

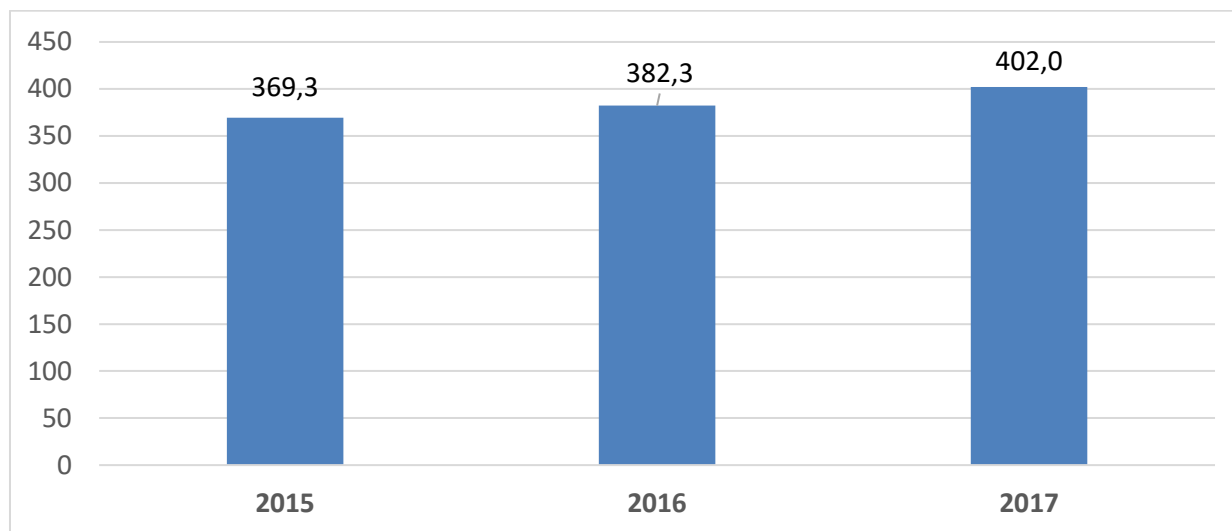
Wskaźniki zdrowotne populacji Polski

Monitorowanie i ewaluacja ustawy jest bezpośrednio związana z oceną wskaźników określonych w NPZ. Jest ona prowadzona w oparciu o zestaw wskaźników określonych w rozdziale XII rozporządzenia Rady Ministrów ustanawiającego Program. Zestaw ten powstał w oparciu o 88 wskaźników *European Community Health Indicators* oraz wskaźniki sugerowane do monitorowania na potrzeby wdrażania strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi (*non-communicable diseases*) oraz Zdrowie 2020 (*Health 2020*). Przedstawione poniżej dane przedstawiają wartości najbliższe okresowy sprawozdawczemu

Przegląd najważniejszych wskaźników

Najważniejszym tłem dla przedstawienia wskaźników zdrowotnych są informacje o sytuacji demograficznej oraz ekonomiczno-społecznej. Sytuacja ta warunkuje w sposób istotny stan zdrowia społeczeństwa.

W 2017 r. urodziło się o około 32,7 tys. więcej dzieci niż w 2015 r. Przekłada się to na wzrost współczynnika urodzeń żywych na 1000 ludności który w 2015 r. wynosił 9,6, a w 2017 r. już 10,5 urodzeń na 1000 ludności¹. Jednym z czynników mających wpływ na wzrost liczby noworodków jest program wsparcia polskich rodzin ogłoszony przez Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Program Rodzina 500 plus”.



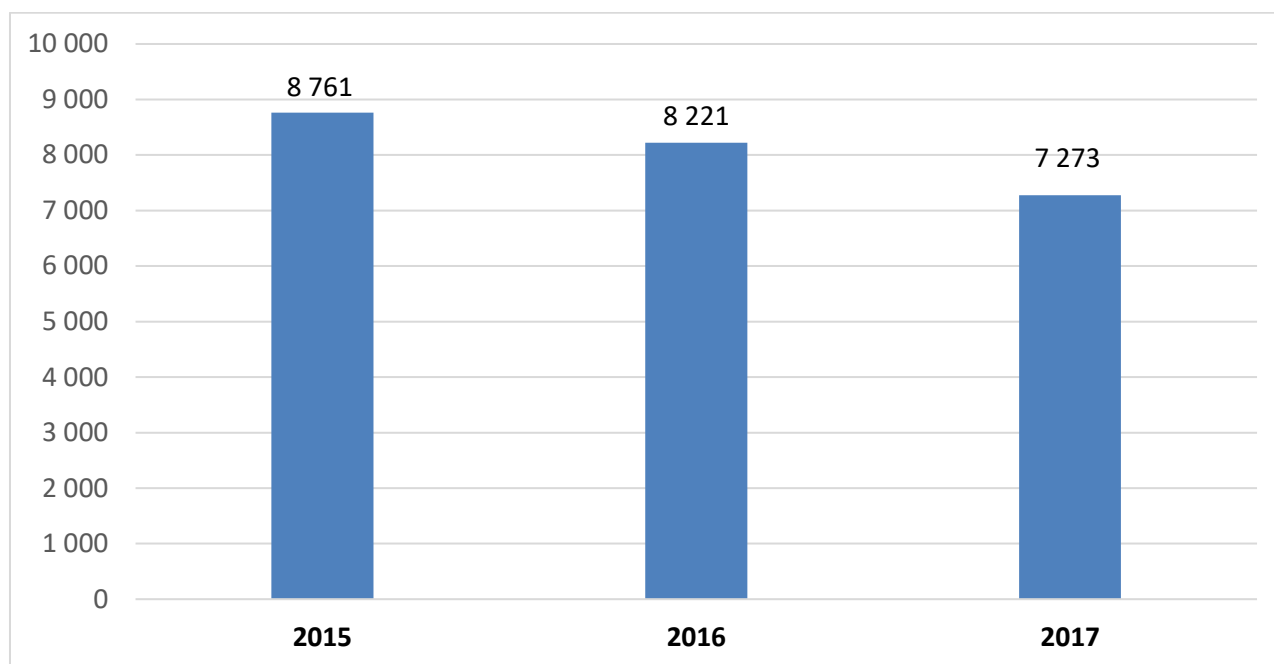
Wykres 1. Urodzenia żywe w roku 2015, 2016 i 2017 (w tys.).

W 2017 r. liczba ludności Polski wynosiła ponad 38 mln, w tym ponad 9 mln (czyli ponad 24%) stanowiły osoby w wieku 60+. Prognoza demograficzna Głównego Urzędu Statystycznego wskazuje, że do 2050 r. nastąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci (w wieku 0–14 lat) i osób dorosłych (w wieku 15–59 lat), natomiast zwiększy się liczba osób w wieku 60+. W rezultacie udział osób 60+ w populacji mieszkańców Polski zwiększy się ze wspomnianych 24% zanotowanych w 2017 r. do ponad 40% (czyli 13,7 mln osób) w 2050 r. Na tle krajów Unii Europejskiej (UE) sytuacja demograficzna Polski zmienia się bardzo dynamicznie, gdyż z kraju o stosunkowo młodej populacji w 2050 r. będziemy siódmym najstarszym krajem w UE pod względem odsetka osób w wieku co najmniej 65 lat. Szacuje się natomiast, że z uwagi

¹ Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny

na krótsze trwanie życia w Polsce niż w innych krajach UE stosunkowo niski będzie odsetek osób w wieku 80+. Zachodzące procesy demograficzne stanowią duże wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i powodują konieczność odpowiedniego projektowania rozwiązań ukierunkowanych na wdrażanie właściwych działań profilaktycznych i działań z zakresu promocji zdrowia oraz działań leczniczych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Kolejnym kryterium jest miernik osób żyjących poniżej granicy ubóstwa i nierówności dochodów w Polsce (wykres nr 2, oraz tabela nr 1).



Wykres 2. Ludność poniżej granicy ubóstwa i nierówność dochodów w latach 2015 -2017 (w tys.).

Kraj	2015	2016	2017
	Odsetek osób	Odsetek osób	Odsetek osób
POLSKA	23,40%	21,90%	19,50%
UE 28	23,80%	23,50%	bd

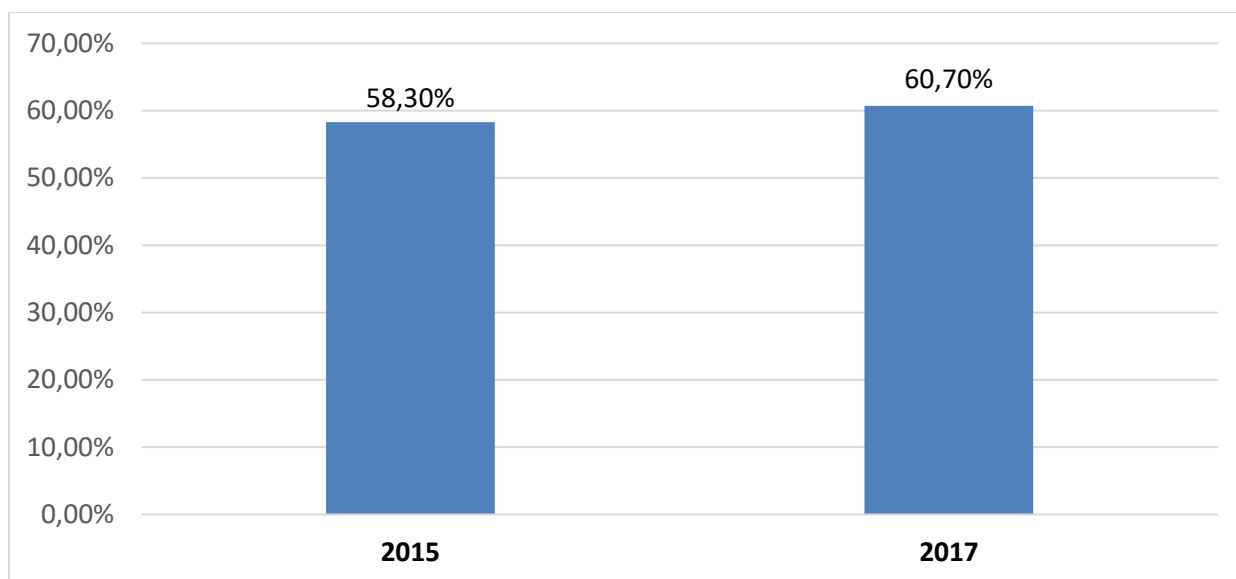
Tabela 1. Odsetek ludności poniżej granicy ubóstwa i nierówność dochodów, źródło danych: Eurostat

Dane Eurostatu wskazują na polepszający się standard życia w Polsce, spada liczba bezrobotnych co przekłada się na wskaźnik ludności żyjącej poniżej granicy ubóstwa i nierówności dochodów. Odsetek tych osób maleje, w 2015 r. wynosił 23,4%, w 2016 r. 21,90%, a w 2017 r. 19,50%. W porównaniu z państwami członkowskimi Unii Europejskiej Polska znajduje się poniżej średniej (tab. 1) i znajduje się w czołówce krajów Unii Europejskiej z występowaniem najmniejszej liczby ludności żyjących na granicy ubóstwa i nierówności dochodów².

Poprawiająca się sytuacja gospodarstw domowych ma duży wpływ na warunki życia, zmianę zachowań zdrowotnych a tym samym na wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia. W 2017 r. w Polsce odsetek

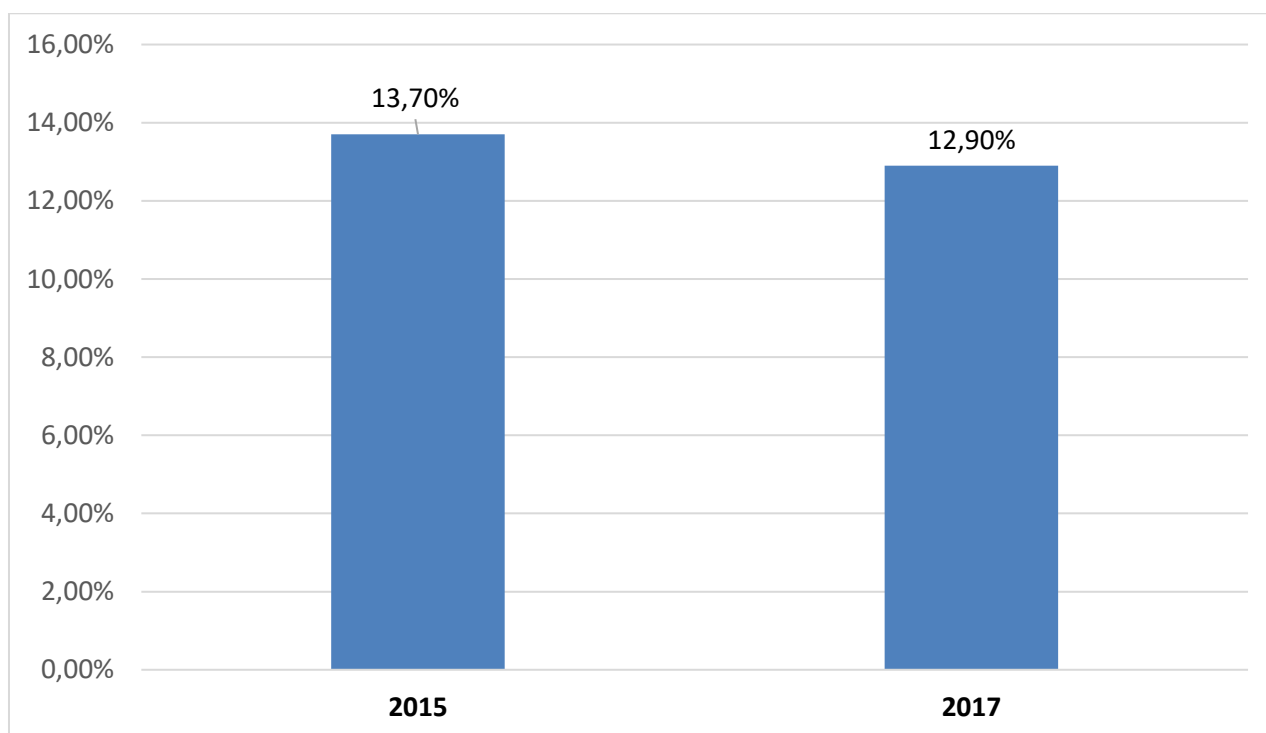
² Źródło danych: Eurostat

osób subiektywnie oceniających ogólny stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry zwiększył się w porównaniu do roku 2015 o 2,4 % (wykres nr 3).



Wykres 3. Wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia³.

Konsekwencją zwiększającej się liczby osób z dobrą samooceną stanu zdrowia jest spadek liczby osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (wykres nr 4).



Wykres 4. Wskaźnik złej samooceny stanu zdrowia⁴

³ Dane pozyskane z publikacji GUS „Jakość życia w Polsce” przedstawiają odsetek osób w wieku 16 lat i więcej, które oceniły subiektywnie ogólny stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Wskaźnik ten został obliczony na podstawie Europejskiego badania dochodów i warunków życia (EU-SILC 2017 - dane wstępne).

⁴ Źródło jw.

O przeciętnej oczekiwanej długości życia decyduje wiele czynników. Wśród podstawowych należy wymienić styl życia, warunki środowiska, czynniki psychospołeczne i inne. Z tego powodu odzwierciedleniem wyników wszystkich powyższych mierników są wskaźniki: oczekiwana długość życia oraz oczekiwana długość życia w zdrowiu (tabela nr 2 i 3).

Płeć	Według wieku	2015	2017
Mężczyźni	0	73,6	74,0
	15	59,0	59,4
	30	44,7	45,0
	45	30,8	31,2
	60	19,0	19,2
	75	10,0	10,2
Kobiety	0	81,6	81,8
	15	67,0	67,2
	30	52,2	52,4
	45	37,6	37,9
	60	24,1	24,3
	75	12,5	12,8

Tabela 2. Oczekiwana długość życia w roku 2015 i 2017, dane GUS

Wyszczególnienie	2015	2016	Różnica
Zdrowe lata życia w wartości bezwzględnej przy urodzeniu - kobiety	63,2	64,6	1,4
Zdrowe lata życia w wartości bezwzględnej przy urodzeniu - mężczyźni	60,1	61,3	1,2
Zdrowe lata życia w wartości bezwzględnej w wieku 50 lat - kobiety	17,9	18,9	1,0
Zdrowe lata życia w wartości bezwzględnej w wieku 50 lat - mężczyźni	15,8	16,5	0,7
Zdrowe lata życia w wartości bezwzględnej w wieku 65 lat - kobiety	8,4	8,9	0,5
Zdrowe lata życia w wartości bezwzględnej w wieku 65 lat - mężczyźni	7,6	8,2	0,6

Tabela 3. Oczekiwana długość życia w zdrowiu (w latach), dane pozyskane ze strony Eurostat

Średnia długość życia kobiet w Polsce w 2017 r. wydłużyła się średnio o około 3 miesiące, zaś mężczyźni średnio o około 3,7 miesiąca (tabela nr 3). Przyglądając się długości życia polskiego społeczeństwa należy zwrócić uwagę na długość życia w zdrowiu. Z danych Eurostat za rok 2015 i 2016 wynika, że oczekiwana długość życia Polaków w zdrowiu wzrosła, co potwierdzają pozostałe wskaźniki.

Pod względem występowania nadwagi i otyłości w populacji osób dorosłych, Polska zajmuje już piąte miejsce, natomiast w populacji dzieci i młodzieży odsetek chłopców oraz dziewcząt z nadwagą i otyłością wynosi odpowiednio 21,9% i 17,8%. Polskie dzieci zaliczane są od kilku lat do najszybciej tyjących w Europie. W latach 70. poprzedniego wieku nadmierną masę ciała notowano w Polsce u mniej niż 10% uczniów, podczas gdy obecnie już co piąte dziecko w wieku szkolnym (ponad 22%) boryka się z nadwagą lub otyłością. W przypadku osób dorosłych szacuje się, że już 64% mężczyzn w

naszym kraju ma nadmierną masę ciała (wskaźnik BMI powyżej 25). W przypadku kobiet odsetek ten sięga już 49%.⁵

Sposób odżywiania się, spożycie owoców i warzyw ma znaczący wpływ na nasze samopoczucie i stan zdrowia. Ogólnie spożycie owoców i warzyw w przeliczeniu na 1 mieszkańca wzrosło w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. o 1 kg (tabela nr 4 i 5).

Wyszczególnienie	2015	2016
Owoce	53,0	54,0

Tabela 4. Spożycie owoców w przeliczeniu na 1 mieszkańca (w kg).

*Dane pozyskane z rocznika statystycznego rolnictwa 2017 z tabeli pt. "Spożycie niektórych artykułów żywnościowych w przeliczeniu na 1 mieszkańca" data publikacji marzec/2018 (brak nowszych danych).

Wyszczególnienie	2015	2016
Warzywa	105	106

Tabela 5. Spożycie warzyw w przeliczeniu na 1 mieszkańca (w kg).

*Dane pozyskane z rocznika statystycznego rolnictwa 2017 z tabeli pt. "Spożycie niektórych artykułów żywnościowych w przeliczeniu na 1 mieszkańca" data publikacji marzec/2018 (brak nowszych danych). Dane dotyczą lat gospodarczych, tzn. obejmują okres od 1 VII danego roku kalendarzowego do 30 VI roku następnego.

Kolejnym czynnikiem który wpływa na długość oraz jakość życia jest jego styl, a zatem określone zachowania, w tym spożywanie alkoholu czy też palenie tytoniu. Badania GUS wskazują na malejący wraz z wiekiem poziom aktywności ruchowej Polaków. W zajęciach fizycznych niezwiązanych z pracą zawodową uczestniczyło ponad 45% Polaków. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez GUS (Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2016 r.), w latach 2015-2016, 46% mieszkańców Polski deklaroowało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych. Zaledwie około 22% badanych deklaroowało regularną aktywność fizyczną, natomiast blisko 25% ćwiczyło sporadycznie .

Według wyników polskiego badania zrealizowanego na zlecenie Benefit Systems przez Kantar TNS w styczniu 2018 r. na losowej próbie 1800 Polaków powyżej 15. roku życia odsetek Polaków, którzy uważają się za aktywnych fizycznie - czyli co najmniej raz w miesiącu spędzają aktywnie czas, np. spacerując, jeżdżąc na rowerze, biegając, ćwicząc na siłowni czy w klubie fitness - wynosi 62. Jedynie 48% badanych minimum raz w tygodniu uprawia sport w czasie wolnym od pracy i obowiązków domowych.

Poniższa tabela przedstawia całkowite spożycie alkoholu na 1 mieszkańca w latach 2015 – 2017.

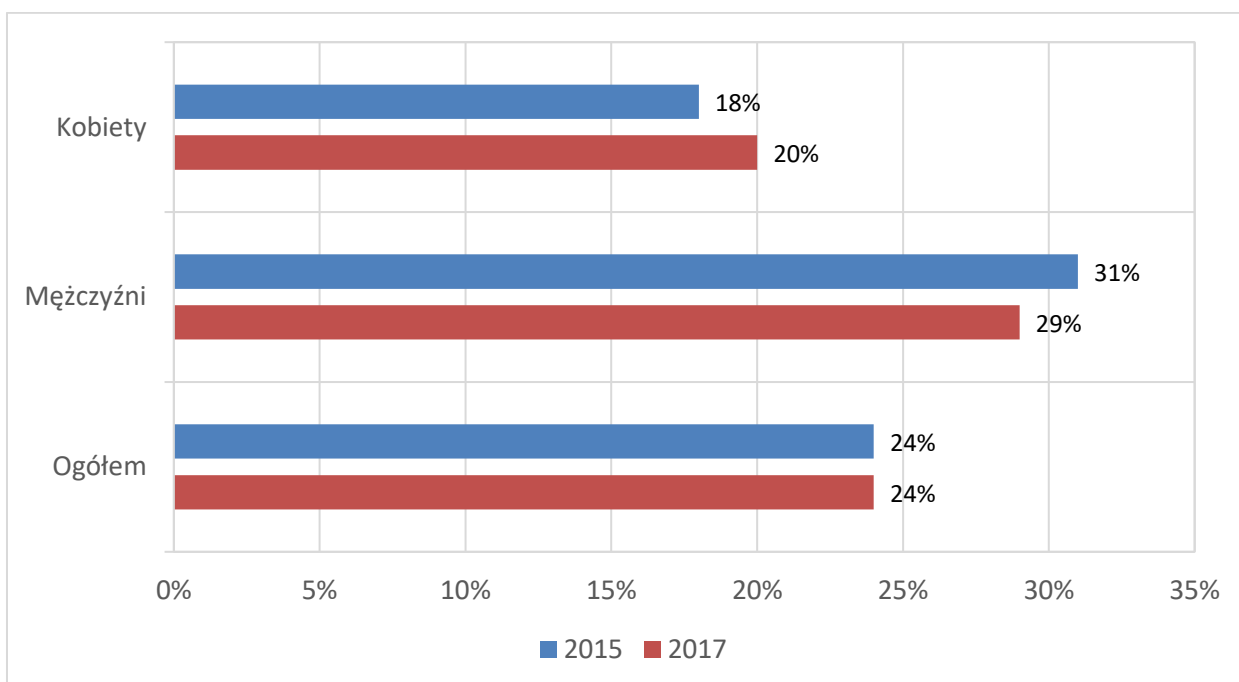
⁵ Źródło danych: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Lata	Spożycie w litrach na jednego mieszkańca*				
	Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	Wino i miody pitne	Wino i miody pitne w przeliczeniu na 100% alkohol	Piwo	Piwo w przeliczeniu na 100% alkohol
2015	3,2	6,3	0,76	99,1	5,45
2016	3,2	5,8	0,7	99,5	5,47
2017	3,3	6,1	0,73	98,5	5,42

Tabela 6. Całkowite spożycie alkoholu na jednego mieszkańca, dane pozyskane ze statystyk Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

W roku 2017 spożycie trunków wysokoprocentowych (wódka, whisky) wzrosło w porównaniu z rokiem 2015 o 0,1 litra (w stężeniu 100% alkoholu). Natomiast spożycie na jednego mieszkańca wina, miódów pitnych spadło o 0,2 litra tj. o 0,03 litra (w stężeniu 100% alkoholu), a piwa o 0,6 litra tj. o 0,03 litra (w stężeniu 100%).⁶

Z raportu ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu (badanie przeprowadzane na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie 1 063 osób w wieku 15+, metodą CAPI) wynika, że odsetek osób palących codziennie w 2017 r. jest na tym samym poziomie co w 2015 r.⁷



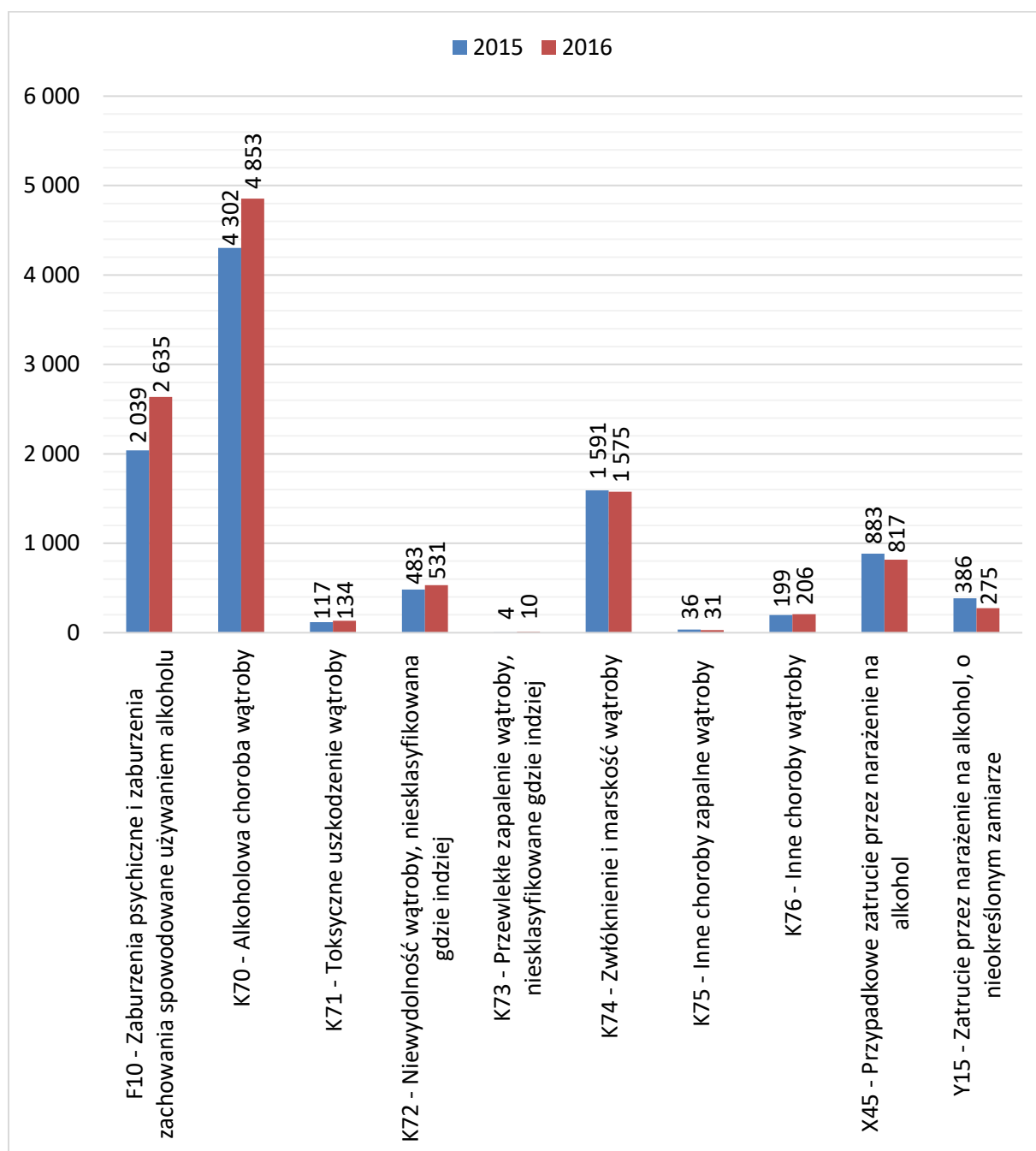
Wykres 5. Odsetek osób palących codziennie w podziale na płeć, dane zostały pozyskane ze strony GIS z dokumentu: Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. Badanie te zostały przeprowadzane na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie 1063 osób w wieku 15+, metodą CAPI.

⁶ Źródło danych: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

⁷ Źródło danych: Główny Inspektorat Sanitarny

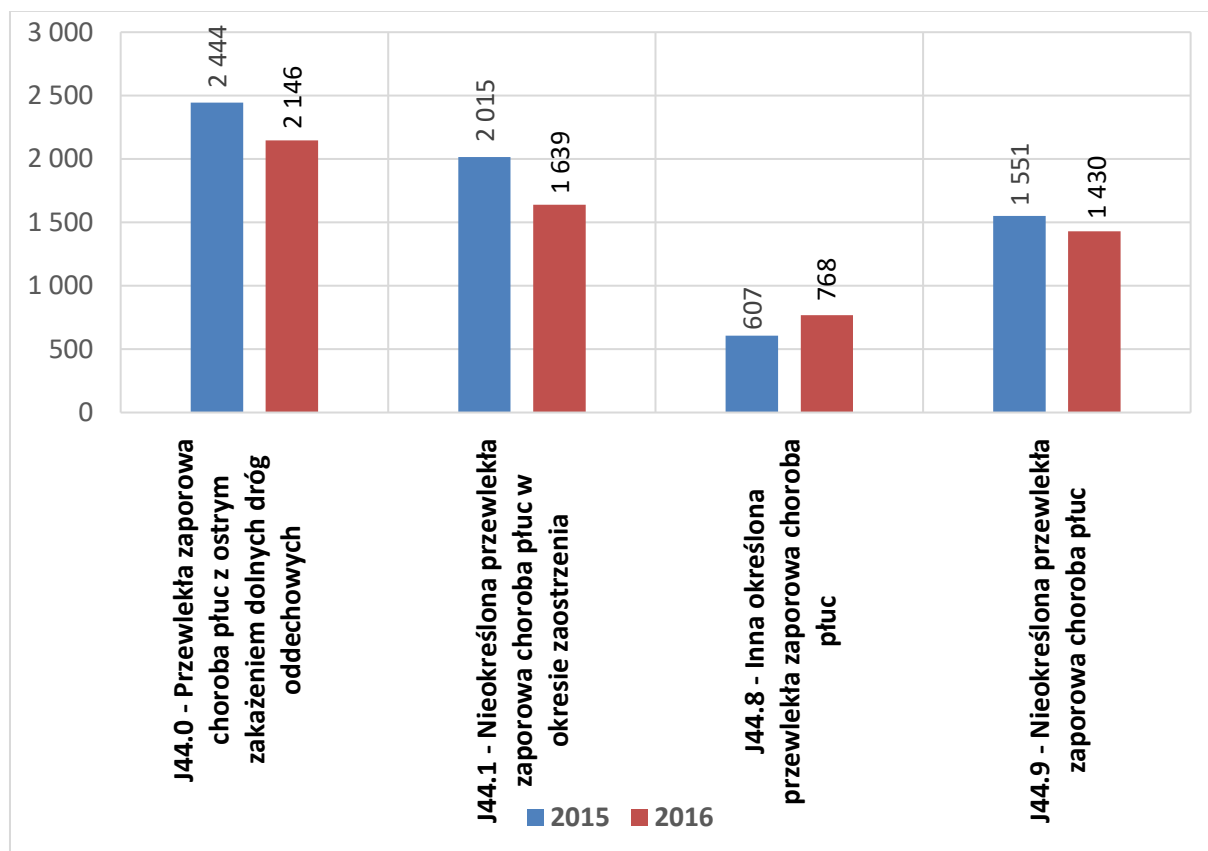
W 2017 roku do regularnego palenia przyznała się co czwarta osoba biorąca udział w przeprowadzonym badaniu. Przeważająca liczba palaczy to mężczyźni. Porównując wyniki 2017 r. vs 2015 r. odsetek palaczy płci męskiej zmniejszył się o 2%, natomiast płci żeńskiej zwiększył się o 2%.

Alkohol spożywany w nadmiarze staje się trucizną, to samo tyczy się palenia tytoniu niezależnie od formy, w jakiej występuje tytoń, jest on jedną z najgroźniejszych i najbardziej powszechnych trucizn XXI w., którą człowiek dobrowolnie zażywa. Badania prowadzone na całym świecie dowodzą że palenie oraz nadużywanie alkoholu jest ściśle związane z występowaniem wielu przewlekłych chorób i prowadzi do przedwczesnej śmierci. Poniżej zaprezentowano kilka statystyk związanych ze spożywaniem alkoholu i paleniem tytoniu.



Wykres 6. Zgony z powodu nadużywania alkoholu w 2015 r. i 2016 r., dane pozyskane ze strony GUS baza demografia - zgony.

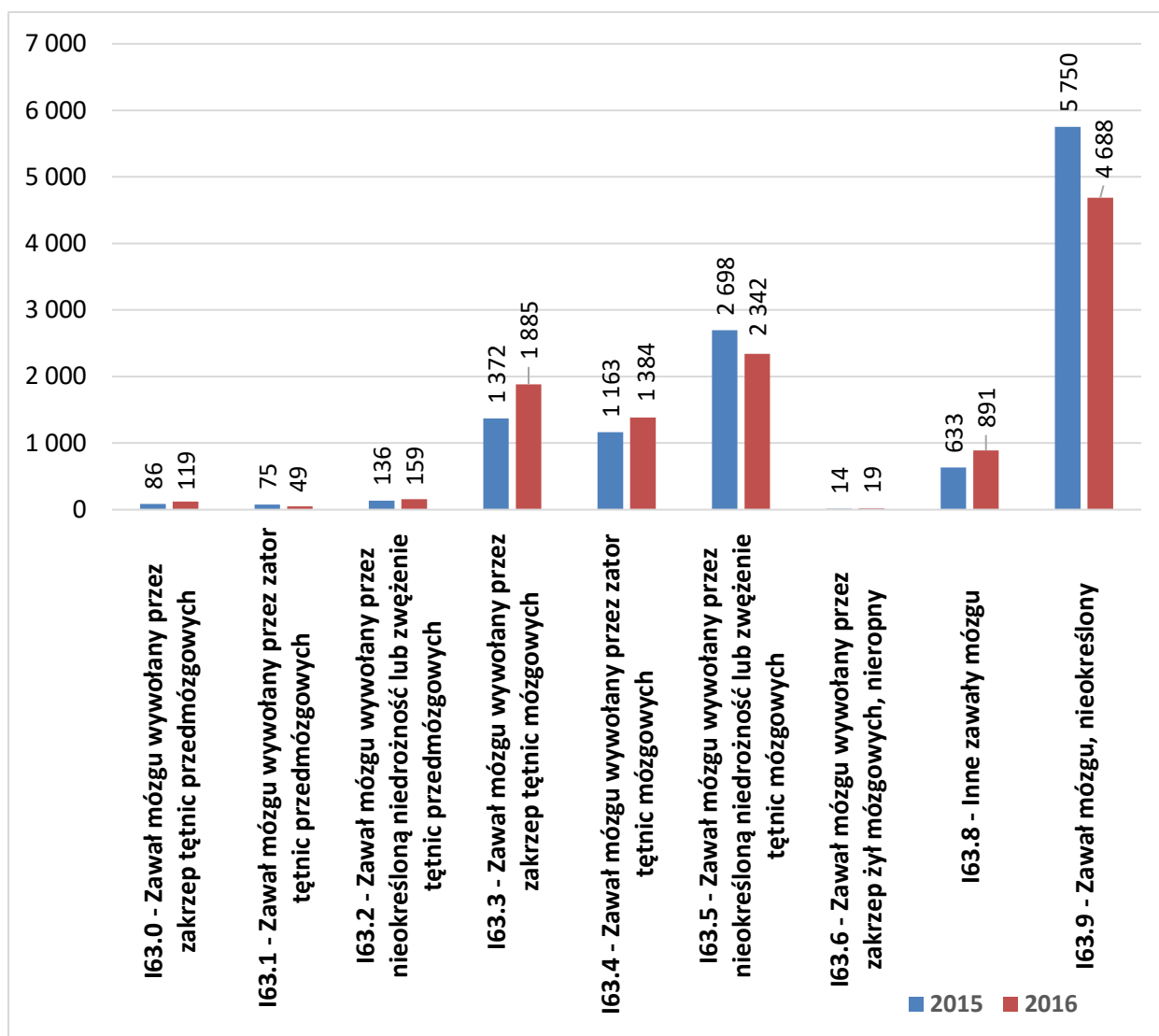
Odsetek zgonów z powodu nadużywania alkoholu wynosi około 3% wszystkich zgonów w 2016 r. Ogólna liczba zgonów z powodu nadużywania alkoholu wzrosła w 2016 r. w porównaniu z 2015 o około 10%. Największy wzrost liczby zgonów nastąpił w rozpoznaniu F10 - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu (wzrost o 29%), oraz K70 - Alkoholowa choroba wątroby (wzrost 13%). Z kolei największy spadek liczby zgonów nastąpił w rozpoznaniu Y15 - Zatrucie przez narażenie na alkohol, o nieokreślonym zamiarze (o 29%) oraz X45 - Przypadkowe zatrucie przez narażenie na alkohol (o 7%)⁸.



Wykres 7. Zgony z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w 2015 r. i 2016 r., dane pozyskane ze strony GUS baza demografia - zgony.

Odsetek zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc wynosi około 1,50% wszystkich zgonów w 2016 r. W 2016 r. ogólna liczba zgonów spowodowana tą chorobą spadła o około 9,50% w porównaniu z 2015 r. Największy wzrost liczby zgonów nastąpił w rozpoznaniu J44.8 - Inna określona przewłękła zaporowa choroba płuc o 161 zgony tj. 26,50%, natomiast największy spadek o 376 zgony wystąpiły w rozpoznaniu J44.1 - Nieokreślona przewłękła zaporowa choroba płuc w okresie zaostrzenia tj. o około 18,66%.

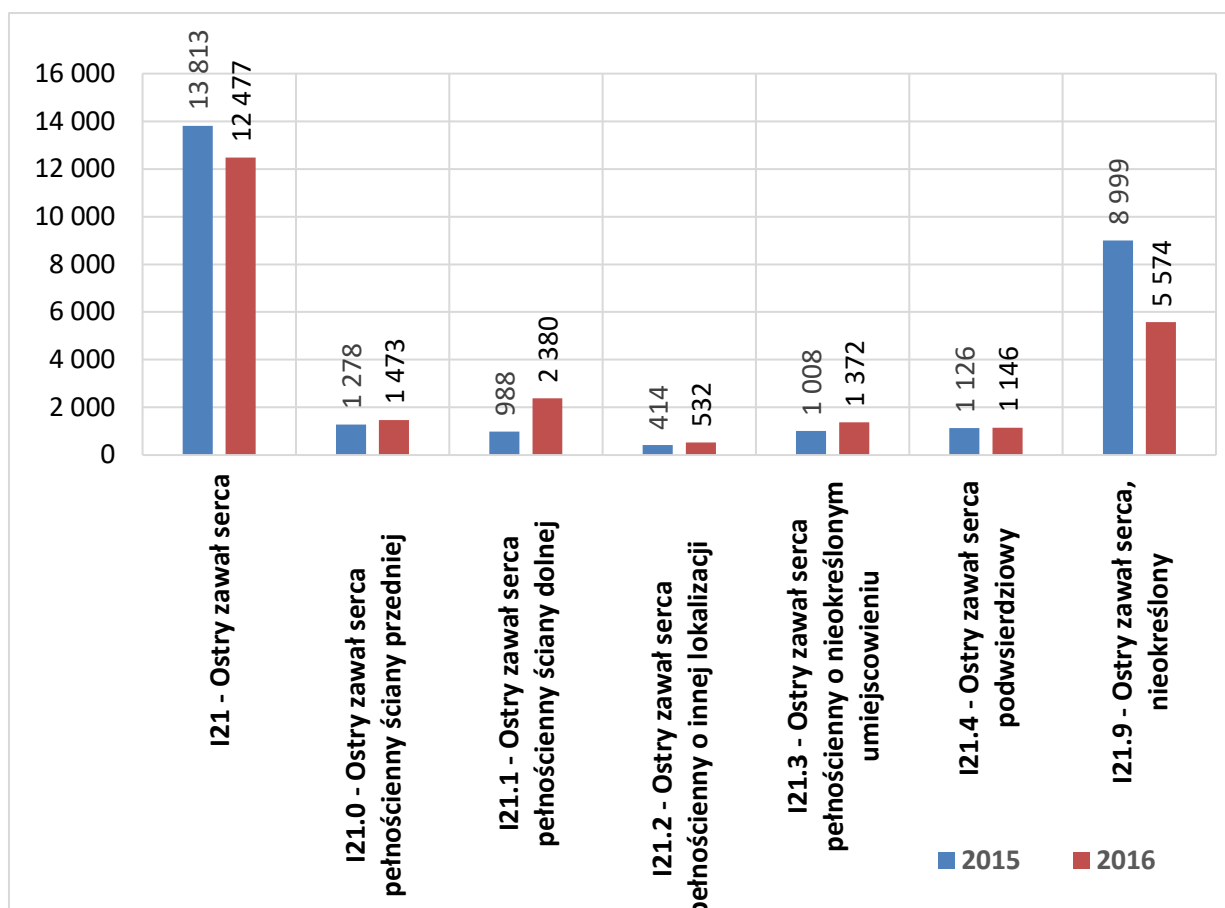
⁸ Źródło danych: Główny Inspektorat Sanitarny



Wykres 8. Zgony z powodu udaru mózgu w 2015 r. i 2016 r., dane pozyskane ze strony GUS baza demografia zgony.

Odsetek zgonów z powodu udaru mózgu wynosi około 3% wszystkich zgonów w 2016 r. Liczba zgonów w 2016r z powodu zawału mózgu nieznacznie spadła (o około 3%) w porównaniu z rokiem poprzednim. Największy spadek liczby zgonów nastąpił w rozpoznaniu I63.9 - Zawał mózgu, nieokreślony o 1 062 zgony (18,5%), oraz I63.5 - Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych o 356 zgonów (13 %). Natomiast największy wzrost liczby zgonów nastąpił w rozpoznaniu I63.3 - Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych (o 513 zgonów tj. o ok. 37%)⁹.

⁹ Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny

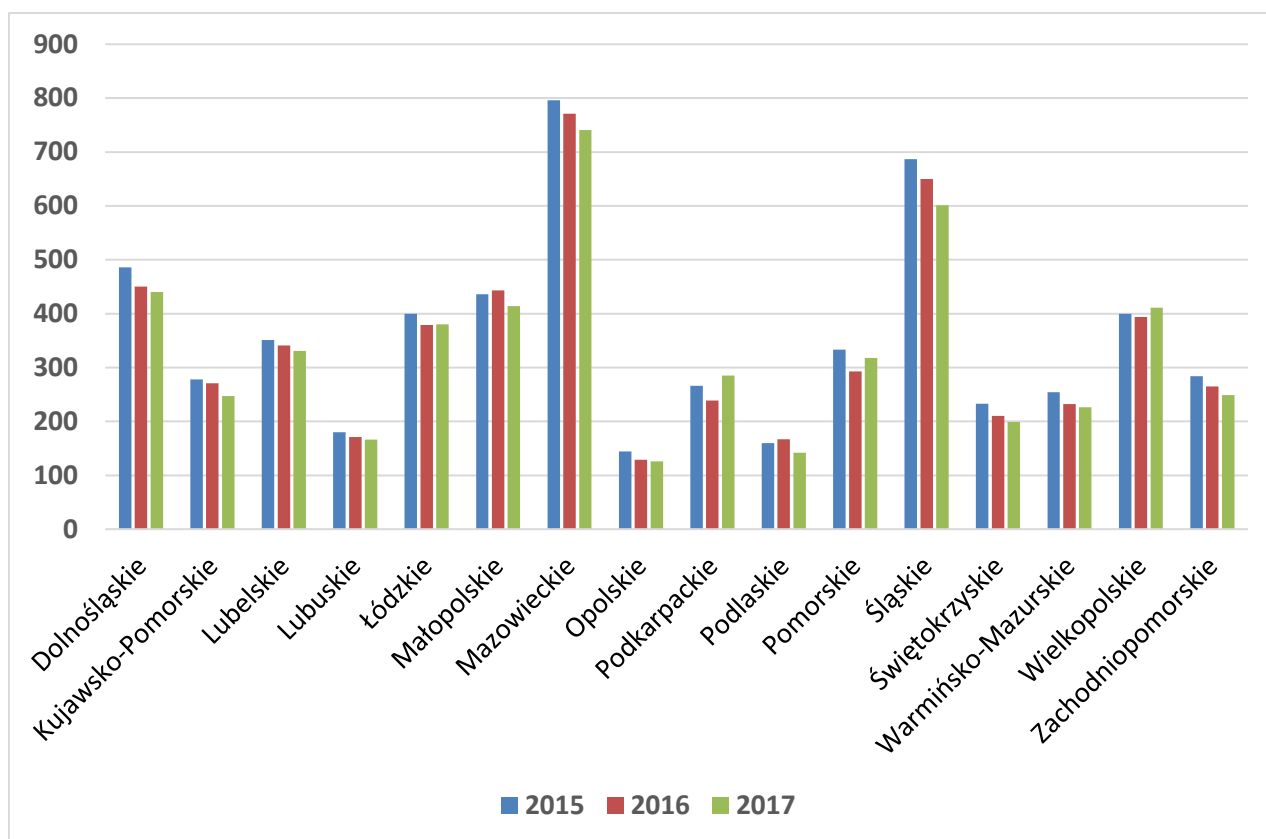


Wykres 9. Zgony z powodu ostrego zawału serca (2015 r. i 2016 r.), dane pozyskane ze strony GUS baza demografia zgony.

Odsetek zgonów z powodu ostrego zawału serca wynosi około 3% wszystkich zgonów w 2016 r. Ogólna liczba zgonów z powodu zawałów spadła w 2016 r. o około 10%. Największy wzrost liczby zgonów nastąpił w rozpoznaniu I21.1 - Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej o 1 392 zgonów, natomiast największy spadek o 3 425 zgonów zanotowano w rozpoznaniu I21.9 - Ostry zawał serca, nieokreślony) tj. o 38%¹⁰.

Wskaźnikiem przybliżającym możliwość oceny stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa jest liczba dokonanych samobójstw. W 2017 r. liczba zgonów w wyniku samobójstw zmniejszyła się o około 7% w porównaniu z 2015 r. Jej wzrost możemy zaobserwować jedynie w województwach podkarpackim oraz wielkopolskim w pozostałych województwach liczba ta spadła.

¹⁰ Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny



Wykres 10. Liczba samobójstw w latach 2015-2017 w podziale na województwa, *dane statystyczne Komendy Głównej Policji*

W ramach monitorowania realizacji NPZ zrealizowane zostały badania, które pozwalają na otrzymanie wskaźników celu operacyjnego nr 2 dotyczącego problemu narkotyków i narkomanii:

- W 2017 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło do realizacji badanie pt. „Zgony wśród problemowych użytkowników narkotyków badanie kohortowe”, które miało na celu monitorowanie umieralności problemowych użytkowników narkotyków poprzez oszacowanie wartości współczynników zgonów dla osób przyjmujących problemowo narkotyki. Realizatorem badania był Instytut Psychiatrii i Neurologii. Analiza umieralności 15 kohort osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu problemu narkotyków w latach 2000-2014, a obserwowanych w latach 2000-2016 wykazała iż w całym okresie obserwacji zmarło 5489 badanych, tj. 12,8% badanych (średnio rocznie umierało 0,8% badanych). Standaryzowany współczynnik umieralności dla całego okresu badania wynosi 3,4 (2,1 dla kobiet i 4,6 dla mężczyzn). Współczynnik ten przybiera najwyższe wartości dla kobiet z kategorii wiekowej: 30-34 lata (18,5).
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP–PZH) na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zrealizował w 2017 roku badanie pt. „Stan zdrowia osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w zakresie chorób zakaźnych przenoszonych poprzez naruszenie ciągłości tkanek oraz kontakty seksualne. Rozpowszechnienie. Wiedza. Zachowania”. Według wyników z 2016 roku przeciwciała anti-HIV występowały u 18,5% badanych przyjmujących narkotyki w iniekcjach a przeciwciała anti-HCV u 57,6% badanych.

Ponadto, według danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomani liczba problemowych użytkowników narkotyków wyniosła 100 111 osób w 2014 roku (ostatnie dostępne dane). Polska nie ma wysokich wskaźników problemowego używania substancji nielegalnych na tle innych krajów UE. Wśród krajów które dysponowały takim oszacowaniem tylko dwa kraje miały niższe wskaźniki niż Polska: Cypr (3 osoby na 1000 mieszkańców w 2016) oraz Chorwacja (3 osoby na 1000 mieszkańców w 2012). W Polsce wskaźnik wyniósł 4 osoby na 1000 mieszkańców (2014) i był o wiele mniejszy niż w Portugalii – najwyższe wskaźniki w Europie – gdzie odnotowano 10 osób na 1000 mieszkańców w 2015 roku czy na Łotwie: 9 na 1000 mieszkańców w 2011.

Kolejnym obszarem zdrowia psychicznego, monitorowanym przez administrację rządową jest rozpowszechnienie wybranych uzależnień behawioralnych. Informacje te są gromadzone na podstawie badań przeprowadzonych przez Fundację CBOS w latach 2011-2012 oraz 2014-2015 (tab. 7-8).

Rodzaj problemu	Badania 2011-2012		Badania 2014-2015	
	% osób u których występują symptomy uzależnienia	% osób wysoce zagrożonych uzależnieniem	% osób u których występują symptomy uzależnienia	% osób wysoce zagrożonych uzależnieniem
Hazard	3,7%	0,2%	5,3%	0,7%
Internet	1,5%	0,2%	1,2%	0,1%
Praca	-	10,4%	-	19,1%
Zakupy	-	3,5%	-	4,1%

Tabela 7. Rozpowszechnienie wybranych uzależnień behawioralnych w odniesieniu do ogółu Polaków w wieku 15+

Rodzaj problemu	Hazard	Internet
	Zagrożenie uzależnieniem od hazardu wśród graczy	Zagrożenie uzależnieniem wśród użytkowników Internetu
Badania 2011-2012	3,8% przejawiających umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia, 1 % mających problem z hazardem	2,5% zagrożonych uzależnieniem, 0,3% mających problem z uzależnieniem
Badania 2014-2015	2,2% przejawiających umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia, 2,2% mających problem z hazardem	1,8% zagrożonych uzależnieniem, 0,1% mających problem z uzależnieniem

Tabela 8. Rozpowszechnienie wybranych uzależnień behawioralnych W odniesieniu do osób grających hazardowo/ korzystających z Internetu w wieku 15 +

Czynnikiem ryzyka, który wpływa istotnie na stan zdrowia społeczeństwa i jest przedmiotem działalności badawczej i edukacyjnej jest zanieczyszczenie powietrza. Sektor bytowo-komunalny powszechnie nazywany tzw. „niską emisją”, znacząco przyczynia się do obserwowanej w Polsce złej jakości powietrza. Udział tego sektora w stężeniu pyłu zawieszonego PM2.5 wynosi dla obszarów miejskich 41%, a dla pozamiejskich 39%. Oszacowano, że na skutek ekspozycji na zanieczyszczenie powietrza w 2016 roku, na obszarze miejskim przedwcześnie umarło 15 tys. osób, a na terenach położonych poza miastami, liczba ta wyniosła 4 tys. W związku z tym, ilość utraconych lat życia wyniosła

266 tys. dla miast i 177 tys. dla pozostałych obszarów. Wartym podkreślenia jest fakt, że większa liczba skutków zdrowotnych w miastach w stosunku do obszarów pozamiejskich, nie wynika tylko i wyłącznie z odmiennej jakości powietrza, ale również ze struktury populacji i z reguły gorszych wskaźników umieralności. Liczba przedwczesnych zgonów związanych z „niską emisją” kształtuje się w przedziale 19–22 tys. rocznie. Zależy to od poziomu stężeń obserwowanych w danym roku oraz wielkości i struktury wiekowej narażonej populacji oraz wskaźników umieralności. Te same wyniki można również przedstawić za pomocą innej statystyki według której, populacja Polski co roku traci ok. 392-495 tys. lat życia. Często wykorzystywanym wskaźnikiem jest wartość charakteryzująca skrócenie życia dla osób w wieku 30+. Wskaźniki skrócenia długości życia dla Polski związanego z udziałem niskiej emisji w jakości powietrza zawiera się w przedziale 8,0–10,4 miesiąca dla terenów miejskich i 5,9-8,7 miesiąca dla obszarów pozamiejskich. Należy podkreślić, że są to wyniki szacunkowe, które zakładają pewien stały udział niskiej emisji w pyłe PM_{2.5}. Ponadto na obszarach pozamiejskich, szczególnie na wsiach, poziomy stężeń mogą być niedoszacowane (brak stacji pomiarowych zlokalizowanych na wsiach)¹¹.

Podsumowując polepszająca się jakość oraz długość życia w Polsce, zwiększający się odsetek osób z bardzo dobrą, dobrą samooceną stanu zdrowia zmniejszający się odsetek bezrobotnych, zmniejszający się odsetek osób żyjących w ubóstwie bądź nierówności dochodowej, zmniejszająca się liczba zgonów w Polsce to bardzo dobra informacja w kontekście Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, którego podstawowym celem strategicznym jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

¹¹ Źródło danych: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny