

Ireneusz Kuropka

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

CZY BĘDZIEMY ŻYĆ DŁUŻEJ? – WYBRANE PRZESŁANKI ZMIAN DŁUGOŚCI ŻYCIA POLAKÓW

Streszczenie: Według prognoz GUS długość życia Polaków w nadchodzących latach będzie się systematycznie zwiększać. Celem artykułu jest odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu te przewidywania są uzasadnione. Realizując zamierzony cel, przedstawiono zmiany przeciętnego dalszego trwania życia w Polsce oraz poddano analizie dystans dzielący w tej dziedzinie Polskę od wybranych krajów europejskich. Główną przyczyną krótszego życia Polaków niż mieszkańców wybranych krajów jest znacznie większe natężenie zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych. Szansą wzrostu długości życia Polaków jest więc obniżenie umieralności wywołanej tymi chorobami.

Słowa kluczowe: długość życia, prognozy, przyczyny zgonów, umieralność.

1. Wstęp

Reprodukcja ludności opisywana jest przez relację między procesami urodzeń i zgonów. Zmiany tych procesów na przestrzeni wieków przedstawia teoria przejścia demograficznego, która opisuje przeobrażenia zjawisk ludnościowych od reprodukcji tradycyjnej do nowoczesnej. Powodem tych przeobrażeń była modernizacja społeczeństwa, która nastąpiła jako „integralny proces transformacji w czterech sferach: techniczno-ekonomicznej, społeczno-kulturowej, politycznej i osobowościowej”¹.

Zgodnie z teorią przejścia w ostatniej fazie zmian, której wiele krajów już doświadczyło, natężenie urodzeń i zgonów stabilizuje się. Jednak w ostatnich latach w większości tych krajów obserwowano zmiany polegające na dalszym spadku zarówno płodności, jak i umieralności. Malejąca umieralność jest powszechnie akceptowana, naturalne jest bowiem pragnienie, aby żyć długo. W niezbyt odległej historii Polski były już jednak okresy, gdy natężenie zgonów nie tylko nie malało, ale nawet zwiększało się. Sytuacja taka zaistniała w latach 60., 70. i 80. XX wieku i dotyczyła głównie mężczyzn będących w wieku produkcyjnym². Dopiero w czasie

¹ M. Okólski, *Spojrzenie poza teorię przejścia*, [w:] M. Okólski (red.), *Teoria przejścia demograficznego*, PWE, Warszawa 1990, s. 30

² Zob. np. I. Kuropka, *Zgony*, [w:] M. Cieślak (red.), *Demografia. Metody analizy i prognozowania*, PWN, Warszawa 1992.

zmian społeczno-gospodarczych nastąpiła znacząca poprawa w zakresie umieralności i tym samym zaczął się systematyczny wzrost długości życia Polaków. Wzrosła tym samym liczba osób w starszym wieku. W 1991 r. w Polsce żyło 3832,7 tys. osób w wieku 65 lat i więcej, natomiast w 2008 r. było ich już 5146,3 tys. Zwiększyła się więc liczebność populacji emerytów i tym samym, przy małej liczbie osób w młodszym wieku, zwiększyło się znacznie obciążenie systemu emerytalnego wypłacanymi świadczeniami. Paradoksalnie więc pozytywne zmiany długości życia mieszkańców kraju stanowią zagrożenie dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, do którego budżet państwa dopłaca obecnie ponad 30 mld zł. Według prognoz GUS przeciętne dalsze trwanie życia Polaków będzie w kolejnych latach systematycznie rosło i w 2035 r. wyniesie: dla kobiet 82,9 i 77,1 roku dla mężczyzn. Wzrośnie tym samym liczba osób w wieku poprodukcyjnym z 6,1 do 9,6 mln osób. Szacunki ZUS pokazują, że (przy utrzymaniu obecnych zasad funkcjonowania systemu emerytalnego) dopłaty z budżetu do FUS będą musiały być coraz większe³.

Pojawia się więc pytanie, czy te przewidywane zagrożenia wynikające z korzystnych zmian długości życia są uzasadnione. Czy przesłanki wynikające z zmian umieralności potwierdzają słuszność hipotezy o coraz dłuższym życiu Polaków? Niżej tekst jest próbą odpowiedzi na te pytania.

2. Długość życia w Polsce w latach 1991-2008

Jak wcześniej wspomniano, okres zmian społeczno-gospodarczych i transformacji ustrojowej jest czasem znacznego spadku umieralności w naszym kraju. Dokładniej datę tę wyznacza rok 1991. W tym roku przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 65,9 roku, a w 2008 r. 71,3 roku. W podanym okresie odnotowano więc przyrost o 5,4 roku. W zbiorowości kobiet natomiast długość życia wzrosła z 75,1 roku do 80 lat, czyli przyrost wyniósł 4,9 roku. Porównanie tych wielkości pokazuje, że większe zyski w obniżaniu umieralności w latach 1991-2008 były udziałem mężczyzn niż kobiet. Jednak w dalszym ciągu długość życia kobiet znacznie przekraczała długość życia mężczyzn. W 1991 r. różnica ta wynosiła ponad 9 lat i po 18 latach zmniejszyła się tylko do 8,7 roku.

Porównanie przyrostów długości życia dla wybranych roczników wieku (tab. 1) pokazuje, że wspomniane „większe zyski” były osiągnięte przez mężczyzn w latach 90. ubiegłego wieku i dotyczyły zwłaszcza młodszej części zbiorowości. W pierwszych latach XXI wieku długość życia wzrosła w większym stopniu w zbiorowości kobiet niż mężczyzn.

Średnie tempo zmian (tab. 2) pokazują, że przeobrażenia systemowe w Polsce przyniosły największe korzyści (w zwalczaniu umieralności) osobom najstarszym. Długość życia dzieci i młodzieży obojga płci zwiększała się przeciętnie o mniej niż 0,5% rocznie, podczas gdy dynamika przyrostów dla osób w wieku 75 lat przekraczała 1%.

³ L. Kostrzewski, P. Miączyński, *Staropolscy*, „Gazeta Wyborcza” 7.12.2009.

Tabela 1. Przyrost przeciętnego dalszego trwania życia dla wybranych roczników wieku według płci w Polsce w latach 1991-2000 i 2000-2008

	0	15	30	45	60	75
Lata	Mężczyźni					
1991-2000	3,86	3,00	2,72	2,28	1,60	1,15
2000-2008	1,52	1,30	1,27	1,15	1,17	0,65
Lata	Kobiety					
1991-2000	2,94	2,20	2,13	1,91	1,73	1,09
2000-2008	1,96	1,77	1,75	1,66	1,58	1,18

Źródło: obliczenia własne na podstawie Rocznika Demograficznego z 1992 i 2008 r.

Tabela 2. Średnioroczne tempo wzrostu przeciętnego dalszego trwania życia dla wybranych roczników wieku według płci w Polsce w latach 1991-2008

0	15	30	45	60	75
Mężczyźni					
100,46	100,46	100,58	100,74	100,99	101,29
Kobiety					
100,37	100,37	100,47	100,61	100,91	101,30

Źródło: obliczenia własne na podstawie Rocznika Demograficznego z 1992 i 2008 r.

Za najważniejsze przyczyny korzystnych zmian pod względem umieralności w Polsce od początku lat 90. XX wieku uważa się zmianę stylu życia, związaną z tym zmianę diety przejawiającą się między innymi w zwiększeniu spożycia tłuszczów roślinnych, kosztem zwierzęcych, i owoców, a także wzroście aktywności fizycznej, zmniejszeniu konsumpcji używek, wzroście poziomu wykształcenia, przyroście optymizmu i wzroście zadowolenia z życia⁴ oraz w realizacji programów polityki zdrowotnej państwa.

Najważniejszymi chorobami odpowiadającymi za zgony są choroby układu krążenia, nowotwory oraz przyczyny zewnętrzne. Zgony wywołane tymi chorobami stanowiły w 2008 r. ponad 75% wszystkich zgonów Polsce. Przy tym same choroby układu krążenia odpowiadały za ponad 45% zgonów. Wspomniane już zmiany zachowań pozytywnie wpłynęły na stan zdrowia Polaków, dzięki czemu zmniejszyło się natężenie zgonów wywołanych przez najgroźniejsze choroby. Zamieszczone w tabeli 3 standaryzowane współczynniki zgonów z powodu tych przyczyn poka-

⁴ Wskazują na to wyniki badań realizowanych przez zespół pod kierunkiem J. Czapińskiego w ramach „Diagnozy społecznej”, zob. *Diagnoza społeczna*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, Warszawa 2009.

Tabela 3. Standaryzowane współczynniki zgonów na 100 tys. ludności z powodu najważniejszych przyczyn w wybranych latach okresu 1990-2008

Wyszczególnienie	1990	1995	2000	2005	2008*
Choroby układu krążenia	604,3	545,6	458,5	392,5	363,9
Nowotwory	216,8	220,5	225,5	219,6	213,8
Zewnętrzne przyczyny	83,6	77,9	67,3	63,2	61,2

* dane wstępne.

Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2008-2009*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2009, s. 113.

zują, że w latach 1990-2008 w największym stopniu zmniejszyła się umieralność wywołwana chorobami układu krążenia. Średnioroczne tempo spadku współczynnika zgonów wynosiło 2,8%, co przy dużym udziale zgonów z tej przyczyny w ogólnej liczbie zgonów znacznie obniżyło natężenie zgonów w Polsce. Podobnie pozytywnie na ogólny poziom zjawiska wpłynęło ograniczenie intensywności zgonów wywołanych przyczynami zewnętrznymi. Średnioroczne tempo spadku standaryzowanego współczynnika zgonów z tych powodów wynosiło 1,2%, było więc znacznie mniejsze niż w przypadku chorób układu krążenia. Niestety, nie udało się ograniczyć wpływu chorób nowotworowych, natężenie zgonów z tego powodu w 2008 r. było niewiele niższe niż w 1990 r.

3. Porównania międzynarodowe

Mimo obserwowanego w ostatnich latach znacznego postępu w obniżaniu umieralności sytuacja w Polsce w tej dziedzinie ciągle jest znacznie gorsza niż w wielu innych krajach. Przeciętny Polak ma bowiem przed sobą życie nawet o 8-9 lat krótsze niż mieszkańcy najlepszych pod tym względem krajów. W porównaniu z mężczyznami lepsza jest sytuacja statystycznej Polki, która ma przed sobą tylko o 3-4 lata krótsze życie (tab. 4) niż mieszkanki krajów najlepszych pod tym względem.

Na świecie najdłuższym życiem cieszą się mieszkańcy krajów stosunkowo zaможnych⁵. W tych krajach zwykle zakres prowadzonej polityki prorodzinnej i świadczeń socjalnych jest znaczny. W Europie są to przede wszystkim mieszkańcy krajów północnej i zachodniej jej części. Krócej od nich żyją mieszkańcy części środkowej, a najgorzej przedstawia się sytuacja w krajach Europy Wschodniej. W 2007 r. najdłuższym życiem w Europie cieszyli się mieszkańcy Islandii (mężczyźni 79,6 roku,

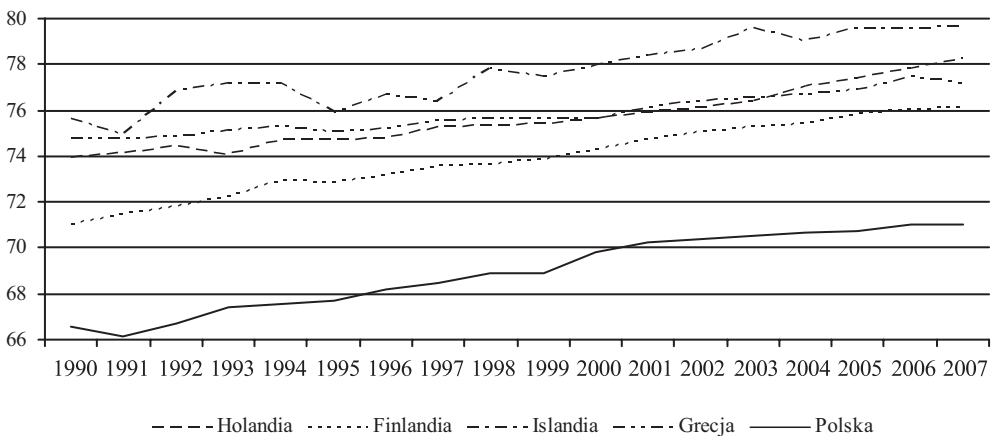
⁵ Analizę związków między poziomem rozwoju gospodarczego a długością życia zawiera np. praca: I. Kuropka, *Rozwój gospodarczy a długość życia*, [w:] I. Kuropka (red.), *Ekonomia a demografia*, PTE, Wrocław 2008.

Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka według płci w wybranych krajach europejskich w 2007 r.

Kraj	Mężczyźni	Kobiety
Austria	77,5	83,1
Czechy	73,8	80,2
Finlandia	76,0	83,1
Grecja	77,1	81,8
Holandia	78,1	82,5
Islandia	79,6	83,4
Norwegia	78,3	82,9
Polska	71,0	79,7
Rosja ^{a)}	60,5	73,3
Szwecja	79,0	83,1
Ukraina ^{a)}	62,3	73,8
Wielka Brytania ^{a)}	77,3	81,7

a) 2006 r.

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog>, za: *Trwanie życia w 2008 r.*, GUS, Warszawa 2009, s. 28.

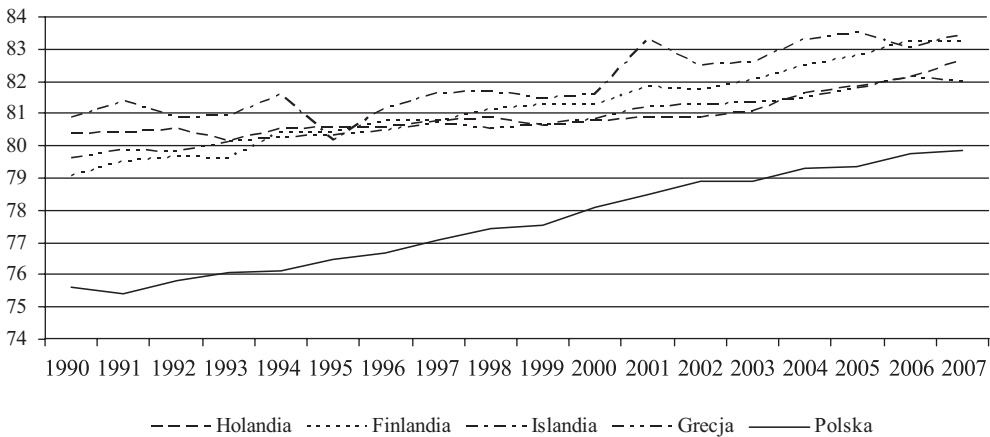


Rys. 1. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w wybranych krajach europejskich w latach 1990-2007

Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2009.

kobiety 83,4 roku), Norwegii (mężczyźni 78,3 roku, kobiety 82,9 roku), Szwecji (mężczyźni 78,9 roku, kobiety 83,1 roku). Natomiast najkrótsze życie mieli przed

sobą (w 2006 r.) mieszkańcy krajów powstałych po rozpadzie Związku Radzieckiego, np. w Rosji mężczyźni żyli przeciętnie 60,5 roku, a kobiety 73,3 roku, na Ukrainie mężczyźni 62,3 roku, a kobiety 73,8 roku.



Rys. 2. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej w wybranych krajach europejskich w latach 1990-2007

Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2009.

Długość życia jest cechą o charakterze stymulanty, tzn. pożądane jest występowanie dużych jej wartości. W takich przypadkach zazwyczaj kraj, w którym wartości badanej cechy są na niższym poziomie niż w innych, powinien zmniejszać dystans do najlepszych w miarę upływu czasu. Rysunki 1 i 2 pokazują jednak, że w rozważanym przypadku tak nie było.

Analiza porównawcza zmian, jakie nastąpiły w długości życia w Polsce i innych krajach Europy pokazuje, że podobne (a nawet większe) korzyści jak w naszym kraju w rozważanym okresie odnotowano również w tych krajach, których mieszkańcy żyją znacznie dłużej niż Polacy. Tak było w latach 1990-2007 na przykład w Finlandii, gdzie przeciętna długość życia noworodka płci męskiej wzrosła o 5 lat, podczas gdy w Polsce o ok. 4,5 roku, a przyrost przeciętnej długości życia noworodka płci żeńskiej w obu krajach wyniósł ok. 4 lat.

W wielu krajach europejskich, w tym w wybranych do porównania (dla których dane pokazano na rysunkach) takie wartości przeciętnego dalszego trwania życia noworodka jak w Polsce w 2008 r. (71,3 r. dla mężczyzn i 80 lat dla kobiet) zanotowano znacznie wcześniej (tab. 5).

Dla noworodków płci męskiej największy dystans (mierzony w latach) dzieli nasz kraj od Grecji i Szwecji. W tych krajach nowo narodzony mężczyzna miał przed sobą ponad 71 lat życia już w 1970 r. Od tego roku do 2007 wielkość ta zwiększyła

Tabela 5. Data wystąpienia przeciętnego dalszego trwania życia noworodka według płci w wybranych krajach europejskich, takiego jak w Polsce w 2008 r.

Kraj	Mężczyźni	Kobiety
Austria	1986	1994
Finlandia	1990	1993
Grecja	1970	1993
Holandia	1973	1985
Islandia	1974	1988
Norwegia	1971	1986
Szwecja	1970	1986
Wielka Brytania	1983	1999

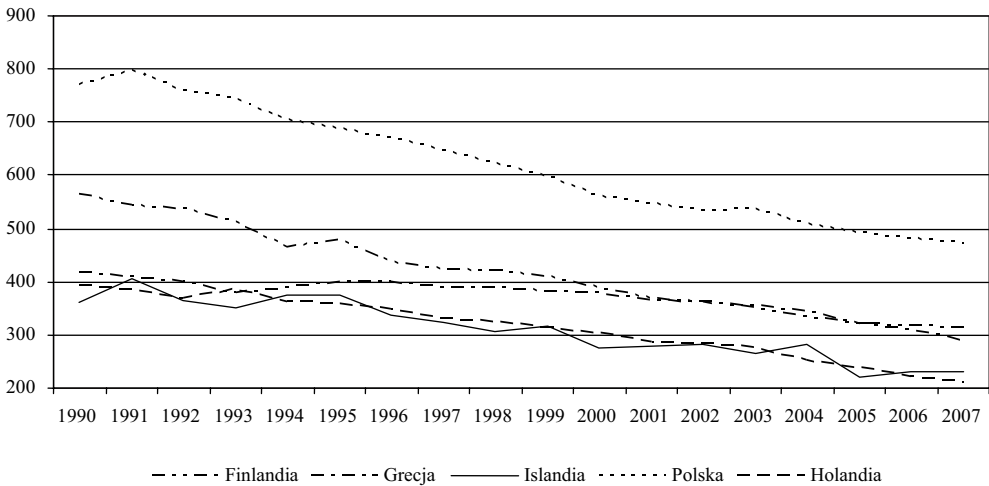
Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2009.

się w Szwecji o około 8 lat, a w Grecji o 6 lat. W Austrii podobny wzrost (6-letni) odnotowano w znacznie krótszym czasie – po 21 latach, a w Finlandii długość życia wzrosła o około 5 lat w ciągu 17 lat. Dane te pokazują, że postęp w zwalczaniu umieralności mężczyzn następował w różnych krajach z różną intensywnością. Mniejsze różnice obserwowane są wśród kobiet. W tych zbiorowościach przeciętne dalsze trwanie życia, takie jak w Polsce w 2008 r., czyli 80 lat, zanotowano 22-23 lata wcześniej w Holandii, Norwegii i Szwecji. Przez ten czas największy wzrost długości życia wystąpił w Szwecji i wyniósł ponad 3 lata. Przykłady Austrii i Finlandii pokazują, że taki przyrost był możliwy do uzyskania w krótszym czasie – 13-14 lat.

Główną przyczyną krótszego życia Polaków niż mieszkańców innych krajów jest większa umieralność. Dotyczy to przede wszystkim natężenia zgonów z powodu najgroźniejszych przyczyn: chorób układu krążenia, nowotworów oraz działania przyczyn zewnętrznych. Na rysunku 3 przedstawiona jest sytuacja w Polsce w tym zakresie na tle wybranych krajów europejskich. Punkty odniesienia dla naszego kraju stanowią: Islandia – kraj będący europejskim (światowym) liderem pod względem długości życia mieszkańców oraz trzy inne kraje europejskie: Finlandia, Grecja i Holandia. Różnią się one znacznie od siebie (i od Polski) poziomem zamożności, położeniem geograficznym oraz uwarunkowaniami kulturowymi.

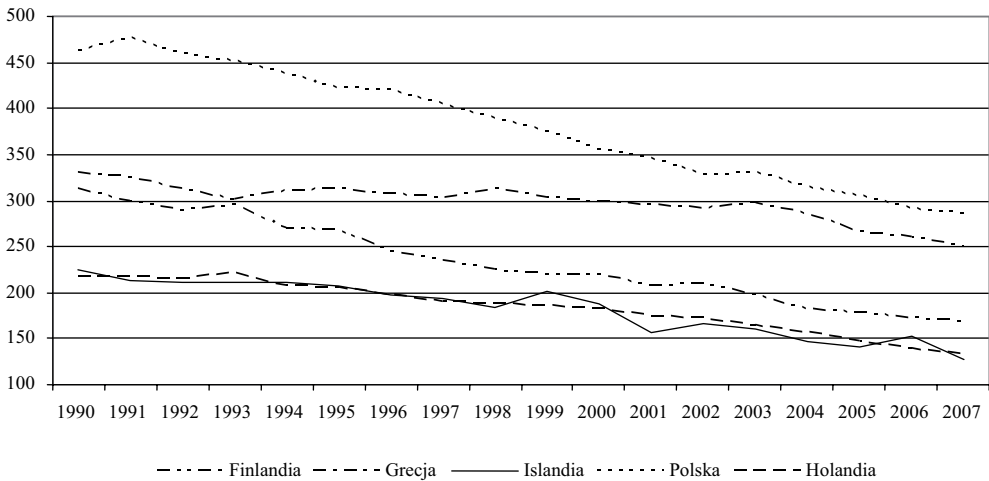
Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet w Polsce znacznie przekraczają wielkości notowane w wielu krajach europejskich (zob. rys. 3 i 4). Taka sytuacja utrzymuje się, jak widać, od wielu lat. Mimo systematycznego spadku natężenia zgonów wywołanych tymi chorobami wartości współczynników zgonów w Polsce są nawet ponad dwa razy większe w porównaniu z wartościami notowanymi w Holandii czy Islandii. Na uwagę zasługuje natomiast postęp, jaki w zwalczaniu chorób układu krążenia osiągnę-

nięto w rozważanym okresie w Finlandii, gdzie natężenie zgonów z tego powodu, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, znacznie spadło.



Rys. 3. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu chorób układu krążenia w latach 1990-2007 w wybranych krajach (na 100 tys.)

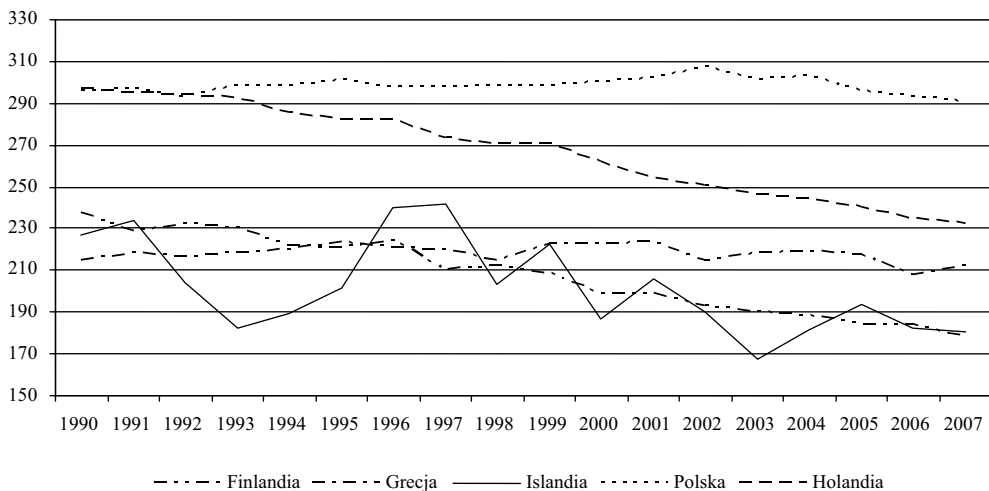
Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2008.



Rys. 4. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu chorób układu krążenia w latach 1990-2007 w wybranych krajach (na 100 tys.)

Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2008.

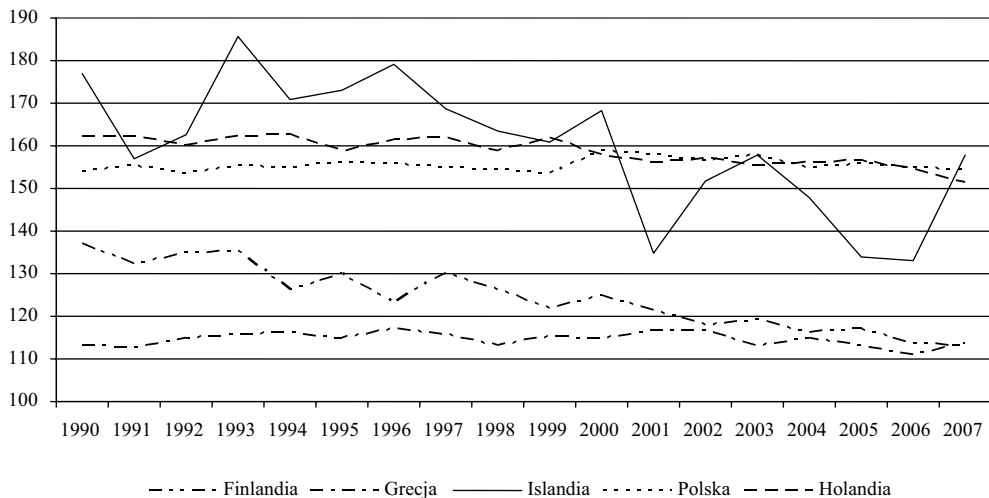
W przypadku nowotworów złośliwych dystans dzielący Polskę od europejskich krajów o najmniejszym natężeniu zgonów z ich powodu nie jest tak duży jak przy chorobach układu krążenia. W większości krajów, dla których dane pokazano na rysunkach 5 i 6, widoczna jest jednak malejąca tendencja natężenia zgonów (mimo widocznych wahań wartości współczynników), gdy tymczasem w Polsce sygnały takich zmian zauważyć można dopiero w ostatnich latach. Przy czym zmiany te są wyraźniejsze w zbiorowości mężczyzn niż kobiet. Dobrą ilustracją osiągnięć Polski w zwalczaniu umieralności z powodu nowotworów jest porównanie z Holandią. Wśród mężczyzn na początku lat 90. w obu krajach umieralność z powodu nowotworów była na takim samym poziomie, a później w Holandii systematycznie się zmniejszała, podczas gdy w Polsce wykazywała tendencję rosnącą. W przypadku kobiet to w Polsce na początku lat 90. sytuacja była korzystniejsza, ale w 2007 r. natężenie zgonów z powodu nowotworów było w naszym kraju większe niż w Holandii.



Rys. 5. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych w latach 1990-2007 w wybranych krajach (na 100 tys.)

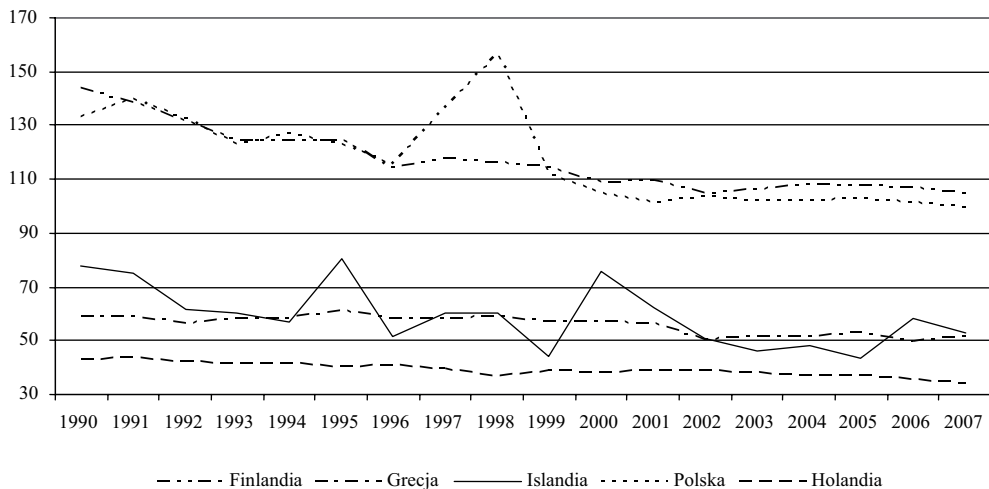
Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2008.

Trzecia z najważniejszych grup przyczyn zgonów – przyczyny zewnętrzne również charakteryzują się większym natężeniem zgonów w Polsce niż w innych krajach. Na przykład w Grecji umieralność z tych przyczyn była dwukrotnie niższa niż w Polsce. Są jednak też kraje, np. Finlandia, gdzie sytuacja kształtowała się podobnie w przypadku mężczyzn (rys. 7) lub nawet gorzej niż w naszym kraju w przypadku kobiet (rys. 8). Ogólnie można stwierdzić, że natężenie zgonów kobiet



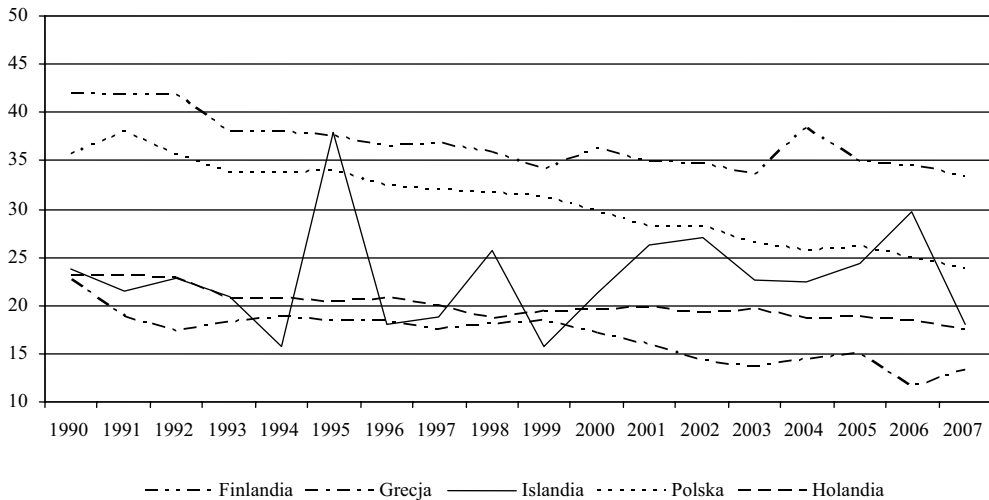
Rys. 6. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych w latach 1990-2007 w wybranych krajach (na 100 tys.)

Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2008.



Rys. 7. Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu przyczyn zewnętrznych w latach 1990-2007 w wybranych krajach (na 100 tys.)

Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2008.



Rys. 8. Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu przyczyn zewnętrznych w latach 1990-2007 w wybranych krajach (na 100 tys.)

Źródło: *European health for all database*, World Health Organization, Regional Office for Europe, August 2008.

powodowanych przyczynami zewnętrznymi w Polsce jest najbardziej zbliżone do poziomu obserwowanego w innych krajach europejskich.

4. Uwagi końcowe

Przedstawiona analiza porównawcza zmian przeciętnego dalszego trwania życia według płci oraz najważniejszych przyczyn zgonów w Polsce i w wybranych krajach europejskich wskazuje na możliwość istotnego wydłużenia życia Polaków. Zmiany te wymagają jednak znacznego obniżenia umieralności powodowanej przez choroby układu krążenia, czyli te, które wywołują prawie połowę zgonów w naszym kraju. Przykłady innych państw, ze współczynnikami zgonów dwukrotnie mniejszymi, pokazują, że jest to możliwe. Można na tej podstawie wnioskować, że obserwowane korzystne tendencje zmian długości życia w Polsce utrzymają się w przyszłości. Do podobnych wniosków skłania porównanie natężenia zgonów mężczyzn z powodu nowotworów. Zwalczanie skutków najważniejszych chorób jest w bardzo dużym stopniu zdeterminowane stylem życia, a to jest właśnie ten czynnik, który najbardziej wpływa na stan zdrowia. Według Narodowego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2007-2015 zdrowie w aż 50% zależy od stylu życia, w 20% od środowiska fizycznego i społecznego (środowisko naturalne i stworzone przez człowieka warunki pracy), w kolejnych 20% od czynników genetycznych i w 10% od działań służby zdrowia. Zmianie stylu życia Polaków na pewno sprzyjać będzie wzrost po-

ziomu wykształcenia, determinujący świadomość obywateli w zakresie profilaktyki prozdrowotnej, a także wzrost poziomu życia, umożliwiający stosowanie właściwej diety.

Jest więc bardzo prawdopodobne, że w przyszłości długość życia Polaków będzie w dalszym ciągu się zwiększać. Według szacunków GUS⁶ dotyczących kobiet, nastąpi wzrost przeciętnego dalszego trwania życia z 80 lat w 2008 r. do 82,9 w 2035 r. Czyli w ciągu 27 lat długość życia statystycznej Polski wzrośnie o 2,9 roku. W Austrii i Finlandii taki wzrost odnotowano w ciągu 13-14 lat. Natomiast prognozy dla mężczyzn przewidują wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia o 5,8 roku w ciągu lat 2008-2035. O tyle wzrosła długość życia Austriaków w ciągu 21 lat. Porównanie tych wielkości pokazuje, że przewidywania GUS-u można uznać za wiarygodne. A to oznacza, że przytoczone na wstępie opinie o zagrożeniach dla FUS-u są w pełni uzasadnione.

Literatura

Diagnoza społeczna, J. Czapiński, T. Panek (red.), Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, Warszawa 2009.

Kostrzewski L., Miączyński P., *Staropolscy*, „Gazeta Wyborcza” 7.12.2009.

Kuroпка I., *Rozwój gospodarczy a długość życia*, [w:] I. Kuroпка (red.), *Ekonomia a demografia*, PTE, Wrocław 2008.

Kuroпка I., *Zgony*, [w:] M. Cieślak (red.), *Demografia. Metody analizy i prognozowania*, PWN, Warszawa 1992.

Okólski M., *Spojrzenie poza teorię przejścia*, [w:] M. Okólski (red.), *Teoria przejścia demograficznego*, PWE, Warszawa 1990.

Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009.

Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2008-2009, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2009.

WILL THE POLES LIFE EXPECTANCY INCREASE? – SELECTED FACTORS OF POLES LIFE EXPECTANCY GROWTH

Summary: In the next few years (incoming years) expectancy of life of Poles will grow systematically according to GUS (Central Office of Statistics) forecast. The purpose of this article is to answer the question to what extent these predictions are justified. In order to accomplish the purpose of this article the changes of life expectancy in Poland are presented as well as differences between Poland and selected European countries are analyzed. The main reason for shorter life of Poles in comparison with the inhabitants of selected European countries is higher death intensity due to circulatory system disease as well as malignant tumour. Mortality reduction caused by the above diseases certainly will be the opportunity for life expectancy growth in the future.

⁶ Zob. *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, GUS, Warszawa 2009.