

Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność

Demographic situation in Poland up to 2020
Death and mortality



Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność

Demographic situation in Poland up to 2020
Death and mortality

Opracowanie merytoryczne

Content-related works

Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych
Statistics Poland, Demographic Surveys Department

pod kierunkiem

supervised by

Dorota Szałtys

Zespół autorski

Editorial team

Część I Part I

Małgorzata Cierniak-Piotrowska, Agata Dąbrowska, Agata Franecka, Karina Stelmach

Część II Part II

Małgorzata Cierniak-Piotrowska, Agata Dąbrowska, Agata Franecka, Karina Stelmach

Część III Part II

Małgorzata Cierniak-Piotrowska, Remigiusz Zwoliński

Część IV Part II

Katarzyna Góral-Radziszewska, Kamil Waśkiewicz

Tłumaczenie

Translation

Departament Badań Demograficznych

Demographic Surveys Department

Skład i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Katarzyna Szymańska, Ewa Krawczyńska, Anna Bińkowska, Marek Bartosz, Paweł Luty, Robert Chmielewski

ISBN 978-83-66466-72-2

Publikacja dostępna na stronie

Publication available on website

stat.gov.pl

Przy publikowaniu danych GUS prosimy o podanie źródła

When publishing Statistics Poland data – please indicate the source



Zakład Wydawnictw
Statystycznych

00-925 WARSZAWA, Al. NIEPODLEGŁOŚCI 208

Informacje w sprawach sprzedaży publikacji – tel. (22) 608 32 10, 608 38 10

Zam. 229/2021/nakł. 270

Przedmowa

Publikacja pt. „Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność” to czwarta edycja tej pozycji wydana w serii „Analizy statystyczne”. Do 2017 r. informacje o rozwoju demograficznym Polski były prezentowane w różnych formach, tj. w postaci publikacji (w latach 2005–2017, w serii Informacje i opracowania statystyczne), a także corocznej notatki na konferencję prasową Głównego Urzędu Statystycznego lub okazjonalnego wydawnictwa.

Począwszy od 2018 r. ukazują się dwie publikacje roczne, tj.:

1. Dotychczasowe opracowanie pt. „Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym” – w serii „Informacje statystyczne”. Pozycja zawiera szczegółowe dane tabelaryczne o liczbie i strukturze ludności oraz ogólne dane o faktach ruchu naturalnego i migracji ludności w podziale terytorialnym za poprzedni rok. Całość jest uzupełniona syntetyczną analizą dotyczącą zmian w liczbie i strukturze ludności wraz z krótką informacją o zjawiskach demograficznych w danym roku. Od 2018 r. publikacja ta jest upowszechniana wyłącznie w wersji elektronicznej (na stronie internetowej GUS) najpóźniej w końcu kwietnia każdego roku.
2. Obecne opracowanie pt. „Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność”. Przyjęta formuła publikacji zakłada, że obok przedstawianych co roku informacji o rozwoju demograficznym Polski, pozycja ta – w kolejnych edycjach – będzie zawierała szeroki zakres informacji dotyczących konkretnego zjawiska demograficznego, w każdym roku innego. W pierwszej publikacji były to informacje dotyczące urodzeń i dzietności, w kolejnym roku – informacje o zawieraniu i rozpadzie małżeństw oraz o rodzinach i stanie cywilnym ludności; w 2020 r. migracjach zagranicznych ludności. Obecnie – zgodnie z rozszerzonym tytułem publikacji – zgony i umieralność.

Bieżące opracowanie zawiera:

- w pierwszej części – zawarto analizę zmian rozwoju demograficznego Polski do 2020 r.; informacje o ludności Polski oraz o trendach w zakresie czynników kształtujących jej liczbę i strukturę, tj. o zmianach w dzietności, umieralności, trwaniu życia, małżeństwach i rozwodach oraz migracjach – w retrospekcji do 1990 r.;
- w drugiej części – zaprezentowano kształtowanie się liczby i struktury zgonów w latach 1950–2020 wraz z analizą czynników wpływających na obserwowane zmiany. W przypadku większości informacji został zachowany podział na tereny miejskie i wiejskie, a także – w przypadku wybranych cech – zróżnicowanie regionalne;
- w trzeciej części – przedstawiono kształtowanie się liczby i struktury zgonów w Unii Europejskiej na przestrzeni lat;
- w czwartej części – zaprezentowano aktualne parametry dotyczące trwania życia, trwania życia w zdrowiu i potencjalnych utraconych lat życia wraz z analizą czynników wpływających na obserwowane zmiany. W przypadku większości informacji został zachowany podział na tereny miejskie i wiejskie, a także – w przypadku wybranych cech – zróżnicowanie regionalne;
- aneks, w którym zamieszczono tablice zawierające: podstawowe dane w zakresie ludności i faktów oraz współczynników demograficznych w retrospekcji od 1950 r.; wybrane dane i współczynniki dla województw dotyczące 2020 r. oraz dla krajów Unii Europejskiej za 2019 r.

Szerszy zakres informacji o liczbie i strukturze ludności, ruchu naturalnym, migracjach ludności oraz trwaniu życia i prognozach dostępny jest na stronie internetowej GUS: w Bazie Demografia i Banku Danych Lokalnych oraz w zakładce tematycznej „Ludność”, gdzie znajdują się liczne opracowania dotyczące tych obszarów, a także zestawienie obowiązujących w tym zakresie regulacji prawnych UE.

Przekazując do rąk Państwa publikację zwracam się z uprzejmą prośbą o nadsyłanie uwag i sugestii dotyczących zakresu tematycznego i formy – zostaną one wykorzystane w pracach nad kolejną edycją opracowania.

Dyrektor
Departamentu Badań Demograficznych



Dorota Szałyts

Prezes
Głównego Urzędu Statystycznego



dr Dominik Rozkrut

Warszawa, grudzień 2021 r.

Preface

The publication entitled "Demographic situation of Poland up to 2020. Deaths and Mortality" is the fourth edition of this item published in the "Statistical Analysis" series. Until 2017 the information concerning demographic development of Poland were presented in a different forms, i.e. in the form of publications (in 2005–2017, in the Information and statistical series), as well as an annual note for Press Conference organized by the Statistics Poland or occasional publications.

Starting from 2018 two annual publications are published, i.e.:

1. The publication entitled "Population. Size and structure and vital statistics in Poland by territorial division" – published in the series "Statistical Information". It contains detailed tabular data on the number and structure of population, as well as general facts relating to the vital statistics and migration of population by territorial division concerning the previous year. The whole is complemented by a synthetic analysis of changes in the number and structure of population along with brief information on demographic phenomenon in a given year. Since 2018 this publication is published in an electronic version only (on the Statistics Poland website) no later than at the end of April each year.
2. The current publication entitled "Demographic situation of Poland up to 2020. Deaths and Mortality". The adopted formula of the publication assumes that in addition to the information on the demographic development of Poland will be presented every year and – in subsequent editions – the publication will contain a wide range of information on a specific demographic phenomenon – each year in it is to concern another issue. In the first publication, it was information about births and fertility; in the following year – information on marriages and breaking down marriages, as well as on families and the marital status of the population; in 2020 on international migrations of the population. Currently – according to the extended title of the publication – deaths and mortality.

This publication includes:

- in the first part – an analysis of changes in Poland's demographic development until 2020; information on the population of Poland and trends in terms of factors shaping its number and structure, i.e. changes in fertility, mortality, life expectancy, marriages and divorces, and in migrations – presented in retrospect since 1990;
- in the second part – the number and structure of deaths in the years 1950–2020, along with an analysis of factors affecting the observed changes. For the majority of information, the division into urban and rural areas, as well as regional diversity for selected features, have been maintained;
- in third part – the evolution of the number and structure of deaths in the European Union over the years;
- in fourth part – the current parameters concerning life expectancy, healthy life years and potential years of life lost, along with the analysis of factors influencing the observed changes. For the majority of information, the division into urban and rural areas, as well as regional diversity for selected features, have been maintained;
- an annex with tables containing: basic data on population and facts as well as demographic indicators in retrospect since 1950; selected data and ratios for voivodships for 2020 and for European Union countries for 2019.

A wider range of information on the number and structure of population, vital statistics and population migrations, as well as life expectancy and demographic population projection is available on the website of Statistics Poland in the Demography Database and the Local Data Bank, and in the topic – Population – there are numerous studies concerning the population, demographic phenomenon and migration, as well as a list of applicable EU legal regulations in this area.

Submitting the following publication I shall appreciate any comments and suggestions particularly regarding the contents and form of the publication. I kindly request you to send me comments and suggestions regarding the thematic scope and publication form – the feedback will be used in the work on the next edition.

Director
of Demographic Surveys Department



Dorota Szałtys

President
Statistics Poland



Dominik Rozkrut, Ph.D.

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
Preface	4
Spis treści	5
Contents	5
Spis tablic	7
List of tables	7
Spis tabel	8
List of tables	8
Spis wykresów	9
List of charts	9
Spis map	13
List of maps	13
Aneks tabelaryczny	14
Table annex	14
Część I. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2020 roku	15
Part I. Demographic situation in Poland up to 2020	35
1. Ludność i ruch naturalny w 2020 roku	15
1. Population and vital statistics in 2020	35
2. Przebieg zjawisk demograficznych do 2020 roku	16
2. Demographic changes up to 2020	36
2.1. Urodzenia i dzietność	16
2.1. Births and fertility	36
2.2. Zgony i umieralność	20
2.2. Deaths and mortality	39
2.3. Trwanie życia	20
2.3. Life expectancy	40
2.4. Tworzenie i rozpad rodzin	22
2.4. Formation and dissolution of families	42
2.5. Przyrost/ubytek naturalny ludności	25
2.5. Natural increase/decrease of population	45
2.6. Migracje zagraniczne ludności	25
2.6. International migration of population	45
2.7. Migracje wewnętrzne ludności	26
2.7. Internal migration of population	46
2.8. Spadek liczby ludności	27
2.8. Decrease in the population	46
2.9. Zmiany w strukturze wieku ludności	29
2.9. Changes in the age structure of population	48
2.10. Podsumowanie	31
2.10. Conclusion	51
Wprowadzenie	54
Introduction	55
Część II. Umieralność w latach 1950–2020	57
Part II. Deaths in 1950–2020	57
1. Zgony i ich natężenie	58
1. Deaths and the intensity	58
2. Zgony według wieku	65
2. Deaths by age	65
3. Stan cywilny i poziom wykształcenia osób zmarłych	71
3. Marital status and education level of the deceased	71
4. Zgony według przyczyn	81
4. Causes of death	81
4.1. Najczęstsze przyczyny zgonów	81
4.1. The most frequent causes of death	81

4.2. Garbage codes (kody bezużyteczne)	110
4.2. Garbage codes (useless codes)	110
4.3. COVID-19	115
4.3. COVID-19	115
5. Zgony niemowląt	119
5. Infant deaths	119
6. Umieralność okołoporodowa	130
6. Perinatal mortality	130
Część III. Umieralność w Unii Europejskiej	135
Part III. Mortality in European Union	135
1. Zgony i umieralność	136
1. Deaths and mortality	136
2. Zgony według przyczyn	141
2. Causes of death	141
3. Zgony niemowląt	144
3. Infant deaths	144
Część IV. Trwanie życia, trwanie życia w zdrowiu i potencjalne utracone lata życia w Polsce i UE	147
Part IV. Life expectancy, healthy life years and potential years of life lost in Poland and EU	147
1. Trwanie życia	148
1. Life expectancy	148
2. Trwanie życia w zdrowiu	151
2. Healthy life years	151
2.1. Zróźnicowanie regionalne trwania życia w zdrowiu w latach 2009–2020	154
2.1. Regional differences in healthy life expectancy in 2009–2020	154
3. Przedwczesnie utracone lata życia	159
3. Potential years of life lost	159
3.1. Przedwczesnie utracone lata życia w Polsce	160
3.1. Potential years of life lost in Poland	160
3.2. Przedwczesnie utracone lata życia w Polsce w 2020 r. w podziale na województwa	163
3.2. Potential years of life lost in Poland by voivodship in 2020	163
3.3. Przedwczesnie utracone lata życia w Polsce na tle wybranych krajów Europy	166
3.3. Potential years of life lost in Poland compared to selected European countries	166
Podsumowanie	172
Executive summary	173
Uwagi metodologiczne	174
Methodological notes	175
Bibliografia	177
Bibliography	177
Aneks tabelaryczny	179
Table annex	179

Spis tablic

List of tables

Tablica 1. Ludność, ruch naturalny i migracje w latach 2019 i 2020	15
Table 1. Population, vital statistics and migration in 2019 and 2020	35
Tablica 2. Ludność w wybranych latach	27
Table 2. Population in selected years	47
Tablica 3. Ludność w wybranych latach według województw	28
Table 3. Population in selected years by voivodship	48
Tablica 4. Ludność w wybranych latach według grup wieku	29
Table 4. Population by age group in selected years	49
Tablica 5. Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	31
Table 5. Population at non-working age per 100 persons in working age	51
Tablica 6. Zgony i współczynnik zgonów w wybranych latach	59
Table 6. Deaths and mortality rates in selected years	59
Tablica 7. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego w wybranych latach – mężczyźni	72
Table 7. Deaths of population aged 15 and more by marital status in selected years – males	72
Tablica 8. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego w wybranych latach – kobiety	72
Table 8. Deaths of population aged 15 and more by marital status in selected years – females	72
Tablica 9. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według wieku, płci i stanu cywilnego w 1990 r.	73
Table 9. Deaths of population aged 15 and more by age, sex and marital status in 1990	73
Tablica 10. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według wieku, płci i stanu cywilnego w 2020 r.	74
Table 10. Deaths of population aged 15 and more by age, sex and marital status in 2020	74
Tablica 11. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego i województw w 2020 r. ...	76
Table 11. Deaths of population aged 15 and more by marital status and voivodship in 2020	76
Tablica 12. Zgony osób w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia w wybranych latach	77
Table 12. Deaths of population aged 13 and more by education level in selected years	77
Tablica 13. Zgony osób w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia w 2020 r.	80
Table 13. Deaths of population aged 13 and more by education level in 2020	80
Tablica 14. Zgony w wyniku chorób układu krążenia w wybranych latach	85
Table 14. Deaths due to circulatory system diseases in selected years	85
Tablica 15. Zgony w wyniku poszczególnych przyczyn kardiologicznych osób w wieku 65 lat i więcej w wybranych latach	87
Table 15. Deaths due to specific cardiac causes of population aged 65 and more in selected years	87
Tablica 16. Zgony w wyniku nowotworów złośliwych w wybranych latach	92
Table 16. Deaths due to malignant neoplasms in selected years	92
Tablica 17. Zgony w wyniku chorób układu oddechowego (ChUO) w wybranych latach	95
Table 17. Deaths due to diseases of the respiratory system in selected years	95
Tablica 18. Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych w wybranych latach	99
Table 18. Deaths due to external causes in selected years	99
Tablica 19. Zgony z powodu wypadków drogowych w 2020 r.	105
Table 19. Deaths due to transport accidents in 2020	104
Tablica 20. Liczba zgonów i przeprowadzonych sekcji zwłok w latach 2000–2020	109
Table 20. Number of deaths and autopsies conducted in 2000–2020	109
Tablica 21. Zgony z powodu COVID-19 według płci w podziale na miasto i wieś w 2020 r.	116
Table 21. Deaths due to COVID-19 by sex, urban and rural areas in 2020	116
Tablica 22. Zgony z powodu COVID-19 według miesiąca zgonu i płci w podziale na miasto i wieś w 2020 r.	117
Table 22. Deaths due to COVID-19 by sex, month of death, urban and rural areas in 2020	117
Tablica 23. Zgony według miejsca zgonu, w tym z powodu COVID-19 w wybranych latach	118
Table 23. Deaths by place of death, including COVID-19 in selected years	118
Tablica 24. Zgony niemowląt w wybranych latach	121
Table 24. Infant deaths in selected years	121

Tablica 25. Zgony niemowląt według wieku w podziale na miasta i wieś w 2020 r.	124
Table 25. Infant deaths by age, urban and rural areas in 2020	124
Tablica 26. Zgony niemowląt według wielorakości porodu w 2020 r.	127
Table 26. Infant deaths by kind of delivery in 2020	127
Tablica 27. Zgony niemowląt według kolejności urodzenia dziecka u matki w wybranych latach ...	128
Table 27. Infant deaths by birth order in selected years	128
Tablica 28. Zgony niemowląt według przyczyn zgonów w wybranych latach	128
Table 28. Infant deaths by causes in selected years	128
Tablica 29. Umieralność okołoporodowa w 2020 r.	134
Table 29. Perinatal mortality in 2020	134
Tablica 30. Współczynnik zgonów na 10 tys. ludności w krajach UE według płci i wieku w 2019 r.	140
Table 30. Mortality rate per 10 thousand population in EU countries by sex and age in 2019	140
Tablica 31. Przeciętne trwanie życia (e_0) i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (HLY_0) w momencie narodzin w Polsce w wybranych latach	152
Table 31. Life expectancy (e_0) and healthy life years (HLY_0) at birth in Poland in selected years	152
Tablica 32. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w Polsce w momencie narodzin (HLY_0) w wybranych latach	154
Table 32. Healthy life years (HLY_0) at birth in Poland in selected years	154
Tablica 33. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w momencie narodzin (HLY_0) w wybranych latach	156
Table 33. Healthy life years (HLY_0) at birth in selected years	156
Tablica 34. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat (HLY_{65}) w wybranych latach ..	157
Table 34. Healthy life years (HLY_{65}) at age 65 in selected years	157
Tablica 35. Przedwczesnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce na skutek wybranych grup przyczyn w wybranych latach	161
Table 35. Potential years of life lost for women and men in Poland due to selected causes in chosen years	161
Tablica 36. Przedwczesnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce na skutek wybranych grup przyczyn w wybranych latach	162
Table 36. Potential years of life lost for women and men in Poland due to selected causes in chosen years	162
Tablica 37. Przedwczesnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn według wybranych grup przyczyn w Polsce w 2020 r. w podziale na grupy wieku	163
Table 37. Potential years of life lost for women and men due to selected causes and age groups in Poland in 2020	163
Tablica 38. Przedwczesnie utracone lata życia dla mężczyzn według wybranych grup przyczyn w 2020 r.	164
Table 38. Potential years of life lost for men due to selected causes in 2020	164
Tablica 39. Przedwczesnie utracone lata życia dla kobiet według wybranych grup przyczyn w 2020 r.	165
Table 39. Potential years of life lost for women due to selected causes in 2020	165
Tablica 40. Przedwczesnie utracone lata życia dla mężczyzn w wybranych krajach europejskich w 2018 r. z uwzględnieniem przyczyn	170
Table 40. Potential years of life lost for men due to selected causes in selected European countries in 2018	170
Tablica 41. Przedwczesnie utracone lata życia dla kobiet w wybranych krajach europejskich w 2018 r. z uwzględnieniem przyczyn	171
Table 41. Potential years of life lost for women due to selected causes in selected European countries in 2018	171

Lista tabel

List of tables

Tabela 1. Garbage codes – lista podstawowa	111
Table 1. Garbage codes – basic list	111

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1. Ruch naturalny i migracje w latach 1980–2020	16
Chart 1. Vital statistics and migration in 1980–2020	36
Wykres 2. Urodzenia żywe w latach 1946–2020 – wyże i niższe demograficzne	17
Chart 2. Live births in 1946–2020 – explosions and declines	37
Wykres 3. Współczynniki dzietności w latach 1990–2020	17
Chart 3. Total fertility rate in 1990–2020	37
Wykres 4. Kobiety w wieku rozrodczym oraz ich dzietność (TFR)	18
Chart 4. Female in reproduction age and TFR	38
Wykres 5. Urodzenia żywe według wieku matki w latach 1990–2020 (w %)	19
Chart 5. Live births by mother's age in 1990–2020	39
Wykres 6. Trwanie życia w latach 1950–2020	21
Chart 6. Life expectancy in 1950–2020	41
Wykres 7. Bilans małżeństw w latach 1990–2020	23
Chart 7. Balance of marriages in 1990–2020	43
Wykres 8. Nowożeńcy według wieku w latach 1990–2020 (%)	24
Chart 8. Bridegrooms and brides by age in 1990–2020 (in %)	44
Wykres 9. Ludność Polski w latach 1946–2020	27
Chart 9. Population in Poland, 1946–2020	47
Wykres 10. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach	30
Chart 10. Population by economic age groups in selected years	50
Wykres 11. Piramidy wieku ludności w latach 1990, 2020 i prognoza na 2050 rok	32
Chart 11. Pyramids of population in 1990, 2020 and the projection for 2050	52
Wykres 12. Zgony w latach 1950–2020	58
Chart 12. Deaths in 1950–2020	58
Wykres 13. Współczynnik zgonów według płci w latach 1970–2020	60
Chart 13. Mortality rate by sex in 1970–2020	60
Wykres 14. Liczba zgonów w poszczególnych tygodniach roku w wybranych latach na tle średniej 2000–2019	62
Chart 14. Number of weekly deaths in selected years compared to the average in 2000–2019	62
Wykres 15. Średnia liczba zgonów w tygodniu	63
Chart 15. Average number of deaths per week	63
Wykres 16. Udział mężczyzn w ogólnej liczbie zmarłych w 2000 i 2017 na tle średniej z lat 2000–2020	64
Chart 16. The share of men in the total number of deaths in 2000 and 2017 compared to the average in 2000–2020	64
Wykres 17. Liczba zgonów według miesięcy w 2020 r. na tle średniej 2000–2019	64
Chart 17. The number of deaths by months in 2020 compared to the average in 2000–2019	64
Wykres 18. Zgony na 100 tys. ludności danej płci i grupy wieku w latach 2019 i 2020	66
Chart 18. Deaths per 100 thousand population of each sex and age group in 2019 and 2020	66
Wykres 19. Natężenie zgonów mężczyzn i kobiet dla wybranych grup wieku w 2020 r. (na 100 tys. ludności)	67
Chart 19. Intensity of deaths for males and females for selected age groups in 2020 (per 100 thousand population)	67
Wykres 20. Mediana wieku osób zmarłych w wybranych latach	68
Chart 20. Median age of deceased in selected years	68
Wykres 21. Zgony według wieku i płci w wybranych latach	70
Chart 21. Deaths by age and sex in selected years	70
Wykres 22. Zgony według wieku oraz tygodni w 2020 r. oraz średnia w latach 2010–2019	71
Chart 22. Deaths by age and weeks in 2020 and average in 2010–2019	71
Wykres 23. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według płci i stanu cywilnego w podziale na miasta i wieś w 2020 r.	75
Chart 23. Deaths of population aged 15 and more by sex and marital status, urban and rural areas in 2020	75

Wykres 24. Zgony osób w wieku 13 lat i więcej według płci i poziomu wykształcenia w wybranych latach	78
Chart 24. Deaths of population aged 13 and more by sex and education level in selected years	78
Wykres 25. Zgony osób w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia w podziale na miasta i wieś w wybranych latach	79
Chart 25. Deaths of population aged 13 and more by education level, urban and rural areas in selected years	79
Wykres 26. Zgony według przyczyn w wybranych latach	82
Chart 26. Causes of death in selected years	82
Wykres 27. Zgony według wybranych przyczyn i miesięcy zgonu w 2020 r.	83
Chart 27. Deaths by selected causes and months of death in 2020	83
Wykres 28. Odsetek zgonów z powodu ChUK w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach	84
Chart 28. The percentage of deaths due to the circulatory system diseases in the total number of deaths in selected years	84
Wykres 29. Przyczyny zgonów osób w wieku 65 lat i więcej w 2020 r. (w %)	86
Chart 29. Causes of death of population aged 65 and more in 2020 (in %)	86
Wykres 30. Przyczyny zgonów osób w wieku 0–64 lata w 2020 r. (w %)	88
Chart 30. Causes of death of population aged 0–64 in 2020 (in %)	88
Wykres 31. Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach	91
Chart 31. The percentage of deaths due to malignant neoplasms in the total number of deaths in selected years	91
Wykres 32. Zgony na nowotwory złośliwe według wieku w 2020 r.	93
Chart 32. Deaths due to malignant neoplasms by age in 2020	93
Wykres 33. Odsetek zgonów z powodu chorób układu oddechowego w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach	95
Chart 33. The percentage of deaths due to respiratory system in the total number of deaths in selected years	95
Wykres 34. Zgony z powodu zapalenia płuc według wieku w wybranych latach	96
Chart 34. Deaths due to pneumonia by age in selected years	96
Wykres 35. Odsetek zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach	97
Chart 35. The percentage of deaths due to external causes in the total number of deaths in selected years	97
Wykres 36. Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych według płci w wybranych latach	98
Chart 36. Deaths due to external causes by sex in selected years	98
Wykres 37. Współczynnik zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych na 100 tys. ludności w 2020 r.	99
Chart 37. Mortality rate due to external causes per 100 thousand population in 2020	99
Wykres 38. Współczynnik zgonów z powodu samobójstw na 100 tys. ludności w latach 1985–2020	100
Chart 38. Mortality rate due to suicides per 100 thousand population in 1985–2020	100
Wykres 39. Udział samobójstw w ogólnej liczbie zgonów w latach 1990–2020	101
Chart 39. The share of suicides in the total number of deaths in 1990–2020	101
Wykres 40. Udział wypadków komunikacyjnych wśród zgonów ogółem w wybranych latach	102
Chart 40. The share of transport accidents in the total number of deaths in selected years	102
Wykres 41. Współczynnik zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych na 100 tys. ludności w 2020 r.	103
Chart 41. Mortality rate due to transport accidents per 100 thousand population in 2020	103
Wykres 42. Odsetek zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach	106
Chart 42. The percentage of deaths due to symptoms, signs and ill-defined conditions in the total number of deaths in selected years	106
Wykres 43. Odsetek szczegółowych przyczyn niedokładnie określonych w ogólnej liczbie zgonów niedokładnie określonych w latach 2000–2020	107
Chart 43. The percentage of detailed symptoms, signs and ill-defined conditions in the total number of deaths due to symptoms, signs and ill-defined conditions in 2000–2020	107

Wykres 44. Współczynnik zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych na 100 tys. ludności w 2020 r.	108
Chart 44. Mortality rate due to symptoms, signs and ill-defined conditions per 100 thousand population in 2020	108
Wykres 45. Zgony w wyniku ChUK, w tym odsetek GC w wybranych latach	112
Chart 45. Deaths due to circulatory system diseases, including the percentage of garbage codes in selected years	112
Wykres 46. Odsetek garbage codes w latach 2000–2020 (lista podstawowa)	113
Chart 46. The percentage of garbage codes in 2000–2020 (basic list)	113
Wykres 47. Odsetek garbage codes w zgonach ogółem w 2020 r.	114
Chart 47. The percentage of garbage codes in total deaths in 2000–2020	114
Wykres 48. Zgony według przyczyn w latach 2019–2020	115
Chart 48. Causes of death in 2019–2020	115
Wykres 49. Współczynnik zgonów z powodu COVID-19 na 100 tys. ludności według wieku i płci w 2020 r.	116
Chart 49. Death rate by COVID-19 per 100 thousand population by age and sex in 2020	116
Wykres 50. Współczynnik zgonów z powodu COVID-19 na 100 tys. ludności według wieku w podziale na miasta i wieś w 2020 r.	117
Chart 50. Death rate by COVID-19 per 100 thousand population by age, urban and rural areas in 2020	117
Wykres 51. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych w podziale na miasta i wieś w latach 1950–2020	120
Chart 51. Infant deaths per 1000 live births by urban and rural areas in 1950–2020	120
Wykres 52. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych według płci w latach 1950–2020	122
Chart 52. Infant deaths per 1000 live births by sex in 1950–2020	122
Wykres 53. Zgony niemowląt i noworodków w latach 1980–2020	123
Chart 53. Infant and newborn deaths in 1980–2020	123
Wykres 54. Zgony niemowląt według okresu trwania ciąży w wybranych latach	125
Chart 54. Infant deaths by gestation period in selected years	125
Wykres 55. Udział zgonów niemowląt w ogólnej liczbie urodzeń żywych według okresu trwania ciąży w 2020 r.	125
Chart 55. The share of infant deaths in the total number of live births by gestation period in 2020	125
Wykres 56. Zgony niemowląt według wagi urodzeniowej w wybranych latach	126
Chart 56. Infant deaths by weight in selected years	126
Wykres 57. Zgony niemowląt według wieku matki na 1000 urodzeń żywych w wybranych latach	127
Chart 57. Infant deaths by age of mother per 1000 live births in selected years	127
Wykres 58. Umieralność okołoporodowa w latach 1960–2020	131
Chart 58. Perinatal mortality in 1960–2020	131
Wykres 59. Urodzenia martwe na 1000 urodzeń ogółem w latach 1960–2020	131
Chart 59. Stillbirths per 1000 total births in 1960–2020	131
Wykres 60. Współczynnik umieralności okołoporodowej w podziale na miasta i wieś w latach 1970–2020	132
Chart 60. Perinatal mortality rate by urban and rural areas in 1970–2020	132
Wykres 61. Zgony w Unii Europejskiej w latach 1961–2020	136
Chart 61. Deaths in European Union in 1961–2020	136
Wykres 62. Zgony według tygodni w stosunku do średniej całorocznej w wybranych państwach UE w 2020 r.	137
Chart 62. Deaths by weeks compared to the annual average in selected EU countries in 2020	137
Wykres 63. Współczynnik zgonów w Unii Europejskiej i Polsce w latach 1961–2020	138
Chart 63. Mortality rate in European Union and Poland in 1961–2020	138
Wykres 64. Zgony według przyczyn i płci w Unii Europejskiej w 2018 r.	141
Chart 64. Causes of death by sex in European Union in 2018	141
Wykres 65. Zgony według przyczyn w krajach Unii Europejskiej w 2018 r.	142
Chart 65. Causes of death in European Union countries in 2018	142

Wykres 66. Zgony z powodu samobójstw na 100 tys. w krajach Unii Europejskiej w 2018 r.	143
Chart 66. Deaths due to suicides per 100 thousand population in European Union countries in 2018	143
Wykres 67. Zgony z powodu wypadków komunikacyjnych na 100 tys. ludności w krajach Unii Europejskiej w 2018 r.	144
Chart 67. Deaths due to transport accidents per 100 thousand population in European Union countries in 2018	144
Wykres 68. Zgony niemowląt w Unii Europejskiej w latach 1961–2019	145
Chart 68. Infant deaths in European Union in 1961–2019	145
Wykres 69. Współczynnik zgonów niemowląt w Unii Europejskiej i w Polsce w latach 1961–2019	145
Chart 69. Infant mortality rate in European Union and Poland in 1961–2019	145
Wykres 70. Różnica (w latach) w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn w latach 1990–2020	148
Chart 70. Difference (in years) in life expectancy between males and females in 1990–2020	148
Wykres 71. Przeciętne trwanie życia (e_0) i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (HLY_0) w momencie narodzin w Polsce w latach 2009–2020	153
Chart 71. Life expectancy (e_0) and healthy life years (HLY_0) at birth in Poland in 2009–2020	153
Wykres 72. Przeciętne trwanie życia (e_{65}) i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (HLY_{65}) osób w wieku 65 lat w Polsce w latach 2009–2020	153
Chart 72. Life expectancy (e_{65}) and healthy life years (HLY_{65}) at age 65 by sex in Poland in 2009–2020	153
Wykres 73. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce w wybranych latach	160
Chart 73. Potential years of life lost for women and men in Poland in selected years	160

Spis map

List of maps

Mapa 1. Współczynnik zgonów w Polsce w latach 2000 i 2020	61
Map 1. Mortality rate in Poland in years 2000 and 2020	61
Mapa 2. Mediana wieku osób zmarłych w latach 1990 i 2020	69
Map 2. Median age of deceased in 1990 and 2020	69
Mapa 3. Zgony osób w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności w 2020 r.	88
Map 3. Deaths of population aged 65 and more due to circulatory system diseases per 100 thousand population in 2020	88
Mapa 4. Zgony osób w wieku 0–64 lata z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności w 2020 r.	90
Map 4. Deaths of population aged 0–64 due to circulatory system diseases per 100 thousand population in 2020	90
Mapa 5. Zgony z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. ludności w 2020 r.	94
Map 5. Deaths due to malignant neoplasms per 100 thousand population in 2020	94
Mapa 6. Zgony z powodu chorób układu oddechowego na 100 tys. ludności w 2020 r.	97
Map 6. Deaths due to respiratory system diseases per 100 thousand population in 2020	97
Mapa 7. Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych na 100 tys. ludności w 2020 r.	105
Map 7. Deaths due to external causes per 100 thousand population in 2020	105
Mapa 8. Zgony z powodu przyczyn niedokładnie określonych na 100 tys. ludności w 2020 r.	110
Map 8. Deaths due to symptoms, signs and ill-defined conditions per 100 thousand population in 2020	110
Mapa 9. Zgony z powodu COVID-19 na 100 tys. ludności w 2020 r.	119
Map 9. Deaths due to COVID-19 per 100 thousand population in 2020	119
Mapa 10. Współczynnik zgonów niemowląt w 2020 r.	122
Map 10. Infant mortality rate in 2020	122
Mapa 11. Współczynnik zgonów niemowląt (średnia dla lat 2001–2020)	130
Map 11. Infant mortality rate (average for 2001–2020)	130
Mapa 12. Współczynnik umieralności okołoporodowej (średnia dla lat 2011–2020)	133
Map 12. Perinatal mortality rate (average for 2011–2020)	133
Mapa 13. Współczynnik zgonów w krajach Unii Europejskiej w 2020 r.	139
Map 13. Mortality rate in European Union countries in 2020	139
Mapa 14. Współczynnik zgonów niemowląt w Unii Europejskiej w 2019 r.	146
Map 14. Infant mortality rate in European Union countries in 2019	146
Mapa 15. Przeciętne trwanie życia noworodka według płci w 2020 r.	149
Map 15. Life expectancy at birth by sex in 2020	149
Mapa 16. Trwanie życia noworodka według płci w wybranych krajach europejskich w 2019 r.	150
Map 16. Life expectancy at birth by sex in selected European countries in 2019	150
Mapa 17. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (HLY ₀) według płci w 2020 r.	155
Map 17. Healthy life years (HLY ₀) at birth by sex in 2020	155
Mapa 18. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w momencie narodzin (HLY ₀) według płci wyrażone jako procent przeciętnego trwania życia (e ₀) w 2020 r.	158
Map 18. Healthy life years at birth (HLY ₀) as a percentage of the life expectancy (e ₀) by sex in 2020	158
Mapa 19. Przedwczesnie utracone lata życia według płci w 2020 r.	166
Map 19. Potential years of life lost by sex in 2020	166
Mapa 20. Przedwczesnie utracone lata życia według płci w wybranych krajach Europy w 2018 r. ...	167
Map 20. Potential years of life lost by sex in selected European countries in 2018	167

Aneks tabelaryczny

Table annex

Tablica I. Podstawowe dane demograficzne dla lat 1950–2020	179
Table I. Basic data on population size, vital statistics and migration in 1950–2020	179
Tablica II. Ludność oraz wybrane wskaźniki demograficzne według województw w 2020 r	185
Table II. Population and selected demographic indicators by voivodship in 2020	185
Tablica III. Ludność i ruch naturalny w krajach Unii Europejskiej w 2019 r	189
Table III. Population and vital statistics in European Union countries in 2019	189

Część I. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2020 roku

Obserwowane od prawie 30 lat trendy procesów demograficznych wskazują, że sytuacja ludnościowa Polski jest trudna. W najbliższej perspektywie nie można spodziewać się znaczących zmian gwarantujących stabilny rozwój demograficzny. Nadal niski poziom dzietności będzie miał negatywny wpływ także na przyszłą liczbę urodzeń, ze względu na zdecydowanie mniejszą w przyszłości liczbę kobiet w wieku rozrodczym. Z drugiej strony będzie powodować – przy jednoczesnym korzystnym zjawisku, jakim jest stosunkowo długie trwanie życia – zmniejszanie podaży pracy oraz coraz szybsze starzenie się społeczeństwa poprzez przede wszystkim wzrost liczby i udziału w ogólnej populacji ludności w najstarszych rocznikach wieku.

1. Ludność i ruch naturalny w 2020 roku

Sytuacja demograficzna Polski kształtowała się w 2020 r. pod wpływem pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2. W końcu 2020 r. liczba ludności Polski wyniosła 38265 tys., tj. o prawie 118 tys. mniej niż w końcu 2019 r. Stopa ubytku rzeczywistego wyniosła $-0,31\%$. Oznacza to, że na każde 10 tys. ludności ubyło 31 osób, natomiast w 2019 r. odnotowano ubytek rzeczywisty $-0,07\%$ ¹.

Pandemia w sposób szczególny wpłynęła na przebieg zjawisk demograficznych w 2020 roku, pogłębiając niekorzystne trendy obserwowane na przestrzeni minionych 7 lat. Liczba ludności zmniejsza się począwszy od 2012 r., z wyjątkiem nieznacznego wzrostu – o niespełna 1 tys. – w 2017 r. Na zmiany w liczbie ludności w ostatnich latach wpływ ma przede wszystkim przyrost naturalny, który pozostaje ujemny począwszy od 2013 r. (Wykres 1).

Niekorzystna sytuacja w zakresie umieralności wraz z bardzo niskim poziomem urodzeń w 2020 roku przyczyniły się do rekordowo niskiego poziomu przyrostu naturalnego. Jego ujemna wartość była ponad trzykrotnie wyższa niż w 2019 roku, kiedy to odnotowywano ubytek na poziomie 9 osób na 10 tysięcy ludności. Dla porównania w okresie wyżu demograficznego lat 50 na każde 10 tysięcy osób przybywało ok. 200 osób, natomiast w latach 80 – ok. 100.

Tablica 1. Ludność, ruch naturalny i migracje w latach 2019 i 2020^a

Lata	Ludność (31.12)	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny	Małżeń- stwa	Roz- wody	Saldo migracji zagranic- znych
			ogółem	w tym zgony niemowląt				
w tysiącach								
2019	38383	375,0	409,7	1,4	-34,8	183,4	65,3	6,2
2020	38265	355,3	477,4	1,3	-122,0	145,0	51,2	4,5
Współczynniki na 1000 ludności								
2019	-0,1 ^b	9,8	10,7	3,8 ^c	-0,9	4,8	1,7	0,2
2020	-0,3 ^b	9,3	12,4	3,6 ^c	-3,2	3,8	1,3	0,1

a Dane szczegółowe oraz dalsza retrospekcja znajdują się w tablicach w Aneksie. b Stopa przyrostu w %. c Na 1000 urodzeń żywych.

W 2020 r. zarejestrowano 355 tys. urodzeń żywych, tj. o prawie 20 tys. mniej niż w 2019 r.; współczynnik urodzeń obniżył się o 0,5 punktu promilowego (p. prom.) do 9,3‰. Jednocześnie wzrosła liczba zgonów – zmarło ponad 477 tys. osób, tj. o ponad 68 tys. więcej w stosunku do poprzedniego roku. Współczynnik umieralności wyniósł 12,4‰ (wobec 10,7‰ w 2019 r.). Zatem, w 2020 r. odnotowano ubytek naturalny – liczba urodzeń była o ponad 122 tys. niższa od liczby zgonów. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 ludności) wyniósł $-3,2\%$, w stosunku do $-0,9\%$ w 2019 r.

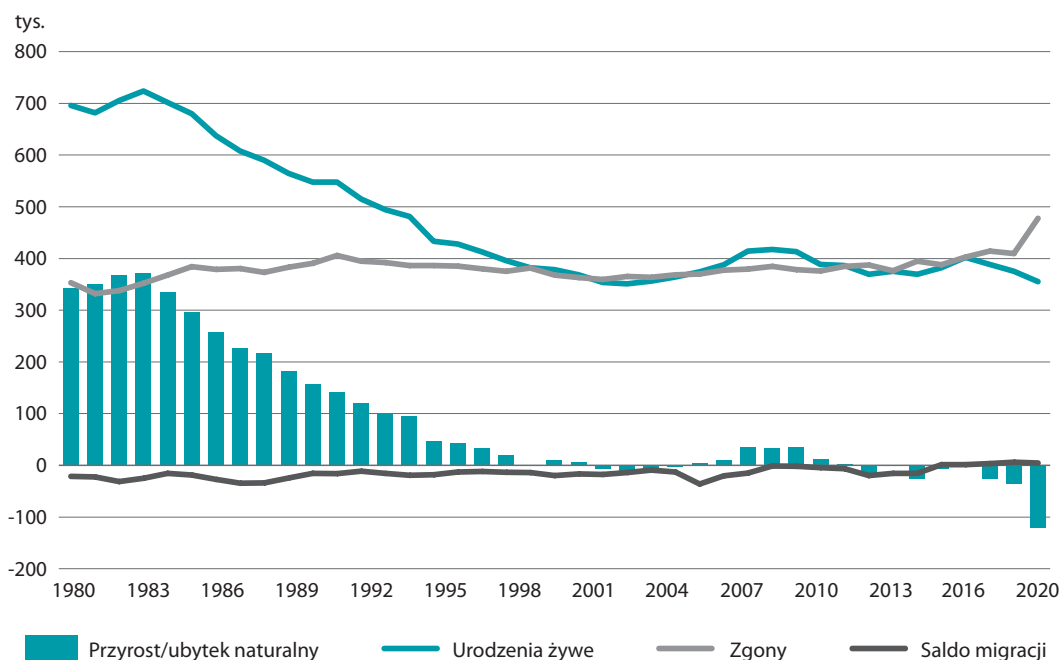
¹ Wielkości dla podstawowych zjawisk oraz miar demograficznych w retrospekcji (lata 1950–2020) znajdują się w Aneksie w Tablicy I, natomiast dotyczące 2020 r. dla województw – w Tablicy II.

W 2020 r. zawarto ponad 145 tys. nowych związków małżeńskich – o 38 tys. mniej niż rok wcześniej; współczynnik małżeństw kształtował się na poziomie 3,8‰. Spadła również liczba rozwodów – rozwiodło się ponad 51 tys. par małżeńskich i jest to o ponad 14 tys. mniej niż w 2019 r.; współczynnik rozwodów był niższy o 0,4 p. prom. i wyniósł 1,3‰. Zauważalne spadki w liczbie zawieranych małżeństw oraz orzeczonych rozwodów i separacji mogą wynikać m.in. z ograniczeń i restrykcji wdrożonych pod koniec marca 2020 r. w związku z COVID-19, w tym obostrzeń sanitarnych (np. dotyczących organizacji ślubów i wesel) oraz ograniczonej działalności sądów, a tym samym odwoływania spraw rozwodowych i o separacje.

2. Przebieg zjawisk demograficznych do 2020 roku

Odnotowany w 2020 r. spadek liczby urodzeń potwierdza, że Polska wkroczyła w okres kolejnego kryzysu demograficznego (który miał już przejściowo miejsce w latach 1997–2007), ale obecny prawdopodobnie może mieć charakter dłuższej tendencji (Wykres 1). Podstawy do sformułowania takiej tezy dają przedstawione niżej trendy w zakresie czynników kształtujących zmiany liczby i struktury ludności Polski, tj. urodzeń, umieralności, trwania życia, zawierania i rozpadu małżeństw oraz migracji, tj. urodzeń, umieralności, trwania życia, zawierania i rozpadu małżeństw oraz migracji.

Wykres 1. Ruch naturalny i migracje w latach 1980–2020



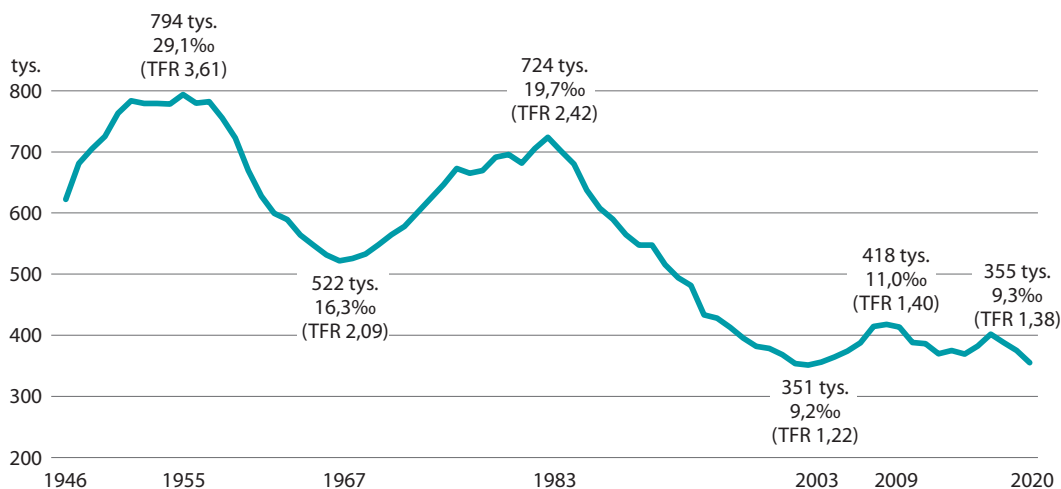
2.1. Urodzenia i dzietność

Urodzenia są kluczowym czynnikiem wpływającym na liczbę i strukturę ludności. Aby zapewnić stabilny rozwój demograficzny kraju, to w danym roku – na każde 100 kobiet w wieku 15–49 lat – powinno przypadać średnio co najmniej 210–215 urodzonych dzieci, obecnie przypada ok. 138. Taki stan rzeczy wynika przede wszystkim z odkładania na później przez młodych ludzi decyzji o założeniu rodziny – co zostało zapoczątkowane w latach 90. XX wieku, a następnie o posiadaniu mniejszej liczby dzieci lub nawet o samotnym życiu².

² Sytuacja demograficzna Polski do 2017 r. Urodzenia i dzietność”, Część II, Rozdział 3, str. 51 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2017-roku-urodzenia-i-dzietnosc,33,1.html>.

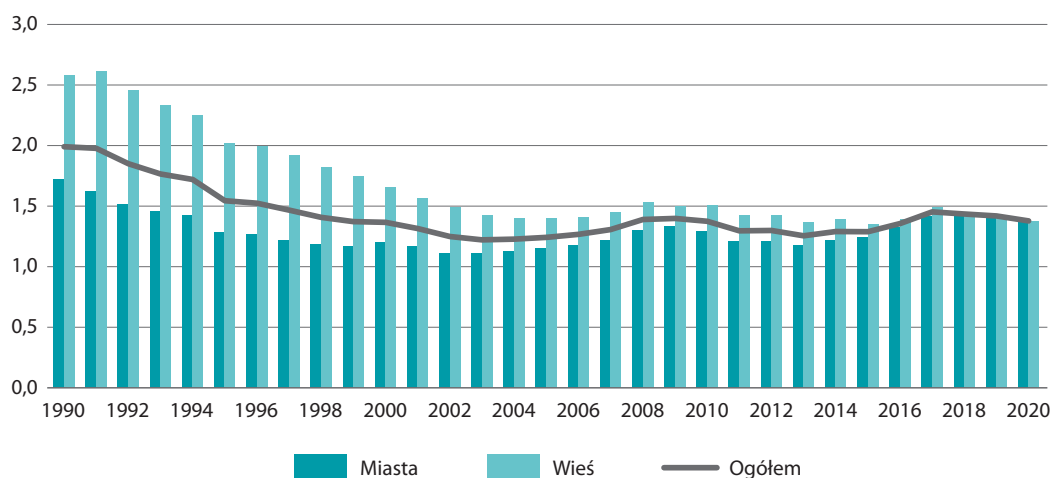
Stan depresji urodzeniowej trwa już prawie 30 lat – od 1990 r. wielkość współczynnika dzietności kształtuje się poniżej 2, czyli nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń (Wykres 2). Z roku na rok zmniejszała się liczba urodzeń, a od 1998 r. nie osiąga 400 tys. (z wyjątkiem lat 2008–2010 oraz 2017 r. kiedy nastąpiły jej wzrosty). W 2003 r. urodziło się jedynie 351 tys. dzieci – najmniej w całym okresie powojennym, a współczynniki urodzeń (9,2‰) i dzietności (1,22) osiągnęły najniższe z notowanych kiedykolwiek wartości. W roku 2019 r. zarejestrowano 375 tys., natomiast w 2020 r. liczba urodzeń żywych zmniejszyła się w stosunku do poprzedniego roku o ok. 20 tys. i wyniosła 355 tys. Zmniejszyły się również w stosunku do roku poprzedniego współczynnik urodzeń i współczynnik dzietności wynosząc odpowiednio: 9,3‰ i 1,378.

Wykres 2. Urodzenia żywe w latach 1946–2020 – wyże i niżej demograficzne



Na wsi rodzi się relatywnie więcej dzieci – w 2020 r. współczynnik urodzeń kształtował się tam na poziomie 9,6‰, natomiast w miastach na poziomie 9,0‰. Najwyższy poziom urodzeń żywych występuje w województwach związanych z obszarami największych, rozwijających się aglomeracji miejskich (pomorskie, mazowieckie, małopolskie oraz wielkopolskie – wielkości współczynnika w 2020 r. kształtowały się pomiędzy 10,3 a 10,4‰). Jest to uwarunkowane relatywnie młodszą strukturą wieku mieszkańców i odpowiada przestrzennemu zasięgowi występowania przyrostu rzeczywistego ludności. Z kolei najniższy poziom urodzeń notuje woj. świętokrzyskie (7,7‰ w 2020 r.), opolskie i zachodniopomorskie (8,1‰).

Wykres 3. Współczynniki dzietności w latach 1990–2020

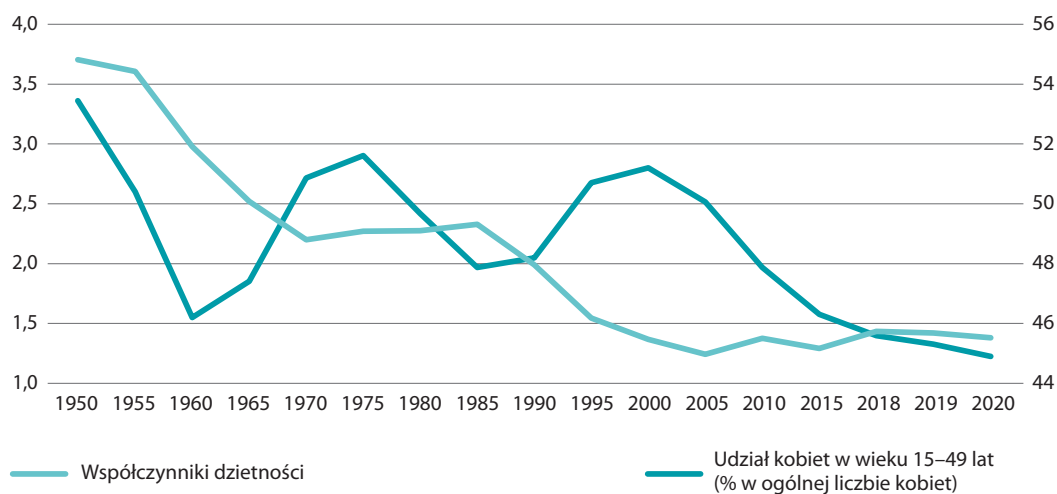


Wartości współczynnika dzietności dla terenów miejskich i wiejskich są obecnie bardzo zbliżone, niemniej na wsi tradycyjnie wyższe – w 2020 r. wyniósł on tam 1,377, a w miastach 1,375 (Wykres 3).

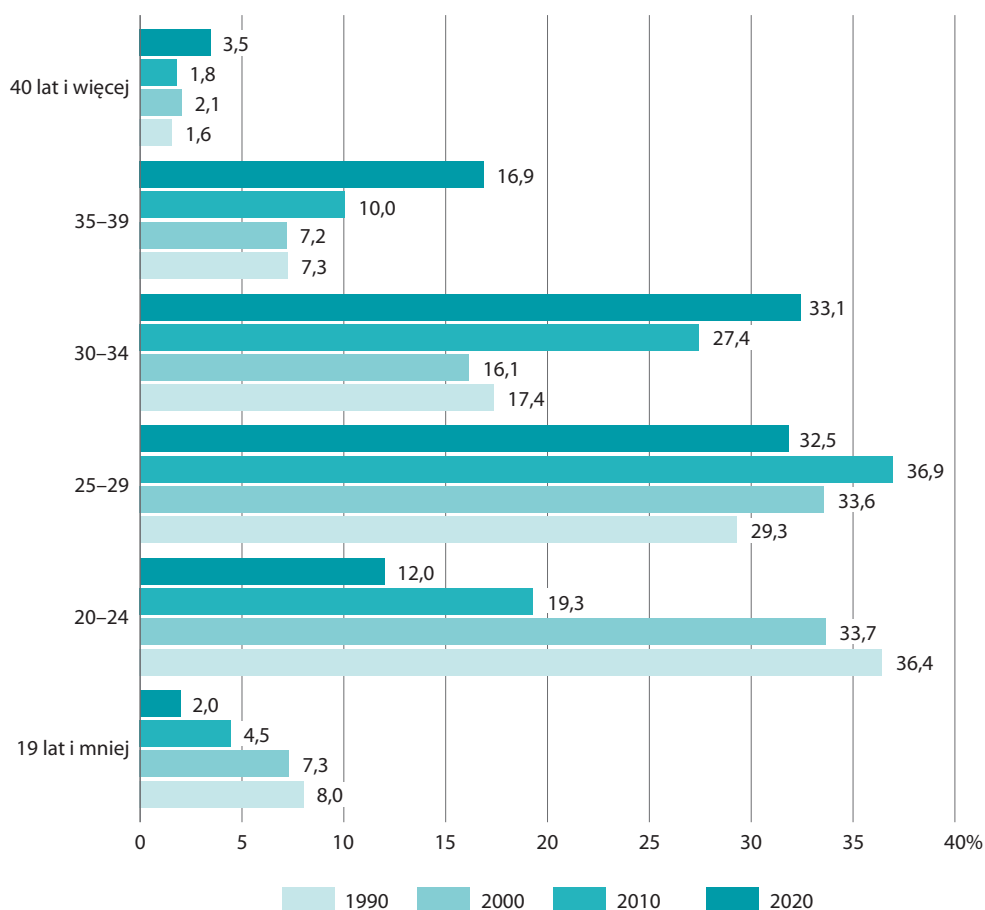
Warto podkreślić, że nie należy oczekiwać powrotu do wysokiego poziomu dzietności sięgającego istotnie ponad wartość 2. Utrzymywanie się przez długi czas niskiej dzietności grozi wejściem w tzw. pułapkę niskiej płodności, z której wyjście jest bardzo trudne. Tylko w czterech województwach współczynnik jest wyższy niż ogólnopolski – najwyższe wartości dzietności osiąga w województwie pomorskim i mazowieckim (w 2020 r. było to 1,53) oraz wielkopolskim (1,51), czwarte z nich to małopolskie (1,45); najniższe zaś w świętokrzyskim (1,18) i opolskim (1,23). Zróżnicowanie terytorialne jest podobne jak przy natężeniu (współczynniku) urodzeń i utrzymuje się od lat.

Bieżąca liczba urodzeń jest zależna od liczby kobiet w wieku prokreacyjnym (15–49 lat) oraz od jej struktury, drugim elementem mającym istotny wpływ na liczbę urodzeń są postawy i zachowania prokreacyjne ludności. Rosnąca i znacząco wysoka liczba kobiet w wieku rozrodczym może się wydawać wystarczającym gwarantem dużej liczby urodzeń lub jej wzrostu (Wykres 4). Niestety tak nie jest, ponieważ drugim elementem mającym istotny wpływ na liczbę urodzeń są postawy i zachowania prokreacyjne ludności. Wymiernym wskaźnikiem tych zachowań – wzorcem płodności – są wielkości cząstkowych współczynników płodności, tj. natężenie urodzeń w poszczególnych rocznikach wieku matek w danym roku. Wartości tych cząstkowych miar nie zależą ani od rozmiarów populacji ani od jej struktury według wieku – odzwierciedlają one zachowania prokreacyjne w danym okresie składając się na współczynnik dzietności teoretycznej (TFR = suma cząstkowych współczynników płodności).

Wykres 4. Kobiety w wieku rozrodczym oraz ich dzietność (TFR)



Obserwowane po 1990 roku zmiany spowodowały przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20–24 lata do grupy 25–29, a obecnie także do grupy 30–34 lata. Znaczący wzrost płodności ma miejsce także w najstarszych grupach wieku. W latach 1990–2020 udział matek w wieku co najmniej 30 lat podwoił się i stanowią one 53% kobiet, które urodziły dziecko w 2020 r. (Wykres 5).

Wykres 5. Urodzenia żywe według wieku matki w latach 1990–2020 (w %)

Zmiany wzorca płodności kształtują średni wiek matek w chwili rodzenia. W konsekwencji wzrostu płodności w starszych grupach wieku rozrodczego nastąpiło podwyższenie mediany wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2020 r. wyniosła 31 lat wobec ok. 26 lat w latach 1990–2000. W tym okresie zwiększył się także – o prawie 5 lat – średni wiek urodzenia pierwszego dziecka – w 2020 r. wyniósł 29 lat.

Zmieniła się też struktura poziomu wykształcenia matek. Największe zmiany dotyczą wykształcenia wyższego oraz podstawowego. W 2020 r. aż 49% kobiet rodzących dziecko posiadało wykształcenie wyższe, tj. ponad ośmiokrotnie więcej niż na początku lat 90. ub. wieku, kiedy udział ten wynosił 6% (w 2000 r. – 13%). Natomiast sześciokrotnie zmniejszył się odsetek kobiet z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia – z 18% w 1990 r. do niespełna 2% obecnie (w 2000 r. – 14%).

W omawianym okresie obserwuje się wzrost liczby urodzeń pozamałżeńskich. Ze związków nieformalnych rodzi się obecnie co czwarte dziecko i od 2000 r. udział ten zwiększył się ponad dwukrotnie (na początku lat 90. ub. wieku wynosił ok. 6–7%). Odsetek dzieci urodzonych ze związków pozamałżeńskich jest wyższy w miastach i wynosi 30%, podczas gdy na wsi – 22%. Najwyższy udział urodzeń pozamałżeńskich notowany jest w województwach zachodniej Polski, a przede wszystkim w zachodniopomorskim i lubuskim (42% w 2020 r.), a najniższy w Polsce południowej – w podkarpackim i małopolskim (po 14% i 15%).

2.2. Zgony i umieralność

W Polsce natężenie zgonów do 2019 roku nie zmieniało się istotnie – rosło, ale tempo wzrostu było niewielkie i w miarę jednostajne³. W 2020 roku nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów – zmarło ponad 477 tys. osób. Za wyższą umieralność w największym stopniu odpowiada pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2. Bezpośrednie ofiary COVID-19 stanowią ok. 60% odnotowanego wzrostu umieralności. Współczynnik zgonów w 2020 r. wyniósł 12,4, tj. o 1,7 p. prom. więcej niż w 2019 r. W ogólnej liczbie osób zmarłych ok. 52% stanowili mężczyźni. Mediana wieku w 2020 r. wyniosła 77 lat (72 lata dla mężczyzn i 83 lata dla kobiet), podczas gdy w 2000 r. było to 73 lata (odpowiednio 69 lat dla mężczyzn i 78 lat dla kobiet).

Poziom umieralności jest obecnie wyższy w miastach (w 2020 r. wyniósł 12,8‰) niż obserwowany na wsi (11,9‰), wykazuje również znaczne różnicowania regionalne. Regionalny zakres zróżnicowań kształtował się w 2020 r. od 10,9‰ w woj. pomorskim do 14,6‰ w łódzkim. Wysoka umieralność występuje także w województwie świętokrzyskim – 14,1‰.

Głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe, powodujące prawie 70% wszystkich zgonów. Z roku na rok obserwuje się wzrost liczby zachorowań i zgonów w wyniku chorób nowotworowych; na początku lat 90. XX w. nowotwory złośliwe były przyczyną niespełna 20% wszystkich zgonów, a w 2019 r. odpowiadały za blisko ¼ wszystkich zgonów. Maleje natomiast udział zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia: z ok. 52% w 1990 r. do ok. 39% obecnie. Kolejnymi istotnymi przyczynami zgonów są choroby układu oddechowego oraz urazy i zatrucia, stanowiące przyczynę po ok. 5–7% wszystkich zgonów.

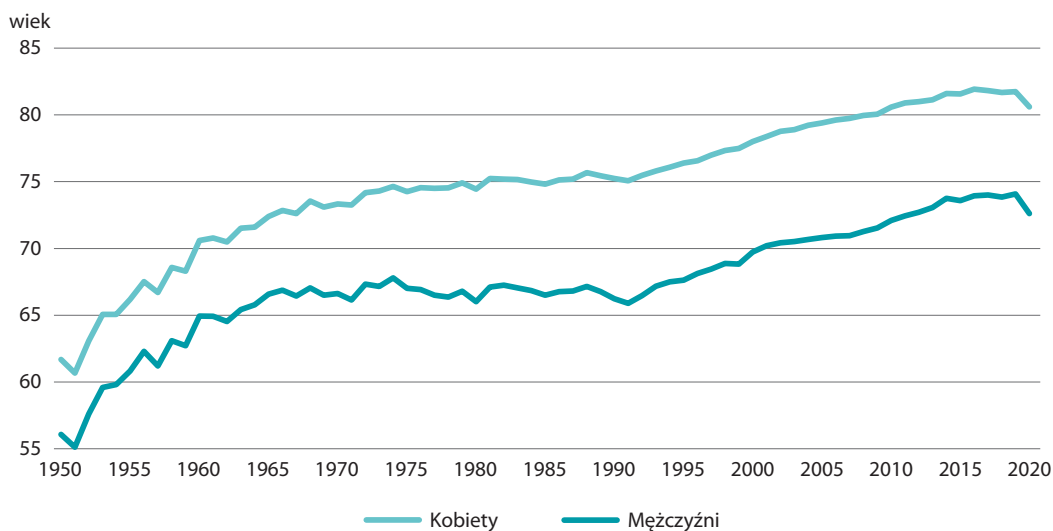
pozytywnym zjawiskiem jest utrzymująca się niska umieralność niemowląt. W 2020 r. zmarło ok. 1,3 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia. Od kilku lat współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wynosi ok. 4‰. W 2020 r. obniżył się on o 0,2 pkt. i wyniósł 3,6‰ (wobec 8,1‰ w 2000 r. oraz 19,4‰ w 1990 r.).

Obniżanie się poziomu umieralności niemowląt, a także stosunkowo niska liczba urodzeń martwych skutkują spadkiem natężenia umieralności okołoporodowej, której współczynnik wynosi obecnie 5,3‰ wobec 19,5‰ w 1990 r. (w 2000 r. wyniósł 9,7‰). Umieralność okołoporodowa jest jednym z czynników określających kondycję zdrowotną ludności – obok ogólnego natężenia zgonów i parametrów trwania życia.

2.3. Trwanie życia

W ciągu minionych kilkadziesiąt lat (od 1993 r.) trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o blisko 7 lat, a kobiet o 6 lat (Wykres 6). Wydłużanie trwania życia Polaków przez wiele lat wynikało głównie ze spadku umieralności niemowląt, a w ostatnich latach coraz większego znaczenia nabiera spadek natężenia zgonów wśród osób starszych.

³ Szersze informacje na temat trendów w zakresie umieralności znajdują w drugiej części publikacji poświęconej wyłącznie temu zagadnieniu.

Wykres. 6. Trwanie życia w latach 1950–2020

Na skutek epidemii COVID-19 i związanej z nią zwiększonej liczbie zgonów, trwanie życia w 2020 r. w porównaniu z 2019 r., uległo skróceniu o 1,5 roku w przypadku mężczyzn oraz o 1,1 roku w przypadku kobiet (Wykres 8). Urodzony w 2020 r. chłopiec ma przed sobą 72,6 roku przeciętnego trwania życia (w warunkach umieralności z 2020 r.) – a dziewczynka 80,7 roku⁴.

Podobnie jak w innych krajach, krótsze trwanie życia mężczyzn wynika ze zjawiska wysokiej nadumieralności mężczyzn, które obserwowane jest we wszystkich grupach wieku, ale różnica ta zmniejsza się wraz z wiekiem. Mężczyźni mieszkający w miastach żyją nieco dłużej niż zamieszkali na wsi – w 2020 r. ich przeciętne trwanie życia wynosiło 72,9 roku, a na wsi 72,1 – znacznie krócej niż w ubiegłym roku. Przeciętne trwanie życia kobiet jest bardziej wyrównane na obu obszarach (80,8 roku w miastach oraz 80,6 roku na wsi).

Trwanie życia jest mocno zróżnicowane przestrzennie. Najdłuższe trwanie życia charakteryzuje mężczyzn w woj. małopolskim i podkarpackim (w 2020 r. parametry te wyniosły odpowiednio 73,8 i 73,7 roku) oraz kobiety w województwach podlaskim i podkarpackim (odpowiednio 81,9 i 81,8 roku). Z kolei najkrótsze trwanie życia cechuje mieszkańców województwa łódzkiego (mężczyźni: 71,1 roku, a kobiety: 79,6 roku). Dodatkowo w przypadku mężczyzn krótkim trwaniem życia charakteryzuje się województwo lubuskie (71,8 roku), zaś w przypadku kobiet krótkim trwaniem życia charakteryzują się mieszkanki województw śląskiego (80 lat), lubelskiego (80 lat) oraz kujawsko-pomorskiego (80,4 roku).

Pełniejszą interpretację danych dotyczących trwania życia umożliwi analizowanie ich w powiązaniu ze stanem zdrowia. Wskaźnik przeciętnego trwania życia w zdrowiu określa dla danej osoby (o określonej płci i wieku) średnią liczbę lat życia bez niepełnosprawności. Zatem, wskaźnik ten dodaje wymiar jakościowy do przewidywanej liczby lat życia i pozwala na obserwację, czy dłuższe życie oznacza jednocześnie dłuższe życie w dobrym zdrowiu.

Jak wskazują wyniki badań GUS⁵ dotyczące 2019 roku, trwanie życia w zdrowiu w Polsce wyniosło dla kobiet 77% przewidywanego trwania życia, a dla mężczyzn 80%. Oznacza to, że w przypadku kobiet – spośród przewidywanych w 2019 r. 81,8 lat trwania życia – pierwsze blisko 63,3 roku to okres bez ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością. Dla mężczyzn wynosi to 59,7 roku w zdrowiu z przewidywanych 74,1 lat do przeżycia. Jednakże wraz z wiekiem wskaźniki te ulegają obniżeniu i udział procentowy pozostałego życia bez niepełnosprawności zaczyna się zmniejszać; na przykład mężczyzna, który w 2019 r. miał 65 lat może oczekiwać, że jeszcze około połowa (49%) jego dalszego życia upłynie w zdrowiu (przeciętnie 7,8 roku), a kobieta – 42% (przeciętnie 8,5 roku).

⁴ Potyra M., Góral-Radziszewska K., Waśkiewicz K., Kuczyńska K. [2021] Trwanie życia w 2020 r., (Life expectancy tables of Poland 2020), „Analizy Statystyczne”, GUS, Warszawa, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2020-roku,2,15.html>.

⁵ Góral-Radziszewska K., Waśkiewicz K., Potyra M., Kuczyńska K. [2020] Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019, (Healthy Life Years in Poland in 2009–2019), „Analizy Statystyczne”, GUS, Warszawa, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-polsce-w-latach-2009-2019,4,1.html>.

W Polsce występuje duże zróżnicowanie przestrzenne długości trwania życia w zdrowiu. W 2019 r. najdłuższym życiem bez niepełnosprawności charakteryzowały się osoby mieszkające w województwie wielkopolskim, gdzie dla mężczyzn (w momencie urodzenia) wartość tę oszacowano na 61,4 roku, zaś dla kobiet 64,5 roku. Wyniki te znacznie przekraczają analogiczne wartości na poziomie krajowym. Najkrótsze trwanie życia w zdrowiu mężczyzn obserwuje się w województwie łódzkim (58,7 roku), natomiast w przypadku kobiet – w województwie śląskim, gdzie wynosi ono tylko 62,4 roku. Mieszkańcy województw Polski zachodniej większą część życia przeżywają bez niepełnosprawności (tj. proporcja oczekiwanego trwania życia w zdrowiu w momencie urodzenia do przeciętnego trwania życia jest tam wyższa) w porównaniu do województw leżących na wschodzie kraju.

Według badań Eurostat-u^{6,7} w 2019 r., spośród krajów Unii Europejskiej, najbardziej korzystne proporcje trwania życia w zdrowiu w stosunku do całego przewidywanego okresu życia, tj. na poziomie 88% cechowały mieszkańców Szwecji, Bułgarii oraz Malty. Dla mężczyzn w tych krajach blisko 90% to życie bez niepełnosprawności, z tym, że dla Szweda jest to 73,8 roku z 81,5 lat całego życia, a dla Bułgara 64,4 lata w zdrowiu z przewidywanych 71,6 lat. Z kolei na Malcie dla mężczyzn przewiduje się, że 89% życia przeżyją bez niepełnosprawności (72,9 roku z 81,2 lat). Wśród kobiet odsetek życia w zdrowiu jest niższy i wyniósł dla Malty 86%, czyli 73,5 roku w zdrowiu na 84,6 lat całego życia, w Bułgarii wskaźnik również był na poziomie – 86% – ale, podobnie jak u mężczyzn, całe przewidywane trwanie życia jest dużo krótsze i wynosi 78,8 roku, a w zdrowiu – 68,4 roku. Natomiast w Szwecji procent życia w zdrowiu wynosi 85, czyli 72,7 lata w zdrowiu na 84,8 lata.

Najmniej korzystne proporcje dotyczą kobiet w Finlandii – jest to 64%, czyli 54,8 roku w zdrowiu na 84,8 lata życia oraz mieszkankę Łotwy (67%), czyli 54,1 roku życia w zdrowiu na 80,1 lat. Wśród mężczyzn najniższe wskaźniki życia w zdrowiu notują Austriacy (71%), Finowie (72%) oraz Estończycy (72%), co przekłada się – odpowiednio na: 56,7, 57,7 i 53,9 roku trwania życia w zdrowiu.

Jeśli analizie poddać liczbę lat życia to najkrócej w zdrowiu żyją Łotyszki – 54,1 roku, a najdłużej mieszkanki Malty – 73,5 roku – prawie o 20 lat więcej. W przypadku mężczyzn – najmniej lat w zdrowiu upłynie Łotyszom 52,2 roku (wskaźnik to 73%), a najwięcej Szwedom – 73,8 roku – prawie o 23 lata więcej (wskaźnik – 90%).

Podobnie, jak w przypadku innych zjawisk demograficznych, także parametry trwania życia nie zmieniają się gwałtownie z roku na rok, proces zmian trwa co najmniej kilka lat. Zatem przedstawione wyżej dane w zakresie życia bez niepełnosprawności odzwierciedlają kilkuletni trend.

2.4. Tworzenie i rozpad rodzin

Liczba nowo zawieranych małżeństw i ich trwałość, jako element rozwoju demograficznego, ma bezpośredni wpływ na jego przemiany, ponieważ dzietność kobiet w Polsce jest determinowana między innymi liczbą zawieranych związków małżeńskich⁸. Pomimo stałego wzrostu liczby urodzeń ze związków nieformalnych, nadal spośród przychodzących co roku na świat dzieci prawie ¾ rodzi się w małżeństwach. Dodatkowo należy mieć na uwadze, że ponad połowa dzieci rodzi się w okresie pierwszych trzech lat trwania małżeństwa, co oznacza, że wzrost liczby nowozawartych małżeństw skutkuje – w kolejnych 2–3 latach – wzrostem liczby urodzeń.

Niestety, w procesach tworzenia rodzin także mamy do czynienia z niekorzystnym trendem – liczba nowo zawieranych małżeństw pozostaje od 2013 r. na poziomie poniżej 200 tys., w 2020 r. zarejestrowano 145 tys. nowych związków (najwięcej w bieżącym stuleciu – 258 tys. – odnotowano w 2008 r.). W latach 2005–2019 orzekanych było – średnio – ok. 65 tys. rozwodów (po szczycie w 2006 r., kiedy było ich prawie 72 tys.), w 2020 r. z powodu pandemii i ograniczonej pracy sądów orzeczono jedynie 51 tys. rozwodów oraz 0,7 tys. separacji.

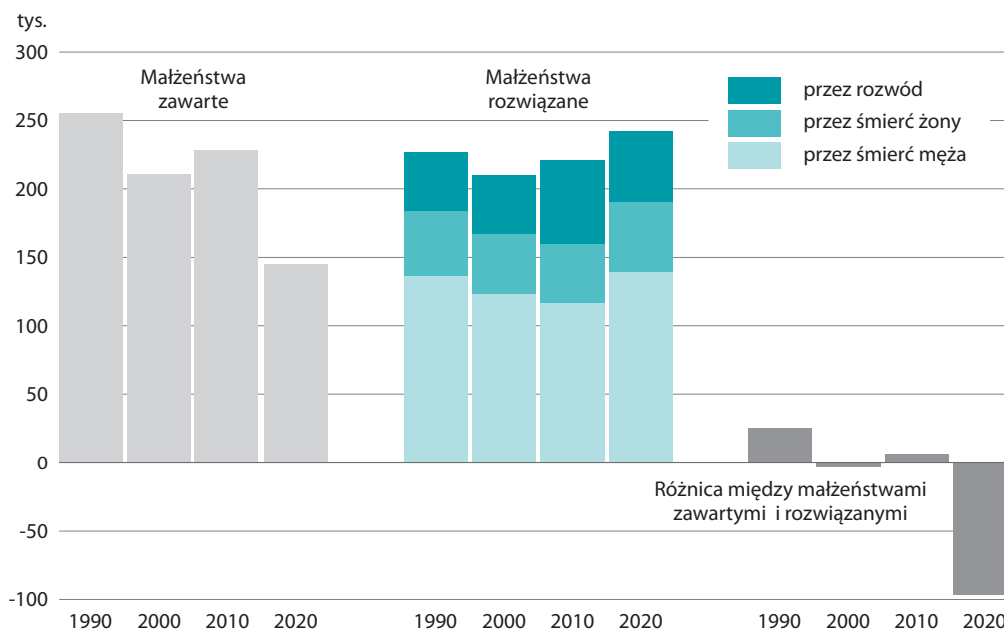
⁶ Healthy life years, baza Eurostatu, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en> (dostęp 27.07.2021 r.).

⁷ Life expectancy, baza Eurostatu, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en (dostęp 27.07.2021 r.).

⁸ „Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin”, Część II <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2018-roku-tworzenie-i-rozpad-rodzin,33,2.html>.

W konsekwencji – od 2011 r. – maleje liczba małżeństw istniejących, tj. każdego roku liczba nowopowstałych związków małżeńskich jest niższa od liczby małżeństw rozwiązanych przez śmierć współmałżonka lub przez rozwód. W końcu 2020 r. w Polsce istniało 8759 tys. małżeństw – o prawie 97 tys. mniej niż rok wcześniej. Należy podkreślić, że w latach 90. ubiegłego oraz na początku bieżącego wieku rozwody stanowiły przycyżnę 1/5 rozwiązywanych rocznie małżeństw, obecnie jest to już prawie 30% (Wykres 7).

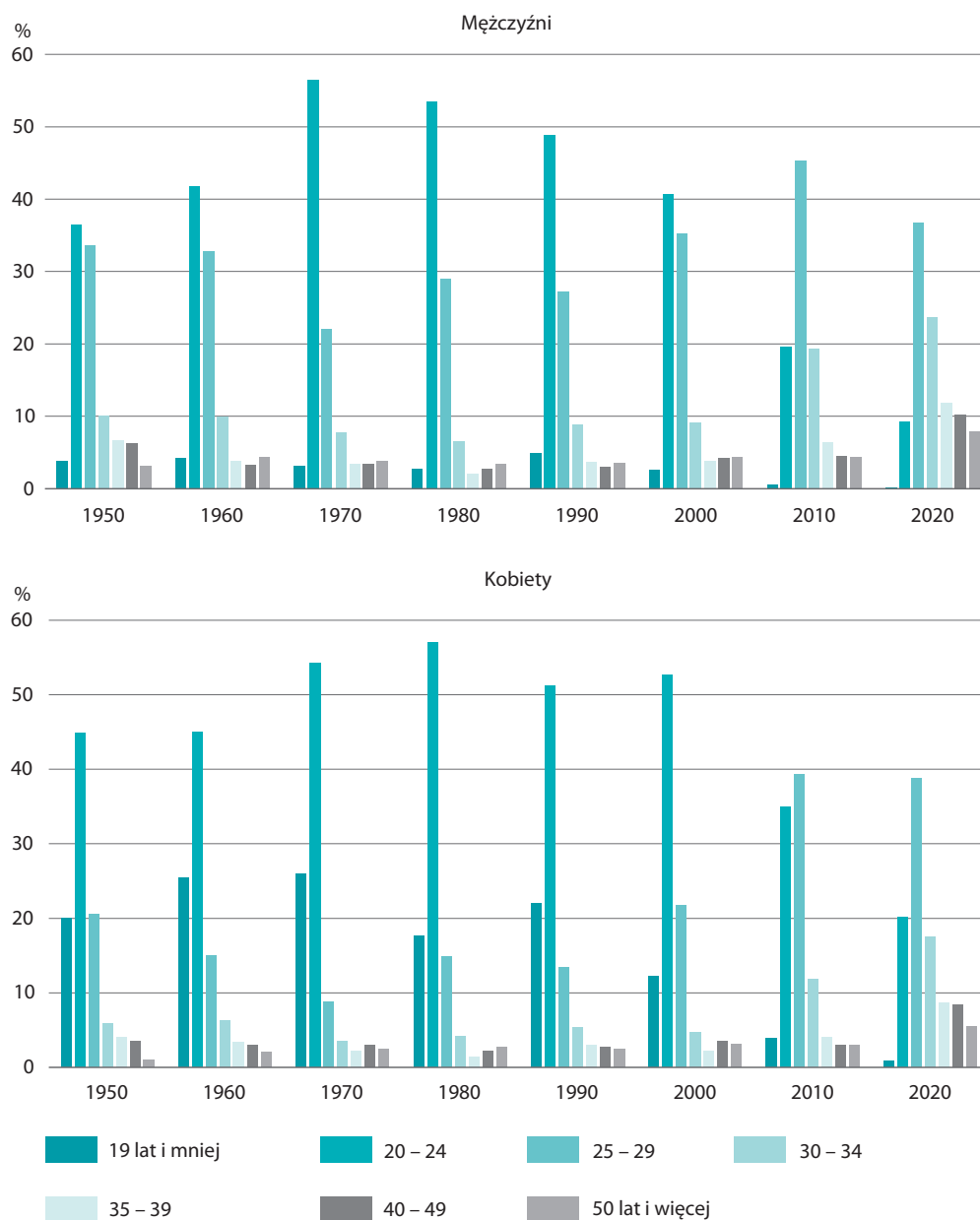
Wykres 7. Bilans małżeństw w latach 1990–2020



Współczynnik zawierania małżeństw w Polsce nie przekracza w ostatnich latach 5‰, w 2020 r. wyniósł 3,8‰. Częstość zawierania małżeństw w miastach i na wsi jest podobna; w przypadku województw – najwyższe współczynniki notuje woj. małopolskie (w 2020 r. – 4,2‰), a najniższe: opolskie, świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie (3,4‰ w 2020 r.).

Wśród ogółu zawieranych małżeństw – od lat – na niemal niezmiennym poziomie pozostaje udział pierwszych związków małżeńskich (ok. 77% w 2020 r., na wsi 81%). Niemniej nadal maleje natężenie zawierania małżeństw w młodszych grupach wieku, co należy wiązać z opóźnieniem decyzji o zawarciu małżeństwa, pozostawianiem w związkach nieformalnych lub rezygnacją z życia w związku.

Konsekwencją wyborów dokonywanych przez młodych ludzi, którzy planując przyszłość najpierw inwestują w siebie – w edukację, pracę – a potem w rodzinę, jest podwyższenie się wieku nowożeńców (Wykres 8).

Wykres 8. Nowożeńcy według wieku w latach 1990–2020 (w %)

W 2020 r. mediana wieku mężczyzny zawierającego małżeństwo wyniosła prawie 31 lat, a kobiety ponad 28 lat – w przypadku obydwu płci jest to o prawie 5 lat więcej niż w 2000r. Najmłodszy kawalerowie mieszkają w województwach wschodniej i południowo-wschodniej Polski (podkarpackie, lubelskie i małopolskie) – ich mediana wieku to ok. 29 lat. Z kolei najstarszymi kawalerami są mieszkańcy Polski zachodniej (zachodniopomorskie, lubuskie oraz dolnośląskie) – mający ok. 32–33 lata. Podobnie jest w przypadku panien młodych – najmłodsze (ok. 27 lat) zamieszkują województwa Polski wschodniej oraz południowo-wschodniej, a najstarsze (30 lat) województwa zachodnie.

Małżeństwa wyznaniowe (tj. zawarte w kościołach i jednocześnie zarejestrowane w urzędach stanu cywilnego) stanowiły w 2020 r. ok. 54% zawieranych prawnie związków (na wsi było to 62%, w miastach 48%) i ich odsetek co roku maleje (w 2010 r. wyniósł 68%, w miastach 63% i 75% na wsi).

W 2020 r. zostało rozwiązanych przez sąd ponad 51 tys. małżeństw. Liczba rozwodów w miastach jest prawie 3-krotnie wyższa niż na wsi, a współczynnik prawie dwukrotnie, a w przypadku separacji 2-krotnie wyższa. Także w układzie regionalnym występują znaczne różnice, tj. postępowanie mieszkańców województw południowo-wschodniej Polski jest bardziej tradycyjne, natomiast najmniej tradycyjne w województwach zachodnich. Rozwiedzeni małżonkowie przeżywają ze sobą średnio ok. 15 lat. Na przestrzeni lat podwyższa się także wiek małżonków podejmujących decyzję o rozwodzie – w 2020 r. statystyczny rozwodzący się mężczyzna miał ponad 42 lata, a kobieta prawie 40 lat, tj. byli o ok. 4 lata starsi niż w 2000 r. i o 5–6 lat niż w 1990 r. Społecznym skutkiem rozwodów są losy małoletnich dzieci (w wieku poniżej 18 lat), których liczba w rozwiedzionych małżeństwach w 2020 r. wyniosła 44 tys. Rodzi to istotne konsekwencje dla funkcjonowania takich rodzin i powoduje wzrost liczby rodzin samotnych matek z małoletnimi dziećmi. Z drugiej strony podkreślenia wymaga fakt, że coraz częściej sąd orzeka wspólne wychowywanie dzieci przez rozwiedzionych rodziców – w 2020 r. takich rozstrzygnięć było prawie 65%, opieka przyznana wyłącznie matce to 30% przypadków (w 2000 r. udział ten wynosił 65%), natomiast wyłączna opieka ojca to tylko ok. 3% przypadków.

2.5. Przyrost/ubytek naturalny ludności

Przyrost naturalny jest różnicą między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów, niemniej staje się on także wypadkową wszystkich przedstawionych wyżej zjawisk demograficznych i ich trendów obserwowanych w ostatnich latach. Skutkiem jest notowany od 2013 r. ubytek naturalny (miał on już miejsce także w latach 2002–2005). Od 2013 r. zmarło o ponad 234 tys. osób więcej niż urodziło się dzieci (Wykres 1).

Zmiany w strukturze wieku ludności (zmniejszanie się liczby dzieci i młodzieży) oraz spadek liczby zawieranych małżeństw dają podstawy do twierdzenia, że proces ten będzie postępował. Przyrost naturalny ludności od wielu lat zapewniany był przez ludność zamieszkującą tereny wiejskie, natomiast w miastach występował stały ubytek naturalny. W 2020 r. zarówno tereny wiejskie, jak i miasta charakteryzowały się wystąpieniem ubytku naturalnego, który na wsi kształtował się na poziomie $-2,3\%$, podczas gdy w miastach wyniósł $-3,8\%$.

Współczynniki przyrostu/ubytku naturalnego są znacznie zróżnicowane regionalnie, ale największe różnice występują w ujęciu powiatowym. W 2020 roku we wszystkich województwach zanotowano ubytek naturalny. Najwyższy przyrost naturalny występował przez ostatnie kilka lat w woj. pomorskim – w 2019 r. współczynnik wyniósł $1,5\%$, obecnie jest ujemny. Kolejnym województwem, podobnym pod tym względem do woj. pomorskiego, jest małopolskie, w którym po raz pierwszy od kilku lat zanotowano ujemny przyrost. Województwa te cechuje wysoka rodność i jednocześnie stosunkowo niska umieralność. Najwyższy współczynnik ubytku naturalnego odnotowano w województwie świętokrzyskim ($-6,4\%$).

Największy ubytek naturalny ludności występuje w powiatach przeważającej części województw: opolskiego, świętokrzyskiego, łódzkiego, lubelskiego, lubuskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego i podlaskiego, a także częściowo w województwie dolnośląskim i kujawsko-pomorskim. Ubytek naturalny notowany jest także w znacznej części powiatów grodzkich. To przestrzenne zróżnicowanie ubytku naturalnego utrwała się w czasie i na tych samych obszarach. W 2020 r. przyrost naturalny odnotowano w mniejszej liczbie powiatów niż w latach poprzednich. Przyrostu naturalny wystąpił w powiatach województw: pomorskiego, wielkopolskiego, małopolskiego oraz w niewielkim stopniu mazowieckiego i podkarpackiego.

2.6. Migracje zagraniczne ludności

W 2020 r. saldo migracji zagranicznych na pobyt stały wyniosło 4,5 tys., przy czym liczba imigracji osiągnęła poziom 13,3 tys., natomiast emigracji 8,8 tys. Dodatni bilans migracji definitywnych (obliczany na podstawie informacji o zameldowaniach na pobyt stały po przyjeździe z zagranicy oraz wymeldowaniach z pobytu stałego w związku z wyjazdem na stałe za granicę) odnotowano piąty rok z rzędu (w 2016 r. – 1,5 tys., w 2017 r. – 1,4 tys., w 2018 r. – 3,6 tys., w 2019 r. – 5,3 tys.) – wcześniej, przez kilka dziesięcioleci, utrzymywało się saldo ujemne.

W 2020 r. odnotowano – w porównaniu do lat poprzednich – nieco większy spadek liczby imigracji (w 2019 r. wyniosła 16,9 tys., w 2018 r. – 15,5 tys.), zaś liczba emigracji była na poziomie zbliżonym do 2019 roku (odpowiednio w 2019 r. – 8,7 tys., w 2018 r. – 11,8 tys.). W dłuższej perspektywie, począwszy od momentu akcesji Polski do Unii Europejskiej, obserwujemy względnie stabilny poziom imigracji (około 10–17 tys. rocznie) i jednocześnie znaczne wahania emigracji do 2015 r.⁹ (w 2006 r. – 46,9 tys., w 2010 r. – 17,4 tys., w 2013 r. – 32,1 tys.) oraz niewielkie jej zmiany po 2015 r.

Główne kierunki emigracji definitywnych pozostają od wielu lat niezmiennie – są to Niemcy i Wielka Brytania. Jednak na przestrzeni ostatnich lat zauważalny jest spadek liczby emigracji na pobyt stały do Niemiec (w 2020 r. wyjechało na stałe 2,6 tys. osób, w 2019 r. – 3,8 tys., w 2018 r. – 4,4 tys.), zaś emigracja do Wielkiej Brytanii utrzymuje się mniej więcej na tym samym poziomie (w 2020 r. – 2,1 tys., w 2019 r. – 2,4 tys., w 2018 r. – 2,7 tys.).

Ze względu na fakt, że imigranci przybywający do Polski w celu zamieszkania na stałe to w większości powracający Polacy (w 2020 r. stanowili 67,6% ogółu imigrantów), kraje emigracyjne są często głównymi krajami poprzedniego zamieszkania imigrantów. W tym przypadku na pierwszym miejscu w 2020 r. znajdowała się Wielka Brytania, skąd przybyło do Polski 2,8 tys. osób, a na drugim Niemcy (2,2 tys.). Warto zwrócić uwagę na Ukrainę, zajmująca w tym rankingu trzecie miejsce (2,1 tys.), jest to następstwo licznych imigracji obywateli Ukrainy na pobyt czasowy do Polski, głównie w celach zarobkowych.

Znacznie większa jest skala migracji na pobyt czasowy. Skalę czasowych emigracji Polaków można oceniać na podstawie wyników powszechnych spisów ludności oraz szacunków. Według ostatniego szacunku GUS, w końcu 2019 r. poza granicami Polski przebywało czasowo 2415 tys. mieszkańców naszego kraju.

Wśród emigrantów dominują osoby, które swój czasowy wyjazd za granicę łączą z podejmowaniem pracy lub podjęciem nauki na uczelniach wyższych. Najważniejszymi kierunkami polskiej emigracji czasowej nadal pozostają: Niemcy, Wielka Brytania, Holandia, Irlandia, Włochy i Norwegia.

Taka skala emigracji uszczupla potencjał demograficzny Polski. Negatywną stroną tego procesu jest skala wyjazdów młodych, dobrze wykształconych mieszkańców Polski i osób o wysokich kwalifikacjach zawodowych, które niejednokrotnie nie są wykorzystywane w kraju docelowym. Jedną z konsekwencji znacznej emigracji Polaków ostatnich lat jest to, że za granicą rodzi się coraz więcej dzieci, których co najmniej jedno z rodziców jest obywatelem polskim. Szczególnie jest to widoczne w Wielkiej Brytanii i Niemczech, chociaż od 2016 r. obserwuje się niewielki spadek takich urodzeń. Rośnie liczba dzieci rodziców pochodzących z Polski rodzących się w Holandii i Norwegii. Należy jednak zaznaczyć, że dane te obejmują również dzieci matek, które wyjechały na stałe z Polski, zatem nie są wliczane do liczby mieszkańców naszego kraju.

Jednocześnie w ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby imigrantów przebywających czasowo w Polsce. Rośnie liczba imigrantów zarobkowych, szczególnie obywateli Ukrainy zainteresowanych czasowym podjęciem pracy w Polsce. Widoczny jest również wzrost liczby cudzoziemców zainteresowanych kontynuowaniem nauki na polskich uczelniach. Liczba obcokrajowców studiujących w naszym kraju w roku akademickim 2020/2021 (według stanu na dzień 31 grudnia 2020) wyniosła 84,7 tys., w tym 30% na pierwszym roku. Dla porównania w roku akademickim 2019/2020 polskie ośrodki akademickie kształciły 82,2 tys. cudzoziemców (coroczny wzrost w tym zakresie jest notowany regularnie od 2000 r.).

Analiza trendów w migracjach wskazuje, że Polska z kraju typowo emigracyjnego przekształca się w kraj emigracyjno-imigracyjny.

2.7. Migracje wewnętrzne ludności

W latach 2017–2019 notowany był wzrost liczby przemieszczeń w ruchu wewnętrznym – w 2017 r. odnotowano ich ponad 400 tys., w 2018 r. prawie 450 tys., a w 2019 r. przeszło 468 tys.

W 2020 r. liczba przemieszczeń na stałe w ruchu wewnętrznym znacznie zmniejszyła się do 385 tys. (spadek o 17,8% w porównaniu do roku poprzedniego). Od kilkunastu lat, w wyniku migracji wewnętrznych, mieszkańców zyskują tereny wiejskie – w 2020 r. saldo migracji dla wsi znacząco wzrosło i wyniosło 39,4 tys. osób (w 2019 r. – 29,4 tys.).

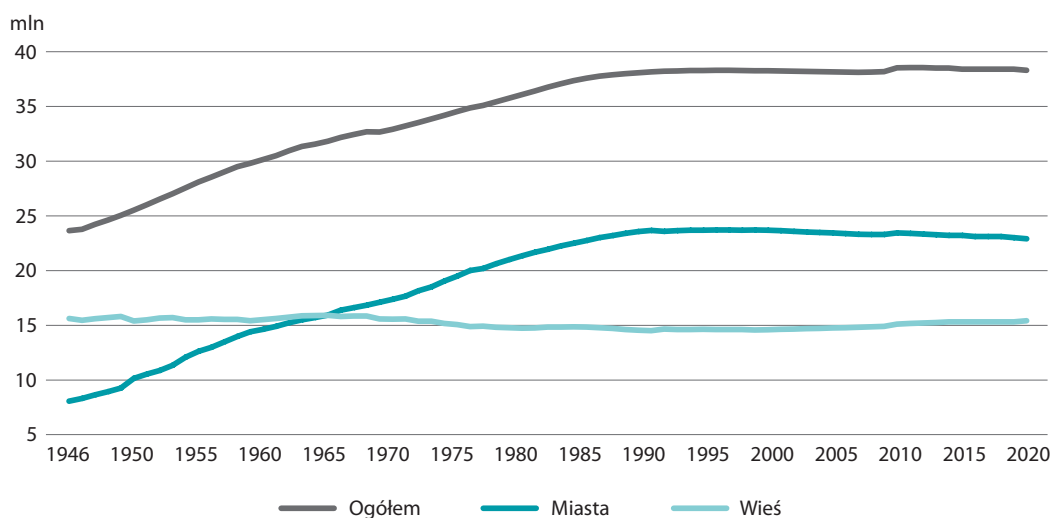
⁹ Dane o migracjach zagranicznych na pobyt stały za 2015 r. nie są dostępne.

Podobnie jak w latach poprzednich – tylko w pięciu województwach: mazowieckim, pomorskim, małopolskim, dolnośląskim i wielkopolskim, napływ ludności był większy od odpływu. Migracje wewnętrzne powodowały zatem wzrost liczby ludności tych województw. Pozostałe województwa na skutek migracji notowały ubytek liczby ludności. Najwięcej ludności utraciło województwo lubelskie, a w dalszej kolejności śląskie, podkarpackie, świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie – ten trend utrzymuje się od kilku lat.

2.8. Spadek liczby ludności

Najbardziej istotną charakterystyką obecnej sytuacji demograficznej Polski jest utrzymujący się od 2012 r. ubytek rzeczywisty ludności wynikający z kształtujących się na przestrzeni lat trendów zjawisk demograficznych przedstawionych powyżej. W latach 2012–2020 liczba ludności kraju zmniejszyła się o ponad 273 tys. osób (po obserwowanym wzroście w okresie 2008–2011), zaś największy ubytek nastąpił w 2020 roku (–118 tys. osób).

Wykres 9. Ludność Polski w latach 1946–2020



Zmniejszanie się liczby ludności dotyczy miast (Wykres 9, Tablica 2). Począwszy od 2000 r. maleje liczba mieszkańców miast i ich udział w ogólnej populacji, który obecnie stanowi 60% (w latach 1990 i 2000 – prawie 62%). Natomiast nieznacznie, ale sukcesywnie rośnie liczba ludności zamieszkałej na obszarach wiejskich. Zjawisko to wynika przede wszystkim z postępującego od 2000 r. kierunku przemieszczeń ludności z miast na wieś, najczęściej do gmin podmiejskich skupionych wokół dużych ośrodków miejskich. W 2020 r. stopa przyrostu rzeczywistego na wsi wyniosła 0,07% (przybyło ponad 10 tys. osób), a ubytek rzeczywisty w miastach –0,56% (–128 tys.).

Tablica 2. Ludność^a w wybranych latach

Wyszczególnienie	Ludność w tysiącach (stan w dniu 31.12)					Średnioroczne tempo przyrostu (ubytku) ludności w %				
	1990	2000	2010	2019	2020	1990	2000	2010	2019	2020
Ogółem	38073,0	38254,0	38529,9	38382,6	38265,0	0,22	–0,02	0,08	–0,07	–0,31
Miasta	23546,0	23670,3	23429,1	23033,1	22905,1	0,69	–0,13	–0,06	–0,15	–0,56
Wieś	14527,0	14583,7	15100,8	15349,5	15359,9	–0,53	0,14	0,31	0,04	0,07

a Dane zostały opracowane przy uwzględnieniu wyników spisów powszechnych: dla lat 1990 i 2000 – NSP 2002, od 2010 r. – NSP 2011.

Stale zmniejszanie się liczby ludności obserwowane jest od kilkunastu lat przede wszystkim w województwach: łódzkim, opolskim, lubelskim, śląskim, podlaskim, a od 2010 r. dołączyły do nich jeszcze świętokrzyskie i zachodniopomorskie. W 2020 r. ubytek jest notowany już w 14 województwach –

największy miał miejsce w woj. świętokrzyskim. Natomiast przyrost w pomorskim i mazowieckim, (Tablica 3). Wzrost liczby ludności w tych województwach dotyczył tylko terenów wiejskich (pomorskie – 0,95%, mazowieckie – 0,12%). Dodatni przyrost ludności wynika z wysokiego, dodatniego salda migracji, natomiast przyrost naturalny zanotowano w nich ujemny. Województwo mazowieckie notuje od lat najwyższe saldo stałych migracji wewnętrznych i zagranicznych (o natężeniu 2,2‰ w 2020 r.) oraz jedno z wyższych natężeń urodzeń. Przyrost ludności w tych województwach jest obserwowany od początku bieżącego stulecia.

Tablica 3. Ludność^a w wybranych latach według województw

Województwa	Ludność w tysiącach stan w dniu 31.12				Średnioroczne tempo przyrostu (ubytku) ludności w %			
	2000	2010	2019	2020	2000	2010	2019	2020
Polska	38254,0	38529,9	38382,6	38265,0	-0,02	0,08	-0,07	-0,31
Dolnośląskie	2912,2	2917,2	2900,2	2891,3	-0,17	0,04	-0,04	-0,30
Kujawsko-pomorskie	2067,8	2098,7	2072,4	2061,9	-0,05	0,02	-0,26	-0,50
Lubelskie	2206,2	2178,6	2108,3	2095,3	-0,13	-0,24	-0,44	-0,62
Lubuskie	1008,5	1023,2	1011,6	1007,1	0,05	0,10	-0,29	-0,44
Łódzkie	2627,8	2542,4	2454,8	2438,0	-0,36	-0,29	-0,47	-0,68
Małopolskie	3222,4	3336,7	3410,9	3410,4	0,35	0,36	0,30	-0,01
Mazowieckie	5115,0	5267,1	5423,2	5423,0	0,05	0,40	0,37	0,03
Opolskie	1070,6	1017,2	982,6	976,8	-0,34	-0,25	-0,39	-0,60
Podkarpackie	2101,4	2127,9	2127,2	2121,2	0,12	0,08	-0,09	-0,28
Podlaskie	1210,7	1203,4	1178,4	1173,3	-0,13	-0,12	-0,27	-0,43
Pomorskie	2172,3	2275,5	2343,9	2346,7	0,28	0,45	0,45	0,12
Śląskie	4768,7	4634,9	4517,6	4492,3	-0,37	-0,10	-0,35	-0,56
Świętokrzyskie	1302,7	1282,5	1234,0	1224,6	0,01	-0,32	-0,61	-0,76
Warmińsko-mazurskie	1427,5	1453,8	1422,7	1416,5	0,19	0,01	-0,44	-0,44
Wielkopolskie	3345,3	3446,7	3498,7	3496,5	0,17	0,32	0,14	-0,07
Zachodniopomorskie	1697,9	1723,7	1696,2	1688,0	0,06	-0,01	-0,28	-0,48

a Dane zostały opracowane przy uwzględnieniu wyników spisów powszechnych: dla 2000 – NSP 2002, od 2010 r. – NSP 2011.

Obserwowane w 2020 r. zmiany w liczbie i rozmieszczeniu ludności wpłynęły nieznacznie na gęstość zaludnienia – na 1 km² powierzchni mieszka 122 osoby; w miastach około 1032 (o 7 mniej niż w poprzednim roku), a na terenach wiejskich 53.

Należy podkreślić, że mieszkańców zyskują zwłaszcza tereny, na których są zlokalizowane rozwijające się największe wielofunkcyjne aglomeracje miejskie (obszary aglomeracyjne). Dotyczy to głównie rejonów: Warszawy, Trójmiasta, Poznania, Krakowa, aglomeracji bydgosko-toruńskiej, a także Wrocławia oraz – w mniejszym stopniu – powiatów otaczających Szczecin, Olsztyn, Białystok, Lublin, Rzeszów, Łódź i Zieloną Górę. Zatem, pogłębia się proces dezurbanizacji, co przede wszystkim należy wiązać z procesami tzw. „rozlewania się miast” i suburbanizacją – otaczające miasta tereny wiejskie w istocie stają się zurbanizowanymi obszarami miejskimi, nadal pozostając wsiami w sensie administracyjnym.

2.9. Zmiany w strukturze wieku ludności

W ogólnej liczbie ludności¹⁰ Polski – ok. 38265 tys. – kobiety stanowią niezmiennie prawie 52%; na 100 mężczyzn przypada ich 107 (w miastach 111, na wsi 101). Współczynnik feminizacji jest zróżnicowany ze względu na wiek; wśród ludności do około 48 roku życia występuje liczebna przewaga mężczyzn – w 2020 r. na 100 mężczyzn w tej grupie wieku przypadało niespełna 97 kobiet. Z kolei dla grupy osób w wieku 49 lat i więcej współczynnik feminizacji obecnie wynosi 125, przy czym w najstarszych rocznikach wieku (70 lat i więcej) na 100 mężczyzn przypada średnio 168 kobiet. Jest to wynik dłuższego trwania życia kobiet, ale na przestrzeni lat parametry te zmniejszają się, np. w 2010 r. współczynnik feminizacji dla wieku 70 i więcej lat wynosił 180. Wśród mieszkańców wsi przewaga liczebna kobiet następuje dopiero począwszy od wieku 65 lat, w miastach już od 42 roku życia – co z kolei jest skutkiem emigracji kobiet ze wsi do miast.

W wyniku procesów w zakresie ruchu naturalnego, migracji oraz wydłużania się trwania życia ludności mają miejsce istotne przekształcenia w strukturze ludności według wieku. Mediana wieku mieszkańców Polski wyniosła w 2020 r. prawie 42 lata, tj. o prawie 6 lat więcej niż w 2000 r. (Tablica 4). Wiek środkowy dla mężczyzn to ponad 40 lat, a dla kobiet 43 lata (w 2000 r. odpowiednio: ponad 33 i 37 lat). Mieszkańcy wsi są młodszy o 3 lata od osób mieszkających w miastach, gdzie mediana wynosi prawie 43 lata.

Tablica 4. Ludność^a w wybranych latach według grup wieku

Grupy wieku	Ludność (stan w dniu 31.12) w latach:									
	1990	2000	2010	2019	2020	1990	2000	2010	2019	2020
	w tysiącach					w %				
Ludność ogółem	38073	38254	38530	38383	38265	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mediana wieku	32,3	35,4	38,0	41,3	41,7	x	x	x	x	x
Biologiczne grupy wieku										
0–14 lat	9495	7294	5856	5888	5878	24,9	19,1	15,2	15,3	15,4
15–64 lata	24705	26234	27484	25547	25267	64,9	68,5	71,3	66,6	66,0
65 i więcej lat	3873	4726	5190	6947	7120	10,2	12,4	13,5	18,1	18,6
Ekonomiczne grupy wieku										
przedprodukcyjnym (0–17 lat)	11286	9333	7243	6949	6954	29,6	24,4	18,8	18,1	18,2
produkcyjnym (18–59/64)	21898	23261	24831	23026	22771	57,5	60,8	64,4	60,0	59,5
mobilnym (18–44)	15447	15218	15424	14461	14212	40,6	39,8	40,0	37,7	37,1
niemobilnym (45–59/64)	6452	8043	9407	8565	8559	16,9	21,0	24,4	22,3	22,4
poprodukcyjnym (60/65 lat+)	4889	5660	6456	8408	8540	12,9	14,8	16,8	21,9	22,3

a Dane zostały opracowane przy uwzględnieniu wyników spisów powszechnych: dla lat 1990 i 2000 – NSP 2002, od 2010 r. – NSP 2011.

W wyniku trwającej od początku lat 90. XX w. depresji urodzeniowej spowodowanej spadkiem płodności kobiet, miało miejsce – obserwowane do 2015 r. oraz w 2020 r. – obniżenie się liczby i odsetka dzieci (0–14 lat). Z kolei nieprzerwanie rośnie grupa osób w starszym wieku (65 lat i więcej) (Tablica 4).

W 2020 r. liczba dzieci w wieku poniżej 15 lat wyniosła prawie 5,9 mln (tj. o 10 tys. mniej niż rok wcześniej). Udział grupy 0–14 lat w populacji Polski wyniósł 15,4% (w 1990 r. dzieci stanowiły 1/4 populacji Polski, a w 2000 r. – prawie 1/5).

Natomiast niezmiennie rośnie grupa osób w wieku 65 lat i więcej – w 2020 r. zwiększyła się o 173 tys. osób do wielkości ponad 7,1 mln, co stanowi 18,6% ogólnej liczby ludności (w 1990 r. osoby starsze stanowiły 1/10 ludności). Wynika to z przesuwania do populacji w starszym wieku coraz liczniejszych roczników osób urodzonych w latach 50. ub. wieku. Z tego powodu od kilku lat zmniejsza się liczba osób w tzw. wieku dorosłym (15–64 lata),

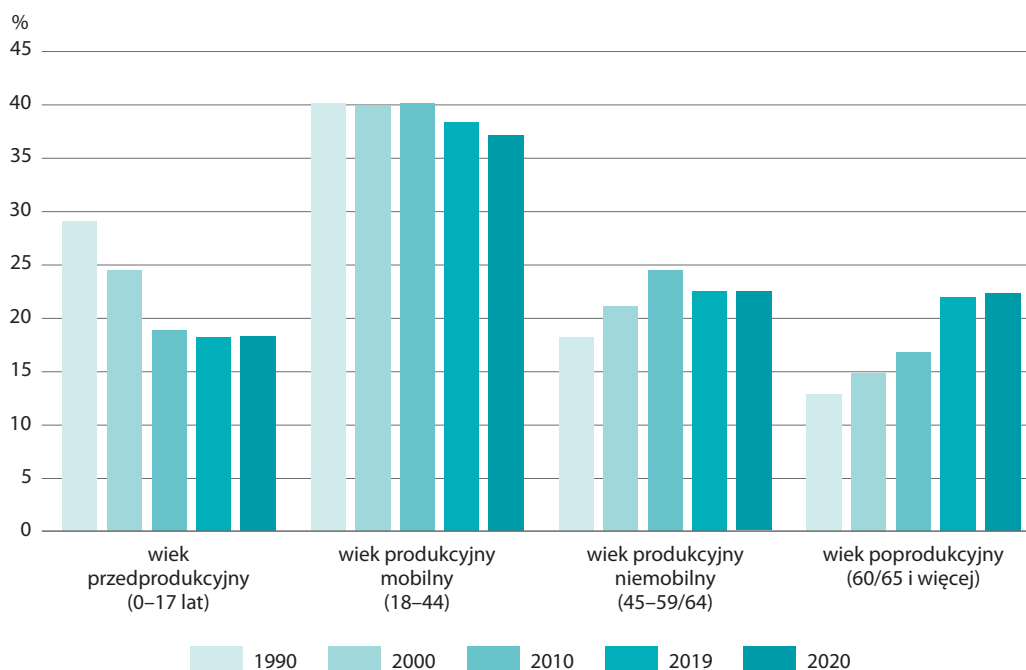
¹⁰ W prezentowanym bilansie liczby i struktury ludności uwzględnione zostały także osoby, które czasowo wyemigrowały za granicę. Jednocześnie w bilansie nie zostali uwzględnieni imigranci przebywający w Polsce czasowo – bez względu na formalno-prawny status ich pobytu oraz na okres przebywania w Polsce (patrz punkt 1 w Uwagach metodologicznych).

Podobne zmiany dotyczą ekonomicznych grup wieku (Wykres 10). Liczba dzieci i młodzieży (0–17 lat) zmniejszała się sukcesywnie do 2016 r. W 2019 r. wzrosła o 13 tys., a w 2020 r. o ok. 5 tys. do nieco ponad 6,9 mln. Nadal jest to o ponad 4 mln. mniej niż w 1990 r. oraz prawie 2,4 mln. mniej niż w 2000 r. Udział tej grupy w ogólnej liczbie ludności wynosi obecnie 18,2% (wobec 24,4% w 2000 r. i 29,6% w 1990 r.). Widać tu wyraźnie zróżnicowanie między miastem i wsią sięgające ponad 2 p. proc. Wśród ludności mieszkającej na wsi udział wynosi 19,5%, a w miastach 17,3%.

Istotne różnice występują także między województwami: najmłodsze, tj. o najwyższym udziale dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności – to mazowieckie, małopolskie, pomorskie i wielkopolskie (ponad 19%), a najniższy odsetek charakteryzuje woj. opolskie – 16%.

W latach 2000–2009 wśród ludności w wieku produkcyjnym obserwowano duże zmiany wynikające z wchodzenia w ten wiek osób urodzonych w okresie wyżu demograficznego z pierwszej połowy lat 80. ub. wieku. Intensywnie rosła zarówno liczebność, jak i udział tej grupy w ogólnej populacji. Od 2010 r. odsetek grupy osób w wieku produkcyjnym obniża się i w 2020 r. osiągnął poziom 59,5 %, tj. 22,8 mln – czyli o 255 tys. mniej niż rok wcześniej. Wynika to z procesu przesuwania się do grupy wieku poprodukcyjnego licznych roczników osób urodzonych w latach 50. XX w. (w okresie wyżu kompensacyjnego) oraz z coraz mniejszej liczebności 18–latków, zasilających wiek produkcyjny. Zahamowaniu uległ proces starzenia się zasobów pracy, tj. maleją zarówno liczba, jak i udział ludności w wieku produkcyjnym niemobilnym, której udział w 2020 r. wyniósł 22,4%. Obniża się także liczba i odsetek ludności w wieku produkcyjnym mobilnym, który w latach 1990–2014 oscylował wokół 40% – w końcu 2020 r. wyniósł 37,1%.

Wykres 10. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach



Regiony Polski nie są istotnie zróżnicowane pod względem odsetka potencjalnych zasobów pracy – różnica sięga niespełna 3 p. proc. Największym udziałem potencjalnych zasobów pracy wyróżniają się woj. opolskie, podkarpackie, podlaskie i warmińsko-mazurskie (prawie 61% ludności w wieku produkcyjnym w 2020 r.) oraz duże miasta i aglomeracje miejskie, a najmniejszym woj. łódzkie i mazowieckie (poniżej 59 %).

Przyspieszeniu ulega natomiast proces starzenia się ludności Polski. Wskazują na to tendencje zmian dotyczące udziału ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety – 60 i więcej, mężczyźni – 65 i więcej lat). W latach 2000–2020 liczba tej zbiorowości zwiększyła się o ponad 2,9 mln do wielkości 8,5 mln, a jej udział wzrósł w tym okresie z 15% do ponad 22%. W przypadku tej grupy wieku różnica udziałów w ogólnych populacjach miast i wsi wynosi aż 5,5 p. proc., tj. w 2020 r. w miastach zwiększył się do prawie 25%, a na terenach wiejskich do 19%.

Nieznacznie mniejsze jest zróżnicowanie regionalne – najstarsze w 2020 r. było woj. łódzkie z prawie 25% udziałem osób w wieku poprodukcyjnym, a najmniejszy odsetek osób starszych (20,7–20,8%) odnotowano w woj. małopolskim, pomorskim, podkarpackim i wielkopolskim.

W zwiększaniu liczby osób w wieku poprodukcyjnym istotny udział ma wzrost liczebności osób w sędziwym wieku (80 i więcej lat). W 2000 r. grupa osób w najstarszym wieku liczyła 774 tys. (2% ogółu ludności), a w 2020 r. już ok. 1,7 mln co stanowiło 4,4% całej populacji Polski – ponad dwukrotny wzrost wynika głównie z wydłużania dalszego trwania życia. Zdecydowanie więcej osób najstarszych mieszka w miastach, w 2020 r. stanowiły one 4,7% mieszkańców miast, natomiast 3,9% mieszkańców wsi. Także w tym przypadku występuje istotne zróżnicowanie terytorialne. Największy odsetek seniorzy stanowili w woj. opolskim, podlaskim i świętokrzyskim – ok. 5% w 2020 r., a także w woj. opolskim (4,9%) i łódzkim (4,8%) oraz lubelskim i mazowieckim (4,7%); najmniejszy ich udział notuje zaś woj. wielkopolskie – 3,7% oraz lubuskie (3,8%), warmińsko-mazurskie i pomorskie (3,9%).

Mężczyźni żyją znacząco krócej niż kobiety, stąd grupa osób w sędziwym wieku jest silnie zróżnicowana ze względu na płeć. Zbiorowość jest zdominowana przez kobiety, których udział to prawie 70% osób w sędziwym wieku (podobnie w miastach i na wsi). Wśród mężczyzn seniorzy stanowią niespełna 3% ludności, a wśród kobiet prawie 6%.

Miarą określającą relacje między poszczególnymi ekonomicznymi grupami wieku ludności jest współczynnik obciążenia, obrazujący liczbę osób w wieku nieprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym (Tablica 5). Współczynnik obciążenia rośnie od kilku lat – w 2020 r. wyniósł 68 wobec 55 w 2010 r., z kolei w 1990 r. wynosił aż 74. Dlatego też analizując zmiany wielkości obciążenia należy brać pod uwagę proporcje wskaźników cząstkowych – zdecydowanie istotniejsze niż wartość ogólnego współczynnika. Analiza wskaźników cząstkowych wskazuje na niekorzystne zmiany w obydwu grupach, tj. rozpatrywanych odrębnie relacji liczby osób w wieku przedprodukcyjnym do wieku produkcyjnego oraz liczby osób w wieku poprodukcyjnym do produkcyjnego.

Tablica 5. Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym

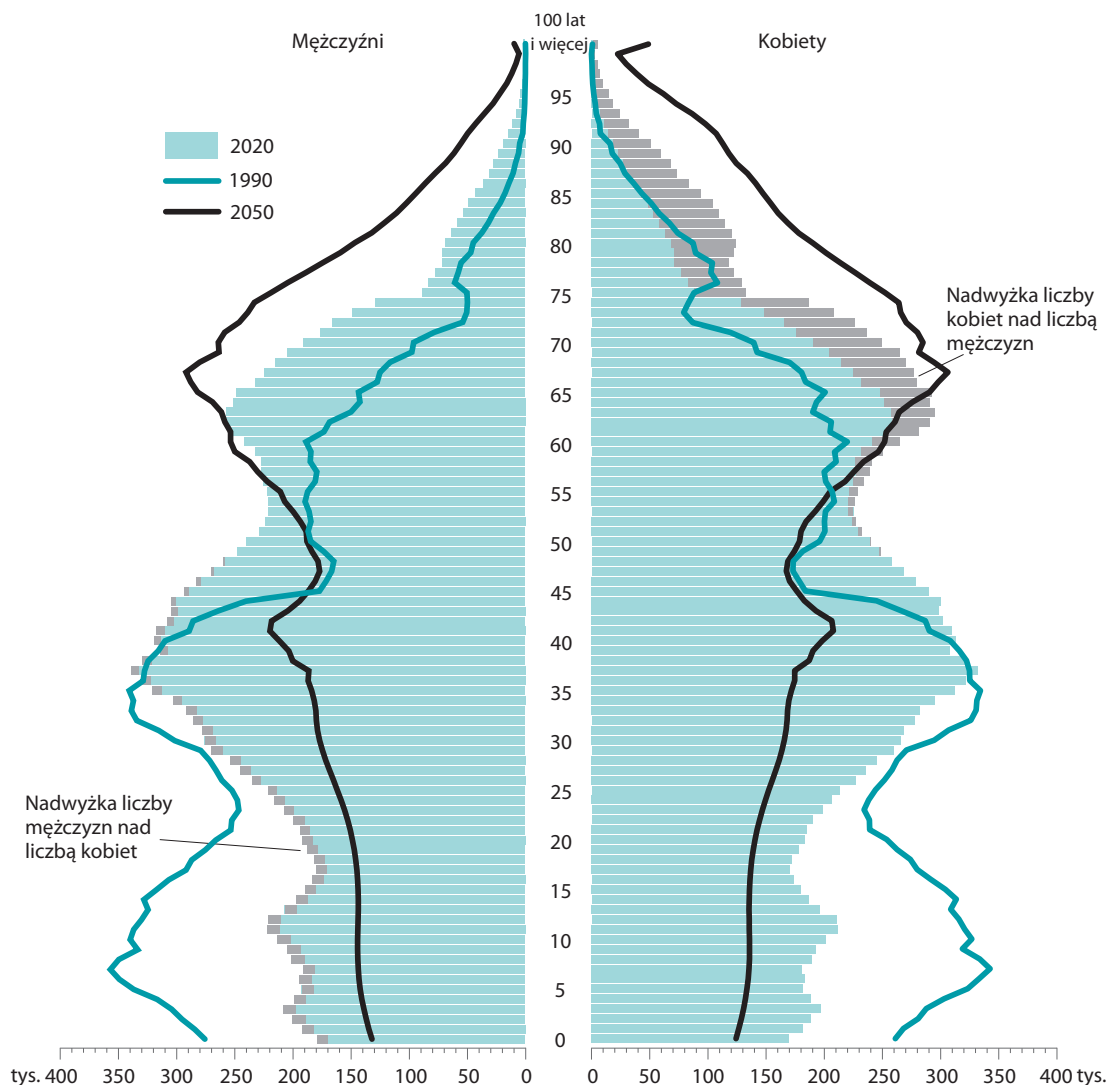
Wyszczególnienie	1990	1995	2000	2010	2019	2020
Ogółem	74	68	64	55	67	68
Przedprodukcyjny (0–17 lat)	52	45	40	29	30	31
Poprodukcyjny (60/65 lat+)	22	23	24	26	37	38

Wskaźnik dla osób w wieku przedprodukcyjnym od kilku lat pozostaje praktycznie bez zmian, natomiast rośnie dla wieku poprodukcyjnego. W 2020 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 31 osób w wieku przedprodukcyjnym, natomiast w wieku poprodukcyjnym – aż 38 osób. Oznacza to, że udział potencjalnych przyszłych zasobów pracy jest mniejszy niż udział tych, którzy rynek pracy już teoretycznie opuścili. Odwrócenie proporcji ma miejsce od pięciu lat; jeszcze w 2010 r. cząstkowe współczynniki kształtowały się na poziomie 29 i 26 – czyli były prawie równe, ale w latach wcześniejszych relacje były zdecydowanie korzystniejsze: w 2000 r. wynosiły 40 do 24, a na początku lat 90. XX w. – 52 do 22.

2.10. Podsumowanie

Przebieg obserwowanych procesów demograficznych wskazuje, że sytuacja ludnościowa Polski pozostaje w dalszym ciągu trudna. W najbliższej perspektywie nie można spodziewać się znaczących zmian gwarantujących stabilny rozwój demograficzny. Niski od ponad ćwierćwiecza poziom dzietności będzie miał negatywny wpływ także na przyszłą liczbę urodzeń, ze względu na zdecydowanie mniejszą w przyszłości liczbę kobiet w wieku rozrodczym. Z drugiej strony będzie powodować – przy stosunkowo długim trwaniu życia – zmniejszanie podaży pracy oraz coraz szybsze starzenie się społeczeństwa poprzez przede wszystkim wzrost liczby i udziału w ogólnej populacji ludności w najstarszych rocznikach wieku. (różnice w strukturze wieku ludności przedstawiono na piramidach wieku dla lat 1990, 2019 i 2050 – wykres 11).

Wykres 11. Piramidy wieku ludności w latach 1990, 2020 i prognoza na 2050 rok



Proces starzenia się ludności Polski jest zróżnicowany regionalnie – obecnie przedstawicielem najmłodszej struktury wieku jest województwo pomorskie. Miary w zakresie starzenia się populacji są tam najbardziej korzystne, np. w 2020 roku mediana wieku mieszkańców wyniosła 40 lat, a odsetek dzieci i młodzieży to prawie 20% (dla przypomnienia parametry dla Polski to – odpowiednio – prawie 42 lata i 18%). Bardzo zbliżona struktura wieku cechuje także woj. małopolskie i wielkopolskie. Z kolei województwami charakteryzującymi się najmniej korzystnymi parametrami struktury wieku ludności są opolskie, świętokrzyskie i łódzkie, gdzie wiek środkowy to ponad 43 lata, a odsetek ludzi młodych to 16–17% w stosunku do 23–25% osób w wieku poprodukcyjnym – bardzo podobne pod tym względem są także województwo śląskie i dolnośląskie.

Analiza zmian wskaźników dla poszczególnych województw wskazuje, że na przestrzeni minionego ćwierćwiecza najszybsze tempo starzenia ludności miało miejsce w woj. opolskim oraz zachodniopomorskim i śląskim. Proces pogorszenia wskaźników był jednym z najszybszych także w woj. warmińsko-mazurskim – chociaż nadal pozostaje ono jednym z najmłodszych województw. Z kolei najmniej od 1990 roku zmieniły się parametry demograficzne dla województw: mazowieckiego, wielkopolskiego, lubelskiego, a nawet łódzkiego – którego mieszkańcy obecnie są okreśani jako najstarsi w Polsce.

Przewiduje się, że przez kolejne trzy dekady tj. do 2050 roku proces starzenia najsilniej dotknie województwa podlaskie i opolskie, tj. w latach 2020–2050 odsetek osób starszych (65 lat i więcej) zwiększy się w nich w największym stopniu. Proces starzenia najłagodniej będzie przebiegał w województwie pomorskim i mazowieckim. Najmłodszymi regionami w 2050 r. będą pomorskie, wielkopolskie, mazowieckie oraz małopolskie – czyli województwa z silnym rynkiem pracy oraz zapleczem naukowo – badawczym i akademickim. Najstarszym pozostanie województwo opolskie, a także świętokrzyskie, podlaskie i lubelskie.

Wyniki prognozy wskazują, że do 2050 r. liczba ludności Polski zmniejszy się o 4,4 mln. osób (dla przypomnienia – od 1990 roku zwiększyła się o około 310 tys.). Największy wpływ na ten stan rzeczy będzie miała umieralność (przewiduje się, że w 2050 r. liczba zgonów sięgnie blisko 430 tys.). Będzie to konsekwencją między innymi tego, że w wiek największej umieralności systematycznie będą wchodzić roczniki należące do wyżu demograficznego z drugiej połowy lat 50. XX wieku – czyli obecni około 60-latkowie. Natomiast wiek emerytalny zaczną osiągać obecni 30/40-latkowie. Mediana wieku ludności wyniesie ponad 52 lata, czyli o ok. 11 lat więcej niż obecnie, co oznacza, że ponad połowa mieszkańców Polski będzie miała ponad 50 lat.

Prognoza nie przewiduje wzrostu liczby urodzeń, co prawda zakłada wzrost współczynnika dzietności, ale liczebność potencjalnych matek (obecnie są to kilkuletnie dziewczynki) spowoduje, że liczba urodzeń będzie stosunkowo niska (ok. 255 tys. w 2050 r.). Najbardziej zmniejszy się liczba mieszkańców woj. opolskiego oraz świętokrzyskiego, najmniej mazowieckiego, pomorskiego i małopolskiego.

Należy mieć na uwadze, że w przypadku województw struktura wieku ludności jest kształtowana – obok urodzeń i zgonów – także poprzez migracje; przede wszystkim wewnętrzne (wewnątrz krajowe), ale także zagraniczne. Ludzie młodzi wyjeżdżają z domu rodzinnego na studia, następnie znajdują pracę w dużych miastach/aglomeracjach i tam najczęściej osiedlają się zakładając rodziny. Opracowywanie prognozy ludności i przewidywanie na kolejne lata poziomu urodzeń i zgonów opiera się na analizie dotychczasowych trendów rozrodczości, umieralności oraz migracji. Określenie poziomu migracji jest jednak niezmiernie utrudnione, ponieważ przemieszczenia ludności są procesem bardziej złożonym, żywiołowym i przez to nieprzewidywalnym.

Proces starzenia się ludności postrzegany w wymiarze jednostkowym i społecznym stawia trudne wyzwania o wielopłaszczyznowym wymiarze, a więc nie tylko w sferze ekonomicznej, lecz i psychologicznej, medycznej, socjalnej. Polska, dla której prognozy są obecnie niesprzyjające, będzie musiała zmierzyć się ze wszystkimi problemami wynikającymi z niekorzystnych dla niej trendów demograficznych. Dotyczy to także poszczególnych województw – szczególnie tych o najstarszej strukturze wieku mieszkańców, w których dodatkowo proces starzenia będzie się najbardziej pogłębiał.

Part I. Demographic situation in Poland up to 2020

The demographic trends which have been observed for nearly 30 years show that the situation of the Polish population is difficult. In the nearest perspective, we cannot expect any significant changes guaranteeing the stable demographic development. The fertility rate, which is still low, will continue to have a negative impact on the future number of births, due to the much lower number of females of reproductive age in the future. On the other hand, along with the positive phenomenon, i.e. the relatively long life expectancy, it will lead to a decrease in the labour supply and the faster ageing of the population through, first of all, the increased number and share of the oldest population group in the total population.

1. Population and vital statistics in 2020

The demographic situation in Poland in 2020 was influenced by the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus. By the end of 2020, the population of Poland was 38 million 265 thousand people, i.e. about 118 thousand less than in the end of 2019. The annual population loss rate in the past year amounted -0.31% , which means there was 31 people less per each 10 thousand Polish inhabitants, while in 2019 there was loss rate -0.07% ¹¹.

The pandemic had a particular impact on the course of demographic phenomena in 2020, deepening the unfavorable trends observed during previous 7 years. Population is decreasing starting from 2012, except for a slight increase – by almost 1 thousand – in 2017. The changes in the population in recent years are mainly due to the natural increase, which remains negative since 2013 (Chart 1).

The unfavorable mortality situation with at the same time the very low birth rate in 2020 caused record low level of natural increase. Its negative value was more than three times higher than in 2019 when a decrease was recorded at the level of 9 people per 10,000 population. For comparison, in the period of the baby boom in the 1950s, for every 10,000 people there were about 200 people, while in the 1980s – about 100.

Table 1. Population, vital statistics and migration in 2019 and 2020^a

Years	Population (31.12)	Live births	Deaths		Natural increase	Marriages	Divorces	Net international migration
			total	of which infant				
In thousands								
2019	38383	375.0	409.7	1.4	-34.8	183.4	65.3	6.2
2020	38265	355.3	477.4	1.3	-122.0	145.0	51.2	4.5
Rates per 1000 population								
2019	-0.1 ^b	9.8	10.7	3.8 ^c	-0.9	4.8	1.7	0.2
2020	-0.3 ^b	9.3	12.4	3.6 ^c	-3.2	3.8	1.3	0.1

^a Detailed data and further past time series can be found in tables in the Annex. ^b Annual increase/decrease in %. ^c Per 1000 live births.

In 2020, 355 thousand live births were registered, i.e. by almost 20 thousand less than in 2019; the birth rate decreased by 0.5 promile point (prom. p.) to 9.3‰. At the same time, the number of deaths increased – over than 477 thousand people died, i.e. by more than 68 thousand more than in the previous year. The death rate was 12.4‰ (when compared to 10.7‰ in 2019). Thus, in 2020 the natural decrease was recorded – the number of births was by over than 122 thousand lower than the number of deaths. Natural growth rate (per 1000 population) was -3.2 compared to $-0.9‰$ in 2019.

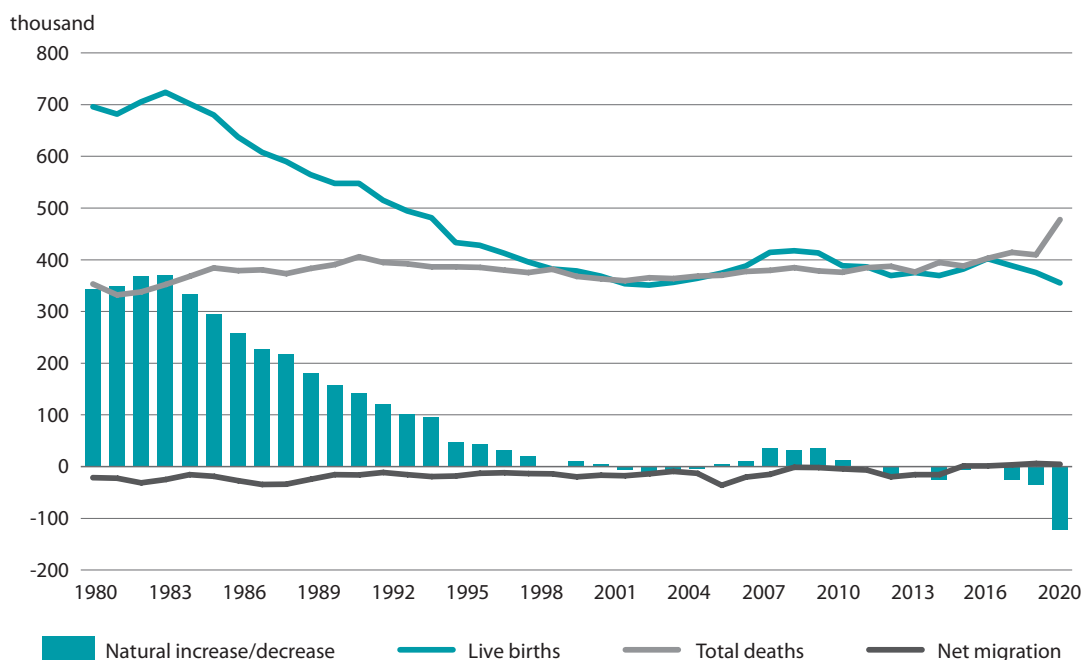
¹¹ The values for basic phenomena and demographic indicators in retrospect (years 1950–2020) are included in Annex in Table I, while those concerning 2020 for the voivodships – in Table II.

In 2020, more than 145 thousand new marriages were contracted – by 38 thousand less than the year before; the marriage rate was at the level of 3.8‰. The number of divorced also decreased – over than 51 thousand married couples were divorced and this number is by more than 14 thousand less than in 2019; the divorce rate was lower by 0.4 prom. p. and amounted to 1.3‰. Noticeable declines in the number of marriages, divorces and separations could be the result of restrictions implemented at the end of March 2020 in connection with COVID-19, including sanitary restrictions (e.g. regarding the organization of weddings) and the limited activity of courts, and thus the cancellation of divorce and separation cases.

2. Demographic changes up to 2020

The decreased number of births, recorded in 2020, confirms that Poland enter the period of another demographic crisis (which had already temporarily occurred in the years 1997–2007), but the current one may be a longer trend (Chart 1). The grounds for formulating such an argument are provided by the following trends with regard to factors shaping changes in the number and structure of the Polish population, i.e. births, mortality, life expectancy, contraction and dissolution of marriages and migration.

Chart 1. Vital statistics and migration in 1980–2020



2.1. Births and fertility

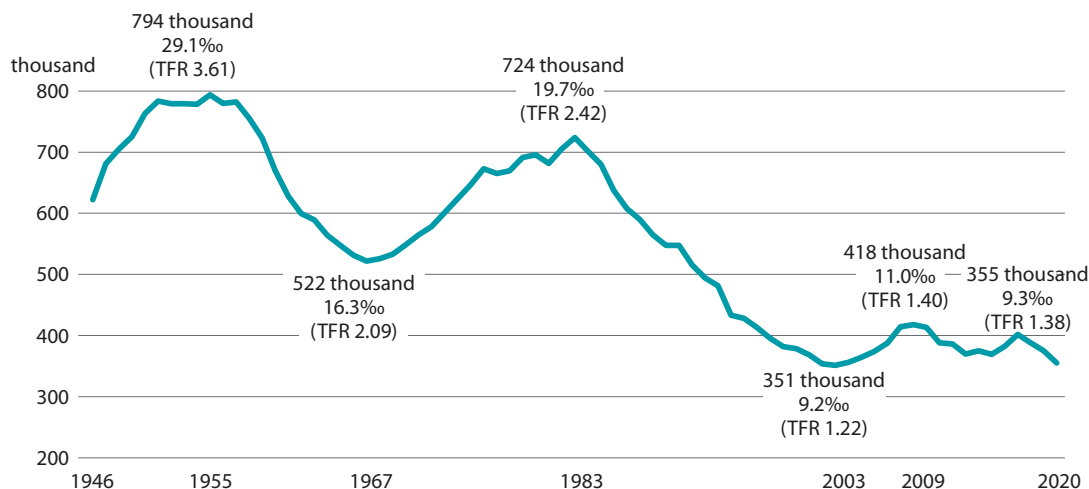
Births are a key factor influencing the number and structure of the population. In order to ensure the stable demographic growth of the country, in a given year – per every 100 females aged 15–49, there should be, on average, at least 210–215 of children born, currently there are about 138. This situation is mainly due to the fact that young people postpone their decision on setting up a family (this process was initiated in the 90s of the 20th century) and then – on having the lower number of children or even on living a single life¹².

The state of birth depression has been lasting for almost 30 years – since 1990, the fertility rate (TFR) is below 2, which means it does not guarantee the simple substitutability of generations (Chart 2). Year by year, the number of births was decreasing and since 1998, it has not reached the level of 400 thousand

¹² „Demographic situation in Poland up to 2017. Births and fertility”, Part II, Chapter 3, page 51 <https://stat.gov.pl/en/topics/population/population/demographic-situation-in-poland-up-to-2017-births-and-fertility,8,1.html>.

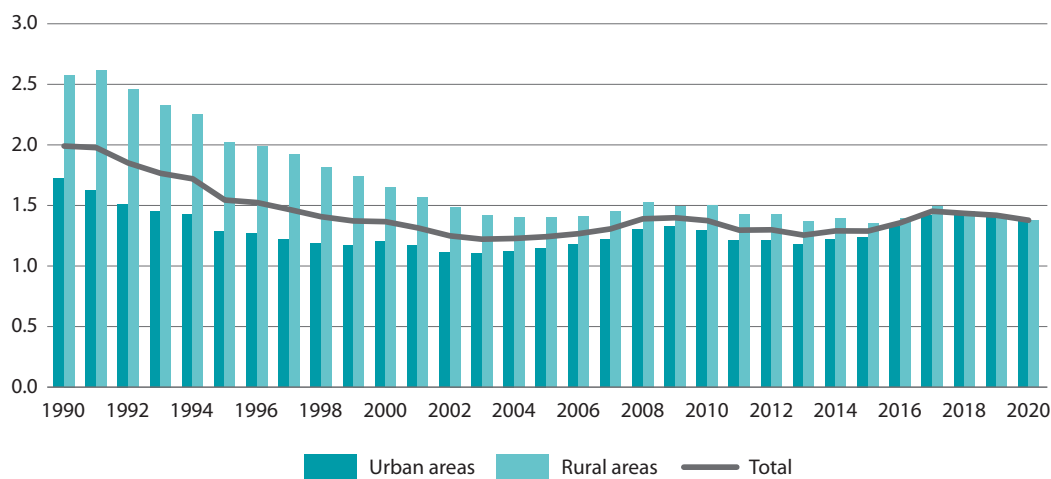
(except for the years 2008–2010 and 2017 when it increased). In 2003, only 351 thousand children were born – this was the lowest number in the post-war period, and the birth rates (9.2‰) and fertility rates (1.22) reached the lowest ever recorded values. In 2019 375 thousand live births were registered, and in 2020, the number of live births decreased, when compared to the previous year, by 20 thousand and amounted to 355 thousand. The birth rate and fertility rate also decreased when compared to the previous year, and have amounted 9.3‰ and 1.378, respectively.

Chart 2. Live births in 1946–2020 – explosions and declines



There are relatively more children born in rural areas – in 2020, the birth rate was at the level of 9.6‰ and in urban areas it was 9.0‰. The highest level of live births is in the voivodships associated with the areas of the largest, developing urban agglomerations (Pomorskie, Mazowieckie and Małopolskie, Wielkopolskie – the rate in 2020 was between 10.3–10.4‰). This is determined by the relatively younger age structure of residents and corresponds to the spatial range of actual increase of population. In turn, the lowest level of births is recorded in the Świętokrzyskie voivodship (7.7‰ in 2020) and in the Opolskie and Zachodniopomorskie voivodships (8.1‰).

Chart 3. Total fertility rate 1990–2020

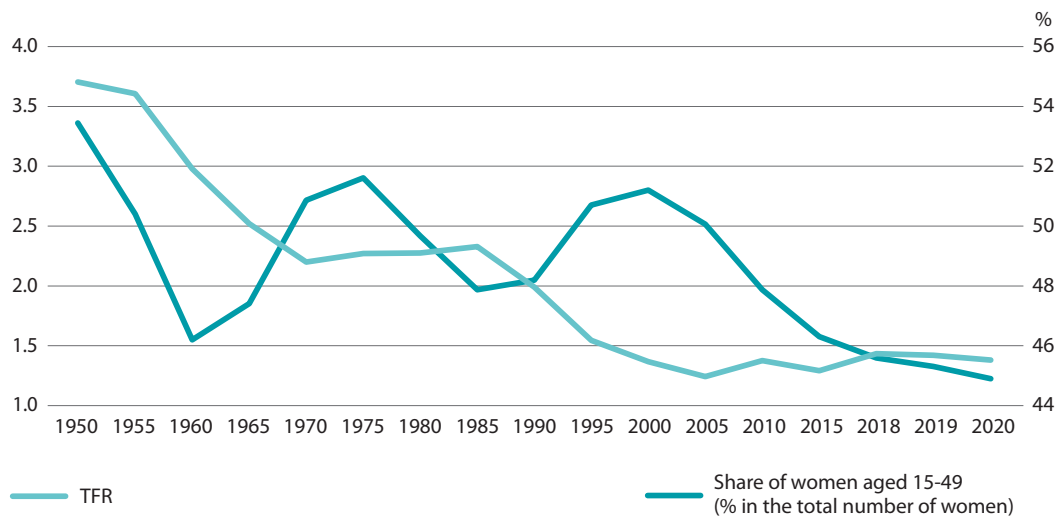


Currently, the fertility rate in urban and rural areas is very similar, but traditionally higher in rural areas – in 2020, it amounted there to 1.377, and in urban areas – 1.375 (Chart 3).

It is worth noting that we should not expect the return to the high fertility rate being much above 2. However, the low fertility rate continued for a long time may pose a risk of entering the so-called low fertility trap and leaving this trap is very difficult. Only in four voivodships, the rate is higher than the national one – the highest value of the fertility rate is in the Pomorskie and Mazowieckie voivodship (in 2020, it was 1.53) and Wielkopolskie voivodships (1.51), the fourth of them is the Małopolskie voivodship (1.45); the lowest rate is in the Świętokrzyskie voivodship (1.18) and Opolskie voivodship (1.23). The territorial differentiation is similar as in the birth rate and has been maintained for years.

The current number of births is dependent on the number of females of reproductive age (15–49 years) and on its structure, another element having a significant impact on the number of births are procreative attitudes and behaviour of the population. The growing and significantly high number of females of reproductive age may seem to be a sufficient guarantee for the high number of births or its increase (Chart 4). Unfortunately, this is not the case, because another element having a significant impact on the number of births are procreative attitudes and behaviour of the population. A measurable indicator of this behaviour – the pattern of fertility – is the size of partial fertility rates, ie. the birth rate in the individual years of the age of mothers in a given year. The values of these partial indicators are not dependent on the size of the population or on its structure by age – they reflect the procreative behaviour in a given period forming the theoretical fertility rate (TFR = total of partial fertility rates).

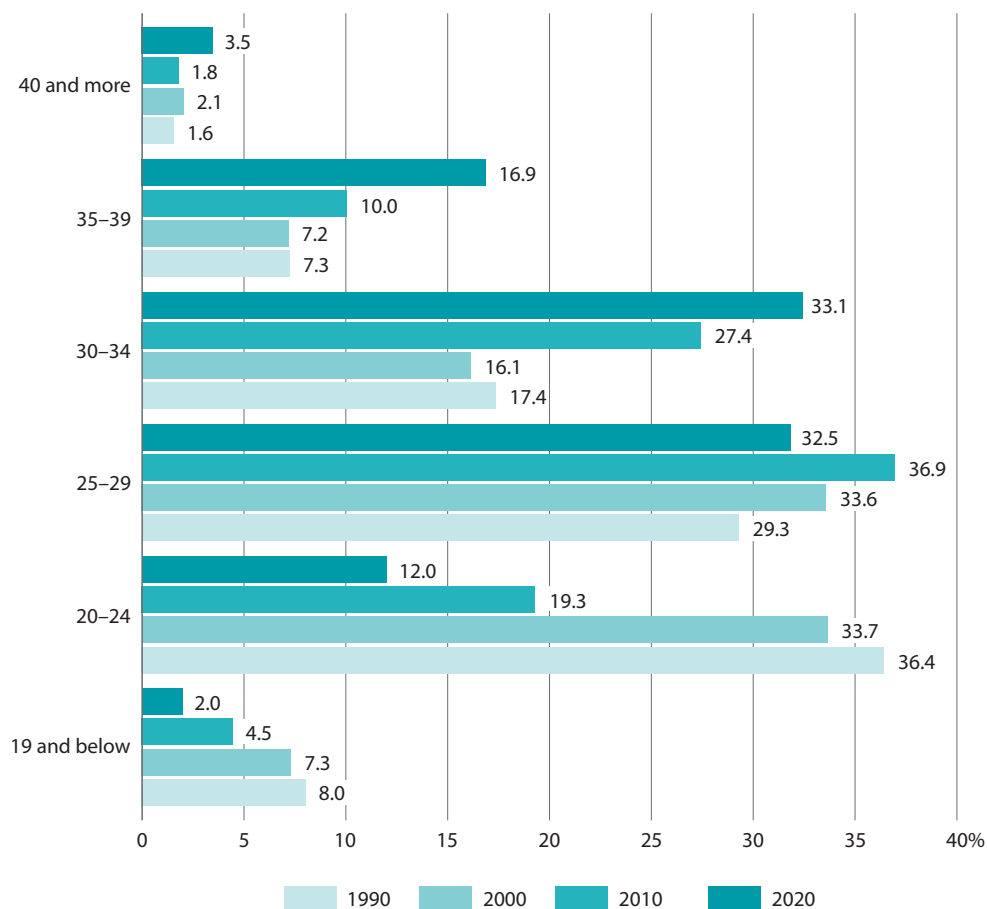
Chart 4. Female in reproduction age and TFR



Changes observed after 1990 resulted in a shift in the highest fertility rate of females from the group of 20–24 to the group of 25–29, and now also to the group of 30–34. The significant increase in the fertility rate also takes place in the oldest age groups. In the years 1990–2020, the share of mothers aged at least 30 years doubled and they account for 53% of females who gave birth to a child in 2020 (Chart 5).

Changes in the pattern of fertility shape the average age of mothers at the time of giving birth. As a consequence of the increased fertility rate in older groups of reproductive age, the median age of females giving birth to a child was increased, it was 31 years in 2020 when compared to about 26 years in 2000 and 1990. During this period, the average age of giving birth to the first child also increased by nearly 5 years – in 2020, it was 29 years.

Chart 5. Live births by mother's age 1990–2020 (in %)



The structure of the educational level of mothers also changed. The greatest changes apply to higher education and then primary education. In 2019, as many as 51% of females giving birth to a child had higher education, i.e. more than eight times more than in the early 90s of the 20th century when that share was 6% (in 2000 – 13%). On the other hand, the percentage of females with primary education and without education decreased six times – from 18% in 1990 to almost 3% currently (in 2000 – 14%).

The number of illegitimate births is still increasing. Currently, every fourth child is born outside of marriage, and since 2000, this share has increased more than twice (at the beginning of the 90s, it was 6–7%). The percentage of children born from extramarital relationships is higher in urban areas and is 30%, while in rural areas it is 22%. The highest share of illegitimate births is recorded in the voivodships of western Poland, and, above all, in the Zachodniopomorskie and Lubuskie voivodships (42% in each in 2020) while the lowest in southern Poland – in the Podkarpackie and Małopolskie voivodships (14% and 15%).

2.2. Deaths and mortality

The intensity of deaths in Poland does not change substantially up to 2019 – it grows, but the growth rate was low and relatively stable.¹³ In 2020, there was a sharp increase in the number of deaths – more than 477 thousand people died. The higher death rate in 2020 compared to previous years mostly comes from COVID-19 pandemic. Deaths caused directly by coronavirus constitute about 60% of noted mortality increase. The death rate in 2020 was 12.4, i.e. by 7.7 prom. p. higher than in 2019.

¹³ More information about the trends regarding the mortality is included in the second part of the publication, dedicated to this issue only.

Among the total number of deaths, there were almost 52% of males. The median age of the deceased was 77 years (for males 72 years, for females 83 years), while in 2000 it was, respectively: 73 years, 69 years and 78 years.

The level of mortality is now higher in urban areas (in 2020, it was 12.8‰) than that observed in rural areas (11.9‰), and it also demonstrates considerable regional diversifications. The regional range of differentiation in 2020 was from 10.9‰ in the Pomorskie voivodship to 14.6‰ in the Łódzkie voivodship. High mortality is also observed in the Świętokrzyskie – 14.1‰.

The most common reason of deaths – were diseases of the circulatory system and neoplasms, they were reason of nearly 70% of deaths in Poland. An adverse phenomenon is the growing, year by year, number of diseases and deaths caused by neoplasms; in the early 90s of the 20th century, malignant neoplasms were the cause of less than 20% of all deaths and, in 2019, almost 25%. In contrast, the share of deaths caused by circulatory system diseases decreases, from 52% in 1990 to approximately 39% at present. Other important causes of death are respiratory system diseases, whose share is growing, and also injuries and poisonings causing 5–7% of all deaths.

The decrease in the infant mortality rate has a positive impact on the total mortality rate. In 2020, 1.3 thousand children below 1 died. The rate expressing the number of infant deaths per 1,000 live births was about 4‰. In 2020, it decreased by 0.2 points, and amounted to 3.6 ‰ (against 8.1 ‰ in 2000 and 19.4 ‰ in 1990).

The decrease in the infant mortality rate, as well as the relatively low number of stillbirths, result in decreased perinatal mortality, the rate of which is currently about 5.3‰ when compared to 19.5‰ in 1990 (in 2000, it was 9.7‰). Perinatal mortality is one of the factors determining the health condition of the population, alongside the overall intensity of deaths and life expectancy parameters.

2.3. Life expectancy

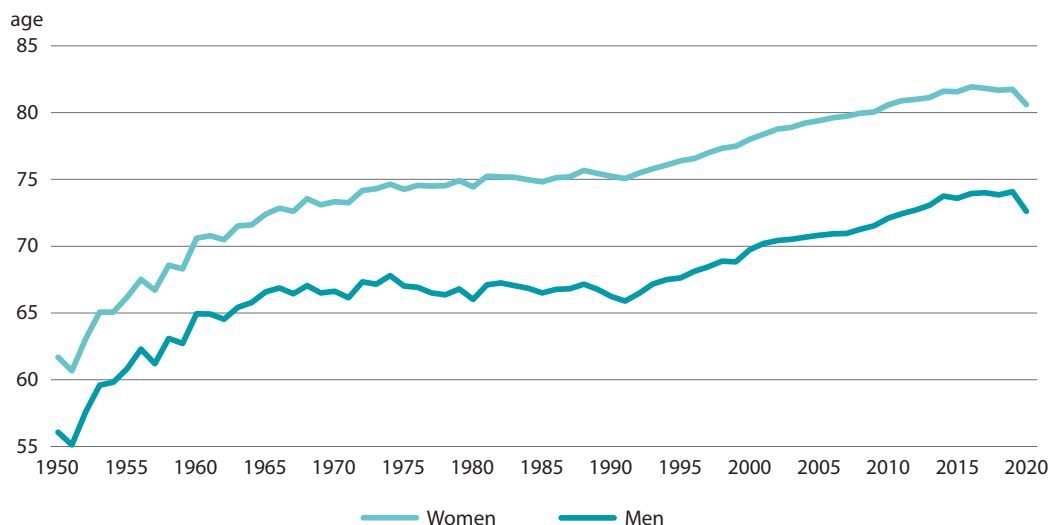
Over the past several decades (from 1993), the life expectancy of men has increased by 7 years and women by 6 years (Chart 8). Extending the life expectancy of Poles for many years resulted mainly from the decline in infant mortality, however the decline in the intensity of deaths among older people is becoming more and more important in recent years.

As the result of the COVID-19 epidemic and increased number of deaths related to it, life expectancy in 2020, compared to 2019, was reduced by 1.5 years for men and by 1.1 years for women (Chart 8). Boy born in 2020 has before him on average 72.6 years of life (if mortality conditions from 2020 remained) and the girl 80.7¹⁴.

As in other countries, the shorter life expectancy of men results from the phenomenon of higher mortality among men, which is observed in all age groups, but the difference decreases with age. Men living in cities live little longer than those living in the countryside – in 2020 their average life expectancy was 72.9 years in urban and 72.1 in rural areas, much shorter than in the previous year. However, the average life expectancy of women is more similar in both areas (80.8 years in urban and 80.6 in rural areas).

¹⁴ Potyra M., Góral-Radziszewska K., Waśkiewicz K., Kuczyńska K. [2021] Life expectancy tables of Poland 2020, „Analizy Statystyczne”, Statistics Poland, Warsaw, <https://stat.gov.pl/en/topics/population/life-expectancy/life-expectancy-tables-of-poland-2020,2,14.html>.

Chart 6. Life expectancy in 1950–2020



Life expectancy is geographically diverse, but voivodships characterized by the longest and shortest average duration of life of their inhabitants are partly the same in the case of both men and women. The longest duration of life is characteristic for the male population of the Małopolskie and Podkarpackie voivodships (in 2020 these parameters were respectively 73.8 years and 73.7) and for women in Podlaskie and Podkarpackie (respectively 81.9 and 81.8). In turn, the shortest duration of life is characteristic for the inhabitants of the Łódzkie (men: 71.1 years; women: 79.6 years). Additionally, for men short life expectancy is observed in lubuskie (71.8 years), and for women short life expectancy is observed in Śląskie (80 years), Lubuskie (80 years) and Kujawsko-pomorskie (80.4 years).

A more comprehensive interpretation of life expectancy data allows analysing them in connection with the state of health. The indicator of healthy life expectancy computes for a given person (of a specific sex and age) the average number of years of life without disability. Thus, this indicator adds a qualitative dimension to the expected number of years of life and allows to observe whether a longer life means at the same time a longer life in good health.

According to Statistics Poland¹⁵, healthy life expectancy in Poland was 77% of life expectancy for women, and 80% for men. This means that for women – out of the life expectancy of 81.8 years expected in 2019 – the first nearly 63.3 years is a period without limitations due to disability. For men, this is 59.7 years in health with predicted nearly 74.1 to survive. However, with age, these rates are reduced and the percentage of remaining life without disability begins to decrease. For example, a man who was 65 years old in 2019 may expect that about half (49%) of his further life will be in good health (ie, 7.8 years), and a woman – 42% (8.5 years).

In Poland, there is a large spatial differentiation of healthy life expectancy. In 2019 people living in the Wielkopolskie voivodeship have the longest duration of healthy life, where for men (at birth) this value is estimated at 61.4 years, and for women – 64.5 years. These results significantly exceed the corresponding results at the national level. The shortest healthy life expectancy for males is observed in the Łódzkie Voivodeship (58.7 years), while for females in the Śląskie Voivodeship, where it is only 62.4 years. Inhabitants of the voivodships of western Poland live bigger part of their lives without disabilities (i.e. the proportion of healthy life expectancy at birth to the average life expectancy is higher there) compared to voivodships in the east of the country.

¹⁵ Góral-Radziszewska K., Waśkiewicz K., Potyra M., Kuczyńska K. [2020] Healthy Life Years in Poland in 2009–2019, „Analizy Statystyczne”, Statistics Poland, Warsaw, <https://stat.gov.pl/en/topics/population/life-expectancy/healthy-life-years-in-poland-in-20092019,3,1.html>.

According to Eurostat^{16,17} results for 2019, among the countries of the European Union, the most beneficial proportions of life expectancy in health in relation to the entire predicted period of life were observed for residents of Sweden, Bulgaria and Malta. For men in these countries, about 90% is a life without disability, but for Swede they are 73.8 years of expected 81.5 years, and for Bulgarian 64.4 years in health from the predicted 71.6 years of life. On the other hand, in Malta, men are expected to live 89% of their lives without disabilities (72.9 years out of 81.9 years of life). Among women, the percentage of healthy years is lower and amounts to 86% in Malta, that is 73.5 years in health of 84.6 years of life and in Bulgaria the rate was also at the same level – 86% – but, like in case of men, the whole life expectancy is much shorter and is 78.8 years, and in health – 68.4 years. While for Sweden the percentage of healthy life is 85, that is 72.7 healthy years of 84.8 years of life.

The least favourable proportions are for women in Finland – 64%, or 54.8 in health of 84.8 years and Latvia – 67%, or 54.1 in health of 80.1 years of life. Among men, the lowest percentages of healthy life years are recorded for Austrians (71%), Finnish (72%) and Estonians (72%), which is respectively: 56.7, 57.7 and 53.9 years in health.

Analysing the number of years, the shortest healthy life expectancy in 2018 was for Latvians women – 54.1 years and the longest was for women in Malta – almost 20 years more. In case of men – the Latvians have the shortest – 52.2 years (the indicator is 73%), and Swedes the longest – almost 23 years more (index – 90%).

Similarly as in the case of other demographic phenomena, life expectancy parameters do not change rapidly from year to year, the change process lasts at least a few years. Thus, the data presented.

2.4. Formation and dissolution of families

The number of new marriages and their solidity, as an element of demographic development, have direct impact on its changes, because fertility rate of women in Poland is determined, inter alia, by the number of marriages¹⁸. Despite the steady increase in the number of births from informal relationships, still almost $\frac{3}{4}$ of the children are born in marriages. Additionally, it should be noted that more than half of the children are born during the first three years of marriage, which means that an increase in the number of newly contracted marriages results – in next 2–3 years – in an increase in the number of births.

Unfortunately, we are also facing an unfavourable tendency in the family creation processes – since 2013, the number of newly contracted marriages has been below 200 thousand – in 2020, there were 145 thousand new marriages registered (the largest number in the current century – 258 thousand – was recorded in 2008). Annually, the courts pronounce – on average – approx. 65 thousand divorces (after the peak in 2006, when there were almost 72 thousand), in 2020, due to the pandemic and limited work of courts, only 51 thousand divorces and 0.7 thousand separation were issued.

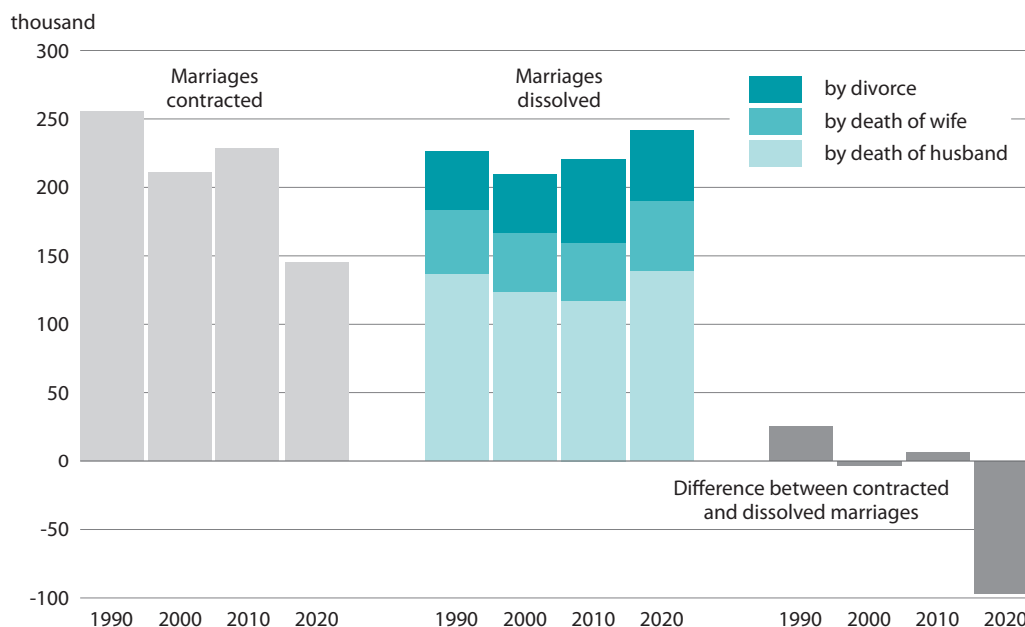
In consequence – since 2011 – there has been a decrease in the number of existing marriages i.e. each year the number of newly contracted marriages is lower than the number of marriages dissolved due to death of a spouse or divorce. At the end of 2020 Poland had 8759 thousand married couples – almost 97 thousand less than a year earlier. It should be emphasised that in the 1990s and at the beginning of this century, divorces constituted the cause of dissolution of 1/5 of marriages per year, currently it is almost 30% (Chart 7).

¹⁶ Healthy life years, Eurostat database, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en>, (access 27.07.2021).

¹⁷ Life expectancy, Eurostat database, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en, (access 27.07.2021).

¹⁸ „Demographic situation in Poland up to 2018. Families creation and dissolution”, Part II <https://stat.gov.pl/en/topics/population/population/demographic-situation-in-poland-up-to-2018-families-creation-and-dissolution,8,2.html>.

Chart 7. Balance of marriages in 1990–2020

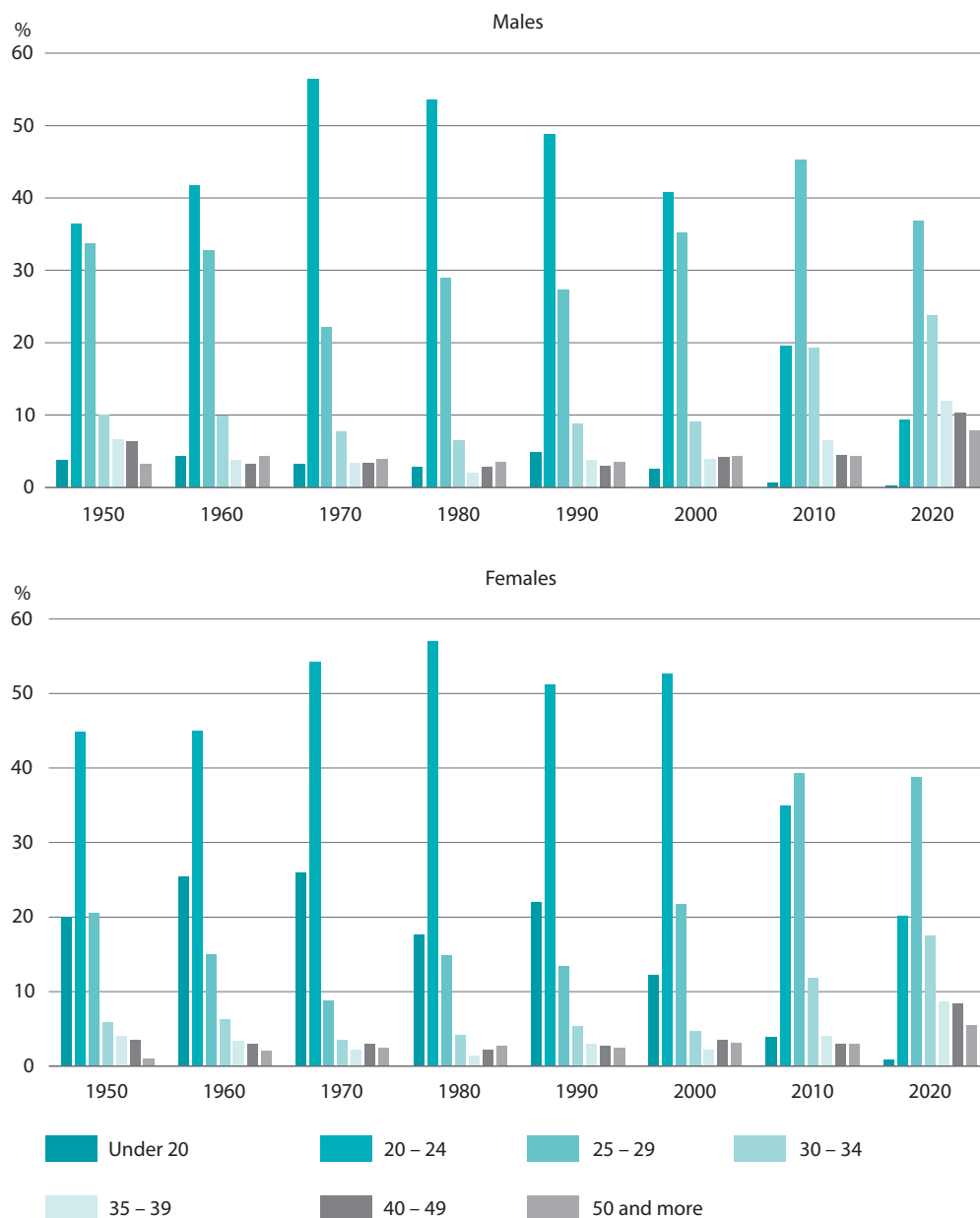


During the last years, marriage contracting rate in Poland have not exceeded 5‰, in 2020 was amounted to 3.8‰. Frequency of contracting marriages in urban and rural areas is similar; in terms of voivodships – the highest rates are observed in Małopolskie voivodship (4.2‰ in 2020), while the lowest: Opolskie, Świętokrzyskie and Warmińsko-mazurskie (3.4‰ in 2020).

Among all contracted marriages – for years – the share of first marriages remains almost unchanged (approx. 77% in 2020, in rural areas approx. 81%). However, a decrease is still observed in the intensity of marriages contracted in younger age groups, which should be associated with delaying the decision on contracting marriage, being in an informal relationship or decision on remaining single.

The choices made by the young people, who, while planning future, first invest in themselves – in education, work – then in a family, result in an increase in the age of bridegrooms and brides (Chart 8). In 2020, median age of a men contracting marriage was almost 31 years and women over 28 years – in the case of both sexes it is almost 5 years more than in 2000. The youngest grooms live in voivodships of eastern and south-eastern Poland (Podkarpackie, Lubelskie, Małopolskie) – their median age is approx. 29 years. On the other hand, the oldest are the inhabitants of western Poland (Zachodniopomorskie, Lubuskie and Dolnośląskie) – they are above 32–33 years old. It is similar in the case of brides – the youngest (about 27 years) live in voivodships of eastern and south-eastern Poland, while the oldest (30 years) in western voivodships.

Chart 8. Bridegrooms and brides by age in 1990–2020 (in %)



Religious marriages (i.e. the marriages contracted at churches and civil registry offices) constituted in 2020 approx. 54% of legal unions (in rural areas 62%, in urban areas – 48%) and their share is decreasing every year (in 2010 it amounted to 68%, in urban areas 63% and in rural areas 75%).

In 2020, over 51 thousand marriages have been dissolved by the court. The number of divorces in urban areas is almost three times higher than in rural areas, and the ratio is almost doubled. In the case of separation it is two times higher. Significant differences were also observed in regional arrangement, i.e. behaviour of inhabitants of south-eastern Poland is more traditional, while inhabitants of western voivodships were the least traditional. Divorced spouses live together on average about 15 years. Over the years, the age of spouses who decided to divorce has been rising – in 2020, an average divorcing man was over 42 years old and a woman almost 40 years old, i.e. 4 years older than in 2000 and 5–6 years older than in 1990. Social consequence of divorces is the fate of underage children (aged below 18), which number in divorced marriages amounted

to 44 thousand in 2020. It gives rise to significant consequences for functioning of such families and causes an increase in the number of families of single mothers with underage children. On the other hand, it should be emphasised that courts award child custody to both parents more frequently – in 2020 there were 65% of such rulings, custody awarded exclusively to the mother accounts for more than 30% (in 2000 the share amounted to 65%), while custody awarded exclusively to the father accounts for only approx. 3% of cases.

2.5. Natural increase/decrease of population

The rate of natural increase is a difference between the number of live births and the number of deaths, but it also becomes a resultant of all above-mentioned demographic phenomena and their trends observed in recent years. The result is the natural decline, recorded since 2013 (it also occurred in the years 2002–2005). Since 2013, the number of people deceased was more than 234 thousand higher than the number of children born (Chart 1).

Changes in the age structure of the population (decrease in the number of children and adolescents) and the decrease in the number of contracted marriages are the grounds for stating that this process will be progressive. The rate of natural increase for many years has been guaranteed by the population living in rural areas, in urban areas there was a permanent natural decrease. In 2020 both rural and urban areas note natural decrease which in rural areas was at the level of – 2.3‰, whereas in urban areas amounted to – 3.8‰.

The rate of natural growth/decline are considerably differentiated regionally, but the most clear differences are present in powiats. In 2020, natural decrease was recorded in all voivodeships. The highest natural increase has been observed for the last few years in the Pomorskie voivodship – in 2019 the rate amounted to 1.5‰, currently it is negative. The next voivodship, comparable in this aspect, is Małopolskie in which negative growth was recorded for the first time for several years. These voivodships are characterized by high fertility and at the same time relatively low mortality. There is highest natural decline ratio occurs in Świętokrzyskie voivodship (–6.4‰).

The largest natural decrease occurs in powiats of the dominant part of the following voivodeships: Opolskie, Świętokrzyskie, Łódzkie, Lubelskie, Lubuskie, Śląskie, Warmińsko-Mazurskie, Zachodniopomorskie and Podlaskie, as well as partially in the Dolnośląskie and Kujawsko-Pomorskie voivodships. The natural decrease is also recorded in the large part of urban powiats. This spatial diversification of the natural decrease is consolidated over time and in the same areas. In 2020 natural increase was recorded in smaller numbers of powiats than in the previous year. Natural increase occurs in the powiats of the Pomorskie, Wielkopolskie, Małopolskie voivodship and partially in the, Dolnośląskie, Mazowieckie and Podkarpackie voivodships.

2.6. International migration of population

In 2020, the net international migration for permanent residence amounted to 4.5 thousand. The number of immigration reached 13.3 thousand, and emigration – 8.8. A positive net international migration (calculated on the basis of information on registration for permanent residence after arriving from abroad and on deregistration from permanent residence related to a departure abroad for permanent residence) was recorded for the fifth time in a row (in 2016 it was 1.5 thousand, in 2017 – 1.4, in 2018 – 3.6 and in 2019 – 5.3). Previously, for decades net international migration had been negative.

In 2020, in comparison to the previous years, a slightly larger decrease in the number of immigration was recorded (in 2019 it amounted to 16.9 thousand and in 2018 to 15,5), while the number of emigrants was at a level similar to 2019 (in 2019 it was 8.7 thousand, in 2018 – 11,8). In the longer term, starting from Poland's accession to the European Union, we observe a relatively stable level of immigration (about 10–17 thousand annually) and significant fluctuations in emigration until 2015¹⁹ (in 2006 – 46.9 thousand, in 2010 – 17.4, in 2013 – 32.1) and its slight changes after 2015.

From many years, the main directions for permanent emigration have remained the same: i.e. Germany and the United Kingdom. However, in recent years, there has been a noticeable decrease in the number of permanent emigrations to Germany (in 2020 2.6 thousand of inhabitants of Poland moved permanently, in 2019 – 3.8 thousand, in 2018 – 4.4 thousand), while emigration to the United Kingdom remains more or less at the same level (in 2020 – 2.1 thousand, in 2019 – 2.4 thousand, in 2018 – 2.7 thousand).

¹⁹ Data on international migration for permanent residence for 2015 are not available.

Due to the fact, that immigrants coming to Poland for permanent residence are mainly returning Poles (in 2020 they constituted 67,6% of immigrants in total), the emigration countries are very often the main countries of previous residence of the immigrants. In this case, the first place belongs to the United Kingdom, from where in 2020, 2.8 thousand of people came to Poland, and the second to Germany (2.2 thousand). Subsequent, third place, belongs to Ukraine (2.1 thousand), it is a consequence of immigration of Ukrainian citizens for temporary stay to Poland, mainly for work purposes.

The scale of migrations for temporary stay is considerably larger. The scale of temporary emigrations of Poles may be assessed on the basis of the results of censuses of population and estimations. According to the recent estimation developed by Statistics Poland, at the end of 2019, 2415 thousand of Poles were temporarily staying abroad.

This group of emigrants is dominated by individuals, who have combined their time abroad with working or taking up studies at universities. The main directions of Polish temporary emigrations are: Germany, the United Kingdom, Netherlands, Ireland, Italy and Norway.

Such emigration scale undermines the demographic potential of Poland. The negative side of this process is the scale of departures of young well-educated residents of Poland and individuals with high professional qualifications, which often are not being used in the destination country. One of the consequences of the emigration of Poles during recent years is the increasing number of children born abroad, of which at least one parent is the Polish citizen. It is particularly visible in the United Kingdom and Germany, although a slight decline in such births has been observed since 2016. The number of children of Polish parents born in the Netherlands and Norway is growing. It should be noted, however, that these data also include children of mothers who left Poland, so they are not included in the population of our country.

At the same time, during recent years, there has been observed a growth in a number of immigrants temporarily staying in Poland. The number of labour immigrants is increasing, especially of citizens of Ukraine, who are interested in working temporarily in Poland. An increase in the number of foreigners interested in studying in Poland has been observed. The number of foreigners studying in Poland in the academic year 2020/2021 (as of December 31, 2020) amounted to 84.7 thousand, where 30% were first-year students. In comparison, in the academic year 2019/2020, 82.2 thousand of foreigners had been studying at Polish universities. Since 2000, every year, an increase in the amount of foreigners studying at Polish universities has been observed.

Analysis of the tendencies shows that Poland is transforming from a typical emigration country into a emigration-immigration country.

2.7. Internal migration of population

In the years 2017–2019, was recorded an increase in the number of internal migration – in 2017 it was more than 400 thousand, in 2018 it was almost 450 thousand and in 2019 – almost 468 thousand.

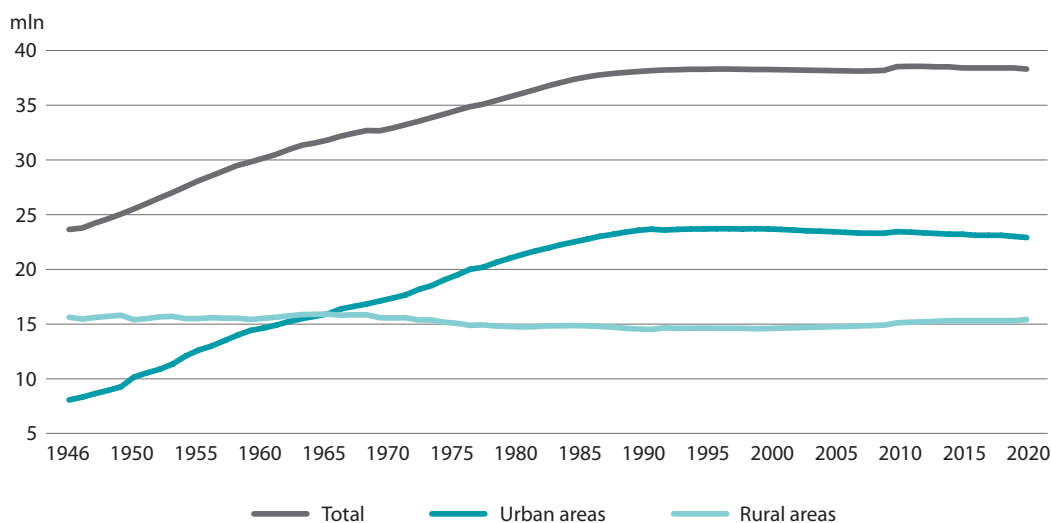
In 2020, the number of internal migrations for permanent residence significantly decreased to 385 thousand (a decrease by 17.8% compared to the previous year). For several years, as a result of internal migrations, the number of inhabitants of rural areas is growing – in 2020, net migration for rural areas increased significantly and amounted to 39.4 thousand people (in 2019 – 29.4 thousand).

As in previous years – only in five voivodships: Mazowieckie, Pomorskie, Małopolskie, Dolnośląskie and Wielkopolskie the inflow of population was higher than the outflow. It means that in these voivodships internal migrations resulted in an increase in the number of population. The highest decrease was in Lubelskie voivodship, then subsequently in Śląskie, Podkarpackie, Świętokrzyskie and Warmińsko-Mazurskie – the trend has been maintained for several years.

2.8. Decrease in the population

The most important characteristic of the current demographic situation of Poland is the actual decrease of population, continued since 2012 and resulting from the trends in the above-mentioned demographic phenomena shaped over the years. In the years 2012–2020, the population of the country decreased by more than 273 thousand people (after the observed growth in the period 2008–2011) and the largest decrease took place in 2020 (–118 thousand persons).

Chart 9. Population in Poland in 1946–2020



The decrease in the population refers to urban areas (Chart 11, Table 2). From 2000 onwards, there has been a decrease in the number of urban inhabitants and their share in the overall population, which currently accounts for 60% (in the years 1990–2000 – almost 62%). In contrast, the number of rural inhabitants is growing slightly yet gradually. This phenomenon is mainly due to the fact that, gradually since 2000, the population moves from urban areas to rural areas, most often to rural gminas concentrated around large cities. In 2020, the annual population growth rate in rural areas amounted to 0.07% (the number of people increased by almost 10 thousand) and the annual loss in urban areas was – 0.56% (– 128 thousand).

 Table 2. Population^a in selected years

Specification	Population in thousands (as of December, 31)					Annual population growth (decrease) rate in %				
	1990	2000	2010	2019	2020	1990	2000	2010	2019	2020
Total	38073.0	38254.0	38529.9	38382.6	38265.0	0.22	–0.02	0.08	–0.07	–0.31
Urban areas	23546.0	23670.3	23429.1	23033.1	22905.1	0.69	–0.13	–0.06	–0.15	–0.56
Rural area	14527.0	14583.7	15100.8	15349.5	15359.9	–0.53	0.14	0.31	0.04	0.07

^a The data was compiled taking into account the results of censuses: for 1990 and 2000 – NSP 2002, since 2010 – NSP 2011.

The permanent decrease in the population has been observed for several years mainly in the following voivodships: Łódzkie, Opolskie, Lubelskie, Śląskie, Podlaskie which in 2010 were joined by the Świętokrzyskie and Zachodniopomorskie voivodships. In 2020, the decrease is already recorded in 14 voivodships – the largest in Świętokrzyskie voivodship. On the other hand, the increase was observed in the Pomorskie, Mazowieckie voivodships (Table 3). The increase in the number of population concerned only rural areas (Pomorskie – 0.95%, Mazowieckie – 0.12%). All these voivodships have high and positive net migration but natural increase was negative. Mazowieckie voivodship over the years has been recording the highest rate of permanent internal and foreign migration (with the intensity of 2.2‰ in 2020) and one of the highest – intensity of births. The population growth in these voivodships has been observed since the beginning of this century.

Table 3. Population^a in selected years by voivodship

Voivodships	Population in thousands As of December, 31				Annual population growth (decrease) rate in %			
	2000	2010	2019	2020	2000	2010	2019	2020
Polska	38254.0	38529.9	38382.6	38265.0	-0.02	0.08	-0.07	-0.31
Dolnośląskie	2912.2	2917.2	2900.2	2891.3	-0.17	0.04	-0.04	-0.30
Kujawsko-pomorskie	2067.8	2098.7	2072.4	2061.9	-0.05	0.02	-0.26	-0.50
Lubelskie	2206.2	2178.6	2108.3	2095.3	-0.13	-0.24	-0.44	-0.62
Lubuskie	1008.5	1023.2	1011.6	1007.1	0.05	0.10	-0.29	-0.44
Łódzkie	2627.8	2542.4	2454.8	2438.0	-0.36	-0.29	-0.47	-0.68
Małopolskie	3222.4	3336.7	3410.9	3410.4	0.35	0.36	0.30	-0.01
Mazowieckie	5115.0	5267.1	5423.2	5425.0	0.05	0.40	0.37	0.03
Opolskie	1070.6	1017.2	982.6	976.8	-0.34	-0.25	-0.39	-0.60
Podkarpackie	2101.4	2127.9	2127.2	2121.2	0.12	0.08	-0.09	-0.28
Podlaskie	1210.7	1203.4	1178.4	1173.3	-0.13	-0.12	-0.27	-0.43
Pomorskie	2172.3	2275.5	2343.9	2346.7	0.28	0.45	0.45	0.12
Śląskie	4768.7	4634.9	4517.6	4492.3	-0.37	-0.10	-0.35	-0.56
Świętokrzyskie	1302.7	1282.5	1234.0	1224.6	0.01	-0.32	-0.61	-0.76
Warmińsko-mazurskie	1427.5	1453.8	1422.7	1416.5	0.19	0.01	-0.44	-0.44
Wielkopolskie	3345.3	3446.7	3498.7	3496.5	0.17	0.32	0.14	-0.07
Zachodniopomorskie	1697.9	1723.7	1696.2	1688.0	0.06	-0.01	-0.28	-0.48

a The data was compiled taking into account the results of censuses: for 2000 – NSP 2002, since 2010 – NSP 2011.

Changes in 2020 in the number and territorial distribution of population affected slightly on the population density, 122 people still live on 1 km²; in urban areas around 1032 (7 less than in the previous year), and in rural areas 53.

It must be stressed that inhabitants are attracted in particular to the areas where the developing largest multifunctional urban agglomerations (agglomerate areas) are located. This applies mainly to the regions of Warsaw, Tricity, Poznań, Kraków, the Bydgoszcz-Toruń agglomeration as well as Wrocław and, to a lesser extent, the districts surrounding Szczecin, Olsztyn, Białystok, Lublin, Rzeszów, Łódź and Zielona Góra. Thus, the process of deurbanisation is deepened, which should be associated mainly with the processes of so-called “urban sprawl” and suburbanisation – rural areas which surround urban areas become, in fact, urbanised urban areas, while still remaining rural areas in an administrative sense.

2.9. Changes in the age structure of the population

In the overall Polish population²⁰ – approx. 38.265 thousand – females permanently account for almost 52%; per 100 males, there are 107 females (in urban areas – 111, in rural areas – 101). The feminisation ratio varies due to age; among the population below 48, there are more males – in 2020 per 100 males in this age group there were fewer than 97 females. In turn, in the age group of 49 and more, the feminisation ratio currently is nearly 125, and in the oldest age groups (70 and more) per 100 males there are, on average, 168 females. This is a result of longer life expectancy of females, but over the years these parameters decrease, e.g. in 2010, the feminisation ratio for the age of 70 and more was 180. Among the rural population, the majority of females takes place as from the age of 65, in urban areas as from the age of 42 – which, in turn, results from the fact that females migrate from rural areas to urban areas.

As a result of the processes of vital statistics, migration and longer life expectancy of the population, there are significant transformations in the population structure by age. The median age of Polish inhabitants amounted to almost 42 years in 2020, i.e. almost 6 years more than in 2000 (Table 4). The median age for males is more than 40 years, and for females – about 43 years (in 2000, respectively: more than 33 and 37 years). The rural inhabitants are 3 years younger than those living in urban areas, where the median age is 43 years.

²⁰ The presented balance of size and structure of population takes into account Polish population, who temporarily emigrated abroad. At the same time immigrants who temporarily stay in Poland – regardless of duration of their stay and the formal and legal status of their residence – were not included into Polish residents (see methodological notes, point 3).

Table 4. Population^a by age groups in selected years

Age groups	Years					Years				
	1990	2000	2010	2019	2020	1990	2000	2010	2019	2020
	in thousands					in percentage				
Total population	38073	38254	38530	38383	38265	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Median age	32.3	35.4	38.0	41.3	41.7	x	x	x	x	x
Biological age groups										
0–14	9495	7294	5856	5888	5878	24.9	19.1	15.2	15.3	15.4
15–64	24705	26234	27484	25547	25267	64.9	68.5	71.3	66.6	66.0
65 and more	3873	4726	5190	6947	7120	10.2	12.4	13.5	18.1	18.6
Economic age groups										
pre-working	11286	9333	7243	6949	6954	29.6	24.4	18.8	18.1	18.2
working	21898	23261	24831	23026	22771	57.5	60.8	64.4	60.0	59.5
mobile	15447	15218	15424	14461	14212	40.6	39.8	40.0	37.7	37.1
non-mobile	6452	8043	9407	8565	8559	16.9	21.0	24.4	22.3	22.4
post-working	4889	5660	6456	8408	8540	12.9	14.8	16.8	21.9	22.3

a The data was compiled taking into account the results of censuses: for 1990 and 2000 – NSP 2002, since 2010 – NSP 2011.

As a result of the birth depression, lasting since the 90s of the 20th century and caused by the decrease in the female fertility rate, there was – observed until 2015 and in 2020 – the decrease in the number and percentage of children (0–14 years). In turn, the group of elderly people (65 years and more) is continuously growing (Table 4).

In 2020, the number of children below 15 was almost 5.9 million (i.e. by 10 thousand less than the year before). For the first time for the few years number of births was lower than the number of 14-year-olds leaving the group of children. The share of the 0–14 age group in the Polish population amounted to 15.4% (in 1990, children accounted for 1/4 of the Polish population, and in 2000, almost 1/5).

On the other hand, the group of people aged 65 years and more is continuously growing. In 2020, it increased by 173 thousand people to the size of more than 7.1 million, representing 18.6% of the total population (in 1990, elderly people accounted for 1/10 of the population). This is due to the fact that the more and more numerous age groups of people born in the 50s of the 20th century are shifted to the older population. For this reason, for several years, the number of so-called adult people (15–64 years) has been decreasing.

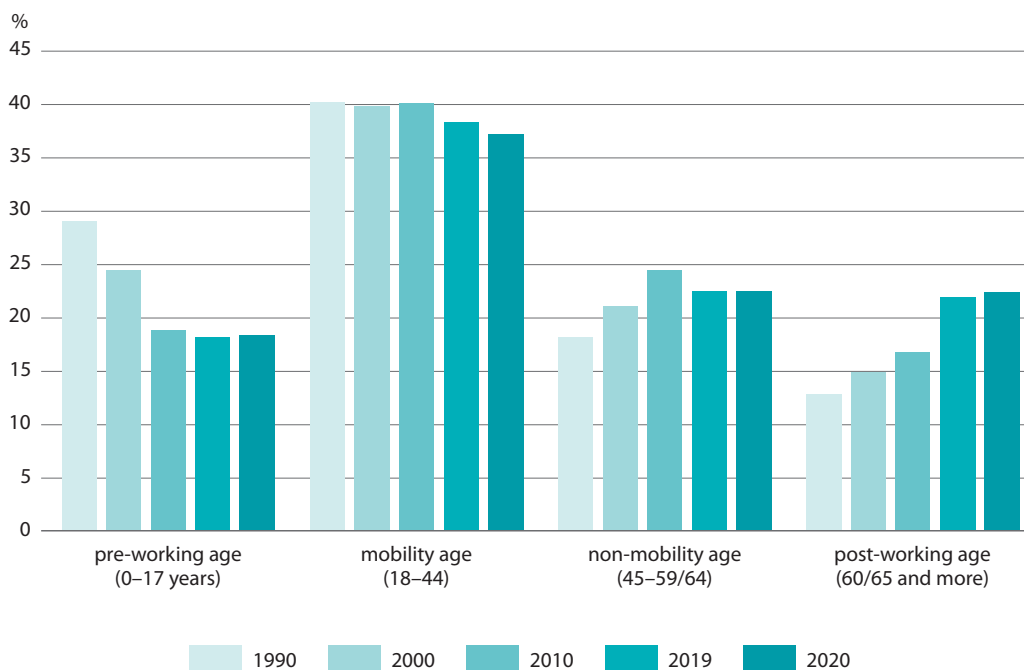
Similar changes relate to the economic age groups (Chart 12). The number of children and adolescents (0–17 years) decreased successively till 2016. In 2019, it increased by 13 thousand, and in 2020 – by 5 thousand to the size of slightly more than 6.9 million. It is still by about 4 million less than in 1990 and by 2.4 million less than in 2000. The share of this group in the total population is currently 18.2% (when compared to 24.4% in 2000 and 29.6% in 1990). We can see here a clear differentiation between urban areas and rural areas reaching above 2 percentage point (perc. p.). Among the rural population, the share is 19.5%, and among the urban population – 17.3%.

Relevant differences also exist between the voivodships: the youngest, i.e. those with the highest share of children and adolescents in the total population are the Mazowieckie, Małopolskie, Pomorskie and Wielkopolskie voivodships (over 19%), and the lowest share is characteristic of the Opolskie voivodship – 16%.

In the years 2000–2009, major changes were observed among the working age population due to the fact that people born during the demographic boom, i.e. in the first half of the 80s of the 20th century, reached this age. Both the size and the share of this group in the total population were growing intensely. Since 2010, the percentage of the working age group has been reduced and in 2020 it reached the level of 59.5%, i.e. 22.8 million – i.e. by 255 thousand less than the year before. This is due to the fact that numerous age groups of people born in the 50s of the 20th century (in the years of compensatory baby-boom) are shifted to the post-working age group and the group of 18-year-olds entering the working age is decreasing. The

process of ageing of labour resources has been stopped, i.e. both the number and share of the non-mobile working age population are decreasing and the share of this population in 2020 was 22.4%. The number and percentage of the mobile working age population are also decreasing, it was around 40% in the years 1990–2014 and amounted to 37.1% at the end of 2020.

Chart 10. Population by economic age groups in selected years



The regions of Poland are not significantly differentiated in terms of the percentage of potential labour resources – the difference is 3 perc. p. The highest share of potential labour resources is characteristic of the Opolskie, Podkarpackie, Podlaskie and Warmińsko-Mazurskie voivodships (almost 61% of the working age population in 2020) and large cities and urban agglomerations, while the lowest share is in the Łódzkie and Mazowieckie voivodships (less than 59%).

In contrast, the process of ageing of the Polish population is accelerated. This is demonstrated by the trends of changes in the share of the post-working age population (females – 60 and more, males – 65 and more). In the years 2000–2020, the size of this group increased by more than 2.9 million to 8.5 million, and the share increased from 15% to 22% in this period. For this age group, the difference in the shares in the total urban and rural populations is as many as 5.5 perc. p., i.e. in 2020 in urban areas it amounted to 25% and in rural areas – 19%.

The regional differentiation is slightly smaller – in 2020, the oldest was the Łódzkie voivodship with the share of almost 25% of the post-working age population, while the lowest percentage (about 20.7–20.8%) was recorded in the Małopolskie, Pomorskie, Podkarpackie and Wielkopolskie voivodships.

The relevant share in increasing the size of the post-working age population is that of the increased number of very old people (80 years and more). In 2000, the group of the oldest people amounted to 774 thousand (2% of the total population), and in 2020 about 1.7 million, which accounted for 4.4% of the total Polish population – the almost double increase results mainly from the longer life expectancy. By far, more oldest people live in urban areas, in 2020 they accounted for 4.7% of the urban population, in rural areas – 3.9%. There is also the considerable territorial differentiation in this case. The highest percentage of senior citizens was in Opolskie, Podlaskie and Świętokrzyskie voivodships – about 5% in 2020, as well as in the Opolskie (4.9%) and Łódzkie voivodships (4.8%); the lowest share is recorded in the Wielkopolskie voivodship – 3.7% and the Lubuskie (3.8%), Warmińsko-mazurskie and Pomorskie voivodship (3.9%).

Males live significantly shorter than females, hence the group of the oldest people is strongly differentiated by sex. The group is dominated by females, whose share is about 70% of the oldest people (the situation is similar in urban and rural areas). Among males, senior citizens account for less than 3% of the population and among females – nearly 6%.

The indicator defining the relationships between the individual economic age groups is the dependency ratio, illustrating the number of persons of non-working age per 100 people of working age (Table 5). The dependency ratio has been growing for several years – in 2020, it was 68 in relation to 55 in 2010, and in 1990 it was as much as 74. Therefore, when analysing changes in the dependency ratio, consideration should be given to the proportions of partial ratios – much more important than the overall value of the ratio. The analysis of partial ratios shows adverse changes in both groups – separately considered relations of the number of persons in pre-working age group to the working age group as well as the number of persons in the post-working age group to working age group.

Table 5. Population at non-working age per 100 persons in working age

Specification	1990	1995	2000	2010	2019	2020
Total	74	68	64	55	67	68
Pre-working age (0–17)	52	45	40	29	30	31
Post-working age (60/65 and more)	22	23	24	26	37	38

The ratio for the pre-working age population has remained practically unchanged for several years, while it is growing for the post-working age population. In 2020 per every 100 people of working age, there were 31 people of pre-working age and 38 people of post-working age. This means that the share of potential future labour resources is lower than the share of those who have already theoretically left the labour market. The proportions have been reversed for five years; in 2010, partial ratios were at the level of 29 and 26, i.e. they were almost equal, but in the earlier years the relationships were much more favourable: in 2000, they were 40 to 24, and in the early 90s of the 20th century – 52 to 22.

2.10. Conclusion

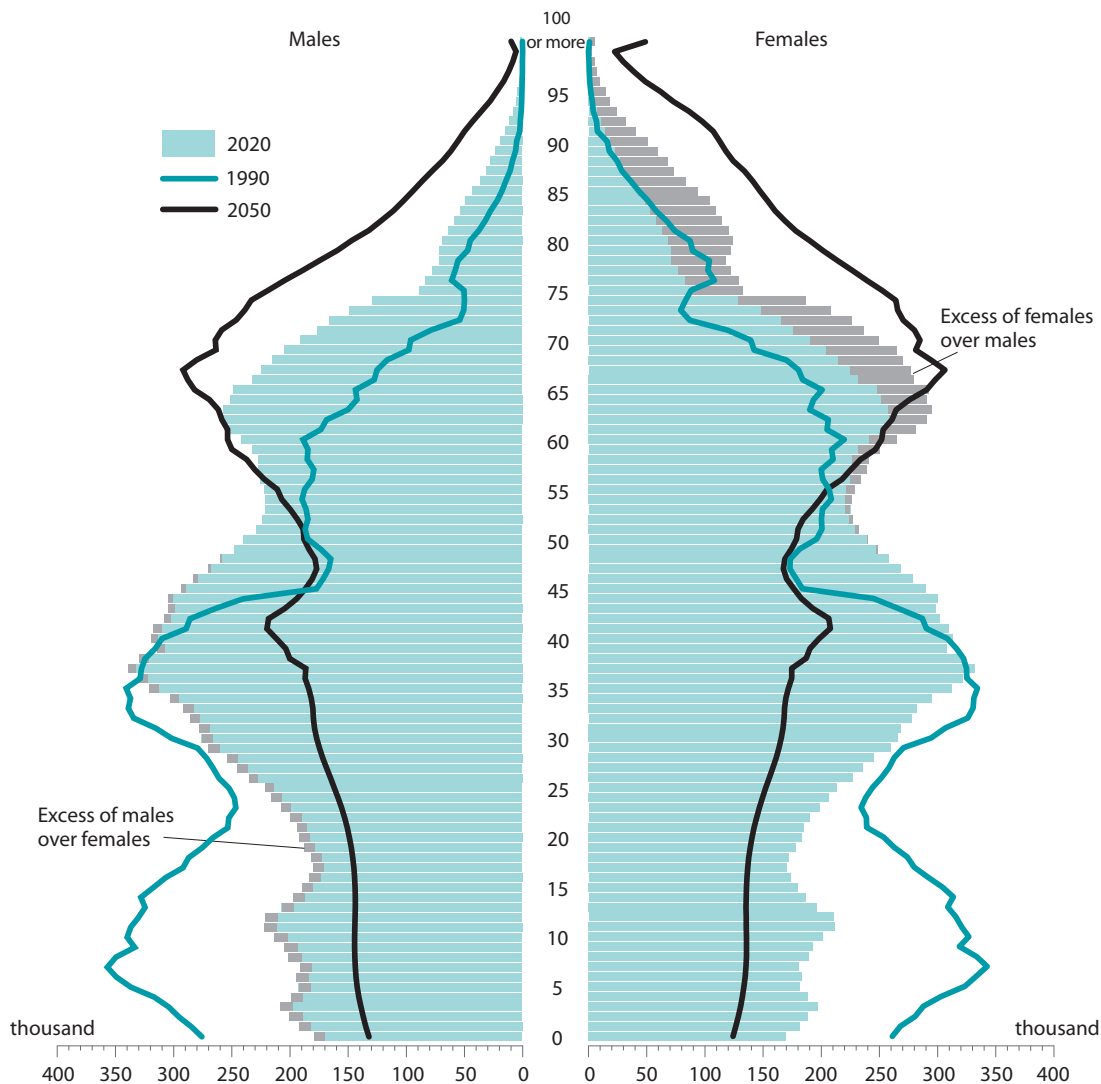
The course of the observed demographic processes indicates that the situation of the Polish population remains difficult. In the nearest perspective, we cannot expect any significant changes guaranteeing the stable demographic development. The fertility rate, which has been low for more than twenty five years, will continue to have a negative impact on the future number of births, due to the much lower number of females of reproductive age in the future. On the other hand, with a relatively long life expectancy, it will lead to a decrease in the labour supply and the faster ageing of the population through, first of all, the increased number and share of the oldest population in the total population (differences in the age structure of the population were presented in the age pyramids for 1990, 2019 and 2050 – Chart 11).

The process of ageing of the Polish population is regionally differentiated – currently, the representative of the youngest age structure is the Pomorskie voivodship. The indicators in terms of the ageing of the population are the most favourable there, e.g. in 2020, the median age of the population was 40 years and the percentage of children and adolescents is almost 20% (as a reminder, the parameters for Poland are, respectively, almost 42 years and 18%). The very similar age structure is also characteristic of the Małopolskie and Wielkopolskie voivodships. In turn, the voivodships characterised by the least favourable parameters of the age structure of the population are the Opolskie, Świętokrzyskie and Łódzkie voivodships where the median age is more than 43 years, and the percentage of young people is 16–17% when compared to 23–25% of people of post-working age – very similar in this respect are also the Dolnośląskie and Śląskie voivodships.

The analysis of changes in the indicators for the individual voivodships indicates that over the last twenty five years the fastest rate of ageing of the population took place in the Opolskie, Zachodniopomorskie and Śląskie voivodships. The process of deterioration of the indicators was one of the fastest also in the Warmińsko-Mazurskie voivodship – although it still remains one of the youngest voivodships. On the other hand, since 1990 there has been the smallest change in the demographic parameters for the following voivodships: Mazowieckie, Wielkopolskie, Lubelskie and even Łódzkie – whose inhabitants are currently determined as the oldest in Poland.

It is projected that for the next three decades, i.e. till 2050, the process of ageing will affect most the Podlaskie and Opolskie voivodships, i.e. in the years 2020–2050, the percentage of elderly population (65 and older) in this voivodships will increase the most. The process of ageing will be mildest in the Pomorskie and Mazowieckie voivodships. In 2050 Pomorskie, Wielkopolskie, Mazowieckie and Małopolskie – i.e. the voivodships with the strong labour market and research and academic facilities – will be the youngest regions. The Opolskie, Świętokrzyskie, Podlaskie and Lubelskie will remain the oldest voivodships.

Chart 11. Pyramids of population in 1990, 2020 and the projection for 2050



The results of the projection show till 2050 the Polish population will decrease by 4.4 million people (as a reminder – since 1990, it has increased by around 310 thousand). This state of affairs will be affected mostly by mortality (e.g. it is projected that in 2050 the number of deaths will reach almost 430 thousand). This will be the results of people born during the demographic boom in the second half of the 50s of the 20th century (who are now about 60) systematically entering the age of highest mortality. On the other hand, people who are now 30–40, will be reaching the retirement age. The median age of the population will be more than 52 years (i.e. above 11 years more than nowadays), which means more than half of population of Poland will be older than 50.

The increase in the number of births is not forecasted. Although, projection assumes the increase of total fertility rate, the number of potential mothers (now very young girls) will be a reason for which the

number of births will be relatively low (around 255 thousand in 2050). The number of inhabitants in the Opolskie and Świętokrzyskie voivodships will be reduced the most, while in Mazowieckie, Pomorskie and Małopolskie will be reduced the least.

It should be noted that, in the case of the voivodships, the age structure of the population is shaped – in addition to births and deaths – also by migrations; mainly internal (domestic) but also international. Young people leave their family home to study, then they find work in large cities/agglomerations and they stay there and set up a family most often. When developing the population projection and predicting the level of births and deaths for subsequent years, we build on the analysis of existing reproductive, mortality and migration trends. However, it is no longer easy to determine the level of migration as the movements of the population are the more complex, dynamic and thus unpredictable process.

The ageing of the population, which is perceived in individual and social terms, sets difficult, multifaceted challenges, not only in the economic but also in the psychological, medical and social spheres. Poland, for which the projections are currently unfavourable, will face all the problems arising from the demographic trends that are unfavourable for it. This also applies to the individual voivodships – especially those with the oldest age structure of inhabitants, in which the process of ageing will be most aggravated.

Wprowadzenie

Zmiany w liczbie i natężeniu zgonów to proces – podobnie jak w przypadku innych zdarzeń demograficznych składających się na rozwój ludności (urodzenia, zawieranie małżeństw, pozostawanie w separacji, rozwody). Zatem ocena zmian i wnioski dotyczące kształtowania się trendów powinny być przeprowadzane wyłącznie w wyniku analizy danego zjawiska obserwowanego na przestrzeni co najmniej kilku, a nawet kilkunastu lat.

Poziom, struktura i natężenie zgonów (w tym zgonów niemowląt) są odzwierciedleniem rozwoju społecznego kraju, będącego bezpośrednio lub pośrednio wynikiem: postępu w rozwoju medycyny, funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, stanu sanitarno-epidemiologicznego oraz ekologicznego, bezpieczeństwa i higieny życia oraz warunków pracy, a także stanu świadomości społeczeństwa na temat profilaktyki zdrowotnej.

Bardzo ważnym elementem analizy o umieralności są przyczyny zgonów, które stanowią podstawę m.in. dla oceny kondycji zdrowotnej społeczeństwa, tworzenia analiz epidemiologicznych czy budowania programów profilaktycznych i map potrzeb zdrowotnych. Są także źródłem informacji dla instytutów medycznych czy samych lekarzy dla prowadzenia własnych badań naukowych, opracowań analitycznych oraz realizacji projektów badawczych.

Zgony stanowią jeden ze składników bilansu ludności i jako taki determinują zarówno bieżącą sytuację demograficzną, jak i perspektywy rozwoju ludności. Z drugiej strony sytuacja demograficzna, a w szczególności struktura ludności według wieku wpływają na liczbę i natężenie zgonów. Istnieją bowiem silne wzajemne zależności między natężeniem występowania poszczególnych faktów demograficznych, a strukturą ludności według płci i wieku. Obserwowane i prognozowane zmiany w strukturze wieku ludności Polski wskazują na istotne i coraz większe zaawansowanie w procesie starzenia. Konsekwencją kształtowania się tej struktury będzie zapewne wzrost liczby i natężenia zgonów, ponieważ prawdopodobieństwo zgonu jest wyższe w starszych grupach wieku.

Zmienność w liczbie zgonów to proces naturalny i powtarzalny. Istotne dla rozwoju demograficznego jest natężenie i skala zmian, które – oprócz przyczyn naturalnych wynikających ze struktury wieku danej populacji – są także wynikiem oddziaływania bodźców ekonomiczno-społecznych. Podobnym wpływom podlegają wszystkie zjawiska demograficzne.

Jak wspomniano w pierwszej części opracowania zgony są kluczowym czynnikiem kształującym liczbę i strukturę ludności, a zarazem jej kształt demograficzny. Obserwowane na przestrzeni lat zmiany w liczbie zgonów i umieralności stanowią podstawę do prowadzenia pogłębionych badań dotyczących uwarunkowań rozwoju ludności. Stanowią także wyjściową, ale także podstawową informację do opracowywania tablic trwania życia, głównie prawdopodobieństw zgonów i dożycia oraz dalszego trwania życia w zależności od wieku i płci. Stanowią również istotny element prognoz ludności.

Introductions

Changes in the number and intensity of deaths are a process – as in the case of other demographic events (births, marriages, separations, divorces) that compile population development. Therefore, the assessment of changes and conclusions regarding the formation of trends should be made only as a result of the analysis of a given phenomenon observed for many years.

The number, structure and intensity of deaths (of which infant deaths) reflect the social development of the country, which is directly or indirectly the resulting from: development in medicine, the health care system operations, the sanitary-epidemiological and ecological condition, life safety hygiene and labor conditions, as well as public awareness on health prevention.

A very important element of the analysis of mortality are the causes of death, which are the basis, among others, for the assessment of the health condition of the society, development of epidemiological analyses or construction of prevention programmes and health needs mapping. They are also the source of information for medical institutes and physicians for conducting own scientific research, analytical studies and implementing research projects.

Deaths are one of the components of the population balance and as such determine both the current demographic situation and the prospects of population development. On the other hand, the demographic situation, and in particular the age structure of the population, affect the number and intensity of deaths. There are strong interrelationships between the intensity of the occurrence of individual demographic facts and the structure of the population by sex and age. The observed and forecast changes in the age structure of the Polish population indicate a significant and increasing advancement in the aging process. The consequence of the shaping of this structure will probably be an increase in the number and intensity of deaths, as the probability of death is higher in older age groups.

Fluctuations in the number of deaths are natural and repetitive process. Significant for demographic development are intensity and scale of changes which – apart from natural causes, connected with the age structure of the population – are also the result of the impact of economic and social incentives. All demographic phenomena are sensitive to similar influences.

As mentioned in the first part of the publication, deaths are key factor shaping the number and structure of the population as well as its demographic shape. The changes in the number of deaths and mortality observed over the years are the basis for conducting in-depth surveys concerning population development conditions. They are the initial, but also the basic information for the development of life expectancy tables, mainly the probabilities of death and survival, and further life expectancy depending on age and gender. They are also an important element of population projections.

Część II. Umieralność w latach 1950–2020

Celem niniejszej części jest przedstawienie kształtowania się liczby i struktury zgonów w latach 1950–2020 wraz z analizą czynników wpływających na obserwowane zmiany. W przypadku większości informacji został zachowany podział na tereny miejskie i wiejskie, a także – w przypadku wybranych cech – różnicowanie regionalne.

Szczególnej analizie poddano 2020 r., gdyż sytuacja demograficzna kształtowała się w tym okresie w pod wpływem pandemii wywołanej wirusem SARSCoV-2. Na jej kształt największy wpływ miała najwyższa od kilkudziesięciu lat liczba zgonów.

Tekst analizy przedstawiono w j. polskim, natomiast wykresy, mapy i tablice w tekście opracowano także w j. angielskim.

Źródłem danych dla Polski są badania GUS; dla krajów Unii Europejskiej bazy Eurostatu.

Part II. Deaths in 1950–2020

The purpose of this part is to present the number and structure of deaths in Poland in the years 1950–2020 and the analysis of factors affecting the observed changes. For the majority of information, the division into urban and rural areas, as well as regional diversity for selected features, have been maintained.

Main accent in analysis was put on 2020 due to its specific demographic situation influenced by SARSCoV-2 pandemics. It was shaped by the biggest number of deaths in last several dozens of years.

The text of the analysis is in Polish, while charts, maps and tables in the text have also been presented in English.

The sources of data for Poland are surveys of the Statistics Poland; for European Union countries the Eurostat database.

1. Zgony i ich natężenie

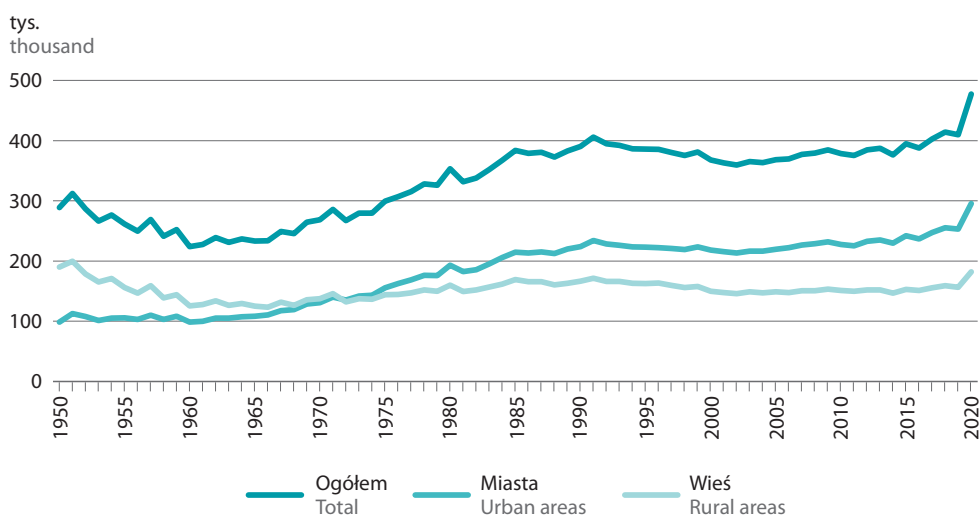
1. Deaths and the intensity

Dane dotyczące umieralności są jednymi z istotniejszych danych demograficznych z punktu widzenia oceny sytuacji epidemiologicznej i zdrowotnej ludności Polski. Dysponowanie rzetelną informacją o zgonach i ich przyczynach jest kluczowe dla polityk zdrowotnych i budowania strategii długofalowych w zakresie ochrony zdrowia oraz oceny ich skuteczności. Wybrane współczynniki z tego zakresu (np. współczynnik zgonów niemowląt) są miernikiem postępu dokonującego się w medycynie, działań prowadzonych przez państwo w zakresie profilaktyki i efektywności leczenia czy dostępności do określonych usług medycznych. W sposób jednoznaczny wskazują obszary, na które należy kierować uwagę i środki oraz te, które – ze względu na podjęte działania – przestają być newralgiczne i priorytetowe.

Natężenie zgonów w Polsce zmieniało się na przestrzeni lat. Średnioroczna liczba zgonów w minionych latach XXI wieku wyniosła nieco ponad 385 tys. (współczynnik zgonów kształtował się na poziomie ok. 10‰) w tym ok. 2 tys. zgonów niemowląt (5,4 na 1000 urodzeń żywych).

Najniższe wartości liczby zgonów notowano od 1960 do 1966 r. (poniżej 240 tys.). Od lat 70. ubiegłego wieku zauważalny jest ogólny wzrost liczby zgonów w ciągu roku, z niewielkimi wahaniami pomiędzy poszczególnymi latami. Od 1976 r. liczba zgonów przekracza 300 tys. rocznie, natomiast w 1991 r. zmarło już ponad 400 tys. osób (405,7 tys.). W latach 1992 – 2016 liczba zgonów utrzymywała się na poziomie od 359,5 tys. (w 2002 r.) do 394,9 tys. (w 2015 r.). Od 2017 r. notuje się powyżej 400 tys. zgonów rocznie z czego największą wartość odnotowano w 2020 r. – 477,4 tys. Liczba zgonów w 2020 r. przekroczyła o ponad 100 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50 lat, natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął najwyższą wartość od 1951 r. Wzrost liczby zgonów w stosunku do 2019 r. wyniósł prawie 68 tys.

Wykres 12. Zgony w latach 1950–2020
Chart 12. Deaths in 1950–2020



Analogiczny przebieg kształtowania się rocznej liczby zgonów zaznacza się w miastach. Od lat 50. XX wieku liczba zgonów w miastach utrzymuje się powyżej 100 tys. (z jednym wyjątkiem w 1960 r., kiedy spadła do 98,6 tys.). Od 1984 r. obserwowane są najwyższe wartości liczby zgonów (powyżej 200 tys.), natomiast największe natężenie liczby zgonów wystąpiło w 2020 r. (295,4 tys.). Do roku 1971 liczba zgonów w miastach była niższa od liczby zgonów na wsi. Od 1972 r. liczba zgonów w miastach jest większa w porównaniu do tej notowanej na wsi.

Podobne tendencje występują również na wsi, jednak przebieg liczby zgonów na wsi jest bardziej wyrównany. Największe natężenie liczby zgonów na wsi notowano w latach powojennych (1946–1957), sięgające

prawie 200 tysięcy w 1951 r. W latach 60. XX wieku liczba zgonów nie przekraczała 135 tys. Od końca lat 60 notowany jest przyrost liczby zgonów na wsi z największymi wartościami w latach 1978–1991 (od prawie 150 tys. w 1981 r. do prawie 172 tys. w 1991 r.) oraz w 2020 r. – 182 tys.

Zarówno w miastach, jak i na wsi przeważa tendencja wzrostowa przerywana krótkimi okresami spadku liczby zgonów. Najdłużej utrzymujący się okres wzrostu liczby zgonów wystąpił w latach 1973–1978 oraz latach 2005–2009 (odpowiednio 6 i 5 lat nieprzerwanego wzrostu). Dla miast przedział ten jest nieco bardziej zróżnicowany. Najdłuższy okres nieprzerwanego wzrostu liczby zgonów wystąpił w latach 1964–1971 oraz 2003–2009. Największa różnica wystąpiła w 2020 r. – wzrost o 67,7 tys. w porównaniu do roku 2019. W latach 1992–2002 odnotowano ciągły spadek natężenia liczby zgonów zarówno w miastach jak i na wsi, z wyjątkiem 1999 r. kiedy to liczba zgonów wzrosła o ok. 6 tys. (4,3 w miastach i 1,8 na wsi) oraz lat 1993 i 1996 na wsi – wzrost o odpowiednio 0,2 i 0,7 tys.

Od szeregu lat obserwowany jest trend wzrostowy natężenia zgonów na 1000 ludności, ale tempo wzrostu jest niewielkie i w miarę jednostajne. Przed rokiem 1951 współczynnik zgonów wynosił ponad 10‰, następnie zmniejszał się aż do 1965 r., kiedy odnotowano najniższą wartość współczynnika – 7,4‰ (6,9‰ w miastach i 7,9‰ na wsi). W następnych latach notowano niewielki jednostajny wzrost natężenia liczby zgonów.

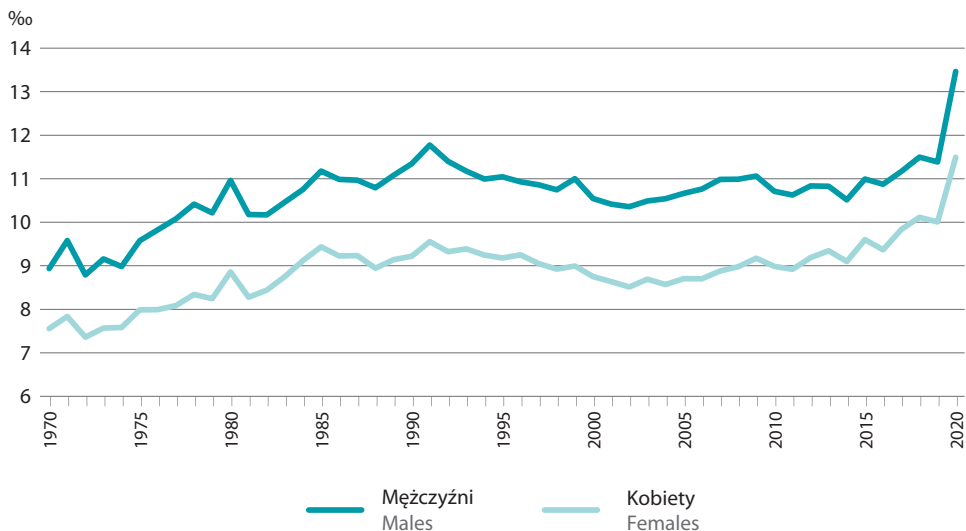
Zmiany w dotychczasowym trendzie odnotowano w 2020 r., kiedy to nastąpił wyraźny wzrost. Współczynnik zgonów wyniósł 12,4, tj. o 2,4 p.prom. więcej niż w 2019 r. W latach 90-tych ubiegłego wieku oraz na początku bieżącego stulecia umieralność mieszkańców wsi była zdecydowanie wyższa niż ludności miast (różnica wartości współczynnika sięgała 1–2 p. prom.). Obecnie natężenie zgonów w miastach jest nieco wyższe i w 2020 r. wyniosło 12,8‰ (na wsi 11,9‰). Odwrócenie relacji pomiędzy współczynnikiem umieralności w miastach i na wsi jest zauważalne od 2012 r. Należy oczekiwać, że liczba i natężenie zgonów nadal będzie wzrastać z powodu systematycznego wzrostu liczby i odsetka osób w najstarszych grupach wieku.

Tablica 6. Zgony i współczynnik zgonów w wybranych latach
Table 6. Deaths and mortality rates in selected years

Wyszczególnienie Specification	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Zgony (w tys.) Deaths (in thousand)								
Ogółem Total	288,7	224,2	268,6	353,2	390,3	368,0	378,5	477,4
Miasto Urban areas	98,7	98,6	131,0	193,2	223,8	218,2	227,5	295,4
Wieś Rural areas	190,0	125,6	137,6	160,0	166,5	149,8	151,0	182,0
Współczynnik – zgony na 1000 ludności Mortality rate – deaths per 1000 population								
Ogółem Total	11,6	7,6	8,3	9,9	10,2	9,6	9,8	12,4
Miasto Urban areas	10,9	7,0	7,7	9,3	9,5	9,3	9,7	12,8
Wieś Rural areas	12,1	8,0	8,8	10,8	11,4	10,8	10	11,9

Natężenie umieralności jest zróżnicowane w zależności od płci i wieku. Wraz z rosnącą liczbą zgonów wzrasta wartość współczynnika zgonów wg płci. W 2020 r. współczynnik zgonów mężczyzn przekroczył 13‰, natomiast dla kobiet wyniósł 11,5‰. W Polsce od szeregu lat obserwuje się zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn, tj. współczynniki zgonów dla mężczyzn są wyższe niż dla kobiet, co jest widoczne już wśród chłopców. W ogólnej liczbie osób zmarłych na przestrzeni minionych lat mężczyźni stanowili 52,8%. Można zaobserwować stopniowe zmniejszanie się udziału mężczyzn w liczbie osób zmarłych. Na początku XXI wieku mężczyźni stanowili ponad 53% (53,6% w latach 2004, 2006–2007), natomiast obecnie odsetek ten wynosi 52,3% (2020 r.). Najmniejszy udział mężczyzn odnotowano w latach 2017–2019–51,6%

Wykres 13. Współczynnik zgonów według płci w latach 1970–2020
 Chart 13. Mortality rate by sex in 1970–2020

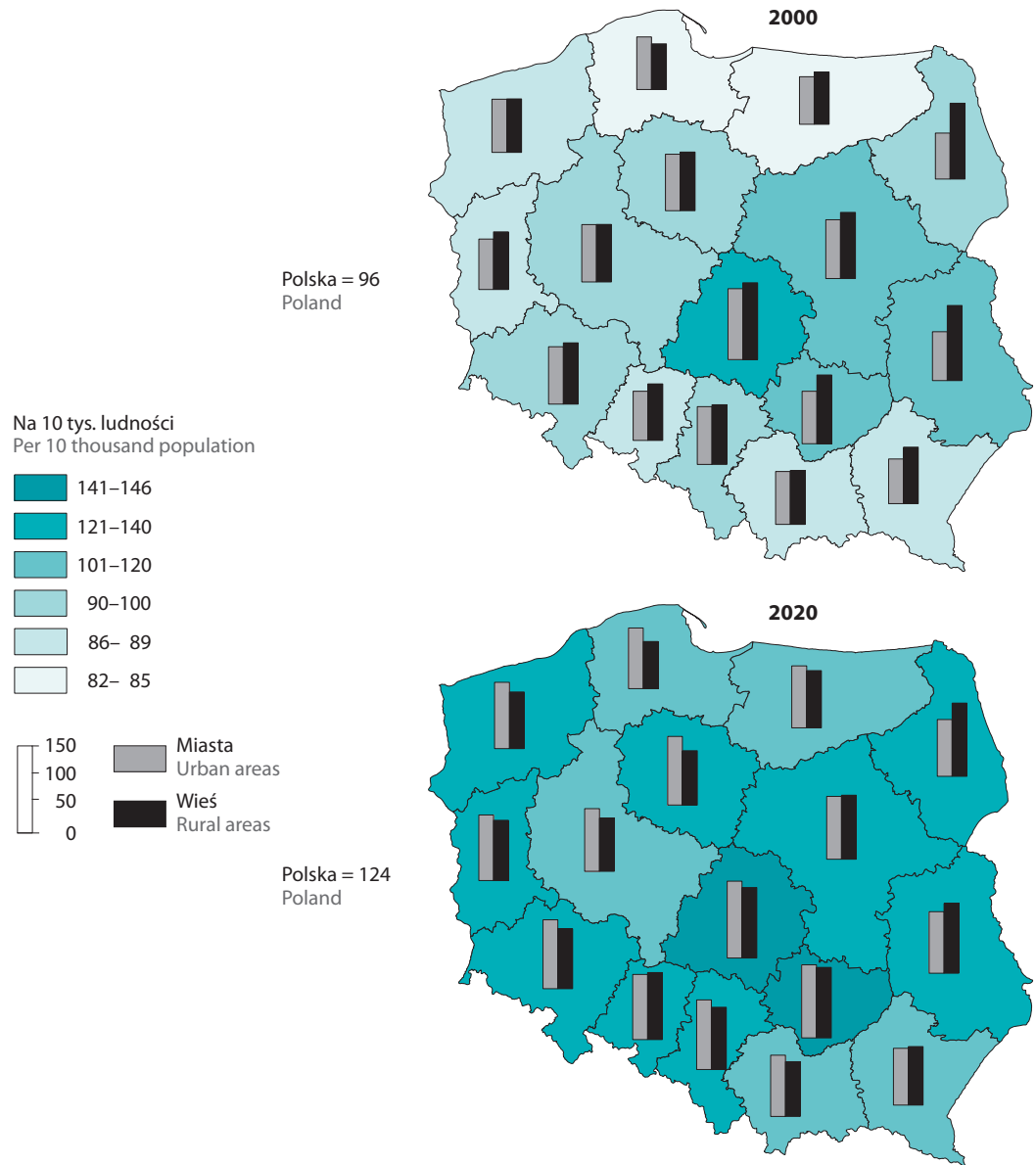


Natężenie zgonów wykazuje też znaczne zróżnicowania regionalne. Najwyższy współczynnik natężenia zgonów od lat utrzymuje się w województwie łódzkim (od 11 do ponad 12‰). Porównywalnie duże natężenie występuje w województwach świętokrzyskim i lubelskim, a od 2006 r. również w dolnośląskim i od 2007 r. w województwie śląskim (powyżej 10‰). Przez wiele lat najniższy współczynnik zgonów na 1000 ludności występował w województwie podkarpackim oraz pomorskim (poniżej 9‰), natomiast od 2015 r. zauważalny jest wzrost powyżej 9‰ w tych województwach.

Duże zróżnicowanie współczynnika umieralności występuje również pomiędzy miastem a wsią. W latach 90-tych ubiegłego wieku umieralność na wsi była większa w większości województw. Na początku XXI w. w dziewięciu województwach (wielkopolskie, małopolskie, śląskie, dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, łódzkie, warmińsko-mazurskie, opolskie i świętokrzyskie) odnotowano wzrost współczynnika zgonów w miastach. W województwach lubelskim, mazowieckim i podkarpackim oraz podlaskim niezmienne utrzymuje się większe natężenie zgonów na wsi. Województwa lubelskie i podlaskie są również województwami z największymi różnicami pomiędzy współczynnikiem umieralności w miastach i na wsi (od ok. 4,5–5,6 p.prom. w 1999 r. do 1,5–3,4 p.prom. w 2020 r.). W województwie pomorskim stale jest notowany wyższy współczynnik zgonów na 1000 ludności w miastach niż na wsi.

W 2020 r. współczynnik umieralności był wyższy niż 10‰ we wszystkich 16 województwach. Regionalny zakres zróżnicowań kształtował się od 10,9‰ w województwie pomorskim do 14,6‰ w łódzkim oraz 14,0‰ w świętokrzyskim. Wysoka umieralność występuje także w województwie śląskim (13,3‰). Współczynnikiem zgonów nie przekraczającym 12‰ charakteryzują się województwa małopolskie, podkarpackie, pomorskie, warmińsko-mazurskie i wielkopolskie.

Mapa 1. Współczynnik zgonów w Polsce w latach 2000 i 2020
 Map 1. Mortality rate in Poland in years 2000 and 2020

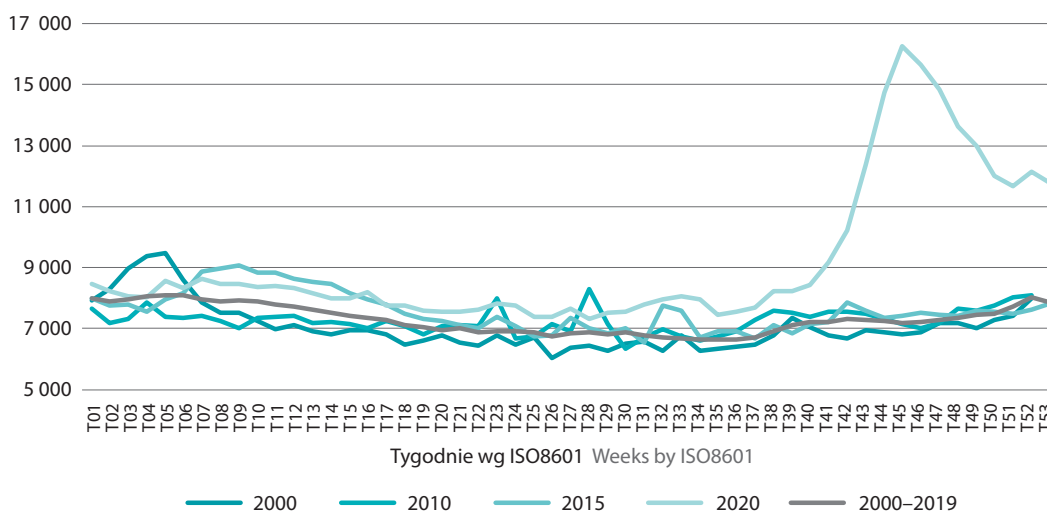


Tygodniowa²¹ liczba zgonów dla Polski ogółem charakteryzuje się specyficznym przebiegiem w ciągu roku. Obliczona na podstawie danych z lat 2000–2019 średnioroczna wartość liczby zgonów wg tygodni waha się od 6,6 tys. zgonów w 35 tygodniu do ok. 8,1 tys. zgonów w 5 tygodniu. Największe natężenie zgonów występuje na początku i na końcu roku. Przez pierwsze jedenaście tygodni średnioroczna liczba zgonów utrzymuje się na poziomie od ok. 7,8 tys. do 8,1 tys. W następnym okresie zauważalny jest łagodny trend malejący, aż do osiągnięcia minimum w 35 tygodniu roku (nieco ponad 6,6 tys. zgonów). Średnia liczba zgonów utrzymuje się na poziomie ok. 6,6 tys. od 34 do 36 tygodnia. Od 38 tygodnia w przebiegu średniej liczby zgonów obserwowane jest wyraźne odwrócenie trendu – liczba zgonów zaczyna ponownie wzrastać. Najwyższe wartości osiąga w 52 tygodniu roku (nieco ponad 8 tys.).

W poszczególnych latach obserwowane są znaczne odchylenia od średniego przebiegu natężenia zgonów. Największe różnice występują w I kwartale. W latach 2000, 2009, 2013, 2017 i 2019 w pierwszych sześciu tygodniach roku odnotowano wartości większe od średniej z lat 2000–2019. Największe różnice wystąpiły w 2017 roku kiedy to liczba zgonów w pierwszych sześciu tygodniach przewyższała średnią wartość o od ok. 1,3 do 2,3 tys. Kolejnym zauważalnym odchyleniem od średniej są lata 2003, 2007, 2015 i 2018 kiedy to odnotowano wzrost liczby zgonów w Polsce z pikiem ok. 10 tygodnia (największe odchylenie od średniej wystąpiło w 2018 r. – 2,2 tys.). Znaczenie mniejsze, jednak wyraźnie odbiegające od średniej są wartości ok. 28 i 29 tygodnia dla lat 2007, 2010 (skok do ponad 8 tys. zgonów tj. ok. 1,2 i 1,4 tys. więcej niż średnia) oraz w 31 tygodniu w 2018 r. (o ok. 1,2 tys. więcej).

Liczba zgonów w poszczególnych tygodniach 2020 r. utrzymywała się nieznacznie powyżej średniej (z wyjątkiem 4 tygodnia – 47 zgonów mniej niż średnia). Najwyższe natężenie zgonów – wyraźnie odbiegające od średniorocznej liczby zgonów zanotowano na koniec roku 2020. Wyraźny wzrost liczby zgonów pod koniec 2020 r. rozpoczął się w 42 tygodniu, kiedy to liczba zgonów przekroczyła 10 tys. Szczególnie krytyczny okazał się 45 tydzień roku (przypadający na dni od 2 do 8 listopada), w którym odnotowano ponad 16 tys. zgonów (ok. 9,2 tys. więcej niż średnia, tj. 127% średniej liczby zgonów). W następnym okresie odnotowano spadek liczby zgonów (do 11,8 tys. zgonów w 52 tygodniu roku), nadal jednak liczba zgonów pozostała na wysokim poziomie w porównaniu do średniej (ok. 4 tys. więcej, tj. 51% średniej). W IV kwartale 2020 roku – zarejestrowano ich o ponad 60% więcej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego. Średnia tygodniowa w 2020 roku wyniosła ponad 9 tys., natomiast w 2019 – niespełna 8 tys. zgonów. Na początku bieżącego stulecia średnia liczba zgonów w tygodniu wynosiła ok. 7 tys.

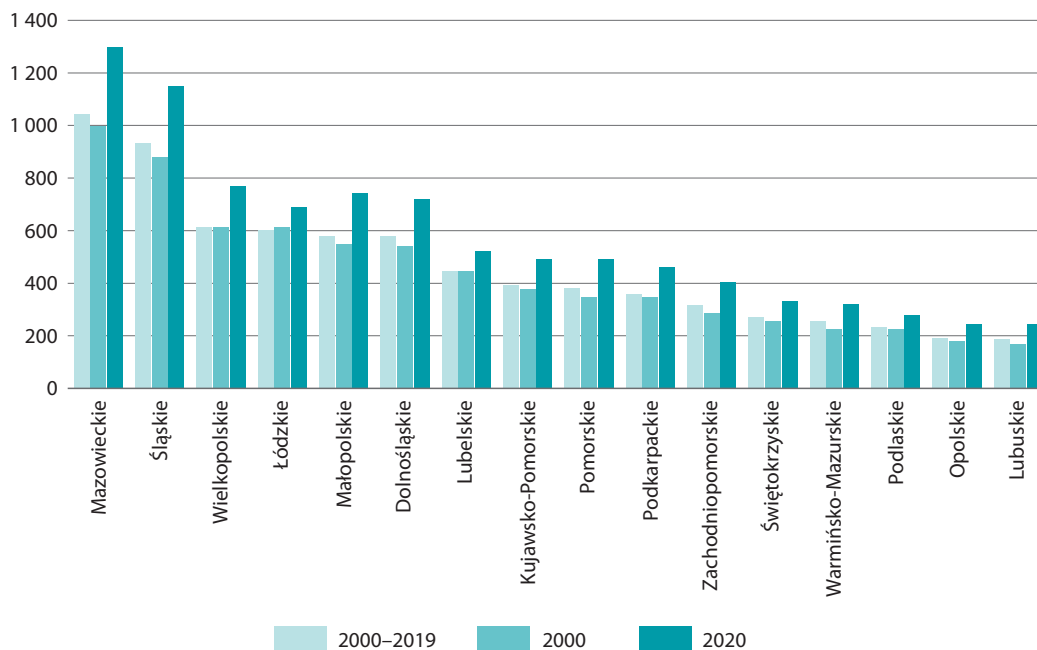
Wykres 14. Liczba zgonów w poszczególnych tygodniach roku w wybranych latach na tle średniej 2000–2019
Chart 14. Number of weekly deaths in selected years compared to the average in 2000–2019



²¹ Dane o zgonach według tygodni zostały opracowane zgodnie z ISO8601 (międzynarodowa norma sposobu określania daty Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO)). Oznacza to, że pierwszy tydzień roku może zawierać dni z poprzedniego roku, a tydzień ostatni – dni z następnego roku. Tym samym poszczególne tygodnie roku nie sumują się na poszczególne miesiące roku, ani na lata ogółem.

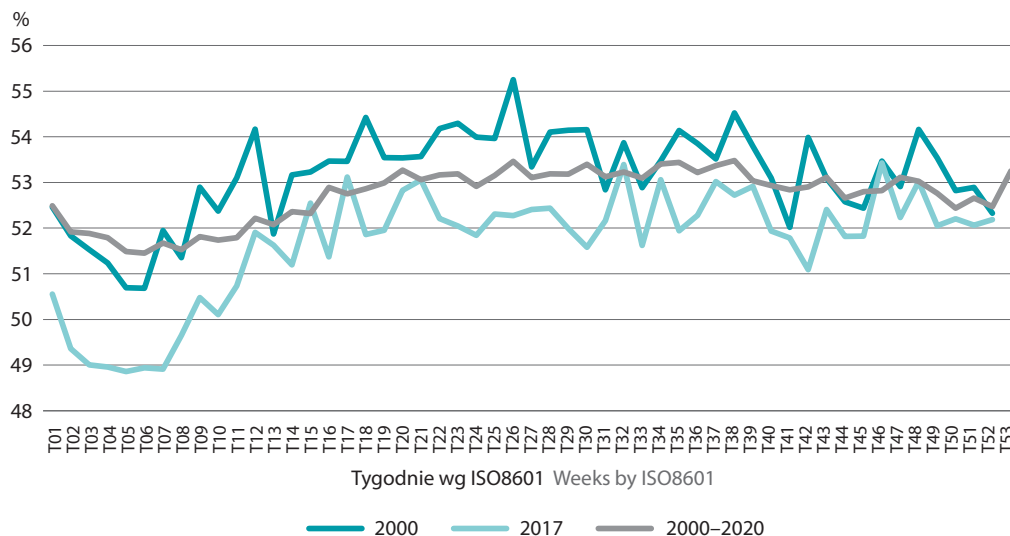
Natężenie zgonów w województwach odpowiada typowemu wzorcowi dla Polski ogółem. Obserwowany jest zimowy wzrost umieralności na początku i na koniec roku oraz minimum przypadające na ok. 38 tydzień roku. Województwem z najmniejszą liczbą zgonów tygodniowych jest województwo lubuskie oraz opolskie (średnio 187 i 192 zgony). Najwięcej zgonów tygodniowo odnotowano w województwach śląskim i mazowieckim – średnio ok. 932 i 1043 zgonów tygodniowo.

Wykres 15. Średnia liczba zgonów w tygodniu
Chart 15. Average number of deaths per week



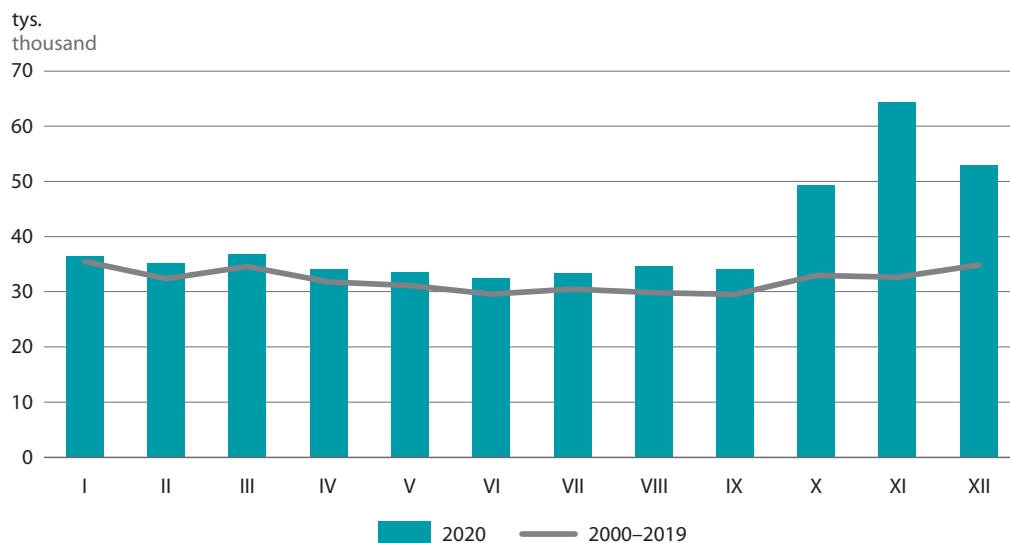
W tygodniowej liczbie osób zmarłych, tak jak w liczbie zgonów ogółem dominują mężczyźni. Najmniejsze różnice w liczbie zgonów kobiet i mężczyzn występują na początku roku (do ok. 11 tygodnia roku). W następnych tygodniach udział mężczyzn w liczbie zgonów zwiększa się. W 2017 r. od 2 do 8 tygodnia zaobserwowano większą umieralność wśród kobiet – zmarło od 63 do 230 kobiet więcej. Podobna sytuacja wystąpiła również w 2013 r. i 2015 r., jednak nie w tak dużym stopniu jak w roku 2017. Na przestrzeni lat można zauważyć wzrost liczby zgonów kobiet w ogólnej liczbie zgonów tygodniowych. W latach 2000–2013 w pierwszych 11 tygodniach mężczyźni stanowili średnio 52,2% liczby zgonów, natomiast od 2014 r. udział mężczyzn wśród osób zmarłych na początku roku spadł do 51%. Podobnie wygląda sytuacja w pozostałych tygodniach. Od 12 tygodnia do końca roku średni współczynnik procentowy zgonów mężczyzn w latach 2000–2014 wynosił 53,5%, natomiast w latach 2014–2020 obserwuje się jego spadek do 52,1%.

Wykres 16. Udział mężczyzn w ogólnej liczbie zmarłych w 2000 i 2017 na tle średniej z lat 2000–2020
 Chart 16. The share of men in the total number of deaths in 2000 and 2017 compared to the average in 2000–2020



Średnioroczna liczba zgonów w poszczególnych miesiącach roku utrzymywała się na poziomie od nieco ponad 29,5 tys. w czerwcu do blisko 35,5 tys. w styczniu (współczynnik umieralności wyniósł ok. 10‰). W 2020 wyraźnie zaznacza się wzrost liczby zgonów w ostatnim kwartale roku. Największą liczbę zgonów odnotowano w listopadzie – ponad 64 tys. zgonów, a liczba zgonów na 1000 ludności osiągnęła 20,1‰.

Wykres 17. Liczba zgonów według miesięcy w 2020 r. na tle średniej 2000–2019
 Chart 17. The number of deaths by months in 2020 compared to the average in 2000–2019



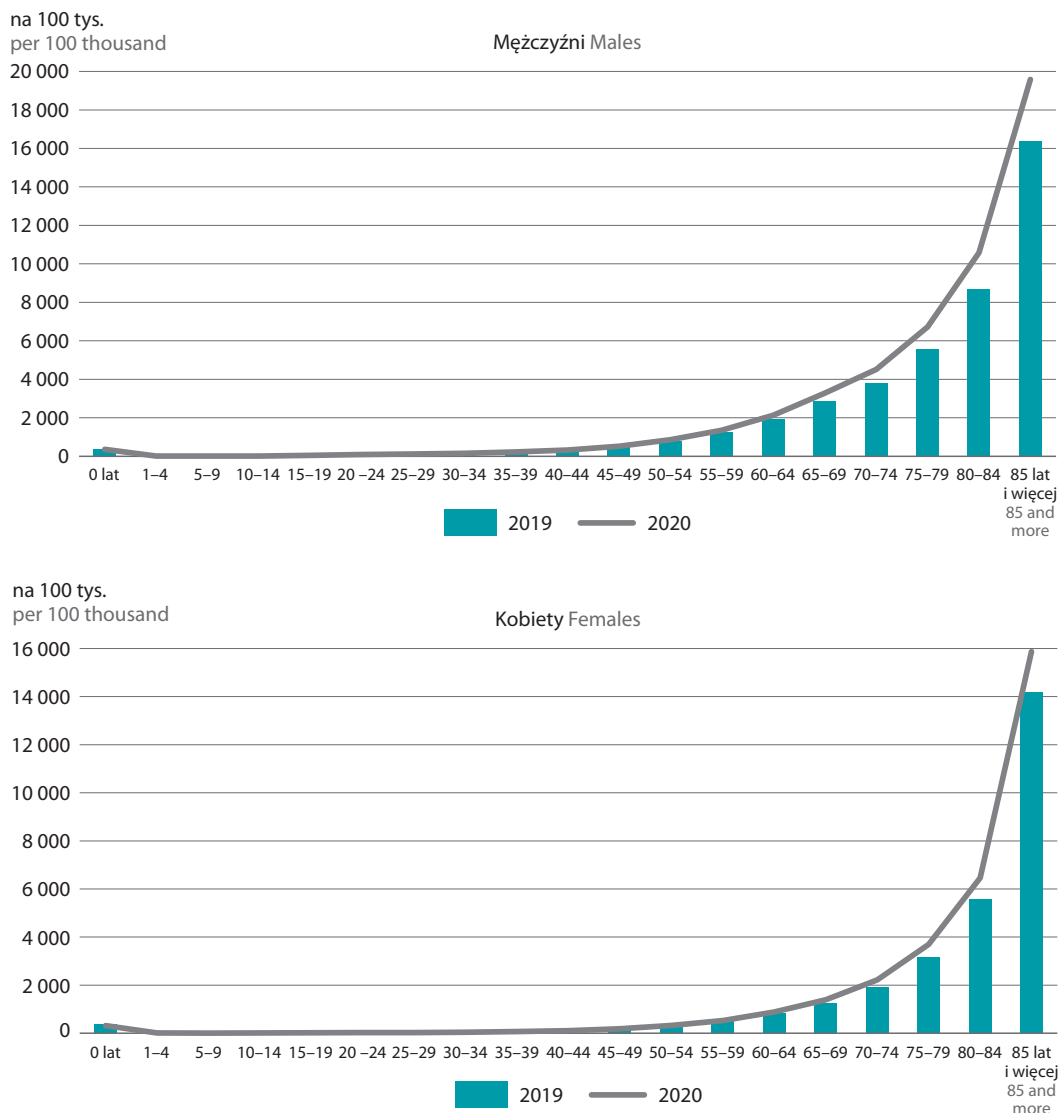
2. Zgony według wieku

2. Deaths by age

Długookresowa poprawa warunków życia ludności Polski prowadzi do wielu różnorodnych konsekwencji. Jedną z nich jest bardzo wyraźne zmniejszenie się prawdopodobieństw zgonów w każdym wieku, czego rezultatem jest zmiana rozkładu zgonów według wieku. Jest on zależny od dwóch czynników – poziomu umieralności (czyli natężenia zgonów w badanej zbiorowości, a zatem ilorazu liczby zgonów i liczby ludności) oraz struktury wieku ludności. Im niższe natężenie zgonów, tym – z uwagi na wyższą szansę dożycia bardziej zawansowanego wieku – większa frakcja zgonów w relatywnie wysokim wieku. Z kolei, z im starszą populacją mamy do czynienia, tym samoistnie oczekiwac należy wyższego udziału osób starszych wśród umierających (Szukalski, 2020). Dodatkowo zaznaczyć należy wpływ płci – począwszy od najmłodszych grup wieku ludności widoczna jest nadumieralność mężczyzn, tj. współczynniki zgonów dla mężczyzn są wyższe niż dla kobiet. W młodszych grupach wieku wielkości współczynników są niewielkie (dla kobiet to 1,1, a dla mężczyzn 1,5 zgonów na 10 tys. ludności danej płci), ale dla wieku około 20–44 lata stają się 3-krotnie wyższe dla mężczyzn, w tym dla grupy 25–29 lat różnica wynosi ponad 4 razy (2,9 do 11,4). Wraz ze wzrostem wieku, natężenie zgonów także staje się coraz wyższe, a w najstarszych rocznikach wieku rośnie wręcz lawinowo. Jednocześnie wielkości współczynników dla płci zaczynają się wyrównywać – na każde 10 tys. mężczyzn w wieku co najmniej 85 lat w ciągu roku umiera ich prawie 2000, a wśród kobiet – 1600, z kolei dla wieku 90 lat i więcej wynoszą odpowiednio 2700 i 2300. Dla porównania w latach 90-tych współczynniki dla osób w wieku 85 lat i więcej kształtowały się na poziomie ok. 2300 dla mężczyzn i 2000 dla kobiet.

Analiza danych o zgonach w latach 2019 i 2020 według struktury wieku wskazuje wzrosty niemal we wszystkich grupach wieku. Największe zwwyżki – blisko 20% – odnotowano wśród osób najstarszych, w grupie 70–84 lata. W pozostałych grupach z odnotowanymi wzrostami dynamika wzrostu kształtowała się na poziomie od 1% w grupie 15–19 lat do blisko 15% w grupie 85–89 lat. W najmłodszych grupach wieku (0–14 lat) wielkości współczynników umieralności na 100 tys. ludności obniżyły się średnio o 10% w analizowanym okresie.

Wykres 18. Zgony na 100 tys. ludności danej płci i grupy wieku w latach 2019 i 2020
 Chart 18. Deaths per 100 thousand population of each sex and age group in 2019 and 2020

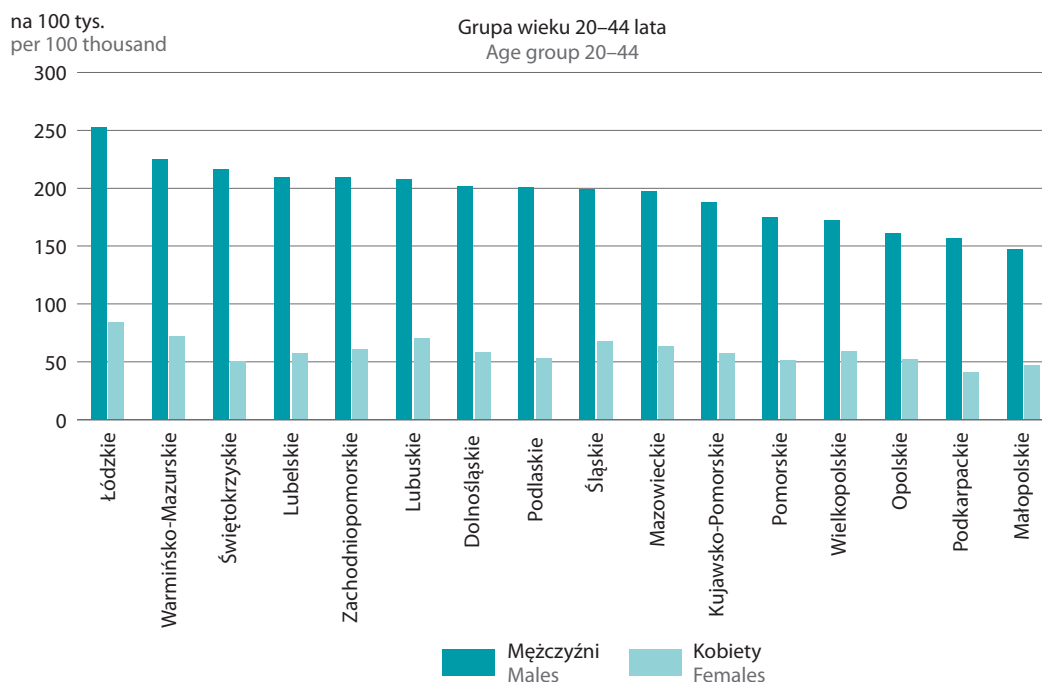
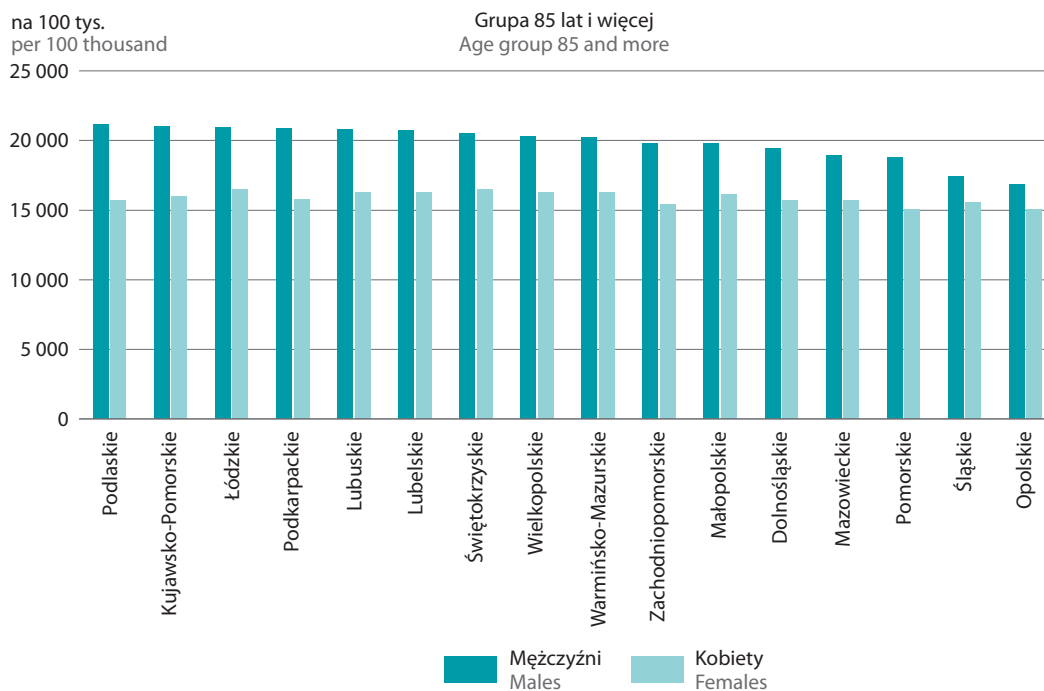


Natężenie zgonów według wieku i płci jest zróżnicowane terytorialnie. Wartości współczynników (na 1000 ludności) w poszczególnych województwach dla grupy wieku 20–44 lata wahają się dla mężczyzn od 0,1 do 0,6 p.prom w stosunku do ogólnopolskiego oraz pomiędzy 0,1–0,2 dla kobiet. Najniższą umieralność dla tego przedziału wieku zanotowano w 2020 r. w województwie małopolskim, gdzie na 100 tys. mężczyzn zmarło ich niespełna 147. Z kolei najwyższy współczynnik zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn wystąpił w województwie łódzkim – na 100 tys. ludności danej płci zmarło tutaj 252 mężczyzn i 83 kobiety. Najniższe natężenie zgonów kobiet w wieku 20–44 lata odnotowano w województwie podkarpackim – było prawie czterokrotnie niższe niż dla mężczyzn mieszkających na tym samym obszarze (w 2020 r. wyniosło odpowiednio 41 i 157 na 100 tys.).

Współczynniki natężenia zgonów dla wieku 85 lat i więcej tak dla kobiet, jak i dla mężczyzn są również zróżnicowane terytorialnie – aczkolwiek pomiędzy województwami występują mniejsze odchylenia niż dla młodszych grup wieku. Województwa opolskie i śląskie wyróżniają się najniższym współczynnikiem natężenia zgonów dla mężczyzn – jest on niższy o 2–3 tys. w stosunku do ogólnopolskiego (na 100 tys. ludności) i jednocześnie o 25% mniejszy w porównaniu z najwyższym współczynnikiem, który zanotowano dla województwa podlaskiego – ponad 21 tys. zgonów osób powyżej 85 lat na 100 tys. ludności.

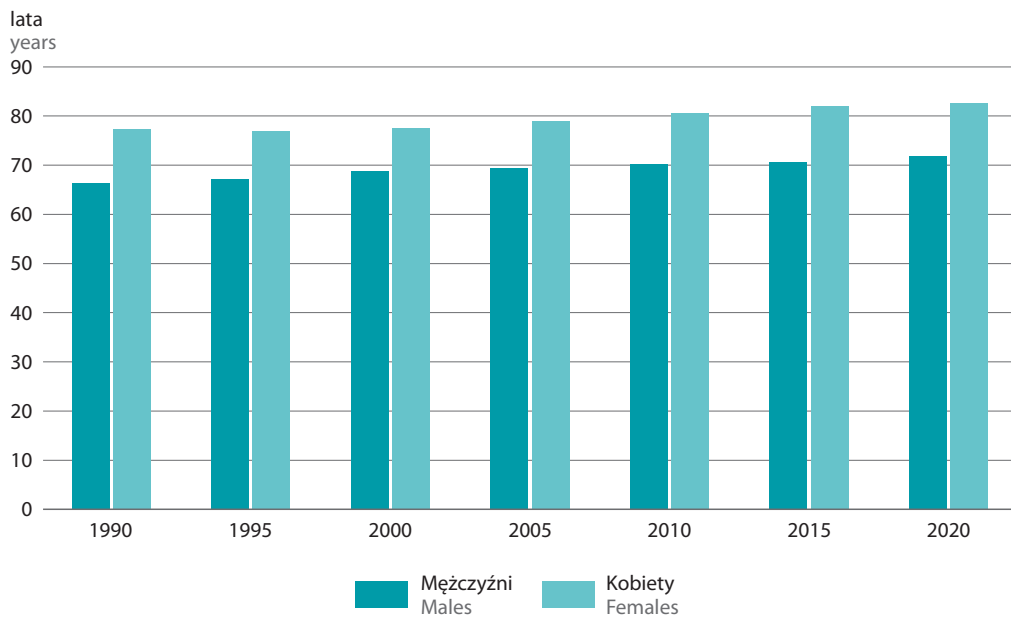
W ciągu 30 lat trend dla województwa podlaskiego znacznie się zmienił – w 1990 r. charakteryzowało się ono najniższym w Polsce współczynnikiem zgonów mężczyzn w wieku 85 lat i więcej – współczynnik wynosił wtedy prawie 20 tys., przy współczynniku ogólnopolskim prawie 23 tys., a najwyższy współczynnik kształtował się na poziomie 25 tys. w województwie wielkopolskim. W 1990 r. współczynnik dla kobiet w tej grupie wieku również był najniższy w województwie podlaskim (18 tys. zgonów na 100 tys.), a najwyższa umieralność od lat notowana jest w województwie świętokrzyskim.

Wykres 19. Natężenie zgonów mężczyzn i kobiet dla wybranych grup wieku w 2020 r. (na 100 tys. ludności)
 Chart 19. Intensity of deaths for males and females for selectes age groups in 2020 (per 100 thousand population)

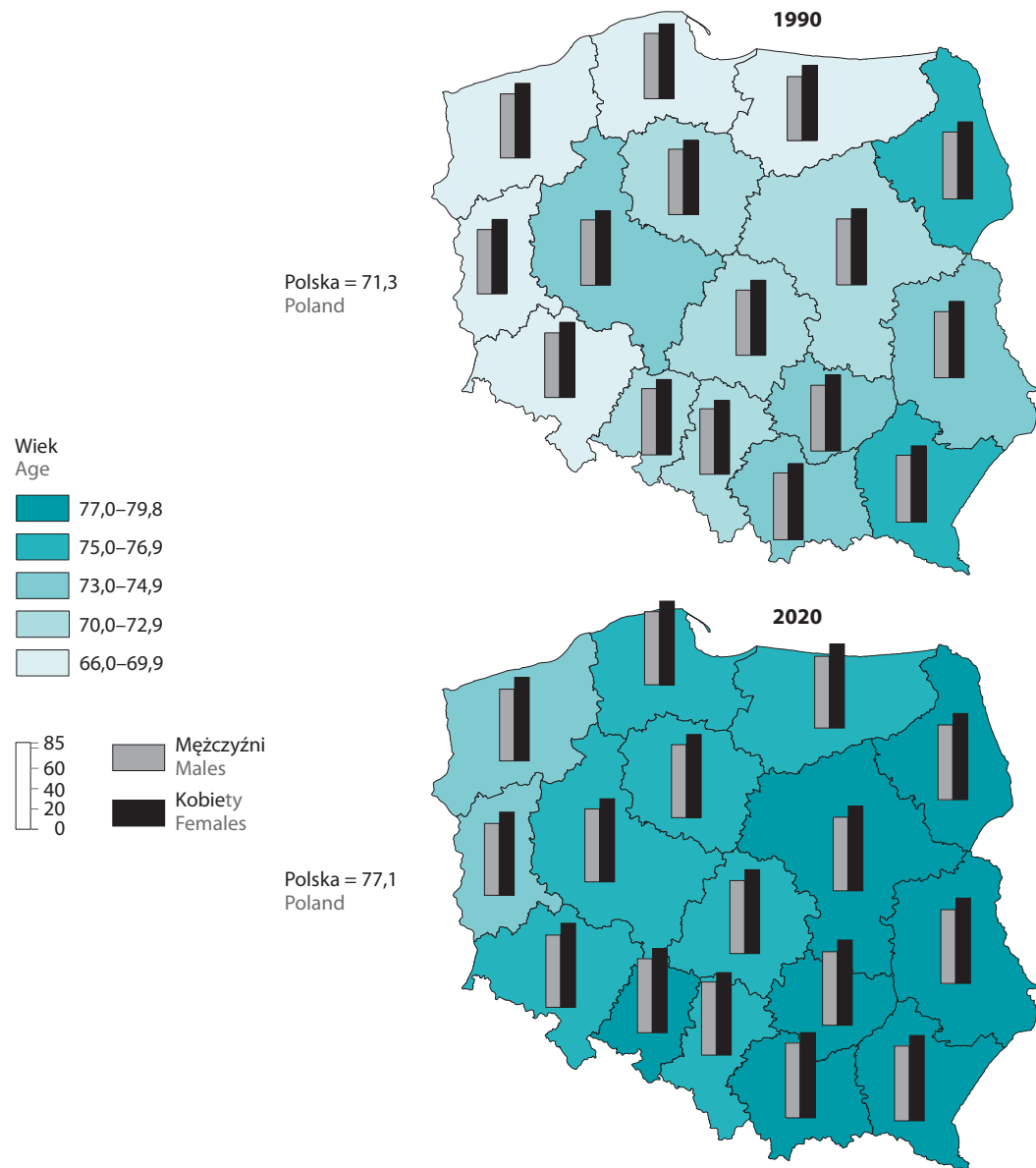


W ciągu ostatnich 30 lat średni wiek osób zmarłych wzrósł o ok. 7–8 lat. Obecnie mediana wieku mężczyzny w momencie zgonu wynosi prawie 72 lata, a kobiet – blisko 83 lata.

Wykres 20. Mediana wieku osób zmarłych w wybranych latach
Chart 20. Median age of deceased in selected years



Mapa 2. Mediana wieku osób zmarłych w latach 1990 i 2020
 Map 2. Median age of deceased in 1990 and 2020

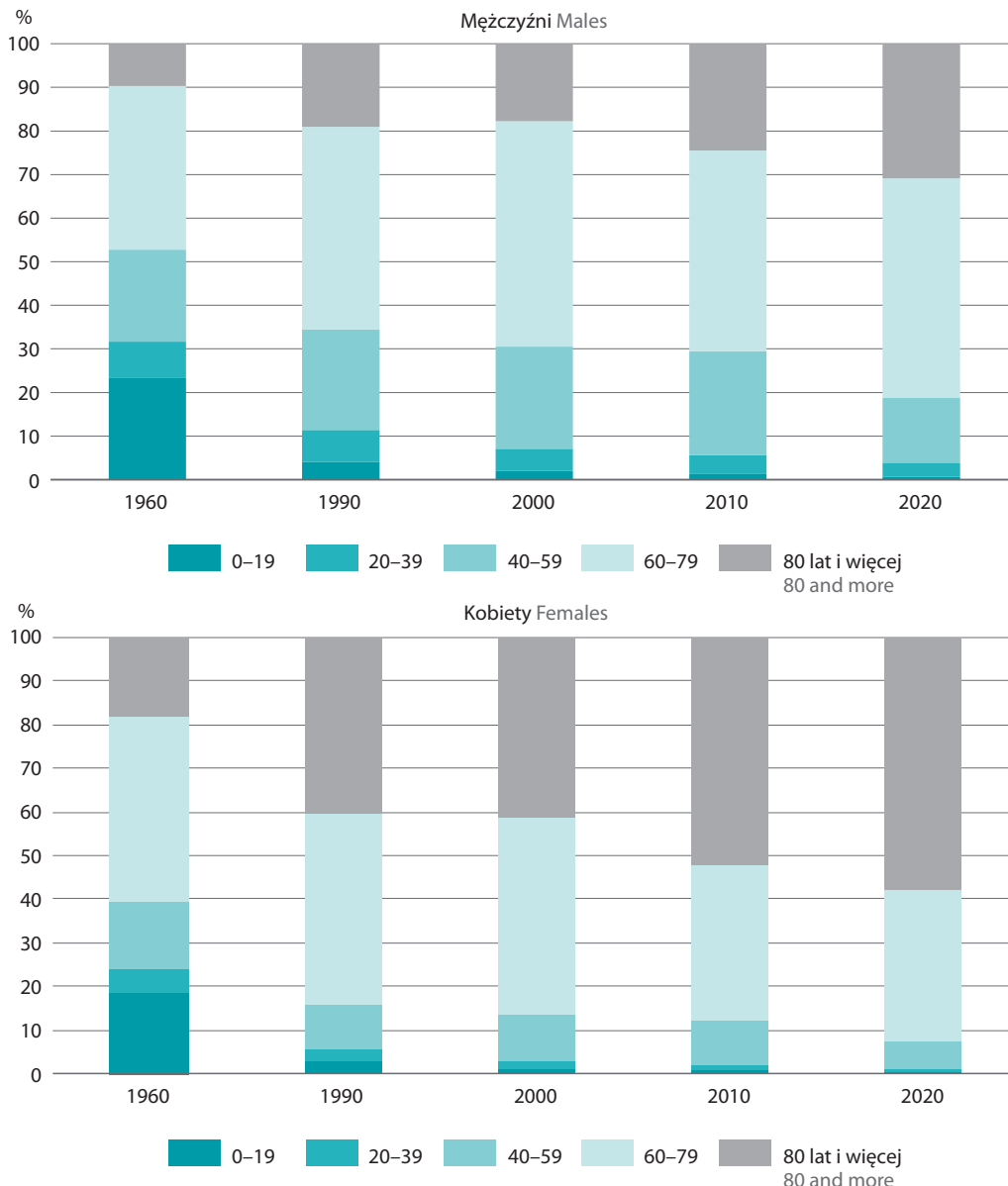


Mediana wieku osób zmarłych jest zróżnicowana regionalnie – między najmłodszymi i najstarszymi osobami różnica sięga obecnie ok. 3–4 lat, natomiast 30 lat temu było to 6–7 lat. W 2020 r. najwcześniej umierali mężczyźni mieszkający w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim (mediana wieku wyniosła 70,4 lata), natomiast kobiety w województwie śląskim (81 lat). Z kolei najwyższa mediana wieku osób zmarłych charakteryzuje mieszkańców Małopolski, Podkarpacia i Podlasia (wiek środkowy wyniósł tutaj 73,4 lata) oraz mieszkanki Podlasia – umierają w wieku prawie 85 lat. W 1990 r. najkrócej żyli mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego (63 lata) oraz mieszkanki zachodniopomorskiego (prawie 73 lata). Natomiast najwyższą medianę wieku dla mężczyzn (68,6 lat) odnotowano wówczas w województwie świętokrzyskim, a dla kobiet w województwie podlaskim (79,5).

W zbiorowości kobiet w ostatnich latach większość zgonów występuje wśród kobiet w wieku 80 lat i więcej, natomiast spośród ogółu 227,6 tys. kobiet zmarłych w 2020 r., aż 47,7 tys. (tj. 21% ogółu) miało co najmniej

90 lat. Wśród mężczyzn wielkości te były zdecydowanie niższe – na 249,7 tys. zmarłych mężczyzn jedynie 18,3 tys. (tj. 7,3%) stanowili mężczyźni w wieku 90 lat i więcej. W 1960 r. na 106,9 tys. zmarłych kobiet tylko 8% (8,6 tys.) miało co najmniej 85 lat, natomiast spośród 117 tys. mężczyzn – 4%.

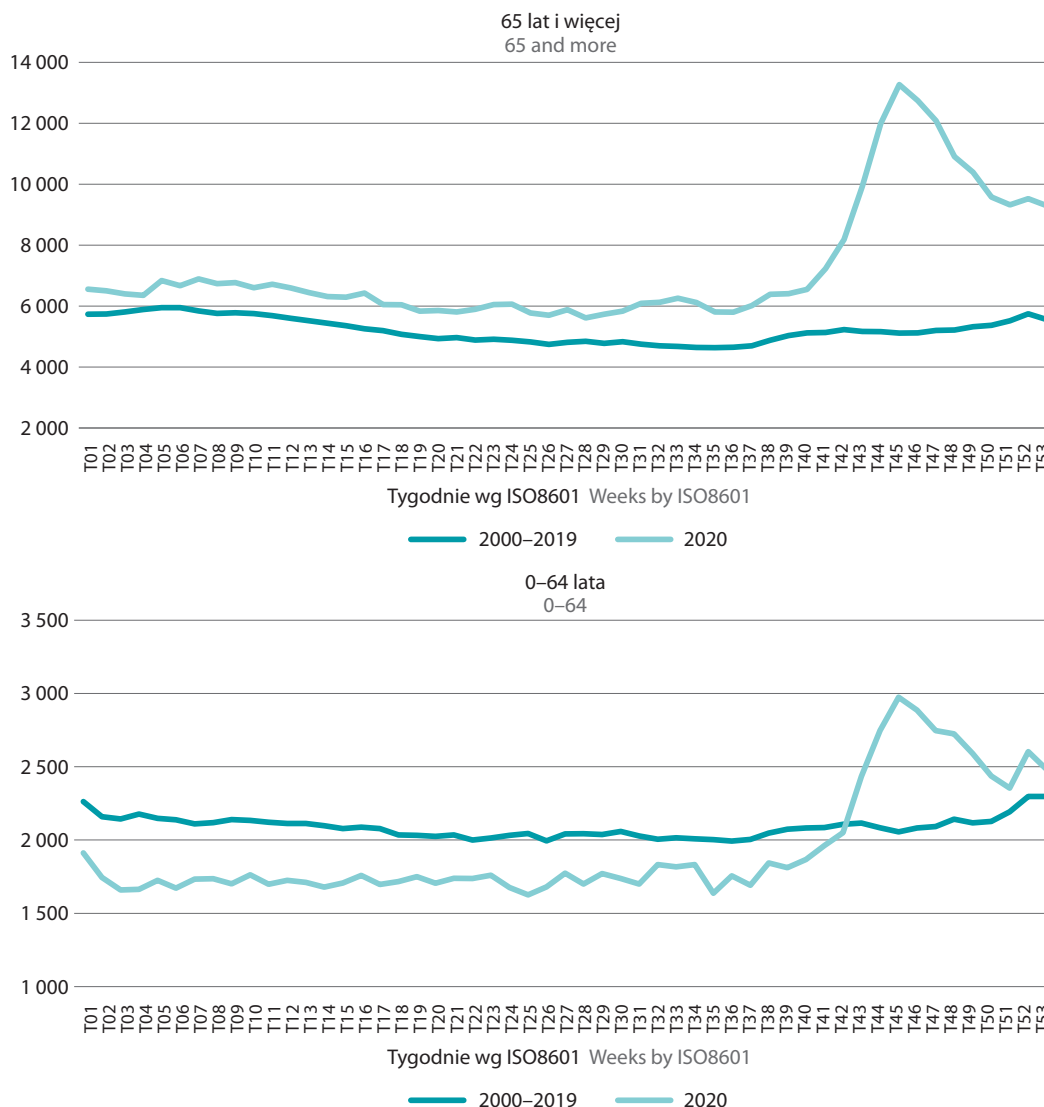
Wykres 21. Zgony według wieku i płci w wybranych latach
Chart 21. Deaths by age and sex in selected years



W 2020 r. zmarło 372 tys. osób w wieku 65 lat i więcej – wzrost liczby zgonów w tym wieku w stosunku do 2019 r. wyniósł prawie 20%. Najwyższe natężenie zgonów osób starszych zanotowano pomiędzy 26.10.2020 r. a 06.12.2020 r. – zarejestrowano ich 2–3 krotnie więcej niż średnia dla lat 2000–2019. Szczególnie krytyczny okazał się 45 tydzień roku (przypadający na dni od 2 do 8 listopada), w którym odnotowano ponad 13 tys. zgonów osób starszych, co stanowiło ok. 80% ogólnej liczby zgonów osób w tym wieku w wyżej wymienionym tygodniu.

Liczba zgonów w wieku 0–64 lata wyniosła wówczas ok. 3 tys. – zanotowano wzrost o prawie 45% do średniorocznej z ostatnich 20 lat.

Wykres 22. Zgony według wieku oraz tygodni w 2020 r. oraz średnia w latach 2010–2019
 Chart 22. Deaths by age and weeks in 2020 and average in 2010–2019



3. Stan cywilny i poziom wykształcenia osób zmarłych

3. Marital status and education level of the deceased

Struktura osób zmarłych według stanu cywilnego uwarunkowana jest czynnikami demograficznymi takimi jak m. in. liczba osób w poszczególnych grupach wieku, a także sytuacja społeczno-ekonomiczna kraju wpływająca na podejmowanie decyzji prorodzinnych. Przemiany społeczne i kulturowe zachodzące w Polsce widoczne są również w zestawieniu ze stanem cywilnym osób zmarłych. Rośnie odsetek osób rozwiedzionych, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. W 2020 r. w porównaniu do roku 1990 udział zmarłych rozwiedzionych mężczyzn podwoił się, natomiast rozwiedzionych zmarłych kobiet wzrósł prawie trzykrotnie.

Tablica 7. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego w wybranych latach – mężczyźni
 Table 7. Deaths of population aged 15 and more by marital status in selected years – males

Wyszczególnienie Specification	Mężczyźni Males				
	ogółem total	żonaci w tym separowani) married (including separated	kawalerowie single	wdowcy widowed	rozwidzeni divorced
	w % in %				
1990					
Ogółem Total	100	67,7	9,4	17,9	5,1
Miasto Urban areas	100	67,6	8,0	17,1	7,3
Wieś Rural areas	100	67,7	11,1	18,9	2,2
2000					
Ogółem Total	100	64,1	11,3	18,1	6,5
Miasto Urban areas	100	64,3	9,6	17,4	8,7
Wieś Rural areas	100	63,9	13,6	19,1	3,3
2010					
Ogółem Total	100	59,0	13,5	18,5	9,0
Miasto Urban areas	100	59,2	11,0	18,0	11,5
Wieś Rural areas	100	58,0	17,2	19,3	5,3
2020					
Ogółem Total	100	56,0	14,4	19,2	10,4
Miasto Urban areas	100	56,3	11,9	19,4	12,4
Wieś Rural areas	100	55,6	18,2	18,9	7,3

Tablica 8. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego w wybranych latach – kobiety
 Table 8. Deaths of population aged 15 and more by marital status in selected years – females

Wyszczególnienie Specification	Kobiety Females				
	ogółem total	zameżne (w tym separowane) married (including separated	panny single	wdowy widowed	rozwidzione divorced
	w % in %				
1990					
Ogółem Total	100	27,0	9,8	60,1	3,2
Miasto Urban areas	100	26,7	10,3	58,3	4,7
Wieś Rural areas	100	27,4	9,0	62,7	0,9
2000					
Ogółem Total	100	25,4	8,7	61,5	4,4
Miasto Urban areas	100	25,4	9,3	58,9	6,4
Wieś Rural areas	100	25,4	7,9	65,4	1,4

Tablica 8. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego w wybranych latach – kobiety (dok.)
 Table 8. Deaths of population aged 15 and more by marital status in selected years – females (cont.)

Wyszczególnienie Specification	Kobiety Females				
	ogółem total	zamężne (w tym separowane) married (including separated)	panny single	wdowy widowed	rozwidzione divorced
	w % in %				
2010					
Ogółem Total	100	23,9	7,4	62,6	6,0
Miasto Urban areas	100	24,3	7,9	59,2	8,4
Wieś Rural areas	100	22,9	6,8	68,1	2,2
2020					
Ogółem Total	100	22,7	6,9	62,1	8,3
Miasto Urban areas	100	22,8	7,5	58,7	11,0
Wieś Rural areas	100	22,4	5,9	68,0	3,8

Ponad 14% zmarłych mężczyzn w wieku 15 lat i więcej stanowią kawalerowie; odsetek panien jest znacznie niższy – nie przekracza 6% omawianej populacji. Także odsetek zmarłych żonatych mężczyzn jest zdecydowanie wyższy (ponad dwukrotnie) w porównaniu z zamężnymi zmarłymi kobietami (ok. 23%). Różnica ta wynika z wyższej umieralności mężczyzn, powodującej częstsze owdowienia kobiet. Wpływ nadumieralności mężczyzn uwidacznia się już wśród osób od 50-tego roku życia. Udział mężatek w tej grupie wieku jest o 11 p.proc. niższy (wynosi 65%) w porównaniu z odsetkiem zmarłych żonatych (76%). W miarę przechodzenia do starszych grup wieku zjawisko nasila się – w rezultacie najstarsi mężczyźni najczęściej umierają pozostając żonaci, a najstarsze kobiety umierają jako wdowy. Tym samym odsetek zmarłych wdów jest prawie dwukrotnie wyższy (82%) w porównaniu z odsetkiem zmarłych wdowców (45,5%).

Tablica 9. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według wieku, płci i stanu cywilnego w 1990 r.
 Table 9. Deaths of population aged 15 and more by age, sex and marital status in 1990

Wyszczególnienie Specification	Wiek Age							
	15–19 lat	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80 i więcej and more
	w % in %							
Mężczyźni Males	100	100	100	100	100	100	100	100
żonaci (w tym separowani) married (including separated)	0,6	29,7	56,1	66,4	76,0	79,9	72,4	50,3
kawalerowie single	99,3	68,4	33,0	18,0	8,9	4,4	3,3	3,0
wdowcy widowed	0,1	0,2	1,1	2,5	5,4	10,7	22,1	45,5
rozwidzeni divorced	–	1,6	9,8	13,0	9,6	4,9	2,1	1,2
Kobiety Females	100	100	100	100	100	100	100	100
zamężne (w tym separowane) married (including separated)	3,9	50,5	69,9	71,0	65,0	47,7	23,9	7,7
panny single	95,9	44,1	17,0	10,1	8,1	9,1	9,5	9,1
wdowy widowed	0,2	1,8	3,9	8,3	19,0	38,2	64,3	82,0
rozwidzione divorced	–	3,6	9,2	10,6	7,9	4,9	2,4	1,2

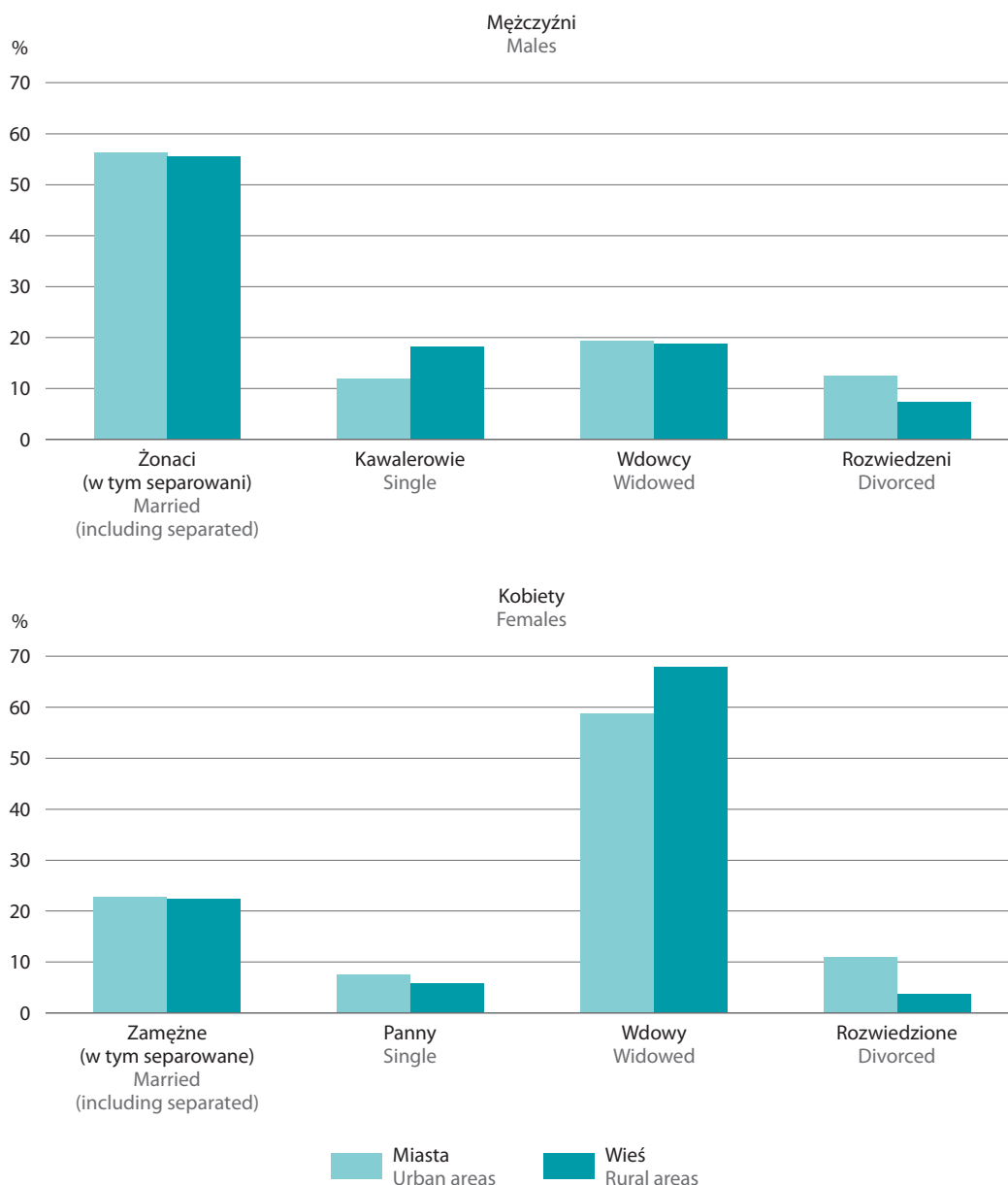
Tablica 10. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według wieku, płci i stanu cywilnego w 2020 r.
 Table 10. Deaths of population aged 15 and more by age, sex and marital status in 2020

Wyszczególnienie Specification	Wiek Age							
	15–19 lat	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80 i więcej and more
	w % in %							
Mężczyźni Males	100	100	100	100	100	100	100	100
żonaci (w tym separowani) married (including separated)	–	7,9	24,6	36,0	47,6	59,2	67,6	54,1
kawalerowie single	100	91,4	64,7	41,3	28,0	16,4	6,9	3,3
wdowcy widowed	–	0,0	0,7	1,7	3,6	9,1	17,2	39,1
rozwiedzeni divorced	–	0,7	10,0	21,0	20,7	15,3	8,3	3,5
Kobiety Females	100	100	100	100	100	100	100	100
zamężne (w tym separowane) married (including separated)	–	13,8	41,3	52,2	57,0	49,5	32,4	8,9
panny single	100	84,6	44,9	23,8	12,9	9,0	6,4	4,6
wdowy widowed	–	0,3	2,1	5,5	14,2	28,3	51,3	80,8
rozwidzione divorced	–	1,3	11,7	18,5	15,9	13,3	9,9	5,6

Struktura ludności według stanu cywilnego jest zróżnicowana w zależności od miejsca zamieszkania osób zmarłych. W miastach odsetek zmarłych kawalerów (niespełna 12%) jest niższy w porównaniu z mężczyznami mieszkającymi na wsi (ponad 18%). Wśród zmarłych panien jest odwrotnie – w miastach jest ich nieznacznie więcej – stanowią 7,5%, a na wsi niespełna 6% ogółu zmarłych kobiet w wieku 15 lat i więcej. W 2020 r. odsetka osób zmarłych pozostających w małżeństwie nie różnicowało istotnie miejsce zamieszkania osób zmarłych.

Wykres 23. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według płci i stanu cywilnego w podziale na miasta i wieś w 2020 r.

Chart 23. Deaths of population aged 15 and more by sex and marital status, urban and rural areas in 2020



Zamężne kobiety stanowiły 22,8% w miastach i 22,4% na wsi, natomiast zamężni zmarli mężczyźni odpowiednio: 56,3% i 55,6%. Owdowiali zmarli mężczyźni stanowili ok. 19% zarówno w miastach, jak i na wsi, natomiast owdowiałe zmarłe kobiety przeważały na wsi, ich udział był o blisko 10 p. proc. wyższy (68% na wsi, niespełna 59% w miastach). Największe różnicowanie w zakresie stanu cywilnego osób zmarłych determinowane miejscem zamieszkania odnotowano w przypadku zmarłych rozwiedzionych. Ze względu na fakt, iż mieszkańcy miast generalnie rozwodzą się zdecydowanie częściej, udział zmarłych rozwiedzionych w miastach jest zdecydowanie wyższy niż na wsi. Rozwiedzeni mężczyźni stanowią ponad 12% populacji osób zmarłych w miastach (na wsi o ponad 5 p. proc. mniej), natomiast udział zmarłych rozwiedzionych kobiety jest blisko trzykrotnie wyższy w miastach niż na wsi (odpowiednio: 11% i 3,8%).

Jednocześnie udział zmarłych rozwiedzionych jest zróżnicowany także w poszczególnych województwach. Województwa Polski zachodniej (zachodniopomorskie, dolnośląskie i lubuskie) cechują najwyższe udziały osób rozwiedzionych w populacji osób zmarłych w wieku 15 lat i więcej. W 2020 r. dla zmarłych mężczyzn odsetek ten kształtował się na poziomie powyżej 13% i ok. 10% dla zmarłych kobiet, gdzie dla Polski odsetki wyniosły odpowiednio: 10,4% i 8,3%. Natomiast najmniej zmarłych rozwiedzionych odnotowano w województwie podkarpackim (7% dla zmarłych mężczyzn i 4,4% dla zmarłych kobiet).

Tablica 11. Zgony osób w wieku 15 lat i więcej według stanu cywilnego według województw w 2020 r.
Table 11. Deaths of population aged 15 and more by marital status in 2020

Wyszczególnienie Specification	Mężczyźni Males					Kobiety Females				
	ogółem total	żonaci (w tym separo- wani) married (includ- ing separa- ted)	kawa- lerowie single	wdowcy widowed	rozwie- dzeni divorced	ogółem total	zameż- ne (w tym separo- wane) married (includ- ing separa- ted)	panny single	wdowcy widowed	rozwie- dzone divorced
Ogółem Total	100,0	56,0	14,4	19,2	10,4	100,0	22,7	6,9	62,1	8,3
Dolnośląskie	100,0	53,2	15,2	18,3	13,3	100,0	22,1	7,9	59,6	10,5
Kujawsko-pomorskie	100,0	56,0	12,9	20,1	10,9	100,0	23,9	7,0	61,5	7,6
Lubelskie	100,0	57,7	16,1	18,1	8,2	100,0	21,2	5,7	66,8	6,4
Lubuskie	100,0	53,1	15,1	18,6	13,2	100,0	24,5	6,5	59,1	9,9
Łódzkie	100,0	54,9	14,2	19,5	11,4	100,0	21,1	6,4	63,0	9,6
Małopolskie	100,0	58,2	14,8	19,5	7,5	100,0	22,6	8,4	62,5	6,5
Mazowieckie	100,0	55,3	13,9	19,4	11,4	100,0	21,1	6,7	61,6	10,5
Opolskie	100,0	56,6	13,8	19,5	10,1	100,0	22,3	7,8	62,2	7,8
Podkarpackie	100,0	57,5	15,7	19,8	7,0	100,0	23,3	8,6	63,7	4,4
Podlaskie	100,0	54,8	16,3	19,4	9,4	100,0	20,4	6,4	66,2	7,0
Pomorskie	100,0	55,1	13,9	19,2	11,8	100,0	23,8	6,8	59,7	9,6
Śląskie	100,0	57,3	12,6	19,9	10,1	100,0	24,5	6,3	61,1	8,1
Świętokrzyskie	100,0	55,8	16,1	18,8	9,3	100,0	21,3	5,2	67,4	6,1
Warmińsko-mazurskie	100,0	52,3	15,9	19,3	12,5	100,0	21,8	6,3	63,3	8,6
Wielkopolskie	100,0	59,7	13,0	19,0	8,3	100,0	24,8	7,2	61,6	6,4
Zachodniopomorskie	100,0	52,7	16,0	17,6	13,8	100,0	23,6	6,6	59,4	10,4

Struktura poziomu wykształcenia ludności zmieniała się na przestrzeni lat, ale jej zasadnicze zmiany są widoczne począwszy od końca lat 90. XX wieku, a ich odzwierciedlenie można odnaleźć również w strukturze wykształcenia osób zmarłych.

Na przestrzeni lat rośnie odsetek osób z wykształceniem wyższym. W ciągu ostatnich 30 lat ich udział w ogólnej liczbie osób zmarłych zwiększył się o ponad 5%. Zmniejsza się natomiast odsetek osób bez ukończonej szkoły podstawowej oraz z wykształceniem podstawowym. W 1990 r. ich udział kształtował się na poziomie odpowiednio: blisko 20% i 46%. W 2020 r. odsetek osób zmarłych z wykształceniem niepełnym podstawowym obniżył się niemal dziesięciokrotnie i wyniósł nieco ponad 2%, natomiast w przypadku osób zmarłych z wykształceniem podstawowym wyniósł nieco ponad 35%. Pomimo spadku odsetka osób zmarłych z wykształceniem podstawowym, ze względu na wysoką medianę wieku osób zmarłych (powyżej 70 lat), pozostaje on nadal dominującym poziomem wykształcenia.

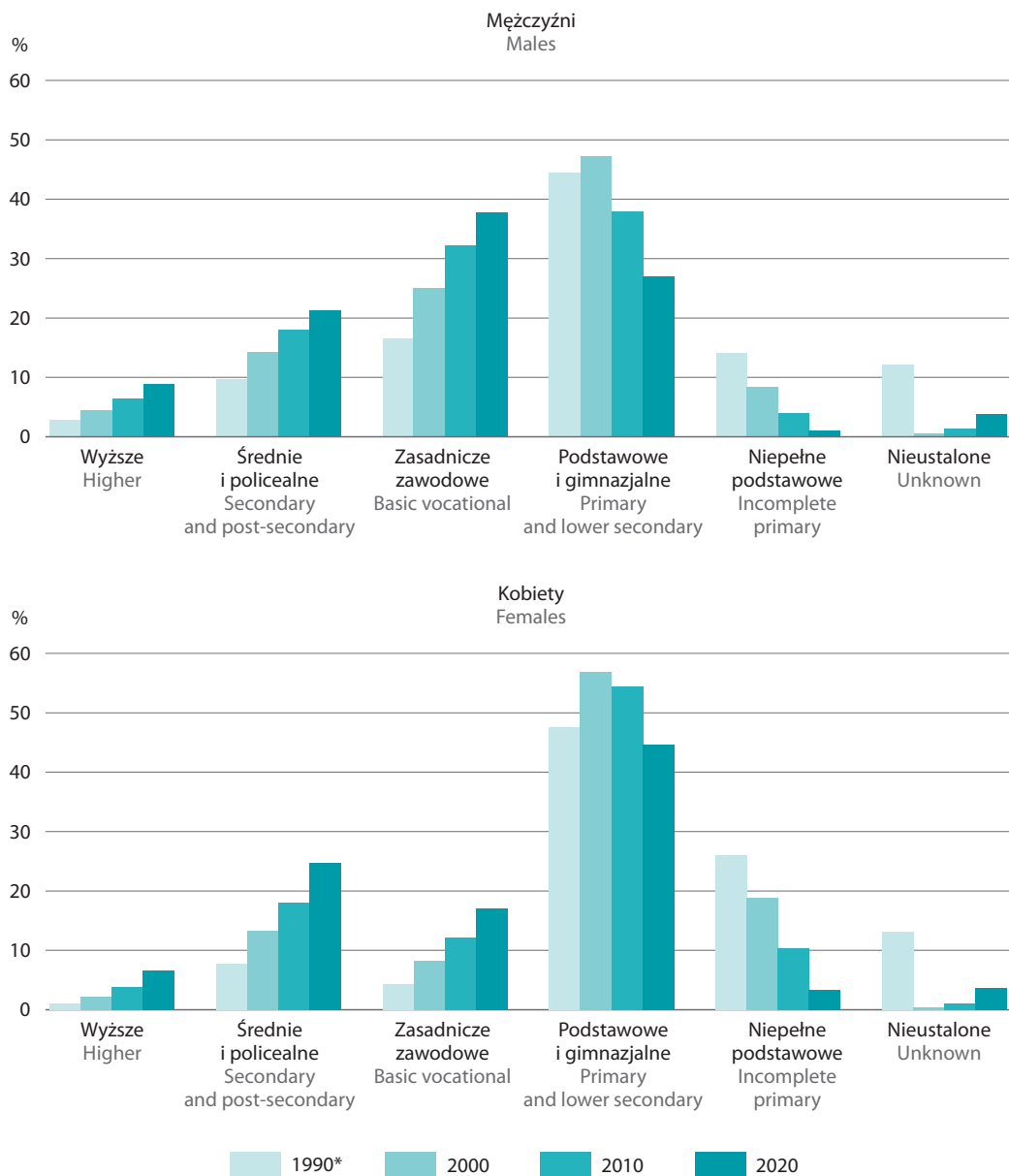
Tablica 12. Zgony osób w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia w wybranych latach
 Table 12. Deaths of population aged 13 and more by education level in selected years

Poziom wykształcenia Education level	1990*	2000	2010	2020
w liczbach bezwzględnych in absolute figures				
Ogółem Total	376428	363751	375733	475623
Wyższe Higher	7859	12708	19809	36941
Policealne Post-secondary	1346	1567	1873	1890
Średnie Secondary	32060	48660	65797	107433
Zasadnicze zawodowe Basic vocational	40849	62602	85467	132712
Gimnazjalne Lower secondary	.	.	766	734
Podstawowe Primary	172825	188324	170966	167618
Niepełne podstawowe Incomplete primary	74069	48315	26338	10245
Nieustalone Unknown	47420	1575	4717	18050
w % in %				
Ogółem Total	100	100	100	100
Wyższe Higher	2,1	3,5	5,3	7,8
Policealne Post-secondary	0,4	0,4	0,5	0,4
Średnie Secondary	8,5	13,4	17,5	22,6
Zasadnicze zawodowe Basic vocational	10,9	17,2	22,7	27,9
Gimnazjalne Lower secondary	.	.	0,2	0,2
Podstawowe Primary	45,9	51,8	45,5	35,2
Niepełne podstawowe Incomplete primary	19,7	13,3	7	2,2
Nieustalone Unknown	12,6	0,4	1,3	3,8

* dla 1990 r. – 15 lat i więcej (for 1990 – 15 and more).

Struktura osób zmarłych według poziomu wykształcenia różni się w zależności od płci. Dominującym w 2020 r. wśród zmarłych mężczyzn poziomem wykształcenia było wykształcenie zasadnicze zawodowe – blisko 38%, natomiast wśród zmarłych kobiet przeważało wykształcenie podstawowe – prawie 45%. W 2020 r. wśród ogółu zmarłych mężczyzn blisko 9% ukończyło szkoły wyższe i w porównaniu do 1990 r. odnotowujemy wzrost o blisko 6 p. proc. Podobnie kształtował się udział wykształcenia wyższego wśród zmarłych kobiet. W 1990 r. jedynie jedna na sto zmarłych kobiet posiadała dyplom ukończenia szkoły wyższej, natomiast 30 lat później już niemal 7% z nich. W 2020 r. co piąty zmarły mężczyzna i co czwarta zmarła kobieta posiadali wykształcenie średnie, w 1990 r. było to odpowiednio – 9,4% i 7,4%. Analizując poziom wykształcenia mężczyzn zmarłych w 2020 r. należy podkreślić, że o ponad połowę w porównaniu z rokiem 1990 zmniejszył się udział tych, którzy posiadali wykształcenie podstawowe i niepełne podstawowe (z blisko 59% do niespełna 28%). W 2020 r. jedynie niespełna połowa zmarłych kobiet legitymowało się wykształceniem podstawową, podczas gdy w 1990 r. niemal $\frac{3}{4}$.

Wykres 24. Zgony osób w wieku 13 lat i więcej według płci i poziomu wykształcenia w wybranych latach
 Chart 24. Deaths of population aged 13 and more by sex and education level in selected years



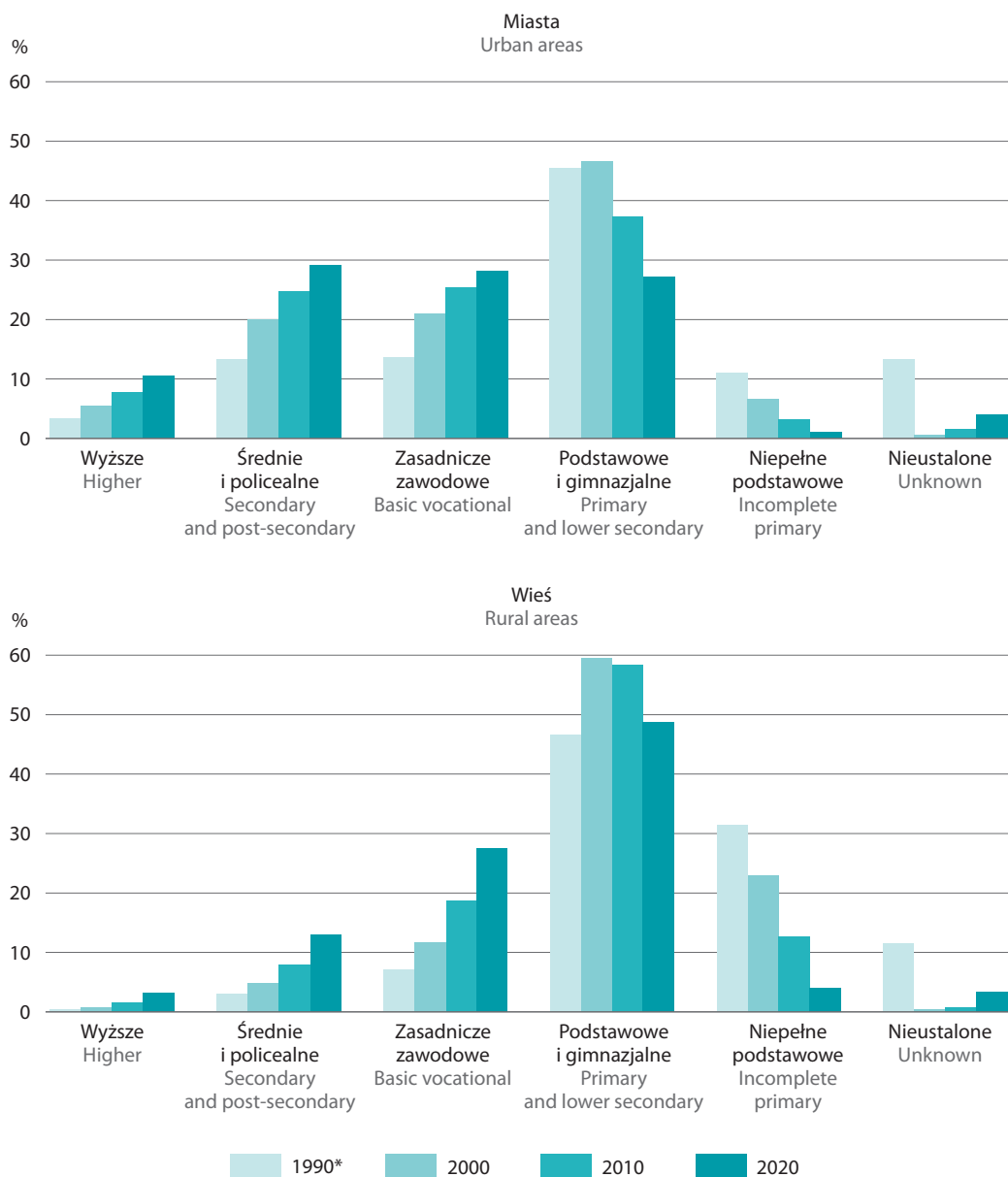
* dla 1990 r. –15 lat i więcej
 * for 1990 –15 and more

Czynnikiem różnicującym strukturę osób zmarłych według poziomu wykształcenia jest również miejsce zamieszkania. Analizując strukturę poziomu wykształcenia zmarłych mieszkańców miast i wsi zauważa się, że pomimo wzrostu jakości poziomu wykształcenia w dalszym ciągu struktura poziomu wykształcenia osób zamieszkujących obszary wiejskie różni się od tej odnotowanej w miastach.

W 2020 r. wśród zmarłych mieszkańców miast przeważało wykształcenie średnie (28,6%) oraz zasadnicze zawodowe (28,1%), natomiast wśród zmarłych mieszkańców wsi było to wykształcenie podstawowe, stanowiące blisko połowę wszystkich przypadków (48,5%) oraz zasadnicze zawodowe (27,6%). Porównując sytuację bieżącą do 1990 r. zwraca uwagę fakt, że w dalszym ciągu dominującym poziomem wykształcenia osób zmarłych zamieszkujących na wsi jest wykształcenie podstawowe (30 lat temu stanowiło ono 46,5%).

Wykres 25. Zgony osób w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia w podziale na miasta i wieś w wybranych latach

Chart 25. Deaths of population aged 13 and more by education level, urban and rural areas in selected years



* dla 1990 r. – 15 lat i więcej
* for 1990 – 15 and more

W porównaniu do 1990 r. odnotowano wzrost osób zmarłych z wykształceniem wyższym zarówno w miastach, jak i na wsi. W 2020 r. ponad 10% osób zmarłych zamieszkujących w miastach legitymowało się tym poziomem wykształcenia, natomiast na wsi odsetek takich osób wyniósł ponad 3%. Jednak to właśnie na wsi – w porównaniu do 1990 r. – odnotowano bardziej dynamiczny wzrost udziału osób zmarłych o tym poziomie wykształcenia (z 0,4% w 1990 r. do 3,2% w 2020 r.).

Analizując poziom wykształcenia osób zmarłych według województw zauważalne jest wyraźne zróżnicowanie regionalne. W 2020 r. największy odsetek osób z wykształcenia wyższym odnotowano w województwie mazowieckim – ponad 12% i był on wyższy od średniego wskaźnika dla Polski o 4,3 p.proc. i ponad dwukrotnie wyższy niż w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie odnotowano najniższy udział osób zmarłych z wykształceniem wyższym.

Tablica 13. Zgony osób w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia w 2020 r.
Table 13. Deaths of population aged 13 and more by education level in 2020

Województwa Voivodships	ogółem total	Wykształcenie Education level								
		wyższe higher	poli- cealne post- secondary	średnie secondary	zasad- nicze za- wodowe basic vocational	gimna- zjalne lower se- condary	podsta- wowe primary	niepełne podsta- wowe incomple- te primary	nieusta- lone unknown	
		w odsetkach in percentage								
Ogółem Total	475623	7,8	0,4	22,6	27,9	0,2	35,2	2,2	3,8	
Dolnośląskie	37462	7,7	0,3	23,1	28,6	0,1	32,3	1,6	6,2	
Kujawsko-pomorskie	25370	6,0	0,3	19,4	28,8	0,2	43,5	1,3	0,4	
Lubelskie	27140	6,7	0,5	20,7	22,2	0,2	44,8	3,4	1,5	
Lubuskie	12588	6,1	0,3	22,7	32,7	0,2	34,4	1,7	1,9	
Łódzkie	35714	7,5	0,4	23,1	22,9	0,2	39,2	3,0	3,6	
Małopolskie	38633	8,8	0,4	20,7	28,8	0,2	35,7	1,4	4,0	
Mazowieckie	67267	12,1	0,6	27,3	22,2	0,2	30,9	2,8	3,8	
Opolskie	12675	6,3	0,3	18,3	32,8	0,1	35,3	1,2	5,7	
Podkarpackie	24040	6,6	0,4	20,2	26,9	0,1	39,1	2,3	4,3	
Podlaskie	14574	6,1	0,4	18,0	19,4	0,2	48,4	6,7	0,8	
Pomorskie	25533	8,9	0,4	22,6	27,8	0,2	30,4	1,0	8,7	
Śląskie	59869	6,3	0,2	22,4	39,4	0,1	28,1	0,9	2,6	
Świętokrzyskie	17254	6,6	0,5	21,3	23,5	0,1	41,4	3,3	3,4	
Warmińsko-mazurskie	16693	6,5	0,4	20,5	22,6	0,2	45,3	3,9	0,7	
Wielkopolskie	39852	6,8	0,3	25,2	31,3	0,1	31,2	1,2	3,8	
Zachodniopomorskie	20959	7,1	0,5	22,0	27,9	0,2	32,1	2,3	8,0	

Istotne różnice można również zauważyć analizując w poszczególnych województwach udział osób zmarłych z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Najwyższy odsetek osób o tym poziomie wykształcenia odnotowano w województwie śląskim (blisko 40%), natomiast w województwie podlaskim niespełna co piąty zmarły legitymował się takim poziomem wykształcenia (19,4%). W województwie podlaskim blisko połowa zmarłych posiadała wykształcenie podstawowe – średnia dla Polski w 2020 r. wyniosła 32,5%.

Najwyższy odsetek osób o wykształceniu podstawowym (łącznie z gimnazjalnym) odnotowano w województwach: podlaskim (55,3%), warmińsko-mazurskim (49,4%) oraz lubelskim (48,4%). Natomiast najniższy był odpowiednio w województwach śląskim (29,1%), pomorskim (31,6%) i wielkopolskim (32,5%).

4. Zgony według przyczyn

4. Causes of death

Dane o zgonach według przyczyn statystyka publiczna opracowuje zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych²². Klasyfikacja do kodowania chorób i przyczyn zgonów została wprowadzona w Polsce przez Ministerstwo Zdrowia w końcu 1950 r. Początkowo – w latach 1951–1958 – podstawę kodowania stanowiło „Mianownictwo chorób i przyczyn zgonów”. Począwszy od 1959 r. wprowadzono rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) Międzynarodową Klasyfikację Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, tj. w kolejnych latach obowiązywały jej następujące rewizje: w latach 1959–1969 – VII Rewizja ICD; w latach 1970–1979 – rewizja VIII; w latach 1980–1996 – IX rewizja; od 1997 r. – obowiązuje X Rewizja ICD pod nazwą Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

W latach 1996–2000 w statystyce zgonów według przyczyn wystąpiły braki informacji. Powodem był strajk lekarzy, podjęty w końcu 1996 r., którego jedną z form było niewystawianie Kart Zgonów lub – w przypadku wystawienia dokumentu – niewpisywanie przyczyny zgonu (lub stosowanie zapisu „zgon naturalny”). Sytuacja ta spowodowała w latach 1997–1998 głębokie załamanie się obserwowanych wcześniej trendów umieralności według przyczyn. Dodatkowo protest lekarzy zbiegł się z wprowadzeniem w 1997 r. zmian metodologicznych w postaci zastosowania X Rewizji ICD (w miejsce obowiązującej do tej pory Rewizji IX). Zatem nie można przesądzić, na ile załamanie trendów było efektem kontynuacji korzystnych zmian, jakie były obserwowane do 1996 r., na ile zaś rezultatem zmian metodologicznych oraz strajkiem lekarzy.

W 1996 r. przyczyna zgonu nie została określona dla 1,6 tys. przypadków (0,4% wszystkich zgonów); w 1997 r. braki przyczyn zgonów dotyczyły ok. 80,5 tys. przypadków (21,2% ogólnej liczby), w tym 422 zmarłych niemowląt; w 1998 r. – ok. 75,4 tys. osób zmarłych (20,1%), w tym 279 niemowląt; w 1999 r. – 8,7 tys. zgonów (2,2%), a w 2000 r. – 1,7 tys. (0,5% ogółu zgonów). Braki przyczyn zgonów pojawiały się jeszcze w latach 2001–2002, ale ich poziom nie przekraczał 0,1%.

Należy podkreślić, że statystyka zgonów według płci, wieku oraz innych cech demograficznych osób zmarłych za lata 1996–2000 jest kompletna.

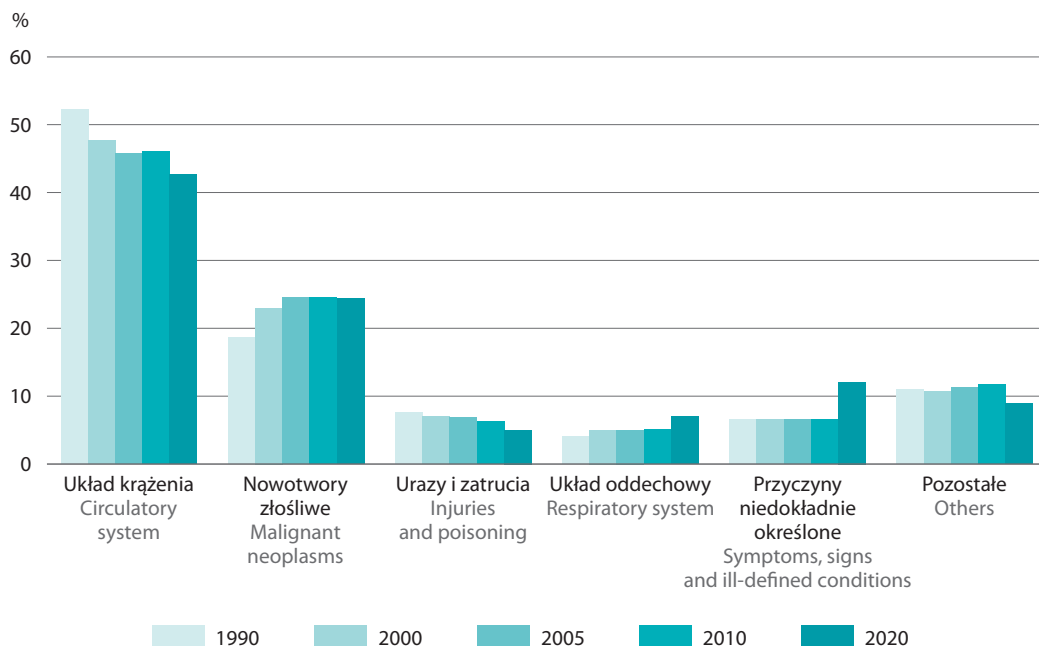
4.1. Najczęstsze przyczyny zgonów

4.1. The most frequent causes of death

Głównymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układu krążenia (ChUK) i choroby nowotworowe; stanowią one blisko 70% wszystkich zgonów. Do niedawna trzecią grupą przyczyn były urazy i zatrucia, stanowiące ok. 6% wszystkich zgonów. Od 2015 r. ich miejsce zajęły choroby układu oddechowego, których udział kształtuje się obecnie na poziomie 7%.

²² Stworzona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) medyczna klasyfikacja, którą można zdefiniować jako „...system kategorii, do których przypisuje się jednostki chorobowe zgodnie z ustalonymi kryteriami.” <https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10Tom1.pdf> Dostęp: 09.11.2021 r.

Wykres 26. Zgony według przyczyn w wybranych latach
 Chart 26. Causes of death in selected years

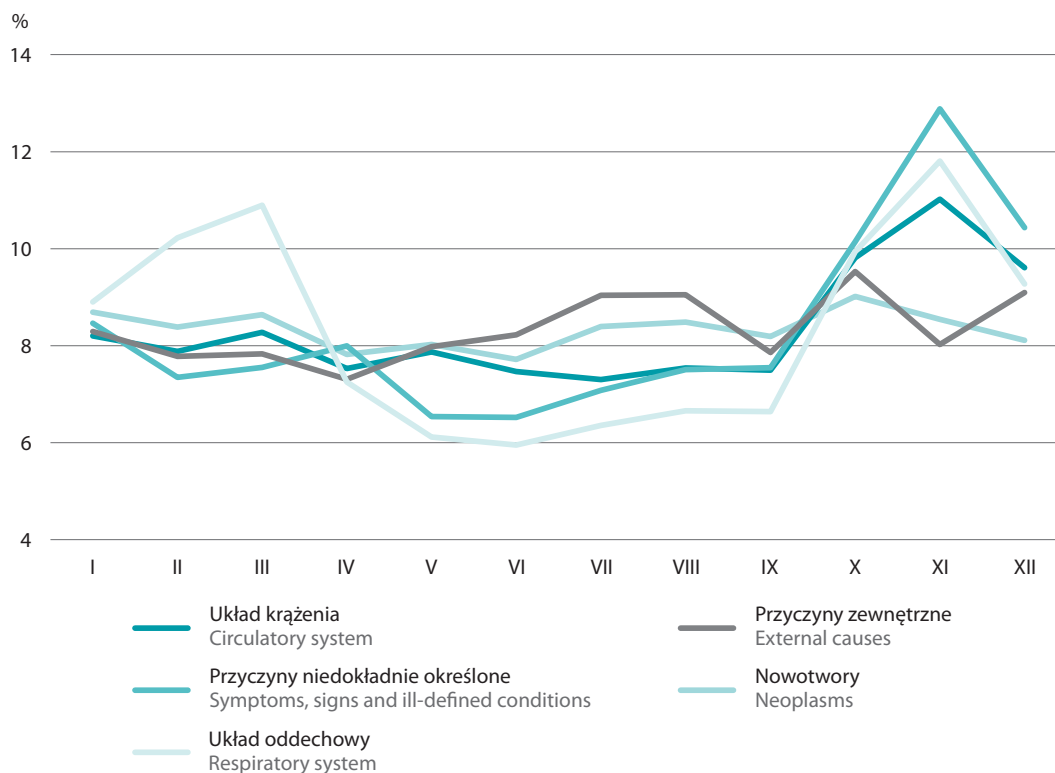


Jednocześnie należy podkreślić wysoki (wynoszący ponad 12%) udział zgonów, w przypadku których przyczyny nie zostały dokładnie określone. Jest to specjalnie wydzielona w orzecznictwie (tj. w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów) grupa zdarzeń medycznych – oznaczona jako „rozdział R” – służąca do klasyfikacji przypadków zgonów, dla których nie zidentyfikowano konkretnej przyczyny; odsetek tych orzeczeń w Polsce jest jednym z najwyższych wśród krajów Unii Europejskiej.

Natężenie umieralności z powodu określonych przyczyn zgonu zmienia się w zależności od miesięcy w roku. Co prawda 2020 r. ze względu na panującą pandemię COVID-19²³ był wyjątkowy, niemniej na przestrzeni lat można zauważyć stałe prawidłowości, przekładające się na sezonowość w zakresie umieralności. Początek i koniec roku charakteryzują się wzrostem liczby zgonów z powodu chorób układu oddechowego oraz – chociaż w mniejszym stopniu – chorób układu krążenia, natomiast w miesiącach letnich odnotowywane są wzrosty liczby zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (poczynając od wypadków komunikacyjnych na utonięciach kończąc).

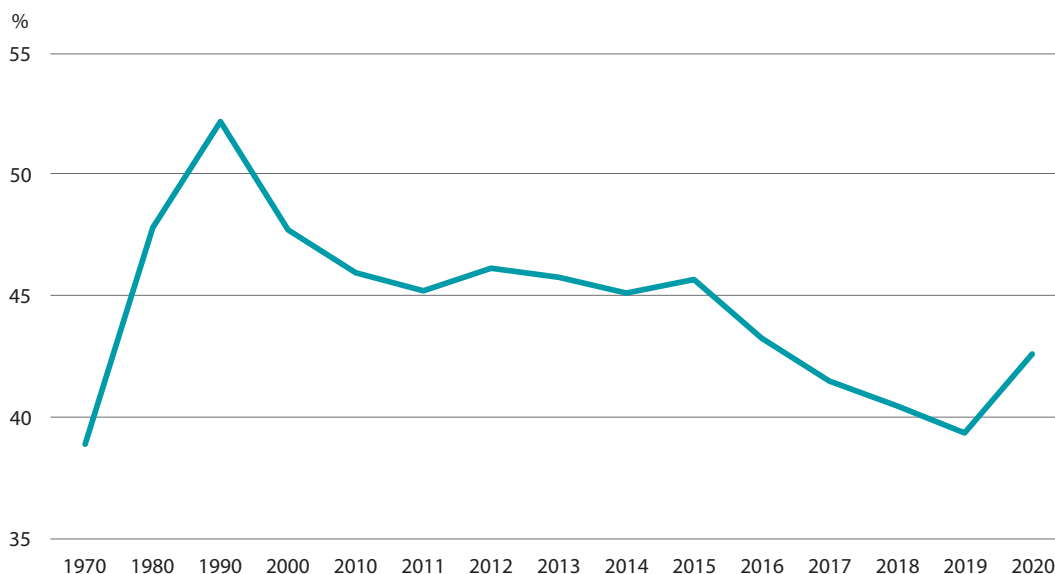
²³ Choroba koronawirusowa (COVID-19) jest chorobą zakaźną wywoływaną przez wirus SARS-CoV-2: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 Dostęp: 24.11.2021 r.
 Szerzej na temat zgonów z powodu COVID-19 w podrozdziale – 4.3. COVID-19

Wykres 27. Zgony według wybranych przyczyn i miesięcy zgonu w 2020 r.
 Chart 27. Deaths by selected causes and months of death in 2020



Jak wspomniano wcześniej choroby układu krążenia są zdecydowanie największym zagrożeniem życia w Polsce, a tym samym stanowią najważniejszą przyczynę umieralności. Od szeregu lat blisko połowa wszystkich zgonów w naszym kraju spowodowana jest ChUK. Jednocześnie od kilku lat obserwuje się poprawę w tym zakresie, tj. spadek częstości zgonów z tej przyczyny – w 2010 r. choroby układu krążenia były powodem 46% wszystkich zgonów, podczas gdy w pierwszej połowie lat 90-tych stanowiły ok. 52% ogółu (na początku tego stulecia – prawie 48%). W 2020 r. odnotowano w Polsce wzrost liczby zgonów z powodu przyczyn kardiologicznych w stosunku do kilku ostatnich lat, niemniej czy jest to początek zmiany w trendzie czy jedynie jednorazowy wzrost spowodowany specyfiką roku pandemii pokażą kolejne lata. Z powodu chorób układu krążenia zmarło ponad 174,5 tys. osób, co stanowiło 42,6% wszystkich zgonów, tj. na każde 100 tys. ludności kraju 455 osób zmarło w wyniku schorzeń układu krążenia.

Wykres 28. Odsetek zgonów z powodu ChUK w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach
 Chart 28. The percentage of deaths due to the circulatory system diseases in the total number of deaths in selected years



Choroby układu krążenia częściej dotyczą kobiety, także umieralność wskutek tych schorzeń jest zdecydowanie wyższa niż wśród mężczyzn. W 2020 r. w wyniku przyczyn z zakresu ChUK zmarło 93 tys. kobiet, co stanowiło 41% wszystkich ich zgonów (w 1990 r. udział ten wynosił ok. 57%, a w 2000 r. – 53%). Wśród mężczyzn odsetek jest o ok. 8 p. proc. mniejszy i wynosił: w 2020 r. – ok. 33% (81,5 tys. zgonów), w 1990 r. – 48% oraz w 2000 r. – 43%.

Spośród chorób układu krążenia przyczyną największej liczby zgonów - podobnie jak w całej Europie – jest choroba niedokrwienna serca (I20–I25)²⁴, która w 2020 r. odpowiadała za ponad 31% zgonów kardiologicznych (54,4 tys. zmarłych), w tym zawał serca stanowił ponad 8% zgonów z powodu ChUK (blisko 15 tys. zgonów). Umieralność w wyniku tych przyczyn jest nieznacznie wyższa w miastach i dotyczy prawie co trzeciego przypadku zgonu z powodów kardiologicznych. Niedokrwienna choroba serca jest podstawową kardiologiczną przyczyną zgonów także wśród mężczyzn, na którą w 2020 r. zmarło blisko 28,5 tys. z nich – stanowiło to 35% zgonów z powodu ChUK wśród mężczyzn (dla kobiet odsetek ten wynosił 28%). Bardzo wysoki odsetek zgonów w wyniku niedokrwiennej choroby serca, a zarazem najwięcej zawałów notowano na początku bieżącego stulecia (w 2000 r. – odpowiednio 32% i 17%). W 2020 r. udział zgonów w wyniku choroby niedokrwiennej serca zbliżył się do tego odsetka, natomiast udział zgonów w wyniku zawałów serca był o połowę niższy.

Kolejną, istotną grupą przyczyn zgonów z zakresu układu krążenia są choroby naczyń mózgowych (I60–I69), które w 2020 r. dotyczyły w Polsce blisko 19% zgonów kardiologicznych (32,5 tys. przypadków). Choroby te nieco częściej były powodem zgonów kobiet – w 2020 r. stanowiły 19% zgonów z zakresu ChUK (wśród mężczyzn – 18%). W tym aspekcie stwierdzono jedynie nieznaczne zróżnicowanie między mieszkańcami miast i wsi (odpowiednio: 18,9% i 18,2%). Warto odnotować istotne zmniejszenie natężenia zgonów w wyniku tych przyczyn – jeszcze na przełomie wieków (w 2000 r.) choroby naczyń mózgowych stanowiły powód prawie 24% zgonów, będących następstwem chorób układu krążenia.

²⁴ Wszystkie przywołane w tekście kody przyczyn zgonów pochodzą z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja X – patrz: przypis 22.

Jedne z największych udziałów – wśród chorób sercowo-naczyniowych wskazywanych jako przyczyna zgonu – dotyczą stanów będących na podstawowej liście „garbage codes” (GC)²⁵ (tzw. kody bezużyteczne), które zgodnie z rekomendacjami WHO nie powinny być stosowane przy określaniu wyjściowej przyczyny zgonu. Schorzeniami/określeniami tymi są: niewydolność serca (I50) – ponad 19% zgonów całej grupy ChUK, tj. 33,6 tys. orzeczeń w 2020 r. i miażdżyca (I70) – blisko 18%, tj. ponad 31 tys. wskazań w 2020 r., z czego ponad 18 tys. dotyczyło uogólnionej i nieokreślonej miażdżycy (I70.9). Z zestawienia danych o orzekaniu niewydolności serca jako przyczyny zgonu na przestrzeni lat wynika, że – w ramach ChUK – udział tych orzeczeń zwiększył się od 1990 r. ponad dwukrotnie, tj. z ok. 9% w 1990 r. do ok. 19% w 2020 r. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na inne garbage codes, często wskazywane jako przyczyna zgonu, tj. I46 (zatrzymanie krążenia) i I51.5 (zwyrodnienie mięśnia serca), które w 2020 r. stwierdzono w przypadku blisko 0,5 tys. zgonów.

Tablica 14. Zgony w wyniku chorób układu krążenia w wybranych latach
Table 14. Deaths due to circulatory system diseases in selected years

Wyszczególnienie Specification	1980	1990	2000	2010	2020
	W liczbach bezwzględnych In absolute figures				
Choroby układu krążenia (I00–I99) ogółem Total circulatory system diseases (100–199)	168785	203614	175407	174003	174546
udział ChUK w ogólnej liczbie zgonów (w %) the share of circulatory system diseases in the total number of deaths (in %)	47,8	52,2	47,7	46,0	36,6
w tym: of which:	W odsetkach, ChUK ogółem = 100 In percentage, total circulatory system diseases = 100				
choroba niedokrwienna serca (I20–I25) ischaemic heartdiseases (I20–I25)	19,4	20,3	31,7	26,3	31,2
w tym ostry zawał serca (I21–I22) of which acute myocardial infarction (I21–I22)	13,9	15,4	16,7	10,2	8,4
choroby naczyń mózgowych (I60–I69) cerebrovascular diseases (I60–I69)	13,8	12,6	23,6	20,4	18,6
niewydolność serca* (I50) heart failure* (I50)	12,1	8,5	10,6	17,7	19,3
miażdżyca (I70) atherosclerosis (I70)	32,7	41,9	17,2	18,0	17,9
w tym uogólniona i nieokreślona* (I70.9) of which generalized and unspecified atherosclerosis (I70.9)	.	.	16,5	16,6	10,5
zatrzymanie krążenia* (I46) cardiac arrest* (I46)	.	.	2,7	4,3	0,1
choroba serca niedokładnie określona (I51) complications and ill-defined descriptions of heart disease (I51)	1,7	3,5	3,0	2,5	0,2
w tym zwyrodnienie mięśnia serca* (I51.5) of which myocardial degeneration* (I51.5)	.	.	3,0	2,4	0,1
choroba nadciśnieniowa (I10–I13) hypertensive diseases (I10–I13)	4,3	3,7	2,7	3,6	6,9

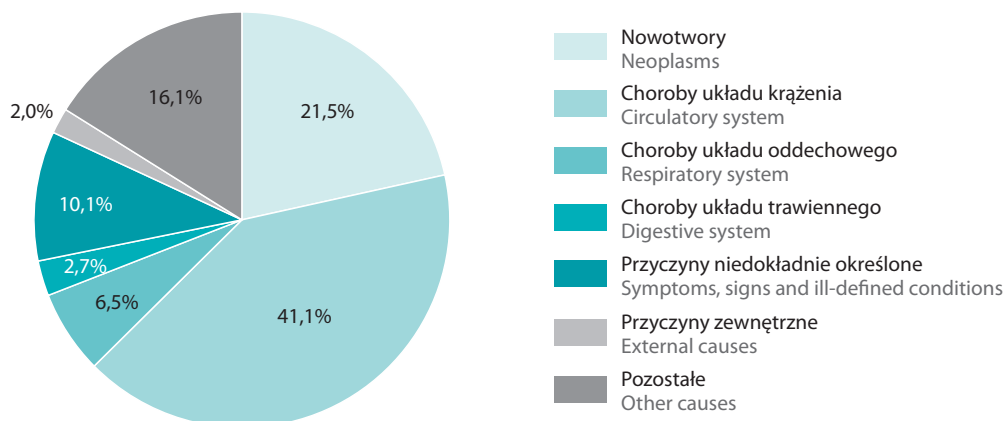
* Kursywą oznaczono garbage codes (kody bezużyteczne dla opisywania przyczyn zgonów)

* *Italics indicate garbage codes (codes useless for describing the causes of death)*

²⁵ Kody niedokładnie czy nieprecyzyjnie określone, kody bezużyteczne. Zgodnie z WHO garbage codes to następujące kody z ICD X: niedokładnie zdiagnozowane choroby układu krążenia (I46, I47.2, I49.0, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9, I70.9); cała klasa "R" (R00-R99); nieokreślone nowotwory (C76, C80, C97) oraz zdarzenia o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34 i Y87.2). Szerzej na temat zgonów z powodu GC w podrozdziale – 4.2. Garbage codes.

Umieralność jest zróżnicowana według wieku – w 2020 r. zmarło blisko 373 tys. osób w wieku 65 lat i więcej i stanowili oni ok. 78% ogółu zmarłych. Ogólny współczynnik zgonów osób w starszym wieku (liczony na 100 tys. ludności) kształtował się na poziomie ok. 5300. Natomiast współczynnik obrazujący umieralność w wyniku chorób układu krążenia wyniósł w 2020 r. blisko 2200 – stanowiąc ponad 41% wszystkich zgonów osób starszych.

Wykres 29. Przyczyny zgonów osób w wieku 65 lat i więcej w 2020 r. (w %)
Chart 29. Causes of death of population aged 65 and more in 2020 (in %)



Kolejnymi przyczynami są nowotwory (prawie 21,5%) oraz choroby układu oddechowego (6,5%). Ponadto, w przypadku ponad 10% zgonów jako przyczynę wskazano stany z rozdziału „R – ICD X” (Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych) i była to przede wszystkim starość.

Jak wspomniano wcześniej choroby kardiologiczne dotyczą przede wszystkim osoby starsze – w 2020 r. 88% wszystkich zgonów w wyniku ChUK dotyczyło osób w wieku 65 lat i więcej. Przy czym odsetek ten kształtuje się różnie w zależności od płci – wśród kobiet zgony w wyniku ChUK aż w blisko 95% dotyczyły wieku 65 lat i więcej, wśród mężczyzn – w prawie 80%. Struktura i trendy umieralności osób starszych w wyniku ChUK są odzwierciedleniem umieralności w wyniku tych przyczyn dla całej populacji.

Dwie podstawowe grupy chorób wskazywane jako przyczyny zgonów kardiologicznych osób starszych to choroba niedokrwienna serca (w 2020 r. udział zgonów z tego powodu wyniósł ponad 30% przypadków związanych z ChUK) oraz choroby naczyń mózgowych (stanowiły przyczynę ponad 18% zgonów ChUK wśród osób starszych).

Należy odnotować, że wysokie udziały wśród wskazań chorób sercowo-naczyniowych jako przyczyn zgonu osób starszych dotyczą garbage codes. W 2020 r. zostało tak opisanych blisko 48 tys. zgonów kardiologicznych, tj. prawie 1/3. Najczęściej na karcie zgonu była wpisywana niewydolność serca (ponad 19%) oraz miażdżyca uogólniona i nieokreślona (blisko 12% zgonów z powodu ChUK wśród osób starszych).

Tablica 15. Zgony w wyniku poszczególnych przyczyn kardiologicznych osób w wieku 65 lat i więcej w wybranych latach

Table 15. Deaths due to specific cardiac causes of population aged 65 and more in selected years

Wyszczególnienie Specification	1980	1990	2000	2010	2020
	W liczbach bezwzględnych In absolute figures				
Choroby układu krążenia ogółem (I00–I99) Total circulatory system diseases (100–199)	132982	156670	143012	143414	153060
udział ChUK w ogólnej liczbie zgonów (w %) the share of circulatory system diseases in the total number of deaths (in %)	58,4	62,7	55,9	54,1	41,1
W tym szczegółowe grupy spośród ChUK: Including detailed groups of circulatory system diseases	W odsetkach, ChUK ogółem = 100 In percentage, total circulatory system diseases = 100				
miażdżyca (I70) atherosclerosis (I70)	38,7	50,3	20,3	21,4	19,9
w tym uogólniona i nieokreślona* (I70.9) generalized and unspecified atherosclerosis (I70.9)	.	.	19,6	19,8	11,7
niewydolność serca* (I50) heart failure* (I50)	12,8	8,7	11,2	18,0	19,3
choroba niedokrwienna serca (I20–I25) ischaemic heartdiseases (I20–I25)	14,6	14,0	29,1	25,0	30,2
w tym ostry zawał serca (I21–I22) of which acute myocardial infarction (I21–I22)	9,1	10,0	13,1	8,3	6,9
choroby naczyń mózgowych (I60–I69) cerebrovascular diseases (I60–I69)	13,3	11,8	23,9	20,5	18,3
choroba serca niedokładnie określona (I51) complications and ill-defined descriptions of heart disease (I51)	1,7	3,9	3,6	2,9	0,2
w tym zwyrodnienie mięśnia serca* (I51.5) of which myocardial degeneration* (I51.5)	.	.	3,5	2,9	0,2
choroba nadciśnieniowa (I10–I13) hypertensive diseases (I10–I13)	4,0	3,2	2,5	3,5	6,9
zatrzymanie krążenia* (I46) cardiac arrest* (I46)	.	.	2,0	2,7	0,1

* Kursywą oznaczono garbage codes (kody beużyteczne dla opisywania przyczyn zgonów)

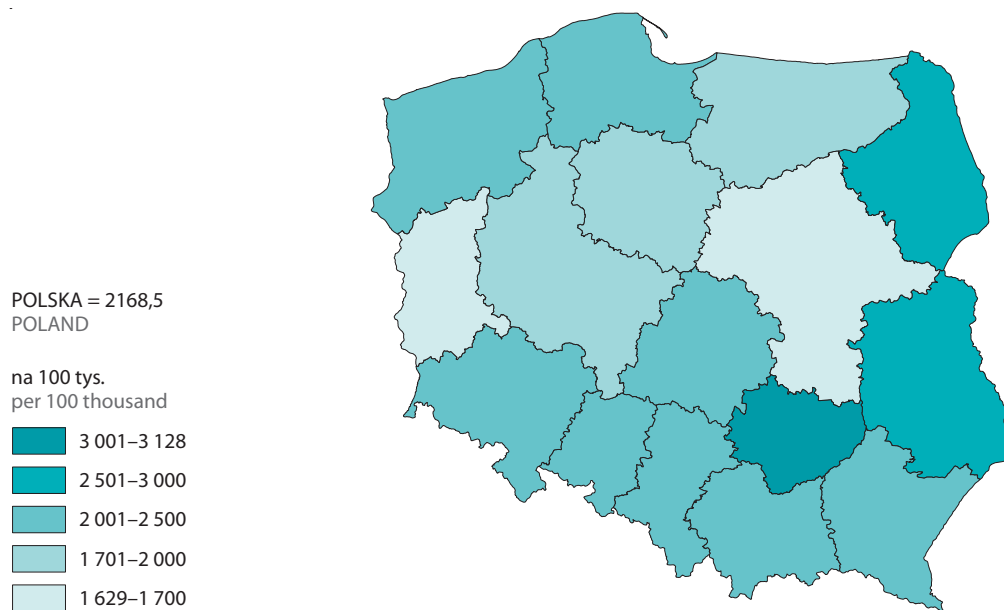
* Italics indicate garbage codes (codes useless for describing the causes of death)

W przypadku zgonów kobiet w starszym wieku prawie 1/3 orzeczeń kardiologicznych stanowią właśnie te dwie grupy przyczyn beużytecznych. Z kolei w grupie starszych mężczyzn najczęstszą kardiologiczną przyczyną umieralności w 2020 r. była choroba niedokrwienna serca (ponad 33% wszystkich zgonów kardiologicznych), a na kolejnych miejscach znalazły się niewydolność serca i choroby naczyń mózgowych, stanowiąc prawie 40% zgonów z powodu ChUK wśród mężczyzn w wieku 65 lat i więcej.

Umieralność osób starszych z powodu chorób układu krążenia jest zróżnicowana regionalnie. W zdecydowanej większości województw liczba zgonów w wyniku przyczyn kardiologicznych kształtuje się na poziomie ok. 40–50% wszystkich zgonów mieszkańców województwa. Najwyższe wskaźniki w tym zakresie notują województwa: świętokrzyskie (56%), lubelskie (53%) i podlaskie (48%). Najniższe udziały zgonów w wyniku ChUK wśród osób w starszym wieku notowane są w województwie lubuskim (31%) i mazowieckim (32%).

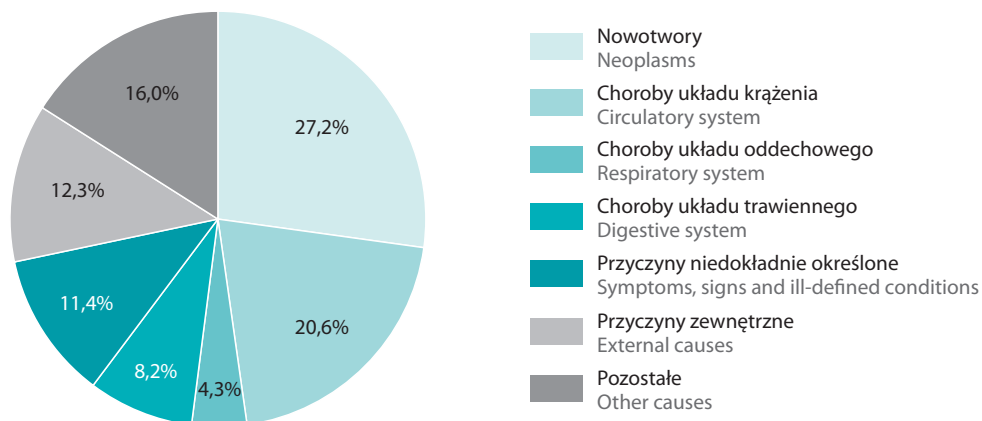
W 2020 r. różnica między województwami w wielkości współczynnika zgonów w wyniku przyczyn kardiologicznych – dla ludności w starszym wieku – wyniosła niemal 1500 faktów, tj. w woj. świętokrzyskim odnotowano 3128 zgonów wskutek ChUK na 100 tys. ludności, a w lubuskim 1629.

Mapa 3. Zgony osób w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności w 2020 r.
Map 3. Deaths of population aged 65 and more due to circulatory system diseases per 100 thousand population in 2020



W 2020 r. zmarło 104,5 tys. osób w wieku 0–64 lata, a ogólny współczynnik zgonów wyniósł 334 zgony na 100 tys. tej grupy ludności. Dla tej populacji podstawową przyczynę zgonów stanowią nowotwory, które w 2020 r. dotyczyły ponad 1/4 zgonów osób w wieku poniżej 65 lat.

Wykres 30. Przyczyny zgonów osób w wieku 0–64 lata w 2020 r. (w %)
Chart 30. Causes of death of population aged 0–64 in 2020 (in %)



Kolejnymi grupami przyczyn zgonów przedwczesnych są choroby układu krążenia (prawie 21%) oraz wypadki, urazy i zatrucia (ponad 12%). Przyczyny zewnętrzne stanowią najczęstszy powód umieralności osób w młodszym wieku. Występuje również wysoki odsetek przyczyn z grupy niedokładnie określonych stanów, tj. z klasy „R” – takie wskazania odnotowano dla ponad 11% zgonów osób w wieku 0-64 lata (w przypadku zgonów osób starszych – 10%).

Zgony osób w wieku 0–64 lata w wyniku schorzeń kardiologicznych to zdecydowanie zgony przedwczesne²⁶ – w 2020 r. było ich ok. 24,5 tys., w tym ok. 16,5 tys. dotyczyło mężczyzn. Choroby układu krążenia były w 2020 r. przyczyną ponad 22% zgonów mężczyzn (stanowiąc najważniejszą przyczynę ich umieralności) i blisko 17% zgonów kobiet w wieku poniżej 65 roku życia.

Współczynniki umieralności w wyniku ChUK w 2020 r. wyniósł blisko 69. Oznacza to, że na każde 100 tys. zgonów osób w wieku 0–64 lata blisko 69 spowodowanych było chorobami układu krążenia. Jak wspomniano wcześniej występuje w tym przypadku wyraźna różnica między płciami – współczynnik dla mężczyzn jest ponad trzykrotnie wyższy niż dla kobiet i w 2020 r. wyniósł ponad 105 (dla kobiet niespełna 32).

Wśród szczegółowych przyczyn kardiologicznych odpowiedzialnych za umieralność osób przed 65 rokiem życia od lat na pierwszym miejscu znajduje się choroba niedokrwienna serca. W 2020 r. stanowiła ona przyczynę blisko 40% wszystkich zgonów z powodu ChUK w tej grupie wieku. Na skutek niedokrwiennnej choroby serca zmarło przedwcześnie ponad 8 tys. osób, w tym prawie 7 tys. mężczyzn. Kolejną, dużą grupą przyczyn kardiologicznych są choroby naczyń mózgowych (ponad 20% zgonów na skutek ChUK), które w 2020 r. były powodem blisko 4,5 tys. zgonów osób w wieku poniżej 65 lat. I w tym przypadku częściej dotyczą one mężczyzn (3,2 tys. zgonów) niż kobiet (1,3 tys.).

Ocenę sytuacji w zakresie umieralności osób przed 65 rokiem życia – tak jak w przypadku osób starszych – utrudnia fakt, że wiele wskazań przyczyn zgonu dotyczy kardiologicznych garbage codes. W 2020 r. takich przypadków było ponad 4 tys. i stanowiły blisko 20% wszystkich zgonów kardiologicznych w tym wieku (dla przypomnienia w grupie osób zmarłych w starszym wieku garbage codes stanowiły ponad 30% zdarzeń śmiertelnych związanych z ChUK). Najczęściej lekarze wpisywali jako przyczynę zgonu niewydolność serca (4,1 tys.) i dotyczyło to nawet zgonów dzieci.

Podobnie jak w przypadku umieralności osób w starszym wieku, również w odniesieniu do statystyk zgonów przedwczesnych z powodu ChUK odnotowuje się znaczne zróżnicowanie regionalne. Różnica pomiędzy najwyższą i najniższą wartością współczynnika obliczona dla województw zamieszkania osób zmarłych to 51 zgonów na 100 tys. ludności. W 2020 r. w województwie świętokrzyskim wyniósł on 95, natomiast w województwie podlaskim na 100 tys. mieszkańców przypadało 44 osoby zmarłe z powodu chorób układu krążenia.

²⁶ Umieralność, której – w danej grupie wieku – można zapobiec poprzez skuteczne działania z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki oraz skutecznych działań diagnostycznych i terapeutycznych. Pojęcia powiązane – „zgony do uniknięcia” – amenable/treatable mortality (zgony możliwe do uniknięcia w głównej mierze poprzez zastosowanie interwencji medycznej – leczenia i profilaktyki wtórnej) oraz preventable mortality (zgony możliwe do uniknięcia głównie poprzez profilaktykę z zakresu zdrowia publicznego): <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf> Dostęp: 25.11.2021 r.

Mapa 4. Zgony osób w wieku 0–64 lata z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności w 2020 r.
 Map 4. Deaths of population aged 0–64 due to circulatory system diseases per 100 thousand population in 2020



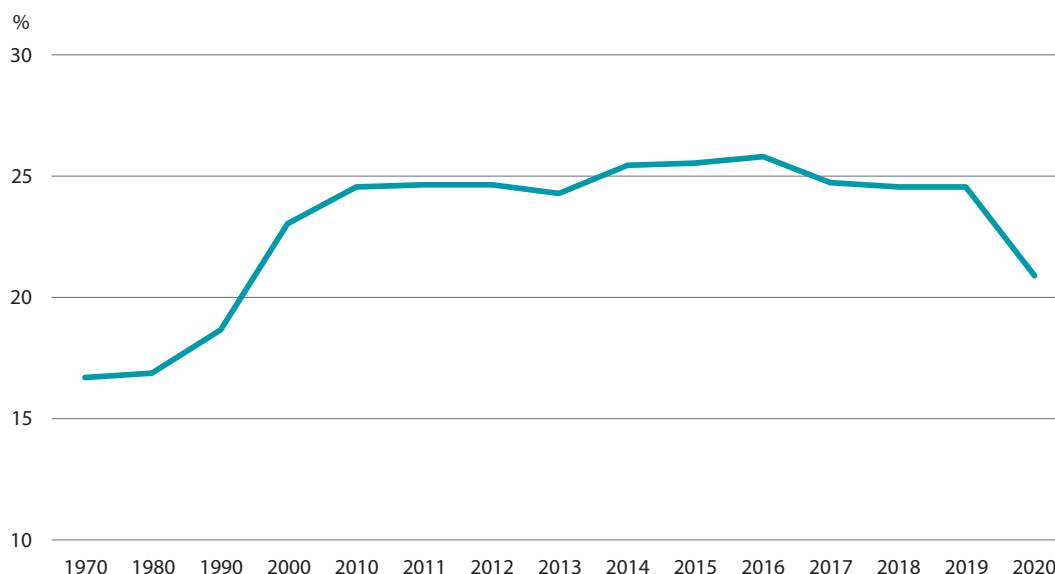
Najwyższe wartości współczynników obserwowano – oprócz województwa świętokrzyskiego – w regionach zachodniej Polski (zachodniopomorskie, dolnośląskie), a najniższe w województwie podlaskim i w Polsce centralnej (mazowieckie) i południowo-wschodniej (podkarpackie). Zróżnicowanie to kształtuje się odmiennie niż dla osób zmarłych w starszym wieku. Jedynie w przypadku województwa świętokrzyskiego współczynnik umieralności kardiologicznej jest jednym z najwyższych w kraju zarówno dla zgonów przedwczesnych, jak i dla osób w wieku 65 lat i więcej.

Podsumowując, choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną umieralności. Potwierdza to analiza danych statystycznych, uwzględniająca w miarę możliwości niedoskonałą jakość orzekania przyczyn zgonów. Dla prawidłowej oceny sytuacji epidemiologicznej i zdrowotnej ludności niezbędne jest dysponowanie dobrej jakości informacją statystyczną dotyczącą skali i charakterystyki zgonów według schorzeń prowadzących do zgonu, w tym w szczególności chorób układu krążenia. Ponieważ choroby układu krążenia w przeważającej mierze dotyczą osób w starszych grupach wieku, można spodziewać się wzrostu liczby i natężenia zgonów powodowanych tymi przyczynami. Analiza danych statystycznych potwierdza znacząco wyższe ryzyko zgonu w następstwie ChUK dla osób w starszym wieku w stosunku do młodszych grup ludności.

Niekorzystnym zjawiskiem jest utrzymująca się na wysokim poziomie liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań. W 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną prawie 19% zgonów, w 2000 r. stanowiły 23%, a od 2010 r. już prawie ¼. W 2020 r. trend ten uległ zmianie; odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych wyniósł 21%, tj. obniżył się o 3,6 p.p. Obserwowany w tym okresie spadek odsetka zgonów z powodu nowotworów złośliwych, pokrył się z pojawieniem się na świecie pandemii wirusa SARS-CoV-2, której skutki uwidoczniły się niemal we wszystkich współczynnikach dotyczących zgonów według przyczyn.

Wykres 31. Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach

Chart 31. The percentage of deaths due to malignant neoplasms in the total number of deaths in selected years



W 2020 r. z powodu chorób nowotworowych zmarło w Polsce blisko 109 tys. osób, w czego 92% stanowiły nowotwory złośliwe. Choroby nowotworowe są częstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn niż wśród kobiet oraz wśród osób w wieku poniżej 65 lat, gdzie są przyczyną ponad 1/4 zgonów (wśród osób starszych – niespełna 20%).

W 2020 r. w wyniku nowotworów złośliwych zmarło ponad 54 tys. mężczyzn, co stanowiło 22% wszystkich ich zgonów (w 1990 r. udział ten wynosił 20%, a w 2000 r. – blisko 25%). Wśród kobiet odsetek jest o ok. 2 punkty procentowe mniejszy i wynosił: w 2020 r. – 20% (45,5 tys. zgonów), w 1990 r. – ok. 17% oraz w 2000 r. – ponad 21%.

Spośród nowotworów złośliwych przyczyną największej liczby zgonów w Polsce są nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (C33-C34), które w 2020 r. odpowiadała za ponad 22% zgonów nowotworowych (22,2 tys. zmarłych). Umieralność w wyniku tej przyczyny kształtuje się na takim samym poziomie w miastach i na wsi i w 2020 r. dotyczyła ponad 22% przypadków zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc są podstawową nowotworową przyczyną zgonów wśród mężczyzn, na którą w 2020 r. zmarło ponad 14 tys. z nich – stanowiło to ponad 26% zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn (dla kobiet odsetek ten wynosił niespełna 18%). Udział nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuca nie zmienia się zasadniczo od wielu lat, od dekad odpowiada za co 4 lub co 5 zgon na nowotwory złośliwe w Polsce.

Kolejną, istotną grupą przyczyn zgonów z zakresu nowotworów złośliwych jest nowotwór złośliwy jelita grubego (C18), który w 2020 r. doprowadził do zgonu blisko 8 tys. osób. Dodatkowo bardzo niepokojący jest fakt, że na przestrzeni ostatnich 40 lat udział tego nowotworu w ogólnej liczbie zgonów z powodu nowotworów zwiększył się trzykrotnie, kształtując się w 2020 r. na poziomie 8%. Choroba ta niemal w tym samym stopniu dotyka mężczyzn, jak i kobiety; w 2020 r. nowotwór złośliwy jelita grubego stanowił ponad 8% zgonów z zakresu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn, a wśród kobiet występowały jedynie nieco rzadziej – blisko 8%. Podobnie niewielkie zróżnicowanie w tym względzie stwierdzono między mieszkańcami miast i wsi (odpowiednio: 8,2% i 7,6%).

Tablica 16. Zgony w wyniku nowotworów złośliwych w wybranych latach
 Table 16. Deaths due to malignant neoplasms in selected years

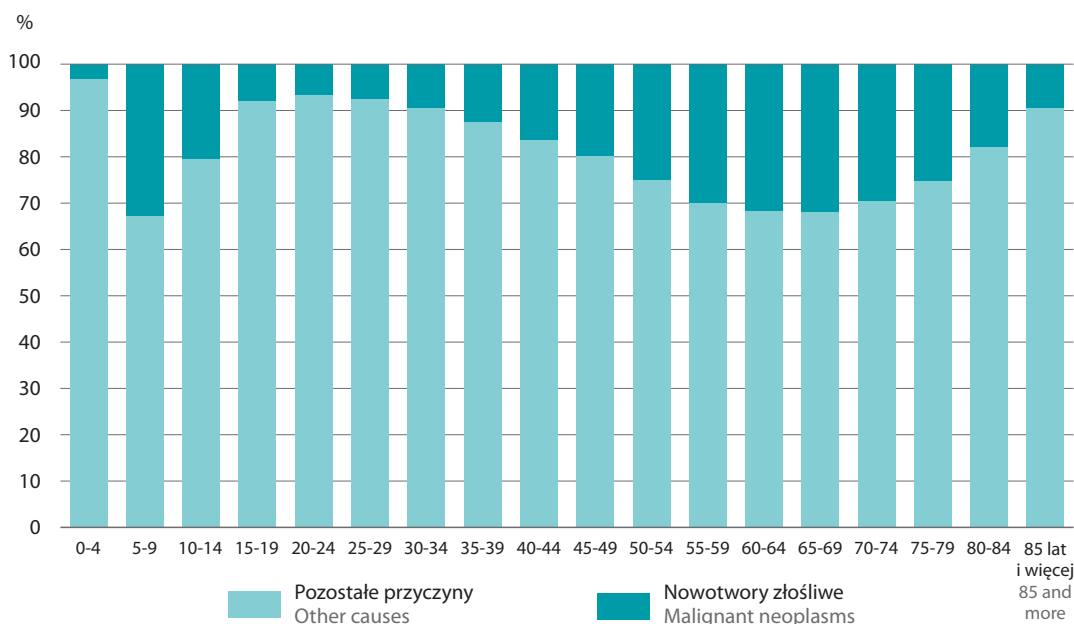
Wyszczególnienie Specification	1980	1990	2000	2010	2020
	W liczbach bezwzględnych In absolute figures				
Nowotwory złośliwe ogółem (C00–C97) Total malignant neoplasms	59702	72913	84556	92610	99867
udział nowotworów złośliwych w ogólnej liczbie zgonów (w %) the share of malignant neoplasms in the total number of deaths (in %)	16,9	18,7	23,0	24,5	20,9
W tym szczegółowe grupy spośród nowotworów złośliwych: Including specific groups of malignant neoplasms:	W odsetkach, Nowotwory złośliwe ogółem = 100 In percentage, total malignant neoplasms = 100				
nowotwór złośliwy żołądka malignant neoplasm of stomach (C16)	15,1	10,0	7,1	5,8	4,8
nowotwór złośliwy jelita grubego malignant neoplasm of colon (C18)	2,7	3,7	6,3	7,6	8,0
nowotwór złośliwy esicy, odbytnicy i odbytu malignant neoplasm of rectosigmoid junction, rectum, anus (C16–C21)	4,9	5,0	3,7	4,1	4,6
nowotwór złośliwy trzustki malignant neoplasm of pancreas (C25)	4,1	4,4	4,5	4,9	5,0
nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuca malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung (C33–C34)	20,0	26,3	23,7	24,2	22,3
nowotwór złośliwy sutka u kobiet malignant neoplasm of breast (C50)	5,8	6,0	5,6	5,6	7,0
nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych malignant neoplasms of female genital organs (C51–C58)	7,9	7,5	6,9	6,7	6,8
w tym nowotwór złośliwy szyjki macicy malignant neoplasm of cervix uteri (C53)	3,3	2,7	2,3	1,9	1,5
nowotwór złośliwy gruczołu krokowego malignant neoplasm of prostate (C61)	2,8	2,8	3,7	4,3	5,8
nowotwory złośliwe układu moczowego malignant neoplasms of urinary tract (C64–C68)	4,2	5,2	5,7	6,2	6,8
nowotwór złośliwy mózgu malignant neoplasm of brain (C71)	2,5	2,6	2,8	3,1	2,9
białaczka leukaemia (C91–C95)	3,2	2,9	2,7	2,9	2,8

Jedne z większych udziałów – wśród nowotworów złośliwych jako przyczyny zgonu – mają również nowotwory złośliwe trzustki i żołądka, które w 2020 r. były przyczyną zgonu blisko 10 tys. osób. Warty odnotowania jest przy tym fakt, że od 1980 r. odsetek zgonów na nowotwór złośliwy żołądka obniżył się o ponad 10 p.proc. W tym samym czasie udział zgonów z powodu nowotworu złośliwego trzustki wzrósł o niespełna 1 p.proc. Nowotwór złośliwy żołądka prawie dwukrotnie częściej dotyka mężczyzn niż kobiety. W 2020 r. z tego powodu zmarło ich w Polsce ponad 3 tys. (kobiet – 1,7 tys.). Natomiast w przypadku nowotworu złośliwego trzustki sytuacja staje się mniej korzystna dla kobiet. Z powodu tej przyczyny zmarło ich w 2020 r. 2,5 tys. I choć w liczbach bezwzględnych było to o niewiele ponad 100 zgonów więcej niż u mężczyzn, to już udział tego nowotworu wśród kobiet w ogólnej licznie nowotworów złośliwych był o 1,1 p.proc. wyższy niż u mężczyzn.

Uwzględniając płeć osób zmarłych, należy zwrócić uwagę na nowotwory bezpośrednio z nią związane, tj. nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych oraz nowotwór złośliwy gruczołu krokowego u mężczyzn. W 2020 r. były one odpowiedzialne za blisko 7 tys. zgonów kobiet i blisko 6 tys. zgonów mężczyzn. Pomimo zwiększania się dostępności do badań profilaktycznych i diagnostyki, coraz większej świadomości społecznej oraz rozwoju metod terapeutycznych, liczba zgonów z powodu tych przyczyn stale rośnie. Pozytywnym odstępstwem od tej reguły jest natomiast obniżenie się poziomu zgonów kobiet z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy. Jest to spadek bardzo powolny, niemniej udział zgonów z powodu tej przyczyny wśród zgonów z powodu nowotworów złośliwych obniżył się do poziomu 1,5% w 2020 r. (w 1980 był on ponad dwukrotnie wyższy). Można przypuszczać, że spadek ten związany jest nie tylko ze zwiększoną świadomością społeczeństwa polskiego, ale także z dostępem – od co najmniej kilkunastu lat – do szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) wywołującego m.in. raka szyjki macicy²⁷.

Zgony na nowotwory złośliwe stanowią główną przyczynę zgonów przedwczesnych i dotyczą co czwartego zgonu osób w wieku 0–64 lata. Najwyższe wskaźniki w tym zakresie odnotowano w 2020 r. w grupie wieku 5–9 lat i 60–64 lata. W obu przypadkach nowotwory złośliwe były odpowiedzialne za niemal 1/3 zgonów w tych grupach wieku (odpowiednio: 32,7% i 31,6%). Wśród dzieci najgroźniejsze okazały się nowotwory złośliwe mózgu, natomiast wśród sześćdziesięciolatków – nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc.

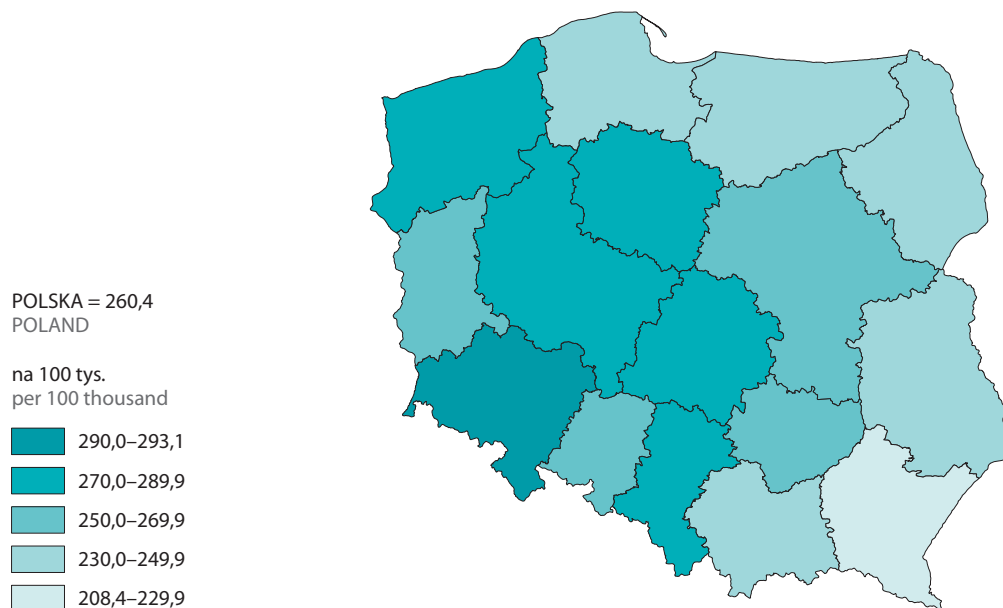
Wykres 32. Zgony na nowotwory złośliwe według wieku w 2020 r.
Chart 32. Deaths due to malignant neoplasms by age in 2020



Analiza zgonów z powodu nowotworów złośliwych nie wskazuje na duże zróżnicowanie regionalne. W 2020 r. różnica między województwami w wielkości współczynnika zgonów w wyniku tych przyczyn wyniosła 85 faktów, tj. w woj. dolnośląskim odnotowano 293 zgonów z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. ludności, a w podkarpackim – 208.

²⁷ W obowiązującym w Polsce Programie Szczepień Ochronnych szczepienia przeciw HPV należą go grupy szczepień zalecanych: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-szczepien-ochronnych-pso> oraz <https://www.mp.pl/szczepienia/artyku-ly/przegladowe/186457.co-wiadomo-o-populacyjnych-efektach-szczepien-przeciwko-hpv>. Dostęp: 02.12.2021 r.

Mapa 5. Zgony z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. ludności w 2020 r.
 Map 5. Deaths due to malignant neoplasms per 100 thousand population in 2020

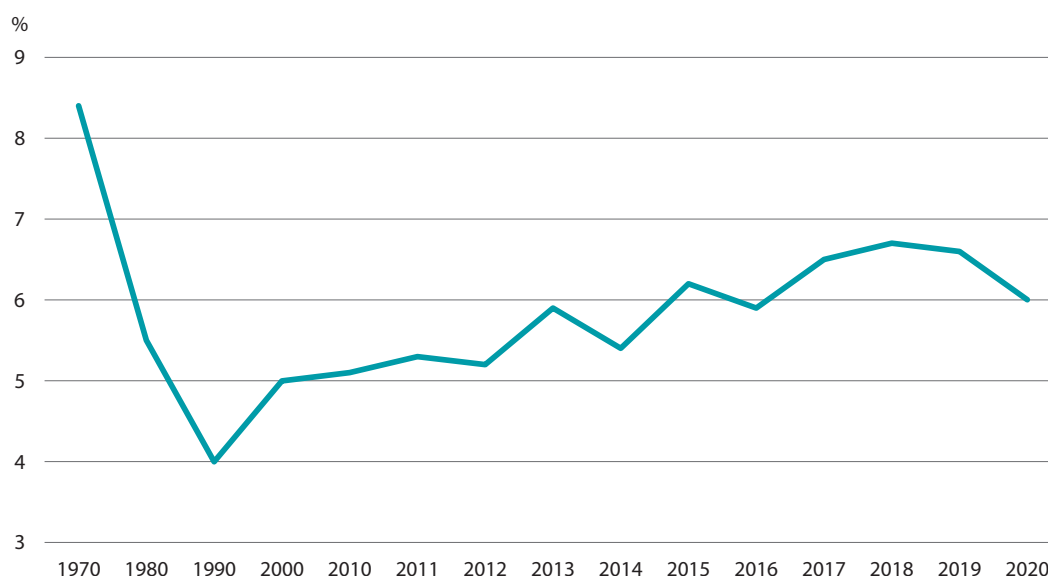


Najwyższe współczynniki zgonów z powodu najczęściej występujących nowotworów złośliwych odnotowano w 2020 r. w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i zachodniopomorskim. Z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuca zmarło w nich na każde 100 tys. osób odpowiednio: 70 i po 68 osób. Na przeciwstawnym krańcu znajdowało się województwo podkarpackie, gdzie współczynnik zgonów z powodu tej przyczyny wyniósł 36. W przypadku zgonów z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego najwyższy współczynnik dotyczył województwa wielkopolskiego i kujawsko-pomorskiego i wyniósł w obu blisko 24 na 100 tys. ludności. Najniższy – podobnie jak w przypadku zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuca – odnotowano w województwie podkarpackim (niespełna 17 na 100 tys. ludności).

Niepokojącym zjawiskiem – obserwowanym od zaledwie kilku lat – jest wzrost liczby zgonów z powodu chorób układu oddechowego (ChUO). W 2020 r. stanowiły one 6% wszystkich zgonów, podczas gdy w 1990 r. zaledwie 4% (w 2000 r. – 5%). Odsetek nie jest znacząco zróżnicowany ze względu na płeć; w 2020 r. choroby układu oddechowego były odpowiedzialne za 5,5% zgonów kobiet i 6,5% mężczyzn. Większy wpływ na zróżnicowanie wielkości wskaźnika ma wiek. Wśród osób w wieku 65 lat i więcej choroby układu oddechowego są prawie dwukrotnie częściej występującą przyczyną zgonów, niż wśród osób do 65 roku życia – w 2020 r. było to odpowiednio: 6,5% i 4,3%.

Wykres 33. Odsetek zgonów z powodu chorób układu oddechowego w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach

Chart 33. The percentage of deaths due to respiratory system in the total number of deaths in selected years



W 2020 r. z powodu chorób układu oddechowego zmarło blisko 29 tys. osób, a współczynnik na 100 tys. wyniósł blisko 75 i był wyższy o 4 p.proc. niż rok wcześniej. Najczęstszymi przyczynami zgonów z zakresu chorób układu oddechowego są zapalenie płuc (J12-J18) i przewlekle choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47).

Tablica 17. Zgony w wyniku chorób układu oddechowego (ChUO) w wybranych latach

Table 17. Deaths due to diseases of the respiratory system in selected years

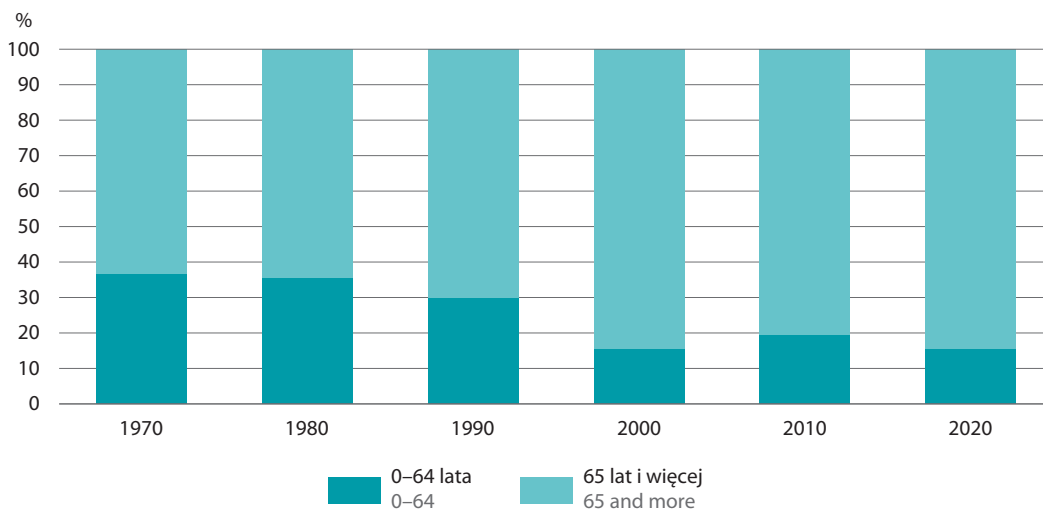
Wyszczególnienie Specification	1980	1990	2000	2010	2020
	W liczbach bezwzględnych In absolute figures				
Choroby układu oddechowego ogółem (J00–J98) Total diseases of the respiratory system (J00–J98)	19533	15675	18310	19333	28732
udział chorób układu oddechowego w ogólnej liczbie zgonów (w %) the share of diseases of the respiratory system in the total number of deaths (in %)	5,5	4,0	5,0	5,1	6,0
W tym szczegółowe grupy spośród chorób układu oddechowego: Including specific groups of diseases of the respiratory system:	W odsetkach, choroby układu oddechowego ogółem = 100 In percentage, total diseases of the respiratory system = 100				
grypa influenza (J10–J11)	0,9	0,3	2,0	0,1	0,5
zapalenie płuc pneumonia (J12–J18)	39,7	36,6	47,1	49,4	68,8
przewlekle choroby dolnych dróg oddechowych chronic lower respiratory diseases (J40–J47)	52,6	56,6	41,2	37,0	23,4

W 2020 r. z powodu zapalenia płuc zmarło w Polsce blisko 20 tys. osób, z czego blisko 11 tys. stanowili mężczyźni – odpowiadało to blisko 67% zgonów z powodu chorób układu oddechowego wśród mężczyzn. Dla kobiet odsetek ten był wyższy (71%), niemniej liczba zgonów wyrażona w wartościach bezwzględnych była niższa – zmarło niespełna 9 tys. kobiet. Umieralność w wyniku zapalenia płuc jest wyższa w miastach

i w 2020 r. dotyczyła 70% przypadków zgonów z powodu chorób układu oddechowego (na wsi – 67%). Udział zgonów z powodu zapalenia płuc na przestrzeni ostatnich czterdziestu lat w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób układu oddechowego wzrósł niemal dwukrotnie. W 2020 r. zgony z tego powodu stanowiły ponad 4% wszystkich zgonów w Polsce (w 1980 r. – nieco ponad 2%).

Zgony z powodu zapalenia płuc dotyczą głównie ludzi starszych. W 2020 r. spośród wszystkich zgonów z powodu tej przyczyny, blisko 17 tys. odnosiło się do osób w wieku 65 lat i więcej, stanowiąc 85% zgonów z powodu zapalenia płuc. Z czego 36% stanowiły osoby w wieku 85 lat i więcej. Starzenie się społeczeństwa, a tym samym zwiększanie się udziału osób starszych w strukturze osób zmarłych, każe przypuszczać, że liczba i natężenie zgonów z powodu zapalenia płuc również będzie rosła.

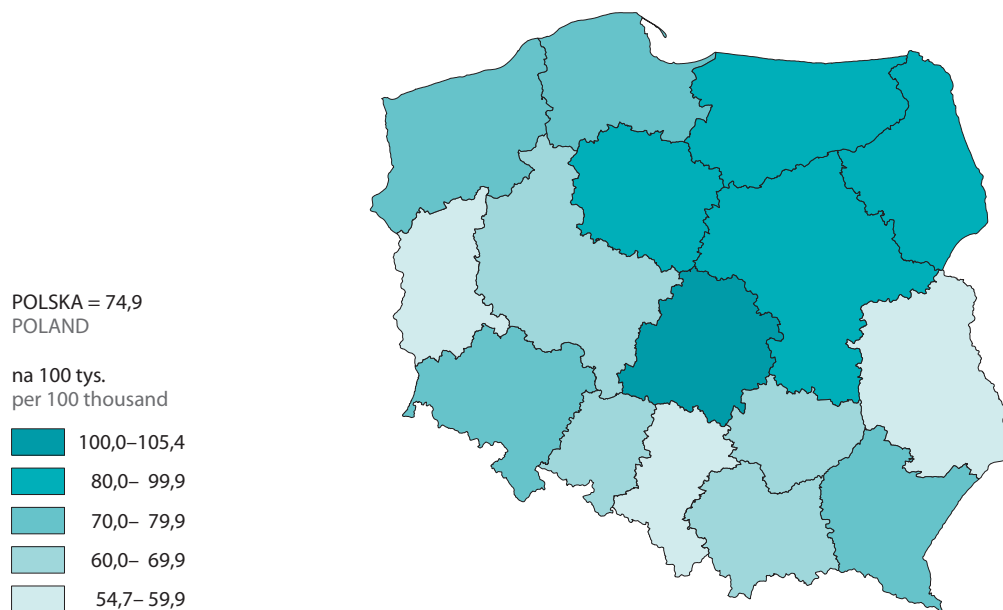
Wykres 34. Zgony z powodu zapalenia płuc według wieku w wybranych latach
Chart 34. Deaths due to pneumonia by age in selected years



Inną istotną grupą przyczyn zgonów z zakresu chorób układu oddechowego są przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47), które w 2020 r. doprowadziły do zgonu blisko 7 tys. osób. Od 1980 r. udział tej przyczyny w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób układu oddechowego obniżył się ponad dwukrotnie, kształtując się w 2020 r. na poziomie 23,4%. Choroby te częściej dotyczą mężczyzn; w 2020 r. choroby dolnych dróg oddechowych stanowiły 1/4 zgonów z zakresu chorób układu oddechowego wśród mężczyzn, a wśród kobiet – nieco ponad 1/5. Zróżnicowanie w tym względzie stwierdzone między mieszkańcami miast i wsi wypada na niekorzyść tych drugich, gdzie z powodu tej przyczyny zmarło w 2020 r. 2,8 tys. osób, co oznacza, że na każde 100 tys. ludności z powodu przewlekłej choroby dolnych dróg oddechowych zmarło 18 osób (w mieście – 17).

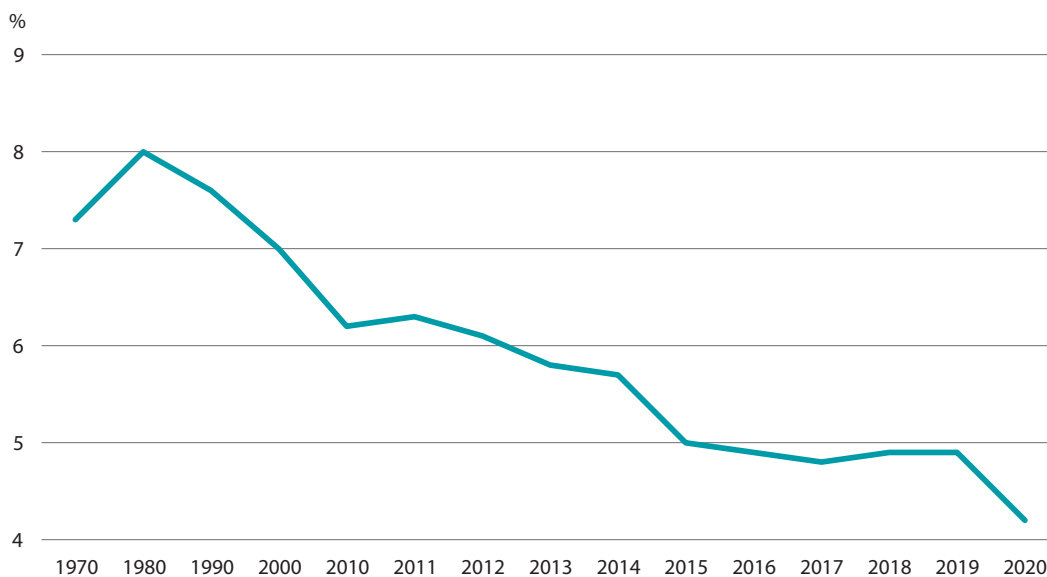
Istnieje wyraźne zróżnicowanie pomiędzy województwami w zakresie natężenia zgonów w wyniku chorób układu oddechowego. W 2020 r. współczynnik na 100 tys. ludności w województwie o najwyższym natężeniu był prawie dwukrotnie wyższy niż w województwie o natężeniu najniższym – województwo łódzkie ponad 105, województwo śląskie – niespełna 55 zgonów z powodu ChUO na 100 tys. ludności. Wysokie współczynniki odnotowano również w województwie mazowieckim (blisko 94) oraz podlaskim i warmińsko-mazurskim – odpowiednio: blisko 88 i 87. Dodatkowo w województwie łódzkim współczynniki te były najwyższe zarówno wśród osób w wieku 0-64 lata, jak i dla osób w wieku 65 lat i więcej, osiągając wartości blisko 18 i prawie 446. Dla porównania współczynnik zgonów z powodu ChUO w grupie 0-64 lata dla Polski ogółem w 2020 r. wyniósł 14,3, natomiast w grupie 65 lat i więcej – ok. 334. W przypadku zgonów z powodu zapalenia płuc – podobnie jak dla całej klasy chorób układu oddechowego – najwyższe wartości odnotowano w województwie łódzkim – blisko 76 zgonów na 100 tys. ludności, najniższe zaś w województwie śląskim – 36 na 100 tys. ludności.

Mapa 6. Zgony z powodu chorób układu oddechowego na 100 tys. ludności w 2020 r.
 Map 6. Deaths due to respiratory system diseases per 100 thousand population in 2020



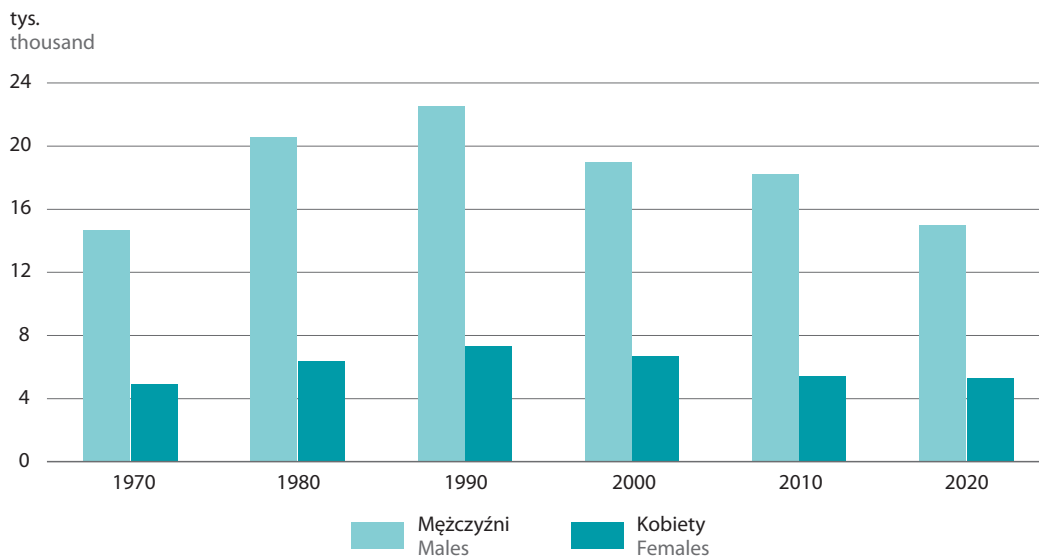
Stopniowo zmniejsza się odsetek zgonów powodowanych zewnętrznymi przyczynami zgonów, które w 2020 r. stanowiły 4,2% wszystkich zgonów, wobec 8% na początku lat 80-tych ubiegłego stulecia. W 2020 r. z powodu urazów i wypadków zmarło w Polsce ponad 20 tys. osób, a współczynnik zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych wyniósł blisko 53 osoby na 100 tys. ludności.

Wykres 35. Odsetek zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach
 Chart 35. The percentage of deaths due to external causes in the total number of deaths in selected years



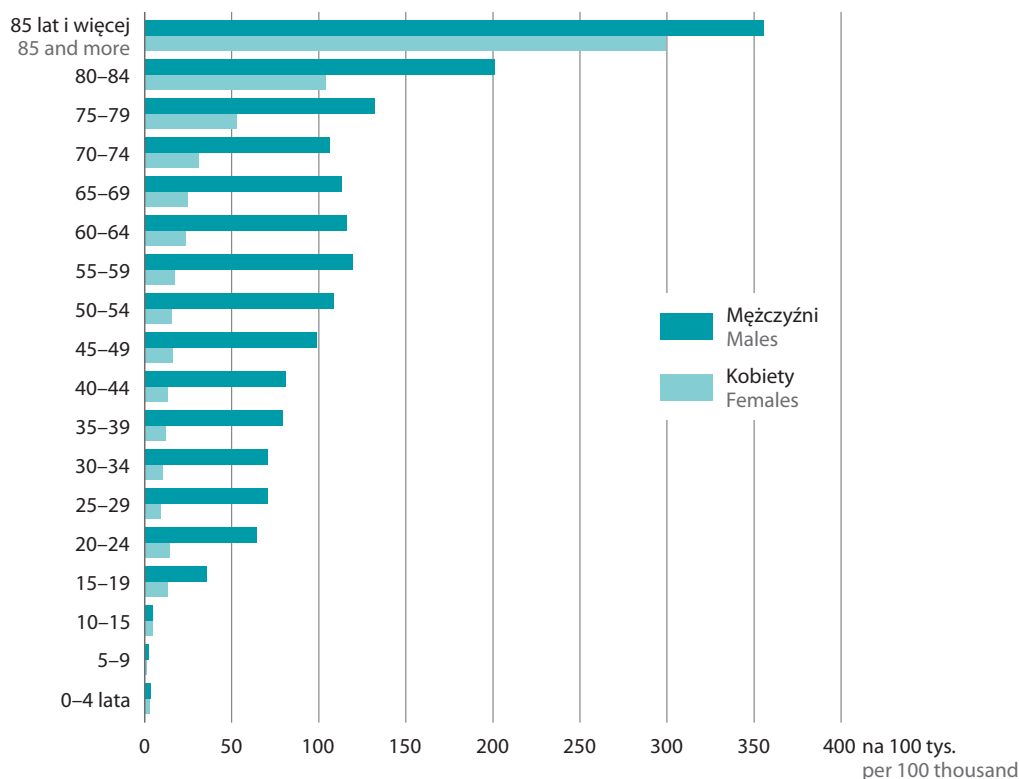
W przypadku zewnętrznych przyczyn zgonu występuje duże zróżnicowanie umieralności według płci, która jest około trzykrotnie wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Wśród mężczyzn urazy i zatrucia stanowią 6% przyczyn, natomiast wśród kobiet jedynie nieco ponad 2%. W 2020 r. 74% zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych dotyczyło mężczyzn, a współczynnik na 100 tys. ludności wyniósł blisko 81 (dla kobiet niespełna 27).

Wykres 36. Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych według płci w wybranych latach
Chart 36. Deaths due to external causes by sex in selected years



Okoliczności zewnętrzne są przyczyną zgonów od ponad 40 do blisko 70% zgonów wśród dzieci i osób młodych (w wieku 10–34 lata). W 2020 r. z powodu urazów i zatruc zmarło w tej grupie wieku ponad 3,5 tys. osób. Szczególnie wysokie wartości wskaźnik przyjmuje w grupie wieku 15–19 lata, gdzie niemal co trzeci zgon jest wynikiem urazu lub zatrucia. W przypadku chłopców zgony z tego powodu stanowią około 72% wszystkich zgonów w tym wieku, natomiast wśród dziewcząt odpowiadają za ponad 63% przedwczesnych zgonów.

Wykres 37. Współczynnik zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych na 100 tys. ludności w 2020 r.
Chart 37. Mortality rate due to external causes per 100 thousand population in 2020



Wśród urazów i zatruc najczęstszymi przyczynami zgonów są samobójstwa oraz wypadki komunikacyjne. W 2020 r. były one powodem ponad 8 tys. zgonów, stanowiąc ponad 40% wszystkich zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych. W Polsce ponad dwa razy więcej osób popełniło samobójstwo, niż zginęło w wypadkach drogowych. W 2020 r. w wyniku wypadków drogowych zmarło 2218 osób, natomiast w wyniku samobójstw aż 4553 osób. Zgony te w dużej mierze dotyczą osób młodych, stając się podstawowymi przyczynami przedwczesnych zgonów w społeczeństwie.

Tablica 18. Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych w wybranych latach
Table 18. Deaths due to external causes in selected years

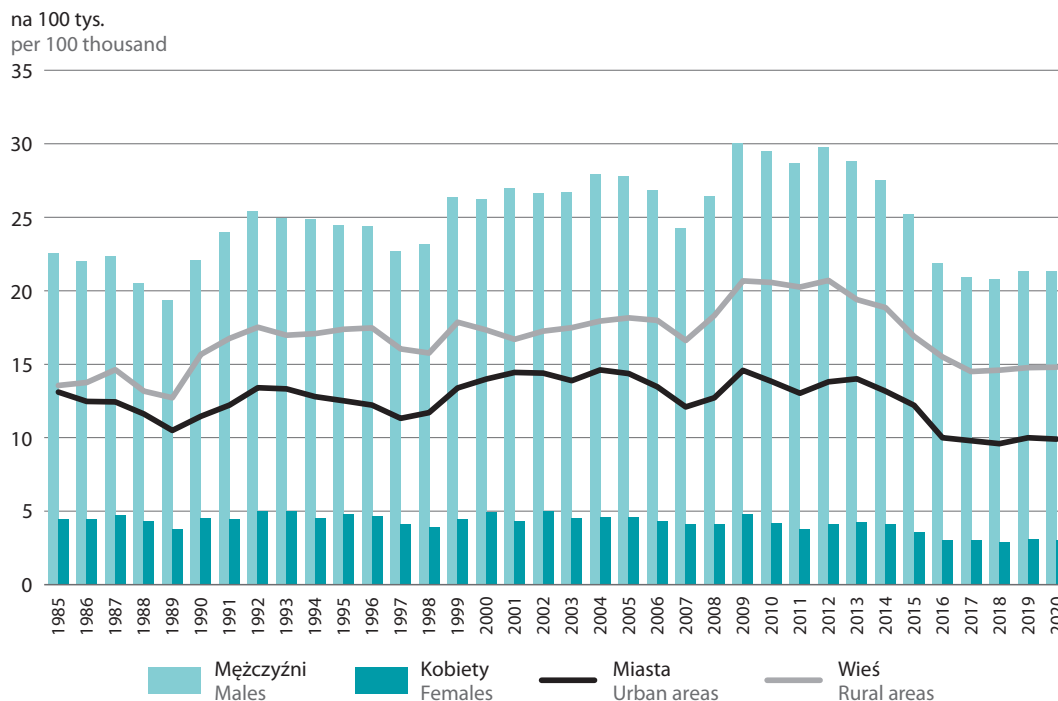
Wyszczególnienie Specification	1980	1990	2000	2010	2020
	W liczbach bezwzględnych In absolute figures				
Zewnętrzne przyczyny zgonu ogółem (V01–Y89) Total external causes of death (V01–Y89)	26996	29817	25763	23626	20283
udział przyczyn zewnętrznych w ogólnej liczbie zgonów (w %) the share of external causes in the total number of deaths (in %)	7,6	7,6	7,0	6,2	4,2

Tablica 18. Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych w wybranych latach (dok.)
Table 18. Deaths due to external causes in selected years (cont.)

Wyszczególnienie Specification	1980	1990	2000	2010	2020
W tym szczegółowe grupy spośród przyczyn zewnętrznych: Including specific groups of external causes:	W odsetkach, zewnętrzne przyczyny ogółem = 100 In percentage, total external causes = 100				
wypadki komunikacyjne (V01–V99) transport accidents (V01–V99)	24,8	32,1	27,6	19,2	17,9
przypadkowe zatrucie (X45) accidental injury (X45)	.	.	4,1	4,1	5,1
samobójstwa (X60–X84) suicides (X60–X84)	16,7	16,7	22,7	26,8	22,4
zabójstwo (X85–Y09) assault (X85–Y09)	.	3,8	3,1	1,5	1,1

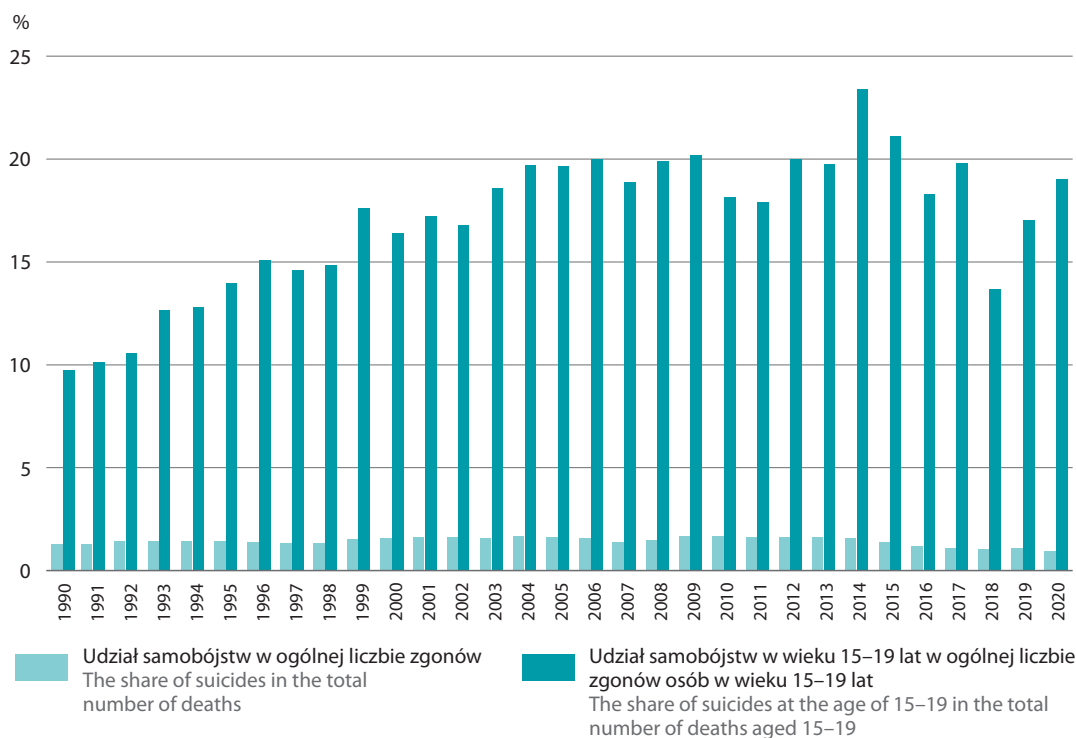
Od szeregu lat samobójstwa stanowią główną przyczynę zgonów spośród zgonów w tej klasie przyczyn, a ich udział kształtuje się na poziomie od 20 do aż 30%. Istnieje olbrzymia dysproporcja w liczbie zgonów w wyniku samobójstw w odniesieniu do płci osób zmarłych. Ponad 8 na 10 przypadków dotyczy mężczyzn, a w ostatniej dekadzie blisko 9 na 10. Współczynnik na 100 tys. ludności jest kilkakrotnie wyższy dla mężczyzn i w 2020 r. przyjął wartość ponad 21 (dla kobiet był siedmiokrotnie niższy i wyniósł zaledwie 3). Jest on również wyższy na wsi, gdzie w 2020 r. wyniósł blisko 15 na 100 tys. ludności (w miastach – niespełna 10). Taka różnica pomiędzy miastem a wsią stanowi już pewną tendencję, utrzymującą się od wielu lat i wyrażającą się w różnicy współczynników o ok. 5 osób.

Wykres 38. Współczynnik zgonów z powodu samobójstw na 100 tys. ludności w latach 1985–2020
Chart 38. Mortality rate due to suicides per 100 thousand population in 1985–2020



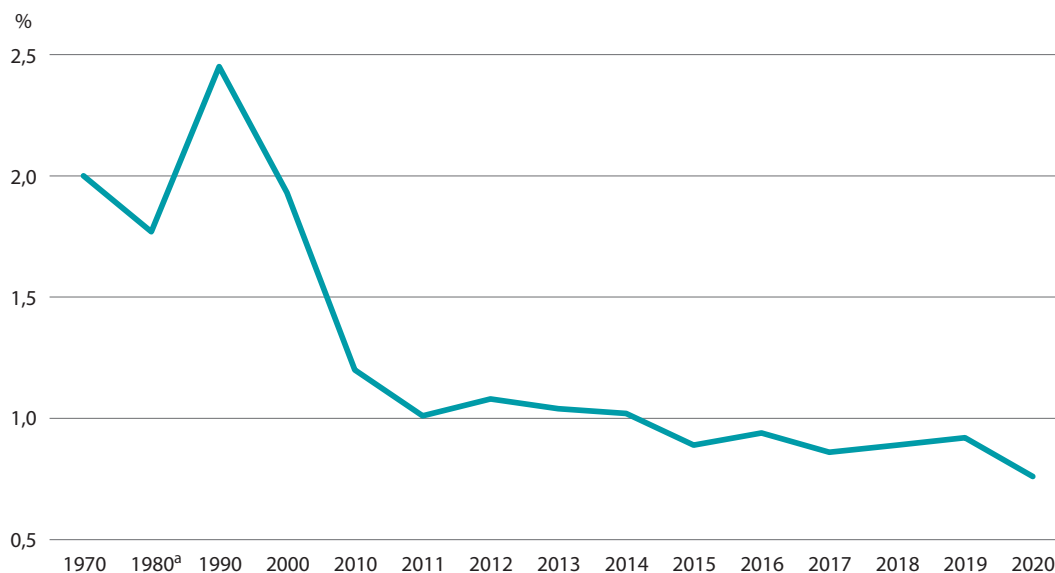
Dodatkowo bardzo niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca – na przestrzeni ostatnich niemal 30 lat – liczba samobójstw wśród nastolatków (w wieku 15–19 lat). Szczególnie gwałtowny wzrost obserwowano w latach 90-tych ubiegłego wieku, tj. od notowanego na poziomie 10% udziału na początku lat 90-tych do ponad 16% w 2000 r. Od 2004 r. poziom samobójstw wśród młodzieży kształtuje się na poziomie ok. 20%. Przy czym w 2011 r. było to niespełna 18%, natomiast w 2014 r. ponad 23%. Ten wysoki udział nadal się utrzymuje i – pomimo istotnego spadku ogólnej liczby zgonów wśród młodych osób – zamachy samobójcze w 2020 r. stanowiły przyczynę prawie 1/5 zgonów wśród nastolatków.

Wykres 39. Udział samobójstw w ogólnej liczbie zgonów w latach 1990–2020
Chart 39. The share of suicides in the total number of deaths in 1990–2020



Na przestrzeni ostatnich pięćdziesięciu lat udział zgonów spowodowanych wypadkami komunikacyjnymi obniżył się o więcej niż połowę z 2% w 1970 r. do niespełna 0,8% w 2020 r. Podobna tendencja obserwowana jest zarówno w miastach, jak i na wsi, przy czym odsetek zgonów w wyniku wypadków komunikacyjnych jest na przestrzeni lat średnio o 0,5% wyższy na terenach wiejskich.

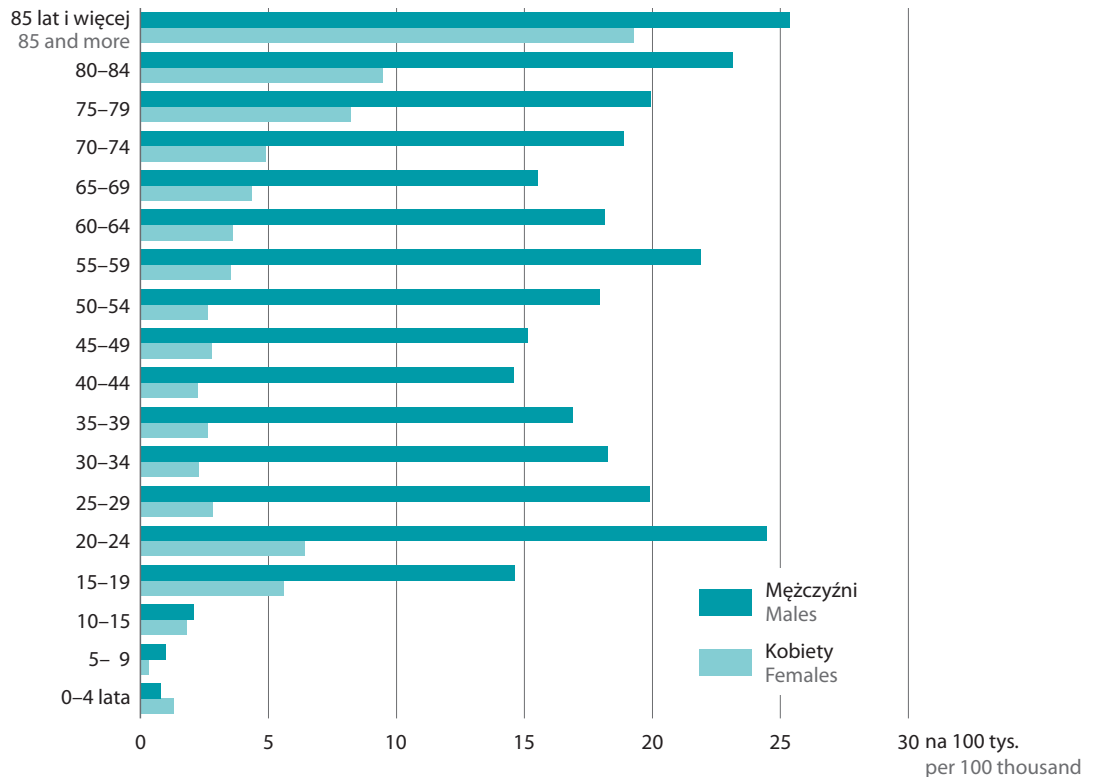
Wykres 40. Udział wypadków komunikacyjnych wśród zgonów ogółem w wybranych latach
 Chart 40. The share of transport accidents in the total number of deaths in selected years



a Dane dotyczą 1979 r.
 a Data refer to 1979

W 2020 r. w wyniku wypadków komunikacyjnych zmarło w Polsce ponad 3,6 tys. osób, z czego ponad 2 tys. w wyniku wypadków drogowych. W zdecydowanej większości zdarzenia te dotyczyły mężczyzn. W 2020 r. stanowili oni ponad 78% wszystkich zgonów z powodu tej przyczyny. Wśród wszystkich zgonów odsetek ten kształtował się u mężczyzn na poziomie 1,1% (wśród kobiet wyniósł 0,3%). Dysproporcje w wielkości współczynnika są również bardzo wysokie. W niektórych grupach wieku dla mężczyzn są one siedmio, a nawet ośmiokrotnie wyższe niż w przypadku kobiet. W 2020 r. najwyższe współczynniki zgonów spowodowanych wypadkami komunikacyjnymi odnotowano – zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet – w grupie wieku 20–24 lata oraz 85 lat i więcej. Należy jednak zauważyć, że w przypadku mężczyzn współczynnik wyniósł ok. 25 zgonów na 100 tys. ludności wśród mężczyzn w obu grupach wieku, natomiast w przypadku kobiet w grupie 85 lat i więcej był niemal trzykrotnie wyższy niż w grupie 20–24 lata.

Wykres 41. Współczynnik zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych na 100 tys. ludności w 2020 r.
Chart 41. Mortality rate due to transport accidents per 100 thousand population in 2020



Znaczny udział w ogólnej liczbie zgonów w wyniku wypadków komunikacyjnych stanowią wypadki drogowe, w 2020 r. było to 60%. Na przestrzeni lat – podobnie jak w przypadku wypadków komunikacyjnych – ich liczba uległa znacznemu zmniejszeniu. Niestety w dalszym ciągu jest ona wysoka i plasuje Polskę w niechlubnej czołówce krajów europejskich.

Codziennie na drogach w Polsce umiera 6 osób. W 2020 r. najwyższy współczynnik zgonów w wyniku wypadków drogowych odnotowano w województwie podlaskim, lubelskim i warmińsko-mazurskim, najniższy zaś w województwie małopolskim i był on niemal trzykrotnie niższy niż w województwie z najwyższą liczbą ofiar wypadków drogowych.

Tablica 19. Zgony z powodu wypadków drogowych w 2020 r.
Table 19. Deaths due to transport accidents in 2020

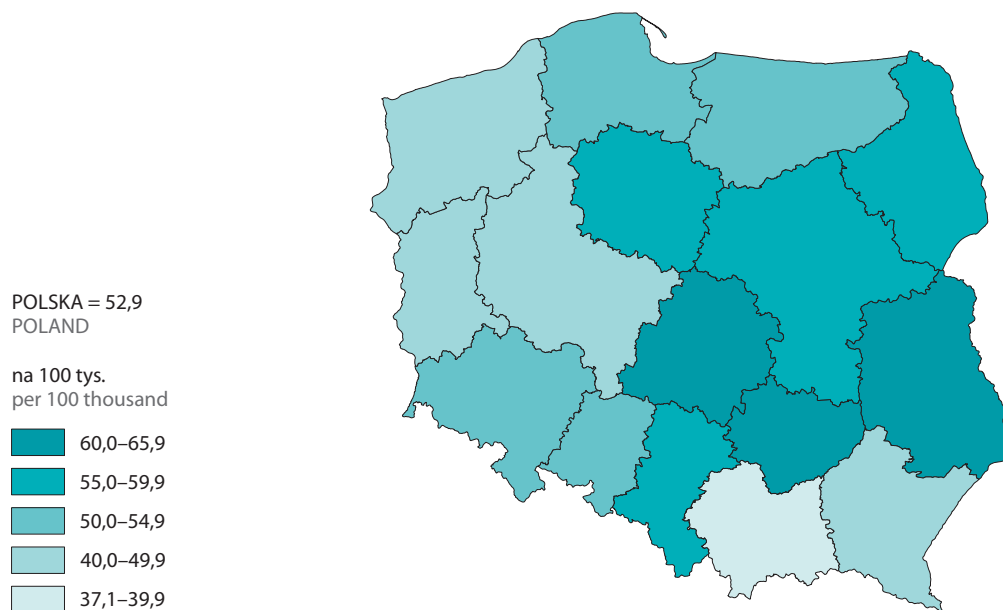
Wyszczególnienie Specification	Ogółem Total	Mężczyźni Males	Kobiety Females	Miasta Urban areas			Wieś Rural areas		
				razem total	mężczyźni males	kobiety females	razem total	mężczyźni males	kobiety females
w liczbach bezwzględnych in absolute figures									
Polska Poland	2218	1754	464	1034	776	258	1184	978	206
Dolnośląskie	159	132	27	90	73	17	69	59	10
Kujawsko-pomorskie	111	95	16	53	42	11	58	53	5
Lubelskie	164	130	34	53	40	13	111	90	21
Lubuskie	62	48	14	31	24	7	31	24	7
Łódzkie	207	160	47	104	77	27	103	83	20
Małopolskie	103	80	23	41	25	16	62	55	7
Mazowieckie	338	272	66	155	119	36	183	153	30
Opolskie	67	48	19	29	20	9	38	28	10
Podkarpackie	125	100	25	37	29	8	88	71	17
Podlaskie	126	98	28	60	44	16	66	54	12
Pomorskie	152	121	31	70	53	17	82	68	14
Śląskie	185	128	57	128	84	44	57	44	13
Świętokrzyskie	78	65	13	28	26	2	50	39	11
Warmińsko-mazurskie	109	95	14	49	42	7	60	53	7
Wielkopolskie	161	130	31	66	54	12	95	76	19
Zachodniopomorskie	71	52	19	40	24	16	31	28	3
na 100 tys. ludności per 100 thousand population									
Polska Poland	5,8	9,5	2,3	4,5	7,1	2,1	7,7	12,8	2,7
Dolnośląskie	5,5	9,5	1,8	4,5	7,8	1,6	7,5	12,9	2,2
Kujawsko-pomorskie	5,4	9,5	1,5	4,4	7,3	1,7	6,8	12,4	1,2
Lubelskie	7,8	12,8	3,1	5,4	8,7	2,5	9,9	16,1	3,7
Lubuskie	6,1	9,8	2,7	4,7	7,7	2,0	8,7	13,5	4,0
Łódzkie	8,5	13,7	3,7	6,8	10,8	3,3	11,2	18,2	4,3
Małopolskie	3,0	4,8	1,3	2,5	3,2	1,8	3,5	6,3	0,8
Mazowieckie	6,2	10,5	2,3	4,4	7,3	1,9	9,5	15,9	3,1
Opolskie	6,8	10,1	3,8	5,6	8,1	3,3	8,3	12,4	4,3
Podkarpackie	5,9	9,6	2,3	4,2	6,9	1,7	7,1	11,5	2,7
Podlaskie	10,7	17,1	4,6	8,4	12,9	4,3	14,3	23,2	5,3
Pomorskie	6,5	10,6	2,6	4,7	7,5	2,2	9,5	15,7	3,3
Śląskie	4,1	5,9	2,4	3,7	5,1	2,4	5,4	8,5	2,4
Świętokrzyskie	6,3	10,8	2,1	5,0	9,8	0,7	7,5	11,7	3,3
Warmińsko-mazurskie	7,7	13,7	1,9	5,8	10,5	1,6	10,3	18,0	2,5
Wielkopolskie	4,6	7,6	1,7	3,5	6,0	1,2	5,9	9,4	2,3
Zachodniopomorskie	4,2	6,3	2,2	3,5	4,3	2,6	5,8	10,4	1,1

Na przestrzeni ostatnich 20 lat istotnie zmniejszyła się w Polsce liczba zgonów będących wynikiem przestępstw. O ile w 2000 r. odnotowano 800 zgonów w wyniku zabójstw, to w 2020 r. takich przypadków było prawie czterokrotnie mniej – 219 zgonów w wyniku przestępstwa. Spośród tych przypadków niemal $\frac{3}{4}$ stanowiły zgony mężczyzn. Najczęściej ofiarami przestępstw padali mężczyźni w wieku od 30 do 64 lat, natomiast wśród kobiet najczęściej tego typu zdarzeń odnotowano w grupie wieku 45–49 lat. W 2020 r. ofiarami przestępstw padło 3 dzieci w wieku 0–4 lata. Dla porównania w 2019 r. było to 8 zgonów w tej grupie wieku, podobnie w 2010, natomiast w 2000 r. odnotowano aż 20 przypadków zabójstw dzieci w wieku 0–4 lata.

W 2020 r. odnotowano istotne zróżnicowanie nasilenia umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych. Współczynnik zgonów na 100 tys. ludności w województwie o najwyższym natężeniu był dwukrotnie wyższy niż w województwie ze wskaźnikiem najniższym. Najwyższą wartość wskaźnik przyjął w województwie lubelskim (blisko 66 zgonów na 100 tys. ludności), najniższą zaś w województwie małopolskim (nieco ponad 37).

Mapa 7. Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych na 100 tys. ludności w 2020 r.

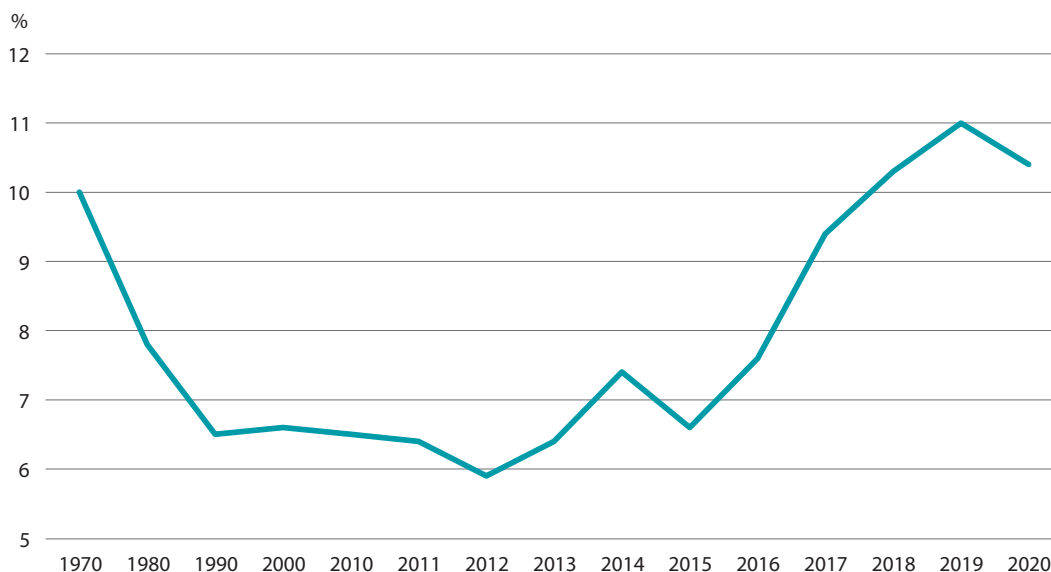
Map 7. Deaths due to external causes per 100 thousand population in 2020



Analizując przyczyny zgonów w Polsce należy podkreślić wysoki – wynoszący w 2020 r. ponad 10% – udział zgonów, w przypadku których przyczyny nie zostały dokładnie określone. Jest to specjalnie wydzielona w orzecznictwie, tj. w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, grupa zdarzeń medycznych służąca do klasyfikacji przypadków zgonów, dla których nie zidentyfikowano konkretnej przyczyny. Przedmiotowe przypadki zostały zawarte w rozdziale XVIII klasyfikacji pod nazwą Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej.

Wykres 42. Odsetek zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych w ogólnej liczbie zgonów w wybranych latach

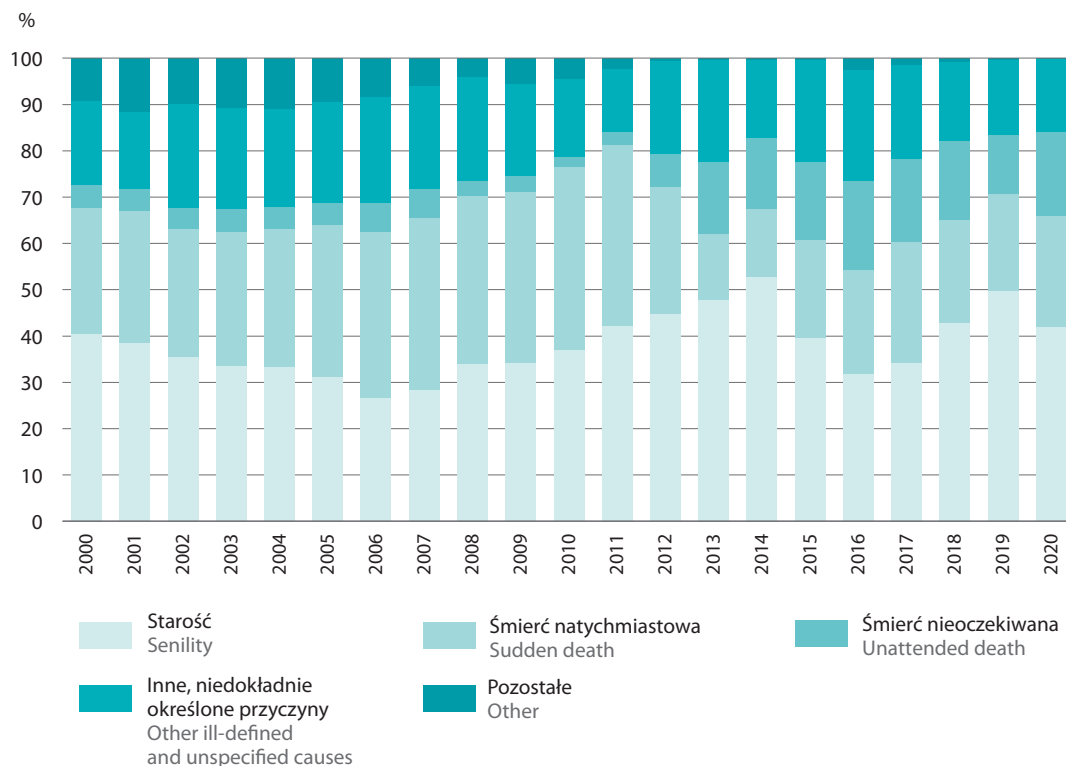
Chart 42. The percentage of deaths due to symptoms, signs and ill-defined conditions in the total number of deaths in selected years



Rozdział ten zawiera takie orzeczenia jak m. in.: starość, nagły zgon z nieznaną przyczyną czy inne niedokładnie określone lub nieznaną przyczyną zgonu. Od szeregu lat struktura przyczyn zgonów niedokładnie określonych pozostaje niezmienna i dominują w nich wymienione wyżej przyczyny szczegółowe. Przy czym udział przyczyny określonej jako „starość” waha się na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat od niespełna 27% do blisko 53% wszystkich zgonów określonych jako niedokładnie określone. Oprócz wymienionych wyżej przyczyn zgonów wyróżnić należy również kacheksję i nagły zgon niemowlęcia (tzw. śmierć łóżeczkowa), przypadków których odnotowano w 2020 r. odpowiednio: 55 i 15 zgonów.

Wykres 43. Odsetek szczegółowych przyczyn niedokładnie określonych w ogólnej liczbie zgonów niedokładnie określonych w latach 2000–2020

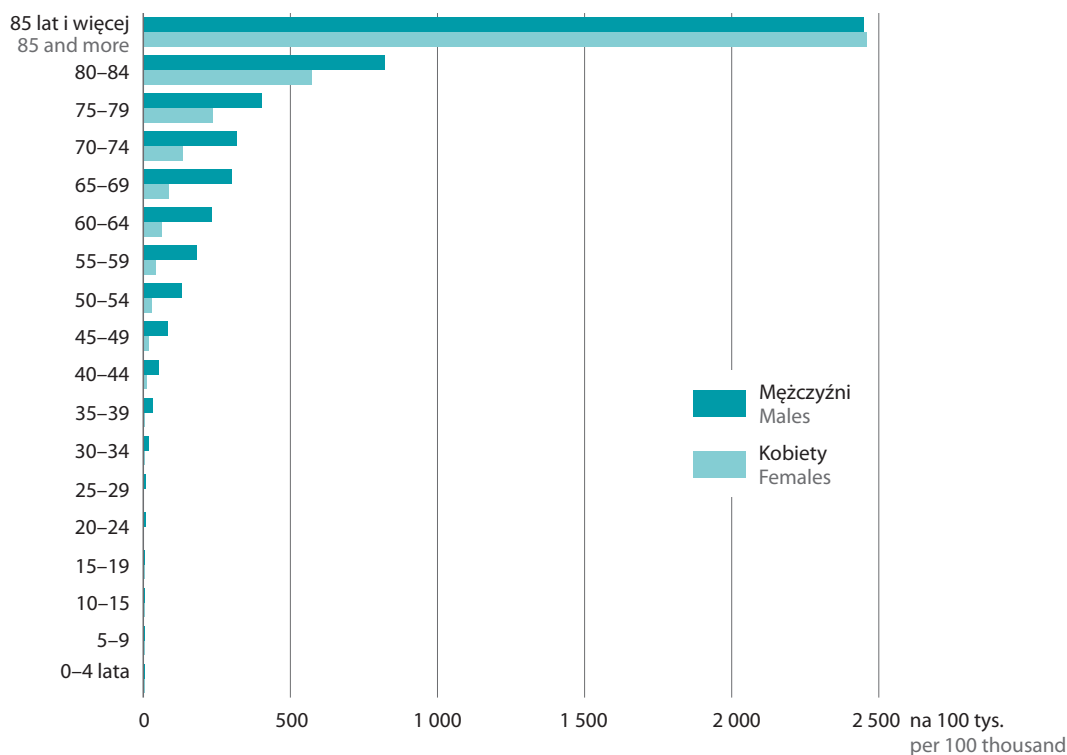
Chart 43. The percentage of detailed symptoms, signs and ill-defined conditions in the total number of deaths due to symptoms, signs and ill-defined conditions in 2000–2020



W Polsce odsetek orzeczeń z rozdziału XVIII jest jednym z najwyższych w Europie, a jego wartość jest kilkakrotnie wyższa niż w pozostałych krajach. Dla porównania w 2019 r. w Polsce wyniósł on 11%²⁸, w Niemczech – 4%, w Czechach 1,3%, a na Litwie 0,8, a na Węgrzech jedynie 0,3%. Szczególnie zaskakujący i niepokojący jest również ich wysoki udział wśród osób do 65 roku życia – w 2020 r. było to 11,4% (wśród osób powyżej 65 lat nieco ponad 10%). Przyczyny niedokładnie określone zdarzają się również wśród dzieci i osób bardzo młodych, dla których precyzyjne określenie przyczyny zgonu powinno stanowić priorytet.

²⁸ Źródło: Eurostat, Causes of death - deaths by country of residence and occurrence (Dostęp: 30.11.2021 r.): https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ARO_custom_1679552/default/table?lang=en

Wykres 44. Współczynnik zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych na 100 tys. ludności w 2020 r.
 Chart 44. Mortality rate due to symptoms, signs and ill-defined conditions per 100 thousand population in 2020



Równocześnie nie można pominąć problemu rzeczywistych trudności wyboru wyjściowej przyczyny zgonu i określenia przyczyny zgonu w ogóle. W miarę starzenia się społeczeństwa rośnie liczba osób dotkniętych schorzeniami przewlekłymi. W wieku starszym z reguły mamy do czynienia nie z jedną, ale wieloma chorobami, które łącznie mogą stanowić specyficzny zestaw wyjściowej przyczyny zgonu. W takiej sytuacji, wpisanie przez lekarza tylko jednej przyczyny zgonu wydaje się być bardzo skomplikowane, a dodatkowo może nie w pełni obrazować faktyczny stan chorobowy prowadzących do zgonu.

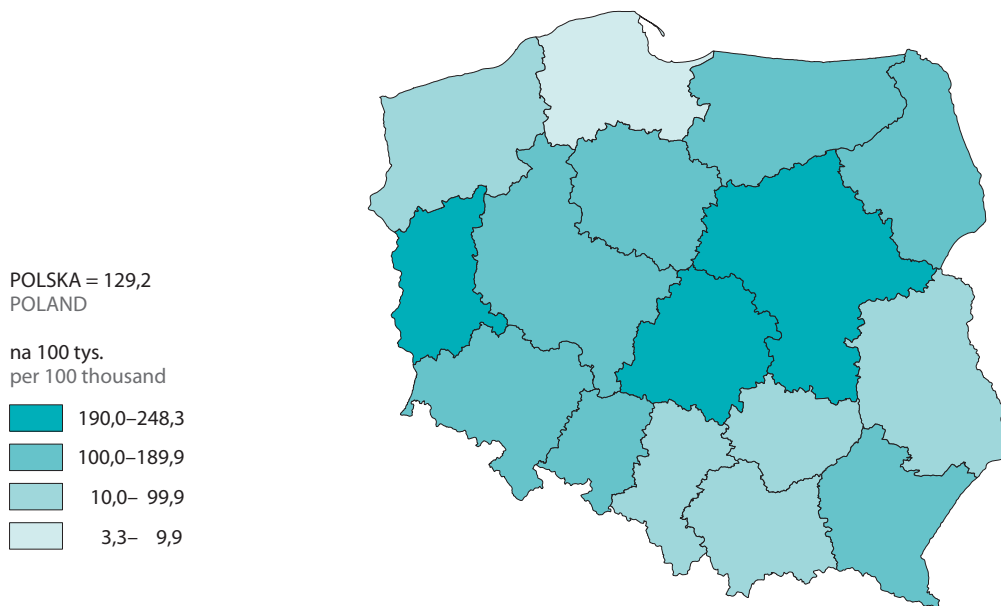
Nieprecyzyjne opisy przyczyn zgonów pokrywają się również z niską liczbą wykonywanych co roku w Polsce sekcji zwłok. Ich ilość od wielu lat kształtuje się na podobnym poziomie, a dodatkowo niestety od kilku lat zaczyna spadać. W 2020 r. dokonano w Polsce jedynie 19 tys. sekcji zwłok, co stanowiło 4% wszystkich zgonów (dla przypomnienia zgonów o niedokładnie określonej lub nieustalonej przyczynie było ponad 10%). Najwięcej sekcji zwłok przeprowadzono w przypadku orzekania o zgonach z powodu przyczyn zewnętrznych, w 2020 r. takim badaniom poddano ponad 40% przypadków zgonów z powodu takich rozpoznań. W omawianym roku wystąpiło duże zróżnicowanie pomiędzy województwami w odniesieniu do częstotliwości wykonywanych sekcji zwłok. Najwyższy odsetek przeprowadzonych sekcji zwłok w stosunku do zgonów ogółem odnotowano w województwie pomorskim (blisko 6%), najniższy zaś w województwie zachodniopomorskim (nieco ponad 2%).

Tablica 20. Liczba zgonów i przeprowadzonych sekcji zwłok w latach 2000–2020
 Table 20. Number of deaths and autopsies conducted in 2000–2020

Rok Year	Zgony ogółem Total deaths	Przeprowadzone sekcje zwłok Autopsies conducted	
		w liczbach bezwzględnych in absolute figures	w % do liczby zgonów in % of total deaths
2000	368028	26013	7,1
2001	363220	25892	7,1
2002	359486	26525	7,4
2003	365230	26320	7,2
2004	363522	27238	7,5
2005	368285	28336	7,7
2006	369686	29647	8,0
2007	377226	30420	8,1
2008	379399	29693	7,8
2009	384940	28067	7,3
2010	378478	26831	7,1
2011	375501	26098	7,0
2012	384788	25835	6,7
2013	387312	25495	6,6
2014	376467	23946	6,4
2015	394921	22693	5,7
2016	388009	21791	5,6
2017	402852	22187	5,5
2018	414200	22091	5,3
2019	409709	21385	5,2
2020	477355	19028	4,0

Zróżnicowanie wielkości współczynnika zgonów z powodu przyczyn niedokładnie określonych pomiędzy województwami jest bardzo duże. W 2020 r. jego wartość dla województwa o najwyższym i najniższym natężeniu zjawiska różniła się o blisko 250 osób. W województwie lubuskim co piątemu zgonowi przypisano przyczynę niedokładnie określoną, co oznacza, że dla 20% przypadków w tym województwie nie jest znana szczegółowa przyczyna zgonu. Na drugim biegunie znajduje się województwo pomorskie, w którym w 2020 r. jedynie w przypadku 78 zgonów użyto rozpoznania z klasy przyczyn niedokładnie określonych – stanowiło to zaledwie 0,3% wszystkich zgonów w tym województwie.

Mapa 8. Zgony z powodu przyczyn niedokładnie określonych na 100 tys. ludności w 2020 r.
 Map 8. Deaths due to symptoms, signs and ill-defined conditions per 100 thousand population in 2020



Należy podkreślić, że wszystkie przyczyny zawarte w rozdziale XVIII klasyfikacji, zostały jednocześnie zaliczone przez Światową Organizację Zdrowia do tzw. „garbage codes”.

4.2. Garbage codes (kody bezużyteczne)

4.2. Garbage codes (useless codes)

Przez szereg lat Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wykluczała Polskę w swych raportach z analiz porównawczych dotyczących umieralności²⁹. Powodem był ponad 25% udział zgonów o „bezużytecznych określeniach/opisach przyczyn” (garbage codes – termin przyjęty przez WHO). Oprócz Polski analizą nie były objęte między innymi dane Argentyny, Azerbejdżanu, Bułgarii, Grecji, Gwatemali czy Kataru.

Opracowywane przez Główny Urząd Statystyczny informacje o zgonach i ich przyczynach oparte są na wystawianych przez lekarzy kartach zgonu. Statystyki te są szeroko upowszechniane i stanowią podstawę m.in. dla oceny kondycji zdrowotnej społeczeństwa, tworzenia analiz epidemiologicznych czy budowania programów profilaktycznych. Stanowią także podstawę dla instytutów medycznych oraz samych lekarzy dla prowadzenia własnych badań naukowych, opracowań analitycznych oraz realizacji projektów badawczych. Zatem rzetelność i kompletność informacji zawartych w kartach zgonów, a przede wszystkim właściwe i precyzyjne opisy przyczyn zgonów decydują o jakości i użyteczności tych danych dla ustalania poprawności stosowanych metod leczenia czy weryfikowania stawianych w pracach naukowych hipotez.

²⁹ W ostatnim raporcie przygotowanym przez WHO (z grudnia 2020 r. https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfacc_5) jakość danych o przyczynach zgonów w Polsce została sklasyfikowana jako „średnia” (medium), zaś średnia użyteczność (usability) – opracowana w oparciu o dostępność i jakość danych za lata 1999–2018 została oszacowana na poziomie pomiędzy 68% a 72% i tym samym dane z Polski zostały włączone do analiz. WHO nie przedstawiło – jak to miało miejsce w raporcie z czerwca 2013 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000-2011.pdf?ua=1) – odsetka „garbage codes” dla poszczególnych krajów. Wówczas dane o przyczynach zgonów w krajach, w których średni odsetek GC wynosił powyżej 25% nie były uwzględniane w analizach. W raporcie ze stycznia 2017 r. dane z Polski również zostały wykluczone. Dostęp: 29.11.2021 r.

Polska jest krajem o 100% kompletności rejestracji zgonów, jest jednak również krajem o niskiej jakości informacji o przyczynach zgonów. Z danych dotyczących 2020 r. wynika, że w przypadku blisko 23% zgonów (prawie 108 tys.) lekarze orzekający zgon nieprawidłowo opisali jego przyczyny. Podstawowym problemem jest pominięcie chronologicznego opisu łańcucha przyczyn/chorób odpowiedzialnych za zgon chorego lub nieprawidłowe jego przedstawienie, a w konsekwencji niewłaściwe lub nieprecyzyjne wskazanie wyjściowej przyczyny zgonu.

WHO wyróżnia dwie listy garbage codes: podstawową i rozszerzoną. Poniższa tabela prezentuje kody z listy podstawowej garbage codes stanowiącej dla WHO podstawę klasyfikacji do porównań międzynarodowych. W dalszej części podrozdziału, opisującego problemy jakości statystyki zgonów według przyczyn, będą analizowane wyłącznie kody z tej listy.

Tabela 1. Garbage codes – lista podstawowa
Table 1. Garbage codes – basic list

Kody – zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja X Codes – according to the International Statistical Classification of Diseases and Health Problems – X Revision	
C76	Nowotwór złośliwy umiejscowień innych i niedokładnie określonych Malignant neoplasm of other and ill-defined sites
C80	Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia Malignant neoplasm, without specification of site
C97	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites
I46	Zatrzymanie krążenia Cardiac arrest
I47.2	Częstoskurcz komorowy Ventricular tachycardia
I49.0	Migotanie i trzepotanie komór Other cardiac arrhythmias
I50	Niewydolność serca Heart failure
I51.4	Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone Myocarditis, unspecified
I51.5	Zwyrodnienie mięśnia serca Myocardial degeneration
I51.6	Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone Cardiovascular disease, unspecified
I51.9	Choroba serca, nieokreślona Heart disease, unspecified
I70.9	Uogólniona i nieokreślona miażdżycy Generalized and unspecified atherosclerosis
R00-R99	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej (cała klasa) Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (the whole class)
Y10-Y34	Zdarzenia o nieokreślonym zamiarze Event of undetermined intent
Y87.2	Następstwo zdarzenia o nieokreślonym zamiarze Sequelae of events of undetermined intent

Problem „nieprecyzyjnych” określeń przyczyn zgonów znany jest od bardzo dawna. Już w 1840 r. Wiliam Farr (Farr W. 1840) zwracał uwagę na te kwestie, krytykując spotykane w owym czasie określenia: „nagła śmierć”, „naturalna śmierć” czy „podeszły wiek”.

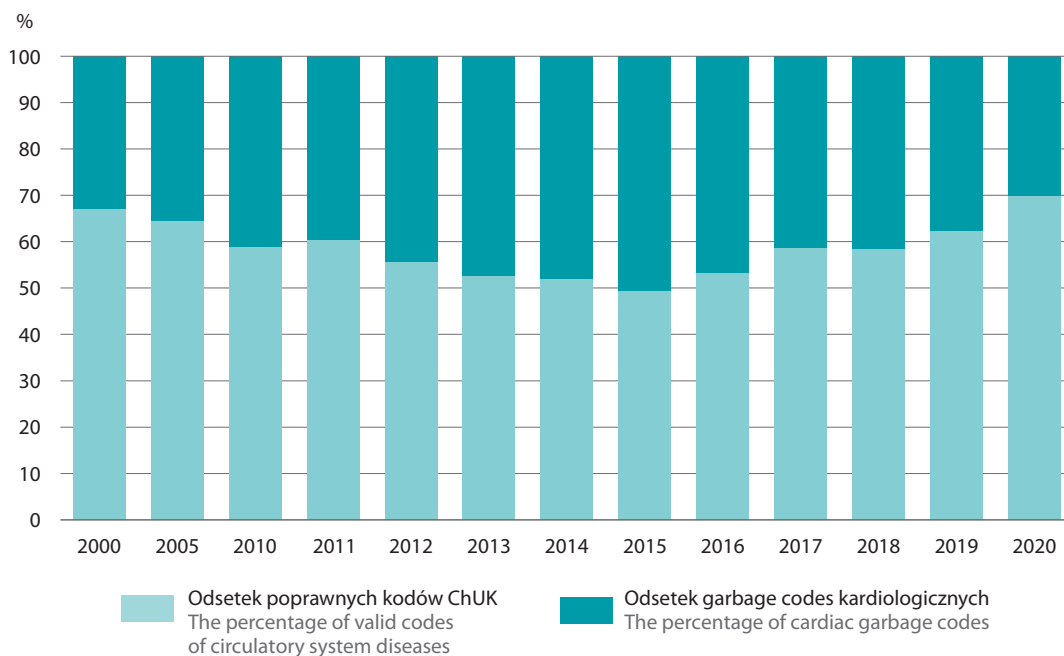
Niestety, w Polsce problem podobnego przedstawiania przyczyn zgonów jest nadal aktualny. Wpisywane na kartach zgonów (jako jedyny opis – często powtórzony trzykrotnie) terminy: „zatrzymanie krążenia”, „ustanie oddychania” (a także „ustanie krążenia i oddychania”), „niewydolność wielonarządowa”, „starość” czy w końcu „śmierć naturalna” i „przyczyna nieznana” są nieprecyzyjne i całkowicie bezużyteczne – w konsekwencji przekładają się na „bezużyteczne kody”. W większości można je zinterpretować jako „pacjent zmarł z powodu śmierci” – w żadnym przypadku nie powinny być wskazywane jako wyjściowa przyczyna zgonu, a nawet wpisywane do karty zgonu.

W naszym kraju odsetek zgonów z przyczynami określanymi jako garbage codes jest wysoki przede wszystkim w wyniku nadmiernego używania bezużytecznych opisów i określeń z zakresu chorób układu krążenia. Liczba bezużytecznych opisów z zakresu ChUK przez wiele lat rosła, osiągając swój szczyt w 2015 r., kiedy to co drugi kod z klasy chorób układu krążenia był bezużyteczny. Od 2016 r. obserwowana jest poprawa, skutkująca stopniowym wyeliminowywaniem GC z orzeczeń o zgonach w wyniku ChUK. Obecnie kody GC ChUK stanowią 30% orzeczeń dla zgonów w wyniku chorób układu krążenia oraz prawie połowę wszystkich zgonów oznaczonych jako garbage codes – co z kolei przekłada się na 11% ogólnej liczby zgonów w Polsce (52,4 tys. w 2020 r.).

Dwa dominujące, najczęściej używane przez lekarzy, garbage codes spośród ChUK to „niewydolność serca” – w 2020 r. opisano tak 33,6 tys. zgonów (i stanowiły one ponad 64% kodów bezużytecznych z zakresu chorób kardiologicznych) oraz „uogólniona i nieokreślona miażdżyca” – ponad 18 tys. zgonów w 2020 r. (35% garbage codes z ChUK). Kolejne nieprecyzyjnie określone przyczyny to „zwyrodnienie mięśnia sercowego” oraz „zatrzymanie krążenia” (razem ok. 0,5 tys. zgonów w 2020 r.). Podkreślenia wymaga fakt, że aż 91% wskazań bezużytecznych w zakresie ChUK dotyczy zgonów osób w wieku 65 lat i więcej.

Wykres 45. Zgony w wyniku ChUK, w tym odsetek GC w wybranych latach

Chart 45. Deaths due to circulatory system diseases, including the percentage of garbage codes in selected years



Najwyższy odsetek bezużytecznych kodów kardiologicznych w stosunku do kodów ChUK ogółem zanotowano w województwie zachodniopomorskim (ponad połowa – 53,5%), a najniższy w podlaskim (zaledwie 1%).

Kolejną grupą opisów beużytecznych są zdarzenia medyczne z rozdziału „R” ICD10 („Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane”). W Polsce są wskazywane jako przyczyna ponad 12% ogólnej liczby zgonów (prawie 50 tys. w 2020 r.) i wszystkie one stanowią garbage codes.

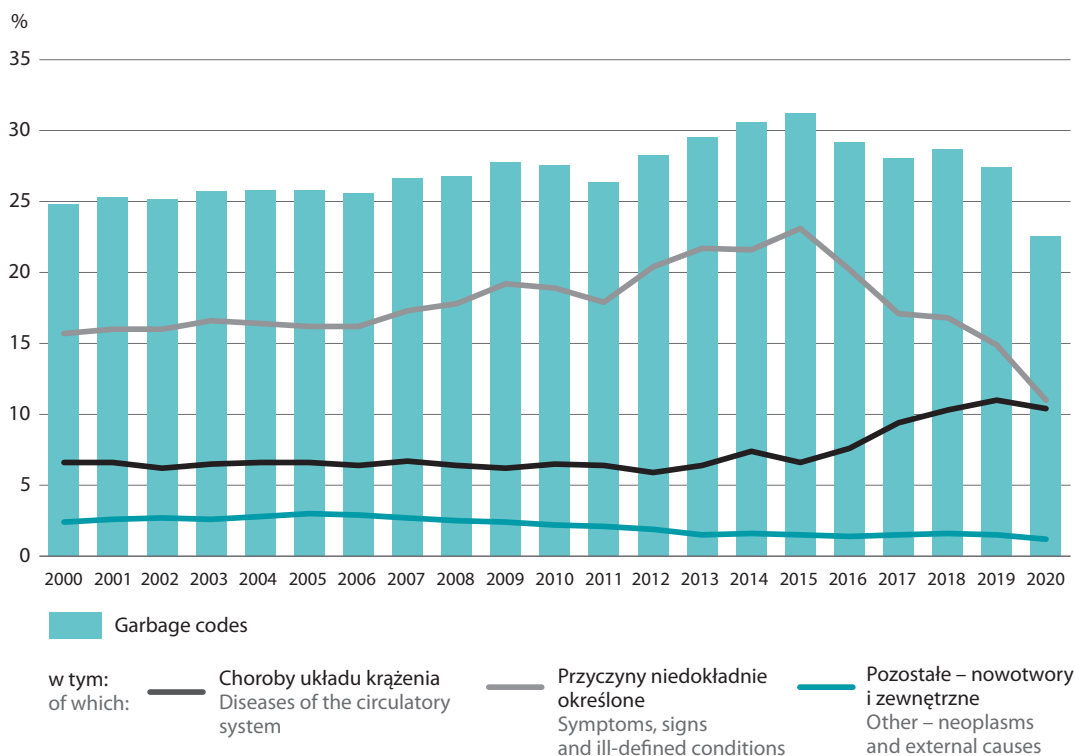
Podobnie jak w przypadku ChUK zdecydowana większość tych orzeczeń dotyczy zgonów osób starszych (37,6 tys., tj. 76%). W całej grupie najczęściej wskazywana jest „starość” (prawie 21 tys. w 2020 r.), która jako przyczyna może występować tylko sporadycznie, natomiast w Polsce jest wpisywana w kartach zgonów osobom już w wieku niepełna 70 lat.

Ostatnie dwie grupy z listy podstawowej garbage codes stanowią „nieokreślone nowotwory” oraz „zdarzenia o nieokreślonym zamiarze” – ich udział jest stosunkowo niewielki i dotyczy niespełna 1,2% wszystkich zgonów (w 2020 r. odnotowano 5,7 tys. tego rodzaju orzeczeń).

W latach 2000–2015 udział kodów beużytecznych w orzecznictwie przyczyn zgonów zwiększył się o 6,4 p.proc., tj. z 24,8% w 2000 r. do 31,2% w 2015 r. Od 2016 r. obserwujemy zmniejszenie się udziału GC w ogólnej liczbie zgonów. Niemniej liczba takich orzeczeń jest w dalszym ciągu bardzo wysoka. Dodatkowo należy mieć na uwadze, że problem dotyczy głównie beużytecznych określeń z zakresu chorób układu krążenia, które są stosowane przede wszystkim w przypadku zgonów osób w starszym wieku. Należy podkreślić, że obecnie osoby w wieku 65 lat i więcej stanowią ok. 78% wszystkich osób zmarłych i ich udział w ogólnej liczbie zgonów będzie wzrastał.

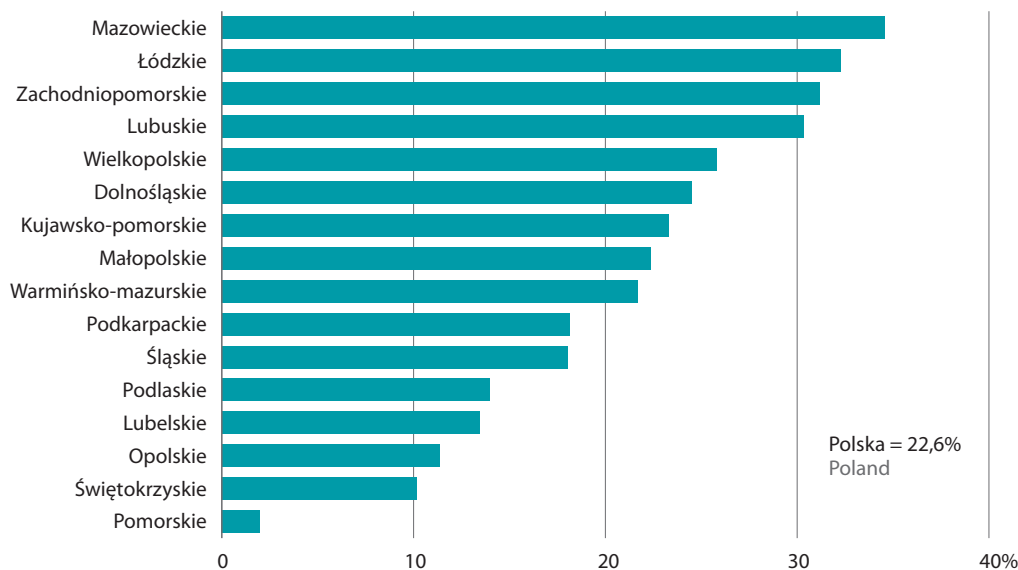
Wykres 46. Odsetek garbage codes w latach 2000–2020 (lista podstawowa)

Chart 46. The percentage of garbage codes in 2000–2020 (basic list)



Podobnie jak w przypadku przyczyn niedokładnie określonych, tak w przypadku GC istnieją wyraźne różnice pomiędzy województwami. W 2020 r. w województwie mazowieckim garbage codes stanowiły ponad 1/3 wszystkich zgonów, natomiast w województwie pomorskim jedynie 2%. Bardzo wysokie udziały GC w ogólnej liczbie zgonów – ponad 30% – odnotowano również w województwach łódzkim, zachodniopomorskim oraz lubuskim. W województwie mazowieckim i lubuskim spośród przyczyn określanych jako GC największy udział stanowiły przyczyny niedokładnie określone – blisko 56 i 66%. Natomiast w województwie zachodniopomorskim i łódzkim dominujące były garbage codes z zakresu chorób układu krążenia, odpowiednio: 71 i 54%.

Wykres 47. Odsetek garbage codes w zgonach ogółem w 2020 r.
Chart 47. The percentage of garbage codes in total deaths in 2020



Druga – opracowana przez WHO – rozszerzona lista garbage codes zawiera określenia i opisy także spotykane na kartach zgonu w Polsce. W 2020 r. orzeczeń takich było – poza listą podstawową – ok. 4,5 tys. Najczęstsze to samoistne nadciśnienie (I10) oraz zator płucny (I26.9). W 2020 r. w każdym z tych przypadków było po odpowiednio: ok. 3 i 1 tys. wskazań. Kolejne to niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej (J96) – 0,3 tys. zgonów. Wymienione trzy przyczyny stanowią 98% przyczyn z listy rozszerzonej, nie uwzględnione w liście podstawowej. W sumie w 2020 r., liczba przypadków zakodowanych jako garbage codes (biorąc pod uwagę obie listy – podstawową i rozszerzoną) przekroczyła 112 tys., co stanowiło blisko 24% wszystkich zgonów w Polsce.

GUS wystosował swego rodzaju apel³⁰ do lekarzy uczestniczących w procesie orzekania przyczyn zgonów i wystawiania kart zgonów, ponieważ – jak wspomniano wcześniej – wiarygodność i spójność w czasie statystyk umieralności zależy przede wszystkim od jakości informacji dostarczanych przez osoby poświadczające. Rzetelne i skrupulatne wypełnianie kart zgonów powinno być zatem traktowane jako nieodzowna praktyka zwiększająca wartość merytoryczną danych o przyczynach zgonów. Jednym z 40-stu zaleceń Eurostatu dotyczących wystawiania kart zgonów jest konieczność stałego edukowania pracowników systemu opieki zdrowotnej uczestniczących w procesie opisywania przyczyn zgonów: „Powinno być rozwijane podstawowe szkolenie w zakresie poświadczania zgonów dla studentów medycyny, oraz zapewniony ciągły rozwój zawodowy lekarzy w tym zakresie”³¹.

³⁰ Na co umarł pacjent – czyli, co jest wpisywane na kartach zgonów? „Służba zdrowia”, maj 2014 r., wersja elektroniczna – [www.stat.gov.pl w zakładce Obszary tematyczne/Ludność/Statystyka przyczyn zgonów – https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/na-co-umarl-pacjent-czyli-co-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-1,1.html](https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/na-co-umarl-pacjent-czyli-co-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-1,1.html) Dostęp: 16.11.2021 r.

³¹ Podręcznik poświadczania przyczyn zgonów w Europie, Rzym, grudzień 2003; tłumaczenie własne GUS – tekst roboczy: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/podrecznik-poswiadczenia-przyczyn-zgonow-w-europie,2,1.html> Dostęp: 16.11.2021 r.

Dobra jakość i kompletność danych o przyczynach zgonów jest nie do przecenienia w świetle wykorzystywania ich do badań i analiz prowadzonych przez instytuty medyczne i lekarzy indywidualnych. Ma ogromne znaczenie dla wielu dziedzin funkcjonowania kraju, szczególnie w zakresie planowania i wdrażania procedur obejmujących szeroko rozumiane zdrowie publiczne, w tym programów profilaktyki zdrowotnej. Waga tego zagadnienia wzrasta w obliczu wyzwania, jakim jest szybko postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa.

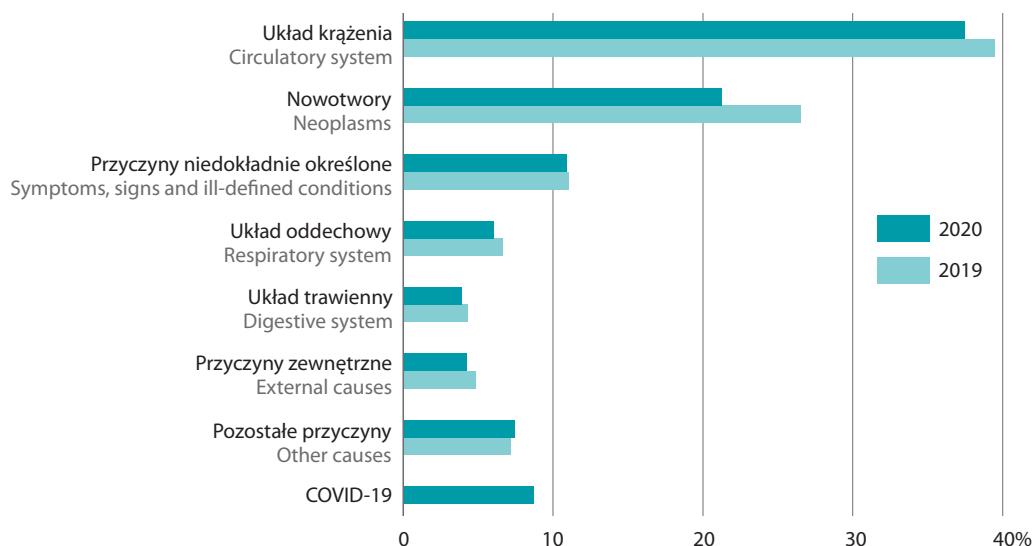
4.3. COVID-19

4.3. COVID-19

Rok 2020 upłynął w Polsce i na świecie w cieniu pandemii SARS-CoV-2. Pojawienie się nieznanej dotychczas, wysoce zakaźnej i wysoce śmiertelnej choroby miało ogromny wpływ na wszystkie aspekty życia społeczeństw na całym świecie. Pojawienie się nowej choroby zostało uwzględnione przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja 10. W marcu i kwietniu 2020 r. Organizacja dołączyła do klasyfikacji nowe (awaryjne) kody, umożliwiające kodowanie zgonów spowodowanych przez COVID-19 – kod U07. Główny Urząd Statystyczny niezwłocznie rozszerzył zakres wykorzystywanych kodów, umożliwiając monitorowanie wszystkich przypadków zgonów z powodu pandemii. Tym samym wśród danych o zgonach według przyczyn za 2020 rok pojawiła się nowa kategoria – kod z rozdziału XXII Kody do celów specjalnych, tj. COVID-19.

Wykres 48. Zgony według przyczyn w latach 2019–2020

Chart 48. Causes of death in 2019–2020



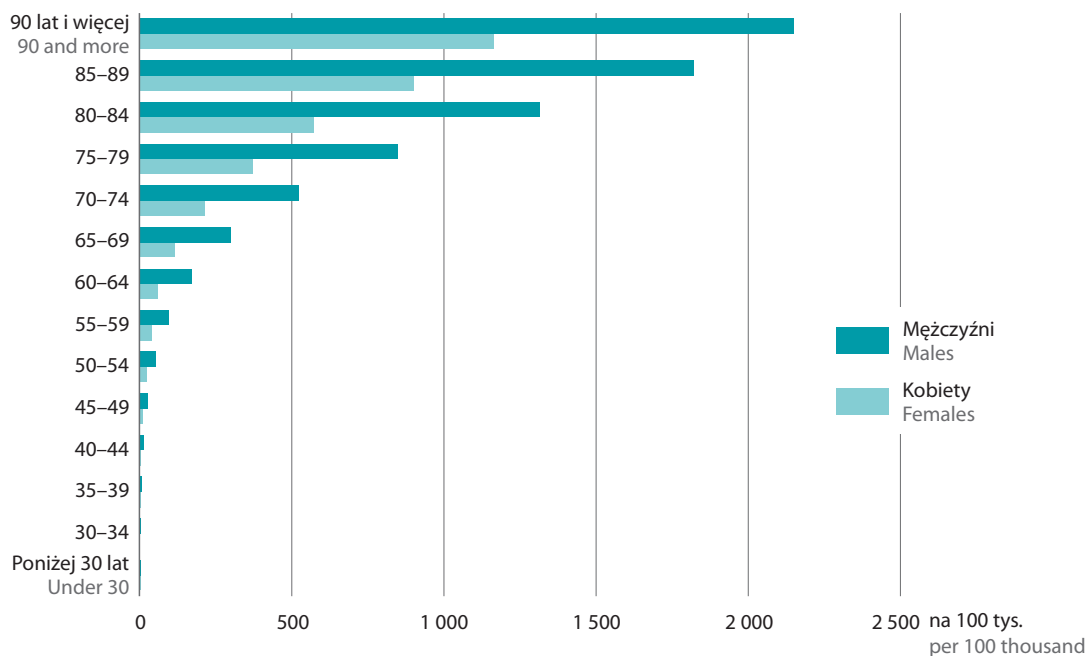
Zmiany w umieralności pozostają w ścisłym związku ze zmianami w strukturze przyczyn zgonów. Zgodnie z danymi o zgonach za 2020 rok – podobnie jak w latach ubiegłych – głównymi przyczynami zgonów były choroby układu krążenia i choroby nowotworowe; obie grupy odpowiadały za blisko 60% wszystkich zgonów. W stosunku do 2019 r. udział ten obniżył się o prawie 7 p.proc. Podobne spadki obserwujemy niemal we wszystkich klasach przyczyn zgonów. Zmiany te są pochodną pandemii, w wyniku której w 2020 r. zmarło w Polsce niemal 41,5 tys. osób, z czego zgony z powodu COVID-19 stanowiły blisko 9% wszystkich zgonów.

Tablica 21. Zgony z powodu COVID-19 według płci w podziale na miasto i wieś w 2020 r.
 Table 21. Deaths due to COVID-19 by sex, urban and rural areas in 2020

Wyszczególnienie Description	w liczbach bezwzględnych in absolute figures	w % do ogółem in % to total	na 100 tys. ludności per 100 thousand population
Ogółem Total	41 451	8,7	108,1
Mężczyźni Males	23 966	9,6	129,2
Kobiety Females	17 485	7,7	88,3
Miasta Urban areas	26 571	9,0	115,5
Wieś Rural areas	14 880	8,2	96,9

Pandemia w większym stopniu dotknęła mężczyzn. Współczynnik zgonów na 100 tys. ludności z powodu COVID-19 w 2020 r. dla mężczyzn był o blisko 41 wyższy niż dla kobiet. Analiza zgonów z powodu COVID-19 według wieku osób zmarłych wskazuje na dużą dysproporcję umieralności uwarunkowaną płcią osób zmarłych. Niemal we wszystkich grupach wieku współczynnik umieralności na 100 tys. ludności jest dwukrotnie wyższy wśród mężczyzn, a w grupie sześćdziesięciolatków – nawet trzykrotnie wyższy. Przyczyną tego zjawiska może być m. in. gorsza kondycja zdrowotna mężczyzn w Polsce, którzy bardzo często zaniedbują badania profilaktyczne i obciążeni są licznymi, nieleczonejmi schorzeniami³².

Wykres 49. Współczynnik zgonów z powodu COVID-19 na 100 tys. ludności według wieku i płci w 2020 r.
 Chart 49. Death rate by COVID-19 per 100 thousand population by age and sex in 2020

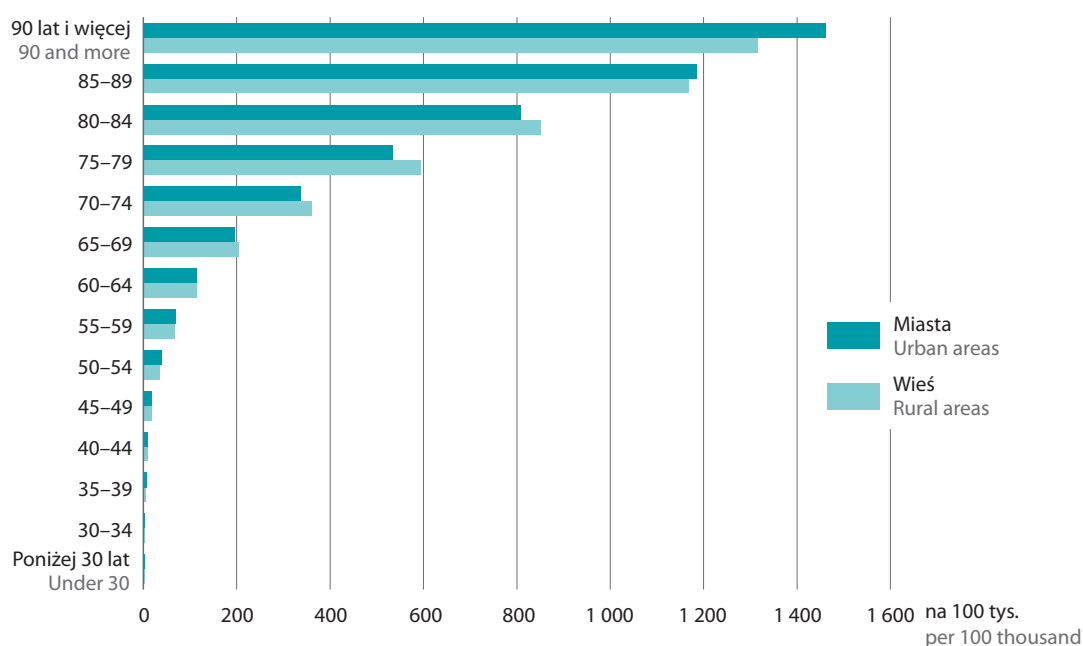


Z kolei analiza zgonów z powodu COVID-19 według miejsca zamieszkania wskazuje na częstsze występowanie zgonów spowodowanych tą przyczyną wśród mieszkańców miast. Różnica współczynnika opracowywanego na 100 tys. ludności sięga blisko 20 osób, w miastach osiągając wartość 115,5. Nieznacznie wyższe wartości na wsi współczynnik przyjmował wśród czterdziestoletnich zmarłych oraz w grupach wieku 65–84 lata. Szczególnie dużą różnicę na niekorzyść mieszkańców obszarów wiejskich – blisko 60 osób – odnotowano w grupie wieku 75–79 lat. W pozostałych grupach wieku wyższe wartości współczynnika dotyczą mieszkańców miast. Przy czym w najstarszej grupie wieku (90 lat i więcej) współczynnik dla mieszkańców miast był o blisko 146 osób wyższy.

³² Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Dlaczego mężczyźni żyją krócej?, Nowiny Lekarskie 2012 https://jms.ump.edu.pl/uplo-ads/2012/4/386_4_81_2012.pdf Dostęp: 24.11.2021 r.

Wykres 50. Współczynnik zgonów z powodu COVID-19 na 100 tys. ludności według wieku w podziale na miasta i wieś w 2020 r.

Chart 50. Death rate by COVID-19 per 100 thousand population by age, urban and rural areas in 2020



Szczyt umieralności spowodowanej COVID-19 przypadł w Polsce w 2020 r. na ostatnie miesiące roku. Po krótkim okresie wyhamowania, przypadającego na okres wakacyjny, jesienią nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów spowodowanych zakażeniem koronawirusem. Niemal połowa wszystkich zgonów z powodu COVID-19 miała miejsce w listopadzie, a kolejne 30% w grudniu. W ciągu wymienionych dwóch miesięcy z powodu jedynie tej przyczyny zmarło prawie 32 tys. osób. Dla porównania – w ciągu całego 2020 r. – z powodu chorób układu oddechowego zmarło o ponad 3 tys. osób mniej (niespełna 29 tys.).

Tablica 22. Zgony z powodu COVID-19 według miesiąca zgonu i płci w podziale na miasto i wieś w 2020 r.

Table 22. Deaths due to COVID-19 by sex, month of death, urban and rural areas in 2020

Wyszczególnienie Description	Ogółem Total	Miesiąc zgonu Month of death											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
w liczbach bezwzględnych in absolute figures													
Ogółem Total	41451	–	–	65	656	465	427	216	355	561	7062	18959	12685
Mężczyźni Males	23966	–	–	39	352	220	226	126	201	333	4113	11013	7343
Kobiety Females	17485	–	–	26	304	245	201	90	154	228	2949	7946	5342
Miasta Urban areas	26571	–	–	39	453	323	291	123	213	314	4315	12033	8467
Wieś Rural areas	14880	–	–	26	203	142	136	93	142	247	2747	6926	4218
w odsetkach in percentage													
Ogółem Total	100	–	–	0,2	1,6	1,1	1,0	0,5	0,9	1,4	17,0	45,7	30,6
Mężczyźni Males	100	–	–	0,2	1,5	0,9	0,9	0,5	0,8	1,4	17,2	46,0	30,6
Kobiety Females	100	–	–	0,1	1,7	1,4	1,1	0,5	0,9	1,3	16,9	45,4	30,6
Miasta Urban areas	100	–	–	0,1	1,7	1,2	1,1	0,5	0,8	1,2	16,2	45,3	31,9
Wieś Rural areas	100	–	–	0,2	1,4	1,0	0,9	0,6	1,0	1,7	18,5	46,5	28,3

W Polsce średnio połowa wszystkich zgonów ma miejsce w szpitalach i na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat udział ten nie zmienił się istotnie. W 2020 r. w szpitalach zmarło ponad 228 tys. osób, co stanowiło blisko 48% wszystkich zgonów w tym roku. W przypadku zgonów z powodu COVID-19 udział zgonów w szpitalach był prawie dwukrotnie wyższy niż dla zgonów ogółem. Na blisko 41,5 tys. zgonów z powodu tej przyczyny, prawie 37 tys. miało miejsce w szpitalach, co stanowi prawie 89%.

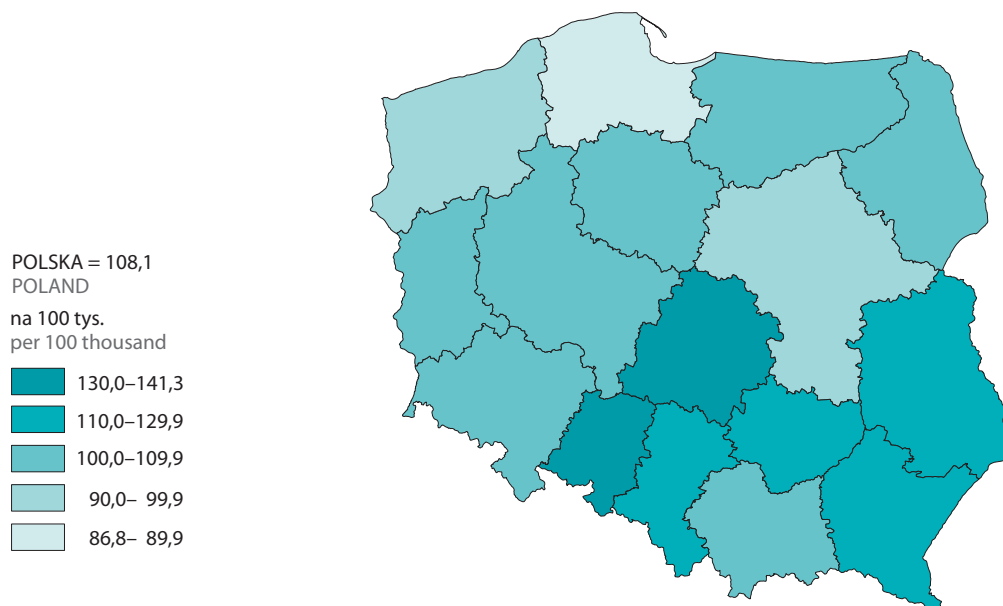
Tablica 23. Zgony według miejsca zgonu, w tym z powodu COVID-19* w wybranych latach
Table 23. Deaths by place of death, including COVID-19* in selected years

LATA YEARS	Ogółem Total	W szpitalu At hospital	W innym zakładzie opieki zdrowotnej Other in out-patient clinic	W domu At home	W innym miejscu Other place
w liczbach bezwzględnych in absolute figures					
2000	368028	184242	11174	150537	22075
2005	368285	187127	18867	140337	21954
2010	378478	189908	23643	143102	21825
2015	394921	203523	31060	139496	20842
2020	477355	228311	36255	187589	25200
w odsetkach in percentage					
2000	100,0	50,1	3,0	40,9	6,0
2005	100,0	50,8	5,1	38,1	6,0
2010	100,0	50,2	6,2	37,8	5,8
2015	100,0	51,5	7,9	35,3	5,3
2020	100,0	47,8	7,6	39,3	5,3
COVID-19					
w liczbach bezwzględnych in absolute figures					
2020	41451	36775	1281	2500	895
w odsetkach in percentage					
2020	100,0	88,7	3,1	6,0	2,2

* tylko dla 2020 r. (only for 2020).

Współczynnik zgonów z powodu COVID-19 wyniósł ponad 108 zgonów na 100 tys. ludności. Pandemia najbardziej dotknęła mieszkańców województwa opolskiego, w którym na każde 100 tys. ludności zmarło z powodu COVID-19 ponad 141 osób. Równie wysokie wskaźniki odnotowano również w województwie łódzkim – 138 zgonów na 100 tys. ludności. Najkorzystniejsza sytuacja miała miejsce w województwach pomorskim, mazowieckim i zachodniopomorskim, gdzie współczynnik nie przekroczył wartości 100 zgonów na 100 tys. ludności.

Mapa 9. Zgony z powodu COVID-19 na 100 tys. ludności w 2020 r.
Map 9. Deaths due to COVID-19 per 100 thousand population in 2020



Oprócz odnotowanych w 2020 r. 41,5 tys. zgonów z powodu COVID-19 wśród mieszkańców Polski, z powodu tej przyczyny zmarło również na terytorium kraju 35 osób nie posiadających w Polsce stałego miejsca zamieszkania. Podobnie jak w przypadku mieszkańców Polski były to w większości osoby starsze (powyżej 70 lat). Dla tej populacji płeć nie była istotnie różnicującym kryterium, mężczyźni stanowili jedynie nieznacznie większość (52%). Spośród osób zmarłych z powodu COVID-19 na terytorium Polski ponad połowę stanowili mieszkańcy Niemiec (18 zgonów).

Podsumowując, w większości krajów podczas pandemii COVID-19 zaobserwowano nadmierną umieralność, podobnie jak i w Polsce. Zwiększona w 2020 r. umieralność miała bez wątpienia związek z pojawieniem się pandemii wywołanej wirusem SARSCoV-2. Bezpośrednie ofiary COVID-19 stanowią bowiem ok. 60% odnotowanego wzrostu umieralności.

5. Zgony niemowląt

5. Infant deaths

Statystyka publiczna używa definicji niemowlęcia opartej na kryterium wieku, według której niemowlę, to dziecko poniżej jednego roku. Za zgon niemowlęcia uważa się zgon dziecka w wieku poniżej 1 roku, za zgon noworodka – zgon dziecka w wieku poniżej 4 tygodni (poniżej 28 dni), przez 0 dni określa się wiek żywo urodzonego noworodka, który nie przeżył 24 godzin.

Wyróżnia się:

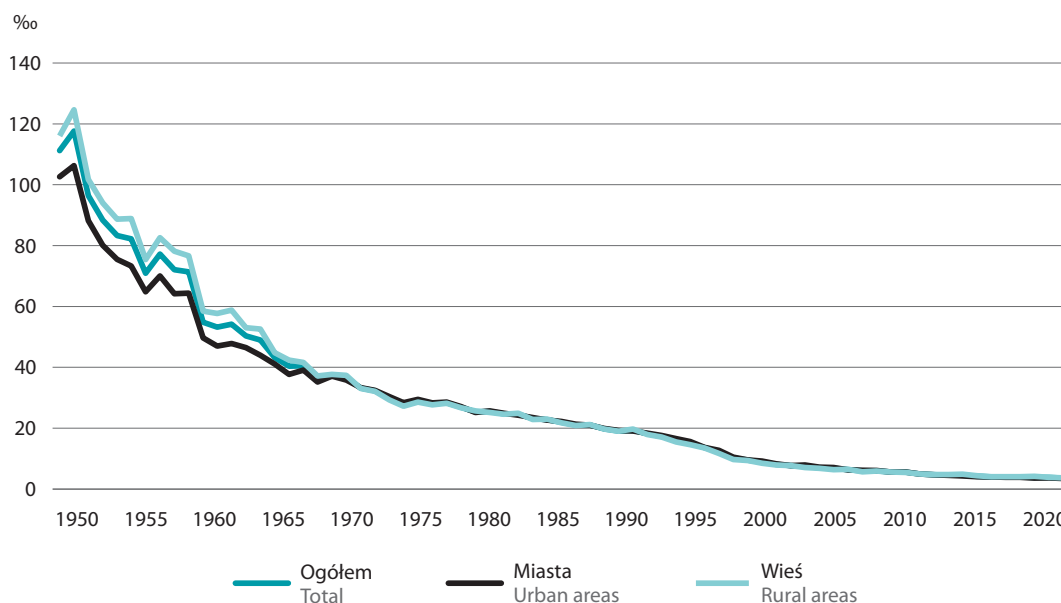
- 1) wczesne zgony noworodków tj. następujące w ciągu pierwszych 7 dób życia (0–6 dni) (wczesna umieralność niemowląt),
- 2) późne zgony noworodków tj. następujące po upływie 7 dób życia, lecz przed upływem 28 ukończonych dób życia.

Spadek zgonów niemowląt w krajach wysoko rozwiniętych, w tym w Polsce, jest wskaźnikiem rozwoju cywilizacyjnego i poprawy jakości opieki zdrowotnej zarówno nad kobietami w ciąży, jak i noworodkami. Dzięki wprowadzeniu coraz lepiej działających systemów opieki perinatalnej maleje częstotliwość występowanie zgonów niemowląt.

Przyjście na świat dziecka to przede wszystkim ogromna radość dla rodziców oraz pozytywny aspekt rozwoju demograficznego i społecznego. W Polsce co roku rodzi się około 400 tys. dzieci, jednakże czworo dzieci na 1000 urodzeń żywych umiera w pierwszym roku życia. Na kondycję i rozwój dziecka w okresie płodowym mają wpływ różne czynniki – środowiskowe, ekonomiczne, społeczne oraz medyczne, a nawet kulturowe. Czynniki te kształtują ciężę, jej długość i przebieg – stymulując rozwój płodu i mając wpływ na jego zdrowie i życie.

Na przestrzeni ostatnich 70 lat współczynnik zgonów niemowląt obniżył się ponad trzydziestokrotnie ze 108‰ odnotowanych w 1950 r. do 3,6‰ w 2020 r.

Wykres 51. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych w podziale na miasta i wieś w latach 1950–2020
Chart 51. Infant deaths per 1000 live births by urban and rural areas in 1950–2020



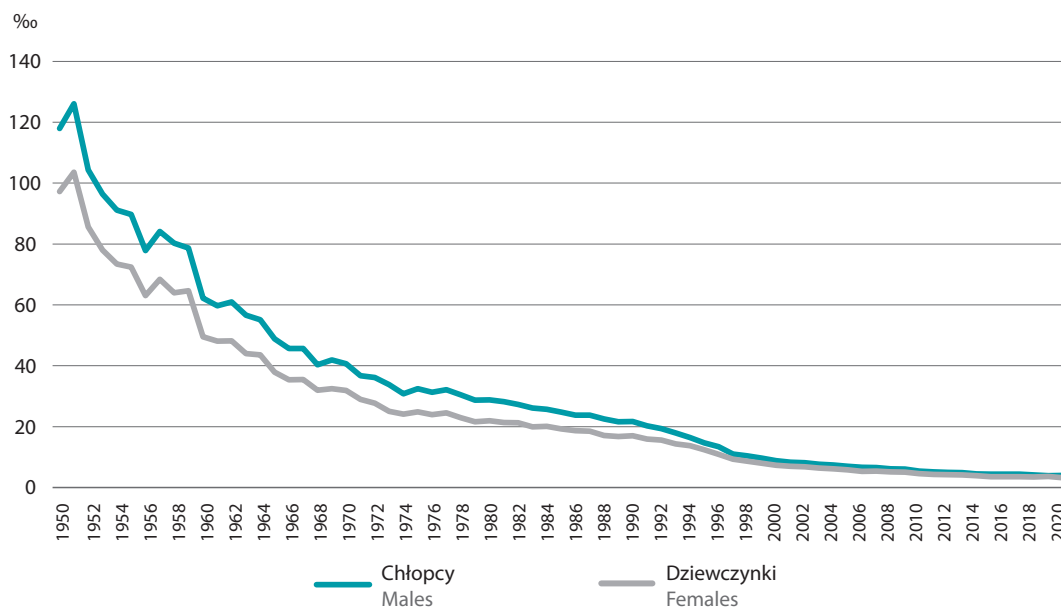
W 2020 r. na ogólną liczbę zgonów (477355) przypadło 1270 zgonów niemowląt. Ich udział w ogólnej liczbie zgonów na przestrzeni lat uległ znaczącej zmianie; w 1950 r. zgony niemowląt stanowiły ponad 28% wszystkich zgonów, w 1980 już jedynie 5%, a w 2020 r. niespełna 0,3% wszystkich zgonów. Przez wiele lat współczynnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyższe wartości przyjmował w miastach. W ostatniej dekadzie tendencja ta uległa odwróceniu. W 2020 r. współczynnik zgonów niemowląt na wsi był o 0,2‰ wyższy niż w miastach.

Tablica 24. Zgony niemowląt w wybranych latach
 Table 24. Infant deaths in selected years

Rok Year	Zgony niemowląt Infant deaths								
	w liczbach bezwzględnych (w tys.) in absolute figures			w % do zgonów ogółem in % of total deaths			na 1000 urodzeń żywych per 1000 live births		
	ogółem total	miasto urban areas	wieś rural areas	ogółem total	miasto urban areas	wieś rural areas	ogółem total	miasto urban areas	wieś rural areas
1950	82,4	27,0	55,4	28,5	27,4	29,2	111,2	102,6	116,0
1955	64,6	24,5	40,1	24,7	23,2	25,7	82,2	73,3	88,9
1960	37,5	14,3	23,2	16,7	14,5	18,5	54,8	49,7	58,5
1965	23,8	9,6	14,2	10,2	8,9	11,4	43,2	41,1	44,8
1970	20,0	8,8	11,2	7,4	6,7	8,1	36,7	35,8	37,4
1975	18,6	9,4	9,2	6,2	6,0	6,4	29,0	29,5	28,6
1980	17,7	9,8	7,9	5,0	5,1	4,9	25,5	25,7	25,2
1985	15,1	8,4	6,7	3,9	3,9	4,0	22,0	22,2	21,8
1990	10,6	5,6	5,0	2,7	2,5	3,0	19,3	19,1	19,7
1995	5,9	3,2	2,7	1,5	1,4	1,7	13,6	13,7	13,5
2000	3,1	1,7	1,4	0,8	0,8	0,9	8,1	8,3	7,9
2005	2,3	1,3	1,0	0,6	0,6	0,7	6,4	6,3	6,5
2010	2,1	1,2	0,9	0,6	0,5	0,6	5,0	5,0	5,0
2015	1,5	0,9	0,6	0,4	0,4	0,4	4,0	4,0	4,1
2020	1,3	0,7	0,5	0,3	0,2	0,3	3,6	3,5	3,7

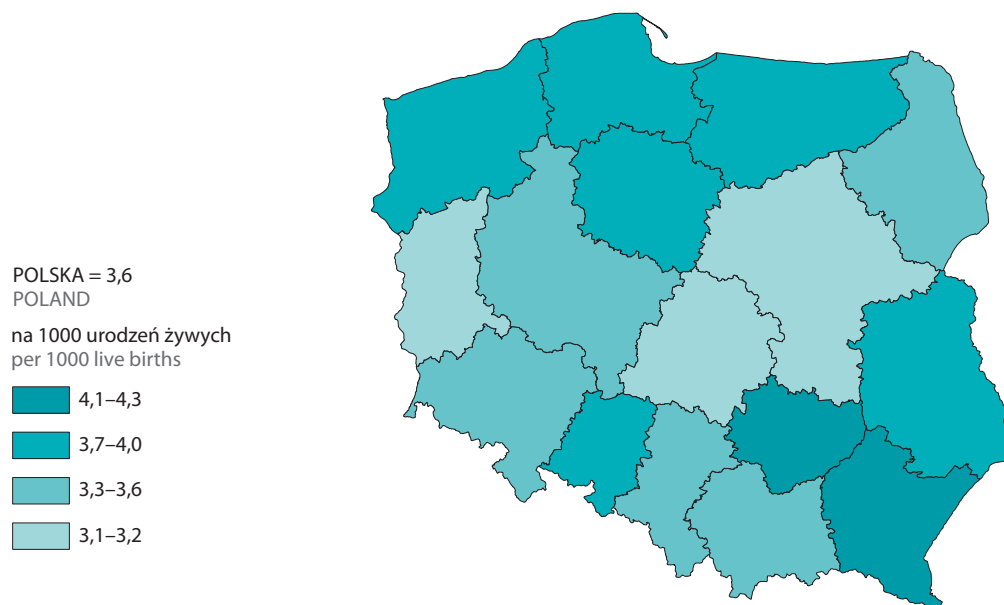
Płeć stanowi czynnik różnicujący zgony niemowląt. Na przestrzeni lat średnia różnica pomiędzy odsetkiem chłopców a dziewczynek wyniosła 10–15% (w 2020 r. chłopcy stanowili blisko 57%). Zróżnicowanie można zaobserwować również w przypadku współczynnika na 1000 urodzeń żywych – w 2020 r. dla chłopców wyniósł on 3,9‰, a dla dziewczynek 3,2‰. Dla porównania w 1950 r. było to odpowiednio: blisko 118‰ i ponad 97‰.

Wykres 52. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych według płci w latach 1950–2020
 Chart 52. Infant deaths per 1000 live births by sex in 1950–2020



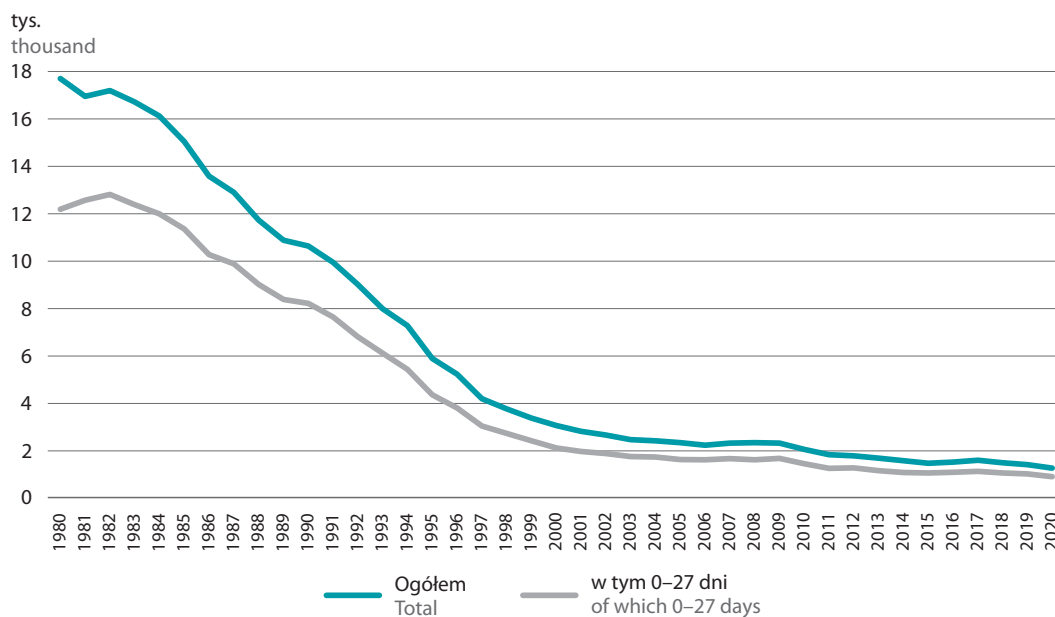
Współczynnik zgonów niemowląt w Polsce w 2020 r. wyniósł 3,6‰ i był nieco niższy niż rok wcześniej (3,8‰). Jego wartość jest nieznacznie zróżnicowana terytorialnie. Najwyższy współczynnik odnotowano w województwie podkarpackim (4,3‰) oraz w województwie świętokrzyskim – 4,2‰. Najniższy współczynnik charakteryzował województwo lubuskie i łódzkie, gdzie wyniósł nieco ponad 3‰.

Mapa 10. Współczynnik zgonów niemowląt w 2020 r.
 Map 10. Infant mortality rate in 2020



Z ogólnej liczby zgonów niemowląt ponad 70% to zgony w okresie noworodkowym. W 2020 r. zgony niemowląt w wieku 0–27 dni stanowiły blisko $\frac{3}{4}$ wszystkich zgonów niemowląt (w 1990 r. ponad 77%, natomiast w 2000 r. blisko 70%).

Wykres 53. Zgony niemowląt i noworodków w latach 1980–2020
Chart 53. Infant and newborn deaths in 1980–2020



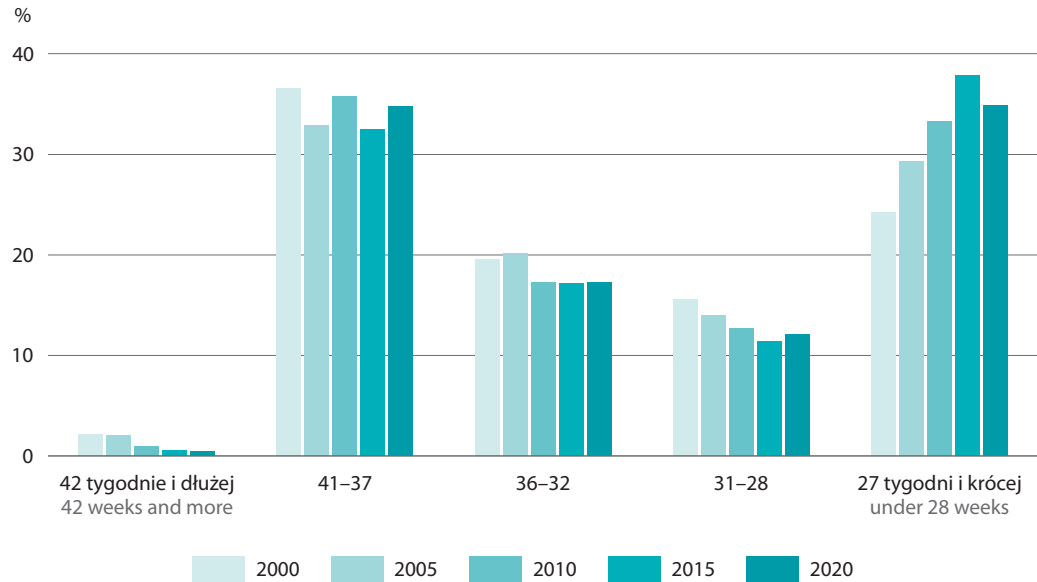
Ponad połowa zgonów niemowląt to wczesne zgony noworodków. W 2020 r. udział ten kształtował się na poziomie 52,4%. Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat ryzyko zgonu w pierwszym tygodniu życia zmniejszyło się ponad dwukrotnie (z 4,1 na 1000 urodzeń żywych w 2000 r. do 1,8 w 2020 r.).

Tablica 25. Zgony niemowląt według wieku w podziale na miasta i wieś w 2020 r.
 Table 25. Infant deaths by age, urban and rural areas in 2020

Wyszczególnienie Specification	Zgony niemowląt Infant deaths					
	w liczbach bezwzględnych in absolute figures			w % in %		
	ogółem total	miasto urban areas	wieś rural areas	ogółem total	miasto urban areas	wieś rural areas
Ogółem Total	1270	726	544	100	100	100
Wiek w dniach Age in days						
0–27	909	510	399	71,6	70,2	73,3
w tym of which						
0–6	665	377	288	52,4	51,9	52,9
w tym of which						
0 dni 0 days	385	214	171	30,3	29,5	31,4
28–29	8	6	2	0,6	0,8	0,4
Wiek w miesiącach Age in months						
1	109	59	50	8,6	8,1	9,2
2	47	27	20	3,7	3,7	3,7
3	41	25	16	3,2	3,4	2,9
4	31	21	10	2,4	2,9	1,8
5	27	22	5	2,1	3	0,9
6	19	12	7	1,5	1,7	1,3
7–11	79	44	35	6,2	6,1	6,4

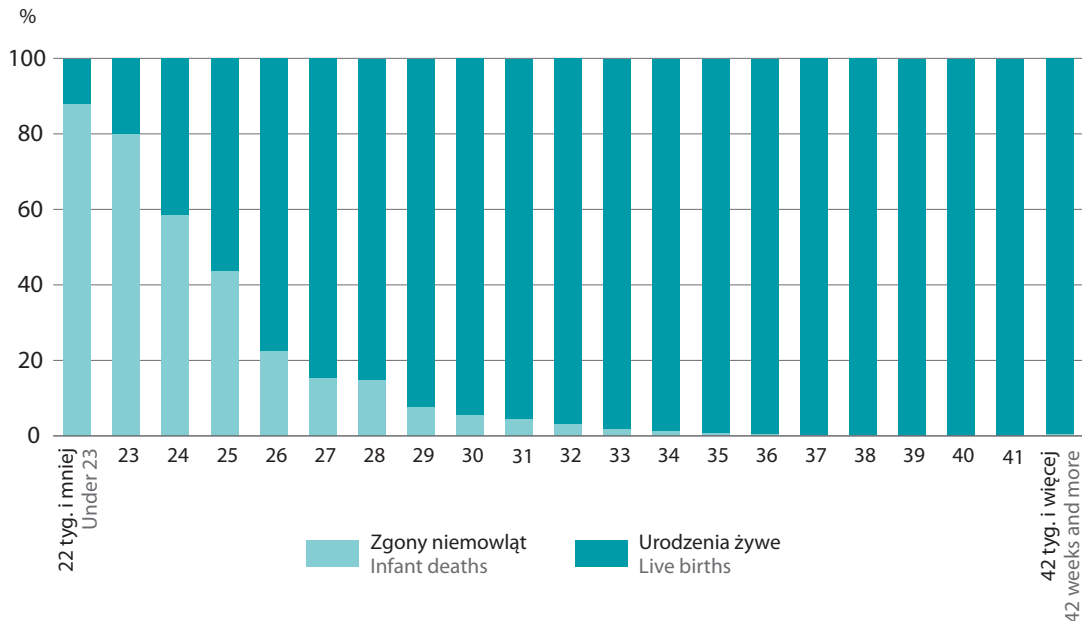
Istnieje szereg czynników istotnych z punktu widzenia kondycji płodu i urodzenia, które mają bezpośredni wpływ na zdrowie czy wręcz przeżycie dziecka. Głównym czynnikiem warunkującym ryzyko zgonu w pierwszym roku życia jest okres trwania ciąży. Im krótszy okres trwania ciąży, tym mniejsze są szanse przeżycia. Jeszcze 20 lat temu (w 2000 r.) w okresie niemowlęcym umierało około 58% dzieci urodzonych przed 28 tygodniem ciąży, 18% dzieci urodzonych w 28–31 tygodniu i około 3% dzieci urodzonych w 32–36 tygodniu ciąży. W 2020 r. szanse przeżycia takich noworodków radykalnie zwiększyły się i zagrożenie zgonem w okresie niemowlęcym wynosi odpowiednio 40, 7 i 1%.

Wykres 54. Zgony niemowląt według okresu trwania ciąży w wybranych latach
Chart 54. Infant deaths by gestation period in selected years



W 2020 r. ponad 88% dzieci urodzonych przed 22 tygodniem okresu trwania ciąży zmarło w pierwszym roku życia. Z każdym kolejnym tygodniem ciąży odsetek zgonów niemowląt stopniowo malał. Odsetek zgonów niemowląt od 35 tygodnia ciąży nie przekraczał 1%, a pod koniec okresu trwania ciąży (39–41 tygodzień) udział ten spadł niemal do zera (0,1%).

Wykres 55. Udział zgonów niemowląt w ogólnej liczbie urodzeń żywych według okresu trwania ciąży w 2020 r.
Chart 55. The share of infant deaths in the total number of live births by gestation period in 2020

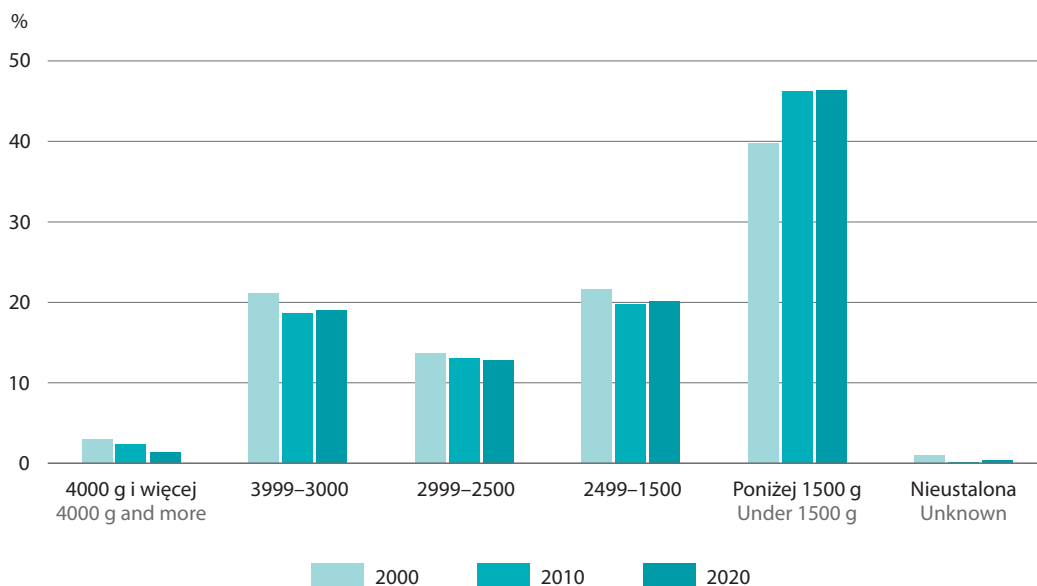


W omawianym okresie podobna tendencja charakteryzowała kształtowanie się współczynnika zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych. Przed 22 tygodniem okresu trwania ciąży przypadało 880 zgonów niemowląt, w 41 tygodniu ciąży – jedynie jeden (1,1%).

Kolejnym czynnikiem zwiększającym ryzyko dla zdrowia i życia dziecka jest waga jego ciała przy urodzeniu. Liczba tygodni trwania ciąży, po których następuje urodzenie, przekłada się na stopień rozwoju płodu, m.in. na jego masę urodzeniową. Dzieci urodzone przedwcześnie, cechujące się niską i skrajnie niską masą urodzeniową obciążone są najwyższym ryzykiem zgonu w pierwszym roku życia. Od szeregu lat najwyższy odsetek zgonów niemowląt dotyczy dzieci o najniższej masie ciała – w 2020 r. zgony niemowląt o wadze do 1500 g stanowiły blisko połowę (46,4%) wszystkich przypadków, a w porównaniu do 2000 r. odsetek ten wzrósł o blisko 7 p.proc.

Wykres 56. Zgony niemowląt według wagi urodzeniowej w wybranych latach

Chart 56. Infant deaths by weight in selected years



Oprócz okresu trwania ciąży i masy ciała dziecka, rodzaj ciąży istotnie wpływa na ryzyko zgonu dziecka w pierwszym roku życia. Ciąża mnoga (wieloraka) znacznie zwiększa ryzyko zgonu niemowlęcia. W 2020 r. ogólny współczynnik zgonów niemowląt wyniósł niespełna 4 na 1000 urodzeń i ponad 9 w przypadku porodów bliźniąt. Dzieci z porodów bliźniaczych i trójczajnych były odpowiednio czterokrotnie i trzynastokrotnie bardziej narażone na zgon po porodzie niż niemowlęta z porodów pojedynczych.

Tablica 26. Zgony niemowląt według wielorakości porodu w 2020 r.

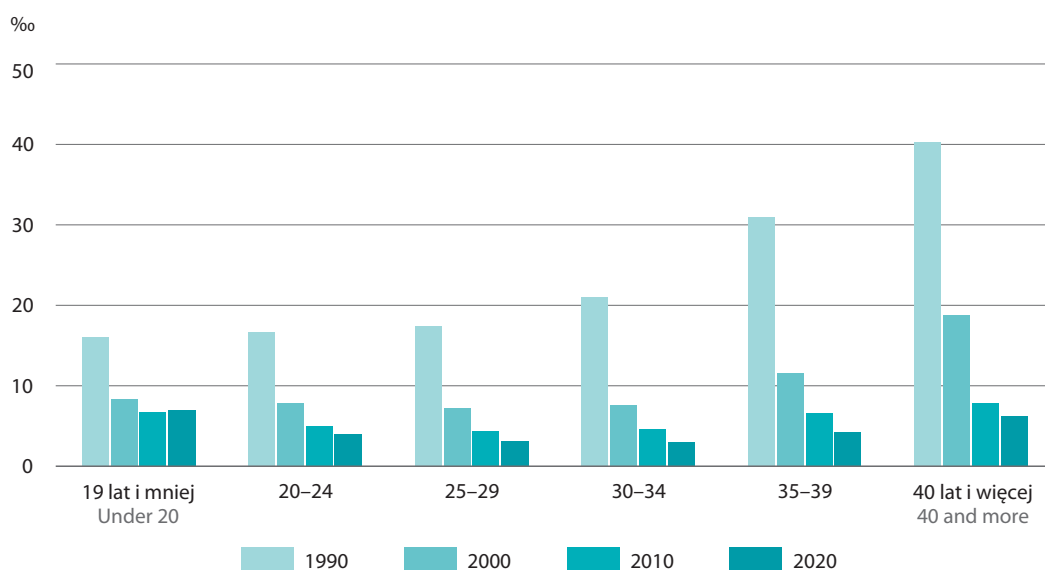
Table 26. Infant deaths by kind of delivery in 2020

Wyszczególnienie Specification	Liczba porodów Number of deliveries	Urodzenia żywe ogółem Total live births	Zgony niemowląt Infant deaths	Współczynnik zgonów niemowląt Infant mortality rate	
				na 1000 porodów per 1000 deliveries	na 1000 urodzeń żywych per 1000 live births
Ogółem Total	350838	355309	1270	3,6	3,6
Pojedyncze Single	346270	346270	1131	3,3	3,3
Bliźniętce Twin	4510	8863	129	28,6	14,6
Trojaczce Triple	55	165	7	127,3	42,4
Czworaczce Quadruple	3	11	3	1000,0	272,7

Kolejnym, istotnym czynnikiem jest wiek matki. Najwyższa umieralność niemowląt ma miejsce wśród matek w wieku 40 i więcej lat. W 2020 r. na każde 1000 żywo urodzonych dzieci przez kobiety w tym wieku odnotowano ponad 6 zgonów niemowląt (6,2‰). Najniższą natomiast wartość współczynnik przyjął wśród kobiet rodzących w wieku 30–34 lata. W 2020 r. jego wartość wyniosła 3‰ i w porównaniu z rokiem 1990 uległa obniżeniu siedmiokrotnie (z poziomu 21‰).

Wykres 57. Zgony niemowląt według wieku matki na 1000 urodzeń żywych w wybranych latach

Chart 57. Infant deaths by age of mother per 1000 live births in selected years



Kolejność urodzenia dziecka przez matkę nie pozostaje bez wpływu na potencjalny zgon niemowlęcia. Częściej umierają dzieci urodzone jako drugie i dalsze. Średnio współczynnik zgonów niemowląt dla dzieci urodzonych jako pierwsze jest dwa razy niższy niż dla dzieci urodzonych jako piąte i dalsze. W 2020 r. na 6,8 tys. dzieci żywo urodzonych jako 5 i dalsze w pierwszym roku życia zmarło 49 niemowląt. Zależność ta pozostaje w korelacji z wiekiem matki, tj. wyższą medianą wieku matek rodzących kolejne dzieci.

Tablica 27. Zgony niemowląt według kolejności urodzenia dziecka u matki w wybranych latach
 Table 27. Infant deaths by birth order in selected years

Lata Years	Ogółem* Total*	Kolejność urodzenia dziecka u matki Birth order				
		1	2	3	4	5 i dalsze 5 and over
W liczbach bezwzględnych In absolute figures						
1980	17700	5185	4827	2366	1043	1169
1990	10640	2932	2604	1576	741	782
2000	3068	1267	821	431	230	294
2010	2057	939	644	277	96	94
2020	1270	444	453	245	77	49
na 1000 urodzeń żywych danej kolejności urodzenia per 1000 live births of a given birth order						
1980	25,5	18,2	20	24,1	28,2	37,6
1990	19,3	13,6	14,9	17,6	20,3	27,1
2000	8,1	7	7,1	9,3	12,2	17,1
2010	5	4,5	4,4	6,7	8	12
2020	3,6	2,8	3,6	4,7	5	7,2

* W podziale według kolejności urodzenia dziecka nie uwzględniono zgonów niemowląt o nieustalonej kolejności urodzenia.

* Date on the number of infant deaths by birth order exclude cases in which birth order is unknown.

Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Przyczyną kolejnych 40% zgonów są wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Tablica 28. Zgony niemowląt według przyczyn zgonów w wybranych latach
 Table 28. Infant deaths by causes in selected years

PRZYCZYNY ZGONÓW CAUSES OF DEATH	1980	1990	2000	2010	2020
	na 10 tys urodzeń żywych per 10 thousand live births				
OGÓŁEM TOTAL	254,4	194,3	81,1	49,8	35,7
w tym: of which:					
Choroby zakaźne i pasożytnicze Infectious and parasitic diseases	20,5	9,0	3,1	1,0	0,0
w tym posocznica of which sepsis	13,2	7,0	2,6	0,8	–
Choroby układu nerwowego, narządów zmysłów i układu krążenia Diseases of the nervous system, sense organs and the circulatory system	12,6	3,7	2,2	1,2	0,4
Choroby układu oddechowego Respiratory system diseases	20,2	8,4	2,5	1,2	0,7
w tym zapalenie płuc of which pneumonia	18,2	7,5	2,2	1,0	0,7
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	50,5	44,1	27,5	16,9	14,3

Tablica 28. Zgony niemowląt według przyczyn zgonów w wybranych latach (dok.)
 Table 28. Infant deaths by causes in selected years (cont.)

PRZYCZYNY ZGONÓW CAUSES OF DEATH	1980	1990	2000	2010	2020
	na 10 tys urodzeń żywych per 10 thousand live births				
w tym: of which:					
wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego congenital malformations of the nervous system	6,4	6,9	4,1	2,1	1,2
wrodzone wady serca congenital malformations of heart	22,4	18,3	10,2	5,4	5,2
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym Certain conditions originating in the perinatal period	133,7	114,4	38,6	25,6	18,0
w tym: of which:					
zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu disorders related to length of gestation and fetal growth	66,8	64,2	14,9	16,5	9,7
zespół zaburzeń oddychania noworodka i inne stany układu oddechowego respiratory and cardiovascular disorders specific to the perinatal period	34,8	30,3	12,2	4,1	1,4
Zewnętrzne przyczyny zgonu External causes	5,7	4,6	2,4	0,9	0,8

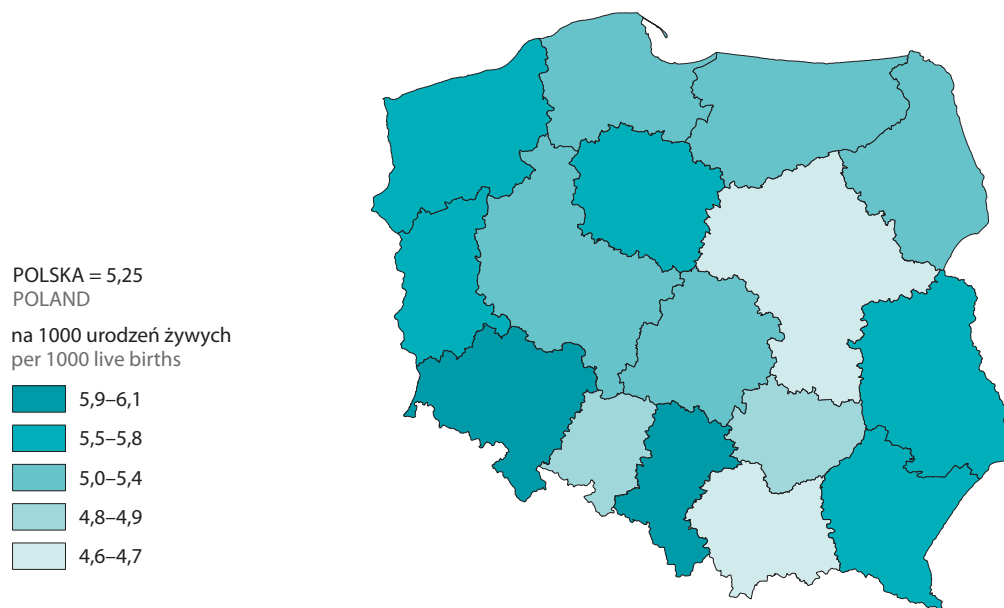
W 2020 r. choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym były odpowiedzialne za 639 zgonów niemowląt, z czego 345 zgonów było uwarunkowane zaburzeniami związanymi z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu, a kolejne 180 dotyczyło stanu płodu i noworodka spowodowanego czynnikami matczynymi, powikłaniami ciąży, czynności porodowej i porodu. Ponad 0,5 tys. (507) niemowląt zmarło w 2020 r. z powodu wad rozwojowych wrodzonych. Główną klasę tych przyczyn zgonu stanowiły wady rozwojowe serca – 186 zgonów.

Na wsi spośród wszystkich przyczyn zgonów niemowląt w 2020 r. zgony z powodu chorób rozpoczynających się w okresie okołoporodowym stanowiły nieznacznie wyższy odsetek niż w miastach (odpowiednio: 51,5% i 49,4%). Współczynnik zgonów niemowląt na 10 tys. urodzeń żywych był na wsi wyższy zarówno w przypadku zgonów spowodowanych stanami rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, jak i wadami rozwojowymi wrodzonymi. W omawianym okresie wyniosły one odpowiednio 19,0‰ i 15‰ (w miastach: 17,2‰ i 13,7‰).

Tak jak w przypadku niewielkiego zróżnicowania współczynnika zgonów niemowląt w podziale na tereny miejskie i wiejskie, tak w odniesieniu do podziału na województwa można zaobserwować znacznie większe dysproporcje. Najwyższą (policzoną jako średnia dla ostatnich dwudziestu lat – 2001–2020) wartość dla współczynnika zgonów niemowląt odnotowano w województwach: dolnośląskim i śląskim, a także w województwie zachodniopomorskim – 5,8‰. Z kolei najniższy współczynnik zgonów niemowląt odnotowały w XXI wieku województwa: małopolskie i mazowieckie (po ok. 4,6‰).

Mapa 11. Współczynnik zgonów niemowląt (średnia dla lat 2001–2020)

Map 11. Infant mortality rate (average for 2001–2020)



W 2020 r. najwyższy współczynnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych odnotowano w województwie podkarpackim (4,3‰) i było on o 1,2 p.proc. wyższy niż w województwie łódzkim, w którym odnotowano najniższą jego wartość.

6. Umieralność okołoporodowa

6. Perinatal mortality

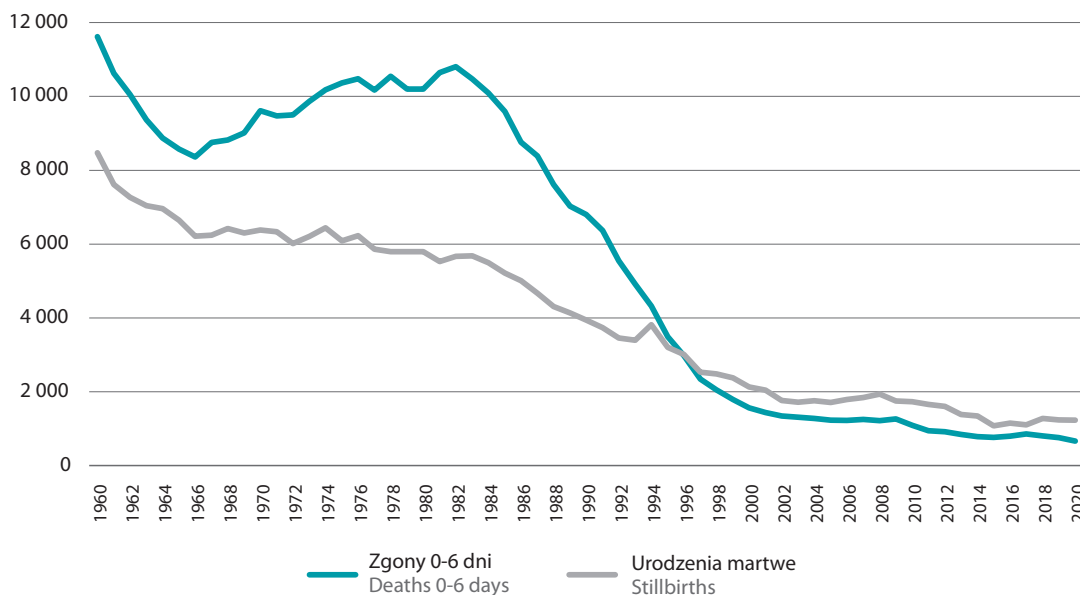
Termin umieralność okołoporodowa³³ odnosi się do wszystkich urodzeń martwych³⁴ i zgonów noworodków zmarłych w pierwszym tygodniu życia, których waga urodzeniowa wynosiła co najmniej 500 g lub (gdy nie jest znany ciężar urodzeniowy) urodzonych po 22 tygodniu trwania ciąży lub osiągających długość ciała co najmniej 25 cm (od szczytu czaszki do pięty).

³³ W oparciu o definicję rekomendowaną przez WHO i stosowaną przez kraje świata: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf;jsessionid=A1D2FE3F7BC41219E53F1F8A43A67DFD?sequence=1 Dostęp: 03.12.2021r. Wszystkie urodzenia martwe i zgony noworodków zmarłych w pierwszym tygodniu życia, których waga urodzeniowa wynosiła co najmniej 500 g lub (gdy nie jest znany ciężar urodzeniowy) urodzonych po 22 tygodniu trwania ciąży lub osiągających długość ciała co najmniej 25 cm (od szczytu czaszki do pięty): <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3942,pojecie.html> Dostęp: 29.11.2021 r.

³⁴ Całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22 tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli. Dla celów statystyki dokumentacja medyczna dotycząca okresu okołoporodowego powinna ujmować wszystkie płody, które w chwili urodzenia ważyły co najmniej 500 g, a gdy nie jest znana masa urodzeniowa – urodzone po co najmniej 22 tygodniach trwania ciąży lub osiągające 25 cm długości ciała (od szczytu czaszki do pięty): <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3944,pojecie.html> Dostęp: 29.11.2021 r.

Wykres 58. Umieralność okołoporodowa w latach 1960–2020

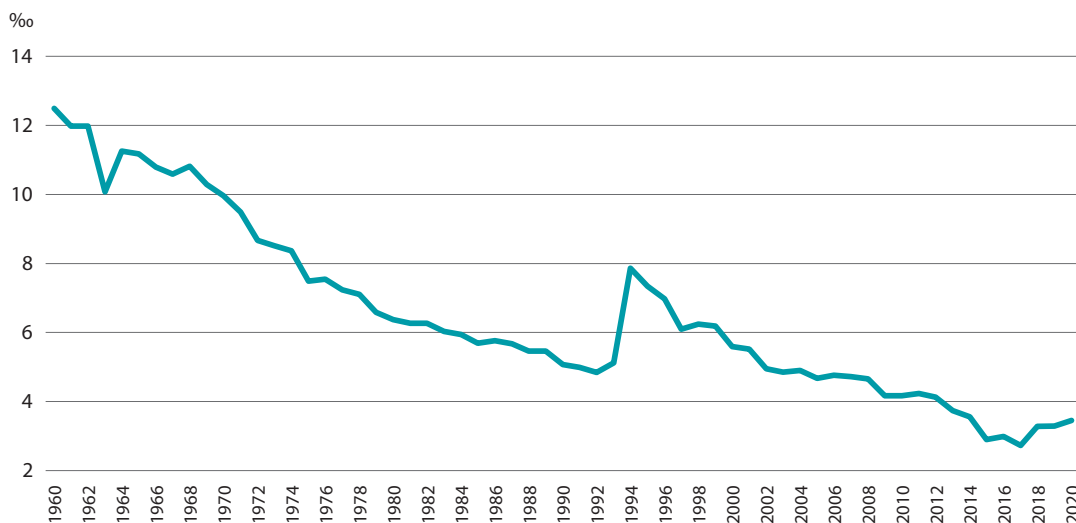
Chart 58. Perinatal mortality in 1960–2020



Na przestrzeni lat systematycznie malała zarówno liczba zgonów niemowląt w pierwszym tygodniu życia, jak i urodzeń martwych. Na początku lat sześćdziesiątych liczba zgonów noworodków w wieku 0–6 dni kształtowała się na poziomie ok. 10 tysięcy rocznie, natomiast urodzeń martwych – na poziomie 8–6 tysięcy. Na przestrzeni ostatnich 60 lat odsetek urodzeń martwych obniżył się blisko czterokrotnie. W latach sześćdziesiątych martwo urodzone noworodki stanowiły 1,2% wszystkich urodzeń. W kolejnych latach udział ten sukcesywnie się zmniejszał i na początku XXI wieku wynosił już tylko około 0,6% (6 na 1000 urodzeń). Obecnie wynosi 0,3%.

Wykres 59. Urodzenia martwe na 1000 urodzeń ogółem w latach 1960–2020

Chart 59. Stillbirths per 1000 total births in 1960–2020

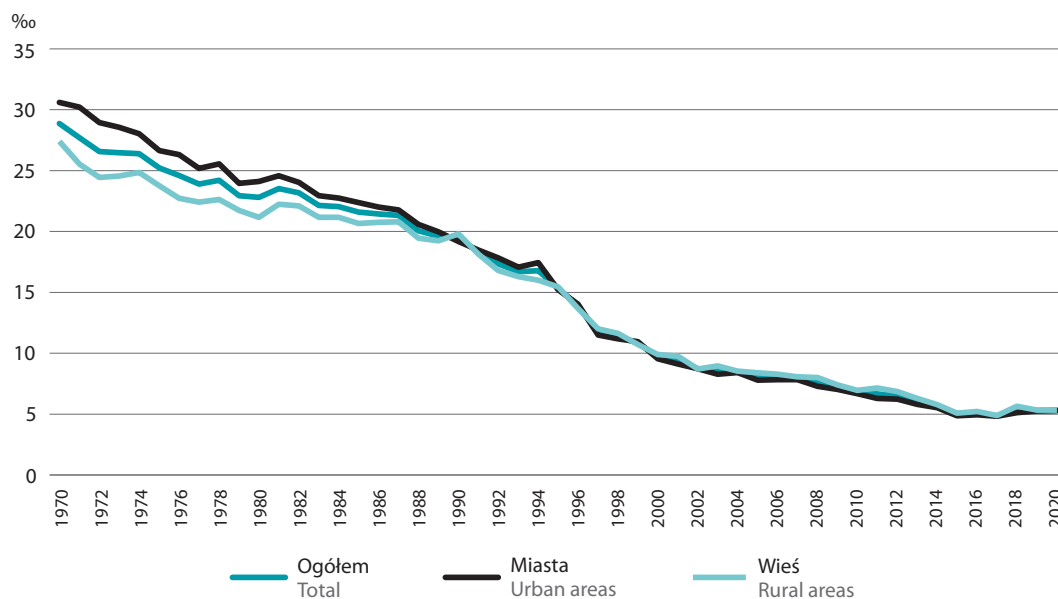


Spadek liczby i udziału zgonów noworodków w pierwszym tygodniu życia oraz urodzeń martwych jest wyznacznikiem rozwoju cywilizacyjnego i poprawy jakości opieki zdrowotnej zarówno kobiet w ciąży, jak i nienarodzonych dzieci. Dzięki wprowadzeniu coraz lepiej działających systemów opieki perinatalnej maleje częstotliwość występowania urodzeń martwych i zgonów. Obecnie umieralność zgonów niemowląt w tym wieku jest ponad siedemnastokrotnie niższa, a liczba urodzeń martwych blisko siedmiokrotnie niższa niż sześćdziesiąt lat temu. W 2020 r. odnotowano 665 zgonów niemowląt w wieku 0–6 dni i 1231 urodzeń martwych (w 1960 r. było to odpowiednio: 11621 i 8471).

Przedstawione powyżej zjawiska stanowią podstawę do opracowywania współczynnika umieralności okołoporodowej, który oznacza stosunek liczby urodzeń martwych i zgonów niemowląt w wieku 0–6 dni do liczby urodzeń żywych i martwych w danym okresie. Współczynnik umieralności okołoporodowej jest ważnym wskaźnikiem wykorzystywanym w analizie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej państwa. Pozwala na efektywne i terminowe planowanie działań zdrowotnych poprzez wdrażanie działań w zakresie zdrowia okołoporodowego, dostępność sieci instytucji opieki zdrowotnej oraz zapewnienie standaryzacji procedur tak, aby każda kobieta w ciąży i każde dziecko otrzymało najlepszą możliwą opiekę w okresie ciąży i we wczesnym okresie noworodkowym. Stanowi to najlepszy punkt wyjścia do zapewnienia dobrej jakości życia dziecka. Umieralność okołoporodowa jest jednym z podstawowych czynników określających kondycję zdrowotną ludności – obok ogólnego natężenia zgonów i parametrów trwania życia.

Pół wieku temu współczynnik umieralności okołoporodowej w Polsce utrzymywał się na poziomie ok. 25‰. Pod koniec lat 90. zmniejszył się do ok. 11‰. Obniżanie się poziomu umieralności niemowląt, a także stosunkowo niska liczba urodzeń martwych skutkują także spadkiem natężenia umieralności okołoporodowej, której współczynnik jest obecnie o połowę niższy i w 2020 r. wyniósł 5,3‰.

Wykres 60. Współczynnik umieralności okołoporodowej w podziale na miasta i wieś w latach 1970–2020
Chart 60. Perinatal mortality rate by urban and rural areas in 1970–2020

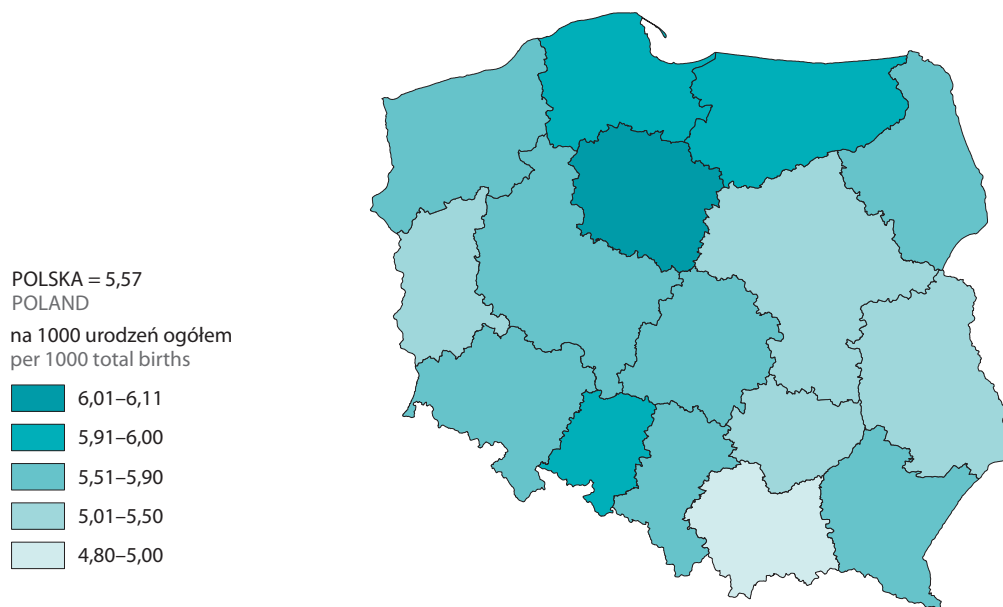


Obecnie podział na miasta i wieś nie różnicuje istotnie poziomu umieralności okołoporodowej. Do połowy lat dziewięćdziesiątych był on wyższy w miastach. Największe różnice odnotowano w 1971 r., kiedy współczynnik w miastach było o blisko 5‰ wyższy niż na wsi (odpowiednio: 30,2‰ i 25,5‰). Od połowy lat dziewięćdziesiątych nastąpiło odwrócenie tendencji na korzyść miast, przy jednoczesnym zrównaniu się wielkości współczynników. Od tej pory różnice w jego wielkości nie przekraczają 1‰. Obecnie współczynnik umieralności okołoporodowej kształtuje się na niemal identycznym poziomie w miastach i na wsi, a w 2020 r. osiągnął takie same wartości – po 5,3‰.

Większe zróżnicowanie w wielkości współczynnika można zaobserwować analizując jego wielkość w odniesieniu do podziału terytorialnego kraju. Podobnie jednak jak w przypadku analizy współczynnika zgonów niemowląt przy analizie współczynnika umieralności okołoporodowej według województw należy mieć na uwadze, że – ze względu na niewielkie ilości faktów do jakich się odnosi – jest on bardzo zmienny w czasie. Tym samym do jego analizy posłużono się średnią z ostatnich dziesięciu lat tj. 2011–2020.

Mapa 12. Współczynnik umieralności okołoporodowej (średnia dla lat 2011–2020)

Map 12. Perinatal mortality rate (average for 2011–2020)



Na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat najwyższy współczynnik umieralności okołoporodowej (policzony jako średnia dla lat 2010–2020) odnotowało województwo kujawsko-pomorskie (6,1‰) oraz województwa opolskie, warmińsko-mazurskie i pomorskie (we wszystkich niemal 6‰). Najkorzystniejsza sytuacja – podobnie jak w przypadku najniższej uśrednionej wartości współczynnika zgonów niemowląt – miała miejsce w województwie małopolskim, gdzie uśredniony współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 4,8‰.

W 2020 r. najwyższy współczynnik odnotowano w województwie podlaskim (7,5‰) i był on o 3 p. proc. wyższy od najniższego współczynnika, który miał miejsce w województwie lubuskim (4,5‰).

Tablica 29. Umieralność okołoporodowa w 2020 r.
 Table 29. Perinatal mortality in 2020

Wyszczególnienie Specification	Ogółem Total	Miasta Urban areas	Wieś Rural areas	Ogółem Total	Miasta Urban areas	Wieś Rural areas
	w liczbach bezwzględnych in absolute figures			na 1000 urodzeń ogółem per 1000 total births		
Polska Poland	1896	1107	789	5,3	5,3	5,3
Dolnośląskie	140	100	40	5,4	5,7	4,8
Kujawsko-pomorskie	109	65	44	6,0	6,4	5,5
Lubelskie	108	59	49	6,0	7,1	5,0
Lubuskie	39	27	12	4,5	4,9	3,8
Łódzkie	105	60	45	5,0	4,8	5,4
Małopolskie	165	74	91	4,7	4,4	4,9
Mazowieckie	262	162	100	4,6	4,3	5,2
Opolskie	39	18	21	4,9	4,4	5,4
Podkarpackie	104	36	68	5,3	4,7	5,7
Podlaskie	80	51	29	7,5	7,5	7,7
Pomorskie	141	84	57	5,7	5,8	5,7
Śląskie	213	170	43	5,6	5,9	4,5
Świętokrzyskie	56	22	34	5,9	5,7	6,0
Warmińsko-mazurskie	81	49	32	6,7	7,0	6,2
Wielkopolskie	181	85	96	5,0	4,6	5,5
Zachodniopomorskie	73	45	28	5,3	4,8	6,2

Jak już wspomniano wcześniej najmniej korzystna sytuacja w województwie podlaskim w 2020 r., nie musi mieć miejsca w następnych latach. Jako przykład można wskazać dwa województwa, w 2019 r. najwyższym współczynnikiem umieralności okołoporodowej charakteryzowało się województwo kujawsko-pomorskie (7,2‰) – obecnie w 2020 r. zajmuje trzecią lokatę, najniższym zaś województwo świętokrzyskie (4,1‰), obecnie zajmuje lokatę piątą

Część III. Umieralność w Unii Europejskiej

Celem niniejszej części jest przedstawienie kształtowania się liczby i struktury zgonów w Unii Europejskiej na przestrzeni lat.

Tekst analizy przedstawiono w j. polskim, natomiast wykresy, mapy i tablice w tekście opracowano także w j. angielskim.

Źródłem danych zarówno dla Polski, jak i dla krajów Unii Europejskiej są bazy Eurostatu.

Part III. Mortality in European Union

The purpose of this part is to present the number and structure of deaths in European Union over the years.

The text of the analysis is in Polish, while charts, maps and tables in the text have also been presented in English.

The sources of data for Poland and European Union countries are the Eurostat database.

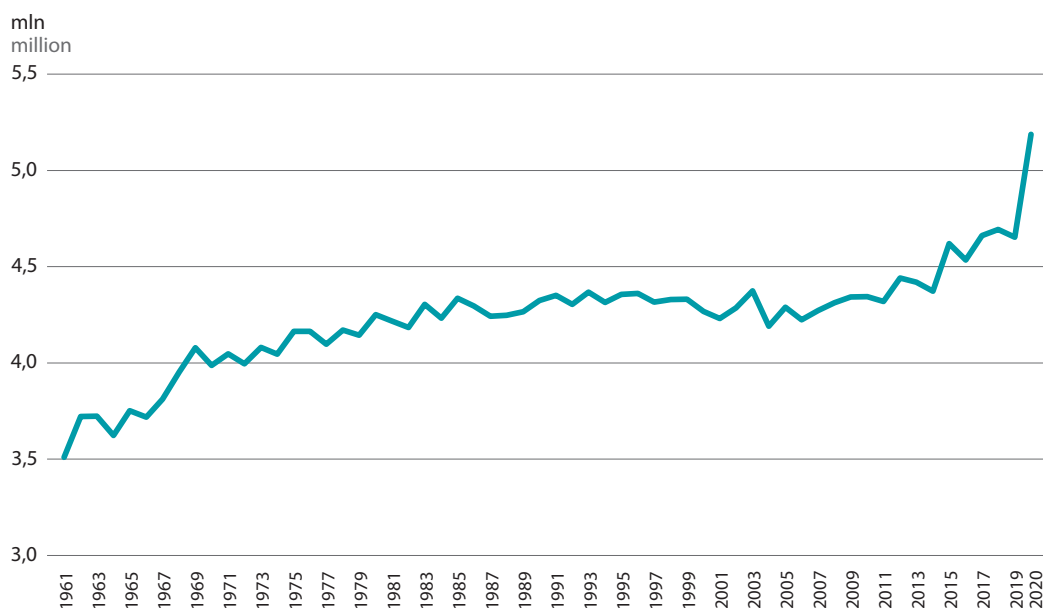
1. Zgony i umieralność

1. Deaths and mortality

W 2020 r. w krajach Unii Europejskiej (UE)³⁵ zmarło blisko 5,2 miliona osób, a współczynnik zgonów na 1000 ludności wyniósł 11,6‰ (w Polsce³⁶ w omawianym okresie był wyższy i wyniósł 12,6‰). W porównaniu z 2019 rokiem odnotowano w krajach członkowskich UE wzrost liczby zgonów wynoszący ponad 500 tys., co spowodowało, że po raz pierwszy przekroczona została liczba 5 milionów zgonów rocznie. Tendencja wzrostowa w zakresie liczby zgonów w krajach UE obserwowana jest już od dekad ze względu na proces starzenia się społeczeństw europejskich. Niemniej natężenie zgonów nie zmieniło się istotnie – rosło, ale tempo wzrostu było niewielkie i w miarę jednostajne. Do gwałtownego wzrostu w 2020 r. – oprócz stałej tendencji wzrostowej – przyczyniła się panująca w 2020 r. na całym świecie pandemia COVID-19.

Wykres 61. Zgony w Unii Europejskiej w latach 1961–2020

Chart 61. Deaths in European Union in 1961–2020



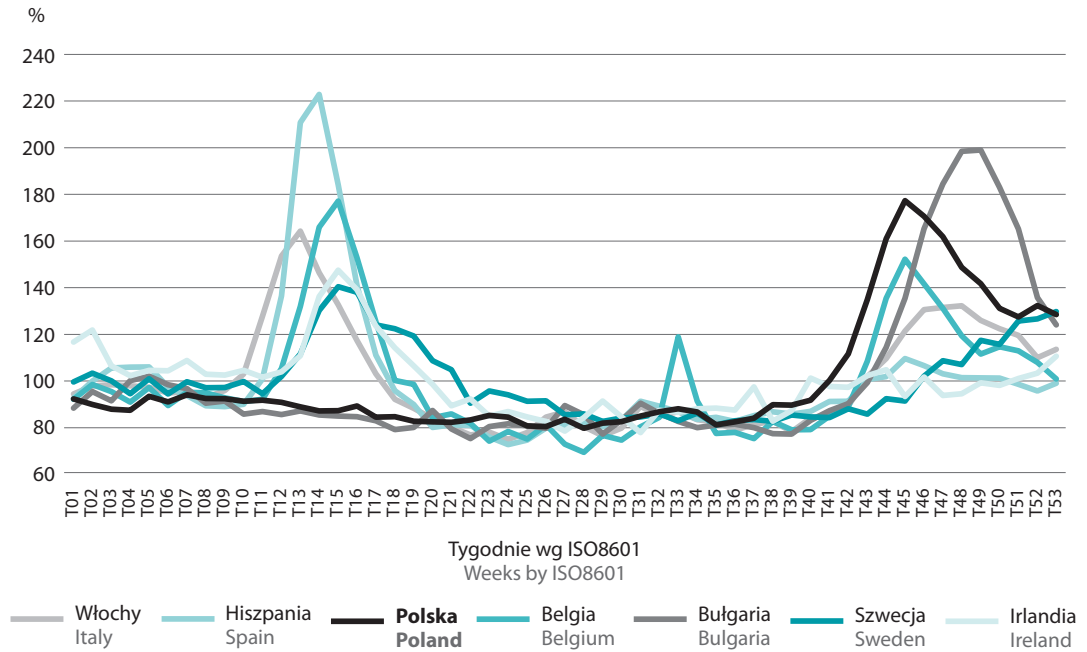
W 2020 r. wystąpiły dwa okresy zwiększonej umieralności w Europie, nakładające się na przetaczające się przez kontynent kolejne fale pandemii COVID-19. Pierwszym była wiosna, szczególnie miesiące marzec i kwiecień, drugi rozpoczął się w sierpniu i przybrał na sile w dwóch ostatnich miesiącach roku (listopad i grudzień). W tym okresie w większości państw europejskich odnotowano rekordowe poziomy umieralności.

Wyższa umieralność w okresie wiosennym (zwłaszcza w kwietniu) w porównaniu do ostatniego kwartału 2020 r. wystąpiła w państwach nordyckich (Szwecja, Dania i Finlandia), a także we Włoszech, Holandii, Belgii i Irlandii oraz Hiszpanii i Francji. W drugiej połowie roku (szczególnie w ostatnim kwartale) znaczące wzrosty liczby zgonów odnotowano w Niemczech, Austrii oraz w większości państw Europy Wschodniej np.: w Bułgarii, Polsce i Litwie.

³⁵ Wszystkie dane podane dla Unii Europejskiej odnoszą się do aktualnej liczby członków, tj. 27 państw.

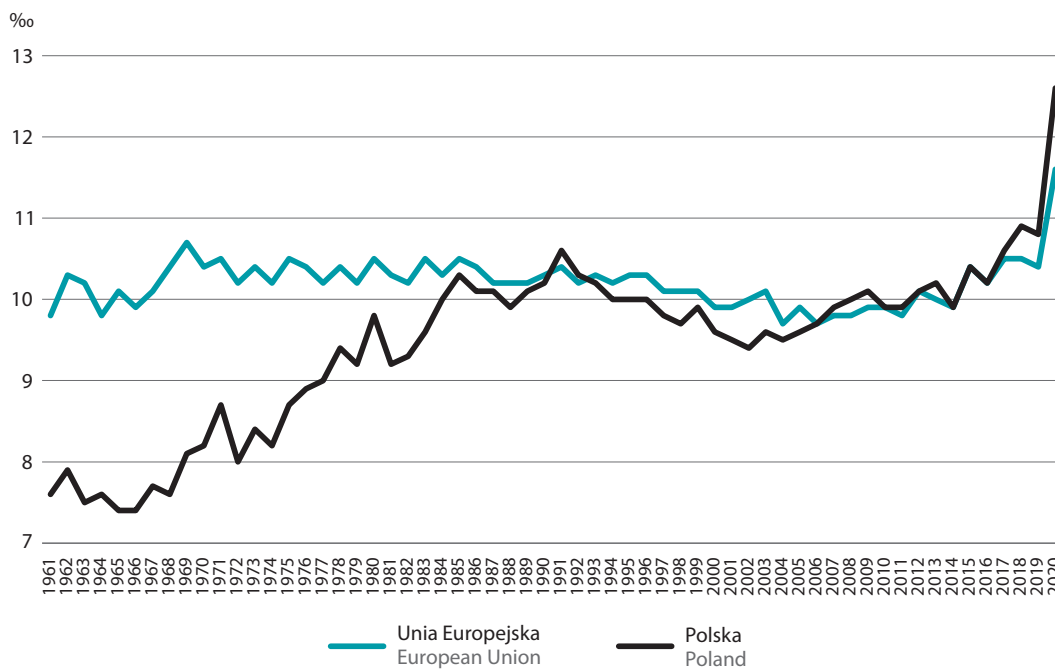
³⁶ Dla zachowania porównywalności danych o procesach demograficznych między krajami Unii Europejskiej, bieżący rozdział zawiera informacje odnoszące się do ludności rezydującej (rezydentów), tj. dotyczy ludności według międzynarodowej definicji zamieszkania (więcej patrz uwagi metodologiczne). Zatem, przywołane w tej części opracowania współczynniki demograficzne mogą różnić się nieznacznie od prezentowanych we wcześniejszych częściach publikacji, gdzie są przedstawiane w odniesieniu do liczby ludności zbilansowanej według definicji krajowej.

Wykres 62. Zgony według tygodni w stosunku do średniej całorocznej w wybranych państwach UE w 2020 r.
 Chart 62. Deaths by weeks compared to the annual average in selected EU countries in 2020



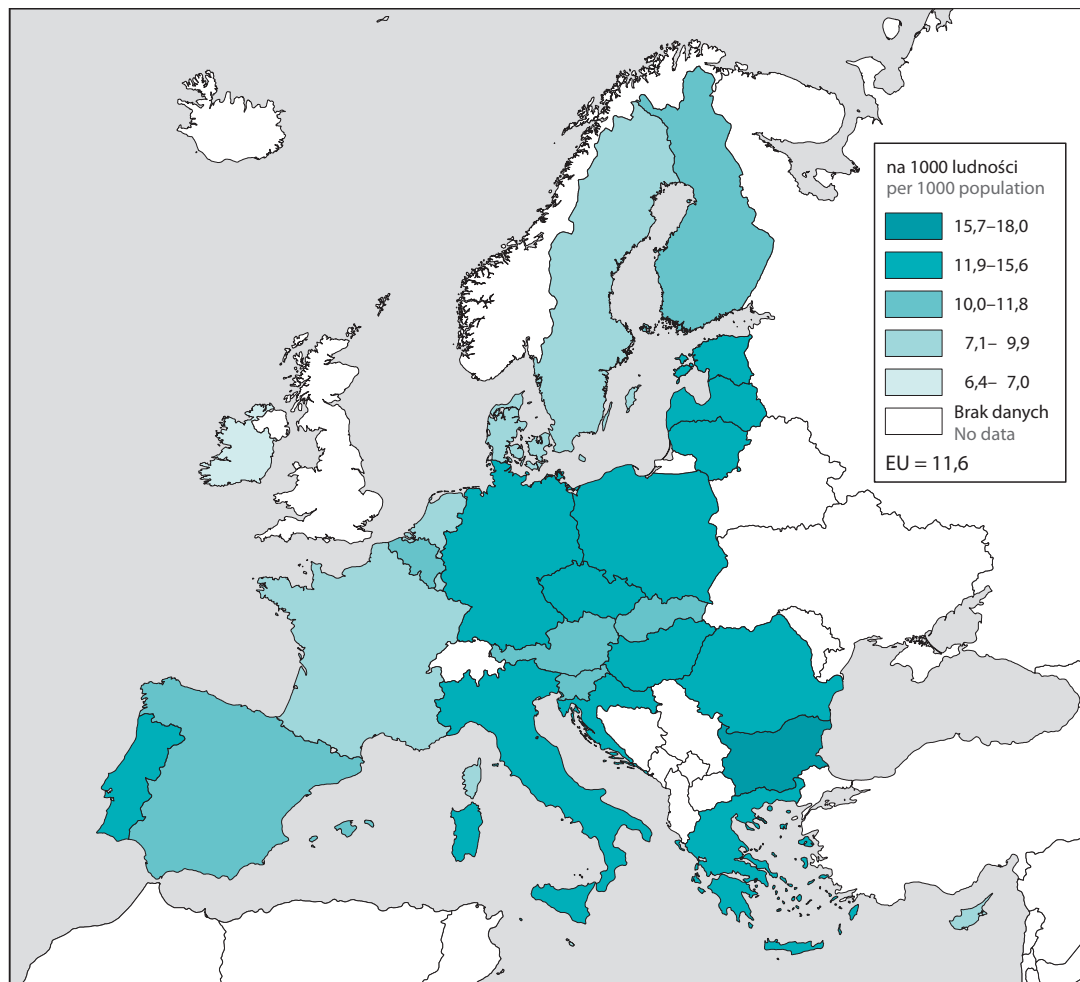
Uśredniony współczynnik zgonów na 1000 ludności dla grupy 27 państw członkowskich UE historycznie cechował się również niewielką zmiennością i kształtował się na poziomie 10–10,5‰. W 2020 r. jego wartość wyraźnie wzrosła, osiągając wartość blisko 12 zgonów na 1000 ludności. Istotny wzrost współczynnika odnotowano również w Polsce; od połowy lat 80. wartość współczynnika nie odbiegała od średniej UE o więcej niż 0,5‰, natomiast w 2020 r. była wyższa o ponad 1‰.

Wykres 63. Współczynnik zgonów w Unii Europejskiej i w Polsce w latach 1961–2020
 Chart 63. Mortality rate in European Union and Poland in 1961–2020



Współczynnik umieralności jest silnie zróżnicowany; w 2020 r. najniższą jego wartość odnotowano w Irlandii (6,4‰), natomiast w Bułgarii był on niemal trzykrotnie wyższy i wyniósł 18‰. Polska znajduje się w grupie krajów o wyższym współczynniku umieralności, tj. przekraczającym 12‰.

Mapa 13. Współczynnik zgonów w krajach Unii Europejskiej w 2020 r.
 Map 13. Mortality rate in European Union countries in 2020



W Unii Europejskiej występują również różnice w umieralności ze względu na płeć osób zmarłych. W 2019 r. w większości krajów – podobnie jak w Polsce – wyższa umieralność występowała wśród mężczyzn. Jedynie w ośmiu krajach współczynnik zgonów na 10 tys. ludności był wyższy wśród kobiet. Niemniej nie były to duże różnice – najwyższa z nich odnotowana we Włoszech – nie przekraczała 3,6 zgonu na 10 000 osób. Zdecydowanie wyraźniejsze różnice w wielkości współczynnika występowały w sytuacji wyższej umieralności wśród mężczyzn. W sześciu państwach nadwyżka przekraczała 10 zgonów na 10 000 ludności, przy czym w Bułgarii współczynnik umieralności dla mężczyzn i kobiet różnił się aż o 21 zgonów na niekorzyść mężczyzn.

Tablica 30. Współczynnik zgonów na 10 tys. ludności w krajach UE według płci i wieku w 2019 r.
 Table 30. Mortality rate per 10 thousand population in EU countries by sex and age in 2019

Wyszczególnienie Specification	Ogółem Total		Mężczyźni Males		Kobiety Females	
	razem total	w wieku 65 lat i więcej aged 65 and more	razem total	w wieku 65 lat i więcej aged 65 and more	razem total	w wieku 65 lat i więcej aged 65 and more
UE – średnia EU – average	104,2	432,1	106,4	470,9	102,1	403,0
Austria Austria	94,1	426,1	93,6	454,3	94,7	404,5
Belgia Belgium	95,0	427,3	94,3	452,6	95,6	407,4
Bułgaria Bulgaria	154,4	575,2	165,3	678,6	144,2	505,8
Chorwacja Croatia	127,1	514,1	128,5	568,5	125,7	476,9
Cypr Cyprus	71,2	374,4	77,0	410,7	65,8	343,3
Czechy Czechia	105,5	446,2	109,3	505,5	101,8	403,2
Dania Denmark	92,9	405,4	95,0	431,1	90,9	383,5
Estonia Estonia	116,3	476,3	115,5	569,4	116,9	427,3
Finlandia Finland	97,8	385,2	99,5	416,5	96,1	360,7
Francja France	91,3	382,5	93,9	415,2	88,9	357,8
Grecja Greece	116,5	460,3	121,1	496,4	112,2	431,4
Hiszpania Spain	88,7	393,4	91,7	436,6	85,8	360,3
Holandia Netherlands	87,9	392,5	86,7	404,1	89,0	382,5
Irlandia Ireland	63,1	369,2	66,4	393,9	59,9	347,4
Litwa Lithuania	137,0	534,1	142,7	655,0	132,0	472,5
Luksemburg Luxembourg	69,8	396,0	70,7	417,0	68,8	378,7
Łotwa Latvia	144,4	551,7	146,7	671,6	142,4	492,6
Malta Malta	74,7	342,6	74,2	368,8	75,3	320,7
Niemcy Germany	113,2	449,6	113,7	483,8	112,6	422,9
Polska Poland	107,9	465,9	115,0	537,2	101,2	419,1
Portugalia Portugal	108,8	426,4	115,0	479,4	103,2	388,4
Rumunia Romania	133,9	552,4	143,4	638,9	124,7	493,8
Słowacja Slovakia	97,7	458,5	103,0	528,8	92,6	412,5
Słowenia Slovenia	98,9	418,8	97,4	446,3	100,5	398,5
Szwecja Sweden	86,8	386,2	85,6	400,4	87,9	373,9
Węgry Hungary	132,9	539,0	134,8	617,6	131,2	491,0
Włochy Italy	106,1	413,6	104,2	438,5	107,8	394,4

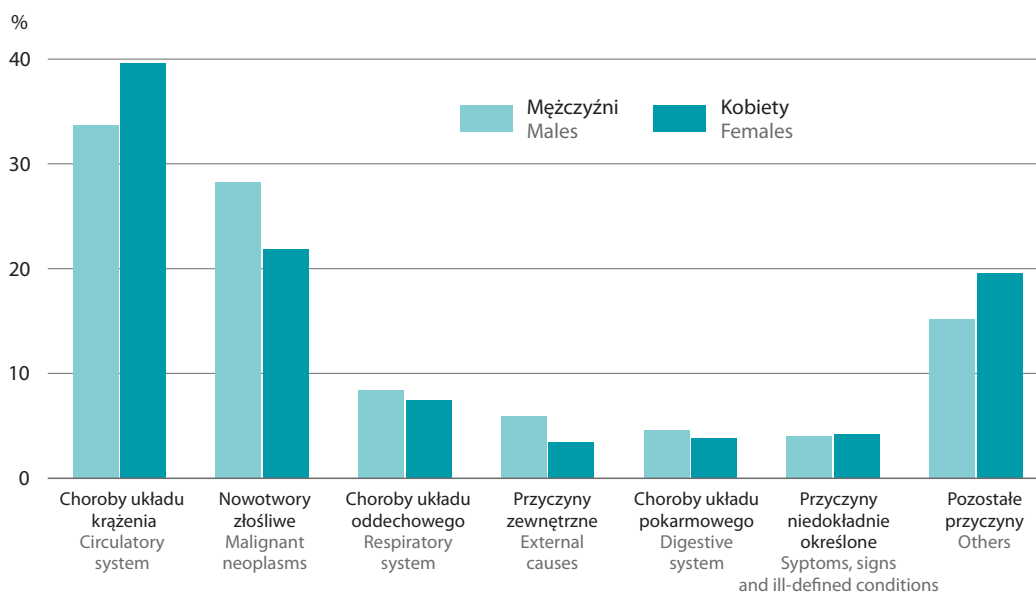
Wyższe niż średnia w Unii Europejskiej współczynniki zgonów na 10 000 ludności w danym wieku i płci występowały w państwach Europy Wschodniej. Zarówno analizując współczynniki ze względu na płeć, jak i na wiek na pierwszym miejscu znajdowała się Bułgaria, dla której ogólne współczynniki były średnio o 50 zgonów wyższe niż średnia unijna. Oprócz Bułgarii wysokie wskaźniki odnotowano również na Łotwie, Litwie i w Rumunii. Na drugim krańcu skali znalazła się Irlandia, gdzie współczynnik zgonów na 10 tys. ludności był o 41 zgonów niższy niż średnia w Unii Europejskiej.

2. Zgony według przyczyn

2. Causes of death

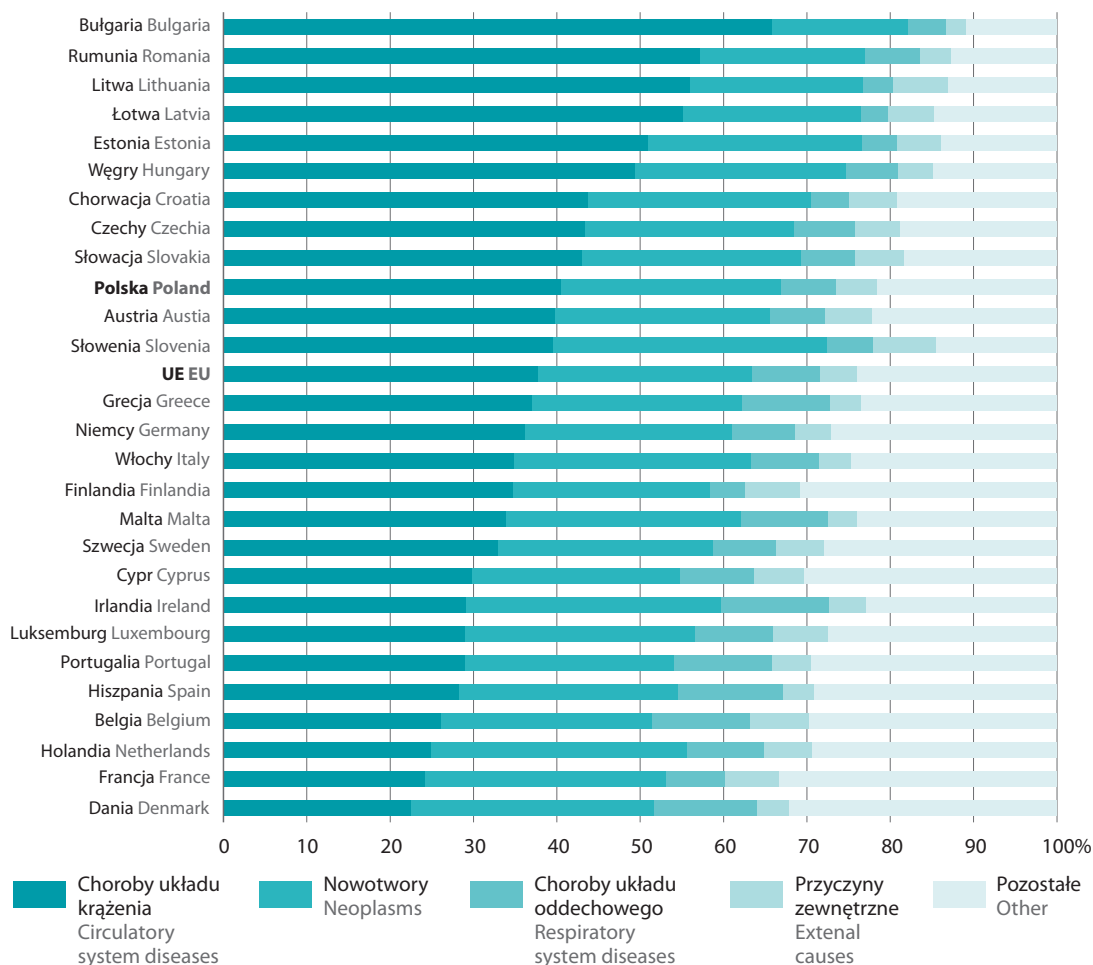
Od szeregu lat główną przyczyną umieralności mieszkańców zarówno naszego kraju, jak i innych krajów Unii Europejskiej są zgony z powodu chorób układu krążenia (ChUK), prawidłowość ta dotyczy szczególnie krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Zgodnie ze zgromadzonymi przez Eurostat danymi w 2018 r. w 27 krajach UE z powodu chorób układu krążenia zmarło ponad 1,5 mln. osób, co stanowiło 38% wszystkich zgonów w Unii Europejskiej. Kolejnymi – najczęstszymi – przyczynami zgonów mieszkańców UE są nowotwory złośliwe (26%) i choroby układu oddechowego (ponad 8%).

Wykres 64. Zgony według przyczyn i płci w Unii Europejskiej w 2018 r.
Chart 64. Causes of death by sex in European Union in 2018



Pomiędzy krajami UE występuje znaczne zróżnicowanie pod względem częstotliwości występowania zgonów z powodu ChUK. Zauważalna jest różnica pomiędzy państwami „starej” i „nowej” Unii. Wyższy niż średnia UE (38% zgonów) odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia występuje w większości państw przyjętych do wspólnoty po 2004 r. W 2018 r. w 5 krajach choroby te były przyczyną ponad 50% wszystkich zgonów (Bułgaria, Rumunia, Litwa, Łotwa oraz Estonia). W krajach o najniższym poziomie umieralności z powodu tych przyczyn, udziały te są o połowę niższe i w 3 krajach nie przekroczyły ¼ wszystkich zgonów (Dania, Francja i Holandia). W Polsce odsetek ten był nieznacznie wyższy niż średnia unijna i wyniósł ok. 40%.

Wykres 65. Zgony według przyczyn w krajach Unii Europejskiej^a w 2018 r.
Chart 65. Causes of death in European Union^a countries in 2018



a Dane dla Francji dotyczą 2016 r. Średnia dla UE liczona za 2018 r. bez Francji.
 a Data for France refer to 2016. Average for EU for 2018 without France.

Choroby nowotworowe będące drugą przyczyną zgonów w Unii Europejskiej, są również istotnie zróżnicowane regionalnie i częściej są przyczynami zgonów w krajach Europy Zachodniej. Wynika to z wyższego poziomu systemu ochrony zdrowia, który z jednej strony pozwala na skuteczniejsze diagnozowanie chorób, z drugiej zaś przyczynia się do precyzyjniejszego opisywania przyczyn zgonów. W 2018 r. najwyższy udział nowotworów złośliwych w ogólnej liczbie zgonów odnotowano w Słowenii, gdzie stanowiły one 1/3 zgonów. Równie wysokie wskaźniki odnotowano także w Holandii i Irlandii (w obu krajach powyżej 30%). Najniższy udział – nie przekraczający 20% – odnotowano w Bułgarii i Rumunii.

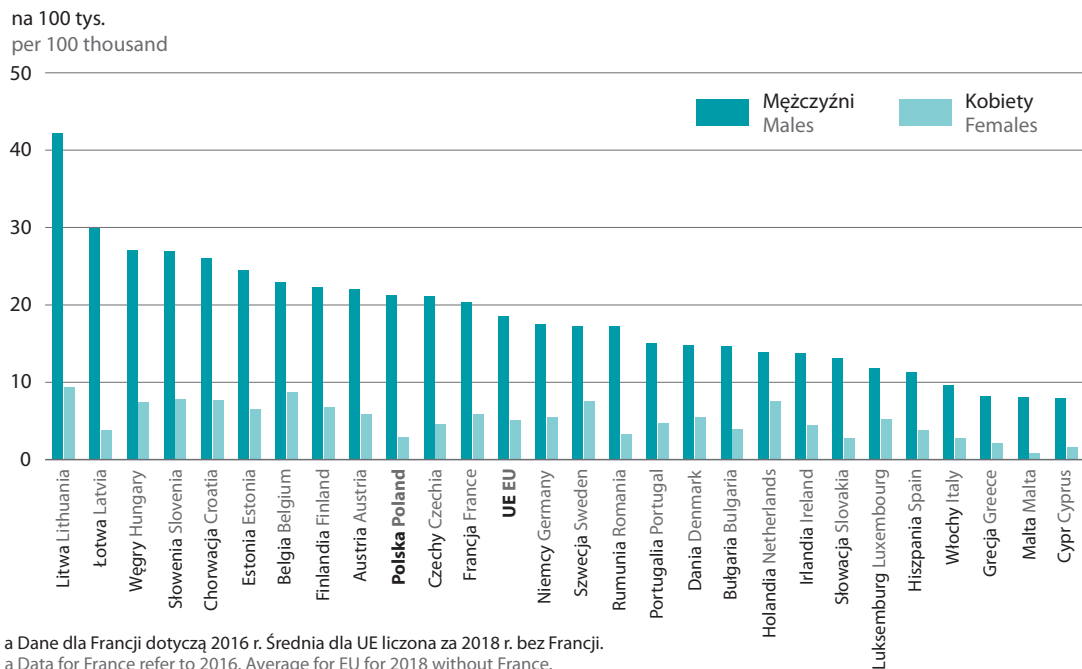
Zgony z powodu nowotworów złośliwych są zróżnicowane ze względu na płeć osób zmarłych. W 2018 r. najczęstszymi nowotworami złośliwymi wśród mężczyzn były nowotwory układu oddechowego, które stanowiły blisko 30% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Co czwarty zgon mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych dotyczył nowotworów układu pokarmowego, a częściej niż co 10 zgon spowodowany był nowotworem złośliwym gruczołu krokowego. Wśród kobiet dominowały nowotwory złośliwe piersi i żeńskich narządów płciowych stanowiąc ponad 31% zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych. Kolejną grupą przyczyn powodującą najwięcej zgonów wśród kobiet z powodu nowotworów złośliwych były nowotwory układu pokarmowego. W 2018 stanowiły one blisko 21% zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych. Mężczyźni znacznie częściej umierają na nowotwory układu oddechowego.

wego, odnotowana różnica wynosiła w 2018 r. ok. 12 p.proc., różnice pomiędzy płciami występują także w przypadku nowotworów układu pokarmowego, gdzie różnica wynosi 5 p. proc.

W 2018 r. z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów zmarło w Unii Europejskiej blisko 220 tys., osób, co stanowiło blisko 5% wszystkich zgonów. Ponad 1/3 zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych stanowiły samobójstwa (22%) i wypadki komunikacyjne (ponad 12%). Przyczyny zewnętrzne są silnie skorelowane z płcią osób zmarłych. Blisko 63% zgonów z powodu czynników zewnętrznych dotyczyło mężczyzn.

Najwyższe wskaźniki zgonów z powodu samobójstw na 100 tysięcy ludności odnotowano w 2018 r. na Litwie, Łotwie, Węgrzech i Słowacji, a najniższe na Cyprze, Malcie i Grecji. Na Litwie jest ponad pięciokrotnie więcej ofiar samobójstw niż na Malcie, gdzie jest ich najmniej. Jednocześnie na Malcie odnotowano największe różnice w wielkości współczynnika samobójstw według płci. Był on niemal dziesięciokrotnie wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet (odpowiednio: 8,1 i 0,8 zgonów na 100 tys. ludności). Istotne różnice odnotowano również na Łotwie (8 razy wyższy współczynnik dla mężczyzn) oraz w Polsce (ponad 7 razy). Najmniejsze natomiast różnice pomiędzy płciami pod względem współczynnika zgonów z powodu samobójstw wystąpiły w Holandii, gdzie zgony mężczyzn z powodu tej przyczyny występowały niespełna 2 razy częściej niż w przypadku kobiet.

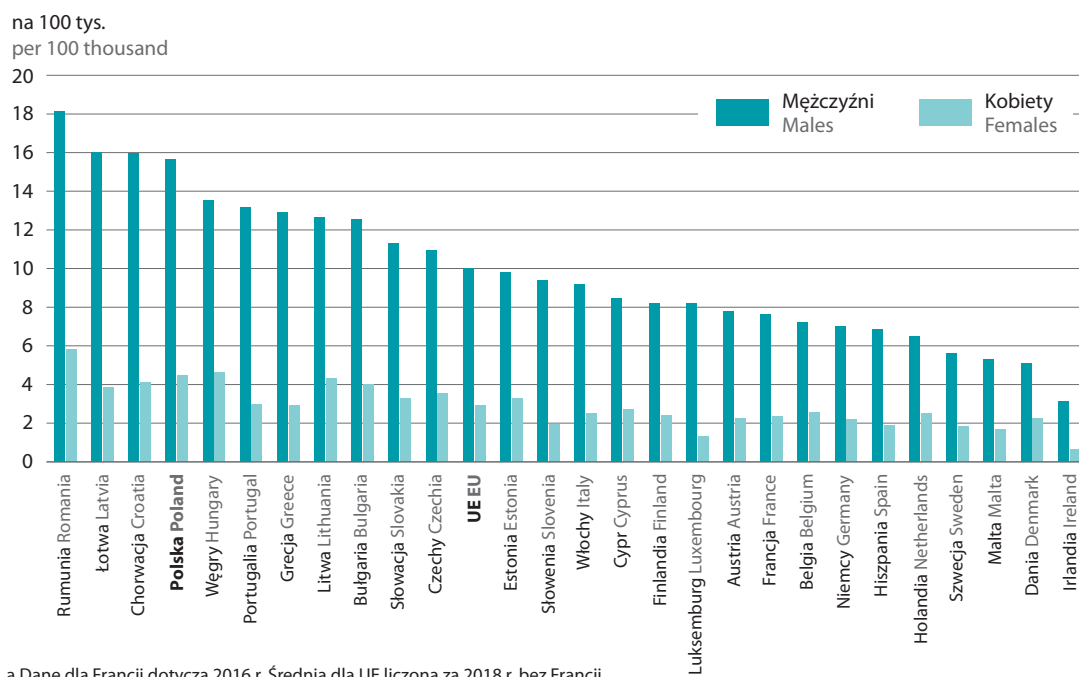
Wykres 66. Zgony z powodu samobójstw na 100 tys. ludności w krajach Unii Europejskiej^a w 2018 r.
Chart 66. Deaths due to suicides per 100 thousand population in European Union^a countries in 2018



W 2018 r. najwyższe współczynniki zgonów na 100 tys. ludności z powodu wypadków komunikacyjnych odnotowano w Rumunii, Łotwie, Chorwacji i Polsce, najniższe natomiast w Irlandii, Danii i na Malcie. Na rumuńskich drogach ginie ponad sześciokrotnie więcej osób rocznie niż w na drogach w Irlandii. W przypadku wypadków komunikacyjnych również zauważalne są dysproporcje pomiędzy płciami. W Luksemburgu ponad sześciokrotnie częściej ofiarami wypadków komunikacyjnych są mężczyźni, natomiast w Danii nieco ponad dwukrotnie.

Wykres 67. Zgony z powodu wypadków komunikacyjnych na 100 tys. ludności w krajach Unii Europejskiej^a w 2018 r.

Chart 67. Deaths due to transport accidents per 100 thousand population in European Union^a countries in 2018

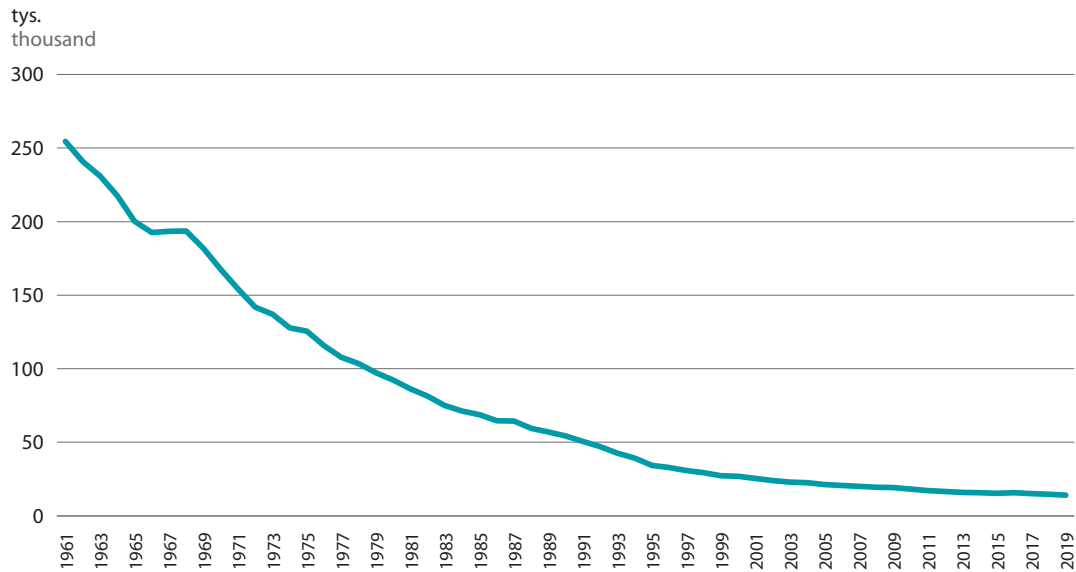


3. Zgony niemowląt

3. Infant deaths

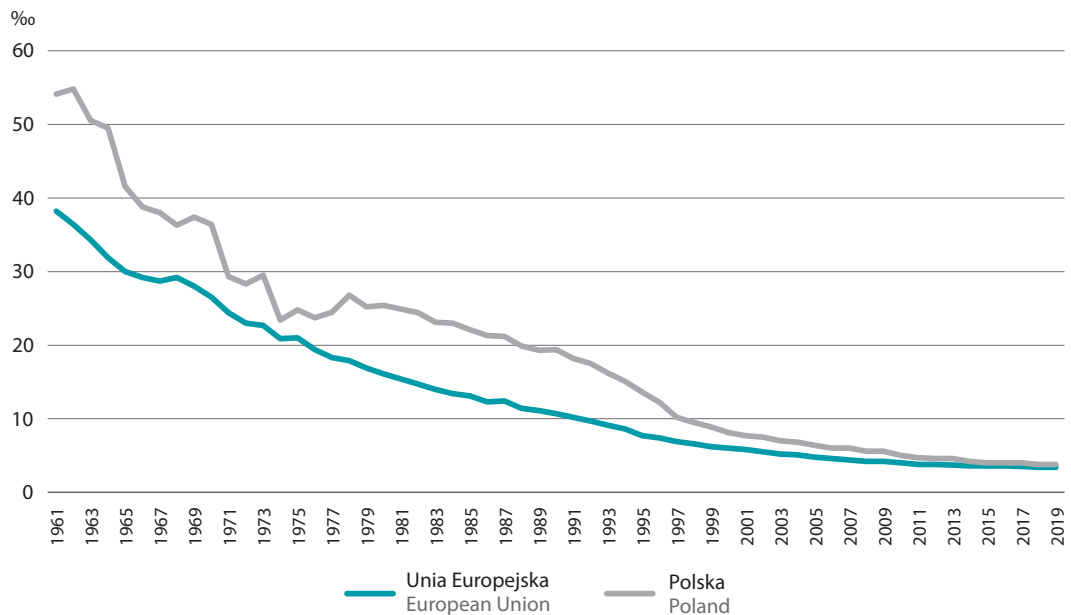
Pozytywną zmianą obserwowaną od szeregu lat jest spadająca w UE liczba zgonów niemowląt. Przyczynia się do tego coraz wyższy poziom opieki i wiedzy medycznej, poprawiające się warunki życia, jak również spadek liczby urodzeń. Z tego powodu w 2019 r. odnotowano najniższą liczbę zgonów niemowląt od początku badań, zmarło ok. 14 tys. dzieci przed osiągnięciem pierwszego roku życia.

Wykres 68. Zgony niemowląt w Unii Europejskiej w latach 1961–2019
Chart 68. Infant deaths in European Union in 1961–2019



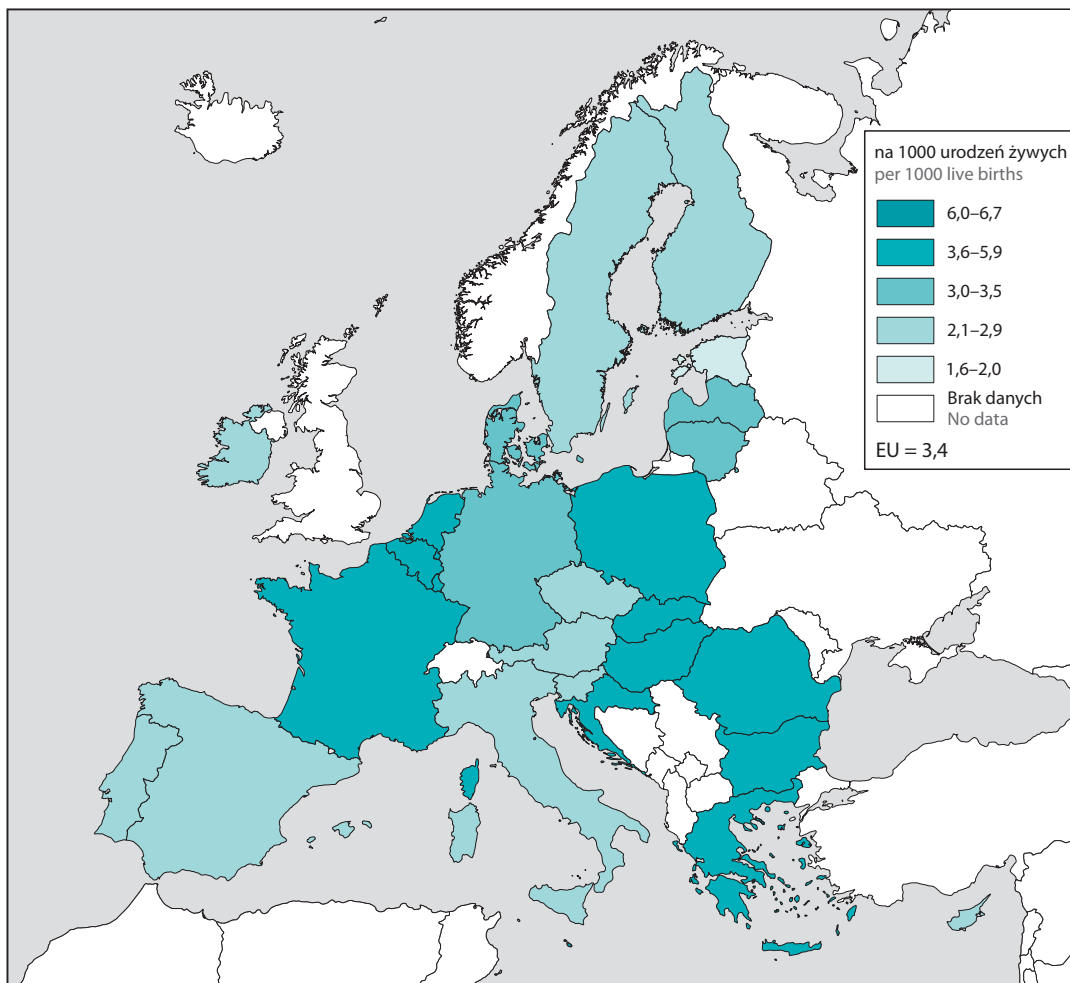
Na przestrzeni ostatnich sześćdziesięciu lat współczynnik zgonów niemowląt wykazywał zdecydowany trend spadkowy, a jego wartość obniżyła się ponad dziesięciokrotnie. Wartość współczynnika umieralności niemowląt w Unii Europejskiej spadła z 38 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 1961 r. do 3,4‰ w 2019 r. Najistotniejsze spadki umieralności niemowląt odnotowano na ogół w tych państwach członkowskich UE, które w tamtym okresie wykazywały wyższy ich poziom w porównaniu ze średnią Unii.

Wykres 69. Współczynnik zgonów niemowląt w Unii Europejskiej i w Polsce w latach 1961–2019
Chart 69. Infant mortality rate in European Union and Poland in 1961–2019



Pomimo stale obniżającego się współczynnika zgonów niemowląt we wszystkich krajach UE, nadal rysują się znaczące różnice w jego wielkościach pomiędzy poszczególnymi krajami. W 2019 r. najwyższe współczynniki umieralności niemowląt w Unii Europejskiej odnotowano na Malcie i w Rumunii (6,7 oraz 5,8 zgonów na 1000 żywych urodzeń) oraz w Bułgarii (5,6‰), najniższe zaś w Estonii (1,6 zgonów na 1000 urodzeń żywych). Polska – pomimo obserwowanego od wielu lat spadku umieralności niemowląt – nadal plasuje się w czołówce państw o najwyższym współczynniku zgonów niemowląt, który w 2019 r. wyniósł 3,8‰.

Mapa 14. Współczynnik zgonów niemowląt w Unii Europejskiej w 2019 r.
Map 14. Infant mortality rate in European Union countries in 2019



Głównymi przyczynami zgonów niemowląt w 2018 r. w Unii Europejskiej były zgony spowodowane przyczynami rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym – ok. 53% oraz wady rozwojowe wrodzone – ok. 27%, co stanowiło 4/5 wszystkich zgonów niemowląt. Pozostałe przyczyny m.in. choroby układu oddechowego i pokarmowego są znacznie rzadsze i nie przekraczają w pojedynczej klasie 5%. Inne grupy przyczyn zgonów mają udział mniejszy niż 2% w ogólnej liczbie zgonów niemowląt. Warto przy tym odnotować bardzo wysoki udział przyczyn niedokładnie określonych. W 2018 r. stanowiły one aż 6% wszystkich zgonów niemowląt w krajach członkowskich, stanowiąc trzecią najczęściej występującą kategorię przyczyn zgonu. Na przestrzeni dekady wartości te kształtowały się na podobnym poziomie, nie odnotowano również znaczących różnic pomiędzy państwami.

Przyczyny zgonów niemowląt wciąż cechują się niewielką zmiennością, a przy aktualnym stanie wiedzy medycznej oraz poziomie opieki zdrowotnej, widać coraz wolniejszy spadek współczynnika zgonów niemowląt, a w niektórych państwach także ustabilizowanie się poziomu tego wskaźnika.

Część IV. Trwanie życia, trwanie życia w zdrowiu i potencjalne utracone lata życia w Polsce i UE

Celem niniejszej części jest przedstawienie aktualnych parametrów dotyczących trwania życia, trwania życia w zdrowiu i potencjalnych utraconych lat życia wraz z analizą czynników wpływających na obserwowane zmiany. W przypadku większości informacji został zachowany podział na tereny miejskie i wiejskie, a także – w przypadku wybranych cech – zróżnicowanie regionalne.

Tekst analizy przedstawiono w j. polskim, natomiast wykresy, mapy i tablice w tekście opracowano także w j. angielskim.

Źródłem danych dla Polski są badania GUS; dla krajów Unii Europejskiej bazy Eurostatu.

Part IV. Life expectancy, healthy life years and potential years of life lost in Poland and EU

The purpose of this part is to present current parameters regarding life expectancy, healthy life years and potential years of life lost and the analysis of factors affecting the observed changes. For the majority of information, the division into urban and rural areas, as well as regional diversity for selected features, have been maintained.

The text of the analysis is in Polish, while charts, maps and tables in the text have also been presented in English.

The sources of data for Poland are surveys of the Statistics Poland; for European Union countries the Eurostat database.

1. Trwanie życia

1. Life expectancy

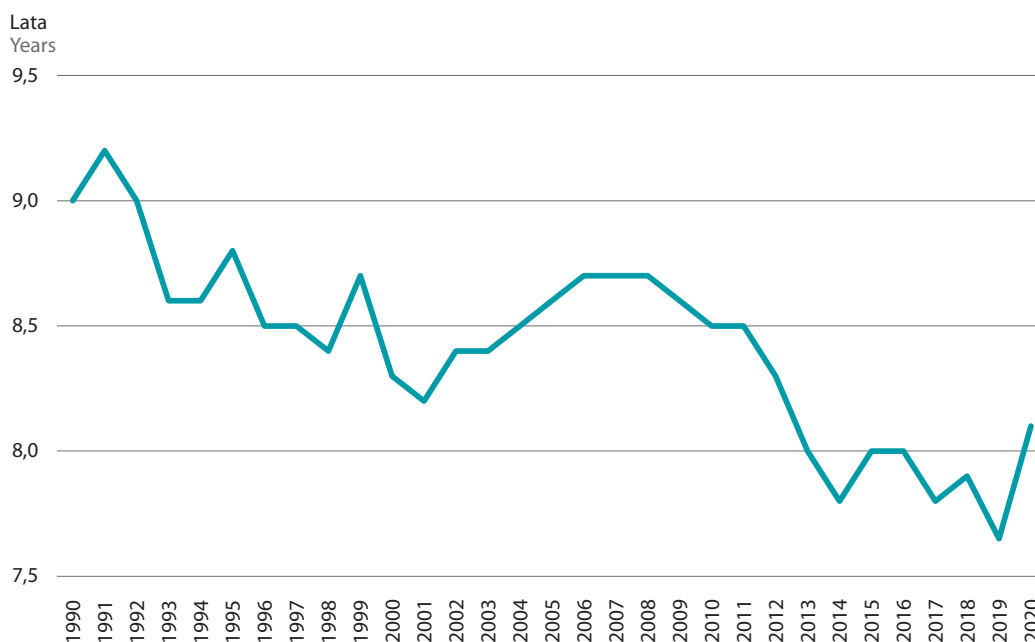
Przeciętne dalsze trwanie życia jest znane przede wszystkim jako miernik używany do określenia wysokości emerytur. Tymczasem wykorzystanie tego wskaźnika w naukach społecznych jest znacznie szersze. Coroczne prowadzenie analiz dalszego trwania życia umożliwia śledzenie zmian, jakie zachodzą w ogólnym stanie zdrowia populacji. Ponadto pozwala zobrazować warunki życia ludności panujące na danym obszarze. Przykładowo, w krajach słabiej rozwiniętych oczekiwana długość życia jest wyraźnie niższa, w porównaniu do tych bardziej rozwiniętych.

W 2020 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn w Polsce wyniosło 72,6 roku, natomiast kobiet 80,7 roku. W porównaniu z rokiem poprzednim, trwanie życia skróciło się odpowiednio o 1,5 i 1,1 roku, co było związane z epidemią COVID-19. Biorąc pod uwagę rok 1990 trwanie życia było wyższe o odpowiednio 6,4 i 5,5 roku.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, umieralność wśród mężczyzn jest wyższa względem kobiet. Skala tego zjawiska jest natomiast znacznie większa niż w większości krajów europejskich. Mimo iż w latach 90. różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn malała (w 1991 r. – 9,2 roku; w 2001 – 8,2 roku), pierwsza dekada XXI wieku przyniosła wzrost tej wartości do 8,7 (w latach 2006–2008). Do 2014 r. spadła nieznacznie poniżej 8,0 i od tego czasu utrzymuje się na zbliżonym poziomie. W 2020 r. wyniosła ona 8,1 roku.

Wykres 70. Różnica (w latach) w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn w latach 1990–2020

Chart 70. Difference (in years) in life expectancy between males and females in 1990–2020



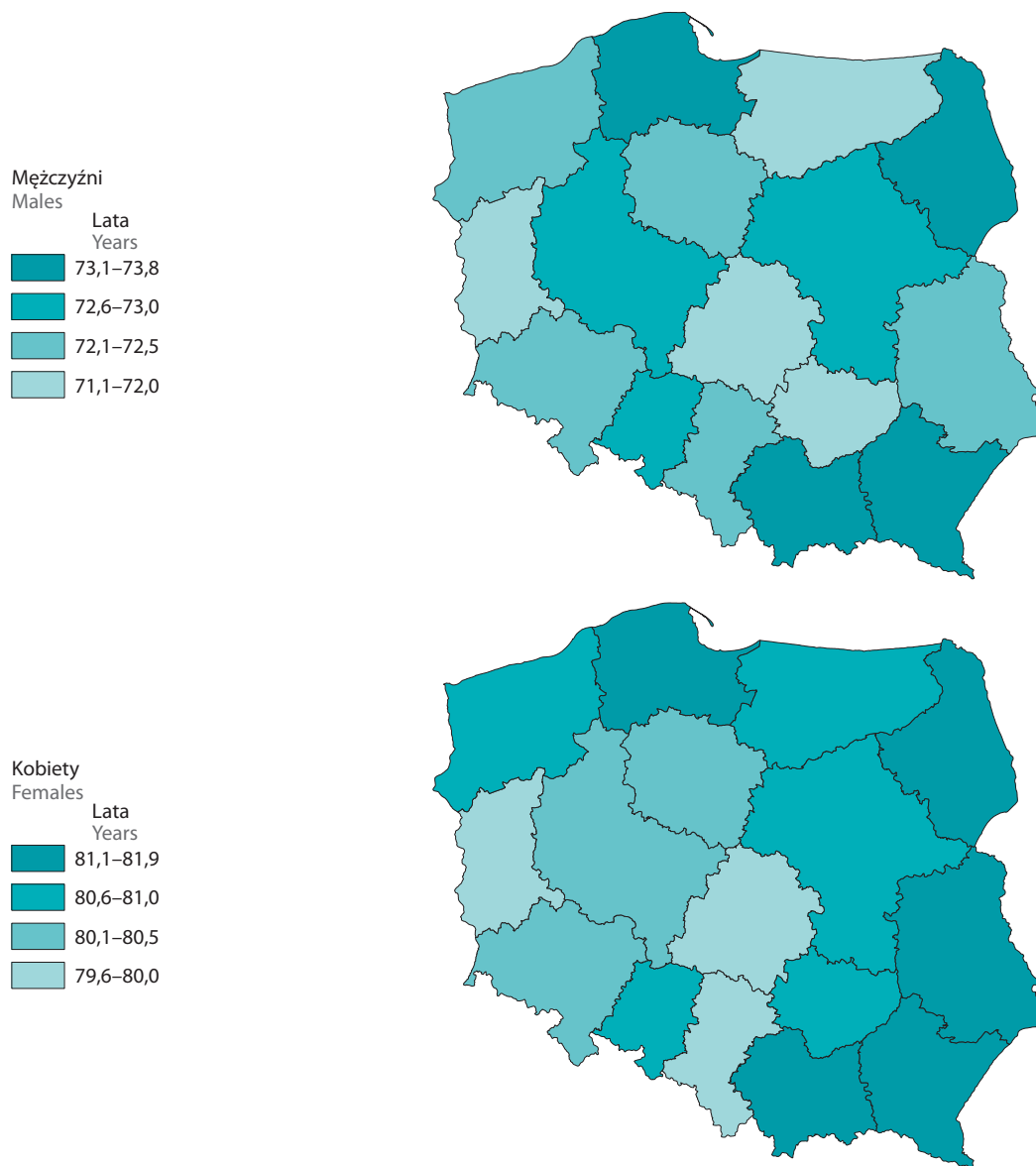
W ostatnich trzech dekadach obserwowano wydłużanie się przeciętnego trwania życia we wszystkich województwach. Szczególnie dotyczy to mężczyzn zamieszkałych w województwie pomorskim, zachodniopomorskim, śląskim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim i opolskim, dla których w latach 1990–2019 średnie trwanie życia wydłużyło się o więcej niż 8 lat. W okresie tym najniższy wzrost notowano w województwie lubelskim i świętokrzyskim (7,1 roku). Dla kobiet największy przyrost trwania życia zanotowano w województwie opolskim i pomorskim (7,1 roku), natomiast najmniejszy w województwie warmińsko-mazurskim i lubelskim (6 lat).

W 2020 r., w związku z epidemią COVID-19, nastąpił gwałtowny spadek oczekiwanej długości trwania życia we wszystkich województwach, zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. W przypadku mężczyzn największy spadek odnotowano w świętokrzyskim (1,8 roku), najmniejszy w warmińsko-mazurskim (o rok). Dla kobiet spadek najwyższy był w łódzkim i podkarpackim (1,4 roku), najniższy w kujawsko-pomorskim, pomorskim oraz zachodniopomorskim (0,6 roku).

Wyższa umieralność wśród mężczyzn względem kobiet jest wyraźnie widoczna we wszystkich województwach. W 2020 r. dysproporcja między przeciętnym trwaniem życia mężczyzn i kobiet była największa w świętokrzyskim (8,8 roku), a najniższa w pomorskim i śląskim (7,7 roku).

Mapa 15. Przeciętne trwanie życia noworodka według płci w 2020 r.

Map 15. Life expectancy at birth by sex in 2020

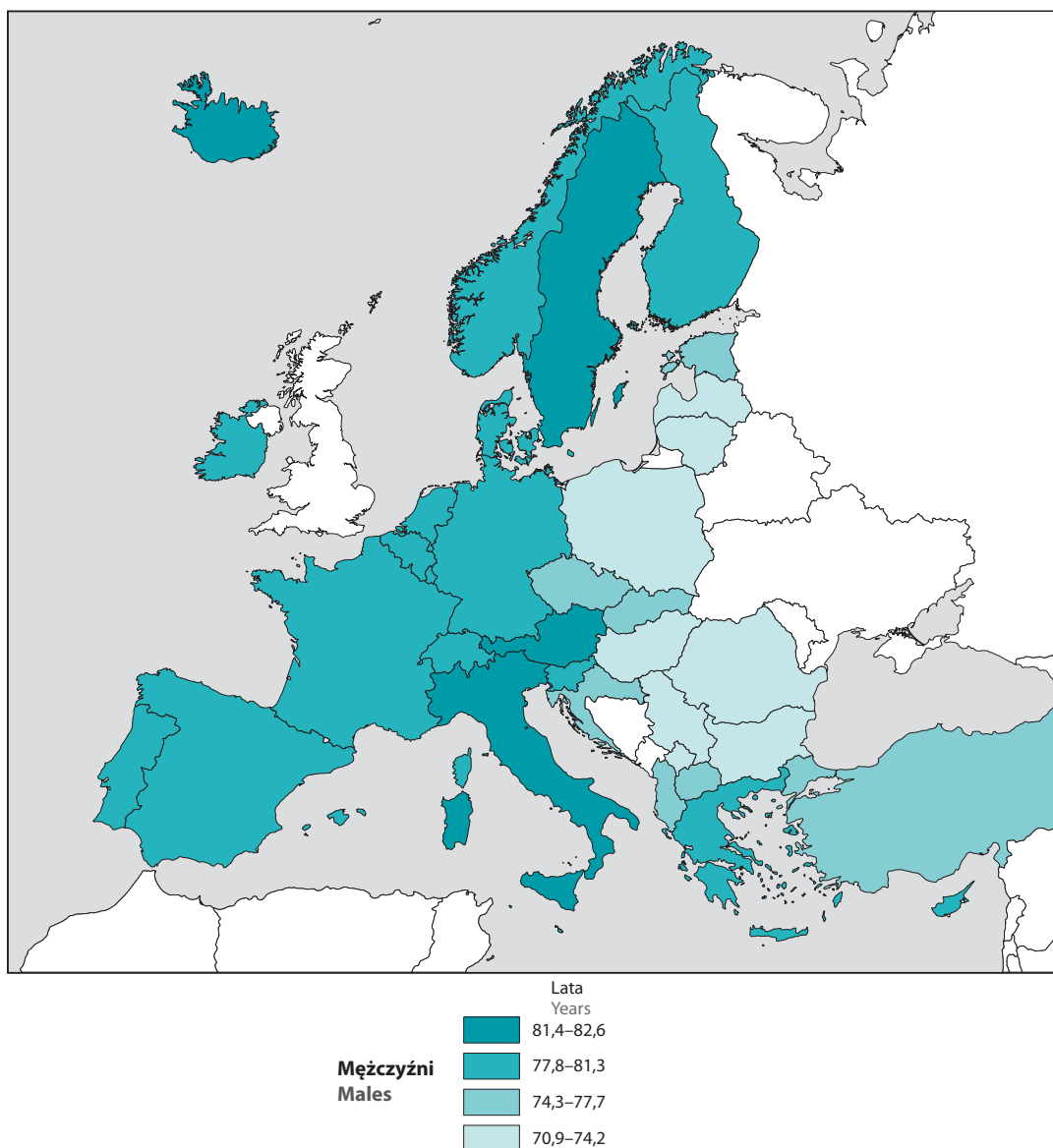


Na terenie Europy występuje duże zróżnicowanie przeciętnej długości trwania życia³⁷. W 2019 r. najdłuższe trwanie życia mężczyzn odnotowano w Lichtensteinie – 82,6 roku, najkrótsze zaś na Łotwie – 70,9 roku. Wśród kobiet najdłuższe oczekiwane trwanie życia odnotowano w Hiszpanii – 86,7 roku, a najkrótsze w Serbii i Macedonii Północnej – 78,6 roku.

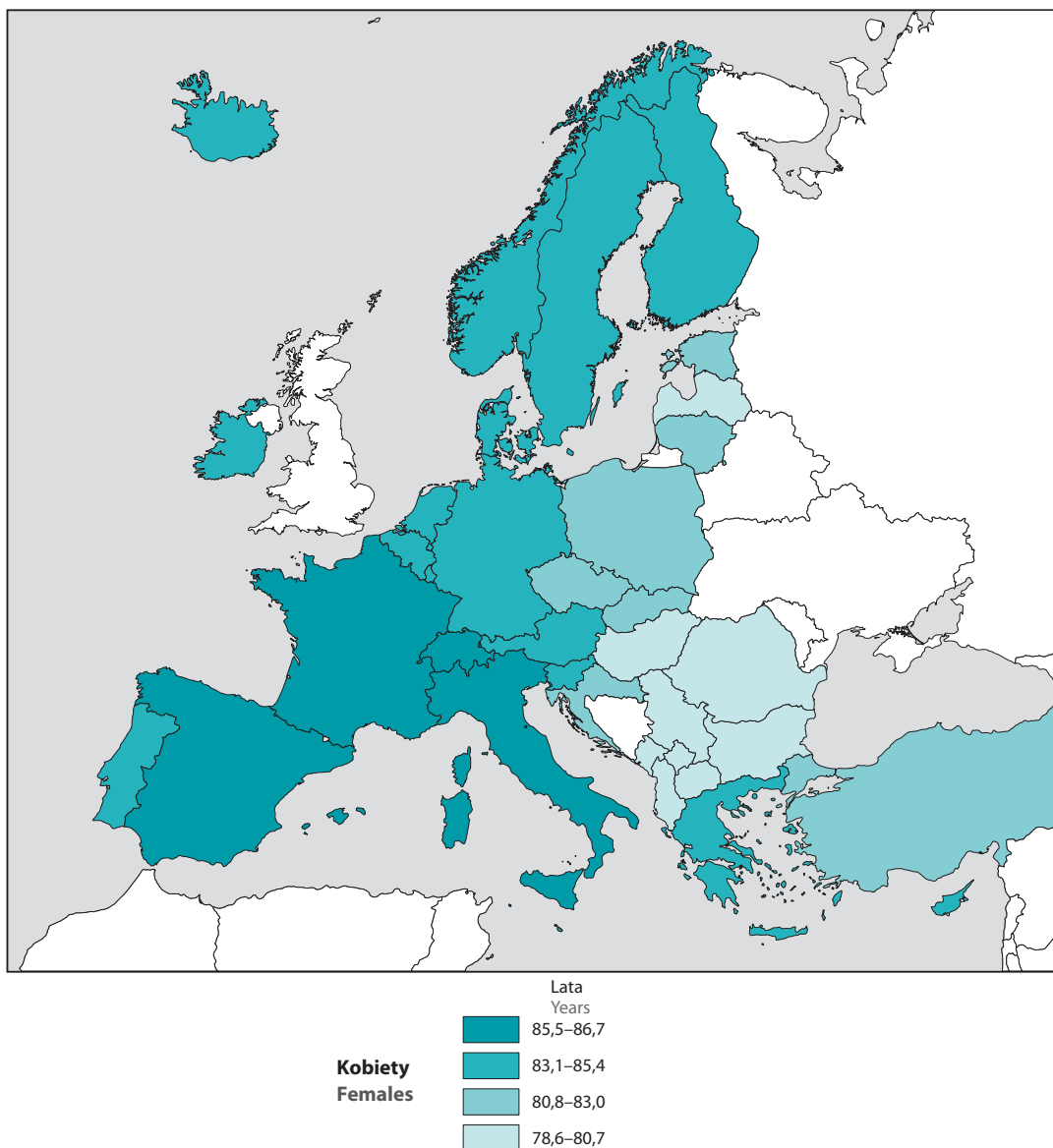
W krajach, w których oczekiwana długość życia była stosunkowo krótka, różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet – poza nielicznymi wyjątkami – była bardzo duża. Kraje, w których rozpiętość ta była największa to: Litwa (9,6 roku), Łotwa (9,2 roku), Estonia (8,5 roku) oraz Polska (7,8 roku), a najmniejsza to: Islandia (3,0 roku), Albania (3,1 roku) oraz Holandia (3,1 roku).

Mapa 16. Trwanie życia noworodka według płci w wybranych krajach europejskich w 2019 r.

Map 16. Life expectancy at birth by sex in selected European countries in 2019



³⁷ <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> Dostęp: 12.11.2021 r.



2. Trwanie życia w zdrowiu

2. Healthy life years

Wydłużenie trwania życia w zdrowiu jest jednym z głównych celów polityki zdrowotnej wielu krajów. Jeżeli oczekiwane trwanie życia w zdrowiu wzrasta szybciej niż przeciętne trwanie życia, oznacza to, że ludzie przez coraz większą część życia charakteryzują się dobrym zdrowiem. Oczekiwane lata przeżyte w zdrowiu³⁸ – Healthy Life Years, HLY (Oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności – Disability Free Life Expectancy, DFLE) to wskaźnik obrazujący sytuację zdrowotną ludności, obliczany na podstawie tablic trwania życia³⁹ oraz indywidualnie i subiektywnie postrzeganej niepełnosprawności⁴⁰.

³⁸ Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-polsce-w-latach-2009-2019,4,1.html> Dostęp: 15.11.2021 r.

³⁹ Trwanie życia w 2020 r.: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2020-roku,2,15.html> Dostęp: 15.11.2021 r.

⁴⁰ Niepełnosprawność szacowana jest na podstawie zmiennych pozyskanych z przeprowadzanego corocznie od 2005 r. Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (Eurostat EU-Statistics on Income and Living Conditions Survey EU-SILC).

Wartość HLY_x interpretuje się jako przewidywaną liczbę lat jaką ma do przeżycia bez niepełnosprawności osoba w wieku x ukończonych lat, pod warunkiem, że aktualne warunki umieralności i utraty zdrowia populacji utrzymają się na obecnym poziomie.

W Polsce od 2009 do 2018 r. obserwowany był powolny wzrost długości trwania życia w zdrowiu w momencie narodzin (HLY_0) dla obu płci. Dopiero w 2019 r. zanotowano pierwszy, nieznaczny spadek tej wartości, a w następnym roku kolejny.

W 2020 r. HLY_0 wyniosło 59,2 roku dla mężczyzn i 63,1 roku dla kobiet, oznacza to spadek o odpowiednio 0,5 i 0,2 roku. Ta redukcja w głównej mierze była związana ze skróceniem się przeciętnego trwania życia.

W analizowanym okresie, poziom HLY_0 zmieniał się proporcjonalnie do wartości przeciętnego trwania życia (e_0), dla mężczyzn stanowiąc ok. 80% e_0 , a dla kobiet ok. 77%. Oznacza to, iż mimo że dla mężczyzn przewiduje się krótsze trwanie życia, to większą jego część przeżyją bez niepełnosprawności. Warto dodać, iż skrócenie się przeciętnego trwania życia nie wpłynęło na zmniejszenie procentu życia przeżywanego bez niepełnosprawności.

Różnica w HLY_0 między obiema płciami wyniosła w 2020 r. 3,9 roku na korzyść kobiet. Wartość ta zmniejsza się wraz z przeżyтыми latami. Dla osób w wieku 50 lat wyniosła 2,3 roku, a dla osób w wieku 65 lat już tylko 1 rok. Dla porównania różnica w przeciętnym trwaniu życia w momencie narodzin w tym samym roku wyniosła 8,1 roku.

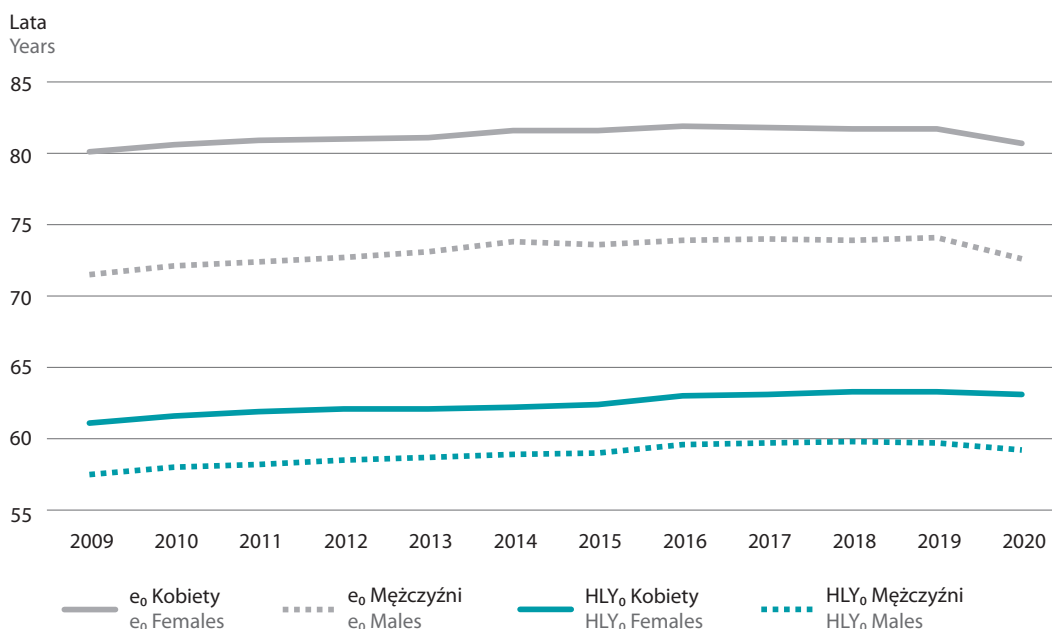
Tablica 31. Przeciętne trwanie życia (e_0) i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (HLY_0) w momencie narodzin w Polsce w wybranych latach

Table 31. Life expectancy (e_0) and healthy life years (HLY_0) at birth in Poland in selected years

	Mężczyźni Males				Kobiety Females			
	2010	2015	2019	2020	2010	2015	2019	2020
Przeciętne trwanie życia Life expectancy	72,1	73,6	74,1	72,6	80,6	81,6	81,8	80,7
Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu Healthy life years	58,0	59,0	59,7	59,2	61,6	62,4	63,3	63,1

Wykres 71. Przeciętne trwanie życia (e_0) i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (HLY_0) w momencie narodzin w Polsce w latach 2009–2020

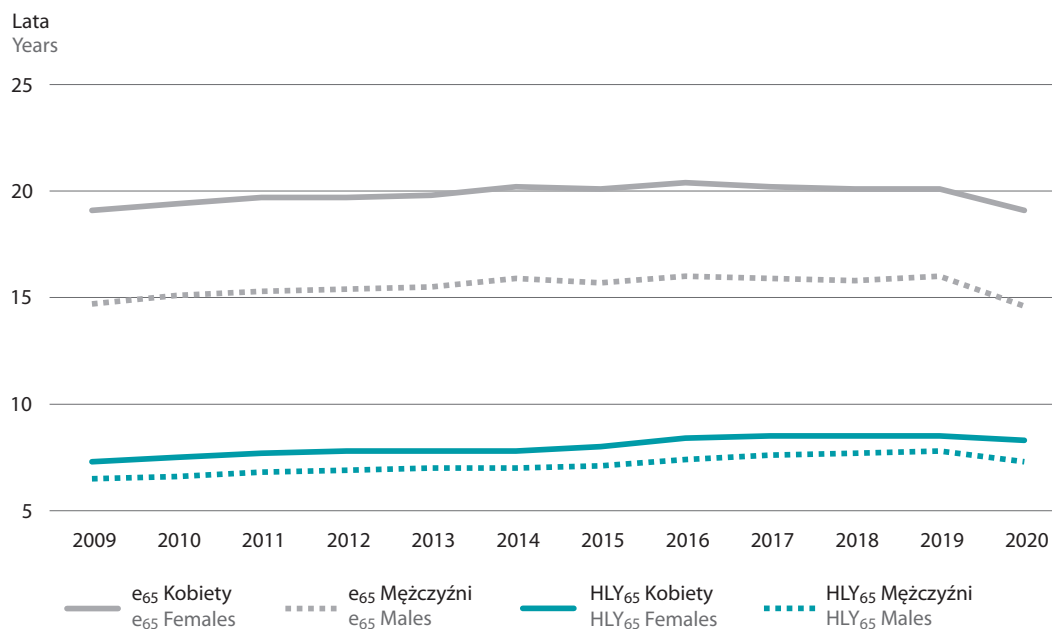
Chart 71. Life expectancy (e_0) and healthy life years (HLY_0) at birth in Poland in 2009–2020



Dla mężczyzn w wieku 65 lat trwanie życia w zdrowiu kształtuje się na poziomie 7,3 roku. Z kolei, dla kobiet również w wieku 65 lat wskaźnik ten jest na poziomie 8,3 roku. Warto zwrócić uwagę, iż dla osób w tym wieku od 2009 r. zwiększyła się nie tylko wartość HLY, lecz również wzrósł jego udział w trwaniu życia z 44,2% do 50,0% dla mężczyzn i z 38,2% do 43,5% dla kobiet. Oznacza to poprawę stanu zdrowia osób w wieku 65 lat.

Wykres 72. Przeciętne trwanie życia (e_{65}) i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (HLY_{65}) osób w wieku 65 lat w Polsce w latach 2009–2020

Chart 72. Life expectancy (e_{65}) and healthy life years (HLY_{65}) at age 65 by sex in Poland in 2009–2020



W całym analizowanym okresie mieszkańcy miast dłużej żyli w zdrowiu, w porównaniu do mieszkańców wsi. W 2020 r. współczynnik HLY_0 dla mężczyzn w miastach wyniósł 59,5 roku, a na wsi 59 lat, natomiast dla kobiet odpowiednio 63,5 roku oraz 62,6 roku. Warto zauważyć, iż różnica między HLY mieszkańców miast oraz wsi zmieniała się na przestrzeni ostatnich 10 lat. Największa była w trzech pierwszych analizowanych latach (2009–2011), później gwałtownie się zmniejszyła (w latach 2012–2015), po czym, w przypadku kobiet, nastąpiła jej stabilizacja lub, w przypadku mężczyzn, wzrost i ponowny spadek. W 2020 r. różnica ta ponownie się zwiększyła w przypadku kobiet, głównie za sprawą większego spadku trwania życia w zdrowiu mieszkanków obszarów wiejskich.

Tablica 32. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w Polsce w momencie narodzin (HLY_0) w wybranych latach
 Table 32. Healthy life years (HLY_0) at birth in Poland in selected years

	Mężczyźni Males				Kobiety Females			
	2010	2015	2019	2020	2010	2015	2019	2020
Polska Poland	58,0	59,0	59,8	59,2	61,6	62,4	63,3	63,1
Miasto Urban areas	58,8	59,1	60,0	59,5	62,1	62,4	63,9	63,5
Wieś Rural areas	57,0	58,6	59,5	59,0	60,9	62,3	63,1	62,6

2.1. Zróżnicowanie regionalne trwania życia w zdrowiu w latach 2009–2020

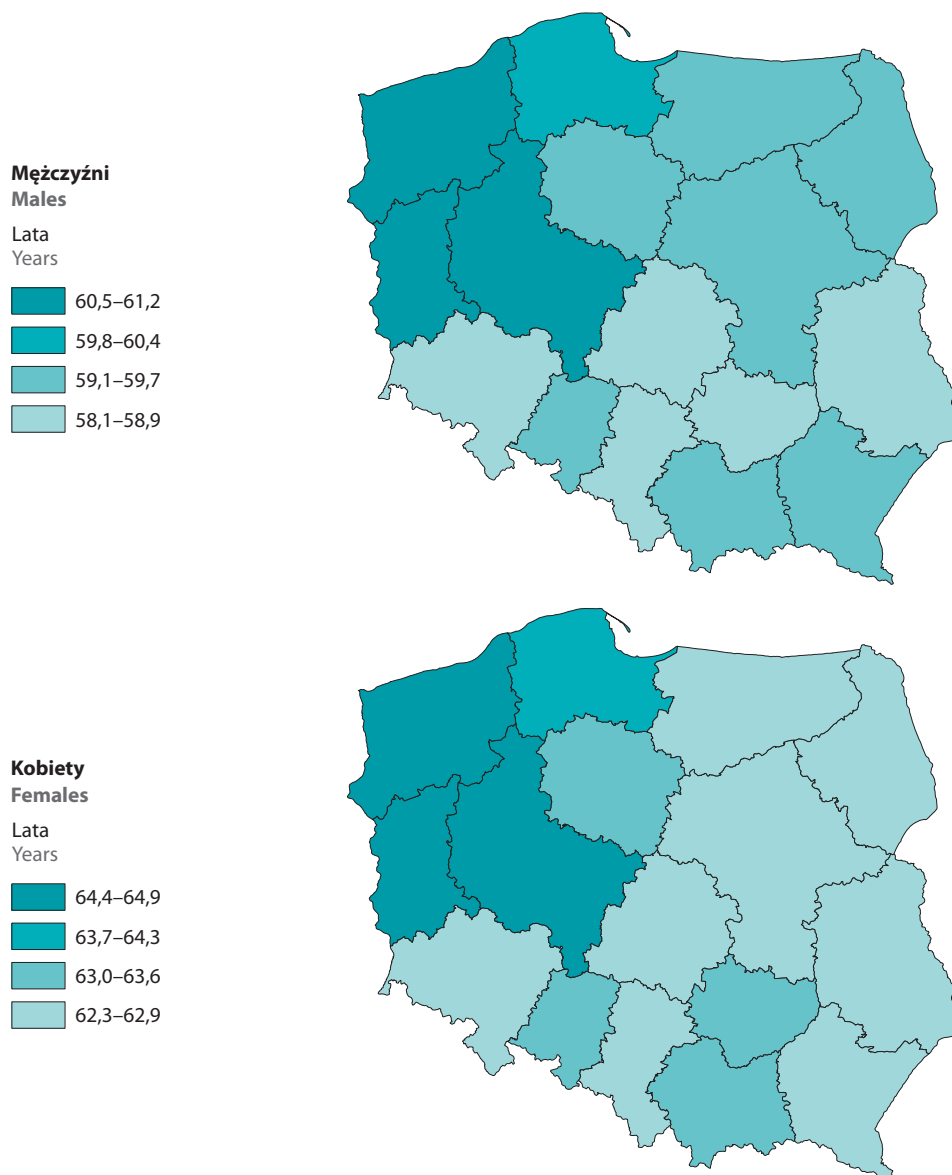
2.1. Regional differences in healthy life expectancy in 2009–2020

W 2020 r. najbardziej HLY_0 zmniejszyło się dla mężczyzn w województwach dolnośląskim, małopolskim, opolskim, śląskim oraz świętokrzyskim (spadek o 0,7 roku), a dla kobiet w województwie podkarpackim (spadek o 0,7 roku) oraz lubelskim i podlaskim (spadek o 0,6 roku). Trwanie życia w zdrowiu dla mężczyzn w lubuskim utrzymało się na ubiegłorocznym poziomie, a dla kobiet wzrosło w województwach małopolskim (wzrost o 0,2 roku), śląskim (wzrost o 0,3 roku), świętokrzyskim (wzrost o 0,1 roku), wielkopolskim (wzrost o 0,4 roku) oraz zachodniopomorskim (wzrost o 0,6 roku).

W 2020 r. najdłuższe trwanie życia w zdrowiu w momencie narodzin odnotowano dla mężczyzn w województwach wielkopolskim (61,2), zachodniopomorskim (60,7) i lubuskim (60,6). Natomiast najkrótsze w łódzkim (58,1), śląskim (58,6) oraz dolnośląskim (58,6). Dla kobiet najwyższe wartości (powyżej 64 lat) odnotowano w województwach wielkopolskim, zachodniopomorskim oraz lubuskim, a najniższe w lubelskim (62,3) oraz łódzkim (62,5).

Mapa 17. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (HLY₀) według płci w 2020 r.

Map 17. Healthy life years (HLY₀) at birth by sex in 2020



Warto zwrócić uwagę na województwa, w których trwanie życia w zdrowiu wydłużyło się w sposób znaczący. Dla mężczyzn w województwach zachodniopomorskim, wielkopolskim oraz lubuskim HLY₀ wzrosło od 2009 r. o co najmniej 3,5 roku. Na szczególną uwagę zasługuje jednak województwo łódzkie, charakteryzujące się najkrótszym e₀ w 2020 r.⁴¹ w którym jednak HLY₀ wzrosło aż o 2,3 roku w ciągu ostatnich 10 lat i istotnie zmniejszyło różnicę w porównaniu do pozostałych województw.

⁴¹Trwanie życia w 2020 r.: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2020-roku,2,15.html>
Dostęp: 12.11.2021 r.

Województwa, w których odnotowano największą poprawę stanu zdrowia kobiet to: zachodniopomorskie, lubuskie i wielkopolskie (w każdym wzrost o ponad 4,7 roku). Należy natomiast zaznaczyć, że w niektórych województwach HLY_0 zmniejszyło się w porównaniu do wartości początkowej. Są to województwa: lubelskie, podlaskie oraz świętokrzyskie. Odnotowano tam w latach 2009–2015 dość duży spadek, rzędu od 1,5 roku (woj. lubuskie) do powyżej 2 lat (woj. podlaskie i świętokrzyskie). Mimo że w kolejnych latach obserwowano sukcesywny wzrost HLY_0 , to jednak wartość w 2020 r. nie dorównała tej z 2009 r.

Tablica 33. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w momencie narodzin (HLY_0) w wybranych latach
Table 33. Healthy life years (HLY_0) at birth in selected years

Województwo	Mężczyźni				Kobiety			
	2010	2015	2019	2020	2010	2015	2019	2020
Polska	58,0	59,0	59,8	59,2	61,6	62,4	63,3	63,1
Dolnośląskie	57,0	58,7	59,3	58,6	60,7	62,3	63,1	62,9
Kujawsko-pomorskie	57,2	59,0	59,8	59,5	61,5	62,9	63,5	63,4
Lubelskie	58,2	57,9	59,4	58,8	63,2	61,3	62,9	62,3
Lubuskie	57,5	58,5	60,6	60,6	60,1	61,5	64,2	64,6
Łódzkie	56,5	58,5	58,7	58,1	61,0	62,9	62,7	62,5
Małopolskie	59,5	60,5	60,1	59,4	62,8	63,2	63,3	63,5
Mazowieckie	57,6	59,9	59,6	59,2	61,6	63,6	63,1	62,7
Opolskie	57,8	59,1	59,9	59,2	60,9	62,4	63,5	63,1
Podkarpackie	59,7	58,7	60,2	59,7	63,5	61,3	63,3	62,6
Podlaskie	58,9	58,1	59,6	59,2	63,5	61,3	63,2	62,6
Pomorskie	58,0	59,4	60,3	59,9	61,9	62,8	63,9	63,7
Śląskie	58,4	59,3	59,3	58,6	62,1	62,2	62,4	62,7
Świętokrzyskie	58,5	57,8	59,4	58,7	63,0	61,2	62,9	63,0
Warmińsko-mazurskie	57,1	58,6	59,3	59,2	61,7	62,7	63,6	63,5
Wielkopolskie	58,2	59,0	61,4	61,2	60,3	61,6	64,5	64,9
Zachodniopomorskie	57,6	58,9	60,9	60,7	60,1	61,6	64,2	64,8

Mężczyźni w wieku 65 lat charakteryzują się najdłuższym trwaniem życia w zdrowiu w województwach: wielkopolskim oraz zachodniopomorskim (po 7,8). Najkrótszym zaś w województwach: śląskim (6,5) oraz mazowieckim (7,0). Kobiety w wieku 65 lat mieszkające w województwach: lubuskim, wielkopolskim oraz zachodniopomorskim charakteryzują się najdłuższym trwaniem życia bez niepełnosprawności (średnio powyżej 9 lat), natomiast najkrótszym w lubelskim, podkarpackim (po 8,0) oraz w łódzkim (7,9).

Tablica 34. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat (HLY₆₅) w wybranych latach
 Table 34. Healthy life years (HLY₆₅) at age 65 in selected years

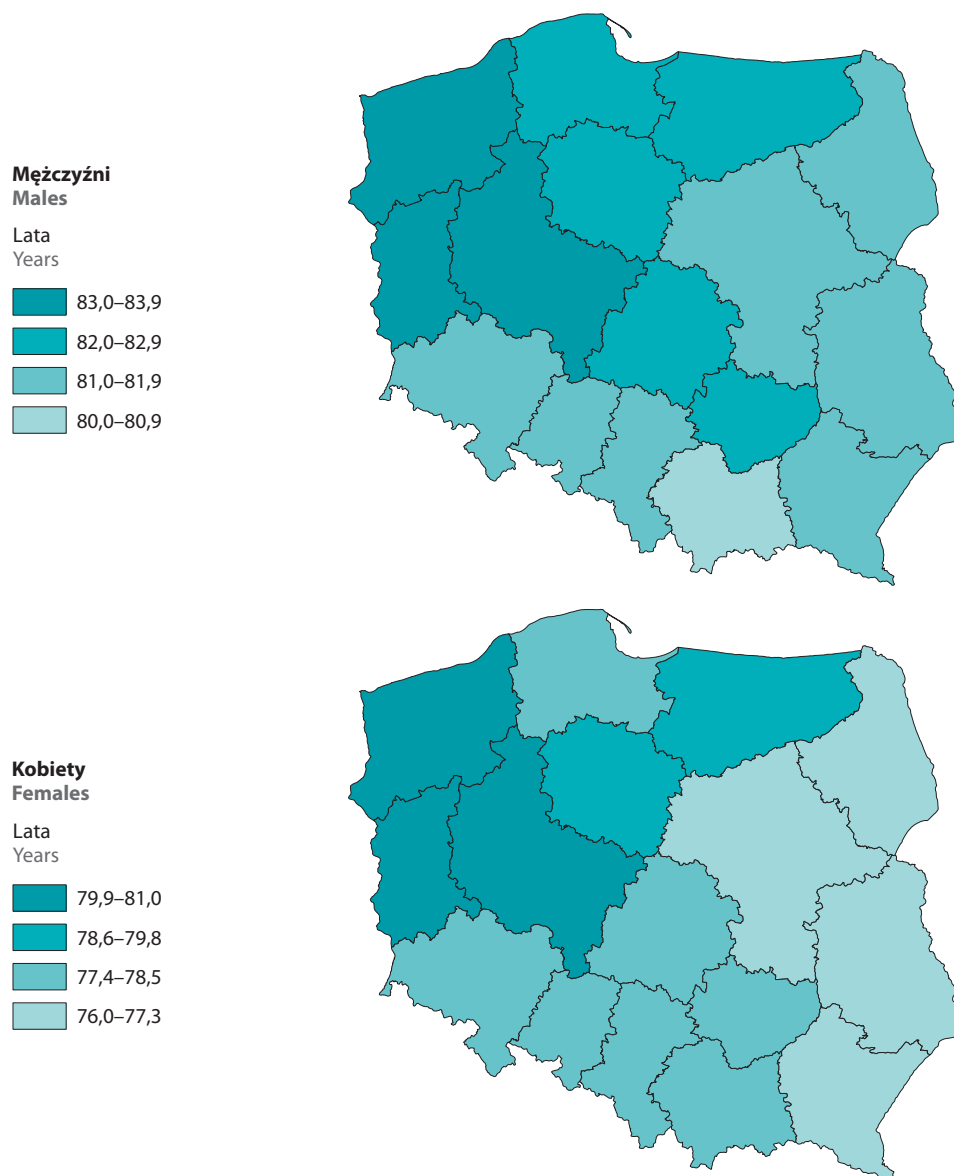
Województwo	Mężczyźni				Kobiety			
	2010	2015	2019	2020	2010	2015	2019	2020
Polska	6,7	7,1	7,8	7,3	7,5	8,0	8,5	8,3
Dolnośląskie	6,2	6,7	7,6	7,2	7,1	7,6	8,4	8,1
Kujawsko-pomorskie	6,5	7,4	7,6	7,2	7,7	8,6	8,7	8,5
Lubelskie	7,4	7,1	8,1	7,3	8,1	7,6	8,4	8,0
Lubuskie	6,1	6,7	7,9	7,7	6,7	7,3	9,1	9,1
Łódzkie	6,2	6,8	7,5	7,1	7,4	8,3	8,0	7,9
Małopolskie	7,0	7,5	7,6	7,1	7,9	8,5	8,5	8,4
Mazowieckie	6,6	7,2	7,9	7,0	7,6	8,5	8,2	8,3
Opolskie	6,2	6,7	7,7	7,3	7,1	7,6	8,4	8,2
Podkarpackie	7,7	7,3	8,3	7,5	8,2	7,7	8,5	8,0
Podlaskie	7,7	7,2	8,2	7,6	8,3	7,7	8,5	8,1
Pomorskie	6,8	7,6	7,8	7,4	7,8	8,6	8,8	8,7
Śląskie	6,8	7,2	7,3	6,8	7,7	8,2	8,2	8,2
Świętokrzyskie	7,5	7,0	8,0	7,2	8,1	7,6	8,3	8,1
Warmińsko-mazurskie	6,6	7,3	7,5	7,2	7,8	8,6	8,7	8,6
Wielkopolskie	6,1	6,9	8,2	7,8	6,7	7,3	9,1	9,2
Zachodniopomorskie	6,0	6,8	8,2	7,8	6,7	7,3	9,1	9,3

W analizie oczekiwanego trwania życia w zdrowiu (HLY₀) ważne jest uwzględnienie również przeciętnego trwania życia (e₀), czyli określenie jaka część życia wolna jest od niepełnosprawności.

Regionalne zróżnicowanie oczekiwanego trwania życia w zdrowiu w momencie narodzin (HLY₀) wyrażonego jako procent przeciętnego trwania życia przedstawiono na poniższych mapach. W województwach Polski zachodniej, a zwłaszcza północno-zachodniej, proporcja ta jest wyższa w porównaniu do województw leżących na wschodzie kraju. Dłuższe życie niekoniecznie oznacza zdrowsze życie. Wiadome jest, że kobiety żyją dłużej. Jednak proporcje HLY₀ do e₀ również na poziomie województw są dla nich niższe względem mężczyzn – mężczyźni większą część życia przeżywają bez niepełnosprawności.

Mapa 18. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w momencie narodzin (HLY_0) według płci wyrażone jako procent przeciętnego trwania życia (e_0) w 2020 r.

Map 18. Healthy life years at birth (HLY_0) as a percentage of the life expectancy (e_0) by sex in 2020



Występuje duże zróżnicowanie przestrzenne wskaźników przeciętnego trwania życia i oczekiwanego trwania życia w zdrowiu w Polsce, zwłaszcza w przypadku kobiet.

W przypadku mężczyzn, województwa charakteryzujące się zarówno niskim trwaniem życia, jak i trwaniem życia w zdrowiu to: łódzkie, dolnośląskie i świętokrzyskie. Najbliżej poziomu krajowego wartości tych wskaźników są dla województw: kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego i opolskiego. Województwo pomorskie jest jedynym województwem w przypadku mężczyzn, gdzie oba wskaźniki są na wysokim poziomie. Na uwagę zasługują również województwa lubuskie oraz zachodniopomorskie, w których pomimo niskiego trwania życia obserwuje się relatywnie wysokie trwanie życia w zdrowiu.

W przypadku kobiet najniższym poziomem obu parametrów charakteryzowały się województwa: łódzkie i śląskie. W województwach: dolnośląskim, opolskim i świętokrzyskim parametry te kształtują się na poziomie krajowym. Województwa, w których zarówno trwanie życia, jaki i trwanie życia w zdrowiu wyraźnie przekraczają poziom krajowy to: mazowieckie oraz pomorskie. Ponownie na uwagę zasługuje województwo lubuskie, w którym pomimo niskiego trwania życia występuje wysoki wskaźnik trwania życia w zdrowiu, wyraźnie przekraczający poziom krajowy.

3. Przedwcześnie utracone lata życia

3. Potential years of life lost

Utracone lata życia z potencjalnego limitu życia (PYLL – Potential Years of Life Lost) to wskaźnik, który, obok trwania życia i trwania życia w zdrowiu, jest jednym z podstawowych mierników stosowanych przez instytucje międzynarodowe (m.in. Eurostat, OECD, ONZ) głównie w celu zobrazowania panujących warunków życia oraz sytuacji zdrowotnej pomiędzy krajami. Wskaźnik PYLL jest miernikiem obciążenia przedwczesną umieralnością i wyraża liczbę przedwcześnie utraconych lat życia (Kozierkiewicz i inni, 2016).

Wskaźnik ten obliczono według metodologii zaproponowanej przez Romedera i McWhinniego (1997). Przyjęto, że zgon przed 70 rokiem życia jest przedwczesny – jest to umowna granica stosowana przez OECD oraz Eurostat. W związku z tym w analizie brane pod uwagę są tylko osoby w wieku poniżej 70 lat życia. W metodologii obliczania PYLL używa się tzw. przedwcześnie utraconych lat życia, czyli różnicy między przyjętymi umownie 70 latami a wiekiem osoby zmarłej. Przykładowo, jeżeli osoba zmarła w wieku 50 lat, to utraciła przedwcześnie 20 lat życia. PYLL jest sumą wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia w danej populacji:

$$PYLL = \sum_{x=0}^{70} (70 - x) \cdot d_x,$$

gdzie:

x – liczba ukończonych lat w momencie zgonu,

d_x - liczba zgonów w wieku x ukończonych lat.

Wskaźnik PYLL najczęściej przedstawia się w przeliczeniu na 100 tysięcy osób:

$$PYLL = \frac{100\,000}{N} \sum_{x=0}^{70} (70 - x) \cdot d_x,$$

gdzie N jest liczbą osób w wieku poniżej 70 lat.

Dodatkowo, zgodnie z Castro i inni (2021) w obliczeniach zastosowano podział na 5-letnie grupy wieku i przyjęto założenie o równomiernym rozkładzie zgonów wewnątrz każdej z grup. To podejście umożliwia przeprowadzenie oszacowania przedwcześnie utraconych lat życia ogółem bądź na skutek konkretnej przyczyny (grupy przyczyn) zgonu. W tym celu należy uwzględnić odpowiednio wszystkie zgony w wieku x ukończonych lat lub tylko te wywołane daną przyczyną (grupą przyczyn).

W celu wyeliminowania wpływu zmieniającej się struktury wieku ludności na wyniki analiz zastosowano standaryzację. Technika ta umożliwia badanie zmian w czasie na poziomie ogólnopolskim oraz dokonanie porównań międzywojewódzkich oraz międzynarodowych. Metoda ta obrazuje ile byłoby zgonów dla poszczególnych grup wieku, gdyby struktura ludności według wieku nie ulegała zmianie. Za populację standardową przyjęto ogólnopolską strukturę ludności w dniu 30 czerwca 2020 r.

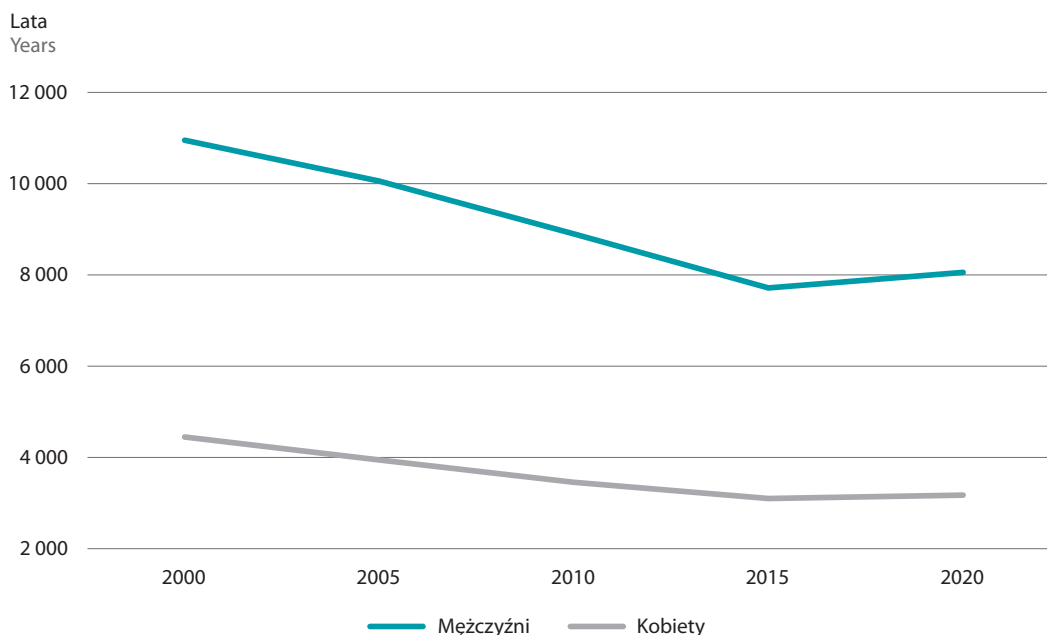
3.1. Przedwcześnie utracone lata życia w Polsce

3.1. Potential years of life lost in Poland

W Polsce, w latach 2000–2015 liczba przedwcześnie utraconych lat życia (wskaźnik PYLL) ulegała systematycznemu i wyraźnemu zmniejszaniu zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Ten korzystny trend w ostatnich latach odwrócił się i następuje powolny wzrost przedwcześnie utraconych lat życia dla obu płci. W całym analizowanym okresie wartość wskaźnika PYLL dla mężczyzn była wyraźnie wyższa niż dla kobiet. W 2020 r. wartość ta wyniosła 8 056 lat na 100 tysięcy mężczyzn oraz 3 178 lat na 100 tysięcy kobiet. Na początku analizowanego okresu różnica między płciami w liczbie przedwcześnie utraconych lat życia wyniosła 6 505 lat, po czym ulegała stopniowemu zmniejszaniu i w 2020 r. wyniosła 4 878 lat.

Wykres 73. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce w wybranych latach

Chart 73. Potential years of life lost for women and men in Poland in selected years



Mężczyźni na wsi przedwcześnie tracą więcej lat, niż mieszkańcy miast. Warto zwrócić uwagę, iż odwrotnie jest w przypadku kobiet, wśród których to mieszkanki obszarów miejskich tracą więcej lat na skutek przedwczesnych zgonów. Zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn obserwowane jest zmniejszanie się różnicy w wartości PYLL pomiędzy mieszkańcami miast oraz wsi na przestrzeni ostatnich lat.

W celu pogłębienia analizy dotyczącej przedwcześnie utraconych lat życia, zdecydowano się zwrócić szczególną uwagę na pięć grup przyczyn zgonów mających największy udział w ogólnej liczbie zgonów, czyli choroby nowotworowe, choroby układów: krążenia, oddechowego i pokarmowego, a także zewnętrzne przyczyny.

W przypadku chorób nowotworowych oraz układu krążenia liczba przedwcześnie utraconych lat życia zmniejszyła się w analizowanych latach dla kobiet i mężczyzn, zamieszkujących zarówno obszary miejskie, jak i wiejskie. Podobny trend występował przez wiele lat dla zewnętrznych przyczyn, lecz w 2020 r. uległ on zmianie i pojawił się niewielki wzrost liczby przedwcześnie utraconych lat życia. Tylko dla mężczyzn zamieszkujących obszary wiejskie nie odnotowano tej niekorzystnej zmiany.

W 2020 r. zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn wyraźnie wzrosła liczba przedwcześnie utraconych lat życia na skutek zgonów wywołanych chorobami układu pokarmowego, zaś w przypadku chorób układu oddechowego zaobserwowano wzrost jedynie w przypadku mężczyzn.

Tablica 35. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce na skutek wybranych grup przyczyn w wybranych latach

Table 35. Potential years of life lost for women and men in Poland due to selected causes in chosen years

Obszar Area	Rok Year	PYLL lata years					
		Ogółem Total	Choroby nowotworowe Neoplasms	Choroby układu krążenia Diseases of the circulatory system	Zewnętrzne przyczyny External causes	Choroby układu oddechowego Diseases of the respiratory system	Choroby układu pokarmowego Diseases of the digestive system
Mężczyźni Male							
Ogółem Total	2000	10 954	2 294	2 862	2 616	311	636
	2005	10 056	2 086	2 412	2 452	282	665
	2010	8 900	1 822	2 188	2 172	300	613
	2015	7 715	1 630	1 919	1 670	291	531
	2020	8 056	1 405	1 450	1 720	329	707
Miasta Urban areas	2000	10 684	2 279	2 813	2 288	293	716
	2005	9 790	2 046	2 362	2 143	271	740
	2010	8 574	1 762	2 128	1 883	295	656
	2015	7 531	1 611	1 883	1 475	289	579
	2020	7 916	1 366	1 430	1 569	342	737
Wieś Rural areas	2000	11 395	2 322	2 941	3 156	342	497
	2005	10 475	2 157	2 497	2 931	301	543
	2010	9 392	1 918	2 289	2 595	311	544
	2015	7 978	1 662	1 975	1 937	294	460
	2020	8 258	1 461	1 478	1 932	312	666
Kobiety Female							
Ogółem Total	2000	4 449	1 556	991	519	139	194
	2005	3 947	1 466	785	470	117	202
	2010	3 457	1 344	666	365	124	204
	2015	3 101	1 243	590	289	137	187
	2020	3 178	1 117	449	316	136	244
Miasta Urban areas	2000	4 596	1 646	971	520	138	228
	2005	4 080	1 525	782	481	123	243
	2010	3 545	1 389	650	359	123	246
	2015	3 243	1 289	590	298	150	223
	2020	3 261	1 130	446	327	143	279
Wieś Rural areas	2000	4 174	1 385	1 032	507	139	129
	2005	3 677	1 340	795	446	106	124
	2010	3 286	1 255	698	370	124	129
	2015	2 870	1 163	596	274	118	126
	2020	3 052	1 096	455	303	125	189

Mężczyźni w 2020 r. utracili przedwcześnie najwięcej lat życia na skutek przyczyn zewnętrznych. Należy odnotować, iż ta grupa przyczyn miała większy udział procentowy w całkowitym wskaźniku PYLL dla mężczyzn mieszkających na obszarach wiejskich (około 23%) niż miejskich (około 20%). Choroby nowotworowe oraz układu krążenia w podobnym stopniu odpowiadały za przedwcześnie utracone lata życia (na poziomie 17–18%). Najmniejszy wpływ na całkowitą wartość wskaźnika PYLL miały choroby układu oddechowego (około 4%).

Kobiety w 2020 r. utraciły przedwcześnie najwięcej lat na skutek chorób nowotworowych, odpowiadających za około 35% wszystkich przedwcześnie utraconych lat. Na drugim miejscu znalazły się choroby układu krążenia (około 14% wszystkich przedwcześnie utraconych lat), natomiast najmniejszy procentowy udział w przedwcześnie utraconych latach życia miały choroby układu oddechowego (około 4%).

Tablica 36. Przedwcześnie utracone lata życia według wybranych grup przyczyn dla kobiet i mężczyzn w Polsce w 2020 r.

Table 36. Potential years of life lost for women and men due to selected causes in Poland in 2020

Obszar Area	PYLL ogółem Total PYLL	Choroby nowotworowe Neoplasms	Choroby układu krążenia Diseases of the circulatory system	Zewnętrzne przyczyny External causes	Choroby układu oddechowego Diseases of the respiratory system	Choroby układu pokarmowego Diseases of the digestive system
	lata years	udział procentowy w ogólnej wartości PYLL percentage of the total PYLL value				
Mężczyźni Male						
Ogółem Total	8 056	17,4	18,0	21,4	4,1	8,8
Miasta Urban areas	7 916	17,3	18,1	19,8	4,3	9,3
Wieś Rural areas	8 258	17,7	17,9	23,4	3,8	8,1
Kobiety Female						
Ogółem Total	3 178	35,1	14,1	9,9	4,3	7,7
Miasta Urban areas	3 261	34,7	13,7	10,0	4,4	8,6
Wieś Rural areas	3 052	35,9	14,9	9,9	4,1	6,2

W powyższej tabelicy przedstawiono wartości wskaźnika PYLL dla wybranych grup wieku w Polsce w 2020 r. Niezależnie od płci, najwyższe wartości tego wskaźnika obserwowane były w grupach wieku 45–59 oraz 60–69 lat.

Wrzaz z wiekiem rośnie udział chorób nowotworowych – dla osób po 45 roku życia odpowiadają za ponad 20% wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia dla mężczyzn oraz za ponad 43% dla kobiet.

Podobnie kształtował się wpływ chorób układu krążenia. Po ukończeniu 45 roku życia przekracza 20% udział w ogólnej wartości wskaźnika PYLL dla mężczyzn, natomiast dla kobiet duży ich udział (ponad 20%) pojawia się dopiero po ukończeniu 60 roku życia. Zewnętrzne przyczyny miały największy wpływ na wartość PYLL dla osób w grupie wieku 15–29 lat – dla mężczyzn odpowiadały one za dwie trzecie wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia, a dla kobiet za blisko połowę. Choroby układu pokarmowego miały największy udział dla osób w wieku 30–44 lat. Wpływ chorób układu oddechowego na całkowitą wartość PYLL był na poziomie kilku procent we wszystkich grupach wieku.

Tablica 37. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet i mężczyzn według wybranych grup przyczyn w Polsce w 2020 r. w podziale na grupy wieku

Table 37. Potential years of life lost for women and men due to selected causes and age groups in Poland in 2020

Grupy wieku Age groups	PYLL ogółem Total PYLL	Choroby nowotworowe Neoplasms	Choroby układu krążenia Diseases of the circulatory system	Zewnętrzne przyczyny External causes	Choroby układu oddechowego Diseases of the respiratory system	Choroby układu pokarmowego Diseases of the digestive system
	lata years	udział procentowy w ogólnej wartości PYLL percentage of the total PYLL value				
Mężczyźni Male						
0–14	2 312	7,4	0,6	9,2	3,1	0,3
15–29	4 040	6,7	3,6	66,6	2,9	4,2
30–44	7 367	8,6	11,3	33,7	4	13,4
45–59	14 446	20,4	21,9	13,1	4	9,9
60–69	12 362	29,4	29,3	4,8	5,1	5,5
Kobiety Female						
0–14	1 893	7,1	0,5	9,5	3,9	0,7
15–29	1 214	11,9	4,9	47,2	5,4	5,4
30–44	2 315	31,7	10,8	16,3	4,2	11,8
45–59	5 419	43,3	15,2	5,2	3,9	9,2
60–69	5 080	43,1	22,5	2,4	4,7	5,8

3.2. Przedwcześnie utracone lata życia w Polsce w 2020 r. w podziale na województwa

3.2. Potential years of life lost in Poland by voivodship in 2020

Uwzględniając podział na województwa, Polska w 2020 r. charakteryzowała się dużym zróżnicowaniem przestrzennym wartości wskaźnika PYLL zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Warto zaznaczyć, że w przypadku mężczyzn zarówno wartości, jak i zróżnicowanie tego wskaźnika są na znacznie wyższym poziomie niż u kobiet.

W 2020 r. najwyższe wartości wskaźnika PYLL tak dla kobiet (3 818 lat), jak i dla mężczyzn (9 672 lat) odnotowano dla województwa łódzkiego. Są to wartości przewyższające o 20% poziom krajowy w obu przypadkach. Ponadto, wysokimi wartościami wskaźnika PYLL – znacznie przekraczającymi poziom krajowy charakteryzują się województwa leżące przy zachodniej granicy Polski. W przypadku mężczyzn na liście o wysokim wskaźniku PYLL warto dodatkowo uwzględnić dwa województwa: lubelskie i świętokrzyskie. Z kolei najniższymi wartościami wskaźnika PYLL dla obu płci cechują się województwa: podkarpackie i małopolskie.

W przypadku mężczyzn najwyższym udziałem chorób nowotworowych (ponad 19%) we wszystkich przedwcześnie utraconych latach życia charakteryzowały się województwa: kujawsko-pomorskie, małopolskie i wielkopolskie, zaś najniższym lubelskie, lubuskie, łódzkie i podlaskie (udział poniżej 16%).

Najwyższy udział chorób układu krążenia (powyżej 23%) w ogólnym wskaźniku PYLL występował w województwach: pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim. Odwrotna sytuacja panowała w województwach: łódzkim, mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim, gdzie wspomniany udział był na poziomie poniżej 15%.

Zewnętrzne przyczyny zgonów miały największy udział (ponad 25%) w ogólnej wartości PYLL w województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, mazowieckim, z kolei najniższy udział (poniżej 17%) zanotowano w województwach: małopolskim, śląskim i zachodniopomorskim. Warto zwrócić uwagę na to, iż mężczyźni tracą zdecydowanie więcej lat życia z powodu tych przyczyn niż kobiety. Udział chorób oddechowych w ogólnej wartości PYLL charakteryzuje się małym zróżnicowaniem i kształtuje się na poziomie od 3% do 5%. Wyjątek stanowi województwo podkarpackie, w którym ten udział wynosi 5,6%.

Choroby układu pokarmowego w największym stopniu wpływały na ilość przedwcześnie utraconych lat życia w województwach: łódzkim, opolskim i śląskim (udział ponad 10%). Warto zwrócić uwagę na województwo kujawsko-pomorskie, w którym udział tych chorób w ogólnej wartości PYLL był zdecydowanie najniższy i wyniósł 6,6%.

W przypadku kobiet we wszystkich województwach choroby nowotworowe były dominującą przyczyną przedwcześnie utraconych lat życia i odpowiadają za ponad 30% całkowitej wartości wskaźnika PYLL.

Największy udział chorób układu krążenia (powyżej 17%) w ogólnym wskaźniku PYLL występował w województwach: dolnośląskim, małopolskim, pomorskim i zachodniopomorskim. Z kolei, województwo podlaskie charakteryzowało się zdecydowanie najmniejszym udziałem (7,2%). Ponadto województwa: łódzkie i mazowieckie również cechowały się względnie niskim udziałem tych chorób na tle pozostałych województw.

Zewnętrzne przyczyny zgonów miały największy udział (około 13%) w ogólnej wartości PYLL w województwach lubelskim i mazowieckim, z kolei najniższy ich udział zanotowano w województwie małopolskim (7,2%).

Podobnie jak w przypadku mężczyzn, udział chorób oddechowych w ogólnej wartości PYLL charakteryzuje się małym zróżnicowaniem i kształtuje się na poziomie od 3% do 5%. Wyjątek stanowi województwo kujawsko-pomorskie, w którym ten udział wynosi blisko 6%. Z kolei, choroby układu pokarmowego w największym stopniu wpływają na liczbę przedwcześnie utraconych lat życia w województwach: łódzkim i śląskim (udział ponad 10%). Warto zwrócić uwagę na województwo wielkopolskie, w którym udział tych chorób w ogólnej wartości PYLL jest zdecydowanie najniższy i nie przekracza 6%.

Tablica 38. Przedwcześnie utracone lata życia dla mężczyzn według wybranych grup przyczyn w 2020 r.

Table 38. Potential years of life lost for men due to selected causes in 2020

Województwo Voivodeship	PYLL ogółem Total PYLL	Choroby nowotworowe Neoplasms	Choroby układu krążenia Diseases of the circulatory system	Zewnętrzne przyczyny External causes	Choroby układu oddechowego Diseases of the respiratory system	Choroby układu pokarmowego Diseases of the digestive system
	lata years	udział procentowy w ogólnej wartości PYLL percentage of the total PYLL value				
Polska	8 056	17,4	18,0	21,4	4,1	8,8
Dolnośląskie	8 357	17,4	20,5	21,7	4,0	7,6
Kujawsko-pomorskie	8 082	19,2	16,8	26,9	4,5	6,6
Lubelskie	8 435	15,6	18,9	28,6	3,3	8,0
Lubuskie	8 542	15,6	18,5	19,3	4,4	9,5
Łódzkie	9 672	15,4	12,4	19,3	3,9	10,1
Małopolskie	6 990	19,3	21,7	15,1	3,3	8,5
Mazowieckie	8 140	17,0	14,0	25,2	4,9	8,6
Opolskie	7 328	18,4	19,5	18,4	4,5	10,1
Podkarpackie	6 981	17,1	19,3	22,3	5,6	8,8
Podlaskie	8 015	15,1	13,2	21,6	4,0	8,1
Pomorskie	7 438	18,0	23,1	22,9	4,5	9,5
Śląskie	8 273	17,9	17,9	17,2	3,9	10,8
Świętokrzyskie	8 651	16,7	23,5	24,1	4,0	7,7
Warmińsko-mazurskie	8 594	16,6	14,7	23,5	4,1	9,6
Wielkopolskie	7 595	19,1	17,5	19,3	3,3	7,8
Zachodniopomorskie	8 478	18,0	23,4	17,6	3,6	8,2

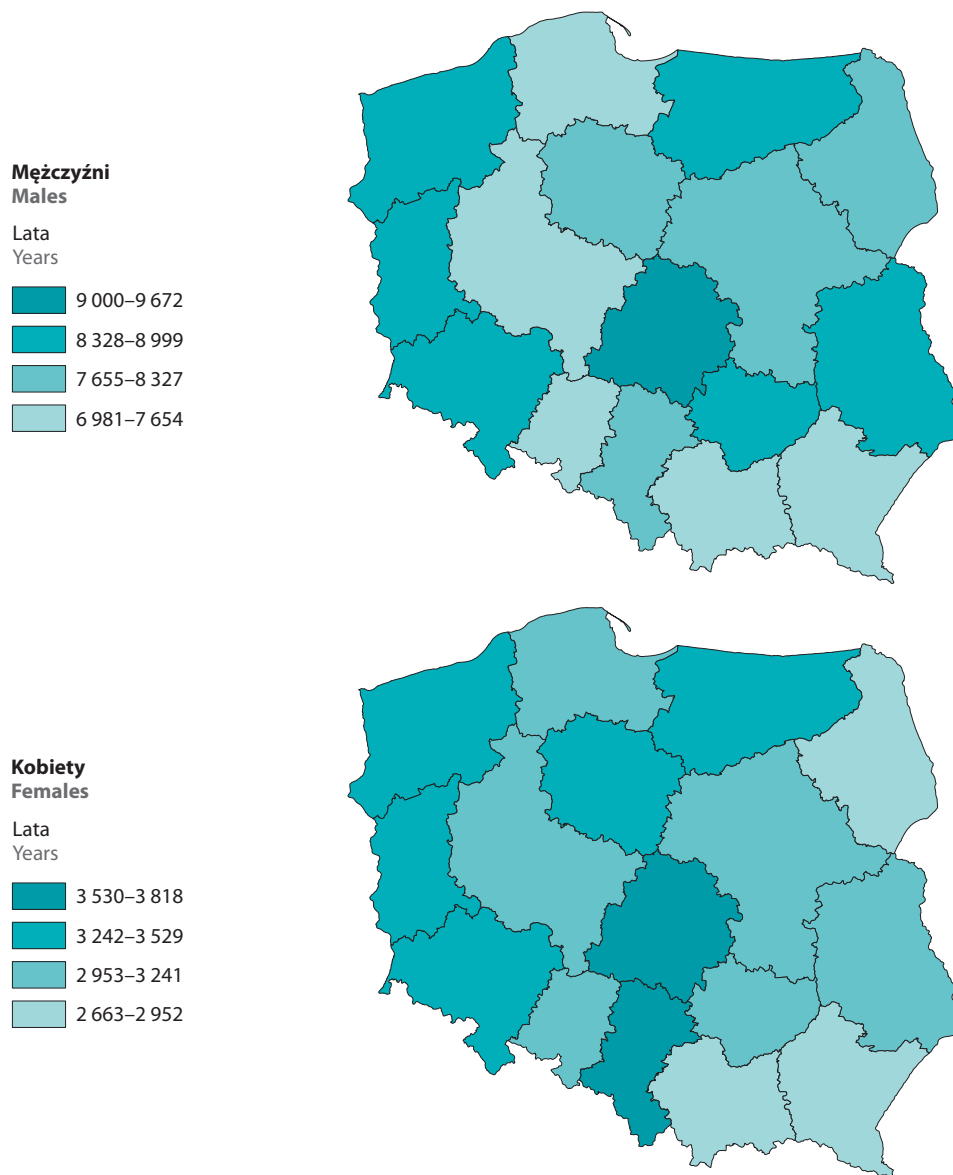
Tablica 39. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet według wybranych grup przyczyn w 2020 r.

Table 39. Potential years of life lost for women due to selected causes in 2020

Województwo Voivodeship	PYLL ogółem Total PYLL	Choroby nowotworowe Neoplasms	Choroby układu krążenia Diseases of the circulatory system	Zewnętrzne przyczyny External causes	Choroby układu oddechowego Diseases of the respiratory system	Choroby układu pokarmowego Diseases of the digestive system
	lata years	udział procentowy w ogólnej wartości PYLL percentage of the total PYLL value				
Polska	3 178	35,1	14,1	9,9	4,3	7,7
Dolnośląskie	3 321	34,9	17,4	9,6	3,7	8,6
Kujawsko-pomorskie	3 292	37,3	13,2	11,2	5,8	6,2
Lubelskie	3 076	32,1	14,4	13,0	3,7	6,2
Lubuskie	3 439	33,6	15,6	10,2	3,5	8,0
Łódzkie	3 818	32,4	10,4	9,3	4,3	9,8
Małopolskie	2 663	35,4	17,3	7,2	3,6	6,3
Mazowieckie	3 125	35,5	11,3	12,8	4,4	7,3
Opolskie	3 004	34,7	13,8	10,4	4,4	11,0
Podkarpackie	2 682	34,5	14,5	9,0	4,8	6,0
Podlaskie	2 735	35,8	7,2	12,0	5,4	6,8
Pomorskie	2 973	35,8	17,2	10,1	4,7	7,6
Śląskie	3 568	34,8	14,6	8,2	4,1	9,9
Świętokrzyskie	3 073	36,0	15,9	8,6	3,7	6,4
Warmińsko-mazurskie	3 326	37,7	12,1	9,6	5,4	8,5
Wielkopolskie	3 132	37,8	13,6	9,1	3,9	5,6
Zachodniopomorskie	3 324	33,0	17,7	9,9	4,5	7,4

Mapa 19. Przedwcześnie utracone lata życia według płci w 2020 r.

Map 19. Potential years of life lost by sex in 2020

**3.3. Przedwcześnie utracone lata życia w Polsce na tle wybranych krajów Europy****3.3. Potential years of life lost in Poland compared to selected European countries**

Eurostat oblicza przedwcześnie utracone lata życia (PYLL) dla większości krajów europejskich, lecz bez uwzględniania poszczególnych przyczyn zgonów (jedynie PYLL ogólny). Z tego powodu poniższa analiza została przeprowadzona na podstawie obliczeń własnych, a zastosowana metodologia, w tym populacja standardowa, jest taka sama jak w przypadku analizy dla Polski.

W bazach Eurostatu ostatnim rokiem, dla którego dostępne są zgony według przyczyn, płci oraz 5-letnich grup wieku, jest 2019 r. Niestety nie dla wszystkich krajów dane te są uzupełnione⁴² (np. brak danych dla

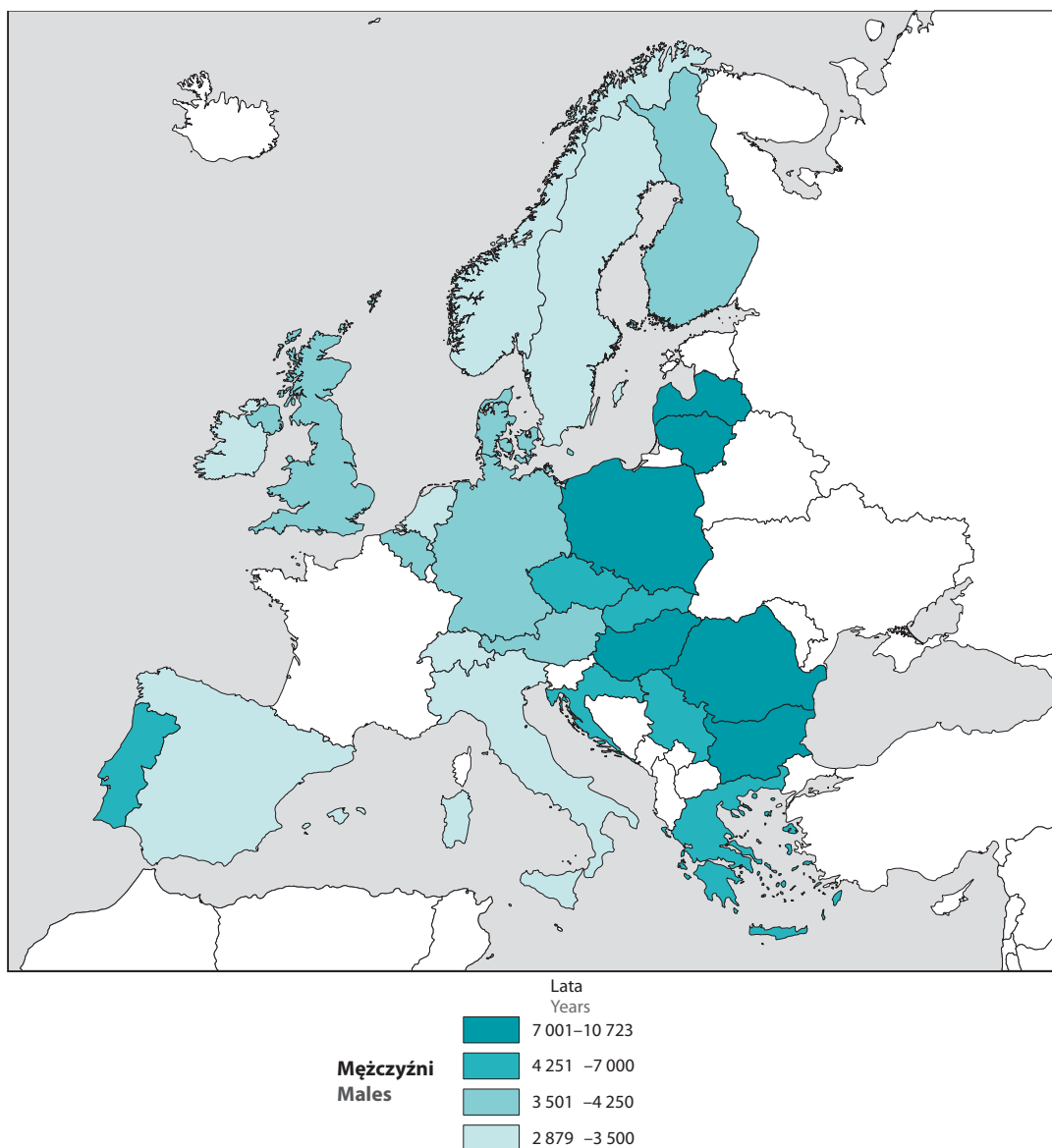
⁴² <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, Dostęp: 18.11 2021 r.

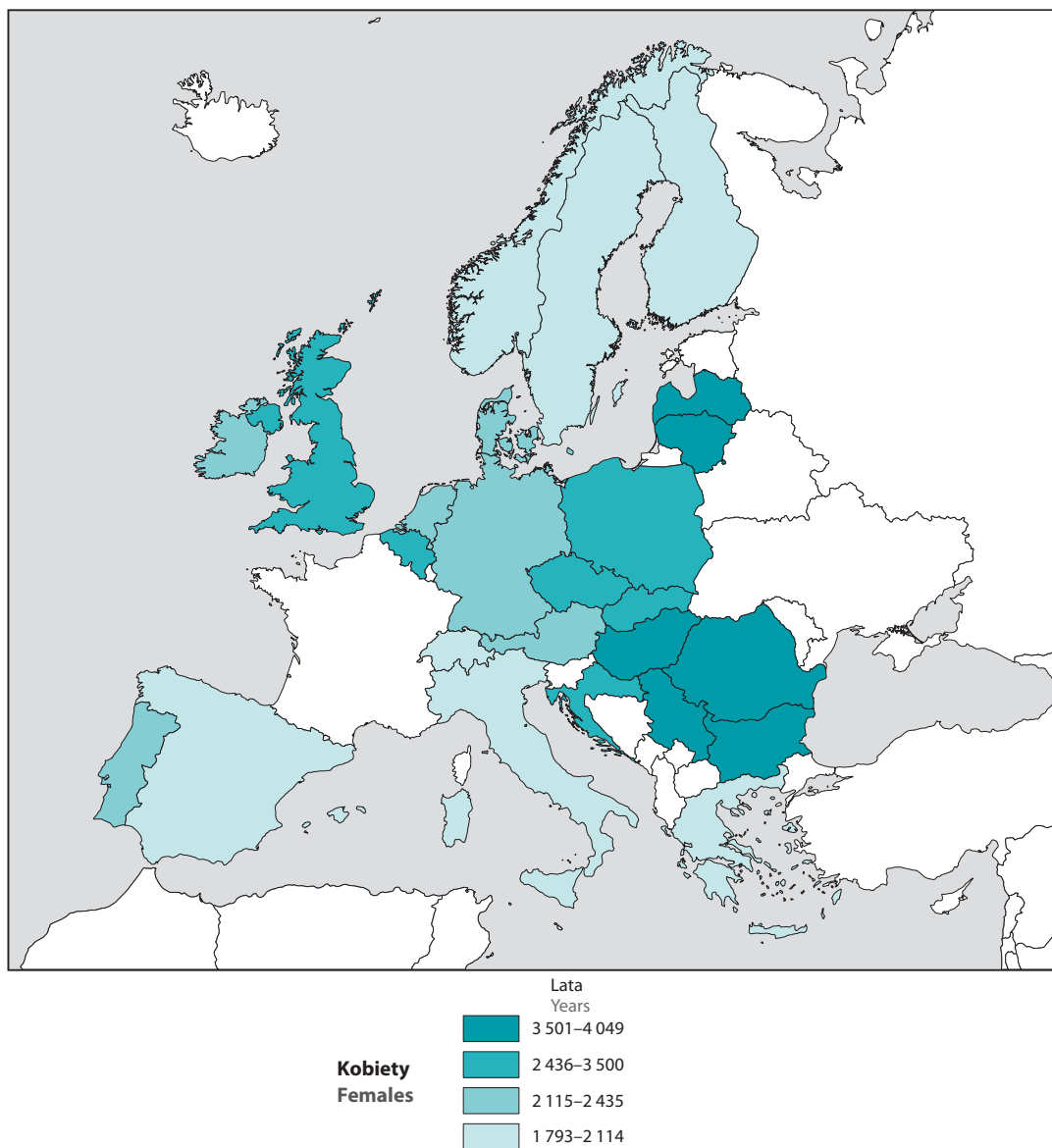
Wielkiej Brytanii, Włoch, Szwecji) dlatego zdecydowano się przeprowadzić analizę dla 2018 r., jednak i dla tego roku konieczna była rezygnacja z analizowania niektórych krajów ze względu na brak danych (np. Francja) lub brak kompletnych danych (np. Estonia, gdzie dane dla osób poniżej 15 r.ż. w analizowanych przekrojach są poufne).

Duże zróżnicowanie wskaźnika PYLL w Europie obserwowane jest zwłaszcza dla mężczyzn, gdzie wskaźnik ten waha się w przedziale od 2 879 (Szwajcaria) do 10 723 (Litwa) przedwczesnie utraconych lat życia. W przypadku kobiet wspomniane zróżnicowanie jest na znacznie niższym poziomie, tj. od 1 793 (Hiszpania) do 4 049 (Bułgaria) utraconych lat życia.

Mapa 20. Przedwczesnie utracone lata życia według płci w wybranych krajach Europy w 2018 r.

Map 20. Potential years of life lost by sex in selected European countries in 2018





Zauważalna jest tendencja, iż mieszkańcy krajów nadbałtyckich, bałkańskich oraz Europy Centralnej charakteryzują się znacznie większą liczbą przedwcześnie utraconych lat niż mieszkańcy pozostałych krajów europejskich. W 2018 r. Polska należała do krajów o najwyższej liczbie przedwcześnie utraconych lat życia. Wśród 26 analizowanych państw Polacy znaleźli się na 5. miejscu pod względem najwyższej wartości PYLL dla mężczyzn oraz na 8. miejscu dla kobiet. W przypadku obu płci większą niż w Polsce przedwczesną umieralnością charakteryzują się mieszkańcy Litwy, Łotwy, Rumunii oraz Bułgarii.

Wartość wskaźnika PYLL dla mężczyzn jest znacznie wyższa niż dla kobiet we wszystkich analizowanych krajach. Najmniejsza dysproporcja wystąpiła w Holandii (w 2018 r. PYLL dla mężczyzn był jedynie 1,4 razy wyższy niż PYLL dla kobiet) a największa w krajach nadbałtyckich: na Łotwie oraz Litwie (PYLL dla mężczyzn jest odpowiednio 2,7 i 2,8 razy wyższy niż dla kobiet). Ta proporcja jest niekorzystana również dla mężczyzn w Polsce, którzy w 2018 r. przedwcześnie utracili aż 2,5 razy więcej lat życia niż kobiety.

W 2018 r. w przypadku mężczyzn, we wszystkich analizowanych krajach europejskich dominującymi przyczynami przedwcześnie utraconych lat życia były choroby nowotworowe, układu krążenia oraz zewnętrzne przyczyny. W sumie odpowiadają one za od 60,3% (Niemcy) do 76,5% (Grecja) przedwcześnie utraconych lat życia ogółem.

Dla mężczyzn występowało duże zróżnicowanie udziału chorób nowotworowych w ogólnej wartości wskaźnika PYLL wśród poszczególnych krajów europejskich. Największy udział został odnotowany w krajach południowoeuropejskich oraz w Holandii, gdzie choroby nowotworowe stanowiły około 30% wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia, najniższy zaś w krajach nadbałtyckich, Bułgarii, Finlandii oraz w Polsce (udział poniżej 20% we wszystkich przedwcześnie utraconych latach życia).

W 2018 r. udział chorób układu krążenia największy był w Bułgarii i stanowił aż 42,1% wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia. Wysoki (powyżej 25%) udział tych chorób w ogólnej wartości PYLL odnotowano dla krajów nadbałtyckich, bałkańskich (bez Chorwacji), Węgier oraz Grecji. Z kolei najniższy ich udział (poniżej 15%) w ogólnej liczbie przedwcześnie utraconych lat życia występował w Belgii, Danii oraz Norwegii. W Polsce choroby układu krążenia odpowiadały za 20,0% wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia mężczyzn.

Zewnętrzne przyczyny zgonów miały największy udział (ponad 30%) w ogólnej wartości PYLL w krajach skandynawskich (oprócz Danii), z kolei najniższy udział (jedynie 13%) zanotowano w Bułgarii. W Polsce przyczyny zewnętrzne odpowiadają za 21,8% za wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia u mężczyzn.

Choroby układu oddechowego odpowiadały za przedwczesną utratę od 1,7% (Finlandia) do 9,3% (Rumunia) lat życia. Niewielki udział tych chorób w ogólnej wartości PYLL zaobserwowano również w innych krajach skandynawskich (Szwecja: 2,4%, Norwegia: 3,2%).

Na skutek chorób układu pokarmowego mężczyźni w 2018 r. utracili przedwcześnie od 3,0% (Grecja) do 12,4% (Słowacja) lat życia. Polska należała do krajów o wysokim udziale (8,4%) tych chorób.

W przypadku kobiet w prawie wszystkich analizowanych krajach dominującą przyczyną przedwcześnie utraconych lat życia były choroby nowotworowe, które odpowiadały za od 30,7% (Bułgaria) do aż 49,8% (Włochy) przedwcześnie utraconych lat życia. Jedynie w Bułgarii przyczyną przedwczesnej utraty życia kobiet częściej były choroby układu krążenia (34,1%) niż choroby nowotworowe.

Choroby układu krążenia miały najmniejszy wpływ na wartość wskaźnika PYLL w Szwajcarii (8,2%), Norwegii (8,5%) oraz w Holandii (9,8%), natomiast największy w Serbii, na Węgrzech, Litwie, Rumunii i w Bułgarii (powyżej 20% wszystkich przedwcześnie utraconych lat życia). Udział procentowy tych chorób w Polsce również był wysoki i wyniósł 15,5%.

Kolejną badaną grupą przyczyn zgonów są przyczyny zewnętrzne, które odpowiadały za od 6,3% (Serbia) do 21,5% (Szwecja) przedwcześnie utraconych lat życia. Warto zwrócić uwagę, iż w krajach półwyspu skandynawskiego była to, obok chorób nowotworowych, jedna z dominujących grup przyczyn.

W analizowanych krajach europejskich choroby układu oddechowego i pokarmowego miały niewielki wpływ na przedwczesną utratę życia kobiet (poniżej 10% ogólnej wartości PYLL dla danego kraju). Choroby układu oddechowego najwyższy udział w ogólnej wartości PYLL miały dla kobiet w Rumunii i w Wielkiej Brytanii (co najmniej 7,0%), a choroby układu pokarmowego dla kobiet w krajach nadbałtyckich, w Rumunii oraz Słowacji (co najmniej 8,0%). W 2018 r. kobiety w Polsce przedwcześnie utraciły 4,8% lat życia na skutek chorób układu oddechowego (jest to przeciętna wartość dla analizowanych krajów) oraz aż 7,6% lat życia z powodu chorób układu pokarmowego, przez co znajdują się na 5. miejscu pod względem największej przedwczesnej umieralności z tej przyczyny.

Tablica 40. Przedwcześnie utracone lata życia dla mężczyzn w wybranych krajach europejskich w 2018 r. z uwzględnieniem przyczyn

Table 40. Potential years of life lost for men due to selected causes in selected european countries in 2018

Regiony europejskie European regions	Kraj Country	PYLL ogólny Total PYLL	Choroby nowotwo- rowe Neoplasms	Choroby układu krążenia Diseases of the circulatory system	Choroby układu oddecho- wego Diseases of the respiratory system	Choroby układu pokarmo- wego Diseases of the digestive system	Zewnętrzne przyczyny External cause
		lata years	udział procentowy w ogólnej wartości PYLL percentage of the total PYLL value				
Kraje bałkańskie Balkan countries	BG Bułgaria	8 378	18,6	42,1	5,6	8,1	13,0
	HR Chorwacja	6 027	29,0	23,3	2,2	7,7	20,7
	RO Rumunia	8 817	22,2	27,9	9,3	11,3	17,3
	RS Serbia	6 772	25,8	28,4	4,2	4,3	15,3
Europa Centralna Central Europe	CZ Czechy	5 174	23,4	23,3	5,2	9,3	25,0
	HU Węgry	7 472	27,8	29,1	5,3	9,6	15,8
	PL Polska	7 586	19,5	20,0	4,4	8,4	21,8
	SK Słowacja	6 938	22,7	24,1	5,0	12,4	20,4
Kraje nadbałtyckie Baltic countries	LT Litwa	9 835	17,6	25,8	3,6	9,9	29,6
	LV Łotwa	10 723	16,1	32,2	4,1	7,7	24,8
Kraje południowo- europejskie Southern European countries	EL Grecja	4 275	28,8	26,6	3,2	3,0	21,1
	ES Hiszpania	3 383	34,1	17,8	5,2	5,5	17,9
	IT Włochy	3 060	32,5	18,1	3,1	4,6	18,6
	PT Portugalia	4 598	32,1	15,6	4,4	6,0	19,1
Kraje skandynawskie Scandinavian countries	DK Dania	3 712	24,5	14,9	5,3	6,7	21,5
	FI Finlandia	4 168	18,6	20,7	1,7	9,1	34,3
	NO Norwegia	2 933	25,9	14,2	3,2	3,1	34,7
	SE Szwecja	3 074	22,4	17,2	2,4	3,9	35,5
Kraje zachodnio- europejskie Western European countries	AT Austria	3 709	26,9	17,6	3,8	5,7	25,1
	BE Belgia	3 910	24,7	13,9	4,7	5,4	29,3
	CH Szwajcaria	2 879	27,8	15,0	2,7	3,5	25,4
	DE Niemcy	4 209	25,2	18,1	4,0	6,9	17,0
	IE Irlandia	3 459	26,6	19,4	3,7	5,9	26,6
	NL Holandia	3 143	31,5	15,3	3,3	3,6	20,8
	UK W. Brytania	4 187	23,4	19,0	5,8	7,8	25,5

Tablica 41. Przedwcześnie utracone lata życia dla kobiet w wybranych krajach europejskich w 2018 r. z uwzględnieniem przyczyn

Table 41. Potential years of life lost for women due to selected causes in selected european countries in 2018

Regiony europejskie European regions	Kraj Country	PYLL ogólny Total PYLL	Choroby nowotwo- rowe Neoplasms	Choroby układu krążenia Diseases of the circulatory system	Choroby układu oddecho- wego Diseases of the respiratory system	Choroby układu pokarmo- wego Diseases of the digestive system	Zewnętrzne przyczyny External cause
		lata years	udział procentowy w ogólnej wartości PYLL percentage of the total PYLL value				
Kraje bałkańskie Balkan countries	BG Bułgaria	4 049	30,7	34,1	5,9	4,4	8,1
	HR Chorwacja	2 592	45,3	16,3	2,9	5,3	10,0
	RO Rumunia	3 872	33,4	23,1	8,5	9,2	9,6
	RS Serbia	3 721	40,9	20,0	5,2	2,8	6,3
Europa Centralna Central Europe	CZ Czechy	2 513	39,2	17,0	5,3	7,6	13,7
	HU Węgry	3 615	41,2	21,2	6,3	6,7	8,1
	PL Polska	3 063	38,9	15,5	4,8	7,6	9,4
Kraje nadbałtyckie Baltic countries	LT Litwa	3 573	33,1	19,8	2,5	9,1	15,5
	LV Łotwa	4 013	33,1	23,0	3,1	8,0	13,0
Kraje południowo- europejskie Southern European countries	EL Grecja	2 011	45,1	15,5	3,5	2,4	9,5
	ES Hiszpania	1 793	46,8	11,6	4,9	3,7	9,8
	IT Włochy	1 809	49,8	11,6	3,1	3,0	8,2
	PT Portugalia	2 185	42,2	12,2	3,4	3,7	8,7
Kraje skandynawskie Scandinavian countries	DK Dania	2 380	42,8	10,7	6,2	5,7	10,0
	FI Finlandia	2 114	35,7	12,6	2,6	7,0	19,8
	NO Norwegia	1 870	44,0	8,5	5,3	3,4	19,8
	SE Szwecja	1 965	40,1	10,7	3,8	3,2	21,5
Kraje zachodnio- europejskie Western European countries	AT Austria	2 120	42,8	12,4	4,2	4,5	12,9
	BE Belgia	2 445	36,7	11,4	5,6	5,0	16,8
	CH Szwajcaria	1 840	40,7	8,2	3,2	3,5	16,2
	DE Niemcy	2 435	40,2	12,4	4,6	5,5	9,4
	IE Irlandia	2 230	45,2	11,6	5,8	3,8	13,4
	NL Holandia	2 285	46,7	9,8	5,1	2,9	11,7
UK W. Brytania	2 687	37,8	12,7	7,0	7,3	13,0	

Podsumowanie

Dla prawidłowej oceny sytuacji epidemiologicznej i zdrowotnej ludności niezbędne jest dysponowanie dobrą jakością informacją statystyczną dotyczącą skali i charakterystyki zgonów według schorzeń prowadzących do zgonu. Potrzeba rzetelnej diagnozy, która będzie podstawą do przewidywań i budowania programów prozdrowotnych, stanowi wyjątkowo pilne zadanie w obliczu wyzwania jakim jest szybko starzejące się społeczeństwo. Od szeregu lat główną przyczyną umieralności w Polsce pozostają choroby układu krążenia. Ponieważ ChUK w przeważającej mierze dotyczą osób w starszych grupach wieku, można spodziewać się wzrostu liczby i natężenia zgonów powodowanych tymi przyczynami. Można także przypuszczać, że jeśli nie nastąpi istotna poprawa w przeciwdziałaniu chorobowości związanej z układem krążenia, układem oddechowym czy nowotworami – nastąpi zdecydowany wzrost liczby zgonów na skutek tych grup przyczyn i wzrost ich udziału w ogólnej liczbie zgonów. Tak więc jedynie realizacja efektywnych programów dotyczących zdrowia publicznego może zmniejszyć ryzyko zwiększenia się umieralności determinowanej starzeniem się społeczeństwa czy niekorzystnymi zmianami środowiskowymi.

Dogłębna diagnoza stanu zdrowia i przyczyn umieralności ludności Polski powinna stanowić nieodzowny element prowadzenia polityki zdrowotnej, w tym działań profilaktycznych. Najbardziej wiarygodną ocenę tych obszarów umożliwiają analizy umieralności. Nie jest to jednak możliwe bez dobrej jakości danych o przyczynach zgonów, albowiem tylko rzetelne i miarodajne orzekanie o przyczynach zgonów może stanowić podstawę do sporządzania takich analiz. W określaniu kondycji zdrowotnej ludności coraz większą rolę spełniają także wskaźniki, za pomocą których ocenia się przedwczesną umieralność, wyrażoną w jednostkach utraconego czasu. Przedwczesne zgony skutkują wielowymiarową stratą, rzutującą na funkcjonowanie zarówno najmniejszej komórki społecznej (rodzina), jak i na całe społeczeństwa. Analiza współczynników umieralności i zachodzących na tym obszarze zmian umożliwia ocenę stanu zdrowia społeczeństwa a także umożliwia identyfikację problemów zdrowotnych w największym stopniu odpowiedzialnych, zarówno za wysokość tych współczynników, jak i liczbę utraconych lat życia. Ich rozpoznanie umożliwi podjęcie działań zmierzających do redukcji niekorzystnych trendów umieralności, a także niwelowania nierówności w stanie zdrowia.

Sytuacja epidemiologiczna z powodu umieralności przedwczesnej powinna być priorytetem dla instytucji odpowiedzialnych za kondycję zdrowotną społeczeństwa, jakości opieki zdrowotnej i prowadzonych działań profilaktyczno-zaradczych w tym zakresie.

Executive summary

To correctly evaluate epidemiological and public health it is necessary to have a good quality of statistical data on the scale and deaths characteristics by diseases leading to death. There is a need of reliable diagnosis to have a base to forecast and construct health-promoting programs. It is an urgent task in situation when society is rapidly aging.

For many years main cause of deaths in Poland are circulatory diseases. Because those diseases predominantly affect older age groups we can assume that there will be increase in number and intensity of deaths tied with this cause of death. It can be also assumed that if there will not be an improvement in counteraction against morbidity in fields of circulatory and respiratory diseases or neoplasms we will face substantial increase in number of deaths due to those causes and an increase in their share in the total number of deaths. Therefore only the implementation of effective public health programs can reduce the risk of an increase in mortality determined by aging of the population or unfavourable environmental changes.

In-depth diagnosis of the health condition and causes of mortality should be indispensable element of health policy including preventive actions. The most reliable evaluation of these fields is provided by mortality analyses. However, it is not possible without good-quality data on the causes of death because only reliable death certificates can be trusted source of such analyses. The indicators used to assess premature mortality, expressed in units of lost time, also play an increasingly important role in measuring the health condition of the population. Premature deaths are a multidimensional losses which affect both the families as the smallest social units and also an entire society. The analysis of mortality rates and the changes in this area enables the assessment of the health of the society and identification of health problems most responsible for both the amount of these rates and the number of lost years of life. Identification of those problems will enable taking actions aimed at reducing unfavourable trends in mortality, as well as eliminating inequalities in health.

The epidemiological situation due to its effects on premature mortality should be priority for institutions responsible for the health condition of the society, quality of the health care system and preventive and remedial measures in that field.

Uwagi metodologiczne⁴³

1. Dane o liczbie i strukturze ludności zostały opracowane metodą bilansową, według następującego schematu:
Stan ludności na początek okresu (roku, kwartału)
+ urodzenia żywe
– zgony
+ zameldowania na pobyt stały (z innych jednostek podziału terytorialnego i z zagranicy)
– wymeldowania z pobytu stałego (do innych jednostek podziału administracyjnego i za granicę)
+ zameldowania na pobyt czasowy ponad 3 miesiące (z innych jednostek podziału administracyjnego)
– wymeldowania z pobytu czasowego ponad 3 miesiące (do innych jednostek podziału administracyjnego)
+(-) przesunięcia ludności z tytułu zmian administracyjnych
= Stan ludności na końcu okresu (roku, kwartału).
Dane o liczbie i strukturze ludności prezentowane w tej publikacji opracowano według krajowej definicji zamieszkania. Oznacza to, że bilans nie obejmuje osób przybyłych z zagranicy na pobyt czasowy (bez względu na okres ich czasowego przebywania), natomiast ujmuje stałych mieszkańców Polski przebywających czasowo za granicą (bez względu na okres ich nieobecności). Od 2010 r. podstawą (bazą wyjściową) bilansu są wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i mieszkań z 2011 r., a dane składowe (urodzenia, zgony i migracje) pochodzą z rejestrów urzędów stanu cywilnego i biur ewidencji poszczególnych gmin oraz z rejestru PESEL.
2. Przez ludność w wieku produkcyjnym rozumie się ludność w wieku zdolności do pracy. Dla mężczyzn przyjęto wiek 18–64 lata, dla kobiet – 18–59 lat. Wśród ludności w wieku produkcyjnym wyróżnia się ludność w wieku mobilnym, tj. w wieku 18–44 lata i niemobilnym, tj. mężczyźni – 45–64 lata, kobiety – 45–59 lat. Przez ludność w wieku nieprodukcyjnym rozumie się ludność w wieku przedprodukcyjnym, tj. do 17 lat oraz ludność w wieku poprodukcyjnym, tj. mężczyźni – 65 lat i więcej, kobiety – 60 lat i więcej.
3. Mediana wieku (wiek środkowy) ludności jest parametrem wyznaczającym granicę wieku, którą połowa ludności już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła.
4. Ruch naturalny uwzględnia fakty zawierania związków małżeńskich, rozwodzenia się, urodzeń i zgonów powodujące zmiany w stanie liczebnym i strukturze ludności według płci, wieku i stanu cywilnego.
5. Przyrost naturalny ludności jest to różnica między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów.
6. Współczynnik dzietności (TFR – total fertility rate) oznacza przeciętną liczbę dzieci, którą urodziłaby kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15–49 lat), przy założeniu że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną wśród kobiet w badanym roku.
7. Niemowlęta są to dzieci w wieku poniżej 1 roku życia.
8. Współczynnik zgonów niemowląt jest liczony jako iloraz ogólnej liczby zgonów niemowląt i ogólnej liczby urodzeń żywych zarejestrowanych w danym roku.
9. Umieralność okołoporodowa (współczynnik) – iloraz liczby urodzeń martwych i zgonów niemowląt w wieku 0–6 dni do ogólnej liczby urodzeń (żywych i martwych).
10. Trwanie życia wyraża średnią liczbę lat, jaką ma jeszcze do przeżycia osoba w danym wieku, przy założeniu stałego poziomu umieralności z okresu, dla którego opracowano tablice trwania życia:
– w przypadku noworodka (dziecka urodzonego w roku, dla którego opracowano tablice trwania życia) jest to przeciętne trwanie życia, tj. oczekiwana liczba lat jakich dożyje;
– w przypadku osoby będącej już w określonym wieku jest to przeciętne dalsze trwanie życia, czyli oczekiwana liczba kolejnych lat życia.
11. Migracje ludności to przemieszczenia ludności związane ze zmianą miejsca zamieszkania (pobytu stałego lub czasowego) połączone z przekroczeniem granicy jednostki administracyjnej podziału terytorialnego kraju (migracje wewnętrzne) lub granicy państwa (migracje zagraniczne).
12. Podstawą wyliczania wszystkich współczynników demograficznych oraz dotyczących migracji ludności (na 1000 ludności) jest średnia liczba ludności zamieszkującej dany obszar (województwo, tereny miejskie/wiejskie). W przypadku danych rocznych jest to liczba ludności według stanu w dniu 30 czerwca.

⁴³ Szczegółowe informacje znajdują się w zeszytach metodologicznych: „Ruch naturalny. Bilanse ludności” <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zeszyt-metodologiczny-ruch-naturalny-bilanse-ludnosc,37,1.html>, „Migracje ludności” <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/zeszyt-metodologiczny-migracje-ludnosc,15,1.html>. Dostęp 18.11.2021 r.

Methodological notes⁴⁴

1. Data on size and structure of population have been prepared using the balance method, according to the following pattern:
Size of population at the beginning of the period (year, quarter)
+ live births
– deaths
+ registrations for permanent residence (moving from other units of administrative division and from abroad)
– deregistration from permanent residence (in connection with moving to other units of administrative division and abroad)
+ registration for temporary stay above 3 months (moving from other units of administrative division)
– deregistration from temporary stay above 3 months (in connection with moving to other units of administrative division)
+(-) changes in population caused by administrative changes
= Size of population at the end of the period (year, quarter)
The data on the number and structure of population presented in this publication have been developed according to the national definition of residence. This means that the population balance does not include people who have arrived from abroad for temporary stay (regardless of the duration of their temporary stay), but included permanent residents of Poland temporarily staying abroad (regardless of the duration of their absence). Since 2010 the basis of the balance are the results of the Population and Housing Census held on March 31, 2011, and component data (births, deaths and migration) comes from the reports of civil status offices and local registration offices of individual gminas and PESEL register.
2. The working age population refers to males, aged 18–64, and females, aged 18–59. In this category the age groups of mobility (i.e. 18–44) and non-mobility (i.e. 45–64 for males and 45–59 for females) are distinguished. The non-working age population is defined as the pre-working age population, i.e., up to the age of 17 and the post-working age population, i.e., 65 and more for males and 60 and more for females.
3. Median age of population is a parameter determining the exact age, which half of population already exceeded and second half – did not reach yet.
4. Vital statistics contains marriages, divorces, births and deaths resulting in changes in the size and structure of population by sex, age and marital status.
5. Natural increase of population is the difference between the number of live births and the number of deaths.
6. Total fertility rate (TFR) means the number of children that would be born on average by the woman during her whole reproductive age (15–49), by assumption, that in particular phases of this period she would give birth to the children with the intensity observed in a given year, i.e. the age-specific fertility rates are treated as constant.
7. Infants are children below 1 year.
8. The infant death rate is calculated as the relation between total number of infant deaths and total number of live births concerning the same period.
9. Perinatal mortality (rate) – still births and infant deaths at age 0–6 days per 1000 of live and still births.
10. Expectancy of life expresses average number of years that a person in a given age shall survive assuming a steady level of mortality in the period for which the table of the expectation of life was worked out:
– in the case of a newborn (a child born in a year for which life tables are counted), it is the life expectancy at birth, i.e. the expected number of years to live;
– in the case of a person who is already a certain age, it is the average life expectancy, i.e. the expected number of remaining years of life.
11. Population migration are movements of population connected with changing the place of residence (permanent residence or temporary stay) involving crossing the border of administrative unit of territorial division of Poland (internal migration) or the national border (international migration).
12. The base for a calculation of the all demographic rates and the migration of the population (per 1000 population) is average number of persons actually residing in a given area (i.e. voivodship, urban/ rural areas). For annual data it is the population as of 30 June.

⁴⁴ Detailed information can be found in methodological report : „Vital statistic. Balances of population” <https://stat.gov.pl/en/topics/population/population/methodological-report-vital-statistic-balances-of-population,11,1.html>, „Migration of population” <https://stat.gov.pl/en/topics/population/international-migration/methodological-report-migration-of-population,7,1.html> Access: 18.11.2021 r.

Bibliografia

Bibliography

1. Baza danych Eurostatu – Eurostat Database: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, (dostęp: listopad 2021 r.);
2. Castro A.P.B., Moreira M.F., Bermejo P.H.S., Rodrigues W., Prata D.N. [2021] Mortality and Years of Potential Life Lost Due to COVID-19 in Brazil. Int J Environ Res Public Health 18(14):7626. DOI: 10.3390/ijerph18147626; Bank Danych Lokalnych <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>
3. Cierniak-Piotrowska M., Marciniak G., Stańczak J.; Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia. W: Strzelecki Z., Szymborski J.[red. nauk.] Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015;
4. Cierniak-Piotrowska M. Na co umarł pacjent – czyli, co jest wpisywane na kartach zgonu? <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/na-co-umarl-pacjent-czyli-co-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-1,1.html> (dostęp: 16 listopada 2021 r.);
5. Farr W: Letter to the Registrar-In Second Annual Report of the Registrar-General of births, and marriages in England. London: Printed by W. Clowes for H.M.S.O; 1840;
6. Główny Urząd Statystyczny. Statystyka przyczyn zgonów. Zgony według przyczyn określanych jako "garbage codes" <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,5.html> (dostęp: 03 grudnia 2021 r.);
7. Kozierkiewicz A., Megas B., Natkaniec M., Topór-Madry R., Kissimova-Skarbek K., Śliwczyński A., Gajda K. [2016] Years of Life Lost Due to Deaths in Poland Measured with Potential Years of Life Lost (PYLL) and Period Expected Years of Life Lost (PEYLL) Indicators in Years 2000–2014. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie; Kraków Tom 14, Nr/wydanie 3:165-174. DOI:10.467/208426270Z.16.020.5889;
8. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 30.06.2021 r.), Warszawa, październik 2021 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosc-i-struktura-ludnosc-oz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stand-w-dniu-30-06-2021,6,30.html> (dostęp: 20 listopada 2021.);
9. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 31.12.2020 r.), Warszawa, kwiecień 2021 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosc-i-struktura-ludnosc-oz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stand-w-dniu-31-12-2020,6,29.html> (dostęp: 20 listopada 2021 r.);
10. Marek M, Chłoń-Domińczak A, Kaleta D i wsp. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. WHO, Warszawa 2012 <https://wsse.krakow.pl/page/wp-content/uploads/2013/06/Spoeczne-nerownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf> (dostęp: 13 listopada 2021 r.);
11. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja 10: <https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10Tom1.pdf> (dostęp: 9 listopada 2021 r.);
12. Neonatal and perinatal mortality for the year 2000: country, regional and global estimates.: World Health Organization (WHO), Geneva 2013, http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf, (dostęp: 3 grudnia 2021r.);
13. Podręcznik poświadczania przyczyn zgonów w Europie, Rzym, grudzień 2003; tłumaczenie własne GUS – tekst roboczy <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/podrecznik-poswiadczenia-przyczyn-zgonow-w-europie,2,1.html> (dostęp: 16.11.2021 r.);
14. Rocznik Demograficzny 2021, lipiec 2021 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2021,3,15.html> (dostęp 20 października 2021 r.);
15. Romeder J.M., McWhinnie J.R. [1977] Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. Int J Epidemiol. 6(2):143-151. DOI: 10.1093/ije/6.2.143
16. Stawińska-Witoszyńska B., Gałęcki J., Wasilewski W. Poradnik szkoleniowy dla lekarzy orzekających o przyczynach zgonów i wystawiających kartę zgonu, NIZP-PZH, MZ, Warszawa 2019 <https://karta-zgonu.pzh.gov.pl/elementor-5/poradniki-i-materialy/> (dostęp 16 października 2021 r.);
17. Sytuacja demograficzna Polski – raport 2019–2020 Rządowej Rady Ludnościowej <https://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosc-iowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosc-iowej/raporty-sytuacja-demograficzna-polski/> (dostęp 10 listopada 2021r.);
18. Szukalski P. Demografia i Gerontologia Społeczna, Biuletyn Informacyjny 2020, nr 5 <https://repozytorium.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/32444/2020-05%20Zgony%20wg%20wieku.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 22 listopada 2021 r.);

19. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2011, World Health Organization (WHO), Geneva 2013, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000-2011.pdf?ua=1 (dostęp 20 października 2021 r.);
20. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2019, World Health Organization (WHO), Geneva 2020, https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfacc_5, (dostęp 20 października 2021 r.);
21. Wieczorkowska-Tobis K. Dlaczego mężczyźni żyją krócej? Nowiny Lekarskie 2012, https://jms.ump.edu.pl/uploads/2012/4/386_4_81_2012.pdf (dostęp: 24 listopada 2021 r.);
22. Wojtyniak B., Rabczenko D., i wsp. Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010. NIZP-PZH, Warszawa 2012 <https://www.pzh.gov.pl/13919/>(dostęp: 23 października 2021 r.).

Aneks tabelaryczny

Table annex

TABLICA I. PODSTAWOWE DANE DEMOGRAFICZNE DLA LAT 1950–2020
TABLE I. BASIC DATA ON POPULATION SIZE, VITAL STATISTICS AND MIGRATION IN 1950–2020
OGÓŁEM TOTAL

Wyszczególnienie	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Specification
Ludność ogółem w tys. (w dn. 31 XII)	25035	27550	29795	31551	32658	34185	35735	37341	38073	38284	38254	38157	38530	38437	38383	38265	Total population as of December 31 (in thousand)
ludność w miastach w %	36,9	43,8	48,3	49,7	52,3	55,7	58,7	60,2	61,8	61,8	61,9	61,4	60,8	60,3	60,0	59,9	urban population in %
ludność na wsi w %	63,1	56,2	51,7	50,3	47,7	44,3	41,3	39,8	38,2	38,2	38,1	38,6	39,2	39,7	40,0	40,1	rural population in %
Przyrost/ubytek rzeczywisty																	Actual increase/ /decrease
w tys.	422	538	423	212	267	339	321	277	85	19	-9	-17	33	-41	-29	-118	in thousand
w %	1,71	1,99	1,42	0,68	0,81	1,00	0,91	0,75	0,22	0,05	-0,02	-0,04	0,08	-0,11	-0,07	-0,31	in %
Mężczyźni (w tys.)	11942	13232	14414	15319	15861	16633	17411	18211	18552	18628	18537	18454	18653	18598	18567	18502	Males (in thousand)
Kobiety (w tys.)	13093	14318	15381	16232	16796	17552	18324	19130	19521	19656	19717	19703	19877	19839	19816	19763	Females (in thousand)
Mediana wieku																	Median age
mężczyźni	24,4	24,6	25,1	26,0	26,2	27,1	28,4	29,6	30,9	32,0	33,4	34,7	36,3	38,2	39,7	40,1	males
kobiety	27,1	27,5	28,3	29,5	30,3	30,0	31,0	32,3	33,7	35,3	37,4	38,9	39,9	41,6	43,0	43,3	females
Ludność w wieku – w %																	Age structure of population in %
przedprodukcyjnym (0–17 lat)	35,1	36,1	37,4	36,7	33,0	29,6	28,8	29,7	29,0	26,6	24,4	20,6	18,8	18,0	18,1	18,2	pre-working (0–17 years)
produkcyjnym (18–59/64 lata)	57,8	56,7	54,6	54,1	56,1	58,4	59,4	58,3	58,2	59,6	60,8	64,0	64,4	62,4	60,0	59,5	working (18–59/ /64 years)
mobilny (18–44 lata)	41,7	39,3	37,1	37,7	39,4	41,0	40,9	40,0	40,1	40,0	39,8	40,0	40,0	39,4	37,7	37,1	mobility (18–44 years)
niemobilny (45–59/ /64 lata)	16,2	17,4	17,5	16,4	16,7	17,4	18,4	18,3	18,1	19,6	21,0	24,0	24,4	23,0	22,3	22,4	non-mobility (45–59/ /64 years)
poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej)	7,0	7,2	8,0	9,3	10,9	12,0	11,8	12,0	12,8	13,8	14,8	15,4	16,8	19,6	21,9	22,3	post-working (60/65 years and more)
0–14 lat (dzieci)	29,5	31,2	33,5	30,6	26,5	23,9	24,4	25,6	24,4	21,6	19,1	16,2	15,2	15,0	15,3	15,4	0–14 years (children)
65 lat i więcej	5,3	5,5	5,9	7,0	8,4	9,7	10,0	9,4	10,2	11,3	12,4	13,3	13,5	15,8	18,1	18,6	65 years and more
Przeciętne trwanie życia																	Life expectancy at birth
mężczyźni	56,1	60,8	64,9	66,6	66,6	67,0	66,0	66,5	66,2	67,6	69,7	70,8	72,1	73,6	74,1	72,6	males
kobiety	61,7	66,2	70,6	72,4	73,3	74,3	74,4	74,8	75,2	76,4	78,0	79,4	80,6	81,6	81,8	80,7	females

TABLICA I. PODSTAWOWE DANE DEMOGRAFICZNE DLA LAT 1950–2020 (cd.)
TABLE I. BASIC DATA ON POPULATION SIZE, VITAL STATISTICS AND MIGRATION IN 1950–2020 (cont.)
OGÓŁEM (dok.) TOTAL (cont.)

Wyszczególnienie	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Specification
Mażeństwa (w tys.)	267,1	258,6	244,2	199,9	280,3	330,8	307,4	266,8	255,4	207,1	211,2	206,9	228,3	188,8	183,4	145,0	Marriages (in thousand)
na 1000 ludności	10,8	9,5	8,2	6,3	8,5	9,7	8,6	7,2	6,7	5,4	5,5	5,4	5,9	4,9	4,8	3,8	per 1000 population
Rozwody (w tys.)	11,0	13,3	14,8	23,6	34,6	41,3	39,8	49,1	42,4	38,1	42,8	67,6	61,3	67,3	65,3	51,2	Divorces (in thousand)
na 1000 ludności	0,4	0,5	0,5	0,8	1,1	1,2	1,1	1,3	1,1	1,0	1,1	1,8	1,6	1,8	1,7	1,3	per 1000 population
Separacje (w tys.)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1,3	11,6	2,8	1,7	1,2	0,7	Legal separations (in thousand)
Urodzenia żywe (w tys.)	763,1	793,8	669,5	547,4	547,8	646,4	695,8	680,1	547,7	433,1	378,3	364,4	413,3	369,3	375,0	355,3	Live births (in thousand)
na 1000 ludności	30,7	29,1	22,6	17,4	16,8	19,0	19,5	18,2	14,3	11,3	9,9	9,6	10,7	9,6	9,8	9,3	per 1000 population
Dzietność kobiet	3,71	3,61	2,98	2,52	2,20	2,27	2,28	2,33	1,99	1,55	1,37	1,24	1,38	1,29	1,42	1,38	Total fertility rate
Zgony ogółem (w tys.)	288,7	261,6	224,2	233,4	268,6	299,5	353,2	384,0	390,3	386,1	368,0	368,3	378,5	394,9	409,7	477,4	Total deaths (in thousand)
na 1000 ludności	11,6	9,6	7,6	7,4	8,3	8,8	9,9	10,3	10,2	10,1	9,6	9,7	9,8	10,3	10,7	12,4	per 1000 population
według przyczyn (w %):																	by causes (in %):
choroby układu krążenia	14,8	19,1 ^{a)}	23,4	30,1	38,9	43,4	47,8	51,0	52,2	50,4	47,7	45,7	46,0	45,7	39,4	36,6	circulatory system diseases
nowotwory złośliwe	5,4	7,5 ^{a)}	11,8	16,8	16,7	17,3	16,9	17,6	18,7	20,2	23,0	24,5	24,5	25,5	24,5	20,9	malignant neoplasmus
urazy i zatrucia	3,9	5,0 ^{a)}	5,7	6,6	7,3	7,9	8,0 ^{b)}	7,1	7,6	7,5	7,0	6,9	6,2	5,0	4,9	4,2	injures and poisoning
w tym:																	of which:
wypadki komunikacyjne	.	.	1,08	1,63	1,95	1,96	1,77 ^{b)}	1,72	2,45	2,08	1,94	1,62	1,20	0,89	0,92	0,76	traffic accidents
samo-bójstwa	0,56	0,62 ^{a)}	1,06	1,22	1,36	1,29	1,38 ^{b)}	1,30	1,27	1,42	1,59	1,64	1,68	1,37	1,11	0,95	suicides
przyczyny nieokreślone	27,1	28,2 ^{a)}	20,3	13,1	10,0	8,5	7,8	6,9	6,5	8,5	6,6	6,6	6,5	6,6	11,0	10,4	ill-defined conditions
Zgony niemowląt (w tys.)	82,4	64,6	37,5	23,8	20,0	18,6	17,7	15,1	10,6	5,9	3,1	2,3	2,1	1,5	1,4	1,3	Infant deaths (in thousand)
na 1000 urodzeń żywych	111,2	82,2	54,8	43,2	36,7	29,0	25,5	22,0	19,3	13,6	8,1	6,4	5,0	4,0	3,8	3,6	per 1000 live births
Przyrost naturalny (w tys.)	474,4	532,2	445,3	314,0	279,2	346,9	342,6	296,1	157,4	47,0	10,3	-3,9	34,8	-25,6	-34,8	-122,0	Natural increase (in thousand)
na 1000 ludności	19,1	19,5	15,0	10,0	8,5	10,2	9,6	7,9	4,1	1,2	0,3	-0,1	0,9	-0,7	-0,9	-3,2	per 1000 population
Migracje zagraniczne na stałe (w tys.)																	International migration (in thousand)
imigracja	8,1	4,7	5,7	2,2	1,9	1,8	1,5	1,6	2,6	8,1	7,3	9,3	15,2	.	16,9	13,3	inflows
emigracja	60,9	1,9	28,0	28,6	14,1	9,6	22,7	20,5	18,4	26,3	27,0	22,2	17,4	.	10,7	8,8	outflows
saldo	-52,8	2,8	-22,3	-26,4	-12,2	-7,8	-21,2	-18,9	-15,8	-18,2	-19,7	-12,9	-2,1	.	6,2	4,5	net migration

a) Dane dotyczą 1956 r. b) Dane dotyczą 1979 r.

a) Data refer to 1956. b) Data refer to 1979.

TABLICA I. PODSTAWOWE DANE DEMOGRAFICZNE DLA LAT 1950–2020 (cd.)
TABLE I. BASIC DATA ON POPULATION SIZE, VITAL STATISTICS AND MIGRATION IN 1950–2020 (cont.)
MIASTA URBAN AREAS

Wyszczególnienie	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Specification
Ludność ogółem w tys. (w dn. 31 XII)	9243	12067	14401	15681	17088	19030	20979	22486	23546	23675	23670	23424	23429	23166	23033	22905	Total population as of December 31 (in thousand)
w % do ogółu ludności	36,9	43,8	48,3	49,7	52,3	55,7	58,7	60,2	61,8	61,8	61,9	61,4	60,8	60,3	60,0	59,9	in % to total population
Przyrost/ubytek roczny																	Annual increase/decrease
w tys.	323	751	240	196	270	543	374	252	162	3	-30	-46	-14	-50	-34	-124	in thousand
w %	1,71	1,99	1,42	0,68	0,81	1,00	0,91	1,13	0,69	0,01	-0,13	-0,20	-0,06	-0,22	-0,15	-0,56	in %
Mężczyźni (w tys.)	4322	5698	6923	7533	8183	9134	10073	10792	11303	11324	11271	11120	11125	10985	10914	10847	Males (in thousand)
Kobiety (w tys.)	4921	6369	7478	8148	8905	9896	10905	11694	12243	12351	12399	12304	12304	12182	12119	12058	Females (in thousand)
Mediana wieku																	Median age
mężczyźni	25,4	25,7	25,6	27,0	27,0	27,8	28,8	30,2	31,5	32,7	34,2	35,5	37,0	39,0	40,5	40,9	males
kobiety	28,3	28,7	28,9	30,3	30,7	30,2	31,0	32,5	34,2	36,2	38,8	40,5	41,7	43,2	44	44,8	females
Ludność w wieku – w %																	Age structure of population in %
przedprodukcyjnym (0–17 lat)	31,7	33,2	35,3	33,8	30,5	26,3	26,9	28,7	28,0	25,0	22,4	18,6	17,1	16,7	17,2	17,3	pre-working (0–17 years)
produkcyjnym (18–59/64 lata)	61,5	59,6	57,2	57,5	59,4	62,8	62,5	60,6	60,3	62,0	63,3	66,0	65,3	62,0	58,8	58,2	working (18–59/64 years)
mobilny (18–44 lata)	45,2	42,7	40,4	41,8	43,2	45,7	44,4	42,4	41,8	41,3	40,5	40,2	39,9	38,8	36,8	36,2	mobility (18–44 years)
niemobilny (45–59/64 lata)	16,3	17,0	16,8	15,8	16,2	17,0	18,1	18,2	18,6	20,7	22,8	25,7	25,5	23,1	22,0	22,0	non-mobility (45–59/64 years)
poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej)	6,8	7,1	7,5	8,7	10,1	10,9	10,5	10,7	11,6	13,0	14,3	15,5	17,6	21,3	24,0	24,5	post-working (60/65 years and more)
0–14 lat (dzieci)	26,3	29,0	31,2	28,2	23,5	21,3	22,9	24,7	23,3	20,0	17,1	14,5	13,9	14,0	14,6	14,7	0–14 years (children)
65 lat i więcej	5,0	5,4	5,5	6,5	7,7	8,7	8,9	8,3	9,1	10,5	11,7	13,1	13,9	17,0	19,9	20,5	65 years and more
Przeciętne trwanie życia																	Life expectancy at birth
mężczyźni	56,6	61,3	65,1	66,6	66,2	66,7	65,8	66,2	66,2	67,8	70,0	71,2	72,6	74,0	74,5	72,9	males
kobiety	63,0	67,3	71,3	72,7	73,4	74,2	74,2	74,5	74,9	76,1	77,8	79,3	80,6	81,5	81,7	80,8	females

TABLICA I. PODSTAWOWE DANE DEMOGRAFICZNE DLA LAT 1950–2020 (cd.)
TABLE I. BASIC DATA ON POPULATION SIZE, VITAL STATISTICS AND MIGRATION IN 1950–2020 (cont.)
MIASTA (dok.) URBAN AREAS (cont.)

Wyszczególnienie	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Specification
Mażeństwa (w tys.)	114,2	128,5	123,7	102,5	146,7	181,5	187,3	159,8	141,0	121,0	128,2	125,6	137,2	111,2	110,3	86,6	Marriages (in thousand)
na 1000 ludności	12,6	10,8	8,8	6,6	8,7	9,6	9,0	7,3	6,0	5,1	5,4	5,4	5,9	4,8	4,8	3,8	per 1000 population
Rozwody (w tys.)	8,6	11,0	12,4	19,8	29,6	34,7	33,9	41,1	34,3	31,3	36,0	53,7	47,4	48,9	46,7	37	Divorces (in thousand)
na 1000 ludności	0,9	0,9	0,9	1,3	1,7	1,8	1,6	1,9	1,5	1,3	1,5	2,3	2,0	2,1	2,0	1,6	per 1000 population
Separaacje (w tys.)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1,1	7,7	2,0	1,2	0,8	0,5	Legal separations (in thousand)
Urodzenia żywe (w tys.)	272,5	339,2	280,5	233,5	249,2	325,5	383,4	372,8	292,5	232,7	208,3	211,2	241,9	217,4	220,3	208,1	Live births (in thousand)
na 1000 ludności	30,0	28,6	19,9	14,9	14,7	17,3	18,5	16,9	12,4	9,8	8,9	9,0	10,3	9,4	9,6	9,0	per 1000 population
Dziętność kobiet	3,24	3,18	2,43	1,92	1,71	1,77	1,93	2,05	1,72	1,29	1,20	1,15	1,29	1,24	1,41	1,38	Total fertility rate
Zgony ogółem (w tys.)	98,7	105,7	98,6	108,3	131,0	155,6	193,2	214,7	223,8	223,3	218,2	219,4	227,5	242,1	253,2	295,4	Total deaths (in thousand)
na 1000 ludności	10,9	8,9	7,0	6,9	7,7	8,3	9,3	9,7	9,5	9,4	9,3	9,4	9,7	10,4	11,0	12,8	per 1000 population
według przyczyn (w %):																	by causes (in %):
choroby układu krążenia	20,7	25,9 ^{a)}	27,5	31,9	40,2	43,6	47,5	50,3	51,7	48,4	45,9	43,7	43,8	44,1	38,1	35,1	circulatory system diseases
nowotwory złośliwe	8,4	11,2 ^{a)}	15,4	19,0	18,7	19,0	18,4	19,2	20,4	22,0	24,7	26,3	26,2	27,1	25,7	21,9	malignant neoplasms
urazy i zatrucia	5,1	6,0 ^{b)}	6,9	7,5	7,9	8,1	8,0 ^{b)}	7,2	7,7	7,4	6,7	6,6	5,8	4,6	4,4	3,8	injuries and poisoning
w tym:																	of which:
wypadki komunikacyjne	.	.	1,23	1,65	1,79	1,76	1,59 ^{b)}	1,48	2,16	1,83	1,65	1,35	0,98	0,70	0,72	0,60	traffic accidents
samo-bójstwa	0,88	0,84 ^{a)}	1,50	1,57	1,61	1,40	1,42 ^{b)}	1,35	1,20	1,33	1,51	1,53	1,43	1,17	0,91	0,77	suicides
przyczyny nieokreślone	13,0	13,1 ^{a)}	11,8	9,6	7,2	6,3	6,3	5,7	5,6	8,4	6,3	6,5	6,6	6,1	10,7	10,3	ill-defined conditions
Zgony niemowląt (w tys.)	27,0	24,5	14,3	9,6	8,8	9,4	9,8	8,4	5,6	3,2	1,7	1,3	1,2	0,9	0,8	0,7	Infant deaths (in thousand)
na 1000 urodzeń żywych	102,6	73,3	49,7	41,1	35,8	29,5	25,7	22,2	19,1	13,7	8,3	6,3	5,0	4,0	3,7	3,4	per 1000 live births
Przyrost naturalny (w tys.)	173,8	233,5	181,9	125,2	118,2	169,9	190,2	158,1	68,7	9,4	-9,9	-8,2	14,5	-24,7	-32,9	-87,2	Natural increase (in thousand)
na 1000 ludności	19,1	19,7	12,9	8,0	7,0	9,0	9,2	7,2	2,9	0,4	-0,4	-0,4	0,6	-1,1	-1,4	-3,8	per 1000 population
Migracje na pobyt stały (w tys.)																	Migration for permanent residence (in thousand)
saldo migracji wewnętrznych	190,0	55,4	74,8	119,7	161,5	251,1	192,0	116,6	112,7	26,9	-4,2	-32,6	-46,0	-24,1	-29,4	-39,4	net internal migration
saldo migracji zagranicznych	-42,0	1,8	-16,3	-16,5	-9,5	-5,5	-13,3	-16,7	-12,6	-15,7	-16,4	-10,5	-2,2	.	4	2,9	net international migration
ogólne saldo migracji	148,0	57,2	58,5	103,2	152,0	245,6	178,7	99,9	100,1	11,2	-20,6	-43,1	-48,1	.	-25,4	-36,6	total net migration

a) Dane dotyczą 1956 r. b) Dane dotyczą 1979 r.

a) Data refer to 1956. b) Data refer to 1979.

TABLICA I. PODSTAWOWE DANE DEMOGRAFICZNE DLA LAT 1950–2020 (cd.)
TABLE I. BASIC DATA ON POPULATION SIZE, VITAL STATISTICS AND MIGRATION IN 1950–2020 (cont.)
WIEŚ RURAL AREAS

Wyszczególnienie	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Specification
Ludność ogółem w tys. (w dn. 31 XII)	15792	15483	15394	15870	15570	15155	14756	14855	14527	14609	14584	14733	15101	15271	15350	15360	Total population as of December 31 (in thousand)
w % do ogółu ludności	63,1	56,2	51,7	50,3	47,7	44,3	41,3	39,8	38,2	38,2	38,1	38,6	39,2	39,7	40,0	40,1	in % to total population
Przyrost/ubytek roczny																	Annual increase/decrease
w tys.	99	-213	183	16	-3	-204	-53	25	-77	16	21	30	47	9	5,6	6	in thousand
w %	0,63	-1,36	1,19	0,10	-0,02	-1,33	-0,35	0,17	-0,53	0,11	0,14	0,20	0,31	0,06	0,04	0,07	in %
Mężczyźni (w tys.)	7620	7534	7492	7786	7678	7499	7337	7419	7249	7304	7266	7334	7528	7613	7653	7655	Males (in thousand)
Kobiety (w tys.)	8172	7949	7903	8085	7892	7656	7419	7436	7278	7305	7318	7399	7572	7658	7696	7705	Females (in thousand)
Mediana wieku																	Median age
mężczyźni	23,7	23,6	24,5	24,5	25,2	25,8	27,7	28,8	30,1	30,9	32,2	33,6	35,2	37,0	38,5	38,8	males
kobiety	26,1	26,5	27,6	28,3	29,6	29,6	30,9	31,7	32,6	33,6	34,9	36,2	37,4	39,2	40,6	40,9	females
Ludność w wieku – w %																	Age structure of population in %
przedprodukcyjnym (0–17 lat)	37,1	38,3	39,4	39,5	35,7	33,8	31,5	31,1	30,6	29,2	27,6	23,8	21,5	19,9	19,5	19,5	pre-working (0–17 years)
produkcyjnym (18–59/64 lata)	55,7	54,3	52,2	50,6	52,5	52,9	54,9	54,9	54,6	55,6	56,8	60,8	63,1	63,2	61,8	61,5	working (18–59/64 years)
mobilny (18–44 lata)	39,6	36,6	34,0	33,6	35,3	35,0	35,9	36,5	37,3	37,9	38,6	39,5	40,3	40,3	39,9	38,5	mobility (18–44 years)
niemobilny (45–59/64 lata)	16,1	17,7	18,2	17,0	17,2	18,0	19,0	18,4	17,3	17,7	18,2	21,2	22,8	22,8	22,9	22,9	non-mobility (45–59/64 years)
poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej)	7,1	7,3	8,4	9,8	11,8	13,3	13,6	14,0	14,8	15,1	15,6	15,4	15,4	17,0	18,7	19,0	post-working (60/65 years and more)
0–14 lat (dzieci)	31,6	32,9	35,6	33,0	29,8	27,2	26,5	27,0	26,2	24,3	22,2	18,9	17,3	16,4	16,4	16,4	0–14 years (children)
65 lat i więcej	5,4	5,6	6,3	7,5	9,1	10,8	11,7	11,2	12,0	12,6	13,4	13,6	12,8	14,0	15,5	15,8	65 years and more
Przeciętne trwanie życia																	Life expectancy at birth
mężczyźni	55,8	60,4	64,8	66,6	67,0	67,3	66,1	66,8	66,2	67,4	69,4	70,3	71,4	73,0	73,4	72,1	males
kobiety	61,0	65,4	70,0	72,1	73,3	74,4	74,8	75,3	75,8	76,8	78,4	79,6	80,7	81,7	81,8	80,6	females

TABLICA I. PODSTAWOWE DANE DEMOGRAFICZNE DLA LAT 1950–2020 (dok.)
TABLE I. BASIC DATA ON POPULATION SIZE, VITAL STATISTICS AND MIGRATION IN 1950–2020 (cont.)
WIEŚ (dok.) RURAL AREAS (cont.)

Wyszczególnienie	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Specification
Mażeństwa (w tys.)	152,9	130,1	120,5	97,4	133,6	149,3	120,1	107,0	114,4	86,1	83,0	81,3	91,1	77,6	73,1	58,5	Marriages (in thousand)
na 1000 ludności	9,7	8,4	7,7	6,1	8,4	9,8	8,1	7,1	7,9	5,9	5,7	5,5	6,0	5,1	4,7	3,8	per 1000 population
Rozwody (w tys.)	2,4	2,3	2,4	3,7	4,9	6,4	5,9	7,8	7,3	6,0	6,7	13,9	13,4	17,6	17,7	13,6	Divorces (in thousand)
na 1000 ludności	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,9	0,9	1,2	1,2	0,9	per 1000 population
Separacje (w tys.)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0,2	3,9	0,8	0,5	0,3	0,2	Legal separations (in thousand)
Urodzenia żywe (w tys.)	490,6	454,6	389,0	313,9	298,6	320,9	312,4	307,3	255,2	200,4	170,0	153,2	171,4	151,9	154,7	147,2	Live births (in thousand)
na 1000 ludności	31,2	29,5	24,9	19,8	19,2	21,1	21,1	20,3	17,5	13,7	11,6	10,4	11,4	10,0	10,1	9,6	per 1000 population
Dzietność kobiet	4,03	4,02	3,60	3,28	2,89	3,18	2,91	2,82	2,58	2,02	1,65	1,40	1,51	1,35	1,43	1,38	Total fertility rate
Zgony ogółem (w tys.)	190,0	155,9	125,6	125,1	137,6	143,9	160,0	169,3	166,5	162,8	149,8	148,9	151,0	152,9	156,5	182,0	Total deaths (in thousand)
na 1000 ludności	12,1	10,1	8,0	7,9	8,8	9,5	10,8	11,2	11,4	11,1	10,2	10,1	10,0	10,0	10,2	11,9	per 1000 population
według przyczyn (w %):																	by causes (in %):
choroby układu krążenia	11,7	14,3 ^{a)}	20,2	28,5	37,7	43,2	48,2	51,9	53,4	53,3	50,2	48,5	49,2	48,2	41,5	38,9	circulatory system diseases
nowotwory złośliwe	3,8	5,0 ^{a)}	8,9	14,8	14,8	15,4	15,2	15,5	16,5	17,7	20,4	21,9	21,8	22,9	22,5	19,3	malignant neoplasms
urazy i zatrucia w tym:	3,4	4,2 ^{a)}	4,7	5,8	6,7	7,7	7,9 ^{b)}	7,0	7,7	7,5	7,4	7,3	6,9	5,6	5,7	4,9	injuries and poisoning of which:
wypadki komunikacyjne	.	.	0,97	1,62	2,11	2,18	1,98 ^{b)}	2,02	2,85	2,43	2,36	2,01	1,53	1,19	1,25	1,03	traffic accidents
samo-bójstwa	0,40	0,47 ^{a)}	0,71	0,91	1,13	1,18	1,33 ^{b)}	1,22	1,37	1,56	1,70	1,81	2,05	1,69	1,45	1,24	suicides
przyczyny nieokreślone	34,5	38,7 ^{a)}	26,9	16,2	12,8	10,9	9,6	8,4	7,7	8,8	7,2	6,8	6,3	5,6	11,5	10,4	ill-defined conditions
Zgony niemowląt (w tys.)	55,4	40,1	23,2	14,2	11,2	9,2	7,9	6,7	5,0	2,7	1,4	1,0	0,9	0,6	0,6	0,5	Infant deaths (in thousand)
na 1000 urodzeń żywych	116,0	88,9	58,5	44,8	37,4	28,6	25,2	21,8	19,7	13,5	7,9	6,5	5,0	4,1	3,9	3,7	per 1000 live births
Przyrost naturalny (w tys.)	300,6	298,7	263,4	188,8	161,0	177,0	152,4	138,0	88,7	37,6	20,2	4,3	20,4	-0,9	-1,9	-34,8	Natural increase (in thousand)
na 1000 ludności	19,1	19,4	16,9	11,9	10,4	11,6	10,3	9,1	6,1	2,6	1,4	0,3	1,4	-0,1	-0,1	-2,3	per 1000 population
Migracje na pobyt stały (w tys.)																	Migration for permanent residence (in thousand)
saldo migracji wewnętrznych	-190,0	-55,4	-74,8	-119,7	-161,5	-251,1	-192,0	-116,6	-112,7	-26,9	4,2	32,6	46,0	24,1	29,4	39,4	net internal migration
saldo migracji zagranicznych	-10,8	1,0	-6,0	-9,9	-2,7	-2,3	-7,9	-2,2	-3,2	-2,5	-3,3	-2,4	0,1	.	2,1	1,6	net international migration
ogólne saldo migracji	-200,8	-54,4	-80,8	-129,6	-164,2	-253,4	-199,9	-118,8	-115,9	-29,4	0,9	30,2	46,0	.	31,6	41,1	total net migration

a) Dane dotyczą 1956 r. b) Dane dotyczą 1979 r.

a) Data refer to 1956. b) Data refer to 1979.

TABLICA II.
TABLE II.LUDNOŚĆ ORAZ WYBRANE WSKAŹNIKI DEMOGRAFICZNE WEDŁUG WOJEWÓDZTW W 2020 R.
POPULATION AND SELECTED DEMOGRAPHIC INDICATORS BY VOIVODSHIP IN 2020

Województwa Voivodships	Ludność (stan w dniu 31.12) Population (as of 31.12)	Przyrost/roczny Annual /growth		Gęstość zaludnienia Population per 1km ²	Na 100 mężczyzn przypada kobiet Females per 100 males	Kobiety Females	Ludność w miastach Urban population
		w tys. in thousand	w % in %			w % do ogólnej liczby ludności in % of total population	
POLSKA POLAND	38265013	-118,0	-0,31	122	107	51,6	59,9
Dolnośląskie	2891321	-9,0	-0,31	145	108	51,9	68,2
Kujawsko-pomorskie	2061942	-10,0	-0,50	115	106	51,5	58,6
Lubelskie	2095258	-13,0	-0,62	83	106	51,5	46,4
Lubuskie	1007145	-4,0	-0,44	72	106	51,4	64,7
Łódzkie	2437970	-17,0	-0,69	134	110	52,4	62,3
Małopolskie	3410441	0,0	-0,01	225	106	51,5	48,1
Mazowieckie	5425028	2,0	0,03	153	109	52,2	64,4
Opolskie	976774	-6,0	-0,60	104	107	51,7	53,1
Podkarpackie	2121229	-6,0	-0,28	119	104	51,0	41,4
Podlaskie	1173286	-5,0	-0,43	58	105	51,3	60,8
Pomorskie	2346671	3,0	0,12	128	106	51,3	63,2
Śląskie	4492330	-25,0	-0,56	364	108	51,8	76,5
Świętokrzyskie	1224626	-9,0	-0,76	105	105	51,3	45,4
Warmińsko-mazurskie	1416495	-6,0	-0,44	59	105	51,1	59,0
Wielkopolskie	3496450	-2,0	-0,07	117	106	51,4	53,7
Zachodniopomorskie	1688047	-8,0	-0,48	74	106	51,4	68,3
MIASTA Urban areas	22905095	-128,0	-0,56	1032	111	52,6	x
Dolnośląskie	1971228	-13,0	-0,65	910	112	52,8	x
Kujawsko-pomorskie	1207421	-13,0	-1,07	1456	111	52,7	x
Lubelskie	971741	-8,0	-0,78	954	112	52,9	x
Lubuskie	651916	-5,0	-0,70	743	109	52,2	x
Łódzkie	1518309	-13,0	-0,83	1282	115	53,5	x
Małopolskie	1639776	-4,0	-0,27	988	111	52,7	x
Mazowieckie	3495208	-1,0	-0,02	1592	114	53,3	x
Opolskie	519151	-4,0	-0,76	612	110	52,4	x
Podkarpackie	877392	-3,0	-0,37	707	109	52,2	x
Podlaskie	713820	-3,0	-0,43	771	110	52,5	x
Pomorskie	1482781	-5,0	-0,36	1383	110	52,3	x
Śląskie	3434528	-26,0	-0,76	906	109	52,1	x
Świętokrzyskie	555807	-4,0	-0,78	713	111	52,7	x
Warmińsko-mazurskie	836425	-6,0	-0,67	1358	110	52,4	x
Wielkopolskie	1877319	-12,0	-0,64	1214	110	52,4	x
Zachodniopomorskie	1152273	-8,0	-0,73	790	110	52,3	x
WIEŚ Rural areas	15359918	10,0	0,07	53	101	50,2	x
Dolnośląskie	920093	4,0	0,43	52	101	50,2	x
Kujawsko-pomorskie	854521	3,0	0,30	50	100	49,9	x
Lubelskie	1123517	-5,0	-0,48	47	101	50,4	x
Lubuskie	355229	0,0	0,05	27	100	49,9	x
Łódzkie	919661	-4,0	-0,45	54	102	50,4	x
Małopolskie	1770665	4,0	0,22	131	101	50,3	x
Mazowieckie	1929820	2,0	0,12	58	101	50,2	x
Opolskie	457623	-2,0	-0,40	53	103	50,8	x
Podkarpackie	1243837	-3,0	-0,22	75	101	50,2	x
Podlaskie	459466	-2,0	-0,43	24	98	49,5	x
Pomorskie	863890	8,0	0,95	50	99	49,6	x
Śląskie	1057802	1,0	0,08	124	104	50,9	x
Świętokrzyskie	668819	-5,0	-0,74	61	101	50,1	x
Warmińsko-mazurskie	580070	-1,0	-0,10	25	97	49,3	x
Wielkopolskie	1619131	10,0	0,61	57	100	50,1	x
Zachodniopomorskie	535774	0,0	0,05	25	98	49,6	x

TABLICA II.
TABLE II.LUDNOŚĆ ORAZ WYBRANE WSKAŹNIKI DEMOGRAFICZNE WEDŁUG WOJEWÓDZTW W 2020 R. (cd.)
POPULATION AND SELECTED DEMOGRAPHIC INDICATORS BY VOIVODSHIP IN 2020 (cont.)

Województwa Voivodships	Ludność według grup wieku Population by age groups							Mediana wieku Median age	
	przed- produkcyjny preworking	produkcyjny working			popro- dukcyjny post-working	0–14 lat 0–14 years	65 i więcej lat 65 and more	mężczyźni males	kobiety females
		ogółem total	mobilny mobile	niemobilny non-mobile					
w % do ogólnej liczby ludności in % of total population									
POLSKA POLAND	18,2	59,5	37,1	22,4	22,3	15,4	18,6	40,1	43,3
Dolnośląskie	17,2	59,2	37,1	22,0	23,6	14,6	19,7	40,8	44,0
Kujawsko-pomorskie	18,0	59,9	37,2	22,7	22,1	15,1	18,3	40,0	43,4
Lubelskie	17,6	59,7	37,2	22,5	22,8	14,7	19,1	40,0	43,9
Lubuskie	18,1	59,8	37,4	22,4	22,1	15,2	18,2	40,2	43,1
Łódzkie	17,1	58,3	35,6	22,6	24,7	14,4	20,7	41,1	45,5
Małopolskie	19,1	60,2	38,2	22,0	20,7	16,2	17,4	39,0	41,8
Mazowieckie	19,4	58,6	37,1	21,5	22,1	16,5	18,5	39,6	42,7
Opolskie	16,0	60,8	36,4	24,4	23,2	13,5	19,4	41,9	45,0
Podkarpackie	18,1	61,1	38,5	22,6	20,8	15,1	17,4	39,3	42,2
Podlaskie	17,5	60,6	37,3	23,3	21,9	14,7	18,2	39,9	43,7
Pomorskie	19,8	59,3	37,7	21,6	20,9	16,9	17,4	39,0	41,6
Śląskie	17,2	59,1	35,9	23,2	23,7	14,6	19,8	41,3	44,8
Świętokrzyskie	16,5	59,4	36,5	22,9	24,1	13,7	20,3	41,3	44,9
Warmińsko-mazurskie	18,2	60,7	37,8	23,0	21,1	15,2	17,2	39,6	42,8
Wielkopolskie	19,5	59,7	37,8	21,9	20,8	16,6	17,3	39,0	42,0
Zachodniopomorskie	17,2	59,5	36,8	22,7	23,2	14,4	19,2	40,9	44,1
MIASTA Urban areas	17,3	58,2	36,2	22,0	24,5	14,7	20,5	40,9	44,8
Dolnośląskie	16,4	58,0	36,4	21,5	25,7	14,0	21,5	41,3	45,3
Kujawsko-pomorskie	16,7	58,4	36,0	22,4	24,9	14,0	20,7	41,1	45,5
Lubelskie	16,9	58,3	36,1	22,2	24,8	14,1	20,6	40,7	45,5
Lubuskie	17,6	58,5	36,6	21,9	23,9	14,9	19,8	40,7	44,3
Łódzkie	16,1	57,0	34,7	22,3	26,9	13,6	22,5	41,8	47,3
Małopolskie	17,6	58,6	37,2	21,3	23,8	15,0	20,1	40,2	43,8
Mazowieckie	18,9	57,4	36,6	20,8	23,6	16,3	19,9	40,1	43,6
Opolskie	15,7	58,9	35,5	23,4	25,4	13,2	21,3	42,2	46,4
Podkarpackie	17,1	59,3	37,3	22,0	23,6	14,3	19,5	40,4	44,1
Podlaskie	17,5	60,2	37,2	23,0	22,2	14,7	18,1	39,7	44,1
Pomorskie	18,1	57,9	36,5	21,4	24,0	15,4	20,3	40,5	43,9
Śląskie	16,7	58,5	35,5	23,0	24,8	14,2	20,7	41,7	45,6
Świętokrzyskie	15,2	57,6	34,9	22,6	27,2	12,7	22,8	42,6	47,5
Warmińsko-mazurskie	17,5	59,0	36,5	22,5	23,5	14,6	19,3	40,4	44,6
Wielkopolskie	17,9	58,3	36,6	21,7	23,8	15,3	19,9	40,3	44,2
Zachodniopomorskie	16,5	58,1	35,9	22,2	25,4	13,8	21,1	41,7	45,4
WIEŚ Rural areas	19,5	61,5	38,5	22,9	19,0	16,4	15,8	38,8	40,9
Dolnośląskie	19,0	61,8	38,6	23,1	19,2	16,0	15,6	39,5	41,3
Kujawsko-pomorskie	19,9	61,9	38,9	23,1	18,2	16,6	14,9	38,5	40,4
Lubelskie	18,1	60,8	38,1	22,7	21,1	15,1	17,8	39,3	42,4
Lubuskie	19,0	62,2	39,0	23,3	18,8	16,0	15,3	39,2	40,9
Łódzkie	18,6	60,4	37,3	23,1	21,0	15,7	17,7	39,8	42,5
Małopolskie	20,5	61,6	39,1	22,5	17,9	17,3	14,9	37,7	39,7
Mazowieckie	20,1	60,6	38,0	22,6	19,3	16,9	16,1	38,6	40,9
Opolskie	16,4	62,9	37,4	25,5	20,7	13,8	17,2	41,4	43,6
Podkarpackie	18,8	62,3	39,3	23,0	18,8	15,7	15,8	38,5	40,8
Podlaskie	17,4	61,1	37,4	23,7	21,5	14,6	18,5	40,3	43,0
Pomorskie	22,8	61,6	39,7	22,0	15,5	19,3	12,5	36,5	37,6
Śląskie	18,7	61,0	37,2	23,8	20,2	15,8	16,8	40,0	42,4
Świętokrzyskie	17,5	60,9	37,9	23,1	21,6	14,6	18,2	40,2	42,7
Warmińsko-mazurskie	19,2	63,2	39,5	23,6	17,6	16,1	14,3	38,5	40,1
Wielkopolskie	21,3	61,3	39,3	22,0	17,4	18,1	14,3	37,6	39,4
Zachodniopomorskie	18,8	62,7	38,9	23,7	18,6	15,8	15,0	39,3	40,9

TABLICA II.
TABLE II.LUDNOŚĆ ORAZ WYBRANE WSKAŹNIKI DEMOGRAFICZNE WEDŁUG WOJEWÓDZTW W 2020 R. (cd.)
POPULATION AND SELECTED DEMOGRAPHIC INDICATORS BY VOIVODSHIP IN 2020 (cont.)

Województwa Voivodships	Małżeństwa Marriages	Rozwody Divorces	Urodzenia żywe Live births	Zgony Deaths	Przyrost naturalny Natural increase	Ogólne saldo migracji Total net migration	Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych Infant deaths per 1000 live births	Przeciętne trwanie życia Life expectancy	
	na 1000 ludności per 1000 population							mężczyźn males	kobiety females
POLSKA POLAND	3,8	1,3	9,3	12,4	-3,2	0,1	3,6	72,6	80,7
Dolnośląskie	3,7	1,7	8,9	13,0	-4,1	1,3	3,5	72,4	80,6
Kujawsko-pomorskie	3,7	1,7	8,7	12,3	-3,6	-1,0	4,0	72,3	80,4
Lubelskie	3,7	1,3	8,6	13,0	-4,4	-2,1	3,9	71,8	81,1
Lubuskie	3,5	1,1	8,5	12,5	-4,0	-0,7	3,1	71,1	80,0
Łódzkie	3,6	1,3	8,5	14,6	-6,1	-0,7	3,1	73,8	79,6
Małopolskie	4,2	1,1	10,4	11,4	-1,0	1,2	3,5	72,8	81,6
Mazowieckie	3,9	1,5	10,4	12,4	-2,0	2,2	3,2	73,0	80,9
Opolskie	3,4	1,1	8,1	13,0	-4,9	-1,1	4,0	73,7	81,0
Podkarpackie	3,7	1,0	9,2	11,4	-2,1	-0,9	4,3	73,1	81,8
Podlaskie	3,8	1,2	9,0	12,4	-3,5	-1,1	3,4	73,3	81,9
Pomorskie	4,0	1,2	10,4	10,9	-0,5	1,7	4,0	72,3	81,2
Śląskie	3,7	1,4	8,5	13,3	-4,9	-0,8	3,6	72,0	80,0
Świętokrzyskie	3,4	1,1	7,7	14,1	-6,4	-1,6	4,2	72,0	80,9
Warmińsko-mazurskie	3,4	1,3	8,5	11,8	-3,3	-1,5	3,7	72,8	80,6
Wielkopolskie	4,0	1,2	10,3	11,4	-1,2	0,5	3,3	72,1	80,5
Zachodniopomorskie	3,6	1,4	8,1	12,4	-4,3	-0,4	3,8	73,6	80,6
MIASTA Urban areas	3,8	1,6	9,0	12,8	-3,8	-1,6	3,5	72,9	80,8
Dolnośląskie	3,9	2,0	8,8	13,5	-4,7	-1,1	3,7	72,3	80,9
Kujawsko-pomorskie	3,8	1,9	8,3	13,5	-5,2	-3,6	4,7	72,2	80,1
Lubelskie	3,7	1,6	8,5	12,1	-3,6	-3,7	4,0	73,5	81,1
Lubuskie	3,5	1,3	8,4	12,9	-4,5	-2,3	3,3	72,2	80,3
Łódzkie	3,5	1,5	8,2	15,1	-6,9	-3,2	2,5	71,3	79,6
Małopolskie	4,4	1,8	10,2	12,0	-1,9	0,3	3,1	74,5	81,7
Mazowieckie	3,9	1,8	10,7	12,4	-1,6	1,3	3,0	73,6	81,1
Opolskie	3,3	1,5	7,8	12,8	-5,0	-2,7	4,2	73,5	81,2
Podkarpackie	3,4	1,3	8,6	11,2	-2,5	-2,5	4,2	74,5	82,2
Podlaskie	3,6	1,4	9,5	11,2	-1,7	-2,5	4,3	73,5	82,0
Pomorskie	4,0	1,4	9,8	11,9	-2,2	-0,7	3,9	73,9	81,6
Śląskie	3,6	1,5	8,3	13,7	-5,4	-2,0	3,8	72,1	79,8
Świętokrzyskie	3,1	1,4	6,9	14,4	-7,5	-3,7	3,9	72,5	80,6
Warmińsko-mazurskie	3,5	1,6	8,3	12,2	-3,9	-2,3	3,9	72,4	81,0
Wielkopolskie	4,0	1,4	9,8	12,3	-2,5	-3,2	2,8	73,3	80,7
Zachodniopomorskie	3,8	1,6	8,0	13,0	-5,0	-1,4	3,4	72,6	80,7
WIEŚ Rural areas	3,8	0,9	9,6	11,9	-2,3	2,7	3,7	72,1	80,6
Dolnośląskie	3,5	1,2	9,0	11,7	-2,7	6,6	3,2	71,7	79,8
Kujawsko-pomorskie	3,6	1,3	9,3	10,7	-1,4	2,8	3,2	72,7	80,8
Lubelskie	3,8	0,9	8,7	13,7	-5,0	-0,7	3,9	71,3	81,2
Lubuskie	3,4	0,9	8,8	11,8	-3,0	2,2	2,9	71,2	79,4
Łódzkie	3,6	0,9	9,1	13,8	-4,8	3,5	3,8	70,7	79,8
Małopolskie	4,1	0,5	10,5	10,8	-0,2	2,0	3,9	73,2	81,5
Mazowieckie	4,0	0,9	9,9	12,6	-2,6	3,9	3,4	71,4	80,4
Opolskie	3,5	0,7	8,4	13,2	-4,7	0,6	3,9	72,3	80,6
Podkarpackie	4,0	0,7	9,6	11,5	-1,9	0,2	4,3	73,1	81,5
Podlaskie	4,0	0,8	8,2	14,4	-6,2	1,1	1,9	72,5	81,7
Pomorskie	4,0	0,9	11,6	9,3	2,4	6,0	4,1	72,3	80,2
Śląskie	3,7	1,0	9,1	12,2	-3,1	3,3	2,9	73,1	80,3
Świętokrzyskie	3,7	0,9	8,4	13,8	-5,4	0,0	4,4	71,5	81,0
Warmińsko-mazurskie	3,2	0,9	8,9	11,2	-2,4	-0,3	3,5	71,4	79,8
Wielkopolskie	4,0	0,9	10,8	10,4	0,4	4,8	3,9	72,2	80,2
Zachodniopomorskie	3,3	1,1	8,4	11,1	-2,7	1,9	4,7	71,1	80,2

TABLICA II.
TABLE II.LUDNOŚĆ ORAZ WYBRANE WSKAŹNIKI DEMOGRAFICZNE WEDŁUG WOJEWÓDZTW W 2020 R. (dok.)
POPULATION AND SELECTED DEMOGRAPHIC INDICATORS BY VOIVODSHIP IN 2020 (cont.)

Województwa Voivodships	Współczynniki zastępowalności pokoleń Replacement of generations rates		Mediana wieku zawierania pierwszych małżeństw Median age of persons at first marriages		Mediana wieku kobiet w momencie urodzenia dziecka Median age of women at birth of child	Mediana wieku w momencie rozwodu Median age of divorced		Mediana wieku osób zmarłych Median age of deceased	
	dziętności TFR	reprodukcji brutto gross reproduction	mężczyźni males	kobiety females		mężczyźni males	kobiety females	mężczyźni males	kobiety females
POLSKA POLAND	1,378	0,671	29,1	27,1	30,5	42,2	39,8	71,9	82,6
Dolnośląskie	1,333	0,655	30,0	27,9	30,7	42,6	40,1	70,9	82,5
Kujawsko-pomorskie	1,308	0,637	29,0	27,0	29,9	42,0	39,6	71,6	81,7
Lubelskie	1,271	0,615	28,6	26,6	30,5	42,0	39,6	72,4	83,8
Lubuskie	1,306	0,639	29,8	27,5	30,0	42,7	40,1	70,6	81,7
Łódzkie	1,339	0,654	29,1	27,2	30,4	42,3	40,3	71,6	82,3
Małopolskie	1,449	0,703	28,7	26,7	30,6	41,4	39,2	73,4	83,7
Mazowieckie	1,529	0,745	29,4	27,4	31,2	42,4	40,1	72,3	83,3
Opolskie	1,225	0,594	29,0	26,9	30,2	42,0	39,1	72,6	82,6
Podkarpackie	1,296	0,631	28,4	26,4	30,4	41,8	39,1	73,4	83,8
Podlaskie	1,307	0,635	28,8	26,9	30,4	41,4	39,2	73,4	84,6
Pomorskie	1,531	0,743	29,0	27,1	30,1	42,1	39,6	71,7	82,0
Śląskie	1,324	0,648	29,0	27,0	30,4	42,1	39,8	71,8	80,9
Świętokrzyskie	1,177	0,570	28,8	26,7	30,2	42,9	40,0	72,2	83,7
Warmińsko-mazurskie	1,274	0,619	29,4	27,3	29,9	42,5	40,0	70,4	82,5
Wielkopolskie	1,507	0,732	28,9	26,9	30,2	42,2	39,8	71,7	81,6
Zachodniopomorskie	1,254	0,610	30,3	28,1	30,0	43,2	40,6	70,4	82,0
MIASTA Urban areas	1,375	0,67	29,7	27,8	30,9	42,4	40,1	72,2	81,9
Dolnośląskie	1,338	0,661	30,3	28,3	30,9	42,6	40,1	71,7	82,4
Kujawsko-pomorskie	1,288	0,623	29,5	27,6	30,2	42,3	39,9	72,0	80,9
Lubelskie	1,271	0,607	29,3	27,4	31,0	42,2	40,2	72,6	81,9
Lubuskie	1,319	0,647	29,8	27,7	30,3	43,1	40,6	71,2	81,6
Łódzkie	1,327	0,649	29,9	28,0	30,8	42,6	40,6	71,7	81,6
Małopolskie	1,432	0,691	29,6	27,9	31,3	41,4	39,2	74,1	83,0
Mazowieckie	1,56	0,763	30,1	28,3	31,7	42,5	40,3	73,0	82,9
Opolskie	1,231	0,605	29,7	27,8	30,4	42,2	39,9	72,4	81,9
Podkarpackie	1,242	0,605	29,3	27,4	31,0	41,7	39,2	73,9	82,7
Podlaskie	1,356	0,660	29,3	27,4	30,7	41,5	39,3	72,0	83,0
Pomorskie	1,465	0,714	29,7	27,9	30,7	42,4	40,1	72,8	82,1
Śląskie	1,318	0,643	29,4	27,4	30,5	42,3	40,0	71,7	80,3
Świętokrzyskie	1,092	0,526	29,5	27,4	31,0	43,2	40,4	72,6	82,5
Warmińsko-mazurskie	1,278	0,616	29,8	27,9	30,4	42,2	40,0	71,0	82,2
Wielkopolskie	1,484	0,721	29,4	27,5	30,6	43,0	40,6	72,2	81,5
Zachodniopomorskie	1,264	0,622	30,5	28,3	30,5	43,4	40,8	71,2	82,0
WIEŚ Rural areas	1,377	0,67	28,3	26,2	29,8	41,8	39,0	71,3	83,6
Dolnośląskie	1,322	0,644	29,1	26,9	30,3	42,9	40,3	69,3	82,8
Kujawsko-pomorskie	1,332	0,656	28,4	26,2	29,4	41,6	39,0	70,8	82,9
Lubelskie	1,269	0,620	28,2	26,0	30,0	41,7	38,8	72,3	85,1
Lubuskie	1,281	0,626	29,6	27,2	29,4	41,5	38,8	69,1	82,0
Łódzkie	1,351	0,659	28,2	26,3	29,6	41,5	39,3	71,3	83,4
Małopolskie	1,453	0,707	27,8	25,8	29,9	41,6	39,1	72,5	84,3
Mazowieckie	1,458	0,707	28,3	26,2	30,0	42,0	39,2	71,0	84,0
Opolskie	1,218	0,583	28,3	26,3	30,0	41,6	37,6	72,8	83,3
Podkarpackie	1,329	0,647	28,0	25,8	30,0	41,9	38,9	73,1	84,4
Podlaskie	1,228	0,594	28,1	26,3	29,8	41,1	38,4	75,8	86,2
Pomorskie	1,617	0,779	27,9	25,8	29,2	41,1	38,5	69,4	81,7
Śląskie	1,345	0,662	28,1	26,1	30,0	41,3	38,7	72,7	82,8
Świętokrzyskie	1,235	0,600	28,4	26,3	29,7	42,6	39,5	71,9	84,8
Warmińsko-mazurskie	1,269	0,623	28,9	26,5	29,2	43,1	39,8	69,2	82,8
Wielkopolskie	1,529	0,741	28,3	26,4	29,7	41,2	38,4	71,0	81,8
Zachodniopomorskie	1,228	0,582	29,7	27,5	29,1	42,7	40,2	68,8	81,9

TABLICA III.
TABLE III.LUDNOŚĆ I RUCH NATURALNY W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ W 2019 R.
POPULATION AND VITAL STATISTICS IN EUROPEAN UNION COUNTRIES IN 2019

Kraje Countries	2019							2000	2019	Współ- czynnik dzietności TFR
	ludność population		małżeństwa marriages	rozwoły divorces	urodzenia żywe live birth	zgony deaths		przyrost naturalny natural increase		
	w tys. (stan na koniec roku) in thousands (as of December 31)	na 1 km ² per 1 km ²				ogółem total	w tym niemowląt ^a of which infants ^a			
	na 1000 ludności per 1000 population									
Unia Europejska^b	447008	109	4,3	1,8	9,3	10,4	3,4	0,6	-1,1	1,53
Austria Austria	8933	108	5,2	1,8	9,6	9,4	2,9	0,2	0,2	1,46
Belgia Belgium	11566	377	3,9	2,0	10,2	9,5	3,7	1,1	0,8	1,60
Bułgaria Bulgaria	6917	63	4,2	1,6	8,8	15,5	5,6	-5,1	-6,7	1,58
Chorwacja Croatia	4036	73	4,9	1,5	8,9	12,7	4,0	-1,5	-3,9	1,47
Cypr Cyprus	896	96	8,9	2,6	10,8	7,1	2,6	4,5	3,8	1,33
Czechy Czechia	10702	138	5,1	2,3	10,5	10,5	2,6	-1,8	0,0	1,71
Dania Denmark	5840	139	5,3	1,8	10,5	9,3	3,0	1,7	1,2	1,70
Estonia Estonia	1330	31	5,0	2,1	10,6	11,6	1,6	-3,8	-1,0	1,66
Finlandia Finland	5534	18	4,0	2,4	8,3	9,8	2,1	1,4	-1,5	1,35
Francja France	67440	106	3,5 ^c	1,9 ^d	11,2	9,1	3,8	4,4	2,1	1,86
Grecja Greece	10683	82	4,4	1,8 ^e	7,8	11,7	3,7	-0,2	-3,8	1,34
Hiszpania Spain	47394	94	3,5	1,9	7,6	8,8	2,6	0,9	-1,2	1,23
Holandia Netherlands	17475	507	3,7	1,7	9,8	8,8	3,6	4,2	1,0	1,57
Irlandia Ireland	5007	72	4,1	0,7 ^e	12,0	6,3	2,8	6,1	5,7	1,71
Litwa Lithuania	2796	45	7,0	3,1	9,8	13,7	3,3	-1,4	-3,9	1,61
Luksemburg Luxembourg	635	240	3,5	3,1	10,0	6,9	4,7	4,5	3,1	1,34
Łotwa Latvia	1893	30	6,7	3,1	9,8	14,5	3,4	-5,0	-4,7	1,61
Malta Malta	516	1595	5,3	0,7	8,6	7,3	6,7	3,7	1,3	1,14
Niemcy Germany	83155	235	5,0	1,8	9,4	11,3	3,2	-0,9	-1,9	1,54
Polska^d Poland^d	37840	124	4,8	1,7	9,9	10,8	3,8	0,0	-0,9	1,44
Portugalia Portugal	10298	113	3,2	2,0	8,4	10,9	2,8	-2,3	-2,5	1,43
Rumunia Romania	19186	83	6,6	1,6	10,3	13,4	5,8	-3,0	-3,1	1,77
Słowacja Slovakia	5460	112	5,4	1,7	10,5	9,8	5,1	0,7	0,7	1,57
Słowenia Slovenia	2109	104	3,2	1,2	9,3	9,9	2,1	-0,1	-0,6	1,61
Szwecja Sweden	10379	25	4,7	2,5	11,1	8,6	2,1	2,3	2,5	1,71
Węgry Hungary	9731	107	6,7	1,8	9,5	13,3	3,6	-3,8	-3,8	1,55
Wielka Brytania United Kingdom	67026 ^e	274 ^e	4,4 ^d	1,8 ^d	10,7	9,0	3,9 ^e	2,3	1,6	1,68 ^e
Włochy Italy	59258	202	3,1	1,4	7,0	10,6	2,4	-3,2	-3,6	1,27

a Na 1000 urodzeń żywych. b Unia Europejska bez Wielkiej Brytanii. c 2018 r. d 2016 r. e 2017r. f. Dane o ludności oraz przeliczenia na 1000 ludności odnoszą się do ludności rezydującej.
a Per 1000 live births. b European Union without Great Britain. c 2018. d 2016. e 2017. f Data for population and computation per 1000 population refer to residents.

Źródło: EUROSTAT, <http://ec.europa.eu/eurostat>, strony internetowe urzędów statystycznych wybranych krajów oraz obliczenia własne.

Source: EUROSTAT, <http://ec.europa.eu/eurostat>, websites of statistical offices of given countries and self account.