



RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA



BIULETYN

48

Warszawa

2003

1998 1998
1999 1999
2000 2000
2001 2001
2002 2001
1998 2002
1999 1998
2000 1999
2001 2000
2002 2001
1998 2002
1999 1998
2000 2000
2001 2001
1998 1998
1999 1999
2000 2000
2001 2001
2002 2002

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

BIULETYN

48

Warszawa 2003

PL ISSN 1642-5979

Opracowuje:

Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej

Pod redakcją:

Ewy Frątczak

Ewy Orzełek

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
I. I KONGRES DEMOGRAFICZNY W POLSCE –	7
Deklaracja I Kongresu Demograficznego w Polsce	7
Sprawozdanie z Sesji Końcowej	9
II. PROJEKT RZĄDU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I FUNDUSZU LUDNOŚCIOWEGO (UNFPA) - szkolenia pielęgniarek szkolnych z zakresu zdrowia prokreacyjnego, problemów dojrzewania i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową	29
III. GGP - Gender and Generation Projekt – informacja o programie GGP, program i notatka z zebrania zespołu ds. GGP, Decyzja Nr2 Przewodniczącego RRL z dnia 19 września 2003 r.	45
IV. 36 SESJA ONZ KOMISJI DS. LUDNOŚCI I ROZWOJU „LUDNOŚĆ, EDUKACJA I ROZWÓJ” (NOWY JORK 31 MARCA – 4 KWIETNIA 2003 R - wystąpienie Przewodniczącej delegacji polskiej, sprawozdanie z wyjazdu delegacji polskiej	59
V. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2002 ROKU.....	69

WSTĘP

Oddajemy do rąk Czytelników kolejny, 48. numer „Biuletynu Rządowej Rady Ludnościowej”, dokumentujący fragmenty działalności Rządowej Rady Ludnościowej i jej Sekretariatu za lata 2002–2003.

Na treść biuletynu składają się następujące materiały:

- informacje o sesji końcowej I Kongresu Demograficznego Polsce wraz z treścią *Deklaracji I Kongresu*,
- informacje o projekcie szkolenia pielęgniarek z zakresu zdrowia prokreacyjnego i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową, realizowanym przez Rząd Rzeczypospolitej Polskiej i Fundusz Ludnościowy (UNFPA),
- informacje o projekcie *Gender and Generation* i powołanym zespole roboczym do jego realizacji,
- sprawozdanie z 36. Sesji ONZ ds. Ludności i Rozwoju, która odbyła się w Nowym Jorku w dniach 31 marca – 4 kwietnia 2003 r.,
- sprawozdanie z działalności Rządowej Rady Ludnościowej za 2002 rok.

Ewa Frątczak
Sekretarz Generalny
Rządowej Rady Ludnościowej

Sprawozdanie z I Kongresu Demograficznego

„POLSKA A EUROPA, PROCESY DEMOGRAFICZNE U PROGU XXI WIEKU”

Po raz pierwszy w powojennej Polsce odbył się Pierwszy Kongres Demograficzny pod głównym tytułem „Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku”.

Idea zwołania Kongresu zrodziła się z głębokiego przekonania, że procesy demograficzne stanowią zasadniczą przesłankę dla nakreślenia długofalowej strategii rozwojowej naszego kraju. We współczesnym świecie czynniki takie jak wykształcenie obywateli, ich zdolność innowacyjna, poziom cywilizacyjny, poziom zamożności i inne zadecydują o tym, jakie Polska zajmie w przyszłości miejsce na arenie międzynarodowej.

Z inicjatywą zorganizowania debaty nad oceną, a zwłaszcza perspektywami rozwoju demograficznego naszego kraju wyszły: Rządowa Rada Ludnościowa, Polskie Towarzystwo Demograficzne oraz Komitet Nauk Demograficznych PAN.

W skład Komitetu Kongresu, któremu przewodniczył Wiceprezes RCSS, dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH, Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej weszli: Colin Glennie, Stały Koordynator Systemu ONZ w Polsce, dr hab. Ewa Frątczak prof. SGH, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej, Przewodniczący I Wydziału Nauk Społecznych PAN, prof. dr hab. Jerzy Zdzisław Holzer, prof. dr hab. Janina Józwiak, Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN, dr hab. Andrzej Ochocki prof. UKSW (Polskie Towarzystwo Demograficzne) prof. dr hab. med. Janusz Szymborski, Tadeusz Toczyński - Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

Kongres był zorganizowany pod patronatem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Aleksandra Kwaśniewskiego.

Do udziału w Kongresie zostali zaproszeni przedstawiciele najwyższych władz państwowych: Rządu, Sejmu, Senatu, środowisk naukowych i medycznych, polityków, organizacji zawodowych oraz przedstawiciele Kościoła Rzymsko-Katolickiego w Polsce.

Komitet Honorowy Pierwszego Kongresu Demograficznego tworzyli: Prezes Rady Ministrów RP, Marszałek Sejmu RP, Marszałek Senatu RP oraz Ksiądz Kardynał Józef Glemp Prymas Polski.

Kongres miał nietypową formę, ponieważ trwał przez okres ponad jednego roku. Oficjalne otwarcie Kongresu odbyło się 15 września 2001 r., natomiast poszczególne seminaria, konferencje oraz imprezy towarzyszące odbywały się w kolejnych miesiącach

2001 i 2002 roku. Sesja Końcowa Kongresu odbyła się w dniach 25-26.11.2002 r. w Warszawie.

Celami Kongresu były:

- 1) syntetyczna ocena procesów demograficznych w Polsce - określenie stanu i perspektyw rozwoju demograficznego Polski;
- 2) ocena społeczno ekonomicznych , regionalnych i politycznych uwarunkowań rozwoju demograficznego Polski, szczególnie zmian w okresie transformacji ustrojowej;
- 3) określenie perspektyw demograficznych kraju, ich uwarunkowań i skutków społeczno-gospodarczych;
- 4) określenie charakteru, metod i środków polityki ludnościowej w Polsce u progu nowego wieku i członkostwa w Unii Europejskiej;
- 5) ocena dorobku demografii polskiej oraz sprecyzowanie potrzeb, jej dalszego rozwoju, metod badawczych i dydaktyki.

Złożoność problemów wymagających debaty wpłynęła na decyzję podziału Kongresu na cztery części.

Część pierwsza odbyła się 15 września 2001 r. w Warszawie i poświęcona była sytuacji demograficznej Polski na tle problemów demograficznych współczesnego świata. Podczas sesji zaprezentowano najważniejsze czynniki warunkujące rozwój demograficzny, omówiono rolę rodziny, etyczny wymiar procesów demograficznych i ich znaczenie dla postępu społecznego. Przedstawiono także informacje o założeniach dotyczących spisu ludności i mieszkań w 2002 roku. Sformułowane podczas sesji inauguracyjnej tezy stanowiły podstawę do organizacji seminariów problemowych i regionalnych na drugą i trzecią część Kongresu.

Sesja Inauguracyjna I Kongresu Demograficznego w dniu 15 września 2001 r.

W obradach Sesji Inauguracyjnej I Kongresu Demograficznego w dniu 15 września 2001 r. udział wzięli politycy, pracownicy naukowcy, przedstawiciele fundacji i organizacji społecznych z całej Polski oraz media.

Część I

Powitanie uczestników I Kongresu i zaproszonych gości

Przesłanie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Aleksandra Kwaśniewskiego.

Wystąpienia członków Komitetu Honorowego.

Wystąpienia gości oficjalnych.

W części pierwszej, Pan Minister Zbigniew Strzelecki, Przewodniczący Komitetu Kongresu, serdecznie powitał zaproszonych gości. Następnie Dyrektor Biblioteki Narodowej, Pan Michał Jagiełło powitał uczestników Kongresu, wyrażając radość, iż może w imieniu Biblioteki Narodowej gościć grono znakomitych gości w tak bardzo ważnej dla państwa, społeczeństwa i narodu sprawie.

Pan Minister Zbigniew Strzelecki zwrócił uwagę, że w Polsce dokonują się bardzo ważne dla przyszłości narodu i państwa przemiany, w tym przemiany demograficzne. Obserwuje się tendencje głębokiej, zawężonej zastępowalności pokoleń, przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności, zbyt powolne jest zmniejszanie się ryzyka zgonu oraz ograniczona jest mobilność przestrzenna i zawodowa ludności. Utrwalanie się tych tendencji w przyszłości oznacza dla Polski wiele wyzwań. Było to główną podstawą decyzji o zwołaniu I Kongresu Demograficznego w Polsce, którą podjęły jednomyślnie Rządowa Rada Ludnościowa, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Główny Urząd Statystyczny oraz UNDP. Na tym tle przedstawił cele Kongresu. Jak ważne są to sprawy dla państwa i narodu polskiego świadczy ich docenienie przez najwyższych dostojników państwa. Niektóre z tych osobistości zaszczyliły swą obecnością inaugurację I Kongresu.

Przewodniczący Komitetu Kongresu, wyraził następnie wdzięczność za przybycie na inaugurację I Kongresu Pani Marszałek Alicji Grzeškowiak oraz Prymasowi Polski Księdzu Kardynałowi Józefowi Glempowi. Powitał przybyłego w zastępstwie Pana Prezydenta, podsekretarza stanu w Kancelarii Prezydenta, Pana Ministra Andrzeja Śmietanko, Pana Ministra Jerzego Kropiwnickiego - Prezesa Rządowego Centrum Studiów Strategicznych oraz jego zastępcę Pana Ministra Olgierda Dziekońskiego. Serdecznie powitał wszystkich uczestników licznie przybyłych na inaugurację, co świadczy o tym, iż problematyka Kongresu jest niezwykle doniosła.

Przewodniczący Kongresu, poprosił z kolei o zabranie głosu Pana Ministra Andrzeja Śmietanko, który w imieniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Pana Aleksandra Kwaśniewskiego odczytał treść wystąpienia.

Następnie głos zabrali członkowie Komitetu: Marszałek Senatu Pani prof. Alicja Grzeškowiak, Ksiądz Kardynał Józef Glemp Prymas Polski, w imieniu Marszałka Sejmu Pana Macieja Płażyńskiego wystąpił jego doradca Pan Michał Drozdek .

Kolejnym punktem obrad były wystąpienia gości oficjalnych: Ministra Prezesa Rządowego Centrum Studiów Strategicznych Jerzego Kropiwnickiego, Pani Katarzyny Mazeli, która zabrała głos w imieniu Pani Minister Marii W. Smereczyńskiej - Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny, Pana Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego Tadeusza Toczyńskiego oraz Pana Pawła Grzesika, pełniącego obowiązki Stałego Koordynatora Systemu ONZ w Polsce, który przemawiał w imieniu Pana Marca Destanne de Bernis Stałego Koordynatora Systemu ONZ w Polsce .

Część II - Referaty

W kolejnym punkcie obrad referaty zaprezentowali:

- 1) dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH - referat Komitetu Kongresu pt.: „Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku”,
- 2) prof. dr hab. Janina Józwiak „Ludność i gospodarka”,
- 3) prof. dr hab. med. Witold Zatoński „Sytuacja zdrowotna a rozwój demograficzny”,
- 4) prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz „Rodzina i społeczeństwo”,
- 5) ks. prof. dr hab. Helmut Juros, „Etyczne aspekty polityki demograficznej”.

Tę część obrad poprowadził prof. dr hab. Jerzy Z. Holzer, przedstawiając poszczególnych mówców.

Część III - Wystąpienia problemowe

W pierwszej kolejności wystąpili członkowie Komitetu Kongresu: prof. Jerzy Z. Holzer, prof. Janusz Szymborski i dr hab. Ewa Frączak. W następnej kolejności zabrały głos osoby, które wcześniej zgłosiły chęć wystąpienia: prof. Stanisława Borkowska, prof. Maria Rybakowa, dr hab. Irena Kotowska, z GUS Grażyna Marciniak, Maria Cichońska-Marczak z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Anna Grajcarek, Przewodnicząca Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Głos zabrał również prof. Stefan Kurowski.

W następnej kolejności przemawiała Pani Anna Grajcarek, przewodnicząca Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.. Kolejnym mówcą był prof. dr hab. Stefan Kurowski.

Na zakończenie obrad Sesji Inauguracyjnej głos zabrał przewodniczący Komitetu Kongresu Pan Minister Zbigniew Strzelecki. Podsumowując stwierdził, iż do propagowania idei Kongresu pozwoliły użyć swoich autorytetów najwyższe osobistości w państwie. Gdyby sesja była zwykłą debatą naukową, nie byłoby z pewnością takiego zainteresowania mediów, mimo że ich uwaga jest zwrócona teraz w kierunku Ameryki. Podważył zasadność

twierdzenia prof. S. Kurowskiego na temat przekazu informacji dotyczącej rozpoczęcia sesji inauguracyjnej I Kongresu Demograficznego. Oprócz wiadomości w prasie i adresu internetowego, pod który można było przysyłać swoje zgłoszenie, zostało wysłanych 1000 zawiadomień do polityków, środowiska naukowego, stowarzyszeń, fundacji i organizacji społecznych. Przy obecnym budżecie jest to ogromna sprawa, odzew był bardzo duży. Przewodniczący Komitetu Kongresu odczytał pierwsze zdanie z referatu Komitetu Kongresu: *„Przesłaniem I Kongresu Demograficznego w Polsce jest odwołanie się do społeczeństwa polskiego w sprawach tak zasadniczych, jak ciągłość pokoleń, przez to także do miejsca naszego narodu i państwa we współczesnym świecie.”* Stwierdził, iż podsumowanie Kongresu będzie możliwe za rok. Wyraził nadzieję, że przez ten rok uda się zorganizować szereg spotkań, konferencji, seminariów, prezentacji, które przebiją się do szerszej świadomości. Zaproponował, po uzyskaniu upoważnienia ze strony uczestników Kongresu, sformułowanie przez Komitet Kongresu krótkiego apelu do polityków, decydentów i do społeczeństwa w sprawach niezwykle żywotnych dla ciągłości naszego narodu. Zapewnił, że głosy wszystkich, którzy wyrażą potrzebę przekazania swoich opinii na piśmie, zostaną zamieszczone w publikacji. Komitet Kongresu postara się dostarczyć tę publikację również nowym parlamentarzystom, którzy dostają coroczny raport o sytuacji demograficznej w Polsce. Celem spotkania było zainaugurowanie Kongresu oraz zdefiniowanie obszarów, w których będzie się odbywała dalsza dyskusja. Obydwa cele osiągnięto. Zaakcentowana została potrzeba badań. Kończącym efektem będzie określenie ram polityki ludnościowej, która zapewni ciągłość narodu polskiego.

Przewodniczący podziękował wszystkim członkom Komitetu Kongresowego, dzięki którym mogło dojść do zaakceptowania idei Kongresu. Podziękował bliskim współpracownikom, dzięki którym ciężkiej pracy odbyła się Sesja. Złożył podziękowania GUS za sfinansowanie materiałów potrzebnych do zorganizowania sesji inauguracyjnej, a szczególnie Panu Wiceprezesowi GUS, prof. Januszowi Witkowskiemu, oraz pracownikom GUS, dzięki którym powstało m. in. logo Kongresu. Podziękował również Pani dr hab. Ewie Frątczak oraz pracownikom Biblioteki Narodowej, a przede wszystkim Panu dyrektorowi Michałowi Jagiełło, wszystkim referentom oraz pracownikom Biura Prasowego.

Przewodniczący Komitetu Kongresu zamknął obrady sesji inauguracyjnej I Kongresu Demograficznego w Polsce, zapraszając wszystkich uczestników do udziału w seminariach, konferencjach, prezentacjach i innych imprezach Kongresu.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie I materiałów I Kongresu Demograficznego, *Polska a Europa – Procesy demograficzne u progu XXI wieku* (pod redakcją Zbigniewa Strzeleckiego i Andrzeja Ochockiego, Warszawa, 2001).

Część druga to cykl seminariów tematycznych poświęconych najważniejszym czynnikom rozwoju demograficznego Polski, a w tym warunkom życia rodzin, zdrowiu obywateli, edukacji, sytuacji mieszkaniowej, pracy, ekologii oraz czynnikom kulturowym.

Głównym punktem programowym tej części Kongresu była organizacja dziewięciu ogólnokrajowych konferencji o tematyce odpowiadającej na palące problemy społeczne i demograficzne, wpisujące się w nurt najważniejszych aktualnych kwestii narodowych i państwowych w Polsce, a mianowicie:

1. Ogólnokrajowa konferencja naukowa pt. „Medycyna szkolna - główne problemy i kierunki rozwiązań systemowych”, odbyła się 21.03.2002 r. w siedzibie Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Warszawie. Organizatorami konferencji byli: prof. dr hab. Janusz Szymborski, PTH, Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Matki i Dziecka oraz Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zdrowotnej MENiS.

Konferencję otworzył Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych - dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH, Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej i Komitetu Kongresu.

W konferencji uczestniczyło 71 osób z całego kraju reprezentujących środowisko medycyny szkolnej, administrację rządową, MENiS, MZ, samorzady zawodowe, towarzystwa naukowe, kasy chorych, instytuty naukowo-badawcze, nadzór specjalistyczny, Rzecznik Praw Dziecka. Wygłoszono 15 referatów oraz przeprowadzono dyskusję panelową, w której wzięło udział 11 mówców.

Celem Konferencji było podsumowanie aktualnego stanu wiedzy nt. uwarunkowań, zagrożeń i problemów zdrowotnych uczniów w Polsce oraz przedyskutowanie i przyjęcie konkretnych rozwiązań programowych, sprawdzonych w praktyce w niektórych regionach kraju. Cele te zostały w pełni zrealizowane, przyjęto program medycyny szkolnej zbieżny ze stanowiskiem Rządowej Rady Ludnościowej.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie III materiałów I Kongresu Demograficznego: *Polska a Europa – Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, pt. *Medycyna szkolna - główne problemy i kierunki rozwiązań systemowych*, pod redakcją Janusza Szymborskiego, Warszawa 2002.

2. Konferencja ogólnopolska pt. „Problemy społeczne osób niepełnosprawnych” zorganizowana przez Instytut Filozofii i Socjologii PAN przy współdziałaniu Rządowej Rady Ludnościowej. Otrzymała się 17 maja 2002 r., w Pałacu Staszica, w Warszawie. Organizacją konferencji podjęła się dr hab. Joanna Czapligo-Sikorska, IFiS PAN. Konferencja znalazła żywe zainteresowanie wśród licznego grona badaczy niepełnej sprawności z ośrodków naukowych w Polsce i w USA oraz wśród polityków i praktyków z instytucji rządowych i pozarządowych (66 osób uczestniczących).

Obrady otworzył dr hab. Zbigniew Strzelecki prof. SGH - Przewodniczący Komitetu I Kongresu Demograficznego, Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych, Prezes Rządowej Rady Ludnościowej, a następnie głos zabrał Jan Lach – Wicedyrektor Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych oraz prof. dr hab. Antonina Ostrowska – Wicedyrektor IFiS PAN. Dyrektor Ludwik Mizera wystąpił z ramienia Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wygłoszono 12 referatów i przeprowadzono dyskusję, która poświęcona była syntetycznej ocenie wpływu transformacji na sytuację życiową niepełnosprawnych, w tym ocenie skuteczności polityki społecznej dla poprawy warunków życia niepełnosprawnych i dla wzmacniania ich społecznej integracji.

Główni referenci reprezentowali: IFiS PAN – prof. Antonina Ostrowska, dr hab. Joanna Sikorska, dr Barbara Gąciarz, dr hab. Aleksander Manterys, dr hab. Włodzimierz Pańków, Akademię Ekonomiczną w Katowicach – prof. Lucyna Frąckiewicz, dr Sławomir Kantyka, dr Wiesław Koczur, New York University Medical School – prof. Michael L. Perlin, GUS – Lucyna Nowak, Fundację dla Dzieci Niepełnosprawnych – Teresa Sikoń - Zielona Góra.

Celem Konferencji było przedstawienie skali problemu niepełnej sprawności w Polsce w kontekście polityki ludnościowej oraz polityki społecznej. Przedstawione referaty są ważnym głosem w dyskusji o społecznych uwarunkowaniach, społecznych konsekwencjach i społecznym kontekście zjawiska niepełnosprawności. W przedstawionych referatach oraz w toku żywej dyskusji uczestnicy konferencji sformułowali wiele teoretycznych i praktycznych problemów niepełnej sprawności, w tym szacowania skali zjawiska w powiązaniu z tradycją polskich spisów powszechnych, a także uwarunkowań i konsekwencji społecznej integracji osób niepełnosprawnych. Interdyscyplinarny charakter wystąpień pokazał różnorodność implikacji zjawiska niepełnej sprawności dla różnych obszarów rzeczywistości społecznej.

Wieloaspektowe ujęcie problemu niepełnej sprawności pozwoliło sformułować wnioski dla polityki ludnościowej i społecznej. Autorzy przedstawili konkretne rozwiązania, które powinny się znaleźć na liście zadań polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie V materiałów I Kongresu Demograficznego: "Polska a Europa – Procesy demograficzne u progu XXI wieku", pt. *Problemy społeczne osób niepełnosprawnych*, praca zbiorowa pod redakcją Joanny Sikorskiej, IFiS PAN, Warszawa 2002.

3. Konferencja ogólnokrajowa pt. „Zdrowie prokreacyjne w Polsce - stan obecny i perspektywy rozwoju”, zorganizowana przez Panią Beatę Balińską (UNDP) z Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) oraz Instytut Matki i Dziecka, odbyła się 17 czerwca 2002 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

Konferencję otworzył Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych - dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH, Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej i Komitetu Kongresu. W następnej kolejności wystąpili: Izabela Jaruga-Nowacka, Sekretarz Stanu, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn, Włodzimierz Paszyński, Podsekretarz Stanu, Ministerstwo Edukacji, prof. Wojciech Woźniak, Dyrektor Instytutu Matki i Dziecka, Jan Kolbowski, UNDP Assistant Resident Representative.

W konferencji wzięło udział ok. 80 osób. Wygłoszono 14 referatów i przeprowadzono merytoryczną dyskusję. Główni referenci reprezentowali: Rządową Radę Ludnościową - dr hab. Ewa Frątczk, prof. SGH; CK Akademii Medycznej w Warszawie - prof. dr hab. Stanisław Radowski; Klinikę AM w Białymstoku - prof. dr hab. Marian Szamotowicz, doc. dr hab. Waldemar Kuczyński; Szpital Wojewódzki w Warszawie - prof. dr hab. Romuald Dębisk; Centrum Onkologii - prof. Zbigniew Wronkowski; Instytut Matki i Dziecka - dr Alicja Ceran; UW - dr Wiesław Sokoluk, dr Magdalena Środa; Krajowe Centrum HIV/AIDS - dr Anna Bogusławska-Marzec i inni.

Konferencja została podzielona tematycznie na dwie części: **część pierwsza** dotyczyła planowania rodziny i poruszała kwestie: edukacji seksualnej, wybranych metod planowania rodziny, bezpłodności i badań prenatalnych, natomiast **część druga** dotyczyła wybranych zagadnień z dziedziny zdrowia prokreacyjnego i obejmowała: choroby przenoszone drogą płciową oraz prewencję HIV/AIDS, zagadnienia z zakresu promocji zdrowia kobiet w wieku rozrodczym prewencję raka piersi i nowotworów narządów kobiecych.

4. Konferencja pt. „Procesy demograficzne a rynek pracy w Polsce”, zorganizowana przez dr Bożenę Balcerzak – Paradowską, Dyrektora Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, odbyła się w dniu 26 czerwca 2002 r. w Warszawie. W konferencji uczestniczyło 80 osób.

Celem konferencji było omówienie wieloaspektowych wzajemnych zależności między aktualnymi i przewidywanymi w najbliższych latach procesami demograficznymi a zmianami na rynku pracy oraz sformułowanie wniosków podsumowujących stan aktualny i wskazujących kierunki oczekiwanych zmian oraz niezbędnych w związku z tym działań na najbliższe lata.

Zorganizowanie konferencji wspólnie przez Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych i Polskie Towarzystwo Demograficzne oraz zaproszenie do dyskusji przedstawicieli różnych instytucji rządowych (Kancelarii Prezydenta i Premiera RP, RCSS, MPiPS, MENiS, Min. Gospodarki, Mazowieckiego Biura Planowania Przestrzennego) i wielu krajowych ośrodków naukowych zajmujących się w różnych aspektach problematyką procesów demograficznych i rynkiem pracy, pozwoliło na interdyscyplinarne podejście do analizy tych relacji.

Konferencję otworzył dr hab. Z. Strzelecki, prof. SGH – Przewodniczący Komitetu I Kongresu Demograficznego, a następnie głos zabrali: dr hab. Ewa Frątczak, prof. SGH – Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Demograficznego, prof. dr hab. Stanisława Borkowska – Przewodnicząca Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN oraz dr Bożena Balcerzak-Paradowska.

W części pierwszej konferencji trzy referaty wprowadzające wygłosili: prof. dr hab. Mieczysław Kabaj - „Rozwój i wykorzystanie zasobów ludzkich. Dylematy lat 2001-2010”, dr hab. Irena E. Kotowska, prof. SGH - „Zmiany na rynku pracy – sytuacja wybranych grup zasobów pracy”, prof. dr hab. Izasław Frenkel - „Procesy demograficzne a rynek pracy na wsi”. Po dyskusji plenarnej, w części drugiej konferencji przeprowadzono trzy moduły dyskusji panelowej, a mianowicie:

I. *Zmiany struktury demograficznej ludności a rynek pracy.* Przewodniczącym panelu był prof. dr hab. J. Witkowski (SGH -GUS), a uczestnikami: prof. dr hab. E. Kryńska (IPiSS), prof. dr hab. L. Frąckiewicz (AE w Katowicach), dr hab. Z. Strzelecki, prof. SGH, dr B. Balcerzak-Paradowska. Dyskusja dotyczyła głównie sytuacji młodzieży na rynku pracy (aspektów politycznych, ekonomicznych, demograficznych, edukacyjnych, psychologicznych i socjalnych) oraz starzenia się ludności i zasobów pracy (miejsca i kosztów pracy, skutków dla sfery opieki medycznej, procesów edukacji ustawicznej i zabezpieczenia społecznego).

II. *Migracje zarobkowe*. Panel prowadziła prof. dr hab. S. Golinowska, a w dyskusji uczestniczyli: prof. dr hab. R. Rauziński (UŚ w Opolu), dr M. Kupiszewski (Inst. Geografii i PZ PAN), dr K. Iglicka (Inst. Spraw Publicznych UW). Omówiono zagadnienia skali, trendów, przyczyn i skutków migracji wewnętrznych i zagranicznych. Dyskutowano problemy wpływu procesów migracyjnych na rynek pracy w świetle akcesji Polski do UE.

III. *Problemy wsi*. Panel prowadziła prof. dr hab. K. Duczkowska-Małysz (SGH-Kancelaria Prezydenta RP), a w dyskusji uczestniczyli: prof. dr hab. A. Rosner (IRWiR PAN), prof. dr hab. L. Ostrowski (IERiGŻ PAN), prof. dr hab. A. Wilkin (WNE UW), prof. dr hab. G. Gorzelak (Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego i Lokalnego UW). Omówiono problemy zróżnicowania polskiego rolnictwa i sytuacji wsi oraz skalę i przyczyny różnic międzyregionalnych w strukturze demograficznej, społecznej i ekonomicznej. Oceniano możliwości poprawy sytuacji poprzez wykorzystanie europejskich programów pomocowych i ich dostosowania do polskiej specyfiki oraz problem celowości i form interwencji państwa na rzecz złagodzenia istniejących problemów, a także czy wspierać wieś czy rolnictwo?

5. **„III Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej”** odbył się w Łodzi w dniach 26-28 września 2002. Kongres zorganizowało Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej, przy współpracy Sekcji Perinatologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, Europejskiej Grupy Badawczej nad Żywieniem w Perinatologii”. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. dr hab. med. Jan Wilczyński.

6. **Konferencja ogólnopolska ”Kardiologia i Onkologia w Polsce na początku XXI w. Stan, wyzwania i perspektywy”** zorganizowana przez prof. dr hab. med. Zbigniewa Religę, Dyrektora Instytutu Kardiologii i prof. dr hab. Marka Nowackiego, Dyrektora Centrum Onkologii, pod honorowym patronatem Marszałka Senatu RP Longina H. Pastusiaka oraz Ministra Zdrowia Mariusza Łapińskiego, odbyła się 9.10.2002 r. w Warszawie. W konferencji wzięło udział 120 osób, w tym, zarówno przedstawiciele Rządu RP (Ministerstwa Zdrowia), Sejmu i Senatu RP, instytucji państwowych, instytucji lecznictwa otwartego i zamkniętego, środowisk naukowych (nauk medycznych, demografii, socjologii, higieny i żywienia), jak też licznych placówek społecznych (pozarządowych). W części oficjalnej konferencji wystąpili: prof. Marek Nowacki, prof. Zbigniew Religa, prof. Barbara Błońska-Fajfrowska - Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia, dr Marek Balicki -

Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej oraz dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki - Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych, Przewodniczący Komitetu Kongresu i Rządowej Rady Ludnościowej, który omówił "Problemy ochrony zdrowia w pracach I Kongresu Demograficznego". Tematykę konferencji poświęconą aktualnym zagadnieniom demograficznym oraz ważnym, budzącym niepokój problemom zdrowotnym społeczeństwa jak wysoka zachorowalność na choroby cywilizacyjne, szczególnie choroby układu krążenia i nowotwory, wysoka i przedwczesna umieralność, niepełnosprawność, stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej należy widzieć w szerokim kontekście uwarunkowań demograficznych, społecznych i edukacyjnych.

Celem konferencji było omówienie, dyskusja i podsumowanie stanu badań kardiologicznych i onkologicznych w Polsce oraz sytuacja zdrowotna w tych dziedzinach. Wprowadzenie do części referatowej pt. "Onkologia i kardiologia a sytuacja epidemiologiczna Polski" wygłosił prof. Witold Zatoński (Centrum Onkologii). Kolejne dwa referaty wygłosili: prof. Zbigniew Religa („Kardiologia polska - osiągnięcia, aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych”) i prof. Marek Nowacki („Onkologia polska - osiągnięcia, aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych”) prof. Grzegorz Opolski (Krajowy Konsultant ds. Kardiologii) omówił opiekę kardiologiczną w Polsce - stan obecny, perspektywy, zagrożenia, w opinii krajowego nadzoru specjalistycznego, zaś prof. Marian Reinfuss (Federacja Towarzystw Onkologicznych) przedstawił referat "Onkologia w Polsce w opinii Polskich Towarzystw Onkologicznych". W dyskusji panelowej, w której udział wzięło 18 wybitnych uczonych i specjalistów w dziedzinie onkologii i kardiologii, oraz w rezolucji podsumowującej konferencję, podjęto kwestie zainicjowania i sprawnego działania programów dotyczących najważniejszych problemów zdrowotnych Polaków: chorób kardiologicznych i onkologicznych, które są istotne nie tylko ze względu na problemy zdrowotne, ale także są ważnym czynnikiem makroekonomicznym, który bezpośrednio zależy od stanu zdrowia polskiego społeczeństwa.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie IX materiałów I Kongresu Demograficznego: Polska a Europa – Procesy demograficzne u progu XXI wieku, pt. *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy*, praca zbiorowa pod redakcją Marka Nowackiego, Zbigniewa Religi, Witolda Zatońskiego, Warszawa 2002.

7. Konferencja ogólnopolska pt. „System wartości a procesy demograficzne”

zorganizowana przez dr hab. Krystynę Słany, prof. UJ, odbyła się w Krakowie w Collegium Maius i Collegium Broscianum Uniwersytetu Jagiellońskiego, w dniach 23-24.10.2002r. Konferencja dotyczyła szczególnie ważnego tematu, nie często podejmowanego, ponieważ ukazała, jak ważna jest sfera aksjologiczno-normatywna, etyczna w szeroko rozumianej problematyce ludnościowej. Problematyka aksjo-normatywna nabiera spektakularnego znaczenia w dobie społeczeństw nowoczesnych. Szybki postęp techniczno-innowacyjny, nowa wiedza pozwala ingerować, kontrolować, modyfikować procesy i zjawiska demograficzne na skalę dotąd nieznaną.

Otwarcia konferencji w imieniu władz Uniwersytetu Jagiellońskiego dokonała prof. dr hab. Maria Flis, Dziekan Wydziału Filozoficznego, następnie dr hab. Ewa Frątczak, prof. SGH, sekretarz Rządowej Rady Ludnościowej w imieniu organizatorów I Kongresu Demograficznego i dr hab. Krystyna Słany, prof. UJ w imieniu władz Instytutu Socjologii.

Wygłoszono 36 referatów, które wyraźnie koncentrowały się wokół siedmiu zagadnień: 1) znaczenia problematyki aksjologicznej i etycznej w demografii ujmowanej z punktu widzenia różnych nauk i stanowisk, 2) szeroko zakreślonej problematyki gamologii (małżeństwa) i familiologii (rodziny), jej znaczenia na różnych płaszczyznach życia i jej wartości w społeczeństwie polskim - najobszerniejsza grupa referatów, 3) przemian w zachowaniach prokreacyjnych i wartości dziecka w rodzinie, 4) przemian w sferze życia seksualnego i intymnego, 5) konsekwencji procesu starzenia się społeczeństwa, transferów międzygeneracyjnych, losu i kondycji bio-psycho-społecznej ludzi starych, 6) zdrowia społeczeństwa, w tym ludzi młodych, samobójstw, zachowań dewiacyjnych (alkoholizm), poziomu życia ludności według rozwoju demograficznego, 7) etycznego kontekstu migracji zagranicznych.

Autorzy referatów podkreślali, iż w polityce społecznej powinien być uwzględniony i respektowany uniwersalny kanon wartości (wolność, godność, życie); szczególnie mocno wyeksponowany i poparty licznymi wynikami badań empirycznych. Referenci sesji pierwszej podkreślali znaczenie sfery aksjologicznej i normatywnej w szeroko rozumianej problematyce ludnościowej.

Podkreślono, że badania demograficzne mają dostarczyć interesujących danych dla teorii wartości, dokładnego zrozumienia sensu demograficznych procesów, problemów i teorii.

Za szczególnie ważne z punktu widzenia aksjologii uznać należy problemy związane z: rozrodczością (płodność, ochrona życia, bezpieczeństwo i komfort życia), egzystencjalną

kontynuacją życia (poprzez ochronę zdrowia, aprobatywny i opiekuńczy stosunek do starości, biologicznego przedłużania życia ludzkiego) oraz ruchliwością społeczną i migracyjną.

Badacze zajmujący się szeroko rozumianą problematyką gamologiczną i familiologiczną akcentowali znaczenie małżeństwa i rodziny w świetle zastanych wyników badań jak i przez nich wywołanych. Dostrzeżono rozbieżność pomiędzy zachowaniami prokreacyjnymi (dzietność) a sferą aksjologiczną. Dlatego ważną przesłanką dla polityki społecznej jest likwidacja rozbieżności pomiędzy zachowaniami a deklarowanymi wartościami.

Sfera reorganizacji instytucji działających na rzecz rodziny, wzmocnienia transferów i środków chroniących tę społecznie najbardziej akceptowaną grupę, jaką jest rodzina, jest najważniejszym wyzwaniem dla polityki XXI wieku.

8. Konferencja naukowa pt. „Podstawy metodologiczne badań demograficznych” została zorganizowana 18.11.2002 r. w Warszawie w sali im. K. Romaniuka GUS, przez Komitet Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk oraz Polskie Towarzystwo Demograficzne przy współdziałaniu Głównego Urzędu Statystycznego. Obrady otworzył dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH - Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych, Przewodniczący Komitetu Kongresu i Rządowej Rady Ludnościowej.

Program konferencji obejmował trzy sesje tematyczne. Podczas sesji I prof. dr hab. Janina Józwiak (SGH, KND PAN) wygłosiła referat pt „Podstawy metodologiczne nowoczesnej analizy demograficznej”, a dr hab. Ewa Frątczak, prof. AGH, przedstawiła referat nt. "Metodologia badania cyklu życia. Stan aktualny - Nowe wyzwania". Lucyna Nowak wicedyrektor Departamentu Statystyki Społecznej GUS omówiła „Rozwój metodologii badań ludnościowych w statystyce publicznej”.

Sesja II akcentowała „Kwestie metodologiczne w badaniu procesu starzenia się ludności” (prof. dr hab. Jerzy Kowaleski, Uniwersytet Łódzki), „Metodologię badań umieralności” (dr hab. Ireneusz Kuropka, AE we Wrocławiu) oraz "Statystykę małych obszarów w badaniach ludnościowych” (prof. dr hab. Jan Paradysz, AE w Poznaniu).

Sesja III poświęcona była problemom prognozowania demograficznego, które przedstawiła dr hab. Irena Kotowska, prof. SGH.

9. Konferencja ogólnopolska pt. „Rodzina i polityka rodzinna”, zorganizowana przez dr Bożenę Balcerzak-Paradowską, Dyrektora Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, odbyła się 22.11.2002 r. w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie. Debata społeczna

na temat rodziny i warunków życia mieszkańców wobec przystąpienia Polski do Unii Europejskiej jest jednym z podstawowych elementów polityki społecznej i demograficznej państwa.

Otwarcia konferencji dokonały: J. Banach, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, dr hab. Ewa Frączak, prof. SGH, Wiceprezes PTD, dr B. Balcerzak-Paradowska, Dyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych. Program konferencji podzielono na dwie sesje tematyczne. Sesja I, zatytułowana " *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce – początek nowego wieku*", której przewodniczyła prof. dr hab. D. Graniewska, obejmowała trzy referaty: 1) "Zmiany wielkości i struktury rodzin – aspekty demograficzne"(dr I. Kowalska, SGH), 2) „Warunki życia rodzin z uwzględnieniem wybranych typów rodzin” (M. Daszyńska, GUS), 3) „Polityka rodzinna – ocena stanu i perspektywy” (dr B. Balcerzak-Paradowska). Sesja II pt *Podmioty polityki społecznej na rzecz rodziny: dyskusja panelowa z udziałem praktyków* obejmowała cztery moduły panelowe: 1) „Rola Unii Europejskiej i państwa narodowego” pod przewodnictwem prof. dr hab. S. Golinowskiej, 2) „Rola organizacji pozarządowych”, który poprowadził prof. dr hab. J.W. Frieske 3) „Rola samorządów” pod przewodnictwem prof. dr hab. A. Kurzynowskiego i 4). „Rola pracodawców” poprowadzony przez prof. dr hab. L. Gilejko.

W ramach I Kongresu Demograficznego odbywały się równoległe **seminaria tematyczne:**

1. Ogólnopolskie Seminarium Demograficzne pt. „Rodzina i gospodarstwo domowe w środowisku wielkomiejskim”, zorganizowane przez prof. dr hab. Stanisława Wierzchosławskiego z Centrum Badań nad Rodziną AE w Poznaniu w ramach I Kongresu Demograficznego i obchodów 75-lecia Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, odbyło się w dniach 12-13 grudnia 2001 r. w Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. W obradach seminarium uczestniczyło 65 osób.

Celem seminarium była analiza rozwoju demograficznego wielkich miast i spojrzenie na ich populacje z punktu widzenia mikrostruktur demograficznych, a więc rodzin i gospodarstw domowych, czyli jednostek decydujących o zastępowalności pokoleń.

Program seminarium obejmował cztery sesje tematyczne, podczas których wygłoszono 21 referatów. Sesja I, poświęcona rozwojowi demograficznemu m. Poznania na tle innych miast metropolitalnych, miała charakter wprowadzający; autorzy sześciu referatów zaprezentowali ogólnoswiatowe tendencje rozwoju miast metropolitalnych w procesach

globalizacji, miast polskich na przykładzie m. Poznania. Analiza dotyczyła sytuacji społeczno-ekonomicznej miasta, problematyki migracji oraz projekcji rozwoju ludności Poznania w pierwszych dwu dekadach XXI wieku.

Sesja II pt. "Rodzina w wielkim mieście" obejmowała siedem referatów, które dotyczyły wpływu oddziaływania rozmiarów (skali wielkości) środowiska wielkomiejskiego na dzietność rodziny, zmiany modelu rodziny i realizacji jej społecznych funkcji pod wpływem przeobrażeń społeczno-politycznych i ekonomicznych kraju, zasiedziałości.

Sesję III pt. "Gospodarstwa domowe i warunki materialne rodzinnych gospodarstw domowych" poświęcono analizie rodzinnych gospodarstw domowych oraz materialnym warunkom ich funkcjonowania .

Podczas sesji ostatniej o charakterze podsumowującym dokonano próby określenia prawidłowości demograficznych i zachowań społeczno-ekonomicznych rodziny w środowisku wielkiego miasta.

2. Seminarium pt. „Proces starzenia się ludności i jego społeczne konsekwencje”, zorganizowane przez prof. Lucynę Frąckiewicz i dr Andrzeja Rączaszka z Zakładu Polityki Społecznej AE w Katowicach, odbyło się w dniu 24 maja 2002 r., w Akademii Ekonomicznej w Katowicach. W seminarium wzięło udział ok. 70 osób.

Oficjalnego otwarcia konferencji dokonał J. M. Rektor prof. dr hab. Jan Wojtyła, a wystąpienie programowe wygłosił dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH - Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych, Przewodniczący Komitetu Kongresu i Rządowej Rady Ludnościowej. Referat wprowadzający przedstawiła prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz („Monitoring i kształcenie gerontologiczne”).

Program seminarium objął trzy sesje tematyczne, podczas których wygłoszono 21 referatów. Sesji I pt. "Demograficzne aspekty starzenia" przewodniczył prof. dr hab. Robert Rauziński, a referaty wygłosili: dr Alina Potrykowska („Proces starzenia się ludności a migracje osób w starszym wieku”), Helena Hrapkiewicz („Uniwersytety trzeciego wieku jako forma edukacji ludzi starszych”), Zofia Hrebenda („Organizacje pozarządowe a problemy ludzi starych”), Bożena Zasepa („Wpływ procesu starzenia się ludności na system emerytalny”), Aldona Frąckiewicz-Wronka („Obowiązki samorządu terytorialnego wobec ludzi starych”).

Podczas sesji II pt. "Społeczne konsekwencje starzenia" moderatorem był prof. dr hab. Zdzisław Pisz, zaś referentami: Bogna Żakowska-Wachelko („Zadania i perspektywy gerontologii”), Maria Zrałek („Środowisko mieszkalne ludzi starych”), Jarosław Derejczyk

(„Służba zdrowia wobec potrzeb ludzi starszych”), Wiesław Koczur („Świadczenia emerytalno-rentowe z ubezpieczenia społecznego rolników”), Ludmiła Dziewięcka-Bokun („Rodzina "Małą Ojczyzną" starości”). Sesji III pt. "Problemy niepełnosprawności" przewodniczyła prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz, a referaty m.in. przedstawili: Iwona Benek („Mieszkania dla osób starszych i niepełnosprawnych”), Olga Kowalczyk („Niepełnosprawność ludzi starych. Wybrane aspekty”), Arkadiusz Przybyłka („Profilaktyka zdrowotna wieku poprodukcyjnego”).

Stan wiedzy o potrzebach ludności starszej nie jest w Polsce dostatecznie rozeznany. Stąd też niezbędne są badania różnych grup osób starszych, ponieważ generalne potraktowanie osób starszych wg kryterium wieku kalendarzowego okazać się może nadmiernym uproszczeniem. Istnieją przy tym szczególne zagrożenia dla osób, które w sytuacji rosnącego bezrobocia decydowały się na wcześniejsze emerytury. Tym samym nastąpi zmniejszenie świadczeń emerytalnych, które z kolei zapewnić będą musiały dłuższy okres życia w skromniejszych warunkach materialnych. Problem ten dotyczy przede wszystkim kobiet dożywających późniejszych lat życia, przy równocześnie niższych na ogół świadczeniach emerytalnych. Szczególnej uwagi wymaga ludność wiejska wśród której wszelkie działania na rzecz osób starszych kształtują się znacznie gorzej aniżeli wśród ludności starszej zamieszkującej miasta. Niższy również wśród ludności wiejskiej poziom wykształcenia ludności starszej, ogromne międzygeneracyjne zróżnicowania kulturowe i związana z tym alienacja, większa samotność na skutek ruchów migracyjnych obejmujących głównie ludność młodszą sumują się na konieczność nakierowania szerokich działań pomocowych na obszary wiejskie. Dotyczy to zarówno statusu materialnego, warunków mieszkaniowych, opieki medycznej, infrastruktury społecznej, działań samorządowych i organizacji pozarządowych.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomach: IIa pt. *Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje* i tomie VIII pt. *Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej* materiałów I Kongresu Demograficznego, pod redakcją Lucyny Frąckiewicz, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 2002.

3. Seminarium pt. „Miejsce Polski w Europie w rozwiązywaniu problemów profilaktyki, wykrywania wczesnych form i leczenia raka ginekologicznego”, zorganizowane przez Klinikę Nowotworów Narządów Płciowych Kobietych, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, przy współudziale Oddziału Warszawskiego PTG. Głównym

organizatorem seminarium był prof. dr hab. Jan Zieliński. Seminarium odbyło się w dniu 28.05.2002r., w głównej sali wykładowej Centrum Onkologii w Warszawie.

Zasadniczym celem seminarium było przedstawienie sytuacji epidemiologicznej nowotworów złośliwych narządów płciowych kobiecych w Polsce i w Europie ze szczególnym uwzględnieniem raka szyjki macicy, który jest drugim po raku piersi co do częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Wyróżnia to niekorzystnie nasz kraj.

Otwarcia seminarium i powitania uczestników dokonali: prof. M. Nowacki, prof. J. Zieliński, dr hab. Zbigniew Strzelecki prof. SGH (Przewodniczący Komitetu I Kongresu Demograficznego i Rządowej Rady Ludnościowej, Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych) oraz doc. M. Bidziński, prof. M. Powolny (Centrum Onkologii),

Program seminarium obejmował dwie sesje tematyczne. Moderatorami Sesji I pt *Demografia, epidemiologia i wykrywanie wczesnych form raka ginekologicznego* byli: Wiesław Szymański, Piotr Knapp, Mariusz Bidziński, a 8 referatów przedstawiło 9 autorów, którzy omówili m.in. sytuację demograficzną w Polsce na podstawie danych o zdrowotności ludności oraz epidemiologię nowotworów narządów płciowych kobiecych w Europie i w Polsce. Pozostałe referaty dotyczyły wykrywania wczesnych zmian patologicznych szyjki macicy, rozwiązania problemów profilaktyki, wykrywania wczesnych form i leczenia raka ginekologicznego.

Sesji II poświęconej *leczeniu raka ginekologicznego* przewodniczyli profesorowie: Jan Zieliński, Stanisław Radowski i Michał Powolny. Wygłoszono cztery referaty, które dotyczyły głównie współczesnych danych i kierunków badań w diagnostyce i leczeniu raka trzonu macicy.

Prelegenci w swoich wystąpieniach i w dyskusji udowodnili, że na podstawie doświadczeń innych krajów można z pewnością stwierdzić, że powszechne wprowadzenie badań profilaktycznych radykalnie zmieniłoby wyniki 5-letnich przeżyć chorych leczonych z powodu leczenia raka szyjki macicy.

Analiza epidemiologiczna zachorowań i umieralności jednoznacznie wskazuje na to, że jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych nękających populację kobiet polskich są nowotwory narządów płciowych. Utrzymywaniu się tej sytuacji sprzyjają obecne trendy demograficzne wskazujące na szybkie starzenie się społeczeństwa. Nowotwory złośliwe najczęściej dotyczą ludzi w średnim i starszym wieku. Pozwala to na wyciągnięcie wniosku, że wraz ze stopniowym wydłużeniem się średniej przeżyć kobiet coraz częściej

będziemy borykać się ze wszystkimi niekorzystnymi aspektami także demograficznymi wzrostu zachorowań na raka ginekologicznego.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie XI, pt. *Miejsce Polski w Europie w rozwiązywaniu problemów profilaktyki, wykrywania wczesnych form i leczenia raka ginekologicznego*, pod redakcją Jana Zielińskiego, materiałów I Kongresu Demograficznego, Warszawa 2002.

4. Seminarium „Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania” zorganizowane przez Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Komitet Nauk Demograficznych PAN, odbyło się w Łodzi 6-7 czerwca 2002 r. w Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnym Uniwersytetu Łódzkiego. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski. W seminarium uczestniczyło 65 osób, w tym 4 gości zagranicznych.

W ramach konferencji dokonano wieloaspektowego przeglądu obecnej i przyszłej ewolucji potrzeb ekonomicznych, zdrowotnych, socjalnych i ubezpieczeniowych osób w starszym wieku, w kontekście przemian demograficznych w obrębie tej subpopulacji, obserwowanych współcześnie i przesądzonych w nieodległej przyszłości. Program konferencji został podzielony na siedem sesji tematycznych, podczas których wygłoszono 33 referaty.

Sesja I pt. "Starzenie się ludności - aspekt teoretyczny" objęła cztery referaty na temat różnych aspektów procesu starzenia się ludności.

Podczas drugiej sesji pt. "Starzenie się społeczeństw w wybranych krajach ościennych" zaprezentowano sześć referatów dotyczących starzenia się ludności na Ukrainie i Litwie.

Sesja III pt. "Ujęcie przestrzenne procesu starzenia się - Polska" objęła pięć referatów wyjaśniających przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności w Polsce w różnych układach terytorialnych i na tle Europy

Sesja IV pt. "Partycypacja osób starych w procesie pracy - aspekt ekonomiczny i medyczny" objęła sześć referatów, które dotyczyły starzenia się ludności w wieku produkcyjnym w Polsce, a w szczególności zmian w sprawności funkcji psychologicznych spowodowanych starzeniem się oraz niezawodności starszych pracowników. Podjęto w niej ekonomiczne koszty starzenia się ludności i określono zarówno czynniki różnicujące poziom świadczeń emerytalnych jak i przesłanki powrotu do czynnego życia zawodowego na emeryturze.

Sesja V pt. "Determinanty umieralności w starszych grupach wieku; uwarunkowania umieralności" poświęcona była analizie przemian natężenia zgonów osób starszych i długości życia mieszkańców Polski w latach dziewięćdziesiątych. Przedstawiono m.in. wybrane aspekty sytuacji epidemiologicznej chorób nowotworowych w populacji ludzi starych województwa łódzkiego oraz "pozamedyczne predyktory" umieralności w późnej starości (badania krakowskie).

Sesja VI pt. "Warunki i jakość życia osób w starszym wieku" objęła 5 referatów dotyczących przestrzennego i materialnego zróżnicowania sytuacji starszych osób samotnych korzystających z pomocy mieszkaniowej oraz miejsca zamieszkiwania a samooceny aktywności osób starszych. Omówiono m.in. sytuację mieszkaniową gospodarstw domowych emerytów i jakość życia starszych mieszkańców Łodzi oraz dokonano przeglądu form wsparcia: od opieki do samopomocy seniorów.

Sesja VII pt. "Uwarunkowania sytuacji zdrowotnej osób w starszym " objęła 4 referaty, w których omówiono m.in. wykorzystanie danych demograficzno-epidemiologicznych w zabezpieczeniu opieki zdrowotnej dla populacji subregionu oraz status socjoekonomiczny a stan zdrowia wśród starszych wiekiem na przykładzie mieszkańców Krakowa.

Zarówno w tekstach prezentowanych referatów jak i w dyskusji zwrócono uwagę na najważniejsze problemy stojące przed polityką społeczną w obliczu procesu starzenia się ludności. Podkreślano konieczność interdyscyplinarnego spojrzenia na różnorodne konsekwencje starzenia się społeczeństwa.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie IIb pt. *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania* pod redakcją Jerzego Kowaleskiego i Piotra Szukalskiego, Łódź 2002.

5. Seminarium „Przedwczesne ukończenie ciąży”, zorganizowane przez prof. Bogdana Chazana (Instytut Matki i Dziecka) i prof. Krzysztofa Czajkowskiego (Klinika Położnicza ul.Karowa w Warszawie), odbyło się w Zegrzu, 14 - 15.06.2002 r.

W seminarium uczestniczyło ok. 300 wybitnych naukowców, lekarzy specjalistów oraz przedstawiciele instytucji państwowych i pozarządowych.

Celem seminarium były: a) ocena przyczyn, częstości, możliwości prewencji i leczenia przedwczesnego ukończenia ciąży, tj. poronienia samoistnego i porodu przedwczesnego; b) przegląd obecnie prowadzonych w Polsce i na świecie badań, projektów naukowych i wdrożeń dotyczący epidemiologii strat ciąży; c) przedstawienie aktualnego stanu wiedzy w naukach podstawowych, klinicznych i demograficzno-społecznych dotyczącej omawianego

problemu; d) przedyskutowanie propozycji standardów postępowania profilaktyczno - leczniczego.

Wykład Inauguracyjny pt. „Przyczynowa hormonalna prewencja porodu przedwczesnego” wygłosił prof. dr hab. Rudolf Klimek.

Obrady podzielone były na pięć sesji tematycznych: 1) Choroby matki, 2) Zaburzenia przebiegu ciąży, 3) Zakażenia, 4) Diagnostyka i leczenie, 5) Ogólne.

Poddano ocenie wpływ różnego rodzaju czynników na zmiany poziomu płodności w okresie transformacji. Dyskutowano społeczne, ekonomiczne i medyczne uwarunkowania oraz następstwa wcześniactwa w Polsce oraz określono znaczenie niektórych czynników w patogenezie poronień i porodów przedwczesnych- zakażeń, schorzeń immunologicznych, nadciśnienia tętniczego, chorób wątroby, ciąży wielopłodowej i innych. Określono skuteczność metod postępowania profilaktycznego i leczniczego podczas ciąży zagrożonej przedwczesnym ukończeniem. Omówiono metody postępowania z noworodkiem przedwcześnie urodzonym oraz odległe następstwa wcześniactwa.

Konferencja przyczyniła się do nawiązania i pogłębienia kontaktów naukowych pomiędzy środowiskami położników- ginekologów i pediatrów- neonatologów oraz demografów. Przedwczesne ukończenie ciąży (poronienie, poród przedwczesny), wpływa na dynamikę procesów demograficznych. Zwiększa częstość niepłodności (poronienie przedkliniczne), zmniejsza współczynnik dzietności kobiet, jest przyczyną trudności realizacji planów prokreacyjnych przez rodziny, zwiększa wydatki na leczenie rehabilitację wcześniaków. Prewencja jest najlepszą metodą zmniejszania częstości poronień i porodów przedwczesnych.

Wiele z referatów i komunikatów zostało opublikowanych w periodykach z zakresu medycyny.

6. Seminarium „Rodzina wielkopolska. Tendencje zmian w postawach i zachowaniach prokreacyjnych”, zorganizowane przez prof. dr hab. Stanisława Wierchosławskiego, Dyrektora Centrum Badań nad Rodziną AE w Poznaniu, odbyło się 11 grudnia 2002 r. w Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.

Celem seminarium było rozpoznanie demografii rodzin ziem Wielkopolski w aktualnych jej granicach administracyjnych oraz w ujęciu historycznym, gdyż przeobrażenia rodziny rozpatrywano na przełomie XIX i XX wieku. Obok przeobrażeń modelu rodziny przedstawiono również aktualne wyniki badań sytuacji bytowej wielkopolskich rodzinnych gospodarstw domowych.

Program seminarium obejmował dwie sesje tematyczne. Podczas sesji I pt. " Studia nad przeobrażeniem rodziny" ogłoszono 7 referatów na temat tworzenia, trwania i rozpadu małżeństw w Wielkopolsce w XIX i XX w., życia codziennego, funkcji opiekuńczo-wychowawczej i modelu przyszłej rodziny wielkopolskiej oraz bezdzietności rodzin polskich w generacjach rzeczywistych i hipotetycznych.

Sesja II poświęcona studiom nad sytuacją materialną rodziny, objęła trzy referaty, które dotyczyły wybranych zagadnień sytuacji społecznej i ekonomicznej rodzinnych gospodarstw domowych, sytuacji ludności w wieku poprodukcyjnym w Wielkopolsce u progu XXI wieku oraz bezrobocia w rodzinie wielkopolskiej.

Skupienie uwagi na rodzinie wielkopolskiej posiada swe uzasadnienie w tym, że region ten stosunkowo wcześniej objęty został procesami modernizacji demograficznej oraz tą okolicznością, iż dotknięty on został w znacznym stopniu powojennymi migracjami ludności. Stąd też jest w pełni uzasadnione rozpatrywanie przeobrażeń rodziny w ujęciu sekularnym (międzygeneracyjnym).

Część trzecia to **cykl seminariów regionalnych** poświęconych problemom demograficznym współczesnej Polski w ujęciu regionalnym. Omawiane były zagadnienia zaproponowane podczas pierwszej części Kongresu z uwzględnieniem specyfiki regionów oraz tematy szczególnie ważne z punktu widzenia poszczególnych obszarów kraju.

1. IV Krajowa Konferencja Naukowa „Wpływ integracji europejskiej na przemiany strukturalne obszarów o wysokim bezrobociu”, zorganizowana w ramach I Kongresu Demograficznego przez prof. Eugeniusza Zdrojewskiego, Katedrę Demografii i Geografii Ekonomicznej oraz Katedrę Polityki Społeczno-Gospodarczej i Ekonomiki Regionalnej Wydziału Ekonomii i Zarządzania Politechniki Koszalińskiej przy współudziale Polskiego Towarzystwa Demograficznego i Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, odbyła się w Mielnie k/ Koszalina, w dniach, 15-16.10.2001 roku.

Obrady podzielone były na cztery sesje. Pierwsza sesja została zainicjowana dla uczczenia podwójnego jubileuszu: 70-lecia profesorów: Zygmunta Radziława Silskiego i Eugeniusza Zdzisława Zdrojewskiego, którzy pracują na Wydziale Ekonomii i Zarządzania od chwili jego powstania.

Sesja druga poświęcona „*Integracji strukturalnej gospodarki*” dotyczyła procesów integracyjnych w kontekście zmian następujących we współczesnym życiu gospodarczym Polski. Z wystąpień i dyskusji wynikało, iż restrukturyzacja gospodarki przebiega

niejednolicie w odniesieniu do różnych działów i branż gospodarki oraz regionów. W tym względzie potrzebna jest koordynacja na różnych szczeblach zarządzania (gmina, powiat, województwo, kraj). Najwięcej kontrowersji dotyczyło problematyki rolnictwa oraz celowości rozwoju agroturystyki. Wypowiadano różne uwagi co do przebiegu negocjacji z Unią Europejską potwierdzając konieczność utrzymania okresu przejściowego na możliwość wolnego obrotu ziemią rolniczą w Polsce. Okres przejściowy motywowano słabym przygotowaniem rolnictwa polskiego do wymogów unijnych oraz pauperyzacją społeczności lokalnych co utrudnia wykupywanie użytków rolnych przez polskich rolników.

Sesja trzecia „*Przemiany strukturalne rynku pracy*” dotyczyła zmian na krajowym, regionalnym i lokalnym rynku pracy. Wystąpienia i dyskusję zdominowała problematyka bezrobocia. Szczególną uwagę zwrócono na zbyt duże rozmiary i wysoką stopę bezrobocia, zwłaszcza w regionach słabiej rozwiniętych i na dawnych obszarach popegeerowskich. Wskazywano, iż brak jest programów zmierzających do ograniczenia i zwalczania bezrobocia, przewidujących szczególne działania wśród niektórych grup społecznych (kobiety, młodzież – absolwenci wyższych uczelni) i dostosowanych do potrzeb różnych regionów, zwłaszcza o bezrobociu strukturalnym. Poza tym wskazywano na niedobór środków na aktywne formy zwalczania bezrobocia. W kontekście starań Polski czynionych o możliwie najszybsze przyjęcie do Unii Europejskiej pojawił się problem swobodnego przepływu siły roboczej. Autorzy referatów i dyskutanci wskazywali na konieczność podjęcia w negocjacjach celowości zniesienia ograniczeń w zatrudnianiu Polaków w krajach Unii. Szczególny nacisk został położony na analizy stanu, dynamiki i charakteru zmian na rynku pracy oraz przyczyny i konsekwencje istniejącego bezrobocia.

Sesja czwarta uwypukliła rolę społecznych struktur w procesie integracyjnym. Wskazywano, iż z jednej strony możliwość podejmowania pracy za granicą ułatwiłaby rozwiązywanie wielu problemów wewnętrznych w kraju, a jednocześnie mogłoby w pozytywny sposób wpływać na zaspokojenie niedoboru na siłę roboczą w krajach Unii Europejskiej.

Materiały konferencyjne zostały opublikowane w numerze siódmym „Zeszytów Naukowych” Wydziału Zarządzania Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 2001. Praca prezentuje interdyscyplinarną wymianę poglądów przedstawicieli nauki dotyczącą wpływu europejskich procesów integracyjnych na przemiany strukturalne regionów o wysokim bezrobociu.

2. Seminarium „Współczesne i perspektywiczne problemy rozwoju demograficznego Polski Północnej”, zorganizowane przez dyrektora WUS w Olsztynie, Główny Urząd Statystyczny, Wojewódzkie Urzędy Statystyczne w Gdańsku, Białymstoku i Szczecinie, Instytut Nauk Politycznych Uniwersytetu Warmińsko–Mazurskiego, odbyło się 7-8 marca 2002 r. w Starych Jabłonkach. Głównym organizatorem był dr Dariusz Śledź, Dyrektor WUS w Olsztynie.

Obrady podzielone były na cztery sesje, podczas których wygłoszono 20 referatów. Sesji I pt. „Podstawowe tendencje rozwoju ludnościowego Polski północnej” przewodniczył prof. dr hab. Janusz Witkowski, zaś wygłoszone referaty (8) dotyczyły tendencji w rozwoju demograficznym oraz zróżnicowania struktury społeczno - demograficznej w województwach północnych: zachodnio - pomorskiego, pomorskiego, warmińsko- mazurskiego i podlaskiego.

Autorzy sześciu referatów wygłoszonych podczas sesji II pt. „Problemy społeczne regionów”, prowadzonej przez prof. dr hab. Izydor Sobczaka, wyjaśniali podstawowe problemy społeczne, a szczególnie biedę i bezrobocie w osiedlach popegeerowskich w województwach północnych (np. warmińsko - mazurskim), ich przyczyny i możliwości przeciwdziałania oraz restrukturyzacji gospodarki.

Sesja III pt. „Szanse i zagrożenia obszarów wiejskich na tle perspektywicznych procesów demograficznych”, prowadzona przez prof. dr hab. Andrzeja Stasiaka, a referaty (6) dotyczyły problemów rozwoju rolnictwa i obszarów wiejskich w północnej Polsce na tle współczesnych procesów demograficznych.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie XVII „*Problemy demograficzne Polski północnej*”, Olsztyn 2002.

3. Seminarium „Przemiany demograficzne w województwie świętokrzyskim” zorganizowane przez Ks. prof. Jana Śledzianowskiego (Akademia Świętokrzyska, Kuria Diecezjalna) odbyło się w Urzędzie Wojewódzkim 15 maja 2002 r., z okazji uroczystie obchodzonego w Kielcach Międzynarodowego Dnia Rodziny.

Seminarium zgromadziło około 320 osób - przedstawiceli administracji państwowej, policji, oświaty, organizacji i stowarzyszeń prorodzinnych, przedstawiceli Kościoła katolickiego i młodzieży.

Celem głównym seminarium było uchwycenie i ukazanie aktualnych procesów demograficznych zachodzących w regionie.

W programie seminarium było 11 referatów, które wyraźnie koncentrowały się wokół siedmiu zagadnień: 1) sytuacji demograficznej w regionie 2) dysfunkcyjności rodziny, 3)

miejscu człowieka w społeczeństwie, 4) jakości życia seniorów we współczesnym społeczeństwie”, 5) bezrobociu, 6) ubóstwie młodego pokolenia Polaków, którymi są uczniowie gimnazjalni i szkół ponad podstawowych, 7) rodziny w systemie diagnozowania i niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży w odniesieniu do takich uzależnień jak nikotynizm i alkoholizm wraz ze zjawiskiem przemocy.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie IV „*Przemiany Demograficzne w Województwie Świętokrzyskim*”, pod redakcją Jana Śledzianowskiego, Kielce 2002.

4. Seminarium „Zadania samorządów lokalnych w rozwoju demograficznym”, zorganizowane przez prof. dr hab. Józefinę Hrynkiewicz, Rektora Wyższej Szkoły Ekonomiczno-Humanistycznej w Skierniewicach, UW, Przewodniczącego Sejmiku Samorządowego Województwa Łódzkiego oraz Radę i Zarząd Skierniewic, odbyło się w dniach 13-14.06.2002 r w Siedzibie Starostwa Powiatowego w Skierniewicach.

W konferencji uczestniczyło 112 osób reprezentujących administrację rządową, samorzady gminne, powiatowe i wojewódzkie z województw: łódzkiego, mazowieckiego, wielkopolskiego, śląskiego, pracowników naukowych z UW, UŁ, Uniwersytetu im. Kardynała Wyszyńskiego, SGH, PAN, WSEH w Skierniewicach, organizacje obywatelskie i media.

Celem seminarium była analiza zadań założonych w aktach normatywnych i realizowanych w praktyce samorządów lokalnych – gminnego, powiatowego i wojewódzkiego – w tworzeniu warunków dla prawidłowego rozwoju demograficznego.

Program seminarium podzielono na dwie części. W części I pięć referatów wprowadzających wygłosili: dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH "Problemy demograficzne Polski na tle sytuacji demograficznej Europy i świata"; dr hab. Andrzej Ochocki, prof. UKSW "Sytuacja demograficzna Polski na przełomie wieków"; dr Alina Potrykowska "Zróżnicowanie regionalne sytuacji demograficznej w Polsce"; prof. dr hab. Barbara Jaworska-Dębska "Zadania społeczne samorządów wojewódzkiego, powiatowego i gminnego w reformie systemu administracyjnego Polski w okresie transformacji"; prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz "Koncepcja polityki społecznej i polityki ludnościowej w zreformowanym systemie administracyjnym kraju".

W części II seminarium przeprowadzono warsztaty problemowe poświęcone zadaniom samorządów gminnego, powiatowego i wojewódzkiego w rozwoju demograficznym. Warsztaty były prowadzone przez badaczy i praktyków życia społecznego.

Problematyka warsztatów dotyczyła następujących zagadnień: 1) Rodzina. Pomoc rodzinie w realizacji jej podstawowych funkcji (ekonomicznej, wychowawczej, opiekuńczej, socjalizacyjnej, prokreacyjnej); 2) Zdrowie. Ochrona zdrowia (promocja, profilaktyka, leczenie, rehabilitacja), w tym ochrona zdrowia dzieci i młodzieży; 3) Edukacja i kultura. Kształcenie dzieci i młodzieży na wszystkich poziomach, warunki kształcenia, ograniczenie możliwości kształcenia, systemy wyrównywania warunków dostępności edukacji i kultury. Opieka i wychowanie (system opieki i wychowania kierowany do grup potrzebujących specjalnych systemów, systemy opieki powszechnie dostępne); 4) Osoby niepełnosprawne. Pomoc rodzinom z osobami niepełnosprawnymi w realizacji zadań opieki, wychowania, kształcenia, leczenia, rehabilitacji, zatrudnienia; 5) Ludzie starzy. Systemy pomocy osobom w starszym wieku w organizacji gospodarstwa domowego oraz w zaspokajaniu ich potrzeb, 6) Młodzież. Start zawodowy i życiowy młodzieży (warunki i możliwości stabilizacji zawodowej i życiowej młodzieży: dostępność mieszkań, dochodu, zatrudnienia, usług potrzebnych młodym rodzinom); 7) Zagrożenia. Narkotyki, przestępczość, alkohol, nikotynizm, przemoc, wypadki; 8) Migracje ludności i ich skutki dla rozwoju demograficznego (migracje wahadłowe do pracy i migracje na stałe – kierunek, tempo, wielkość i charakterystyka zjawiska oraz jego skutki dla rozwoju ludnościowego gminy, miasta, regionu).

Uczestnicy seminarium zauważyli, że istnieje ogromne zapotrzebowanie wśród osób reprezentujących lokalne samorządy, organizacje i instytucje na wiedzę o stanie ludności, przebiegu procesów demograficznych oraz ich konsekwencjach dla rozwoju lokalnego.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie VI „*Zadania samorządów lokalnych w rozwoju demograficznym*”, pod redakcją Józefiny Hrynkiewicz, Skierniewice 2002.

5. Seminarium pt. „Aktualne problemy demograficzne i szanse rozwoju społeczno-gospodarczego województw Polski Południowo-Wschodniej”, zorganizowane przez prof. dr hab. Janusza Witkowskiego, Wiceprezesa GUS oraz dr Andrzeja Włocha, Wicedyrektora WUS w Kielcach, odbyło się w Kielcach, 3-4 października 2002 r.

Program seminarium podzielono na pięć sesji, podczas których wygłoszono 32 referaty.

Podczas sesji I, która miała charakter wprowadzający, referaty wygłosili: dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki – Wiceprezes RCSS, Przewodniczący Komitetu I Kongresu Demograficznego i Rządowej Rady Ludnościowej („Uwarunkowania i konsekwencje rozwoju ludnościowego Polski południowo-wschodniej do 2020 r.”); prof. dr hab. Biruta

Skrętowicz , dr Kazimierz Tucki („Województwa południowo-wschodniej Polski jako przedmiot analiz demograficznych –podobieństwa i różnice”); dr hab. Irena E. Kotowska, prof. SGH („Uwarunkowania rozwoju demograficznego Polski południowo-wschodniej oraz perspektywy do 2020 r.”).

Sesja II poświęcona była uwarunkowaniom rozwoju gospodarczego i jego wpływu na społeczeństwo Staropolskiego Zagłębia Przemysłowego (prof. dr hab. Regina Renz - AŚ) oraz uzależnieniom (alkoholizm, środki psychotropowe i toksyczne) wśród młodzieży szkolnej województwa świętokrzyskiego (ks. prof. dr hab. Jan Śledzianowski - AŚ w Kielcach).

Sesja III była poświęcona zagadnieniom demograficznym regionu Polski południowo-wschodniej oraz sytuacji województwa świętokrzyskiego w aspekcie demograficznym (delimitacja wiejskich obszarów depopulacyjnych, migracje) społecznym i in.

Podczas sesji IV omawiano społeczno-gospodarcze problemy (szanse i zagrożenia rozwoju) regionu południowo-wschodniego (dr Józef Kwiecień - Marszałek Województwa Świętokrzyskiego); zagadnienia rozwoju regionalnego (szanse i zagrożenia) w perspektywie członkostwa w Unii Europejskiej (prof. dr hab. Ewa Freyberg - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Gospodarki); przestrzenne zróżnicowania możliwości adaptacyjnych rolnictwa polskiego do struktur Unii Europejskiej, przedsiębiorczość i partnerstwo, które są warunkiem rozwoju.

Podczas Sesji V przeprowadzono dyskusję panelową pod przewodnictwem Prezesa GUS Tadeusza Toczyńskiego i dr Barbary Zbroińskiej (WSEiA w Kielcach), w której udział wzięło siedmiu uczestników. Tematem panelu były zagadnienia rozwoju społeczno-gospodarczego województw w Polsce południowo-wschodniej na tle Unii Europejskiej.

6. Seminarium „Procesy demograficzne w krajach Unii Europejskiej - Porównania z Polską” zorganizowane przez prof. Izydora Sobczaka, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Wyższą Szkołę Humanistyczną w Gdańsku odbyło się w Krynicy Morskiej, 19 - 20 października 2002r. W czasie dwudniowych obrad wygłoszono 28 referatów. Program seminarium obejmował trzy sesje tematyczne.

Podczas Sesji I pt. "Rozwój liczebny i struktura ludności w krajach Unii Europejskiej" wygłoszono dziewięć referatów dotyczących m.in. głównych tendencji rozwoju demograficznego w tym zmian w strukturze ludności wg wieku, aktywności zawodowej ludności, starzenia się zasobów pracy krajach Unii Europejskiej i w krajach kandydujących, m.in. w Polsce.

Sesja II pt. "Ruch ludności: naturalny i wędrowniczy w krajach Unii Europejskiej" objęła 13 referatów przedstawiających zagadnienia urodzeń i płodności, umiarkowości i migracji ludności w Polsce i krajach Unii Europejskiej.

Sesja III pt. "Niektóre problemy społeczne krajów Unii Europejskiej" objęła sześć referatów, które przedstawiały poziom życia, poziom wykształcenia ludności, bezrobocie w Polsce i wybranych krajach UE. Ponadto omawiano politykę rodzinną i materialne aspekty starzenia się ludności w wybranych krajach UE i Polsce oraz dyskutowano problem mniejszości narodowych w Europie.

7. III Ogólnopolska Konferencja i Sympozjum regionalne pt. „Osoba niepełnosprawna w społeczności lokalnej” zorganizowane przez SIKOŃ - Fundację dla Dzieci Niepełnosprawnych odbyło się w dniach 15-16.10 2002 r. w Piekarach Śląskich.

Celem konferencji była integracja osób niepełnosprawnych ze społecznościami lokalnymi oraz kształtowanie prospołecznych postaw w zakresie rozwiązywania problemów osób niepełnosprawnych w środowiskach lokalnych.

W części oficjalnej otwarcia konferencji dokonał Pan Prezydent m. Piekary Śląskie - mgr Andrzej Żydek, który powitał gości: przedstawicieli parlamentu, rządu, samorządów wojewódzkich i powiatowych, przedstawicieli instytucji oświatowych, służby zdrowia oraz pomocy społecznej, mieszkańców Piekar Śląskich, w tym osób niepełnosprawnych. Następnie głos zabrali przedstawiciele Parlamentu i Rządu RP. W imieniu Przewodniczącego Komitetu I Kongresu Demograficznego prof. dr hab. Zbigniewa Strzeleckiego udział wzięła i wygłosiła słowo wstępne dr Alina Potrykowska. Pani Róża Sikoń, Prezes – SIKOŃ Fundacji dla Dzieci Niepełnosprawnych przedstawiła ciekawy projekt systemu ubezpieczenia inwalidzkiego.

W części drugiej konferencji, w dyskusji na temat: "Ustawy kompetencyjne, rzeczywistość samorządów" udział wzięli: prof. Zbyszko Piwoński – Senator Senatu RP, Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Administracji Samorządowej i Terytorialnej i mgr Zofia Wilczyńska – Posłanka na Sejm RP, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Niepełnosprawnych. W dalszej kolejności głos zabrali przedstawiciele: Starostwa w Dębicy, Białej Podlaskiej oraz gminy Międzyrzec Podlaski, Piekary Śląskie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Katowicach i w Poznaniu. W konferencji wzięli również udział naukowcy z Regionalnego Instytutu Pracy Socjalnej w Montpellier, Francja.

W drugim dniu konferencji odbyło się III Powiatowe Sympozjum Integracyjne pt. "Aktywność, twórczość - rozwój", jako element piekarskiego programu samorządowego „Osoba niepełnosprawna w społeczności lokalnej”.

Pełny zbiór referatów opublikowano w tomie VII *"Rozwój demograficzny a Niepełnosprawność Dzieci i Młodzieży w Społeczności Lokalnej"* pod redakcją Teresy Sikoń, Ewy Nawracały, Zielona Góra 2002.

Część czwarta Kongresu - Sesja Końcowa, objęła dwudniowe obrady plenarne. Otrzymała się 25-26 listopada 2002 roku w Pałacu Prezydenckim i Bibliotece Narodowej.

Do udziału w trwającej dwa dni Sesji Końcowej I Kongresu Demograficznego w Polsce zaproszono przedstawicieli Parlamentu z Marszałkiem Senatu RP Longinem Pastusiakiem, Rządu, Episkopatu, Kancelarii Prezydenta RP, osobistości świata nauki, reprezentantów organizacji pozarządowych oraz media.

Część I: Pałac Prezydencki (25 listopada 2002)

Pan Minister Zbigniew Strzelecki, Przewodniczący Komitetu I Kongresu podziękował Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej Panu Aleksandrowi Kwaśniewskiemu za objęcie patronatu nad I Kongresem Demograficznym, podziękował również Komitetowi Honorowemu Kongresu, w skład którego weszli: Premier Rzeczypospolitej Polskiej - Pan Leszek Miller, Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej - Pan Marek Borowski, Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej - Pan Longin Pastusiak, Prymas Polski - Ks.Kardynał Józef Glemp oraz Stały Przedstawiciel Programu Organizacji Narodów Zjednoczonych d/s Rozwoju Pan Ambasador Colin Glennie. Pan Minister Strzelecki powitał również zaproszonych gości.

Następnie Pan Minister Zbigniew Strzelecki poprosił o zabranie głosu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Aleksandra Kwaśniewskiego.

Po wystąpieniu Pana Prezydenta głos zabrał Prezes Głównego Urzędu Statystycznego Pan Tadeusz Toczyński, który przedstawił referat pt. "Narodowy Spis Powszechny 2002 - wyzwanie dla społeczeństwa."

Kolejnym referentem był Minister Zbigniew Strzelecki, który wygłosił referat Komitetu I Kongresu Demograficznego.

Następnie wystąpiła Dyrektor Instytutu Statystyki i Demografii SGH, prof. dr hab. Janina Józwiak, która wygłosiła referat pt. "Proces starzenia się ludności wyzwaniem XXI wieku".

Kolejny referat pt. "Zdrowie, umieralność a polityka ludnościowa Polska-Europa" wygłosił prof. dr hab. Zbigniew Religa, Dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Na zakończenie spotkania Prezydent Aleksander Kwaśniewski zwrócił się z apelem do polityków o wzięcie pod uwagę i realizację zagadnień będących przedmiotem wystąpień zaproszonych mówców.

Część II: Biblioteka Narodowa (25 listopada 2002)

Sesje tematyczne

Rozpoczynając sesję w Bibliotece Narodowej Minister Zbigniew Strzelecki odczytał list Premiera Leszka Millera, który z powodu obowiązków wagi państwowej nie mógł być obecny. Następnie przekazał zebrany treść listu od Ks. Prymasa Kardynała Józefa Glempa, patrona honorowego I Kongresu Demograficznego, oraz zaprosił do wystąpienia Stałego Przedstawiciela UNDP w Polsce Pana Colina Glennie.

Następnie Minister Z. Strzelecki przedstawił ideę projektu Deklaracji Kongresu, która miała być dokumentem pochodzącym od uczestników Kongresu, zaznaczając, że wszelkie uwagi dotyczące projektu będą wzięte pod uwagę w przygotowaniu ostatecznej wersji.

Do zredagowania ostatecznej wersji Kongres powołał komitet redakcyjny w następującym składzie: dr Bożena Balcerzak-Paradowska, prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz, prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz, prof. dr hab. Andrzej Rajkiewicz, prof. dr hab. Izidor Sobczak (przewodniczący), prof. dr hab. Janusz Szymborski, prof. dr hab. Stanisław Wierchosławski, prof. dr hab. Janusz Witkowski.

Kolejnym punktem obrad były sesje tematyczne.

Pierwszej sesji pt. "Płodność – rodzina. Polska – Europa – polityka ludnościowa" przewodniczyła dr hab. Ewa Frączak, prof. SGH, która wygłosiła referat wiodący nt. „Przemiany płodności i rodziny w Polsce. Oceny – interpretacje – teorie – polityka rodzinna”. Następnie poprosiła organizatorów konferencji i seminariów w czasie trwania I Kongresu Demograficznego tematycznie związanych z I sesją o przedstawienie krótkich wystąpień. Kolejno zabrali głos, prezentując krótkie referaty:

- 1) prof. dr hab. Stanisława Wierchosławskiego, "Przemiany rodziny i płodności w środowisku wielkomiejskim na przykładzie wielkiego miasta",
- 2) ks. prof. dr hab. Jan Śledzianowski, "Kryzys rodziny i obiektywne zagrożenia młodego pokolenia na przykładzie województwa świętokrzyskiego",
- 3) ks. prof. dr hab. Władysława Majkowskiego "Antyrodzinne ideologie jako czynnik dezintegracji współczesnej rodziny",
- 4) prof. dr hab. Krystyna Słany "Wartości w procesach demograficznych",

5) prof. dr hab. Izydor Sobczak "Wpływ zmian rodności, umieralności na przyrost rzeczywisty ludności Polska - wybrane kraje Europy".

Po wystąpieniach tematycznych zorganizowano dyskusję na następujące tematy: Czy możemy mówić o kryzysie płodności rodziny w Polsce? Jeśli tak, to jak go należy definiować i kogo czy co czynić odpowiedzialnym? Czy proces transformacji płodności rodziny w Polsce został już zakończony, czy nadal należy oczekiwać kontynuacji obserwowanych zmian? Czym zagrożona jest współczesna rodzina polska i gdzie czyhają główne niebezpieczeństwa? Czy i na ile doświadczenia innych krajów mogą być pomocne w konstruowaniu i realizowaniu modelu polityki pro-rodzinnej? Jakimi cechami powinien charakteryzować się model polityki pro-rodzinnej w Polsce? W dyskusji udział wzięły: prof. dr hab. Jolanta Kurkiewicz (AE w Krakowie), która przedstawiła zagadnienie "Zmiany płodności i rodziny a koniunktura demograficzna. Czy i gdzie można dopatrywać się optymizmu?"; dr Wiktoria Wróblewska, (SGH) omówiła problem „Co wyrosło z naszych dzieci, czyli kilka refleksji dotyczących młodzieży. Postulaty pod adresem polityki społecznej” oraz dr Irena Kowalska (SGH), która omówiła "Role rodzinne i zawodowe a przemiany płodności".

Dyskusję oraz całą sesję podsumowała prof. dr hab. Ewa Frątczak.

Drugą sesję tematyczną pt. "Rozwój ludności a rynek pracy. Polska a Europa" poprowadził prof. dr hab. Janusz Witkowski (Wiceprezes GUS), który wygłosił referat tytułowy. Kolejnymi mówcami byli: prof. dr hab. Eugeniusz Kwiatkowski przedstawił "Regionalny wymiar rynku pracy", prof. dr hab. Elżbieta Kryńska omówiła "Segmentacja i niestandardowe rynki pracy", prof. dr hab. Tadeusz Zdrojewski, zaprezentował "Migracje wewnętrzne w Polsce", dr Marek Kupiszewski scharakteryzował "Migracje zagraniczne", prof. dr hab. Mieczysław Kabaj wygłosił referat pt. "Rynek pracy a integracja z Unią Europejską", dr Agnieszka Zgierska omówiła "Cechy ludności pracującej w Polsce na tle UE". Jako ostatni wystąpił prof. dr hab. Andrzej Rosner, który scharakteryzował "Wiejski rynek pracy w Polsce".

Trzecią sesję pt. "Procesy demograficzne – polityka społeczna. Polska a Europa", zorganizował dr hab. Andrzej Ochocki prof. UKSW, który zaprosił prof. dr hab. Józefinę Hryniewicz do wygłoszenia referatu wprowadzającego pt. "Procesy demograficzne a polityka społeczna", przygotowanego przez: ks. prof. dr hab. Janusza Balickiego, prof. dr hab. Józefinę Hryniewicz i dr hab. Andrzeja Ochockiego prof. UKSW.

Następnie wystąpili organizatorzy konferencji Kongresowych w następującej kolejności: dr Bożena Balcerzak–Paradowska, przewodnicząca konferencji nt. Rodziny i Polityki rodzinnej, dr hab. Joanna Sikorska (IFiS PAN) wygłosiła referat nt. "Społeczne problemy osób niepełnosprawnych", dr Anna Organiściak–Krzykowska (Uniw. Warm-Mazurski) omówiła "Społeczne problemy regionów. Rozwój demograficzny Polski Północnej". Jako ostatnia wystąpiła Pani Teresa Sikoń, Prezes Sikoń-Fundacji dla Dzieci Niepełnosprawnych, przewodnicząca konferencji nt. " Osoba niepełnosprawna w społeczności lokalnej".

Następnie zorganizowano dyskusję, w której uczestniczyli kolejno: prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz, prof. dr hab. Jolanta Supińska, prof. dr hab. Julian Auleytner, dr Alina Potrykowska.

Część III: Biblioteka Narodowa (26 listopada 2002)

Sesje tematyczne

Panel rządowy

Sesję czwartą drugiego dnia konferencji zorganizowała prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz, która po przedstawieniu uczestników, wygłosiła referat pt." Starzenie się ludności. Polska-Europa". Kolejnym mówcą był prof. dr hab. Wojciech Pędich, prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Następnie głos zabrał prof. Rober Rauziński, badacz problemów demograficznych Śląska z Instytutu Śląskiego w Opolu. Ostatni referat na temat procesów starzenia się ludności w Polsce wygłosił prof. dr hab. Jerzy Kowaleski.

W dyskusji udział wzięli: dr Maria Zrałek (UŚ) na temat warunków mieszkaniowych ludzi starszych, prof. dr hab. Ludmiła Dziewięcka-Bokun (Uniw. Wrocławski), dr Piotr Błędowski oraz prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz na temat roli samorządów lokalnych wobec osób starszych.

Kolejną sesję piątą „ Zdrowie, umieralność, polityka ludnościowa. Polska – Europa „ poprowadził prof. dr hab. Janusz Szymborski. Jako pierwszy, prof. dr hab. Witold Zatoński wygłosił referat programowy pt.„ Sytuacja zdrowotna ludności Polski”. Następnym mówcą był prof. dr hab. Zbigniew Religa, który przedstawił temat „ Kardiologia w Polsce na początku XXI wieku – stan, wyzwania, perspektywy. Prof. dr hab. Marek Nowacki wygłosił referat pt. „Onkologia w Polsce na początku XXI wieku – stan, wyzwania, perspektywy”. Po nim głos zabrał Rzecznik Praw Dziecka - Paweł Jaros, który przedstawił „Podstawy

legislacyjne opieki zdrowotnej nad dzieckiem w Polsce". Z kolei przewodniczący tej sesji, prof. dr hab. Janusz Szymborski omówił problem pt. „Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce- aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych”.

Następnie prof. dr hab. Jan Zieliński scharakteryzował „Miejsce Polski w Europie w rozwiązywaniu problemów profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia raka ginekologicznego”. Kolejny mówca, prof. dr hab. Bogdan Chazan wygłosił referat pt. "Opieka okołoporodowa a procesy demograficzne". Jako ostatnia, mgr Beata Balińska (UNDP) przedstawiła w imieniu prof. dr hab. Stanisława Radowickiego (Krajowego Konsultanta do spraw Ginekologii i Położnictwa) i własnym referat pt. „ Zdrowie prokreacyjne w Polsce – stan obecny i perspektywy rozwoju „

Sesję końcową I Kongresu Demograficznego zwieńczył panel "Perspektywy demograficzne wyzwaniem dla polityki ludnościowej Polski" z udziałem przedstawicieli rządu, prowadzony przez Dyrektora Polskiego Radia Bis, Pana Roberta Firmhofera. Celem panelu była próba sformułowania odpowiedzi na pytania: Czy powinno się prowadzić aktywną politykę, przeciwdziałającą pogarszającej się sytuacji demograficznej kraju i sprzyjającą utrzymaniu się ciągłości pokoleń? W jaki sposób przeciwdziałać skutkom starzenia się społeczeństwa i zagwarantować bezpieczeństwo socjalne osób w wieku poprodukcyjnym? Do wzięcia udziału w panelu zaproszono przedstawicieli tych urzędów centralnych, które mają największy wpływ i możliwości w tym zakresie. Zaproszono: prof. dr hab. Jerzego Hausnera - Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, którego reprezentowała Agnieszka Chłoń-Domińczak, Dyrektor Departamentu; dr Krystynę Łybacką - Minister Edukacji Narodowej i Sportu, którą reprezentowała Wiceminister Hanna Kuzinska, Zenona Kosiniaka-Kamysza - Wiceministra Spraw Wewnętrznych i administracji, Stanisława Żelichowskiego - Ministra Środowiska, Antoniego Kowalczyka - Głównego Inspektora z Komendy Głównej Policji, prof. dr hab. Mirosława Pietrewicza - Prezesa RCSS, dr Marka Szonerta - Dyrektora Departamentu w Urzędzie do spraw Repatriacji i Cudzoziemców, prof. dr hab. Leszka Kuźnickiego - PAN, prof. dr hab. Marka Bryxa - Wiceministra w Ministerstwie Infrastruktury.

W pierwszej części przedstawiciele poszczególnych ministerstw zostali poproszeni o przedstawienie krótkich propozycji działań z perspektywy ich resortów. drugą część poświęcono dyskusji nad pytaniami zadawanymi panelistom.

I Kongres Demograficzny w Polsce zakończył się uroczystym przyjęciem Deklaracji Kongresu. Prof. dr hab. Izydor Sobczak, przewodniczący zespołu redagującego, zaprezentował ostateczny tekst Deklaracji, który uczestnicy przyjęli przez aklamację.

Materiały dokumentujące Sesję Kończącą I Kongres Demograficznego w Polsce zostały opublikowane w tomie XVII publikacji kongresowych pt. „Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa”. Pełny wykaz publikacji zamieszczono w załączniku.

Publikacje I Kongresu Demograficznego w Polsce 2001-2002:

Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa.

- Tom I *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. I Kongres Demograficzny w Polsce. Sesja Inauguracyjna*, (2001) red. Z. Strzelecki, A. Ochocki, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Warszawa.
- Tom IIA *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, (2002) red. L. Frąckiewicz, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice.
- Tom IIB *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, (2002) red. J. Kowaleski, P. Szukalski, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Tom III *Medycyna szkolna. Główne problemy i kierunki rozwiązań systemowych*, (2002) red. J. Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa, RCSS, Warszawa.
- Tom IV *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, (2002) red. J. Śledzianowski, Akademia Świętokrzyska, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Kielce.
- Tom V *Społeczne problemy osób niepełnosprawnych*, (2002) red. J. Sikorska, Instytut Filozofii i Socjologii, PAN, Warszawa.
- Tom VI *Zadania Samorządów lokalnych w rozwoju demograficznym*, (2002) red. J. Hryniewicz Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Humanistyczna w Skierniewicach, Skierniewice.
- Tom VII *Polska a Europa. Rozwój demograficzny a niepełnosprawność dzieci i młodzieży w społeczności lokalnej*, (2002) red. T. Sikoń, E. Nawracała, SIKOŃ - Fundacja dla Dzieci Niepełnosprawnych, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Zielona Góra.
- Tom VIII: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, (2002) red. L. Frąckiewicz, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adameckiego w Katowicach, Katowice.
- Tom IX: *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy*, (2002) red. M. Nowacki, Z. Religa, W. Zatoński, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Warszawa.
- Tom X: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Problemy społeczne regionów*, (2003) red. A. Organiściak-Krzykowska, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Olsztyn.
- Tom XI: *Miejsce Polski w Europie w rozwiązywaniu problemów profilaktyki, wykrywania wczesnych form i leczenia raka ginekologicznego*, (2002) red. J. Zieliński, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Warszawa.
- Tom XIV: *Procesy demograficzne w krajach Unii Europejskiej – porównanie z Polską*, (2003) red. I. Sobczak, Gdańsk (praca w druku).

- Tom XV: *System wartości a procesy demograficzne*, (2003), red. K. Slany, A. Małek, I. Szczepaniak-Wiecha, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tom XVII: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. I Kongres Demograficzny w Polsce. Sesja Końcowa*, (2003) red. Z. Strzelecki, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Warszawa.
- Tom XVIII: *Rodzina Polska u progu trzeciego tysiąclecia*, (2003) red. W. Majkowski, Warszawa
- Tom XXI: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Przeobrażenia społeczno-demograficzne i ich konsekwencje dla województwa śląskiego*, (2003) red. L. Frąckiewicz, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice.

Dodatkowo ukazały się:

1. *Ludność Śląska – procesy demograficzne i społeczne w okresie transformacji ustrojowej*, (2003) red. R. Rauziński, Politechnika Opolska, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Opole.
2. *I Kongres Demograficzny. Seminarium Regionalne w Kielcach. Aktualne problemy demograficzne i szanse rozwoju społeczno-gospodarczego województw Polski południowo-wschodniej*, (2002) GUS, Wyższa Szkoła Ekonomii i Administracji w Kielcach, Urząd Statystyczny w Kielcach oraz Urzędy Statystyczne w Krakowie, Lublinie i Rzeszowie.
3. *Problemy demograficzne Polski przed wejściem do Unii Europejskiej. Demographic Problems of Poland before the Accession to the European Union*, (2003) red. Z. Strzelecki, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

I. DEKLARACJA I KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO W POLSCE

„POLSKA A EUROPA, PROCESY DEMOGRAFICZNE U PROGĘ XXI WIEKU”

(26 XI 2002)

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce, uznając, że:

- ciągłość pokoleń, a przez to miejsce naszego narodu i państwa we współczesnym świecie jest sprawą zasadniczą dla społeczeństwa polskiego;
- cele zrównoważonego rozwoju gospodarczego i społecznego oraz „Milenijne Cele Rozwoju Narodów Zjednoczonych” tworzą podstawowe zasady rozwoju naszego kraju;
- w ostatnich latach wystąpiły pozytywne zmiany demograficzne: spadła umieralność niemowląt, dzieci i młodzieży, wydłużyło się przeciętne trwanie życia ludzkiego, mimo to
- Polska staje na początku XXI wieku przed poważnymi problemami demograficznymi: malejącą liczbą urodzeń, wysoką wciąż umieralnością, krótszym niż w Unii Europejskiej trwaniem życia ludzkiego, złym stanem zdrowia ludności, trudnościami w procesie zakładania i rozwoju rodzin, realną perspektywą zmniejszania się liczby mieszkańców i poważnymi naruszeniami równowagi liczebnej między pokoleniami.

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego zwracają się:

- do społeczeństwa polskiego z przesłaniem o istniejącym poważnym zagrożeniu potencjału biologicznego Narodu;
- do władz publicznych, organizacji obywatelskich, Kościoła Katolickiego i organizacji wyznaniowych o podjęcie skoordynowanych działań polityki społecznej i ludnościowej, mogących zahamować niekorzystne zjawiska w procesach demograficznych.

Za szczególnie istotne uważamy:

- wspieranie takich systemów wartości, które podnoszą etos rodziny i małżeństwa w społeczeństwie polskim;
- upowszechnienie świadomości, że za przyszłość demograficzną odpowiedzialność ponoszą państwo i obywatele;
- zmianę orientacji w realizowanej polityce gospodarczej i społecznej przez odpowiednie uwzględnienie w nich zagadnień demograficznych;
- realizowanie takich programów gospodarczych, które powinny zapewnić zadowalające tempo wzrostu gospodarczego, dawać szanse na pracę, godziwe zarobki i mieszkania dla młodego pokolenia;
- zwiększenie udziału państwa w działaniach na rzecz wychowania dzieci;
- poprawę jakości potencjału ludzkiego przez stworzenie odpowiednich warunków kształcenia na wszystkich poziomach i we wszystkich formach edukacji;
- realizowanie skoordynowanej publicznej polityki zdrowotnej, opartej na zapisach Narodowego Programu Zdrowia;
- poprawę bezpieczeństwa obywateli poprzez zwalczanie istniejących zagrożeń przestępczością, a szczególnie usuwanie ich przyczyn oraz radykalną poprawę bezpieczeństwa w ruchu drogowym i kolejowym;
- wypracowanie długofalowej polityki migracyjnej, zgodnej z celami rozwoju ludnościowego i społeczno-gospodarczego;
- wykorzystanie wyników powszechnego spisu ludności jako zasobu informacyjnego dla tworzenia programów działania na różnych szczeblach zarządzania krajem – na rzecz rozwoju ludności i rodzin;
- respektowanie równych praw i ludzkiej godności kobiet i mężczyzn, celów i zasad zapisanych w Karcie Narodów Zjednoczonych oraz w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i innych międzynarodowych aktach dotyczących praw człowieka.

Zmiany demograficzne wymagają szerokiej debaty społecznej nad ich istotą i konsekwencjami, rozwoju badań i powszechnej edukacji demograficznej.

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce uznają, że:

- jego przebieg wniósł cenne wartości poznawcze w ocenie współczesnych procesów demograficznych;
- przyczynił się do znacznego rozszerzenia i integracji środowisk zajmujących się problemami ludnościowymi;
- stworzył podstawy upowszechnienia wiedzy demograficznej i jej znaczenia w życiu kraju;
- wywołał przychylne nimi zainteresowanie najwyższych władz państwowych, z Prezydentem RP na czele, przekonując o potrzebie ich uwzględniania w polityce społecznej i gospodarczej państwa.

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce zwracają się do jego organizatorów o wykorzystanie bogactwa zgromadzonego materiału poznawczego i postulatów zawartych w m.in. w Deklaracji Kongresowej i zgłoszonych w trakcie obrad Kongresu.

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce postulują stworzenie warunków dla zorganizowania za 3 lata kolejnego Kongresu Demograficznego.

Przewodniczący Komitetu I Kongresu Demograficznego
dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki

II.

Projekt szkolenia pielęgniarek szkolnych z zakresu zdrowia prokreacyjnego, problemów dojrzewania i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową

STRESZCZENIE PROJEKTU

Niniejszy projekt szkolenia z zakresu zdrowia prokreacyjnego, problemów dojrzewania i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową ma na celu dostarczenie młodzieży ze wschodnich regionów Polski wiarygodnej i poufnej informacji z zakresu tej tematyki. Wiele młodych osób w wieku dojrzewania, szczególnie w tym regionie, nie ma możliwości udziału w zajęciach wychowania seksualnego ani zdobycia informacji z zakresu profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową; brakuje im także wiedzy na temat zdrowego stylu życia.

Wykwalifikowany, dobrze przygotowany zespół trenerów przeprowadzi serię warsztatów, które odbędą się w czterech etapach w ciągu dwóch lat trwania projektu. Przeszkolonych zostanie 700 pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą w szkołach. Zajęcia warsztatowe uzupełnią wykłady dostarczając dodatkowej wiedzy i informacji. Zostanie także wydany podręcznik, przygotowany przez Małopolską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ramach pierwszej edycji programu w latach 2000-2002, który będzie rozprowadzony wśród uczestniczek projektu oraz innych pielęgniarek zainteresowanych tego typu działaniami. Rezultatem projektu będzie zdobycie przez pielęgniarki niezbędnych do kontaktów z młodzieżą umiejętności komunikacyjnych oraz solidnej wiedzy, która pozwoli im skutecznie prowadzić zajęcia w szkołach i podejmować w pracy z młodzieżą tematy związane z problemami dojrzewania. Zostanie stworzony system monitorowania i oceny, który zapewni właściwy postęp w osiąganiu założonych celów. Zostanie utworzona edukacyjna strona internetowa dla pielęgniarek dotycząca zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową i HIV/AIDS. Po zakończeniu projektu przeprowadzona zostanie ocena podsumowująca.

Pierwszy pilotażowy projekt UNFPA został opracowany wspólnie przez Małopolską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych (MOiPiP) oraz UNFPA i UNDP w ramach działalności polskiej UNAIDS Grupa Tematyczna tylko dla regionu Małopolski. Projekt odniósł całkowity sukces, wskazując na ogromne zapotrzebowania na szkolenia tego typu i potrzebę kontynuacji działań z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Z tego powodu Rządowa Rada Ludnościowa zwróciła się do UNFPA z prośbą o przedłużenie projektu. Zasadniczo nowy projekt będzie stanowił drugi etap projektu pilotażowego. Jednakże działaniami zostaną objęte wschodnia i środkowa część kraju, ponieważ, jak stwierdzono w Raporcie UNAIDS opublikowanym w lipcu 2002 roku, ryzyko epidemiologiczne HIV/AIDS na wschodnich terenach polskich jest niezwykle wysokie.

Ubiegamy się o dofinansowanie przez UNFPA na sumę 134,907 USD. Ogólne koszty projektu wynoszą 143,907 USD.

1. UZASADNIENIE PROJEKTU

1.1. Kontekst:

Sytuacja społeczna - edukacja seksualna w Polsce

Młodzież polska nie jest objęta systematycznym wychowaniem seksualnym. Z problemem tym przez całe lata nie uporał się ani system edukacyjny, ani system ochrony zdrowia. Pielęgniarki z racji swojego wykształcenia zawodowego i pracy w środowiskach szkolnych, są w naturalny sposób predysponowane do prowadzenia działań edukacyjnych i informacyjnych tego rodzaju. Niezbędne jest jednak uzupełnienie ich wiedzy o nowoczesne rozwiązania i wzmocnienie ich umiejętności pedagogicznych i komunikacyjnych.

Choć rząd do był zobowiązany do wprowadzenia edukacji seksualnej w szkołach od września 1997 r., w praktyce jednak tylko nieliczne szkoły we wschodnich i środkowych regionach polski (około. 5 proc.) wprowadziły w życie te zalecenia. Dotychczas brak jest jednolitego programu nauczania i wychowania w zakresie planowania rodziny i zdrowego stylu życia w okresie dorastania i dojrzewania. W systemie szkolnictwa praktycznie nie ma profesjonalnie przygotowanych osób, które mogłyby prowadzić tego typu szkolenia.

Dotychczasowy zakres obowiązków pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą obejmuje działania informacyjne i promocję zdrowia. Działania te nie są jednak zaplanowane ani ustrukturyzowane, co powoduje, że pielęgniarki zmuszone są prowadzić je intuicyjnie. Nikt nie monitoruje ani nie ocenia ich efektów.

Dodatkowym czynnikiem powodującym, iż pielęgniarka szkolna jest najlepszym źródłem informacji i poradnictwa jest jej szczególna sytuacja w szkole. Pielęgniarka jest jedynym pracownikiem, który nie musi uczniom „wystawiać ocen”. Ponadto zazwyczaj ma swój własny gabinet, który zapewnia prywatność i poufność.

Informacja o systemie kształcenia pielęgniarek

System kształcenia pielęgniarek w Polsce nie zawiera takich elementów jak komunikowanie się, techniki komunikowania, elementy pracy warsztatowej. Nie porusza także specyficznych zagadnień dotyczących pracy z dojrzewającą młodzieżą. Pielęgniarki szkolne szukają pomocy w poznawaniu i wdrażaniu nowych metod edukacji zdrowotnej, dostosowanych do zmieniających się potrzeb młodzieży.

Obecnie pielęgniarki szkolne często muszą radzić sobie z tak złożonymi problemami jak kwestie dojrzewania płciowego, zdrowie prokreacyjne, narkomania, alkoholizm oraz choroby przenoszone drogą płciową. Mogą przy tym polegać tylko na swojej intuicji i zdrowym rozsądku. Pielęgniarka szkolna powinna pełnić ważną rolę w promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży. Brak dostatecznego przygotowania merytorycznego oraz dostępu do aktualnej wiedzy i metodologii obniża ich możliwości zapewnienia kompetentnej i skutecznej opieki zdrowotnej.

1.2. Dotychczasowe i pokrewne działania i pomoc:

W latach 1995-96 Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we współpracy z UNDP przygotowała i przeprowadziła projekt dotyczący profilaktyki HIV/AIDS, w trakcie którego przeszkolono ponad tysiąc pielęgniarek i położnych. Owocem tego projektu było wydanie pierwszego w Polsce poradnika dla pielęgniarek i położnych „*AIDS. Jak zmniejszyć*

ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarstwa”. Poradnik miał dotychczas trzy wydania, których łączny nakład wyniósł 102 tys. egzemplarzy.

W latach 2000-2002 Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we współpracy z UNDP/UNFPA przygotowała i przeprowadziła projekt „Szkolenie dla pielęgniarek szkolnych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, problemów dojrzewania i profilaktyki HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową” dla 700 pielęgniarek szkolnych i pediatrycznych. W październiku 2002 roku Rządowa Rada Ludnościowa zwróciła się z prośbą o wznowienie projektu, uznając, że jest on szczególnie przydatny i właściwie ukierunkowany.

1.3. Obszar działania:

Niniejszy program zostanie przeprowadzony we wschodnich i środkowych regionach Polski, tzn. w województwie lubelskim, podkarpackim, mazowieckim., warmińsko–mazurskim i podlaskim. Obszar ten został wybrany na prośbę Rządowej Rady Ludnościowej, aby przygotować pielęgniarki pracujące z dziećmi i młodzieżą w szkołach do odegrania bardziej znaczącej roli w pomaganiu młodzieży w radzeniu sobie z zagadnieniami z zakresu zdrowia prokreacyjnego oraz profilaktyki HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową, a także w radzeniu sobie z problemami okresu dojrzewania. Dodatkowym czynnikiem był bardzo ograniczony dostęp młodzieży w wieku dojrzewania w tych regionach do takiej wiedzy.

1.4. Grupy docelowe:

1.4.1. Około 700,000 uczniów w wieku od 10 do 17 lat uczących się w szkołach podstawowych i średnich we wschodnich i środkowych regionach Polski.

1.4.2. Przeszkolone zostanie 700 pielęgniarek szkolnych z terenów wschodniej i środkowej Polski zrzeszonych w następujących Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych:

1. Białostocka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
2. Bielskopodlaska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
3. Chełmska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
4. Krośnieńska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
5. Lubelska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
6. Łomżyńska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
7. Suwalska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
8. Ostrołęcka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
9. Podkarpacka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Przeworsku
10. Rzeszowska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
11. Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
12. Zamojska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Lubelska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (LOIPiP) odegra wiodącą rolę w projekcie. (LOIPiP) jest organizacją pozarządową działającą na rzecz pielęgniarek i położnych oraz na rzecz promocji zdrowia publicznego.

Izba została powołana na podstawie Ustawy Sejmu RP z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, przez Delegatów I Okręgowego Zjazdu 22 października 1991 r.

Skupia ona około 9 tysięcy czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych z Lubelszczyzny. Izba ma swoją siedzibę w Lublinie.

Izba zajmuje się różnorodną działalnością, w tym między innymi:

- organizacją i prowadzeniem szkoleń pielęgniarek i położnych, kursów kwalifikacyjnych i doskonalących z różnych dziedzin medycyny, nauki języków obcych i innych umiejętności przydatnych w pracy zawodowej; organizacją konferencji i seminariów,
- działaniami na rzecz zdrowia publicznego i promocji zdrowego stylu życia,
- przygotowaniem projektów szkoleń dla pielęgniarek i położnych,
- opiniowaniem projektów uregulowań prawnych dotyczących systemu ochrony zdrowia,
- wydawaniem licencji prawa wykonywania zawodu oraz prowadzeniem rejestru pielęgniarek i położnych.

1.4.3. Zespół Psychologów i pedagogów TOP opracuje program szkoleniowy i zorganizuje zajęcia warsztatowe dla pielęgniarek. Zespół trenerów składa się z osób z wykształceniem wyższym, posiadających stopień magistra psychologii lub pedagogiki. Wszyscy trenerzy ukończyli odpowiednie kursy i otrzymali dyplomy prowadzenia treningów wykorzystując metody aktywizujące uczestników poprzez osobiste zaangażowanie, refleksję i podnoszenie świadomości. Trenerzy zostali przygotowani do tego typu pracy przez renomowane instytucje w Polsce i zagranicą. Dla przykładu, proponowany Koordynator Szkoleń posiada uprawnienia w zakresie edukacji zdrowotnej od Światowej Organizacji Zdrowia (brał udział w programie WHO „Promowanie Zdrowych Szkół”, ma także doktorat z edukacji seksualnej.

W prowadzonych przez tych trenerów zajęciach warsztatowych wykorzystywane są takie metody jak praca w małych grupach, dyskusje, rozwiązywanie problemów w grupie, odgrywanie ról, i wizualizacja.

Każdy członek zespołu trenerów ma doświadczenie w prowadzeniu warsztatów w następujących zakresach tematycznych:

- problemy okresu dojrzewania,
- edukacja seksualna,
- profilaktyka HIV/AIDS (posiadają certyfikaty Ministerstwa Zdrowia oraz przedstawicielstwa UNDP w Polsce, przyznane po dokładnym procesie szkolenia i certyfikacji),
- promocji zdrowego stylu życia,
- profilaktyki uzależnień,
- rozwój osobowości w zakresie komunikacji, asertywności itd.

TOP prowadzi szkolenia i superwizję dla rozwoju zawodowego i podnoszenia kwalifikacji psychologów, edukatorów, nauczycieli i personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek). Większość zespół TOP posiada doświadczenie w szkoleniach opierających się na aktywizacji dla studentów psychologii, pedagogiki, i doktorantów w takich dziedzinach jak wychowanie seksualne. Blisko współpracują z i szkołą pracowników takich organizacji pozarządowych jak na przykład Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS oraz Społeczny Komitet ds. AIDS. Oprócz przeprowadzania szkoleń, TOP oferuje także szeroki zakres wsparcia psychologicznego dla dzieci, młodzieży w okresie dojrzewania i rodziców, szczególnie w zakresie zagadnień prokreacji i życia seksualnego oraz profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową.

1.5. Wsparcie UNFPA:

Wsparcie finansowe UNFPA umożliwi przekazywanie pielęgniarkom szkolnym wiedzy i umiejętności z zakresu zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób

przenoszonych drogą płciową oraz promowania zdrowego stylu życia wśród młodzieży w okresie dojrzewania. Obecnie nie ma w Polsce żadnej instytucji, która zapewniłaby pielęgniarcom możliwości podnoszenie kwalifikacji w tym zakresie. Ponadto obecny system szkolenia pielęgniarek nie zawiera żadnych zajęć na temat zdrowia prokreacyjnego, metod skutecznej komunikacji, czy też szczególnych problemów okresu dojrzewania.

2. DZIAŁANIA PROJEKTOWE A REZULTATY

2.1. Projekt ma na **celu** przyczynienie się do rozpowszechniania pozytywnych zachowań wśród młodzieży w okresie dojrzewania w zakresie zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz umiejętności radzenia sobie z problemami okresu dojrzewania.

2.2. Przedmiotem projektu jest umożliwienie pielęgniarcom szkolnym zapewnienie młodzieży w okresie dojrzewania z regionu wschodniej Polski wiarygodnej wiedzy i wsparcia w rozwijaniu pozytywnych zachowań w zakresie zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową i radzenia sobie z problemami okresu dojrzewania poprzez:

- 1) wzmocnienie umiejętności i wiedzy 700 pielęgniarek szkolnych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz problemów okresu dojrzewania;
- 2) wzmocnienie umiejętności komunikowania się, nawiązywania kontaktu z młodzieżą i nauczania 700 pielęgniarek szkolnych, tak aby mogły bardziej skutecznie przekazywać młodzieży wiedzę, indywidualnie oraz w grupach.

2.3. Rezultaty:

2.3.1. Przygotowane zostaną programy szkolenia i materiały szkoleniowe do wykorzystania w trakcie czteroetapowego projektu mającego na celu przygotowanie pielęgniarek pracujących z młodzieżą w szkołach do polepszenia swojej wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową i radzenia sobie z problemami okresu dojrzewania.

2.3.2. 100 proc. pielęgniarek uczestniczących w projekcie po zakończeniu cyklu szkoleń będzie potrafiło wymienić i opisać podstawowe problemy związane ze zdrowiem prokreacyjnym w okresie dojrzewania.

2.3.3. 100 proc. pielęgniarek pracujących z uczniami w szkołach będzie umiało przygotować i przedstawić plan zajęć z dojrzewającą młodzieżą na temat zdrowego stylu życia w okresie dojrzewania oraz zagadnień związanych ze zdrowiem prokreacyjnym.

2.3.4. 100 proc. uczestniczek projektu będzie po jego zakończeniu potrafiło nawiązać odpowiedni kontakt z młodzieżą i podjąć rozmowę z młodzieżą na temat zdrowia prokreacyjnego.

2.3.5. 100 proc. pielęgniarek szkolnych będzie potrafiło zademonstrować co najmniej dwie techniki nauczania aktywizującego, zalecanego w pracy z młodzieżą w okresie dojrzewania w trakcie zajęć warsztatowych.

2.3.6. 100 proc. Pielęgniarek szkolnych przeprowadzi 50 zajęć dotyczących zdrowia prokreacyjnego używając metod aktywizujących. Ponadto pielęgniarki poinformują rodziców na temat zagadnień związanych ze zdrowiem prokreacyjnym w okresie dojrzewania.

2.4. Działania:

2.4.1. Działania szkoleniowe

Zespół trenerów TOP opracuje dokładny program szkoleniowy, z wykorzystaniem metod treningowych promujących aktywny i kreatywny udział uczestników (patrz opis kwalifikacji zespołu w punkcie 1.4.3. powyżej). Obecnie przewiduje się, że program szkoleniowy będzie odbywał się w czterech etapach:

Etap I będzie obejmował 12 wykładów- seminariów (12 grup od 100 do 50 osób) w godzinach 9.00-17.00 na następujące tematy:

1. informacje dotyczące misji UNFPA, Milenijnych Celów Rozwoju, konferencji NZ, takich jak Międzynarodowa Konferencja na Rzecz Ludności i Rozwoju, czy Czwarta Międzynarodowa Konferencja na Rzecz Kobiet.
2. Psychologiczny i społeczny rozwój młodzieży w okresie dojrzewania (seksualność człowieka, zdrowie prokreacyjne)
3. Metody planowania rodziny oraz choroby przenoszone drogą płciową
4. Profilaktyka HIV/AIDS wśród młodzieży
5. Przemoc wobec dorastającej młodzieży - przemoc w rodzinie i wykorzystywanie seksualne dzieci
6. Uzależnienia - alkoholizm, narkomania
7. Epidemiologia raka piersi i raka ginekologicznego (dodatkowo)

W czasie wykładów przekazana zostanie również wiedza na temat organizacji i instytucji zajmujących się tymi problemami.

Etap II będzie obejmował trzydniowe warsztaty w grupach 20-osobowych (35 grup x 3 dni x 20 uczestniczek) dotyczące umiejętności komunikowania się, nawiązywania kontaktów z dziećmi i młodzieżą, metod i technik komunikowania dostosowanych do potrzeb młodzieży w okresie dojrzewania, oraz przystosowania zagadnień edukacji zdrowotnej dla młodzieży w okresie dojrzewania.

Etap III obejmuje 3-dniowe zajęcia warsztatowe dla wyspecjalizowanych pielęgniarek szkolnych pracujących w placówkach opieki zdrowotnej.

Etap IV obejmuje 1-dniowe podsumowanie szkolenia w grupach 20-to osobowych (8 godzin).

Tematy warsztatów rozszerzają zakres umiejętności wyuczonych w Etapie I:

1. Jak rozmawiać z młodzieżą w okresie dojrzewania na temat:
 - zdrowia prokreacyjnego, problemów dojrzewania i seksualności człowieka, odpowiedzialności za własną seksualność,
 - uzależnień
2. Jak rozpoznać dzieci wykorzystywane seksualnie, dzieci uzależnione, dzieci z rodzin w których istnieje przemoc.

Jeden dzień warsztatów dla pielęgniarek szkolnych zostanie poświęcony opracowaniu i przeglądowi planów lekcji, które pielęgniarki przeprowadza w swoich miejscach pracy w tym zakresie tematycznym.

80 proc. pielęgniarek przeprowadzi 50 zajęć na temat zagadnień zdrowia prokreacyjnego w okresie dojrzewania używając aktywizujących metod nauczania.

Wszystkie uczestniczki odbędą indywidualne spotkania z ekspertami w celu przeglądu dokonanych postępów oraz określenia i rozwiązania problemów w rozmawianiu z młodzieżą na te tematy.

Dokładniejszy opis tematów warsztatów i wykładów się w Załączniku IV.

Zostanie zorganizowane seminarium regionalne w Lublinie, które będzie poświęcone podsumowaniu osiągnięć projektu i ogłoszeniu wydania podręcznika dla pielęgniarek na temat pracy z młodzieżą w zakresie zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową i radzenia sobie z problemami okresu dojrzewania.

2.4.2. Działania wydawnicze: Każda uczestniczka programu otrzyma zestaw dodatkowych materiałów dotyczących tematów przedstawianych przez wykładowców oraz różnego rodzaju materiały szkoleniowe podczas warsztatów.

Ponadto zespół 12 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych ze wschodniej i środkowej Polski we współpracy z Departamentem Promocji Zdrowia i Medycyny Szkolnej warszawskiego Instytutu Matki i Dziecka opracuje publikację na temat zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową oraz zdrowego trybu życia, która będzie używana przez pielęgniarki szkolne w ich pracy. Publikacja ta zostanie opracowana podczas ostatnich sześciu miesięcy projektu. Zostanie wydrukowanych 800 egzemplarzy, które będą rozprowadzone podczas końcowej konferencji podsumowującej projekt. Zostanie również przygotowana edukacyjna strona internetowa dla pielęgniarek szkolnych i położnych z zakresu zdrowia prokreacyjnego.

2.4.3. Czas trwania oraz miejsce prowadzenia działań projektowych: Projekt będzie realizowany przez okres dwóch lat, od czerwca 2003 do maja 2005. Zajęcia warsztatowe odbędą się w 12 Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych w wybranych miastach wschodniej i środkowej Polski aby ułatwić uczestniczkom dojazd na sesje treningowe.

2.4.4. Program Działań:

Działania Rok 1 Maj 2003-31 kwietnia 2004	Osoba/Instytucja Odpowiedzialna	05/03	06/03	07/039	08/03	09/03	10/03	11/03	12/03	01/04	02/04	03/04	04/04
Opracowanie programu szkolenia i materiałów treningowych	Rada Projektu, LOIPiP, TOP - Koordynator Szkoleń, Przedstawiciel UNFPA w Polsce												
Nabór uczestniczek warsztatów	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu, TOP – Koordynator Szkoleń												
Opracowanie systemu sprawozdawczości programowej i finansowej, narzędzi monitorowania i kanałów przepływu informacji Opracowanie systemu monitorowania i ewaluacji: -kwestionariusz -obserwacja	Ekspert ds. zdrowia prokreacyjnego UNFPA, Rada Projektu, konsultant ds. ewaluacji, TOP - Koordynator Szkoleń, LOIPiP – Dyrektor Administracyjny Projektu oraz Koordynator Szkoleń, Księgowy, oraz Przedstawiciel UNFPA w Polsce												
Etap I – seria wykładów na 5 tematów związanych ze zdrowiem prokreacyjnym przeprowadzonych dla 120 pielęgniarek w Warszawie; kwestionariusz ewaluacyjny	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń												
Etap I – trzydniowe warsztaty dla sześciu 20-osobowych grup w Warszawie	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń												

Etap I – seria wykładów na 5 tematów związanych ze zdrowiem prokreacyjnym dla 110 pielęgniarek w Rzeszowie; kwestionariusz ewaluacyjny	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń													
Etap 2 – trzydniowe warsztaty dla sześciu 20-osobowych grup w Krakowie	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP – Koordynator Szkoleń													
Działania Rok 1 kwiecień 1999 - marzec 2000	Osoba/Instytucja Odpowiedzialna	05/ 03	06/ 03	07/ 03	08/ 03	09/ 03	10/ 03	11/ 03	12/ 03	01/ 04	02/ 04	03/ 04	04/ 04	
Etap I – trzydniowe warsztaty dla pięciu 20-osobowych grup w Rzeszowie	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń													
Etap 2 – trzydniowe warsztaty dla pięciu 20-osobowych grup w Rzeszowie	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń													
Przegląd doświadczeń dot. pierwszego etapu szkolenia; wdrażanie zmian	Przedstawiciel UNFPA w Polsce, Komitet Doradczy Projektu													
Etap 1 – seria wykładów na 5 tematów związanych ze zdrowiem prokreacyjnym dla 100 pielęgniarek w Lublinie; kwestionariusz ewaluacyjny	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń													
Etap I – trzydniowe warsztaty dla pięciu 20-osobowych grup w Lublinie	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń													
Etap II – trzydniowe warsztaty dla pięciu 20-osobowych grup w Lublinie	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń													
Etap 1 – seria wykładów na 5 tematów związanych ze zdrowiem prokreacyjnym dla 60 pielęgniarek w Zamościu; kwestionariusz ewaluacyjny	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP Koordynator Szkoleń													

Etap 3 – jednodniowa sesja superwizyjna dla 15 20-osobowych grup w Warszawie, Rzeszowie i Lublinie	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP Koordynator Szkoleń														
Działania Rok 2 1 maja 2004 – 31 kwietnia 2005	Osoba/Instytucja Odpowiedzialna	05/ 040	06/ 04	07/ 04	08/ 04	09/ 04	10/ 04	11/ 04	12/ 04	01/ 05	02/ 05	03/ 05	04/ 05		
Etap 1 – seria wykładów na 5 tematów związanych ze zdrowiem prokreacyjnym dla 60 pielęgniarek w Białej-Podlaskiej; kwestionariusz ewaluacyjny	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń														
Etap 1 - trzydniowe warsztaty dla trzech 20-osobowych grup w Białej Podlaskiej	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń														
Etap II - trzydniowe warsztaty dla trzech 20-osobowych grup w Białej Podlaskiej	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń														
Etap 1 – seria wykładów na 5 tematów związanych ze zdrowiem prokreacyjnym dla 40 pielęgniarek w Suwałkach i dla 40 pielęgniarek w Krośnie; kwestionariusz ewaluacyjny	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń														
Etap I - trzydniowe warsztaty dla dwóch 20-osobowych grup w Suwałkach i dwóch 20-osobowych grup w Krośnie	LOIPiP – Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP – Koordynator Szkoleń														
Etap II - trzydniowe warsztaty dla dwóch 20-osobowych grup w Suwałkach i dwóch 20-osobowych grup w Krośnie	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń														
Etap 1 – seria wykładów na 5 tematów związanych ze zdrowiem prokreacyjnym dla 35 pielęgniarek w Ostrołęce i Przemysłu; kwestionariusz ewaluacyjny	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń														
Etap I – trzydniowe warsztaty dla dwóch 20-osobowych grup w Ostrołęce i dwóch 20-osobowych grup w Przemysłu	LOIPiP - Dyrektor Administracyjny Projektu oraz TOP - Koordynator Szkoleń														

3. WYMIAR OGÓLNY PROJEKTU

3.1. Niniejszy projekt podejmuje kwestie wymienione w **Programie Działania Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju** dając unikalną możliwość podnoszenia kwalifikacji grupy zawodowej pielęgniarek, które zazwyczaj są szkolone w dwuletnich szkołach pomaturalnych i nie posiadają wykształcenia wyższego.

3.2. Projekt promując **równe prawa kobiet**, stworzy im możliwość uzyskania dodatkowej wiedzy i umiejętności, która wzmocni ich poczucie wartości w miejscu pracy i zwiększy pewność siebie, ponieważ przeszkolone kadry będą umiały bardziej profesjonalnie i skutecznie pracować z młodzieżą w okresie dorastania. Doświadczenia z poprzedniego projektu UNDP dotyczącego szkolenia pielęgniarek w zakresie profilaktyki HIV/AIDS wykazują, że wiele z nich zdało sobie sprawę z potrzeby podniesienia własnych kwalifikacji i zapisało się na studia wyższe. Należy tu podkreślić, że 98 proc. pielęgniarek w Polsce to kobiety.

Wstępna wersja projektu została zaopiniowana przez Komitet Doradczy Projektu składający się z: Przedstawiciela UNFPA w Polsce, Przedstawiciela Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, Krajowego Komitetu ds. AIDS, Instytutu Matki i Dziecka, Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia i eksperta UNFPA. Komitet potwierdził potrzebę wdrożenia projektu.

Działania szkoleniowe będą skierowane w głównej mierze do kobiet, gdyż zdecydowana większość pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą w szkołach to kobiety (98 proc.) Wśród prowadzących wykłady będzie 70 proc. kobiet i 30 proc. mężczyzn. Pracownicy projektu to wyłącznie kobiety. Kobiety będą brały udział w opracowywaniu wszystkich ankiet lub badań związanych z projektem.

3.3. Projekt wspiera zasoby krajowe pokazując innym okręgowym izbom pielęgniarek i położnych potencjalną rolę, jak mogą odgrywać pielęgniarki, wykorzystując swoją wiedzę i kwalifikacje zawodowe dla polepszenia sytuacji młodzieży w Polsce. Już w chwili obecnej wiele pozostałych Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych wyraziło duże zainteresowanie organizowaniem podobnych programów dla swoich członkiń. Ponadto powstająca strona internetowa może być wykorzystywana przez pielęgniarki w całym kraju w celu poszerzania wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia prokreacyjnego.

4. PODZIAŁ OBOWIĄZKÓW W ZAKRESIE REALIZACJI PROJEKTU

Projekt będzie nadzorowany przez Przewodniczącą Lubelskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (LOIPiP) pełniącą funkcję Dyrektora Administracyjnego Projektu. Dyrektor Administracyjny Projektu będzie wspierany przez dwóch Koordynatorów Projektu w Lublinie i Warszawie oraz księgową w Warszawie. Dyrektor Administracyjny Projektu składa sprawozdania z realizacji wszystkich aspektów projektu Przedstawicielowi UNFPA w Polsce. Osoba ta jest również odpowiedzialna za kontakty z Rządową Radą Ludnościową.

Koordynator Projektu z ramienia LOIPiP w Lublinie będzie odpowiedzialny za nabór uczestniczek szkoleń, zapewnianie oraz przygotowywanie lokali szkoleniowych, informowanie uczestniczek o harmonogramie szkoleń, sporządzanie i dostarczanie raportów na temat osiągniętych postępów i wyników oraz prowadzenie innych czynności administracyjnych w miarę potrzeby.

Księgowa (LOIPiP Lublin) będzie odpowiadać za właściwe księgowanie wydatków ponoszonych w ramach projektu, zapewnianie wnoszenia opłat za wynajem lokali szkoleniowych, zwrot kosztów podróży uczestniczkom oraz sporządzanie i dostarczanie sprawozdań finansowych dla UNFPA.

Koordinator Szkoleń TOP otrzyma wynagrodzenie w niepełnym wymiarze godzin w TOP. Osoba ta jest odpowiedzialna za przygotowanie programu warsztatów, materiałów szkoleniowych, zapewnienie udziału wykładowców oraz koordynowanie działań zespołu szkoleniowego. Będzie również co miesiąc dostarczał Przedstawicielowi UNFPA w Warszawie wypełnione formularze ewaluacyjne z każdego warsztatu.

Nadzór nad projektem będzie sprawować z ramienia **LOIPiP** przewodnicząca LOIPiP – Wiesława Sidorowska-Floriańczyk, a z ramienia UNFPA – Collin Glennie, przedstawiciel UNFPA w Polsce we współpracy i w porozumieniu z Komitetem Doradczym Projektu. Personel nadzorujący UNFPA/UNDP w Warszawie będzie co 6 miesięcy odbywać spotkania z Dyrektorem Administracyjnym, księgową oraz Koordynatorem Szkoleń w celu dokonania przeglądu postępów projektu oraz rozwiązania ewentualnych trudności.

Jako agencja wdrażająca, LOIPiP będzie konsultować się z Rządową Radą Ludnościową.

Biuro UNFPA w Warszawie jest odpowiedzialne za:

- a) zapewnienie, że wszystkie dokumenty są podpisane przez odpowiednie instytucje rządowe (Rządowa Rada Ludnościowa),
- b) przekazanie instytucjom rządowym informacji o postępach,
- c) współpracę z pracownikami projektu,
- d) koordynowanie szkoleń i konsultacji z dwoma ekspertami UNFPA,
- e) monitorowanie i ocenę projektu, przeprowadzanie inspekcji monitorujących, przegląd i akceptację raportów z postępu prac projektowych oraz sprawozdań finansowych,
- f) zapewnienie przeprowadzenia rocznego audytu,
- g) występowanie z wnioskiem o dostarczenie przez Dyrektora Administracyjnego LOIPiP rocznych i końcowych spisów inwentarza,
- h) zapewnienie zakończenia projektu.

LOIPiP opracuje i będzie sprawować nadzór nad systemem zarządzania finansowego, w tym sporządzanie podań o zaliczki oraz sprawozdania z wydatków.

TOP będzie odpowiedzialny za organizację szkoleń dla ekspertów krajowych, prowadzonych przez zagranicznych pracowników UNFPA.

UNFPA w Warszawie pozyska usługi konsultingowe polskiego eksperta ds. ewaluacji, który będzie współpracował z osobą wdrażającą projekt w zakresie opracowania programu monitorowania projektu oraz systemu oceny. Po zakończeniu projektu zostanie dokonana ocena podsumowująca.

5. MONITOROWANIE I OCENA PROJEKTU

Komitet Doradczy Projektu składający się z: Przedstawiciela UNFPA w Polsce, Przedstawiciela Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, Krajowego Komitetu ds. AIDS, Instytutu Matki i Dziecka, Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia i eksperta UNFPA spotka się na początku projektu i następnie po dwunastu miesiącach. Komitet Doradczy projektu będzie aktywnie uczestniczył w Krajowym Warsztacie Oceniającym na końcu projektu.

W pierwszym miesiącu prac projektowych zostanie opracowany system monitorowania i ewaluacji z udziałem realizatorów projektu oraz krajowego specjalisty ds. ewaluacji. Monitorowanie będzie

prowadzone na bieżąco w trakcie całego projektu, a na jego zakończenie przeprowadzona zostanie ocena podsumowująca.

Na początku projektu określone zostaną rodzaje informacji konieczne do monitorowania jego przebiegu, jak również zostanie stwierdzona ich przydatność jako wskaźników zmian. We wrześniu 1998r., Polska wprowadziła reformę administracyjną, w skład której weszły zmiany w układzie województw oraz wprowadzenie powiatów. Nie jest jeszcze jasne, czy statystyki zdrowotne i społeczne będą nadal zbierane w dotychczasowy sposób, co umożliwiłoby prowadzenie analizy porównawczej wyników w czasie. Najbardziej wiarygodnym sposobem mierzenia zmian w zakresie zdrowia prokreacyjnego oraz profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową jest monitorowanie takich wskaźników jak częstotliwość ciąży u nieletnich oraz przypadków zakażenia HIV/AIDS lub innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową wśród młodzieży w szkołach, gdzie pracują uczestniczki projektu. To wymagałoby monitorowania poszczególnych uczniów w długim okresie czasu, co wykracza poza bezpośrednie cele niniejszego projektu.

W celu stwierdzenia realizacji celów projektu uczestniczące w nim pielęgniarki szkolne przeprowadzą krótką ankietę przed i po zakończeniu projektu, co umożliwi określenie, w jaki sposób uczniowie postrzegają rolę pielęgniarki szkolnej. Przewidywane jest, że projekt wpłynie na zmianę tego postrzegania w kierunku zwiększania zaufania do pielęgniarki jako wiarygodnego źródła informacji oraz wsparcia w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego, problemów okresu dojrzewania oraz profilaktyki HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową.

Wymagane raporty będą obejmowały 6-cio miesięczne sprawozdania podsumowujące, sprawozdania finansowe oraz krótkie opisy wyników każdego z przeprowadzonych warsztatów.

Każdy wynik będzie monitorowany według następującego schematu:

Tabela kontroli i oceny

Wyniki	Obiektywne Wskaźniki Postępu	Sposób weryfikacji
Przygotowane zostaną programy szkolenia i materiały szkoleniowe do wykorzystania w trakcie czterostopniowego projektu mającego na celu przygotowanie pielęgniarek pracujących z młodzieżą w szkołach do polepszenia swojej wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz radzenia sobie z problemami okresu dojrzewania .	Rozprowadzenie zestawu materiałów szkoleniowych składających się z około 30 stron wśród 700 uczestniczek warsztatów Okolo 700 uczestniczek weźmie udział w serii warsztatów i wykładów w okresie dwóch lat.	Zestaw materiałów treningowych przedstawiony UNFPA wraz z rachunkami za ich powielenie. Program szkolenia przedstawiony UNFPA, Listy obecności, Opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w miejscu przeprowadzenia zajęć, Rachunki za przeprowadzenie warsztatów i wykładów.
100 proc. pielęgniarek uczestniczących w projekcie po zakończeniu szkoleń będzie potrafiło wymienić i opisać podstawowe problemy psychologiczne i seksualne w okresie dojrzewania.	Analiza wyników testów przed i po programie.	Wyniki testów

100 proc. pielęgniarek pracujących z uczniami w szkołach będzie umiało przygotować i przedstawić plan zajęć z dojrzewającą młodzieżą na temat zdrowego stylu życia w okresie dojrzwania oraz zagadnień związanych ze zdrowiem prokreacyjnym.	Plany lekcji opracowane podczas warsztatów zostaną sprawdzone przez trenerów w celu zapewnienia wykorzystania odpowiednich metod komunikowania się i przekazywania właściwych informacji.	Raporty z każdego przeprowadzonego warsztatu Włączenie najlepszych planów lekcji do podręcznika dla pielęgniarek
100 proc. uczestniczek projektu będzie po jego zakończeniu potrafiło nawiązać odpowiedni kontakt z młodzieżą i podjąć rozmowę z młodzieżą na temat zdrowia prokreacyjnego.	Z indywidualnych sesji superwizyjnych przeprowadzonych z poszczególnymi uczestniczkami wynika, że pielęgniarki umieją stosować skuteczne techniki komunikacji w omawianiu zdrowia prokreacyjnego z młodzieżą.	Raporty z warsztatów, Raporty półroczne z przebiegu i realizacji projektu
100 proc. pielęgniarek szkolnych będzie potrafiło zademonstrować co najmniej dwie techniki nauczania aktywizującego, zalecanego w pracy z młodzieżą w okresie dojrzwania w trakcie zajęć warsztatowych.	Uwagi trenerów na temat rodzajów metod nauczania zawartych w planach zajęć i stosowanych przez pielęgniarki w trakcie zajęć przykładowych. Wyniki sesji superwizyjnych	Raporty z warsztatów, Przeglądy planów zajęć, Raporty półroczne z przebiegu i realizacji projektu
LOIPiP opracuje stronę internetową dla pielęgniarek szkolnych dotyczącą zagadnień z zakresu zdrowia prokreacyjnego i seksualnego. Na stronie znajdują się plany zajęć szkolnych z młodzieżą, które będą przeprowadzane przez pielęgniarki oraz inne materiały opracowane podczas zajęć warsztatowych.	50% pielęgniarek szkolnych będzie korzystać ze strony jako narzędzia edukacyjnego.	Liczba odwiedzin na stronie weryfikowana co miesiąc przez LOIPiP oraz UNFPA.
LOIPiP opracuje zbiór prezentacji dotyczących zagadnień z zakresu zdrowia prokreacyjnego i seksualnego dla pielęgniarek medycyny szkolnej do wykorzystania w środowisku nauczania i wychowania.	70% pielęgniarek szkolnych będzie korzystać z prezentacji jako narzędzia edukacyjnego.	Liczba pielęgniarek szkolnych korzystających ze zbioru prezentacji w środowisku nauczania i wychowania.

5. DZIAŁANIA POKREWNE ORAZ INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Lubelska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zapewnia wsparcie w kwocie odpowiadającej równowartości 9,000 USD w formie udostępnienia pomieszczeń biurowych, eksploatacji, urządzeń telefonicznych, nadzoru nad pracownikami projektu oraz obsługi biurowej.

DECYZJA Nr 2
PRZEWODNICZĄCEGO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ

z dnia 19 września 2003 r.

w sprawie powołania zespołu do spraw Generations and Gender Programme (GGP)

W związku z § 4 ust. 1 Zarządzenia Nr 57 Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 kwietnia 2002 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, postanawiam co następuje:

§1

Powołuję Zespół do spraw Generations and Gender Programme (GGP), zwany dalej „Zespołem”, jako organ pomocniczy Rządowej Rady Ludnościowej, zwanej dalej „RRL”.

§2

W skład Zespołu wchodzi:

- 1) Przewodniczący - dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki, Rządowa Rada Ludnościowa,
- 2) Wiceprzewodniczący - dr hab. prof. SGH Ewa Frątczak, Rządowa Rada Ludnościowa,
Polskie Towarzystwo Demograficzne
- 3) Członkowie:
 - a) - Alina Wiśniewska, przedstawiciel Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej,
 - b) - Marta Postuła, przedstawiciel Ministerstwa Finansów,
 - c) - Janina Józwiak, przedstawiciel Ministerstwa Nauki i Informatyzacji,
 - d) - Grażyna Marciniak, przedstawiciel Głównego Urzędu Statystycznego,
 - e) - Jolanta Łozińska, przedstawiciel Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn,
 - f) - Beata Balińska, przedstawiciel Stałego Koordynatora Systemu ONZ w Polsce.

§3

Przewodniczący Zespołu może zapraszać na posiedzenia Zespołu, grup specjalistycznych oraz do udziału w pracach przedstawicieli nauki i specjalistów z dziedziny demografii i pokrewnych dyscyplin naukowych.

§4

Do zadań Zespołu należy:

1. Przygotowanie koncepcji projektu finansowania programu GGP w Polsce.
2. Opracowanie organizacji przeprowadzenia programu GGP w Polsce.
3. Określenie zakresu merytorycznego programu możliwego do zrealizowania w warunkach polskich.
4. Współpraca międzynarodowa z komisjami GGP i zespołami merytorycznymi w ramach programu GGP.
5. Realizacja programu GGP we współpracy z instytucjami polskimi i międzynarodowymi.

§5

1. Plan pracy Zespołu zatwierdza Przewodniczący RRL.
2. Przygotowany program działań w zakresie Generations and Gender Programme (GGP) Zespół przedkłada do zaopiniowania i zatwierdzenia przez RRL.

§6

1. Przewodniczący Zespołu lub z jego upoważnienia Wiceprzewodniczący zwołuje posiedzenia Zespołu.
2. Posiedzenia Zespołu są zwoływane w zależności od potrzeb.

§7

Przewodniczący Zespołu może powoływać spośród członków Zespołu grupy specjalistyczne do opracowania określonych zagadnień.

§8

Przewodniczący Zespołu może wnioskować o odpłatne przygotowanie przez członków Zespołu lub ekspertów spoza Zespołu ekspertyz oraz innych opracowań rozpatrywanych na posiedzeniach Zespołu.

§9

Członkom Zespołu oraz ekspertom zapraszanym na posiedzenie Zespołu lub do grup specjalistycznych, nie będących mieszkańcami Warszawy, przysługują diety i zwrot kosztów podróży na zasadach określonych w przepisach dotyczących podróży służbowych na obszarze kraju.

§10

Decyzja wchodzi w życie z dniem podpisania.

Przewodniczący
Rządowej Rady Ludnościowej
/Zbigniew Strzelecki/

III.

dr hab. prof. SGH Ewa Frątczak
Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej

Generation and Gender Programme (GGP) ***Tekst roboczy, informacyjny - przygotowany na posiedzenie Rządowej Rady*** ***Ludnościowej w dniu 17.II. 2003***

Niniejszy tekst został przygotowany na podstawie dostępnej dokumentacji Generation and Gender Programme podanej w dokumentach projektu Population Activities Unit GEAD, ECE w Genewie oraz Max-Planck Institute for Demographic Research w Rostoku. Składa się z trzech części: informacji ogólnej, informacji o pracach grupy kontekstowej bazy danych oraz o strukturze formularza ankiety przygotowanej do planowego do realizacji badania¹.

1. Informacje ogólne o programie GENERATION AND GENDER PROGRAMME

Zmiany liczby ludności i poziomu płodności jakie zaszły w ostatnich dziesięcioleciach stawiają nowe wyzwania dla społeczności a zwłaszcza dla państwa i jego władz. Wśród głównych wyzwań należy wymienić trzy podstawowe: 1). proces starzenia się ludności, który przekłada się na wzrost wydatków z dochodu narodowego na rzecz osób starszych, stąd konieczność dostosowania społeczeństwa do oczekiwanych zmian w celu uniknięcia konfliktu pomiędzy generacjami ludzi pracujących i będących już na emeryturze; 2). olbrzymie zmiany zachodzące w rodzinie, które wymagają od państwa monitorowania i wsparcia rodzin w celu umocnienia pozycji rodziny i umożliwienia jej członkom umacniania więzi rodzinnych; 3). faktyczna liczba dzieci posiadanych przez rodziny jest tylko niewielką częścią planowanej (pożądaney) liczby potomstwa, stąd władze państwowe powinny wspomagać jednostki i pary w celu osiągnięcia pożądanej przez nich wielkości rodziny.

Aby władze państwowe i partnerzy społeczni mogli osiągnąć wymienione cele, niezbędna jest wiedza na temat szeroko definiowanego systemu świadczeń z zakresu polityki społecznej. Gender and Generation Programme (GGP) pod nadzorem United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), finansowany przez United Nations Population Fund, ma na celu naukowe wsparcie w celu pogłębienia tej wiedzy.

Główny cel programu GGP

Głównym celem programu są międzynarodowe porównawcze, wzdłużne, wielodyscyplinarne studia zmian w rodzinie i związkach wewnątrzrodzinnych w Europie i Ameryce Północnej. Przede wszystkim celem jest zrozumienie przyczyn wpływających na zmiany w stosunkach dziecko-rodzice i międzypartnerskich.

¹ Informacje o programie są zamieszczone na stronach internetowych, pod następującymi adresami:
<http://www.unece.org/ead/pau/ggp/smiwg/backdocs.htm>
<http://www.unece.org/ead/pau/ggp/smiwg/Welcome.html>

Program koncentruje się na określeniu: początku, rozwoju i formy zakończenia związku z uwzględnieniem relacji płci we wszystkich grupach wieku od dorosłości do starości. Pozwoli to na określenie relacji dziecko-rodzic w zależności czy dziecko/rodzic jest w wieku młodym, średnim czy też starym. Zależności te będą badane w dwóch typach odniesienia: 1). w odniesieniu do gospodarstwa domowego, rodziny i sieci pomocy społecznej; 2). w usytuowaniu jednostki w społeczeństwie.

Nazwa programu pochodzi od ukierunkowania badań na związki partnerskie (*gender*) i generacyjne (*generation*) i ich wpływ na stosunki dziecko-rodzic i partner-partner.

Główne formy pomocy GGP w realizacji polityki społecznej

Rodzina stanowi podstawową jednostkę społeczną i od jej dobrobytu i rozwoju zależy dobrobyt społeczności. Stąd duża rola państwa we wspomaganiu rodziny w różnego rodzaju programach i odpowiednio ukierunkowanej polityce społecznej. Wymaga to jednak wiedzy o dynamice rozwoju rodziny i związków wewnątrzrodzinnych. GGP ukierunkowuje swoje działania poprzez zwiększanie wiedzy, między innymi szukając odpowiedzi na następujące pytania:

- Jak zmienia się wielkość i struktura rodzin w czasie?
- Jakie są główne kierunki relacji międzygeneracyjnych w rodzinach i jak zmieniają się one w czasie?
- Jakie są główne charakterystyki relacji partnerskich w rodzinie i jak się zmieniają?
- Jak zmieniają się stosunki dziecko-rodzice w miarę rozwoju ich cyklu życia?
- Jakie zmiany zachodzą w stosunkach pomiędzy partnerami w zależności od tego, czy pozostają oni w związku małżeńskim czy też w związku nieformalnym?
- Jak wpływają na siebie zależności dziecko-rodzic i partner-partner i czy jest to wpływ osłabiający czy wzmacniający więzi?
- Jak różnorodne charakterystyki rodziny, związki międzygeneracyjne i międzypartnerskie oraz relacje dziecko-rodzic i partner-partner różnicują się pomiędzy społecznościami?
- Czy zmiany te mają tendencję w kierunku zbieżności czy też rozbieżności?
- Czy trendy te wymagają większej czy też mniejszej pomocy publicznej lub prywatnej dla rodzin?
- Czego mogą nauczyć się wzajemnie od siebie społeczności w dziedzinie polityki pro-rodzinnej i rozwoju rodzin i związków wewnątrzrodzinnych?
- Jak edukacja, płatna i niepłatna praca oraz zarobki wpływają na początek, rozwój i koniec relacji dziecko-rodzic i partner-partner?
- Jaki wpływ mają na w/w relacje warunki mieszkaniowe, nacisk czasu współczesnych warunków życia, przekonania, postawy i wartości?
- Jak miary polityki społecznej, zwłaszcza płatności dla jednostek i rodzin (od zasiłków na dzieci do emerytur), wpływają na zdarzenia dające początek i kończące relacje, jak również określające stan w jakim są dane relacje?
- Jaki efekt mają transfery międzygeneracyjne pomiędzy członkami rodziny?
- Jak pozycja kobiety i mężczyzny w rodzinie i w społeczeństwie wpływa na relacje dziecko-rodzic i partner-partner?

Lista pytań jest jednak otwarta i zależy od dialogu pomiędzy GGP a twórcami polityki społecznej.

GGP dodatkowo ukierunkowuje swoje działania na odpowiedź na zasadnicze pytania, z jakimi borykają się współczesne społeczeństwa. Pytania te dotyczą głównie zagadnień niskiej płodności oraz związków wewnątrzrodzinnych i jak państwo może wspomagać rodzinę.

Główne cechy Programu

GGP jest oparty na doświadczeniach poprzednich badań w zakresie płodności i rodziny a głównie rundy badań Fertility and Family Survey (FFS) zorganizowanych w latach 1960-1990 w 21 krajach europejskich oraz w Kanadzie, Nowej Zelandii i USA. GGP oferuje również kontynuację FFS poprzez kompatybilność stawianych pytań. GGP jednak wykracza poza zasięg FFS. W swoim programie obejmuje on badania prospektywne, wielodyscyplinarne, wielopoziomowe z uwzględnieniem wielu przekrojów i gwarantujące porównywalność w ujęciu międzynarodowym. Prospektywny (longitudinalny) charakter badań pozwoli na kontynuację obserwacji badanych procesów w długim okresie. Wielodyscyplinarne podejście umożliwi wyjaśnienie zmian nie tylko z punktu widzenia wpływu zmian warunków ekonomicznych, ale również zmian ideologicznych zachodzących w społeczeństwach. Charakter longitudinalny studiów pozwoli na uwzględnienie zmiennych zależnych od czasu w procesie stanowienia polityki społecznej. Zachowania jednostek kształtowane są nie tylko poprzez decyzje indywidualne, ale również poprzez wpływ społeczności, stąd istotność badań na jednocześnie wielu poziomach. Zastosowanie tego samego zestawu pytań w wielu krajach umożliwi dokonanie porównań międzynarodowych i wymiany doświadczeń z zakresu polityki społecznej pomiędzy krajami uczestniczącymi w programie.

Zakres i forma danych zbieranych przez GGS

Runda badań Generation and Gender Survey obejmie generalnie taką samą liczbę respondentów płci męskiej i żeńskiej w wieku 18-79 lat (próbą 10.000 respondentów). GGS ma na celu uzyskanie od respondentów informacji na temat ich aktualnych relacji dziecko-rodzic i partner-partner. Badanie obejmie również zbieranie informacji o rodzinach respondentów, ich gospodarstwach domowych i sieci pomocy społecznej. **Badanie będzie badaniem panelowym. W planie zakładane są trzy panele przeprowadzane co trzy lata.**

GGS będzie zbierać informacje na temat zmiennych (w tym również zmiennych zależnych od czasu) z wielu dyscyplin życia. Zmienne dotyczyć będą między innymi: uczęszczania do szkoły, zatrudnienia i płac, świadczenia i zasiłki społeczne dla jednostek, związków i rodzin oraz ich majątku i zasobów mieszkaniowych. Jak również informacji na temat transferów pieniężnych i usług wewnątrz i pomiędzy generacjami na poziomie rodziny i sieci społecznej. Zmienne zależne od czasu dotyczyć też będą relacji płci w związku, autonomii i podziału podejmowania decyzji. Zmienne obejmą również wymiar informacji podmiotowych dotyczących wartości, postaw i przekonań.

Dodatkowo poza badaniem GGS program obejmie zbieranie danych z istniejących zasobów krajowych i międzynarodowych baz danych o charakterze zagregowanym (patrz punkt 2 tekstu) Dane te dotyczyć będą warunków społecznych i ekonomicznych, jak: rynku pracy i rynku mieszkań, oraz uregulowań prawnych w zakresie np. prowizji, instytucji, polityki społecznej (dotyczących rodziny), usług i profitów, jak również w wymiarze makro, np. udziału kobiet w różnych dziedzinach

zycia. Dane zbierane będą na poziomie społeczności i państwa w celu wykorzystania do badań na wielopoziomowych.

Zebrane dane będą archiwizowane w siedzibie UNECE i udostępniane szerokiemu gronu naukowców na ich prośbę w terminie jak najszybszym w celu uniknięcia wszelkich opóźnień i umożliwienia analiz i publikacji wyników. Powinno to zaowocować powstaniem szeregu publikacji o charakterze czysto naukowym jak również dostosowanych do wymogów do wykorzystania przy tworzeniu efektywnej polityki społecznej. Przewidziane są również liczne seminaria, warsztaty i konferencje zespajające działanie naukowców działaczy polityki społecznej i statystyków.

Struktura zorganizowania GGP

GGP konsorcjum aktualnie zrzesza następujące organizacje z przedstawicielami tworzącymi radę:

- Population Activities Unit (PAU), United Nations Economic Commission for Europe, Geneva (co-ordinator); Mr. Miroslav Macura;
- Statistics Canada, Ottawa, Canada; Mr. L. Stone and Mr. J. Legare;
- Hungarian Central Statistical Office, Budapest, Hungary; Ms. Gabriella Vukovich and Mr. Zsolt Speder;
- Institut National D'etudes Demographiques (INED), Paris, France; Mr. Francois Heran and Ms. Aline Desesquelles;
- Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI), The Hague, The Netherlands; Mr. Evert von Imhoff and Mr. Gijs Beets;
- Max Planck Institute for Demographic Research (MPIDR), Rostock, Germany; Mr. Jan Hoem and Mr. Francesco Billari;
- Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics and Political Sciences (LSE), London, United Kingdom; Mr. John Hobcraft;
- Department of Demography, University La Sapienza, Rome, Italy; Ms. Antonella Pinnelli.

Konsorcjum ustala główne wytyczne działania Programu, określa skalę zasięgu i proponuje zakres danych do rozwoju i użycia. Jest to siła motywująca działanie całego programu.

Udział w programie jest otwarty dla wszystkich krajów członkowskich UNECE, jak również będzie otwarty dla krajów nieczłonkowskich, jak Azja Wschodnia i Południowa oraz Oceania na równych prawach. Ze względu na początkowy stan zaawansowania programu, trwają rozmowy z krajami zainteresowanymi udziałem: Austria, Kanada, Francja, Węgry (już po pierwszej rundzie badania), Japonia, Rumunia i Szwecja jak również Niemcy, Włochy, Czechy, Rosja. Badanie pilotażowe zostało przeprowadzone jak dotychczas w Rosji.

Program GGP dostarczy podstaw do współpracy pomiędzy naukowcami twórcami polityki społecznej i statystykami w celu wspólnego wdrożenia programu z korzyścią dla poszczególnych krajów.

W planach działania Programu na najbliższy okres znalazło się opracowanie instrumentów umożliwiających zapoczątkowanie GGS badań.

2. GGP Grupa kontekstowej bazy danych: Zadania i wnioski².

Na odbytych dwóch posiedzeniach:

1. Określono szereg argumentów za wielowymiarowym podejściem do danych GGP. W większości jest to odpowiedź na główne tendencje rozwoju współczesnej demografii i nauk społecznych. Praca Johna Hobcrafta przygotowana na pierwszą konferencję FFS jest dobrym przykładem na zintegrowanie indywidualnych i kontekstowych danych (*contextual and individual data*) w ujęciu demograficznym.

2. Dokonano ramowego określenia sposobu zbierania danych istotnych z punktu widzenia demografii na temat stanu dobrobytu uzależnionego od płci i pokolenia do kontekstowej bazy danych GGP. Głównie zorientowane jest to na politykę państwa, w oparciu o typologię: państwo – rynek – społeczeństwo, która daje przestrzeń do analizy w wymiarze ekonomicznym (w sferze rynku) i kulturalnym (w wymiarze społeczeństwa), nie są to jednak ramy ekonomiczne oraz kulturowe, które pozostają dotychczas nieokreślone, choć mogą, jeśli wyda się to konieczne. Oto propozycje decyzji CB, które zostały określone jako wynik dyskusji na powyższy temat:

- ✓ W bazie danych powinny znaleźć się raczej szczegółowe informacje – ilościowe (np. oficjalne) lub też jakościowe – niż syntetyczne wskaźniki, tak aby badacze mogli podjąć właściwy wybór i dokonać syntezy osobistej. Przypuszcza się, że baza danych będzie zawierać setki (200?) zmiennych dla każdego kraju.
- ✓ Baza danych powinna być utworzona na szczeblu narodowym (danego kraju), aby umożliwić porównania między krajami. Pomimo, że większa część grupy optowała za eksploracją na szczeblu sub-narodowym kwestia ta wymaga dalszej dyskusji. Punkt odniesienia nie musi być punktem narodowym, może być regionalny bądź lokalny. Odpowiedni poziom tematów może różnić się w zależności od krajów. Im bardziej jest on złożony tym trudniej porównywalne są dane, z wyjątkiem cenzusów poziomu NUTS 5 Eurostatu.
- ✓ Rozwój sub-narodowej kontekstowej bazy danych powinien implikować uwzględnienie sub-narodowego poziomu badania np. określenie rodzaju danych dotyczących obecnego i przeszłego miejsca rezydencji ankietowanego i zachowywania w bazie danych tej informacji w sposób jak najbardziej szczegółowy w plikach badania, pomijając problemy tajności.
- ✓ Baza danych powinna być zbudowana w oparciu o dane z badania w rzeczywistym czasie badania i regularnie uaktualniana od razu po zasileniu nowymi danymi. W wymiarze historycznym pozostanie otwarte pytanie powiązane z wymiarem retrospektywnym GGS. Z punktu widzenia analizy stanu dobrobytu należałoby je rozpocząć od lat 60-tych.

² Tą część materiału przygotowano na podstawie protokołu opracowanego po dwóch posiedzeniach Grupy Roboczej Kontekstowej Bazy Danych autorstwa Pana Patrica Festy (INED), “GGP Contextual database group: Activities and conclusions”. Spotkania odbyły się: (La Sapienza, 103-14 czerwca 2002) oraz w Wiedniu (Oif, 7-8 listopada 2002).

W skład grupy roboczej wchodzi następujące osoby: Antonella Pinnelli oraz Filomena Racioppi (La Sapienza), Giulia Rivellini (University Milan), Patrick Festy (INED), Gerda Neyer (MPIDR), Lars Rstby (Statistics Norway), Jacques Légaré (Statistics Canada), Martin Spielauer (Oif), Teresa Munzi (LIS), Enrico Bisogno, Martine Corijn, Miroslav Macura oraz Alphonse McDonald (PAU-UNECE), Mark Pearson (OECD), Pau Baizan (MPIDR, University Barcelona) oraz Gösta Esping-Andersen (University Barcelona).

3. Powyższy schemat zaowocował stworzeniem kompleksowej listy tematów kontekstowej bazy danych do konfrontacji z podobną listą z kwestionariusza.

4. Zdecydowano, że należy wypełniać bazę danych korzystając z dobrze udokumentowanych, zharmonizowanych międzynarodowych baz danych i odniesienia się do baz danych krajowych tylko wtedy, gdyż dane w bazach międzynarodowych nie będą dostępne. Rozpoczął się także rekonesans istniejących międzynarodowych baz danych, m.in.: UNECE, LIS oraz Oif. Prace i dyskusja nad nimi prowadzą do następujących komentarzy:

- ✓ Zawartość wielu międzynarodowych publicznych baz danych i ich geograficzne zorientowanie różnią się od siebie i są częściowo bezużyteczne, ich jakość jest też prawdopodobnie różna. Docelowo powinny być tak stworzone, zharmonizowane i udokumentowane, by umożliwić porównywanie ich na skalę międzynarodową. Eurostat Newcronos prawdopodobnie wysunął się na pierwsze miejsce, a inne bazy danych są znacznie za nim, musi to być jednak sprawdzone i potwierdzone. Właściwe kontakty to: Eurostat, OECD, UN, ILO.
- ✓ Do budowy bazy danych GGP trzeba będzie użyć kombinacji wielu kryteriów najlepszych baz danych. Najważniejszym celem twórców bazy danych jest spójne scalenie heterogenicznych danych. Trudno sobie wyobrazić kolekcjonowanie danych dotyczących transferów publicznych zabranych przez Eurostat z systemu zabezpieczenia socjalnego Oif danych na temat polityki rodzinnej i rezultatów badań OIS dotyczących przychodów jednostek. Połączenie tych wszystkich baz danych ma być głównym zadaniem projektu;
- ✓ Niezależnie od tego, jak wiele danych może być pozyskanych z egzystujących już baz, pozostanie jeszcze wiele do zebrania bezpośrednio w różnych państwach, a szczególnie tych spoza Unii Europejskiej. Zebranie istotnych informacji i włączenie ich do bazy danych pociągnie za sobą harmonizację i dokumentowanie, które wymagają długotrwałego wysiłku;
- ✓ Grupy naukowców, jak w projekcie GGP, budują własne bazy danych na podstawie dostępnych źródeł. Bardzo aktywną jednostką była LIS pod kierownictwem Teresy Munzi, istotne są również działania SOFI (Stockholm University), ZUMA (Mannheim University), the European Social Survey, raport na temat czynników społecznego wykluczenia (*social inclusion*) itp. Dlatego powinien zostać nawiązany intensywny kontakt pomiędzy członkami tych grup.

5. Konkluzyje. Kontekstowa baza danych oferuje wybór wartych uwagi rozwiązań do rozważenia i prawdopodobnej akceptacji przez zarząd konsorcjum:

- ✓ Orientacja na politykę dobrobytu państwa
- ✓ Złożona i pierwotna (surowa) zawartość danych
- ✓ Poziom narodowy, a nie sub-narodowy
- ✓ Podejście dynamiczne, kombinacja danych historycznych i ich ciągłego uaktualniania

Tworzenie bazy danych wymaga podwójnego wysiłku: od koordynatorów – ukończenie architektury bazy oraz organizacji jej rozbudowy i koordynacji utrzymania, a od poszczególnych krajów – wypełnienia jej danymi, które nie są powszechnie dostępne. Wymaga to od koordynatorów:

- ✓ Oceny istniejących do tej pory baz danych i trwających projektów GGP tak, by tworzyć pełną listę informacji do uwzględnienia w bazie danych GGP.
- ✓ Scalenia informacji z istniejących baz danych i uzupełnienia ich o dane z narodowych źródeł.

- ✓ Przekonania krajów uczestniczących, że będą miały wkład do projektu GGP sprowadza się nie tylko do udziału w kontekstowej bazie danych, ale także w badaniu.

Wszystkie te zadania wymagają poświęcenia dużej ilości czasu. Bez długoterminowego poświęcenia cały proces byłby bezcelowy. Można to porównać do projektu FFS, który wymagał naukowej i technicznej pomocy przez wiele lat do stworzenia międzynarodowej, porównywalnej bazy danych. Będzie to wymagało nie mniej wysiłku w wypadku GGP.

3. SRUKTURA GGS KWESTIONARIUSZA (GGS – questionnaire)
Wersja przygotowana na posiedzenie II. Informal Working Group
- 24-26 luty 2003, Praga – Czechosłowacja

1. Gospodarstwo domowe
 - Struktura gospodarstwa domowego
 - Jednostka mieszkaniowa
 - Edukacja
2. Dzieci
 - Opieka nad dzieckiem
 - Dzieci nie współzamieszkujące
 - Dzieci partnera
 - Wnuki
3. Związki partnerskie i ich historia
 - Obecny zamieszkujący wspólnie partner lub współmałżonek
 - Obecny nie zamieszkujący wspólnie partner
 - Zamiary tworzenia związku
 - Historia związków
 - Alimenty na dziecko/utrzymanie (*Child Alimony/Maintenance*)
 - Alimenty na partnera
4. Organizacja gospodarstwa domowego i jakość związku partnerskiego
 - Zorganizowanie gospodarstwa domowego
 - Władność podejmowania decyzji (*Decision-Making Power*)
 - Jakość związku partnerskiego
5. Rodzice i dom rodzinny
 - Współzamieszkiwanie z rodzicami biologicznymi
 - Pytania do osób, które mieszkają z biologicznym ojcem bez matki
 - Pytania do osób, które mieszkają z biologiczną matką bez ojca
 - Pytania do osób, które nie mieszkają z żadnym z biologicznych rodziców
 - Podstawowe dane na temat obojga rodziców
 - Rotacja
 - Współzamieszkiwanie rodziców
 - Ojciec, jeśli rodzice nie mieszkają razem lub gdy matka nie żyje
 - Matka, jeśli rodzice nie mieszkają razem lub gdy ojciec nie żyje
 - Obydwoje rodzice, jeśli mieszkają razem
 - Pytania do osób, które mieszkają z obydwojgiem biologicznych rodziców
 - Bracia, Siostry, Dziadkowie
 - Dom rodzinny
 - Zamiary opuszczenia domu rodzinnego
6. Płodność
 - Aktualna ciąża

- Płodność naturalna
- Zamiary posiadania dzieci
- 7. Zdrowie i dobrobyt, ogólna kondycja życiowa (*Health and Well-Being*)
 - Zdrowie ogólnie
 - Jednostkowe transfery pomocy
 - Transfery pomocy emocjonalnej
 - Ośrodek kontroli
 - Dobrobyt
- 8. Aktywność respondenta
 - Pytania do osób będących na urlopie macierzyńskim
 - Pytania do osób bezrobotnych
 - Pytania do studentów
 - Pytania do emerytów
 - Pytania do chorych lub niepełnosprawnych
 - Pytania do osób zajmujących się domem (*Homemakers*)
 - Pytania do osób będących w wojsku lub w służbach zastępczych
 - Poprzednie zatrudnienie
 - Pytania do osób, które nie zadeklarowały pozostawania w pracy
 - Pytania do osób pracujących
 - Pytania do pracowników
 - Pytania do samozatrudnionych i rolników
 - Pytania do wszystkich pracujących
 - Dodatkowa praca lub działalność gospodarcza
- 9. Aktywność partnera
 - Pytania do osób, których partner jest na urlopie macierzyńskim
 - Pytania do osób, których partner jest bezrobotny
 - Pytania do osób, których partner jest studentem
 - Pytania do osób, których partner jest emerytem
 - Pytania do osób, których partner jest chory lub niepełnosprawny
 - Pytania do osób, których partner zajmuje się domem (*Homemakers*)
 - Pytania do osób, których partner jest w wojsku lub w służbach zastępczych
 - Poprzednie zatrudnienie partnera
 - Pytania do osób, których partner nie zadeklarował pozostawania w pracy
 - Pytania do osób, których partner pracuje
 - Pytania do osób, których partner jest pracownikiem
 - Pytania do osób, których partner jest samozatrudniony
 - Pytania do wszystkich osób, których partner pracuje
 - Dodatkowa praca lub działalność gospodarcza partnera
- 10. Zarobki, aktywa i transfery
 - Dochody i stan posiadania gospodarstwa domowego
 - Dochód ze źródeł innych niż praca

- Dochód gospodarstwa ogółem
 - Przepływy i transfery monetarne
11. Wartości i postawy
 12. Spostrzeżenia ankietera
 13. Raport ankietera

GENERATIONS AND GENDER PROGRAMME
Zebranie Zespołu d.s. GGP
WARSZAWA 26 Sierpień 2003

PROGRAM SPOTKANIA

1. Otwarcie spotkania.
2. Wystąpienie powitalne: Prof. Zbigniew Strzelecki
Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
3. Krótka prezentacja założeń i programu działania GGP:
Miroslav Macura & Alphonse MacDonald Population Activity Unit
UNECE Geneva
4. Dyskusja uczestników spotkania na temat działania polskiego Zespołu d.s.
Generations and Gender Programme.
5. Sprawy wniesione, wolne wnioski, podsumowanie.



RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

NOTATKA Z ZEBRANIA ZESPOŁU
DS. GENERATIONS AND GENDER PROGRAMME
w dniu 26 sierpnia 2003 r.

W spotkaniu uczestniczyło 10 osób (lista w załączeniu). Program zebrania obejmował:

1. Wystąpienie powitalne Przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej - Zbigniewa Strzeleckiego.
2. Krótka prezentacja założeń programu GGP przez przedstawicieli Population Activity Unit UNECE z Genewy – Mirosława Macury i Alphonsa MacDonalda.
3. Dyskusja uczestników spotkania na temat działania polskiego zespołu ds. GGP.
4. Podsumowanie.

Zebranie miało na celu określenie celów działania stojących przed nowo powołanym zespołem. Zespół będzie powołany Decyzją Przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej a jego skład wejść przedstawiciele rządowych i pozarządowych instytucji (lista w załączeniu).

Ad. 1.

W imieniu Rządowej Rady Ludnościowej **prof. Zbigniew Strzelecki** powitał uczestników spotkania, a zwłaszcza przedstawicieli Population Activity Unit UNECE z Genewy: Mirosława Macurę i Alphonse'a MacDonalda wyrażając wyrazy wdzięczności, iż znaleźli oni czas na spotkanie w sprawie programu GGP, do którego chce przystąpić również Polska. Prof. Z. Strzelecki powitał również przedstawiciela ONZ Ambasadora Colina Glenniego wyrażając nadzieję, iż UNDP będzie wspierać działanie Polski w tym zakresie. Następnie prof. Z. Strzelecki przedstawił, z uwagi na gości, krótką

charakterystykę RRL: „Rada zajmuje się koordynacją działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej i jest Radą powołaną Prezesa Rady Ministrów. Składa się z przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli dziewięciu resortów. Zwrócił uwagę na trzy główne obszary działania Rady:

1. Rada corocznie dokonuje oceny sytuacji demograficznej kraju i opracowuje Raport o sytuacji demograficznej kraju.
2. Rada inicjuje badania naukowe i formułuje tematykę, opiniuje założenia metodyczne w dziedzinie demografii i polityki ludnościowej.
3. Współpracuje z komisjami ludnościowymi i organizacjami międzynarodowymi zajmującymi się problematyką ludnościową. Stąd między innymi wynikają bliskie kontakty RRL z przedstawicielem ONZ.”

Prof. Z. Strzelecki uznał to za uzasadnienie miejsca spotkania w sprawie GGP. Na spotkaniu obecni byli przedstawiciele resortów, które wchodziły w skład zespołu polskiego ds. GGP. Następnie prof. Z. Strzelecki przedstawił imiennie i z racji zajmowanych funkcji osoby obecne na sali.

Ad 2.

Na wstępie **M. Macura** przypomniał, iż przyjazd ich związany jest z uczestnictwem w konferencji EPC 2003 oraz wyraził zadowolenie z możliwości uczestniczenia w tym spotkaniu i możliwości rozmowy na temat Generations and Gender Programme. M. Macura przypomniał iż związany jest z Europejską Komisją Gospodarczą ONZ, której przewodniczyła niegdyś Minister Danuta Hübner, która obecnie jest Ministrem (do współpracy z UE). Generalnie są dwie linie działalności w Genewie: jedna regionalna związana ze zbieraniem danych, a druga do komunikowania się z rządem na tematy ludnościowe. Jako część pierwszego pola działań M. Macura wymienił badanie FFS przeprowadzone w Europie i Ameryce. Projekt miał na celu określenie zmian w nowych formach tworzenia rodzin zwłaszcza nowych form partnerskich i nowych form zachowań prokreacyjnych. Po zakończeniu tego programu wylansowany został nowy program pod nazwą Generations and Gender Programme. Program opiera się na badaniu FFS i ma na celu zrozumienie zarówno w sensie koncepcyjnym jak i opartym na zbieranych danych na temat nowych form zachowań rodzin. Projekt określony jest Generations and Gender Programme, czyli generacje i relacje płci ze względu na to, że te dwa czynniki wpływają na zachowania demograficzne. Nazwa Programu jednak nie powinna sugerować ograniczenia pola działania tylko do tych dwóch aspektów.

Dodatkowo studia podejmować będą również wpływ sytuacji ekonomicznej (dochodowej i zatrudnienia) oraz wpływ sytuacji polityki społecznej na osoby i ich zachowania demograficzne. Z tego punktu widzenia M. Macura wyraził zadowolenie ze składu osób włączonych do zespołu, pochodzących z różnych ministerstw, w tym Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej. Następnie M. Macura przedstawił cel GGP, jakim jest poszerzanie wiedzy na temat czynników wpływających na zachowania prokreacyjne. Do tego celu niezbędne są dwa źródła informacji: badanie FFS oraz zbieranie danych na poziomie makro. GGS będzie jednak główną podstawą, filarem informatycznym przyszłej działalności. Jest już pierwsza grupa krajów zainteresowanych przeprowadzeniem badania, takich jak Francja, Niemcy, Austria, w których już zostały zabezpieczone fundusze do przeprowadzenia badania pilotażowego. Zainteresowanie jednak sięga poza Europę. Badanie zostanie przeprowadzone w Japonii oraz prawdopodobnie w Kanadzie. Obecnie GGP jest na etapie końcowym opracowywania kwestionariusza, a w 2004 roku pierwsza grupa krajów rozpocznie badania pilotażowe.

A. MacDonald na wstępie podkreślił, iż Program jest dobrowolny i opiera się na dobrowolnej współpracy. Z uwagi na mandat Projektu instytucje zajmujące się polityką ludnościową i pokrewną zostały poproszone o przyłączenie się do Projektu. Z tego względu jest on wspierany przez UNFPA. Od zeszłego roku Bank Szwajcarski wsparł program swoimi funduszami, ale generalnie pomoc nie jest finansowa lecz usługowa. Program jest nadzorowany przez Zarząd Konsorcjalny, składający się z instytucji, takich jak np. Instytut Badań Demograficznych Maxa-Plancka, Interdyscyplinarne Centrum Badań Demograficznych, Francuski Instytut Demograficzny, ale również Węgierski Główny Urząd Statystyczny, Kanadyjski GUS, Londyńska Szkoła Ekonomiczna, oraz przez te wszystkie instytucje, które zajmują się problematyką ludnościową. Ponadto wszystkie kraje zainteresowane tworzą grupy robocze. Kraje wysyłają przedstawicieli na coroczne spotkania tych grup. W celu zapewnienia odpowiednich podstaw metodologicznych powołano tematyczne grupy robocze. Jedną z najważniejszych obecnie jest grupa robocza zajmująca się budową kwestionariusza. Jest to grupa koordynowana przez Instytut Maxa-Plancka. Grupa analityczna natomiast jest koordynowana przez INED, ale jedną z ważniejszych grup jest grupa powołana do przygotowania projektu badania i próby do badania, koordynowana przez Główny Urząd Statystyczny z Kanady. Działa również grupa zajmująca się zbieraniem danych do kontekstualnej bazy danych, czyli z otoczenia, koordynowana przez Austriacki Instytut Badań Rodzinnych. Ostatnia grupa robocza koncentruje się na krajach, które mają wszechstronne zapisy

administracyjne danych (bieżąca sprawozdawczość). Zamiarem jest sprawdzenie, czy jest możliwe wykorzystanie tych danych i uzupełnienie danych z FFS. Taka jest właśnie struktura programu. Jest ona elastyczna, ponieważ większość kosztów ponoszą instytucje organizujące. tę strukturę Interesujący jest fakt, iż z niektórych krajów zainteresowanych płyną już zapytania i prośby o koordynację ich zespołów lokalnych. Niestety w dalszym ciągu nie ma pieniędzy potrzebnych do zorganizowania takiej koordynacji. Na poziomie kraju, jak widać na przykładzie tego zespołu, należy podjąć dwie kwestie: zakres jego działania oraz sposób finansowania. Przykładowo wśród krajów Europy Wschodniej (jak się okazało na spotkaniu w Pradze) jest zainteresowanie pomocą techniczną w przeprowadzeniu badania, ponieważ jest ono innowacyjnym przedsięwzięciem. Niewiele krajów ma doświadczenie w tej mierze (nawet na Zachodzie). Jednym z wyzwań jest znalezienie sposobu udzielenia pomocy tym krajom bez ponoszenia dużych nakładów finansowych.

Następnie **Z. Strzelecki** zaproponował, aby kierowano pytania do M. Macury i A. MacDonalda:

Colin Glennie zadał pytanie dotyczące ram czasowych programu.

W odpowiedzi **M. Macura** stwierdził, że podobnie jak poprzednie programy obecny Program opiera się na FFS, czyli badaniu panelowym longitudinalnym, a więc respondenci będą pytani w trzech rundach: trzy rundy co 3 lata, co zajmie więc minimum 6 lat. Nie ustalono jeszcze, kiedy kraje przystąpią do tego badania: przewiduje się iż pierwsze kraje rozpoczną badania w 2004 roku, a kolejne w latach 2005-2006. Wynika stąd, jeśli policzymy od 2005 roku 6 lat na badanie i dodamy kolejne lata na analizę danych to zajmie to ok. 10 lat, przy czym dane będą dostępne po każdej fazie badania.

Ad 3.

Dyskusję rozpoczął **Z. Strzelecki** przedstawiając sytuację przygotowań do GGP w Polsce. Jesienią 2002 roku RRL przedstawiła Rządowi *Raport o sytuacji demograficznej kraju* i Rada została poinformowana o zakresie i metodologii GGP. Rada zaakceptowała propozycję udziału Polski w tym programie. We wnioskach do Rady Ministrów sformułowany został stosowny zapis, który **Z. Strzelecki** następnie zacytował:

„Zmiany zjawisk i procesów demograficznych i ich uwarunkowań w Polsce powinny być analizowane i oceniane w kontekście zmian występujących w krajach europejskich. Jedną z szans podjęcia takich analiz jest przystąpienie Polski do programu demograficznych

badań europejskich „Gender and Generation Programme”, którego długofalowy zakres tematyczny został wstępnie opracowany przez Gender & Generation Programme Consortium Board. Zakres tego przedsięwzięcia badawczego (porównywanego z programem Światowego Badania Płodności z lat 70-tych) wymaga podjęcia prac przygotowawczych w 2003 r. Rządowa Rada Ludnościowa we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym podejmie stosowne przygotowania. Minister Finansów przygotowuje propozycje możliwości sfinansowania udziału Polski w tym programie począwszy od roku 2005.”

W styczniu 2003 roku wniosek ten został przyjęty przez Radę Ministrów. Ze względu na rolę GUS w tym programie propozycja ta została przedłożona na Radzie Statystyki. Rada Statystyki odniosła się pozytywnie do Programu i do udziału GUS w tym Programie. W Polsce tworzony jest program badań statystycznych. Będzie rozważona możliwość udziału GUS w tym badaniu w przyszłości. Kierownictwo GUS wyraziło gotowość włączenia się GUS do tego badania w przyszłości. Problemem i barierą są oczywiście finanse. Badanie będzie kosztowne, stąd zespół w pierwszej kolejności będzie miał za zadanie określenie źródeł finansowania badania w Polsce. Wszystkie oferty będą mile witane i oczekiwane. Zamierzeniem jest przeprowadzenie w 2005 roku badania pilotażowego, a w 2006 badania właściwego. Jest to zbieżne z zamierzeniami Konsorcjum. Na zakończenie Z. Strzelecki dodał, iż niestety obecnie nie ma żadnej odpowiedzi na pytanie dotyczące finansów.

Komentarz **M. Macury**: Na początku prac nad projektem uznano, iż jest ważne, aby powstały właśnie takie krajowe komitety, składające się z instytucji a nie jednostek, co dokładnie się stało w Polsce i jest to fakt godny uznania. Jest to pierwszy krok, a następnym, jak wiadomo, będzie znalezienie źródeł finansowania. A. MacDonald dodał, iż ważny jest fakt uczestnictwa w programie GUS. Jak wiadomo Europejski Kongres Statystyków włączył GGP do światowego programu roboczego. Na przewidywanym spotkaniu zarządy kongresu w październiku br. będzie prezentowany GGP i stanie się częścią prac światowej statystyki. Podobnie w Polsce jak i na Węgrzech silna pozycja GUS-u w badaniu GGP rokuje włączenie tego badania do prac statystyki publicznej.

W imieniu GUS Pani dyrektor **Grażyna Marciniak** podziękowała za miłe słowa pod adresem GUS, a następnie zapewniła, iż GUS od samego początku śledził z zainteresowaniem rozwój programu GGP. Od początku GUS deklaruwał udział w Programie. Początkowo miałyby to być tylko udział w tworzeniu kontekstualnej bazy danych, ponieważ GUS w owym czasie był zaangażowany w przygotowania

i przeprowadzenie NSP 2002. Obecnie po zakończeniu spisu GUS gotowy jest do przekazania stosownych danych kontekstowych, jak również wyraża gotowość do zaangażowania się w samo badanie GGS. Program badań statystycznych na 2004 został już zamknięty, niemniej jednak istnieje możliwość włączenia GGS do programu badań od 2005 roku. Oczywiście już od tego momentu GUS może zadeklarować pomoc i wsparcie wiedzą i umiejętnościami pracowników GUS w pracach przygotowawczych.

Colin Glennie przyznał, iż jest to ciekawy, aczkolwiek niezwykle czasochłonny projekt. Jako przedstawiciel UNDP w Polsce przyznał, iż są oni zainteresowani udziałem w projekcie i wspieraniem go. Jest on niezwykle kosztowny. Zauważył, że Polska otrzymuje coraz to mniej funduszy zewnętrznych, a biuro UNDP będzie zamknięte w 2004 roku. C. Glennie zwrócił jednak uwagę, iż Polska jest krajem wielu nierówności. Nie jest znany rozmiar tych nierówności w ciągu najbliższych 10 lat, zwłaszcza, że społeczeństwo polskie rozwija się dynamicznie, chociaż nierównomiernie. Na koniec sformułował pytanie: jak badanie ma zamiar uchwycić (uwzględnić) fakt występowania tych nierówności?

M. Macura przyznał, iż pomimo skoncentrowania uwagi na zachowaniach demograficznych są oni świadomi występowania zmian społecznych i ekonomicznych, które mają wpływ na zachowania demograficzne. Stąd między innymi pomysł powstania książki traktującej o ludności lat 90-tych, czyli okresu przejściowego. W związku z tym podejmowany jest wysiłek zebrania danych ekonomicznych w projekcie GGP. Chodzi o dane o dochodach rodziny, zatrudnieniu i bezrobociu. Dodatkowo dane będą dostępne po każdej rundzie badania a nie po jego zakończeniu. Pozwoli to na dokumentowanie tego procesu na bieżąco i jest to bardzo ważny „produkt uboczny” tego badania.

Prof. Z. Strzelecki dodał, że problem ten należy postrzegać w kategoriach zmiennej niezależnej i zależnej, a 6 lat badania panelowego nie jest okresem znaczącym dla zmian struktur społecznych. Jest to okres krótki zwłaszcza dla Polski gdzie zmiany struktur społecznych dokonują się raczej w dłuższym czasie. W tym okresie oczywiście staniemy się członkami UE. Zmiany w zmiennej niezależnej (nierówności społeczne) nie są jeszcze znane, a to badanie może pokazać obraz tych zmian również jako efekt dodatkowy oprócz głównej linii badania.

Ad. 4.

Na zakończenie **Z. Strzelecki** zasygnalizował członkom zespołu, iż po sporządzeniu oficjalnej notatki zostanie zwołane posiedzenie zespołu w pełnym składzie,

aby podjąć realizację zadań określonych w Zarządzeniu Przewodniczącego RRL dotyczącym powołania zespołu ds. Generations and Gender Programme.

Prof. E. Frątczak zwróciła uwagę, iż w późniejszym okresie planowane jest stworzenie krajowego zespołu naukowego do spraw analiz tego badania.

Z. Strzelecki wyraził nadzieję, iż kontakt zostanie utrzymany oraz przypomniał, iż udział Polski w Programie GGP nie jest tylko intencją instytucji powołanych do uczestnictwa w Programie, ale został poparty również przez I Kongres Demograficzny, który miał miejsce w latach 2001-2002. Idea GGP została więc poparta także przez środowisko naukowe.

M. Macura na pożegnanie wyraził nadzieję na pomyślny rozwój współpracy wspominając bogate tradycje współpracy z polskimi demografami, m.in. z nieżyjącym już Prof. Z. Holzerem.

Lista obecności na spotkaniu grupy roboczej do spraw
Generations and Gender Programme (GGP)
z dnia 26 sierpnia 2003 (RCSS sala 1005)

	Przedstawiciel
Prof. MIROSLAW MACURA	Population Activity Unit UNECE Genewa
Prof. ALPHONSE MACDONALD	Population Activity Unit UNECE Genewa
Dr ROBERT ZMIEJKO	Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych
Dr hab. prof. SGH ZBIGNIEW STRZELECKI	Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
Dr hab. prof. SGH EWA FRĄTCZAK	Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej
ALINA WIŚNIEWSKA	Ministerstwo Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej
Prof. dr hab. JANINA JÓZWIAK	Ministerstw Nauki i Informatyzacji
MARTA POSTUŁA	Ministerstwo Finansów

IV. 36 SESJA ONZ KOMISJI DS. LUDNOŚCI I ROZWOJU
„LUDNOŚĆ, EDUKACJA I ROZWÓJ”

United Nations Commission on Population and Development

Thirty-Sixth Session, New York, 31 March-4 April 2003

Population, Education and Development in Poland

Mr. Chairman, Distinguished Delegates, Ladies and Gentlemen!

Poland is a European country of a substantial demographic potential. Dynamics of natural and real population growth, however diminishing over the last decades, has always been high. Family formation patterns, reproductive attitudes and behaviours have changed, life span has extended, decline in fertility has resulted in accelerated ageing of the society. Nature of these changes confirms that the demographic transformation is an advanced process.

On 20 May 2002, the National Population Census has been organised by the Central Statistical Office, according to the procedures of the United Nations. Preliminary results from the National Population Census 2002 showed that Poland's population amounts to 38,300,000.

A demographic transformation, experienced by Poland is very important both for the nation and the state. The following phenomena deserve special attention:

- Replacement of generations has already been narrowed down.
- Ageing process has accelerated
- Decline in the death risk among adult and the elderly populations is observed

Demographic processes are of fundamental importance for outlining the long-term strategy of development for our country, and constituted the basis to organize the First Demographic Congress in Poland 'Europe and Poland. Demographic Processes at the Turn of the 21st Century'.

The results from the National Population Census 2002, as well as the conclusions of the First Demographic Congress in Poland, showed that these demographic phenomena would be continued in a perspective of the ageing processes in our country. To respond to that problem the Government has prepared the assumptions of the Program of Action for the population policy in Poland.

Distinguished Delegates!

Education is one of the most important factors ensuring equal opportunities for men and women in life. The possibility of an education at all levels and fields of education and creating equal opportunities to access the education system are a fundamental conditions in carrying gender equality into effect.

The government of the Republic of Poland has implemented Poland's international obligations in the scope of providing men and women with equal access to all levels of

education. However, the full realization of equal opportunities of men and women requires further change of stereotypes including adapting the content and methods of education.

Article 33, paragraph 2 of the Constitution of the Republic of Poland states that men and women have equal rights to education. In accordance to article 1 of the Act on the education system of September 7, 1991, the education system especially assures the realization of the right of every citizen of the Republic of Poland to education and children's and youth's right to an upbringing and care suitable to their age and stage of development.

Both the laws concerning the education system and its executive acts do not differentiate the access to knowledge and method of learning depending on the sex of the student or child. In effect, this means, that boys and girls in Poland are guaranteed equal opportunities of education at all levels.

The general education foundation program takes into account the recommendations in the Universal Declaration of Human Rights, the Covenant on Civil and Political Rights and the Convention on the Rights of the Child.

Changes in education observed in Poland follow both demographic processes and transformation of the political and economic system. Introduction of the educational reform (beginning with the school year 1999/2000) is linked to decentralisation of the management of education. At present, nearly all public schools and educational institutions are managed by territorial self-government units.

The main goals of the reform of the system of education are: to raise the level of education among society through further extension of participation in secondary and higher education, to promote long-life education, to promote equal educational opportunities and to favour improvement in the quality of education. The concept behind the educational reform is to enable the greatest possible part of the society to gain the highest possible education, update the content of educational programmes and to make possible continuation of educational process and achievement of new qualifications throughout the whole life.

The state is responsible for the implementation of principle of universal and equal access to education through:

- law making and creation of mechanisms preserving equality in educational opportunities
- setting and monitoring standards of the quality of education, particularly the quality of teachers
- introduction of incentives providing for increase in effectiveness of the used measures
- paying special attention to the need of the people from poor or culturally neglected environment or the disabled.

Mr Chairman,

The systemic, economic, social and cultural changes occurring in the last years in Poland influence status of reproductive health of the population.

Improvement in the economic situation of the country and increase in the standard of living, conduce to better care of pregnant women, improvement of birth conditions and care for newborn children at hospitals, which means overall improvement in reproductive health indicators of mother and child.

Distinguished Delegates,

Education and information have a significant influence on the scale of HIV infections. Low level of HIV infections is being observed in Poland over the past years. However, this has not meant a decrease in the preventive efforts.

The first HIV case has been diagnosed in Poland in 1985 and about one year later the first AIDS case was found. For the end of February 2003 in total 7993 HIV infections and 1257 cases of AIDS were registered. 618 patients were victims of this disease. However, it is estimated that the number of people living with HIV in Poland amounts to 15-20 thousand.

This sustainable epidemiological situation demands many prevention activities at intensified level, and therefore, it seems to be a necessity to perform all the tasks that are defined in the National Program for HIV Prevention and Care for People Living with HIV/AIDS.

Mr Chairman,

The measures are implemented in Poland to improve the health of children and adolescents through health education, initiation and implementation of various activities in the area of promoting of health and sport.

The Government also implements measures for the education and promotion of the safety of road traffic. Some examples of these measures are:

- implementation of the Program for Care for People with Hearing Disorders, the Program for Screening Examinations of Sight "I CAN SEE", and the screening examinations as of 2001, based on the "I CAN HEAR" Program.
- promotion of sport and physical culture are set forth in the program "Strategy of Sport Development until 2012."

Finally I would like to add that a more detailed report on Population, Education and Development in Poland is available for anyone interested in the back of the room.

Thank you for your attention

Sprawozdanie z wyjazdu delegacji Rzeczypospolitej Polskiej na 36 Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, Nowy Jork 31.03-4.04.2003

I. Cel wyjazdu

Celem wyjazdu delegacji RP do Nowego Jorku był udział w 36. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, poświęconej ludności, edukacji i rozwojowi. Delegacja polska przedstawiła raport ludnościowy na temat edukacji i rozwoju w Polsce. Ta kwestia, decyzją Komisji, uznana została za temat wiodący w 2003 roku w toku przeglądu realizacji Programu Działania przyjętego na Konferencji ONZ "Ludność i Rozwój", która odbyła się w Kairze w 1994 roku.

Z uwagi na ważność tej sesji, a także udział w niej członków rządów wielu państw, delegacji RP przewodniczyła Pani Wiceminister Ewa Freyberg, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu.

II. Skład delegacji

Przewodnicząca :

1. Pani Ewa Freyberg - Wiceminister Edukacji Narodowej i Sportu

Wice-Przewodniczący

2. Pan Janusz Stańczyk - Ambasador RP, Stała Misja RP przy ONZ w Nowym Jorku

Członkowie:

3. Pani Ewa Anzorge - radca, Stała Misja RP przy ONZ w Nowym Jorku

4. Pani Alina Potrykowska - gł. specjalista w Rządowym Centrum Studiów Strategicznych

5. Pani Jolanta Rejniak - Urząd Pełnomocnika d/s Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn

III. Założenia Konferencji

36 Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ skupiła przedstawicieli krajów członkowskich w celu przedstawienia narodowych raportów ludnościowych i wzięcia udziału w debacie na temat ludności, edukacji i rozwoju.

IV. Zadania delegacji

W trakcie 36 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska przedstawiła stanowisko rządu RP na temat ludności, edukacji i rozwoju w Polsce w postaci przedłożonego raportu oraz przemówienia wygłoszonego przez przewodniczącą delegacji - Panią Minister Ewę Freyberg.

Pozostali przedstawiciele delegacji wzięli udział w generalnej debacie oraz dyskusji panelowej na temat monitoringu programów edukacyjnych, ludnościowych i rozwoju.

Równoległe z debatą generalną odbywały się nieformalne konsultacje dotyczące projektów rezolucji oraz tematyki i programów przyszłych 37. i 38. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

V. Przebieg konferencji

Tegoroczną sesję Komisji Ludności i Rozwoju otworzył przedstawiciel Włoch, *Prof. Antonio Golini* - przewodniczący sesji poprzedniej (35 z 2002 r.). Omówił on przebieg sesji roboczej Komisji, która odbyła się w Rzymie w lipcu ub. roku. Przyjęto zaplanowany

porządek obrad i dokonano wyboru nowego przewodniczącego, którym został Pan *Gediminas Šerkšnys*, Ambasador Litwy, Szef Stałej Misji Litwy przy ONZ w Nowym Jorku.

Wice-przewodniczącymi 36 sesji zostali: Iftekhar Chowdhury (Bangladesz), Crispin-Grey Johnson (Gambia), Marc Bichler (Luksemburg), Alfredo Chuquihuara (Peru). W drugim dniu obrad zdecydowano, iż Pan Marc Bichler będzie również pełnił funkcję sprawozdawcy.

W obradach 36. Sesji uczestniczyły delegacje krajów członkowskich Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, obserwatorzy krajów członkowskich ONZ oraz Stolicy Apostolskiej i Palestyny, a także przedstawiciele wyspecjalizowanych agencji i instytucji oraz organizacji międzynarodowych, rządowych i pozarządowych.

W części inauguracyjnej jako pierwszy wystąpił Pan *Nitin Desai*, Podsekretarz Generalny Departamentu do Spraw Ekonomicznych i Społecznych Sekretariatu ONZ, który podkreślił duże znaczenie prac Komisji mówiąc, że zagadnienia ludnościowe zajmują miejsce centralne w pracach ONZ, a szczególnie w Deklaracji Milenijnej i propozycjach reform złożonych rok temu przez Sekretarza Generalnego.

Głównym zagadnieniem obecnej sesji jest jak przeprowadzić przegląd procesów rozpatrywanych w Kairskiej ICPD ze względu na fakt nakładania się innych procesów związanych z edukacją: problemami społecznymi, środowiska i praw człowieka. Spójne ramy są potrzebne w celu monitorowania wprowadzania w życie celów określonych przez główne konferencje międzynarodowe zwołane przez ONZ w latach dziewięćdziesiątych ub. wieku. Komisja może wskazać główne wytyczne dla powołanej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ grupy roboczej przygotowującej zbiorczy raport dotyczący głównych problemów określonych w toku tych konferencji.

Pani *Thoraya Obaid*, Dyrektor Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA), podkreśliła, iż zapewnienie dostępu do szkół wszystkim dzieciom, w szczególności dziewczynkom, jest głównym celem Programu Działania Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju w Kairze, w 1994 r. (ICPD) oraz kluczowym punktem Milenijnych Celów Rozwoju. Od Konferencji Kairskiej w 1994r. problematyka zdrowotna, w tym zdrowia prokreacyjnego jest wysoko podkreślana i obecna w programach edukacyjnych i polityce ludnościowej. Wciąż wysiłki w celu zaspokojenia powszechnego dostępu do wysokiej jakości usług medycznych w aspekcie zdrowia prokreacyjnego do 2015 r. muszą objąć 860 milionów dorosłych analfabetów i ponad 113 milionów dzieci, głównie dziewczynek, nie uczęszczających do szkoły.

Joseph Chamie, Dyrektor Wydziału Ludnościowego Departamentu do Spraw Ekonomicznych i Społecznych powiedział, iż jednym z największych osiągnięć Kairskiego Programu Działania było wprowadzenie uzgodnień terminologicznych i językowych, które pomogły osiągnąć consensus w całym zbiorze norm, zaakceptowanych zarówno przez rządy jak ludzi na całym świecie. Następnie mówca podkreślił rolę Narodów Zjednoczonych w ostatnim półwieczu w prognozowaniu rozwoju ludności świata. ICPD wprowadziła szereg innowacji, nowe problemy, nowe podejścia i nowe działalności. Omawiając obecne tendencje ludnościowe, powiedział on, że projekcje na następne półwiecze wskazują na wzrost ludnościowy szczególnie na obszarach miejskich, na półkuli południowej. Główne tendencje dotyczą spadku płodności, postępującego procesu starzenia się ludności i kontynuacji rozwoju migracji. W 2050 r. ludność świata osiągnie prawdopodobnie liczbę 8,9 mld według wariantu średniego (przedział wartości 8-11 mld w wariantach niskim i wysokim). W przeciwieństwie do wzrostu demograficznego ok. 3 mld ludności w takich

krajach, jak Indie, Chiny, Pakistan, Nigeria, Bangladesz i Indonezja, wzrost ludnościowy na wielu obszarach półkuli północnej pozostanie niewielki. W niektórych krajach, np. Niemczech, Japonii i Rosji wystąpi spadek demograficzny. Szczególne wyjątki będą stanowić Australia, Kanada i Stany Zjednoczone, które utrzymają wzrost ludnościowy o ok. 30-40% w 2050 r. Wysokie współczynniki zgonów przy zredukowanej średniej długości życia w momencie urodzenia wystąpią w krajach mniej rozwiniętych. Epidemia HIV/AIDS dotknie w dużym stopniu Afrykę Sub-Saharyjską i część obszarów Południowej i Wschodniej Azji.

Prognozy długoterminowe (do 2125r.) pozostają niepewne, ze względu na procesy starzenia się ludności, umieralność na HIV/AIDS i migracje. Komisja odegrała ważną rolę w międzynarodowej debacie nt. ludności i rozwoju, bowiem zmobilizowała społeczność międzynarodową w sprawach ludności i rozwoju, tak, iż tradycja ta winna być kontynuowana w 21 wieku.

Larry Heligman, Z-ca Dyrektora Wydziału Ludnościowego, przedstawił raport Sekretarza Generalnego na temat monitoringu światowego ludności dotyczącego ludności, edukacji i rozwoju, z którego wynika iż:

1. Edukacja jest ważnym aspektem rozwoju ludnościowego, społecznego i ekonomicznego w każdym społeczeństwie, wpływając na przyszły dobrobyt ekonomiczny i społeczny wszystkich obywateli.
2. Prawa do edukacji oraz znaczenie oświaty w rozwoju społecznym i indywidualnym były tematem wielu konferencji globalnych i szczytów ONZ. W latach 1990. i podczas Szczytu Milenijnego w 2000r. Światowa Konferencja ONZ "Edukacja dla wszystkich" w Dakarze, w 1990r. ustanowiła cele i strategię do osiągnięcia podstawowego wykształcenia dla wszystkich. Poczynając od tej konferencji, poprzez Światowe Forum Edukacji (Szczyt w Dakarze, 2000), Szczyt Milenijny w 2000r. i ostatnią Sesję Specjalną Zgromadzenia Narodowego ONZ poświęconej Dzieciom, w 2002r, społeczność międzynarodowa uznała, iż edukacja, szczególnie szkolnictwo podstawowe jest konieczne w celu osiągnięcia postępu w rozwoju społecznym i demograficznym, zrównoważonego rozwoju ekonomicznego i równości płci.
3. Ponieważ edukacja wpływa na społeczeństwo w wieloraki sposób, związki między edukacją a ludnością w rezultacie wpływają na rozwój. Raport dotyczy wielu ich aspektów, m.in. a) współzależności między edukacją, ludnością i rozwojem, b) przewidywanych zmian ludności w wieku szkolnym oraz osiągnięcie powyżej sformułowanych celów, c) wpływu edukacji na strukturę małżeństw, ich życie seksualne, płodność i stosowanie antykoncepcji; d) współzależności pomiędzy edukacją, zdrowiem i śmiertelnością, e) roli edukacji w migracjach. Wyższa edukacja, na przykład, pozwala na utrzymanie lepszego stanu zdrowia, większy dostęp do opieki medycznej i niższą umieralność. Ponadto wyżej wykształcone osoby posiadały lepszą informację i umiejętności potrzebne do podjęcia decyzji o migracji w skali krajowej lub zagranicznej.
4. Raport ukazuje, że na świecie jest 2 mld dzieci w wieku szkolnym, ponad dwa razy więcej niż w 1950 r., w tym 90 procent żyje w najmniej rozwiniętych krajach, stanowiąc wyzwanie dla ich narodów (750 mln przypada na Indie i Chiny).

Delia Barcelona, z Sekcji Zdrowia Prokreacyjnego UNFPA, przedstawiła raport w sprawie monitorowania programów ludnościowych, który dotyczył postępu w realizacji Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju w Kairze, w 1994 r. (ICPD), głównie rozdziału poświęconego edukacji. Edukacja jest fundamentalnym prawem człowieka jako kluczowy czynnik w zwalczaniu biedy i nierówności społecznej, będący podstawą zrównoważonego rozwoju ekonomicznego. Drugi z Milenijnych Celów Rozwoju,

określający osiągnięcie powszechnego dostępu do szkół do 2015 r., zmierza do zapewnienia wszystkim dzieciom, dziewczętom i chłopcom, ukończenie szkoły podstawowej.

Kraje, które zainwestowały w edukację, osiągnęły pozytywne rezultaty widoczne w przyspieszonym rozwoju ekonomicznym i społecznym.

Edukacja jako powszechny i kluczowy czynnik, służący wielu dzisiejszym wyzwaniom wywiera, długofalowy wpływ na obecne i przyszłe pokolenia.

Ann Pawliczko z Sekcji Ludność i Rozwój UNFPA, przedstawiając raport Sekretarza Generalnego o wpływach środków finansowych pozwalających na realizację Programu Działania Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju w Kairze, w 1994 r. stwierdziła, iż cele ICPD nie zostały osiągnięte.

Mobilizacja środków jest jednym z największych wyzwań w pełnej realizacji Programu Działania i Milenijnych Celów Rozwoju. W celu realizacji tych działań, UNFPA przeprowadziła kampanię w skali globalnej. Cel finansowy z Konferencji w Kairze (5,7 mld USD) nie został zrealizowany i więcej środków potrzeba, aby cele te zostały osiągnięte.

W pierwszym dniu Konferencji (31.03.2003) odbyła się ogólna dyskusja jako wprowadzenie do debaty nad tematem i programem konferencji.

Prof. Alaka Basu z Cornell University, USA, jako specjalna dyskusantka szczegółowo omówiła zagadnienia współzależności między edukacją i procesami demograficznymi.

W następnej kolejności oświadczenia wygłosili przedstawiciele USA i Japonii oraz obserwatorzy Maroka (w imieniu Grupy 77 i Chin), Grecji (w imieniu krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz krajów kandydujących do Unii i stowarzyszonych (Bułgarii, Rumunii i Turcji) oraz Lichtensteinu.

Następnie przedstawiciel Komisji Ludności i Rozwoju ONZ przedstawił i poddał dyskusji program 36 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

Po południu 31.03.2003 odbyło się drugie posiedzenie 36 Sesji Komisji, podczas którego oświadczenia wygłosili przedstawiciele Brazylii, Federacji Rosyjskiej, Pakistanu, Chin, Indonezji, Algierii, Indii i obserwatorów Kanady, Szwajcarii i Etiopii oraz Komisji Ekonomicznej i Społecznej Azji i Pacyfiku, a także międzyrządowej organizacji "Partners in Population and Development".

Na zakończenie obrad wyłoniono grupę roboczą, której zadaniem było prowadzenie nieformalnych konsultacji dotyczących narodowych programów oraz projektów rezolucji oraz tematyki i programu przyszłych 37 i 38 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

W drugim dniu obrad (1.04.2003) na 3-cim posiedzeniu 36 Sesji przedstawiciele 10 delegacji składali oficjalne raporty narodowe na temat realizacji programów dotyczących ludności i systemu edukacji, a mianowicie: Federacji Rosyjskiej, Belgii, Gujany, Malezji, Litwy, Luksemburga, Gambii, Polski, Chin oraz obserwatora reprezentującego Szwecję.

Przewodnicząca delegacji polskiej, Pani Minister *Ewa Freyberg* w swym przemówieniu podkreśliła, że zgodnie z Konstytucją RP (art.33) narodowy system edukacji w Polsce jest oparty na równości szans dla wszystkich obywateli, kobiet i mężczyzn w dostępie do oświaty. System oświaty zapewnia w szczególności realizację prawa każdego

obywatela Rzeczypospolitej Polskiej do kształcenia się oraz prawa dzieci i młodzieży do wychowania i opieki, odpowiednich do wieku i osiągniętego rozwoju. Podstawa programowa kształcenia ogólnego uwzględnia wskazania zawarte w *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Międzynarodowej Konwencji o Prawach Dziecka*.

Obserwowane w Polsce zmiany w systemie edukacji wynikają zarówno z procesów demograficznych, jak i z przeobrażeń systemu politycznego i ekonomicznego kraju. Wprowadzenie reformy ustroju szkolnego (począwszy od roku szkolnego 1999/2000) w powiązaniu z nowym podziałem terytorialnym kraju doprowadziło do decentralizacji w zakresie zarządzania oświatą. Obecnie niemal wszystkie publiczne szkoły i instytucje oświatowe są prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego.

Głównymi celami reformy systemu edukacji są: podniesienie poziomu edukacji społeczeństwa poprzez dalsze upowszechnianie wykształcenia średniego i wyższego, wyrównywanie szans edukacyjnych oraz sprzyjanie poprawie jakości edukacji, rozumianej jako integralny proces wychowania i kształcenia.

Reforma edukacji pozwoli na uzyskiwanie możliwie najwyższego poziomu wykształcenia przez jak największą część społeczeństwa, modernizację treści nauczania, kontynuowanie kształcenia i zdobywania nowych kwalifikacji w całym okresie życia.

Państwo nadal pozostaje odpowiedzialne za warunki realizacji powszechności i dostępności kształcenia poprzez: tworzenie prawa i zasad działania mechanizmów wyrównujących szanse edukacyjne; tworzenie i monitorowanie standardów jakości edukacji i jakości kadry; wprowadzenie motywacji zapewniających wzrost efektywności wykorzystania środków; zabezpieczenie podstawowych środków funkcjonowania edukacji publicznej; organizowanie pomocy dla najłabszych, w tym osób pochodzących ze środowisk biednych i kulturowo zaniedbanych oraz osób niepełnosprawnych.

Zmiany systemowe, gospodarcze, społeczne i kulturowe zachodzące w ostatnich latach w Polsce wpływają na poprawę usług w zakresie zdrowia prokreacyjnego ludności, w szczególności na poprawę wskaźników zdrowia prokreacyjnego matki i dziecka.

Lepsza edukacja i informacja wpływają znacząco na niski poziom zakażeń HIV w Polsce, tym niemniej szacunki wskazują, iż liczba osób żyjących z HIV wynosi 15-20 tys. Akcje prewencyjne obejmuje *Narodowy Program Zapobiegania HIV oraz Opieka nad Osobami zakażonymi HIV/AIDS*.

W Polsce prowadzone są działania na rzecz poprawy zdrowia dzieci i młodzieży poprzez edukację zdrowotną, inicjowanie i podejmowanie różnorodnych akcji w obszarze promocji zdrowia i sportu.

Rząd podejmuje również działania służące edukacji oraz promowaniu zasad w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Jako inne przykłady mogą służyć działania w zakresie realizacji *Programu Opieki nad Osobami z Uszkodzeniami Słuchu w Polsce* oraz prowadzenie od 2001 r. badań przesiewowych słuchu i wzroku przy zastosowaniu programów "*SŁYSZĘ*" i "*WIDZĘ*" oraz upowszechnianie sportu i kultury fizycznej zawarte w programie *Strategia rozwoju sportu do roku 2012*.

Na zakończenie obrad 3. posiedzenia uczestnicy wysłuchali wykładu Prof. *Paula Demeny'ego*, wybitnego naukowca z Rady Ludnościowej w Nowym Jorku, na temat wyrównywania szans w dostępie do edukacji. Ekspansja oświaty na wszystkich poziomach w ubiegłym wieku przyczyniła się walcie do wzrostu materialnego dobrobytu w krajach uprzemysłowionych, służąc jako model rozwoju ekonomicznego w krajach rozwijających się. W okresie powojennym nastąpił ogromny rozwój nowoczesnych systemów edukacyjnych i teorii kapitału ludzkiego oraz wzrost produktywności i wprowadzania

nowych technik produkcji. Dzięki edukacji nowoczesne procesy produkcji umożliwiają wyższe zarobki i prowadzą do większego dobrobytu.

W dyskusji udział wzięli przedstawiciele delegacji Francji, Belgii, Włoch, USA, Meksyku, Filipin, Salwadoru i Tunezji.

Odpowiadając na pytanie przedstawiciela Francji, dotyczące niedostatecznego poziomu edukacji i rozwoju kapitału ludzkiego na obszarach wiejskich, Paul Demeny powiedział, iż często było to rezultatem scentralizowanego zarządzania i finansowania edukacji. Lokalnie zarządzane i finansowane szkoły wiejskie mogą lepiej rozwijać programy odpowiadające potrzebom uczniów i gospodarki na wsi.

W odpowiedzi na kolejne pytania mówca podkreślił rolę edukacji w rozwoju społecznym i kulturalnym, natomiast w kwestii, jak dopasować programy edukacji publicznej i doksztalcenia do zmieniających się tendencji demograficznych, wskazał na kluczową rolę elastycznych rynków pracy.

W dyskusji z przedstawicielem USA, P. Demeny omówił problem wysokich możliwości edukacyjnych i "drenażu mózgów" z krajów, które posiadają więcej wysoko wykształconych pracowników niż gospodarka może ich zatrudnić. Rządy winny zarówno utrzymywać centralnie finansowane i zarządzane programy edukacyjne jak i adaptować je do bieżących i zmieniających się potrzeb w postaci alternatywnych programów oświatowych.

Kolejne kwestie poruszane w dyskusji dotyczyły m.in. roli rodziców w procesie kształcenia dzieci oraz wpływ spadku płodności w krajach rozwijających się na populację.

Na pytanie Josepha Chamie o możliwość odwrócenia tendencji w krajach o niskiej dzietności (z poziomu 1.2 do 1.85), autor odpowiedział, iż w tej kwestii polityka pełnego zatrudniania kobiet wychowujących dzieci powinna być zrewidowana.

Po południu (1.04.2003) odbyło się 4 posiedzenie 36 Sesji podczas którego kontynuowano wystąpienia przedstawicieli kolejnych delegacji, którzy prezentowali oficjalne raporty narodowe na temat realizacji programów dotyczących edukacji i rozwoju, a mianowicie: Holandii, Irlandii, Algierii, Pakistanu, Indonezji, Nikaragui, Francji, Kenii, Salwadoru, Meksyku, Indii, Iranu oraz obserwatorów z Południowej Afryki i Tunezji.

Podczas tego samego posiedzenia w debacie generalnej udział wzięli reprezentanci następujących państw: Egiptu, Ghany, Bangladeszu, Ugandy, Filipin oraz obserwatorzy z Republiki Dominikany i Kuby.

Równolegle odbywały się nieformalne konsultacje przedstawicieli delegacji.

W trzecim dniu obrad (2.04.2002) piąte posiedzenie Komisji rozpoczął wykład Laureata Nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii, *Prof. dr Amartya Sen'a* z Trinity College, Cambridge, w Wielkiej Brytanii, na temat dostępności do szkolnictwa. Autor przedstawił różne sposoby wpływu edukacji na rozwój ludzkości, w tym:

1. Edukacja wpłynęła na upowszechnienie praw człowieka, wolności oraz rozwinięcie zdolności, sił i możliwości ludzkich.
2. Szkolnictwo jest w centrum rozwoju ludzkości, w szczególności bezpieczeństwa, z różnych powodów, np. analfabetyzm był formą braku bezpieczeństwa. Edukacja na poziomie podstawowym zredukowała jedną z form niebezpieczeństwa.
3. Zdobywanie podstawowego wykształcenia umożliwia ludziom zdobycie pracy.
4. Edukacja pomaga społecznemu równouprawnieniu i demokracji.
5. Mówca podkreślił rolę, którą pełni oświata w rozwoju społecznym i ekonomicznym i jej wpływ na równomierność dochodów.

6. Wykształcenie dziewcząt wpływa na obniżenie płodności młodych kobiet i spadek śmiertelności okołoporodowej, niemowląt i dzieci.
7. Edukacja pozwala zwłaszcza młodym kobietom na podejmowanie słusznych wyborów i decyzji w życiu rodziny i w podjęciu pracy zawodowej oraz niezależność społeczną i ekonomiczną.
8. Charakter i profil edukacji ma głęboki wpływ na identyfikację osoby i percepcję innych, zarówno w sensie pozytywnym jak i negatywnym (np. nietolerancja, separatyzm, fundamentalizm i in.).
9. Należy skupić większą uwagę na programach edukacyjnych wraz z respektowaniem zasad pluralizmu i harmonii we współczesnym świecie.

W dyskusji udział wzięli przedstawiciele delegacji Bangladeszu, Indii, Meksyku, Hiszpanii oraz reprezentant UNFPA.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące edukacji nieformalnej, Prof. A.Sen odparł, iż była ona często stosowana, by zdyskredytować legalną edukację. Oprócz formalnego programu kształcenia, szkoły dają uczniom możliwość uczestniczenia w życiu społecznym i interakcji z innymi. Kształcenie dziewcząt wpłynęło w największym stopniu na rozwój.

Po południu (2.04.2003) odbyło się 6. posiedzenie 36 Sesji, podczas którego kontynuowano wystąpienia przedstawicieli kolejnych delegacji, którzy prezentowali oficjalne raporty narodowe na temat realizacji programów dotyczących edukacji i rozwoju, a mianowicie Austrii, Kamerunu, Peru oraz obserwatorów z Portugalii i Hiszpanii.

Na zakończenie obrad odbyła się dyskusja panelowa i ogólna.

Podczas debaty ogólnej na temat narodowych doświadczeń w problematyce edukacji i polityki ludnościowej oraz rozwoju, delegacje w swych wystąpieniach przekazały informacje o zróżnicowanym stanie i dostępie do oświaty w różnych krajach i regionach świata, różnym podejściu do definicji wskaźnika skolaryzacji, zmianach wskaźnika dzietności, stosowaniu środków planowania rodziny, rozmiarach epidemii HIV/AIDS oraz działaniach podejmowanych celem ograniczenia HIV/AIDS na całokształt zagadnień dotyczących edukacji, zdrowia i rozwoju społecznego.

W czwartym dniu obrad (3.04.2002) kontynuowano nieformalne konsultacje przedstawicieli delegacji rządowych podczas zamkniętej sesji.

W ostatnim dniu sesji (4.04.2002) zakończono wystąpienia delegacji i rozpoczęto generalną debatę na temat edukacji.

W sesji wzięły udział organizacje międzynarodowe oraz instytucje zajmujące się problematyką ludnościową, a w szczególności Biuro Regionalne Europejskiej Komisji Ekonomicznej, Komisja Ekonomiczna Ameryki Łacińskiej i Karaibów oraz Komisja Ekonomiczna Afryki.

W ostatniej części obrad wystąpili przedstawiciele następujących organizacji pozarządowych o statusie specjalnym: Międzynarodowej Unii Badań Naukowych nad Ludnością, Międzynarodowej Federacji Planowania Rodzicielstwa, Komitetu Współpracy Międzynarodowej Narodowych Studiów Demograficznych, Centrum Studiów Międzynarodowych im. D.M. Kennedy'ego, Międzynarodowej Koalicji Praw Społecznych i Zdrowia Prokreacyjnego.

W końcu debaty Pan *Joseph Chamie*, Dyrektor Departamentu Ludnościowego Rady Ekonomicznej i Spraw Społecznych ONZ, przedstawił program działania Komisji w ubiegłych latach oraz nakreślił ramy działalności Komisji w przyszłym roku. Prosił on o poparcie delegacji rządowych dla tego programu. Delegacje rządowe udzieliły poparcia działalności Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

Na zakończenie 36. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, jej uczestnicy przyjęli jednogłośnie dokument końcowy w formie Raportu Komisji na temat monitoringu polityki ludnościowej w zakresie edukacji i rozwoju.

Wynikiem 36. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ było przyjęcie rezolucji, zalecającej dalsze prowadzenie przez sekretariat prac w dziedzinie rozwoju społecznego, demografii i edukacji.

Zaakceptowano przez aklamację program 37 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, która odbędzie się w 2004 roku. Tematem przyszłej sesji będzie " *Realizacja i wdrażanie Programu Działania Kairskiej Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju*".

Na zakończenie przyjęto program 38. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ pt. " *Ludność, rozwój i HIV/AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem ubóstwa*", która odbędzie się w 2005 roku.

VI. Korzyści z wyjazdu

Dla Rządu RP aktywny udział delegacji polskiej w konferencji w Nowym Jorku stanowi okazję dla podkreślenia zaangażowania naszego kraju w realizację naszego członkostwa (od 2001 roku) w Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

Ponadto była to również okazja dla utrwalenia pozytywnego wizerunku Polski i wzmocnienia pozycji naszego kraju w gremiach ONZ.

VII. Najistotniejsze elementy stanowiska RP

Stanowisko rządu RP na temat roli oświaty jest zgodne z polskim prawodawstwem. Zagadnienie to ma nie tylko wymiar demograficzny, lecz przede wszystkim społeczny, ekonomiczny, polityczny i medyczny.

W celu zapewnienia możliwie optymalnego stanu szkolnictwa i oświaty w Polsce konieczne jest uwzględnienie społecznych i psychologicznych aspektów procesu kształcenia podczas tworzenia zasad polityki edukacyjnej i społecznej.

Państwo nadal pozostaje odpowiedzialne za warunki realizacji powszechności i dostępności kształcenia. W Polsce realizowane programy edukacyjne są coraz bardziej skuteczne.

Dr Alina Potrykowska
Rządowa Rada Ludnościowa



SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2002 R.

Spis treści:	Strona
I. Posiedzenia plenarne RRL:	
a) 21 czerwca 2002 r.	2
b) 30 września 2002 r.	13
II. Udział w pracach Komisji ds. Ludności ONZ.	14
III. Udział w pracach Europejskiego Komitetu Ludnościowego.	14
IV. Współpraca z UNDP.	16
V. I Kongres Demograficzny w Polsce.	17
VI. Prace sekretariatu RRL.	19

Załączniki:

1. Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej dotyczące projektu „Założeń ustawy o świadczeniach rodzinnych”.
2. Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej dotyczące projektu „Strategia polityki społecznej 2002-2005”.
3. Wnioski i zalecenia do „Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2000-2001”.
4. Informacja o sytuacji demograficznej Polski.
5. Sprawozdanie z wyjazdu delegacji Rzeczypospolitej Polskiej na 35 Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, Nowy Jork 1-5. 04. 2002 r.
6. Informacja o harmonogramie konferencji naukowych i seminariów w ramach I Kongresu Demograficznego.
7. Deklaracja I Kongresu Demograficznego w Polsce.

W 2002 r. Rada do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, zwana „Rządową Radą Ludnościową” funkcjonowała na mocy Zarządzenia Nr 86 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 października 1997 r., a następnie na mocy Zarządzenia Nr 57 Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 kwietnia 2002 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej pod przewodnictwem dr hab. Zbigniewa Strzeleckiego, wiceprezesa Rządowego Centrum Studiów Strategicznych. Na podstawie w/w zarządzenia nastąpiły zmiany na stanowisku Sekretarza Generalnego, obecnie funkcję pełni Pani dr hab. prof. SGH Ewa Frątczak. Powołani zostali nowi członkowie RRL delegowani przez poszczególne resorty (§2 ust 6 pkt a-j Zarządzenia Nr 57 Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 kwietnia 2002 r.).

I. Posiedzenia plenarne RRL

W 2002 r. Rządowa Rada Ludnościowa obradowała na dwóch posiedzeniach plenarnych w dniach: 21 czerwca i 30 września 2002 r.

a) W dniu 21 czerwca przedmiotem posiedzenia plenarnego były:

1. Projekt raportu 2000-2001 „Sytuacja demograficzna Polski”, propozycje wniosków.
2. Projekt stanowiska RRL dotyczące wpływu starzenia się ludności na redystrybucję PKB w Polsce .
3. Informacja o harmonogramie konferencji naukowych i seminariów w ramach I Kongresu Demograficznego w Polsce .
4. Koncepcja raportu „Sytuacja demograficzna Polski 2001-2002”.
5. Sprawy różne obejmujące: sprawozdanie z działalności RRL za rok 2001, program pracy na lata 2002/2003 i projekt tematów Biuletynu nr 47 .

Ad 1)

Rządowa Rada Ludnościowa zaaprobowała projekt raportu 2000-2001 „Sytuacja demograficzna Polski”. XXVI raport o sytuacji demograficznej Polski w latach 2000-2001. Rządowa Rada Ludnościowa, realizując swoje funkcje organu pomocniczego Prezesa Rady Ministrów przedłożyła do zaakceptowania Radzie Ministrów.

Główne tezy raportu można ująć w sposób następujący:

Natura procesów demograficznych wymaga ciągłej obserwacji zdarzeń i faktów demograficznych, ponieważ nawet niewielkie zmiany w ich przebiegu mogą być zapowiedzią trwałych tendencji ich przebiegu. Raport 2000 - 2001 zawiera opis podstawowych procesów demograficznych, wybrane zagadnienia zdrowia społeczeństwa oraz wyniki dwóch prognoz: gospodarstw domowych i zasobów pracy. Wstępne uwagi, spostrzeżenia i konstatacje przedstawione są poniżej.

Obserwowany poziom dzietności świadczy jednoznacznie o tym, że nadal postępuje proces prowadzący do zmian w relacjach międzypokoleniowych, w wyniku których kolejne pokolenia dzieci będą mniej liczne niż pokolenia ich rodziców, w wypadku utrwalenia się dotychczasowych zachowań matrymonialnych i prokreacyjnych. Proces ten prowadzi do zmniejszenia się tempa wzrostu ludności i w konsekwencji do nasilenia się procesu starzenia się ludności Polski. Konsekwencją tych przemian będzie prawdopodobnie większa liczba zgonów niż urodzeń już w drugiej dekadzie XXI wieku. Obecnie notujemy jeszcze niewielki przyrost naturalny ludności, ale na skutek ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejszała się w latach 1999 – 2001.

Postępuje bardzo korzystny proces wydłużania się życia ludzkiego zarówno na skutek obniżania się umieralności niemowląt, jak i osób we wszystkich pozostałych grupach wieku. Zmniejsza się natężenie zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz urazów i zatruc, natomiast wzrasta umieralność z powodu nowotworów. Ciągłe jednak poziom umieralności w Polsce jest o wiele wyższy niż w krajach Unii Europejskiej, a przeciętne dalsze trwanie życia krótsze.

Indywidualne stany i problemy zdrowotne składają się na ogólny obraz stanu zdrowia ludności. Analiza sytuacji w tym zakresie, nawet tylko częściowa ze względu na ograniczenia statystyczne, jest niezmiernie potrzebna. Próba takiej analizy objęła: choroby układu krążenia, choroby psychiczne, choroby zakaźne, uzależnienia, następstwa wypadków drogowych i wypadki przy pracy. Brak kompletnych danych o zachorowalności na nowotwory złośliwe spowodował odłożenie tego zagadnienia na następny rok. Podjęto także próbę ukazania najważniejszych problemów zdrowotnych populacji kobiet, dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych.

Dostępne dane pozwalają stwierdzić rosnącą liczbę osób leczonych ambulatoryjnie i w szpitalach na choroby układu krążenia, a w tym najczęściej na chorobę nadciśnieniową, niedokrwienną chorobę serca i choroby naczyń mózgowych. Obserwuje się przy tym duże różnice między województwami w częstości ambulatoryjnego leczenia choroby nadciśnieniowej i choroby niedokrwiennej serca. Wyraźnie zwiększa się liczba osób leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, zwłaszcza uzależnionych od środków psychoaktywnych, z ograniczonymi zaburzeniami psychicznymi oraz zaburzeniami nastroju. Rośnie także liczba osób leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki pełnodobowej. Najczęstszą grupą rozpoznanych chorobowych wśród osób leczonych w szpitalach psychiatrycznych są zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, a następnie schizofrenia. Zapadalność na choroby zakaźne wykazuje generalnie stałą tendencję spadkową, chociaż epidemiczny charakter wielu z tych chorób powoduje okresowe zwiększenie zachorowalności.

W latach dziewięćdziesiątych zwiększyła się liczba osób regularnie i okazjonalnie używających narkotyków, zwłaszcza wśród młodzieży. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku spowodowała wzrost wykrywalności przestępstw określonych tą ustawą, ale nadal podaż i nielegalne posiadanie narkotyków wykazuje tendencję wzrostową. Narasta zarazem przekonanie, że niektóre narkotyki będą podlegać swoistej „asymilacji” kulturowej. Coraz powszechniej obserwuje się spożywanie alkoholu przez młodzież, a nawet i dzieci. Odnotowano spadek palenia tytoniu, ale obniża się wiek nałogowych palaczy. Świadczy to o szczególnym zagrożeniu młodzieży.

Narasta zagrożenie utraty zdrowia na skutek wypadków drogowych, a sporządzane w tym zakresie diagnozy wskazują na pogarszanie się bezpieczeństwa ruchu drogowego. Zmniejszyła się liczba śmiertelnych ofiar wypadków drogowych, ale utrzymanie tej tendencji nie jest jeszcze pewne. Nadal obniża się liczba wypadków przy pracy. Nie dotyczy to jednak wypadków śmiertelnych i ciężkich. Wypadkom przy pracy ulegają częściej pracownicy o krótkim stażu pracy, a ponad połowa wypadków jest powodowana nieprawidłowym postępowaniem pracownika. Szczególnie wysokie natężenie wypadków przy pracy występuje w rolnictwie indywidualnym.

Tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu kobiet i mężczyzn wymaga uwzględnienia społecznych i psychologicznych aspektów płci w założeniach i zasadach realizacji polityki zdrowotnej. Odrębność płci uwzględniać należy w analizie: ryzykownych zachowań w zakresie stylu życia, skuteczności programów prewencyjnych, przyczyn zachorowań i zgonów, stanu zdrowia prokreacyjnego, dostępności opieki medycznej, jakości życia w różnych jego okresach. Próba takiej analizy, przeprowadzona w Instytucie Matki i Dziecka, pozwoliła sformułować m.in. postulat podjęcia programu mającego na celu poprawę stanu zdrowia kobiet w okresie macierzyństwa. W tej części raportu wskazano również na możliwości rozwiązywania problemów zdrowotnych starszych kobiet oraz uzasadniono potrzebę kontynuowania programów poprawy stanu zdrowia dziewcząt, a w tym edukację w zakresie zdrowia prokreacyjnego.

Wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży daje się scharakteryzować na podstawie dwóch badań (Badanie stanu zdrowia ludności Polski, GUS 1996 r., Badanie HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children, Polska 1998 r.). Dotyczyły one chorób przewlekłych, wad wrodzonych, dolegliwości typowych dla okresu dojrzewania, następstw wypadków oraz samooceny stanu zdrowia. Badania te wskazują, że około jednej czwartej populacji dzieci w wieku 0-14 lat i młodzieży w wieku 15 – 19 lat cierpiało na chorobę przewlekłą, w tym na uczulenia i alergie, skrzywienia kręgosłupa, nerwice i inne choroby. Korzystne jest zjawisko obniżania się częstości zgonów niemowląt i małych dzieci z powodu wad wrodzonych, chociaż częstość zgonu jest jeszcze wyższa niż w krajach zamożnych. Problemami są dolegliwości psychosomatyczne, niedostatki zachowań prozdrowotnych i ryzykowne dla zdrowia zachowania wśród młodzieży. Stan zdrowia dzieci i młodzieży z rodzin uboższych. jest gorszy.

W co drugim gospodarstwie domowym jest osoba niepełnosprawna, a większość z nich to osoby w wieku produkcyjnym i starsze. Z badań Głównego Urzędu Statystycznego w 2000 roku wynika, że ponad dwie trzecie osób niepełnosprawnych w wieku ponad 15 lat posiada orzeczenie o trwałym inwalidztwie. Najczęstszymi grupami schorzeń powodującymi niepełnosprawność to choroby układu krążenia, dysfunkcje narządów ruchu, a następnie schorzenia neurologiczne i psychiczne, uszkodzenia narządu wzroku i słuchu. Osoby niepełnosprawne nadal silnie podkreślają potrzebę poprawy opieki medycznej i dostępności usług rehabilitacyjnych.

Znaczenie migracji w procesach redystrybucji przestrzennej ludności i urbanizacji demograficznej maleje od początku poprzedniej dekady, a ostatnio odnotowano nawet ujemne saldo migracji w miastach a dodatnie na wsi (2000 rok). Wyróżnia się dwa podukłady migracji międzywojewódzkich: strefę centralną związaną z Warszawą wraz z Łodzią, Lublinem, Olsztynem i Białymstokiem jako uzupełniającymi ośrodkami napływu oraz pas województw południowych i zachodnich, w których migracje koncentrują się na Górnym Śląsku, Krakowie, Rzeszowie, Wrocławiu, Poznaniu, Szczecinie i Gdańsku.

Polska jest ciągle krajem emigracyjnym, ale w ostatnich latach zaobserwowano także zwiększoną liczbę imigrantów. Stopniowo rozwija się proces repatriacji osób pochodzenia polskiego z Armenii, Azerbejdżanu, Gruzji, Kazachstanu, Kirgistanu, Tadżykistanu, Turkmenii, Uzbekistanu i azjatyckiej części Federacji Rosyjskiej. Kwestę tych migracji reguluje ustawa o cudzoziemcach z 1997 roku i ustawa o repatriacji z 2000 roku. Nasilają się również czasowe migracje zarobkowe do Polski, ale ich skala nie jest w pełni znana.

Projekcja opublikowana przez Główny Urząd Statystyczny w 2000 roku pozwala ukazać podstawowe tendencje zmian liczby i struktury gospodarstw domowych do 2030 roku, chociaż prezentowane dane są obarczone sporym ryzykiem niepewności. Wyniki Mikrospisu '95 wykazały, że w 1995 roku liczba gospodarstw domowych z dziećmi w wieku do 18 lat wynosiła 5,7 mln, a bez dzieci – 6,7 mln. Według omawianej prognozy, w 2030 roku liczba gospodarstw domowych z dziećmi prawdopodobnie zmniejszy się do 4,6 mln, ale liczba gospodarstw domowych bez dzieci zwiększy się do 11,9 mln. Zmienia się więc w sposób zasadniczy proporcje między tymi typami gospodarstw domowych. Jednocześnie przeciętna liczba dzieci w wieku do 18 lat w gospodarstwach domowych z dziećmi prawdopodobnie obniży się z 1,835 w 1995 roku do 1,504 w 2030 roku. Wielkości te świadczą o głębokim regresie liczebności rodzinnych gospodarstw domowych oraz malejącej liczbie dzieci w rodzinie. Weryfikacja omawianej prognozy zostanie dokonana na podstawie planowanego na 2002 rok spisu powszechnego ludności i mieszkań.

Wykonana prognoza ludności aktywnej zawodowo do 2020 roku pozwala prześledzić dokonujące się w tym zakresie zmiany o zasadniczym znaczeniu dla gospodarki.

Najważniejsze z nich to: znaczące przyrosty realnych zasobów pracy do 2010 roku (o 1,2 mln osób), a później coraz większe ubytki liczebności tych zasobów, zwłaszcza po 2015 roku (ok. 700 tys. osób w latach 2010 – 2020). Jednocześnie postępował będzie proces starzenia się zasobów pracy, polegający na zwiększaniu się odsetka osób w wieku niemobilnym, tzn. powyżej 44 lat. Dynamika zmian liczebności i struktury ludności aktywnej zawodowo będzie różna w poszczególnych województwach oraz w mieście i na wsi.

Z dokonanego przeglądu sytuacji demograficznej i rysujących się tendencji wynika, że pozostają w mocy generalne wnioski sformułowane przez Rządową Radę Ludnościową w raporcie opublikowanym w 2000 roku. Dotyczyły one inwestycji w kapitał ludzki, budownictwa mieszkaniowego, pobudzania przedsiębiorczości, redukcji bezrobocia, ubezpieczeń zdrowotnych i emerytalnych oraz polityki rodzinnej. Wymagają one jednak konkretyzacji w kontekście istniejących rozwiązań systemowych i możliwych priorytetów w określonej sekwencji czasowej. Prezentowany obecnie raport daje podstawę do takich konkretyzacji.

Współczesny rozwój społeczno – gospodarczy, a szczególnie rozwój zrównoważony wymaga bardzo dobrego rozpoznania procesów demograficznych. Ludność, którą określamy jako kapitał ludzki stanowi najważniejszy czynnik prorozwojowy. Stąd też niezbędne jest stałe badanie i analiza istniejącej sytuacji demograficznej oraz tworzenie ogólnych warunków sprzyjających prawidłowemu rozwojowi ludności. Ważnym problemem jest również diagnozowanie sytuacji tej części ludności, która dorasta do wieku produkcyjnego a także tej, która już przeszła przez fazę aktywności zawodowej. Dobrze rozpoznanie procesów demograficznych jest niezbędne dla analizy możliwości rozwojowych i diagnozy potrzeb społecznych, bez której państwo nie może realizować skutecznej polityki społecznej. Skuteczna polityka społeczna to ważny, obok polityki gospodarczej i ekologicznej, element rozwoju zrównoważonego w ujęciu globalnym, regionalnym i lokalnym.

Raport 2000-2001 został przyjęty na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów w dniu 19 grudnia 2002 r. i zaakceptowany na posiedzeniu Rady Ministrów w dniu 14. 01. 2003 r.

Ad 2)

Projekt stanowiska RRL dotyczący wpływu starzenia się ludności na redystrybucję PKB w Polsce opracowany przez Panią prof. dr hab. Józefinę Hryniewicz został przedłożony na posiedzeniu i zawiera następujące główne tezy:

- Proces starzenia się ludności Polski wywoływać musi zmiany w zakresie kształtowania poszczególnych dziedzin polityki społecznej państwa oraz w kształtowaniu polityki podziału. Wzrost o 3,4 mln osób w wieku poprodukcyjnym w 2030 roku w stosunku do roku 2000 wywoła zmiany w podziale PKB, wpłynie na zwiększenie udziału wydatków na świadczenia socjalne i usługi społeczne. Realizowane reformy społeczne, w tym szczególnie reforma systemu ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia i reforma struktury administracyjnej kraju muszą uwzględniać zadania wynikające ze zmian demograficznych, w tym z procesu starzenia się ludności.
- Reforma ubezpieczeń społecznych zakłada finansowanie świadczeń emerytalnych z kilku źródeł: ubezpieczenia repartycyjne (ZUS), otwarte fundusze emerytalne, pracownicze programy emerytalne (inne formy zapewniające dochody na starość pozostające poza systemem ubezpieczeń społecznych). Zasady uzyskiwania i wielkość świadczeń z systemu powszechnych ubezpieczeń społecznych zostały określone ustawowo. Zasadnicza cecha zmian w zakresie tej części ubezpieczeń jest ściślejsze, niż w poprzednim systemie, uzależnienie uzyskiwanych świadczeń z liczba lat pracy i opłacania składek oraz z wysokością opłaconej składki. Natomiast nie ma określonych zasad kształtowania wysokości świadczeń oraz zasad wypłaty świadczeń z systemu kapitałowego (otwarte fundusze emerytalne). Otwarte fundusze emerytalne przejmują 1/5 ogólnej kwoty składek opłacanych na ubezpieczenie społeczne. Ograniczenie dochodów ZUS, który traci ok. 20% dochodów ze składek ubezpieczonych, a jednocześnie wypłaca ustawowo należne świadczenia prowadzi do narastania trudności finansowych związanych z realizacją bieżących zobowiązań wobec ubezpieczonych. ZUS ponosi ciężar wypłaty wszystkich, nie tylko emerytalnych, świadczeń z ubezpieczenia społecznego pracowników i grup ubezpieczonych. ZUS ma ustawowy obowiązek wypłacić świadczenia tym, którzy z powodu utraty zdolności do pracy (renta inwalidzka), wypadku (renta wypadkowa) lub zdarzenia losowego (renta rodzinna) utracili dochody z pracy. W założeniu

ubytek dochodów ma być uzupełniany dotacją budżetu państwa pochodzącą z dochodów uzyskiwanych z prywatyzacji majątku skarbu Państwa lub innych źródeł (podatki). Uzyskiwanie tych dochodów okazuje się coraz trudniejsze, a trudności budżetu państwa z finansowaniem wielu zadań wskazują, że nadchodzące lata mogą okazać się bardzo trudne jeśli chodzi o możliwość sfinansowania świadczeń ubezpieczenia społecznego dochodami z prywatyzacji. Najwyższe zapotrzebowanie na dofinansowanie świadczeń realizowanych przez ZUS pojawi się po 2006 r., a nasili się w latach 2010 - 2018, gdy w wiek emerytalny zaczną wchodzić najliczniejsze roczniki pierwszego powojennego wyżu demograficznego. W tym czasie zasoby majątku państwowego do prywatyzacji i dochody z prywatyzacji mogą okazać się nie wystarczające dla sfinansowania zadań. Dochody ZUS mogą być także zagrożone wobec zmian na rynku pracy w wyniku: 1/nasilającego się bezrobocia (bezrobotni bez prawa do zasiłku nie opłacają składek na ubezpieczenie społeczne) oraz 2/ w związku z projektowanymi zmianami w kodeksie pracy umożliwiającymi takie formy zatrudnienia, które ograniczają wysokość opłacanych na ubezpieczenie społeczne składek. Możliwości sfinansowania świadczeń z ubezpieczenia społecznego przez systematyczne obniżanie relacji między wysokością wynagrodzenia, a wysokością uzyskiwanego świadczenia (niższa stopa zastąpienia wynagrodzenia świadczeniem) są również ograniczone. W latach 1996-2000 relacja między świadczeniem (emerytury i renty), a wynagrodzeniem zmniejszyła się z 59,0% w roku 1996 do 52,7% w 2000 roku. Roczne tempo spadku relacji wynagrodzenie – świadczenie wynosiło w tych latach około 2 p.proc. rocznie. Przy utrzymaniu tempa zmniejszania relacji świadczenia do wynagrodzenia na poziomie ukształtowanym w latach 1996 – 2000 oznacza, że około roku 2010 relacja między świadczeniem a wynagrodzeniem ukształtuje się na poziomie około 30%. Utrzymanie w kolejnych latach takiego, jak w latach 1996-2000 tempa obniżania świadczeń prowadzi do wyczerpania tej możliwości w ciągu około 10 lat. Obniżenie realnej wartości świadczeń z ubezpieczenia społecznego może przynieść dalsze konsekwencje w postaci zmniejszającej się siły nabywczej świadczeniobiorców, zmniejszenia popytu konsumpcyjnego na rynku wewnętrznym (emeryci i renciści są konsumentami towarów i usług wytwarzanych głównie na rynku wewnętrznym). Obniżenie wartości świadczeń z ubezpieczenia społecznego może też napotkać na znaczny opór

społeczny; społeczeństwo może nie udzielić zgody na dalsze zmniejszanie wymiaru świadczeń.

- Starzenie się ludności wymaga dostosowania finansowania i organizacji usług ochrony zdrowia do możliwości i potrzeb ludności w starszych grupach wieku. Realizowane jednocześnie dwa kierunki zmian: w ubezpieczeniach społecznych obniżanie wartości świadczeń, a 2/ w ochronie zdrowia prywatyzacja usług i zwiększenie odpłatności muszą prowadzić do ograniczonej dostępności usług ochrony zdrowia dla ludzi starych. Głównymi *konsumentami* usług ochrony zdrowia są dzieci, osoby niepełnosprawne oraz osoby w starszych grupach wieku. Z usług ochrony zdrowia najczęściej korzystają: dzieci w wieku do 0 – 1 roku życia (80% korzysta z porad lekarskich co najmniej 1 raz na kwartał) oraz 1-2 lata (75% korzystało z porad), osoby w wieku 60 - 69 lat (71% korzysta z porad), osoby które ukończyły 70 lat, (77,9% deklaruje korzystanie z porad), osoby niepełnosprawne z orzeczoną grupą inwalidzką (z porad korzysta 84,3%). Na wzrost potrzeb w zakresie ochrony zdrowia wpływać będzie wzrost przeciętnej długości życia ludzkiego, wzrost udziału osób w starszych grupach wieku (w wieku 60 i więcej lat), wzrost liczby osób niepełnosprawnych, wzrost udziału kobiet oraz wzrost poziomu wykształcenia społeczeństwa. Niemal wszystkie czynniki społeczno - demograficzne wpływające na wzrost zapotrzebowania na usługi ochrony zdrowia wystąpią w okresie objętym prognozą.

Stan usług zdrowotnych w Polsce kształtuje się w wyniku zmian w finansowaniu i organizacji ochrony zdrowia. Od 1999 r. w związku z reformą organizacji i finansowania ochrony zdrowia w budżecie państwa znajduje się tylko około 20% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, pozostałe znajdują się w dyspozycji kas chorych. Powstała znaczna niespójność między zobowiązaniami konstytucyjnymi państwa, a możliwością ich realizacji. Państwo zobowiązało się do dostarczenia wszystkim obywatelom bezpłatnych usług ochrony zdrowia, lecz ponad 80 % środków na ochronę zdrowia przekazało do dyspozycji samodzielnym kasom chorych. Państwo utraciło instrumenty finansowe realizacji zadań w ochronie zdrowia. Organy państwa dysponują bardzo słabymi instrumentami oddziaływania na kasy chorych tak, aby realizowały one określony kierunek polityki zdrowotnej państwa.

- Reforma systemu administracyjnego kraju obowiązkiem dostarczenia dochodu i opieki obciążyła samorzady gmin i powiatów. Gminy zostały zobowiązane do udzielenia pomocy materialnej i usług w miejscu zamieszkania, natomiast powiaty do udzielenia w razie potrzeby opieki w formie instytucjonalnej. Realizacja usług w zakresie stacjonarnej opieki nad ludźmi starymi została powierzona samorządom powiatowym i powiat został zobowiązany do utrzymania placówek opieki stacjonarnej dla osób, które ze względu na stan zdrowia i wiek muszą korzystać z usług opieki stacjonarnej. Wzrost kosztów utrzymania gospodarstwa domowego oraz wzrost opłat i podatków lokalnych, a jednocześnie spadek realnej wartości świadczeń z ubezpieczenia społecznego może wywołać wzrost zapotrzebowania na ten kosztowny rodzaj opieki. Przeciętny koszt utrzymania pensjonariusza w domu pomocy społecznej przekracza wartość przeciętnego wynagrodzenia. Dlatego tylko niespełna 5% podopiecznych domów pomocy społecznej pokrywało w 1999 r. pełne koszty utrzymania, pozostali w różnym stopniu partycypowali w ponoszeniu kosztów (płacili wartość $\frac{3}{4}$ renty lub emerytury).
- Wnioski.
 Procesy starzenia się ludności, które nasilą się w perspektywie najbliższych 30 lat wymuszają inne podejście do podziału PKB. Wzrost o blisko 10 p. proc udziału ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększy wydatki publiczne na zaspokojenie potrzeb ludzi starych w zakresie: dostarczenia dochodu na utrzymanie gospodarstwa domowego, dostarczenie usług opieki stacjonarnej i środowiskowej oraz na dostarczenie usług ochrony zdrowia w zakresie leczenia i rehabilitacji.
 Podjęte reformy systemowe w ubezpieczenia społecznych, ochronie zdrowia i reforma administracyjna oceniane z punktu widzenia dostosowania ich celów i zasad działania do potrzeb starzejącej się ludności budzą wiele wątpliwości. Konieczna zatem staje się ponowna ocena ich skutków uwzględniająca problemy starzenia się społeczeństwa i narastających kosztów dostarczenia dochodów i usług. Konieczne staje się poszukiwanie takich form organizacyjnych, które byłyby efektywniejsze i skuteczniejsze w rozwiązywaniu problemów ludzi starych, niż zastosowane dotychczas. Przyjmując dotychczas stosowane rozwiązanie można stwierdzić, udział PKB w wydatkach na zabezpieczenie potrzeb ludzi starych

wzrosły w stosunku do wydatków z 2000 r. o około 10 p. proc. przy utrzymaniu obecnego poziomu zaspokojenia potrzeb.

Poszukiwanie nowych form organizacyjnych i trwałych rozwiązań systemowych musi uwzględniać obowiązujące zasady, rozwiązania i doświadczenia krajów Unii Europejskiej oraz specyficzne dla polskiego społeczeństwa stosunki rodzinne. Niektóre z zastosowanych w reformach rozwiązań wymagają ponownej krytycznej oceny. Przyjęta w reformie ubezpieczeń społecznych zasada obniżania relacji wynagrodzenie-emerytura, obniżanie wartości realnej świadczeń społecznych z ubezpieczenia społecznego nie zmniejszy wydatków publicznych na świadczenia, ani wydatków na świadczenie pomocy społecznej i organizacji usług na rzecz osób starych

i niepełnosprawnych. Wydatki publiczne związane z zabezpieczeniem potrzeb ludzi starych trzeba oceniać łącznie i dłuższym czasie.

Wobec zgłoszonych w trakcie dyskusji szeregu uwag, wniosków i postulatów RRL zdecydowała o powołaniu zespołu ds. projektu stanowiska pod przewodnictwem autorki projektu Pani prof. Józefiny Hrynkiewicz, która na posiedzeniu Prezydium RRL przedstawi jego nowy projekt.

Prezydium RRL na posiedzeniu w dniu 16.12.2002r. zdecydowało o wstrzymaniu prac nad projektem wobec braku jednomyślności i kontrowersyjnych stanowisk członków RRL motywując to koniecznością zakończenia legislacyjnej sfery systemu emerytalnego ze szczególnym uwzględnieniem wypłat emerytur z systemu kapitałowego, łączenia prawa do emerytury i renty, z tytułu niezdolności do pracy i funkcjonowania emerytur pomostowych.

Ad 3)

Przedstawiona informacja o harmonogramie konferencji naukowych i seminariów w ramach I Kongresu Demograficznego w Polsce obejmowała przebieg i realizację zaplanowanych na 2002 rok konferencji i seminariów tematycznych poświęconych najważniejszym czynnikom rozwoju demograficznego Polski, a w tym: warunkom życia rodzin, zdrowiu obywateli, edukacji, sytuacji mieszkaniowej, pracy, ekologii oraz czynnikom kulturowym, a także seminariów regionalnych poświęconych problemom demograficznym współczesnej Polski.

Ad 4)

RRL przyjęła koncepcję raportu o sytuacji demograficznej Polski w latach 2001-2002.

W XXVI raporcie Rządowej Rady Ludnościowej pierwsze pięć rozdziałów ma układ tradycyjny nawiązujący do poprzednich raportów – w ten sposób zostaje zachowana ciągłość analiz, porównań i ocen podstawowych procesów demograficznych. Nie bez znaczenia są tu pewne przyzwyczajenia odbiorców raportu. Rozdział szósty będzie poświęcony omówieniu wybranych wyników badania retrospektywnego zrealizowanego w roku 2001 przez Instytut Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym na temat: "Ocena zmian w postawach i zachowaniach reprodukcyjnych młodego i średniego pokolenia Polek i Polaków i ich wpływu na proces formowania i rozpadu rodzin i gospodarstw domowych".

Obserwowane w Polsce przez ostatnią dekadę radykalne przemiany demograficzne objawiające się, między innymi, spadkiem płodności i liczby urodzeń, opóźnieniem zawierania związków małżeńskich i decyzji o posiadaniu dzieci, wzrostem urodzeń pozamałżeńskich upodabniają przebieg procesów ludnościowych do występujących już wcześniej kierunków zmian w krajach zachodnioeuropejskich. Ciągłe nie rozstrzygnięta została kwestia czy te zmiany oznaczają początek tak zwanego drugiego przejścia demograficznego w Polsce (któremu to przejściu podlegają populacje Zachodniej Europy), czy też występują w efekcie działania czynników o charakterze socjo-ekonomicznym, jak np. bezrobocie, które wcześniej w Polsce nie miały miejsca. Jest to zasadnicze pytanie o charakter przemian – jeśli sytuują się one w drugim przejściu demograficznym, oznacza to między innymi głębokie i trwałe zmiany w postawach i poglądach młodych i średnich generacji Polek i Polaków na formowanie rodzin i przyszłe ich decyzje demograficzne. Jeśli zaś odbywają się pod wpływem bieżących, społecznych czy ekonomicznych determinant, mogą być wkrótce odwracalne i wyrażać tylko pewną zmianę procesów ludnościowych.

Ad 5)

Na inauguracyjnym posiedzeniu Rządowa Rada Ludnościowa w nowym składzie przyjęła sprawozdanie z działalności RRL za rok 2001, program pracy na lata 2002/2003 oraz projekt tematów Biuletynu nr 47, wydawany corocznie przez Sekretariat RRL.

b) w dniu 30 września przedmiotem posiedzenia plenarnego był:

1. Projekt stanowiska RRL w sprawie dokumentów Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej dotyczących:
 - projektu „Założenia ustawy o świadczeniach rodzinnych”,
 - projektu „Strategia polityki społecznej 2002-2005”.
2. Wnioski i zalecenia do raportu 2000-2001 „Sytuacja demograficzna Polski” przyjęte na posiedzeniu plenarnym (21.06.2002 r.) i zatwierdzone przez Prezydium RRL.

Ad 1)

W związku z przedłożonymi przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej dokumentami projektów „Założeń do ustawy o świadczeniach rodzinnych” i „Strategia polityki społecznej 2002-2005” RRL uznała, iż projekty te mają dużą wagę dla kształtowania warunków rozwoju demograficznego Polski. W związku z tym na podstawie §3 ust. 6 Zarządzenia Nr 57 Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 kwietnia 2002 r. w sprawie powołania Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej i z uwagi na wagę tej problematyki dla polityki ludnościowej Rządowa Rada Ludnościowa przedłożyła Komitetowi Rady Ministrów do w/w dokumentów swoje stanowisko wypracowane na posiedzeniu plenarnym Rządowej Rady Ludnościowej w dniu 30 września 2002 r. (załączniki nr 1 i nr 2).

Ad 2)

Wnioski i zalecenia do raportu 2000-2001 „Sytuacja demograficzna Polski” zostały przyjęte wraz Raportem 2000-2001 na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów w dniu 19 grudnia 2002 r. i zaakceptowany na posiedzeniu Rady Ministrów w dniu 14. 01. 2003 r. (załącznik nr 3).

II. Informacja Rządu o sytuacji demograficznej kraju dla Sejmu RP.

Informacja Rządu o sytuacji demograficznej kraju przedstawiona przez Przewodniczącego RRL na posiedzeniu Komisji Polityki Społecznej i Rodziny w dniu 24.04.2002 r. oraz na 26 posiedzeniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 19.07.2002 r. (załącznik nr 4).

III. Udział w Komisji ds. Ludności ONZ.

Dzięki staraniom Rządowej Rady Ludnościowej i Ministerstwa Spraw Zagranicznych, Polska została wybrana do Komisji ds. Ludności ONZ na lata 2001-2004.

W dniach 1 - 5 kwietnia b.r. odbyła się w siedzibie ONZ w Nowym Jorku 35 sesja Komisji Ludności i Rozwoju. Ze względu na to, że Polska jest stałym członkiem tej Komisji w latach 2001 - 2004, Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej zaproponował skład delegacji Rządu RP na tę sesję.

Głównym punktem porządku obrad 35 sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ były zagadnienia związane ze zdrowiem prokreacyjnym, zwłaszcza wymiana doświadczeń w walce z HIV/AIDS. Związane to było z decyzją tej Komisji o ustaleniu na 2002 rok właśnie tego tematu jako wiodącego w toku przeglądu realizacji Planu Działania przyjętego na Konferencji ONZ w Kairze w 1994 roku i oceną rezultatów jego wdrażania dokonaną na XXI Sesji Nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w 1999 roku.

Sprawozdanie z wyjazdu delegacji Rzeczypospolitej Polskiej na 35 Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, Nowy Jork 1-5. 04. 2002 r. zawiera załącznik nr 5.

IV. Udział w pracach Europejskiego Komitetu Ludnościowego.

Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej reprezentują Polskę w Europejskim Komitecie Ludnościowym i Europejskiej Sieci Ludnościowej Rady Europy w Strasbourgu. Zgodnie z przyjętymi przez Radę Europy regułami przedstawiciel Polski bierze udział w pracach Europejskiego Komitetu Ludnościowego w latach 2002-2003 na prawach stałego członka.

W dniach 3-5 czerwca 2002 roku w Strasbourgu odbyło się posiedzenie Europejskiego Komitetu Ludnościowego Rady Europy, w którym udział wziął dr hab. Andrzej Ochocki – Sekretarz Generalny RRL.

Głównymi celami posiedzenia były.:

1. Wybór nowego przewodniczącego i zastępcy EKL Rady Europy. Przewodniczącym został Pan Aidan Punch z Irlandii, jego zastępcą Pan Richard Gisser z Austrii.
2. Omówienie programu badawczego Europejskiego Komitetu Ludnościowego na 2002 r.
3. Prace nad wspólnym kwestionariuszem migracyjnym.
 - Współpraca z Europejskim Komitetem do spraw Migracji.
 - Wykorzystanie danych dotyczących migracji w działalności Europejskiego Komitetu Ludnościowego.
4. Prezentacja wstępnych raportów czterech grup roboczych działających w roku 2002
 - I. The Active Population (Ludność aktywna zawodowo) – Kotowska , Palomba;

- II. Very Low Fertility (Bardzo niska płodność) – Frątczak, Keilman
 - III. Active Ageing (Aktywne starzenie się) – Maskova, Avramow
 - IV. Reproductive Health (Zdrowie prokreacyjne) – Bajos, Kontula.
5. Prezentacja raportu dotyczącego demograficznych skutków przemian gospodarczych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej.

W dniach 27 – 29 listopada 2002 r w Strasburgu odbyło się posiedzenie Europejskiego Komitetu Ludności Rady Europy (CAHP). Z ramienia Rządowej Rady Ludnościowej Polskę reprezentowała Lucyna Nowak - zastępca dyrektora departamentu Statystyki Społecznej w Głównym Urzędzie Statystycznym. Organizatorem czwartego spotkania (CAHP 4) był Wydział Społecznej Kohezji (Spójności) Sekretariatu Rady Europy. Spotkaniu przewodniczył Aidan PUNCH, przedstawiciel Centralnego Urzędu Statystycznego w Irlandii oraz (w zastępstwie) Richard Gisser, przedstawiciel Urzędu Statystycznego w Austrii. W spotkaniu uczestniczyli stali przedstawiciele państw członkowskich Rady Europy (obecnych było 21 przedstawicieli z poszczególnych krajów), przedstawiciele Zespołu Parlamentarnej Rady Europy, Komisji Europejskiej, Europejskiego Komitetu Społecznej Kohezji (CDCS), Europejskiego Komitetu d/s Migracji (CDMG), Europejskiego Kongresu Władz Regionalnych i Lokalnych (CLRAE) obserwatorzy z Białorusi, Jugosławii, Stolicy Apostolskiej, przedstawiciele międzynarodowych organizacji takich jak: OECD, ODE, EKG ONZ i WHO oraz organizacji pozarządowych. Ponadto w spotkaniu brali udział konsultanci Komitetu (7 osób) - przedstawiciele środowisk naukowo – badawczych z poszczególnych krajów. Program spotkania obejmował następujące podstawowe tematy:

- 1) Prezentację oraz dyskusję raportów problemowych, opracowanych przez konsultantów Komitetu. Na spotkaniu przedstawiono sześć raportów, pozostałe są nadal w opracowaniu. Wśród Autorów raportów są dwie osoby z Polski, a mianowicie dr hab. prof. SGH Irena E. Kotowska oraz dr hab. prof. SGH Ewa Frątczak. Tematyka poszczególnych raportów dotyczyła: a) aktywności ekonomicznej ludności, b) starzenia się ludności, c) niskiego poziomu dzietności oraz d) zdrowia reprodukcyjnego w kontekście wybranych aspektów polityki społecznej.
- 2) Przygotowanie programu działania Komitetu na 2003 rok, w tym wybór konsultantów – autorów raportów, przewidzianych do opracowania w 2003 roku. Tematyka

kolejnych raportów będzie następująca: a) aktywności ekonomicznej ludności w powiązaniu z międzynarodowym rynkiem pracy, b) zdrowia reprodukcyjnego młodych Europejczyków, c) demograficznej charakterystyki ludzi starszych oraz d) demograficznych implikacji wynikających ze społecznych wykluczeń w krajach Wschodniej Europy.

- 3) Przedstawienie stanu przygotowań do Europejskiej Konferencji Ludnościowej, przewidzianej na 2003 rok.
- 4) Omówienie modyfikacji Rocznika Statystycznego Rady Europy.
- 5) Omówienie innych tematów o charakterze organizacyjnym.

V. Współpraca z UNDP.

RRL za pośrednictwem sekretariatu RRL współpracuje z UNDP. W 2002 r. współpraca ta skupiała się na przygotowaniach do I Kongresu Demograficznego w Polsce. Pan Colin Glennie – Stały Koordynator Systemu ONZ w Polsce jest członkiem Komitetu Kongresu.

RRL wraz z Funduszem Ludnościowym ONZ (UNFPA) jest sygnatariuszem umowy (podpisanej w dniu 24.02.2000r.), w ramach której realizowany jest program szkoleniowy dla pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą. W 2001 roku szkolenie ukończyło 473 pielęgniarki uzyskując certyfikat w dziedzinie pełnej edukacji seksualnej, która zawiera informację na temat zdrowia prokreacyjnego, chorób przenoszonych drogą płciową oraz prewencji HIV/AIDS. Program zawierał dodatkowy komponent, jak rozpoznać dziecko i jak pomóc dziecku, gdy doznaje przemocy w rodzinie. Zakończenie programu szkolenia pielęgniarek zaplanowano w 2002 roku.

Rządowa Rada Ludnościowa zwróciła się z prośbą do Pana Colina Glennie Stałego Przedstawiciela UNDP w Polsce o wyrażenie zgody na powtórzenie programu UNFPA realizowanego w Polsce w latach 2000-2002 pod tytułem „Szkolenie dla pielęgniarek szkolnych i pediatrycznych na temat zdrowia prokreacyjnego, chorób przenoszonych drogą płciową i profilaktyki HIV/AIDS”.

Dotychczas realizowany program adresowany do 700 pielęgniarek (300 szkolnych i 400 pediatrycznych) spotkał się z bardzo wysoką oceną zarówno środowiska pielęgniarskiego jak i sygnatariusza umowy Rządowej Rady Ludnościowej.

Problematyka ochrony zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej jest przedmiotem zainteresowania zarówno w pracach Rządowej Rady Ludnościowej, jak i I Kongresu Demograficznego w Polsce. Zagadnieniom tym poświęcona była jedna z konferencji

tematycznych I Kongresu pt. „Medycyna Szkolna – główne problemy i kierunki rozwiązań systemowych”. Rządowa Rada Ludnościowa mając na uwadze zapewnienie harmonijnego rozwoju i poprawę stanu zdrowia populacji szkolnej poświęciła w ostatnich latach wiele uwagi problematyce odtworzenia i dostosowania do aktualnych warunków społeczno-ekonomicznych systemu medycyny szkolnej. Rząd Polski podjął w ostatnich tygodniach decyzje o reaktywowaniu w Polsce profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w szkole. Powtórzenie projektu „Szkolenie pielęgniarek z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, problemów dojrzewania i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową” byłoby pomocne w realizacji programu Rządu.

W grudniu 2002 roku odbyła się konferencja ewaluacyjna projektu pod patronatem Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA), w której udział wziął Przewodniczący RRL.

VI. I Kongres Demograficzny w Polsce.

Głównym organizatorem I Kongresu Demograficznego, pod głównym tytułem „Polska a Europa; Procesy demograficzne u progu XXI wieku” była Rządowa Rada Ludnościowa. Kongres zorganizowany został pod patronatem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Aleksandra Kwaśniewskiego. Seminaria, konferencje oraz imprezy towarzyszące odbyły się w kolejnych miesiącach 2001 i 2002 roku (załącznik nr 6).

W dniach 25-26 listopada 2002r. w Warszawie odbyła się sesja końcowa I Kongresu Demograficznego w Polsce. W trwającej dwa dni Sesji Końcowej I Kongresu Demograficznego w Polsce udział wzięli: Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Pan Aleksander Kwaśniewski, przedstawiciele parlamentu z Marszałkiem Senatu RP Longinem Pastusiakiem, Rządu, Episkopatu, ministrowie Kancelarii Prezydenta RP, osobistości świata nauki, reprezentanci organizacji publicznych i niepublicznych stowarzyszeń oraz media.

Pierwsza część obrad odbywała się w Pałacu Prezydenckim, podczas której Przewodniczący RRL Zbigniew Strzelecki, Przewodniczący Komitetu podziękował Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej Panu Aleksandrowi Kwaśniewskiemu za objęcie honorowego patronatu nad I Kongresem Demograficznym, podziękował również Komitetowi Honorowemu Kongresu, w skład którego weszli: Premier Rzeczypospolitej Polskiej – Leszek Miller, Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej – Marek Borowski, Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej – Longin Pastusiak, Prymas Polski –

Ks. Kardynał Józef Glemp oraz Przedstawiciel Organizacji Narodów Zjednoczonych Colin Glennie, powitał również zaproszonych gości.

Następnie głos zabrał Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pan Aleksander Kwaśniewski. Po wystąpieniu Prezydenta głos zabrali: Prezes Głównego Urzędu Statystycznego - Tadeusz Toczyński - „Narodowy Spis Powszechny 2002–wyzwanie dla społeczeństwa”, Przewodniczący Komitetu Kongresu - dr hab. *prof. SGH*, Zbigniew STRZELECKI - „Europa – Polska. Stan i perspektywy demograficzne (1980-2050)”, Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN - prof. dr hab. Janina Józwiak - „Proces starzenia się ludności wyzwaniem XXI wieku” oraz Dyrektor Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie - prof. dr hab. Zbigniew Religa - „Zdrowie, umieralność a polityka ludnościowa. Polska – Europa”. Pan Prezydent Aleksander Kwaśniewski zwrócił się z apelem do polityków o wzięcie pod uwagę i realizację zagadnień będących przedmiotem wystąpień referentów oraz wyników NSP 2002.

Druga część sesji odbyła się w Bibliotece Narodowej, gdzie Minister Zbigniew Strzelecki odczytał adres Pana Premiera Leszka Millera, podzielił się z zebranymi treścią listu od patrona honorowego I Kongresu Demograficznego w Polsce Kardynała Józefa Glempla oraz zaprosił do wystąpienia przedstawiciela UNDP w Polsce, pana Colina Glennie. Kolejnym punktem obrad były sesje tematyczne prowadzone przez:

- dr hab. Ewa FRĄTCZAK *prof. SGH* pt. „Płodność. Rodzina: Polska – Europa”,
- Prof. dr hab. Janusz WITKOWSKI pt. „Rynek pracy – migracje: Polska – Europa”,
- Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz, Prof. dr hab. Janusz Balicki, dr hab. Andrzej OCHOCKI *prof. UKSW* –pt. „Procesy demograficzne – polityka społeczna. Polska – Europa”,
- Prof. dr hab. Lucyna FRĄCKIEWICZ pt. „Starzenie się ludności. Polska – Europa”,
- Prof. dr hab. Janusz SZYMBORSKI pt. „Zdrowie, umieralność, polityka ludnościowa. Polska –Europa”,

Kolejnym punktem obrad I Kongresu Demograficznego był panel z udziałem przedstawicieli rządu. Celem panelu była próba sformułowania odpowiedzi na pytania: Czy powinno się prowadzić aktywną politykę, przeciwdziałającą pogarszającej się sytuacji demograficznej? Czy powinno się i w jaki sposób przeciwdziałać skutkom starzenia się społeczeństwa i zagwarantować bezpieczeństwo socjalne osobom w wieku poprodukcyjnym?

Do wzięcia udziału zaproszono przedstawicieli tych urzędów centralnych, które mają największy wpływ i możliwości w tym zakresie. W panelu zadeklarowali udział: prof. dr hab. Jerzy Hausner (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej), Krystyna Łybacka (Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu), Zenon Kosiniak – Kamysz (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji), Stanisław Żelichowski (Ministerstwo Środowiska), Generalny Inspektor Antoni Kowalczyk (Komenda Główna Policji), prof. dr hab. Mirosław Pietrewicz (Rządowe Centrum Studiów Strategicznych), dr Marek Szonert (Urząd ds. Repatriacji i Cudzoziemców), prof. dr hab. Jerzy Kołodziejczak (Polska Akademia Nauk), prof. dr hab. Marek Bryx (Ministerstwo Infrastruktury).

Udział w panelu wzięli: Agnieszka Chłoń-Domińczak dyrektor departamentu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Hanna Kuźnicka Wiceminister w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu, prof. dr hab. Mirosław Pietrewicz Prezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych, dr Marek Szonert, Dyrektor Departamentu w Urzędzie do spraw Repatriacji i Cudzoziemców, prof. Leszek Kuźnicki z Polskiej Akademii Nauk oraz prof. Marek Bryx, Wiceminister w Ministerstwie Infrastruktury, Prezes Urzędu Mieszkalnictwa i Rozwoju Miast.

I Kongres Demograficzny w Polsce zakończył się przyjęciem **Deklaracji Kongresu** (załącznik nr 7).

VII. Prace sekretariatu RRL.

Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej opublikował kolejny numer Biuletynu.

Biuletyn numer 47 Rządowej Rady Ludnościowej rozpoczyna się wspomnieniem o prof. dr hab. Jerzym Z. Holzerze, który nagle zmarł w 2001 roku. Jako wieloletni członek Rządowej Rady Ludnościowej, a od 1998 r. jej Wiceprzewodniczący wspierał prace Rządowej Rady Ludnościowej służąc jej wiedzą i doświadczeniem. Wiedzą z zakresu demografii służył także Pan Profesor organom Rady Ministrów oraz sprawom Polski, zwłaszcza uczestnicząc w pracach agend i Komisji ONZ oraz Rady Europy.

Na treść „Biuletynu” składają się:

- Wspomnienie poświęcone prof. dr hab. Jerzemu Z. Holzerowi
- Informację z Sesji Inauguracyjnej I Kongresu Demograficznego w Polsce, która odbyła się 15 września 2001 roku.

- Bieżącą informację rządu o sytuacji demograficznej kraju przedstawioną na posiedzeniu Komisji Polityki Społecznej i Rodziny w dniu 24 kwietnia 2002 roku.
- Sprawozdanie z udziału delegacji polskiej w posiedzeniu 35 Sesji ONZ Komisji ds. Ludności i Rozwoju.
- Informacje o bieżących pracach Rządowej Rady Ludnościowej.

Sekretariat RRL w 2002 r. (w którym zaangażowane są 2 etaty –1/2 etatu Sekretarz Generalny 1 etat główny specjalista i 1/2 etatu główny specjalista) wykonuje merytoryczne, organizacyjne, techniczne i kancelaryjno-biurowe zadania związane z działalnością Rządowej Rady Ludnościowej. Do zakresu działania Sekretariatu Rządowej Rady Ludnościowej należy w szczególności:

- 1) opracowywanie okresowych (corocznych) projektów raportów o sytuacji demograficznej kraju i ich przedkładanie do rozpatrzenia na plenarnym posiedzeniu Rządowej Rady Ludnościowej,
- 2) opracowywanie i wydawanie Biuletynu i innych materiałów informacyjnych Rządowej Rady Ludnościowej,
- 3) opracowywanie projektów okresowych planów pracy Rządowej Rady Ludnościowej,
- 4) opracowywanie projektów preliminarzy budżetowych Rządowej Rady Ludnościowej,
- 5) wstępna ocena informacji, wniosków i projektów przedstawianych Rządowej Radzie Ludnościowej przez ministrów, kierowników urzędów centralnych oraz inne instytucje i organizacje społeczne,
- 6) opiniowanie projektów aktów normatywnych związanych z realizacją polityki ludnościowej,
- 7) sporządzanie sprawozdań z prac Rządowej Rady Ludnościowej,
- 8) przygotowywanie materiałów na posiedzenia plenarne Rządowej Rady Ludnościowej oraz na posiedzenia jej Prezydium,
- 9) sporządzanie protokółów z posiedzeń plenarnych Rządowej Rady Ludnościowej i z posiedzeń jej Prezydium,
- 10) współpraca z instytucjami krajowymi i zagranicznymi w sprawach należących do zakresu działania Rządowej Rady Ludnościowej,
- 11) wykonywanie innych zadań związanych z działalnością Rządowej Rady Ludnościowej, zleconych przez jej Przewodniczącego.

Prezydium RRL obradowało na czterech posiedzeniach (01.03., 22.03., 22.05. i 16.12.2002 r.) oraz na sześciu posiedzeniach członków Komitetu Kongresu Demograficznego (10.06., 18.06., 29.08., 30.10., 15.11. i 21.11.2002r.). Protokoły z posiedzeń plenarnych i posiedzeń prezydium dokumentują całokształt prac Rządowej Rady Ludnościowej w 2002 roku.

Sekretariat RRL w 2002 r. aktywnie uczestniczył w realizacji programu I Kongresu Demograficznego i w organizacji Sesji Końcowej. Był również zaangażowany w prace związane z przygotowaniem merytorycznym i organizacyjnym I Kongresu Demograficznego w Polsce.

Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej
dotyczące projektu „Założeń ustawy o świadczeniach rodzinnych”
podjęte na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 30 września 2002 r.

Rządowa Rada Ludnościowa uważa, że polityka rodzinna państwa ma doniosłe znaczenie dla kształtowania warunków rozwoju demograficznego Polski. Stąd projekt „Założeń ustawy o świadczeniach rodzinnych” będący jej wyrazem ma duże znaczenie dla ukształtowania przyszłego oblicza demograficznego Polski, bowiem świadczenia rodzinne są podstawowym instrumentem polityki rodzinnej.

Rządowa Rada Ludnościowa uważa za niezbędne, aby w preambule projektu „Założeń ...” uwzględnić zapisy zawarte w Konstytucji RP, główne założenia polityki rodzinnej Rządu RP i Międzynarodowej Konwencji o Prawach Dziecka.

Rządowa Rada Ludnościowa docenia wysiłek Ministra Pracy i Polityki Społecznej mający na celu ogromne przedsięwzięcie jakim jest porządkowanie instrumentów polityki społecznej.

Rządowa Rada Ludnościowa generalnie ocenia pozytywnie próbę uporządkowania systemu świadczeń rodzinnych. Podstawa takiego stanowiska wynika z faktu, że projekt jest próbą uporządkowania istniejących rozwiązań prawnych w zakresie świadczeń rodzinnych, uproszczenia funkcjonowania systemu, oparcia go na jednolitym kryterium dochodowym. Istotnym rozwiązaniem jest poszerzenie świadczeniobiorców o rolników.

Zaletą propozycji jest próba integracji świadczeń oraz wyraźne ich zaadresowanie oparte na sformułowaniu zadań oraz realnych środków ich realizacji. Podstawowe założenia nowego systemu świadczeń rodzinnych są zgodne z kierunkiem rozwiązań w unijnej polityce rodzinnej. Chodzi przede wszystkim o zachowanie odrębności systemu pomocy społecznej od systemu świadczeń rodzinnych i nie powielania się tych świadczeń, co jest szczególnie ważne przy ograniczonych możliwościach budżetu państwa.

Jednocześnie Rządowa Rada Ludnościowa pragnie zwrócić uwagę na wątpliwości dotyczące projektowanych rozwiązań.

a) w zakresie proponowanych rozwiązań legislacyjnych

1. wątpliwość budzi przejście z poziomu gminy na poziom powiatu, co oznacza oddalenie indywidualnych wnioskodawców od organów przyznających i realizujących świadczenia. Wymagać to będzie ponadto opracowania szczegółowego harmonogramu działań (np. organizacja bazy danych, szkolenie pracowników). Rządowa Rada Ludnościowa proponuje pozostawienie organizacji na poziomie gminy.

2. w przedstawionym projekcie nie jest jasne, jakim systemem zostanie zastąpiony system świadczeń z Funduszu Alimentacyjnego, które odgrywają ważną rolę w polityce rodzinnej Państwa. Ponadto Fundusz Alimentacyjny spełnia istotną rolę w utrzymaniu samodzielności ekonomicznej rodzin niepełnych. Zmiany wprowadzone w 2000 r. wyeliminowały z FA nieuzasadnione wydatki na wysokie świadczenia. W tym świetle sprawą, wymagającą głębszego opracowania, jest proces odchodzenia od obecnego systemu świadczeń alimentacyjnych i wprowadzenia w to miejsce nowych regulacji. Rządowa Rada Ludnościowa opowiada się za utrzymaniem Funduszu Alimentacyjnego.

3. projekt zakłada termin wprowadzenia w życie ustawy na 1 września 2003 r. Zdaniem Rządowej Rady Ludnościowej jest to okres zbyt krótki, gdyż ustawa ta naruszy wiele uprawnień osób, które korzystają ze świadczeń, a koszty przywracania naruszonych uprawnień mogą być znaczne. Dotyczy to w szczególności uprawnień znajdujących się w systemie ubezpieczeniowym (w stosunku do których obowiązują zasady ochrony praw nabytych oraz zasady ochrony praw w trakcie nabywania).

b) w zakresie uzasadnienia proponowanych rozwiązań

1. projektowane rozwiązania głęboko ingerują w system ubezpieczeń społecznych oraz w system pomocy społecznej. Należałoby przedstawić uzasadnienie tak daleko posuniętej zmiany w systemach: ubezpieczeń społecznych i pomocy społecznej.

2. założone w projekcie rozwiązania mówiące, iż pomoc będzie dostarczana selektywnie i tylko w postaci transferów socjalnych, poza deklaracją, że jest to system sprawiedliwy, jedynie możliwy oraz efektywny nie ma przedstawionych żadnych dodatkowych argumentów wskazujących zasadność wprowadzenia projektowanego rozwiązania.

Projektowana ustawa tworzy nowe kategorie podopiecznych systemu socjalnego państwa, którzy nabywają prawo do świadczeń pieniężnych. Z doświadczeń polityki społecznej innych krajów (tzw. krajów dobrobytu) wynika, że realizacja takiej koncepcji zawsze prowadzi do uzależnienia wielu kategorii społecznych od świadczeń socjalnych państwa. Dlatego też projektowane rozwiązanie musi przewidywać skutki zastosowanych

rozwiązań, tak ekonomiczne (koszty), jak i społeczne (postawy, zachowania, motywacja do pracy).

3. w celu określenia skuteczności proponowanych rozwiązań w zwalczaniu ubóstwa należałoby oszacować ile rodzin zostanie wycofanych z systemu pomocy społecznej, a nie znajdzie się w systemie świadczeń rodzinnych. Wynik takiego porównania - powiązany z przedstawionymi w projekcie kosztami wdrożenia ustawy - dałby podstawę do szacunku zmiany zasięgu ubóstwa,

4. kompleksowa ocena projektu „Założeń...” byłaby możliwa po przedstawianiu całej koncepcji polityki państwa wobec rodziny oraz po wskazaniu miejsca świadczeń pieniężnych w koncepcji tej polityki.

c) w zakresie obszaru regulacji

1. projektowane rozwiązania koncentrują się na świadczeniach finansowych na rzecz rodziny. Tymczasem projekt świadczeń na rzecz rodziny powinien być bardziej kompleksowy. Zatem ustawa o świadczeniach rodzinnych powinna uwzględniać całokształt zintegrowanych działań na rzecz rodziny, do których należy zaliczyć m.in.: system infrastruktury opieki nad dzieckiem, w tym: funkcjonowanie żłobków, przedszkoli, świetlic, system stypendialny dla dzieci; system opieki medycznej i psychologicznej nad dziećmi; system pomocy socjalnej dla uczniów (wyżywienie, kolonie); sytuację mieszkaniową rodzin; zagadnienie przemocy w rodzinie; system organizacji pozarządowych działających na rzecz rodziny, itd.

2. efektywny i sprawiedliwy system wymaga stosowania różnych form pomocy, poza transferami socjalnymi (świadczeniami pieniężnymi) można stosować system ulg podatkowych, świadczeń rzeczowych, organizować usługi powszechnie dostępne itp. Jeden rodzaj form pomocy przy bardzo zróżnicowanych potrzebach może okazać się nie tylko nieefektywny (marnotrawny), ale i niesprawiedliwy, bo uwzględnia tylko ograniczone kryteria (głównie dochód rodziny).

Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej dotyczące projektu dokumentu programowego pt. “Strategia Polityki Społecznej 2002-2005” podjęte na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 30 września 2002 r.

1. Polityka społeczna i konkretne jej rozwiązania oraz instrumenty mogą korzystnie lub wręcz przeciwnie, kształtować warunki dla rozwoju demograficznego. Z drugiej zaś strony to charakterystyki rozwoju demograficznego określają większość zadań polityki społecznej.
2. Rządowa Rada Ludnościowa w tym kontekście z uznaniem odnotowuje rozpoczęcie prac nad strategią polityki społecznej, czego wyrazem jest “Strategia Polityki Społecznej 2002-2005” podejmująca próbę ujęcia istotnych dla polityki społecznej zagadnień, które od dawna czekają na systemowe rozwiązania. Jednakże Rada stwierdza, że projekt “Strategii Polityki Społecznej 2002-2005” dotyczy tylko wąskiego problemu związanego z pracą i zabezpieczeniem społecznym. Jest to niewątpliwie zaledwie część, ważnych zagadnień z polityki społecznej, która powinna obejmować zakres znacznie szerszy – ochronę zdrowia, edukację, mieszkalnictwo, zapobieganie patologii społecznej, ubóstwu i marginalizacji społecznej i inne. Rada stoi na stanowisku, że strategia powinna zawierać wszystkie obszary polityki społecznej. Strategia polityki społecznej nie może składać się z kilku dokumentów cząstkowych odpowiadających kompetencjom resortów.
3. Autorzy projektu słusznie stwierdzają, że polityka społeczna Państwa obowiązana jest gwarantować zapisane w Konstytucji RP prawa socjalne obywateli. Rada zwraca uwagę, że są one jednak znacznie bardziej rozległe niż wynika to z projektu strategii. Nie można też pomijać zadań wynikających z Europejskiej Karty Społecznej, częściowo przez Polskę ratyfikowanej, której artykuły w sposób jednoznaczny określają prawa obywatelskie i dostępność do szeregu świadczeń w odniesieniu do wielu dziedzin polityki społecznej. Sformułowany cel strategiczny polityki społecznej zawiera ważne komponenty, ale brakuje tu syntezy ich realizacji.

4. "Strategia" koncentruje swoją uwagę na problemach zatrudnienia i bezrobocia, są to bowiem najbardziej bolesne skutki zmian ustrojowych. Zdaniem Rady nie można jednak w dokumencie tej rangi pominąć społecznie rozległych skutków nie zrównoważonego rynku pracy, jakimi są: ubożenie coraz liczniejszych grup społecznych, patologizacja oraz konsekwencje demograficzne i zdrowotne tych zjawisk.
5. Ważnym problemem w Strategii jest "Dialog społeczny". Słusznie tej instytucji nadaje się tak ważną rolę w kształtowaniu wizji i realizacji nowej polityki społecznej. Polityka społeczna jest silnie powiązana z gospodarką i polityką, stąd dialog społeczny jest bardzo ważny i konieczny.
6. Rada zauważa, że projekt strategii powstał jakby obok rysujących się bardzo istotnych przeobrażeń demograficznych, które w końcu określają kierunki polityki społecznej. Dotyczy to między innymi malejącej liczby urodzeń, wzrastającej liczby urodzeń pozamałżeńskich, rosnącej liczby ludności pracującej w wieku niemobilnym i rosnącej liczby osób starszych, zwłaszcza w wieku już bardzo zaawansowanym. Stąd znacznie więcej uwagi należałoby poświęcić geriatryzacji społeczeństwa. Rysują się tu potrzeby instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej formy pomocy, wykształcenia wzorem krajów zachodnioeuropejskich odpowiednio dużej liczby pracowników przygotowanych do funkcji asystentów socjalnych wykonujących te zadania jako wolontariusze. Jednocześnie dałoby to możliwości pracy w niepełnym wymiarze czasu poszukującym zatrudnienia kobietom.
7. Rada pragnie podkreślić potrzebę uwzględnienia w "Strategii" problemów o szczególnym znaczeniu:
 - a) opieki medycznej dla dzieci. Polska należy do nielicznych krajów europejskich, w których dzieci i młodzież szkolna jest pozbawiona fachowej opieki pediatrycznej i psychologicznej w przedszkolach i szkołach. Skutki tych zaniedbań powodować mogą wzrost niesprawności najmłodszej generacji, uniemożliwiają pomoc dzieciom i młodzieży w różnych trudnych sytuacjach życiowych, zwłaszcza wśród pochodzących z rodzin problemowych.
 - b) osób niepełnosprawnych. Rosnąca liczba osób niepełnosprawnych będąca skutkiem procesu starzenia, ale również na skutek wypadkowości, rosnących schorzeń psychicznych, a także skala zjawiska wymagają nowych uregulowań,

zwłaszcza w odniesieniu do osób samotnych, pozbawionych wsparcia rodzinnego, a także ludności wiejskiej.

8. Reasumując Rada stwierdza, że "Strategia" może stanowić podstawę do przeprowadzenia szerokiej dyskusji mającej na celu ukształtowanie nowego modelu polityki społecznej w Polsce. Projekt "Strategii" może ułatwić sformułowanie ostatecznej koncepcji tej polityki.

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Sytuacja demograficzna Polski (2000-2001)

WNIOSKI I ZALECENIA

1. Polska znalazła się w fazie niekorzystnego rozwoju demograficznego. Nasila się proces niekorzystnych zmian w relacjach międzypokoleniowych, w wyniku których kolejne pokolenia dzieci będą mniej liczne niż pokolenia ich rodziców, jeśli utrwalą się dotychczasowe zachowania matrymonialne i prokreacyjne społeczeństwa. W latach 1980-2000 spadek (o 50%) poziomu rozrodczości w Polsce był najwyższy spośród państw europejskich. Już w drugiej dekadzie XXI wieku należy spodziewać się stale większej liczby zgonów niż urodzeń oraz spadku liczby ludności Polski. Bezpośrednim tego następstwem będzie nasilenie się demograficznej starości, zjawiska uznawanego powszechnie za jedno z najtrudniejszych wyzwań we współczesnym świecie.

2. Wydłuża się życie ludności Polski, obniża się umieralność, szczególnie niemowląt. Wzrasta jednak zagrożenie chorobami nowotworowymi. Ciągłe jednak poziom umieralności w Polsce jest o wiele wyższy niż w krajach europejskich, a przeciętne trwanie życia krótsze. Przyczyny tego tkwią w problemach zdrowotnych społeczeństwa, a szczególnie matek rodzących, w rozszerzającym się ubóstwie i skali wykluczenia społecznego, skali zachowań zastępczych, skali zagrożeń w ruchu drogowym, niekorzystnych cechach stylu życia ludności, zaniedbaniach w edukacji dotyczących zdrowia rozrodczego oraz z przyczyn wynikających ze stanu środowiska.

3. Zmniejszająca się liczba urodzeń oraz wzrost udziału i liczby urodzeń pozamałżeńskich wskazują na konieczność podjęcia aktywnej polityki mającej na celu stworzenie odpowiednich warunków społecznych i ekonomicznych do powstawania i rozwoju rodzin. Konieczne jest podjęcie kompleksowych badań wyjaśniających zmiany w postawach matrymonialnych i prokreacyjnych młodzieży z drugiego powojennego wyżu demograficznego. Badania takie

powinny wykazać dlaczego występuje zasadnicza różnica między deklarowanymi przez młodzież zamiarami dotyczącymi zawarcia małżeństwa i rozwoju rodziny, a rzeczywistymi zachowaniami. W deklaracjach młodzieży małżeństwo, posiadanie i wychowanie dzieci oraz szczęśliwe życie rodzinne stanowią najwyższą deklarowaną wartość. Trudności w realizacji tych wartości związane są prawdopodobnie ze skalą bezrobocia, brakiem dochodu i mieszkania, a ogólnie - z brakiem warunków do uzyskania stabilizacji zawodowej i życiowej młodego pokolenia. Badania powinny wyjaśnić wagę i znaczenie różnych czynników utrudniających lub uniemożliwiających realizację podstawowych wartości i celów życiowych młodego pokolenia. Potrzebę takiego kierunku badań powinny uwzględnić w swych planach placówki badawcze a Komitet Badań Naukowych w kierunkach finansowania badań.

4. Konieczne jest uwzględnienie w polityce społecznej zagadnień dotyczących uzyskania wykształcenia i zawodu oraz dochodu pozwalającego młodym ludziom na samodzielność ekonomiczną umożliwiającą zakładanie rodziny, posiadanie i wychowanie potomstwa. Kształtowanie procesu stabilizacji zawodowej i życiowej młodzieży z drugiego powojennego wyżu demograficznego wymaga specjalnych działań. Niezwykle trudna dziś sytuacja materialna młodego pokolenia może naruszyć podstawy ładu społecznego, prowadzić do trwałej deformacji struktury demograficznej i struktury społecznej z wieloma nieprzewidywalnymi obecnie konsekwencjami. Działania te winno uwzględnić Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w ramach realizowanych programów we współpracy z odpowiednimi resortami i urzędami centralnymi.

5. Proces kształcenia młodzieży winien uwzględniać zmiany w zasobach pracy oraz zmiany warunków kształtujących popyt na rynku pracy. Obfitość zasobów pracy, jakiego doświadcza Polska w obecnym dziesięcioleciu, po 2015 roku zmienia się w niedobór z powodu niskiego poziomu urodzeń. Zmniejszający się od 1983 r. poziom urodzeń ma zasadniczy wpływ na kształtowanie się zasobów pracy przewidywanych w prognozie do 2030 roku. Zmniejszające się i starzejące zasoby pracy można po części rekompensować wyższym wykształceniem i lepszymi kwalifikacjami tych roczników, które obecnie wchodzi na rynek pracy i będą wchodzić w najbliższych 10 latach. Wymaga to odpowiedniego kształtowania nakładów publicznych na system opieki, wychowania, edukacji, nauki i kultury, tak, aby zgodnie z deklarowanymi

intencjami, ogół młodzieży miał rzeczywisty dostęp do takiego poziomu wykształcenia, jaki jest zgodny z jej aspiracjami, a równocześnie z potrzebami rynku pracy. Wymaga to także wzmocnienia sektora edukacji i nauki, tworzących podstawowe zasoby tego systemu (kwalifikowane kadry, badania naukowe, powszechnie dostępną wiedzę i informację, infrastrukturę materialną i techniczną). Ponadto wymaga to stworzenia systemu pomocy materialnej dla tych rodzin wychowujących dzieci oraz dla uczących się, dla których sytuacja materialna stanowi przeszkodę w realizacji aspiracji edukacyjnych. W rozwiązaniach systemowych finansów państwa należy usuwać bariery, które nie tworzą sprzyjających warunków do inwestowania w edukację i naukę. Nie ma żadnego uzasadnienia wczesne “wysyłanie” młodzieży z systemu edukacyjnego na rynek pracy – skutkuje to wysokim bezrobociem i niskimi kwalifikacjami znaczącej części bezrobotnej młodzieży. Konieczne jest w związku z tym przygotowanie przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Finansów programu stosownych działań i strategii ich finansowania lub uwzględnienie stosownych działań w ramach przygotowywanych programów.

6. Stan i struktura systemu edukacyjnego w Polsce decydują o jakości zasobów pracy. W Polsce ponad 40% rocznika demograficznego nie uzyskuje wykształcenia średniego. Wśród młodzieży rozpoczynającej dorosłe życie z niskim poziomem wykształcenia i kwalifikacji (szkoła podstawowa lub zasadnicza zawodowa) przeważa młodzież wiejska, w tym młodzież z rodzin utrzymujących się z rolnictwa. Przyczyny niskiego poziomu wykształcenia ludności wiejskiej są szeroko opisane: niski poziom nauczania w szkołach wiejskich, środowiskowe różnice kulturowe, niski poziom dochodów rodzin wiejskich i rolniczych, stanowią najistotniejszą barierę dostępu do nauki i kształcenia. Konieczność zmiany struktury zatrudnienia na wsi, tworzenie miejsc pracy poza rolnictwem napotyka na barierę niskiego poziomu wykształcenia i kwalifikacji ludności wiejskiej. Podejmowane w okresie transformacji zmiany w stanie i strukturze kształcenia polegające na komercjalizacji usług edukacyjnych, na przenoszeniu kosztów kształcenia na rodziny i samorządy lokalne zwiększyły różnice w warunkach i dostępności kształcenia między wsią i miastem. Wzmocniony został wpływ cech tzw. przypisanych – miejsca zamieszkania ucznia, wykształcenia jego rodziców, poziomu zamożności rodziny – na osiągnięcia szkolne uczniów i na poziom ich wykształcenia. Sytuacja ta

musi ulec radykalnej zmianie. Program tych zmian powinien zostać opracowany przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu.

7. Dla poprawy jakości zasobów pracy niezbędny jest wzrost kwalifikacji i lepsze dostosowanie zawodów i kwalifikacji do wymagań rynku pracy. W procesach tych ważną rolę odgrywa kształcenie ustawiczne. Dla jego rozwoju i zwiększenia efektywności niezbędne jest wdrożenie przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej we współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej i Sportu systemu koordynacji edukacji zawodowej i potrzeb rynku pracy czego wyrazem może być strategia kształcenia ustawicznego pracujących. Innym elementem tego systemu powinien być monitoring procesów powstawania nowych zawodów i specjalności oraz zanikania starych oraz monitoring zawodów deficytowych i nadwyżkowych prowadzony przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

8. Już w perspektywie do 2010 roku, a więc jeszcze przed okresem wzmożonego przechodzenia pracowników na emeryturę, wystąpią zarówno deficyty, jak i nadwyżki pracowników o określonych kwalifikacjach. Jednocześnie struktura zawodowa pracujących w Polsce dalece odbiega od struktury zatrudnienia w krajach Unii Europejskiej. Istnieje więc konieczność zdecydowanego rozwinięcia kształcenia w naszym kraju w zawodach nowoczesnych. Newralgiczne znaczenie będzie miało przygotowanie kadr dla informatyki, personelu do obsługi zautomatyzowanego sprzętu i linii w przemyśle, a w sferze usług społecznych kształcenie np. pracowników do opieki nad chorymi i niepełnosprawnymi oraz opiekunów społecznych i opiekunów osób niepełnosprawnych. Wydaje się jednak, że relatywnie młodsza jeszcze struktura wieku ludności Polski w porównaniu z krajami Unii Europejskiej stwarza szansę sprostania wymogom gospodarki oraz zaspokojeniu potrzeb ludzi w starszym wieku na usługi opiekuńcze pod warunkiem poczynienia niezbędnych nakładów na edukację, co pozwoli lepiej przygotować się do prawdopodobnie bardziej wzmożonych migracji zagranicznych w perspektywie XXI wieku. Stosowne analizy i badania w tym zakresie winno kontynuować Rządowe Centrum studiów Strategicznych na bazie danych Głównego Urzędu Statystycznego i innych informacji.

9. Reforma systemu finansowania ochrony zdrowia utrudniła dostęp dzieci i młodzieży do usług ochrony zdrowia. Od 1992 r. konsekwentnie likwidowano medycynę szkolną. Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą w poszczególnych kasach chorych realizowana jest (lub nie jest) w zależności od indywidualnych programów. Szczególnie dotkliwym i negatywnie odczuwanym skutkiem wprowadzonych zmian jest brak lub znacznie utrudniony dostęp do opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnej (lub zagrożonej niepełnosprawnością). Narastające zjawiska agresji, narkomanii, używania alkoholu, palenie papierosów, wczesna inicjacja seksualna, pogarszające się warunki życia wielu rodzin wychowujących dzieci, wymagają zwiększonego zakresu i innej niż obecna organizacji opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą. W Polsce mamy nadmiar lekarzy pediatrów, nie mających odpowiedniego do ich kwalifikacji zatrudnienia. Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji. Pozwoli to na wczesne zapobieganie chorobom.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży kształtuje się w najwcześniejszych okresach rozwoju. W celu zmniejszenia częstości poronień, zgonów płodów i noworodków, wad rozwojowych i wcześniactwa konieczne jest nadanie priorytetu opiece okołoporodowej oraz usprawnienie zbierania i analizy informacji dotyczących zachorowalności i zgonów w opiece nad matką i dzieckiem. Ministerstwo Zdrowia dokona w związku z tym stosownych przewartościowań w realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

10. Tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu kobiet i mężczyzn wymaga uwzględnienia społecznych i psychologicznych aspektów płci w założeniach i zasadach realizacji polityki zdrowotnej. Odrębność płci uwzględniać należy w analizie ryzykownych zachowań w zakresie stylu życia, skuteczności programów prewencyjnych, przyczyn zachorowań i zgonów, stanu zdrowia rodzicielskiego, dostępności opieki medycznej, jakości życia w różnych jego okresach. Uzasadniona jest więc potrzeba przygotowania przez Ministerstwo Zdrowia raportu o stanie zdrowia społeczeństwa z uwzględnieniem przekroju płci i dokonanie oceny skuteczności realizowanych pod tym względem programów zdrowotnych, a w tym Narodowego Programu Zdrowia.

11. Poziom informacji na temat stanu zdrowia społeczeństwa, ilości i jakości usług zdrowotnych oraz faktycznego zapotrzebowania na te usługi pozostaje niezadowolający i nie

pozwala na prawidłową ocenę polityki zdrowotnej na szczeblu centralnym i regionalnym. Wprowadzie pewne przedsięwzięcia informacyjne jak: RUM, START, informatyzacja Kas Chorych, projekt Banku Światowego, projekty PHARE poprawiły stan informatyzacji jednostek ochrony zdrowia, jednak nie poprawiły poziomu informacji na temat całego systemu – brak jest np. jednolitych metod rozliczeń.

Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym opracuje i przedłoży projekt udoskonalenia publicznej statystyki zdrowia mający na celu: ujednoczenie metodologii co pozwoli na wymianę i porównywalność danych, synchronizację systemu opieki publicznej w części dotyczącej świadczeń finansowanych ze środków publicznych z systemem rozliczeń kontraktów, informację o usługach prywatnych świadczeń zdrowotnych, poprawę jakości danych (poprzez np. precyzyjne powiązanie ich z systemem dokumentacji medycznej uwzględniając obowiązujące przepisy), modyfikację sprawozdawczości dotyczącej chorobowości i zachorowalności, modyfikację rejestru ZOZ-ów, poprawę funkcjonowania rejestrów medycznych, współpracę z samorządami zawodowymi lekarzy i pielęgniarek w zakresie pozyskiwania danych nt. praktyk prywatnych, poprawę stanu statystyki medycznej szczebla wojewódzkiego z przypisaniem jej funkcji weryfikujących dane regionalne.

12. Zmiany w strukturze gospodarstw domowych; wzrost udziału gospodarstw jednoosobowych, bez dzieci, z osobami starszymi i niepełnosprawnymi zmieni zadania polityki społecznej. Wzrastająca liczba gospodarstw domowych bez dzieci oznacza konieczność przejmowania zadań opieki i pomocy osobom w starszym wieku i niepełnosprawnym przez wyspecjalizowane instytucje. Oznacza to przekierowanie wydatków publicznych w zakresie zadań opieki i pomocy. W perspektywie wzrost liczby gospodarstw domowych bez dzieci tworzy ogromne zapotrzebowanie na usługi pomocy i opieki dla osób samotnych, w zaawansowanym wieku, w tym na najkosztowniejszą formę pomocy, tzn. opiekę stacjonarną w domach pomocy społecznej. Dlatego konieczna jest pogłębiona analiza wykonana przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej dotycząca zmian zapotrzebowania na dobra i usługi, które wynikają ze zmian w strukturze gospodarstw domowych oraz dostosowanie do nich zasad funkcjonowania i finansowania tej sfery usług społecznych.

13. Proces starzenia się ludności, który w stopniu dotychczas nie notowanym w Polsce nasili się w perspektywie najbliższych 30 lat niewątpliwie wymusi inne podejście do podziału PKB. Podjęte reformy systemowe w ubezpieczeniach społecznych i ochronie zdrowia oraz reforma administracyjna oceniane z punktu widzenia dostosowania ich celów i zasad działania do potrzeb starzejącej się ludności budzą wiele wątpliwości. Konieczna zatem staje się ponowna ocena przeprowadzona przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Finansów oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji ich skutków, uwzględniająca problemy starzejącego się społeczeństwa i związanej z tym procesem niezbędnej skali redystrybucji dochodów w tym także w ujęciu przestrzennym. Przyjęta w reformie ubezpieczeń społecznych zasada obniżania relacji wynagrodzenie-emerytura będzie miała wpływ na wielkość wydatków publicznych na świadczenia pomocy społecznej i organizacji usług na rzecz ludzi starych i niepełnosprawnych. Wydatki publiczne związane z zabezpieczeniem potrzeb ludzi w starszym wieku należy bowiem oceniać łącznie i w dłuższym czasie.

14. Starzenie się społeczeństw zachodnioeuropejskich postawiło na porządku dziennym problem tzw. "migracji zastępczej". Podawane szacunki takiej imigracji do krajów Unii Europejskiej, które biorą za punkt wyjścia utrzymanie obecnej liczby zatrudnionych, wskazują na potrzebę pozyskania z zagranicy wielu dziesiątków milionów pracowników w okresie do połowy bieżącego stulecia. Przytacza się w związku z tym także tezę, że po erze wolnego handlu i swobodnego przepływu kapitału nadchodzi czas globalizacji rynku pracy. Przed Polską staną także te wyzwania, których skalę i wielorakie skutki należy starać się przewidzieć już dzisiaj. Stosowne analizy z tego zakresu winno przedłożyć Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

15. Polska ma także szczególny problem, na który należy zwrócić uwagę w kontekście migracji zagranicznych. Są to słuszne prawa Polaków mieszkających za granicą do osiedlenia się w Polsce. Ustanowione w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych nowe prawo regulujące migracje zagraniczne na obszarze Polski umożliwiło podejmowanie na szerszą skalę repatriacji ludności (jest to zorganizowana forma migracji umożliwiająca powrót do kraju po długim pobycie za granicą osób pochodzenia polskiego oraz ich rodzin). Ustawa o repatriacji z dnia 9 listopada 2000 roku określiła geograficzny obszar repatriacji, a mianowicie państwa: Armenię, Azerbejdżan, Gruzję, Kazachstan, Kyrgistan, Tadżykistan, Turkmenistan, Uzbekistan oraz azjatycką część Federacji Rosyjskiej. W latach 1997 – 2000 osiedliło się w Polsce 2269

repatriantów. Należy więc sądzić, że proces ten dopiero się rozpoczął i będzie przebiegał zgodnie z wolą jego uczestników. W związku z tym Urząd do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców we współpracy z Ministerstwem Spraw Zagranicznych opracuje diagnozę dążeń repatriacyjnych Polaków oraz przygotuje na tej podstawie ocenę skuteczności podejmowanych działań.

16. Radykalne i głębokie zmiany podstawowych procesów demograficznych wymagają nowej jakości badań naukowych, których celem będzie wyjaśnienie złożonych przyczyn i poszukiwanie mechanizmów przyczynowo – skutkowych leżących u podstaw zachodzących zmian. Zjawiska i procesy demograficzne wymagają permanentnego monitorowania w postaci stałego badania demograficznego realizowanego przez Główny Urząd Statystyczny co najmniej raz w roku. Stałe badanie demograficzne powinno być wprowadzone do programu badań statystycznych, a jego zakres szczegółowo ustalony i poddany dyskusji w środowisku naukowym.

17. Zmiany zjawisk i procesów demograficznych i ich uwarunkowań w Polsce powinny być analizowane i oceniane w kontekście zmian występujących w krajach europejskich. Jedną z szans podjęcia takich analiz jest przystąpienie Polski do programu demograficznych badań europejskich „Gender and Generation Programme”, którego długofalowy zakres tematyczny został wstępnie opracowany przez Gender & Generation Programme Consortium Board. Zakres tego przedsięwzięcia badawczego (porównywanego z programem Światowego Badania Płodności z lat 70-tych) wymaga podjęcia prac przygotowawczych w 2003 r. Rządowa Rada Ludnościowa we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym podejmie stosowne przygotowania. Minister Finansów przygotowuje propozycje możliwości sfinansowania udziału Polski w tym programie począwszy od roku 2005.

18. Przebieg podstawowych procesów demograficznych wskazuje na konieczność podjęcia w Polsce kompleksowej, zintegrowanej polityki ludnościowej. Realizacja takiej polityki wymaga skoordynowanego współdziałania państwa, samorządów i organizacji pozarządowych w dążeniu do harmonijnego rozwoju ludnościowego. Założenia i program działań polityki ludnościowej przygotowuje Rządowa Rada Ludnościowa wraz z zespołem ekspertów powołanych w tym celu, wykorzystując prace I Kongresu Demograficznego w Polsce.

Rządowa Rada Ludnościowa przedkłada powyższe propozycje z nadzieją wszechstronnego ich rozpatrzenia.

Informacja o sytuacji demograficznej Polski

Polska jest państwem o dużym potencjale demograficznym w Europie. Dynamika przyrostu naturalnego i rzeczywistego ludności, szybko maleje w ostatniej dekadzie. Podobnie jak w innych krajach europejskich, procesy kształtujące rozwój demograficzny Polski u progu XXI wieku mają inne cechy niż poprzednio. Nastąpiła zmiana wzorców tworzenia rodzin, postaw i zachowań prokreacyjnych, wydłuża się przeciętne trwanie życia ludzkiego. Na skutek znacznego spadku dzietności ulega przyspieszeniu starzenie się społeczeństwa. Charakter obserwowanych zmian świadczy o zawansowanym procesie transformacji, której konsekwencją może być już w drugiej dekadzie XXI wieku stale większa liczba zgonów niż urodzeń.

Przestrzenne zróżnicowanie procesów demograficznych w Polsce jest nadal czynnikiem kształtującym odmienną dynamikę liczby ludności i zmiany w jej strukturze wieku na obszarach wiejskich, w aglomeracjach miejskich, a także w przekroju województw. Znaczenie migracji wewnętrznych dla przebiegu procesów demograficznych w przyszłości jest wciąż niepewne; formułowane prognozy zakładają bardzo umiarkowaną mobilność przestrzenną ludności na obszarze kraju.

Wzrasta atrakcyjność Polski jako kraju osiedlania; w minionej dekadzie zwiększył się napływ ludności z zagranicy, ale tendencje emigracyjne są ciągle silne.

1. Liczba i rozmieszczenie ludności

W 2001 roku ludność Polski liczyła 38,6 mln osób, co sytuowało nasz kraj na ósmym miejscu w Europie. Notujemy jeszcze niewielki przyrost naturalny ludności, ale wskutek ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejszyła się w latach 1999 – 2001 o 35 tys. (tabl. 1). Według prognozy niewielkie zmniejszanie się liczby ludności będzie miało miejsce do 2005 roku. W latach 2006 - 2017 liczba ludności zacznie wzrastać, a w następnych latach stale maleć. W 2030 roku liczba ludności Polski według prognozy wyniesie około 38,0 mln osób, a więc będzie mniejsza niż w 2001 r. o 1,6 % (tj. o ok. 600 tys.).

Cechą charakterystyczną sieci osadniczej jest znaczne rozproszenie: na obszarze kraju znajduje się 875 miast i prawie 43 tysiące wsi. W 2001 roku w miastach mieszkało 61,8% a na wsi 38,2% ludności. Ostrożne założenia prognostyczne w zakresie migracji ludności ze wsi do miast przyjmują, że w 2030 r. na wsi będzie mieszkać 36%, a w miastach 64% ludności.

Polski system osadniczy charakteryzuje, mimo rozproszenia jego jednostek, umiarkowana koncentracja ludności. W latach dziewięćdziesiątych zaobserwowano nową fazę w rozwoju kilku aglomeracji miejskich - nazywaną kontrurbanizacją. Zjawisko kontrurbanizacji polega na wyludnianiu się centralnej części miasta – w znacznym stopniu wskutek odpływu ludności do strefy zewnętrznej aglomeracji - oraz wzroście liczby ludności w tej strefie na skutek ruchu naturalnego i wędrownego. W 1999 roku liczba ludności Warszawy zmniejszyła się o 0,2%, podczas gdy w powiatach strefy zewnętrznej aglomeracji warszawskiej liczba ludności wzrosła o 0,9-1,6%. Podobne zjawisko wystąpiło w aglomeracjach: gdańskiej, poznańskiej, wrocławskiej i bydgosko-toruńskiej.

W niektórych miastach średniej wielkości również zaobserwowano ubytek ludności. Zjawisko to dotyczy wszystkich miast rdzenia konurbacji Górnośląskiej, miast aglomeracji przemysłowych: łódzkiej, wałbrzyskiej, jeleniogórskiej, legnickiej i bielsko-bialskiej, a także miast, które utraciły funkcję ośrodka wojewódzkiego: Płock, Słupsk, Tarnów, Przemyśl i Krosno.

Znaczenie migracji w procesach redystrybucji przestrzennej ludności malało w latach dziewięćdziesiątych, co wynikało z następujących zjawisk (tabl. 8):

- zmniejszyła się natężenie migracji ludności na obszarze kraju,
- malał napływ ludności ze wsi do miast a wzrastał z miast na wieś; odnotowano nawet ujemne saldo migracji w miastach a dodatnie na wsi (2000 rok),
- napływ migracyjny do miast kierował się głównie do stref zewnętrznych aglomeracji wielkomiejskich;
- natężenie odpływu ludności ze wsi było tradycyjnie najsilniejsze w województwach: warmińsko-mazurskim, zachodnio-pomorskim i województwach wschodniej Polski.

Potencjał demograficzny poszczególnych województw jest bardzo zróżnicowany. W czterech województwach liczba ludności przekracza 3 mln osób: mazowieckie (5,06 mln), śląskie (4,86 mln), wielkopolskie (3,36 mln) i małopolskie (3,23 mln). Najmniejszą liczbę ludności mają województwa: świętokrzyskie (1,32 mln), podlaskie (1,22 mln), opolskie (1,09 mln) i lubuskie (1,02 mln). W ostatniej dekadzie liczba ludności malała

w województwach: łódzkim, śląskim, świętokrzyskim i opolskim. W tych województwach oraz w województwach dolnośląskim i małopolskim malała także liczba ludności w miastach. Największe ubytki ludności wiejskiej miały miejsce we wschodniej, środkowej i południowo-zachodniej Polsce, głównie w województwach podlaskim, lubelskim i świętokrzyskim. Proces starzenia się ludności wiejskiej w tych województwach jest już bardzo zaawansowany. Są to obszary depopulacyjne stanowiące obecnie trzon tzw. wiejskich obszarów problemowych.

Gęstość zaludnienia poszczególnych województw wynosi od 61 do 396 osób na 1 km². Województwami o największej gęstości zaludnienia są: śląskie (396 osób/km²) i małopolskie (213 osób/ km²). Województwa najrzadziej zaludnione (o gęstości 61-90 osób/ km²) to dwa województwa zachodnie: lubuskie i zachodniopomorskie oraz trzy województwa położone we wschodniej i północno-wschodniej części kraju: lubelskie, podlaskie i warmińsko-mazurskie.

W perspektywie do 2030 roku liczba ludności wzrośnie jedynie w czterech województwach: lubuskim, małopolskim, podlaskim i pomorskim. Nie zmieni to jednak właściwości dotychczasowego rozmieszczenia terytorialnego ludności w układzie 16 województw przy założeniu trafności prognoz, zwłaszcza migracji i dzietności (tabl. 11).

2. Małżeństwa i rodziny

Aspiracje i dążenia edukacyjne w społeczeństwie polskim są obiektywną i pozytywną przesłanką późniejszego zawierania małżeństw i zakładania rodzin. Problem polega jednak na tym, że obserwowane obecnie zjawisko głębokiego obniżenia się częstości zawierania małżeństw nie może być wytłumaczone jedynie tym czynnikiem. Utrwalenie się obecnej sytuacji oznaczałoby, iż ponad jedna trzecia kobiet i mężczyzn osiągających wiek matrymonialny nie zawarłoby nigdy małżeństwa. W 2000 roku ogólny współczynnik pierwszych małżeństw wyniósł wśród kobiet 0,629 a wśród mężczyzn 0,631 (tabl. 2). Uwzględnienie związków konsensualnych, których liczba stale rośnie – na co wskazuje zwiększająca się liczba urodzeń pozamałżeńskich - nie zmienia ogólnej silnie zaznaczonej tendencji ograniczania tworzenia nowych rodzin. Jednocześnie nowe małżeństwa zawierane są w późniejszym wieku. Zmian w tradycyjnych zachowaniach matrymonialnych upatruje się m.in. w nasilającej się konkurencji na rynku pracy, w dążeniu do uzyskiwania wyższego statusu zawodowego, w rosnących kosztach kształcenia dzieci, trudnościach materialnych,

itp. Wskazane przyczyny nie wyjaśniają jednak do końca tak istotnych zmian w postawach młodych wobec małżeństwa i rodziny.

W Polsce współczynnik rozwodów należy do najniższych w Europie. Ich liczba w przeliczeniu na 1000 mieszkańców od wielu lat nie przekracza wielkości 1,2%. W 2001 roku rozwiodło się 45,3 tys. małżeństw; główne przyczyny orzeczonych rozwodów to: niezgodność charakterów, niedochowanie wierności małżeńskiej, nadużywanie alkoholu i naganny stosunek do członków rodziny. W rozwodzącym się małżeństwie jest średnio prawie 1 dziecko w wieku do 18 lat. W latach 1990-2001 liczba rozwodów oscyluje w granicach 40-45 tys., lecz trudno ocenić zarówno przyczyny tych zmian, jak i trwałość czynników je kształtujących (tabl. 1).

Prognozowanie zmian w liczbie i strukturze rodzin i gospodarstw domowych w Polsce jest dokonywane nader rzadko. Projekcja opublikowana przez GUS w 2000 roku pozwala ukazać podstawowe tendencje zmian liczby i struktury gospodarstw domowych do 2030 roku (tabl. 13). Wyniki Mikrospisu '95 wykazały, że w 1995 roku liczba gospodarstw domowych z dziećmi w wieku do 18 lat wynosiła 5,7 mln, a bez dzieci - 6,7 mln. Według prognozy GUS, w 2030 roku liczba gospodarstw z dziećmi zmniejszy się do 4,6 mln, ale liczba gospodarstw domowych bez dzieci zwiększy się do 11,9 mln. Przeciętna liczba dzieci w wieku do 18 lat w gospodarstwach domowych z dziećmi obniży się z 1,8 w 1995 roku do 1,5 na 1 gospodarstwo domowe w 2030 roku. Wielkości te świadczą o malejącej liczbie dzieci w rodzinie i o głębokim spadku liczebności rodzinnych gospodarstw domowych.

3. Zastępowalność pokoleń

Prowadzone badania socjologiczne potwierdzają, że wartość rodziny jest mocno zakorzeniona w polskim społeczeństwie. Zmieniają się jednak wyobrażenia o idealnej wielkości rodziny. W połowie ubiegłej dekady prawie 60% młodych mężatek pragnęło mieć dwoje dzieci, a 35% - troje dzieci (Ankieta Rodzinna 1995). Zrealizowanie tych planów oznaczałoby, że pokolenie dzieci byłoby nieco liczniejsze niż pokolenie ich rodziców. Dane o liczbie urodzeń w latach dziewięćdziesiątych świadczą jednak o tym, że generacje kobiet urodzonych po 1960 roku będą miały przeciętnie mniej niż dwoje dzieci. Oznacza to, że kolejne pokolenia dzieci będą mniej liczne niż pokolenia ich rodziców.

Obserwowany poziom dzietności świadczy jednoznacznie, że nadal postępuje proces prowadzący do zmian w relacjach międzypokoleniowych. Kolejne pokolenia dzieci będą

mniej liczne niż pokolenia ich rodziców, jeżeli utrwalą się dotychczasowe zachowania matrymonialne i prokreacyjne. Proces ten prowadzi będzie do starości demograficznej społeczeństwa, zjawiska powszechnie uznawanego za jedno z trudniejszych wyzwań we współczesnym świecie.

W 2000 roku współczynnik dzietności, który oznacza prawdopodobną przeciętną liczbę dzieci urodzonych przez jedną kobietę w ciągu całego życia, uległ dalszemu obniżeniu i wyniósł 1,337; w miastach 1,188 a na wsi 1,587 (tabl. 3). Utrwalenie się takiego poziomu dzietności w latach przyszłych oznaczałoby, że pokolenie dzieci będzie o ponad 35% mniej liczne niż pokolenie ich rodziców.

W Europie zawężony proces zastępowalności pokoleń, który charakteryzuje mniejsza liczebność dzieci niż rodziców w kolejnych pokoleniach, jest już zjawiskiem powszechnym (tabl. 14). Polska znajduje się w środkowej grupie krajów rozpatrywanych pod tym względem; w 1999 roku najniższą dzietność zanotowano w Czechach (1,13). Warto podkreślić, że w wielu krajach Europy Zachodniej i Północnej dzietność jest obecnie wyższa niż w Polsce. W 1999 roku współczynnik dzietności wynosił w Polsce 1,34, we Francji 1,89, w Irlandii 1,83, w Szwecji 1,54, w Wielkiej Brytanii 1,65 (tabl. 14).

Prognozy demograficzne ONZ do 2050 roku pozwalają wnioskować, że w założeniach dotyczących dzietności w krajach OECD przyjęto możliwość stopniowego przywracania prostej zastępowalności pokoleń, którą charakteryzuje równa liczebność rodziców i dzieci. W niektórych krajach może to nastąpić po 2020 roku: Irlandia, Francja i Norwegia. Także w Szwecji poziom dzietności może powrócić do prostej zastępowalności pokoleń, ale dopiero po 2040 roku. Dla Polski przyjęto, że zwiększająca się po 2010 roku dzietność nie osiągnie poziomu prostej zastępowalności pokoleń jeszcze w połowie XXI wieku. Także prognozy GUS nie przewidują takiej możliwości; w 2030 roku współczynnik dzietności w miastach nie przekroczy prawdopodobnie wartości 1,50 a na wsi 1,75. Uwzględniając poziom umieralności, prostą zastępowalność pokoleń zapewnia dopiero dzietność na poziomie 2,1.

4. Trwanie życia i umieralność

Obniża się umieralność niemowląt: w 1990 roku na 1000 urodzeń żywych przypadało ponad 19 zgonów, w 2000 roku wskaźnik ten wynosił 8,1 zgonów; na wsi 7,9‰, a w mieście 8,3‰. Według wstępnych danych GUS, współczynnik zgonów niemowląt prawdopodobnie

w 2001 roku wyniesie 7,7‰ (tabl. 1). Przyspieszenie tempa spadku umieralności niemowląt wynika głównie ze zmniejszenia się ryzyka zgonu noworodków o małej wadze urodzeniowej (poniżej 1500 gramów).

Dynamika spadku współczynnika zgonów niemowląt jest zróżnicowana terytorialnie; w województwie podlaskim obniżył się on z 20,6‰ w 1990 roku do 7,3‰ w 2000 roku, w województwie dolnośląskim w tym samym okresie - z 19,6‰ do 9,6‰. W 2000 roku najniższy poziom współczynnika zgonów niemowląt odnotowano w województwie opolskim (6,0‰) a najwyższy w województwie śląskim (10,1‰). Najwyższe współczynniki zgonów niemowląt odnotowano na obszarach wiejskich województw dolnośląskiego (10,2‰) i śląskiego (10,0‰).

Poziom umieralności niemowląt w Polsce jest jeszcze o wiele wyższy od notowanych w przodujących pod tym względem krajach europejskich: w Niemczech i we Francji wynosi mniej niż 5 zgonów, a w Szwecji mniej niż 4 zgony na 1000 urodzeń żywych.

W 2000 roku współczynnik zgonów ogółem wynosił 9,5‰ i obniżył się prawdopodobnie do poziomu 9,4‰ w 2001 roku (tabl. 1). Na podstawie standaryzowanych współczynników zgonów (które znoszą wpływ różnic w strukturze wieku na poziom ogólnych współczynników zgonów w porównywanych społecznościach) stwierdza się znaczne zróżnicowanie umieralności w przekroju miast i wsi oraz województw i powiatów (tabl. 6). W 1999 roku standaryzowany współczynnik zgonów w przeliczeniu na 100 tys. osób był wyższy w miastach (1007) niż na wsi (973). Najwyższy poziom umieralności występował w województwach: łódzkim (1089), śląskim (1028) i dolnośląskim (1014), a więc na obszarach uznawanych do niedawna za zagrożone ekologicznie.

Zmniejszanie się ryzyka zgonu wśród ludności dorosłej i w starszym wieku jest ciągle zbyt powolne. Wiele osób umiera przedwcześnie z powodu chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, a także na skutek urazów i zatruc. Te trzy grupy chorób - nazywane chorobami cywilizacyjnymi - są ciągle przyczyną około 80% zgonów (tabl. 5).

W 2000 roku współczynnik zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia wynosił 454 na 100 tys. ludności i był mniejszy niż w 1996 roku, kiedy wynosił 503 zgonów na 100 tys. ludności. Wzrósł natomiast współczynnik zgonów z powodu nowotworów z 207 w 1996 roku do 223 na 100 tys. ludności w 2000 roku.

Nadal występuje duże zróżnicowanie przestrzenne umieralności w następstwie chorób układu krążenia. Na zjawisko to wskazują wartości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu tej grupy chorób przeliczone na 100 tys. ludności. W 1999 roku wartość tego

współczynnika w miastach wynosiła średnio 464 a na wsi 503 zgony na 100 tys. ludności. Najwyższą umieralność z powodu chorób układu krążenia odnotowano w miastach województw śląskiego (528) i łódzkiego (515). Najniższy poziom umieralności w następstwie tej grupy chorób miał miejsce w województwach podlaskim (350) i warmińsko-mazurskim (397).

Inaczej przebiegało zróżnicowanie przestrzenne umieralności z powodu nowotworów. W 1999 roku poziom standaryzowanych współczynników zgonów w następstwie chorób nowotworowych przeliczonych na 100 tys. ludności był wyższy w miastach (232) niż na wsi (207). Najwyższy poziom umieralności z tego powodu występował w województwach: pomorskim (249), kujawsko-pomorskim (248), wielkopolskim (245) i zachodnio-pomorskim (242), a najniższy w województwie podkarpackim (191).

W Polsce obserwujemy po okresie stagnacji i regresu w latach siedemdziesiątych, osiemdziesiątych i pierwszych latach dziewięćdziesiątych powolne, ale systematyczne wydłużanie się życia ludzkiego. Prawdopodobne przeciętne dalsze trwanie życia urodzonych w 2000 roku chłopców obliczono na 69,8 lat, a dziewcząt - na 78,0 lat (tabl. 4). W porównaniu z poprzednim rokiem odnotowano wyraźne zwiększenie się wartości tego wskaźnika. Świadczy to o systematycznym odrabianiu dystansu dzielącego nas od krajów zamożnych.

W Polsce przeciętne dalsze trwanie życia kobiety jest nadal o 3-4 lata krótsze, a mężczyzny nawet o 5-6 lat krótsze w porównaniu z najzamożniejszymi krajami Unii Europejskiej. W założeniach prognostycznych przyjmuje się wydłużanie przeciętnego dalszego trwania życia, ale opóźnienie do przodujących krajów europejskich prawdopodobnie nie zmniejszy się do 2030 roku. Przeciętne trwanie życia prawdopodobnie osiągnie poziom: dla mężczyzny 74,7 lat i kobiety 81,4 lat.

5. Niektóre problemy zdrowotne ludności

Indywidualne stany i problemy zdrowotne składają się na ogólny obraz stanu zdrowia ludności, który warunkuje wiele procesów demograficznych. Próbę analizy tego problemu podjęto w toku przygotowywania raportu Rządowej Rady Ludnościowej 2000-2001. Objęła ona choroby układu krążenia, choroby psychiczne, choroby zakaźne, uzależnienia, następstwa wypadków drogowych i wypadki przy pracy. Brakuje kompletnych danych o zachorowalności na nowotwory złośliwe, dlatego analizę tego zagadnienia odłożono na

następny rok. Podjęto także analizę najważniejszych problemów zdrowotnych populacji kobiet, dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych.

Dostępne dane pozwalają stwierdzić, że rośnie liczba osób leczonych ambulatoryjnie i w szpitalach z powodu chorób układu krążenia, najczęściej na chorobę nadciśnieniową, niedokrwienną chorobę serca i choroby naczyń mózgowych. Obserwuje się duże różnice między województwami w częstości ambulatoryjnego leczenia choroby nadciśnieniowej i choroby niedokrwiennej serca. Wyraźnie zwiększa się liczba osób leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, zwłaszcza uzależnionych od środków psychoaktywnych, z ograniczonymi zaburzeniami psychicznymi oraz zaburzeniami nastroju. Rośnie także liczba osób leczonych w zakładach psychiatrycznej opieki całonocowej. Wśród osób leczonych w szpitalach psychiatrycznych najczęstszym rozpoznaniem są zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, a następnie schizofrenia. Zapadalność na choroby zakaźne wykazuje generalnie stałą tendencję spadkową.

W latach dziewięćdziesiątych zwiększyła się liczba osób regularnie i okazjonalnie używających narkotyków, zwłaszcza wśród młodzieży. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku spowodowała wzrost wykrywalności przestępstw określonych tą ustawą, ale nadal podaż i nielegalne posiadanie narkotyków wykazuje tendencję wzrostową. Narasta przekonanie, że niektóre narkotyki będą podlegać swoistej „asymilacji” kulturowej. Coraz powszechniej obserwuje się spożywanie alkoholu przez młodzież, a nawet i dzieci. Odnotowano spadek palenia tytoniu, ale obniża się wiek nałogowych palaczy. Świadczy to o szczególnym zagrożeniu młodzieży.

Narasta zagrożenie utraty zdrowia na skutek wypadków drogowych. Sporządzane diagnozy wskazują na pogarszanie się bezpieczeństwa ruchu drogowego. Zmniejszyła się liczba śmiertelnych ofiar wypadków drogowych, ale utrzymanie tej tendencji nie jest jeszcze pewne. Nadal obniża się liczba wypadków przy pracy. Nie dotyczy to jednak wypadków śmiertelnych i ciężkich. Wypadkom przy pracy ulegają częściej pracownicy o krótkim stażu pracy, ponad połowa wypadków jest powodowana nieprawidłowym postępowaniem pracownika. Szczególnie wysokie natężenie wypadków przy pracy występuje w rolnictwie indywidualnym.

Wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży daje się scharakteryzować na podstawie dwóch badań (Badanie stanu zdrowia ludności Polski, GUS 1996 r., Badanie HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children, Polska 1998 r.). Dotyczyły one chorób przewlekłych, wad wrodzonych, dolegliwości typowych dla okresu dojrzewania, następstw

wypadków oraz samooceny stanu zdrowia. Badania te wskazują, że około jednej czwartej populacji dzieci w wieku 0-14 lat i młodzieży w wieku 15 – 19 lat cierpiało na chorobę przewlekłą, w tym na uczulenia i alergie, skrzywienia kręgosłupa, nerwice i inne choroby. Korzystne jest zjawisko obniżania się częstości zgonów niemowląt i małych dzieci z powodu wad wrodzonych, chociaż częstość zgonu jest jeszcze wyższa niż w krajach zamożnych. Problemami są dolegliwości psychosomatyczne, niedostatki zachowań prozdrowotnych i ryzykowne dla zdrowia zachowania wśród młodzieży. Stan zdrowia dzieci i młodzieży z rodzin uboższych, jest gorszy.

W co drugim gospodarstwie domowym jest osoba niepełnosprawna, a większość z nich to osoby w wieku produkcyjnym i starsze. Z badań Głównego Urzędu Statystycznego w 2000 roku wynika, że ponad dwie trzecie osób niepełnosprawnych w wieku ponad 15 lat posiada orzeczenie o trwałym inwalidztwie. Najczęstszymi grupami schorzeń powodującymi niepełnosprawność to choroby układu krążenia, dysfunkcje narządów ruchu, a następnie schorzenia neurologiczne i psychiczne, uszkodzenia narządu wzroku i słuchu. Osoby niepełnosprawne silnie podkreślają potrzebę poprawy opieki medycznej i dostępności usług rehabilitacyjnych.

6. Migracje zagraniczne

W latach dziewięćdziesiątych nasiliły się różne formy migracji zagranicznych na obszarze Polski.

Utrzymuje się wysokie natężenie emigracji i rosnące imigracji, chociaż w 1999 i 2000 roku zmalała nieco liczba imigrantów przybywających na stałe do Polski. W latach 1990–2000 wyemigrowało z Polski 243,2 tys. osób a imigrowało do Polski 75,5 tys. osób, a więc ujemne saldo stałych migracji zagranicznych na obszarze Polski wyniosło w tym okresie 167,7 tys. osób (tabl. 9). Główne kierunki emigracji Polaków za granicę na stałe to: Niemcy (70%), USA (10%) i Kanada (6%). Również z tych krajów imigrowało na stałe do Polski najwięcej osób. Ponad połowę imigrantów stanowili powracający Polacy. Wśród emigrantów i imigrantów przeważali ludzie młodzi. Wśród emigrantów maleje udział osób z wyższym i średnim wykształceniem.

Migracje zagraniczne na pobyt stały cechuje duże zróżnicowanie terytorialne; obszarami emigracji są przede wszystkim województwa: śląskie, opolskie, dolnośląskie

i pomorskie, a obszarami imigracji województwa: mazowieckie, śląskie, małopolskie, dolnośląskie, pomorskie i opolskie.

Na podstawie Mikrospisu '95 ustalono, że w maju 1995 roku przebywało czasowo za granicą ponad 900 tys. obywateli polskich. W tej grupie emigrantów czasowych były osoby, których pobyt za granicą wynosił ponad dwa miesiące oraz osoby przebywające tam przez kilka lub nawet kilkanaście lat. Główną przyczyną tej emigracji była praca za granicą, a krajami pobytu najczęściej Niemcy, USA i Włochy.

Rozwijającą się formą imigracji czasowych do Polski są przyjazdy w celach zarobkowych. Zarobkowanie to ma zarówno charakter legalny, jak i nielegalny. W 2000 roku udzielono pozwolenia na pracę 17,8 tys. osobom, najczęściej kierownikom przedsiębiorstw, specjalistom, ekspertom, doradcom i nauczycielom. Najwięcej pozwoleń uzyskali obywatele Ukrainy, Wietnamu, Niemiec, Wielkiej Brytanii i Francji. Nie ma wiarygodnych szacunków liczby przebywających w Polsce imigrantów czasowych podejmujących nielegalnie pracę zarobkową.

Ustanowione w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych nowe prawo regulujące migracje zagraniczne na obszarze Polski umożliwiło podejmowanie na szerszą skalę repatriacji ludności. Repatriacja jest zorganizowaną formą migracji umożliwiającą powrót do kraju po długim pobycie za granicą osób pochodzenia polskiego oraz ich rodzin. Ustawa o repatriacji z dnia 9 listopada 2000 roku określiła geograficzny obszar repatriacji, a mianowicie państwa: Armenię, Azerbejdżan, Gruzję, Kazachstan, Kirgistan, Tadżykistan, Turkmenistan, Uzbekistan oraz azjatycką część Federacji Rosyjskiej. W latach 1997 – 2000 osiedliło się w Polsce 2269 repatriantów.

W Polsce pojawiły się również migracje wymuszone, a mianowicie imigracja osób ubiegających się o status uchodźcy lub azyl polityczny. W latach 1994 - 2000 o status uchodźcy ubiegało się ponad 19 tys. osób. Najwięcej wniosków o status uchodźcy złożyli obywatele: Armenii, Afganistanu, Rumunii i Bułgarii.

7. Struktura wieku ludności

Zmniejszająca się liczba urodzeń, przesuwanie się wyzów i niżów demograficznych przez różne grupy wieku, a także korzystne zmiany w poziomie umieralności – determinują proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Następuje wzrost liczby osób w wieku

poprodukcyjnym (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej). W 2000 roku odsetek tej grupy ludności w ogólnej populacji wynosił ok. 14,3% (w 1990 r. 12,8%). W następstwie zmniejszającej się liczby urodzeń obniżył się udział dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat do 24,1% (z 29,7% w 1990 r.).

Rósł odsetek ludności w wieku produkcyjnym (kobiety w wieku 18-59 lat, mężczyźni –18-65 lat) w ogólnej liczbie ludności Polski. W końcu 2000 r. udział ten wynosił 63,6% (w 1990 r. – 57,5%). Na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadały 64 osoby w wieku nieprodukcyjnym, tj. 24 osoby w wieku poprodukcyjnym oraz 40 osób do 17 lat (w 1990 r. 74 osoby – odpowiednio 22 i 52). Szczególnie wysoki przyrost dotyczył osób w wieku produkcyjnym niemobilnym, tj. powyżej 44 roku życia. W latach 1990-2000 liczba osób w wieku produkcyjnym zwiększyła się o prawie 1,7 mln, przy czym w wieku niemobilnym o ok. 1,6 mln osób; ludność ta będzie stopniowo zasilać grupę osób w wieku poprodukcyjnym.

Prognoza demograficzna GUS do 2030 roku pozwala na ukazanie zmian w strukturze wieku ludności Polski w tym także w układzie wojewódzkim (tabl. 11). Z punktu widzenia kształtowania polityki gospodarczej i społecznej należy zwrócić uwagę na następujące charakterystyczne cechy zmian:

- malejąca liczebność dzieci w wieku przedszkolnym (3-6 lat); zmiany liczebności tej grupy wiekowej będą przebiegać podobnie we wszystkich województwach: największe liczebności wystąpią około 2015 roku, a najmniejsze w 2030 roku; w skali kraju liczebności te prawdopodobnie wyniosą: 1,5 mln w 2005 r., 1,6 mln w 2010 r., 1,8 mln w 2015 r., 1,4 mln w 2030 r.,
- liczebność dzieci w wieku nauczania w szkole podstawowej (7-12 lat) zmniejszy się znacznie, szczególnie do 2005 roku, przed ponownym powiększeniem się liczebności tych roczników po 2010 roku; we wszystkich województwach liczebności tej grupy wiekowej będą maleć do 2010 roku, a następnie wzrastać do 2022 roku i ponownie maleć; w skali kraju liczebności te prawdopodobnie wyniosą: 2,5 mln w 2005 r., 2,3 mln w 2010 r., 2,7 mln w 2020 r., 2,3 mln w 2030 r.,
- przewidywane jest zmniejszanie się liczebności roczników uczęszczających do szkoły gimnazjalnej (13-15 lat): do 2015 roku w miastach (o 45%) i do 2020 roku na wsi; we wszystkich województwach liczebności tej grupy wiekowej będą maleć do 2014 lub 2015 roku, a następnie nieznacznie wzrastać do 2027 roku; w skali kraju liczebności tej

grupy wiekowej prawdopodobnie wyniosą: 1,5 mln w 2005 r., 1,3 mln w 2010 r., 1,1 mln w 2015 r., 1,3 mln w 2030 r.,

- po 2001 roku znacznie zmniejszy się liczebność roczników młodzieży w wieku nauczania w liceach (16-18 lat), a proces ten o takim nasileniu będzie trwał aż do 2017 roku; podobne zmiany wystąpią we wszystkich województwach, a w skali kraju liczebności tej grupy wiekowej prawdopodobnie wyniosą: 1,7 mln w 2005 r., 1,5 mln w 2010 r., 1,2 mln w 2015 r., 1,4 mln w 2030 r.,
- zwiększanie się liczby młodzieży pragnącej kontynuować naukę w szkołach wyższych (19-24 lata) będzie trwało do 2004 roku, a następnie liczebność tej grupy wiekowej będzie szybko maleć do 2022 roku; podobne zmiany wystąpią we wszystkich województwach, a w skali kraju przewidywane liczebności wyniosą: 3,9 mln w 2005 r., 3,4 mln w 2010 r., 2,3 mln w 2020 r., 2,6 mln w 2030 r.,
- do 2005 roku będzie wzrastać liczba osób w wieku 20-29 lat, a więc w generacjach o największej częstości zawierania małżeństw i zakładania rodzin; jednocześnie znaczące przyrosty tej grupy ludności wywierają będą silną presję na rynek pracy. Taka sytuacja będzie występować we wszystkich województwach, po czym nastąpi bardzo znaczące zmniejszanie się liczebności tej grupy wiekowej szczególnie do 2020 roku, a w skali kraju przewidywane liczebności wyniosą: 6,5 mln w 2005 r., 6,2 mln w 2010 r., 4,3 mln w 2020 r., 4,0 mln w 2030 r.,
- zmniejszenia liczby ludności w wieku zdolności do pracy należy oczekiwać od 2010 roku, w poszczególnych województwach liczba ludności w wieku zdolności do pracy będzie się istotnie zmniejszać w latach 2010-2030, a w skali kraju liczebności tej grupy wiekowej wyniosą: 24,8 mln w 2005 r., 25,1 mln w 2010 r., 23,1 mln w 2020 r., 22,0 mln w 2030 r.,
- intensywny proces starzenia się ludności obejmie wszystkie województwa; do 2030 roku liczba ludności w wieku emerytalnym wzrośnie do 9,1 milionów, czyli o ponad 3,4 miliony osób w porównaniu z 2000 rokiem; szybko będzie wzrastać liczba ludności w wieku 80 lat i więcej: z 0,8 mln w 2000 r. do 1,8 mln w 2030 r.

W krajach Unii Europejskiej zrównanie się odsetka ludności młodej z odsetkiem ludności w starszym wieku nastąpi prawdopodobnie już w 2004 roku. Prognozy dla Polski przewidują taką możliwość około 2020 roku w sytuacji utrzymania się obecnych tendencji w zakresie dzietności. Jednocześnie będzie postępował proces głębokich zmian w proporcjach między

ludnością w wieku aktywności zawodowej a ludnością w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym. W Polsce szczególnie szybko będzie on przebiegał w latach 2010-2020.

Sporządzona prognoza ludności aktywnej zawodowo do 2020 roku pozwala prześledzić dokonujące się w tym zakresie zmiany o zasadniczym znaczeniu dla gospodarki. Najważniejsze z nich to: znaczące przyrosty realnych zasobów pracy do 2010 roku (o 1,2 mln osób), a później coraz większe ubytki liczebności tych zasobów, zwłaszcza po 2015 roku (ok. 700 tys. osób w latach 2010 – 2020). Jednocześnie będzie postępował proces starzenia się zasobów pracy, polegający na zwiększaniu się odsetka osób w wieku niemobilnym tzn. powyżej 44 lat. Dynamika zmian liczebności i struktury ludności aktywnej zawodowo będzie różna w poszczególnych województwach oraz w mieście i na wsi (tabl. 12).

8. Zakończenie

W Polsce dokonują się bardzo ważne dla przyszłości narodu i państwa przemiany demograficzne. Szczególnej troski wymagają skutki następujących zjawisk:

- zawężona zastępowalność pokoleń jest już na tyle głęboka, że przyspieszy moment wejścia w trwale ujemny przyrost naturalny ludności,
- przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności, co będzie zwiększać presję na powiększanie różnorodnych świadczeń dla osób w starszym wieku przy jednoczesnym pogarszaniu się relacji między ludnością w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym,
- zmniejszanie się ryzyka zgonu wśród ludności dorosłej i w starszym wieku jest ciągle zbyt powolne, zwłaszcza z powodu chorób układu krążenia i nowotworów, a przestrzenne zróżnicowanie umieralności wskazuje na potrzebę zarówno lepszego rozpoznania przyczyn obserwowanych tendencji, jak i podjęcia działań dla poprawy stanu zdrowia ludności,
- ograniczona mobilność przestrzenna i zawodowa ludności utrwała dysproporcje ekonomiczne i społeczne w rozwoju regionalnym, zwłaszcza na obszarach wiejskich.

Przedstawione w niniejszej informacji najważniejsze z natury rzeczy dane o rozwoju demograficznym Polski, szczegółowo prezentowane są w corocznie opracowywanych i przedkładanych Radzie Ministrów raportach Rządowej Rady Ludnościowej. Wiele danych, które pozwolą dokonać pogłębionych ocen sytuacji demograficznej Polski dostarczy Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002, który będzie przeprowadzony według stanu na 20.05.2002 r.

Aneks:

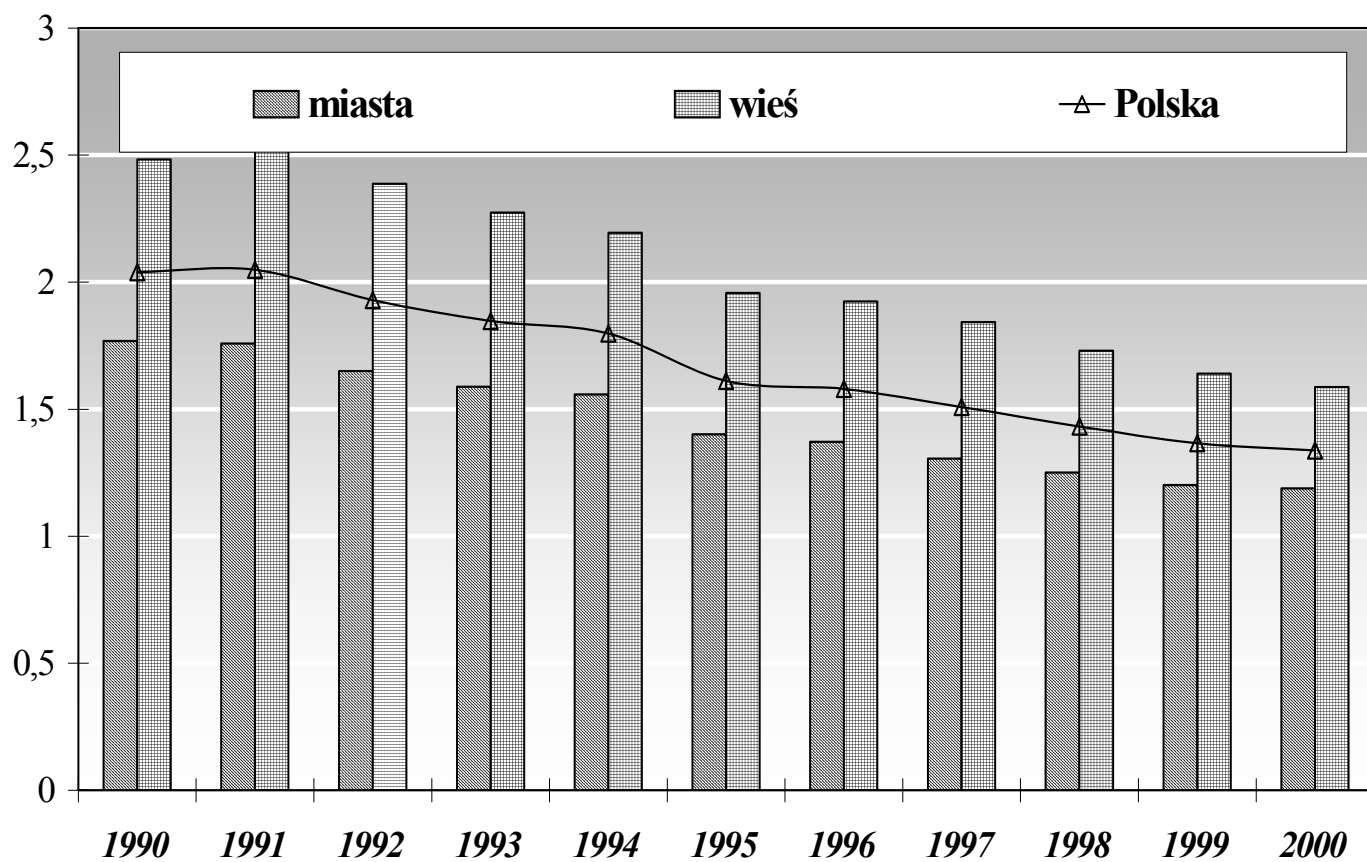
Spis wykresów:

1. Ludność według płci i wieku w 2000 roku
2. Współczynniki dzietności w latach 1990 – 2000
3. Ruch naturalny ludności w latach 1945 - 2000
4. Zgony według przyczyn w 2000 roku
5. Przeciętne trwanie życia w Polsce w latach 1950 - 2000

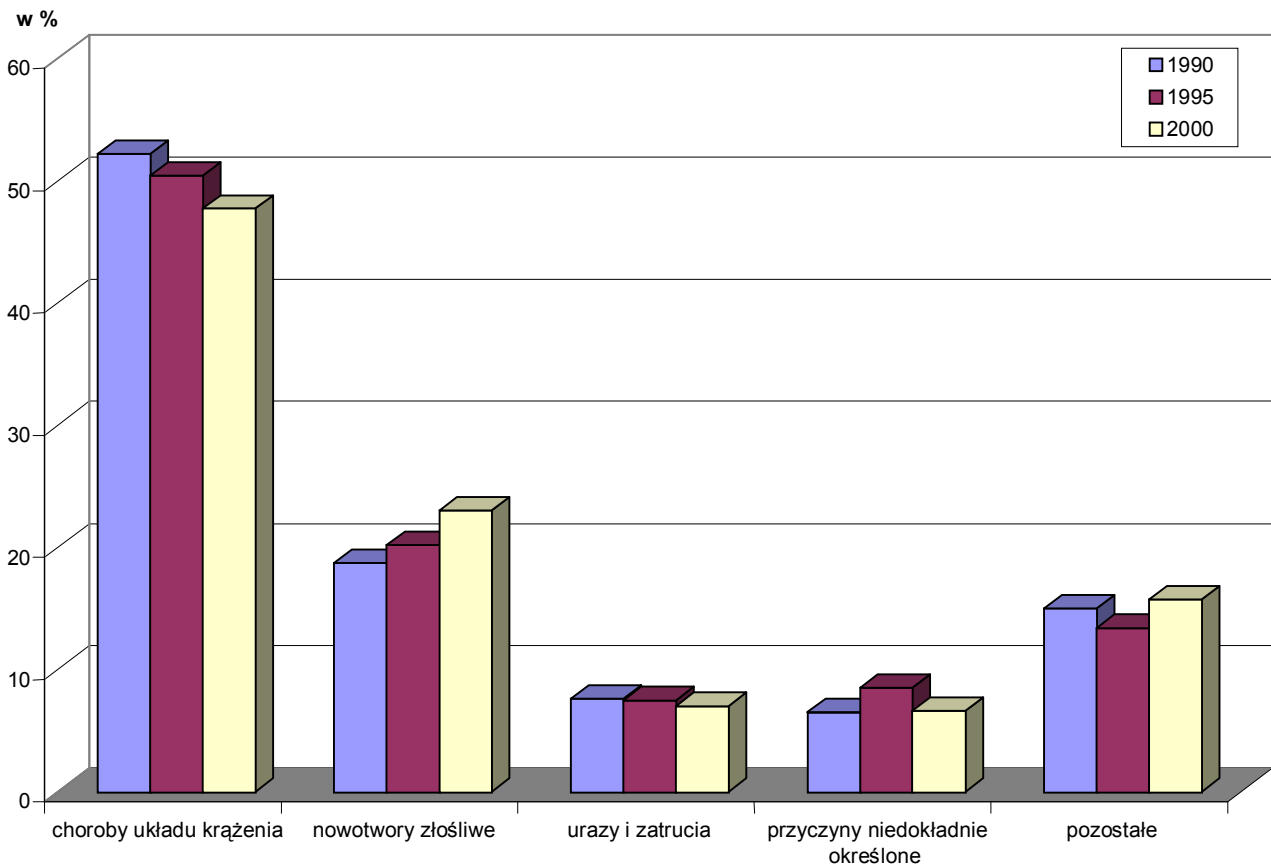
Spis tablic:

- Tabl. 1. Podstawowe dane demograficzne Polski w latach 1990-2001
- Tabl. 2. Współczynniki zawierania pierwszych małżeństw w latach 1989-2000
- Tabl. 3. Płodność kobiet w 2000 r. w porównaniu z 1990 r.
- Tabl. 4. Przeciętne trwanie życia według wieku i płci w latach 1991-2000
- Tabl. 5. Zgony według głównych przyczyn w latach 1990-96 i 1999-2000
(na 100 tys. ludności)
- Tabl. 6. Standaryzowane współczynniki zgonów według przyczyn i województw w 1999 r.
(na 100 tys. ludności)
- Tabl. 7. Zmiany liczby ludności miejskiej i wiejskiej w latach 1990 i 2000
- Tabl. 8. Podstawowe kierunki migracji wewnętrznych, w latach 1990-2000
- Tabl. 9. Migracje zagraniczne ludności na pobyt stały w latach 1989-2000 (w tys. osób)
- Tabl. 10. Emigracja z Polski na pobyt stały w latach 1990-2000 według kontynentów
- Tabl. 11. Ludność województw według wieku w latach 2000-2030 w tys. osób (stan 31.XII)
- Tabl. 12. Prognoza ludności aktywnej zawodowo w wieku 18 lat i więcej do 2020 r
- Tabl. 13. Prognoza gospodarstw domowych według liczby dzieci do lat 18
- Tabl. 14. Podstawowe dane demograficzne w wybranych krajach europejskich w 2000 roku

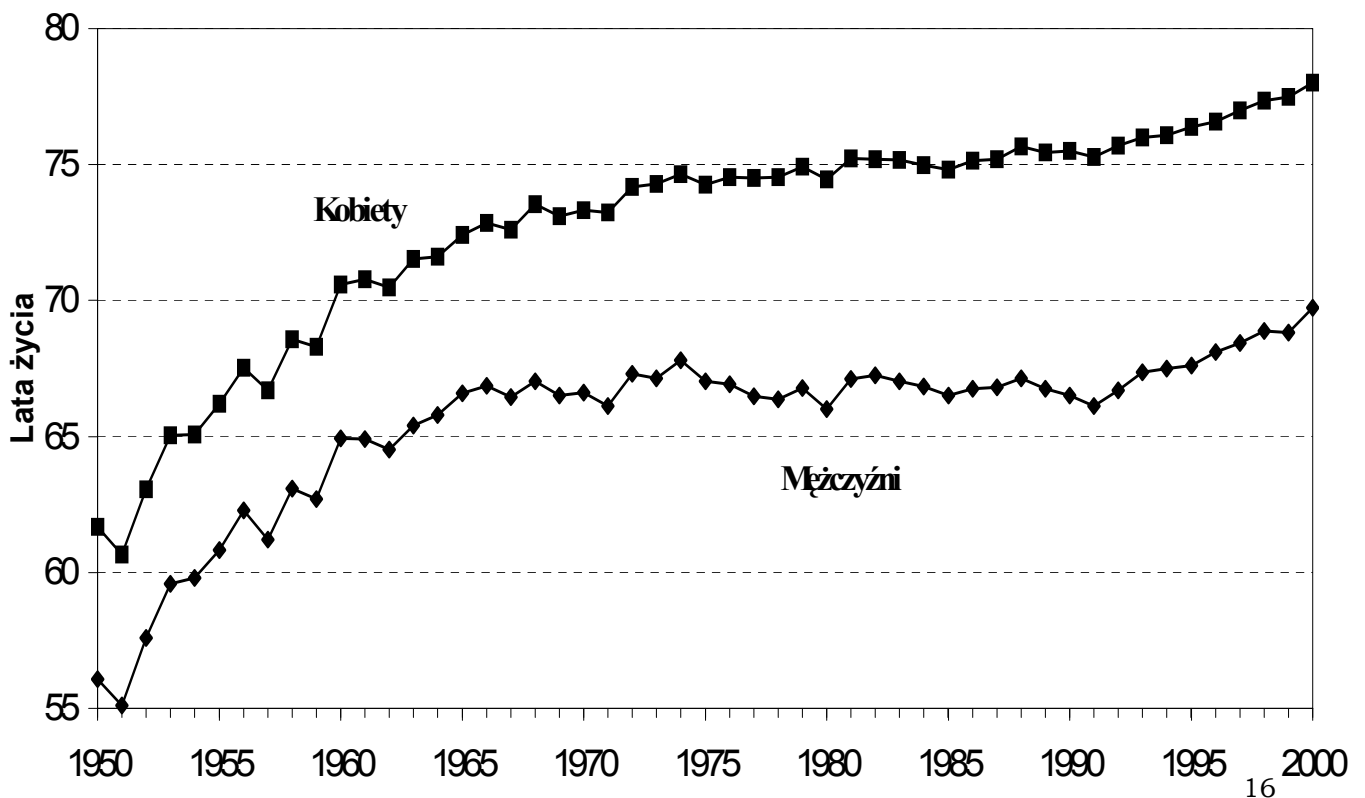
Wykres 2. Współczynniki dzietności w latach 1990 - 2000



Wykres 4. Zgony według przyczyn w 2000 roku



Wykres 5. Przeciętne trwanie życia w Polsce w latach 1950 - 2000



Tabl. 1. Podstawowe dane demograficzne Polski w latach 1990-2001

Wyszczególnienie	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ^{a)}
Ludność ogółem w tys. (stan w dn. 31.XII)	38183	38609	38639	38660	38667	38654	38644	38632
Przyrost roczny w tys.	145	28	30	21	7	-13	-10	-12
w %	0,38	0,07	0,08	0,05	0,02	-0,03	-0,02	-0,03
Mężczyźni (w tys.)	18608	18786	18797	18801	18798	18784	18773	18761
Ludność miejska (w tys.)	23614	23877	23903	23925	23923	23894	23876	23870
w %	61,8	61,8	61,9	61,9	61,9	61,8	61,8	61,8
Ludność w wieku - w %								
przedprodukcyjnym (0-17 lat).....	29,7	27,6	27,0	26,3	25,6	24,9	24,1	23,3
produkcyjnym (18-59/64 lata).....	57,5	58,6	59,0	59,5	60,1	60,6	61,2	61,9
poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej).....	12,8	13,8	14,0	14,2	14,3	14,5	14,7	14,8
0-14 lat (dzieci).....	24,9	22,5	21,9	21,1	20,3	19,6	18,8	18,0
65 lat i więcej.....	10,2	11,2	11,5	11,7	11,9	12,1	12,3	12,5
Przeciętne dalsze trwanie życia								
mężczyźni.....	66,5	67,6	68,1	68,5	68,9	68,8	69,8	.
kobiety.....	75,5	76,4	76,6	77,0	77,3	77,5	78,0	.
Małżeństwa (w tys.)	255,4	207,1	203,6	204,9	209,4	219,4	211,2	195,1
na 1000 ludności.....	6,7	5,4	5,3	5,3	5,4	5,7	5,5	5,1
Rozwody (w tys.)	42,5	38,1	39,4	42,6	45,2	42,0	42,8	45,3
na 1000 ludności.....	1,1	1,0	1,0	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2
Urodzenia żywe (w tys.)	547,7	433,1	428,2	412,7	395,6	382,0	378,3	368,2
na 1000 ludności.....	14,3	11,2	11,1	10,7	10,2	9,9	9,8	9,5
dziśność kobiet.....	2,04	1,61	1,58	1,51	1,43	1,37	1,34	.
Zgony ogółem (w tys.)	390,3	386,1	385,5	380,2	375,3	381,4	368,0	363,2
na 1000 ludności.....	10,2	10,0	10,0	9,8	9,7	9,9	9,5	9,4
według przyczyn (w %) ^{b)} :				b)	b)			
choroby układu krążenia.....	52,2	50,4	50,4	48,5	48,9	47,6	47,7	.
nowotwory złośliwe.....	18,7	20,2	20,4	20,9	21,9	21,4	23,0	.
urazy i zatrucia.....	7,6	7,5	7,1	7,6	7,4	7,2	7,0	.
w tym: wypadki drogowe.....	2,12	1,83	1,71	1,65	1,64	1,59	1,58	.
samobójstwa.....	1,27	1,42	1,41	1,42	1,46	1,51	1,59	.
przyczyny niedokładnie określone.....	6,5	8,5	8,4	7,5	7,2	6,7	6,6	.
Zgony niemowląt (w tys.)	10,6	5,9	5,2	4,2	3,8	3,4	3,1	2,8
na 1000 urodzeń żywych.....	19,3	13,6	12,2	10,2	9,5	8,9	8,1	7,7
Przyrost naturalny (w tys.)	157,4	47,0	42,7	32,5	20,3	0,6	10,3	5,0
na 1000 ludności.....	4,1	1,2	1,1	0,9	0,5	0,0	0,3	0,1
Migracje zagraniczne na stałe (w tys.)								
Napływ.....	2,6	8,1	8,2	8,4	8,9	7,5	7,3	6,6
Odpływ.....	18,4	26,3	21,3	20,2	22,2	21,5	27,0	23,3
Saldo.....	-15,8	-18,2	-13,1	-11,8	-13,3	-14,0	-19,7	-16,7

a) Kursywą - dane wstępne

b) W latach 1997 i 1998 dla ok. 20% przypadku zgonów nie została określona przyczyna zgonu - co było jedną z form strajku lekarzy. Prezentowane w tablicy dane o strukturze przyczyn zgonów dla tych lat zostały opracowane z uwzględnieniem doszacowania brakujących informacji.

Źródło: Dane GUS

Tabl. 2. Współczynniki zawierania pierwszych małżeństw w latach 1989-2000

Lata	Ogólny współczynnik pierwszych małżeństw		Pierwsze małżeństwa na 1000 kobiet w grupach wieku							Me- diana wieku kobiet	Średni wiek w momencie zawierania pierwszego małżeństwa	
	męż- czyźni	kobiety	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		męż- czyźni	kobiety
1989	0,853	0,904	48,78	107,26	23,66	5,59	1,99	0,80	0,39	21,9	25,14	22,80
1990	0,868	0,901	50,53	106,87	23,30	5,41	1,92	0,78	0,40	21,7	24,99	22,66
1991	0,805	0,814	44,18	96,33	22,37	5,08	1,76	0,75	0,36	21,8	25,05	22,69
1992	0,742	0,747	39,77	88,03	21,55	4,79	1,59	0,69	0,35	21,8	25,07	22,68
1993	0,704	0,701	35,36	83,30	21,39	4,88	1,55	0,61	0,33	21,8	25,19	22,76
1994	0,690	0,682	32,31	81,30	22,29	4,86	1,52	0,63	0,37	22,0	25,26	22,85
1995	0,673	0,664	29,14	79,66	22,91	4,98	1,58	0,65	0,39	22,1	25,38	22,98
1996	0,649	0,641	26,67	76,86	23,16	4,77	1,55	0,60	0,34	22,3	25,41	23,03
1997	0,638	0,631	23,81	75,56	28,81	5,01	1,55	0,63	0,36	22,5	25,32	23,22
1998	0,661	0,640	22,54	75,47	27,18	5,29	1,59	0,65	0,37	22,7	25,69	23,37
1999	0,665	0,661	22,62	76,19	29,86	5,80	1,63	0,68	0,38	22,9	25,70	23,48
2000	0,631	0,629	19,43	70,59	31,37	5,93	1,64	0,64	0,40	23,2	25,96	23,71

Źródło: Dane GUS, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 2000-2001, RRL.

Tabl. 3. Płodność kobiet w 2000 r. w porównaniu z 1990 r.

Wiek kobiet (w latach)	Urodzenia żywe na 1000 kobiet w wieku 15 - 49 lat					
	1990			2000		
	Ogółem	Miasta	Wieś	Ogółem	Miasta	Wieś
15 – 19	32	29	35	17	15	19
20 - 24	165	143	196	81	68	104
25 – 29	121	106	146	92	85	104
30 – 34	59	50	75	51	48	58
35 – 39	25	20	34	21	18	26
40 – 44	6	5	9	5	4	7
45 – 49	0	0	1	0	0	0
15 – 49	58	48	77	37	32	47
Współczynniki dzietności	2,039	1,768	2,483	1,337	1,188	1,587
Współczynniki dzietności żeńskiej	0,991	0,858	1,209	0,649	0,574	0,773
Współczynniki zastępowalności pokoleń	0,967	0,837	1,179	0,640	0,566	0,762

Źródło: Dane GUS.

Tabl. 4. Przeciętne trwanie życia według wieku i płci w latach 1991-2000

Rok	0		15		30		45		60	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
1991	66,11	75,27	52,58	61,54	38,62	46,88	25,64	32,73	15,09	19,74
1992	66,71	75,70	53,09	61,91	39,08	47,24	26,05	33,04	15,40	20,03
1993	67,37	76,00	53,67	62,14	39,56	47,44	26,36	33,20	15,48	20,10
1994	67,51	76,08	53,92	62,38	39,84	47,69	26,67	33,44	15,76	20,35
1995	67,62	76,38	53,92	62,56	39,81	47,87	26,68	33,61	15,84	20,52
1996	68,12	76,57	54,33	62,66	40,18	47,95	26,89	33,66	15,93	20,52
1997	68,45	76,99	54,46	62,94	40,35	48,23	27,10	33,91	16,13	20,80
1998	68,87	77,34	54,83	63,22	40,69	48,51	27,39	34,18	16,38	21,04
1999	68,83	77,49	54,76	63,31	40,62	48,60	27,31	34,26	16,29	21,13
2000	69,74	78,00	55,59	63,76	41,36	49,03	27,93	34,65	16,72	21,51

Źródło: Dane GUS, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 2000-2001, RRL.

Tabl. 5. Zgony według głównych przyczyn w latach 1990-96 i 1999-2000
(na 100 tys. ludności)

Grupa przyczyn zgonów	ICD-9*	1991	1992	1993	1994	1995	1996	ICD-10*	1999	2000
Ogółem		1056	1025	1016	1003	1001	998		987	952
Choroby układu krążenia	390-459	557	537	530	513	505	503	I00-I99	469	454
Nowotwory	140-239	196	195	199	201	205	207	C00-D48	216	223
Urazy i zatrucia	E800-E989	82	78	73	75	75	71	V01-Y98	71	67
Choroby układu oddechowego	460-519	40	35	36	33	34	37	J00-J99	46	47
Choroby układu trawiennego	520-579	32	33	32	33	33	32	K00-K93	38	38
Pozostałe przyczyny dokładnie określone		74	71	66	68	63	60		58	56
Przyczyny niedokładnie określone	780-799	75	76	80	80	86	84	R00-R99	66	63
Brak danych o przyczynie zgonu		x	x	x	x	x	4		23	4

*)ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD-9 - Rewizja 9, ICD-10 – Rewizja 10)

Źródło: Dane GUS, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 2000-2001, RRL.

**Tabl. 6. Standaryzowane współczynniki zgonów według przyczyn i województw
w 1999 roku (na 100 tys. ludności)**

Województwa	Ogółem			Nowotwory			Układ krążenia			Układ oddechowy		
	Ogółem m	Miasta	Wieś	Ogółem m	Miasta	Wieś	Ogółem m	Miasta	Wieś	Ogółem m	Miasta	Wieś
Ogółem	987	9 73	1007	221	232	207	480	464	503	47	45	52
Dolnośląskie	1014	1002	1052	228	231	222	497	489	521	48	46	52
Kujawsko-Pomorskie	1001	976	1042	242	248	234	480	460	511	56	51	65
Lubelskie	971	910	1013	193	204	188	468	434	488	42	36	46
Lubuskie	1022	989	1084	234	238	231	503	482	540	46	41	56
Łódzkie	1089	1099	1068	227	239	209	529	515	547	64	70	56
Małopolskie	927	908	946	216	224	207	481	458	505	42	36	48
Mazowieckie	966	935	1022	215	225	198	449	421	497	48	43	54
Opolskie	935	930	940	208	221	196	511	497	525	29	25	32
Podkarpackie	905	853	936	185	191	183	495	457	515	38	31	42
Podlaskie	924	902	957	203	218	193	363	350	377	50	44	54
Pomorskie	941	914	1014	247	249	243	437	417	493	54	51	61
Śląskie	1028	1038	990	229	237	197	536	528	556	49	48	50
Świętokrzyskie	983	951	1012	195	209	188	481	461	494	56	49	61
Warmińsko- Mazurskie	971	932	1032	234	238	231	418	397	449	44	36	56
Wielkopolskie	1008	988	1034	236	245	224	471	458	489	42	36	52
Zachodniopomorskie	1011	981	1090	240	242	237	496	482	533	31	30	34

Źródło: Dane GUS, 2000, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 1999-2000, RRL.

Tabl. 7. Zmiany liczby ludności miejskiej i wiejskiej w latach 1990 i 2000

Ludność	1990		2000	
	w tys.	w % ogółu ludności	w tys.	w % ogółu ludności
w miastach:				
Ogółem	23 614,5	61,8	23 876,5	61,8
poniżej 5000	803,2	2,1	882,9	2,3
5 000 - 9 999	1 252,4	3,3	1 285,2	3,3
10 000 - 19 999	2 551,9	6,6	2 680,2	6,9
20 000 - 49 999	3 963,2	10,4	4 221,9	11,0
50 000 - 99 999	3 230,6	8,5	3 359,4	8,7
100 000 - 199 999	3 012,5	7,9	3 043,5	7,9
200 000 i więcej	8 880,7	23,0	8 403,4	21,7
na wsi:				
Ogółem	14 568,7	38,2	14 767,7	38,2
Grupy gmin wg liczby ludności wiejskiej:				
poniżej 2 000	19,2	0,05	29,7	0,1
2 000 - 4 999	2 506,7	6,60	2 747,6	7,1
5 000 - 6 999	3 803,5	9,90	3 723,4	9,6
7 000 - 9 999	4 281,0	11,20	4 212,9	10,9
10 000 i więcej	3 958,4	10,35	4 054,1	10,5

Źródło: Dane GUS.

Tabl. 8. Podstawowe kierunki migracji wewnętrznych w latach 1990-2000

Podstawowe kierunki migracji	1990		1995		2000	
	tys. osób	%	tys. osób	%	tys. osób	%
Ogółem	529,9	100,0	419,7	100,0	394,1	100,0
z miast do miast	149,4	28,2	120,8	28,8	122,2	31,0
z miast na wieś	83,9	15,8	91,6	21,8	103,2	26,2
ze wsi do miast	196,6	37,1	118,5	28,2	98,9	25,1
ze wsi na wieś	100,0	18,9	88,8	21,2	69,6	17,7
	Na 1000 ludności					
Ogółem	13,9		10,9		10,2	
z miast do miast	6,4		5,1		5,1	
z miast na wieś	3,6		3,9		4,1	
ze wsi do miast	13,2		8,0		7,0	
ze wsi na wieś	6,7		6,0		4,7	

Źródło: Dane GUS, Warszawa 1990 - 2001. cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 2000-2001, RRL.

Tabl. 9. Migracje zagraniczne ludności na pobyt stały w latach 1989-2000

(w tys. osób)

Lata	Ogółem			Miasta			Wieś		
	Imigracja	Emigracja	Saldo	Imigracja	Emigracja	Saldo	Imigracja	Emigracja	Saldo
1989	2,2	26,6	-24,4	1,9	20,3	-18,4	0,3	6,3	-6,0
1990	2,6	18,4	-15,8	2,2	14,8	-12,6	0,4	3,6	-3,2
1991	5,0	21,0	-16,0	4,3	18,5	-14,2	0,7	2,5	-1,8
1992	6,5	18,1	-11,6	5,5	16,3	-10,8	1,0	1,8	-0,8
1993	5,9	21,3	-15,4	4,8	18,1	-13,3	1,1	3,2	-2,1
1994	6,9	25,9	-19,0	5,4	22,1	-16,7	1,5	3,8	-2,3
1995	8,1	26,3	-18,2	6,3	22,0	-15,7	1,8	4,3	-2,5
1996	8,2	21,3	-13,1	6,1	18,1	-12,0	2,1	3,2	-1,1
1997	8,4	20,2	-11,8	6,2	16,9	-10,7	2,2	3,3	-1,1
1998	8,9	22,2	-13,3	6,5	19,0	-12,5	2,4	3,2	-0,8
1999	7,5	21,5	-14,0	5,5	18,2	-12,7	2,0	3,3	-1,3
2000	7,3	27,0	-19,7	5,1	21,5	-16,4	2,2	5,5	-3,3

Źródło: Dane GUS, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 2000-2001, RRL.

Tabl. 10. Emigracja z Polski na pobyt stały w latach 1990-2000 według kontynentów

Kraje	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
w liczbach bezwzględnych											
OGÓLEM	18440	20977	18115	21376	25904	26344	21297	20222	22177	21536	26999
EUROPA	13862	16749	14491	17022	21186	20938	16961	16279	18420	17656	22865
w tym kraje:											
UNII EUROPEJSKIEJ	13288	16202	14269	16827	20990	20650	16731	16075	18228	17427	22636
w tym NIEMCY	11378	14502	12851	15333	18876	18161	14800	14202	16128	15346	20472
KRAJE BYŁEGO ZSRR:	28	30	23	37	44	43	45	43	32	38	49
Kraje europejskie	-	-	23	37	42	41	44	36	26	32	47
Kraje azjatyckie	-	-	-	-	2	2	1	7	6	6	2
AZJA	49	44	45	39	48	40	50	35	51	38	43
AFRYKA	54	102	68	55	64	54	69	35	61	53	38
AMERYKA PÓŁNOCNA I ŚRODKOWA	4092	3711	3192	3982	4233	4874	3843	3568	3306	3484	3798
AMERYKA POŁUDNIOWA	11	13	10	5	5	11	8	15	8	11	12
OCEANIA	344	327	283	236	324	383	321	240	297	252	193
Nie ustalony kraj	-	1	3	-	-	1	-	7	2	4	1
w odsetkach											
OGÓLEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
EUROPA	75,2	79,8	80,0	79,6	81,8	79,5	79,6	80,5	83,1	82,0	84,7
w tym kraje:											
UNII EUROPEJSKIEJ	72,1	77,2	78,8	78,7	81,0	78,4	78,6	79,5	82,2	80,9	83,8
w tym NIEMCY	61,7	69,1	70,9	71,7	72,9	68,9	69,5	70,2	72,7	71,3	75,8
KRAJE BYŁEGO ZSRR:	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Kraje europejskie	-	-	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Kraje azjatyckie	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AZJA	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
AFRYKA	0,3	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
AMERYKA PÓŁNOCNA I ŚRODKOWA	22,2	17,7	17,6	18,6	16,3	18,5	18,0	17,6	14,9	16,2	14,1
AMERYKA POŁUDNIOWA	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
OCEANIA	1,9	1,6	1,6	1,1	1,3	1,5	1,5	1,2	1,3	1,2	0,7
Nie ustalony kraj	-	0,0	0,0	-	-	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0

Źródło: Dane GUS, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 2000-2001, RRL.

Tabl. 11. Ludność województw według wieku w latach 2000-2030 w tys. osób (stan

31.XII)

Wiek	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030
	dolnośląskie				kujawsko-pomorskie				lubelskie			
Ogółem	2974	2957	2943	2837	2101	2112	2125	2072	2233	2207	2187	2112
0-2	80	99	88	67	65	73	67	52	70	77	70	54
3-6	121	117	130	95	99	88	98	74	106	94	102	76
6	34	28	34	25	27	22	25	19	29	23	26	20
7-12	223	161	200	166	178	129	148	129	195	138	154	133
13-15	138	87	88	96	103	72	67	73	111	76	71	75
16-18	156	101	83	101	115	84	65	75	122	90	69	77
18	51	34	27	34	38	29	22	25	41	31	23	26
19-24	305	245	167	195	212	185	131	141	223	198	136	143
20-29	474	462	309	299	335	337	242	219	348	355	251	224
18-44	1206	1174	1065	875	853	855	786	657	869	885	810	672
45-59k/64m	661	772	662	763	439	516	479	545	447	511	481	556
60k	15	24	21	17	9	16	15	13	12	15	14	13
60-64k	88	105	116	80	66	72	79	61	64	69	77	59
65m	11	9	21	14	7	6	14	11	9	8	14	11
65-69	125	96	212	155	82	70	135	113	96	81	137	114
70-74	113	99	155	177	69	66	105	121	90	76	102	121
75-79	79	83	67	153	48	55	49	99	63	65	57	100
80+	51	97	105	142	41	60	69	97	53	76	79	99
0-17	666	531	561	492	521	417	423	379	563	443	443	390
18-59k/64m	1866	1946	1728	1639	1292	1371	1265	1202	1316	1396	1292	1228
60k+/65m+	442	480	654	706	287	324	437	491	355	367	452	494
Wiek	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030
	lubuskie				łódzkie				małopolskie			
Ogółem	1025	1042	1060	1041	2643	2567	2514	2404	3230	3309	3391	3376
0-2	32	37	34	27	70	83	75	58	105	115	112	89
3-6	48	45	50	38	109	99	109	81	155	142	160	127
6	13	11	13	10	30	24	28	21	42	35	40	33
7-12	86	64	76	65	197	140	167	142	283	209	236	217
13-15	52	35	34	37	114	78	75	81	157	114	108	120
16-18	58	40	33	39	129	91	70	84	169	132	105	122
18	19	14	11	13	43	31	23	28	55	46	35	40
19-24	107	91	64	72	250	205	142	159	328	305	223	237
20-29	167	171	119	113	397	379	266	246	515	534	406	371
18-44	422	426	398	334	1027	991	886	731	1304	1353	1273	1102
45-59k/64m	214	260	233	276	595	652	571	634	634	758	760	868
60k	5	8	7	6	15	21	18	16	16	22	23	21
60-64k	30	34	39	28	80	98	100	74	105	98	115	100
65m	3	3	7	5	10	10	17	12	13	12	20	18
65-69	38	31	69	55	120	99	179	135	138	118	199	186
70-74	33	30	51	61	110	92	142	152	115	116	149	184
75-79	23	26	21	50	81	80	69	130	81	96	85	148
80+	16	28	31	45	67	95	96	130	65	104	123	153
0-17	257	207	216	192	576	460	473	418	814	666	686	634
18-59k/64m	636	686	632	610	1622	1644	1457	1365	1938	2111	2034	1970
60k+/65m+	133	149	213	239	445	463	584	620	479	532	671	771

Tabl. 11. Ludność województw według wieku w latach 2000-2030 w tys. osób (stan 31.XII) cd.

Wiek	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030
	mazowieckie				opolskie				podkarpackie			
Ogółem	5065	5097	5153	5071	1086	1077	1071	1027	2130	2168	2205	2175
0-2	145	172	160	128	29	36	34	25	71	77	75	57
3-6	217	207	233	181	45	43	50	35	107	96	108	82
6	60	50	60	47	12	10	13	9	29	23	27	21
7-12	391	293	353	310	87	59	73	63	203	140	158	143
13-15	227	159	158	175	54	32	32	37	113	78	72	80
16-18	253	184	150	180	58	37	30	37	120	91	70	81
18	84	62	49	60	19	13	10	12	40	32	23	27
19-24	489	420	305	346	104	93	57	66	211	202	134	141
20-29	774	779	569	544	165	171	108	102	337	358	256	225
18-44	1979	2001	1880	1611	450	434	379	309	858	898	830	700
45-59k/64m	1098	1248	1131	1320	224	271	257	272	396	491	497	567
60k	28	38	35	31	5	8	8	7	10	13	15	14
60-64k	153	172	191	145	37	33	40	33	69	60	73	64
65m	20	18	34	25	5	3	7	6	8	7	13	12
65-69	229	189	348	266	48	38	69	65	86	71	126	121
70-74	209	185	257	298	37	43	50	64	73	72	93	118
75-79	145	158	136	259	24	33	26	50	52	60	51	93
80+	126	194	207	260	18	32	42	49	40	66	76	93
0-17	1149	951	1003	913	255	194	209	185	574	450	459	417
18-59k/64m	3077	3248	3010	2930	674	706	636	581	1254	1389	1327	1267
60k+/65m+	838	897	1139	1228	157	178	226	261	301	329	419	490
Wiek	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030
	podlaskie				pomorskie				śląskie			
Ogółem	1223	1222	1223	1191	2196	2258	2319	2299	4863	4827	4804	4606
0-2	37	42	39	30	71	81	75	60	128	162	144	109
3-6	58	51	57	42	104	98	109	84	194	189	215	154
6	16	12	15	11	28	24	28	22	53	45	55	40
7-12	110	74	86	75	189	142	164	144	369	259	329	274
13-15	63	42	38	42	109	76	74	81	232	139	142	158
16-18	67	50	37	44	119	85	71	83	254	160	130	164
18	22	17	12	15	39	29	23	28	84	55	43	55
19-24	118	113	74	80	226	204	147	161	480	402	258	310
20-29	186	201	140	124	357	369	270	254	748	762	490	476
18-44	485	494	454	381	896	928	877	752	1990	1928	1733	1421
45-59k/64m	230	283	276	309	461	542	507	598	1096	1233	1091	1220
60k	7	8	9	7	9	17	15	14	23	37	36	29
60-64k	37	34	44	34	69	74	82	64	157	159	188	137
65m	5	4	7	7	8	7	15	11	20	17	32	24
65-69	53	44	71	69	83	74	147	119	202	197	324	267
70-74	49	43	52	71	68	71	111	127	159	183	236	289
75-79	33	37	32	53	46	56	52	108	110	134	137	236
80+	29	45	48	55	37	61	74	105	87	138	177	232
0-17	314	241	245	218	554	452	469	424	1092	854	919	804
18-59k/64m	715	776	730	690	1357	1470	1384	1350	3086	3161	2823	2641
60k+/65m+	194	204	248	283	285	336	467	525	685	812	1061	1161

Tabl. 11. Ludność województw według wieku w latach 2000-2030 w tys. osób (stan 31.XII) cd.

Wiek	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030
	świętokrzyskie				warmińsko-mazurskie				wielkopolskie			
Ogółem	1321	1291	1258	1195	1467	1483	1491	1449	3359	3419	3492	3453
0-2	39	43	38	29	47	53	48	36	107	122	114	90
3-6	59	53	56	41	72	64	70	52	158	148	166	128
6	16	13	14	11	20	16	18	14	43	36	42	33
7-12	110	77	85	72	134	94	107	91	292	214	248	220
13-15	63	43	39	41	77	52	48	52	167	116	113	124
16-18	71	51	38	43	86	60	46	53	183	134	108	127
18	24	18	13	14	28	21	15	18	60	46	36	42
19-24	126	106	71	74	152	135	90	97	346	311	221	243
20-29	200	193	133	117	237	246	170	152	544	560	407	380
18-44	513	499	443	356	609	610	560	462	1366	1407	1316	1123
45-59k/64m	274	319	289	319	286	362	336	383	693	819	770	900
60k	7	10	9	8	6	10	11	9	14	25	23	21
60-64k	37	42	47	35	45	44	56	41	106	118	124	99
65m	5	5	9	7	5	4	10	7	11	11	21	17
65-69	58	46	87	70	54	44	93	81	125	106	215	181
70-74	54	48	65	76	46	44	65	86	106	104	174	193
75-79	38	40	33	64	30	37	31	68	79	84	74	156
80+	33	48	51	63	22	40	46	61	69	94	105	154
0-17	318	248	244	212	388	303	304	266	847	688	714	647
18-59k/64m	786	818	731	675	895	972	895	845	2059	2226	2086	2022
60k+/65m+	216	224	283	308	184	208	291	337	453	505	692	784
Wiek	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030				
	zachodniopomorskie				Polska							
Ogółem	1734	1753	1766	1719	38649	38788	39003	38025				
0-2	51	60	55	42	1146	1330	1229	953				
3-6	79	72	80	60	1731	1606	1792	1351				
6	22	17	21	16	473	390	458	351				
7-12	141	102	122	104	3187	2296	2705	2348				
13-15	83	56	54	59	1865	1254	1214	1332				
16-18	93	65	51	61	2054	1455	1155	1370				
18	31	22	17	20	679	501	381	456				
19-24	181	152	106	119	3857	3367	2325	2582				
20-29	282	281	198	184	6067	6158	4334	4030				
18-44	714	707	652	543	15539	15590	14342	12030				
45-59k/64m	377	450	393	455	8126	9487	8733	9985				
60k	8	14	12	10	189	284	272	236				
60-64k	52	60	69	48	1196	1271	1441	1102				
65m	6	5	12	9	146	129	252	196				
65-69	67	55	122	92	1606	1358	2534	2089				
70-74	58	54	89	105	1386	1328	1895	2245				
75-79	39	45	38	88	972	1089	959	1855				
80+	25	49	57	81	778	1226	1385	1821				
0-17	416	334	346	306	9304	7440	7714	6898				
18-59k/64m	1091	1157	1045	998	23665	25076	23075	22015				
60k+/65m+	227	262	375	414	5680	6271	8215	9112				

Źródło: Obliczenia według prognozy GUS, 2000, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 1999-2000, RRL.

Tabl. 12. Prognoza ludności aktywnej zawodowo w wieku 18 lat i więcej do 2020 r.

Wyszczególnienie	Ludność aktywna zawodowo w tys.				Indeksy o podstawie z 2000 r.				Przyrosty lub ubytki w tys.			
	2005	2010	2015	2020	2005	2010	2015	2020	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Polska	18269	18622	18393	17907	104,9	107,0	105,6	102,9	859	352	-229	-486
Dolnośląskie	1416	1420	1379	1323	104,2	104,5	101,4	97,3	57	4	-41	-56
Kujawsko-pomorskie	972	987	975	949	105,1	106,7	105,4	102,5	47	15	-12	-26
Lubelskie	1070	1096	1078	1042	104,2	106,8	105,0	101,4	43	26	-18	-36
Lubuskie	470	479	476	466	106,4	108,6	107,8	105,7	28	10	-3	-10
Łódzkie	1246	1245	1209	1157	101,8	101,6	98,7	94,5	22	-2	-36	-52
Małopolskie	1550	1611	1622	1602	106,3	110,5	111,3	109,9	92	61	11	-19
Mazowieckie	2536	2583	2550	2484	104,5	106,5	105,1	102,4	109	48	-33	-66
Opolskie	520	527	513	492	104,2	105,5	102,8	98,5	21	6	-13	-21
Podkarpackie	1006	1045	1053	1035	106,6	110,7	111,5	109,5	62	39	8	-18
Podlaskie	596	617	618	603	105,6	109,4	109,6	106,9	31	22	1	-15
Pomorskie	1044	1080	1082	1074	106,5	110,2	110,5	109,6	64	36	3	-8
Śląskie	2133	2158	2110	2047	104,5	105,8	103,4	100,3	93	25	-49	-63
Świętokrzyskie	616	617	602	575	102,9	103,2	100,6	96,1	18	2	-16	-27
Warmińsko-mazurskie	682	694	683	664	106,6	108,6	106,8	103,9	42	13	-11	-19
Wielkopolskie	1596	1634	1628	1598	105,9	108,4	108,0	106,0	89	37	-5	-30
Zachodniopomorskie	816	827	815	796	105,3	106,7	105,1	102,6	41	11	-12	-19

Źródło: dla 2000 r. - dane rzeczywiste, na podstawie BAEL i bilansów ludności, dla lat: 2005, 2010, 2015 i 2020

– projekcja GUS, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 2000-2001, RRL.

Tabl. 13. Prognoza gospodarstw domowych według liczby dzieci do lat 18

Liczba osób dorosłych	Gospodarstwa domowe	Gospodarstwa według liczby dzieci					
		Bez dzieci	1	2	3	4	5 i więcej
		w tysiącach					
2000							
Ogółem	13431,7	7969,6	2776,2	1923,6	548,8	149,9	63,6
Dolnośląskie	1083,3	667,3	231,4	141,3	32,8	7,8	2,7
Kujawsko-pomorskie	717,5	411,3	154,8	108,4	31,1	8,4	3,4
Lubelskie	742,3	431,4	145,7	110,5	38,1	11,4	5,3
Lubuskie	355,7	204,0	77,6	53,9	14,7	3,8	1,6
Łódzkie	975,7	618,7	194,7	122,7	29,8	7,2	2,6
Małopolskie	1055,0	602,9	211,0	162,9	53,8	16,7	7,7
Mazowieckie	1838,7	1147,0	365,0	238,9	64,2	16,6	7,1
Opolskie	374,7	223,4	77,1	54,2	14,9	3,8	1,3
Podkarpackie	649,0	345,1	132,4	109,9	41,2	13,4	6,9
Podlaskie	405,6	234,5	78,8	61,4	21,2	6,6	3,1
Pomorskie	759,9	438,9	161,0	112,0	33,3	9,9	4,8
Śląskie	1813,7	1123,0	382,1	239,5	53,6	12,0	3,4
Świętokrzyskie	439,2	257,3	88,1	65,5	20,2	5,7	2,4
Warmińsko-mazurskie	497,7	279,2	106,1	77,3	24,5	7,1	3,4
Wielkopolskie	1107,4	618,5	238,0	178,3	52,9	14,1	5,6
Zachodnio-pomorskie	616,5	367,0	132,4	86,7	22,6	5,4	2,4
2030							
Ogółem	16489,6	11916,7	2685,5	1560,2	255,3	56,5	15,4
Dolnośląskie	1243,8	914,3	196,9	110,4	17,5	3,8	1,0
Kujawsko-pomorskie	896,0	645,4	146,8	85,7	14,1	3,1	0,9
Lubelskie	911,1	653,9	150,0	88,3	14,7	3,3	0,9
Lubuskie	448,1	320,7	74,9	43,5	7,1	1,6	0,4
Łódzkie	1058,2	780,5	163,6	94,4	15,4	3,4	0,9
Małopolskie	1448,7	1030,6	243,0	144,3	24,0	5,3	1,4
Mazowieckie	2208,4	1600,2	359,5	206,5	33,0	7,2	2,0
Opolskie	446,8	326,4	69,0	41,6	7,5	1,8	0,5
Podkarpackie	927,5	655,4	155,6	95,2	16,4	3,8	1,0
Podlaskie	515,0	370,2	85,1	49,5	8,0	1,7	0,5
Pomorskie	990,9	707,9	167,5	96,2	15,2	3,3	0,9
Śląskie	2017,7	1480,9	319,0	180,5	29,1	6,4	1,8
Świętokrzyskie	524,0	385,4	80,2	47,8	8,2	1,9	0,5
Warmińsko-mazurskie	624,0	447,5	103,7	60,4	9,8	2,2	0,6
Wielkopolskie	1481,1	1054,0	249,3	146,6	24,3	5,4	1,5
Zachodnio-pomorskie	748,2	543,4	121,5	69,2	11,0	2,4	0,6

Źródło: Dane GUS, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski” Raport 2000-2001, RRL.

Tabl. 14. Podstawowe dane demograficzne w wybranych krajach europejskich w 2000 roku

Lp	Kraje	Ogółem w tys.	W wieku 65 i więcej w %	Urodzenia żywe na 1000 ludności	Dzietność kobiet	Małżeństwa zawarte w 2000 r na 1000 ludności
Kraje Unii Europejskiej						
1	Austria	8121,3	15,5	9,7	1,34	4,8
2	Belgia	10263,4	16,9	11,3	1,66	4,4
3	Dania	5349,2	14,8	12,6	1,77	7,2
4	Finlandia	5181,1	15,0	11,0	1,73	5,1
5	Francja	59039,7	16,1	13,2	1,89	5,2
6	Grecja	10564,7	17,3	9,6	1,29	4,3
7	Hiszpania	40121,7	16,9	9,9	1,24	5,3
8	Irlandia	3780,6	11,2	14,4	1,89	5,1
9	Luksemburg	441,3	14,3	13,1	1,79	4,9
10	Niderlandy	15987,1	13,6	13,0	1,72	5,5
11	Niemcy	82192,6	16,2	9,2	1,36	5,1
12	Portugalia	10242,9	15,5	11,8	1,52	6,3
13	Szwecja	8882,8	17,2	10,2	1,54	4,5
14	Wielka Brytania	59862,8	15,6	11,4	1,65	5,1 ^{c)}
15	Włochy	57844,0	18,2	9,3	1,23	4,6
Kraje EFTA						
16	Islandia	283,4	11,6	15,3	2,08	6,3
17	Lichtenstein	32,9	10,5	12,1 ^{b)}	1,33(94r.)	6,6 ^{b)}
18	Norwegia	4503,4	15,3	13,2	1,85	5,6
19	Szwajcaria	7204,1	15,4	10,9	1,50	5,5
Pozostałe kraje europejskie						
20	Białoruś	9990,4	13,5	9,4	1,31	6,2
21	Bośnia i Hercegowina	3695,5 ^{b)}	6,7	13,1 ^{a)}	1,21 ^{b)}	6,7(90r.)
22	Bułgaria	8149,5	16,3	9,0	1,26	4,3
23	Chorwacja	4381,0	12,5	10,0	1,36	5,2 ^{c)}
24	Czechy	10266,5	13,9	8,8	1,14	5,4
25	Estonia	1366,7	15,2	9,6	1,39	4,0
26	Jugosławia	10645,2	13,8	11,8	1,67	5,6
27	Litwa	3692,6	13,6	9,2	1,27	4,6
28	Łotwa	2366,1	15,2	8,5	1,24	3,9
29	Macedonia	2022,1	10,1	14,5	1,88	7,0
30	Malta	382,5	12,3	11,2	1,67	6,7
31	Polska	38644,2	12,3	9,8	1,34	5,5
32	Rosja	144819,1	12,5	8,7	1,21	5,4
33	Rumunia	22430,5	13,5	10,4	1,31	6,1
34	Słowacja	5402,5	11,5	10,2	1,29	4,8
35	Słowenia	1990,1	14,1	9,1	1,26	3,6
36	Turcja	65783,0	5,6	21,5	2,50	7,7 ^{b)}
37	Ukraina	49036,5	13,9	7,8	1,10 ^{c)}	5,6
38	Węgry	10005,2	14,7	9,7	1,32	4,8

Tab. 14. Podstawowe dane demograficzne w wybranych krajach europejskich w 2000 roku (dok.)

Lp	Kraje	Rozwody na 1000 ludności	Zgony na 1000 ludności	Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	Przeciętne dalsze trwanie życia		Okres dla którego wyliczono przeciętne dalsze trwanie życia
					mężczyzn	kobiet	
Kraje Unii Europejskiej							
1	Austria	2,4	9,5	4,8	75,4	81,2	2000r.
2	Belgia	2,6	10,3	4,9 ^{c)}	74,4	80,8	1999r.
3	Dania	2,7	10,9	5,3	74,5	79,3	2000r.
4	Finlandia	2,7	9,5	3,7	74,2	81,0	2000r.
5	Francja	2,0 ^{c)}	9,1	4,8 ^{c)}	74,9	82,4	1999r.
6	Grecja	0,9	9,8	6,1 ^{c)}	75,5	80,6	1999r.
7	Hiszpania	0,9 ^{c)}	9,3	4,5 ^{c)}	75,5	82,7	2000r.
8	Irlandia	...	8,2	6,0	74,2	79,2	2000r.
9	Luksemburg	2,3	8,6	5,1	74,9	81,3	2000r.
10	Niderlandy	2,2	8,8	5,1	75,5	80,5	2000r.
11	Niemcy	2,3 ^{c)}	10,1	4,5 ^{c)}	74,7	80,7	1999r.
12	Portugalia	1,9	10,3	5,5	72,6	79,6	2000r.
13	Szwecja	2,4	10,5	3,4	77,4	81,7	2000r.
14	Wielka Brytania	2,6	10,2	5,6	75,4	80,2	2000r.
15	Włochy	0,6	9,7	4,6	75,7	81,8	1998r.
Kraje EFTA							
16	Islandia	1,9	6,7	3,0	78,0	81,4	2000r.
17	Lichtenstein	2,0 ^{a)}	6,6 ^{b)}	7,5 ^{b)}	68,0	75,0	1999r.
18	Norwegia	2,2	9,8	3,8	76,0	81,4	2000r.
19	Szwajcaria	1,5	8,7	5,0	76,9	82,6	2000r.
Pozostałe kraje europejskie							
20	Białoruś	4,3	13,5	9,4	63,4	74,6	2000r.
21	Bośnia i Hercegowina	0,5 ^{a)}	7,5 ^{a)}	11,0 ^{b)}	69,7	75,2	1990r.
22	Bułgaria	1,3	14,1	13,4	68,5	75,1	2000r.
23	Chorwacja	0,8 ^{c)}	11,5	7,3	70,2	77,0	1997r.
24	Czechy	2,9	10,6	4,1	71,7	78,4	2000r.
25	Estonia	3,1	13,5	8,5	65,6	76,4	2000r.
26	Jugosławia	0,8	11,2	13,2	70,1	75,0	2000r.
27	Litwa	2,9	10,5	8,5	67,5	77,7	2000r.
28	Łotwa	2,6	13,6	10,5	65,0	76,1	2000r.
29	Macedonia	0,7	8,5	12,0	70,5	74,8	1999r.
30	Malta	...	7,8	6,1	75,1	79,3	2000r.
31	Polska	1,1	9,5	8,1	69,7	77,9	2000r.
32	Rosja	4,3	15,3	15,5	59,0	72,2	2000r.
33	Rumunia	1,4	11,4	18,6	67,7	74,6	2000r.
34	Słowacja	1,7	9,8	8,6	69,2	77,4	2000r.
35	Słowenia	1,1	9,3	4,9	72,3	79,7	2000r.
36	Turcja	0,5 ^{c)}	6,7	35,3	66,9	71,5	2000r.
37	Ukraina	4,0	15,4	12,8 ^{c)}	63,0	74,0	1998r.
38	Węgry	2,4	13,5	9,3	67,2	75,7	2000r.

Źródło: *Recent demographic developments in Europe 2001*, Council of Europe Publishing, Strasbourg 2001

a) 1997r.; b) 1998r.; c) 1999r.;

**Sprawozdanie z wyjazdu delegacji Rzeczypospolitej Polskiej na
35. Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, Nowy Jork 1-5. 04. 2002 r.**

Cel wyjazdu

Celem wyjazdu delegacji RP do Nowego Jorku był udział w 35. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, poświęconej prawom prokreacyjnym i zdrowiu prokreacyjnemu, ze szczególnym odniesieniem do chorób związanych z zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności HIV. Delegacja polska przedstawiła raport ludnościowy na temat praw prokreacyjnych i zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do doświadczeń w ograniczaniu rozprzestrzeniania się epidemii HIV/AIDS w Polsce. Ta kwestia decyzją Komisji została uznana za temat wiodący w 2002 roku w toku przeglądu realizacji *Planu Działania* przyjętego na Konferencji ONZ nt. Ludności i Rozwoju, która odbyła się w Kairze w 1994 roku. Delegacji RP przewodniczył Wiceminister Zdrowia Pan Aleksander Nauman.

Skład delegacji

Przewodniczący :

Pan Aleksander Nauman - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Członkowie :

Pan Marek Balicki - Senator RP

Pani Anna Marzec-Bogusławska - Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

Pani Alina Potrykowska – gł. specjalista w Rządowym Centrum Studiów Strategicznych

Pan Janusz Stańczyk – Ambasador RP, Stała Misja RP przy ONZ w Nowym Jorku

Pani Ewa Azorge – radca, Stała Misja RP przy ONZ w Nowym Jorku

Założenia Konferencji

35. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ skupiła wszystkich członków Rady Ekonomicznej i Społecznej ONZ w celu przedstawienia narodowych raportów ludnościowych na temat praw prokreacyjnych, zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do doświadczeń w zwalczaniu epidemii HIV/AIDS oraz jej wpływu na życie społeczności.

Zadania delegacji

W trakcie 35. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska przedstawiła stanowisko rządu RP na temat praw prokreacyjnych i zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do doświadczeń w zwalczaniu chorób związanych z zarażeniem wirusowym ludzkiego systemu odpornościowego HIV, zgodne z polskim prawodawstwem.

Przedstawiciele delegacji wzięli aktywny udział w generalnej debacie oraz dyskusji panelowej na temat monitoringu programów ludnościowych w zakresie praw i zdrowia prokreacyjnego ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki i zwalczania syndromu HIV/AIDS. Równoległe z debatą generalną odbywały się nieformalne konsultacje dotyczące projektów rezolucji.

Przebieg konferencji

Tegoroczną sesję Komisji Ludności i Rozwoju otworzył Pan **Makoto Atoh** – przewodniczący poprzedniej (34. z ub. r.) sesji. Przyjęto zaplanowany porządek obrad i dokonano wyboru nowego przewodniczącego, którym został przedstawiciel Włoch - demograf **Antonio Golini**. W obradach tej sesji uczestniczyły delegacje krajów członkowskich Komisji, obserwatorzy krajów członkowskich ONZ, przedstawiciele wyspecjalizowanych instytucji, organizacji rządowych i pozarządowych.

W części inauguracyjnej jako pierwsza wystąpiła Pani **Thoraya Obaid**, Dyrektor Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA), która opierając się na definicji praw prokreacyjnych, wypracowanej podczas Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju (ICPD) w Kairze, w 1994 r., podkreśliła, iż są to podstawowe prawa ludzi. Świat stanął wobec paradoksalnej sytuacji, w której zapotrzebowanie na usługi medyczne w aspekcie zdrowia prokreacyjnego są wielkie i wciąż rosną, zaś fundusze przeznaczone na te

usługi maleją. W celu realizacji tych potrzeb UNFPA przeprowadziła kampanię w skali globalnej. Cel finansowy z Konferencji w Kairze (5,7 mld USD) nie został zrealizowany i potrzeba więcej środków, aby cele te zostały osiągnięte. Dodała ona, iż ma nadzieję, że Konferencja nt. Finansowania Rozwoju pomoże rozwiązać problem zwiększonych funduszy na zdrowie prokreacyjne, które jest najważniejsze dla kobiet, rodzin i trwałego rozwoju.

Joseph Chamie, Dyrektor Dywizji Ludnościowej Departamentu Gospodarki i Spraw Społecznych, stwierdził, iż jednym z największych osiągnięć Kairskiego *Programu Działania* było wprowadzenie uzgodnień terminologicznych i językowych, które pomogły osiągnąć consensus w całym zbiorze norm, zaakceptowanych zarówno przez rządy, jak społeczeństwa na całym świecie. Następnie mówca podkreślił rolę Narodów Zjednoczonych w ostatnim półwieczu w prognozowaniu rozwoju ludności świata. ICPD wprowadziła wiele innowacji, nowe problemy, nowe podejścia i nowe działalności. Omawiając obecne tendencje ludnościowe, stwierdził on, że projekcje na następne półwiecze wskazują na wzrost liczby ludności, szczególnie na obszarach miejskich na półkuli południowej. Główne tendencje dotyczą spadku płodności, postępującego procesu starzenia się ludności i kontynuacji rozwoju migracji. W 2050 r. ludność świata osiągnie prawdopodobnie liczbę 9 mld według wariantu średniego (przedział wartości 8-11 mld w wariantach niskim i wysokim). W przeciwieństwie do wzrostu demograficznego do ok. 3 mld ludności w takich krajach, jak Indie, Chiny, Pakistan, Nigeria, Bangladesh i Indonezja, wzrost ludności na wielu obszarach półkuli północnej pozostanie niewielki. W niektórych krajach, np. Włoszech, Niemczech, Japonii i Rosji wystąpi spadek demograficzny. Szczególne wyjątki będą stanowić Australia, Kanada i Stany Zjednoczone, które utrzymają wzrost liczby ludności o ok. 30-40% w 2050 roku. Wysokie współczynniki zgonów przy zredukowanej średniej długości życia w momencie urodzenia wystąpią w krajach mniej rozwiniętych. Pandemia HIV/AIDS dotknie w dużym stopniu Afrykę Sub-Saharyjską i część obszarów Południowej i Wschodniej Azji. Prognozy długoterminowe (do 2125r.) pozostają niepewne, ze względu na procesy starzenia się ludności, umieralność i migracje. Komisja odegrała ważną rolę w międzynarodowej debacie nt. ludności i rozwoju, bowiem zmobilizowała społeczność międzynarodową w sprawach ludności i rozwoju, tak iż tradycja ta winna być kontynuowana w XXI wieku.

Nitin Desai, Podsekretarz Generalny w Departamencie Gospodarki i Spraw Społecznych ONZ, podkreślił współzależności między programami Komisji i innych instytucji ONZ, np. Komisji ds. Statusu Kobiet oraz Komisji Trwałego Rozwoju. Głównym zagadnieniem obecnej sesji jest, jak przeprowadzić przegląd procesów rozpatrywanych w

Kairskiej ICPD ze względu na fakt nakładania się innych procesów związanych z problemami społecznymi, środowiska i praw człowieka. Konieczne są spójne ramy w celu monitorowania wprowadzania w życie zadań określonych przez główne konferencje międzynarodowe w latach dziewięćdziesiątych.

W **pierwszym dniu Konferencji** (1.04.2002 r.) odbyła się dyskusja, która stanowiła wprowadzenie do debaty nad tematem i programem konferencji.

Przedstawiciel Komisji Ludności i Rozwoju ONZ poddał dyskusji program 35. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ. Na zakończenie obrad wyłoniono grupę roboczą, której zadaniem było prowadzenie nieformalnych konsultacji dotyczących narodowych programów oraz projektów rezolucji.

Po południu odbywały się nieformalne konsultacje przedstawicieli delegacji z grupą roboczą. Polskę reprezentowała Pani Ewa Azorge.

Podczas pierwszych dwóch dni sesji został zaprezentowany obszerny raport przygotowany przez Sekretarza Generalnego, zawierający głównie zestawienia i dane liczbowe,

z których wynikało iż:

- 1) największym, stale rosnącym zagrożeniem dla zdrowia prokreacyjnego jest AIDS;
- 2) stale rośnie liczba zakażeń przenoszonych drogą płciową: działania podejmowane w celu ich ograniczenia to m.in. edukacja podnosząca świadomość (zachęcanie do używania prezerwatyw i ograniczenia liczby partnerów), promocja zdrowego stylu życia, zwiększenie dostępności prezerwatyw; grupami szczególnie podatnymi na zakażenie są kobiety (ze względu na uwarunkowania biologiczne oraz pozycję społeczną) i młodzież; nacisk należy położyć również na ochronę grup szczególnie narażonych na zakażenia, tj. trudniących się prostytutką, ludności migrującej, narkomanów zażywających środki odurzające drogą dożylną;
- 3) współczynnik dzietności zmniejsza się w skali globalnej - z 3,4 w okresie 1985-1990 do 2,8 w latach 1995-2000; w regionach bardziej rozwiniętych spadł do 1,8-1,6, - poniżej poziomu zastępowalności pokoleń;
- 4) dokonuje się obecnie około 15 mln aborcji rocznie, z czego 80% przypada na Chiny, Rosję, USA i Wietnam;
- 5) postawiony w Kairze cel zgromadzenia 17 mld USD w 2000 r. na cele ludnościowe nie został osiągnięty.

Raport Sekretarza Generalnego wywołał wiele uwag krytycznych przedstawicieli kilku delegacji m.in. z Egiptu, Chin, Jemenu, Pakistanu, USA. Zarzucano, iż opiera się na niepewnych danych statystycznych, operuje zwrotami różnymi od uzgodnionych podczas sesji specjalnej Zgromadzenia Ogólnego poświęconej AIDS, pomija działania podjęte na rzecz edukacji seksualnej, podaje informacje wykraczające poza kompetencje Komisji. USA sprzeciwiły się stosowaniu terminu "reproductive health services", gdyż termin ten może wskazywać na promocję aborcji. Zdaniem delegacji USA, najskuteczniejszym sposobem zwalczania epidemii AIDS jest prewencja i edukacja.

W **drugim dniu obrad** (2.04.2002 r.) przedstawiciele delegacji składali oficjalne raporty narodowe na temat realizacji programów dotyczących praw prokreacyjnych i zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do chorób związanych z ludzkim wirusem niedoboru odporności HIV. Po południu odbyła się sesja demograficzna, podczas której delegaci Rosji, Chile, Południowej Afryki i Irlandii przedstawili referaty problemowe. Na zakończenie obrad odbyła się dyskusja panelowa i ogólna poświęcona zdrowiu prokreacyjnemu i prawom prokreacyjnym. W debacie, której przewodniczył Pan **Muhamed Noor Yaboc**, Z-ca Sekretarza Generalnego, Minister ds. Kobiet i Rozwoju Rodziny Malezji, wzięli udział eksperci z czterech krajów o odmiennej sytuacji demograficznej, a mianowicie: Irlandii, Chile, Południowej Afryki i Rosji. Dyskutowano zagadnienia trendów ludnościowych, HIV/AIDS, aborcji, zdrowia prokreacyjnego i zdrowia kobiet w tych krajach.

Przewodniczący Irlandzkiego Komitetu Doradczego ds. Pomocy, Dr **John A. Jackson**, stwierdził, iż w 2050 r. jego kraj jako jedyny w Europie będzie miał większą liczbę ludności aniżeli obecnie. Zauważył jednak, że równoległe z tendencjami w Europie, w Irlandii wzrasta liczba urodzeń poza małżeńskich. W ostatnim okresie wzrosła także liczba chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV. Zwrócił uwagę na brak edukacji seksualnej w szkołach w Irlandii. Aborcja jest zabroniona z wyjątkiem zagrożenia dla życia matki, jednak Irlandki dokonują aborcji w Wielkiej Brytanii (6 000 aborcji rocznie). W dyskusji J. A. Jackson podkreślił, iż Irlandia jest krajem młodym demograficznie z powodu licznych urodzeń. Z powodu konserwatyzmu (głównie na wsi) i niestosowania antykoncepcji, młodzież jest narażona na ryzyko niepożądanego ciąży i zakażenia drogą płciową.

Z kolei Pani **Anabella Arredondo Paz**, Dyrektor Komisji Krajowej ds. AIDS i Minister Zdrowia Chile, podkreśliła, iż z powodu nierównego traktowania płci prawa seksualne i prokreacyjne w kontekście społecznym i kulturalnym nie są uwzględniane, szczególnie w stosunku do homoseksualistów. Sprawy te nie są dyskutowane w

społeczeństwie. Przedstawiła ona politykę i inicjatywy rządu dotyczące edukacji i zdrowia publicznego, dostępu do informacji w zakresie prokreacji i ochrony przed zakażeniem HIV/AIDS. Kobiety ciężarne mają dostęp do wykonania testów na HIV/AIDS, a w przypadku testu pozytywnego, są objęte narodowym programem opieki. W dyskusji Pani Paz stwierdziła, iż wskaźnik stosowania antykoncepcji w Chile wzrasta. Rośnie też liczba kobiet w ciąży zarażonych HIV. W wyniku nielegalnych aborcji umieralność matek wynosi 25%.

Pani **Lindi Molefe**, Dyrektor Strategii Ludności i Rozwoju w Departamencie Rozwoju Społecznego w Południowej Afryce, stwierdziła, iż rozprzestrzenianie się pandemii HIV/AIDS wystąpiło w tym kraju później niż na całym kontynencie, prawdopodobnie z powodu położenia geograficznego oraz izolacji międzynarodowej. Jednakże otwarcie kraju, demokracja i mobilność ludności wpłynęły na wzrost zakażeń. Afryka Południowa wraz ze spadkiem umieralności i stałym wzrostem długości życia obserwuje negatywny wpływ rosnącej liczby zakażeń HIV. Projekcje demograficzne wskazują na zmniejszający się stale wzrost, a po 2008 ubytek liczby ludności. Mówczyni przedstawiła negatywny wpływ infekcji na siłę roboczą oraz na strukturę rodzin i ich funkcjonowanie. Szczególnie dotkliwa z powodu AIDS jest sytuacja młodych kobiet i dziewczynek oraz sierot. Powstał Narodowy Plan Działania na rzecz Dzieci.

Ostatni ekspert - Pani **Olga Antonova**, Wicedyrektor Departamentu Statystyki Ludnościowej Narodowego Komitetu Statystycznego Federacji Rosyjskiej, stwierdziła, iż rozpoczęta w 1992 r. depopulacja wystąpiła po raz pierwszy po II Wojnie Światowej w kraju i spowodowała ubytek 4 mln. ludzi. Ważnym czynnikiem depopulacji była emigracja, spadek liczny dzieci i wzrost liczby ludności starszej. W 2001 r. współczynnik dzietności kształtował się poniżej poziomu zapewniającego zastępowalność pokoleń. Inne czynniki pogarszające warunki życia wpłynęły negatywnie na długość życia, a także na zdrowie prokreacyjne, zdrowie dzieci i młodzieży spadek płodności oraz wzrost wskaźnika aborcji do 7,5%.

W **trzecim dniu obrad** (3.04.2002 r.) kontynuowano wystąpienia przedstawicieli kolejnych delegacji, którzy prezentowali oficjalne raporty narodowe na temat realizacji programów dotyczących praw prokreacyjnych i zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do zakażenia HIV i choroby AIDS. Podczas debaty ogólnej na temat narodowych doświadczeń w problematyce ludnościowej, delegacje w swych wystąpieniach przekazały informacje o zmianach wskaźnika dzietności, stosowaniu środków planowania rodziny, wykonywanych aborcjach, rozmiarach epidemii HIV/AIDS oraz działaniach

podejmowanych w celu ograniczenia wpływu HIV/AIDS na całokształt zagadnień dotyczących zdrowia i rozwoju społecznego.

Przewodniczący delegacji RP, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pan **Aleksander Nauman** przedstawił narodowy raport na temat realizacji polityki ludnościowej i zdrowotnej w naszym kraju w zakresie prokreacji ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki i zwalczania HIV/AIDS. W wystąpieniu szczególnie wiele uwagi poświęcono dorobkowi Polski w zakresie ochrony praw człowieka w aspekcie HIV/AIDS, działań prewencyjnych oraz kompleksowej opieki nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS i ich bliskimi.

Delegacja RP jako jedna z nielicznych przedstawiła członkom Komisji obszerną wersję raportu (50 stron tekstu) oraz kilkanaście egzemplarzy Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003.

Raport polski został oceniony pozytywnie oraz wzbudził szerokie zainteresowanie zarówno wśród delegacji wielu państw oraz ze strony organizacji międzynarodowych.

W **czwartym dniu obrad** (4.04.2002 r.) kontynuowano wystąpienia kolejnych delegacji rządowych.

W **ostatnim dniu sesji** (5.04.2002 r.) zakończono wystąpienia delegacji i rozpoczęto generalną debatę na temat praw prokreacyjnych i zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do doświadczeń w walce z epidemią HIV/AIDS. W sesji wzięły udział organizacje międzynarodowe oraz instytucje zajmujące się problematyką ludnościową.

Na zakończenie debaty Pan **Joseph Chamie** - Dyrektor Dywizji Ludnościowej w Departamencie Gospodarki i Spraw Społecznych przedstawił program działania Komisji w ubiegłych latach oraz nakreślił ramy działalności Komisji w przyszłym roku. Prosił o poparcie delegacji rządowych dla tego programu. Delegacje rządowe udzieliły poparcia działalności Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

Na zakończenie 35. sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ jej uczestnicy przyjęli jednogłośnie dokument końcowy w formie Raportu Komisji na temat monitoringu polityki ludnościowej w zakresie zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do doświadczeń w walce z pandemią HIV/AIDS.

Wynikiem 35. sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ było przyjęcie rezolucji, zalecającej dalsze prowadzenie przez sekretariat prac w dziedzinie rozwoju społecznego, demografii i wpływu AIDS na zdrowie populacji.

Został również przyjęty program 36. sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, która odbędzie się w 2003 roku. Tematem przyszłej sesji będzie "Ludność, Edukacja i Rozwój".

Korzyści z wyjazdu

Dla Rządu RP aktywny udział delegacji polskiej w konferencji w Nowym Jorku stanowi okazję dla podkreślenia zaangażowania naszego kraju w realizację naszego członkostwa (od ub. roku) w Radzie Ekonomicznej i Społecznej (Komisji Ludności i Rozwoju) ONZ. Ponadto była to również okazja do utrwalenia pozytywnego wizerunku Polski i wzmocnienia pozycji naszego kraju w gremiach ONZ.

Najistotniejsze elementy stanowiska RP

Stanowisko rządu RP na temat praw prokreacyjnych i zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do doświadczeń w zwalczaniu chorób związanych z zakażeniem wirusem HIV, jest zgodne z polskim prawodawstwem.

Zagadnienie praw i zdrowia prokreacyjnego ma nie tylko wymiar medyczny, ale również społeczny i polityczny. W celu zapewnienia możliwie optymalnego stanu zdrowia kobiet i mężczyzn konieczne jest uwzględnienie społecznych i psychologicznych aspektów płci podczas tworzenia zasad polityki zdrowotnej. W Polsce są realizowane programy zdrowotne w zakresie zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do problemu epidemii HIV/AIDS.

Dr Alina Potrykowska - Rządowa Rada Ludnościowa

Załączniki:

1. Przemówienie Przewodniczącego Delegacji Rzeczypospolitej Polskiej Pana Aleksandra Naumana na 35 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, Nowy Jork 1-5.04.2002-07-03
2. Anna Marzec Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum AIDS Problematyka HIV/AIDS w 35 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, Nowy Jork 1-5.04.2002-07-03

**Przemówienie Przewodniczącego Delegacji Rzeczypospolitej Polskiej
Pana Aleksandra Naumana na 35 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ,
Nowy Jork 1-5.04.2002-07-03**

35 Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, Nowy Jork 1-5.04.2002

Agenda punkt 4: Generalna Debata na temat narodowych doświadczeń w kwestiach ludnościowych: prawa prokreacyjne i zdrowie prokreacyjne, ze szczególnym odniesieniem do chorób związanych z zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności HIV, zawartych w Programie Działania Międzynarodowej Konferencji nt. Ludność i Rozwój.

Przemówienie Pana Aleksandra Naumana
Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Przewodniczącego Delegacji Rzeczypospolitej Polskiej

Nowy Jork, 3 kwietnia 2002

Panie Przewodniczący, Szanowni Delegaci,

Polska jest państwem o dużym potencjale demograficznym w Europie. Dynamika przyrostu naturalnego i rzeczywistego ludności szybko maleje w ostatniej dekadzie. Nastąpiła zmiana wzorców tworzenia rodzin, postaw i zachowań prokreacyjnych, wydłuża się przeciętne trwanie życia ludzkiego. Na skutek znacznego spadku dzietności ulega przyspieszeniu starzenie się społeczeństwa. Charakter obserwowanych zmian świadczy o zawansowanym procesie transformacji, której konsekwencją może być już w drugiej dekadzie XXI wieku stale większa liczba zgonów niż urodzeń.

W 2030 roku liczba ludności Polski według prognozy wyniesie około 38,0 mln osób, a więc będzie mniejsza niż w 2001 r. o 1,6 % (tj. o ok. 600 tys.).

W Polsce dokonują się bardzo ważne dla przyszłości narodu i państwa przemiany demograficzne. Szczególnej troski wymagają skutki następujących zjawisk:

- zawężona zastępowalność pokoleń jest już na tyle głęboka, że przyspieszy moment wejścia w trwale ujemny przyrost naturalny ludności,
- przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności, co będzie zwiększać presję na powiększanie różnorodnych świadczeń dla osób w starszym wieku przy jednoczesnym pogarszaniu się relacji między ludnością w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym,
- zmniejszanie się ryzyka zgonu wśród ludności dorosłej i w starszym wieku jest ciągle zbyt powolne, zwłaszcza z powodu chorób układu krążenia i nowotworów, a przestrzenne zróżnicowanie umieralności wskazuje na potrzebę zarówno lepszego rozpoznania przyczyn obserwowanych tendencji, jak i podjęcia działań dla poprawy stanu zdrowia ludności.

W sprawie równości płci, chciałbym stwierdzić, że równe prawa kobiet i mężczyzn w rodzinie, w życiu politycznym, społecznym i ekonomicznym są zapewnione w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stwierdza, że kobieta i mężczyzna mają równe prawa do edukacji, zatrudnienia i promocji, bezpieczeństwa pracy, ubezpieczeń socjalnych, równe prawa do wykonywania publicznych obowiązków i funkcji oraz równe prawa do publicznych wyróżnień i nagród. Rząd polski poświęca szczególną uwagę równemu statusowi kobiet i mężczyzn, w szczególności ich prawom prokreacyjnym i zdrowiu prokreacyjnemu.

W 1986 r., po Konferencji w Nairobi, ustanowiono w Ministerstwie Pracy biuro Pełnomocnika Rządu do spraw Kobiet.

W okresie 1995-1997 stanowisko zostało przekształcone na Biuro Pełnomocnika do spraw Kobiet i Rodziny. Była to główna instytucja rządowa odpowiedzialna za wdrażanie Pekinńskiej Platformy Działania jako Narodowa Akcja. W 1997 r. oficjalna nazwa funkcji pełnomocnika została zamieniona na Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny. Jedną z pierwszych inicjatyw Forum Pełnomocnika Rządu i organizacji pozarządowych był Narodowy Program d/s Kobiet, istniejący do 2000 roku.

Program był przygotowany jako strategia Polski zgodnie z wytycznymi Kairskiej Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój” oraz rekomendacjami Platformy Działania i Deklaracji Pekinńskiej.

Głównym celem strategii długoterminowej Narodowego Programu d/s Kobiet była promocja i gwarancja praw kobiet w kontekście praw człowieka oraz respektowanie równości

płci i zapewnienie nie-dyskryminujących legalnych działań we wszystkich sferach życia społecznego.

W listopadzie 2001 r. utworzono stanowisko Pełnomocnika Rządu d/s Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn. Ustanowienie funkcji Pełnomocnika zainicjowało wdrażanie obecnej polityki rządu w zapewnieniu równych możliwości obu płci. Ponadto, rząd prowadzi politykę, której celem jest równy status płci i przeciwstawianie się dyskryminacji kobiet w społeczeństwie. Rząd podejmuje przedsięwzięcia, które zapewnią pełne wdrażanie międzynarodowych standardów i ustaleń.

Szanowni Delegaci,

Chciałbym przedstawić w skrócie tendencje i zjawiska występujące w polskim społeczeństwie, dotyczące rodziny, jej roli i praw.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia prawa rodzinie. Małżeństwo jako związek mężczyzny i kobiety, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo są szczególnym przedmiotem troski Rzeczypospolitej Polskiej.

W ostatnich latach nastąpiły ważne zmiany w metodach i opiece w czasie ciąży i urodzenia dziecka. Opieka nad kobietą ciężarną w czasie porodu odzwierciedla potrzeby rodziny w czasie narodzin dziecka jako wydarzenia w rodzinie. Ta sytuacja ułatwia równy udział kobiet i mężczyzn we wszystkich sferach życia rodziny i odpowiedzialność za gospodarstwo domowe, w szczególności wychowywanie dzieci.

W Polsce istnieją ośrodki planowania rodziny, które zapewniają profesjonalne usługi w dziedzinie zdrowia oraz respektujące prawa obu partnerów w zakresie planowania rodziny.

Naukowo potwierdzona wiedza o rozwoju psychoseksualnym osób i metodach planowania rodziny są promowane wśród młodzieży. W Polsce wzrasta tendencja do stosowania środków antykoncepcyjnych w związku z łatwym i szerokim dostępem do tych środków zarówno dla mężczyzn jak kobiet.

Od 1997 r. aborcja jest zastrzeżona tylko w sytuacjach, gdy życie matki jest w niebezpieczeństwie, w przypadku ryzyka poważnego uszkodzenia płodu lub gdy ciąża jest wynikiem aktu kryminalnego, np. gwałtu.

Ustawa z dn. 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i aborcji uregulowała kwestię dostępu do badań prenatalnych. Zgodnie z Raportem Rządu z 1999r. o stosowaniu powyższej ustawy, liczba badań prenatalnych wykonywanych w Polsce

stale rośnie 99% porodów w Polsce odbywa się przy pomocy zawodowego personelu medycznego. Współczynnik zgonów okołoporodowych matek stale zmniejsza się i w 1999 r. wynosił 5,5/100 tys. żywych urodzeń.

Odsetek noworodków o małej masie ciała, których ciężar ciała przy urodzeniu wynosi mniej niż 2500 gramów znacząco spada. Pozytywnym zjawiskiem jest systematyczne zmniejszanie się umieralności niemowląt. W latach 1990-2000 wystąpił duży spadek współczynników zgonów niemowląt, który w skali roku wyniósł 58% : - z 19,4‰ w 1990 r. do 8,1 ‰ w 2000 roku.

Panie Przewodniczący,

Epidemia HIV/AIDS dotarła do społeczeństwa polskiego w połowie lat 80-tych. Od 1985 r. wykryto ponad 7400 przypadków zakażeń HIV. Według danych skumulowanych ok. 63% zakażeń miało miejsce wśród osób stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach. Wprawdzie w ostatnich latach obserwuje się w Polsce niską dynamikę zakażeń HIV, jednak by utrzymać ten poziom, potrzebna jest dalsza intensyfikacja działań prewencyjnych.

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny postęp w rozwoju strategii przeciwdziałania HIV/AIDS. Na szczególną uwagę zasługują:

- Utworzenie Krajowego Centrum ds. AIDS.
- Stały wzrost środków na prewencję HIV/AIDS i leczenie pacjentów z AIDS.
- Wsparcie dla organizacji pozarządowych działających w zakresie prewencji HIV/AIDS.
- Ustanowienie funkcji pełnomocników wojewodów, których zadaniem jest koordynacja przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS na szczeblu lokalnym.

Dokumentem określającym strategię i politykę państwa w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS jest *Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003*, którego pierwsza edycja przyjęta była przez Sejm RP.

Główne cele programu to:

- stałe uaktualnianie i wprowadzanie jednolitych standardów prewencji HIV/AIDS,
- edukacja społeczeństwa oparta na aktualnym stanie wiedzy medycznej, zasadach poszanowania praw człowieka i równości płci,
- poprawa jakości i dostępności opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

Istotnymi cechami *Krajowego Programu* jest jego realizacja przez wiele sektorów na poziomie zarówno centralnym jak i lokalnym. Głównym celem utworzenia funkcji pełnomocników wojewodów była potrzeba dokładnego rozpoznania potrzeb w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS na poziomie lokalnym, a także włączanie tej problematyki do współpracy samorządów lokalnych z organizacjami pozarządowymi.

Szereg lat badań nad mechanizmami rozprzestrzeniania się zakażeń HIV/AIDS potwierdziło, że poszanowanie praw człowieka stanowi kluczowy element zapobiegania epidemii i ograniczaniu jej wpływu na życie społeczne.

Wkład Polski do prac nad poszanowaniem praw człowieka zaznaczył się także na poziomie międzynarodowym. Od początku lat 90-tych Polska co dwa lata prezentuje na forum ONZ Rezolucję „Ochrona praw człowieka w kontekście epidemii HIV/AIDS”.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003 został stworzony w pełnym poszanowaniu praw człowieka i jego godności osobistej.

Instytucją rządową powołaną do koordynacji i realizacji szerokiego zakresu działań wynikających z *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003* jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Instytucja ta działa od 1993 roku. Jest agendą ministra zdrowia, oficjalnie nadzorującego realizację strategii przeciwdziałania HIV/AIDS w Polsce.

Ludzie zakażeni HIV i chorzy na AIDS mają w naszym kraju dostęp do bezpłatnego leczenia od 1990 roku. Należy podkreślić, że wysoko-specjalistyczna terapia antyretrowirusowa dostępna jest w Polsce od roku 1996, tj. pojawienia się inhibitorów proteazy.

Od roku 1997 działa w naszym kraju sieć punktów anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV, połączona z profesjonalnym poradnictwem.

By zapobiec powstawaniu szkód związanych ze stosowaniem środków odurzających we wstrzyknięciach, od roku 1991 działa szereg programów redukcji szkód, których elementem jest wymiana igieł i strzykawek.

W Polsce zawsze wysoko ceniliśmy działalność organizacji pozarządowych i władz lokalnych w przeciwdziałaniu epidemii HIV/AIDS. Od czasu wykrycia pierwszych zakażeń HIV widoczne jest wsparcie Rządu dla wszelkich inicjatyw, w szczególności programów współpracy między organizacjami rządowymi i pozarządowymi szczebla centralnego i lokalnego w zakresie zwalczania epidemii HIV/AIDS i jej skutków.

Prowadzone w naszym kraju działania mające na celu opiekę nad ludźmi zakażonymi HIV i dotkniętymi tym problemem nie pozostały niezauważone również na arenie międzynarodowej. Zaowocowało to przyznaniem Księdzu Arkadiuszowi Nowakowi międzynarodowej nagrody Poverty Award na forum ONZ w 2000 roku.

Na zakończenie pragnę dodać, że dla osób szczególnie zainteresowanych zagadnieniami zdrowia prokreacyjnego w aspekcie HIV/AIDS w Polsce przygotowaliśmy kilka egzemplarzy *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003* oraz szczegółowy raport. Materiały te dostępne są w tylnej części sali.

Dziękuję za uwagę.

**Problematyka HIV/AIDS w 35 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ,
Anna Marzec Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum AIDS**

35 Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, Nowy Jork 1-5.04.2002

Kiedy po raz pierwszy, ponad dwie dekady temu, pojawiły się doniesienia o nieznanym chorobie atakującej układ odpornościowy, nikt nie mógł przewidzieć, jaki będzie jej wymiar w przyszłości. Kilka lat później mówiono już o epidemii HIV i AIDS, później — ze względu na niesłychanie szybkie rozprzestrzenianie się HIV — sytuację określono mianem pandemii. Dziś używa się często określenia „światowy kryzys”. W skali świata zakaziło się już ponad 36 milionów osób, zmarło ponad 22 miliony zakażonych i chorych na AIDS, osieroconych zostało ponad 13 milionów dzieci. Tylko w roku 2001 zakażeniu uległo blisko 5 milionów osób, z czego około 42% to kobiety. Każdego dnia na świecie zakaża się HIV około 15 tysięcy osób, z czego około 10% stanowią dzieci, a 50% to osoby między 16 a 24 rokiem życia. Regionem najbardziej dotkniętym skutkami pandemii jest Afryka podzwrotnikowa. W różnych państwach tego regionu szacuje się liczbę zakażonych HIV lub chorych na AIDS na 15-45% populacji. Pandemia szerzy się tam głównie drogą kontaktów heteroseksualnych, a czynniki takie jak ogólnie zła sytuacja zdrowotna, bieda, współistnienie innych chorób zakaźnych, w szczególności gruźlicy, ograniczony dostęp do usług medycznych, w tym leków antyretrowirusowych, przemoc wobec kobiet, uwarunkowania kulturowe i wiele innych czynników sprzyjają szybkiemu rozprzestrzenianiu się zakażeń. Każdego dnia z powodu HIV/AIDS na świecie zakaża się ok. 14 tys. osób, z czego ok. 50% to osoby między 15 a 24 rokiem życia. Każdego dnia z przyczyn związanych z HIV/AIDS na świecie umiera ok. 8 tysięcy osób, z czego 5 tys. w samej Afryce Podzwrotnikowej.

Problemy dotyczące zdrowia, zwłaszcza takie jak zakażenie HIV, nie uznają granic międzypaństwowych. W ciągu ostatnich dwóch lat szczególnie niepokojąca stała się sytuacja w Europie Wschodniej. Krajami o największej dynamice zakażeń w tym regionie są obecnie Estonia oraz Uzbekistan. Podobnie niepokojąca jest sytuacja na Ukrainie, gdzie, według szacunków UNAIDS, żyje ok. 450 tysięcy osób zakażonych HIV i/lub chorych na AIDS. Zakażenia szerzą się w tym kraju głównie przez dożylnie stosowanie narkotyków, lecz

ostatnio coraz więcej osób zakaża się w trakcie stosunków heteroseksualnych. Również na terenie Federacji Rosyjskiej sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS stała się alarmująca. Każdego miesiąca tylko w dwóch miastach: Moskwie i St. Petersburgu rejestruje się ponad 5,5 tysiąca nowych zakażeń HIV, a szacunkowe dane mówią nawet o milionie osób zakażonych w tym kraju. Podobnie jak w innych państwach Europy Wschodniej główną drogą rozprzestrzeniania się zakażeń jest dożylne stosowanie narkotyków, jednak coraz częściej zakażenie następuje w efekcie kontaktów heteroseksualnych.

W krajach Europy Zachodniej, dzięki kontynuacji działań profilaktycznych oraz wprowadzeniu terapii antyretrowirusowej sytuacja nieco ustabilizowała się. Obserwuje się spadek zachorowań na AIDS oraz niewielką dynamikę nowych zakażeń HIV.

W Polsce pierwsze zakażenie HIV odnotowano w 1985 roku. Rok później zdiagnozowano pierwszy przypadek zachorowania na AIDS. W początkowej fazie rozprzestrzeniania epidemii do zakażeń HIV dochodziło na skutek kontaktów homoseksualnych. Później przeważały zakażenia będące skutkiem dożylnego stosowania środków odurzających. Obecnie natomiast obserwuje się, że wśród nowo wykrytych zakażeń dominują zakażenia drogą kontaktów heteroseksualnych.

Polska podjęła działania odpowiednio wcześniej i dzięki temu – pomimo bardzo skromnych środków na walkę z HIV i AIDS – udało się jak dotychczas zatrzymać postęp epidemii. Dzięki temu, że zrozumieliśmy rangę problemu odpowiednio wcześniej, dziś w naszym kraju sytuacja jest w miarę ustabilizowana. W Polsce rokrocznie liczba wykrywanych przypadków zakażeń HIV utrzymuje się na poziomie około 600, od 1985 r. do końca maja 2002 r. w naszym kraju wykryto nieco ponad 7,5 tys. zakażeń. Szacuje się jednak, że w Polsce ogólna liczba żyjących osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS wynosi 15-20 tysięcy, z czego około 20% to kobiety.

Jeszcze parę lat temu uważano, że HIV i AIDS to głównie problem niektórych grup społecznych, takich jak stosujący narkotyki dożylne, homoseksualiści, osoby trudniące się świadczeniem usług seksualnych itp. Od pewnego jednak czasu mamy do czynienia z „demokratyzacją” ryzyka zakażenia, co potwierdzają także doniesienia z innych krajów, zarówno Zachodu, jak i Wschodu. Obserwujemy, również w Polsce, stale rosnącą ilość zakażeń wśród kobiet. Fakt ten należy tłumaczyć tendencją wzrostową liczby zakażeń, do których dochodzi na drodze kontaktów heteroseksualnych, a na statystyki zbiorcze mówiące o 62% zakażeń wśród osób stosujących narkotyki dożylnie, w dużej mierze ma wpływ sytuacja z lat poprzednich. Widoczna jest zdecydowana zmiana świadomości społecznej w

postrzeganiu zakażenia HIV, choroby i osób chorych, zmierzająca w kierunku uznania AIDS jako jednej z wielu chorób zakaźnych.

W naszym kraju utworzono w ramach budżetu państwa celowy fundusz przeznaczony na zapobieganie AIDS, opracowano ogólnopolską strategię leczenia antyretrowirusowego i wydzielono w budżecie Ministra Zdrowia specjalne fundusze przeznaczone na zakup leków antyretrowirusowych. Instytucją powołaną do koordynacji i częściowej realizacji działań wynikających z *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003* jest Krajowe Centrum ds. AIDS.

Praktycznie żaden kraj nie poradził sobie ze zlikwidowaniem HIV i AIDS na własnym terenie. Wszystkie kraje, i te bardzo biedne, i te bogate, mają ten sam problem: jak skutecznie przeciwdziałać epidemii. Mimo ogromnego postępu nauk medycznych ciągle nie potrafimy skutecznie wyleczyć z AIDS, możemy jedynie – dzięki terapii antyretrowirusowej – przedłużyć życie zakażonych i sprawiać, by jego jakość znacznie się polepszyła.

Dotychczas nie udało się - mimo wysiłków i potężnych nakładów finansowych - wynaleźć skutecznej i bezpiecznej zarazem szczepionki. Jediną formą przeciwdziałania pandemii pozostaje więc profilaktyka.

INFORMACJA O HARMONOGRAMIE KONFERENCJI NAUKOWYCH I SEMINARIÓW W RAMACH I KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO

I Kongres Demograficzny, pod głównym tytułem „**Polska a Europa; Procesy demograficzne u progu XXI wieku**” zorganizowany został pod patronatem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Aleksandra Kwaśniewskiego.

Seminaria, konferencje oraz imprezy towarzyszące odbyły się w kolejnych miesiącach 2001 i 2002 roku.

Celami Kongresu są:

- określenie stanu i perspektyw rozwoju demograficznego Polski;
- ustalenie charakteru, metod i środków polityki ludnościowej w Polsce u progu nowego wieku i członkostwa w Unii Europejskiej;
- ocena dorobku demografii polskiej, sprecyzowanie potrzeb dalszego rozwoju, metod badawczych i dydaktyki.

Złożoność problemów wymagających debaty wpłynęła na decyzję podziału Kongresu na cztery części.

Część pierwsza odbyła się 15 września 2001 r. w Warszawie i poświęcona była sytuacji demograficznej Polski na tle problemów demograficznych współczesnego świata. Podczas sesji zaprezentowano najważniejsze czynniki warunkujące rozwój demograficzny, omówiono rolę rodziny, etyczny wymiar procesów demograficznych i ich znaczenie dla postępu społecznego. Przedstawiono także informacje o założeniach dotyczących spisu ludności i mieszkań w 2002 r. Sformułowane podczas sesji inauguracyjnej tezy stanowiły podstawę do organizacji seminariów problemowych i regionalnych na drugą i trzecią część Kongresu.

Część druga to cykl seminariów tematycznych poświęconych najważniejszym czynnikom rozwoju demograficznego Polski, a w tym warunkom życia rodzin, zdrowiu obywateli, edukacji, sytuacji mieszkaniowej, pracy, ekologii oraz czynnikom kulturowym.

Głównym punktem programowym tej części Kongresu była organizacja ogólnokrajowych konferencji o tematyce odpowiadającej na palące problemy społeczne i demograficzne, wpisujące się w nurt najważniejszych aktualnych kwestii narodowych i państwowych w Polsce.

Część trzecia to cykl seminariów regionalnych poświęconych problemom demograficznym współczesnej Polski w ujęciu regionalnym. Omawiane były zagadnienia zaproponowane podczas pierwszej części Kongresu z uwzględnieniem specyfiki regionów oraz tematy szczególnie ważne z punktu widzenia poszczególnych obszarów kraju.

Część czwarta - Sesja Końcowa, obejmująca dwudniowe obrady plenarne. W pierwszym dniu zajęliśmy się dotychczasowym rozwojem demograficznym Polski i jego uwarunkowaniami. Dzień drugi to debata nad perspektywami demograficznymi Polski w odniesieniu europejskim i światowym. Tematem wiodącym była demografia i polityka ludnościowa wobec wyzwań współczesności i przyszłości a szczególnie globalizacji i integracji .

KOMITET KONGRESU

Dr hab. Zbigniew Strzelecki - Przewodniczący Komitetu
Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej

Colin Glennie
Stały Koordynator Systemu ONZ w Polsce

Dr hab. Ewa Frątczak
Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej

<p><i>Prof. dr hab. Jerzy Zdzisław Holzer</i> Przewodniczący I Wydziału Nauk Społecznych PAN</p>

Prof. dr hab. Janina Józwiak
Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN

Dr hab. Andrzej Ochocki
Polskie Towarzystwo Demograficzne

Prof. dr hab. med. Janusz Szymborski

Tadeusz Toczyński
Prezes Głównego Urzędu Statystycznego

KONFERENCJE NAUKOWE

1. "MEDYCYNA SZKOLNA: GŁÓWNE PROBLEMY I KIERUNKI ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH"

Konferencja zorganizowana przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, 21.03.2002 r.
Organizator konferencji: Prof. dr hab. Janusz Szymborski, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

2. „PROBLEMY SPOŁECZNE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”

Konferencja odbyła się w Warszawie, 17.05.2002 r., w Pałacu Staszica, sala im. Marii Skłodowskiej – Curie.

Organizator Pani doc. dr hab. Joanna Sikorska, Instytut Filozofii i Socjologii PAN w Warszawie.

3 „ZDROWIE PROKREACYJNE W POLSCE – STAN OBECNY I PERSPEKTYWY ROZWOJU”

Organizatorzy: Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), Pani Beata Balińska z UNDP oraz Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. Konferencja odbyła się 17 czerwca 2002 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, ul. Kasprzaka 17 A.

4. „PROCESY DEMOGRAFICZNE A RYNEK PRACY W POLSCE”

Konferencja zorganizowana przez Dr Bożenę Balcerzak – Paradowską - Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN, Komitet Nauk Demograficznych PAN oraz Polskie Towarzystwo Demograficzne.

Konferencja odbyła się w dniu 26 czerwca 2002 r. w Warszawie, w Pałacu Kultury i Nauki, w sali konferencyjnej Wydziału I Polskiej Akademii Nauk.

5. „III KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY PERINATALNEJ”

Kongres odbył się w Łodzi w dniach 26-28 września 2002. Organizatorzy Kongresu: Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej. Współorganizatorzy: Sekcja Perinatologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne, Europejska Grupa Badawcza nad Żywieniem

w Perinatologii”. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był pan Prof. dr hab. med. Jan Wilczyński.

6. „KARDIOLOGIA I ONKOLOGIA W POLSCE NA POCZĄTKU XXI WIEKU. STAN, WYZWANIA I PERSPEKTYWY”

Konferencja zorganizowana 9 października 2002 r. przez Prof. dr hab. med. Zbigniewa Religę wspólnie z Instytutem Kardiologii i Prof. Marka Nowackiego - Instytut Onkologii.

Pod honorowym patronatem Marszałka Senatu RP Longina Hieronima Pastusiaka oraz Ministra Zdrowia Mariusza Łapińskiego

7. „SYSTEM WARTOŚCI A PROCESY DEMOGRAFICZNE”

Konferencja została zorganizowana przez prof. Krystynę Slany - Uniwersytet Jagielloński w dniach 23-24 października, 2002 r.

8. „PODSTAWY METODOLOGICZNE BADAŃ DEMOGRAFICZNYCH”

Konferencja została zorganizowana 18 listopada 2002 r. w sali im. prof. K. Romaniuka Głównego Urzędu Statystycznego przez Komitet Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk oraz Polskie Towarzystwo Demograficzne przy współudziale Głównego Urzędu Statystycznego.

9. „RODZINA I POLITYKA RODZINNA”

Debata społeczna na temat rodziny i warunków życia mieszkańców wobec przystąpienia Polski do Unii Europejskiej jako jeden z podstawowych elementów polityki społecznej i demograficznej państwa. Organizator: Dyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych - dr Bożena Balcerzak – Paradowska. Konferencja odbyła się 22 listopada 2002 roku.

10. ZAKOŃCZENIE I KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO. SESJA KOŃCOWA „POLITYKA LUDNOŚCIOWA”

Zakończenie Kongresu odbyło się 25-26 listopada 2002 roku w Pałacu Prezydenckim i Bibliotece Narodowej.

SEMINARIA TEMATYCZNE

1. Ogólnopolskie Seminarium Demograficzne „RODZINA I GOSPODARSTWO DOMOWE W ŚRODOWISKU WIELKOMIEJSKIM”.

Seminarium zorganizowało Centrum Badań nad Rodziną AE w Poznaniu w ramach I Kongresu Demograficznego i obchodów 75-lecia Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Odbyło się w dniach 12-13 grudnia 2001 roku.

Organizator: Prof. dr hab. Stanisław Wierchosławski, Centrum Badań nad Rodziną, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu.

2. „PROCES STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI I JEGO SPOŁECZNE KONSEKWENCJE”

Seminarium odbyło się w Katowicach, 24 maja 2002 r. w Akademii Ekonomicznej.

Organizatorzy: Prof. Lucyna Frąckiewicz, dr A. Rączaszek Zakład Polityki Społecznej, Akademia Ekonomiczna w Katowicach.

3. „MIEJSCE POLSKI W EUROPIE W ROZWIĄZYWANIU PROBLEMÓW PROFILAKTYKI, WYKRYWANIA WCZESNYCH FORM I LECZENIA RAKA GINEKOLOGICZNEGO”

Organizator : Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobietych, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, przy współdziałaniu Oddziału Warszawskiego PTG. Seminarium odbyło się w głównej sali wykładowej Centrum Onkologii w dniu 28.05.2002 r.

4. „PROCES STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI. POTRZEBY I WYZWANIA”

Seminarium odbyło się w Łodzi 6-7 czerwca 2002 r. w Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnym Uniwersytetu Łódzkiego.

Organizatorzy: Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Komitet Organizacyjny I Kongresu Demograficznego.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski.

5. „PRZEDWCZESNE UKOŃCZENIE CIĄŻY ”

Seminarium odbyło się w Zegrzu, 14 - 15.06.2002 r.

Organizator: Prof. Bogdan Chazan, prof. Krzysztof Czajkowski Instytut Matki i Dziecka.

6. „RODZINA WIELKOPOLSKA. TENDENCJE ZMIAN W POSTAWACH I ZACHOWANIACH PROKREACYJNYCH”

Seminarium odbyło się 11 grudnia 2002 roku. - zorganizowane przez Centrum Badań nad Rodziną Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, prof. dr hab. Stanisława Wierzechosławskiego – Dyrektora Centrum.

SEMINARIA REGIONALNE

1. IV Krajowa Konferencja Naukowa „WPLYW INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ NA PRZEMIANY STRUKTURALNE OBSZARÓW O WYSOKIM BEZROBOCIU”, zorganizowana w ramach I Kongresu Demograficznego, odbyła się w Mielnie k/ Koszalina, w dniach, w dniach 15-16.10.2001 r.

Organizatorzy: Prof. Eugeniusz Zdrojewski, Katedra Demografii i Geografii Ekonomicznej oraz Katedra Polityki Społeczno-Gospodarczej i Ekonomiki Regionalnej Wydziału Ekonomii i Zarządzania Politechniki Koszalińskiej przy współudziale Polskiego Towarzystwa Demograficznego i Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego.

2. „WSPÓŁCZESNE I PERSPEKTYWICZNE PROBLEMY ROZWOJU DEMOGRAFICZNEGO ROZWOJU POLSKI PÓŁNOCNEJ”

Seminarium odbyło się 7-8 marca 2002 r. w Hotelu Anders w Starych Jabłonkach.

Organizatorzy: pan dyrektor WUS w Olsztynie Andrzej Śledź, Główny Urząd Statystyczny, Wojewódzkie Urzędy Statystyczne w Gdańsku, Białymstoku i Szczecinie, Instytut Nauk Politycznych Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego.

3. „PRZEMIANY DEMOGRAFICZNE W WOJEWÓDZTWIE ŚWIĘTOKRZYSKIM”

Seminarium odbyło się w Kielcach, 15 maja 2002 r.

Organizatorzy: Ks. Prof. Jan Śledzianowski, Akademia Świętokrzyska, Kuria Diecezjalna.

4. „ZADANIA SAMORZĄDÓW LOKALNYCH W ROZWOJU DEMOGRAFICZNYM”

Seminarium odbyło się w Skierniewicach, w dniach 13-14.06.2002 r. w siedzibie Starostwa Powiatowego w Skierniewicach, ul. Konstytucji 3 Maja 6.

Organizatorzy: Prof. dr hab. Józefina Hryniewicz, Uniwersytet Warszawski.

5. „AKTUALNE PROBLEMY DEMOGRAFICZNE I SZANSE ROZWOJU SPOŁECZNO-GOSPODARCZEGO WOJEWÓDZTW POLSKI POŁUDNIOWO-WSCHODNIEJ”

Seminarium odbyło się w Kielcach, 3-4 października 2002 r.

Organizatorzy: Prof. dr hab. Janusz Witkowski – Wiceprezes GUS, Pan Andrzej Włoch – zastępca dyrektora WUS w Kielcach.

6. „PROCESY DEMOGRAFICZNE W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ - PORÓWNANIA Z POLSKĄ”

Seminarium odbyło się w Krynicy Morskiej, 19 – 20 października 2002 r.

Organizatorzy: Prof. Izydor Sobczak, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Wyższa Szkoła Humanistyczna w Gdańsku.

7. „OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ”

Seminarium odbyło się w Piekarach Śląskich, 15-16 października 2002 r.

Organizator– SIKOŃ - Fundacja Dla Dzieci Niepełnosprawnych

Biuro I Kongresu Demograficznego

Rządowe Centrum Studiów Strategicznych

ul. Wspólna 4 , 00-926 Warszawa

Tel. (0-22) 661-86-75

Fax. (0-22) 628-30-07

I. DEKLARACJA I KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO W POLSCE

„POLSKA A EUROPA, PROCESY DEMOGRAFICZNE U PROGU XXI WIEKU”

(26 XI 2002)

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce, uznając, że:

- ciągłość pokoleń, a przez to miejsce naszego narodu i państwa we współczesnym świecie jest sprawą zasadniczą dla społeczeństwa polskiego;
- cele zrównoważonego rozwoju gospodarczego i społecznego oraz „Milenijne Cele Rozwoju Narodów Zjednoczonych” tworzą podstawowe zasady rozwoju naszego kraju;
- w ostatnich latach wystąpiły pozytywne zmiany demograficzne: spadła umieralność niemowląt, dzieci i młodzieży, wydłużyło się przeciętne trwanie życia ludzkiego, mimo to
- Polska staje na początku XXI wieku przed poważnymi problemami demograficznymi: malejącą liczbą urodzeń, wysoką wciąż umieralnością, krótszym niż w Unii Europejskiej trwaniem życia ludzkiego, złym stanem zdrowia ludności, trudnościami w procesie zakładania i rozwoju rodzin, realną perspektywą zmniejszania się liczby mieszkańców i poważnymi naruszeniami równowagi liczebnej między pokoleniami.

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego zwracają się:

- do społeczeństwa polskiego z przesłaniem o istniejącym poważnym zagrożeniu potencjału biologicznego Narodu;
- do władz publicznych, organizacji obywatelskich, Kościoła Katolickiego i organizacji wyznaniowych o podjęcie skoordynowanych działań polityki społecznej i ludnościowej, mogących zahamować niekorzystne zjawiska w procesach demograficznych.

Za szczególnie istotne uważamy:

- wspieranie takich systemów wartości, które podnoszą etos rodziny i małżeństwa w społeczeństwie polskim;
- upowszechnienie świadomości, że za przyszłość demograficzną odpowiedzialność ponoszą państwo i obywatele;
- zmianę orientacji w realizowanej polityce gospodarczej i społecznej przez odpowiednie uwzględnienie w nich zagadnień demograficznych;
- realizowanie takich programów gospodarczych, które powinny zapewnić zadowalające tempo wzrostu gospodarczego, dawać szanse na pracę, godziwe zarobki i mieszkania dla młodego pokolenia;
- zwiększenie udziału państwa w działaniach na rzecz wychowania dzieci;
- poprawę jakości potencjału ludzkiego przez stworzenie odpowiednich warunków kształcenia na wszystkich poziomach i we wszystkich formach edukacji;
- realizowanie skoordynowanej publicznej polityki zdrowotnej, opartej na zapisach Narodowego Programu Zdrowia;
- poprawę bezpieczeństwa obywateli poprzez zwalczanie istniejących zagrożeń przestępczością, a szczególnie usuwanie ich przyczyn oraz radykalną poprawę bezpieczeństwa w ruchu drogowym i kolejowym;
- wypracowanie długofalowej polityki migracyjnej, zgodnej z celami rozwoju ludnościowego i społeczno-gospodarczego;
- wykorzystanie wyników powszechnego spisu ludności jako zasobu informacyjnego dla tworzenia programów działania na różnych szczeblach zarządzania krajem – na rzecz rozwoju ludności i rodzin;
- respektowanie równych praw i ludzkiej godności kobiet i mężczyzn, celów i zasad zapisanych w Karcie Narodów Zjednoczonych oraz w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i innych międzynarodowych aktach dotyczących praw człowieka.

Zmiany demograficzne wymagają szerokiej debaty społecznej nad ich istotą i konsekwencjami, rozwoju badań i powszechnej edukacji demograficznej.

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce uznają, że:

- jego przebieg wniósł cenne wartości poznawcze w ocenie współczesnych procesów demograficznych;
- przyczynił się do znacznego rozszerzenia i integracji środowisk zajmujących się problemami ludnościowymi;
- stworzył podstawy upowszechnienia wiedzy demograficznej i jej znaczenia w życiu kraju;
- wywołał przychylne nimi zainteresowanie najwyższych władz państwowych, z Prezydentem RP na czele, przekonując o potrzebie ich uwzględniania w polityce społecznej i gospodarczej państwa.

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce zwracają się do jego organizatorów o wykorzystanie bogactwa zgromadzonego materiału poznawczego i postulatów zawartych w m.in. w Deklaracji Kongresowej i zgłoszonych w trakcie obrad Kongresu.

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce postulują stworzenie warunków dla zorganizowania za 3 lata kolejnego Kongresu Demograficznego.

Przewodniczący Komitetu I Kongresu Demograficznego
dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki