też dane z ostatniej opublikowanej przez GUS prognozy ludności Polski na rok 2050 (2).

Niektóre dane zaczerpnięto również z baz OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) i Eurostatu. Szersze rozwinięcie problemów poruszanych w tym opracowaniu znajduje się w zwartej publikacji książkowej (3).

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA

Pod koniec 2014 roku liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln i była o ok. 17 tysięcy mniejsza niż w roku poprzednim. Tendencja zmniejszania się liczby ludności utrzymuje się od 2004 roku. Według prognozy GUS liczba mieszkańców Polski będzie powoli zmniejszać się w kolejnych latach – o ile nie zajdą zasadnicze zmiany w dotychczasowych tendencjach procesu reprodukcji ludności.

Zmiany sytuacji demograficznej w liczbach bezwzględnych ilustruje rycina 1, z której wynika, że populacja miejska w Polsce zmaleje z 23 mln w 2013 roku do 19 mln w 2050 roku, a populacja wiejska będzie stale utrzymywać się na poziomie ok. 15 mln. Różnice w procesie demograficznym na wsi i w mieście wynikają m.in. z odmiennych zachowań prokreacyjnych i migracji ludności ze wsi do miast.

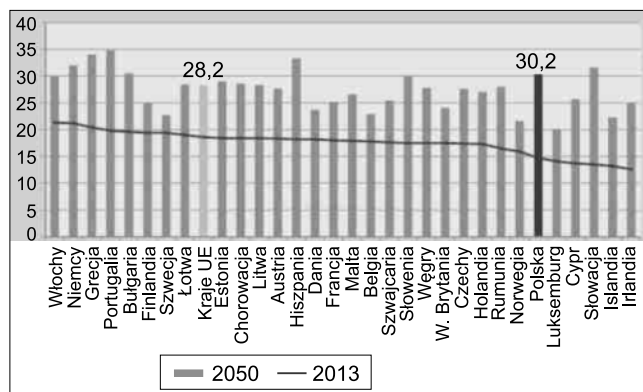


Ryc. 1. Prognoza liczby ludności miast i wsi do 2050 roku (w mln)
Źródło: GUS (2)

STRUKTURA WIEKU I PŁCI

Sytuacja demograficzna w Polsce ewoluuje, podobnie jak w innych krajach UE, w kierunku starzenia się populacji. Fakt ten ilustruje rycina 2, z której wynika, że w Polsce w 2050 roku odsetek osób w wieku 65 lat i więcej przekroczy 30%. W porównaniu z innymi kraja-

mi UE proces starzenia populacji polskiej będzie bardziej dynamiczny. Obecnie należymy do państw o stosunkowo małej liczbie osób starszych (tj. 65+), ale w 2050 roku tylko w pięciu państwach odsetek osób starszych będzie większy niż w Polsce.

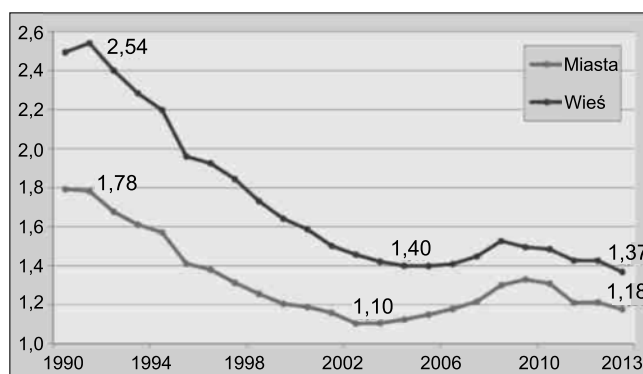


Ryc. 2. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem w latach 2013 i 2050
Źródło: GUS (2)

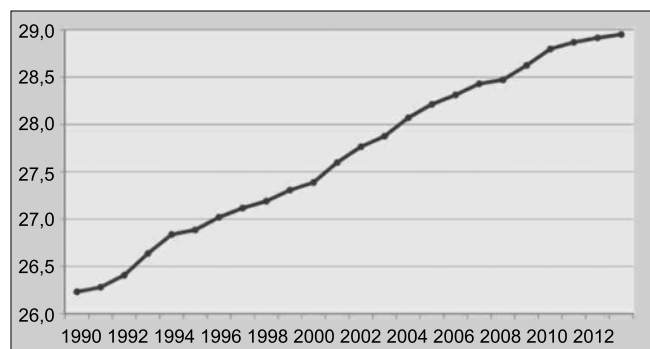
Obecna i przyszła sytuacja demograficzna jest wynikiem m.in. niskiej dzietności kobiet (ryc. 3). Na początku lat 90. XX wieku współczynnik dzietności wynosił 2,54 na wsiach i 1,78 w mieście, by po 2000 roku zmniejszyć się odpowiednio do 1,40 oraz 1,10. W 2004 roku po raz pierwszy odnotowano ujemny przyrost naturalny, czyli przewagę liczby zgonów nad liczbą żywych urodzeń. Obecnie nastąpiła niewielka poprawa tej sytuacji. Równocześnie z obniżeniem dzietności postępuje podwyższenie średniego wieku rodzących kobiet (ryc. 4). Zjawiska te wraz z wydłużeniem przeciętnego dalszego trwania życia (o czym będzie mowa w dalszej części opracowania) przyczynią się do zmiany kształtu piramidy ludności (ryc. 5). W dolnej części piramidy, czyli wśród osób w wieku do 40 lat (podzielonych na grupy 5-letnie), będzie następował ubytek liczby ludności. Zarazem w górnej części piramidy, w starszych grupach wieku, dojdzie do wzrostu liczby osób.

PRZECIĘTNE DALSZE TRWANIE ŻYCIA

Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia, czyli w wieku 0 lat, jest równe średniej długości



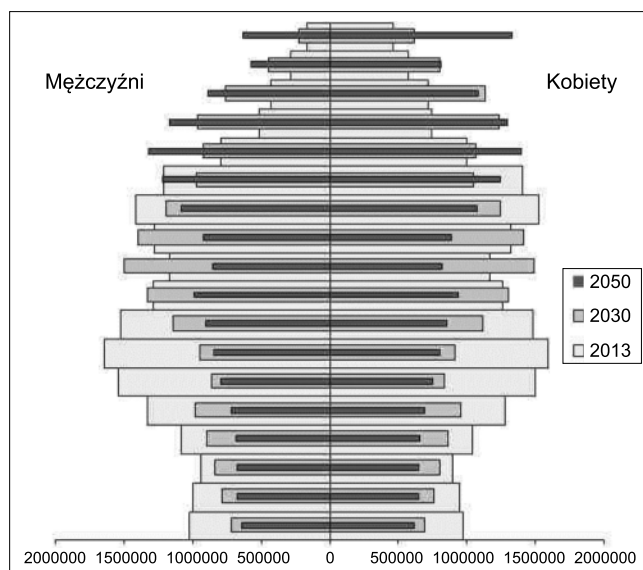
Ryc. 3. Współczynnik dzietności w miastach i na wsi w latach 1990-2013
Źródło: GUS (2)



Ryc. 4. Średni wiek kobiet rodzących w latach 1990-2012
Źródło: GUS (2)

życia w danej populacji. Jest wyliczane na podstawie danych o umieralności, w tym umieralności niemowląt, dla wieku 0 lat, a także dla kolejnych lat życia (np. 15, 30, 60, 65 lat) osobno dla mężczyzn i kobiet. Przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wielu 30-85 lat jest corocznie ogłaszane w Monitorze Polskim (4) i stanowi podstawę do wyliczania składek ubezpieczeniowych „na życie” i emerytur z ZUS-u.

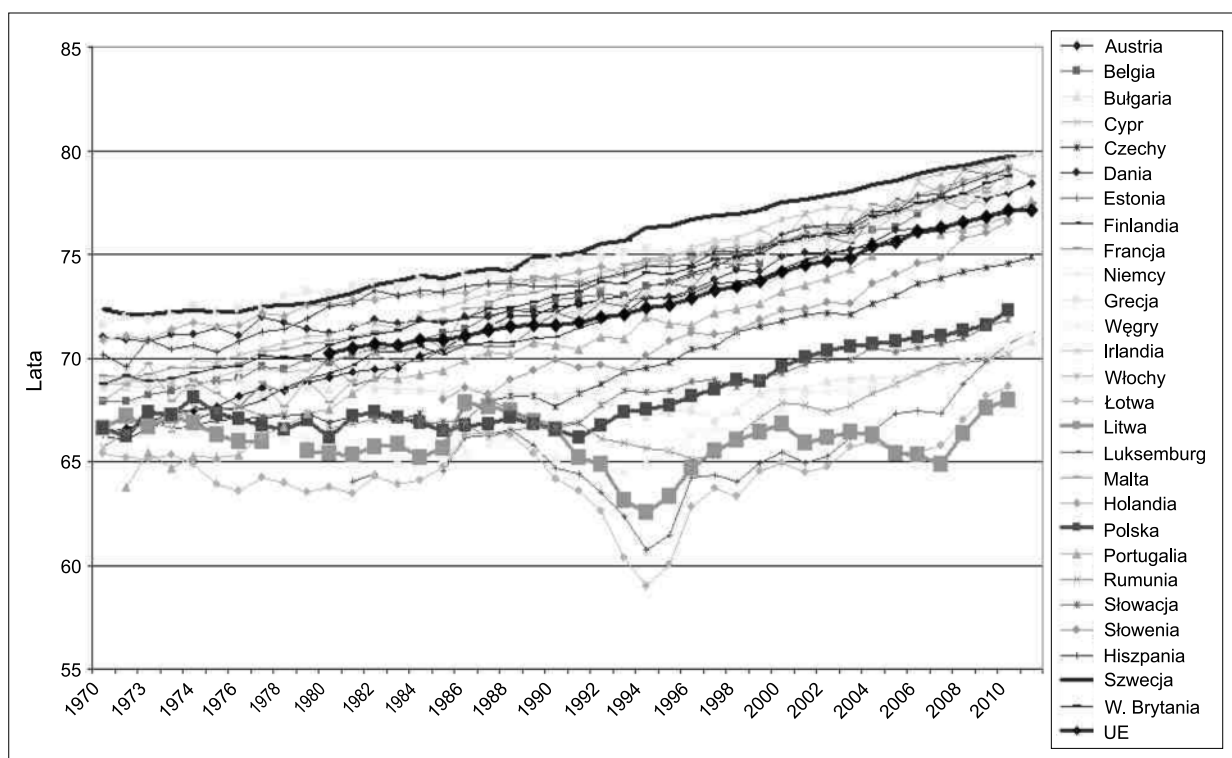
Przeciętne dalsze trwanie życia Polaków w latach 1970-2013 było krótsze niż średnia dla wszystkich krajów członkowskich tzw. starej UE (ryc. 6, 7). Warto zaznaczyć, że dopiero po okresie transformacji ustrojowej nastąpiło wydłużenie długości życia mężczyzn i kobiet w Polsce. Inna sytuacja miała miejsce w krajach obecnie należących do UE (Litwa, Łotwa, Estonia), a wcześniej będących częścią ZSRR, gdzie pod koniec lat 80. XX wieku i w trakcie transformacji doszło do skrócenia życia, zwłaszcza mężczyzn. Gwałtowne



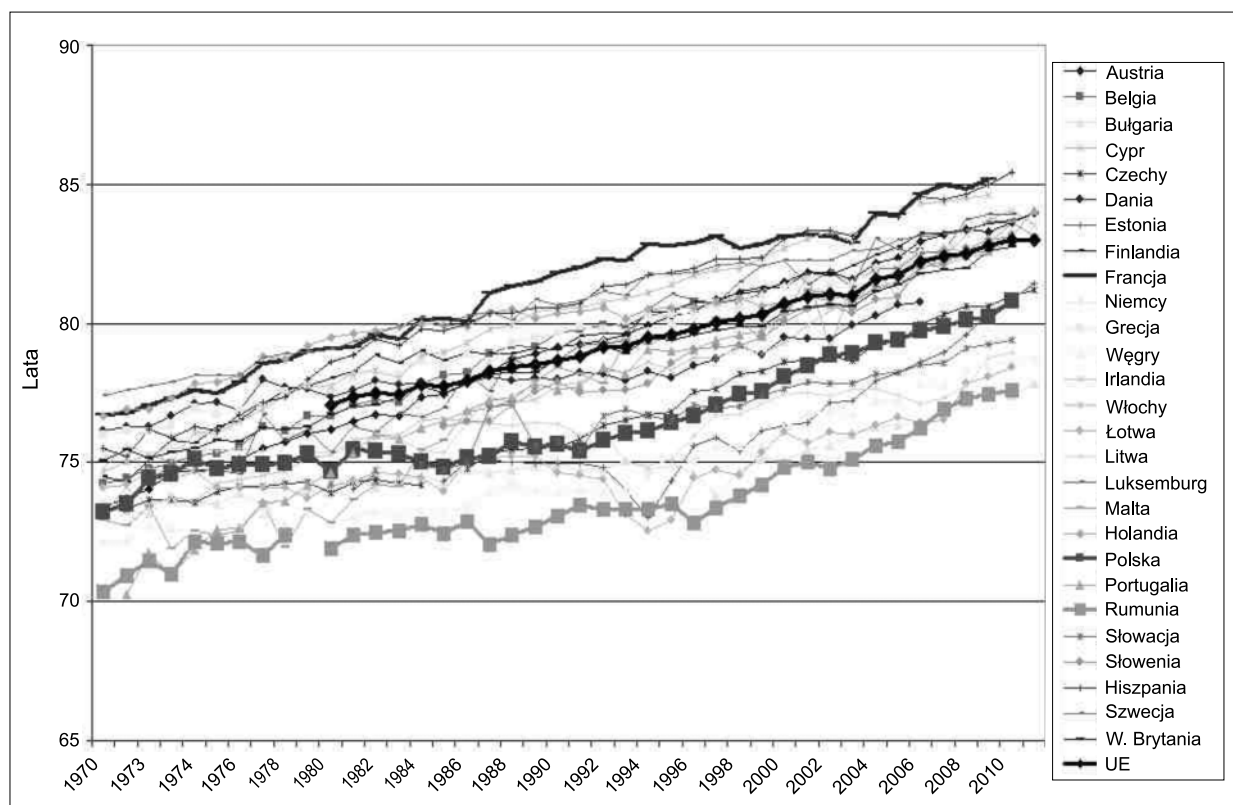
Ryc. 5. Ludność Polski według płci i wieku w 2013 roku oraz prognozowana na lata 2030 i 2050
Źródło: GUS. Opracowanie: B. Wojtyniak (praca niepublikowana)

pogorszenie sytuacji zdrowotnej w tych krajach tłumaczone jest m.in. alkoholizmem, samobójstwami i niekorzystnymi zachowaniami zdrowotnymi.

Należy dodać, że według danych GUS w 2014 roku oczekiwana długość życia mężczyzn wynosiła 73,8 roku, a kobiet 81,6 roku. W świetle obserwowanych tendencji można powiedzieć, że osiągnięcie długości życia mężczyzn w Polsce równej średniej unijnej jest możliwe za ponad 10 lat. Nieco mniejszy dystans do średniej unijnej obserwuje się u kobiet.



Ryc. 6. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w Polsce i krajach Unii Europejskiej w latach 1970-2013
Źródło: HFA-DB



Ryc. 7. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce i krajach Unii Europejskiej w latach 1970-2013
Źródło: HFA-DB

LATA ŻYCIA W ZDROWIU

Innym miernikiem zdrowia jest wprowadzony przez UE wskaźnik syntetyczny HLY (ang. *healthy life years*, lata życia w zdrowiu). Wartość tego wskaźnika jest liczona przez Eurostat w oparciu o wyniki badania ankietowego EU SILC (Statistics on Income and Living Conditions), prowadzonego corocznie w krajach członkowskich UE. Wyliczenia wskaźnika polegają na odjęciu od przeciętnego dalszego trwania życia liczby lat życia w niepełnosprawności (szacowanych przy wykorzystaniu wyników badania EU SILC). Mężczyźni w Polsce żyją w zdrowiu 59 lat, a kobiety 63 lata. Jest to znacznie mniej niż wynosi przeciętne dalsze trwanie życia. Ostatnich 15 lat życia mężczyzn i 19 lat życia kobiet nie są latami przeżyтыми w zdrowiu.

Międzynarodowe porównanie wartości wskaźnika HLY pokazuje, że dla mężczyzn w Polsce osiąga on jedną z niższych wartości wśród 28 krajów UE, podczas gdy dla kobiet mieści się mniej więcej w połowie grupy.

NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

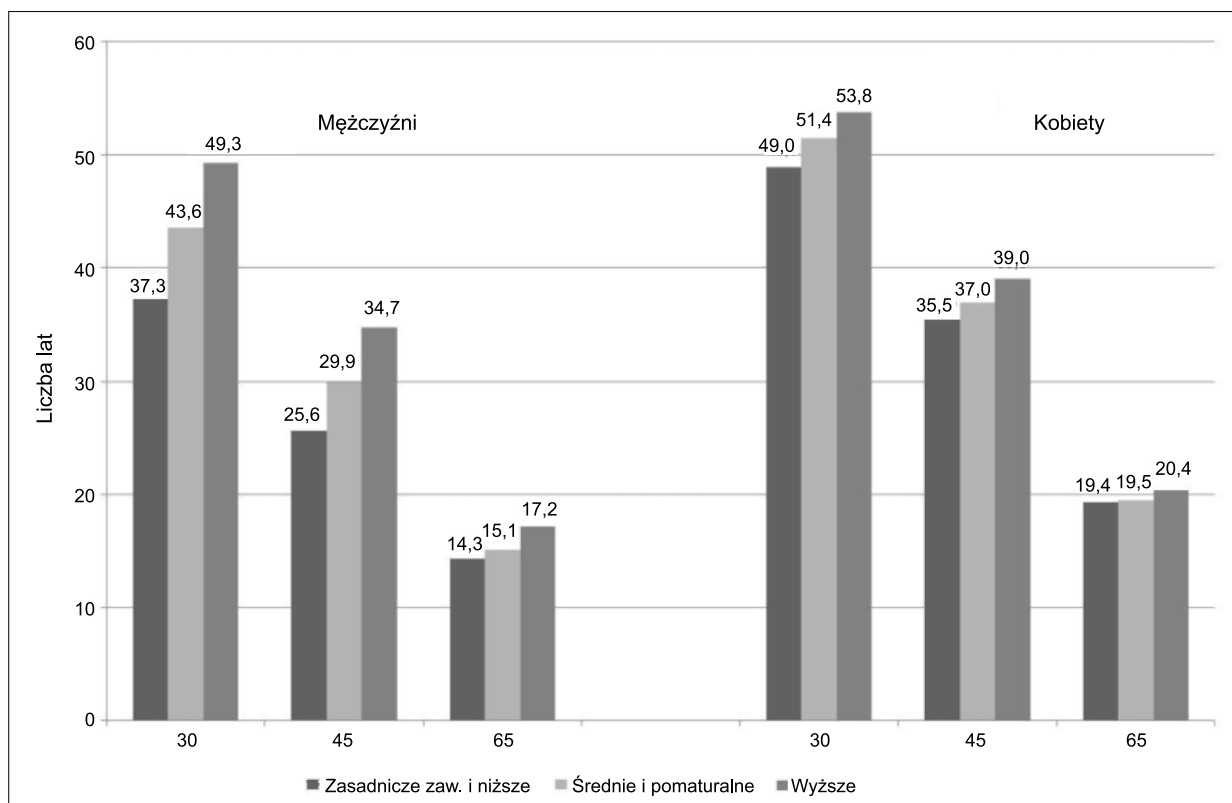
Nierówności w zdrowiu to zjawisko, które przejawia się zróżnicowaniem stanu zdrowia w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego (SSE) mierzonego zazwyczaj poziomem wykształcenia i dochodu. Uogólniając można powiedzieć, że osoby i grupy o niskim SSE są relatywnie gorszego zdrowia niż osoby/grupy o wysokim SSE. Obserwuje się również gradient zdrowia, czyli schodkowe zróżnicowanie zdrowia w po-

szczególnych grupach społecznych wyróżnionych według SSE. Istnienie takiego zjawiska wykazano wielokrotnie zarówno w skali międzypaństwowej, jak i w poszczególnych krajach. Na przykład z badania EU SILC wynika, że we wszystkich krajach UE odsetek osób przewlekle chorych jest większy w grupach gorzej sytuowanych niż w grupach z wyższymi dochodami.

W Polsce pierwsza pogłębiona analiza tego problemu została przedstawiona w 2012 roku (5). W warunkach polskich zróżnicowanie stanu zdrowia przedstawiano przeważnie w układzie terytorialno-administracyjnym, nieco rzadziej według wykształcenia lub zawodu. Obecnie do analiz nierówności zdrowia w Polsce podejmowane są próby zastosowania wskaźnika deprywacji. Istnienie zjawiska nierówności w zdrowiu w Polsce potwierdza wiele faktów, w tym to, że 25-letni mężczyźni z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym będą żyli (statystycznie) prawie 14 lat krócej niż ich rówieśnicy posiadający wykształcenie wyższe (ryc. 8) (6).

SAMOOCENA ZDROWIA

Obok omówionych wyżej obiektywnych mierników zdrowia opartych na „twardych” danych dotyczących umieralności, coraz częściej w ocenie zdrowia populacji stosowana jest ocena subiektywna. Pomimo że samoocena taka opiera się na różnych przesłankach, wartościach i standardach (7), to jednak wykazano też, że może być miernikiem obecnego i przyszłego stanu



Ryc. 8. Oczekiwana dalsza długość życia w wieku 25, 45 i 65 lat według płci i poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2010-2012
Źródło: B. Wojtyński (6)

zdrowia, czyli czasu życia, hospitalizacji, korzystania ze świadczeń ambulatoryjnych i zażywania leków, zwłaszcza wśród osób starszych (8, 9). Na przykład Mackenbach i wsp., w oparciu o wyniki dużego badania ciągłego w Holandii stwierdzili, że osoby oceniające stan swojego zdrowia jako zły umierały w ciągu 7 lat 3,98 raza częściej niż oceniające swoje zdrowie jako dobre (10). Wykorzystywanie samooceny zdrowia jako narzędzia do korygowania zachowań poszczególnych osób jest natomiast krytykowane z etycznego punktu widzenia (11).

Eurostat od 2004 roku gromadzi dane na temat samooceny zdrowia we wszystkich krajach członkowskich. Dane pozyskiwane są w badaniach ankietowych EU SILC, w których respondent ocenia stan swojego zdrowia na skali pięciostopniowej od „bardzo dobry” do „bardzo zły”. Jak widać z rycin 9 i 10, subiektywnie oceniany stan zdrowia Polaków i Polek jest gorszy od średniego stanu zdrowia mieszkańców krajów UE i to prawie we wszystkich grupach wiekowych. Równocześnie można dodać, że zarówno w Polsce, jak i w UE mężczyźni oceniają swoje zdrowie lepiej niż kobiety.

NAJWAŻNIEJSZE PRZYCZYNY ZGONÓW

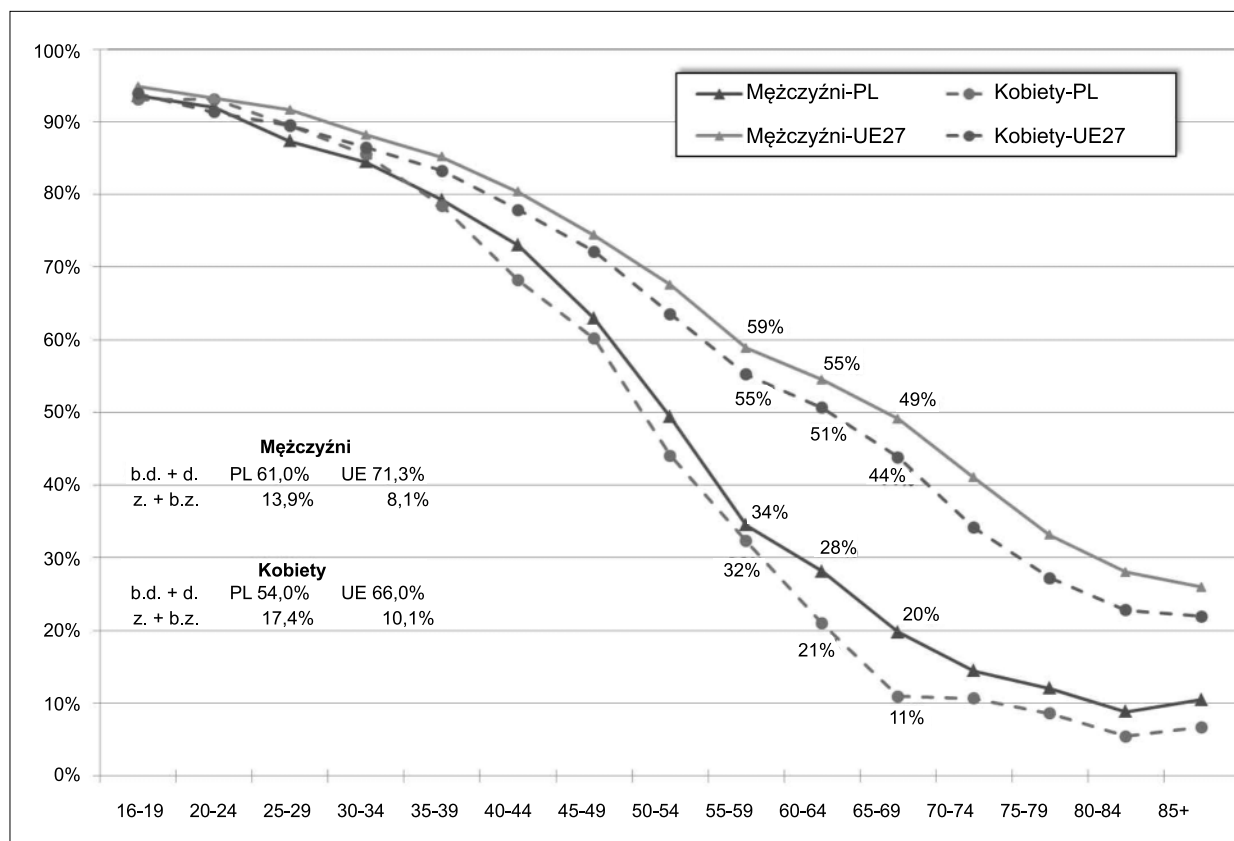
Struktura najważniejszych przyczyn zgonów w Polsce jest podobna do struktury w innych krajach UE oraz pozaeuropejskich krajach rozwiniętych. W krajach Afryki subsaharyjskiej i w niektórych krajach Azji w dalszym ciągu dominującą przyczyną zgonu są choroby zakaźne (około 50% wszystkich zgonów), takie jak: malaria, choroby biegunkowe oraz HIV i AIDS. W Pol-

sce – jak widać z ryciny 11 – główną przyczyną zgonu mężczyzn i kobiet są choroby układu krążenia (odpowiednio: ok. 41 i 52%). Drugą co do wielkości przyczyną zgonu są nowotwory (odpowiednio: 26 i 23%), a trzecią – przyczyny zewnętrzne, czyli urazy i zatrucia. Przyczyny zewnętrzne są odpowiedzialne za 9% zgonów mężczyzn i 3% zgonów kobiet. Należy podkreślić, że podane liczby odnoszą się do całej populacji. Jeśli wziąć pod uwagę tylko osoby w wieku 5-44 lata, to pierwszą przyczyną zgonu w tej grupie, zwłaszcza wśród mężczyzn, są przyczyny zewnętrzne (V01-Y98).

CZYNNIKI RYZYKA CHOROÓB

W krajach rozwiniętych odnotowuje się redukcję występowania tradycyjnych czynników ryzyka chorób (zwłaszcza zakaźnych), takich jak: niedożywienie, brak higieny, zanieczyszczenie wody do spożycia i zanieczyszczenie powietrza w mieszkaniach. Zarazem dochodzi do rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób niezakaźnych, przewlekłych, takich jak: palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, nadwaga i otyłość, zanieczyszczenie powietrza w miastach, bezpieczeństwo w miejscu pracy oraz na drogach. Można tu dodać jeszcze tzw. pośredniczące czynniki ryzyka: wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu oraz glukozy, które przeważnie wymagają interwencji medycznej.

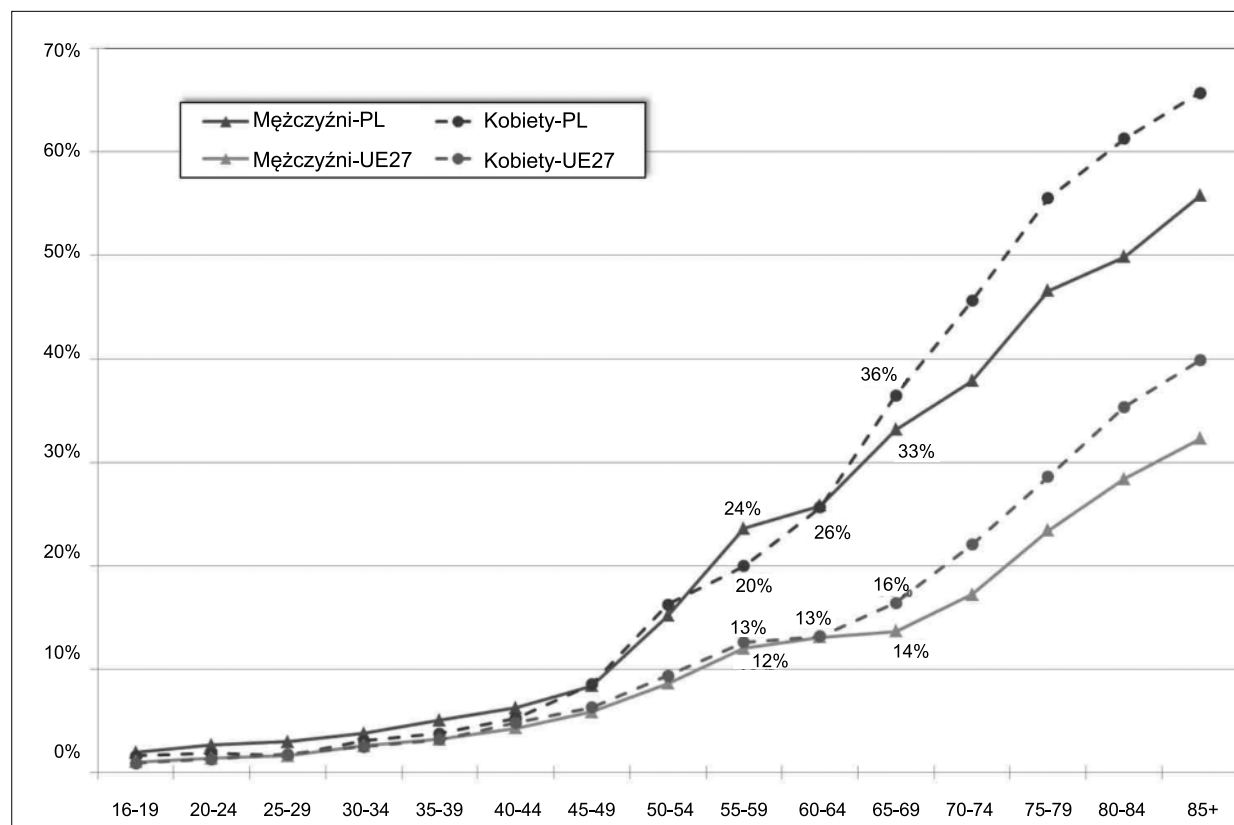
W Polsce, w przeciwieństwie do wielu krajów, bardzo mało uwagi poświęca się redukcji czynników ryzyka wynikających z warunków społeczno-ekonomicznych, a także tzw. populacyjnej strategii prewencji.



Ryc. 9. Odsetek mężczyzn i kobiet oceniających stan swojego zdrowia jako bardzo dobry lub dobry według wieku w Polsce i przeciętny w krajach UE w latach 2009-2010

b.d. – bardzo dobry, d. – dobry, z. – zły, b.z. – bardzo zły

Źródło: Eurostat Database



Ryc. 10. Odsetek mężczyzn i kobiet oceniających stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły według wieku w Polsce i przeciętny w krajach UE w latach 2009-2010

Źródło: Eurostat Database

Na przykład w odniesieniu do chorób serca większy nacisk położono na strategię wysokiego ryzyka, czyli działania skierowane indywidualnie do osób zagrożonych chorobą lub jej skutkami, niż na strategię populacyjną, czyli np. wszechstronną poprawę żywienia. Zarazem wykazano, że skuteczność profilaktyki pierwotnej w warunkach klinicznych była niewielka (12). Ponadto wpływ postępowania terapeutycznego na zmniejszenie liczby zgonów z powodu choroby niedokrwiennej był w Polsce większy niż np. w Finlandii czy na Islandii. W Polsce leczenie zmniejszyło liczbę takich zgonów o ok. 37%, a ograniczenie czynników ryzyka, takich jak dieta i palenie, o ok. 54%. Dla porównania w Finlandii proporcje te wynosiły odpowiednio: 23-25 i 76% (13, 14). Między rokiem 2002 i 2011 odnotowano w populacji polskiej niewielki spadek poziomu cholesterolu całkowitego, ale aż w 85% można to wiązać z użyciem statyn (15).

ROZPOWSZECHNIENIE CZYNNIKÓW RYZYKA CHOROBY PRZEWLEKŁYCH

Dane dotyczące rozpowszechnienia najważniejszych wymienionych czynników ryzyka można pozyskać z baz danych ŚOZ i Eurostatu, a porównywalność ich zapewnia fakt, że są gromadzone we wszystkich krajach UE zgodnie z jednolitą metodyką badania EHIS (European Health Interview Survey). Pełne wyniki tego badania dla Polski publikuje GUS (16). Ostatnie badanie EHIS przeprowadzono w 2014 roku, a uzyskane dane będą wkrótce opublikowane.

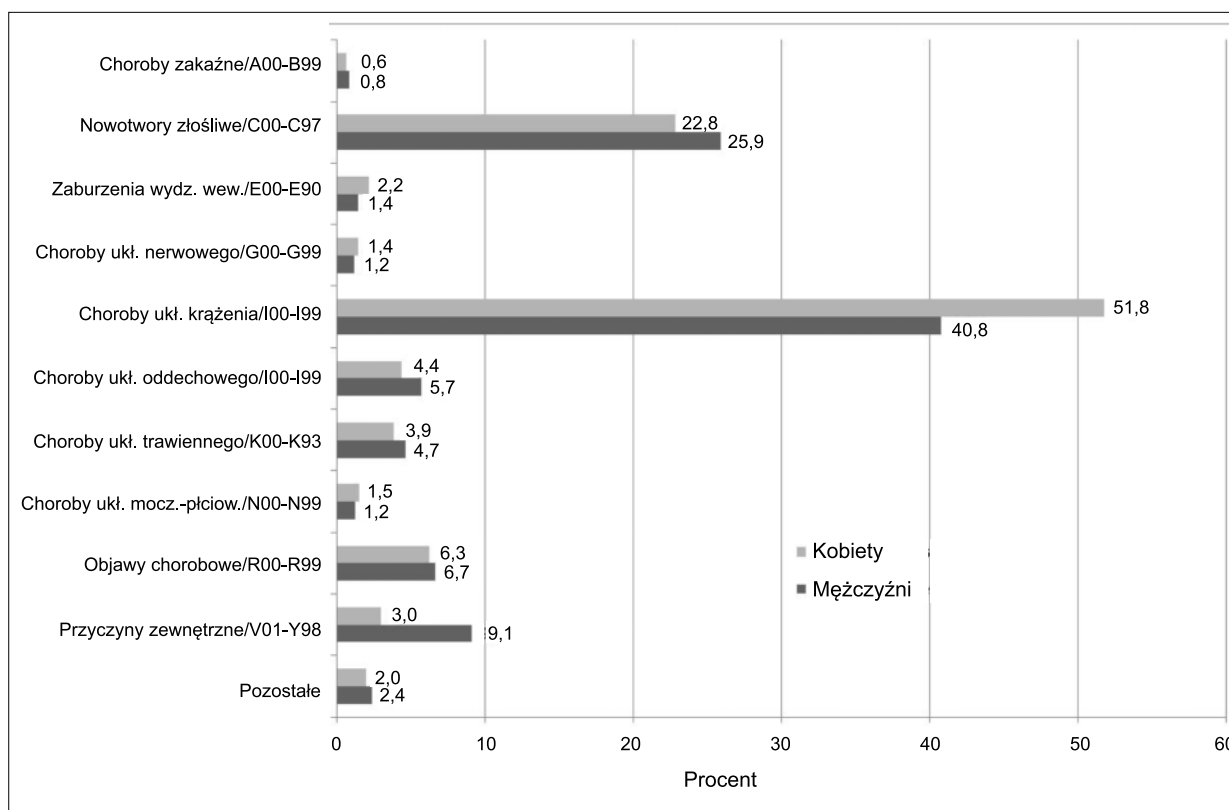
Polska należy do krajów o dużej liczbie osób palących tytoń (ryc. 12). Warto zaznaczyć, że w Szwecji odsetek palących jest najmniejszy w Europie, ale znaczna liczba osób zużyje tytoń. We wszystkich krajach UE, za wyjątkiem Szwecji i Danii, wśród palących więcej jest mężczyzn niż kobiet.

Według oficjalnych statystyk średnie spożycie alkoholu w Polsce wynosiło 10,1 litra czystego alkoholu przy średniej europejskiej 10,7 l (ryc. 13). Problemem jest picie mocnych alkoholi oraz wynikające z tego skutki społeczne. Należy dodać, że z powodu nielegalnego importu taniego alkoholu oficjalne statystyki są zaniżone o ok. 3-4 litry.

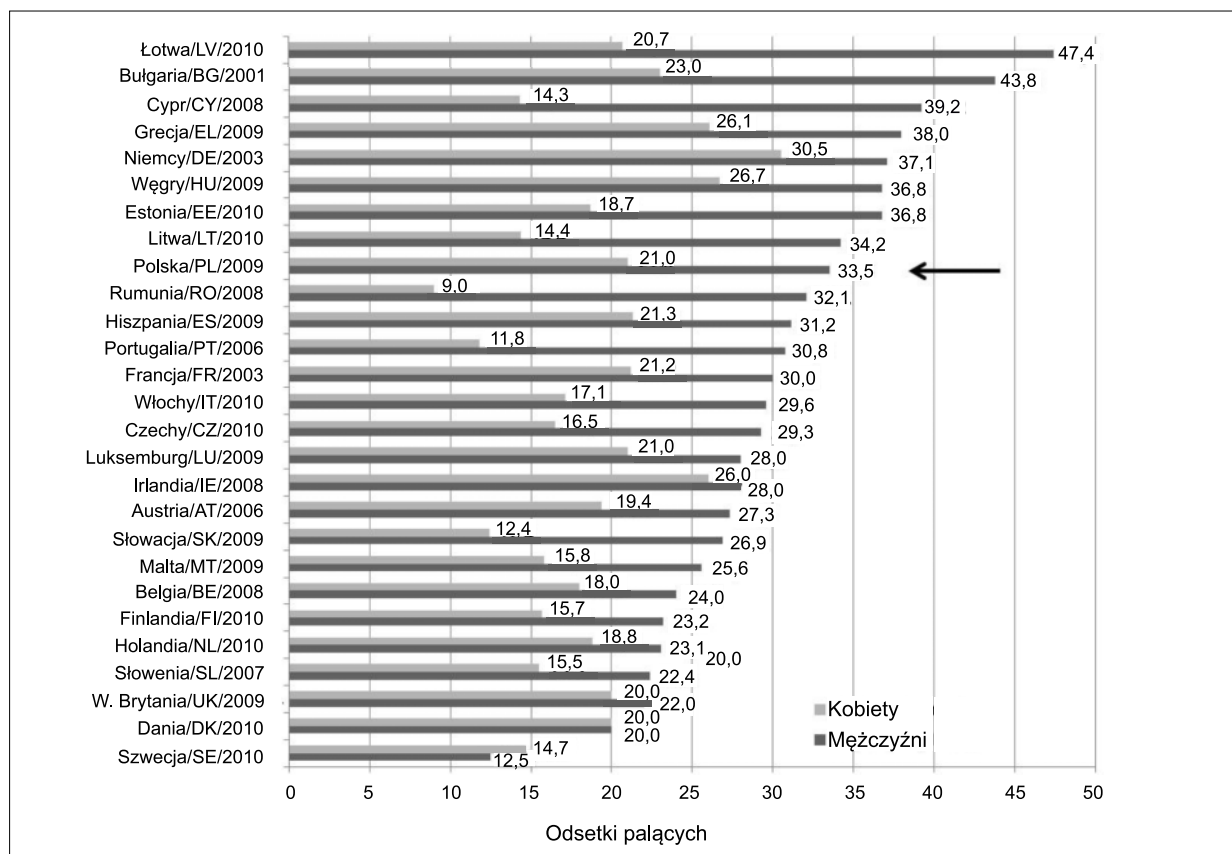
Według zaleceń ŚOZ zdrowe dorosłe osoby w wieku 18-65 lat powinny być umiarkowanie aktywne przez przynajmniej 30 minut przez 5 dni w tygodniu lub intensywnie aktywne przynajmniej 20 minut przez 3 dni. Dane z badania unijnego (Eurobarometr) przeprowadzonego w 2009 roku pokazują, że w Polsce 26% ludności podejmowało różne formy aktywności ruchowej i jest to wynik nieco poniżej średniej dla UE (ryc. 14). Sport uprawiało zaledwie 6% populacji. Polska plasuje się wśród krajów z dużą liczbą osób z nadwagą lub otyłością (61% mężczyzn i 44% kobiet) (ryc. 15).

NAKŁADY NA ZDROWIE

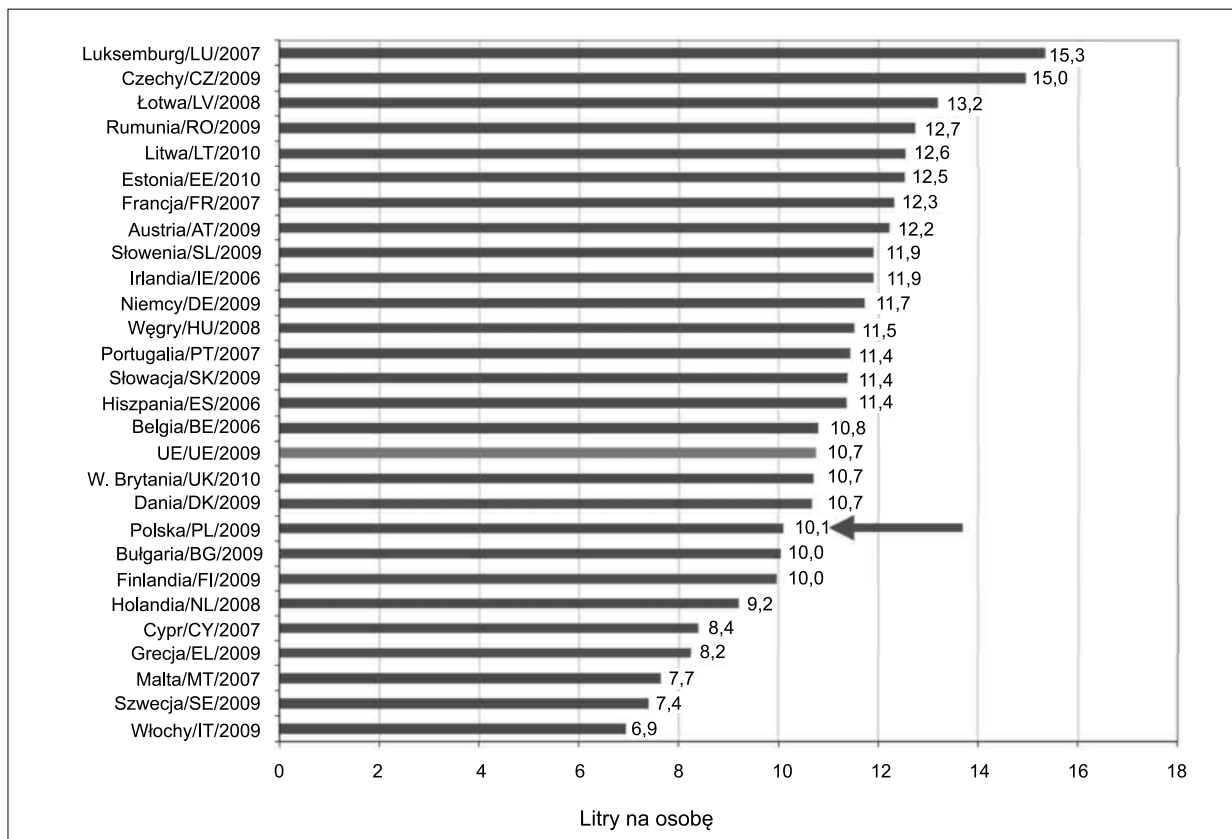
Do utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa potrzebne są zarówno świadczenia populacyjne (zdrowie publiczne), jak i indywidualne (medycyna naprawcza). Zdrowie publiczne powinno być finansowane ze środków



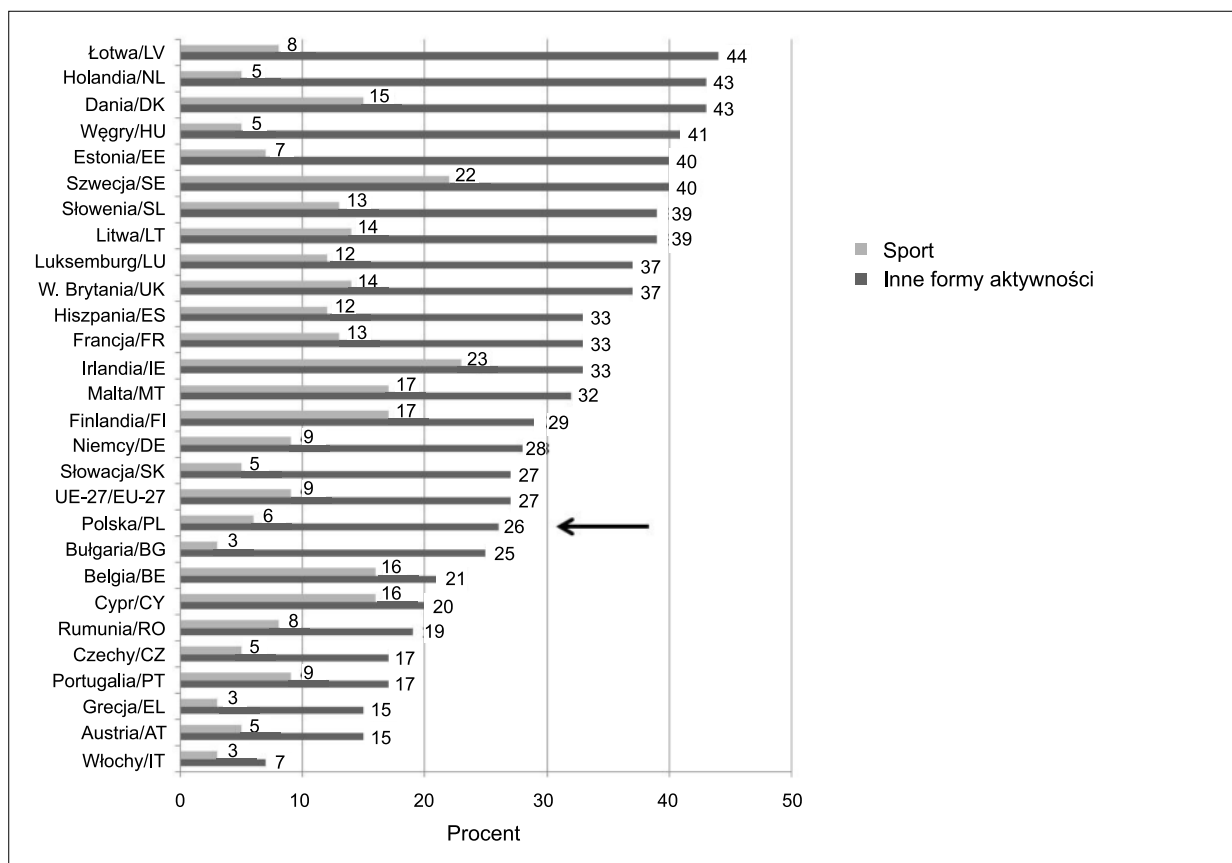
Ryc. 11. Procentowy udział zgonów z powodu głównych przyczyn w Polsce w 2012 roku
Źródło: B. Wojtyński i wsp. (3)



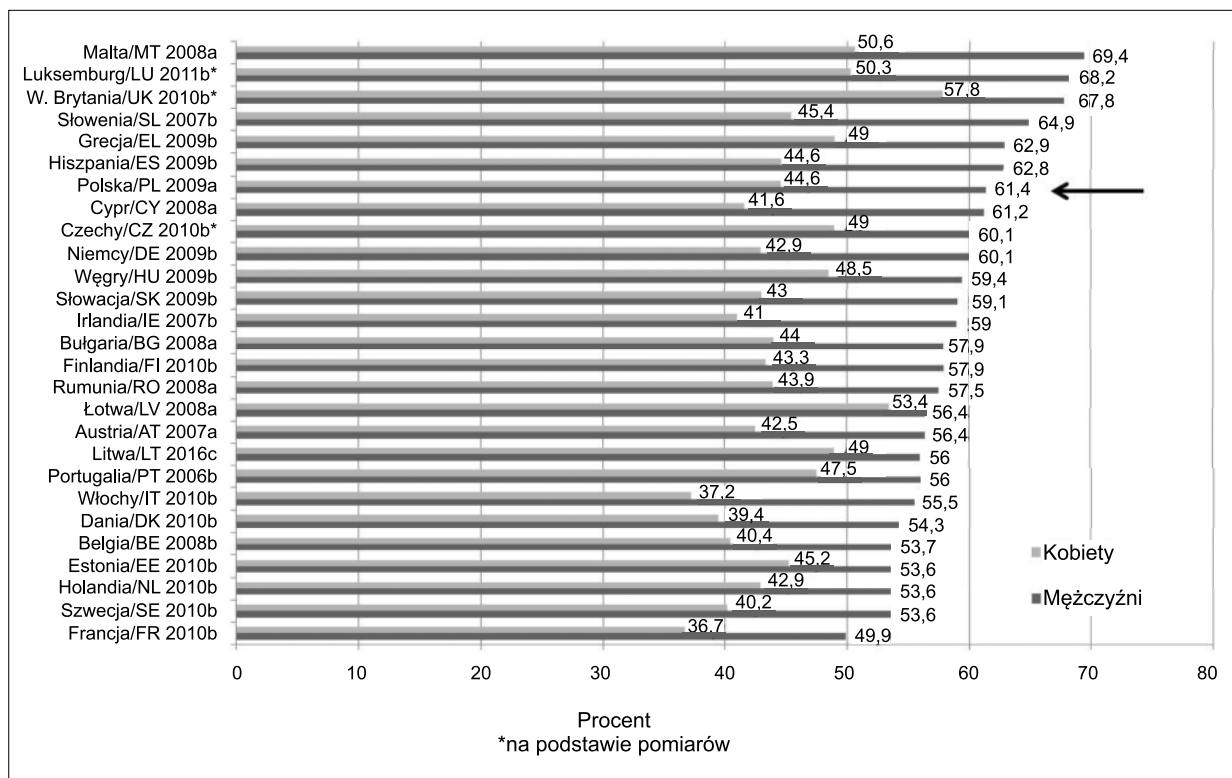
Ryc. 12. Odsetek osób powyżej 15. roku życia palących papierosy codziennie w krajach UE, ostatni dostępny rok
Źródło: HFA-DB



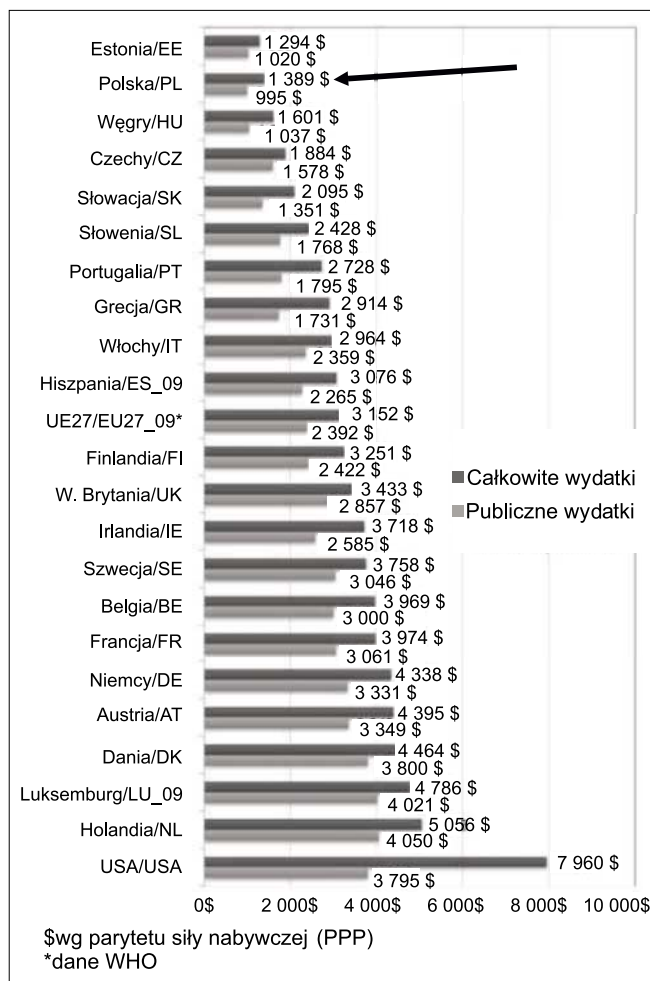
Ryc. 13. Konsumpcja alkoholu w krajach UE w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na jednego mieszkańca w wieku 15 lat i więcej, ostatni dostępny rok
Źródło: HFA-DB



Ryc. 14. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat regularnie uprawiających sport i podejmujących inne formy aktywności fizycznej w krajach UE w 2009 roku
Źródło: Eurobarometr



Ryc. 15. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat z otyłością lub nadwagą w krajach UE, ostatni dostępny rok
Źródło: Eurostat, OECD



Ryc. 16. Wydatki na zdrowie w krajach UE i w USA w 2009 roku. Według parytetu siły nabywczej US\$
Źródło: HFA-DB

ków publicznych, a medycyna naprawcza jest zazwyczaj finansowana zarówno ze środków publicznych, jak też (w pewnym zakresie) z prywatnych. Na rycinie 16 przedstawiono porównanie wydatków na zdrowie całkowitych (łącznie publicznych i prywatnych) oraz publicznych w krajach UE oraz w USA.

Polska należy do krajów o bardzo niskich całkowitych nakładach na zdrowie. Około 30% tych nakładów stanowią środki prywatne. Abstrahując od wysoce odmiennej sytuacji w USA, można powiedzieć, że w krajach wysokorozwiniętych (np. Szwecja, Holandia) udział środków prywatnych wynosi ok. 20%.

PODSUMOWANIE

1. Sytuacja demograficzna Polski ulega dynamicznym zmianom. W porównaniu z innymi krajami członkowskimi UE obecnie mamy stosunkowo niewiele osób starszych (powyżej 65. r.ż.), ale w 2050 roku będziemy jednym z siedmiu krajów o największej liczbie osób starszych.
2. Mężczyźni w Polsce żyją ok. sześciu lat krócej niż mężczyźni w krajach tzw. starej UE, a kobiety ok. trzech lat. Długość życia mieszkańców licznych krajów tzw. demokracji ludowej jest krótsza niż w Polsce.
3. Przewidywana długość życia mężczyzn i kobiet w Polsce różni się znacznie (ponad 8 lat w 2014 roku), podczas gdy różnica w latach życia w zdrowiu (HLY) wynosi jedynie 4 lata.
4. Rozpowszechnienie czynników ryzyka w Polsce jest szczególnie niekorzystne w zakresie palenia tytoniu i otyłości.
5. Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są najniższe w krajach Unii Europejskiej, poza Estonią.

PIŚMIENNICTWO

1. WHO: Regional Office for Europe: European Health for All database (HFA-DB); <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (dostęp z dnia: 23.11.2015 r.).
2. Główny Urząd Statystyczny: Prognoza ludności na lata 2014-2015. Warszawa 2014.
3. Wojtyński B, Goryński P, Moskalewicz B (red.): Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
4. Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn. Monitor Polski 2015, poz. 296.
5. WHO Regional Office for Europe: Społeczne nierówności w zdrowiu. WHO, Copenhagen 2012.
6. Wojtyński B: Sytuacja zdrowotna po 1989 r. i projekcja na przyszłość. Prezentacja na Kongresie Zdrowia Publicznego 2014, Warszawa 2014.
7. Mallinson S: Listening to respondents: a qualitative assessment of the Short-Form 36 HealthStatus Questionnaire. Social Science & Medicine 2002; 54: 11-21.
8. Wannamethee G, Shaper AG: Self-assessment of health status and mortality in middle-aged British men. Int J Epidemiol 1991; 20(1): 239-245.
9. Idler EL, Benyamini Y: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior 1997; 38(1): 21-37.
10. Mackenbach JP, Simon JG, Looman CWN, Joung IMA: Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? Int J Epidemiol 2002; 31(6): 1162-1168.
11. Bombak AE: Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective. Frontiers in Public Health 2013; 1: 15.
12. Pająk A, Szafraniec K, Janion M et al.: The impact of the Polish national Programme of Cardiovascular Disease Prevention on the quality of primary cardiovascular disease prevention in clinical practice. Kardiologia Polska 2010; 68(12): 1332-1340.
13. Bandosz P, O'Flaherty M, Drygas W et al.: Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study. BMJ 2012; 344:d8136.
14. Ford ES, Ajani UA, Croft JB et al.: Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med 2007; 356: 2388-2398.
15. Bandosz P, O'Flaherty M, Rutkowski M et al.: A victory for statins or a defeat for diet policies? Cholesterol falls in Poland in the past decade: A modeling study. Int J Cardiol 2015; 15(185): 313-319.
16. Główny Urząd Statystyczny: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Warszawa 2011.